

INDICE

I. INTRODUCCIÓN	5
II. SEGUIMIENTO DE LA PUESTA EN PRÁCTICA DE LAS PROPUESTAS DE RACIONALIZACIÓN DEL GASTO SANITARIO Y PROPUESTAS DE AVANCE.	9
II.1. SEGUIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE RACIONALIZACIÓN DEL GASTO Y PROPUESTAS DE AVANCE	11
II.2. DESCRIPCIÓN DE LAS MEDIDAS DE RACIONALIZACIÓN DEL GASTO ADOPTADAS O PREVISTAS POR LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS.....	30
II.2.1. Introducción de criterios racionales en la gestión de compras	30
II.2.2. Políticas que aseguren la calidad y el uso racional de los medicamentos	43
II.2.3. Establecimiento de mecanismos que promuevan la demanda responsable y estimulen estilos de vida saludables	58
II.2.4. Facilitar el acceso a la mejor evidencia científica disponible.....	64
II.2.5. Consolidación de los mecanismos de incentivos aplicables a los profesionales sanitarios	66
II.2.6. Refuerzo de las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.....	75
II.2.7. Aumento de los recursos y de la capacidad de resolución de la atención primaria de salud	82
II.2.8. Desarrollo de los sistemas de información	92
II.2.9. Otras medidas de racionalización	99
II.3. ANEXOS	105
III. SEGUIMIENTO DEL DESTINO DE LOS RECURSOS, INCORPORADOS EN LOS PRESUPUESTOS GENERALES DEL ESTADO PARA INCREMENTAR LAS APORTACIONES AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y DE LOS ANTICIPOS A CUENTA RECIBIDOS POR LAS CC.AA. PARA AYUDAR A LA REDUCCIÓN DE LA DEUDA SANITARIA.....	150
III.1. SEGUIMIENTO DEL DESTINO DE LOS RECURSOS INCORPORADOS EN LOS PRESUPUESTOS GENERALES DEL ESTADO CUYO OBJETO, SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL PUNTO 1 DEL ACUERDO, ES INCREMENTAR LAS APORTACIONES AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.	150

III.2. SEGUIMIENTO DE EN QUÉ MEDIDA LOS ANTICIPOS A CUENTA QUE RECIBIRÁN LAS CC.AA. HAN SIDO UTILIZADOS PARA AYUDAR A LA REDUCCIÓN DE LA DEUDA SANITARIA, SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL PUNTO 4 DEL ACUERDO DE LA SEGUNDA CONFERENCIA DE PRESIDENTES.....	155
IV. SEGUIMIENTO DEL RESTO DE LAS MEDIDAS ADOPTADAS POR LA ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO	159
ANEXO.....	207
V. ANÁLISIS DEL GASTO SANITARIO.....	210
V.0. INTRODUCCIÓN.	210
V.1. GASTO SANITARIO PÚBLICO TOTAL	211
V.2. GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR COMUNIDADES AUTÓNOMAS	215
V.2.1. Gasto sanitario público y su delimitación	215
V.2.2. Gasto sanitario público y su evolución	227
V.2.3. Distribución por Comunidades Autónomas	229
V.2.4. Gasto sanitario como porcentaje del PIB regional	231
V.2.5. Gasto sanitario como porcentaje del gasto público	234
V.2.6. Clasificación económica del gasto	235
V.2.6.1. Remuneración del personal	238
V.2.6.2. Las retribuciones medias	242
V.2.6.3. El consumo intermedio	316
V.2.6.4. Los conciertos	319
V.2.6.5. Las transferencias corrientes	323
V.2.6.6. Los gastos de capital	327
V.2.7. Clasificación funcional	331
V.2.7.1. Servicios hospitalarios y especializados	334
V.2.7.2. Servicios de atención primaria	338
V.2.7.3. Servicios de salud pública	342
V.2.7.4. Servicios colectivos de salud	346
V.2.7.4.1 Investigación y formación	350
V.2.7.4.2 Gastos de administración general	353
V.2.7.5. Gastos en farmacia (recetas).....	357
V.2.7.6. Gastos de traslado de enfermos	360
V.2.7.7. Gastos de prótesis y aparatos terapéuticos.....	365
V.2.7.8. Transferencias corrientes a otros sectores	368

V.3. INDICADORES DE GASTO POR PERSONA PROTEGIDA	372
V.3.1. Introducción	372
V.3.2. La población protegida	374
V.3.3. Gasto por persona protegida	381
V.3.4. Peso del gasto sanitario por persona protegida en el PIB per capita.....	383
V.3.5. Peso del gasto sanitario por persona protegida en el gasto público per capita	386
V.3.6. Gasto en servicios hospitalarios y especializados por persona protegida	392
V.3.7. Gasto en atención primaria por persona protegida	393
V.3.8. Gasto en salud pública por persona protegida	394
V.3.9. Gasto en servicios colectivos por persona protegida	395
V.3.9.1. Gasto en investigación y formación por persona protegida	396
V.3.9.2. Gasto en administración general por persona protegida.....	397
V.3.10. Gasto en farmacia por persona protegida	398
V.3.11. Gasto en traslado de enfermos por persona protegida	399
V.3.12. Gasto en prótesis y aparatos terapéuticos por persona protegida.....	400
V.3.13. Gastos de capital por persona protegida.....	401
V.3.14. Población protegida equivalente	402
V.3.15. Gasto por población protegida equivalente	408
V.4. INDICADORES RELACIONADOS CON EL GASTO	411
V.4.1. Atención primaria.....	411
V.4.1.1. Introducción	411
V.4.1.2. Gasto en atención primaria y población protegida.....	412
V.4.1.3. Gasto por persona en atención primaria y volumen de población	415
V.4.1.4. Gasto y médicos en atención primaria.....	415
V.4.2. Atención especializada.....	429
V.4.2.1. Introducción	429
V.4.2.2. Gasto en atención especializada y población.....	431
V.4.2.3. Las consultas externas	433
V.4.2.4. La actividad quirúrgica y la CMA	438
V.4.2.5. Las camas.....	446
V.4.2.6. Las altas.....	454
V.4.2.7. Las estancias	464

V.4.2.8.	La estancia media y el ajuste por casuística	472
V.4.2.9.	La alta tecnología.....	478
V.4.2.9.1.	Tomografía Axial Computarizada (TAC)	478
V.4.2.9.2.	Resonancia nuclear magnética (RNM)	483
V.4.2.9.3.	Equipos de Litotricia Renal.....	488
V.4.2.9.4.	Aceleradores Lineales.....	493
V.4.2.9.5.	Máquinas de hemodiálisis	497
V.4.2.9.6.	Mamógrafos	501
V.4.2.9.7.	Salas de hemodinámica	505
V.4.2.10.	Las urgencias.....	509
V.4.2.11.	Flujos de pacientes desplazados	513
V.4.2.11.1.	Desplazados españoles entre Comunidades Autónomas.....	514
V.4.2.11.2.	Desplazados temporales extranjeros atendidos por Comunidades Autónomas.....	525
V.4.3.	Gasto en farmacia	540
V.4.3.1.	Gasto farmacéutico: recetas médicas y farmacia hospitalaria.....	540
V.4.3.2.	Farmacia hospitalaria: gasto farmacéutico en pacientes ingresados y en dispensación ambulatoria.....	544
V.4.3.3.	Farmacia hospitalaria: productos de dispensación ambulatoria.	550
V.4.3.4.	Gasto farmacéutico a través de receta médica del SNS	552
V.5.	RESULTADOS EN SALUD	578
V.5.1.	Mortalidad	579
V.5.2.	Satisfacción de los ciudadanos con el sistema	579
VI.	RESUMEN DE RESULTADOS	581

I. INTRODUCCIÓN

El punto 9 de la II Conferencia de Presidentes, celebrada el día 10 de septiembre de 2005, establece que *“El Grupo de Análisis del Gasto Sanitario continuará sus trabajos para desarrollar y concretar las medidas de moderación de crecimiento del gasto sanitario y para completarlas, en su caso, con nuevas medidas que puedan ser propuestas en el futuro. El Grupo presentará el resultado de sus trabajos al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y al Consejo de Política Fiscal y Financiera, a los que deberá, además, elevar anualmente un informe en el que constarán las medidas de racionalización del gasto adoptadas por las Comunidades Autónomas”*.

Posteriormente, el Pleno del Consejo de Política Fiscal y Financiera, en su reunión celebrada el 13 de septiembre de 2005, adoptó el Acuerdo por el que el Grupo de Trabajo de Análisis de Gasto Sanitario debía encargarse del seguimiento de las medidas relativas al gasto sanitario derivadas de la II Conferencia de Presidentes. Este mandato se concretó en el encargo de realizar el estudio de los cinco aspectos siguientes:

1. Seguimiento de la puesta en práctica de las propuestas de racionalización del gasto sanitario recomendadas en el primer informe elaborado por el Grupo de Trabajo y que las Comunidades Autónomas se comprometieron a adoptar, tal como se estableció en el punto 6 del Acuerdo de la II Conferencia de Presidentes.
2. Seguimiento de las nuevas medidas de racionalización y moderación del gasto sanitario a las que se hace referencia en el punto 9 del Acuerdo de la II Conferencia de Presidentes.
3. Seguimiento del destino de los recursos incorporados en los Presupuestos Generales del Estado cuyo objeto, según lo establecido en el punto 1 del Acuerdo, es incrementar las aportaciones al Sistema Nacional de la Salud, así como en qué medida los anticipos a cuenta que recibirán las Comunidades Autónomas han sido utilizados para ayudar a la reducción de la deuda sanitaria, según lo establecido en el punto 4 del Acuerdo de la II Conferencia de Presidentes. Ambos puntos fueron, asimismo, aprobados en el Pleno del Consejo de Política Fiscal y Financiera de 13 de septiembre de 2005.
4. Seguimiento del resto de las medidas adoptadas por la Administración General del Estado en ejecución de lo dispuesto en el Acuerdo de la II Conferencia de Presidentes y en el Pleno del Consejo de Política Fiscal y Financiera de 13 de septiembre de 2005.

5. Continuación de los trabajos del análisis del gasto sanitario realizado en el primer informe del Grupo de Trabajo.

El Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario retomó sus trabajos en abril de 2006 con el fin de dar cumplimiento a los mandatos recibidos de la Conferencia de Presidentes y del Consejo de Política Fiscal y Financiera.

En esta segunda etapa se parte del “Informe para el Análisis del Gasto Sanitario” elaborado en el ejercicio 2005, en el que se analizaba, por primera vez y de forma exhaustiva, el gasto sanitario público desde el año 1999 hasta el año 2003, desarrollándose con el máximo nivel de detalle los factores que explicaban el volumen y la evolución de sus componentes. Dicho Informe constituye el punto de partida en materia de análisis del gasto sanitario público. No obstante lo anterior y sin perjuicio del cumplimiento de los mandatos anteriormente citados, la actualización del Informe de referencia con los datos de 2004 y 2005 constituye un avance tendente a dotar a dicho trabajo de una permanencia en el tiempo. En ese sentido, el Informe de 2007 no sólo pretende ser la continuación del Informe de 2005, sino que, en la medida de lo posible, pretende mejorar aquellos aspectos que no pudieron ser abordados en la etapa anterior, así como dar cumplimiento a los encargos adicionales encomendados al Grupo de Trabajo.

Para la elaboración del Informe con los avances y mejoras citados, de nuevo ha sido fundamental la colaboración por parte de todos los miembros del Grupo de Trabajo, los cuales han aportado todos los datos que se ofrecen en el Informe, que se compone de cuatro apartados.

El primero de ellos se refiere al seguimiento de la puesta en práctica de las propuestas de racionalización del gasto sanitario. El Informe del año 2005, a la vista del elevado ritmo de crecimiento que en los últimos años había registrado el gasto sanitario público, finalizaba con una serie de propuestas de racionalización del gasto sanitario. Dichas medidas se clasificaban en ocho líneas de actuación, las cuales constituyen los diferentes epígrafes que se han utilizado a la hora de abordar el exhaustivo seguimiento realizado de la implantación de las mismas. Junto con un resumen en el que se identifican las medidas adoptadas por cada Comunidad Autónoma y se recogen los aspectos más inmediatos de

las mismas, este apartado desarrolla con detalle el contenido y características de cada una de ellas. A lo largo de este apartado se recoge el grado de implantación, no sólo de las medidas propuestas por el Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario, sino el de aquellas otras cuya iniciativa ha corrido a cargo de las Comunidades Autónomas. Todas ellas permiten realizar una aproximación al esfuerzo que desde los gobiernos autonómicos se está haciendo en relación con la racionalización del gasto sanitario. Asimismo, se resumen en esta parte del documento las acciones desarrolladas por la Administración General del Estado y se realizan algunas propuestas de avance que tratan de reforzar la tendencia de racionalización del gasto.

En el segundo apartado del informe se lleva a cabo un seguimiento del destino que se ha otorgado a los recursos incorporados en los Presupuestos Generales del Estado con el fin de incrementar las aportaciones al Sistema Nacional de Salud, y se verifica en qué medida los anticipos a cuenta han contribuido a la reducción de la deuda sanitaria. En este apartado se muestra la evolución del gasto sanitario efectivo de los ejercicios 2005 y 2006 con el fin de conocer el efecto de las medidas adoptadas por las Comunidades Autónomas en el último ejercicio. Igualmente se analiza el impacto que ha tenido a lo largo de 2006 los anticipos abonados a aquellas Comunidades Autónomas que lo hubiesen solicitado en el volumen de gasto sanitario desplazado existente a finales del citado año.

El tercer apartado recoge el seguimiento de las medidas restantes adoptadas por la Administración General del Estado en cumplimiento de lo acordado por la II Conferencia de Presidentes y el Consejo de Política Fiscal y Financiera de 13 de septiembre de 2005. En esta parte se recoge información sobre la ejecución por la Administración General del Estado de las medidas derivadas de la II Conferencia de Presidentes y el Consejo de Política Fiscal y Financiera de 13 de septiembre de 2005 hasta 30 de junio de 2007, con el fin de mostrar y desarrollar, de forma detallada, las acciones llevadas a cabo por la Administración General del Estado desde la celebración de la II Conferencia de Presidentes.

Por último, el cuarto apartado lleva a cabo una actualización del "Informe para el Análisis del Gasto Sanitario". Si el informe anterior recogía un análisis del gasto sanitario para el período 1999-2003, en esta ocasión se recogen datos actualizados correspondientes a los

ejercicios 2004 y 2005, si bien por lo que se refiere a este último año de forma parcial, pues no se recogen aspectos como las retribuciones y efectivos profesionales o la actividad en atención especializada. En relación con este apartado es preciso destacar que, además de la actualización citada, incorpora mejoras importantes en algunos ámbitos de estudio, como en lo que respecta al análisis del gasto farmacéutico hospitalario y a los flujos de desplazados entre Comunidades Autónomas.

También cabe señalar que se ha depurado la información sobre actividad y recursos de atención especializada, y sobre las retribuciones y efectivos, ya que las Comunidades Autónomas, además de actualizar estos datos para el año 2004, han hecho una revisión de las series desde 1999 hasta 2003 que aportaron para el informe anterior. Así, en esta edición del informe y a diferencia de la anterior, se han podido incluir los datos sobre efectivos profesionales, lo que ha permitido calcular las retribuciones medias del conjunto de Servicios de Salud de las Comunidades de una manera más ajustada. Todo ello ha contribuido a una mayor calidad de la información sobre la que se sustenta el análisis.

Finalmente, hay que indicar que hasta el momento no ha sido posible profundizar en algunos aspectos que tampoco pudieron ser abordados en el anterior informe, y que fundamentalmente están relacionados con el efecto que sobre el gasto sanitario tienen la dispersión geográfica, la insularidad y la inmigración.

II. SEGUIMIENTO DE LA PUESTA EN PRÁCTICA DE LAS PROPUESTAS DE RACIONALIZACIÓN DEL GASTO SANITARIO Y PROPUESTAS DE AVANCE

Con el fin de recoger la información necesaria para elaborar este capítulo del informe, el Grupo de Trabajo diseñó dos formularios que se adjuntan en el anexo. El primero de ellos consiste en una ficha resumen que se utilizó para clasificar y caracterizar de forma rápida en sus aspectos fundamentales las distintas iniciativas de racionalización del gasto sanitario. El segundo contenía un cuestionario en el que se preguntaba por las características generales de cada iniciativa (fines y motivaciones, cronograma para su implantación y desarrollo, resultados esperados); los instrumentos empleados en su puesta en práctica (normativos, funcionales y organizativos); el plan económico-financiero previsto para su implantación; los problemas o dificultades encontrados en su puesta en marcha; las soluciones adoptadas frente a dichos problemas; los resultados de la iniciativa y las modalidades de control y supervisión del proyecto; la valoración de cada Comunidad sobre cada una de las experiencias y su eventual aplicación a otros contextos. Para algunas de las iniciativas de racionalización que se hacen constar en la ficha resumen no se dispone de la descripción de todos estos aspectos. Esta es la razón por la que ambos formularios pueden considerarse complementarios. Del primero de ellos puede obtenerse un mapa de las acciones puestas en marcha por los distintos Servicios Autonómicos de Salud (cuadro 1), que sólo de forma parcial tienen reflejo en la descripción algo más detallada que se recoge en el epígrafe II.2.

Las iniciativas de racionalización del gasto sanitario se han clasificado de acuerdo con las ocho líneas de actuación recomendadas en el primer informe del Grupo de Trabajo. No obstante, desde un primer momento se optó también por recopilar información sobre otras medidas que fueran consideradas de interés por las CC.AA., que se han clasificado en un apartado genérico de “otras medidas dirigidas a la racionalización del gasto sanitario”.

Cuadro 1: Mapa resumen de las medidas de racionalización del gasto sanitario

	1. Implantar criterios racionales en la gestión de compras			2. Asegurar la calidad y el uso racional del medicamento				3. Establecer mecanismos promuevan la demanda responsable y estilos de vida saludables		4. Acceso a la mejor evidencia científica disponible con el uso de tecnologías diagnósticas y terapéuticas		5. Consolidar los mecanismos de incentivos a los profesionales sanitarios	6. Reforzar el papel de las Agencias de Evaluación de Tecnologías	7. Aumentar los recursos y la capacidad de gestión de Atención Primaria		8. Desarrollar el sistema de información del SNS	9. Otras medidas dirigidas a la racionalización del gasto sanitario.
	1.1 Centralización	1.2 Gestión	1.3 Catálogos	2.1 Medidas genéricas	2.2 Gestión de recetas	2.3 Orientación en la prescripción	2.4 Atención farmacéutica y dispensación	3.1 Demanda responsable	3.2 Estilos de vida saludables	4.1 Uso de tecnologías	4.2 Acceso a evidencia científica			7.1 Aumentar los recursos de AP	7.2 Aumentar la capacidad de resolución de AP		
Andalucía																	
Aragón																	
Asturias																	
Canarias																	
Cantabria																	
Castilla la Mancha																	
Castilla y León																	
Cataluña																	
Comunidad Valenciana																	
Extremadura																	
Galicia																	
Islas Baleares																	
La Rioja																	
Madrid																	
Murcia																	
Navarra																	
País Vasco																	

	Tienen contenido económico
	Tienen contenido asistencial
	Tienen contenido económico y asistencial
	Información no especificada en la ficha

La mayoría de las CC.AA. han respondido a la petición de información sistematizada sobre las medidas adoptadas o a adoptar para mejorar la eficiencia y racionalizar el gasto sanitario a medio y largo plazo. Únicamente la Comunidad Foral de Navarra no ha aportado información en ninguno de los soportes especificados.

Es importante señalar que las acciones de racionalización del gasto sanitario que se resumen en este documento no constituyen una descripción completa del conjunto de medidas que están siendo adoptadas por los distintos Servicios Autonómicos de Salud, si bien podrían considerarse como una buena aproximación a lo que las CC.AA. conciben como iniciativas prioritarias o más importantes dentro de sus respectivos territorios, puesto que han sido las propias Comunidades las que han seleccionado aquéllas de las que quedaría constancia en el presente informe.

Otra cuestión a destacar es la que corresponde al ámbito temporal al que se refieren las medidas de racionalización. El Grupo de Trabajo entiende que un adecuado seguimiento de la puesta en práctica de las medidas propuestas en el primer informe, en cumplimiento del mandato del Consejo de Política Fiscal y Financiera, exige recoger información de las actuaciones emprendidas por las Comunidades Autónomas con posterioridad al acuerdo de la II Conferencia de Presidentes, pero también de las que, aunque recientes, fueron diseñadas o puestas en práctica antes de esa fecha y están orientadas al mismo fin. En todo caso las medidas incluidas en este capítulo son, salvo excepciones, de reciente implantación.

II.1. SEGUIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE RACIONALIZACIÓN DEL GASTO Y PROPUESTAS DE AVANCE.

En este epígrafe se resumen los avances producidos en la incorporación de medidas de racionalización del gasto sanitario, tanto en lo que respecta a las Comunidades Autónomas como en lo referido a las acciones emprendidas por la Administración Central del Estado, en cumplimiento del mandato del Consejo de Política Fiscal y Financiera.

La información remitida por las CC.AA. muestra que, además de las diferencias registradas en el planteamiento y diseño de las iniciativas, lo que dificulta la posibilidad de establecer comparaciones, se registra un notable grado de heterogeneidad en el nivel de

detalle con el que se describe cada una de ellas, lo que impide realizar un análisis comparativo riguroso sobre la base de indicadores comunes. En cualquier caso, el presente Grupo de Trabajo considera que la recopilación y descripción resumida de la documentación correspondiente a cada Comunidad es en sí misma una valiosa aportación para el conocimiento del sistema sanitario público y de los avances que en él se producen. Por otra parte, constituye un elemento clave en la estrategia de transparencia y de rendición de cuentas que debe caracterizar a todas las políticas públicas.

Algunas de las medidas destacadas por las CC.AA. describen herramientas que se manejan desde hace tiempo en la gestión de servicios sanitarios en nuestro país, por lo que se deduce que en estos casos las acciones emprendidas por los Servicios de Salud están asociadas a mejoras o nuevos enfoques de las mismas. Tal es el caso de los sistemas de incentivos ligados a los contratos de gestión (con combinación de objetivos económicos, de calidad, de actividad, de pactos de consumo entre niveles, de uso racional del medicamento y de satisfacción del usuario, etc.), el empleo de guías farmacoterapéuticas, la recogida periférica de muestras, los catálogos de pruebas diagnósticas de acceso desde el primer nivel asistencial o la construcción de bases de datos poblacionales (TSI).

Esta presumible reformulación, junto con el hecho de que otras de las propuestas reseñadas sean de reciente implantación, contribuye a explicar que en muchos casos no se disponga de datos sobre los resultados concretos de cada una de ellas y únicamente se ofrezca una descripción genérica de cuáles son sus resultados esperados, lo que a su vez dificulta cuantificar su impacto.

La información remitida por los distintos Servicios de Salud permite apreciar los esfuerzos de las CC.AA. por introducir mejoras, tanto en el ámbito económico como en el asistencial, en lo que respecta a la gestión de la política social que más proporción absorbe de los presupuestos autonómicos y que más valorada es por los ciudadanos. Las iniciativas descritas recorren todo el espectro de propuestas incluidas en el primer informe del Grupo de Trabajo, y van desde lo general (acciones estratégicas de amplio alcance) a lo concreto.

Sólo seis CC.AA. (Andalucía, Cataluña, País Vasco, Madrid, Murcia y Valencia) reseñan acciones para cada una de las ocho medidas definidas, y de ellas tres corresponden al grupo de Comunidades con más experiencia en la gestión de las competencias sanitarias.

Las iniciativas de racionalización se concentran en aquellos ámbitos que en términos presupuestarios representan porcentajes de gasto muy significativos que evolucionan rápidamente, y que se espera que tanto a corto como a medio y largo plazo sean capaces de generar mayores ahorros. Más concretamente, el mayor número de medidas reseñadas por las CC.AA. corresponden a la gestión de compras y a las políticas de uso racional del medicamento.

Así, todas las CCAA tienen en funcionamiento, previstas o en pilotaje medidas dirigidas a implantar **criterios racionales en la gestión de compras**, bien sea a través de mecanismos de centralización, catálogos u otras medidas de gestión.

El Principado de Asturias, Baleares, Cataluña, Galicia, País Vasco y la Comunidad Valenciana tienen en funcionamiento centrales o planes de compras centralizados a nivel de Servicio de Salud. La central de compras de Cataluña lo es a nivel de gerencias o áreas de salud y la Comunidad de Madrid también dispone de un primer acuerdo marco para la creación de una central de compras; asimismo la Comunidad de Cantabria tiene prevista la creación de una central de compras. La Rioja y Murcia, por su parte, tienen aprobados sus planes de compras centralizados a nivel de servicio de Salud, y la Comunidad de Castilla y León tiene una central de compras para determinados productos.

Once Comunidades (Andalucía, Aragón, Islas Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Canarias, Extremadura, Galicia, Madrid y La Rioja) reseñan acciones y planes encaminados a mejorar la gestión de las compras, muchas de las cuales pasan por realizar centralizaciones parciales, ampliar los procedimientos de compras corporativos o simplificar las formulas jurídicas de contratación, entre otras.

Por su parte, las Islas Baleares y Canarias tienen en funcionamiento catálogos unificados de productos y servicios, mientras Andalucía, Cantabria, Extremadura y Murcia señalan entre las medidas de racionalización acciones encaminadas a la elaboración y o unificación de catálogos.

Esta batería de medidas responde a unas motivaciones comunes a todas las CC.AA.: reducir los costes de adquisición, favorecer las economías de escala en las ofertas que realicen los proveedores mediante la agregación de la demanda de pequeños compradores, lograr una mayor agilidad y simplificación de los procedimientos administrativos -minimizando los costes de transacción en los procedimientos de gestión de los expedientes de compra-, promover la eficacia, transparencia y concurrencia en las licitaciones públicas y unificar definiciones y conceptos para todas las gerencias, que puede derivar en la homogeneización de criterios clínicos y en la mejora de la calidad de los tratamientos o pruebas ofrecidos a los pacientes.

Los distintos mecanismos para mejorar la gestión de compras están produciendo importantes ahorros en los distintos Servicios Regionales de Salud, aunque su ámbito de aplicación es distinto según el territorio: la centralización de compras se aplica en todas las CC.AA. a la adquisición de medicamentos y otros productos farmacéuticos, y sólo en algunas se extiende a los equipamientos y a otro material sanitario. La variabilidad de ahorros estimados es elevada, en parte como consecuencia de este hecho, y en cualquier caso los cálculos difieren en método para las distintas Comunidades. Así, Andalucía cuantifica el ahorro en un 12% con respecto a los precios anteriores a la centralización, Castilla-La Mancha estima que su política de compra corporativa logrará una reducción entre el 10% y el 20% de los precios unitarios, la Comunidad Valenciana cifra su ahorro medio en el 20%, Extremadura en el 13% del gasto previo para un período de 2 años, Galicia estima una reducción de precios en los productos de nueva incorporación del 10%, la Comunidad de Madrid prevé ahorrar un 10% del gasto en suministro de medicamentos y el País Vasco cifra los descuentos sobre el precio de venta de laboratorio en una horquilla que oscila entre el 12% y el 94%.

Las dificultades asociadas a la compra centralizada de medicamentos están relacionadas, en primer lugar, con la dificultad de homogeneizar las bases de datos internas de cada servicio de farmacia. De ahí la amplia difusión de los catálogos unificados, que constituyen el requisito previo necesario para implantar iniciativas de centralización. En este sentido, es destacable la necesidad de colaboración con otros Servicios de Salud que menciona Castilla-La Mancha, tanto en la normalización de clasificaciones y requerimientos de productos como en la ordenación de la demanda, mediante intercambio

de información y contactos periódicos, al objeto de poner en común experiencias y estrategias validadas en la racionalización del gasto en productos.

La resistencia al cambio es señalada como otro de los obstáculos a vencer en el proceso de implementación de este tipo de iniciativas. Los modelos de gestión centralizada de compras suelen contar con la resistencia del personal de los distintos centros, que entienden que se produce una pérdida de su capacidad de decisión a favor de los servicios centrales, y cuestionan por ello las decisiones adoptadas desde la autoridad central, en parte como consecuencia de una cierta desconfianza sobre la calidad de la compra. No obstante, algunos Servicios de Salud destacan que con el tiempo las resistencias al cambio tienden a desaparecer, sobre todo en los centros de menor dimensión y menor capacidad de negociación, una vez la información sobre precios y condiciones de compra del conjunto, junto con el resto de datos, pueden ser consultados. Asimismo, la información disponible posibilita la reducción de tiempos y simplificación de tareas en los procesos de contratación, lo que también es apreciado como una notable ventaja. Algunos Servicios de Salud señalan que las dificultades tienden a desaparecer de forma progresiva a medida que los centros observan las bondades de este tipo de medidas.

Tal y como señala alguna Comunidad Autónoma, es necesario complementar estas medidas con la implicación de los usuarios en el uso racional de los productos, puesto que de lo contrario se pueden anular los ahorros obtenidos en el precio por la implantación de la gestión de compras. La contención del consumo se destaca, pues, como la asignatura pendiente.

En lo que se refiere a las **políticas de uso racional del medicamento**, las acciones incorporadas por los Servicios de Salud pueden clasificarse en cuatro grupos: medidas genéricas, gestión de recetas, orientación a la prescripción y mejora de los mecanismos de atención farmacéutica y dispensación.

De acuerdo con la información recibida, Aragón, Principado de Asturias, Comunidad Valenciana, La Rioja, Murcia, Galicia y el País Vasco reseñan medidas con la denominación genérica “uso racional del medicamento”, que pretenden objetivos tanto

asistenciales como económicos. Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León y Madrid también incluyen medidas genéricas de mejora en la prestación farmacéutica.

Por otra parte, nueve Comunidades incluyen entre las medidas destinadas a asegurar la calidad y el uso racional de los medicamentos acciones que hacen referencia a la receta electrónica (Andalucía, Galicia, Canarias, Castilla-La Mancha, Madrid, País Vasco, Cataluña Murcia y Extremadura), si bien dichas acciones se encuentran en fases distintas de implantación según la Comunidad de que se trate.

Trece Comunidades incluyen acciones destinadas a orientar la prescripción, con un objetivo mixto (asistencial y económico) en la mayoría de los casos. Andalucía y Canarias plantean el fomento de la prescripción por principio activo. Murcia y Cataluña, entre otras medidas, pretenden potenciar la prescripción de genéricos. Los planes integrales o parciales de mejora en la prescripción (País Vasco, Castilla-La Mancha, Islas Baleares), la elaboración de guías farmacoterapéuticas (Cantabria, Comunidad Valenciana, Madrid, Murcia y Galicia) y el seguimiento de la utilización de los fármacos (Andalucía, Galicia, La Rioja, Castilla y León) resumen el resto de las acciones.

Siete Comunidades Autónomas (Andalucía, Castilla y León, Islas Baleares, Cataluña, Galicia, Madrid y Murcia) reseñan medidas que pueden enmarcarse bajo el epígrafe de atención farmacéutica y dispensación, todas ellas con un doble objetivo asistencial y económico.

Por otra parte, las Comunidades de las Islas Baleares, Murcia y Galicia tienen ya en funcionamiento programas para la gestión de la farmacia hospitalaria. Asimismo, la Comunidad de Madrid tiene en funcionamiento un programa para la dispensación activa a pacientes externos a través de los servicios de farmacia hospitalaria. Cataluña, Galicia, Madrid y Murcia, además, tienen previstas acciones encaminadas a la mejora de la dispensación en centros sociosanitarios, mientras que Baleares tiene ya en funcionamiento la adquisición directa en este tipo de centros. Andalucía señala la aplicación de su guía de incorporación de nuevos fármacos, y Castilla y León ha incorporado farmacéuticos especialistas en farmacia hospitalaria en residencias dependientes de la Gerencia Regional de Servicios Sociales.

Buena parte de las CC.AA. destaca la significativa desaceleración del gasto farmacéutico que han registrado en el pasado más reciente. Otros indicadores relacionados con la evolución del gasto en farmacia, como el que corresponde a la prescripción y consumo de medicamentos genéricos, también parecen haber experimentado un comportamiento más favorable. La implicación de los profesionales se destaca en general como elemento crítico del impacto potencial de este conjunto de medidas.

Los esfuerzos por garantizar la calidad y asegurar el uso racional de los medicamentos corresponden tanto a las CC.AA. como a la Administración Central del Estado. Durante los años 2006 y 2007 se ha continuado desarrollando el Plan Estratégico de Política Farmacéutica del Ministerio de Sanidad y Consumo. En 2006 el Parlamento aprobó la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, que tiene como uno de sus principales objetivos fomentar el uso de los medicamentos genéricos. En este sentido, cabe destacar asimismo el inicio de un plan de choque por parte de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) para agilizar los procesos de evaluación y autorización de genéricos con el fin de conseguir una mayor presencia de estos medicamentos en el mercado. Además, se han puesto en marcha una serie de medidas de sensibilización social y de promoción de estos fármacos, como el programa de formación para médicos y farmacéuticos y la difusión de campañas informativas dirigidas a la población.

Por otra parte, la AEMPS ha puesto en marcha en 2007 un conjunto de iniciativas de información sobre medicamentos dirigidas a los médicos, entre las que se encuentra la Guía de Prescripción Terapéutica (GPT), una nueva aplicación informática que permitirá a los usuarios realizar consultas sobre los medicamentos autorizados en España un documento informativo dirigido a los profesionales sanitarios que ofrecerá las novedades sobre medicamentos aprobados, nuevos principios activos, genéricos o las posibles incidencias de seguridad.

Adicionalmente, la orden del nuevo sistema de precios de referencia, en vigor desde marzo de 2007, se estima que supondrá un ahorro al SNS cifrado en 600 millones de euros anuales.

Por último, y como iniciativa más reciente, cabe señalar que en mayo de 2007 se ha iniciado el trámite de audiencia pública del Proyecto de Real Decreto sobre receta médica y orden hospitalaria de dispensación, que contribuye al uso racional de los medicamentos promoviendo el intercambio de información entre los profesionales sanitarios y con el paciente, y adecuando la prescripción de un medicamento a la duración del tratamiento.

El tercer grupo de propuestas incluido en el primer informe del Grupo de Trabajo se refería a la conveniencia de **establecer mecanismos que promovieran la demanda responsable** y a la necesidad de promover **estilos de vida saludables**.

Son pocas las Comunidades Autónomas que reflejan en sus contestaciones acciones dirigidas a establecer mecanismos encaminados a promover la demanda responsable. Este tipo de medidas se orientan al suministro de información al ciudadano, como forma de concienciación de un uso responsable de los servicios sanitarios. También responden a este objetivo algunas campañas de promoción del cumplimiento terapéutico, en general relacionadas con las políticas de uso racional del medicamento. Se trata en todo caso de un conjunto de iniciativas aparentemente poco extendido entre las CC.AA. Es necesario tener en cuenta que alterar las pautas de comportamiento de los usuarios es una labor tremendamente compleja y cuya eficacia, en general, sólo cabe esperar en el largo plazo. Requiere además de la implicación, no sólo de las autoridades sanitarias, sino de todos los profesionales del sistema (en buena parte cómplices de las pautas de consumo de los pacientes), además de verse condicionada por la forma de organización de los servicios sanitarios.

Por otra parte, los factores que inciden en la utilización de los servicios sanitarios menos sensibles a la demanda inducida por el profesional (consultas de atención primaria, servicios de urgencia) probablemente se encuentren más ligados a variables de coste (coste de oportunidad por el tiempo empleado en el desplazamiento y en la consulta) que al grado de información sobre la pertinencia clínica del acto de consumo.

En lo que se refiere a las acciones dirigidas a estimular los estilos de vida saludables y prevenir enfermedades, un total de once Comunidades Autónomas remite información a

este respecto: Andalucía, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia y el País Vasco.

Sólo Cataluña menciona el desarrollo de un proceso de reforma integral de la salud pública, incluyendo las políticas de prevención y promoción de la salud, que ha derivado en la creación de la Agencia de Protección de la Salud (actualmente en fase de proyecto). El resto de CC.AA. citadas ha desarrollado acciones en distintos ámbitos, mayoritariamente centradas en la prevención del tabaquismo, la obesidad y sus enfermedades asociadas, en línea con las actuaciones desarrolladas por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

El hecho de que algunas de las iniciativas reseñadas por las CC.AA. tengan un carácter claramente intersectorial es un buen síntoma, que favorece la efectividad potencial de estas políticas (entre otros factores porque exige la implicación de distintos colectivos). Mayoritariamente se implica a las escuelas y a los entes locales.

Alguna Comunidad señala la dificultad de implicar a los profesionales en la promoción de estilos de vida más saludables, al menos en una fase inicial. Al margen de las resistencias al cambio que se registran en cualquier colectivo de profesionales cuando intentan introducirse nuevos métodos de trabajo y/o nuevas funciones (y que intentan mitigarse con programas de formación y estrategias de comunicación), hay que asociar esta dificultad a la elevada presión asistencial que soportan en particular los profesionales de atención primaria. La asignación de un tiempo cada vez más escaso a distintas tareas pasa, en general, por priorizar la actividad asistencial frente a la de prevención y promoción de la salud.

También se señalan algunas dificultades con los entes locales, que han de asimilar la sustitución de un modelo de relación vertical con el gobierno autonómico a un modelo horizontal en el que la cooperación es el elemento fundamental. Es preciso entender que la manera de trabajar en colaboración con otros agentes sólo se adquiere mediante la experiencia. Cuantas más iniciativas de cooperación entre agentes decisores, niveles de gobierno, etc., se emprendan, más fácil será consolidar un modelo de relación que prime lo cooperativo frente a lo competitivo.

Finalmente, solamente Andalucía y Madrid mencionan explícitamente la aplicación de planes integrales dirigidos a aspectos concretos de la salud, que incluyen acciones de promoción de hábitos saludables. En este sentido, cabe señalar el importante avance producido en los años 2006 y 2007 en la elaboración y aprobación de estrategias de salud, que nacen de un trabajo conjunto entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y todas las Comunidades Autónomas. Durante el año 2006 fueron aprobadas por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) las estrategias de Cardiopatía Isquémica, Cáncer, Diabetes y Salud Mental, y se elaboraron los primeros borradores de la estrategia en Cuidados Paliativos. Actualmente se está trabajando en las estrategias de accidente vascular cerebral y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, que se espera tener a punto en los primeros meses de 2008.

Las estrategias se configuran como un instrumento de coordinación que permita reducir la incidencia de las enfermedades, garantizar una atención integral de calidad y en condiciones de equidad en todo el territorio nacional. Para ello incluyen intervenciones específicas de promoción de hábitos de vida saludables, así como la elaboración e implantación de guías de práctica clínica dirigidas a los profesionales, entre otras acciones. En 2006 el Ministerio de Sanidad y Consumo destinó a las Comunidades Autónomas un total de 6.715.860 euros para desarrollar proyectos relacionados con las Estrategias de Salud. Por lo que respecta a 2007, el CISNS ha decidido destinar 5 millones de euros a dichas estrategias.

Por otra parte, el Plan de Calidad para 2007 incluye entre sus acciones facilitar el acceso para los ciudadanos a recursos de información básica basada en la evidencia científica sobre promoción de la salud, prevención de enfermedades, hábitos saludables y enfermedades más prevalentes incorporando contraste de la literatura científica internacional.

De acuerdo con la información recibida, la proporción de iniciativas recientes relacionadas con **facilitar el acceso a la evidencia científica** -a través de guías de práctica clínica basadas en la evidencia u otros métodos para facilitar el acceso generalizado a la mejor evidencia científica- es aún escasa, lo que indica que es necesario continuar trabajando

en esta dirección¹. Se trata, además, de medidas que son fácilmente exportables entre CC.AA. En todo caso, es importante distinguir la elaboración de guías basadas en la evidencia del proceso de difusión y del traslado efectivo a la práctica clínica de las mismas, aspecto éste que debe ser reforzado.

Con las guías se pretende, tal y como señala alguna Comunidad, no tanto racionalizar el gasto de forma inmediata, como reducir la variabilidad de la práctica clínica, mejorar la calidad asistencial e implicar a los profesionales en la elaboración de futuras guías. El problema de implementación de las guías consiste básicamente en la selección de profesionales, que han de colaborar en su desarrollo con un elevado nivel de dedicación. Esto dificulta la implicación de profesionales expertos en el tema, ya que supone una carga añadida a las labores asistenciales cotidianas. Por ello se requiere el respaldo e implicación de las instituciones.

Estas medidas, costosas y con resultados poco tangibles a corto plazo, pueden tener un alto impacto en el sistema sanitario en el medio y largo plazo, pero chocan con la dificultad de introducir una nueva cultura de funcionamiento que basa las decisiones en la evidencia científica disponible. Por este motivo deben concebirse en el marco de estrategias de carácter global que tengan como fin un cambio de enfoque, dirigido a la mejora continua de la calidad de la asistencia. Garantizar al máximo el éxito de estas iniciativas requiere implicar no sólo a los profesionales médicos y de enfermería, sino también a todas las demás profesiones sanitarias. Los programas de formación y la adaptación de los esquemas de incentivos (económicos y de desarrollo profesional) a este nuevo enfoque pueden contribuir a extenderlo más eficazmente.

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son herramientas que se han demostrado útiles para acercar las mejores evidencias científicas al profesional. En España el Proyecto Guía Salud, apoyado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, recopila GPCs elaboradas a nivel nacional, las evalúa y las difunde a través de un portal. También presta apoyo metodológico a las organizaciones que elaboran las GPCs y desarrolla un programa formativo. Durante el año 2006 se han encargado 13 GPCs y un número similar serán encargadas durante 2007. En el marco del Plan de Calidad, puesto en marcha en 2006,

¹ No obstante, es necesario señalar que estas medidas se encuentran en su mayor parte íntimamente relacionadas con las que aparecen descritas en el apartado referido al refuerzo de los mecanismos de evaluación de tecnologías.

se desarrollarán acciones para consolidar y extender este proyecto, entre las que cabe citar el diseño de estrategias de implementación de las GPCs y la creación de una Biblioteca de GPCs del Sistema Nacional de Salud.

En el apartado II.2.5 este capítulo se presenta una descripción de todas aquellas iniciativas relacionadas con el diseño de **incentivos a profesionales**, pero también aquellas otras que describen instrumentos de gestión que incorporan incentivos a los centros. En total, doce Comunidades Autónomas señalan una o varias acciones relacionadas con este ámbito. Entre ellas, siete Comunidades (Cantabria, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Galicia, Comunidad de Madrid País Vasco y Extremadura) hacen constar en la documentación recibida el desarrollo de la carrera profesional, que presenta tanto objetivos asistenciales como económicos.

Según indican las CC.AA., la puesta en marcha de los distintos mecanismos de incentivos ha tenido una traducción positiva en la evolución de los indicadores de coste, calidad y resultado (aunque sólo en algunos casos se dispone de información que permita cuantificar sus efectos). Es frecuente que en las experiencias aquí descritas se mencione un sistema específico de incentivos ligado a prescripción, lo que indica nuevamente la importancia que los Servicios Autonómicos de Salud conceden a la contención de las tasas de crecimiento del gasto farmacéutico. Por otra parte, a partir de la información recibida parece desprenderse un mayor grado de innovación en los modelos diseñados y aplicados a la atención primaria de salud. En este sentido, cabe señalar los buenos resultados que está obteniendo Cataluña del sistema de incentivos introducido en el año 2003.

Buena parte de las medidas referidas en este apartado corresponden al establecimiento de pagos por productividad variable y a la puesta en marcha de la carrera profesional. En algún caso, como en la Comunidad Valenciana, ambas iniciativas aparecen vinculadas (la progresión en carrera depende de los resultados obtenidos por el trabajador en productividad variable), lo que parece potenciar sus efectos incentivadores.

Las medidas de desarrollo y carrera profesional están orientadas a implicar a los profesionales en la organización, mejorando el rendimiento de los recursos humanos y la eficiencia. Estas medidas llevan inevitablemente asociados mecanismos para diferenciar

a aquellos profesionales que aportan una mayor contribución al sistema de aquellos que presentan contribuciones menores, lo que genera resistencias a su aplicación, tal y como señalan buena parte de las Comunidades Autónomas. Otras dificultades relacionadas con la implementación de estas medidas están relacionadas con los problemas logísticos que se derivan de la necesidad de validar y baremar los méritos de cada profesional, lo que ha motivado que algunas Comunidades comiencen a desarrollar sistemas de información específicos orientados a facilitar el proceso de evaluación.

Aún es pronto para evaluar el impacto que el desarrollo de la carrera profesional tendrá en los distintos Servicios de Salud, puesto que en buena parte de las CC.AA. se encuentra todavía en fase de implantación. No obstante, la creación del Observatorio de la Carrera Profesional en marzo de 2007, encargado de analizar la implantación, evolución y desarrollo de los diferentes modelos de carrera en el SNS, constituye un paso adelante en este sentido.

El primer informe del Grupo de Trabajo constataba la dificultad de evaluar las políticas de recursos humanos de los Servicios Autonómicos de Salud como consecuencia de la falta de registros de personal en la mayor parte de las CC.AA. Por ese motivo incluía entre sus recomendaciones la creación de un registro de profesionales sanitarios con características comunes para todas las Comunidades. En el año 2007 se ha alcanzado un acuerdo entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el conjunto de los Servicios de Salud para la creación de dicho registro, que constituye una herramienta fundamental en la adecuada planificación de los recursos humanos en el SNS, y que contará con una aportación del Ministerio de Sanidad y Consumo de dos millones de euros.

En lo que se refiere al **refuerzo de los mecanismos de evaluación de tecnologías**, un total de diez Comunidades Autónomas (Andalucía, Aragón, Asturias, Canarias, Cataluña, Comunidad Valenciana, Galicia, Madrid, Murcia y País Vasco) incorporan medidas de diversa índole, que van desde la creación de observatorios de evaluación y/o detección de tecnologías emergentes (es el caso de Andalucía, Galicia o la Región de Murcia) hasta la elaboración de guías o procedimientos de introducción de tecnologías sanitarias (Asturias, Aragón, Canarias, Murcia o Comunidad de Madrid) y la realización de informes de evaluación (Cataluña y País Vasco, entre otras). Todas ellas cuentan pues con criterios

explícitos que tratan de orientar y facilitar la toma de decisiones sobre la incorporación o modificación de las tecnologías sanitarias.

De nuevo estas medidas chocan en ocasiones con ciertas resistencias derivadas de la introducción de una nueva cultura en los Servicios de Salud. Tal y como indican algunas CC.AA. en los cuestionarios de descripción de estas iniciativas, la utilización de indicaciones específicas para incorporar tecnologías emergentes para las que existe incertidumbre sobre los resultados frente al elevado coste de su libre difusión exige una colaboración directa con los profesionales, de modo que se genere un clima de confianza para garantizar la implementación del protocolo y para elaborar informes que tengan la credibilidad suficiente. No obstante, el control del uso y el seguimiento de los resultados de la utilización de los dispositivos pueden ser interpretados negativamente por los profesionales sanitarios como un mecanismo de control fiscalizador de la administración. Por otra parte, los profesionales pueden utilizar estrategias alternativas para utilizar los dispositivos en pacientes en los que la indicación no estaba contemplada inicialmente en el protocolo.

No se dispone de información que permita cuantificar el impacto de las iniciativas incorporadas por las CC.AA. en este ámbito, aunque es obvio que ejercen una influencia positiva sobre la contención del gasto sanitario, especialmente si se tiene en cuenta que la rápida incorporación y difusión de los avances tecnológicos es uno de los factores que más propulsa el gasto al alza. Asimismo, el control del proceso de aplicación de tecnologías basado en la mejor evidencia científica contribuye a extender la buena práctica una vez la tecnología se ha generalizado, lo que además de racionalizar el gasto permite garantizar una mayor calidad en la asistencia sanitaria. Además, las iniciativas descritas pueden extenderse a cualquier tipo de tecnología, por lo que resulta conveniente seguir canalizando esfuerzos hacia este ámbito.

Por otra parte, existe un reconocimiento claro por parte de algunas CC.AA. de la importancia de difundir la evidencia ya contrastada por otras Comunidades. Los beneficios de compartir información son especialmente visibles en lo que se refiere a la evaluación de tecnologías y también en todo lo relacionado con la elaboración y difusión de guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Sería necesario desarrollar herramientas aplicables en todo el ámbito del SNS que faciliten el intercambio de información y la

evaluación de los resultados, para lo que se precisa continuar impulsando estrategias de colaboración entre las distintas agencias y Servicios de Salud. De este modo será posible extender los beneficios que aporta el conocimiento evitando costes y duplicidades derivados del trabajo aislado de cada Comunidad Autónoma.

Gracias a los fondos derivados de la II Conferencia de Presidentes se ha puesto en marcha una red de evaluación de tecnologías en salud. De ella forman parte las agencias o institutos dependientes de siete Comunidades Autónomas, además de la Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias del Instituto de Salud Carlos III. El primer fruto de esta red ha sido la elaboración de un plan de evaluación de tecnologías sanitarias en el Sistema Nacional de Salud, para el que se han dotado 30 millones de euros en 2 años - 2006 y 2007-. Durante el año 2006 se han puesto ya en marcha más de cien proyectos para detectar tecnologías emergentes, evaluar las tecnologías ya introducidas y para extender la formación evaluadora entre clínicos y gestores.

El Plan de Calidad para 2007 continuará reforzando las medidas iniciadas en 2006 en este ámbito. Así, entre sus objetivos se encuentra elaborar una oferta de formación estructurada sobre conceptos y métodos básicos relativos a evaluación de tecnologías sanitarias y evidencia científica para profesionales de atención primaria y especializada, a desarrollar en colaboración con las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias y las sociedades científicas y profesionales. Asimismo, incluye la elaboración de una plataforma electrónica de conocimiento compartido desde donde sean fácilmente accesibles para los profesionales sanitarios los informes de tecnologías emergentes, los recursos de formación, los métodos comunes, los mapas de recursos y los enlaces a las redes nacionales e internacionales de evaluación y otros proyectos relacionados (por ejemplo, Guía salud).

Por otro lado, en el desarrollo del Real Decreto 1030/2006, de cartera de servicios, se incluirá la detección de técnicas, tecnologías y procedimientos emergentes, que habrán de ser objeto de evaluación previamente a que se tome una decisión sobre su inclusión o no en la cartera de servicios comunes en una fase temprana de su aparición.

Una de las propuestas incluidas en el primer informe del Grupo de Trabajo se refería de forma explícita a la necesidad de **incrementar los recursos y la capacidad de**

resolución de la Atención Primaria de Salud (APS). Las CC.AA. han reseñado múltiples medidas que de una forma global tienden al incremento de los recursos puestos a disposición del primer nivel asistencial. Así, Aragón, Canarias y Cataluña tienen ya aprobados planes estratégicos y de desarrollo de la Atención Primaria. La Comunidad de Madrid y la Región de Murcia incorporan, asimismo, acciones de mejora e incremento en los recursos humanos. La Rioja plantea la informatización e interconexión de los puestos de trabajo y la implantación del programa Selene como una red de salud integrada en un sistema de información único, con efectos tanto en el incremento de recursos materiales puestos a disposición del primer ámbito asistencial como en su mayor capacidad de resolución.

Por su parte, las Comunidades de Castilla-La Mancha, Castilla y León y Aragón reseñan en este apartado medidas tendentes al incremento de recursos humanos en atención primaria, así como la creación de figuras profesionales específicas: médicos y enfermeros de área en Castilla y León y los PEAC (personal estatutario de atención continuada) en Castilla-La Mancha.

Una buena parte de las Comunidades Autónomas incorporan medidas diversas para el aumento de la capacidad de resolución de la atención primaria y su coordinación con la atención especializada. La mayoría de las medidas reseñadas tienen carácter asistencial. Así, Andalucía, Castilla-La Mancha, Madrid, Murcia, País Vasco y la Comunidad Valenciana tienen en funcionamiento programas que incrementan la capacidad de acceso a pruebas diagnósticas especializadas desde la Atención Primaria y fomentan la integración de los dos niveles asistenciales. No obstante, sólo la Comunidad Valenciana menciona la implantación de la gerencia única y los acuerdos de gestión únicos por Departamento. Canarias, Galicia, Madrid y la Comunidad Valenciana, tienen asimismo, previstas o en pilotaje, otras acciones integradas en este marco. La Comunidad de Castilla y León, por su parte, señala acciones orientadas a facilitar el acceso a las zonas rurales (radiología digital y telemedicina). Entre las iniciativas orientadas a mejorar la coordinación con la atención especializada, cabe destacar el programa de farmacia al alta hospitalaria y consultas externas de Baleares y la incorporación como experiencia piloto de la figura del especialista consultor en primaria de la Comunidad de Madrid.

Cuatro CC.AA. (Cantabria, Comunidad Valenciana, Región de Murcia y País Vasco) señalan entre las medidas dirigidas al aumento de la capacidad de resolución de la atención primaria la mejora del acceso de los pacientes al control del tratamiento de anticoagulación oral, que se descentraliza a los centros de salud y evita la masificación de los centros hospitalarios.

En el último año el Sistema Nacional de Salud ha avanzado de forma importante en la concepción y diseño de lo que ha de ser la Atención Primaria en el futuro próximo. Así, el Pleno del CISNS acordó de manera unánime en diciembre de 2006 que el proyecto AP21 incorpora un marco estratégico adecuado para que las Comunidades Autónomas desarrollen las medidas que, en el marco de sus competencias y con la adaptación precisa a la realidad de cada Servicio de Salud, hagan posible la consecución de los avances necesarios para la mejora de la Atención Primaria de salud en España en el período 2007-2012.

Entre las líneas de actuación de este proyecto se incluyen medidas que han venido siendo demandadas por los profesionales del sector, como aquellas encaminadas a desburocratizar las consultas, a incrementar el tiempo disponible por los profesionales para atender a los pacientes, a mejorar la formación o a permitir que los profesionales de Atención Primaria tengan acceso a un mayor número de pruebas diagnósticas, entre otras.

En lo que respecta a las acciones incluidas en el Plan de Calidad del SNS para 2007, también cabe destacar algunas referidas a la mejora del poder de resolución de la APS. Entre ellas, el desarrollo de protocolos conjuntos de utilización de pruebas diagnósticas en Atención Primaria que permitan una ampliación del acceso a los medios diagnósticos desde este nivel de atención, la evaluación de las experiencias que se han desarrollado en distintas Comunidades Autónomas en este ámbito o la elaboración de un conjunto de indicadores que permita la evaluación de los progresos producidos por la aplicación del marco estratégico del proyecto AP21.

El **desarrollo de sistemas de información** adecuados sirve de soporte a buena parte de las iniciativas puestas en marcha por las Comunidades Autónomas. A este respecto, un total de quince Comunidades Autónomas señalan específicamente acciones relacionadas

con este ámbito: Andalucía, Aragón, Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Castilla–La Mancha, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Madrid, Murcia, La Rioja y País Vasco. Los avances producidos se pueden encuadrar, según los casos, bien en el marco de las necesidades globales del SNS (Registro de actividad hospitalaria – CMBD-, Lista de espera, Tarjeta Sanitaria, etc.) bien en el de las propias necesidades de las Comunidades (Sistemas de información sanitaria, Contabilidad, Atención farmacéutica y ambulatoria, etc.)

A pesar de los avances producidos hasta ahora, se constata que la velocidad de las reformas y los ámbitos en los que se aplican prioritariamente son distintos para cada Comunidad. Sólo tres Comunidades Autónomas señalan proyectos integrales de reforma de los sistemas de información (Aragón, Extremadura y Comunidad Valenciana), que afectan tanto al ámbito asistencial como al económico y de gestión. Castilla y León también combina actuaciones en el área asistencial (con el desarrollo de la historia clínica electrónica) y económica (con la introducción de un sistema de contabilidad analítica). Baleares y Canarias mencionan, por su parte, mejoras en los mecanismos de facturación a terceros. Asturias y Canarias concentran sus acciones en el desarrollo de sistemas de información económico-financieros, mientras Castilla-La Mancha, la Comunidad de Madrid y el País Vasco prestan especial atención al desarrollo de la historia clínica electrónica. Andalucía, por su parte, menciona la incorporación de un nuevo modelo de información dirigido a la gestión de los recursos humanos, y Cataluña señala el proyecto de receta electrónica. El diseño de los sistemas de información, particular en cada territorio, dificulta la comparación entre CC.AA. En todo caso, se trata de avances en su mayor parte recientes, por lo que habrá que esperar algún tiempo hasta valorar sus resultados.

Algunas de las acciones mencionadas por los distintos Servicios de Salud están más dirigidas a mejorar la financiación del gasto que a su racionalización, si bien se trata de iniciativas que tienen por lo general un carácter marginal, como las correspondientes al desarrollo del sistema de información del fondo de cohesión sanitaria y de los sistemas de facturación por la asistencia prestada a terceros.

Desde la publicación del primer informe del Grupo de Trabajo se han producido importantes avances en los sistemas de información que afectan al conjunto del SNS. Así, durante el año 2006, se ha aprobado la primera fase del Sistema de información de

Atención Primaria (SIAP), de nueva creación en el SNS, se han normalizado y validado las series 1995-2004 de las principales estadísticas de hospitales (ESCRI y CMBD), se ha iniciado la incorporación de hospitales privados al CMBD y se ha consensuado el modelo CMBD de atención ambulatoria. Por otra parte, todas CC.AA. (más el INGESA) se han adherido al proyecto Sanidad en Línea en 2006 y 2007 a través de convenios bilaterales con la entidad Red.es, en coordinación con el Ministerio de Sanidad y Consumo. Todas las CC.AA. firmantes de los convenios del Plan Avanza han asumido el compromiso de incorporación a la base de datos de población protegida del SNS (TSI) o de su mantenimiento y mejora en el caso de encontrarse ya incorporadas. A finales del año 2006 se encontraban integradas 11 Comunidades y el INGESA. Durante 2007 se han realizado los primeros cruces de datos entre las bases de dos nuevas CCAA, requisito previo para su incorporación plena. Del mismo modo se ha puesto en marcha el proyecto de Historia Clínica Digital (HCD), mediante la presentación de una propuesta de trabajo a la Subcomisión de Sistemas de Información del CISNS, y se están elaborando los primeros prototipos de receta electrónica.

Por último, en el capítulo de las “**otras medidas de racionalización del gasto**”, se incluyen iniciativas muy diversas que van desde la puesta en marcha de centros de alta resolución de Andalucía y Aragón hasta el sistema de asignación de recursos en base captativa de Cataluña, pasando por acciones (en su mayor parte correspondientes a Baleares) con un limitado impacto financiero, puesto que afectan a partidas de gasto que representan una proporción muy escasa del gasto sanitario público total de la Comunidad, pero que igualmente contribuyen a su racionalización.

Pese al indudable interés de todas las iniciativas reseñadas, no siempre se presenta un detalle suficiente acerca de cuáles son los indicadores a partir de los cuales se evalúa el cumplimiento de los objetivos establecidos o el impacto económico que supone su puesta en marcha. Asimismo, en buena parte de los casos los instrumentos de seguimiento y control están insuficientemente detallados. Estos elementos son, sin embargo, imprescindibles para proceder a una evaluación sistemática de las medidas que están siendo incorporadas por las CC.AA., que permita valorar sus resultados y ofrezca al mismo tiempo un criterio informado y relevante para la toma de decisiones en lo que respecta a sus probabilidades de éxito. Finalmente, un adecuado análisis comparativo de

cada iniciativa requeriría disponer de indicadores comunes, pactados entre las distintas administraciones.

A continuación se presenta la descripción de las distintas iniciativas referidas por las Comunidades Autónomas, elaborada a partir de los cuestionarios en los que se ha recogido el detalle de las mismas. Nótese que una parte de las medidas aquí descritas podrían clasificarse bajo varios epígrafes, si bien se ha optado por incluirlas en un único grupo para no duplicar la información².

II.2. DESCRIPCIÓN DE LAS MEDIDAS DE RACIONALIZACIÓN DEL GASTO ADOPTADAS O PREVISTAS POR LAS CC.AA.

II.2.1. Introducción de criterios racionales en la gestión de compras.

Andalucía cuenta desde el año 2000 con un catálogo corporativo para identificar los productos genéricos que se consumen en el Servicio Andaluz de Salud. Gracias a este instrumento, se estandarizan las características y modo de identificación de los productos genéricos que se demandan al mercado, se ponen las bases para comparar los precios de compra de los productos, se ordena la oferta de productos en función de criterios homogéneos y se potencia la competencia de empresas comercializadoras de productos con características bioequivalentes. Entre las dificultades asociadas al desarrollo de esta medida se señala la de mantener actualizado el catálogo y la resistencia al cambio por parte de los profesionales. Ante esta última dificultad se proponen como soluciones la descentralización de la actualización de contenidos del catálogo, basándola en la iniciativa de los profesionales de los centros, además de la creación de un intenso plan de formación y de comunicación a usuarios y directivos sobre las ventajas y beneficios aportados por esta estrategia.

Además del catálogo corporativo, en 2002 la Comunidad andaluza implanta un banco de productos que permita a los proveedores dar a conocer, a través de plataformas basadas en tecnologías de la información y la comunicación (TIC), los productos que comercializan. Este banco de productos sirve para conocer los productos específicos

² Este hecho también contribuye a explicar las discrepancias que se registran entre el mapa resumen mostrado en el cuadro 1 y el panorama descrito en el epígrafe II.2.

disponibles en el mercado, comprobar si cumplen las especificaciones definidas por el SAS, ordenar y clasificar los productos de los diversos proveedores, identificar con un código único a cada uno de los productos y facilitar a los proveedores una vía de presentación y homologación de sus productos que les ayude en el proceso de comercialización. Actualmente, cuenta con más de 100.000 productos inscritos. La puesta en marcha de esta iniciativa ha implicado la necesidad de persuadir a los proveedores de sus ventajas, y del papel del banco de productos como elemento de difusión comercial a los centros del SAS.

La simplificación de procesos de evaluación de la capacidad técnica del producto, la potenciación de la concurrencia y competencia y otras medidas de similar calado están reduciendo el gasto en el proceso de comercialización y compra. La creación del banco de productos constituye una herramienta de prospección del mercado ligada a un sistema de verificación de características de los productos. Esta circunstancia, unida a la contratación mediante concursos de determinación de tipo (que garantiza que los productos sobre los que una empresa desea presentar oferta deben contar con el certificado de aptitud emitido por el banco de productos), ha hecho compatible la política de descentralización de las competencias de compra en los centros sanitarios con la actuación del SAS como cliente global en el mercado.

Andalucía está generalizando la utilización de fórmulas jurídicas de contratación pública que simplifiquen el proceso de compra y potencien la acción corporativa. Por ello implanta los contratos de Adopción de Tipo desde el año 2000. En la actualidad cerca de 45.000 productos se encuentran homologados mediante Determinación de Tipo, en un proceso que se encuentra en expansión. Las convocatorias de concurso se realizan por procedimiento restringido, en las que pueden participar las empresas cuyos productos cuentan con el Certificado de Aptitud del Banco de Productos del SAS. Hasta el momento se ha producido una disminución de los costes de transacción por la utilización de procedimientos de compra más eficientes, y se ha reducido la horquilla de precios de compra por el efecto de los máximos fijados en los contratos. El concurso centralizado de determinación de tipo se ha aplicado a la adquisición de medicamentos, de manera que los precios de adquisición han registrado una disminución media del 38% en relación con los precios de venta de los laboratorios. El número de medicamentos incluidos en determinación de tipo se ha incrementado en un 18% desde el primer concurso.

Más recientemente, Andalucía ha diseñado y comenzado a implantar procedimientos normalizados y herramientas corporativas para la gestión electrónica de la contratación pública. Así, se aprueba mediante resolución el procedimiento de contratación electrónica, licitación y adjudicación por medio del Portal de Compras del Servicio Andaluz de Salud³. A través de este Portal los proveedores recibirán la invitación a participar, presentarán sus ofertas y formalizarán sus contratos.

Asimismo, esta Comunidad Autónoma ha diseñado un programa de formación de usuarios para la utilización de las aplicaciones corporativas de contratación electrónica y un plan de información y comunicación a proveedores para la utilización de este sistema de trabajo. Los problemas relacionados con la implantación de estas medidas corresponden a la formación de un gran número de usuarios y de información a los proveedores, y se derivan asimismo de las resistencias al cambio en el modelo tradicional de compra y venta por parte de proveedores y clientes. Esto obliga a que se produzcan implantaciones progresivas y a intensificar la formación y la información. Los resultados más visibles, aparte de la agilización y simplificación de los trámites necesarios para la licitación, consisten en la articulación de un sistema corporativo de información de precios de compra a disposición de los gestores de los distintos centros, y en una mayor contención o reducción de los precios de compra de los productos afectados.

De acuerdo con lo señalado por la Comunidad andaluza, gracias a estas medidas se han reducido de forma espectacular los tiempos de tramitación de todos los expedientes de contratación, los costes de acceso a la documentación que regula la contratación y los costes de obtención de información de precios de mercado para fijar las condiciones económicas de partida en los procesos de compra, y se ha incrementado de manera espectacular la solvencia de las fuentes y la información de precios de mercado para su utilización en los procesos de compra. Por otro lado, la potenciación de la concurrencia y competencia están reduciendo el gasto en el proceso de comercialización y compra. El empleo de soporte electrónico en sustitución del papel como base documental del expediente y la implementación de flujos de trabajo a través de aplicaciones informáticas corporativas ha supuesto un cambio tecnológico y cultural que trae consigo una muy

³ En los pliegos de cláusulas administrativas y técnicas de los Contratos de Adopción de Tipo se recoge la obligatoriedad de operar a través de dicho Portal de Compras.

significativa reducción de tiempos, a la vez que está permitiendo normalizar procesos, decisiones y documentos de necesaria utilización en la compra pública. Los proveedores, por su parte, encuentran minimizados sus costes de acceso a la información de la iniciativa de contratación pública.

Andalucía señala explícitamente que se trata no sólo de una iniciativa exportable, sino que debería ser exportada al constituir un importante yacimiento de eficiencia en el funcionamiento de las organizaciones.

Aragón también trabaja en el desarrollo e implantación de una solución corporativa para la gestión económica y de compras en el Servicio Aragonés de Salud, que prevé extender a todos los centros en 2007, a la que acompaña el diseño de un único catálogo de productos. Desde el año 2004 se realizan concursos centralizados de adquisición de medicamentos destinados a hospitales, en los que se incluyen los productos de mayor consumo en los que existe competencia a nivel de principio activo o grupo terapéutico. En 2005, se convocaron concursos centralizados por un importe equivalente al 37,39% del consumo farmacéutico hospitalario de 2004. El ahorro logrado mediante esta forma de adquisición fue del 41,80%. Estos son los pasos previos a la puesta en marcha del proyecto de centralización de compras y distribución en la plataforma logística de Zaragoza, prevista para 2008, con el que se espera estabilizar el crecimiento de los gastos corrientes por debajo del 6% anual. No se dispone de información detallada en relación con esta iniciativa.

Tampoco se ofrece mucho detalle de la experiencia de Asturias a este respecto. Al igual que en otras CC.AA., la iniciativa se pone en marcha de modo gradual, en este caso en un período de tiempo que abarca desde 2003 a 2007. Cuando termine de implantarse la centralización de compras se espera un ahorro medio del 15% con respecto a los precios anteriores. Desde 2003 a 2006, el importe de los concursos ha aumentado desde los 6,8 millones de euros hasta los 52,6, cifrándose el ahorro estimado actual en el 12%.

Baleares también ha adoptado un conjunto de medidas tendentes a racionalizar los procesos de compras. En primer lugar, desde 2004 se han llevado a cabo de forma escalonada acciones de mejora de la gestión logística (almacenaje, distribución) tendentes a la adecuación de procesos y a la optimización de stocks. Se ha implantado un

modelo de reaprovisionamiento de stocks en punto de consumo (si bien aún sólo en algunos centros), lo que posibilita su reducción y un aseguramiento de las posibles roturas. Asimismo, se han establecido acuerdos logísticos con proveedores para fomentar la práctica de aprovisionamiento “just in time”, eliminando stocks de materiales, riesgo de caducidades y costes de distribución. Además, han podido reducirse los stocks de almacenes centrales gracias a la posibilidad de gestionar stocks en almacenes periféricos. Gracias a estas medidas se ha logrado reducir el valor de los productos en stock un 3%, y gracias a los acuerdos logísticos con los proveedores se reducirá el coste de los recursos humanos dedicados a procesos de reaprovisionamiento, así como los costes derivados de caducidades en el grupo de materiales de reactivos, de tal modo que el ahorro puede estimarse, en el año 2005, en aproximadamente 625.000 euros.

Una medida complementaria de las anteriores es, nuevamente, la elaboración de un catálogo unificado de productos y servicios, cuya implantación en la totalidad de los centros de gasto estaba prevista para 2006. Los ahorros estimados alcanzan un mínimo de un 5% sobre los grupos de materiales afectados por las acciones corporativas. Baleares también ha homogeneizado las condiciones con proveedores ofertadas a los diferentes centros a través de la contratación centralizada de bienes y servicios. Los ahorros estimados en los materiales objeto de expedientes centralizados y de homogeneización de condiciones comerciales en el año 2005 fue de 85.000 euros aproximadamente. Todas estas iniciativas han completado un nuevo modelo de gestión logístico, económico y financiero, implantado de forma escalonada en 2006.

Toda la información referida a procesos contractuales con publicidad en el ámbito del Ibsalut se ha incorporado en un Portal de Compras, lo que permite mejoras en la concurrencia y competencia entre proveedores, además de servir como herramienta de apoyo en los procesos de análisis y prospección de mercado. Este proyecto, iniciado en 2004, se ha consolidado durante el año 2005. El ahorro derivado de las acciones desarrolladas en torno al portal de compras ha ascendido a aproximadamente 1,4 millones de euros.

Por otra parte Baleares, con una alta tasa de actividad concertada con el sector privado, ha introducido durante 2006/2007 medidas de racionalización de la actividad asistencial concertada mediante diversas acciones: establecimiento de procedimientos y criterios

homogéneos en la contratación; revisión de fórmulas contractuales; elaboración de un catálogo de actividad cuantificado mediante la codificación de la actividad asistencial concertada (CIE-9) y el estudio y análisis comparativo de precios; implantación de sistemas de información que permitan el control y seguimiento de la actividad realizada y de la facturación, e implantación de medidas para el control de calidad de la actividad concertada (definición de estándares). Con ello se pretende homogeneizar la contratación, disminuir el coste en términos relativos y mejorar la calidad, reduciendo además la demora en la asistencia.

Canarias, por su parte, también ha definido un catálogo único de artículos tanto de material sanitario como de productos farmacéuticos, implantado entre 2005 y 2006. Desde el año 2001 regula la adquisición centralizada de determinados bienes y productos sanitarios, que se han ampliado en número a partir de 2005.

En la Comunidad de Cantabria el ámbito de aplicación de la centralización de compras es todavía escaso, y se restringe a algunos suministros de carácter sanitario, si bien se prevé la creación de una unidad central de compras en el año 2008, integrada en un proyecto global que incorpore diversas facetas como gestor de expedientes, catálogo unificado, entorno web, benchmarking, contratación electrónica y las compras centralizadas para primaria y especializada. Se estima un coste de implantación de la medida de 720.000 euros, pero no se dispone de una estimación del ahorro que podría lograrse gracias a la central de compras.

Castilla-La Mancha puso en vigor en 2004 el sistema de compra centralizada en hospitales para homogeneizar precios y condiciones, y también la compra centralizada en las residencias públicas de las capitales de provincia suministrada desde los servicios de farmacia del hospital. Para comienzos de este año estaba prevista la negociación de un descuento con las farmacias para el resto de residencias.

Por el momento cuenta con un determinado número de procedimientos de compra corporativos que durante 2006 y 2007 se están ampliando a nuevos productos (medicamentos, material sanitario y tecnología sanitaria). Para el ejercicio 2007 se espera que los contratos corporativos alcancen los 70 millones de euros. Se estima asimismo que con esta iniciativa se logrará una reducción entre el 10% y el 20% de los precios unitarios

de compra de los centros (en torno a 10 millones de euros en 2007), y se señalan como dificultades para su puesta en marcha la complejidad de agregación de los productos por su diversidad y por su complejidad técnica, así como por la fidelización de los usuarios.

Castilla y León dispone de una central de compras restringida en principio a los productos de uso común, los de mayor consumo y los de mayor precio unitario (que alcanzan un volumen de gasto cercano a los 109 millones de euros). Los ahorros registrados oscilan entre el 2,55% y el 25,33% del gasto previo. Además de los beneficios económicos se han obtenido mejoras en la calidad de los bienes y servicios. La realización de compras centralizadas no ha supuesto una reducción de la capacidad de decisión de los centros al haberse creado grupos de trabajo en los que colaboran los profesionales, tanto para la elaboración de los pliegos de prescripciones técnicas como para emitir los correspondientes informes. Por otra parte, Castilla y León ha centralizado las adquisiciones de los equipos de alta tecnología y otro equipamiento (ecógrafos, mobiliario, etc.), lo que ha supuesto el mantenimiento del mismo precio a lo largo de los años y la reducción de precios entre licitaciones y adjudicaciones.

En Cataluña la central de compras y contrataciones se crea para gestionar las adquisiciones de material fungible sanitario y no sanitario tanto de los centros hospitalarios como de atención primaria del Instituto Catalán de la Salud. A dicha central van asociados un operador logístico a través del cual poder distribuir el material estocable, con un único almacén, y un centro de tramitación de facturas de proveedores. La iniciativa se pone en marcha entre los ejercicios 2006 y 2007, y se prevé obtener un ahorro constante para cada ejercicio de un 2,5% (incluyendo los incrementos del IPC), además de disminuir el stock del ICS, al unificarlo. Los pliegos de cláusulas del acuerdo marco son relativamente abiertos para permitir así la incorporación de las novedades tecnológicas. Entre las dificultades señaladas para su puesta en marcha se incluyen las reservas que generan este tipo de contrataciones en algunas de las empresas o grupos de empresas que representan determinadas líneas de producto, así como la preponderancia de los grandes hospitales sobre los pequeños en el momento del análisis técnico de los productos, que conlleva a un ligero desencanto por parte de los centros de menores dimensiones. Cataluña se plantea la posibilidad de trasladar el sistema de compras a la adquisición de material inventariable (mobiliario, material de electromedicina) y a la adquisición de servicios comunes para todos los centros del ICS.

Por su parte, la Comunidad Valenciana, creó en 1996 una Comisión de Compras y un Servicio de Aprovisionamiento. Se trata de una medida que ha tenido efectos muy positivos sobre el gasto, puesto que el ahorro medio desde el comienzo de su implantación se cifra en el 20%. Se celebran concursos con procedimiento negociado y proveedor único para toda la Comunidad. También ha creado un catálogo único de productos homologados para poder unificar los criterios de compra y optimizarlas.

En Extremadura, las compras centralizadas se aplican parcialmente a la adquisición de productos farmacéuticos, y se están extendiendo asimismo a la adquisición de material sanitario e incluso al equipamiento de alta tecnología. El contrato centralizado de medicamentos entre 2004 y 2006 afectó a 51 principios activos que son de suministro de todos los centros hospitalarios y representan el 60% del total del gasto farmacéutico hospitalario. El ahorro estimado para los dos años de contrato es de 6 millones de euros (aprox. el 13% del gasto previo). La intención de la Comunidad es ampliar el alcance de esta política.

Además de los ahorros notables que se obtienen de la compra centralizada de medicamentos, también se registran otras ventajas importantes: el control de los suministros farmacéuticos, analizado junto con otras variables, permite evaluar el uso racional de los recursos. El conocimiento detallado de los suministros para los principios activos afectados en cada centro hospitalario aporta información comparable que permite la evaluación y definición de objetivos para la obtención de ahorros vía cantidades.

La centralización de concursos en la adquisición de bienes y servicios tiene como objetivo principal mejorar la capacidad de negociación con el fin de obtener reducciones de precios. En el caso de la alta tecnología posibilita asimismo la firma de contratos de mantenimiento globales para el conjunto del Servicio de Salud, de nuevo con un mejor precio que si los contratos se firmaran para cada centro de forma separada. En términos cualitativos, esta iniciativa facilita el control de inventario de activos fijos, controlando de un modo más exacto el proceso de obsolescencia del equipamiento y las previsiones de reposición de los mismos. Además, permite homogeneizar la tecnología instalada en el Servicio Regional de Salud, lo que favorece que se apliquen soluciones similares a los problemas que aparecen en los distintos centros, y facilita la compatibilidad de equipos en el desarrollo de proyectos de telemedicina, que requieren de la transmisión de datos e

imagen en formatos compatibles para su lectura. Del mismo modo, mediante la homogeneización de la tecnología puede articularse un servicio remoto de personal de un centro a otros sin necesidad de dotar de recursos humanos específicos en centros periféricos, lo que permite rentabilizar en mayor medida los servicios ya existentes.

Una de las dificultades de aplicación de esta medida consiste en la necesidad de acomodar las necesidades de inversión específica de cada centro, para adecuarlo a la programación de inversiones del conjunto del Servicio de Salud, si bien puede solventarse si para definir la programación centralizada de inversiones se cuenta con la participación de los gerentes de las áreas de salud, procurando su implicación en el diseño del programa de inversiones. La implicación del personal de los servicios hospitalarios afectados también es útil en la redacción de las prescripciones técnicas para superar las posibles dificultades que presenta esta medida de racionalización del gasto.

Extremadura señala además otras dificultades de carácter financiero relacionadas con esta iniciativa. Hacer frente a los elevados costes de los concursos de licitación requiere de la inmovilización de recursos financieros de las áreas de salud para la contabilización de los correspondientes documentos de reserva de crédito, lo cual agrava las tensiones de financiación de las áreas de salud, y obliga a fórmulas de adquisición más costosas.

En relación con el resto de suministros (que van desde material sanitario de consumo y reposición hasta material de informática o de imprenta), la Comunidad de Extremadura ha elaborado catálogos únicos que proporcionan a todos los centros acceso a la información sobre precios de compra, proveedores, etc. Estos catálogos suministran la información necesaria sobre las mejores condiciones de precio que obtiene cada centro de gasto a todos los demás, con lo que posibilita reducciones en el precio de adquisición. Además, al establecer de forma homogénea la descripción de los distintos artículos permiten garantizar estándares mínimos de calidad y el conocimiento detallado de la estructura de suministros de cada centro.

El paso previo a la puesta en marcha de los catálogos únicos pasa por la unificación de los sistemas de información de las unidades de contratación y suministros, y por el control centralizado de los datos maestros, lo que conlleva dificultades derivadas de la gestión de bases de datos no homogéneas.

Como se comentaba anteriormente, Extremadura ha aplicado la política de centralización de compras a los medicamentos, las tecnologías y los artículos de carácter sanitario, pero en principio restringiéndola al ámbito de la atención especializada. No obstante, pretende extender estas medidas a la atención primaria. También se registran contratos centralizados para otro tipo de bienes y servicios (transporte terrestre, retirada y gestión de residuos, etc.).

Galicia ha iniciado su sistema de compras integradas en el año 2006 (llegando al 22% del total de compras anuales incluidas en el sistema), y espera que el 50% de las compras totales anuales estén incorporadas a dicho sistema en 2009. La estimación de reducción de precios en productos de nueva incorporación se eleva al 10%. Por otra parte, ha constituido una oficina virtual del proveedor que permite gestionar los procesos de comunicación más habituales entre los centros del SERGAS y sus proveedores. En una primera fase (2006) esta herramienta ofrece información sobre la situación económico-financiera y permite la consulta y modificación de los datos identificativos (con acceso restringido mediante certificado digital o contraseña). En 2007 se prevén desarrollos posteriores de esta herramienta, de modo que permita el mantenimiento de ofertas comerciales en el catálogo del SERGAS y la contratación electrónica. Este método simplificará los procedimientos tanto al SERGAS como a los proveedores, y evitará la falta de reconocimiento de facturas por los centros al permitir la pública comparación de la facturación registrada.

Galicia ha elaborado para el periodo 2006-2009 un plan de dotación de alta tecnología para el SERGAS, dirigido a planificar la dotación de equipamiento de los centros, especialmente los de alta tecnología, en función de las necesidades reales y globales del sistema, y que se adquiera de un modo centralizado. Para ello se elabora un inventario de la situación de la alta tecnología existente en el sistema determinando necesidades de renovación, actualización o nueva dotación, se determinan los criterios de planificación en función de criterios estandarizados (que atienden a los perfiles asistenciales de los centros o a criterios estructurales/poblacionales, etc.) y se elabora un programa de adquisición para un período de 4 ejercicios. La reducción de coste que se puede producir por la programación y adquisición tal como se ha de definido el programa se puede estimar entre un 10% y un 35% del coste total respecto a una adquisición desagrupada y no planificada. La determinación exacta del estado de situación del equipamiento y del

nivel de utilización se logra a través de encuestas en los centros y de la supervisión del estado del equipamiento. Con este sistema se trata también de conocer la opinión de los profesionales tanto en el proceso de planificación como en los procedimientos de adquisición, pero sin que tenga que descargarse sobre ellos la responsabilidad de ambas decisiones.

La programación y adquisición centralizada de equipamiento puede trasladarse también a otro tipo de productos sanitarios. El SERGAS está desarrollando esta iniciativa a través del programa INTEGRACOM.

La Rioja ha sido de las últimas CC.AA. en implantar una iniciativa de este tipo. Se trata de una plataforma regional de compras para el conjunto del Servicio Riojano de Salud, que prevé ampliarse a la Fundación Hospital de Calahorra y la Fundación Rioja Salud, y que se complementa con el diseño de un catálogo único de un nuevo modelo logístico. Se estima que puede lograrse un ahorro mínimo de 678.000 euros en dos años. La Comunidad sugiere que el proyecto se aplique en el futuro a los servicios de compras de otras consejerías del gobierno regional.

La Comunidad de Madrid, por su parte, introdujo la experiencia de la centralización de compras en 2006, y estima que esta iniciativa supondrá un 10% de ahorro en el suministro de los medicamentos. Inicialmente se produjeron algunos problemas derivados de la existencia en la CAM de una Junta Central de Compras dependiente de la Consejería de Hacienda, si bien una vez delimitadas claramente las competencias de ambas centrales estos problemas quedaron resueltos. Esta iniciativa pretende ser extendida a la adquisición de productos sanitarios y no sanitarios de los centros de gestión dependientes de la Consejería de Sanidad.

La Comunidad de Murcia refiere medidas de racionalización relativas a la mejora de la gestión de compras que incluyen centralización de concursos y que prevé para años sucesivos la elaboración de un catálogo unificado de productos y servicios y una solución tecnológica corporativa para la gestión de compras.

El País Vasco inició en 1992 la gestión integrada de compras de material sanitario, y en 1998 la compra integrada de productos farmacéuticos tras la creación de la Comisión

Técnica de Compras Integradas de Farmacia, compuesta por farmacéuticos de Osakidetza y dependiente directamente de la Dirección de Asistencia Sanitaria. El órgano de contratación de las compras centralizadas de farmacia es el Director Económico-Financiero de la Organización Central. El volumen de medicamentos incluidos en esta central de compras es muy elevado. De hecho, las compras integradas de fármacos suponen aproximadamente el 85% del gasto farmacéutico total de Osakidetza. La efectividad de la medida ha sido muy alta. Según declara Osakidetza, en concursos públicos se han obtenido descuentos sobre el precio de venta de laboratorio (PVL) que oscilan entre un 12% y un 94%. En los casos en los que los medicamentos cuentan con un proveedor exclusivo pero existen alternativas terapéuticas los descuentos obtenidos han llegado hasta un 55%. Sin embargo, cuando no hay alternativas terapéuticas la obtención de descuentos sobre el PVL es muy difícil. El País Vasco ha entrado en una fase avanzada de las compras integradas, al haber realizado concursos públicos tanto por principios activos como por equivalentes terapéuticos.

Estas compras integradas funcionan también para la adquisición de material sanitario (de este modo se contrata aproximadamente el 20% de los gastos totales de aprovisionamiento).

Los instrumentos para poner en práctica esta iniciativa aparecen bien descritos en los cuestionarios remitidos por el País Vasco. En primer lugar, se aprueban unos acuerdos anuales del Consejo de Administración de Osakidetza por el que se declaran estratégicas y de contratación centralizada las adquisiciones de medicamentos y otros productos farmacéuticos, así como el programa de compras integradas de material sanitario y otros. Del mismo modo que existe una Comisión Técnica de Compras Integradas en Farmacia, existe una Comisión de Compra Integrada para el material sanitario, compuesta por un equipo de evaluación técnico y un equipo económico. El primero elabora las bases técnicas de los productos, determina y pondera las pruebas y realiza las mismas de cara a elaborar el informe técnico. Los miembros varían en función del tipo de material objeto de compra. La misión del segundo equipo es determinar los productos objeto de compra, además de realizar el análisis de mercado y fijar los precios de licitación para los expedientes de contratación.

En lo que respecta a la adquisición de material sanitario se destaca la dificultad para implementar la gestión de compra integrada en grupos de artículos importantes por su volumen de compra, como prótesis y reactivos, por no disponer de códigos y denominaciones de producto estandarizados. Por otra parte, la mecanización manual de las ofertas conlleva riesgo de errores, retrasos en el inicio de la valoración de muestras y en la elaboración del informe técnico, pudiéndose agotar los plazos establecidos por la ley. Esto sucede en algunos tipos de material (por ejemplo guantes, vendas, etc.) con gran número de posiciones concursadas y licitadores.

Para garantizar el éxito de este tipo de iniciativas, el País Vasco destaca la necesidad de definir y controlar todo el proceso de compras, empezando por un análisis exhaustivo del mercado, el diseño de la negociación y el expediente de contratación, el seguimiento y control sistemático de los contratos suscritos y la comunicación directa y fluida entre la unidad de farmacia y los farmacéuticos de la red en el caso de los medicamentos. Asimismo, cualquier sistema de compras centralizado precisa de soluciones informáticas de integración de la información.

Los resultados de esta iniciativa puesta en marcha por el País Vasco han sido notables: el suministro de medicamentos se ha unificado y simplificado, todos los centros compran la misma marca al mismo precio. Se ha homogeneizado y reducido el número de marcas comerciales del vademécum y del catálogo de productos sanitarios, se ha simplificado la gestión de los pedidos y ha mejorado el proceso de facturación. El aspecto técnico y de calidad ha sido muy valorado en los expedientes de contratación de medicamentos, y se ha incrementado el consumo de medicamentos genéricos como consecuencia de los concursos públicos. Al finalizar la patente de producto, se han comercializado especialidades farmacéuticas genéricas (EFG) con el consiguiente aumento de concurrencia de proveedores y mejora de las ofertas económicas del suministro.

Entre los aspectos más positivos derivados de esta medida de racionalización se destacan, además del importante ahorro, la sensibilización del personal técnico sanitario hacia las compras como política de empresa, la mayor eficiencia en la introducción de nuevos productos que desplazan a los usados tradicionalmente, la elaboración de un catálogo de prescripciones técnicas con indicación de usos de productos y diseño de pruebas para los artículos, la simplificación de las referencias en almacenes, de la gestión

de los pedidos y del proceso de facturación, la mejora en los procesos de organización y gestión, la unificación y simplificación del vademécum, la promoción de los medicamentos genéricos y la normalización de procedimientos administrativos.

Entre los aspectos negativos, aunque de menor magnitud que los positivos, se señala una mayor complejidad en la gestión de algunos expedientes (puesto que al aumentar la publicidad se atrae a más licitadores y aumenta la carga de gestión administrativa), la falta de agilidad y el aumento del plazo preciso para el examen técnico de las ofertas y valoración de las muestras en expedientes de material sanitario con gran número de posiciones y licitadores. Finalmente, también se menciona que algunos adjudicatarios exigen que se realicen pedidos por un importe mínimo que determinadas organizaciones no pueden cumplir sin riesgo de que caduquen los productos en el almacén.

II.2.2. Políticas que aseguren la calidad y el uso racional de los medicamentos.

Andalucía inició a finales del año 2001 la implantación de la prescripción por principio activo, que continúa extendiéndose en la actualidad. Para ello en el mismo año 2001 se firma un acuerdo entre el SAS y el Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos por el que se establece un precio máximo de facturación cuando el médico prescribe por principio activo. Con carácter complementario desarrolla una campaña informativa dirigida a la población. Asimismo, se introducen ayudas en el módulo de prescripción de la historia de salud informatizada de los médicos, se realizan reuniones formativas sobre prescripción por principio activo entre los farmacéuticos de los distritos y los médicos de primaria y especializada, y se diseña una política de incentivos a equipos directivos de hospitales y distritos sanitarios que se traducen en complementos al rendimiento profesional.

Andalucía señala que durante la primera fase de implantación de la política de prescripción por principio activo se produjeron problemas de comunicación entre médicos y farmacéuticos, que se resolvieron con reuniones entre ambos tipos de profesionales. Por otra parte, son múltiples las ventajas que se han obtenido de esta iniciativa. En primer lugar, que disminuye la desorientación derivada del alto número de denominaciones de fármacos para una misma sustancia, además de suponer un ahorro para los propios asegurados activos. Además, supone un ahorro notable para la Administración, que

desde su implantación en septiembre de 2001 hasta abril de 2005 ha sido de 117 millones de euros. Esta medida ha contribuido a contener el gasto farmacéutico en recetas y a moderar los aumentos del precio medio por receta⁴.

La Comunidad andaluza está promocionando el uso de la guía de incorporación de nuevos fármacos (basada en criterios de efectividad clínica y coste-efectividad). Toda nueva incorporación de fármacos debe disponer de una valoración positiva de la guía. Su uso se ha incorporado en el Contrato Programa entre el SAS y los centros sanitarios, y se ha vinculado a la percepción de incentivos económicos a través de retribuciones de carácter variable. Como ventajas de esta iniciativa se destaca la normalización y homogeneización de los procesos de incorporación de nuevos fármacos. Entre los aspectos negativos se señala la resistencia al cambio de ciertos profesionales, como consecuencia de la pérdida de decisión individual sobre la necesidad de los recursos⁵.

Por último, Andalucía tiene previsto finalizar en 2007 la extensión de la receta electrónica, que se espera disminuya las consultas médicas de atención primaria en, al menos, un 18%, reduzca los gastos de gestión y facturación de las recetas, facilite un mayor control del fraude y mejore la gestión y el control de la prestación al permitir una mejor imputación de los consumos entre niveles asistenciales.

Aragón ha introducido una batería de medidas desde el año 2002 orientadas al uso racional del medicamento. En el año 2002 se establece el denominado “pacto de farmacia”, consistente en un incentivo individual en días de formación, hasta un máximo de 6 días por año, a cambio del cumplimiento presupuestario y del logro de algunos indicadores de calidad. En ese mismo año se elabora una guía farmacológica geriátrica y se comienza a suministrar directamente los medicamentos a las residencias de la tercera edad dependientes.

Por otra parte, en 2003 se pone en marcha un programa de apoyo al uso racional del medicamento dirigido a los médicos de familia de atención primaria. Se trata de

⁴ En septiembre de 2001 el porcentaje de recetas por principio activo era del 0,36%, mientras en abril de 2006 se alcanzaba el 65%.

⁵ En un ámbito más concreto, también cabe destacar que Andalucía creó en el año 1991 una comisión para el seguimiento de la patología del crecimiento y utilización terapéutica de la hormona del crecimiento, para de este modo adecuar la indicación del tratamiento.

intervenciones individuales, “cara a cara”, con el objetivo de facilitar a los médicos una pequeña batería de medidas concretas que pueden facilitarle el cumplimiento presupuestario además de mejorar la calidad de la prestación. También en 2003 se crea y pone en marcha el Comité de Evaluación de nuevos medicamentos, que elabora un boletín mensual donde se proponen alternativas a los nuevos principios activos que no aportan ventajas terapéuticas frente a los ya disponibles, y que se distribuye nominalmente a todos los facultativos de la Comunidad Autónoma. En ese mismo año se firma un concierto con las oficinas de farmacia en el que se acuerda la dispensación de genérico con precio máximo cuando la prescripción se realiza por principio activo, se mejora la información contenida en las recetas, se obliga a la identificación del usuario en la farmacia, y se incrementan los descuentos efectuados por la dispensación de ciertos productos. Entre otras medidas previstas por la Comunidad se incluye el visado electrónico de recetas (iniciado en 2006) y el comienzo de la implantación de la receta electrónica (en 2007).

El Principado de Asturias ha incorporado numerosas medidas de uso racional del medicamento y control del gasto, que están integradas en una estrategia global de política farmacéutica. Dicha estrategia se basa, entre otros pilares, en la modernización y mejora del proceso de gestión de la prescripción por receta oficial con construcción de archivo digital y cuadro de mando integral, y en la definición de estrategias de prescripción basadas en la adecuada utilización de los medicamentos. Aunque aún no ha podido implantarse una guía farmacoterapéutica, se ha procedido a recopilar las evaluaciones sobre medicamentos y grupos terapéuticos, que se envían a cada médico a través de boletines de información. Asimismo, se han elaborado 5 guías de práctica clínica y otras 9 se encuentran en proceso de elaboración. Por otra parte, se presta especial atención a los subgrupos terapéuticos de alto gasto, que se someten a un control para que se empleen los medicamentos que tienen menor coste.

Otras medidas adoptadas por el Servicio Asturiano de Salud están relacionadas con la promoción del uso de medicamentos genéricos y de la prescripción por principio activo (esta última pendiente de negociación con el Colegio Oficial de Farmacéuticos). Además, se realiza periódicamente un seguimiento y control de los profesionales hiperprescriptores, que han de justificar y motivar el gasto producido. Por último, los indicadores de calidad se monitorizan desde el año 2002 y están incluidos en el contrato

programa que el Servicio de Salud y la Consejería firma con los distintos centros hospitalarios y áreas sanitarias.

Baleares ha establecido en 2006 un sistema de adquisición directa de medicamentos para la red sociosanitaria pública con el fin de racionalizar la prestación farmacéutica, aumentando el uso eficiente de los recursos, disminuyendo el gasto sanitario y minimizando los efectos indeseables de los fármacos en población plurimedcada. Con esta medida se espera mejorar los procedimientos de selección, adquisición, distribución y dispensación de medicamentos en la red sociosanitaria, junto con una disminución del gasto total y por usuario superior al 30% y una mejora de la calidad de la atención prestada a los residentes (dado que se establece un circuito electrónico de prescripción-dispensación, que evita errores debidos a la transcripción manual de la orden médica). Para llevar a cabo esta iniciativa se reforma la normativa autonómica que regula la apertura y funcionamiento de los servicios de farmacia de la red sociosanitaria, se lleva a cabo la apertura de 2 servicios de farmacia con dos farmacéuticos especialistas contratados por el servicio regional de salud, y se firma un convenio de colaboración y suministro de medicamentos entre el servicio regional y la red sociosanitaria pública. Asimismo, se establece un sistema de adquisición y distribución directa de todos los medicamentos y material fungible del servicio de salud a la red sociosanitaria. Como parte de la articulación de esta medida se ha creado una comisión de farmacia de centros sociosanitarios geriátricos para la selección de medicamentos y se ha elaborado una guía farmacoterapéutica implantable en el módulo de prescripción. Se ha producido una cierta resistencia por parte de la red de oficinas de farmacia concertada que suministraban medicamentos a algunos de estos centros a aceptar el nuevo sistema. Esta iniciativa podría extender mediante convenios a otros centros tanto públicos como privados que actualmente estén adquiriendo los medicamentos mediante recetas del sistema de salud.

Por otra parte, Baleares ha establecido desde 2003 protocolos para la utilización de medicamentos de alto coste⁶.

⁶ En particular, para la profilaxis de la enfermedad por virus respiratorio sincitial (VRS) con Palivizumab. El objetivo es restringir la profilaxis con Palivizumab a la subpoblación de prematuros de alto riesgo, mediante un protocolo anual con estratificación de pacientes y criterios de indicación según las características propias de la población de la Comunidad Autónoma (incidencia de la enfermedad y de ingresos por este motivo). Con esta medida se ha conseguido que la incidencia de la enfermedad y de los ingresos no varíe en relación con años previos, pero se han evitado costes por restricción de la vacunación a la población de alto riesgo por un total de 147.150 euros. Cada año se publican las recomendaciones de profilaxis y se envían las instrucciones desde la dirección del servicio regional a todas las gerencias de atención especializada, servicios de pediatría y servicios de farmacia. Se trata de una medida de

Esta Comunidad corresponsabiliza a los centros en el gasto farmacéutico a través de los acuerdos plasmados en el contrato de gestión, que consisten en: implantar programas de actualización de conocimientos en las novedades terapéuticas y en las áreas terapéuticas más relevantes; incrementar la prescripción de medicamentos genéricos; minimizar la prescripción de los nuevos medicamentos que no aporten ninguna mejora en eficacia y seguridad a la oferta terapéutica existente; promover la prescripción de los medicamentos incluidos en el sistema de precios de referencia, potenciando así la utilización de aquellos principios activos con experiencia de uso frente a principios activos del mismo grupo; y fomentar la calidad de la prescripción en las patologías de mayor prevalencia (si bien los indicadores incluidos en este objetivo no consideran la adecuación al diagnóstico y a las características específicas de cada paciente).

Canarias ha digitalizado el 100% de las recetas facturadas del año 2005, registrándolas en un archivo que permite efectuar el análisis automatizado de las mismas. Con este proceso de digitalización se pretende obtener información sobre distintas variables a corto plazo, teniendo previsto a medio plazo la introducción de la receta electrónica, que permitirá a su vez hacer un seguimiento exhaustivo de los determinantes del gasto farmacéutico (identificación de variables clínicas de generación del gasto, del médico prescriptor, de pacientes, medicamentos, farmacias, etc.).

Canarias está fomentando asimismo la prescripción por principio activo en el marco del convenio 2006-2009 entre el Servicio Canario de Salud y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos, por el que se fijan las condiciones para la ejecución de la prestación farmacéutica a través de las oficinas de farmacia. En dicho convenio se establecen las condiciones de dispensación de medicamentos prescritos sin especificar marca comercial concreta, estableciéndose en el mismo un listado de precios máximos autonómicos actualizables semestralmente⁷.

implantación sencilla, que requiere de una evaluación farmacoeconómica realizada con un criterio adecuado, y un trabajo de consenso entre los servicios de farmacia y pediatría de los hospitales de la red.

⁷ Asimismo, en este convenio se introduce entre las condiciones económicas un nuevo descuento aplicable a determinados productos que supondrá un ahorro en torno a los 800.000 euros.

Cantabria ha puesto en marcha acciones para racionalizar la dispensación de material para pacientes diabéticos, dado que se había comprobado que los centros dispensaban el material a los pacientes de forma inadecuada respecto a sus necesidades individuales (suministrando en exceso a un tipo de pacientes, y ofreciendo insuficiente material a otros). Para resolver este problema se acuerdan unos criterios de dispensación del material que se comunican a la Dirección Médica de los distintos centros y se ponen a disposición de los profesionales en la intranet, y se designa a las enfermeras-educadoras en materia de diabetes como monitoras de esta iniciativa. Con esta medida se espera reducir la dispensación de tiras reactivas en un 10% y la de agujas hipodérmicas en un 5%.

Castilla-La Mancha ha puesto en marcha un plan integral para la mejora de la calidad de la prestación farmacéutica que pretende mejorar la eficiencia en la utilización de los medicamentos a partir de un conjunto muy amplio de medidas. Entre ellas se incluye un sistema de información farmacéutica que ofrezca los datos suficientes para evaluar si la demanda actual es adecuada, si lo son los medicamentos prescritos, y si los costes de dichos medicamentos son los más convenientes. También se incluye la informatización de las consultas de atención primaria y la implantación de una guía farmacoterapéutica (común y única para atención primaria y especializada) donde se recogen los principios activos útiles para el tratamiento de los diferentes procesos y que constituye el documento de referencia de la calidad en la prescripción del SESCAM (en la actualidad representa más del 70% de la prescripción). Por otra parte, desde marzo de 2004 está firmado el acuerdo de prescripción por principio activo con las farmacias de Castilla-La Mancha. La regulación de la visita médica, implantada por completo desde 2004, ha permitido racionalizar la presión de la industria sobre los profesionales y eliminar la interferencia que esta actividad comercial tenía con la atención de los pacientes. Finalmente, se han regulado asimismo los ensayos y estudios clínicos, de manera que la autorización de estudios de investigación con medicamentos se realiza sobre la base del interés científico, el cumplimiento de normas éticas y la conveniencia económica para la organización.

La puesta en marcha de este plan integral ha debido enfrentarse con problemas técnicos referidos a los sistemas de información e informatización, de coordinación entre las distintas direcciones generales y áreas del Sescam, y problemas de resistencias tanto internas (relativas a los cambios de procedimiento internos) como externas. Para salvar

estas dificultades ha sido fundamental el compromiso de toda la organización y el respaldo del gerente del Sescam. Además, Castilla-La Mancha creó un grupo de trabajo presidido por el Director Gerente y dirigido por el Secretario General en que participan todas las direcciones generales, que además de hacer el seguimiento de la evolución de las medidas ha ido adoptando soluciones a los distintos problemas y generando nuevas ideas e iniciativas. Los resultados del plan se valoran positivamente, tanto en términos económicos como de implicación de los profesionales en su consecución.

Finalmente, cabe señalar que esta Comunidad ha diseñado e implementado desde 2004 un sistema de visado informático que agilice este trámite administrativo, evite desplazamientos a los ciudadanos para la obtención de las recetas e incremente su correcto control.

Castilla y León, desde la asunción de las competencias, ha impulsado la atención farmacéutica personalizada en los centros sanitarios. Para ello se han ido incorporando farmacéuticos especialistas en farmacia hospitalaria a las residencias dependientes de la gerencia de servicios sociales, que entre otras funciones se encargan de la adquisición directa de medicamentos, gestión del almacenamiento, coordinación de guías y protocolos de tratamiento, implantación de sistemas individualizados de distribución y prevención y detección de errores de medicación. Esta Comunidad Autónoma también dispone de un Plan de Inspección Farmacéutica encargado de la evaluación de la prestación farmacéutica.

Esta Comunidad ha creado un sistema de información propio, denominado CONCYLIA, que organiza una amplia y completa base de datos de medicamentos dirigida a los programas de prescripción informatizada, e integra también módulos específicos de facturación, de gestión de talonarios o de análisis de la información de recetas, entre otros. Por otra parte, lleva a cabo un control de calidad de la facturación de recetas. La validación de la factura es un primer paso que permite comprobar que los medicamentos facturados son los realmente dispensados y que estas dispensaciones se corresponden con las prescripciones efectuadas. Asimismo, controla la distribución y custodia de los talonarios de recetas.

Castilla y León también ha desarrollado un módulo de apoyo a la prescripción informatizada que proporciona ayuda a la búsqueda y selección de medicamentos, garantiza la calidad y actualización permanente de la información sobre los mismos, potencia la prescripción por principio activo y facilita el cumplimiento de objetivos e indicadores de prescripción recogidos en el plan anual de gestión. Asimismo, realiza un seguimiento del consumo farmacéutico por grupos terapéuticos, monitoriza los indicadores de calidad y evalúa estudios que permiten orientar la política farmacéutica.

Finalmente, Castilla y León facilita a sus profesionales información y formación actualizada e independiente a través de publicaciones periódicas, sesiones farmacoterapéuticas en formato electrónico y sesiones con equipos de atención primaria, impartidas por los farmacéuticos de las gerencias.

Por su parte, Cataluña está potenciando la prescripción de genéricos y la aplicación del sistema de precios de referencia desde el año 2006 mediante la introducción de un indicador de genéricos incluido en los contratos con las entidades proveedoras, y mediante la elaboración de informes de seguimiento e impacto económico basados en la utilización de medicamentos incluidos en el sistema de precios de referencia.

Asimismo, está desarrollando iniciativas dirigidas a mejorar la prestación en las residencias geriátricas. La elevada heterogeneidad de los centros residenciales sociales y los diferentes criterios en la práctica clínica provocan una gran variabilidad en los perfiles de prescripción, por lo que se hace necesario adoptar medidas orientadas a mejorar la prestación, su eficiencia y su calidad. Para ello se realiza una prueba piloto de un nuevo modelo de prestación farmacéutica y de adecuación a un perfil de prescripción mediante un programa de seguimiento. Los cambios en el modelo de pago a la farmacia comunitaria (pagos individualizados por medicamentos y servicios sanitarios prestados) y en el modelo de facturación (cambio hacia orden médica) han supuesto algunas dificultades que se han resuelto mediante el consenso con las partes implicadas en el sistema de pago. A pesar de que no existe aún una evaluación de la iniciativa, la valoración inicial de la prueba piloto es positiva.

Cataluña también lleva a cabo estudios de coste-efectividad desde el año 2006 con el fin de mejorar la eficiencia en el uso de medicamentos. Para ello se ha procedido a la

constitución de una comisión de evaluación económica e impacto presupuestario de medicamentos como medida de soporte a la prescripción. Se trata de una medida de reciente implantación cuyos resultados se esperan para el medio y largo plazo.

Por otra parte, ha introducido en 2006 una iniciativa que pretende optimizar los programas de crónicos, que concentran un porcentaje muy elevado de las recetas totales. Mediante una instrucción que desarrolla los criterios comunes mínimos para los programas de crónicos, y mediante auditorías que revisan su cumplimiento, se busca reducir el número de pacientes polimedicados, adecuando la prescripción a las necesidades reales de consumo en tiempo y cantidad.

La Comunidad Valenciana dispone de un Plan Estratégico para el control y la calidad en la prestación farmacéutica 2004-2006, del que cabe suponer será el marco en el que se integre la mayor parte de las medidas de política farmacéutica. En 2005 crea las Comisiones y Programas de Intercambio Terapéutico (en principio como experiencia piloto posteriormente extendida a un ámbito más amplio) para la mejora de la eficiencia en la prescripción. Las dificultades asociadas a la puesta en marcha de esta experiencia están relacionadas con la existencia de otras comisiones departamentales con alguna función similar (Comisión de farmacia y terapéutica en hospitales y Comisión de uso racional del medicamento en atención primaria), además de con cierto grado de escepticismo de los profesionales en la implantación del programa de intercambio terapéutico fuera del ámbito hospitalario. La experiencia ha dado como resultado una mejora de los indicadores de calidad en la prescripción: prescripción de genéricos, indicadores de uso relativo relacionados con subgrupos terapéuticos objeto del programa, etc. Entre los aspectos más positivos de la misma se destaca el disponer de un foro para la coordinación de la prestación farmacéutica en los Departamentos de Salud y para adoptar criterios en farmacoterapia consensuados y comunes en atención primaria y especializada.

La Comunidad Valenciana elabora y distribuye desde 2005 perfiles farmacoterapéuticos de prescriptores y pacientes que proporcionan información sobre la utilización de los medicamentos y permiten identificar áreas terapéuticas deficientes. De forma trimestral se remiten a los gerentes de los departamentos los perfiles de los facultativos, tanto los correspondientes a atención primaria como a especializada. Posteriormente, es el farmacéutico de atención primaria el que analiza los datos de prescripción conjuntamente

con los facultativos. La mayor dificultad de implantar esta acción ha sido la de transmitir el concepto de que el incesante incremento de los costes en un marco en el que los recursos son limitados justifica la evaluación económica de los medicamentos, que se centra en la obtención de una mayor eficiencia. No obstante, la experiencia ha permitido que los facultativos especialistas se impliquen en sus perfiles de prescripción, mejorando la colaboración entre primaria y especializada. En la actualidad se plantea la posibilidad de extender la iniciativa a los facultativos prescriptores en los centros sociosanitarios, a fin de comprobar que las prescripciones se ajustan a la guía sociosanitaria, sobre todo en el caso de médicos autorizados para el uso de talonarios en residencias de tercera edad privadas.

En 2006 se lleva a cabo la incorporación informática de la Guía Farmacoterapéutica de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) con el fin de permitir al facultativo, cuando realice un diagnóstico, la consulta automática sobre cuáles son los tratamientos más coste-efectivos, avalados por las sociedades científicas. La dificultad de implantar la guía está relacionada con dos factores: la complejidad de aunar los intereses de todas las sociedades científicas, y evitar la resistencia de los facultativos más tradicionales en la práctica clínica, para lo que se emplea la formación y la explicación de todas las ventajas profesionales de la guía en su uso diario. En todo caso, se señala que la experiencia está siendo muy positiva dado su alto grado de aceptación.

La Comunidad Valenciana ha establecido un convenio desde finales de 2006 con los colegios oficiales de farmacia para fomentar la prescripción por principio activo y reducir así la tasa de crecimiento del gasto farmacéutico. El convenio establece los precios máximos de financiación cuando el médico prescribe por principio activo, y se estima que esta iniciativa redundará en una reducción del gasto en farmacia de un 2% sin afectar a la calidad de la prescripción. La Comunidad Autónoma reconoce que esta medida puede implicar problemas con los usuarios, ya que puede variar la especialidad que se dispense para una misma prescripción, o con la actitud que puedan presentar algunos facultativos acostumbrados a prescribir por marca comercial.

La Comunidad Valenciana también ha establecido una toma de datos de la tarjeta sanitaria en las oficinas de farmacia, que además de que permite conocer a qué pacientes y para qué patologías se prescribe una medicación, garantiza que la dispensación se

produce al paciente al cual se ha prescrito, facilita la realización de estudios epidemiológicos sobre consumo de fármacos por edad y localización geográfica y permite relacionar los ámbitos clínico, posológico y poblacional en relación con la prescripción. Por otra parte, esta herramienta permite conocer el coste farmacéutico real que suponen los desplazados de otras CC.AA. y/o otros países, lo que facilita la facturación automatizada de estas prestaciones, ya que todo usuario que sea atendido en la red de centros sanitarios públicos de la Comunidad Valenciana debe tener asignado un código, aunque no forme parte de su población protegida. Esta Comunidad ha creado Comisiones de Intercambio Terapéutico en los departamentos de salud para la mejora de la eficiencia en la prescripción.

Por otra parte, esta Comunidad destaca la regulación de la visita de delegados de laboratorios a instituciones sanitarias como medida de racionalización del gasto. Por el momento únicamente se ha implantado el control de la visita en el ámbito ambulatorio, si bien se cree relevante trasladarlo al ámbito hospitalario. El único aspecto negativo que puede apuntarse de esta medida, según reseña la Comunidad, es la falta de apoyo estatal y de otras CC.AA. en el proceso de regulación de la visita.

El Servicio Extremeño de Salud dispone de un programa de orientación a la prescripción farmacéutica, consistente en la definición de objetivos de prescripción por principio activo, en el marco del contrato de gestión anual.

Galicia dispone de un programa de uso racional y de calidad de medicamentos y productos sanitarios, proyecto que contiene numerosas actuaciones y que ha sido puesto en marcha de forma progresiva. Además del objetivo genérico de obtener una utilización racional y eficiente de los recursos farmacoterapéuticos con la máxima calidad posible, el plan prevé lograr un incremento en la prescripción de medicamentos genéricos, de forma que en los contratos programa se fija como objetivo alcanzar un 18% de prescripción de genéricos sobre el total de prescripciones de especialidades farmacéuticas. Entre los instrumentos utilizados por la Consejería para estos fines se encuentran los contratos de gestión inter-niveles, los convenios de atención farmacéutica en centros de asistencia sociosanitaria, el concierto con los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Galicia, el plan de formación en el uso racional de medicamentos y productos sanitarios y un amplio desarrollo normativo sobre diversos aspectos de la atención farmacéutica: receta

electrónica, dispensación de tratamientos para crónicos, gestión informatizada de estupefacientes, etc.

Por otra parte, se ha desarrollado de una campaña de formación hacia los profesionales sobre la bioequivalencia de los medicamentos genéricos y las ventajas de su prescripción; se facilita y actualiza la información electrónica a los facultativos de los listados de medicamentos genéricos comercializados; se fomenta la prescripción por principio activo; se establecen indicadores de calidad de la prescripción en las patologías más relevantes y se facilita a los facultativos sus perfiles farmacoterapéuticos estructurados por dichos indicadores y comparados con servicio, área y Comunidad; se fomenta de la prescripción a través de recetas ajustadas a guías farmacoterapéuticas, y se articulan mecanismos de coordinación de la prestación farmacéutica entre atención primaria y atención especializada.

La Rioja ha iniciado asimismo una política de uso racional del medicamento a través de un conjunto de instrumentos diversos, que cabría categorizar bajo distintos epígrafes. Entre estos instrumentos se encuentran la creación del Centro Riojano de Información y Seguridad de los Medicamentos, la Comisión Autonómica del Uso Racional de los Medicamentos, la edición de boletines farmacoterapéuticos, la difusión de hojas de evaluación de la aportación terapéutica de los nuevos medicamentos que se comercializan y de guías farmacoterapéuticas, la puesta en marcha de protocolos clínicos integrados, la formación en el uso racional de los medicamentos dirigida a médicos, farmacéuticos y usuarios, la difusión de información sobre la prestación sanitaria con medicamentos, el impulso de la prescripción informatizada, el proyecto de receta electrónica y el fomento de la personalización en la asistencia farmacéutica.

Esta Comunidad señala la dificultad que entraña la implicación de los profesionales sanitarios (en especial médicos y farmacéuticos) y de los usuarios para asumir su responsabilidad en el logro de una mayor eficiencia en el consumo de medicamentos.

Por otra parte, ha introducido reformas en la aplicación de visados con el fin de garantizar la calidad de los datos, eliminar los registros obsoletos y/o erróneos y aplicar las mejores prácticas realizadas en otras Comunidades.

La Comunidad de Madrid incorpora los objetivos de farmacia al contrato de gestión del SERMAS desde el momento en que asume las competencias de gestión sanitaria, lo que ha contribuido a incrementar el porcentaje de genéricos prescrito y a moderar la evolución del aumento del gasto farmacéutico por habitante. El Plan estratégico de farmacia abarca 4 grandes áreas: 1) orientación a los resultados en las áreas asistenciales prioritarias desde el punto de vista asistencial; 2) acciones orientadas al apoyo a los profesionales y al desarrollo de la organización; 3) acciones orientadas a mejorar los procedimientos internos en la gestión de los medicamentos y 4) actuaciones dirigidas a mejorar la eficiencia en la utilización de recursos.

Igualmente Madrid ha desarrollado un programa de modernización de los procedimientos asociados a la prestación farmacéutica a través de las TICs y diferentes medidas y programas de formación para el uso racional de medicamentos. También ha desarrollado un sistema de información sobre gasto y uso de medicamentos (Farm@drid) y ha incluido mejoras en el procedimiento de prescripción, fundamentalmente desde el punto de vista informático y programas de formación y uso racional del medicamento. Se encuentra en estado incipiente un pequeño piloto de receta electrónica.

La Región de Murcia inició el mismo año de las transferencias diversos proyectos para mejorar la gestión de la prestación farmacéutica, con la posibilidad de realizar seguimiento de los distintos indicadores de la prestación de forma ágil, reduciendo el tiempo de demora en el conocimiento de éstos. Entre estos proyectos se incluye la implantación del programa de gestión de la prestación a través de receta (proyecto FACETA), la implantación del programa de gestión de farmacia hospitalaria y la informatización de todos los centros de salud y consultorios locales. Estos programas son, en realidad, programas de ayuda a la prescripción. Gracias a ellos se ha conseguido una mejora en los tiempos de consulta al facilitar la prescripción, una disminución de errores en la dispensación de medicamentos y de la asistencia a consulta de pacientes para realizar renovaciones de recetas, una mejor gestión de las consultas por los propios facultativos, un mayor conocimiento de los perfiles de prescripción y dispensación de medicamentos y un mayor seguimiento de los indicadores de calidad en la prescripción. La principal dificultad señalada para llevar a cabo estas medidas se refiere a la interconectabilidad de los sistemas entre atención primaria y especializada.

Murcia ha favorecido durante el año 2006 algunas iniciativas de uso racional de medicamentos con especial incidencia en ancianos, pacientes con patologías crónicas y polimedicados. Para ello se ha establecido un plan de atención farmacéutica en centros sociosanitarios (con una dotación anual de 120.000 euros por centro público), y se ha establecido asimismo la dispensación individualizada de medicamentos mediante la tarjeta sanitaria individual (TSI), a la que han acompañado diversas campañas informativas dirigidas a los ciudadanos. Los problemas encontrados en el desarrollo de estas iniciativas residen en la dificultad de concienciar a los ciudadanos para la utilización normalizada de la TSI, y en proceder a los cambios en la gestión de la prestación farmacéutica en los centros sociosanitarios. Entre los aspectos positivos de estas iniciativas se señala el hecho de que con la utilización de la TSI disminuyen los problemas relacionados con el consumo de medicamentos, al evitarse errores en la dispensación y disminuir las posibles reacciones adversas por interacción. Además, permite disponer de un conocimiento real de la utilización de medicamentos por los pacientes de manera individualizada. Por otra parte, con la implantación de la atención farmacéutica en centros sociosanitarios se mejora de forma clara la utilización de medicamentos en pacientes crónicos y polimedicados. Aunque aún no se disponen de resultados al respecto, se estima una reducción significativa en la comunicación de reacciones adversas y una reducción del gasto farmacéutico en pacientes ingresados en centros sociosanitarios públicos cercano al 40%. Como aspecto negativo se señala, en cambio, el escaso impacto de las campañas informativas en la población.

La Región de Murcia suministra información sobre los medicamentos prescritos y favorece la utilización de aquéllos cuyo conocimiento sobre las consecuencias de su uso es mayor, mediante distintos instrumentos. Entre ellos, la elaboración de la guía farmacoterapéutica regional y la creación del Centro Regional de Información y Evaluación de Medicamentos (CIEMPS)⁸, que se constituye en un único punto de resolución de cuestiones relacionadas con la utilización de medicamentos. Asimismo, dispone de un programa de potenciación de las especialidades farmacéuticas genéricas (EFG) que pretende concienciar a los

⁸ El presupuesto para la creación del CIEMPS en 2006 se elevó a 280.000 euros. La dificultad principal señalada por el Gobierno de Murcia para llevar a cabo estas medidas está en relación con la dificultad de adscribir al CIEMPS personal formado en evaluación de medicamentos.

colectivos profesionales y a los usuarios del Sistema Regional de Salud mediante la distribución de información sobre medicamentos uniforme para todos los facultativos⁹.

El País Vasco elabora con periodicidad mensual, desde finales de los años 90, perfiles de prescripción farmacéutica individuales de cada médico de atención primaria. Estos perfiles incluyen indicadores cualitativos y cuantitativos, y se utilizan para realizar comparaciones entre médicos de la propia unidad. Asimismo, elaboran un Boletín de información terapéutica (INFAC), guías farmacoterapéuticas y un vademécum con información veraz y contrastada, basada en la evidencia de los fármacos y terapias relacionados con atención primaria, y se difunden aquellos boletines y publicaciones que recogen información actualizada y contrastada sobre los medicamentos. Estas acciones se completan con la puesta en marcha del módulo de consumo de medicamentos dentro de una aplicación que utiliza los datos del CMBD de todos los hospitales de Osakidetza para evaluar la calidad de las altas (aplicación OSAKLINIKER). Con la incorporación de los datos de uso de medicamentos en los pacientes ingresados se podrán conocer y comparar los diferentes perfiles de prescripción relacionados con información clínica de cada paciente, servicio y hospital con el fin de mejorar la prestación. Para impulsar estas y otras acciones se ha creado el Comité Corporativo de Farmacia y Terapéutica.

La introducción de estas políticas están dando resultados positivos: todo apunta a que el uso de las guías de práctica clínica puede modificar la tendencia en el uso de determinados fármacos. Por otra parte, existen grupos de consenso que están siendo útiles para orientar las decisiones en el uso de fármacos complejos para enfermedades concretas, como el SIDA o la artritis reumatoide.

En otro orden de cosas, el País Vasco ha aprobado un decreto por el se obliga a la identificación de los usuarios mediante la Tarjeta Sanitaria Individual en el momento de la dispensación de los fármacos. De este modo (y complementado con visitas de inspección a las oficinas de farmacia para comprobar la aplicación de la norma) se busca una mejora en el control y calidad de la prestación farmacéutica. Por otra parte, la implantación de la receta electrónica también se vislumbra como una acción que permitirá adecuar la prestación farmacéutica a las necesidades de salud de la población. Los problemas de

⁹ Con un presupuesto de 15.000 euros anuales.

puesta en marcha de la receta electrónica (que en principio tiene lugar a través de proyectos piloto en algunos municipios) están relacionados con cuestiones de carácter tecnológico, aunque a veces también se registran problemas de índole presupuestaria y de adaptación de los recursos humanos a las nuevas situaciones.

Finalmente, el uso racional del medicamento está incluido en el desarrollo profesional de los facultativos de Osakidetza desde el año 2006. En todo caso, la Comunidad Autónoma señala la necesidad de una mayor coordinación entre los distintos proyectos con el fin de potenciar el impacto del conjunto de medidas incorporadas en este ámbito.

II.2.3. Establecimiento de mecanismos que promuevan la demanda responsable y estimulen estilos de vida saludables.

a) Mecanismos para promover la demanda responsable.

Andalucía puso en funcionamiento en 2005 una línea directa de atención al ciudadano para facilitar información de calidad científica a la población y ayudar en los procesos de toma de decisiones relacionadas con la salud. Así, se ofrece información sobre los mejores tratamientos, sobre los medicamentos y sus efectos secundarios, se suministra ayuda para decidir sobre procedimientos quirúrgicos o diagnósticos, se ofrece respuesta a demandas concretas de información y se informa a su vez sobre la calidad de la información accesible por Internet, bajo la premisa de que un usuario adecuadamente informado tenderá hacia un uso racional de los servicios y tecnologías disponibles. No obstante, se trata de una iniciativa que aún no tiene una gran difusión.

Por su parte, Baleares ha iniciado a mediados de 2006 una serie de campañas informativas para fomentar el uso racional del medicamento dirigidas al paciente crónico. Estas campañas tienen como objetivo mejorar la eficacia, seguridad y adherencia de la medicación inhalada en pacientes con patología respiratoria, y mejorar el control de las cifras tensionales de hipertensos mediante la promoción del cumplimiento terapéutico, por lo que pueden ser clasificadas en el grupo de iniciativas para promover la demanda responsable. De este modo se pretende incrementar los conocimientos del paciente sobre las nociones básicas de su tratamiento farmacológico e importancia del cumplimiento terapéutico de enfermedades crónicas como hipertensión, asma y EPOC. Asimismo, la

iniciativa va dirigida a los profesionales, potenciando dentro del colectivo de enfermería la realización de talleres educativos sanitarios como una nueva forma de integrar la asistencia sanitaria en la comunidad. La iniciativa se incluye como uno de los objetivos operativos del contrato de gestión anual del servicio regional de salud con las gerencias de atención primaria. No obstante, para su puesta en marcha se ha producido cierta falta de coordinación en los aspectos organizativos entre la Consejería de Sanidad y el Servicio Regional de Salud. Asimismo, se ha constatado cierta resistencia de la red sanitaria a organizar talleres de cuyo diseño y organización no se sienten partícipes, además de que la asistencia del paciente al taller grupal se prevé irregular.

Castilla y León señala en este epígrafe la edición de numerosas guías informativas sobre distintas patologías, que entre otros objetivos pretenden evitar que los usuarios incurran en consultas innecesarias. Entre ellas cabe destacar las guías correspondientes al asma infantil, autismo, algunos problemas de salud mental, parálisis cerebral, etc.

Por último, el País Vasco ha elaborado una Guía de Atención Primaria con el fin de informar sobre lo que se ofrece en cada nivel asistencial, la capacidad de resolución de cada nivel y las vías de acceso respectivas, que al mismo tiempo pretende concienciar a los ciudadanos con el objetivo de fomentar una utilización responsable de los diferentes niveles asistenciales. El fin último es el de optimizar el uso de todos los recursos asistenciales potenciando la coordinación entre ellos y generando sinergias. Esta guía ha sido distribuida en los centros de Osakidetza y en los buzones particulares. El proceso de coordinación y distribución de la guía por todos los hogares de la Comunidad es el único aspecto que ha registrado alguna dificultad. Actualmente se está valorando la posibilidad de extender estas guías a otros servicios.

b) Promoción de estilos de vida saludables.

Entre las áreas de prevención y promoción de estilos de vida saludables, Andalucía destaca la puesta en marcha del Plan de promoción de la actividad física y alimentación equilibrada 2004-2008 y el Plan integral de tabaquismo 2005-2010. El primero de ellos se concibe como un plan intersectorial con acciones dirigidas a la población general, a los servicios sanitarios, a la población en edad escolar, a los trabajadores, a las empresas de producción y a las empresas de restauración y de ocio. Incluye además un proyecto de

coordinación entre centros de salud y ayuntamientos en materia de actividad física, y en él participan las sociedades científicas, asociaciones de autoayuda y distintas Consejerías (Educación, Igualdad y Bienestar Social). Por su parte, el plan contra el tabaquismo también se concibe como una estrategia de naturaleza intersectorial, dirigida a distintos ámbitos (educativo, laboral, etc.). Andalucía señala que su puesta en marcha ha debido vencer la resistencia inicial de los profesionales sanitarios a incorporar entre sus tareas la promoción de estilos de vida más saludables.

Por otra parte, Andalucía señala la implantación de algunos Planes Integrales que centran su atención en aspectos concretos de salud para, en un plazo definido, mejorar la asistencia en dicho ámbito, y que también incluyen aspectos de prevención y promoción de la salud. Su incorporación se inició hace más de 5 años y aún continúan diseñándose y poniéndose en práctica nuevos planes. Los ya implantados corresponden a diabetes, oncología, urgencias y emergencias, salud mental, atención a las cardiopatías y plan de apoyo a las familias. Próximamente se incorporará el plan de atención a pacientes pluripatológicos. Los planes detectan áreas de mejora y seleccionan objetivos que se incorporan a los contratos programa anuales y a los acuerdos de gestión clínica.

Canarias puso en marcha en diciembre de 2005 el proyecto Delta de Educación Nutricional, propuesta educativa que tiene como finalidad el fomento de la alimentación saludable y de la actividad física. El proyecto se inició con un taller didáctico instalado en el Recinto Ferial de Tenerife, y se han previsto cursos de formación para escolares y población en general, una página web y un programa radiofónico semanal, con un recorrido itinerante en colaboración con ayuntamientos y ONG's por toda la Comunidad.

Cantabria, por su parte, señala la aprobación de un Plan de Fomento de la Lactancia Materna (2005-2007) y la puesta en marcha de un plan de actuación de salud para las mujeres (2004-2007), que promueve la prevención de la morbi-mortalidad.

Castilla-La Mancha hace referencia a un nuevo desarrollo del programa de despistaje, captación del fumador y deshabituación tabáquica en la lucha contra el tabaquismo, dirigido a los profesionales sanitarios.

Castilla y León, por su parte, destaca en este ámbito los programas de prevención del tabaquismo, la guía de riesgo cardiovascular y las oncoguías.

Cataluña ha iniciado recientemente una reforma de la salud pública que en el año 2006 derivó en la constitución de la Agencia de Protección de la Salud, cuyo despliegue total se espera para 2008. Este proceso de reforma se concibe como un proceso innovador, participativo, dinámico y abierto, que pretende potenciar y fomentar la salud pública como mecanismo que incida en la prevención de las enfermedades y en la promoción de la salud individual y colectiva, incluyendo para ello a los ayuntamientos y sectores productivos.

La puesta en marcha de esta medida ha chocado con problemas administrativos derivados de la interacción con otros departamentos de la Generalitat en el objetivo de describir una nueva estructura organizativa. Con los entes locales también se han producido algunas dificultades derivadas de la transformación de una relación basada en los principios legislativos del ejercicio de competencias a otra basada en la cooperación en la prestación de servicios de salud pública a los ciudadanos. Por último, se han registrado algunas dificultades con los propios profesionales de la salud pública respecto a cómo dirigir la gestión del cambio.

El Servicio Extremeño de Salud, ha diseñado en el marco del Plan Socio-Sanitario de Extremadura el programa “El Ejercicio Te Cuida” destinado a atender a los segmentos poblacionales que precisan más recursos sanitarios. Este programa consiste en la remisión desde los centros de salud o de mayores a un “dinamizador salud-deportivo” que los evalúa y asesora para practicar ejercicio físico. También viene desarrollando en colaboración con las administraciones locales y ONGs, programas de deshabituación tabáquica, promoción de vida sin tabaco, de drogodependencias entre otras

Galicia, por su parte, ha fijado como objetivo el logro sinergias entre la Administración autonómica y local en este ámbito de actuación. Para ello, el Servicio Gallego de Salud cofinancia programas locales de fomento de estilos de vida saludables, dirigidos a la promoción de la vida sin tabaco, la alimentación saludable y la práctica de ejercicio físico frecuente en todas las edades.

La Comunidad de La Rioja ha desarrollado acciones intersectoriales con la implicación de las escuelas mediante diversos programas. Así, el programa de desarrollo personal y social a través del cine establece que a lo largo del curso escolar se proyecten un total de tres películas relacionadas con los estilos de vida de la juventud actual (sobre consumo de drogas, relaciones sexuales con riesgo, etc), y que se distribuya a cada alumno una guía didáctica que posteriormente se trabaja en clase. Esta iniciativa se puso en marcha en 2005 y ha participado en ella el 65% de los centros escolares de la Comunidad Autónoma.

En el mismo sentido se ha concebido el programa, también iniciado en 2005, de prevención de embarazos no deseados, SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual dirigido a los alumnos de 4º de la ESO, 1º de Bachillerato y Grupos Formativos de Grado Medio y Garantía Social, que se desarrolla a través de sesiones educativas impartidas por psicólogos, pedagogos y médicos expertos en sexología. La participación durante el curso 2005/2006 ha sido del 95,85% de los centros públicos y del 86,4% de los privados de toda la Comunidad Autónoma. Por su parte, el programa de prevención del consumo de drogas de diseño, cocaína y otras drogas se dirige a todos los alumnos de 13 y 14 años que cursan 3º de la ESO y a los alumnos de 2º de Bachillerato y Ciclos Formativos de Grado Medio y Garantía Social, mientras el programa de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis está dirigido a los alumnos de 1º y 2º de la ESO. La valoración de estas iniciativas está siendo muy positiva, y durante el curso 2005/2006 han participado en ellas más del 90% de los centros de la Comunidad.

Por último, La Rioja ha desarrollado en 2006 un programa de promoción de una alimentación equilibrada y de la actividad física dirigido básicamente a alumnos. Dicho programa integra actividades diversas (con un grado de seguimiento inferior al previsto en el caso de las actividades extraescolares): sesiones interactivas sobre alimentación y nutrición equilibrada para alumnos de 6º de primaria, talleres de elaboración de recetas de cocina sana dirigido a los alumnos de 1º de ESO, talleres de cocina saludable dirigidos a los padres, actividades sobre alimentación saludable dirigidas a 4º y 5º de primaria, concurso de carteles sobre alimentación saludable realizado con los centros docentes y ludotecas de la Comunidad Autónoma y paseos saludables dirigidos a la población general.

La Comunidad de Madrid señala el desarrollo de tres planes integrales de salud (Plan de Prevención y Plan de prevención y control de tabaquismo, plan de prevención y control de riesgo cardiovascular y plan de prevención de drogas), un programa regional de prevención y control del Asma y un programa de promoción y educación en alimentación y nutrición en desarrollo hacia un plan integral con la creación en el año 2006 del Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios.

La Región de Murcia también ha puesto en marcha una iniciativa de carácter intersectorial que atañe directamente al sector educativo. El Plan de Educación para la Salud en la Escuela nace con una duración estimada de 5 años (2005-2010), y pretende potenciar una educación que promueva la adquisición de estilos saludables por medio de la creación de Escuelas Promotoras de Salud sobre la base de 3 estrategias –curricular, formativa y participativa-, con el apoyo de la investigación y evaluación permanente. El Plan está dotado con 100.000 euros en el año 2006, y exigió un importante esfuerzo en el establecimiento de sistemas de coordinación debido a la cantidad de agentes implicados. Los problemas de coordinación están intentando superarse mediante la elaboración de protocolos de comunicación. Este Plan incluye evaluaciones intermedias anuales, una evaluación final y una evaluación del impacto, para las que se han establecido indicadores de evaluación de estructura, proceso y resultado.

Por otra parte, la Región de Murcia ha puesto en marcha para el período 2006-2009, dentro del Plan Regional sobre Drogas, unos Planes Municipales y Mancomunales de prevención de drogodependencias con acciones preventivas y educativas que se ejecutan a través de convenios y subvenciones, y que se encuentran cofinanciados por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Además de trabajar en el área de las drogodependencias, las acciones preventivas de la Región de Murcia se concentran en programas de información y educación sanitaria sobre SIDA, en la prevención de la Diabetes Mellitus tipo II (en este último caso a través de intervenciones en los medios de comunicación de masas), con actuaciones también cofinanciadas, o en la prevención del cáncer de mama, con la continuación del programa ya iniciado en la época en la que la gestión sanitaria dependía del INSALUD. Con un carácter más reciente se ha iniciado en la región un proyecto piloto del programa de prevención del cáncer de colon y recto, que se espera reduzca la mortalidad por este cáncer en un 30% y disminuya su incidencia. Este proyecto facilitará la planificación de un programa de prevención para toda la Región

de Murcia. Se señala como elemento positivo de esta iniciativa que ha permitido un trabajo conjunto y coordinado de profesionales de las tres grandes áreas del sistema sanitario: la salud pública, la atención primaria y la atención hospitalaria.

Por su parte, el País Vasco ha puesto en marcha en 2006 un proyecto de promoción de la actividad física en atención primaria, que tiene por objeto disminuir la mortalidad y morbilidad por enfermedades cardiovasculares, mejorar el control de la diabetes, la obesidad, la hipertensión arterial, la osteoporosis y la artrosis en los pacientes crónicos, promover la detección del sedentarismo como factor de riesgo para la salud e incrementar el número de personas que realizan actividad física en su tiempo libre. De este modo se implica a los profesionales en la tarea de estimular los estilos de vida saludables de sus pacientes, para lo que se desarrollan actividades de formación dirigidas tanto a los Médicos de Familia de Atención Primaria como al personal de enfermería y a los responsables de la organización de los servicios sanitarios. El País Vasco prevé que este proyecto, de implantación parcial, se extienda a todas las comarcas de atención primaria de la Comunidad.

II.2.4. Facilitar el acceso a la mejor evidencia científica disponible.

Castilla y León garantiza el acceso gratuito y en línea a todos los profesionales de la Comunidad a un paquete de documentación sobre evidencia clínica. Asimismo, ha elaborado guías y protocolos clínicos que pone a disposición de sus profesionales.

Por su parte, Cataluña ha puesto en marcha entre 2006 y 2007 cursos virtuales a distancia dirigidos a la evaluación de servicios sanitarios y al desarrollo de habilidades para la búsqueda de la evidencia científica. Con ellos se pretende promover la cultura de la evaluación entre profesionales e investigadores, contribuyendo así a que el proceso de toma de decisiones se base en la evidencia científica disponible y en un adecuado análisis del contexto, además de promocionar unas competencias y habilidades de tipo transversal que podrán ser utilizadas por cualquier profesional. Hasta el momento, los alumnos que han participado en esta actividad han mejorado sus competencias y habilidades en la búsqueda, selección, interpretación y aplicación práctica de la evidencia científica. Esta Comunidad también dispone desde 2006 de un programa de elaboración de guías de práctica clínica basadas en la evidencia, para ayudar a la toma de decisiones

clínicas en el SNS. En particular, se incluyen en este programa la guía sobre los trastornos del comportamiento alimentario, así como la actualización de las guías incorporadas en el catálogo del proyecto GuíaSalud (tres de ámbito oncológico y una sobre salud mental).

La Comunidad Valenciana refiere medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que abarcan desde el consejo genético hasta la prevención de accidentes de tráfico y sus secuelas, incluyendo programas para los principales problemas de salud y enfermedades crónicas, diferentes tipos prevalentes de cáncer y enfermedades y riesgos laborales.

La Comunidad Valenciana ha generalizado desde 2006 el acceso a la mejor evidencia científica incluida en repertorios actualizados sobre las prácticas sanitarias más efectivas.¹⁰ Se espera que esta iniciativa evite actuaciones inadecuadas que supongan un uso ineficiente de los recursos y contribuya a lograr mejores resultados sanitarios.

La Región de Murcia ha creado un centro para la investigación y la excelencia clínica.

Finalmente, el País Vasco realiza actividades relacionadas con la elaboración de Guías de Práctica Clínica (GPC)¹¹, el desarrollo de herramientas de lectura crítica de la literatura científica y de protocolos de búsqueda bibliográfica, y la organización de cursos de formación ligados a estos aspectos, que comenzó a poner en marcha en 2005. La difusión de la metodología ligada a la evidencia científica se realiza a través de publicaciones (Osteba Berriak y página Web de Osteba-Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias) y cursos de formación ligados a aspectos metodológicos. Por otra parte, ha puesto en marcha una Unidad Clínica de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) en uno de los hospitales de la red del Servicio Vasco de Salud. A pesar de la dificultad de cuantificar los resultados de una mejor aplicación de la evidencia científica en la práctica clínica cotidiana, la puesta en funcionamiento de la Unidad de MBE en el Hospital Donostia sí ha dado resultados objetivables, tanto en términos de reducción de la estancia

¹⁰ Para ello se ha optado por el arrendamiento de una aplicación comercializada de información que incorpora la versión electrónica de *Evidencia Clínica*, un producto de síntesis del mejor conocimiento disponible a partir de los trabajos llevados a cabo por la Cochrane.

¹¹ Hasta el momento se han elaborado guías de práctica clínica en atención primaria sobre hipertensión arterial y asma, hiperlipemia y lumbalgias.

hospitalaria de los pacientes como de reducción de costes derivados de pruebas diagnósticas y prescripciones terapéuticas. Además, en el seguimiento del uso de fármacos en pacientes sometidos a guías de práctica clínica se aprecia una mejor adecuación y menor variabilidad en el uso de fármacos con respecto a otros procesos no comprendidos en guías. Finalmente, el País Vasco también ha creado un grupo de trabajo estable de MBE en atención primaria. Ambas unidades de investigación colaboran a través de sus trabajos de investigación.

II.2.5. Consolidación de los mecanismos de incentivos aplicables a los profesionales sanitarios.

Andalucía emplea el contrato programa y la dirección por objetivos como instrumentos de gestión, trasladando riesgo a través de un modelo de incentivos y tratando así de implicar a los directivos de los centros asistenciales en la gestión eficiente de los recursos. Los contratos programa son cuatrienales, si bien se evalúan anualmente y se produce un seguimiento de los objetivos con carácter mensual. El contrato programa está asumido en la cultura de la organización como mecanismo de relación entre el proveedor y el financiador. Los centros se esfuerzan en alcanzar los objetivos negociados y ello repercute en el control de las tendencias de gasto. Por otra parte, desde 1998, año de creación de las primeras unidades de gestión clínica tanto en atención primaria como hospitalaria, éstas se han ido extendiendo progresivamente. Dichas unidades firman acuerdos de gestión clínica cuatrienales con sus centros de dependencia, gracias a los cuales se ha incrementado el rendimiento de quirófano y el porcentaje de intervenciones de Cirugía Mayor Ambulatoria, han disminuido los tiempos de espera y han mejorado sensiblemente los perfiles de prescripción, disminuyendo el consumo en farmacia. Asimismo, se espera que gracias a estos acuerdos se consiga disminuir la variabilidad en la práctica clínica mediante el uso de guías de práctica y otras herramientas. Los indicadores pactados se monitorizan periódicamente, y los acuerdos están sometidos a auditorías externas, anuales y aleatorias. Esta iniciativa se completa con la implantación de la contabilidad analítica de gestión para las unidades clínicas, que facilita la progresiva implicación de los profesionales clínicos y de los departamentos en la gestión de recursos, y el cumplimiento de objetivos económicos negociados en el contrato programa del centro. Las iniciativas en el ámbito de la gestión de la Comunidad andaluza también

incluyen la implantación progresiva desde finales de los años 90 de la gestión por procesos.

Por otra parte, Andalucía introduce en 2003 un complemento al rendimiento profesional, primando el esfuerzo de cada profesional a partir de la evaluación de su desempeño. En términos cuantitativos y cualitativos se han mejorado los objetivos estratégicos planteados desde el SAS: accesibilidad a consultas, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas, mayor satisfacción de los usuarios, mejora en el uso racional del medicamento y consiguiente reducción del gasto, mayor calidad de los planes de cuidados de enfermería y mejora en la continuidad asistencial de cuidados. Los indicadores ligados a los procesos asistenciales también han registrado una mejoría. El problema principal en el desarrollo de esta iniciativa ha sido la falta de cultura en evaluación del desempeño profesional, donde todos y cada uno de los jefes tienen obligación de hacer al menos una evaluación individual a cada uno de sus colaboradores, con una metodología previamente establecida. Este problema se abordó mediante formación sobre metodología de evaluación del desempeño.

Como fórmula para responsabilizar a los facultativos del gasto que generan y de la adecuación de sus prescripciones, se utilizan como instrumento fundamental los planes anuales de gestión, donde se incluyen tanto objetivos presupuestarios y de gestión eficiente como de calidad de la prescripción. Entre estos objetivos se encuentra la prescripción de genéricos y la prescripción por principio activo. Se ha establecido asimismo un sistema de incentivación ligado a prescripción basado en el cumplimiento de un índice sintético complejo.

Baleares ha puesto en marcha a lo largo del año 2005 un Plan de Incentivos Corporativo, cuyos fines consisten en mejorar la calidad, disminuir la variabilidad en la asistencia que recibe el paciente, fomentar el uso eficiente de los recursos y reconocer la buena práctica de los profesionales. El Plan de incentivos se incluye como anexo a los contratos de gestión del Servicio de Salud con las gerencias de Atención Primaria y a los contratos de estas últimas con los Equipos de Atención Primaria. Las dificultades de implantación de esta iniciativa tienen que ver con la necesidad de disponer de un sistema de información para llevar a cabo una monitorización mensual y tener acceso continuo a los resultados del plan. La Comunidad Autónoma también señala que se han producido resistencias

para pasar de un incentivo histórico fijo a un incentivo variable ligado a resultados, y que los directivos intermedios y algunas asociaciones profesionales han reivindicado la reducción de la cuantía del incentivo individual ligado a prescripción y el incremento del incentivo que gestiona el coordinador del centro (actualmente la proporción es de 60/40). Hasta el momento se ha observado una mejora en los resultados del indicador sintético de calidad de la prescripción. El incentivo final que consigue cada Equipo de Atención Primaria resulta de multiplicar el incentivo de partida por tres factores multiplicadores que dependen de los resultados en cumplimiento presupuestario, objetivos asistenciales y objetivos de prescripción.¹² Como aspectos positivos de este plan se destacan, entre otros, que se trata de un plan participativo, en el que toman parte las gerencias, los equipos de atención primaria y los sindicatos; se trata además de un plan único que integra el cumplimiento de varios objetivos y que está ligado al contrato de gestión; favorece la cohesión de los equipos dado que la unidad de obtención del incentivo es el EAP; y los indicadores se basan en estándares corporativos, no históricos. Por el contrario, entre sus aspectos más débiles se señala que el incentivo individual ligado a prescripción continúa siendo poco potente. Además, el Plan no es aplicable en la práctica a los EAPs con malos resultados históricos en todos los indicadores, por lo que en estos casos pierde su función como instrumento incentivador. El incentivo potencial supone aproximadamente el 20% del salario bruto anual.

Los mecanismos de incentivos también se trasladan al ámbito de la meso-gestión. Así, Baleares corresponsabiliza a las gerencias en la gestión de determinados gastos a través de asignaciones presupuestarias cerradas al comienzo del ejercicio. Esta iniciativa se integra en el marco de los contratos de gestión que se firman con cada una de las gerencias, de modo que los pactos se plantean al inicio del ejercicio y a lo largo del año se realiza el seguimiento del grado de cumplimiento. Esta medida se orienta al control de ciertos factores de gasto como la prescripción farmacéutica, la actividad concertada destinada a los pacientes de los centros del Ib-salud o el consumo de transporte sanitario, entre otros. Por otra parte, los contratos programa firmados con los centros asistenciales pretenden establecer un marco de actuación formal de compromiso entre financiador y proveedor que asegure el cumplimiento de los objetivos tanto asistenciales como económicos y presupuestarios. La financiación se vincula al cumplimiento de los objetivos

¹² El factor multiplicador correspondiente al cumplimiento presupuestario (k1) oscila entre 0 y 1,25; por su parte, los multiplicadores k2 y k2 oscilan, respectivamente, entre 0 y 1,2 y entre 0 y 1,5.

y resultados indicados en el contrato, cuyo seguimiento se realiza a través del cuadro de mandos del centro asistencial. Hasta el momento, la implantación del sistema de corresponsabilización ha supuesto un acicate importante en la descentralización del gasto sanitario y en la asunción de responsabilidades que han derivado en ahorros importantes respecto de la evolución mantenida en periodos anteriores. El ahorro estimado en farmacia en 2005 se estima en un 2,25% de la cifra presupuestada en inicio, lo que alcanzaría los 4 millones de euros. Por su parte, los ahorros producidos en relación con el transporte sanitario se elevarían a 124.000 euros al cierre del año 2005.

Entre las CC.AA. que citan el desarrollo de la carrera profesional como método de incentivación del personal estatutario de los servicios de salud se encuentra Cantabria, que ofrece complementos de carrera que oscilan entre los 3.000 y los 12.000 euros al año para los licenciados, y entre los 1.500 y 6.000 para los diplomados, así como otros complementos para el personal estatutario fijo no incluido en el ámbito de aplicación de carrera profesional. Con la carrera profesional se espera mejorar el cumplimiento de los contratos de gestión y de los indicadores de calidad en general (aumento en la prescripción de genéricos y principios activos, reducción de los tiempos de espera y del número de reclamaciones, etc.). La carrera profesional se inicia en Cantabria en 2006, y está previsto que se complete en 2008. Se estima que el coste anual una vez esté implantada por completo ascenderá a 12 millones de euros. La mayor dificultad para su puesta en marcha, según Cantabria, consiste en procesar un importante número de solicitudes y en validar y baremar gran cantidad de méritos que hasta el momento no estaban recogidos en ninguna base de datos. Por ello ha sido necesario preparar un sistema informático capaz de almacenar y procesar toda la información de los profesionales, con capacidad para introducir datos de forma descentralizada, y ponerla a disposición de los diferentes comités de evaluación¹³.

El pago por productividad variable, único componente incentivador antes de la puesta en funcionamiento de la carrera profesional, también se enmarca en este tipo de medidas. Esta herramienta permite que los gerentes marquen objetivos a las distintas unidades asistenciales de primaria y especializada. La productividad variable se paga en función del

¹³ El desarrollo profesional que se aplica a las categorías de profesionales sin derecho a carrera se implantará en Cantabria entre 2007 y 2009 (para este año se estima que el coste ascienda a 3 millones de euros).

grado de cumplimiento de los objetivos marcados, por lo que se espera que mejore el cumplimiento de los contratos de gestión y de los indicadores de calidad.

Cantabria señala que las mayores dificultades con las que choca esta medida residen en lograr el equilibrio adecuado en la fijación de los objetivos a unidades muy distintas (asistenciales y no asistenciales), y en conseguir que la percepción que de esta iniciativa tienen tanto los profesionales de atención primaria como de atención especializada sea similar. Para resolver este problema se han acercado las retribuciones por este concepto entre primaria y especializada, aunque aún las del grupo A son menores en primaria. Por otra parte, hasta el año 2005 los objetivos se definían para unidades asistenciales y no para cada profesional, lo que disminuía la fuerza del incentivo. En la actualidad, al menos en lo que respecta a atención primaria de salud, los objetivos se establecen individualmente.

Finalmente, y entre otras medidas citadas por Cantabria, aparecen en el capítulo de los incentivos ofrecidos a los profesionales las becas y años sabáticos concedidos por el Instituto de Formación e Investigación Marqués de Valdecilla para estimular la investigación biomédica.

Castilla y León ha realizado un programa piloto de centros a los que se ha dotado con un plan de gestión propia a medida de cada equipo de atención primaria, con una incentivación distinta y diferenciada del resto de los centros de la comunidad. Los recursos liberados por la eficiente autogestión –liderada por los profesionales- revierten en parte en el profesional y en parte en ahorro. Al margen de esta experiencia piloto, Castilla y León destaca en este ámbito de actuación la implantación de la carrera profesional, la aprobación del Estatuto Jurídico del personal estatutario del Servicio de Salud de la Comunidad, y la regulación reglamentaria de la productividad variable por cumplimiento de objetivos establecidos tanto en el plan anual de gestión como en programas especiales¹⁴.

Castilla-La Mancha también dispone de un sistema de productividad variable como incentivo a los profesionales, que depende del cumplimiento de los objetivos incluidos en

¹⁴ Esta Comunidad también ha desarrollado iniciativas de promoción de la eficiencia en la gestión presupuestaria en los planes de gestión, como parte de la incentivación de los directivos del Sacyl.

los contratos de gestión anuales. Además, esta Comunidad ha decidido incentivar a los facultativos prescriptores para que se adhieran a la política de uso racional del medicamento que promueve el SESCAM. Desde el año 2004 se incluyen los incentivos en el contrato de gestión. La pretensión es la de conseguir que más de un 90% de facultativos prescriban un 75% de medicamentos incluidos en la guía de prescripción; lograr que un 75% de facultativos prescriban un 30% de medicamentos eficientes, y no superar el gasto del año precedente en más de un 6%. Este último objetivo se ha logrado en los últimos años, y los indicadores de calidad (% de prescripción en guía, % de prescripciones eficientes, importe por persona protegida ajustada, gasto final, etc.) parecen haber mejorado. La valoración global de esta iniciativa es muy positiva, pues aun cuando esta política supone un mayor gasto en productividad variable para el Servicio de Salud, este gasto queda compensado sobradamente por la amortiguación del crecimiento del gasto en farmacia.

También encontramos incentivos de carácter específico en Cataluña dirigidos a mejorar la eficiencia de la prestación farmacéutica, para lo cual se asignan presupuestos con un gasto máximo asumible y se definen objetivos en los contratos a los proveedores, premiándose económicamente las conductas eficientes. El riesgo asumido por las entidades proveedoras y la parte variable de los contratos vinculada al cumplimiento de los objetivos constituyen un incentivo que ha permitido potenciar las medidas de contención del crecimiento del gasto farmacéutico.

En el ámbito de la atención primaria, Cataluña introdujo en 2003 un nuevo sistema de retribución variable por cumplimiento de objetivos para los facultativos fijos e interinos. Cada facultativo firma anualmente entre 5 y 8 objetivos, que van dirigidos a mejorar la atención y la satisfacción de los usuarios, la accesibilidad y la continuidad asistencial; a aumentar la calidad asistencial y los niveles de resolución; a mejorar la calidad y la eficiencia de la prescripción farmacéutica; a contribuir al equilibrio presupuestario; y a promover la participación activa en la mejora de procesos, actividades formativas, actividades de investigación y atención comunitaria. Los resultados obtenidos señalan un buen cumplimiento de los objetivos de referencia citados, siendo el más alto (90%) el de satisfacción de los usuarios. Le siguen la mejora de procesos y actividades de grupo y comunitarias (84%), la mejora de la calidad asistencial y niveles de resolución (80%), la accesibilidad y continuidad asistencial (77%), el equilibrio presupuestario (77%) y la

mejora de la calidad y la eficiencia de la prescripción farmacéutica (67%). Tanto la auditoría externa realizada como la evaluación de los ciclos posteriores valoran el modelo como muy positivo por su credibilidad y rigor evaluativo, por los efectos positivos en sus resultados, por la progresiva implicación de los profesionales, por su utilidad para la gestión, así como por su capacidad de motivación y discriminación y la relevancia del incentivo económico asociado. La Comunidad de Cataluña considera que se trata de una iniciativa muy útil para aplicarse en otros contextos y para otros colectivos de profesionales, siempre y cuando se mantenga un rigor metodológico, un compromiso directivo, y se integre con otras medidas y estrategias no contradictorias o ajenas a la explicada.

También en 2003 se establece en Cataluña un complemento retributivo variable para los médicos de hospitales del Instituto Catalán de la Salud, vinculado a la consecución de distintos objetivos. El acuerdo de retribución sigue la siguiente metodología: en primer lugar, se explicitan las políticas y objetivos de la división de atención hospitalaria en el marco de los objetivos de la Consejería, ya expresados en el plan de salud. Posteriormente, cada centro define objetivos operativos que se asignan a cada profesional, que pueden ser objetivos de producción en términos asistenciales, de docencia y de investigación, de calidad, de innovación organizativa, o bien objetivos de reducción del coste. La composición de los objetivos se distribuye para el conjunto de los médicos especialistas según una ponderación del 80% de objetivos individuales y 20% de objetivos de servicio. Esta ponderación persigue dar mayor peso al esfuerzo individual, entendiendo que el resultado grupal es la resultante de la suma de contribuciones individuales. La asignación de objetivos va acompañada del indicador objetivable de medida. Por último, el proceso culmina con la evaluación de resultados al final del ejercicio.

Este sistema ha logrado, en relación con los objetivos de producción asistenciales, un incremento del 10% de intervenciones quirúrgicas con período de garantía para los ciudadanos. En relación con los objetivos de calidad se han mejorado los tiempos de resolución de los procedimientos quirúrgicos con garantía del 14,5% en 2 años. Con respecto a la innovación organizativa se ha producido un aumento de la Cirugía Mayor Ambulatoria del 6% en el último año, se ha incrementado un 19% la implantación de la hospitalización domiciliaria en los hospitales, y se han puesto en funcionamiento unidades

de diagnóstico rápido del cáncer en todos los hospitales de la división. También se ha producido una mejoría de los indicadores de eficiencia (reducción de la estancia media ajustada por complejidad en un 5% el último año, y reducción de la tasa de reiteración de visitas ambulatorias un 1%) y de coste (con una reducción en el último año del 13% de la compra de productos intermedios mediante la internalización de su producción en los hospitales, que ha implicado un 3,6% de ahorro en el gasto).

Finalmente, se ha producido una consolidación de los mecanismos de incentivación profesional en la red de utilización pública concertada basados en la carrera profesional, en dirección por objetivos u otros sistemas de valoración. Esta iniciativa se inicia en 2006 y pretende extenderse no sólo a los facultativos, sino también a todas las profesiones que intervienen en el proceso asistencial.

La Comunidad Valenciana señala de forma específica como iniciativa de racionalización la formalización de los acuerdos de gestión con los Departamentos de Salud, herramienta extendida en todas las CC.AA. Estos acuerdos constituyen un instrumento de apoyo al nuevo modelo de financiación, gestión y organización de los Departamentos de Salud puesto en marcha en 2005 (con un acuerdo de gestión único por Departamento, que integra primaria y especializada, lo que supone un elemento diferenciador con respecto a otras Comunidades) y un marco de referencia para la aplicación del modelo de diferenciación retributiva de los profesionales sanitarios. En él se establecen los objetivos globales del Departamento para el ejercicio correspondiente, cuyo grado de cumplimiento repercutirá en la evaluación final de los trabajadores.

Esta Comunidad también señala la diferenciación retributiva y la carrera profesional como modelo de incentivación de los profesionales. En 2004 se puso en marcha el pago por productividad variable, vinculado al cumplimiento de objetivos pactados en el marco del acuerdo de gestión, mientras la carrera profesional comienza a funcionar en 2006 (con un coste de 11,7 millones de euros) y se prevé que se complete en 2010 (momento en el cual el coste ascenderá a 130,2 millones). Entre las dificultades asociadas a la implantación de la carrera se destacan las siguientes: necesidad de llegar a un acuerdo con los representantes de los trabajadores, dificultades para medir algunos resultados, dificultades derivadas de la no disponibilidad de la información, dificultades para establecer objetivos individuales y para unidades menores, dificultades organizativas y de

comunicación, gestión del cambio e introducción de una nueva cultura de trabajo por objetivos y evaluación en un ámbito hasta ahora bastante ajeno a esta forma de trabajar. Como solución a este último problema se ofrece involucrar a toda la organización explotando la estructura periférica y jerarquizada del servicio de salud.

Entre 2004 y 2006 la Comunidad Valenciana logró consolidar el sistema de productividad variable, iniciando así un importante cambio cultural en la organización que parece haber dado sus frutos, ya que se constata una evolución favorable de los principales indicadores incluidos en el acuerdo de gestión. Además, la progresión en carrera se ha vinculado con el resultado en productividad variable, lo que ha dado a esta última un mayor valor como elemento motivador¹⁵.

Anualmente se evalúan los indicadores incluidos en el acuerdo de gestión (relacionados con la mejora de los sistemas de información, la promoción de la salud, la orientación al paciente, la garantía de fiabilidad del sistema la transformación de la oferta asistencial, la mejora del rendimiento profesional de los recursos humanos y la racionalización del crecimiento de los costes) como mecanismo de control y seguimiento.

El Servicio Extremeño de Salud dispone ya en 2005 de un acuerdo firmado con las centrales sindicales de carrera profesional, con efectos económicos en el ejercicio 2006. Así mismo, se ha desarrollado un modelo de incentivación específico y diferenciado, ligado al control del gasto farmacéutico. Por otra parte, y como proyecto piloto, la Consejería de Sanidad y Consumo, ha desarrollado un programa para el control de los proceso de incapacidad temporal derivado de ciertas patologías, que contempla una estructura de incentivos específica que deriva de un convenio suscrito a tal efecto con el INSS

La Comunidad de Madrid refiere un sistema de incentivación para los profesionales genérico del que no se detallan sus características, pero sí sus resultados esperados: reducción de las demoras, mejora de la calidad asistencial y control del gasto. La carrera profesional y las posibilidades de promoción profesional también son mencionadas por

¹⁵ El resultado obtenido por el trabajador en productividad variable tiene dos efectos en la carrera profesional: 1) si se han cumplido los objetivos, la valoración del tiempo de servicios prestados es mayor que si no se han cumplido objetivos; y 2) la obtención de puntuaciones elevadas en el cumplimiento de objetivos puede reportar hasta 20 puntos adicionales.

Madrid dentro del conjunto de medidas dirigidas a consolidar los incentivos a los profesionales. La carrera profesional se implanta en 2007 y se halla en período de evaluación.

La Comunidad Autónoma de la Región de Murcia refleja la formalización de contratos de gestión con objetivos asistenciales, económicos y de calidad con los proveedores (hospitales, gerencias de primaria). Como bien señala esta Comunidad Autónoma este tipo de contratos de gestión son un instrumento comúnmente empleado por todos los servicios de salud.

El País Vasco recoge, dentro de los contratos de gestión clínica, la incentivación correspondiente a los profesionales de las unidades de atención primaria (UAP), que se fijan en función de ciertos objetivos y se distribuye en varios apartados (formación, incorporación de nuevas tecnologías o cursos). Los contratos de gestión clínica en atención primaria se implantan en 1999, y hasta el momento se han extendido al 50% de las UAP. Los resultados observados indican una mejora tanto en los indicadores cualitativos (indicadores de prescripción farmacéutica, accesibilidad, etc.) como en la adecuación del gasto. La aceptación de los contratos de gestión clínica ha sido muy buena desde el inicio. El mayor escollo se encuentra en aquellas unidades que carecen de un responsable que lidere este proceso, si bien la difusión de las mejoras conseguidas en las unidades con contrato contribuye a resolver los problemas aparecidos.

Por lo que respecta al desarrollo de la carrera profesional el País Vasco señala como principal dificultad de su puesta en marcha, al igual que hacía Cantabria, que requiere la evaluación individualizada de todos y cada uno de los profesionales. También se señala como dificultad añadida su importante impacto económico (en 2008 se prevé un coste de 28 millones de euros correspondiente a los facultativos, y de 22 millones para el personal de enfermería).

II.2.6. Refuerzo de las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Andalucía puso en funcionamiento en el año 2005 un Observatorio de tecnologías emergentes, encargado de su detección rápida, su evaluación y seguimiento. El observatorio es una iniciativa de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de

Andalucía, y su función es analizar y valorar de forma sistemática aquellas tecnologías sanitarias que aún no se han introducido –o lo han hecho en muy escasa medida- lo que permite anticipar su impacto en el SAS¹⁶.

Otras acciones emprendidas por la comunidad andaluza para el fomento de la evaluación de tecnologías están relacionadas con el desarrollo de una cultura evaluadora entre los profesionales que se continuará impulsando en el futuro. Para ello se organizan cursos y seminarios de formación, además de obligar a los médicos internos residentes a rotar durante un periodo de 3 meses con el objetivo de profundizar en los métodos y herramientas de evaluación de tecnologías sanitarias, combinando aprendizaje teórico con un componente práctico. Se espera que de este modo se consiga un uso más racional y adecuado de las tecnologías sanitarias.

Aragón estableció en 2004 un plan para la fijación de criterios de ordenación, adquisición, implantación y mantenimiento de equipos de alta tecnología con el fin de incorporar de modo racional las nuevas tecnologías y aumentar la eficiencia, disminuyendo los gastos de mantenimiento^{17,18}. En diciembre de 2006, Aragón regula la modificación e incorporación de las técnicas y procedimientos clínicos a nivel de sistema de salud, centro y unidad clínica. Se establece como medida de mejora de la eficiencia, al ser necesaria una autorización previa para incorporar nuevos procedimientos clínicos, y por otra parte constituye una herramienta potencial de mejora de la equidad al tener la posibilidad de evaluar los resultados de cada procedimiento y el acceso de determinados grupos de pacientes a los mismos en virtud de su riesgo y del territorio de residencia. El control se realiza incluyendo en el CMBD de los hospitales el listado de procedimientos, lo que permite analizar la pertinencia respecto al diagnóstico, la suficiencia y la calidad entre centros.

¹⁶ Esta agencia trabaja en coordinación y colaboración con la Red Europea Enroscan, con las Comisiones de Evaluación de Tecnologías y Calidad de los centros sanitarios, con la Escuela Andaluza de Salud Pública, la Fundación Progreso y Salud y el Instituto de Estudios de Prospectiva de Tecnología.

¹⁷ Además de la fijación de estos criterios, se emplea la adquisición por renting de las tecnologías seleccionadas, y se incentiva el horario de tarde para los profesionales relacionados con estos equipamientos a través de complementos específicos, disminuyendo así los tiempos de espera para los pacientes. El desarrollo de esta iniciativa se cifra en 14 millones de euros en 4 anualidades.

¹⁸ Los equipos incluidos son el acelerador lineal de electrones, la bomba de cobalto, la gammacámara, la hemodinámica, la litotricia extracorpórea por ondas de choque, la resonancia magnética, la radiología vascular intervencionista, el tomógrafo computerizado y el telemando digital.

Asturias ha implantado en 2005 una guía para la introducción de tecnologías sanitarias en centros asistenciales (G-itesa), dirigida al conjunto de profesionales del Servicio de Salud del Principado, con el propósito de construir un método que oriente y facilite la toma de decisiones en la adquisición o modificación de las tecnologías sanitarias ya en uso. Para valorar las tecnologías y elevar a las comisiones de compras el informe técnico sobre las mismas se propone la creación de Comisiones de Tecnología y Adecuación de Medios Diagnósticos y Terapéuticos en todos los hospitales. Las mayores dificultades encontradas para poner en marcha esta iniciativa residen fundamentalmente en la falta de cultura de evaluación de los centros sanitarios, en la rapidez con que en ciertas circunstancias se quieren tomar las decisiones y en la presión que ejercen los proveedores sanitarios para introducir nuevas tecnologías.

Por otra parte, desde 2002 también se elaboran informes breves de evaluación de tecnologías sanitarias cuando es urgente obtener información respecto a la seguridad, eficacia, efectividad y eficiencia de una tecnología en fase de introducción y/o tecnología poco investigada. Estos informes contribuyen a que no se introduzca tecnología no efectiva. Con el fin de obtener información en el plazo más breve posible se creó una base de datos de informes de las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias pertenecientes a la red INAHTA (International Network of Agencies for Health Technology Assessment).

Canarias ha iniciado un procedimiento de incorporación de tecnologías sanitarias que, aunque con intención de abarcar tanto a las nuevas intervenciones vinculadas a la práctica clínica, la puesta en marcha de nuevos programas, unidades o formas organizativas como a la adquisición de grandes equipamientos médicos, en su primera etapa de aplicación se concentrará fundamentalmente en la incorporación, instalación y dotación de la alta tecnología sanitaria. El Servicio Canario de Salud ha creado un grupo de trabajo multidisciplinar que le asesorará en la toma de decisiones sobre la incorporación de las tecnologías propuestas. Una vez emitido el informe de la comisión asesora a la D.G. de Programas Asistenciales, ésta requerirá informes a la D.G. de Recursos Humanos y a la D.G. de Recursos Económicos antes de elevar informe, a su vez, a la Dirección del Servicio Canario de Salud previo a su autorización o denegación.

Con esta iniciativa se pretende proporcionar elementos metodológicos de forma estructurada, dirigidos a orientar la toma de decisiones ante la posibilidad de incorporar nuevas tecnologías, aportando la experiencia existente en el campo de evaluación de las tecnologías sanitarias. Además, se desea de este modo facilitar la interlocución entre clínicos y gestores, mediante la elaboración de un modelo de ficha que debe completarse conjuntamente en caso de solicitud de incorporación de una nueva tecnología.

Cataluña, por su parte, está monitorizando la utilización de la tomografía por emisión de positrones (PET) y PET/TC a partir de los registros evaluativos de la propia Comunidad y de la Comunidad Autónoma de Madrid. El objetivo es conocer la utilización y el impacto en el manejo clínico del paciente de estas tecnologías en la práctica médica habitual, y definir las indicaciones clínicas sustentadas en la evidencia científica para su incorporación en el sistema de cobertura pública, promoviendo así su uso racional. La disponibilidad de información sobre el uso de la tecnología permite identificar la adecuación/inadecuación de las indicaciones y reconducir la demanda¹⁹. Este mismo método se aplica al estudio de la efectividad de las tres modalidades de tratamiento más establecidas en el cáncer de próstata órgano-confinado de bajo riesgo, así como al estudio de estimación de la incidencia de incontinencia urinaria asociada al embarazo y el parto, y a la evaluación de la viabilidad de un programa de tele-rehabilitación en pacientes con una gran discapacidad adquirida de origen neurológico. Los resultados proveerán, tanto a pacientes como a profesionales, información para la toma de decisiones clínicas informadas y compartidas.

Cataluña también ha puesto en marcha algunas experiencias de revisión de la práctica clínica cuya efectividad es incierta en algunos casos (como en los cribados de cáncer). El trabajo consiste en describir la situación en España, analizando indicadores y comparando con los estándares internacionalmente aceptados. Cataluña sugiere que este tipo de estudios se apliquen a otros programas o intervenciones de prevención primaria y secundaria que se realicen en nuestro país, y para los que se tenga un conocimiento fragmentario sobre los mismos e incertidumbre sobre su efectividad y seguridad. También se han elaborado indicadores y estándares para la mejora del proceso y los resultados de la asistencia oncológica a partir de las guías de práctica clínica, siendo la fuente de

¹⁹ Asimismo, esta información es fundamental en la planificación de los recursos de PET atendiendo a criterios de equidad y accesibilidad.

información la historia clínica del paciente (proyecto en el que han participado cinco CC.AA.). Este benchmarking entre centros proveedores de servicios puede ser extensible a otros campos de la práctica clínica donde se hayan desarrollado guías de amplia difusión.

Una iniciativa similar se ha adoptado en 2006 para el estudio y evaluación de los métodos de cribado prenatal de las cromosomopatías fetales más frecuentes, con el que se pretende concluir en una serie de recomendaciones para el SNS sobre la estrategia más válida y coste-efectiva²⁰.

También en 2006 se inicia el desarrollo de la metodología e implementación piloto de los registros de implantes protéticos en el SNS (y especialmente de artroplastias de cadera y rodilla). Este proyecto se lleva a cabo con la participación de otras tres agencias (Canarias, País Vasco e Instituto de Salud Carlos III) y permitirá desarrollar herramientas aplicables en todo el ámbito del SNS que faciliten el intercambio de información y la evaluación de los resultados. Como aspecto negativo cabe resaltar las dificultades que probablemente se derivarán de coordinar un proyecto en el que se implica directamente a la administración sanitaria, a los centros hospitalarios y a los médicos. Además, las diferencias en la estructura sanitaria y en los sistemas de información de las CC.AA. y de los centros hospitalarios harán necesario establecer mecanismos que permitan integrar a las personas clave en este proyecto.

La política de evaluación no se restringe a las tecnologías sanitarias, sino que también alcanza a distintos modos de organizar la asistencia. Así, Cataluña comenzó en 2005 la evaluación de la diversificación en la provisión de servicios de atención primaria para tratar de valorar los distintos modelos. En ella se analizan diversas dimensiones: accesibilidad y continuidad, estructura, actividad, práctica clínica, efectividad y satisfacción. Esta iniciativa es potencialmente aplicable a otras líneas asistenciales (atención especializada, atención a la salud mental o atención sociosanitaria), en las que la diversificación de la provisión es mucho mayor.

²⁰ Cataluña también ha desarrollado herramientas para evaluar el resultado de tecnologías aplicadas al proceso rehabilitador integral de pacientes con gran discapacidad adquirida de origen neurológico.

Finalmente también se evalúan, mediante metodologías y técnicas de análisis cuantitativo y cualitativo, el impacto económico y organizacional de la aplicación del marco de Bolonia y la puesta en marcha de las nuevas especialidades oficiales de enfermería en el sistema de salud de Cataluña²¹.

La Comunidad Valenciana ha creado en 2005 un grupo de innovación y mejora para las urgencias extrahospitalarias con el fin de fomentar la investigación comparativa con otros servicios, evaluar nuevos protocolos de actuación, equipos o instrumentos antes de su incorporación con criterios de coste-efectividad, orientar la toma de decisiones para la gestión y unificar el material de las unidades y el empleo de la medicación más adecuada.

Galicia también está reforzando el papel de la agencia de evaluación de tecnologías a través de la identificación de tecnologías nuevas y emergentes, de la evaluación de tecnologías nuevas o en uso, de su priorización mediante la regulación de su incorporación, del análisis de procedimientos y patrones de utilización de técnicas en la práctica clínica y de la promoción del uso apropiado de las tecnologías. Para ello, en 2006 ha implantado un programa de detección de tecnologías sanitarias nuevas y emergentes, elabora informes de evaluación y guías de práctica clínica de forma continua y ha modificado la orden de incorporación de nuevas tecnologías. Los problemas detectados para poner en marcha estas iniciativas están relacionados con tres elementos: la dificultad de establecer grupos de trabajo que impliquen a muchos profesionales con múltiples dependencias administrativas, la dificultad de disponer de personal especializado adecuado en cada momento, y la dificultad de regular la incorporación de nuevas tecnologías en un sistema sanitario con alta autonomía de gestión de los centros y sin sistemas de información accesibles y actualizados de cartera de servicios y procedimientos.

La Comunidad de Madrid también utiliza la evidencia científica disponible para racionalizar la incorporación de nuevas tecnologías en su primera etapa de difusión, restringiendo su uso con indicaciones específicas para pacientes en los que los beneficios son máximos, como sucede en el caso de la utilización de los stents recubiertos de fármacos. Esta

²¹ Otro de los ejemplos destacados por Cataluña es el análisis comparativo de dos instrumentos fiables para la evaluación de la competencia clínica. El proyecto está centrado en una especialidad concreta, pero la aplicación de los resultados se podrá extrapolar a otras especialidades, y a otros ámbitos territoriales, para su aplicación en los procesos de certificación, recertificación y carrera profesional.

iniciativa, asumida por la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, pretende, además de mejorar la calidad de la práctica asistencial y los resultados en salud para los pacientes, reducir el gasto derivado de la implantación de los dispositivos y racionalizar el uso de las tecnologías sanitarias. Los problemas que se encuentran para compatibilizar la información procedente de distintas CC.AA. se reproducen dentro de cada Comunidad. Madrid, por ejemplo, reconoce la dificultad de implantar iniciativas como ésta al contar con sistemas de información diferentes en cada uno de los laboratorios de hemodinámica. A pesar de ello, con esta iniciativa se ha conseguido reducir los gastos derivados de la utilización generalizada de los stents recubiertos de fármacos, al indicar su uso inicial en el 30% de los pacientes (en el año 2004) para extenderse hasta el 50% en 2005. Esta iniciativa puede aplicarse a cualquier tipo de tecnología sanitaria en fase de difusión temprana.

Por otra parte, la Comunidad de Madrid ha desarrollado una serie de guías de práctica clínica (sin especificar), cuya elaboración también depende de la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

En el año 2006 la Región de Murcia planifica la puesta en marcha de la Guía de Adquisición de Nuevas Tecnologías para tratar de controlar su impacto sobre el gasto sanitario. Partiendo de las guías ya desarrolladas, tanto a nivel nacional como internacional, se procede a su adaptación para la Región. La puesta en marcha de la guía se inserta en un marco más amplio como es la creación de la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, dentro del marco del centro para la investigación y el desarrollo de la excelencia clínica (CI+DEC) que incorpora un observatorio regional que tiene como objetivo realizar búsquedas de la información publicada por las distintas Agencias de Evaluación de Tecnología Sanitaria y difundir selectivamente dicha información a través de la utilización de distintos medios, que incluirán la publicación periódica de un boletín específico sobre la materia.

El País Vasco comienza en 2005 a desarrollar informes de evaluación de tecnologías sanitarias, con el fin de proveer información adecuada para la toma de decisiones tanto en el nivel clínico como en el de gestión y planificación. Los resultados de estos informes (que incluyen aspectos de efectividad, seguridad, coste, así como aspectos legales u organizativos) pueden implicar la introducción o la no introducción de las tecnologías. En

el punto intermedio se situarían aquellos informes que recomiendan una introducción paulatina y la tutela de la tecnología en cuestión, designando para ello los centros, recursos y protocolos adecuados. Obviamente, las tecnologías evaluadas son diversas y con repercusiones en muchos casos diferidas en el tiempo, lo que dificulta sobremanera su cuantificación en términos de gasto²².

II.2.7. Aumento de los recursos y de la capacidad de resolución de la Atención Primaria de Salud.

a) Aumento de los recursos en Atención Primaria.

En Castilla-La Mancha se ha incrementado la dotación de farmacéuticos de atención primaria, que se ha más que triplicado desde 2002, con el fin de facilitar la puesta en marcha del plan integral para la mejora de la calidad de la prestación farmacéutica. Por otra parte, el número total de centros en construcción, ampliación o reforma alcanza los 63 centros de salud y los 29 consultorios locales. Se han incrementado asimismo los equipamientos y los puntos de atención continuada y puntos de extracción periférica.

Por su parte, Castilla y León ha implantado la figura del médico y del enfermero de área en atención primaria como medida para resolver la eventualidad del personal y garantizar la atención permanente a los usuarios.

Cataluña comenzó a implantar en el año 2004 un plan de choque en atención primaria de salud en el ámbito de la red concertada, cuyo objetivo es aumentar el número de profesionales en el primer nivel asistencial incrementando simultáneamente su capacidad de resolución. Está previsto que el desarrollo de este plan concluya en 2007. Se prevé que cada Equipo de Atención Primaria disponga de 1 médico de familia para cada 1.500, de 1 pediatra cada 1.200 habitantes y de 1 diplomado en enfermería cada 1.550 habitantes. La principal dificultad para llevar a cabo esta medida reside en la escasez de profesionales, y particularmente de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Este

²² Como ejemplos prácticos a los que se haya aplicado la evaluación de tecnologías en el ámbito de las prestaciones terapéuticas pueden señalarse los stents recubiertos en hemodinámica, el verteporfino en oftalmología, la aféresis en enfermedades inflamatorias del colon, el seguimiento del programa de detección precoz de la sordera, algunas técnicas de cirugía cardíaca, etc., en las que se ha producido una introducción controlada de la tecnología atendiendo a parámetros de indicaciones consensuadas y monitorización de resultados que ha garantizado una adecuada utilización de los recursos.

plan de choque se ve complementado con otro plan similar que se aplica a la división de atención primaria del Instituto Catalán de la Salud, y que en los años 2004 y 2005 consiguió mejorar el tiempo medio por visita y la capacidad de resolución de los EAP, disminuyendo la lista de espera.

Extremadura ha suscrito un acuerdo con las principales organizaciones sindicales para el impulso y la consolidación de la atención primaria, incluyendo medidas organizativas y funcionales, entre las que destaca la creación de plazas suficientes en las unidades básicas asistenciales, que permitan la racionalización de las cargas de trabajo, planteando como objetivo la asignación máxima de 1.600 TIS por unidad básica asistencial.

La Comunidad de Madrid prevé un aumento de los recursos humanos de APS para el período 2006-2009, basado en una serie de criterios de asignación que tienen en cuenta el número de consultas, el patrón demográfico, el nivel de renta de la zona, la mortalidad, la accesibilidad al centro sanitario, el ámbito de atención (si es rural o urbano), el nivel de educación y la presencia de población inmigrante, y que actúan como variables proxy de la necesidad de la población a la que se pretende cubrir. El incremento previsto de recursos asciende a más de 1.500 profesionales.

La Región de Murcia, por su parte, también ha previsto entre 2005 y 2007 aumentar el número de plazas de atención primaria, con el fin de redistribuir la carga de trabajo y reducir el número de tarjetas sanitarias por profesional. En principio se estima un incremento de 180 de medicina de familia, 70 de pediatría, 150 de enfermería y 110 de auxiliares administrativos. Para 2008 se prevé un nuevo incremento de recursos. Asimismo, esta Comunidad Autónoma trabaja en el estudio y diseño de una metodología de determinación de necesidades de plantilla en atención especializada.

b) Mejora de la capacidad de resolución de la Atención Primaria.

Andalucía fomenta una mayor resolución de la atención primaria a través de la adquisición de medios diagnósticos para los centros de salud²³. Por otro lado, cuenta con un plan de

²³ Espirómetros, ecógrafos, retinoscopios, mamógrafos, Doppler y Holter.

racionalización de la demanda de interconsultas que se incluye como objetivo marcado en el Contrato Programa de los distritos y en los acuerdos de gestión clínica. Semestralmente se analiza el comportamiento de los distritos en cuanto al número de derivaciones a consultas externas hospitalarias, comparándolo con el estándar fijado por especialidad y tarjetas ajustadas por edad. Con este plan se pretende ajustar el número de derivaciones al estándar por especialidad, además de aumentar la coordinación entre niveles e incrementar la capacidad de resolución de los profesionales de atención primaria. La puesta en marcha de esta iniciativa ha chocado con algunas dificultades, derivadas de la falta de cultura de coordinación interniveles y de la falta de formación y de una actitud adecuada por parte de algunos profesionales. Andalucía señala que esta iniciativa ha conseguido disminuir el número de derivaciones, con el consiguiente ahorro de costes y de tiempo y molestias para el usuario, y ha logrado mejorar la calidad en el proceso asistencial con una mayor coordinación entre niveles.

Por otra parte, la Comunidad andaluza también facilita el acceso desde atención primaria a pruebas diagnósticas hospitalarias. La posibilidad de que los profesionales de primaria soliciten pruebas diagnósticas según procesos asistenciales integrados o por protocolo se recoge en el acuerdo de gestión anual entre el distrito y el hospital, incluido en el contrato programa. Para resolver las dificultades creadas por algunos hospitales se crea la Comisión mixta Interniveles, que analiza la pertinencia de las solicitudes procedentes de primaria y realiza su seguimiento.

Aragón aborda tanto el problema de la falta de recursos en atención primaria como de su escasa capacidad de resolución. Desde mediados de 2006, momento en el que comenzó con el proceso de adecuación de la oferta de pediatría en el medio rural y su coordinación con los servicios hospitalarios, está incorporando medidas a este respecto. El gobierno aragonés espera incrementar en 3 años un 5% de los recursos dedicados a atención primaria en la distribución del gasto sanitario de la Comunidad. Asimismo, espera que se produzca una disminución de un 10% de las derivaciones que se realizan a las consultas de atención especializada, al incluir en la cartera de servicios de cada EAP aquellos procedimientos de diagnóstico a los que se puede acceder directamente. Los resultados obtenidos podrán ser evaluados a partir de enero de 2008.

Los problemas correspondientes al desarrollo de esta iniciativa se centran en las relaciones laborales con los profesionales, que están basadas en un modelo funcional de salario y dedicación, además de en las resistencias de la atención especializada a los procesos de sustitución de tecnologías. Ante estos problemas se opta por la gestión transversal de los servicios de diagnóstico para los proveedores interrelacionados (atención especializada, primaria, salud mental), y por la modificación del modelo retributivo y de dedicación mediante Acuerdo Sindical.

Baleares, por su parte, ha desarrollado una interesante iniciativa que promueve la coordinación entre APS y atención especializada. En 2005 establece un programa de farmacia al alta hospitalaria y consultas externas (programa FACE), que nace con el objetivo de servir de enlace entre el ámbito hospitalario y de atención primaria en lo referente al tratamiento farmacológico del paciente y a los criterios de prescripción y utilización de medicamentos. En el momento del ingreso se revisan las historias clínicas, especialmente en lo que respecta al motivo de ingreso, la orientación diagnóstica y la historia farmacoterapéutica. Durante la estancia hospitalaria el farmacéutico ha de estar presente en todo el proceso del paciente y debe realizar un seguimiento farmacoterapéutico completo. Finalmente, en el momento del alta hospitalaria se valora la prescripción sobre la base de los criterios de prescripción establecidos para el área de salud, tratando de simplificar los tratamientos farmacológicos y dispensando tratamientos de duración no superior a un mes. Es importante destacar que los farmacéuticos adscritos a este proyecto están contratados para el programa con dedicación total. Se estima que el ratio de personal farmacéutico dedicado a esta función a tiempo completo debe ser inicialmente de 1 farmacéutico por cada 100 pacientes ingresados²⁴.

Esta iniciativa ha logrado una mayor adecuación a la guía de prescripción y una mayor coordinación de las políticas del servicio de salud, además de que integra el procedimiento de visado al alta dentro del proceso asistencial y proporciona información al paciente. No obstante, ha suscitado algunas resistencias de las gerencias para su puesta en marcha, dado que se trata de un programa orientado a un objetivo corporativo y no de la propia gerencia, así como resistencias de los servicios clínicos a aplicar la política de medicamento del hospital a las áreas de ambulantes y a la prestación a través de receta.

²⁴ Como indicador de eficiencia del programa se emplea el porcentaje de pacientes que han precisado algún tipo de intervención farmacéutica sobre el total de pacientes.

Este programa mejora la coordinación con atención primaria en lo referente al tratamiento farmacológico de los pacientes, además de satisfacer una demanda histórica de atención primaria de introducir mecanismos de gestión de la prestación farmacéutica que se inicia en el ámbito hospitalario. Al ser un programa de implantación reciente, no obstante, aún presenta algunos aspectos a mejorar. En particular, la actividad y la metodología de trabajo resultan poco uniformes, a pesar de que la coordinación se lleva a cabo a nivel autonómico. Por otra parte, los resultados en los indicadores de actividad y de los indicadores económicos aparecen por debajo de lo esperado. Finalmente, no se ha desarrollado aún un sistema de información adecuado, por lo que los resultados se obtienen manualmente y son poco fiables.

Canarias ha puesto en marcha un plan estratégico de atención primaria para el periodo 2006-2009, que integra un total de 34 estrategias y 117 líneas de actuación. Asimismo, esta Comunidad ha iniciado recientemente el pilotaje de diferentes tecnologías diagnósticas (ecógrafos, retinógrafos). Simultáneamente está potenciando el servicio de cirugía menor y poniendo en marcha el protocolo de atención al paciente pluripatológico.

Cantabria, por su parte, ha descentralizado el control de la terapia anticoagulante oral, desplazándolo a los centros de salud. Se acuerda entre los responsables de esta actividad en los laboratorios de los hospitales y las direcciones médicas y de enfermería de APS la formación que recibirán los médicos de primaria, se edita un manual sobre el control de terapia anticoagulante oral y se adaptan las bases de datos de pacientes de los laboratorios a una nueva base centralizada para toda la comunidad, donde cada hospital y cada centro de salud pueden ver sus pacientes y los de otros centros (con autorización). A pesar de la resistencia previa de los responsables de esta actividad en los hospitales, la situación se resolvió con reuniones explicativas. En estos momentos se supera el 50% de pacientes que no precisan punción venosa, que se ha sustituido por punción capilar, y se ha aumentado la cobertura de esta actividad.

Esta Comunidad ha puesto en marcha en 2006 un sistema de racionalización de la petición de pruebas diagnósticas por parte de los profesionales de Atención Primaria de Salud (APS), de modo que la unificación de criterios de petición de pruebas complementarias contribuya a reducir la elevada variabilidad que se registra actualmente.

Se comienza por los procesos que causan mayor derivación y son más fácilmente controlables por el facultativo de primaria. Así, se han implantado criterios de actuación ante un paciente con sospecha de patología prostática (para los que se espera reducir las derivaciones un 5% pasado un año de su implantación), ante pacientes con sospecha de colelitiasis (para los que se espera reducir las segundas consultas de especialista en un 20%), ante pacientes con sospecha de patología tiroidea benigna (para los que se espera una disminución de derivaciones a consulta de especialista de alrededor de un 15% al año de implantación), y se ha establecido asimismo un protocolo de petición de mamografías (gracias al cual se espera una reducción del 10% de la derivación a consultas de atención especializada). Se prevé que estas acciones repercutan en una mayor rapidez en los diagnósticos de exclusión y en una reducción de consultas y pruebas diagnósticas innecesarias.

Los criterios de derivación se han consensuado en grupos de trabajo donde intervienen profesionales de atención primaria y especializada. El catálogo de pruebas diagnósticas se difunde por varias vías: se presenta en el Consejo de Gestión del Área, se cuelga en la intranet corporativa y se difunde en formato papel a los profesionales de primaria y especializada. Aunque la iniciativa ha tenido una gran acogida entre los especialistas de radiología (a los que se atribuye la condición de árbitros a la hora de modificar una solicitud hacia una prueba más adecuada al caso), algún colectivo se ha mostrado temeroso a la hora de abrir las peticiones de determinadas pruebas al ámbito de la AP²⁵.

Castilla-La Mancha refiere la extensión de la cirugía menor de manera progresiva y sistemática a todos los centros de salud como modo de acercar los recursos a la población, proporcionando un servicio más rápido y accesible. De este modo, además de aumentar la satisfacción de usuarios y profesionales, se persigue disminuir las listas de espera en atención especializada y mejorar la eficiencia en la prestación. Los problemas para desarrollar esta iniciativa radican en la inadecuación de las infraestructuras, la falta de formación de los profesionales y la falta de equipamiento e instrumental, que están intentando corregirse. La Comunidad dispone de un sistema de registro de la actividad en atención primaria (SISPRIMA) que facilitará el seguimiento y supervisión del proyecto.

²⁵ Se explora extender la lista de pruebas diagnósticas sometidas a esta iniciativa al TAC para procesos osteoarticulares lumbociáticos, ecografías para control del DIU, ecografía de partes blandas y ecografía renal para litiasis y hematuria.

Por otra parte, Castilla-La Mancha está incrementando la dotación de nuevas tecnologías en atención primaria con el fin de aumentar la capacidad resolutoria de sus profesionales. Así, se está procediendo a la dotación de ecógrafos, tomógrafos, colposcopios, lámparas de hendidura, tonómetros, etc. De nuevo esta iniciativa choca en la práctica con la falta de formación de profesionales en el uso de estas nuevas tecnologías. En todo caso, se están logrando aumentos en la actividad de los centros de salud y de la asistencia en domicilio y en urgencias, así como una disminución de las derivaciones a los hospitales y de los tiempos de espera.

En Castilla y León se ha puesto en marcha el proyecto Medoracyl, que intenta coordinar la realización de pruebas analíticas y otros estudios, evitando repeticiones innecesarias y poco eficientes, tanto en el aspecto de la relación entre niveles como en el más novedoso de la integración de protocolos, estableciendo un único protocolo personalizado para cada paciente que evita la repetición de pruebas. Otras iniciativas en línea con el aumento del poder de resolución de la atención primaria incluyen la guía de extracción periférica, la realización de cirugía menor y de diversas pruebas diagnósticas en los centros de salud, la renovación y mejora de todo el equipamiento de los puntos de atención continuada, la compra de aparatos Doppler y cooxímetros y la instauración de varios programas de telemedicina²⁶. Asimismo, en determinados centros de salud rurales se ha puesto en funcionamiento la radiología digital, y se ha puesto a disposición de la atención primaria de las áreas periféricas dispositivos móviles para la realización de TAC y resonancias magnéticas.

Cataluña, en el contexto de modernización del Instituto Catalán de la Salud (ICS), está procediendo al arrendamiento global de una serie de equipos de electromedicina, equipos de diagnóstico, de laboratorio y mobiliario clínico para los hospitales y centros de atención primaria. La duración de los contratos es de 10 ejercicios (2006-2016), y una vez finalizado este período los equipos serán, o bien devueltos, o bien pasarán a ser propiedad del ICS a cambio de un pequeño importe. La operación financiera fijará un solo proveedor que se hará cargo del suministro, instalación y mantenimiento de los equipos durante el período de vigencia de la contratación. El arrendamiento permite imputar el gasto al capítulo II en lugar del capítulo VI, y no ofrece opción de revisión de los precios

²⁶ En las zonas rurales más periféricas se desarrolla en tres áreas concretas: tele-electrocardiografía, tele-dermatología y tele-oftalmología.

adjudicados. Al tratarse de un gasto corriente y no de una inversión, esta fórmula permite el uso del equipo sin hacer un desembolso inicial. El volumen económico de la operación es de 80 millones de euros (20 para atención primaria y 60 para atención hospitalaria).

En el ámbito de la atención primaria se ha conseguido un ahorro aproximado del 15% en el montante económico, en función de los precios de salida, además de tener garantizado un mantenimiento preventivo-correctivo de los equipos durante 8 o 10 años, sin que le suponga al ICS ningún cargo adicional. En el ámbito hospitalario se espera, debido a la complejidad de los equipos y al haber ajustado más los precios, un ahorro de entre el 5 y el 10%. Los problemas asociados al desarrollo de esta iniciativa están relacionados con la dificultad empresarial para entender el procedimiento y con la amplia variedad de equipos y/o elementos que han salido a licitación pública.

Con esta iniciativa se pretende que los profesionales del ICS tengan acceso a nuevas tecnologías que permitirán mejorar la capacidad de diagnóstico y tratamiento, también en el ámbito de la atención primaria. Asimismo, proporciona acceso a los profesionales a nuevos servicios y/o especialidades que completan el abanico de prestaciones que proporciona el ICS, evitando tener que encargar a otras entidades del sector privado la realización de pruebas con un alto coste económico. Se amplían particularmente las actuaciones posibles de los médicos de familia, evitando a los pacientes la necesidad de acudir a otros especialistas. Se produce pues un incremento de la capacidad resolutoria de la atención primaria que redundará en una mejor y más rápida atención al usuario.

La Comunidad Valenciana ha apostado por la integración de niveles asistenciales (primaria-especializada) puesta en marcha en 2005. Se prevé que la integración asistencial ejerza un papel fundamental en la racionalización del gasto, dado que la gestión de los procesos asistenciales garantizará la máxima coordinación de los recursos y la excelencia en la prestación de servicios, evitando duplicidades y repeticiones innecesarias de pruebas y exploraciones, con el consiguiente ahorro de costes. Para ello se han puesto en marcha diversos mecanismos, como la gerencia única o los Acuerdos de Gestión únicos por Departamento. Todos los Departamentos de Salud cuentan con una gerencia única, responsable tanto de la atención primaria como especializada. Los gerentes de los Departamentos dejan de gestionar recursos determinados y pasan a ocuparse de gestionar las necesidades asistenciales de una población determinada, lo

que debería contribuir a la eficacia global del sistema. Los gerentes pueden asignar los recursos entre el conjunto de proveedores y servicios en función de las prioridades de salud y de las demandas de la población, sea el proveedor de atención especializada o primaria, de asistencia sanitaria o promoción y prevención de la salud, o de investigación y docencia. A su vez, en los Acuerdos de Gestión únicos se establecen los objetivos globales del Departamento de Salud, sin diferenciar entre primaria o especializada.

Las dificultades para poner en marcha estas medidas están relacionadas con el cambio cultural que supone la integración de niveles: el especialista y el médico de primaria comparten historia clínica, el médico de primaria no deriva, sino que interconsulta al especialista, y el resultado de la actuación de cada uno de ellos repercute sobre el otro (dado que el acuerdo de gestión es único e incluye objetivos de primaria, de especializada y de ambos niveles simultáneamente).

En la Comunidad Valenciana también se ha implantado un plan de mejora de la accesibilidad de los pacientes al control del tratamiento anticoagulante oral (TAO), descentralizando este control en parte a los centros sanitarios próximos al domicilio del paciente, lo que evita la masificación de los centros hospitalarios, al permitir la atención directa en los centros de atención primaria de un 50 a un 70% de los pacientes en TAO. Este plan se puso en marcha en 2005, y se prevé que su implantación finalice en 2007. La dificultad más destacable en el desarrollo de esta iniciativa es el logro de la coordinación efectiva entre niveles asistenciales. Para tratar de resolverlos se han aprobado protocolos comunes a hematología y atención primaria, se han seleccionado los centros de atención primaria en función del cumplimiento de los requisitos del modelo y de la voluntad de participación de los profesionales, se han realizado actividades de formación en anticoagulación oral a los médicos de primaria y en el manejo del sistema analítico para el personal de enfermería, y se ha habilitado un sistema de información del control del TAO con una base de datos única. Del mismo modo esta Comunidad establece la figura de la Enfermera de Continuidad Domiciliaria en Hospital con objeto de mejorar la coordinación en este tipo de atención.

Galicia, a partir de mediados de 2006, ha comenzado a aumentar el acceso de la atención primaria a pruebas diagnósticas para el abordaje de las patologías más prevalentes. Así, el médico de atención primaria tendrá acceso a un catálogo de pruebas consensuado,

siguiendo criterios de calidad similares a los de la atención especializada. Tendrán preferencia las derivadas de los programas propuestos como objetivos estratégicos por la Consejería de Sanidad, y los procesos pactados dentro del protocolo de objetivos estratégicos de cada área.

La Comunidad de Madrid ha introducido entre los años 2006 y 2007 un nuevo catálogo de acceso de pruebas diagnósticas para atención primaria y ha incorporado la figura del especialista-consultor como experiencia piloto²⁷, con el objetivo de reducir el número de derivaciones a las consultas de atención especializada²⁸. Esta iniciativa se pone en marcha mediante compromisos en los respectivos contratos de gestión en atención primaria y especializada, al que se une un seguimiento periódico por parte de los equipos directivos.

La Región de Murcia, por su parte, concentra sus esfuerzos en mejorar la capacidad resolutoria de la Atención Primaria facilitando a los médicos de familia y a los pediatras de AP el acceso a las pruebas y exploraciones complementarias necesarias para garantizar una mejor calidad de la atención (autorizando que puedan solicitarlas directamente). Para ello se ha planificado una estrategia de implantación en base a un catálogo mínimo de pruebas ampliable en el tiempo, que se incluye en el contrato de gestión, y un catálogo ampliado negociable basado en objetivos de demora. En las gerencias únicas de área se extiende en 2006 a todas las exploraciones disponibles en el hospital o centro de especialidades de referencia²⁹.

También cabe citar la implantación en la Región de Murcia durante 2006 de la coagulometría capilar en atención primaria, que permite la punción capilar en lugar de la extracción y evita así desplazamientos de los pacientes hasta el hospital de referencia en los tratamientos de anticoagulación orales.

²⁷ La extensión de la figura del especialista consultor supondrá cambios en la organización de algunos servicios de especialidades médicas.

²⁸ El objetivo último, en realidad, es lograr el uso adecuado de la solicitud de pruebas diagnósticas, lo que también podría implicar un incremento de ciertos equipamientos.

²⁹ En el resto de gerencias se encuentran incluidas Rx, laboratorio, rx contraste, ecografía, ecocardiografía, eco-doppler, TAC craneal, endoscopia. En diferentes el catálogo está extendido a RNM, electromiografía o rx vascular intervencionista.

Por su parte, el País Vasco dispone de medios diagnósticos para incrementar la capacidad resolutoria de la APS, incluidos dentro de la cartera de servicios de los centros de salud³⁰. También ofrece acceso desde primaria a pruebas diagnósticas de segundo nivel, como la radiología, la ecografía abdominal, la endoscopia digestiva y, en algunos casos, prueba de esfuerzo y ecocardiograma. Asimismo se incluye en el ámbito de la telemedicina el retinógrafo en atención primaria (si bien sólo en algunas zonas).

II.2.8. Desarrollo de los sistemas de información.

Andalucía empezó a incorporar en el año 2000 un sistema integral de gestión de recursos humanos, empleado para el reclutamiento de profesionales, su selección definitiva y contratación, la gestión de turnos, la gestión del pago de nóminas, la gestión de la formación continuada y, en un futuro, la gestión de la carrera profesional. En términos cualitativos, el sistema ha permitido tener un conocimiento exhaustivo de todos los aspectos relacionados con la gestión de RRHH. En términos cuantitativos, el efecto más llamativo ha sido el de poder establecer un sistema de filtros para el control de gestión del gasto en capítulo I. La dificultad de su puesta en marcha está relacionada con la sustitución de los sistemas de información descentralizados que existían en cada uno de los centros por un sistema único centralizado, que ha chocado con las reticencias de los profesionales y directivos por perder el control de la información que ellos mismos gestionaban.

Otros sistemas desarrollados en Andalucía son la plataforma digital del Sistema Sanitario Público de Salud andaluz, “Diraya”, que supone la existencia de una historia de salud digital única con posibilidad de acceso independiente desde cualquier punto del sistema donde se produzca la atención sanitaria y posibilita igualmente el desarrollo de la receta electrónica (proyecto Receta XXI).

Aragón ha diseñado un plan de sistemas de información a desarrollar entre 2006 y 2010 que persigue múltiples objetivos: hacer efectivo el nuevo modelo organizativo clínico y de soporte a la producción asistencial; ofrecer instrumentos de gestión de la información

³⁰ Dentro de la cartera de pruebas diagnósticas de atención primaria se incluyen los tensiómetros, esfingomanómetros, fundoscopias, otoscopios, desfibriladores semiautomáticos, Holter de TA, espirómetros, pulsiosímetros, kit de pruebas alérgicas para pediatría, eco-doppler y TAO capilar.

acordes con la responsabilidad de cada actor del sistema (usuarios, clínicos y gestores); y automatizar la captura de los datos en origen y estandarizar la producción de información en destino. Se prevé que el nuevo sistema de información permita, entre otras cosas, la interconsulta con especialistas desde el lugar del ejercicio clínico, la disponibilidad de información económico-contable directamente ligada a la toma de decisiones clínicas, la asignación prospectiva de recursos o el redireccionamiento de los resultados asistenciales y la racionalización del gasto sanitario.

Asturias crea en 2002, y actualiza bienalmente, el Inventario de Equipamientos Electromédicos, que permite disponer de información objetiva sobre la introducción, difusión y distribución en la CA de aquella tecnología médica que requiere el uso de equipamientos. Este registro permite, además, conocer la antigüedad del equipamiento registrado, facilitando así la estimación de las inversiones futuras. Este mecanismo se ha utilizado como fuente de información para la planificación de la digitalización de imágenes, en la planificación de renovación de mamógrafos para el programa de cribado y en la incorporación de aceleradores lineales, entre otros.

Otro de los registros incorporado por el Servicio Asturiano de Salud es el Registro Hospitalario de Tumores, que contribuye a mejorar la planificación sanitaria permitiendo evaluar los aspectos organizativos del hospital y otros centros de decisión relacionados, y facilita asimismo la planificación de los recursos para la atención oncológica. Se espera que en 2007 estén funcionando los once registros de la red pública. La utilidad de estos registros se basa en la exhaustividad, completitud y calidad de los datos, si bien estas características no siempre están presentes en las historias clínicas, que constituyen la fuente de información principal.

Por otra parte, entre 2003 y 2006 se ha desarrollado el proyecto ASTURCON XXI, sistema de gestión económico-financiera del principado, que incluye una aplicación para la gestión de compras (logística y aprovisionamiento). Gracias a este sistema se conocen los precios de compra para cada uno de los centros de gasto, se utiliza un único catálogo de productos como eje de la centralización de compras, y se emplea un único sistema de información con parámetros homogéneos de análisis. Asimismo, permite obtener mayor información del gasto según su naturaleza, con diferentes grados de desglose y desagregado por centros tanto en atención primaria como especializada.

Baleares ha introducido a lo largo de 2006 un mecanismo de homogeneización e implantación de procedimientos electrónicos en el área de gestión de ingresos por asistencia sanitaria a terceros obligados al pago, con el fin de mejorar la facturación de la actividad y de mejorar la gestión del cobro. Esta medida ha supuesto un incremento de la facturación nacional del 9,92% interanual (1,5 millones de euros) y un incremento de la facturación internacional al INSS del 25% (cifrado también en 1,5 millones de euros).

Canarias aprueba en Septiembre de 2005 la orden por la que se regula el Sistema de Información Cantonera. Con este proyecto se pretende disponer de un sistema de contabilidad de costes en cada uno de los hospitales, gerencias de servicios sanitarios y gerencias de atención primaria, así como dotar al Servicio de Salud de un sistema que permita agregar la información, tanto económica como asistencial, y proporcione una visión integral de la organización y la posibilidad de análisis a distintos niveles, con la finalidad de evaluar la eficiencia en la utilización de los recursos. El desarrollo del sistema de información Cantonera permitirá asimismo la realización de cuadros de mando informatizados tanto en los centros sanitarios como en los servicios centrales. Por otra parte, Canarias ha optado por la adquisición e implantación de un sistema ERP (Enterprise Resource Planning) para la gestión económico-financiera del Servicio Canario de Salud, que permitirá una gestión integral de la información económica y asistencial orientado a una adecuada toma de decisiones para el gestor. El objetivo final es implantar un modelo de funcionamiento para las tareas de planificación, ejecución y seguimiento de la actividad económico-financiera pública que suponga una mejora en los procesos de asignación y gestión de los recursos económicos. Dicho sistema, que se implantará entre 2006 y 2010, está dotado con un total de 7,5 millones de euros.

Finalmente, Canarias ha implantado una Red de Facturación y Cobro con el fin de mejorar la facturación de los centros asistenciales del Servicio Canario de la Salud por la asistencia prestada a terceros. En particular, este sistema ayudará a registrar la totalidad de la facturación por asistencia sanitaria prestada a ciudadanos de la Unión Europea y de aquellos países con los que España mantiene acuerdos de atención sanitaria recíproca para aproximar la compensación a recibir por el Fondo de Cohesión Sanitaria a la facturación real.

Entre los avances producidos en Castilla-La Mancha en el ámbito de las nuevas tecnologías de la información se encuentra el Proyecto Turriano, cuyo objetivo es el de generar una historia clínica única y compartida para todo el territorio de la Comunidad, que se convierta una herramienta de gestión clínica para los profesionales y de gestión para los directivos del Servicio de Salud. En la actualidad el 90% de los sanitarios tiene acceso a este programa, y ello ha contribuido a mejorar la organización administrativa, a desburocratizar las consultas y a actualizar de forma continuada los programas de salud, además de evitar pruebas innecesarias potencialmente molestas (por ejemplo, pruebas de laboratorio). Se espera que el desarrollo de este proyecto contribuya a una mayor eficiencia en la prescripción, a facilitar la gestión de la actividad administrativa y clínica, y a controlar las terapias de anticoagulación oral, entre otras. Por otra parte, el pilotaje para la introducción de la receta electrónica en las farmacias de la región estaba previsto para finales de 2006, una vez establecido el sistema informático para la prescripción en todo el SESCOAM.

Castilla y León destaca su proyecto de Historia de Salud Electrónica Integral entre los avances producidos en sus sistemas de información. También señala la puesta en marcha de un sistema de información específico para listas de espera, actualmente en fase de desarrollo. Además, refiere el inicio de la implantación de un sistema de contabilidad analítica en todos los centros de gasto.

Cataluña, por su parte, señala como principal novedad en este ámbito la implantación de la receta electrónica, que se encuentra aún en pilotaje. Para favorecer la transición desde un modelo de receta física hacia otro electrónico se han llevado a cabo cursos de formación para los médicos y se han elaborado trípticos informativos para los usuarios.

El resto de las medidas referidas por Cataluña corresponden a su participación en proyectos de ámbito general del SNS, como el desarrollo e implantación del Sistema de Información del Fondo de Cohesión del SNS (que permitirá registrar la totalidad de flujos de pacientes entre CC.AA., autorizar y agilizar las derivaciones y justificar la actividad realizada a pacientes de otras Comunidades a fin de compensar el gasto); el sistema de información de listas de espera, que se espera cuente con los flujos de derivación entre CC.AA. y con información de patologías determinadas objeto de seguimiento; la adaptación de los sistemas de información de gasto farmacéutico, la puesta en marcha de

la base de datos de población protegida y la mejora de los registros del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).

La Comunidad Valenciana prevé la implantación de un único sistema de información integral clínico-asistencial para la atención especializada que incluye la gestión de pacientes y ayuda a los profesionales sanitarios (programa Orión-HIS –estaciones clínicas- y Orión-Farma –para la prescripción asistida y la gestión de la función farmacéutica hospitalaria-). Se espera que este sistema de información sirva de soporte y ayuda a los profesionales sanitarios en el ámbito de la asistencia especializada, que repercuta en la mejora de la atención al paciente y la gestión de la actividad asistencial y, con ello, permita optimizar la eficiencia del proceso asistencial en su conjunto, facilitando la continuidad de cuidados a partir de la integración operativa y clínica con otros niveles asistenciales. Entre las posibles dificultades para su puesta en marcha se citan el desequilibrio entre la necesaria homogeneización de los procedimientos y la conveniente capacidad de adaptación a ciertas variaciones en la gestión de cada centro, la necesidad de migrar la información acumulada desde hace más de una década en los antiguos sistemas de información hospitalarios y la integración de los distintos sistemas de información existentes.

Entre 2006 y 2007 se han generalizado en la Comunidad Valenciana los sistemas de información farmacéutica, que tienen por objeto reducir el trámite administrativo soportado por el usuario y el profesional y mejorar el control de los productos de visado, reduciendo asimismo el posible fraude. De nuevo las dificultades de implantación se deben al cambio de cultura exigido en médicos e inspectores médicos, adicional al cambio en los circuitos en la entrega de recetas donde se integran. El aspecto más problemático de esta iniciativa radica en la lenta incorporación de los facultativos de atención especializada, lo que le hace perder valor añadido al nuevo sistema.

Asimismo, se incluye entre las iniciativas de esta Comunidad la implantación de un sistema de información ambulatorio (Abucasis II). Como aspecto negativo se menciona la dependencia clínico-asistencial de las tecnologías de la información y el peligro que puede suponer la existencia esporádica de problemas técnicos.

El sistema de información poblacional también forma parte de las iniciativas llevadas a cabo por la Comunidad Valenciana en el ámbito de los sistemas de información. Este proyecto que se relaciona con otros en materia de recursos y en el campo asistencial ha supuesto mejoras en la eficacia y eficiencia del conjunto de sistemas de información, en el acceso y continuidad de la asistencia y en la gestión, avances que están llevándose a cabo con enorme esfuerzo, valorando la comunidad que se están obteniendo buenos resultados.

La Comunidad Valenciana cuenta asimismo con un proyecto que pretende incrementar el volumen y la calidad de la información sobre prestaciones sanitarias no financiadas por el sistema público (Proyecto COBRA). También está informatizando la gestión de las imágenes producidas en los hospitales de la comunidad y facilitando el acceso a las mismas, eliminando progresivamente la generación de placas radiológicas. Las dificultades asociadas a esta medida, además de técnicas, tienen su origen en la dificultad de asimilación y utilización real del nuevo sistema por parte de todos los profesionales implicados. Finalmente, esta Comunidad también ha implantado la cita por internet en atención ambulatoria, a pesar de que el porcentaje de citas concertadas por este medio es aún escaso, y ha informatizado los datos de los partes de incapacidad temporal, lo que se espera ahorre el coste de 40 auxiliares de gestión y libere de trabajos monótonos y repetitivos.

Extremadura, a través del proyecto JARA, quiere unificar los distintos sistemas de información, tratando de homogeneizar los procedimientos de trabajo y procurando la conexión del ámbito asistencial con el de gestión. A corto plazo se están produciendo problemas de adaptación que se confía en compensar en el medio plazo con mejoras de eficacia en la gestión, aunque la reciente implantación de los proyectos dificulta la realización de una evaluación exhaustiva.

La Rioja, por su parte, está elaborando un registro de prestaciones sanitarias, un registro de situaciones de incapacidad temporal y uno de derivaciones para dotarse así de un sistema de información robusto que permita gestionar tanto las derivaciones realizadas a pacientes (dentro y fuera de la provincia) como los gastos asociados a las mismas. Por otro lado, prevé automatizar el flujo de información a lo largo de todo el proceso de incapacidad temporal, centralizar los datos y optimizar su explotación.

La Rioja señala asimismo su proceso de adaptación al Plan Avanz@, con la correspondiente adaptación de los datos del nomenclátor farmacéutico procedente del MSC, el nuevo sistema de intercambio de datos de facturación de recetas y el proyecto de implantación de la historia clínica electrónica única. De nuevo la gestión del cambio se señala en este último caso como una dificultad a salvar. La implantación y mantenimiento de la tarjeta sanitaria individual también se encuentra entre las iniciativas destacadas por esta Comunidad.

Por último, la Comunidad de La Rioja implantará entre 2006 y 2010 una plataforma tecnológica común que centralice y consolide la información distribuida en los distintos sistemas y ubicaciones, que facilitará la actividad interna de los profesionales del Servicio Riojano de Salud.

La Comunidad de Madrid señala entre las iniciativas llevadas a cabo en materia de sistemas de información la implantación de la base de datos poblacional, el desarrollo del CMBD o la base de datos sobre listas de espera (proyectos incluidos en el marco de las necesidades globales del SNS). La implantación de la historia clínica electrónica también se percibe como un elemento prioritario de mejora de los sistemas de información, con importantes repercusiones para la mejora de los niveles de seguridad y calidad asistencial de la atención prestada a los pacientes. Se trata en todo caso de iniciativas que topan con diversas dificultades: la migración de la información desde los antiguos sistemas a los nuevos, la coordinación de los grupos de trabajo, la elevada dotación presupuestaria que requieren, la adaptación a las normas de seguridad y confidencialidad y la gestión del cambio entre los profesionales.

La Región de Murcia dispone de un Proyecto Corporativo Regional de Sistemas de Información Sanitarios cuyo objetivo es ofrecer un sistema informático y de información común a todos los dispositivos regionales, que incluye un sistema de atención especializada completo (desde gestión de pacientes a estación clínica), sistemas departamentales (radiodiagnóstico, laboratorio, farmacia, anatomía patológica, etc.), atención primaria, base de datos poblacional, historia clínica electrónica resumida y receta electrónica. Se trata de un proyecto que se complementa con otros de áreas no clínicas (logística y aprovisionamiento, contabilidad financiera, contabilidad analítica, sistemas de

gestión de recursos humanos y de listas de espera). Esta iniciativa responde a la consideración de que la homogeneidad y control de los sistemas de información es el elemento más importante para la adecuada dirección y toma de decisiones en una gran organización. El proyecto corporativo comenzó a implantarse en el año 2003 y se prevé su culminación para 2009. Su coste aproximado se eleva a 10 millones de euros por anualidad. En la actualidad se encuentran en funcionamiento en todos los hospitales públicos los sistemas de información corporativos de gestión y estación clínica, radiodiagnóstico, farmacia y anatomía patológica y el de atención primaria en todas las zonas básicas de salud.

El País Vasco dispone de una historia clínica informática unificada y de un sistema de clasificación de pacientes en atención primaria (Adjusted Clinical Groups -ACG's-) que permite comparaciones, predecir recursos y realizar ajustes. Este sistema ofrece la posibilidad de poder analizar las diferentes cargas de trabajo de los médicos en función de la morbilidad de sus pacientes, y de repartir en función de ello los recursos disponibles. Además, permite realizar comparaciones entre cupos y diferentes áreas, así como analizar y planificar la oferta de servicios.

II.2.9. Otras medidas de racionalización.

En este grupo se incluyen aquellas iniciativas de difícil clasificación en los ocho grupos anteriores, o bien aquéllas que, por tener un carácter más transversal, afectan a muchos de los aspectos ya tratados. También se reseñan otras acciones de mejora de los diferentes Servicios Regionales de Salud, que aunque no específicamente orientadas a racionalizar el gasto, van dirigidas a mejorar la calidad de la prestación sanitaria ofrecida a los ciudadanos.

Andalucía señala como iniciativa de racionalización del gasto la Estrategia de Alta Resolución en los Servicios Sanitarios iniciada en 2001, por la que se ha apostado fuertemente en el desarrollo de la atención especializada y hospitalaria. Las líneas de trabajo características de esta estrategia son: la consulta de acto único que resuelve un problema de salud en una única y primera visita; las unidades de hospitalización polivalente, con espacios integrados, en las que su estructura permite la continuidad y la gestión óptima de los procesos asistenciales; la Cirugía Mayor Ambulatoria, que conlleva

menor riesgo para el paciente, reduce estancias innecesarias y acorta las demoras; la Telemedicina, que da acceso a información inmediata a múltiples consultores, y la disponibilidad de alta tecnología digital y de la historia clínica electrónica. En el marco de esta estrategia, Andalucía está apoyando la transformación de algunos centros sanitarios obsoletos en nuevos centros de alta resolución de especialidades. Asimismo, fomenta la reorganización de los circuitos asistenciales en las empresas públicas hospitalarias, para impulsar así su adaptación a los modos de funcionamiento de los centros de alta resolución. Por otra parte, en el año 2005 se ha iniciado el funcionamiento de los dos primeros centros hospitalarios de alta resolución, y se espera la apertura sucesiva de otros 20 centros en los próximos años. También los denominados “hospitales de proximidad”, que acercarán los recursos a la población con más problemas de acceso, deberán adoptar el esquema de la alta resolución.

El desarrollo de esta iniciativa no está exento de dificultades. Entre ellos, destacan los problemas relacionados con la formación de los profesionales, la disponibilidad de facultativos, la adaptación de estructuras previas a un nuevo modelo funcional, la coordinación entre niveles asistenciales y el insuficiente desarrollo de sistemas de información integrados. Para tratar de paliar estos problemas se ha potenciado el trabajo por procesos asistenciales en los contratos programa, se han desarrollado los programas de acreditación de centros y unidades de gestión clínica, se han elaborado programas de certificación de los profesionales y se han firmado acuerdos de cooperación entre los centros con responsabilidad de asistencia compartida sobre una misma población. Los resultados de esta iniciativa se dejan ver en la evolución de distintos indicadores: así, por ejemplo, la demora media quirúrgica ha descendido en 26 días entre el año 2000 y el 2005, la estancia media ha pasado de 7,9 días a 7,5, y el número de intervenciones de cirugía mayor ambulatoria se ha multiplicado por 1,6.

Por el momento esta iniciativa se aplica en la totalidad de los centros de asistencia especializada del SAS. Los centros de primaria pueden incorporarse a medida que amplíen su cartera de servicios a pruebas diagnósticas que pueden solicitar sean realizadas en los centros de atención especializada. Actualmente se valora la posibilidad de aplicar esta estrategia en los centros hospitalarios concertados.

Aragón, en la misma línea, ha constituido en 2006 un Consorcio de Alta Resolución que permite ofertar servicios de atención especializada en territorios alejados de hospitales

generales, además de evitar un importante número de estancias inadecuadas que se producen en los hospitales en relación con procesos de baja complejidad o convalecencia. Está prevista la apertura de nuevos centros de alta resolución hasta finales del año 2008. Se espera que la puesta en marcha de estos centros disminuya un 15% las estancias inadecuadas, disminuya en 100.000 las derivaciones a hospitales generales, resuelva en menos de 24 horas 500.000 derivaciones realizadas desde atención primaria y que reduzca el gasto asociado. Los Ayuntamientos colaboran en el mantenimiento de los centros, a los que se aplican las tecnologías de información y telecomunicación y herramientas de telemedicina en los procedimientos de diagnóstico. Para los cuatro centros previstos se destinan 25 millones de euros en 4 anualidades en concepto de inversión, y 28 millones en concepto de gastos de explotación. Dichos centros proporcionarán consultas de alta resolución, cirugía mayor ambulatoria, internamiento para procesos de baja complejidad y convalecencia, servicios de rehabilitación, procedimientos de diagnóstico por imagen, y coordinarán e integrarán los dispositivos para la atención a urgencias y emergencias. Por el momento no se dispone de resultados que permitan evaluar el funcionamiento de esta experiencia.

Baleares es la Comunidad que remite mayor número de medidas de gestión y racionalización al margen de las categorías en las que se dividieron las propuestas derivadas del primer informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario. Entre ellas, la ampliación de la jornada de tarde en centros asistenciales. La mejora en el uso de los equipos de cirugía, así como el encaje dentro de la jornada de tarde de los Facultativos Especialistas de Área mayores de 55 años, ha supuesto un ahorro del 5% en el pago de trabajos extraordinarios o peonadas³¹. En el año 2005 se han conseguido ahorros por la disminución efectiva del 30% de las intervenciones fuera de jornada, todo ello sin pérdida de la calidad asistencial, obteniéndose una reducción de la lista de espera. La medida se basa en la voluntariedad por parte de los profesionales para adscribirse a los turnos de tarde, y en las necesidades de cada uno de los centros de la red sanitaria. Esta medida ha generado cierta conflictividad por la disminución de las expectativas sobre las retribuciones salariales, así como por la falta de profesionales cualificados en el ámbito insular. Por ello se ha suscrito un plan de ordenación de los

³¹ En total, 191.000 euros.

recursos humanos que prevé un análisis de las necesidades de profesionales y de los sistemas de motivación e incentivación de los mismos.

Otra de las iniciativas incorporadas por el Ib-Salud está relacionada con la reducción del absentismo laboral. Para ello se han incorporado nuevas medidas de prevención de riesgos laborales, y más concretamente en relación con las adoptadas en materia de bioseguridad, que han dado como resultado un descenso de un 11% de los accidentes biológicos. El ahorro total derivado de esta medida se cifra en 216.010 euros³².

Por otra parte, Baleares ha iniciado en 2005 un proyecto de integración de toda la imagen radiológica del Servicio de Salud en un único repositorio para facilitar el acceso unificado de cualquier imagen del paciente desde cualquier hospital y la mejora en la gestión de las derivaciones³³.

Finalmente, Baleares ha elaborado una guía sobre la prestación del transporte sanitario no urgente puesta en funcionamiento a finales de 2006 con el fin de racionalizar su uso, dando soporte normativo a los centros y a los facultativos en la toma de decisiones sobre la conveniencia en cada caso de la prescripción del transporte sanitario programado, y tratando de asegurar la coordinación entre los centros dependientes del Ib-salut y concertados. Esta guía de prescripción ha evitado la solicitud de unas 6 ambulancias-conductor/año, cuyo ahorro ha sido de 84.000 euros, siguiendo con el mismo personal e infraestructuras. Por otra parte, durante los años 2007 y 2008 está previsto racionalizar el gasto del transporte aéreo/marítimo para el traslado de pacientes inter-islas y a la Península por razón de asistencia sanitaria, mediante la revisión y actualización de los vínculos contractuales con las entidades gestoras de viajes y compañías de transporte aéreo y marítimo y la incorporación de recursos tecnológicos para la gestión administrativa.

Castilla-La Mancha refiere la atención integral a la población inmigrante como una iniciativa de racionalización del gasto a tener en cuenta. Se trata de una medida que

³² La incorporación de material de bioseguridad se ha realizado mediante resolución de un contrato marco para la selección de proveedores de dispositivos de punción de seguridad, que ha sido complementada con la formación necesaria a los trabajadores para la correcta utilización de dichos dispositivos.

³³ El coste total de esta iniciativa supera los 3,5 millones de euros.

contribuye a mejorar la equidad del sistema, vinculada con la racionalización del gasto sanitario en tanto en cuanto supone aplicar políticas de prevención y promoción de la salud a un porcentaje mayor de la población.

Castilla y León, por su parte, ha formado un grupo de trabajo que tiene por objeto analizar los ejercicios presupuestarios 2002 a 2006, y elevar a las consejerías de Sanidad y Hacienda propuestas de nuevas medidas de contención del gasto. En otro orden de cosas, una parte de los equipos de atención primaria y hospitales de la Comunidad trabajan con la metodología EFQM y la gestión por procesos, racionalizando así el gasto asociado a la no detección de ineficiencias.³⁴

Cataluña ha desarrollado de forma gradual, desde el año 2002, un sistema de asignación de recursos en base capítativa que pretende implantar un modelo integrado a partir de la coordinación de los proveedores del territorio, para garantizar así el continuo asistencial. De este modo se espera obtener un efecto sustitutivo entre las distintas líneas asistenciales, de manera que se produzca una adecuación de la asistencia al nivel más eficaz y eficiente. Las mayores dificultades para la implantación de este modelo se basaron en la tradicional falta de comunicación entre atención primaria y especializada. Para soslayarlas se establecieron espacios estables y formales de comunicación entre los distintos niveles y proveedores, y se establecieron por parte del Servicio Catalán de la Salud unos objetivos anuales evaluados periódicamente. Según la información remitida por la Comunidad, en los territorios en los que se ha aplicado el modelo se han observado mejoras significativas en la coordinación entre los distintos niveles asistenciales, así como entre los distintos proveedores de un mismo territorio. Por otra parte, se ha producido un efecto sustitutivo entre los distintos niveles asistenciales, que se ha traducido en un freno en el crecimiento de las urgencias hospitalarias, en la contención de la frecuentación y en el consumo farmacéutico y otras prestaciones, además de en una disminución del tiempo medio de espera para intervención quirúrgica.

Por otra parte, Cataluña ha comenzado a elaborar en 2006 un sistema de priorización de pacientes en lista de espera para técnicas de reproducción humana asistida. Con ello se

³⁴ Asimismo, ha puesto en práctica un programa de instalación de paneles solares en los hospitales, gracias al cual consiguen disminuir la factura eléctrica (alrededor de 130.000 euros en el último año, siendo la inversión estimada para desarrollar totalmente el programa de 4,5 millones de euros).

pretende incrementar la confianza de los pacientes hacia el sistema sanitario y obtener grados de claridad y transparencia mayores en la provisión de estos servicios. De este modo se obtendrá un instrumento que permitirá gestionar de forma objetiva y explícita las listas de espera, lo que permitirá reducir los tiempos de espera ajustados por necesidad. Los resultados del estudio, además, pueden ser una fuente de información de interés en la toma de decisiones sobre la dotación y distribución de recursos en este campo en España.

En 2005 se puso en marcha el Plan Estratégico de la Agencia Valenciana de Salud como repuesta a la necesidad de agrupar, ordenar y racionalizar todas las iniciativas de reforma, aportando una visión coherente que reforzara la consistencia entre todas ellas y potenciara sus sinergias. En su momento se estimó que la puesta en marcha del Plan lograría un incremento de la eficiencia que permitiría liberar aproximadamente el 2,25% del presupuesto de 2006, el 3,25% en 2007 y el 3,97% en 2008 para realizar nuevas o más actividades. No obstante, no se dispone de información sobre si estos porcentajes se han logrado en 2006 y 2007. Esta Comunidad refiere otras medidas como la financiación capítativa de los departamentos de salud, las concesiones administrativas de carácter sanitario, facturas sombra a los pacientes, facturación automática de la asistencia sanitaria a los ciudadanos de la UE, sistemas de información para la gestión logística (Orion-Logis) y para la gestión de conciertos, prótesis y facturación asociada, así como un programa de autoconcertación para la reducción de la lista de espera quirúrgica establecido en enero de 2006. Del mismo modo refiere el gran impulso dado al desarrollo de su sistema de información poblacional (SIP). Por parte de Extremadura se informa que dentro del Plan Marco de Atención Socio Sanitaria, se ha definido, en colaboración con la Consejería de Bienestar Social, un Plan de reorganización de recursos asistenciales destinados a pacientes crónicos en función del tipo de recursos que necesiten. También da cuenta de la existencia del Programa Regional de Cuidados Paliativos por el que se dispone de una estructura de equipos de soporte para la atención domiciliaria de pacientes en estado terminal

Por último Madrid, refiere un modelo de calidad para la autoevaluación de los centros sanitarios, basada en el modelo europeo EFQM.

II.3. ANEXOS

COMUNIDAD AUTÓNOMA:

COD NN	DENOMINACIÓN DE LA MEDIDA	INSTRUMENTO								SITUACIÓN TEMPORAL (fecha)				AMBITO DE APLICACION				COSTE ESTIMADO	OBJETIVOS		INDICADORES ASOCIADOS	
COD XXX	DENOMINACIÓN DE LAS ACCIONES CONTEMPLADAS	Acuerdo parlamentario	Normativa legal	Plan Comunitario o servicio	Programa de trabajo	Asociación	Comunidad	Otros	Prevista	Aprobada	Plazaje	En funcionamiento	Otra	Centros sanitarios	Gerencias o Unidades territoriales	Toda la Comunidad	Otra		Asistencial	Económico	Asistenciales	Económicos

1. Implantar criterios racionales en la gestión de compras.																						
1.1																						
1.1.1																						
1.1.2																						
1.1.3																						
1.1.4																						
...																						
1.2																						
1.2.1																						
1.2.2																						
1.2.3																						
...																						

2. Asegurar la calidad y el uso racional de los medicamentos																						
2.1																						
2.1.1																						
2.1.2																						
2.1.3																						
2.2																						
2.2.1																						
...																						
2.3...																						

3. Establecer mecanismos que promuevan la demanda responsable de los servicios sanitarios y estimulen estilos de vida saludables																						
3.1...																						

4. Acceso a la mejor evidencia científica disponible en relación con el uso racional de las tecnologías diagnósticas y terapéuticas.																						
4.1...																						

5. Consolidar los mecanismos de incentivos a los profesionales sanitarios que ya están desarrollando las CCAA.																						
5.1...																						

6. Reforzar el papel de las Agencias de Evaluación de Tecnologías.																						
6.1...																						

7. Aumentar los recursos y la capacidad de resolución de la atención primaria.																						
7.1																						

8. Desarrollar el Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud.																						
8.1...																						

9. Otras medidas dirigidas a la racionalización del gasto sanitario.																						
9.1...																						

1. Implantar criterios racionales en la gestión de compras

1.1 CENTRALIZACIÓN DE COMPRAS

CCAA	Medida	Instrumento	Situación Temporal	Ámbito de aplicación	Coste total asociado a la medida	Objetivo Asistencial	Objetivo Económico
Cantabria	Creación de una central de Compras	Plan Consejería o Servicio	Prevista	Totalidad del Servicio de Salud	720000		
Castilla y León	Central de compras para determinados productos de uso común			Gerencia regional			X
Cataluña	Central de compras y contrataciones y Centro de tramitación de facturas de proveedores de los centros propios del ICS	Plan ICS	En funcionamiento	Gerencias o áreas de salud	Sin coste de implantación. Afecta al presupuesto de bie. y servi. (621 mill. €)		X
Comunidad Valenciana	Central de Compras	Normativa legal	En funcionamiento	Servicio de Salud			Optimización de las compras, estandarización de productos y racionalización del gasto
Galicia	INTEGRACOM - Sistema de Compras Integradas del Sergas	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Servicio de Salud			Aumentar la eficiencia en compra: misma calidad y mejor precio. Incrementar la eficiencia interna: contratar más con los mismos recursos. Incrementar las compras por procedimientos con publicidad y libre concurrencia. No duplicar procesos de concurso.
Islas Baleares	La incorporación en un portal de compras de la información referida a la totalidad de procesos contractuales en el ámbito ib-salut	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Servicio de Salud			La incorporación en un portal de compras de la información referida a la totalidad de procesos contractuales en el ámbito ib-salut permite mejoras en la concurrencia y competencia entre proveedores,
La Rioja	Plataforma regional de Compras				4.117.531,51 €		
La Rioja	Plan centralizado de compras - SANILINE	Plan Consejería o Servicio	Aprobada	Servicio de Salud	508.505 €		X
Madrid	Creación Central de Compras. Primer Acuerdo Marco	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Centros sanitarios			X
Murcia	Implantar el Servicio de Compras Centralizadas en el Servicio Murciano de Salud	Plan Consejería o Servicio	Previsto	Servicio de Salud	150.000,00 €/año		X
País Vasco	Gestión de Compras Integradas	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Servicio de Salud			X
Principado de Asturias	Centralización de compras	Plan de Gobierno	En funcionamiento	Servicio de Salud			X

1. Implantar criterios racionales en la gestión de compras

1.2 GESTIÓN DE COMPRAS

CCAA	Medida	Instrumento	Situación Temporal	Ámbito de aplicación	Coste total asociado a la medida	Objetivo Asistencial	Objetivo Económico
Andalucía	Banco de productos	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento 2002	Totalidad del Servicio de Salud		X	X
Andalucía	Gestión electrónica de contrataciones	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento 2004	Totalidad del Servicio de Salud			X
Andalucía	Simplificación fórmulas jurídicas de contratación	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento 2000	Totalidad del Servicio de Salud			X
Andalucía	Concurso determinación tipo y precio medicamento	Concursos Públicos	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud			X
Aragón	Gestión de Compras	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Servicio de Salud			X
Canarias	Adquisición centralizada de determinados bienes y productos de naturaleza sanitaria	Normativa legal	En funcionamiento	Centros sanitarios		X	X
Cantabria	Gestión de compras unificada en Servicios Centrales	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud			
Cantabria	Compra de medicamentos centralizada del SCS: Vacuna de la gripe para población y profesionales	Campaña	Aprobada	Toda la Comunidad	676.928,00€ (2005)	X	X
Cantabria	Compra de medicamentos centralizada del SCS: N enteral y dietotéuticos para residencias	Plan Consejería o Servicio	Prevista	Otra			X
Cantabria	Compra de medicamentos centralizada del SCS: Suministro de medicamentos a residencias	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud	384.912,82€ (2005)	X	X
Cantabria	Gestión de compras de los Sº farmacia de A.P.: Dispensación hormona crecimiento centros de salud	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud	747.413,14€ (2005)	X	X
Cantabria	Gestión de compras de los Sº farmacia de A.P.: Botiquines de urgencia en centros de salud	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud	890.537,86€ (2005)	X	X
Cantabria	Gestión de compras de los Sº farmacia de A.P.: Racionalización dispensación material pacientes diabéticos	Campaña	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud			Reducción 7,5% costes
Castilla La Mancha	Ampliar el número de procedimientos de compra de corporativos	Otros	Prevista	Gerencias o áreas de salud	33 Millones de euros/año	Mejora calidad/seguridad productos y su uso/consumo racional	Ahorros 3,5 Millones de euros/año

1. Implantar criterios racionales en la gestión de compras

1.2 GESTIÓN DE COMPRAS

CCAA	Medida	Instrumento	Situación Temporal	Ámbito de aplicación	Coste total asociado a la medida	Objetivo Asistencial	Objetivo Económico
Castilla y León	Potenciación de la compra centralizada de equipos de alta tecnología			Gerencia regional			X
Extremadura	Concursos centralizados de adquisición de alta tecnología						
Extremadura	Concurso centralizado de Medicamentos						X
Extremadura	Otros contratos centralizados						
Galicia	Oficina Virtual del Proveedor	Plan Consejería o Servicio	Piloteaje	Servicio de Salud			Aumento de la transparencia en la gestión Empleo más eficiente de los recursos humanos de servicios de contabilidad y aprovisionamiento
Islas Baleares	Adopción de medidas de mejora de la gestión logística: almacenaje y distribución, tendentes a la adecuación de procesos y a la optimización de stocks.	Plan Consejería o Servicio	Piloteaje	Servicio de Salud			X
La Rioja	Implantación de un sistema de información de gestión sanitaria (más hardware y licencias) - DEISTER	Plan Consejería o Servicio	Aprobada	Servicio de Salud	336.648,68 €		X
La Rioja	Equipamiento para la logística integral del Hospital San Pedro - WORNEDAN	Plan Consejería o Servicio	Aprobada	Centros sanitarios	3.272.377,83 €	X	X
Madrid	Sistema integrado de información sobre compras hospitalarias	Intranet	En funcionamiento	Centros sanitarios			X

1. Implantar criterios racionales en la gestión de compras.

1.3 CATÁLOGOS

CCAA	Medida	Instrumento	Situación Temporal	Ámbito de aplicación	Coste total asociado a la medida	Objetivo Asistencial	Objetivo Económico
Aragón	Edición Catálogo	Plan Consejo o Servicio	En funcionamiento desde 2000	Totalidad del Servicio de Salud		X	X
Cataluña	Catálogo único de artículos	Otros	En funcionamiento	Servicio de Salud			X
Castilla	Unificación de catálogos	Plan Consejo o Servicio	Periódica	Totalidad del Servicio de Salud	100000		
Extremadura	Catálogo único centralizado de artículos						
Islas Baleares	Catálogos unificados de productos y servicios.	Plan Consejo o Servicio	Periódica	Servicio de Salud			X
Islas Baleares	Homogeneización de las condiciones con proveedores derivadas a los diferentes centros de salud o que permita la homogeneización de las condiciones, así como aprovechamientos de escala con especial incidencia en los centros de menor volumen	Plan Consejo o Servicio	En funcionamiento	Servicio de Salud			X
Murcia	Catálogo único de artículos	Plan Consejo o Servicio	Periódica	Servicio de Salud	800.000,00 en un año		X

2. Asegurar la calidad y el uso racional de los medicamentos

2.1 MEDIDAS GENÉRICAS

CCAA	Medida	Instrumento	Situación Temporal	Ámbito de aplicación	Coste total asociado a la medida	Objetivo Asistencial	Objetivo Económico
Aragón	Uso Racional del Medicamento	Plan Consejería o Servicio y Acuerdo agentes sociales	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud	5.000.000/año	X	X
Cantabria	Ley de garantía de los tiempos máximos de respuesta	Acuerdo parlamentario	Aprobada	Totalidad del Servicio de Salud		X	
Galicia	Programa de formación continuada en el uso racional del medicamento	Plan de Gobierno	En funcionamiento	Gerencias o áreas de salud		Potenciar la calidad de prescripción: modificar los perfiles de prescripción tras las acciones formativas	
Castilla la Mancha	Plan Integral para la mejora de la Calidad de la Prestación Farmacéutica	Plan de Consejería y del Servicio de Salud	En funcionamiento	Toda la Comunidad Autónoma			
Castilla y León	Sistema de información CONCYLIA, base de datos de medicamentos						
Comunidad Valenciana	Creación de Comisiones de Intercambio Terapéutico en los Departamentos de Salud	Normativa legal	En funcionamiento (en la mitad de la red)	Gerencias o áreas de salud		Mejorar la eficiencia de la prescripción	Lograr un uso más eficiente de los recursos y un consumo más
Comunidad Valenciana	Regulación visita de delegados de laboratorios a Instituciones Sanitarias	Normativa legal	En pilotaje	Toda la Comunidad Autónoma		Regular la actividad asistencial, mejorar la calidad/eficacia de los servicios y el entorno	Incremento de rendimientos y, con ello, racionalización de la dedicación de recursos humanos y el gasto derivado.
La Rioja	Plan del uso racional del medicamento en La Rioja	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		X	X
Madrid	Plan estratégico de política farmacéutica de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid	Plan Consejería	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		X	X
Madrid	Objetivos de farmacia en los contratos de gestión de atención primaria y especializada	Plan consejería/ Contrato Gestión	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		X	X
Madrid	Implementar objetivos de farmacia a través de Servicios de Farmacia de Atención Primaria y Servicios de Farmacia de Hospital					X	X
Madrid	Objetivos de farmacovigilancia activa	Contrato Gestión	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		X	X
Madrid	Portal de uso seguro de medicamentos	Intranet	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		X	X
Madrid	Red de Alertas de medicamentos y productos sanitarios	Intranet	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		X	X
Murcia	Campañas Informativas dirigidas a la población	Campaña	En funcionamiento	Toda la Comunidad	100.000,00 € en un año	X	X
País Vasco	Uso racional de medicamentos exigencia TIS	Normativa legal	Aprobada	Toda la Comunidad		X	
Principado de Asturias	Estrategia de uso racional del medicamento y control de gasto						

2. Asegurar la calidad y el uso racional de los medicamentos

2.2 GESTIÓN DE RECETAS

CCAA	Medida	Instrumento	Situación Temporal	Ámbito de aplicación	Coste total asociado a la medida	Objetivo Asistencial	Objetivo Económico
Andalucía	Receta electrónica	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		X	X
Canarias	Digitalización de recetas farmacéuticas	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		X	X
Cantabria	Visado on line de recetas en centros de salud	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		X	X
Cantabria	Monitorizar usuarios hiperconsumidores (+30 rec/mes)	Normativa. Plan Consejería o Servicio	Prevista	Totalidad del Servicio de Salud		X	X
Cataluña	Implantar la receta electrónica	Acuerdo Parlamentario	Pilotaje	Centros sanitarios		X	
Castilla la Mancha	Prescripción Informatizada	Servicio de Salud	En funcionamiento (95% de implantación)	Totalidad del Servicio de Salud			
Castilla la Mancha	Receta electrónica	Servicio de Salud	En desarrollo y pilotaje	Dos Áreas Sanitarias	6 millones de €		
Castilla la Mancha	Explotación de la imagen digital de las recetas	Servicio de Salud	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud	30.000 €/año		
Castilla la Mancha	Explotación de la facturación de recetas (programa Digitals)	Servicio de Salud	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud	50.000 €/año		
Castilla la Mancha	Visado electrónico de recetas	Servicio de Salud	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud y 1.100 farmacias			
Castilla la Mancha	Revisión informatizada de la prescripción/Facturación	Servicio de Salud	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud			
Castilla y León	Desarrollo de la prescripción informatizada						
Castilla y León	Control de la calidad de la facturación y de la distribución de talonarios						
Castilla y León	Seguimiento y evaluación del consumo farmacéutico						

2. Asegurar la calidad y el uso racional de los medicamentos

2.2 GESTIÓN DE RECETAS

CCAA	Medida	Instrumento	Situación Temporal	Ámbito de aplicación	Coste total asociado a la medida	Objetivo Asistencial	Objetivo Económico
Comunidad Valenciana	Toma de datos de la tarjeta sanitaria (SIP) en la Oficina de Farmacia		En funcionamiento	Toda la Comunidad		Conocimiento individualizado del consumo farmacéutico de la población, de su estado de salud; mejora de la calidad y seguridad de los tratamientos; realización de estudios epidemiológicos; etc.	Conocimiento individualizado del gasto farmacéutico de la población; análisis, control y racionalización del mismo.
Extremadura	Implantación receta electrónica		Pilotaje 2006 Funcionamiento 2007	Totalidad del Servicio de Salud			
Galicia	Prescripción electrónica	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		Mejorar la calidad asistencial Mejorar la continuidad asistencial	Mejora en la eficiencia del gasto farmacéutico; sostenibilidad del sistema
Galicia	Receta electrónica	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		Mejorar la calidad asistencial Mejorar la continuidad asistencial	Mejora en la eficiencia del gasto farmacéutico; sostenibilidad del sistema
Madrid	Prescripción electrónica en atención primaria y especializada	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud			
Madrid	Receta electrónica	Plan Consejería o Servicio	En desarrollo	Totalidad del Servicio de Salud			
Madrid	Archivo digital de recetas	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud			
Murcia	Programa de Gestión de recetas (Proyecto FACETA)	Plan de Gobierno	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud	(Incluido en el plan director de Sistemas)	X	
Murcia	Informatización de todos los Centros de Salud	Plan de Gobierno	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud	(Incluido en el plan director de Sistemas- Pto 8)	X	
País Vasco	Proyecto receta electrónica	Plan de Gobierno	Pilotaje	Toda la Comunidad		X	X

2. Asegurar la calidad y el uso racional de los medicamentos

2.3 ORIENTACIÓN EN LA PRESCRIPCIÓN

CCAA	Medida	Instrumento	Situación Temporal	Ámbito de aplicación	Coste total asociado a la medida	Objetivo Asistencial	Objetivo Económico
Andalucía	Prescripción por principio activo	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud	X	X	
Andalucía	Comisión seguimiento patología crecimiento y utilización terapéutica Hormona Crecimiento	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud	X		
Canarias	Fomento de la prescripción por principio activo y sus precios máximos autonómicos	Acuerdo agentes sociales	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	X
Cantabria	Guía farmacoterapéutica en omi	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento			X	X
Cantabria	Elaboración de la guía ft para residencias	Plan Consejería o Servicio	Prevista			X	X
Cantabria	Difusión de la guía ft para el área de salud	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento		14047,72	X	X
Cantabria	Regulación de la visita médica en el ssc	Normativa. Plan Consejería o Servicio	Prevista	Totalidad del Servicio de Salud			
Cantabria	Análisis crítico de la publicidad promocional	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		X	X
Cantabria	Monitorizar la innovación terapéutica sin aportación	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		X	X
Cantabria	Módulo de prescripción informatizada por p. Activo	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Géneros o áreas de salud		X	X
Cantabria	Homogeneización de criterios de uso de material de curas por úlceras de presión	Campaña	En funcionamiento	Toda la Comunidad		Reducción de la prevalencia de las úlceras por presión	Reducción del gasto del 2%
Cantabria	Racionalización de la petición de pruebas diagnósticas por parte de los profesionales de la atención primaria	Campaña	Pilotaje	Toda la Comunidad		Reducción derivaciones en 20% de los procesos señalados	
Castilla y León	Responsabilizar a facultativos en el gasto que generan						
Castilla y León	Actuaciones formativas a los facultativos						
Castilla y León	Medidas informativas sobre financiación, autorización, genéricos...						

2. Asegurar la calidad y el uso racional de los medicamentos

2.3 ORIENTACIÓN EN LA PRESCRIPCIÓN

CCAA	Medida	Instrumento	Situación Temporal	Ámbito de aplicación	Coste total asociado a la medida	Objetivo Asistencial	Objetivo Económico
Castilla la Mancha	Prescripción de los medicamentos más eficientes	Plan Integral	En funcionamiento	Toda la Comunidad			
Castilla la Mancha	Adecuación de la prescripción a la Guía Farmacoterapéutica del Sessam	Plan Integral	En funcionamiento	Toda la Comunidad			
Castilla la Mancha	Prescripción por principio activo	Plan Integral	En funcionamiento	Toda la Comunidad			
Castilla la Mancha	Elaboración y difusión de los perfiles de prescripción	Plan Integral	En funcionamiento	Toda la Comunidad			
Castilla la Mancha	Plan de incentiación por cumplimiento de objetivos de calidad en la prescripción	Plan Integral	En funcionamiento	Toda la Comunidad	3 millones €/año		
Castilla la Mancha	Integración de una base de datos farmacológica en el módulo de prescripción	Plan Integral	En funcionamiento	Toda la Comunidad	60.000 €/año		
Castilla la Mancha	Integración de la detección automatizada de interacciones entre medicamentos en el módulo de prescripción	Plan Integral	En funcionamiento	Toda la Comunidad	60.000 €/año		
Castilla la Mancha	Integración de las fichas técnicas de los medicamentos en el módulo de prescripción	Plan Integral	En funcionamiento	Toda la Comunidad			
Castilla la Mancha	Elaboración y difusión de Boletines y Hojas de evaluación de nuevos medicamentos	Plan Integral	En funcionamiento	Toda la Comunidad	30.000 €/año		
Cataluña	Elaborar estudios de coste-efectividad	Normativa legal	En funcionamiento	Toda la Comunidad			X
Cataluña	Asignación presupuestaria (GMA) e incentivos	Acuerdo agentes sociales	En funcionamiento	Centros sanitarios Toda la Comunidad			X
Cataluña	Potenciar prescr. de genéricos y sist. precios de refcia.	Acuerdo agentes sociales	En funcionamiento	Toda la Comunidad			X
Cataluña	Optimizar los programas de crónicos	Normativa legal	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	
Comunidad Valenciana	Elaboración y distribución de perfiles farmacoterapéuticos de prescriptores y pacientes	Programa específico	En funcionamiento	Centros sanitarios		Mejorar la calidad de la prescripción	Lograr un uso más eficiente de los recursos y un consumo más racional
Comunidad Valenciana	Convenio con los Colegios Oficiales de Farmacéuticos para la prescripción por principio activo	Convenio	Prevista	Totalidad del Servicio de Salud		Mantener la calidad de la prestación	Reducir el gasto farmacéutico
Comunidad Valenciana	Plan de mejora de accesibilidad al control del Tratamiento Anticoagulante Oral	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		Mayor accesibilidad de los usuarios e integración entre niveles asistenciales	Gestión de recursos humanos y de centros asistenciales más eficiente y racional

2.3 ORIENTACIÓN EN LA PRESCRIPCIÓN

CCAA	Medida	Instrumento	Situación Temporal	Ámbito de aplicación	Coste total asociado a la medida	Objetivo Asistencial	Objetivo Económico
Extremadura	Programa de orientación a la prescripción farmacéutica: Prescripción por principio activo						
Galicia	Mejora en la calidad de la evaluación y seguimiento de la utilización de medicamentos en la red gallega de atención sanitaria	Plan Consejería o Servicio	Prevista	Totalidad del Servicio de Salud		Apoyo a la elaboración de la propuesta de presupuestos destinados a la cobertura farmacoterapéutica de los usuarios del SERGAS	Nº de EUM
Galicia	Programa de fomento de la calidad de prescripción	Plan Consejería o Servicio	Propuesta	Gerencias o áreas de salud		Apoyo a la gestión económica conectándola con la actividad clínica	% de adecuación a los Indicadores de calidad de prescripción definidos en los contratos programa (genéricos, nuevos principios activos, patologías de mayor prevalencia)
Galicia	Elaboración de la guía farmacoterapéutica del Servicio Gallego de Salud	Plan Consejería o Servicio	Prevista	Gerencias o áreas de salud			% de adherencia a la GFT de las prescripciones
Galicia	Formación sistemática en los temas con nuevas guías de buen uso de productos sanitarios: Apositos, absorbentes y tiras de glucemia.	Plan Consejería o Servicio	Prevista	Gerencias o áreas de salud		Racionalización del gasto	
Galicia	Mejora en las bases de datos de medicamentos de los sistemas de información (NOMENCLATOR)	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Gerencias o áreas de salud		Mejora de la eficiencia en procesos de prescripción-dispensación Mejor utilización de los recursos farmacoterapéuticos	% de cobertura en los aplicativos de Atención Primaria y Especializada
Islas Baleares	Programa para la adecuación de la prescripción al alta y en consulta	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		X	X
La Rioja	Pacto de indicadores de calidad de la prescripción	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		X	X
La Rioja	Envío de los perfiles de prescripción a cada médico referenciados a dichos indicadores	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		X	X
La Rioja	Elaboración y divulgación de información técnica independiente	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		X	
La Rioja	Campaña farmacovigilancia						

2. Asegurar la calidad y el uso racional de los medicamentos

2.3 ORIENTACIÓN EN LA PRESCRIPCIÓN

CCAA	Medida	Instrumento	Situación Temporal	Ámbito de aplicación	Coste total asociado a la medida	Objetivo Asistencial	Objetivo Económico
Madrid	Guía Farmacoterapéutica de la Comunidad de Madrid	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		X	X
Madrid	Documentos de recomendaciones en la utilización de medicamentos en salud mental	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		X	X
Madrid	Plan director para la mejora de antimicrobianos en la Comunidad de Madrid	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		X	X
Madrid	Plan integral para el control de las úlceras cutáneas	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		X	X
Madrid	Desarrollo de un sistema de apoyo a la prescripción	Plan Consejería o Servicio	En desarrollo	Totalidad del Servicio de Salud		X	X
Madrid	Fichas de Control de Publicidad de Medicamentos	Intranet	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		X	X
Madrid	Boletín de efectividad de medicamentos en neonatología	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		X	X
Murcia	Asegurar la calidad de la prescripción de medicamentos						
Murcia	Elaboración de la Guía Farmacoterapéutica Regional	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad	5.000 euros anuales	X	
Murcia	Creación del Centro de Información y Evaluación de Medicamentos y Productos Sanitarios	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud	280.000 euros anuales	X	
Murcia	Potenciación de la prescripción de Especialidades Genéricas	Plan de Gobierno	En funcionamiento	Toda la Comunidad	15.000 euros anuales	X	X
País Vasco	Mejora en la prescripción	Plan de Gobierno	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		X	X

2. Asegurar la calidad y el uso racional de los medicamentos

2.4 ATENCIÓN FARMACEUTICA Y DISPENSACIÓN

CCAA	Medida	Instrumento	Situación Temporal	Ámbito de aplicación	Coste total asociado a la medida	Objetivo Asistencial	Objetivo Económico
Andalucía	Guía de incorporación de nuevos fármacos	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud			
Cataluña	Mejorar la prest. farmac. en Residencias Geriátricas	Normativa legal	Prevista	Centros sanitarios Toda CCAA		X	
Castilla la Mancha	Implantación del suministro desde farmacia hospitalaria de los tratamientos para la fecundación in vitro	Servicio de Salud	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud			
Castilla la Mancha	Acuerdo para el suministro por las oficinas de farmacia de medicamentos a pacientes institucionalizados en residencias de tercera edad	Servicio de Salud	En fase de implantación	Totalidad del Servicio de Salud			
Castilla la Mancha	Informización centralizada de los servicios de farmacia hospitalarios	Servicio de Salud	En fase de implantación	Totalidad del Servicio de Salud	900.000 €		
Castilla la Mancha	Ampliación en 20 nuevas plazas de farmacéuticos de Atención Primaria	Servicio de Salud	En funcionamiento	Todos la Gerencias de Atención Primaria	600.000 €/año		
Castilla la Mancha	Ampliación en 5 nuevas plazas de farmacéuticos de Hospital para suministro a Residencias sociosanitarias de capitales de provincia	Servicio de Salud	En funcionamiento	Todos la Gerencias de Atención Primaria	180.000 €/año		
Castilla y León	Incorporación de farmacéuticos especialistas en residencias dependientes de la gerencia regional de servicios Sociales						
Galicia	Coordinación del Proyecto de Integración de compras de medicamentos y productos sanitarios en los hospitales de la red del Sergas	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Centros sanitarios			Racionalización del gasto sanitario
Galicia	Optimización del sistema de compra y dispensación de los productos sanitarios: apósitos, absorbentes y tiras reactivas	Plan Consejería o Servicio	Prevista	Gerencias o áreas de salud		Mejora de la calidad en los servicios sanitarios Uso racional de productos sanitarios	Racionalización del gasto
Galicia	Ampliación y mejora de la prestación y atención farmacéutica en centros de asistencia social	Normativa legal y Plan Consejería o Servicio	Prevista Propuesta	Gerencias o áreas de salud		Mejora de la calidad asistencial. Mejora de la calidad de los servicios sanitarios utilización segura y eficiente de los recursos farmacoterapéuticos	Racionalización del gasto sanitario

2. Asegurar la calidad y el uso racional de los medicamentos

2.4 ATENCIÓN FARMACEUTICA Y DISPENSACIÓN

CCAA	Medida	Instrumento	Situación Temporal	Ámbito de aplicación	Coste total asociado a la medida	Objetivo Asistencial	Objetivo Económico
Galicia	Nuevo sistema de informatización en los servicios de Farmacia Hospitalaria	Plan Consejería o Servicio	Pilotaje	Centros sanitarios		Mejora de los sistemas de información de medicamentos. Mejora de la continuidad asistencial Uso racional del medicamento	
Galicia	Ampliación atención farmacéutica comunitaria: nuevas oficinas de farmacia	Normativa legal	En trámites administrativos	Toda la Comunidad		Mejora de la continuidad asistencial Mejora de la confortabilidad del sistema	
Galicia	Creación de los servicios farmacéuticos de atención primaria	Normativa legal y Plan Consejería o Servicio	Prevista	Gerencias o áreas de salud		Mejora de la calidad de los servicios sanitarios Mejora de la continuidad asistencial Uso racional del medicamento	Racionalización del gasto sanitario
Galicia	Redefinición de actividades en la atención farmacéutica en las áreas de atención primaria	Plan Consejería o Servicio	Prevista Elaborada propuesta	Gerencias o áreas de salud		Mejora de la continuidad asistencial Mejora de la calidad de los servicios sanitarios	Racionalización del gasto farmacéutico
Galicia	Nuevo cuadro de mandos de la prestación farmacéutica especializada	Plan Consejería o Servicio	Prevista	Centros sanitarios		Mejora de los sistemas de información farmacéutica	Racionalización del gasto sanitario
Islas Baleares	Desarrollo de criterios para: la utilización de medicamentos de alto coste hospitalario, la selección de medicamentos, la creación de indicadores de prescripción, autorización específica de determinados tratamientos.	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		X	X
Islas Baleares	Dispensación de hormona de crecimiento, citostáticos orales y gonadotrofinas en los servicios de farmacia.	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		X	X
Islas Baleares	Adquisición directa de medicamentos en centros sociosanitarios.	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		X	X

2. Asegurar la calidad y el uso racional de los medicamentos

2.4 ATENCIÓN FARMACÉUTICA Y DISPENSACIÓN

CCAA	Medida	Instrumento	Situación Temporal	Ámbito de aplicación	Coste total asociado a la medida	Objeto Asistencial	Objeto Económico
Madrid	Programa de atención al mayor polimedcado	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud			
Madrid	Programa de atención a personas con salud	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud			
Madrid	Red de farmacias sentinela	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud			
Madrid	Protocolo de dispensación activa en residencias de mayores	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud			
Madrid	Dispensación activa 100% niños de farmacia	Concurso	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud			
Madrid	Programa de dispensación activa a pacientes externos a través de servicios de farmacia de hospital	Normativa	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud			
Murcia	Establecimiento de la Atención Farmacéutica Sociosanitaria	Plan Consejería o Servicio	Piloteaje	Totalidad del Servicio de Salud	120.000,00 en un año	X	X
Murcia	Dispensación individualizada de medicamentos	Normativa legal	Piloteaje	Toda la Comunidad	60.000,00 en un año	X	
Murcia	Programa de Gestión de Farmacia Hospitalaria (SELENE)	Plan de Gobierno	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud	(incluido en el plan director de Sistemas)	X	

3. Establecer mecanismos que promuevan la demanda responsable de los servicios sanitarios y estimulen estilos de vida saludables

3.1 DEMANDA RESPONSABLE

CCAA	Medida	Instrumento	Situación Temporal	Ámbito de aplicación	Coste total asociado a la medida	Objetivo Asistencial	Objetivo Económico
Andalucía	Planes integrales	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad			
Cantabria	Visado on line de recetas en centros de salud	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		X	X
Cantabria	Monitorizar usuarios hiperconsumidores ($+30$ rec/mes)	Plan Consejería o Servicio	Prevista	Totalidad del Servicio de Salud		X	X
Cataluña	Desarrollar un sistema de asignación de recursos en base capitiati	Normativa legal	Pilotaje En funcionamiento	Centros sanitarios Unidades territoriales		X	
Castilla la Mancha	Centralización Transporte Sanitario	SITRAP	Completamente Operati	Toda la Comunidad			
Castilla la Mancha	Derivación Selectiva desde AP a Optometristas	Convenio	Completamente Operati	Toda la Comunidad		X	
Castilla y León	Edición de guías tanto para pacientes como para profesionales a fin de evitar consultas innecesarias						
Islas Baleares	Elaboración de guías de prescripción de transporte sanitario.		En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud			
Islas Baleares	Racionalización de traslados de pacientes inter-islas y con la penin		Pilotaje	Totalidad del Servicio de Salud			
Islas Baleares	Racionalización de la actividad concertada.		Pilotaje	Totalidad del Servicio de Salud			
País Vasco	Guías de Atención Primaria	Campaña	Aprobada	Toda la Comunidad		X	
País Vasco	Cartera de Servicios de Atenc. Primaria	Campaña	En funcionamiento	Gerencias o áreas de salud		X	

3. Establecer mecanismos que promuevan la demanda responsable de los servicios sanitarios y estimulen estilos de vida saludables

3.2 ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

CCAA	Medida	Instrumento	Situación Temporal	Ámbito de aplicación	Coste total asociado a la medida	Objetivo Asistencial	Objetivo Económico
Andalucía	Plan de promoción de la actividad física y alimentación equilibrada	Plan Consejería o Servicio.Campaña	En funcionamiento	Toda la Comunidad	348.000 € en 2005	X	
Andalucía	Plan Integral del Tabaquismo	Normativa legal. Campaña	En funcionamiento	Toda la Comunidad			
Canarias	Proyecto Delta de Educación Nutricional	Campaña	En funcionamiento	Toda la Comunidad			
Cantabria	Plan de fomento de la lactancia materna	Plan de la Consejería	2005-2007	Hospitales y Centros de AP		X	
Cataluña	Medidas de reforma de la salud pública	Normativa legal	Aprobado	Toda la Comunidad	Pendiente concreción del despliegue de la Agencia de Protección de la Salud	X	
Castilla la Mancha	Nuevo desarrollo y mejora del programa de despistaje, captación del fumador y deshabituación tabaquica.	Plan del SESCOAM	En funcionamiento			X	
Castilla y León	Programas de prevención del tabaquismo, guías de riesgos cardiovasculares			Toda la Comunidad		X	
Comunidad Valenciana	Control de las actividades sanitarias de los servicios de prevención de riesgos laborales	Normativa legal	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	
Comunidad Valenciana	Programa de Seguimiento del embarazo	Normativa legal	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	
Comunidad Valenciana	Programa de detección precoz de la hipoacusia	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	
Comunidad Valenciana	Programa de promoción de lactancia materna	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	
Comunidad Valenciana	Programa de detección precoz de hipotiroidismo congénito y fenilcetonuria	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	
Comunidad Valenciana	Programa de supervisión de la salud infantil	Normativa legal	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	
Comunidad Valenciana	Programa de salud bucodental	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	
Comunidad Valenciana	Programa de salud de la mujer mayor de 40 años	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	
Comunidad Valenciana	Plan de prevención y control de la osteoporosis	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	
Comunidad Valenciana	Programa de Prevención de cáncer de cérvix.	Normativa legal .Plan Consejería	Pilotaje. En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	

3. Establecer mecanismos que promuevan la demanda responsable de los servicios sanitarios y estimulen estilos de vida saludables

3.2 ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

CCAA	Medida	Instrumento	Situación Temporal	Ámbito de aplicación	Coste total asociado a la medida	Objetivo Asistencial	Objetivo Económico
Comunidad Valenciana	Programa de prevención de cáncer colorrectal.	Normativa legal. Plan Consejería	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	
Comunidad Valenciana	Programa de Consejo Genético.	Normativa legal. Plan Consejería	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	
Comunidad Valenciana	Programa de prevención de cáncer de mama.	Normativa legal. Plan Consejería	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	
Comunidad Valenciana	Plan de Prevención de las enfermedades cardiovasculares	Plan de Gobierno	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	X
Comunidad Valenciana	Programa de promoción de salud y prevención de los trastornos de la conducta alimentaria	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	X
Comunidad Valenciana	Programa de promoción de la actividad física	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	X
Comunidad Valenciana	Programa de salud sexual y reproductiva	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	X
Comunidad Valenciana	P. Prevención de accidentes de tráfico y sus secuelas.	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	X
Comunidad Valenciana	Programa de prevención y control del tabaquismo	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	X
Comunidad Valenciana	Vigilancia sanitario-laboral del amianto en la comunidad valenciana	Normativa legal	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	X
Comunidad Valenciana	Vigilancia sanitaria de plaguicidas y biocidas	Normativa legal	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	X
Comunidad Valenciana	Empresas generadoras de salud	Normativa legal	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	X
Comunidad Valenciana	Programa sanitario de prevención del riesgo químico	Normativa legal	En funcionamiento. Pilotaje	Toda la Comunidad		X	X
Comunidad Valenciana	Prevención sanitaria del riesgo biológico de origen laboral	Normativa legal	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	X
Comunidad Valenciana	Sistemas de información en salud laboral	Normativa legal	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	X
Extremadura	Programa " El ejercicio te cuida"						
Extremadura	Programa de deshabitación tabáquica						
Galicia	Cofinanciación de programas locales de fomento de estilos de vida saludables	Plan Consejería o Servicio	Aprobada	Unidades territoriales	1.100.000	Mejorar servicios locales de promoción de salud	

3. Establecer mecanismos que promuevan la demanda responsable de los servicios sanitarios y estimulen estilos de vida saludables

3.2 ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

CCAA	Medida	Instrumento	Situación Temporal	Ámbito de aplicación	Coste total asociado a la medida	Objetivo Asistencial	Objetivo Económico
La Rioja	Programa de promoción de hábitos de vida saludables. Promoción de una alimentación equilibrada y actividad física	Plan Consejería o Servicio	Aprobada	Toda la Comunidad	221.790,21 €	X	
La Rioja	Programa de prevención del consumo de drogas de diseño, cocaína	Plan Consejería o Servicio	Pilotaje	Otra	22.284,00 €	X	
La Rioja	Programa de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis	Plan Consejería o Servicio	Pilotaje	Otra	35.756,11 €	X	
La Rioja	Programa de prevención de embarazos no deseados	Plan Consejería o Servicio	Pilotaje	Otra	31.689,27 €	X	
La Rioja	Programa de Desarrollo Personal y Social a través del cine .	Plan Consejería o Servicio	Pilotaje	Otra	31.200,00 €	X	
Madrid	Plan Regional de Prevención y Control del Tabaquismo en la Comunidad	Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad	2.200.000,00 €	Reducir en la población de la CM la mortalidad y morbilidad causadas por el consumo de los productos del tabaco	
Madrid	Programa de Promoción y Educación en Alimentación y Nutrición	Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad	350.000,00 €	Mejorar la dieta de los madrileños, sus hábitos alimentarios y su estado nutricional	
Madrid	Plan de Prevención y Control del Riesgo Cardiovascular en la Comunidad	Consejería o Servicio	En trámite de aprobación	Toda la Comunidad	6.133.581,00 €	Reducir la incidencia de eventos clínicos cardiovasculares primeros o recurrentes (prevención primaria y secundaria) mortales o no mortales	
Madrid	Creación y puesta en marcha del Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios	Consejería o Servicio	Aprobada su creación por Ley 4/2006, de 22 de diciembre, de Medidas Fiscales y Administrativas, y próxima puesta en funcionamiento	Toda la Comunidad	995.000,00 €	Fomentar hábitos alimentarios saludables y prevenir trastornos alimentarios mediante la formación, la investigación y la evaluación	

3. Establecer mecanismos que promuevan la demanda responsable de los servicios sanitarios y estimulen estilos de vida saludables

3.2 ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

CCAA	Medida	Instrumento	Situación Temporal	Ámbito de aplicación	Coste total asociado a la medida	Objetivo Asistencial	Objetivo Económico
Madrid	Programa Regional de Prevención y Control del Asma en la Comunidad de Madrid	Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad	75.000,00 €	Mejorar la prevención y control del asma en la Comunidad de Madrid	
Madrid	Plan de Prevención de Drogas	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad	Pre cuantificación	X	
Murcia	Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad	100.000 euros anual	X	
Murcia	Plan de Prevención de Drogas	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad	481.339 euros anual	X	
Murcia	Programa de Información y Educación Sanitaria sobre SIDA	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad	189.413 euros anual	X	
Murcia	Programa de Prevención del Tabaquismo	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad	451.824 euros anual	X	
Murcia	Intervenciones en medios de comunicación para la prevención de la Diabetes Mellitus Tipo II	Campaña	En funcionamiento	Toda la Comunidad	211.000 euros anual	X	
Murcia	Programa de Prevención del Cáncer de Mama	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Otra	408.000 euros anual	X	
Murcia	Programa de Prevención del Cáncer de Colon y Recto	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Otra	150.000 euros anual	X	
País Vasco	Promoción de Actividad Física	Campaña	Aprobada	Toda la Comunidad		X	

4. Acceso a la mejor evidencia científica disponible en relación con el uso racional de las tecnologías diagnósticas y terapéuticas.

4.1 USO DE LAS TECNOLOGÍAS

CCAA	Medida	Instrumento	Situación Temporal	Ámbito de aplicación	Coste total asociado a la medida	Objetivo Asistencial	Objetivo Económico
Aragón	Uso Racional de la Tecnología	Plan Consejería o Servicio y Acuerdo agentes sociales	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud	14.000.000		
Andalucía	Elaboración edición y difusión de indicaciones de PET	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud			
Andalucía	Elaboración edición y difusión de indicaciones de TAC y RNM	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		X	X
Andalucía	Indicaciones para la implantación del Decreto de Garantía de Prueba	Normativa legal	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		X	X
Andalucía	Guía de adquisición de nuevas tecnologías (GANT)	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		X	X
Castilla la Mancha	Nuevas tecnologías Dotación equipamiento e infraestructuras						
Castilla y León	Elaboración de numerosas guías y protocolos clínicos						
Cataluña	Cursos virtuales a distancia en evaluación de servicios sanitarios y habilidades informacionales	Plan de Gobierno	Prevista	Totalidad del Servicio de Salud	75.000 €	Práctica clínica	
Comunidad Valenciana	Unidades hospitalarias domiciliarias	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		Mejorar la calidad de la atención al paciente, evitando estancias en el hospital y acercando a su domicilio la prestación de los servicios sanitarios. Mejorar la organización y gestión asistencial mediante la actuación coordinada entre niveles	Aumentar la eficiencia del sistema y racionalizar el gasto sanitario, evitando ingresos en los hospitales y acortando la estancia en los mismos
Comunidad Valenciana	Enfermería de continuidad domiciliaria en el hospital	Plan Consejería o Servicio	Pilotaje	Gerencias o áreas de salud		Garantizar la continuidad informativa y asistencial de los pacientes que requieren atención domiciliaria en un Departamento de Salud. Actuación coordinada y planes compartidos entre los distintos niveles.	Maximizar el aprovechamiento de los recursos disponibles entre los distintos niveles asistenciales, repercutiendo en una asistencia más eficaz y eficiente, y una racionalización del consumo de recursos y del gasto sanitario.
Comunidad Valenciana	Prevención de úlceras por presión (UPP)	Plan Consejería o Servicio	Pilotaje	Gerencias o áreas de salud		Descenso en la prevalencia y producción de UPP y heridas crónicas, gestión integral del proceso de UPP y heridas crónicas	Gestión más eficiente, racionalización del gasto, reducción de la carga de trabajo de los profesionales.

4. Acceso a la mejor evidencia científica disponible en relación con el uso racional de las tecnologías diagnósticas y terapéuticas.

4.1 USO DE LAS TECNOLOGÍAS

CCAA	Medida	Instrumento	Situación Temporal	Ámbito de aplicación	Coste total asociado a la medida	Objetivo Asistencial	Objetivo Económico
Galicia	Plan de dotación de alta tecnología del SERGAS	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		Dotar de equipamiento a los centros del SERGAS con criterios de igualdad y eficacia	Conseguir una mejor eficiencia en la compra de alta tecnología
Islas Baleares	Desarrollo de la telemedicina entre centros asistenciales y entre islas.		Piloteo	Gerencias o áreas de salud		X	X
Madrid	Incorporación de información clínica en la base de datos de farmadri	Plan Consejería o Servicio	En desarrollo	Totalidad del Servicio de Salud			
Madrid	Desarrollo de un sistema de apoyo a la prescripción	Plan Consejería o Servicio	En desarrollo	Totalidad del Servicio de Salud			
Madrid	Monitorización y registro de resultados de farmacos en los laboratorios de hemodinámica	Plan Consejería o Servicio		Centros sanitarios			
Murcia	Desarrollo de la Guía para la Adquisición de Nuevas Tecnologías	Plan de Consejería	Prevista	Totalidad del Servicio de Salud	40.000 euros/1 anualidad	X	X
Principado Asturias	S-Ilesa		En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		X	X

4. Acceso a la mejor evidencia científica disponible en relación con el uso racional de las tecnologías diagnósticas y terapéuticas.

4.2 ACCESO A LA EVIDENCIA CIENTÍFICA

CCAA	Medida	Instrumento	Situación Temporal	Ámbito de aplicación	Coste total asociado a la medida	Objetivo Asistencial	Objetivo Económico
Cantabria	Herramienta electrónica-consulta farmacoterapéutica	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		X	X
Cantabria	Buscador de evidencia científica sobre medicamentos	Plan Consejería o Servicio	Prevista	Totalidad del Servicio de Salud		X	X
Cantabria	Guía de práctica clínica. Hipertensión arterial	Otros (especificar)	Aprobada	Totalidad del Servicio de Salud		X	X
Cantabria	Guía de práctica clínica.Cáncer colorrectal	Otros (especificar)	Prevista	Totalidad del Servicio de Salud		X	X
Cantabria	Guía de práctica clínica.Cardiotapia isquémica	Otros (especificar)	Prevista	Totalidad del Servicio de Salud		X	
Cantabria	Guía de práctica clínica.Diabetes mellitus	Otros (especificar)	Prevista	Totalidad del Servicio de Salud		X	
Cantabria	Guía de práctica clínica.Formación y desarrollo de equipos para la gestión de procesos en el scs	Otros (especificar)	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		X	
Cantabria	Guía de práctica clínica.Mejora de la gestión de listas de espera	Otros (especificar)	Pilotaje	Totalidad del Servicio de Salud		X	
Castilla y León	Acceso informático gratuito a paquetes informáticos sobre evidencia						
Comunidad Valenciana	Incorporación informática de la Guía Farmacoterapéutica la SEMFYC	Acuerdo agentes sociales	Aprobada	Toda la Comunidad	20.880,00	Facilitar la prescripción a los profesionales; Informarles puntualmente de las novedades farmacoterapéuticas.	Agilizar el proceso de selección y facilitar el conocimiento y la selección de los tratamientos más coste-efectivos.
Comunidad Valenciana	Acceso generalizado a la mejor evidencia clínica	Otros (especificar)	Pilotaje	Totalidad del Servicio de Salud		Mejores resultados sanitarios	Evitar actuaciones inadecuadas que supongan un uso ineficiente de los recursos
Madrid	Aula virtual para la formación on-line	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud			
Madrid	desarrollo guías práctica clínica	Plan Consejería o Servicio		Centros sanitarios			
Madrid	Plan de formación continua en farmacoterapia	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud			
Madrid	desarrollo guías práctica clínica	Plan Consejería o Servicio		Centros sanitarios			

4. Acceso a la mejor evidencia científica disponible en relación con el uso racional de las tecnologías diagnósticas y terapéuticas.

4.2 ACCESO A LA EVIDENCIA CIENTÍFICA

CCAA	Medida	Instrumento	Situación Temporal	Ámbito de aplicación	Coste total asociado a la medida	Objetivo Asistencial	Objetivo Económico
Murcia	Diseño y ejecución de los proyectos sobre Evaluación de Tecnologías Sanitarias surgidos en el marco de colaboración institucional entre la Consejería de Sanidad y la Facultad de Económicas de la Universidad de Murcia	Plan de Gobierno	Privada	Totalidad del Servicio de Salud	50.000 € anuales	X	
Murcia	Creación de Centro para Investigación y el Desarrollo de la Evidencia Clínica de la Región de Murcia.	Plan de Consejería	Plótaje	Totalidad del Servicio de Salud	180.000 € anuales	X	
Murcia	Implementación y evaluación de una red de Unidades Clínicas de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) en el sistema Murciano de Salud.	Plan de Consejería	Plótaje	Centros sanitarios y Gerencias de salud	120.000 € anuales	X	
Murcia	Formación y difusión de metodologías y habilidades para el acceso, lectura crítica y aplicación de la evidencia a la práctica clínica.	Plan de Consejería	Privada	Centros sanitarios y Gerencias de salud	40.000 € anuales	X	X
País Vasco	Difusión de Metodologías	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Centros sanitarios Gerencias o áreas de salud			
País Vasco	Medicina Basada en la Evidencia	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Centros sanitarios Gerencias o áreas de salud			

5. Consolidar los mecanismos de incentivos a los profesionales sanitarios que ya están desarrollando las CC.AA.

CCAA	Medida	Instrumento	Situación Temporal	Ámbito de aplicación	Coste total asociado a la medida	Objetivo Asistencial	Objetivo Económico
Andalucía	Complemento al rendimiento profesional	Plan Consejería o Servicio Normativa legal	En funcionamiento	Toda la Comunidad			
Andalucía	Formación innovadora e incentivadora de los profesionales	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	X
Andalucía	Sistema integral de gestión de recursos humanos	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud			
Cantabria	Carrera profesional	Acuerdo agentes sociales	Prevista	Totalidad del Servicio de Salud	12000000	Mejora cumpl. Objetivos	
Cantabria	Desarrollo profesional	Acuerdo agentes sociales	Prevista	Totalidad del Servicio de Salud	3.000.000 €	Mejora cumpl. Objetivos	
Cantabria	Productividad variable	Acuerdo agentes sociales	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud	6500000	Mejora cumpl. Objetivos	
Cantabria	Becas ifimav. Años sabáticos	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Centros sanitarios	150.000 €	Mejora factor impacto	
Castilla la Mancha	Productividad variable						
Castilla la Mancha	Incremento retributivo para el personal de enfermería de atención primaria vinculado a la Tarjeta Individual Sanitaria	Acuerdo agentes sociales y Normativa	En funcionamiento	Centros Sanitarios de Atención Primaria	1,8		
Castilla la Mancha	Homologación Retributiva del personal de enfermería de atención especializada y atención primaria del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha	Acuerdo agentes sociales y Normativa	En funcionamiento	Centros sanitarios de Atención Especializada	3,9		
Castilla la Mancha	Creación de las categorías de Personal de Equipo de Atención Continuada en Atención Primaria	Acuerdo agentes sociales y Normativa	En funcionamiento	Centros Sanitarios de Atención Primaria	7,7		
Castilla la Mancha	Homologación Retributiva de las categorías pertenecientes a los grupos A y B no sanitarios y grupos C, D y E a la media del Sistema Nacional de Salud	Acuerdo agentes sociales y Normativa	En funcionamiento	Gerencias de Atención Sanitaria	2,2		
Castilla la Mancha	Incremento retributivo de la Atención Continuada	Acuerdo agentes sociales y Normativa	En funcionamiento	Gerencias de Atención Sanitaria	8,6		
Castilla la Mancha	Carrera profesional	Acuerdo agentes sociales y Normativa	En estudio	Gerencias de Atención Sanitaria			
Castilla y León	Carrera profesional						
Castilla y León	Aprobación Estatuto jurídico del personal estatutario						
Castilla y León	Productividad variable por cumplimiento de objetivos						

5. Consolidar los mecanismos de incentivos a los profesionales sanitarios que ya están desarrollando las CC.AA.

CCAA	Medida	Instrumento	Situación Temporal	Ámbito de aplicación	Coste total asociado a la medida	Objetivo Asistencial	Objetivo Económico
Cataluña	Retribución variable por complemento de objetivos del personal facultativo de atención primaria de los centros del ICS	Acuerdo agentes sociales	En funcionamiento	Centros sanitarios	14,5 millones de euros	X	X
Cataluña	Retribución variable por complemento de objetivos del personal facultativo de atención hospitalaria de los centros del ICS	Acuerdo agentes sociales	En funcionamiento	Centros sanitarios	10,5 millones de euros	X	X
Cataluña	Incentivos a profesionales de la red útil pública concertada	Acuerdo agentes sociales	En funcionamiento	Centros sanitarios	En evaluación	X	X
Comunidad Valenciana	Diferenciación retributiva y carrera profesional	Normativa legal	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		Mejorar la satisfacción de los profesionales responsables de la	Disponer de un sistema de incentivos para la mejora en la eficiencia y el rendimiento de los
Extremadura	Carrera profesional		En funcionamiento				
Extremadura	Estructura de incentivos específica ligada a el control de IT		Piloto				
Galicia	Carrera profesional licenciados sanitarios	Normativa legal	En funcionamiento	Centros sanitarios	32.287.360	X	
Galicia	Carrera profesional diplomados sanitarios	Acuerdo agentes sociales	Aprobada	Centros sanitarios	40.471.548	X	
Galicia	Desenvolvimiento Ley Ordenación Profesionales Sanitarias	Normativa legal	Prevista	Centros sanitarios	sen valorar	X	
Islas Baleares	Plan de incentivos corporativos del Servei balear de Salut	Contratos gestion entre Servicio y gerencias AP	Puesta en marcha 2006	Gerencias y equipos de AP		X	X
Madrid	Sistema de incentivar a los profesionales del sistema sanitario	Acuerdo agentes sociales	En funcionamiento	Centros sanitarios Gerencias o áreas de salud	en estudio	X	X
Madrid	Carrera profesional	Normativa legal Acuerdo agentes sociales	Pilotaje	Centros sanitarios Gerencias o áreas de salud	en estudio	X	

5. Consolidar los mecanismos de incentivos a los profesionales sanitarios que ya están desarrollando las CCAA

CCAA	Medida	Instrumento	Situación Temporal	Forma de aplicación	Carácter vinculado a la medida	Objeto de medida	Objeto de incentivo
Murcia	Salario profesional personal autónomo, de enfermería y resto profesionales sanitarios o que B	Normativa esp. For. Consejo de cuenta profesionales	Salario fijo	Tratamiento especial	especial	X	
Murcia	Formación profesional (Cursos A y B) sanitarios y no sanitarios (C, D) E	Normativa esp. For. Consejo de cuenta profesionales	Salario fijo	Tratamiento especial	especial	X	
Murcia	Productividad variable	For. Consejo de cuenta profesionales	Variable	Tratamiento especial	especial del sistema de gestión sanitaria	X	X
País Vasco	Salarios de gestión única	For. Consejo de cuenta profesionales	Salario fijo	Tratamiento especial	especial	X	X
País Vasco	Desarrollo profesional	Normativa esp. For. Consejo de cuenta profesionales	Salario fijo	Tratamiento especial	especial	X	

6. Reforzar el papel de las Agencias de Evaluación de Tecnologías.

CCAA	Medida	Instrumento	Situación Temporal	Ámbito de aplicación	Coste total asociado a la medida	Objetivo Asistencial	Objetivo Económico
Andalucía	Observatorio de tecnologías emergentes	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad	90.000€ en 2006		
Andalucía	Impulso y desarrollo de la cultura evaluativa entre profesionales	Plan Consejería o Servicio	Pilotaje	Toda la Comunidad			
Andalucía	Línea directa de atención al ciudadano	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad			
Canarias	Procedimiento de Incorporación de Tecnologías Sanitarias (PITS) en el Servicio Canario de la Salud	Plan Consejería o Servicio	Prevista	Gerencias o áreas de salud		X	X
Cataluña	Cribados de cáncer en el SNS. Estado de situación y actualización de la evidencia científica	Plan de Gobierno Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad	233.200 €	Situación real	
Cataluña	Indicadores y estándares de proceso y resultado oncológico	Plan de Gobierno Plan Consejería o Servicio	Prevista Pilotaje	Toda la Comunidad	328.900 €	Benchmarking	
Cataluña	Cribado prenatal de cromosopatías fetales más frecuentes	Plan de Gobierno Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad	189.118 €	Situación y evidencia	
Cataluña	Registro piloto de implantes protéticos articulares	Plan de Gobierno Plan Consejería o Servicio	Pilotaje	Toda la Comunidad	312.783 €	Efectividad	
Cataluña	Elaboración de Guías de Práctica Clínica	Plan de Gobierno Plan Consejería o Servicio	Prevista	Totalidad del Servicio de Salud	359.040 €	Evidencia y efectividad	
Cataluña	Sistema de priorización de pacientes en lista de espera para RHS	Plan de Gobierno Plan Consejería o Servicio	Prevista	Toda la Comunidad	165.000 €	Priorización	
Cataluña	Análisis utilización PET/TC en oncología	Plan de Gobierno Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad	70.959 €	Manejo terapéutico	
Cataluña	Efectividad prostatectomía radical, braquiterapia y radioterapia conformacional externa	Plan de Gobierno Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Centros sanitarios	149.550 €	Evidencia y efectividad	
Cataluña	Evaluación de la diversificación de la provisión de servicios de atención primaria	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad	286.957 €	X	X
Cataluña	Estimación incidencia de incontinencia urinaria asociada al embarazo y parto	Plan Consejería o Servicio	Prevista	Toda la Comunidad	107.130 €	Historia natural	
Cataluña	Telerehabilitación en pacientes con gran discapacidad adquirida neurológica	Plan Consejería o Servicio	Prevista Pilotaje	Centros sanitarios Toda la Comunidad	267.300 €	Efectividad y eficiencia	
Cataluña	Rehabilitación integral pacientes con gran discapacidad neurológica (lesión medular y daño cerebral traumático)	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad	212.300 €	Efectividad y eficiencia	

6. Reforzar el papel de las Agencias de Evaluación de Tecnologías.

CCAA	Medida	Instrumento	Situación Temporal	Ámbito de aplicación	Coste total asociado a la medida	Objetivo Asistencial	Objetivo Económico
Cataluña	Evaluación de la competencia clínica: comparación de dos instrumentos (ECOPE vs. portafolio)	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad	167.200 €	Competencia clínica y profesional	
Cataluña	Impacto económico y organizativo de la aplicación del marco de Bolonia y las nuevas especialidad de enfermería en el Sistema de Salud	Plan Consejería o Servicio	Prevista	Toda la Comunidad	122.435 €	Escenarios de impacto en el perfil profesional	
Comunidad Valenciana	Grupo de Innovación y Mejora (GIM): urgencias extrahospitalarias	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Urgencias extrahospitalarias		Evaluación y desarrollo de mejoras y nuevas actuaciones, a propuesta de los propios profesionales, en un marco de mejora de la eficacia y eficiencia asistencial	Economías de escala y ahorro de costes a partir de la unificación del material y la adecuación de la medicación consumida en las distintas unidades
Galicia	Modificación de la orden de incorporación de nuevas tecnologías	Normativa legal	Prevista	Totalidad del Servicio de Salud		Necesidad de conocer precozmente las nuevas tecnologías susceptibles de ser incorporadas al sistema Sanitario Necesidad de adecuar normativamente la incorporación de nuevas tecnologías	Disponer de recomendaciones e indicadores para la toma de decisiones basados en la evidencia científica
Galicia	Programa de detección de tecnologías sanitarias nuevas y emergentes (DETECTA-T)	Programa	Prevista	Totalidad del Servicio de Salud	64.000,00		
Galicia	Elaboración de Informes de evaluación	Estudios	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud			
Madrid	Desarrollo e implementación de una guía de adquisición tecnología sanitaria	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Centros sanitarios			
Murcia	Creación del Observatorio Regional en la Unidad Evaluación de Tecnologías Sanitarias.	Plan de Gobierno	Prevista	Totalidad del Servicio de Salud	40.000 € /anuales	X	
Murcia	Apoyo estructural para la realización de revisiones sistemáticas en relación con la evaluación de tecnologías priorizadas en el ámbito de la Región de Murcia.	Plan de Gobierno	Prevista	Totalidad del Servicio de Salud	80.000 €/ anuales	X	X
Murcia	Unidad de Economía de la salud. Como observatorio permanente para la evaluación de la contribución del sistema al bienestar social y evaluación de la eficiencia interna	Plan de Gobierno	Prevista	Totalidad del Servicio de Salud	140.000 euros/añual	X	X
País Vasco	Desarrollo de Informes de Evaluación	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Centros sanitarios			
Principado Asturias	Informes breves		En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		X	X

7. Aumentar los recursos y la capacidad de resolución de la atención primaria.

7.1 AUMENTAR LOS RECURSOS EN AP

CCAA	Medida	Instrumento	Situación Temporal	Ámbito de aplicación	Coste total asociado a la medida	Objetivo Asistencial	Objetivo Económico
Aragón	Desarrollo de la Atención Primaria	Plan Consejería o Servicio Acuerdo agentes sociales	Aprobada	Totalidad del Servicio de Salud		X	X
Canarias	Plan Estratégico de Atención Primaria	Plan Consejería o Servicio	Aprobada	Gerencias o áreas de salud		X	
Castilla la Mancha	Incremento recurso humanos	Plan de Gobierno	funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud			
Castilla la Mancha	Creación de figura del PEAC (personal estatutario de atención continuada)	Plan del servicio	funcionamiento	AP			
Castilla la Mancha	Dotación estandarizado de centros con sus planes de montaje	Plan del servicio	funcionamiento	AP			
Castilla la Mancha	Dotación de nuevas infraestructuras (Centros de Salud y Consultorios Locales)	Plan del Gobierno	funcionamiento	AP			
Castilla la Mancha	Carrera Profesional	Plan del Gobierno y Servicio	funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud			
Castilla y León	Incremento de recursos humanos						
Castilla y León	Implantación de la figura de médico y enfermero de área						
Castilla y León	Segunda fase de informatización de los centros de AP						
Cataluña	Arrendamiento de equipos sanitarios para centros de atención primaria del ICS y hospitales	Plan ICS	Aprobada / En funcionamiento	Aten. Hospitalaria / Aten. Primaria	20 millones de euros en A. Prima. y 60 millones de euros en A. Hospital. (en 10 años)		X
Cataluña	Plan de Choque de la atención primaria en el ámbito de la red asistencial concertada	Plan de Gobierno	En funcionamiento	Centros sanitarios	10,2 millones de euros (2004, 2005, 2006)	X	X
Cataluña	Plan de Choque de la atención primaria en el ámbito del ICS	Plan de Gobierno	En funcionamiento	Centros sanitarios	11.434.000 € (coste de la anualidad)	X	
Extremadura	Red electrónica de datos , acceso a consultas de pruebas analíticas, radiológicas..			Totalidad del Servicio de Salud			
Extremadura	Creación de plazas para optimiar el ratio TIS/ profesional						
La Rioja	Arrendamiento del soporte extremo a extremo de puestos de trabajo informatizados e interconexiónados del Servicio Riojano de Salud	Plan Consejería o Servicio	Pilotaje	Totalidad del Servicio de Salud	1.900.000,00 €	X	
La Rioja	Implantación, soporte y mantenimiento Selene	Plan Consejería o Servicio		Totalidad del Servicio de Salud	1.479.798,38 €		X
Madrid	Incremento de Recursos Humanos	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		Aumentar capacidad de resolución en A.P. Adecuada calidad de atención	
Murcia	Mejora condiciones trabajo - reducción ratios TSI/profesional	Plan de Gobierno, Plan Consejería o Servicio Acuerdo agentes sociales	En funcionamiento	Centros sanitarios	8.830.000,00 en 2006 14.592.000,00 € en 2007	calidad asistencial - caacidad resolutive	

7. Aumentar los recursos y la capacidad de resolución de la atención primaria.

7.2 AUMENTAR LA CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN

CCAA	Medida	Instrumento	Situación Temporal	Ámbito de aplicación	Coste total asociado a la medida	Objetivo Asistencial	Objetivo Económico
Andalucía	Promoción de los procedimientos diagnósticos en Atención Primaria	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud			
Andalucía	Descentralización del control y seguimiento de los pacientes con tratamiento anticoagulante oral (TAO)	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad		Mejorar accesibilidad	Disminuir costes
Andalucía	Plan de Racionalización de Inteconsultas	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		X	X
Andalucía	Acceso desde AP a pruebas diagnósticas hospitalarias	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	X
Canarias	Proyecto de Detección Precoz y Seguimiento de la Retinopatía Diabética	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Gerencias o áreas de salud		X	
Canarias	Proyecto de Ecografía en Atención Primaria	Plan Consejería o Servicio	Prevista	Unidades territoriales			
Canarias	Paciente con Pluripatología	Plan Consejería o Servicio	Pilotaje	Unidades territoriales Centros sanitarios			
Cantabria	Control descentralizado de la terapia anticoagulante oral	Campaña	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud	21.000 €	65% Descentralizado	
Cantabria	Integración de la atención temprana en la cartera de servicios de primaria	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		2 x 1000 de 0-3 años	
Cantabria	Salud para las mujeres 2004-2007	Plan de Gobierno	En funcionamiento	Toda la Comunidad	1.575.480 €		
Castilla y León	Mejora de la información compartida Atención Primaria-Especializada						
Castilla y León	Radiología digital en determinados centros de salud rurales						
Castilla y León	Telemedicina en zonas rurales						
Castilla La Mancha	Proyecto de Ecografía en Atención Primaria	Plan Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud			
Castilla La Mancha	Paciente con Pluripatología: abordaje integral de enfermedades C-V	Plan Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud			
Castilla La Mancha	Elevar la capacidad de resolución en Atención Primaria	Plan Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud			
Castilla La Mancha	Acceso a la totalidad de las pruebas diagnósticas desde AP	Plan Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud			

7. Aumentar los recursos y la capacidad de resolución de la atención primaria.

7.2 AUMENTAR LA CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN

CCAA	Medida	Instrumento	Situación Temporal	Ambito de aplicación	Coste total asociado a la medida	Objetivo Asistencial	Objetivo Económico
Castilla La Mancha	Coagulometría capilar A. Primaria - control Sintrom	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud			
Castilla La Mancha	Atención Domiciliaria: Enfermería de Gestión Domiciliaria	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud			
Castilla La Mancha	Dotación de pulsioximetría a puntos de atención continuada	Plan Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud			
Castilla La Mancha	Dotación de espirometros a Equipos de A.P.	Plan Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud			
Castilla La Mancha	Integración primaria especializada: Área única de puertollano	Plan Consejería	En funcionamiento	Area Puertollano			
Castilla La Mancha	Dotación de cooxímetros a Equipos de A.P.	Plan Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud			
Comunidad Valenciana	Integración primaria especializada	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		Mejorar la calidad, eficiencia e, incluso, eficacia de la asistencia sanitaria.	Racionalización del gasto sanitario, mayor eficiencia en la gestión, maximizar el aprovechamiento y la coordinación de recursos, etc.
Comunidad Valenciana	Atención Domiciliaria: Enfermería de Gestión Domiciliaria	Plan Consejería o Servicio	Pilotaje	Gerencias o áreas de salud		Intensificar la atención domiciliaria por parte de los equipos de atención primaria y la actuación coordinada en este tipo de atención con el resto de niveles asistenciales.	Gestión más eficiente de los recursos humanos, racionalización del gasto
Galicia	Elevar la capacidad de resolución en Atención Primaria	Plan Consejería o Servicio Normativa legal	Pilotaje y aprobada	Gerencias o áreas de salud Toda la Comunidad		Ejecución de los objetivos estratégicos de la Consellería de Sanidade Mejorar la continuidad y accesibilidad asistencial Optimizar los recursos sanitarios	
Islas Baleares	Programa de farmacia al alta hospitalaria y consultas externas (FACE)		En funcionamiento (2005)	Gerencias o áreas de salud Toda la Comunidad		Coordinación con atención primaria en lo referente al tratamiento farmacológico de los pacientes	
Madrid	Nuevo Catálogo de Acceso a Pruebas Diagnósticas desde A.P.	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		Aumentar capacidad de resolución en A.P. Disminuir derivaciones a A.E.	

1. Aumento de recursos y la capacidad de resolución de la población rural

1.1. AUMENTO DE RECURSOS

PAIS	Fecha	Intervención	Situación inicial	Método de evaluación	Resultados esperados	Impacto
India	2002-2003	Políticas de salud	Políticas de salud	Encuestas de hogares	Mejora de la cobertura de servicios de salud	Mejora de la capacidad de resolución de la población rural
India	2002-2003	Políticas de salud	Políticas de salud	Encuestas de hogares	Mejora de la cobertura de servicios de salud	Mejora de la capacidad de resolución de la población rural
India	2002-2003	Políticas de salud	Políticas de salud	Encuestas de hogares	Mejora de la cobertura de servicios de salud	Mejora de la capacidad de resolución de la población rural
India	2002-2003	Políticas de salud	Políticas de salud	Encuestas de hogares	Mejora de la cobertura de servicios de salud	Mejora de la capacidad de resolución de la población rural
India	2002-2003	Políticas de salud	Políticas de salud	Encuestas de hogares	Mejora de la cobertura de servicios de salud	Mejora de la capacidad de resolución de la población rural

8. Desarrollar el Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud.

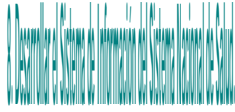
CCAA	Medida	Instrumento	Situación Temporal	Ámbito de aplicación	Coste total asociado a la medida	Objetivo Asistencial	Objetivo Económico
Andalucía	Gestión de la BDU e integración de la Tarjeta Sanitaria en el Sistema Nacional de Salud	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad			
Andalucía	Promover la mejora de la información INIHOS, SICPRO y CMDB	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad			
Andalucía	Sistema Integrado de Información y Gestión para la Atención Sanitaria (Diraya)	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad			
Aragón	Plan de Sistemas de la Información	Plan de Gobierno Acuerdo agentes sociales	Aprobada	Toda la Comunidad		X	X
Principado Asturias	REMPA (Registro equipamientos médicos Principado Asturias)		En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	X
Principado Asturias	RHT (Registro Hospitalario de Tumores)		En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		X	
Canarias	Sistema de Información Cantonera	Normativa legal	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		X	X
Canarias	Adquisición e implantación de un sistema E.R.P. (Enterprise Resource Planning) para la gestión económica-financiera del Servicio Canario de la Salud	Plan Consejería o Servicio	Prevista	Totalidad del Servicio de Salud		X	X
Cantabria	Consumo intrahospitalario farmacia ambulatoria	Plan Consejería o Servicio	Aprobada	Totalidad del Servicio de Salud	300.000 €		
Castilla y León	Sistema de información de listas de espera : Proyecto Mercurio						
Castilla y León	Proyecto Gescot de contabilidad analítica						
Castilla la Mancha	Nuevas tecnologías de la información. Proyecto Turriano						
Castilla la Mancha	Centralización Sistema económico-financiero y unificación del Catalogo de productos		En funcionamiento	Toda la Comunidad			
Castilla la Mancha	prescripción electrónica en Atención especializada: proyecto fierabras		En funcionamiento	Toda la Comunidad			
Castilla la Mancha	radiología digital en toda la region		En funcionamiento	Toda la Comunidad			

8. Desarrollar el Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud.

CCAA	Medida	Instrumento	Situación Temporal	Ámbito de aplicación	Coste total asociado a la medida	Objetivo Asistencial	Objetivo Económico
Castilla la Mancha	Cita por Internet		En funcionamiento	Toda la Comunidad			
Castilla la Mancha	Informatización de datos de los partes de IT		En funcionamiento	Toda la Comunidad			
Cataluña	Participación en el desarrollo e implantación del proyecto SIFCO (Sistema información Fondo de Cohesión)	Instrucciones (circulares)	Aprobada	Totalidad del Servicio de Salud	30.000 euros	X	X
Cataluña	Proporcionar información de las listas de espera sanitarias	Instrucciones (circulares)	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		X	
Cataluña	Adaptar procesos para el envío de información de farmacia	Instrucciones (circulares)	Prevista	Totalidad del Servicio de Salud	en valoración	X	X
Cataluña	Base de datos protegida del SNS	Instrucciones (circulares)	prueba técnica	Totalidad del Servicio de Salud	60.000 euros	X	X
Cataluña	Proporcionar información del Conjunto Mínimo Básico de Datos	Acuerdo agentes sociales	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		X	
Comunidad Valenciana	Sistema de Información Orion-His(gestión de pacientes y ayuda a los profesionales sanitarios) y Orion-Farma(prescripción asistida y la gestión de la función farmacéutica hospitalaria)	Plan Consejería o Servicio	Fase inicial de desarrollo	Centros sanitarios	3.296.700 euros	Disponer de un sistema de información orientado a servir de soporte y ayuda a los profesionales sanitarios, mejorar la atención al paciente y optimizar la eficiencia del proceso asistencial en su conjunto	Mejora en la gestión de la actividad asistencial, en la captura de datos para la valoración de la producción de servicios sanitarios por actos, procesos y pacientes y, con todo ello, en una prestación más eficiente que permita la racionalización y el cont
Comunidad Valenciana	Generalización de los Sistemas de Información Farmacéutica- Abucasis-Gaia-firma electrónica- visado electrónico	Normativa legal	En funcionamiento	Toda la Comunidad		Mayor dedicación a la la atención al paciente, reducción del trámite administrativo que soporta el profesional y el usuario; facilitar el control de los productos de visado	Reducción de fraude, mejora de rendimientos y del control.
Comunidad Valenciana	Sistema de Información Ambulatorio: proyecto Abucasis II (Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		Historia clínica ambulatoria única, prescripción farmacéutica asistida, mayor accesibilidad para el paciente, racionalidad en el uso del medicamento...	Disponer de un sistema de información asistencial de cobertura global útil para el análisis, evaluación y mejora de la gestión sanitaria desde el punto de vista asistencial y económico
Comunidad Valenciana	Informatización de las Historia Clínica de urgencias extrahospitalarias.	Plan Consejería o Servicio	Prevista	Toda la Comunidad	1.350.000 €	Aumentar la eficacia del sistema de información y mejorar la calidad de los datos.	

8. Desarrollar el Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud.

CCAA	Medida	Instrumento	Situación Temporal	Ámbito de aplicación	Coste total asociado a la medida	Objetivo Asistencial	Objetivo Económico
Extremadura	Proyecto JARA de transformación de los sistemas de información						
Islas Baleares	Homogeneización e implantación de procedimientos electrónicos en el área de gestión de ingresos.		En funcionamiento	Centros sanitarios			X
La Rioja	Evolución y mantenimiento de la Tarjeta Sanitaria Individual	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud	110.500,00 €	X	
La Rioja	Registro de prestaciones sanitarias, registro situaciones de incapacidad temporal, implantación de derivaciones	Plan Consejería o Servicio	Aprobada	Totalidad del Servicio de Salud	45.307,65 €	X	
La Rioja	Implantación piloto sistema de Receta Electrónica	Plan Consejería o Servicio	Prevista	Totalidad del Servicio de Salud	12.000,00 €	X	
La Rioja	Adaptación al programa Avanz@	Plan Consejería o Servicio	Aprobada	Totalidad del Servicio de Salud	16.592,64 €	X	
La Rioja	Mejoras en la gestión de la prestación farmacéutica	Plan Consejería o Servicio	Aprobada	Totalidad del Servicio de Salud	27.633,11 €	X	
Madrid	BD poblacional	Intranet		Totalidad del Servicio de Salud Toda la Comunidad	estimación compleja por intervenir recursos humanos y de infraestructura internos y de contratación externa compartida con otros proyectos	estadístico y de gestión	mejorar y racionalizar el uso de recursos
Madrid	CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) ingresados/hospital de día	Intranet	En funcionamiento	Toda la Comunidad		estadístico	ayuda a la toma de decisiones para racionalizar el gasto
Madrid	LEQ lista espera quirúrgica y cirugía ambulatoria	Intranet	En funcionamiento	Toda la Comunidad	estimación compleja por intervenir recursos humanos y de infraestructura	estadístico y de gestión	mejorar y racionalizar el uso de recursos
Madrid	LE consultas y técnicas diagnósticas	Intranet			idem.	estadístico y de gestión	mejorar y racionalizar el uso de recursos
Madrid	Contabilidad analítica Atención Especializada y Atención Primaria	Intranet	En funcionamiento	Toda la Comunidad			
Madrid	historia clínica en Atención Primaria informatizada y centralizada	Intranet	En funcionamiento	Toda la Comunidad	idem.	gestión sanitaria y conocimiento integral historia clínica paciente	mejorar la atención integral del paciente y racionalizar el uso de recursos evitando la repetición de pruebas
Murcia	Implementación del PDSIS (Plan de Sistemas Información Sanitarios)	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad	10.000.000,00 €/año	X	X



País	Indicador	Unidad	Valor	País	Indicador	Unidad	Valor
Brasil	Costo de atención por episodio de atención primaria	USD	10,00	Brasil	Costo de atención por episodio de atención primaria	USD	10,00
Brasil	Costo de atención por episodio de atención primaria	USD	10,00	Brasil	Costo de atención por episodio de atención primaria	USD	10,00
Brasil	Costo de atención por episodio de atención primaria	USD	10,00	Brasil	Costo de atención por episodio de atención primaria	USD	10,00

9. Otras medidas dirigidas a la racionalización del gasto sanitario.

CCAA	Medida	Instrumento	Situación Temporal	Ámbito de aplicación	Coste total asociado a la medida	Objetivo Asistencial	Objetivo Económico
Andalucía	Contrato Programa y Dirección por Objetivos	Normativa Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Centros sanitarios. Totalidad del Servicio de Salud		X	X
Andalucía	Gestión Clínica	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Otra		X	X
Andalucía	Contabilidad Analítica de gestión para Unidades Clínicas	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		X	X
Andalucía	Gestión por procesos	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		X	X
Andalucía	Estrategia de Alta Resolución	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		X	X
Aragón	Diseño y gestión de la Cartera de Servicios del Sistema de Salud de Aragón	Normativa legal	Pilotaje	Toda la Comunidad	5000000	X	X
Aragón	Consorcio de Alta Resolución de Aragón	Normativa legal Acuerdo agentes sociales	Aprobada	Centros sanitarios	53000000	X	X
Canarias	Mejora en la facturación: Implantación de la Red de Facturación y Cobro en la totalidad de centros asistenciales del Servicio Canario de la Salud	Plan de Gobierno	En funcionamiento	Centros sanitarios		X	X
Canarias	Mejoras en la Red de Facturación y Cobro (adaptación a FISS, implantación del programa "on line" CASS, etc.)	Plan de Gobierno	En funcionamiento	Centros sanitarios		X	X
Castilla La Mancha	Atención integral a la población emigrante					La aplicación de políticas de prevención y promoción de la salud.	
Castilla y León	Programa Hospisol de instalaciones solares en hospitales						
Castilla y León	Planes de gestión que priman eficiencia						
Comunidad Valenciana	Financiación capitativa de los Departamentos de Salud	Plan de Gobierno	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud		Favorecer el desarrollo de una asistencia integral	Distribución más equitativa de los recursos, mayor eficiencia global del sistema y mejor control del gasto sanitario
Comunidad Valenciana	Integración del presupuesto	Plan de Gobierno	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud			
Comunidad Valenciana	Facturación intercentros	Plan de Gobierno	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud			
Comunidad Valenciana	Integración de la gestión asistencial	Plan de Gobierno	En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud			
Comunidad Valenciana	Concesiones administrativas de carácter sanitario	Contrato	En funcionamiento	Gerencias o áreas de salud		Mejora de la asistencia sanitaria: integración de niveles asistenciales	Racionalización del gasto sanitario público, ampliación y mejora de las infraestructuras sanitarias

9. Otras medidas dirigidas a la racionalización del gasto sanitario.

CCAA	Medida	Instrumento	Situación Temporal	Ámbito de aplicación	Coste total asociado a la medida	Objetivo Asistencial	Objetivo Económico
Comunidad Valenciana	Entrega de nota informativa al paciente en el momento del alta hospitalaria sobre el coste de la asistencia recibida	Plan de Gobierno	En funcionamiento	Centros sanitarios		Informar a los pacientes del coste de la asistencia sanitaria, contribuyendo a generar una demanda de servicios más responsable y, con ello, a la racionalización del gasto sanitario.	
Comunidad Valenciana	Sistema de Información Poblacional (SIP) y Aseguramiento Sanitario					Ver detalle en el cuestionario correspondiente	
Comunidad Valenciana	Registro poblacional: empadronados y no empadronados			Centros sanitarios			
Comunidad Valenciana	Implantación del identificador único universal (nº SIP)			Centros sanitarios			
Comunidad Valenciana	Integración de Sistemas de Información Corporativos	Normativa legal	En funcionamiento	Centros sanitarios	3,6 millones de euros anuales aproximadamente	X	X
Comunidad Valenciana	Acceso online universal al SIP	Normativa legal	En funcionamiento	Centros sanitarios		X	X
Comunidad Valenciana	Sistema de Información Geográfico	Plan de Gobierno	Prevista	Centros sanitarios		X	X
Comunidad Valenciana	Fabricación descentralizada de tarjetas sanitarias SIP	Plan de Gobierno	En funcionamiento	Centros sanitarios		X	X
Comunidad Valenciana	Implantación del Punt Salut: cajeros automáticos	Plan de Gobierno	Pilotaje	Centros sanitarios		X	X
Comunidad Valenciana	Lectura de tarjetas sanitarias de otras comunidades	Plan de Gobierno	Pilotaje	Centros sanitarios		X	X
Comunidad Valenciana	Lectura de tarjetas sanitarias europeas	Plan de Gobierno	En funcionamiento	Centros sanitarios		X	X
Comunidad Valenciana	Facturación automatizada	Plan de Gobierno	En funcionamiento	Centros sanitarios		X	X
Comunidad Valenciana	Unidad de residencia	Plan de Gobierno	En funcionamiento	Centros sanitarios		X	
Comunidad Valenciana	Proyecto de Ley de Aseguramiento Sanitario	Acuerdo parlamentario Acuerdo agentes sociales	En tramitación	Centros sanitarios		X	X
Comunidad Valenciana	Sistema de informes	Plan de Gobierno Acuerdo agentes sociales	En tramitación	Centros sanitarios		X	
Comunidad Valenciana	Proyecto Cobra	Aplicación informática	En funcionamiento	Centros sanitarios		500000 €	

9. Otras medidas dirigidas a la racionalización del gasto sanitario.

CCAA	Medida	Instrumento	Situación Temporal	Ámbito de aplicación	Coste total asociado a la medida	Objetivo Asistencial	Objetivo Económico
Comunidad Valenciana	Facturación automatizada de la asistencia prestada a ciudadanos asegurados en otro Estado	Plan de Gobierno	Prevista	Centros sanitarios		Favorecer la mejora en la gestión asistencial, mejorar la disponibilidad de información para adecuar la oferta de servicios y prestaciones y la dotación de recursos a la demanda real,	Control, registro y posterior facturación automatizada de la asistencia sanitaria y la prestación farmacéutica destinada a los pacientes desplazados temporales procedentes de la Unión Europea.
Comunidad Valenciana	Creación de catálogo único de productos homologados	Plan de Gobierno	Aprobada	Centros sanitarios			Unificar criterios de compra, utilizar un lenguaje único, facilitar el conocimiento de los productos homologados y de los precios de mercado y, de forma genérica, optimizar las compras.
Comunidad Valenciana	Mejora de la gestión logística. Centralización. Operador logístico	Plan de Gobierno	Aprobada En funcionamiento	Centros sanitarios			Optimización de las compras y mejora en la gestión de stocks: reducción de almacenes, de espacio y de recursos humanos y económicos.
Comunidad Valenciana	Implantación de sistemas PACS	Plan de Gobierno	En funcionamiento	Centros sanitarios	17,5 millones de euros	Mejorar la gestión asistencial y la atención a los pacientes.	Eliminar costes asociados a las placas radiológicas, optimizar flujos de trabajo, reducir espacios y costes de almacenamiento y/o archivo físico.
Comunidad Valenciana	Desarrollo e implantación del aplicativo Orion-Logis	Contrato	Prevista	Toda la Comunidad	1,9 millones de euros		Mejora en la gestión, racionalización trabajo administrativo y burocrático, ahorro de tiempo y costes, disponibilidad de mayor información para el análisis y la planificación.
Comunidad Valenciana	Cita por Internet	Plan de Gobierno	En funcionamiento	Toda la Comunidad		Mayor accesibilidad del paciente, acercamiento de la administración sanitaria al ciudadano.	Gestión más eficiente de los recursos, descongestionando mostradores y teléfonos.
Comunidad Valenciana	Sistema de información para la gestión de conciertos, prótesis y facturación asociada de Conselleria de Sanitat	Plan de Gobierno	Aprobada	Centros sanitarios	315000	Mejora en la gestión de este tipo de servicios y prestaciones.	Control y racionalización del gasto público asociado a este tipo de servicios y prestaciones del sector privado.
Comunidad Valenciana	Programa de autoconcertación para la reducción de la lista de espera quirúrgica	Acuerdo agentes sociales	En funcionamiento	Centros sanitarios	1,5 millones de euros	Reducción de la lista de espera quirúrgica; incentivar a los profesionales	Optimizar el uso de los recursos propios del sistema público, ahorrando gastos y minimizando las derivaciones al sector privado
Comunidad Valenciana	Informatización de datos de los partes de IT	Plan de Gobierno	En funcionamiento	Centros sanitarios	300.000 euros	Mayor disponibilidad y calidad de información sobre IT, favoreciendo posibles mejoras en la gestión de la actividad asistencial.	Ahorro de recursos humanos

9. Otras medidas dirigidas a la racionalización del gasto sanitario.

CCAA	Medida	Instrumento	Situación Temporal	Ámbito de aplicación	Coste total asociado a la medida	Objetivo Asistencial	Objetivo Económico
Comunidad Valenciana	Acuerdos de Gestión	Plan de Gobierno	En funcionamiento	Gerencias o áreas de salud		Disponer de un instrumento formal de apoyo para todo el amplio abanico de mejoras en la asistencia sanitaria	Instrumento de apoyo al nuevo modelo de gestión y financiación de los Departamentos de Salud y a muchas de las medidas de racionalización y control del gasto sanitario desarrolladas por la Conselleria de Sanidad.
Comunidad Valenciana	Plan Estratégico de la Agencia Valenciana de Salud	Plan de Gobierno	En funcionamiento	Gerencias o áreas de salud		Instrumento de apoyo para el desarrollo de mejoras generales en el ámbito de la actividad sanitaria.	Instrumento de apoyo para una mayor eficiencia y un mejor aprovechamiento de los recursos.
Extremadura	Programa regional de cuidados paliativos					X	
Extremadura	Plan Marco de atención sociosanitaria					X	
Islas Baleares	Firma de Contratos Programa en base a actividad con los centros asistenciales organizados como gerencias con autonomía para la gestión.		En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud			
Islas Baleares	Corresponsabilización en la gestión de determinados gastos en las gerencias a través de asignaciones presupuestarias cerradas al comienzo del ejercicio y destinadas a cubrir factores de gasto como la prescripción farmacéutica, la actividad concertada dest		En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud			
Islas Baleares	Ampliación de la jornada de tarde en centros asistenciales.		En funcionamiento	Centros sanitarios			
Islas Baleares	Reducción del absentismo laboral gracias a la incorporación de nuevas medidas de prevención de riesgos.		En funcionamiento	Centros sanitarios			
Islas Baleares	Mejora de sistemas de información con la implantación de un modelo conceptual de gestión económico-financiera corporativo que permitirá, a partir de la obtención de información fiable y en tiempo real, la adecuación de recursos y procesos, así como el dis		En funcionamiento				
Islas Baleares	Negociación del Acuerdo de Acción Social con los sindicatos.		En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud			
Islas Baleares	Aumento de la financiación recibida para la Incapacidad Temporal gracias al cumplimiento de los objetivos de ahorro fijados en el Convenio que la rige.		En funcionamiento	Totalidad del Servicio de Salud			X
Madrid	Modelo de calidad del Sistema sanitario de la Comunidad de Madrid	Plan Consejería o Servicio	Aprobado	Toda la Comunidad		X	
Principado Asturias	Sistema económico-financiero, que incluye un sistema de gestión de compras	Plan de Gobierno	En funcionamiento	Toda la Comunidad			X

**CUESTIONARIO SOBRE
LAS INICIATIVAS DE RACIONALIZACIÓN DEL
GASTO SANITARIO PÚBLICO**

Deberá cumplimentarse un cuestionario por cada iniciativa

1. Denominación de la iniciativa:

.....

2. Características generales de la iniciativa:

a) Señalar los fines y las motivaciones que han promovido la iniciativa

.....
.....

b) Señalar el cronograma previsto para su implantación y desarrollo

.....
.....

c) Señalar los resultados esperados, inclusive en términos cuantitativos y cualitativos

.....
.....

3. Describir los instrumentos de implementación de la iniciativa en términos normativos, funcionales y organizativos (incluir la documentación más relevante)

.....
.....
.....

4. Indicar, si está disponible, el plan económico-financiero anual/plurianual de la iniciativa.

.....
.....
.....

5. Soluciones adoptadas o problemas abiertos de carácter administrativo o económico-financiero

.....
.....
.....

6. Resultados de la iniciativa

a) Señale la mejora de los servicios proporcionados a los usuarios y de los aspectos funcionales/organizativos

.....
.....
.....

b) Señale, cuando sea posible, los resultados parciales/finales conseguidos en términos de: reducción de gastos, incremento de rendimientos y mejora de la calidad/eficacia de los servicios (tiempos de espera, desarrollo de la gama de servicios proporcionados, indicadores de salud, etc.)

.....
.....
.....

c) Señale los problemas o dificultades encontrados en la implementación de la medida

.....
.....
.....

d) Otros

.....
.....
.....

7. Señalar las modalidades de control y supervisión del proyecto (incluyendo los indicadores utilizados)

.....
.....
.....

8. Presentar una valoración resumida sobre la experiencia, indicando los principales aspectos negativos y positivos

.....
.....
.....

9. Señalar la eventual aplicación de la iniciativa a otros contextos indicando los recursos necesarios

III. SEGUIMIENTO DEL DESTINO DE LOS RECURSOS, INCORPORADOS EN LOS PRESUPUESTOS GENERALES DEL ESTADO PARA INCREMENTAR LAS APORTACIONES AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y DE LOS ANTICIPOS A CUENTA RECIBIDOS POR LAS CC.AA. PARA AYUDAR A LA REDUCCIÓN DE LA DEUDA SANITARIA.

El Consejo de Política Fiscal y Financiera, en reunión celebrada el 22 de noviembre de 2005, acordó encomendar al Grupo de Trabajo de Análisis de Gasto Sanitario el seguimiento de las medidas relativas al gasto sanitario derivadas de la Segunda Conferencia de Presidentes; en particular el apartado 3 de este Acuerdo hace referencia a *“el seguimiento del destino de los recursos incorporados en los Presupuestos Generales del Estado cuyo objeto, según lo establecido en el punto 1 del Acuerdo, es incrementar las aportaciones al Sistema Nacional de la Salud, así como en qué medida los anticipos a cuenta que recibirán las CCAA han sido utilizados para ayudar a la reducción de la deuda sanitaria, según lo establecido en el punto 4 del Acuerdo de la Segunda Conferencia de Presidentes”*. Además el citado Acuerdo señala que para este apartado 3, y para el 4, el Grupo de Trabajo de Análisis de Gasto Sanitario tendrá la consideración de Grupo de Trabajo del Consejo de Política Fiscal y Financiera.

El contenido del presente apartado se define, por tanto, en el marco de lo establecido en el punto 3 del Acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera al que nos hemos referido en el párrafo anterior y se estructura de acuerdo con lo dispuesto en las medidas uno y cuatro de la Segunda Conferencia de Presidentes. La información de base para este análisis ha sido facilitada por las Comunidades Autónomas a través de la cumplimentación de unas fichas que recogen datos del gasto sanitario gestionado por ellas en los años 2005 y 2006, analizando aspectos del mismo desde la perspectiva de la medida concreta a cuya ejecución se pretende dar seguimiento.

III.1. SEGUIMIENTO DEL DESTINO DE LOS RECURSOS INCORPORADOS EN LOS PRESUPUESTOS GENERALES DEL ESTADO CUYO OBJETO, SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL PUNTO 1 DEL ACUERDO, ES INCREMENTAR LAS APORTACIONES AL SISTEMA NACIONAL DE LA SALUD

Para dar cumplimiento al primero de los mandatos contenido en el apartado 3 del Acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera, relativo al seguimiento del destino de los

recursos incorporados en los Presupuestos Generales del Estado para incrementar las aportaciones al Sistema Nacional de la Salud en los términos previstos en el punto 1 de la Segunda Conferencia de Presidentes, se presenta un análisis de la evolución del gasto sanitario realizado por las Comunidades Autónomas.

Respecto a la cobertura de este análisis, en un primer momento se pensó en reducir el ámbito de estudio al gasto sanitario contabilizado en los distintos registros contables y presupuestarios de aquellas entidades que, en el ámbito de cada Comunidad Autónoma, gestionan competencias en materia sanitaria. A tal efecto, se consideraron, con base en la información disponible, las cifras incluidas en el presupuesto de gastos de las Comunidades Autónomas de los ejercicios 2005 y 2006 y en la liquidación resultante del año 2005, incorporando, con la finalidad de tener información del gasto sanitario total del sector público autonómico, la parte gestionada por entidades no incluidas en el presupuesto excluyendo de esta la financiación recogida en el presupuesto de la Comunidad para evitar una doble contabilización del gasto sanitario, desde el punto de vista del gasto finalista y de su financiación. Posteriormente, en el transcurso de los trabajos, esta información inicial pudo completarse con la liquidación provisional del ejercicio 2006 y con datos relativos a la variación del gasto sanitario desplazado de ese mismo año, con la finalidad de presentar la evolución en los ejercicios 2005 y 2006 en términos de gasto sanitario real. Las cifras así obtenidas presentan diferencias con las derivadas de la EGSP (Estadística de gasto sanitario público) elaboradas en el marco metodológico definido por el Sistema de Cuentas de Salud. No obstante, a efectos de homogeneizar en la medida de lo posible el cálculo del gasto sanitario real con el realizado en otros apartados de este informe, se han descontado las cuantías relativas a las dotaciones para amortizaciones y gastos financieros, debido a las diferencias que, en la contabilización de estos conceptos, existen entre las distintas Comunidades Autónomas.

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores, el gasto sanitario real en 2006 se ha incrementado un 9,33% respecto al ejercicio anterior, pasando de 45.434.767 miles de euros en 2005 a 49.672.992 miles de euros en el año 2006. Esta tasa de variación se explica por un incremento interanual del gasto sanitario liquidado del 7,62% unido a una disminución del gasto sanitario desplazado por importe de 171.829 miles de euros en 2006 y 862.692 miles de euros en 2005.

SEGUIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE FINANCIACIÓN Y GASTO SANITARIO DERIVADAS DE LA II CONFERENCIA DE PRESIDENTES: PUNTO 1 (Apartado 3 del Acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera de 22 de noviembre de 2005)

En miles de euros

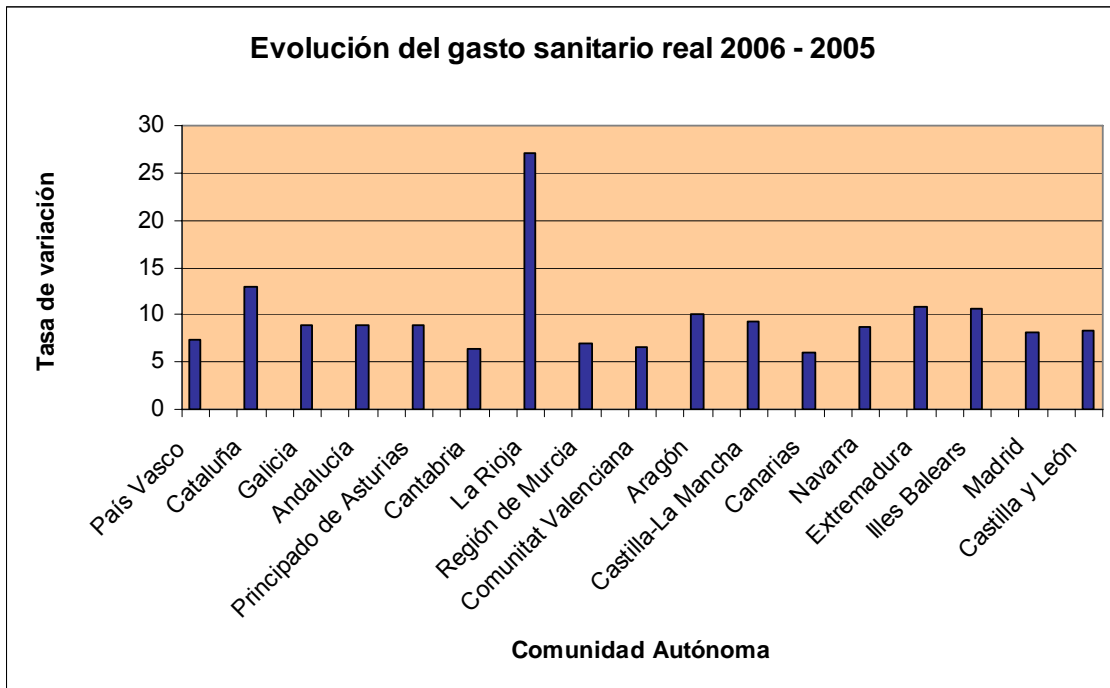
COMUNIDADES AUTÓNOMAS	GASTO SANITARIO 2005			GASTO SANITARIO 2006			Δ GASTO REAL 2006/2005	Δ GASTO REAL 2006/2005 (%)
	PRESUPUESTO INICIAL	GASTO LIQUIDADO	GASTO REAL	PRESUPUESTO INICIAL	GASTO LIQUIDADO	GASTO REAL		
País Vasco (1)	2.327.549	2.473.941	2.426.726	2.543.305	2.653.448	2.604.587	177.861	7,33
Cataluña	7.319.065	7.634.836	7.243.006	8.046.118	8.230.881	8.177.791	934.785	12,91
Galicia (1)	2.841.949	3.182.921	2.969.707	3.171.754	3.345.103	3.233.349	263.642	8,88
Andalucía (1)	7.202.675	7.534.792	7.471.647	8.159.050	8.155.149	8.140.491	668.844	8,95
Principado de Asturias	1.208.077	1.287.779	1.259.359	1.294.614	1.390.020	1.371.840	112.481	8,93
Cantabria (1)	630.951	674.950	661.539	673.421	682.783	703.892	42.353	6,40
La Rioja	360.494	354.304	354.304	425.401	449.976	449.976	95.672	27,00
Región de Murcia (1)	1.286.034	1.457.440	1.428.739	1.418.825	1.510.176	1.529.320	100.581	7,04
Comunitat Valenciana (1)	4.273.737	4.879.849	4.767.159	4.719.290	5.104.939	5.179.699	412.540	8,65
Aragón	1.288.700	1.476.891	1.392.727	1.509.625	1.499.617	1.534.118	141.391	10,15
Castilla-La Mancha	1.977.506	1.947.985	2.040.985	2.256.114	2.211.482	2.229.516	188.531	9,24
Canarias	2.010.986	2.157.403	2.188.771	2.315.302	2.353.388	2.318.118	129.347	5,91
C. Foral de Navarra	673.714	694.245	695.320	731.763	765.984	755.782	60.462	8,70
Extremadura (1)	1.159.006	1.157.843	1.137.953	1.323.100	1.321.823	1.262.043	124.090	10,90
Illes Balears	922.282	947.358	946.167	1.004.688	1.007.329	1.046.307	100.140	10,58
Madrid (1)	5.513.643	5.830.064	5.692.652	6.071.417	6.177.139	6.150.873	458.221	8,05
Castilla y León	2.629.496	2.782.913	2.758.006	2.859.979	3.157.918	2.985.290	227.284	8,24
TOTAL	43.625.864	46.475.514	45.434.767	48.523.766	50.017.155	49.672.992	4.238.225	9,33

(1) El importe de gasto real está corregido en la siguiente cuantía de dotaciones para amortizaciones y gastos financieros incluidos en la liquidación, con el fin de que la información sea homogénea

	Ejercicio 2005	Ejercicio 2006		Ejercicio 2005	Ejercicio 2006
País Vasco	47.215	48.861	Región de Murcia	40.715	41.311
Galicia	43	1.863	Comunitat Valenciana	2.690	5.240
Andalucía	60.631	50.067	Extremadura	15.836	16.660
Cantabria	15	0	Madrid	10.908	8.332

En términos absolutos, el mayor crecimiento del gasto sanitario real se registra en las Comunidades de Cataluña, Andalucía, Madrid y Comunitat Valenciana que, con incrementos individuales superiores a cuatrocientos millones de euros, absorben el 58,39% del aumento global experimentado por el conjunto de Comunidades Autónomas.

Por otro lado, en términos porcentuales destaca la evolución de la Comunidad Autónoma de La Rioja cuya tasa de variación, 27%, viene determinada por el comportamiento de los gastos de capital derivados de la obras de construcción de un complejo hospitalario.



Desde el punto de vista de la naturaleza económica de los gastos, se presenta información sobre el desglose del gasto sanitario presupuestado y liquidado. Por un lado, se diferencia el gasto incluido en el presupuesto de la Comunidad Autónoma del gasto gestionado por el sector público autonómico en la parte no financiada a través de dicho presupuesto, distinguiendo para el primer caso las operaciones corrientes del resto de operaciones (capital y financieras).

Del gasto sanitario presupuestado y liquidado en 2005 y 2006, los gastos gestionados por unidades no incluidas en el presupuesto de las Comunidades Autónomas (excluida la financiación de los mismos ya registrada en dicho presupuesto), representan para el conjunto de ellas, un 0,8% y 0,6% respectivamente.

Centrándonos en los presupuestos de las Comunidades Autónomas, de los créditos iniciales del ejercicio 2005, el 95,5% se dotaron para operaciones corrientes, porcentaje que ascendió al 96,2% de los gastos en términos de liquidación. Ambos porcentajes son superiores en cinco y siete décimas, respectivamente, a los registrados en el ejercicio 2006, año en el que los gastos con destino a operaciones corrientes equivalen al 95,0% de los créditos incluidos en los presupuestos de las Comunidades Autónomas y al 95,5% de los liquidados en dicho ámbito.

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

SEGUIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE FINANCIACIÓN Y GASTO SANITARIO DERIVADAS DE LA II CONFERENCIA DE PRESIDENTES: PUNTO 1 (Apartado 3 del Acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera de 22 de noviembre de 2005)

En miles de euros

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	PRESUPUESTO INICIAL 2005 ⁽¹⁾				GASTO SANITARIO LIQUIDADO 2005 ⁽¹⁾			
	PRESUPUESTO DE GASTOS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA		RESTO DE GASTOS DE UNIDADES NO INCLUIDAS EN EL PRESUPUESTO DE LA CC.AA.	TOTAL	PRESUPUESTO DE GASTOS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA		RESTO DE GASTOS DE UNIDADES NO INCLUIDAS EN EL PRESUPUESTO DE LA CC.AA.	TOTAL
	OPERACIONES CORRIENTES	OTRAS OPERACIONES			OPERACIONES CORRIENTES	OTRAS OPERACIONES		
País Vasco	2.229.661	64.797	33.091	2.327.549	2.361.854	59.720	52.367	2.473.941
Cataluña	7.066.715	162.159	90.191	7.319.065	7.391.936	153.677	89.223	7.634.836
Galicia	2.669.262	157.907	14.780	2.841.949	3.007.684	155.050	20.187	3.182.921
Andalucía	6.925.790	261.855	15.030	7.202.675	7.339.905	169.689	25.198	7.534.792
Principado de Asturias	1.145.765	62.312	-	1.208.077	1.235.631	52.148	-	1.287.779
Cantabria	568.633	62.317	-	630.950	612.479	62.472	-	674.951
La Rioja	306.359	54.135	-	360.494	305.663	48.641	-	354.304
Región de Murcia	1.159.388	126.646	-	1.286.034	1.336.663	120.777	-	1.457.440
Comunitat Valenciana	3.952.003	211.965	109.769	4.273.737	4.587.805	163.987	128.057	4.879.849
Aragón	1.237.066	51.634	-	1.288.700	1.429.658	47.233	-	1.476.891
Castilla-La Mancha	1.842.031	135.475	-	1.977.506	1.830.928	117.057	-	1.947.985
Canarias	1.852.686	85.629	72.671	2.010.986	1.942.824	146.998	67.580	2.157.402
C. Foral de Navarra	657.583	16.131	-	673.714	678.714	15.531	-	694.245
Extremadura	1.133.730	25.276	-	1.159.006	1.133.106	24.737	-	1.157.843
Illes Balears	854.927	67.354	-	922.281	880.687	66.671	-	947.358
Madrid	5.286.761	216.779	10.102	5.513.642	5.633.016	187.489	9.560	5.830.065
Castilla y León	2.435.872	193.624	-	2.629.496	2.640.699	142.214	-	2.782.913
TOTAL	41.324.232	1.955.995	345.634	43.625.861	44.349.252	1.734.091	392.172	46.475.515

(1) El importe total se obtiene mediante la suma de sus componentes, motivo por el cual pueden producirse ligeras diferencias con el importe señalado en el cuadro inicial

SEGUIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE FINANCIACIÓN Y GASTO SANITARIO DERIVADAS DE LA II CONFERENCIA DE PRESIDENTES: PUNTO 1 (Apartado 3 del Acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera de 22 de noviembre de 2005)

En miles de euros

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	PRESUPUESTO INICIAL 2006 ⁽¹⁾				GASTO SANITARIO LIQUIDADO 2006 ⁽¹⁾			
	PRESUPUESTO DE GASTOS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA		RESTO DE GASTOS DE UNIDADES NO INCLUIDAS EN EL PRESUPUESTO DE LA CC.AA.	TOTAL	PRESUPUESTO DE GASTOS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA		RESTO DE GASTOS DE UNIDADES NO INCLUIDAS EN EL PRESUPUESTO DE LA CC.AA.	TOTAL
	OPERACIONES CORRIENTES	OTRAS OPERACIONES			OPERACIONES CORRIENTES	OTRAS OPERACIONES		
País Vasco	2.437.003	71.613	34.690	2.543.306	2.565.092	67.810	20.545	2.653.447
Cataluña	7.706.164	242.484	97.470	8.046.118	7.889.522	206.728	134.631	8.230.881
Galicia	2.988.302	169.016	14.436	3.171.754	3.151.910	182.020	11.173	3.345.103
Andalucía	7.798.554	337.861	22.635	8.159.050	7.803.698	327.019	24.432	8.155.149
Principado de Asturias	1.216.228	78.386	-	1.294.614	1.315.867	74.153	-	1.390.020
Cantabria	620.477	52.944	-	673.421	629.761	53.021	-	682.782
La Rioja	330.605	94.796	-	425.401	333.439	116.537	-	449.976
Región de Murcia	1.316.781	102.044	-	1.418.825	1.442.446	67.730	-	1.510.176
Comunitat Valenciana	4.388.507	220.877	109.906	4.719.290	4.800.635	201.961	102.342	5.104.938
Aragón	1.431.480	78.145	-	1.509.625	1.425.798	73.819	-	1.499.617
Castilla-La Mancha	2.050.330	205.784	-	2.256.114	2.038.602	172.880	-	2.211.482
Canarias	2.191.744	123.558	-	2.315.302	2.208.118	145.270	-	2.353.388
C. Foral de Navarra	705.425	26.338	-	731.763	742.114	23.870	-	765.984
Extremadura	1.271.671	51.429	-	1.323.100	1.270.973	50.850	-	1.321.823
Illes Balears	936.270	68.418	-	1.004.688	961.922	45.407	-	1.007.329
Madrid	5.777.857	282.186	11.374	6.071.417	5.919.220	238.266	19.654	6.177.140
Castilla y León	2.670.482	189.497	-	2.859.979	2.985.544	172.374	-	3.157.918
TOTAL	45.837.880	2.395.376	290.511	48.523.767	47.484.661	2.219.715	312.777	50.017.153

(1) El importe total se obtiene mediante la suma de sus componentes, motivo por el cual pueden producirse ligeras diferencias con el importe señalado en el cuadro inicial

III.2. SEGUIMIENTO DE EN QUÉ MEDIDA LOS ANTICIPOS A CUENTA QUE RECIBIRÁN LAS CCAA HAN SIDO UTILIZADOS PARA AYUDAR A LA REDUCCIÓN DE LA DEUDA SANITARIA, SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL PUNTO 4 DEL ACUERDO DE LA SEGUNDA CONFERENCIA DE PRESIDENTES

El análisis de en qué medida los anticipos a cuenta que han recibido las Comunidades Autónomas han sido utilizados para ayudar a la reducción de la deuda sanitaria (gasto sanitario desplazado) se circunscribe al ejercicio 2005.

En primer lugar, conviene citar que este punto no resulta de aplicación a la Comunidad Foral de Navarra ni a la Comunidad Autónoma del País Vasco, conforme a las características propias de sus sistemas de financiación. Todos las Comunidades Autónomas, a las que resulta de aplicación esta medida, solicitaron los anticipos, a excepción de Andalucía.

Se ofrece, por tanto, información para cada Comunidad Autónoma del importe de los anticipos a cuenta recibidos en 2005, diferenciando si han sido aplicados al presupuesto en el propio ejercicio 2005 o si, por el contrario, su aplicación se ha efectuado en el

ejercicio 2006. Para el análisis de la evolución del gasto sanitario desplazado, se distingue el gasto que no ha sido objeto de registro contable de aquel otro, que habiendo sido objeto de registro contable no se ha imputado a presupuesto, por encontrarse incluido en cuentas del tipo “Acreedores no presupuestarios”.

El importe de los anticipos a cuenta abonados en 2005 asciende a 1.090.700 miles de euros. Todas las Comunidades Autónomas aplicaron el anticipo a los presupuestos del ejercicio 2005, a excepción de Extremadura y La Rioja que lo aplicaron al ejercicio 2006.

SEGUIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE FINANCIACIÓN Y GASTO SANITARIO DERIVADAS DE LA II CONFERENCIA DE PRESIDENTES: PUNTO 4
(Apartado 3 del Acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera de 22 de noviembre de 2005)

Importes en miles de euros

COMUNIDAD AUTÓNOMA	ANTICIPOS A CUENTA 2005			GASTO SANITARIO DESPLAZADO							
	ANTICIPO ABONADO EN 2005	ANTICIPO APLICADO EN 2005	GENERACIÓN DE CRÉDITO PRESUPUESTO 2006	GASTO SANITARIO REGISTRADO EN CUENTAS NO PRESUPUESTARIAS				GASTO SANITARIO PENDIENTE DE REGISTRO			
				SITUACIÓN A 31.12.2004	AUMENTO EN 2005	DISMINUCIÓN EN 2005	SITUACIÓN A 31.12.2005	SITUACIÓN A 31.12.2004	AUMENTO EN 2005	DISMINUCIÓN EN 2005	SITUACIÓN A 31.12.2005
Cataluña	214.162,75	214.162,75	0,00	1.928.310,00	0,00	391.830,00	1.536.480,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Galicia	109.570,51	109.570,51	0,00	389.832,00	0,00	213.171,00	176.661,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Andalucía (1)	0,00	0,00	0,00	1.573.254,13	583.449,61	585.963,52	1.570.740,22	0,00	0,00	0,00	0,00
Principado de Asturias	41.167,38	41.167,38	0,00	144.552,00	116.347,00	144.767,00	116.132,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Cantabria	23.457,16	23.457,16	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	41.525,40	0,00	13.395,50	28.129,90
La Rioja	12.297,54	0,00	12.297,54	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Región de Murcia	40.028,57	40.028,57	0,00	153.257,00	12.014,00	0,00	165.271,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Comunitat Valenciana	131.691,97	131.691,97	0,00	17.377,00	0,00	0,00	17.377,00	1.222.906,22	0,00	110.000,00	1.112.906,22
Aragón	46.590,07	46.590,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	118.568,00	34.407,00	118.568,00	34.407,00
Castilla-La Mancha	69.799,15	69.799,15	0,00	0,00	93.000,00	0,00	93.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Canarias	66.204,87	66.204,87	0,00	17.370,29	31.368,36	0,00	48.738,65	0,00	0,00	0,00	0,00
Extremadura	47.505,72	0,00	47.505,72	123.014	0,00	4.054,00	118.960	0,00	0,00	0,00	0,00
Illes Balears	30.671,15	30.671,15	0,00	57.980,30	0,00	1.190,92	56.789,38	0,00	0,00	0,00	0,00
Madrid	157.402,21	157.402,21	0,00	0,00	281.115,00	0,00	281.115,00	407.618,00	0,00	407.618,00	0,00
Castilla y León	100.150,62	100.150,62	0,00	0,00	233.738,00	0,00	233.738,00	258.645,00	0,00	258.645,00	0,00
Total	1.090.699,67	1.030.896,41	59.803,26	4.404.946,71	1.351.031,97	1.340.976,44	4.415.002,24	2.049.262,62	34.407,00	908.226,50	1.175.443,12

(1) El gasto sanitario desplazado incluye las facturas registradas en el subsistema Registro de Facturas y Fondos del Organismo Gestor para deuda (FOG-deuda), la deuda que consta en balances de las Empresas Públicas sanitarias, así como la deuda pendiente con la Seguridad Social reconocida por el Servicio Andaluz de Salud el 19-02-1996, cuyo principal asciende a 186.726,29 miles de euros, beneficiada de una ampliación del periodo de carencia y de una moratoria, junta a la deuda originada por la operación de saneamiento autorizada por la D.A. 2ª de la ley 1/199 de 30 de noviembre.

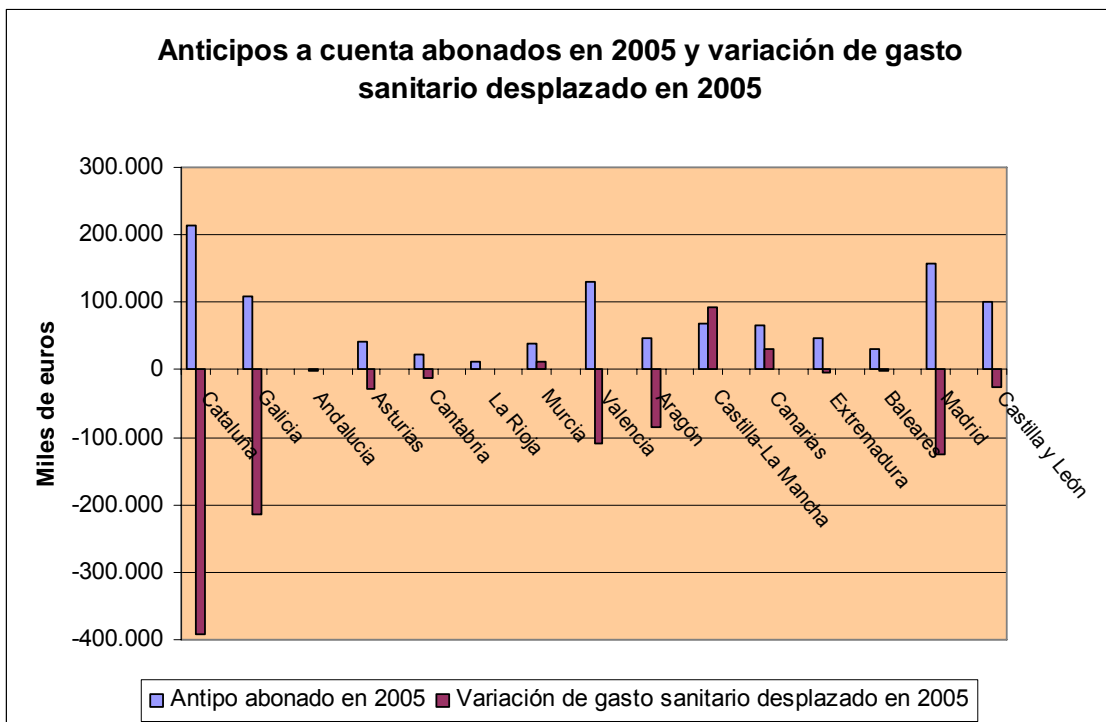
NOTA: El gasto desplazado que figura en el cuadro en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia está debidamente contabilizado en el Servicio Murciano de Salud en el año correspondiente, debido a que el SMR está sometido al régimen de contabilidad de la empresa española, por lo que puede decirse que no existe propiamente gasto desplazado en dicha Comunidad.

Al comienzo del periodo analizado (situación a 31.12.2004) dos Comunidades Autónomas, La Rioja y Castilla-La Mancha, no tenían gasto sanitario desplazado, si bien, a lo largo de 2005, esta última Comunidad generó 93.000 miles de euros por este concepto, de manera que a 31.12.2005 únicamente La Rioja presentaba un saldo cero.

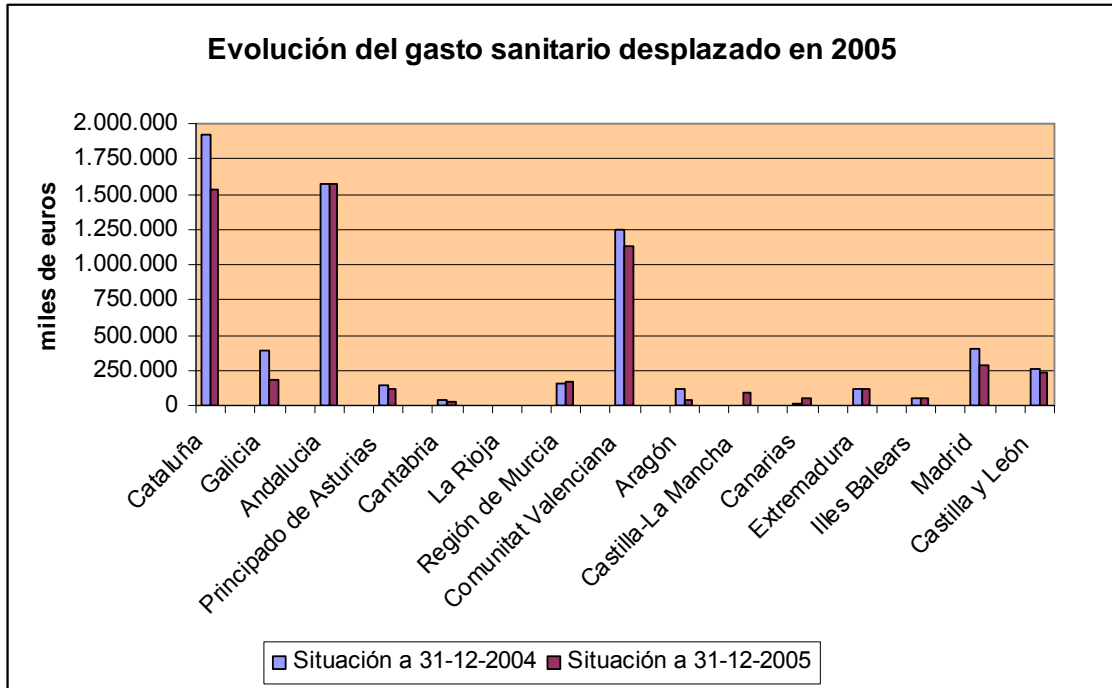
En cuanto a la evolución del gasto sanitario desplazado en 2005, éste ha experimentado una reducción global para las Comunidades Autónomas de régimen común de 863.767 miles de euros, si bien el comportamiento ha sido desigual en cada una de ellas. Descontando, a los efectos de este análisis, la reducción de 2.514 miles de euros

registrada por la Comunidad Autónoma de Andalucía³⁵, que como se ha señalado anteriormente no solicitó anticipo, el resultado es de una disminución del gasto sanitario desplazado por importe de 861.253 miles de euros.

Todas las Comunidades Autónomas redujeron el gasto sanitario desplazado a excepción de Castilla-La Mancha, Canarias y la Región de Murcia que experimentaron un incremento de esta magnitud en el ejercicio 2005. En términos porcentuales la mayor reducción la experimentan las Comunidades de Aragón, Galicia, Cantabria, y Madrid que han disminuido en un 71%, 55%, 32%, y 31%, respectivamente, el gasto sanitario desplazado existente en su Comunidad al inicio del ejercicio 2005.



³⁵ Si se excluye de esta variación el efecto derivado de la evolución de las facturas registradas en el subsistema Registro de Facturas y Fondos del Organismo Gestor para deuda (FOG-deuda), de la deuda que consta en balances de las Empresas Públicas sanitarias, así como de la deuda pendiente con la Seguridad Social reconocida por el Servicio Andaluz de Salud el 19-02-1996 beneficiada de una ampliación del periodo de carencia y de una moratoria y de la deuda originada por la operación de saneamiento autorizada por la D.A. 2ª de la ley 11/99 de 30 de noviembre, el gasto sanitario desplazado de Andalucía aumenta 42.507 miles de euros en 2005.



IV. SEGUIMIENTO DEL RESTO DE LAS MEDIDAS ADOPTADAS POR LA ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO

MEDIDAS DERIVADAS DE LA SEGUNDA CONFERENCIA DE PRESIDENTES

1. El Gobierno de la Nación incrementará sus aportaciones al Sistema Nacional de Salud mediante recursos adicionales incorporados en los Presupuestos Generales del Estado por un valor total, en 2006, de 1.150 millones de euros anuales, que se mantendrán hasta tanto se apruebe un nuevo sistema de financiación autonómica, conforme a los siguientes conceptos:
 - Ministerio de Sanidad: 50 millones de euros para un Plan de Calidad del SNS y para el INGESA con el fin de aplicar en Ceuta y Melilla criterios idénticos a los correspondientes a las Comunidades Autónomas con competencias transferidas.
 - Transferencias a las Comunidades Autónomas: 500 millones de euros, a repartir conforme a los criterios establecidos por la Ley 21/2001 actualizando la población a 2004. Esta cantidad pasará a ser de 600 millones de euros en 2007.
 - Aportación a Baleares y Canarias para compensar las circunstancias del hecho insular: 55 millones de euros.
 - Incremento de la dotación presupuestaria del Fondo de Cohesión Sanitaria: 45 millones de euros.
 - Creación de un Fondo Presupuestario de hasta 500 millones de euros anuales para apoyar a aquellas CC.AA cuyos ingresos asignados a la Sanidad evolucionen por debajo del crecimiento del PIB nominal.

2. El Gobierno de la Nación transferirá a las Comunidades Autónomas, para compensar la asistencia a residentes extranjeros, una cantidad estimada de 200 millones de euros. Igualmente, transferirá a las Comunidades Autónomas, para compensar la atención por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales cubiertos sólo por el INSS, un importe estimado de 100 millones de euros.

3. El Gobierno de la Nación, adicionalmente, efectuará, con carácter anual, una transferencia a las Comunidades Autónomas por un importe estimado anual de 227 millones de euros derivados del incremento de la imposición indirecta en los Tributos sobre Alcoholes y Tabacos.
4. El Gobierno de la Nación incrementará los recursos disponibles por las Comunidades Autónomas para ayudarles a la reducción de la deuda sanitaria acumulada mediante una mejora del sistema de liquidación en una cuantía de 1.365 millones de euros en 2006. Esta ayuda se abonará también en el ejercicio de 2005 en idéntica cuantía.
5. El Gobierno de la Nación, de acuerdo con las Comunidades Autónomas, procederá a incrementar la capacidad normativa de las mismas en relación con los impuestos indirectos sobre Hidrocarburos, Matriculación de Vehículos y Electricidad como instrumento útil para obtener los recursos que en cada caso procedan y expresión del principio de corresponsabilidad fiscal.
6. Las Comunidades Autónomas se comprometen a adoptar, al menos, las siguientes medidas de racionalización del gasto sanitario:
 - Implantar criterios racionales en la gestión de compras, en particular, la centralización de compras de los productos sanitarios de uso hospitalario en cada ámbito territorial.
 - Asegurar la calidad y el uso racional de los medicamentos (extensión de guías farmacológicas, programas de “protocolización” de la prescripción, regulación y control de la visita médica, sistemas de información independiente y objetiva para los médicos, desarrollo de programas de formación continuada, promoción de los medicamentos genéricos).
 - Establecer mecanismos que promuevan la demanda responsable de los servicios sanitarios, eviten la utilización inadecuada y estimulen estilos de vida saludable.
 - Acceso a la mejor evidencia científica disponible en relación con el uso racional de las tecnologías diagnósticas y terapéuticas.
 - Consolidar los mecanismos de incentivos a los profesionales sanitarios que ya están desarrollando las CC.AA.
 - Reforzar el papel de las Agencias de Evaluación de Tecnologías.

- Aumentar los recursos y la capacidad de resolución de la atención primaria.
 - Desarrollar el Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud.
7. La aplicación de las medidas de carácter tributario y financiero a las Comunidades Autónomas de régimen foral se realizará de acuerdo con su específico sistema de financiación de Concierto o Convenio Económico. En particular y en relación a las dotaciones presupuestarias extraordinarias destinadas por la Administración del Estado a financiar los gastos sanitarios de competencia de las Comunidades Autónomas, la participación de las Comunidades forales se realizará por minoración en el Cupo o Aportación del importe que resulte por aplicación del índice de imputación vigente en cada ejercicio a las mencionadas dotaciones presupuestarias, elevadas a nivel nacional.
 8. El Ministerio de Sanidad y Consumo presentará, en el plazo de seis meses, al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el proyecto de Cartera Básica de Servicios Sanitarios para su aprobación de acuerdo con lo dispuesto en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
 9. El Grupo de Análisis del Gasto Sanitario continuará sus trabajos para desarrollar y concretar las medidas de moderación de crecimiento del gasto sanitario y para completarlas, en su caso, con nuevas medidas que puedan ser propuestas en el futuro. El Grupo presentará el resultado de sus trabajos al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y al Consejo de Política Fiscal y Financiera, a los que deberá, además, elevar anualmente un informe en el que constarán las medidas de racionalización del gasto adoptadas por las Comunidades Autónomas.
 10. El Gobierno de la Nación y los Gobiernos de las Comunidades y Ciudades Autónomas acuerdan la creación de un Grupo de Trabajo sobre la problemática del vigente sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común, como base para comenzar los trabajos de revisión del sistema actual de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común.
 11. El Gobierno de la Nación procederá a la convocatoria inmediata del Consejo de Política Fiscal y Financiera para que proceda a determinar los criterios de reparto de

las distintas cantidades que puedan ser territorializadas a priori, conforme, en su caso, a los mecanismos previstos en la Ley, teniendo en cuenta la población de 2004, de tal forma que el Ministerio de Economía y Hacienda pueda articular inmediatamente los acuerdos anteriores.

PREAMBULO

El Acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera de 22 de noviembre de 2005, sobre seguimiento de medidas de financiación y gasto sanitario derivadas de la Segunda Conferencia de Presidentes, establece en su punto cuarto que el Grupo de trabajo de Análisis de Gasto Sanitario se encargará del seguimiento del resto de las medidas adoptadas por la Administración General del Estado en ejecución de lo dispuesto en el Acuerdo de la Segunda Conferencia de Presidentes y en el Pleno del Consejo de Política Fiscal y Financiera de 13 de septiembre de 2005.

Para dar cumplimiento a este mandato, la Administración General del Estado ha venido trasladando al Grupo de trabajo de Análisis de Gasto Sanitario información referente a las actuaciones que ha llevado a cabo desde la celebración de la Segunda Conferencia de Presidentes para la ejecución de las medidas que se derivaron de la misma. Esta información se ha presentado agrupando las actuaciones llevadas a cabo por semestres, tal y como se recoge a continuación:

- la información relativa al primer semestre de 2006 se presentó en las reuniones del Grupo de trabajo de 5 de junio y 7 de julio de 2006,
- la relativa al segundo semestre de 2006 se presentó en la reunión del Grupo de trabajo celebrada el 12 de febrero de 2007,
- la relativa al primer semestre de 2007 se incluye en el presente documento.

A continuación, se recoge de forma agregada la información anterior que se refiere al periodo comprendido entre la celebración de la Segunda Conferencia de Presidentes y el 30 de junio de 2007.

IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS

MEDIDA 1, PRIMER PUNTO. Ministerio de Sanidad: 50 millones de euros para un Plan de Calidad del SNS y para el INGESA con el fin de aplicar en Ceuta y Melilla criterios idénticos a los correspondientes a las Comunidades Autónomas con competencias transferidas.

Ejercicio 2006

La instrumentación de esta medida supuso la inclusión en los Presupuestos Generales del Estado para el año 2006, dentro del Programa 3110 “Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud” del Ministerio de Sanidad y Consumo de varias partidas presupuestarias por un importe total de 50 millones de euros, de los cuales:

- **48,8 millones de euros se destinaron a la financiación del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS)**, presentado públicamente por el Ministerio de Sanidad y Consumo en marzo de 2006 con el fin de dar aplicación al compromiso derivado de la Segunda Conferencia de Presidentes.

La finalidad básica del Plan es la mejora de la calidad del Sistema Nacional de Salud, asegurando el acceso a sus prestaciones en condiciones de igualdad en todo el territorio nacional. El Plan está estructurado en torno a seis grandes áreas de actuación: Protección, promoción de la salud y prevención, Fomento de la equidad, Apoyo a la planificación y el desarrollo de los recursos humanos en salud, Fomento de la excelencia clínica, Utilización de las tecnologías de la información para mejorar la atención y Mayor transparencia.

Asimismo, el Plan de Calidad para el SNS prevé la creación de los premios a la calidad, con objeto de premiar a las instituciones, centros, equipos y servicios de salud que se hayan distinguido en la realización de actividades de mejora en la calidad de los servicios ofrecidos a los ciudadanos.

Las seis grandes áreas de actuación se concretan en 12 estrategias (grandes ejes de actuación con un horizonte a medio y largo plazo), 41 objetivos y 198 proyectos de

acción, y su ejecución se llevó a cabo mediante convenios con Comunidades Autónomas, Universidades y Administraciones Locales, contratos con empresas, encomiendas de gestión con organismos públicos y ejecución directa por el propio Ministerio.

El destino de estos recursos ha sido el siguiente:

- **33,8 millones de euros** para políticas de cohesión y mejora de la calidad, que se canalizaron a través de la Agencia de Calidad del SNS.

Estos recursos se han aplicado a financiar distintas inversiones y mejoras en sistemas de información vinculados al Plan de Calidad del SNS, a la realización de proyectos para la mejora de la calidad de la Organización Nacional de Trasplantes, campañas divulgativas de medidas contempladas en el Plan de calidad del SNS, así como a la suscripción de diversos convenios.

Entre éstos, cabe destacar los suscritos con CC.AA. para prácticas seguras en centros sanitarios (8,06 millones de euros), con el Instituto de Salud Carlos III para desarrollar actividades formativas de investigación y asesoramiento (9,15 millones de euros), así como con el Instituto Nacional de Estadística para llevar a cabo la encuesta nacional de la salud (1,10 millones de euros) y con Universidades para la realización de diversos estudios (1,48 millones de euros).

A continuación se recoge el desglose de los convenios suscritos con las Comunidades Autónomas:

Comunidad Autónoma	Importe
Cataluña	882,09
Galicia	990,43
Andalucía	1.577,88
P. de Asturias	472,50
Cantabria	574,89
R. de Murcia	206,38
Aragón	358,65
Castilla La-Mancha	592,65
Canarias	866,76
Illes Balears	210,60
Castilla y León	1.254,31
INGESA	81,00
Total	8.068,14

(Miles de euros)

- **15 millones de euros** para reforzar las actuaciones de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y resto de organismos que componen la red de evaluación del SNS, que se han canalizado a través del Instituto de Salud Carlos III.

La totalidad de la dotación se destinó a financiar la Estrategia nº 6 “Evaluar las tecnologías y procedimientos clínicos como soporte a las decisiones clínicas y de gestión”, encuadrada en el área de actuación 4 “Fomento de la excelencia clínica”, del Plan de Calidad del SNS, a través de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III, en colaboración con el resto de Agencias y Unidades de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de las Comunidades Autónomas, tal y como se recoge en el propio Plan.

La ejecución de esta estrategia supuso una transferencia interna a favor del Instituto de Salud Carlos III, tras la suscripción del convenio entre éste organismo y

el Ministerio de Sanidad y Consumo. Por su parte, el Instituto estableció convenios con las Agencias y Unidades de Evaluación de Tecnologías Sanitarias que dependen de las Comunidades Autónomas para financiar una cartera de proyectos previamente negociada entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y las Agencias por importe de 9,72 millones de euros, además de haber llevado a cabo directamente distintas actividades relacionadas con la evaluación de tecnologías sanitarias que supusieron la ejecución de 5,28 millones de euros.

Los convenios suscritos, así como sus importes se recogen en el cuadro que figura a continuación:

Comunidad Autónoma	Organismo	Importe
País Vasco	Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias	766,84
Cataluña	Agencia D'Evaluació	3.164,56
Galicia	Fundación Escola Galega	548,69
Andalucía	Fundación Progreso y Salud	2.624,18
Aragón	Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.	365,50
Canarias	Fundación Canaria de Investigación y Salud	1.215,19
Madrid	Agencia Laín Entralgo	1.040,42
Total		9.725,38

(Miles de euros)

- **1,2 millones de euros que se han destinado a Ceuta y Melilla a través del INGESA,** con objeto de aplicar criterios idénticos a los correspondientes a las Comunidades Autónomas con competencias transferidas.

Esta medida se instrumentó mediante la dotación de 1,2 millones de euros en los Presupuestos Generales del Estado para el año 2006, Ministerio de Sanidad y Consumo, para la mejora de la calidad de las prestaciones sanitarias de Ceuta y Melilla a través del INGESA.

Tras la firma del convenio con el INGESA el 15 de junio de 2006, se le transfirió la totalidad de la dotación.

Primer semestre ejercicio 2007

El ejercicio 2007 ha supuesto la continuación de muchas de las actividades iniciadas el pasado año tendentes a la puesta en marcha del Plan de Calidad y el inicio de nuevos programas de actuación. Para ello, los Presupuestos Generales del Estado para el año 2007, dentro del Programa 311O “Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud” del Ministerio de Sanidad y Consumo, incluyen diferentes partidas presupuestarias por un importe de 50,5 millones de euros:

- **34,3 millones de euros** para políticas de cohesión y mejora de la calidad, que se canalizan a través de la Agencia de Calidad del SNS.

Estos recursos se han aplicado a financiar distintas inversiones y mejoras en sistemas de información vinculados al Plan de Calidad del SNS, a la realización de proyectos para la mejora de la calidad de la Organización Nacional de Trasplantes, a la financiación del programa PERSEO (Programa piloto escolar de referencia para la salud y el ejercicio contra la obesidad), a la Agencia Estatal de Seguridad Alimentaria, a financiar acciones para la mejora de la formación especializada de profesionales sanitarios y para la implantación de registros de profesionales sanitarios, a la financiación al Instituto Nacional de Consumo de estudios sobre los accidentes en el hogar y en las actividades de ocio así como la realización de un estudio antropométrico de la población española, a campañas divulgativas de medidas contempladas en el Plan de calidad del SNS, y a la suscripción de diversos convenios.

Entre éstos convenios, cabe destacar los suscritos con:

- Comunidades Autónomas para prácticas seguras en centros sanitarios, muchos de los cuales son convenios plurianuales firmados el pasado ejercicio, a los que se han añadido las Comunidades Autónomas del País Vasco, Navarra, Extremadura y La Rioja (4,7 millones de euros).

- Con Universidades para la realización de diversos estudios (1,66 millones de euros).
- Con el Instituto de Salud Carlos III (10,74 millones de euros) con el siguiente detalle: para desarrollar actividades formativas (0,63 millones de euros), de investigación (8,53 millones de euros), y asesoramiento (1,58 millones de euros). Cabe señalar que el Instituto, principalmente para la ejecución de las acciones formativas y de investigación, colabora a través de convocatorias públicas, mediante convenios de colaboración y contratos privados con entidades dependientes de las Comunidades Autónomas.

A continuación se recoge el desglose de los convenios suscritos con las Comunidades Autónomas relativos al impulso de prácticas seguras en centros sanitarios:

Comunidad Autónoma	Importe
País Vasco	764,95
Cataluña	294,03
Galicia	330,14
Andalucía	525,96
P. de Asturias	157,50
Cantabria	191,63
La Rioja	197,30
R. de Murcia	68,80
Aragón	119,55
Castilla La-Mancha	197,55
Canarias	288,92
Navarra	742,15
Extremadura	272,25
Illes Balears	70,20
Castilla y León	418,10
INGESA	81,00

Total	4.720,03
-------	----------

(Miles de euros)

- **15 millones de euros** para reforzar las actuaciones de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y resto de organismos que componen la red de evaluación del SNS, que se canalizan a través del Instituto de Salud Carlos III.

Al igual que en el ejercicio anterior, la totalidad de la dotación incluida en los Presupuestos Generales del Estado para 2007 de 15 millones de euros se ha destinado a financiar la Estrategia nº 6 “Evaluar las tecnologías y procedimientos clínicos como soporte a las decisiones clínicas y de gestión”, encuadrada en el área de actuación 4 “Fomento de la excelencia clínica”, del Plan de Calidad del SNS, a través de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III, en colaboración con el resto de Agencias y Unidades de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de las Comunidades Autónomas, tal y como se recoge en el propio Plan.

La ejecución de esta estrategia ha supuesto una transferencia interna a favor del Instituto de Salud Carlos III. Para su ejecución, el Instituto ha establecido convenios con las Agencias y Unidades de Evaluación de Tecnologías Sanitarias que dependen de las Comunidades Autónomas para financiar una cartera de proyectos previamente negociada entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y las Agencias por importe de 10,07 millones de euros en el 2007 (importe total : 21,40 millones de euros periodo 2007/2008) además de llevar a cabo directamente distintas actividades relacionadas con la evaluación de tecnologías sanitarias que han supuesto la ejecución de 5 millones de euros.

Los convenios suscritos, así como los importes correspondientes a la anualidad de 2007 se recogen en el cuadro que figura a continuación:

Comunidad Autónoma	Organismo	Importe anualidad 2007
País Vasco	Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias	952,45
Cataluña	Agencia D'Evaluació	2.095,07
Galicia	Fundación Escola Galega	541,03
Andalucía	Fundación Progreso y Salud	3.323,02
Aragón	Instituto Aragonés de Salud Pública	1.138,76
Canarias	Fundación Canaria de Investigación y Salud	613,15
Madrid	Agencia Lain Entralgo	1.408,40
Total		10.071,88

(Miles de euros)

- **1,2 millones de euros** que se destinarán a **Ceuta y Melilla** a través del INGESA, con objeto de aplicar criterios idénticos a los correspondientes a las Comunidades Autónomas con competencias transferidas.

Esta medida se ha instrumentado mediante la dotación de 1,2 millones de euros en los Presupuestos Generales del Estado para 2007, para la mejora de la calidad de las prestaciones sanitarias de Ceuta y Melilla a través del INGESA, habiéndose abonado ya, a través de pagos mensuales la cantidad de 700.000 euros, de acuerdo con el Plan de disposición de fondos del Tesoro Público.

MEDIDA 1, SEGUNDO PUNTO. Transferencias a las Comunidades Autónomas: 500 millones de euros, a repartir conforme a los criterios establecidos por la Ley 21/2001 actualizando la población a 2004. Esta cantidad pasará a ser de 600 millones de euros en 2007.

Ejercicio 2006

Esta medida se instrumentó mediante la inclusión de una dotación complementaria para la financiación de la asistencia sanitaria, por importe total de 500 millones de euros, en la

sección 32 de los Presupuestos Generales del Estado para el año 2006, dentro del Programa 941O “Otras Transferencias a Comunidades Autónomas”.

De conformidad con el artículo 108 de la Ley 30/2005, de 29 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2006, el importe de los créditos dotados en el presupuesto se hizo efectivo por dozavas partes mensuales a las Comunidades Autónomas que lo habían solicitado a través de la correspondiente Comisión Mixta.

Durante los meses de marzo y abril de 2006 se celebraron las correspondientes Comisiones Mixtas con el fin de dar cumplimiento a esta previsión, procediéndose a continuación a satisfacer a todas las Comunidades los importes correspondientes a los cuatro primeros meses del año en el mes de abril. A partir de este momento, se realizó un pago mensual correspondiente a la dozava parte del importe total.

Las fechas de celebración de las respectivas Comisiones Mixtas y el importe total percibido por cada Comunidad Autónoma en el año 2006 se recogen en el siguiente cuadro:

Comunidad Autónoma	Fecha C.M.	Importe transferido en 2006
Cataluña	18-04-06	85.838.50
Galicia	17-04-06	36.071.75
Andalucía	25-03-06	91.132.75
Principado de Asturias	23-03-06	14.450.00
Cantabria	28-03-06	7.111.25
La Rioja	10-04-06	3.742.00
Región de Murcia	28-03-06	15.170.50
Comunitat Valenciana	14-03-06	56.065.00
Aragón	05-04-06	16.228.75
Castilla-La Mancha	14-03-06	23.680.50
Canarias	04-04-06	23.986.25
Extremadura	02-03-06	13.598.75
Illes Balears	05-04-06	11.955.00
Madrid	24-03-06	67.953.25
Castilla y León	21-03-06	33.015.75
Total		500.000,00

(Miles de euros)

Primer semestre ejercicio 2007

Esta medida se ha instrumentado mediante la inclusión de una dotación complementaria para la financiación de la asistencia sanitaria por importe de 600 millones de euros, en la sección 32 de los Presupuestos Generales del Estado para 2007, dentro del Programa 9410 “Otras Transferencias a Comunidades Autónomas”.

De acuerdo con el artículo 113 de la Ley 42/2006, de 28 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2007, esta dotación se distribuye entre las Comunidades Autónomas de conformidad con el criterio de reparto adoptado en la Sesión Plenaria del Consejo de Política Fiscal y Financiera celebrada el día 13 de septiembre de 2005, actualizando la población a 2005. El importe de estos créditos se hace efectivo por doceavas partes mensuales.

El importe total correspondiente a cada Comunidad Autónoma en el año 2007 y el importe transferido entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2007 se recogen en el siguiente cuadro:

Comunidad Autónoma	Importe total dotación en 2007	Importe transferido entre el 1 de enero y el 30 de junio
Cataluña	103.129.20	51.564.60
Galicia	42.657.00	21.328.50
Andalucía	109.356.60	54.678.30
Principado de Asturias	17.056.20	8.528.10
Cantabria	8.473.80	4.236.90
La Rioja	4.475.70	2.237.85
Región de Murcia	18.354.30	9.177.15
Comunitat Valenciana	67.994.40	33.997.20
Aragón	19.325.70	9.662.85
Castilla-La Mancha	28.373.40	14.186.70
Canarias	29.005.80	14.502.90
Extremadura	16.109.10	8.054.55
Illes Balears	14.465.40	7.232.70
Madrid	82.112.40	41.056.20
Castilla y León	39.111.00	19.555.50

(Miles de euros)

MEDIDA 1, TERCER PUNTO. Aportación a Baleares y Canarias para compensar las circunstancias del hecho insular: 55 millones de euros.

Ejercicio 2006

Esta medida se instrumentó mediante la dotación de las correspondientes partidas presupuestarias en la sección 32 de los Presupuestos Generales del Estado para el año 2006, dentro del Programa 941O “Otras Transferencias a Comunidades Autónomas”, Servicios 12 “Canarias” y 15 “Illes Balears”.

De conformidad con el artículo 109 de la Ley 30/2005, de 29 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2006, el importe de los créditos presupuestarios se distribuyó entre ambas Comunidades Autónomas de conformidad con las cuantías acordadas en la Sesión Plenaria del Consejo de Política Fiscal y Financiera celebrada el 13 de septiembre de 2005.

Tras la celebración de las Comisión Mixtas en el mes de abril, se transfirieron los importes correspondientes a los cuatro primeros meses del año. A partir de este momento, se realizó el pago mensual por dozavas partes. Las fechas de celebración de las respectivas Comisiones Mixtas y el importe transferido a cada Comunidad Autónoma en el año 2006 se recogen en el siguiente cuadro:

Comunidad Autónoma	Fecha C.M.	Importe transferido en 2006
Canarias	04-04-06	28.700,00
Illes Balears	05-04-06	26.300,00
Total		55.000,00

(miles de euros)

Primer semestre ejercicio 2007

Esta medida se ha instrumentado mediante la dotación de las correspondientes partidas presupuestarias en la sección 32 de los Presupuestos Generales del Estado para el año 2007 por un importe de 55 millones de euros. Dichas partidas figuran en el Programa 9410 “Otras Transferencias a Comunidades Autónomas”, Servicios 12 “Canarias” y 15 “Illes Balears”.

De acuerdo con el artículo 114 de la Ley 42/2006, de 28 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2007, y al igual que en el ejercicio anterior, esta dotación se distribuye entre ambas Comunidades Autónomas de conformidad con las cuantías acordadas en la Sesión Plenaria del Consejo de Política Fiscal y Financiera celebrada el día 13 de septiembre de 2005. El importe de estos créditos se hace efectivo por doceavas partes mensuales.

El importe total correspondiente a cada Comunidad Autónoma en el año 2007 y el importe transferido entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2007 se recogen en el siguiente cuadro:

Comunidad Autónoma	Importe total de la dotación en 2007	Importe transferido entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2007
Canarias	28.700,00	14.350,00
Illes Balears	26.300,00	13.150,00
Total	55.000,00	27.500,00

(Miles de euros)

MEDIDA 1, CUARTO PUNTO. Incremento de la dotación presupuestaria del Fondo de Cohesión Sanitaria: 45 millones de euros.

Ejercicio 2006

La Segunda Conferencia de Presidentes celebrada el día 10 de septiembre de 2005 y el Consejo de Política Fiscal y Financiera, en su Sesión Plenaria número 56 celebrada el día 13 de septiembre de 2005, aprobaron el incremento de la dotación presupuestaria del Fondo de Cohesión Sanitaria en 45 millones de euros, destinados a:

- Incrementar la compensación económica de los procesos recogidos en los Anexos I y II del Real Decreto en vigor en ese momento.
- Actualizar la lista de procesos que estaban en vigor en ese momento, incluyendo aquéllos fruto de innovaciones tecnológicas recientes y excluyendo otros ya desfasados.
- Compensar económicamente los procesos a atender en los Servicios y Unidades de Referencia.
- Mejorar el funcionamiento de los servicios informáticos asociados a la facturación de la asistencia realizada a los desplazados temporales de la Unión Europea.

Esta financiación adicional se incorporó en el Programa 311O “Cohesión y Calidad del SNS” dentro del presupuesto del Ministerio de Sanidad y Consumo, pasando el Fondo de Cohesión de estar dotado con 54,09 millones de euros en 2005 a 99,09 millones de euros en 2006.

La Comisión de Seguimiento del Fondo de Cohesión, creada en el Real Decreto 1247/2002, de 3 de diciembre, por el que se regula la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria, y en la que participan las Comunidades Autónomas asumió, en su reunión de 6 de octubre de 2005, la necesidad de elaborar un nuevo Real Decreto que regulara el Fondo de Cohesión Sanitaria y acordó constituirse en el órgano impulsor de esta modificación mediante la elaboración de un borrador para presentar al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

El proyecto de Real Decreto fue examinado y discutido en las reuniones de la Comisión de Seguimiento del Fondo de Cohesión celebradas los días 2 de febrero y 2 de marzo de 2006 e informado finalmente por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en el Pleno celebrado el día 29 de marzo de 2006.

Finalmente, el Consejo de Ministros de 20 de octubre de 2006 aprobó el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula el Fondo de Cohesión Sanitaria**, que fue publicado en el Boletín Oficial del Estado de 21 de octubre de 2006, entrando en vigor al día siguiente de su publicación.

Las principales novedades de este Real Decreto son:

- La modificación de los Anexos que recogen los procesos susceptibles de financiación por el Fondo.
- La elevación del porcentaje de coste compensable de los procesos contemplados de un 40% a un 80%.
- El reparto para la compensación a las Comunidades Autónomas por la asistencia sanitaria prestada a desplazados a España en estancia temporal se hará de forma proporcional al saldo neto de facturación de cada Comunidad Autónoma y solamente entre aquellas en las que este saldo sea positivo.
- La incorporación de la compensación por la asistencia sanitaria a pacientes residentes en España derivados entre Comunidades Autónomas para su atención en centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud por las patologías, técnicas y procedimientos que se presten en estos centros, una vez que sean designados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de la Salud y acreditados por el Ministerio de Sanidad y Consumo, en desarrollo de la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS.

Con el fin de hacer efectivas las previsiones de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, a propuesta del Ministerio de Sanidad

*El Real Decreto 1207/ 2006 regulador del Fondo de Cohesión Sanitaria, ha sido recurrido en la vía contencioso-administrativa por las CCAA de Valencia, Murcia, Castilla y León, Canarias y Madrid.

y Consumo, la Comisión de Aseguramiento, Financiación y Prestaciones, dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud acordó, en su reunión de 8 de noviembre de 2005, la creación de un Grupo de trabajo, integrado por representantes de las Comunidades Autónomas y del Ministerio de Sanidad y Consumo para elaborar un proyecto de Real Decreto en el que se recogieran los conceptos de Centros, Servicios y Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud y los criterios y el procedimiento a seguir para su designación.

En febrero de 2006, el Grupo finalizó sus trabajos con la elaboración de un proyecto de Real Decreto que fue presentado al Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de 29 de marzo de 2006. El 10 de noviembre de 2006, el Consejo de Ministros aprobó el Real Decreto 1302/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los Centros, Servicios y Unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud, publicado en el Boletín Oficial del Estado de 11 de noviembre, entrando en vigor al día siguiente de su publicación.

El procedimiento para la determinación de los Centros, Servicios y Unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud se desarrolla según los establecido en este Real Decreto. Es evidente que la tramitación de este Real Decreto no permitió la incorporación en 2006 de financiación específica por este concepto con cargo al Fondo de Cohesión Sanitaria.

No obstante, las características asistenciales exigidas para la designación y acreditación de estos centros hacen que los procedimientos que serán en su día objeto de financiación estén incluidos, al menos en parte, dentro de los que se recogen en los anexos del Real Decreto 1207/2006, por lo que éste recoge la necesidad de adaptar sus contenidos con objeto de incorporar los procedimientos atendidos en Centros, Unidades y Servicios de referencia.

Teniendo esto en cuenta, la ejecución de la partida de 99,09 millones de euros contemplada en el programa de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud en el presupuesto del Ministerio de Sanidad y Consumo para 2006, ha sido del 99,94 por ciento, ascendiendo a 99,03 millones de euros, lo que supone un incremento absoluto de 48,14 millones de euros frente a los 50,89 ejecutados en el año 2005 (94,59 por ciento de incremento).

El reparto entre Comunidades Autónomas del Fondo de Cohesión Sanitaria en 2006, presenta el siguiente detalle:

LIQUIDACIÓN FONDO DE COHESIÓN SANITARIA 2006

REAL DECRETO 1207/2006 DE 20 DE OCTUBRE

(En miles de euros)

Comunidad Autónoma	ESPAÑOLES PROCESOS HOSPITALARIOS (GDR) ANEXO I (1)	ESPAÑOLES PROCEDIMIENTOS ESPECIALES ANEXO II (2)	COMPENSACIÓN DESPLAZADOS ESPAÑOLES (3)=(1)+(2)	COMPENSACIÓN DESPLAZADOS A CARGO DE OTROS ESTADOS (4) (*)	Total (5)=(3)+(4)
Cataluña	11.484,21	1.642,24	13.126,45		13.126,45
Galicia				1.761,34	1.761,34
Andalucía	1.074,97	153,72	1.228,69	395,30	1.623,99
Principado de Asturias				10,33	10,33
Cantabria	5.621,30	803,85	6.425,15	179,53	6.604,68
R. de Murcia				1.690,54	1.690,54
C. Valenciana	1.354,09	193,63	1.547,72	7.010,95	8.558,67
Canarias				9.221,02	9.221,02
Extremadura				422,15	422,15
Illes Balears				3.103,11	3.103,11
Madrid	46.291,49	6.619,68	52.911,17		52.911,17
Total	65.826,06	9.423,12	75.239,18	23.794,27	99.033,45

(Miles de euros)

(*) El reparto del saldo neto nacional por asistencia a cargo de otro Estado se hace en función del saldo positivo de facturación de las CC. AA. en 2005.

Flujos de Pacientes 2004 y Coste medio Euros 2006 calculado tomando como base coste medio CMBD 2003 (último disponible) incrementado 3,2% para 2004, un 3,7% para 2005 según IPC y un 2,8% para 2006 según el índice deflactor del consumo privado de los hogares que figura en el Programa de Estabilidad del Reino de España para los años 2005-2008. .

Primer semestre ejercicio 2007

Esta medida se ha instrumentado mediante la dotación de la correspondiente partida presupuestaria en la sección 26 de los Presupuestos Generales del Estado para el año 2007, Ministerio de Sanidad y Consumo, en el Programa 311O “Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud” por importe de 99,09 millones de euros, incorporando de esta forma los 45 millones de euros derivados de la Segunda Conferencia de Presidentes.

El artículo 10 del Real Decreto 1207/2006, establece en su punto 2 que, al final del primer semestre de cada año, el Ministerio de Sanidad y Consumo efectuará la transferencia a las Comunidades Autónomas del 75 por ciento de la liquidación provisional, con cargo a la

definitiva, que se realizará en el último trimestre de cada ejercicio sobre la base de los últimos datos reales disponibles.

Los datos en los que se basa la liquidación provisional son los flujos de pacientes entre Comunidades Autónomas de 2005 según los datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria y los costes medios por grupos de diagnósticos relacionados (GDR) correspondientes a 2004 (últimos disponibles) actualizados según los procedimientos que también se describen el citado Real Decreto.

El 75 por ciento de la liquidación provisional realizada en el primer semestre de 2007, cuya transferencia se está tramitando a la fecha de elaboración del presente documento, y su distribución por Comunidades Autónomas, se recogen en el siguiente cuadro.

LIQUIDACIÓN PROVISIONAL FONDO DE COHESIÓN SANITARIA 2007 (75%)

REAL DECRETO 1207/2006 DE 20 DE OCTUBRE

(En miles de euros)

Comunidad Autónoma	ESPAÑOLES PROCESOS HOSPITALARIOS (GDR) ANEXO I (1)	ESPAÑOLES PROCEDIMIENTOS ESPECIALES ANEXO II (2)	COMPENSACIÓN DESPLAZADOS ESPAÑOLES (3)=(1)+(2)	COMPENSACIÓN DESPLAZADOS A CARGO DE OTROS ESTADOS (4) (*)	Total (5)=(3)+(4)
Cataluña	9.769,78	1.397,08	11.166,86		11.166,86
Galicia				1.532,76	1.532,76
Andalucía	1.294,39	185,10	1.479,49	4.768,59	6.248,08
Principado de Asturias				149,02	149,02
Cantabria	4.236,21	605,78	4.841,99	106,44	4.948,43
R. de Murcia	166,65	23,83	190,48	1.468,90	1.659,38
C. Valenciana				7.621,23	7.621,23
Canarias				2.810,06	2.810,06
Extremadura				191,60	191,60
Illes Balears				2.639,76	2.639,76
Madrid	35.211,85	5.035,30	40.247,14		40.247,14
Total	50.678,88	7.247,08	57.925,96	21.288,35	79.214,32

(*) El reparto del saldo neto nacional por asistencia a cargo de otro Estado se hace en función del saldo positivo de facturación de las CC. AA. en 2006.

Coste medio Euros 2007 calculado tomando como base coste medio 2004 (último disponible) incrementado para 2005 un 3,7% y para 2006 un 2,7%, según el IPC respectivo publicado por el INE y para 2007 el 2,7% según el índice deflactor del consumo privado de los hogares que figura en el Programa de Estabilidad del R. de España para los años 2006-2009.

Por otra parte, el procedimiento para la determinación de los centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud, se desarrolla actualmente según lo establecido por el Real Decreto 1302/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud, que fue aprobado por el Consejo de Ministros el 10 de noviembre y publicado en el Boletín Oficial del Estado de 11 de noviembre de 2006.

El 28 de noviembre de 2006 se constituyó el Comité de Designación de Centros, Servicios y Unidades de Referencia, creado por el artículo 4 del Real Decreto 1302/2006, presidido por el Director General de Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección e integrado por un representante de cada una de las Comunidades Autónomas, del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, de la Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión, del Instituto de Salud Carlos III, de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud y de la Organización Nacional de Trasplantes.

El 30 de mayo de 2007, se reunió el Comité de Designación de Centros, Servicios y Unidades de Referencia. En dicha reunión se presentaron para acuerdo del Comité:

- Los trabajos realizados por los grupos de expertos ya puestos en marcha (Cirugía plástica, estética y reparadora, Oncología médica y radioterápica y Oftalmología).
- Las propuestas de la Organización Nacional de Trasplantes en relación con los trasplantes de órganos sólidos, aprobadas por la Comisión Permanente de Trasplantes del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- El procedimiento de designación de Centros, Servicios y Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud.

Tras analizar las distintas propuestas presentadas, se acordó aprobar el contenido de los trabajos de los grupos de expertos de Oftalmología, Oncología médica y radioterápica, Cirugía plástica, estética y reparadora y Trasplantes, elevando al Consejo Interterritorial del SNS las propuestas definitivas. Los grupos continuarán en el futuro trabajando en algunos temas que han quedado pendientes por diversos motivos, así como en la actualización del trabajo realizado. A medida que se vayan creando nuevos grupos de

expertos se abordarán las propuestas que se han detectado en estos grupos y que afectan a otras áreas de especialización.

Así mismo se decidió continuar con el plan de trabajo, acordado en la anterior reunión del Comité, siendo las próximas áreas a abordar las de prioridad 1, que aún no se habían abordado.

Por otro lado, de los temas multidisciplinarios incluidos en las propuestas presentadas se acordó estudiar en el Grupo de Traumatología y ortopedia: los reimplantes, propuestos por el Grupo de Cirugía plástica, estética y reparadora, y el tratamiento conservador de los tumores musculoesqueléticos localizados, propuesto por el Grupo de Oncología médica y radioterápica. La ficha de trasplante de córnea en niños elaborada por el Grupo de Oftalmología va a ser revisada conjuntamente con algún representante de este Grupo y de la Comisión Nacional de Trasplantes, con el fin de acordar criterios comunes.

En cuanto a la Cirugía de cambio de sexo, tema que fue planteado en el Grupo de Cirugía plástica, estética y reparadora, se acordó abordarlo también en próximas fechas por un grupo multidisciplinar.

En lo relativo al procedimiento de designación, se elaboró, partiendo del esquema incluido en el programa de trabajo, un borrador por parte del Ministerio, que fue presentado y aprobado en el Comité de Designación de Centros, Servicios y Unidades de referencia del SNS.

MEDIDA 1, QUINTO PUNTO. Creación de un Fondo Presupuestario de hasta 500 millones de euros anuales para apoyar a aquellas Comunidades Autónomas cuyos ingresos asignados a la Sanidad evolucionen por debajo del crecimiento del PIB nominal.

Primer semestre ejercicio 2007

La 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 Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía, establece que, durante los tres primeros años del Sistema, el Estado garantiza a las Comunidades Autónomas que tengan asumida la gestión de los servicios de asistencia

sanitaria de la Seguridad Social que el índice de evolución de la financiación asignada a los mismos tendrá un índice de evolución del PIB nominal a precios de mercado.

Dado que esta garantía de financiación únicamente resulta de aplicación durante los tres primeros años del Sistema, finalizó su vigencia en la liquidación del ejercicio 2004. No obstante, en la Segunda Conferencia de Presidentes y en el Acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera de 13 de septiembre de 2005, se contempló la creación de un fondo presupuestario, de hasta 500 millones de euros, que permitiera mantener, hasta que se apruebe un nuevo sistema de financiación autonómica, la existencia de un Fondo para apoyar a aquellas Comunidades cuyos ingresos asociados a la Sanidad evolucionen por debajo del crecimiento del PIB nominal. El primer ejercicio que se ve afectado por esta medida es el de 2005, cuya liquidación se contempla en los Presupuestos Generales del Estado para el año 2007.

Por tanto, en ejecución de esta medida, los Presupuestos Generales del Estado para el año 2007 contemplan en la Sección 32, Programa 941M “Transferencias a CC.AA. por participación en ingresos del Estado”, el subconcepto 45201 “Liquidación definitiva de la financiación de las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía de ejercicios anteriores. Garantía de Asistencia Sanitaria”.

El cálculo de la cuantía que corresponde a cada Comunidad Autónoma se ha realizado, de conformidad con lo dispuesto en el mencionado Acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera de 13 de septiembre de 2005, según las reglas contenidas en el artículo 110 de la Ley 42/2006, de 28 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2007.

Practicada la liquidación correspondiente al año 2005 del sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía, regulado en la Ley 21/2001 de 27 de diciembre, con fecha 6 de junio de 2007, el importe correspondiente por este concepto a las Comunidades Autónomas se recoge en el siguiente cuadro:

Comunidad Autónoma	Importe
Galicia	32.729,95
Principado de Asturias	35.992,83
Extremadura	8.619,75
Illes Balears	25.937,60
Castilla y León	39.905,58
Total	143.185,71

(Miles de euros)

De conformidad con el artículo 110 de la Ley 42/2006, de 28 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2007, el resto de las Comunidades Autónomas no han recibido fondos de esta medida debido a que sus ingresos asignados a la Sanidad evolucionaron por encima del crecimiento del PIB nominal.

MEDIDA 2, PRIMERA PARTE: El Gobierno de la Nación transferirá a las Comunidades Autónomas, para compensar la asistencia a residentes extranjeros, una cantidad estimada de 200 millones de euros.

Ejercicio 2006

La disposición adicional quincuagésima octava de la Ley 30/2005, de 29 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2006 establece que el Instituto Nacional de la Seguridad Social transferirá a las Comunidades Autónomas el saldo neto positivo obtenido en el ejercicio inmediato anterior y resultante de la diferencia, en el ámbito nacional, entre el importe recaudado en concepto de cuotas globales por la cobertura de la asistencia sanitaria a beneficiarios residentes en España y el importe abonado a otros Estados por asegurados en España que residan en territorio de otro Estado, determinando el criterio de distribución de dicho importe entre las distintas Comunidades Autónomas.

Con el fin de dar aplicación de esta disposición, se dictó la Orden TAS/131/2006, de 26 de enero, en la que se fijan los plazos en los que la mencionada entidad gestora debe

calcular el saldo neto positivo a abonar, en concepto de cuota global, realizar las operaciones de distribución territorial y efectuar la correspondiente transferencia.

Durante el primer semestre de 2006, el Instituto Nacional de la Seguridad Social llevó a cabo las operaciones de cierre y liquidación necesarias para la determinación del saldo neto de las cuotas globales correspondientes al ejercicio 2005, que fueron distribuidas, de conformidad con la normativa anteriormente citada, entre las Comunidades Autónomas en función del número de meses de residencia efectiva en dicho año de los asegurados con cobertura sanitaria derivada de un certificado emitido por el organismo asegurador, e inscrito en las correspondientes Direcciones Provinciales de la entidad gestora en la Comunidad Autónoma de que se trate.

El 28 de julio de 2006, el Instituto Nacional de la Seguridad Social formalizó la propuesta de pago a favor de las Comunidades Autónomas de las cantidades correspondientes en concepto de cuota global que fueron transferidas por la Tesorería General de la Seguridad Social en el tercer trimestre de 2006, de conformidad con lo establecido en la Orden TAS 131/2006.

Las cantidades transferidas se recogen en el siguiente cuadro:

DISTRIBUCIÓN SALDO NETO 2005
ASISTENCIA SANITARIA INTERNACIONAL
(CUOTA GLOBAL)

Comunidad Autónoma	Nº Cuotas	Porcentaje	Distribución Saldo
Cataluña	72.178	5,2669	13.913,96
Galicia	117.388	8,5658	22.629,22
Andalucía	349.892	25,5318	67.449,67
P. de Asturias	17.290	1,2617	3.333,04
Cantabria	7.888	0,5756	1.520,59
La Rioja	1.227	0,0895	236,53
Región de Murcia	56.242	4,1040	10.841,93
Comunitat Valenciana	500.737	36,5390	96.528,48
Aragón	7.277	0,5310	1.402,81
Castilla-La Mancha	12.416	0,9060	2.393,47
Canarias	73.521	5,3649	14.172,85
Extremadura	15.371	1,1216	2.963,11
Illes Balears	47.111	3,4377	9.081,72
Madrid	35.013	2,5549	6.749,55
Castilla y León	35.528	2,5925	6.848,83
AGE	21.340	1,5572	4.113,77
Total	1.370.419	100,00	264.179,53

(Miles de euros)

Primer semestre ejercicio 2007

De acuerdo con la Orden TAS/131/2006, de 26 de enero, el Instituto Nacional de la Seguridad Social, ha realizado las operaciones de cierre y liquidación necesarias para la determinación del saldo neto de las cuotas globales correspondientes al ejercicio 2006, distribuyendo la cuantía resultante entre las Comunidades Autónomas de conformidad con el criterio que se estableció en la disposición adicional quincuagésima octava de la Ley 30/2005, de 29 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2006.

El saldo neto y su distribución entre las Comunidades Autónomas se recogen en el siguiente cuadro:

DISTRIBUCIÓN SALDO NETO 2006
ASISTENCIA SANITARIA INTERNACIONAL
(CUOTA GLOBAL)

Comunidad Autónoma	Nº Cuotas	Porcentaje	Distribución Saldo
Cataluña	78.213	5,2261	13.569,25
Galicia	120.278	8,0368	20.867,15
Andalucía	380.078	25,3963	65.940,18
P. de Asturias	18.252	1,2196	3.166,56
Cantabria	8.235	0,5503	1.428,70
La Rioja	1.327	0,0887	230,22
Región de Murcia	68.189	4,5563	11.830,18
Comunitat Valenciana	562.685	37,5979	97.620,80
Aragón	7.647	0,5110	1.326,69
Castilla-La Mancha	12.563	0,8394	2.179,57
Canarias	79.090	5,2847	13.721,40
Extremadura	16.358	1,0930	2.837,97
Illes Balears	49.002	3,2742	8.501,41
Madrid	35.723	2,3870	6.197,62
Castilla y León	36.907	2,4661	6.403,03
AGE	22.041	1,4728	3.823,92
Total	1.496.588	100,00	259.644,65

(Miles de euros)

MEDIDA 2, SEGUNDA PARTE: Igualmente, transferirá a las Comunidades Autónomas, para compensar la atención por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales cubiertos sólo por el INSS, un importe estimado de 100 millones de euros.

Ejercicio 2006

La disposición adicional quincuagésima novena de la Ley 30/2005, de 29 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2006 contempla que la Seguridad Social procederá al pago de las prestaciones sanitarias, farmacéuticas y recuperadoras derivadas de contingencias profesionales a los afiliados por cobertura por dichas contingencias en el Instituto Nacional de la Seguridad Social y en el Instituto Social de la Marina, a los Servicios Públicos de Salud de las Comunidades Autónomas. Con este fin, se consignó en la mencionada Ley de Presupuestos un importe de cien millones de euros

que fue distribuido en función del número de afiliados entre las Entidades Gestoras citadas (INSS = 97,6 millones de euros / ISM = 2,4 millones de euros).

Con el fin de dar aplicación a esta disposición, se dictó la Orden TAS/131/2006, de 26 de enero, en la que se contemplan las siguientes previsiones:

- Se designa a las Direcciones Provinciales del INSS y del Instituto Social de la Marina como órganos competentes para la ejecución de los gastos y realizar las correspondientes propuestas de pago a los Servicios Públicos de Salud de las Comunidades Autónomas.
- Se aprueba el modelo en el que deben reflejarse los gastos efectuados por parte de los Servicios Públicos de Salud de las Comunidades Autónomas, así como los procedimientos de comprobación.
- Se determinan los medios en los que han de remitirse los datos relativos a la facturación efectuada.
- Se regulan los mecanismos de la aplicación y ejecución presupuestaria para la efectividad del pago, contemplándose que el reconocimiento de las obligaciones y las correspondientes propuestas de pago, en los tres primeros trimestres de año, se realizarán por trimestres vencidos, incluyendo los gastos realizados en dicho trimestre. En diciembre se realiza el reconocimiento de obligaciones y propuesta de pago correspondiente a los gastos de octubre y noviembre y, durante el primer trimestre del año siguiente, el correspondiente a diciembre.

Mediante Resolución del Secretario de Estado de la Seguridad Social de 19 de septiembre de 2006, publicada en el BOE de 28 de septiembre de 2006, se aprobó el diseño de registro y el formato técnico de los ficheros informáticos para la remisión de datos de los Servicios Públicos de las Comunidades Autónomas a efectos de pago del coste de la Asistencia Sanitaria derivada de contingencias profesionales. Asimismo, se elaboró un manual explicativo que se remitió a los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas en octubre de 2006.

Posteriormente, se pusieron en marcha los procedimientos informáticos y los Servicios Públicos de Salud de las Comunidades Autónomas remitieron ficheros tanto de centros y tarifas como de facturas.

En el cuadro siguiente se muestra el número de facturas e importes remitidos por los Servicios Públicos de Salud de las Comunidades Autónomas y el número de facturas e importes que han sido aceptados como válidos por el Instituto Nacional de la Seguridad Social en el año 2006:

**ESTADO DE SITUACIÓN DE LAS FACTURAS REMITIDAS POR LAS CC. AUTÓNOMAS
A 28 DE DICIEMBRE DE 2006. INSS (ORDEN TAS/131/2006 – PROYECTO CAPRI)**

(Miles de euros)

COMUNIDAD AUTÓNOMA	NÚMERO DE FACTURAS E IMPORTES ENVIADOS POR LOS SPS	NÚMERO DE FACTURAS E IMPORTES ACEPTADOS POR EL INSS
Andalucía	Facturas: 5.842 Importe: 1.392,12	Facturas: 1.833 Importe: 298,66
Región de Murcia	Facturas: 1.088 Importe: 185,21	Facturas: 7 Importe: 0,37
Castilla-La Mancha	Facturas: 857 Importe: 374,74	Facturas: 204 Importe: 19,79
Madrid	Facturas: 87 Importe: 25,96	Facturas: 8 Importe: 0,9
TOTALES	Facturas: 7.874 Importe: 1.978,03	Facturas: 2.052 Importe: 319,72

La diferencia entre lo enviado por la Comunidad Autónoma y lo aceptado por el INSS radica, principalmente, en que los Servicios Públicos de Salud remitieron la asistencia médica en hospitales de trabajadores accidentados sin haber valorado previamente si el trabajador tenía cubiertas las contingencias profesionales (accidente de trabajo y enfermedad profesional) con una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, con una empresa colaboradora o con el INSS.

Es importante señalar, en primer lugar, que no todos los afiliados al sistema de Seguridad Social tienen cubiertas las contingencias profesionales (por ejemplo, todos los trabajadores afiliados al Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos y todos los afiliados al Régimen Especial Agrario de Trabajadores por Cuenta Propia pueden optar por cubrir o no dichas contingencias). En segundo lugar, el promedio de trabajadores que han tenido cubiertas las contingencias profesionales durante el año 2006 con el INSS ha sido de 820.000, frente a los más de 14.500.000 que tienen cubiertas dichas contingencias con Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales o empresas colaboradoras.

Por otro lado, es necesario poner de manifiesto que las Comunidades Autónomas de Aragón, Canarias, País Vasco y Comunidad Valenciana enviaron ficheros durante el mes de diciembre del 2006 que no pudieron ser tratados por contener errores que hacían imposible su lectura.

Primer semestre ejercicio 2007

Esta medida se ha instrumentado mediante la dotación en los Presupuestos Generales del Estado para el año 2007 un importe de 98,7 millones de euros que se ha distribuido en función del número de afiliados entre las Entidades Gestoras a las que se refiere la disposición adicional quincuagésima novena de la Ley de Presupuestos Generales del Estado para 2006 y la Orden TAS/131/2006, de 26 de enero (INSS = 96,3 millones de euros / ISM = 2,4 millones de euros).

Durante el primer semestre de 2007 se han realizado las operaciones de liquidación necesarias en cumplimiento de lo dispuesto en la mencionada Orden TAS/131/2006, de 26 de enero.

En el cuadro siguiente se muestra el número de facturas e importes remitidos por los Servicios Públicos de Salud de las Comunidades Autónomas y el número de facturas e importes que han sido aceptados como válidos por el Instituto Nacional de la Seguridad Social y el Instituto Social de la Marina en el primer semestre de 2007.

**ESTADO DE SITUACIÓN DE LAS FACTURAS REMITIDAS POR LAS CC. AUTÓNOMAS
A 30 DE JUNIO DE 2007. INSS (ORDEN TAS/131/2006 – PROYECTO CAPRI 2007)**

(Miles de euros)

Comunidad Autónoma	PROCESO DE VALIDACIÓN AUTOMÁTICA		PROCESO DE VALIDACIÓN POR LA DIRECCIÓN PROVINCIAL	
	Nº facturas e importes enviados por el SPS	Nº facturas e importes aceptados	Nº facturas e importes aceptados	Nº facturas e importes rechazados
Cataluña	Facturas: 234 Importe: 32,25	Facturas: 170 Importe: 25,04	Facturas: 169 Importe: 24,90	Facturas: 1 Importe: 0,14
Andalucía	Facturas: 2.852 Importe: 644,68	Facturas: 1.437 Importe: 248,82	Facturas: 1.241 Importe: 218,22	Facturas: 196 Importe: 30,61
Andalucía	Facturas: 738 Importe: 159,84	Facturas: 273 Importe: 58,71	<i>Facturas en trámite</i>	<i>Facturas en trámite</i>
C. Valenciana	Facturas: 2.829 Importe: 541,82	Facturas: 582 Importe: 67,14	Facturas: 563 Importe: 64,56	Facturas: 19 Importe: 2,59
C. Valenciana	Facturas: 880 Importe: 128,60	Facturas: 317 Importe: 41,22	Facturas: 231 Importe: 32,16	Facturas: 86 Importe: 9,06
C. Valenciana	Facturas: 280 Importe: 45,44	Facturas: 101 Importe: 13,79	<i>Facturas en trámite</i>	<i>Facturas en trámite</i>
Aragón	Facturas: 111 Importe: 16,70	Facturas: 63 Importe: 11,06	Facturas: 56 Importe: 10,56	Facturas: 7 Importe: 0,50
Aragón	Facturas: 32 Importe: 3,77	Facturas: 23 Importe: 2,72	Facturas: 20 Importe: 2,08	Facturas: 3 Importe: 0,64
Aragón	Facturas: 27 Importe: 10,31	Facturas: 16 Importe: 5,98	Facturas: 15 Importe: 5,88	Facturas: 1 Importe: 0,09
Aragón	Facturas: 13 Importe: 4,60	Facturas: 9 Importe: 4,22	<i>Facturas en trámite</i>	<i>Facturas en trámite</i>
Canarias	Facturas: 183 Importe: 57,23	Facturas: 33 Importe: 3,12	Facturas: 26 Importe: 1,90	Facturas: 7 Importe: 1,22
Extremadura	Facturas: 728 Importe: 185,36	Facturas: 528 Importe: 103,11	Facturas: 497 Importe: 95,83	Facturas: 31 Importe: 7,28
Madrid	Facturas: 3.107 Importe: 455,82	Facturas: 883 Importe: 122,55	<i>Facturas en trámite</i>	<i>Facturas en trámite</i>
Madrid	Facturas: 87 Importe: 25,99	Facturas: 8 Importe: 0,90	Facturas: 8 Importe: 0,90	Facturas: 0 Importe: 0,00
TOTALES	Facturas: 12.101 Importe: 2.312,51	Facturas: 4.443 Importe: 708,38	* Facturas: 2.826 * Importe: 456,99	* Facturas: 351 * Importe: 52,13

(*) En las columnas correspondientes al "Proceso de Validación por la Dirección Provincial", no están incluidas, en los totales, las facturas que se encuentran en trámite.

**ESTADO DE SITUACIÓN DE LAS FACTURAS REMITIDAS POR LAS CC. AUTÓNOMAS
A 30 DE JUNIO DE 2007. ISM (ORDEN TAS/131/2006 – PROYECTO CAPRI 2007)**

(Miles de euros)

Comunidad Autónoma	PROCESO DE VALIDACIÓN AUTOMÁTICA		PROCESO DE VALIDACIÓN POR LADIRECCIÓN PROVINCIAL	
	Nº facturas e importes enviados por el SPS	Nº facturas e importes aceptados	Nº facturas e importes aceptados	Nº facturas e importes rechazados
Andalucía	Facturas: 13 Importe: 1,97	Facturas: 9 Importe: 1,64	Facturas: 5 Importe: 1,15	Facturas: 4 Importe: 0,49
Andalucía	Facturas: 1 Importe: 0,20	Facturas: 1 Importe: 0,20	Facturas: 1 Importe: 0,20	Facturas: 0 Importe: 0,00
Andalucía	Facturas: 20 Importe: 10,48	Facturas: 15 Importe: 9,25	<i>Facturas en trámite</i>	<i>Facturas en trámite</i>
C. Valenciana **	Facturas: 4 Importe: 0,39	Facturas: 1 Importe: 0,10	Facturas: 1 Importe: 0,10	Facturas: 0 Importe: 0,00
C. Valenciana	Facturas: 3 Importe: 0,26	Facturas: 2 Importe: 0,16	Facturas: 2 Importe: 0,16	Facturas: 0 Importe: 0,00
C. Valenciana	Facturas: 3 Importe: 0,30	Facturas: 1 Importe: 0,10	Facturas: 1 Importe: 0,10	Facturas: 0 Importe: 0,00
Canarias	Facturas: 2 Importe: 0,11	Facturas: 1 Importe: 0,06	Facturas: 1 Importe: 0,06	Facturas: 0 Importe: 0,00
Totales	Facturas: 46 Importe: 13,71	Facturas: 30 Importe: 11,51	* Facturas: 11 * Importe: 1,77	* Facturas: 4 * Importe: 0,49

(*) En las columnas correspondientes al "Proceso de Validación por la Dirección Provincial", no están incluidas, en los totales, las facturas que se encuentran en trámite.

(**) Facturas remitidas en 2006

MEDIDA 3: El Gobierno de la Nación, adicionalmente, efectuará, con carácter anual, una transferencia a las Comunidades Autónomas por un importe estimado anual de 227 millones de euros derivados del incremento de la imposición indirecta en los Tributos sobre Alcoholes y Tabacos.

Ejercicio 2006

Esta medida fue implementada mediante la aprobación del Real Decreto-Ley 12/2005 de 16 de septiembre, por el que se aprueban determinadas medidas urgentes en materia de financiación sanitaria. En dicha norma se procedió a la realización de las modificaciones pertinentes de los tipos de los impuestos sobre Alcoholes y Tabacos.

Los importes que se tuvieron en cuenta en los Presupuestos Generales del Estado para el año 2006, afectando al cálculo de las entregas a cuenta a satisfacer a las CCAA en dicho ejercicio por los Impuestos sobre Alcoholes, Cervezas, Productos Intermedios y Tabacos, así como por el IVA y el Fondo de Suficiencia, por la repercusión en los mismos de los incrementos de los IIEE, son los siguientes:

Impuestos sobre Alcoholes, Cervezas y Productos Intermedios	25,2
Impuesto sobre las labores del Tabaco	101,8
IVA	17,8
Fondo de Suficiencia previsto para el año 2006	82,2
Total CC AA	227,0

(Millones de euros)

La distribución de este importe entre las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía, se realiza de acuerdo con lo dispuesto en 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 Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía.

En aplicación de esta norma, se han satisfecho las siguientes entregas a cuenta (98% del importe previsto de 227 millones de euros):

Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía	Incremento en la imposición sobre Alcohol y Tabacos y efecto en IVA y F.S.	Importe abonado durante 2006
Cataluña	35.722,68	35.008,22
Galicia	16.955,40	16.616,30
Andalucía	50.135,20	49.132,50
Principado de Asturias	6.399,59	6.271,60
Cantabria	3.871,77	3.794,34
La Rioja	1.923,59	1.885,12
Región de Murcia	7.482,20	7.332,56
Comunitat Valenciana	25.520,61	25.010,20
Aragón	7.398,86	7.250,88
Castilla-La Mancha	11.864,79	11.627,50
Canarias	9.405,00	9.216,90
Extremadura	8.188,94	8.025,16
Illes Balears	6.452,47	6.323,42
Madrid	19.756,42	19.361,30
Castilla y León	15.891,26	15.573,44
Melilla	29,77	29,18
Ceuta	37,40	36,66
Total	227.035,95	222.495,29

(Miles de euros)

Primer semestre ejercicio 2007

Esta medida se está haciendo efectiva, de la misma forma que en el ejercicio anterior mediante las entregas a cuenta que se están efectuando durante el ejercicio 2007, de acuerdo con lo dispuesto en 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 Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía.

Con las estimaciones disponibles no resulta posible delimitar, dentro de la recaudación global prevista para 2007, el efecto derivado de la subida de impuestos. Este importe, en el ejercicio 2006, se estimó en 227 millones de euros.

Durante el primer semestre de 2007, se ha satisfecho el 50% de las entregas a cuenta de los citados impuestos que, evidentemente, incluyen el importe derivado del incremento que experimentó dicha imposición en el año 2005.

MEDIDA 4: Anticipos a cuenta 2005 El Gobierno de la Nación incrementará los recursos disponibles por las Comunidades Autónomas para ayudarles a la reducción de la deuda sanitaria acumulada mediante una mejora del sistema de liquidación en una cuantía de 1.365 millones € en 2006. Esta ayuda se abonará también en el ejercicio de 2005 en idéntica cuantía.

Ejercicio 2005

La puesta en marcha de esta medida se realizó mediante el Real Decreto-Ley 12/2005 de 16 de septiembre, por el que se aprueban determinadas medidas urgentes en materia de financiación sanitaria. Mediante dicho Real Decreto-Ley se autorizó al Ministro de Economía y Hacienda a que, a solicitud de las CC.AA. y transcurridos al menos seis meses del ejercicio, acuerde la concesión de anticipos de tesorería a cuenta de la liquidación definitiva de los tributos cedidos y del Fondo de Suficiencia.

Dichos anticipos alcanzaron en el año 2005 el 2% de la base de cálculo utilizada para la fijación inicial de las entregas a cuenta por tributos cedidos y Fondo de Suficiencia del citado ejercicio.

El Ministro de Economía y Hacienda delegó la concesión de tales anticipos en el titular de la Dirección General de Coordinación Financiera con las CC.AA, habiendo sido abonados durante el año 2005 los anticipos a cuenta de la liquidación definitiva de los tributos cedidos y el Fondo de Suficiencia correspondientes a dicho año a todas las Comunidades Autónomas y Ciudades que los solicitaron.

Las fechas de solicitud y pago, así como los importes satisfechos se recogen en el siguiente cuadro:

Comunidad/Ciudad Autónoma	Fecha solicitud C.A.	Total	Fecha de pago
Cataluña	20-10-05	214.162,75	noviembre
Galicia	06-10-05	109.570,51	noviembre
Principado de Asturias	30-11-05	41.167,38	diciembre
Cantabria	23-11-05	23.457,16	diciembre
La Rioja	14-10-05	12.297,54	noviembre
Región de Murcia	30-09-05	40.028,48	noviembre
Comunitat Valenciana	16-11-05	131.691,97	noviembre
Aragón	28-10-05	46.590,07	noviembre
Castilla-La Mancha	26-09-05	69.799,15	noviembre
Canarias	30-11-05	66.204,95	diciembre
Extremadura	29-11-05	47.505,72	diciembre
Illes Balears	10-10-05	30.671,15	noviembre
Madrid	21-11-05	157.402,21	noviembre
Castilla y León	21-09-05	100.150,62	noviembre
Melilla	30-11-05	197,04	diciembre
Ceuta	30-11-05	247,68	diciembre
Total		1.091.144,38	

(Miles de euros)

Ejercicio 2006

El Real Decreto-Ley 12/2005 contempla que, para 2006, los anticipos de tesorería a cuenta de la liquidación definitiva de los tributos cedidos y del Fondo de Suficiencia, podrán alcanzar un importe de hasta el 4% de la base de cálculo utilizada para la fijación inicial de las entregas a cuenta por tributos cedidos y Fondo de Suficiencia del citado ejercicio.

Durante el año 2006 se han abonado los anticipos a cuenta de la liquidación definitiva de los tributos cedidos y el Fondo de Suficiencia correspondientes a dicho año a todas las Comunidades Autónomas y Ciudades que los han solicitado.

Las fechas de solicitud y pago, así como los importes satisfechos se recogen en el siguiente cuadro.

Comunidad Autónoma	Fecha solicitud C.A.	% anticipo	Importe anticipo pagado	Fecha de pago
Cataluña	22-06-06	4%	464.935,81	31/07/2006
Galicia	26-07-06	2%	117.502,11	17/08/2006
Andalucía	11-07-06	2%	298.467,54	18/09/2006
P. de Asturias	27-07-06	2%	44.231,91	17/08/2006
La Rioja	03-07-06	4%	26.766,98	31/07/2006
Región de Murcia	27-07-06	4%	86.625,50	17/08/2006
Comunitat Valenciana	26-07-06	4%	285.063,47	17/08/2006
Aragón	05-12-06	4%	100.623,82	29/12/2006
Castilla-La Mancha	03-07-06	4%	150.944,39	17/08/2006
Extremadura	21-09-06	2%	51.102,84	05/10/2006
Illes Balears	31-07-06	4%	65.030,43	18/09/2006
C. de Madrid	14-07-06	4%	342.180,12	17/08/2006
Castilla y León	25-09-06	4%	215.114,44	05/10/2006
Total			2.248.589,36	

(Miles de euros)

Primer semestre ejercicio 2007

El Real Decreto-Ley 12/2005 contempla que los anticipos de tesorería a cuenta de la liquidación definitiva de los tributos cedidos y del Fondo de Suficiencia, podrán alcanzar un importe de hasta el 4% de la base de cálculo utilizada para la fijación inicial de las entregas a cuenta por tributos cedidos y Fondo de Suficiencia del citado ejercicio.

Por otra parte, el Real Decreto-Ley contempla que para la autorización de los anticipos, deben haber transcurrido, al menos, seis meses del ejercicio. Por tanto, los importes máximos que pueden alcanzar los anticipos en 2007 se recogen en el siguiente cuadro.

Comunidad Autónoma	Importe máximo anticipo
Cataluña	506.001,18
Galicia	254.993,96
Andalucía	653.227,85
P. de Asturias	95.377,83
Cantabria	55.158,92
La Rioja	29.208,37
Región de Murcia	95.718,54
Comunitat Valenciana	313.276,61
Aragón	109.542,76
Castilla-La Mancha	165.687,11
Canarias	154.471,00
Extremadura	110.959,42
Illes Balears	69.797,14
C. de Madrid	374.136,44
Castilla y León	232.589,60
Melilla	512,34
Ceuta	576,22
Total	3.221.235,30

(Miles de euros)

MEDIDA 5: El Gobierno de la Nación, de acuerdo con las Comunidades Autónomas, procederá a incrementar la capacidad normativa de las mismas en relación con los impuestos indirectos sobre Hidrocarburos, Matriculación de Vehículos y Electricidad como instrumento útil para obtener los recursos que en cada caso procedan y expresión del principio de corresponsabilidad fiscal.

Impuesto sobre las Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos e Impuesto Especial sobre Determinados Medios de Transportes.

El Consejo de Política Fiscal y Financiera, en su sesión plenaria celebrada el día 22 de noviembre de 2005, aprobó un acuerdo sobre incremento de la capacidad normativa tributaria de las Comunidades Autónomas, en el que se encomendaba a la Administración General del Estado la realización de los trámites necesarios así como la propuesta de las modificaciones legales pertinentes para incrementar la capacidad normativa tributaria de las Comunidades. Dentro de estos tributos se encuentra el Impuesto sobre las Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos y el Impuesto Especial sobre Determinados Medios de Transportes.

En consecuencia con lo anterior, la regulación del incremento de capacidad normativa en estos impuestos se introdujo en el Proyecto de Ley por el que se modifica el régimen fiscal de las reorganizaciones empresariales y del sistema portuario, y se aprueban medidas tributarias para la financiación sanitaria y para el sector del transporte en carretera, que fue remitido a las Cortes Generales el 25 de noviembre de 2005, habiendo sido informado favorablemente en la Comisión Mixta de Coordinación de la Gestión Tributaria celebrada el 16 de diciembre de 2005.

Finalmente, la modificación resultó aprobada por la Ley 25/2006, de 17 de julio, por la que se modifica el régimen fiscal de las reorganizaciones empresariales y del sistema portuario, y se aprueban medidas tributarias para la financiación sanitaria y para el sector del transporte en carretera, habiéndose introducido las siguientes modificaciones respecto del Impuesto sobre las Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos y el Impuesto Especial sobre Determinados Medios de Transportes, respectivamente :

1. En su artículo 4, apartado dos, ha modificado el apartado 3 de la disposición transitoria tercera de la Ley 21/2001 y ha añadido un nuevo apartado 4, quedando ambos redactados, en los términos acordados por el Consejo de Política Fiscal y Financiera, como sigue:

“3. En el año 2006 y siguientes, la banda a que se refiere el artículo 44 será la siguiente:

- a) Gasolinas: desde 0 hasta 48 euros por 1.000 litros.
- b) Gasóleo de uso general: desde 0 hasta 48 euros por 1.000 litros.
- c) Gasóleo de usos especiales y de calefacción: desde 0 hasta 12 euros por 1.000 litros.
- d) Fuelóleo: desde 0 hasta 2 euros por tonelada.
- e) Queroseno de uso general: desde 0 hasta 48 euros por 1.000 litros.

4. El límite superior de la banda a que se refiere el apartado anterior podrá ser actualizado por la Ley de Presupuestos Generales del Estado.”

2. En su artículo 4, apartado uno, ha modificado el artículo 43 de la Ley 21/2001.

“Artículo 43. Alcance de las competencias normativas en el Impuesto Especial sobre Determinados Medios de Transporte.

1. En el Impuesto Especial sobre Determinados Medios de Transporte, las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias normativas sobre el tipo de gravamen dentro de la siguiente banda:

a) Comunidades Autónomas Peninsulares y Comunidad Autónoma de Illes Balears:

Vehículos automóviles de turismo de cilindrada inferior a 1.600 centímetros cúbicos si están equipados con motor de gasolina o de cilindrada inferior a 2.000 centímetros cúbicos si están equipados con motor diesel: entre el 7,00 y el 8,05 por 100.

Resto de medios de transporte: entre el 12,00 y el 13,80 por 100.

b) Canarias:

Vehículos automóviles de turismo de cilindrada inferior a 1.600 centímetros cúbicos si están equipados con motor de gasolina o de cilindrada inferior a 2.000 centímetros cúbicos si están equipados con motor diesel: entre el 6,00 y el 6,90 por 100.

Resto de medios de transporte: entre el 11,00 y el 12,65 por 100.

2. Cuando el medio de transporte cuya primera matriculación definitiva haya tenido lugar en Ceuta y Melilla sea objeto de importación definitiva en la Península e islas Baleares dentro del segundo año siguiente a la primera matriculación definitiva, las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias normativas sobre el tipo de gravamen dentro de la siguiente banda:

Vehículos automóviles de turismo de cilindrada inferior a 1.600 centímetros cúbicos si están equipados con motor de gasolina o de cilindrada inferior a 2.000 centímetros cúbicos si están equipados con motor diesel: entre el 5,00 y el 5,75 por 100.

Resto de medios de transporte: entre el 8,00 y el 9,20 por 100.

Cuando la importación definitiva tenga lugar en Canarias dentro del segundo año siguiente a la primera matriculación definitiva, la Comunidad Autónoma de Canarias podrá asumir competencias normativas sobre el tipo de gravamen dentro de la siguiente banda:

Vehículos automóviles de turismo de cilindrada inferior a 1.600 centímetros cúbicos si están equipados con motor de gasolina o de cilindrada inferior a 2.000 centímetros cúbicos si están equipados con motor diesel: entre el 4,00 y el 4,60 por 100.

Resto de medios de transporte: entre el 7,50 y el 8,63 por 100.

Cuando la importación definitiva tenga lugar en la Península e islas Baleares o en Canarias dentro del tercer y cuarto año siguientes a la primera matriculación definitiva,

las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias normativas sobre el tipo de gravamen dentro de la siguiente banda:

Vehículos automóviles de turismo de cilindrada inferior a 1.600 centímetros cúbicos si están equipados con motor de gasolina o de cilindrada inferior a 2.000 centímetros cúbicos si están equipados con motor diesel: entre el 3,00 y el 3,45 por 100.

Resto de medios de transporte: entre el 5,00 y el 5,75 por 100.”

Una vez aprobada la Ley 25/2006, se celebraron las correspondientes Comisiones Mixtas con las Comunidades Autónomas en las que éstas últimas aceptaron la modificación de las condiciones de cesión de ambos impuestos. Las fechas de celebración de las Comisiones Mixtas son las siguientes:

COMUNIDAD AUTONOMA	FECHA COMISIÓN MIXTA
Galicia	18/09/2006
Andalucía	21/09/2006
Principado de Asturias	27/07/2006
Cantabria	26/09/2006
Región de Murcia	28/09/2006
Valenciana	27/09/2006
Aragón	28/09/2006
Castilla-La Mancha	25/09/2006
Canarias	27/09/2006
Illes Balears	25/09/2006
C. de Madrid	26/09/2006
Castilla y León	12/09/2006
Cataluña	6/02/2007

Impuesto sobre la Electricidad.

El Acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera de 22 de noviembre de 2005 sobre incremento de la capacidad normativa tributaria de las Comunidades Autónomas, al que anteriormente se ha hecho referencia, también incluye este impuesto, contemplando que

las Comunidades Autónomas podrán fijar un tipo autonómico del Impuesto de hasta el 2%.

En la medida en que se trata de un impuesto armonizado a nivel comunitario, toda modificación en el mismo debe ajustarse a la normativa comunitaria, constituida, en este caso, fundamentalmente, por la Directiva 2003/96/CE del Consejo por la que se reestructura el régimen comunitario de imposición de los productos energéticos y de la electricidad.

Esta Directiva regula la posibilidad de que los Estados Miembros, previa autorización por unanimidad del Consejo de la Unión Europea, establezcan modulaciones del tipo de gravamen no contempladas con carácter general en el resto de la Directiva. En este sentido, desde la aprobación de los compromisos de la Segunda Conferencia de Presidentes se vienen manteniendo conversaciones con la Comisión Europea encaminadas a conseguir la autorización del establecimiento de diferenciaciones regionales en el Impuesto sobre la Electricidad.

MEDIDA 7: La aplicación de las medidas de carácter tributario y financiero a las Comunidades Autónomas de régimen foral se realizará de acuerdo con su específico sistema de financiación de Concierto o Convenio Económico. En particular, y en relación con las dotaciones presupuestarias extraordinarias destinadas por la Administración del Estado a financiar los gastos sanitarios de competencia de las Comunidades Autónomas, la participación de las Comunidades forales se realizará por minoración en el Cupo o Aportación del importe que resulte por aplicación del índice de imputación vigente en cada ejercicio a las mencionadas dotaciones presupuestarias, elevadas a nivel nacional.

Ejercicios 2006 y 2007

Esta medida se incorporó en los Acuerdos adoptados, entre el Estado y la Comunidad Autónoma del País Vasco, en la Comisión Mixta del Concierto Económico celebrada el 6 de octubre de 2005, habiéndose producido los siguientes descuentos provisionales en el cupo: 39.929,99 miles de euros en el ejercicio 2006 y 19.304,60 miles de euros correspondientes al primer plazo del cupo de 2007.

Por lo que respecta a la Comunidad Foral de Navarra la formalización de esta medida, de acuerdo con su sistema de Convenio, está pendiente de la celebración de la Comisión Coordinadora con la Comunidad.

MEDIDA 8: El Ministerio de Sanidad y Consumo presentará, en el plazo de seis meses, al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el proyecto de Cartera Básica de Servicios Sanitarios para su aprobación de acuerdo con lo dispuesto en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud dedica una parte importante de su articulado a las prestaciones sanitarias. Así en el artículo 4.c) establece que los ciudadanos tendrán derecho a recibir por parte del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma en la que se encuentren desplazados, la asistencia del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud que pudieran requerir, en las mismas condiciones e idénticas garantías que los ciudadanos residentes en esa Comunidad Autónoma

Con el fin de hacer efectiva la previsión de esta Ley y avanzar en la concreción del contenido de las prestaciones respecto a lo establecido en el Real Decreto 63/1995, el Consejo Interterritorial en su reunión de 16 de junio de 2004 encargó la realización de la Cartera de servicios a la Comisión de Aseguramiento, Financiación y Prestaciones.

Esta Comisión, dependiente del Consejo Interterritorial, en su reunión de 30 de junio de 2004, acordó iniciar los trabajos de la elaboración de un Real Decreto en el que se recogiera la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. Como forma de trabajo se decidió abordar conjuntamente con las Comunidades Autónomas el contenido de los anexos relativos a las Carteras de servicios correspondientes a las diferentes prestaciones, a través de Grupos de trabajo específicos o bien de los Comités Asesores y Comisiones existentes en la actualidad, dependientes del Consejo Interterritorial. Para dar cumplimiento a estos acuerdos, se constituyeron Grupos de trabajo (de atención primaria, de atención especializada, de transporte sanitario, de atención de urgencias) que, junto con los Comités o Comisiones existentes (Comisión de Salud Pública, Comisión de Farmacia, Comité Asesor para Prestaciones con Productos Dietéticos y Comité Asesor para la Prestación Ortoprotésica), se han reunido un total de 23 ocasiones, además de

otras cuatro reuniones de la Comisión de Aseguramiento, Financiación y Prestaciones, con una participación muy activa por parte de las Comunidades Autónomas, que aportaron numerosas sugerencias que han sido muy discutidas en cada reunión, con el objetivo de intentar alcanzar el máximo consenso posible.

En la reunión de la Comisión de Aseguramiento, Financiación y Prestaciones de 1 de diciembre de 2005, se cerró el texto del proyecto de Real Decreto, que fue elevado al pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de 14 de diciembre y posteriormente fue analizado en una reunión monográfica de los Consejeros de las Comunidades Autónomas con la Ministra celebrada el 25 de enero de 2006, dándose cumplimiento a esta medida.

El Consejo de Ministros celebrado el día 15 de septiembre de 2006 aprobó el Real Decreto 1030/2006, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, publicado en el Boletín Oficial del Estado de 16 de septiembre de 2006.

MEDIDA 9: Grupo de Análisis del Gasto Sanitario.

El Grupo de Análisis del Gasto Sanitario continuará sus trabajos para desarrollar y concretar las medidas de moderación de crecimiento del gasto sanitario y para completarlas, en su caso, con nuevas medidas que puedan ser propuestas en el futuro. El Grupo presentará el resultado de sus trabajos al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y al Consejo de Política Fiscal y Financiera, a los que deberá, además, elevar anualmente un informe en el que constarán las medidas de racionalización del gasto adoptadas por las Comunidades Autónomas.

En la Sesión Plenaria del Consejo de Política Fiscal y Financiera de 22 de noviembre de 2005, se adoptó un Acuerdo por medio del cual se encomendó al Grupo de trabajo de Análisis del Gasto Sanitario que se ocupara del seguimiento de las medidas relativas al gasto sanitario derivadas de la Segunda Conferencia de Presidentes.

Hasta la fecha, el Grupo de trabajo ha celebrado cuatro reuniones, el 27 de abril, el 5 de junio y el 27 de julio de 2006, y el 12 de febrero de 2007, con el fin de dar cumplimiento a

los mandatos encomendados tanto por la Segunda Conferencia de Presidentes como por el Consejo de Política Fiscal y Financiera.

Adicionalmente, el Grupo de trabajo remitió un informe al Consejo de Política Fiscal y Financiera sobre el progreso de sus trabajos correspondiente al primer semestre de 2006, en cumplimiento de lo dispuesto en el Acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera de 22 de noviembre de 2005, sobre seguimiento de medidas de financiación y gasto sanitario derivadas de la Segunda Conferencia de Presidentes. Este informe fue presentado en la Sesión Plenaria del Consejo de Política Fiscal y Financiera celebrada el 13 de septiembre de 2006.

MEDIDA 10: Grupo de trabajo sobre la problemática del vigente sistema de financiación.

El Gobierno de la Nación y los Gobiernos de las Comunidades y Ciudades Autónomas acuerdan la creación de un Grupo de trabajo sobre la problemática del vigente sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común, como base para comenzar los trabajos de revisión del sistema actual de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común.

El Consejo de Política Fiscal y Financiera, en su Sesión Plenaria celebrada el 7 de febrero de 2006, adoptó el Acuerdo por el que se constituyó el Grupo de trabajo encargado de analizar la problemática del sistema de financiación vigente, como base para comenzar los trabajos de revisión del sistema actual de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común.

MEDIDA 11: Celebración del CPFF inmediato a la Conferencia de Presidentes.

El Gobierno de la Nación procederá a la convocatoria inmediata del Consejo de Política Fiscal y Financiera para que proceda a determinar los criterios de reparto de las distintas cantidades que puedan ser territorializadas a priori, conforme, en su caso, a los mecanismos previstos en la Ley, teniendo en cuenta la población de 2004, de tal forma que el Ministerio de Economía y Hacienda pueda articular inmediatamente los acuerdos anteriores.

Esta medida se cumplió con la convocatoria del Pleno del Consejo de Política Fiscal y Financiera celebrado el día 13 de Septiembre del 2005.

ANEXO

LISTADO DE CONVENIOS CON CARGO AL PRESUPUESTO DE LA AGENCIA DE CALIDAD FIRMADOS CON UNIVERSIDADES CON REPERCUCION PRESUPUESTARIA EN EL EJERCICIO 2007 (1,6 MILLONES DE EUROS)

Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad Miguel Hernández de Elche para la realización del estudio enemas II sobre los efectos adversos (EAs) ligados a la atención sanitaria.

Importe: 75.000,00 €

Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y consumo y la Universidad de Salamanca para la realización de actividades relativas a la mejora de la seguridad del uso de los medicamentos en los hospitales españoles.

Importe: 94.200,00 €

Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Deusto para la realización de un estudio de viabilidad jurídica de un sistema de notificación y registro de incidentes y eventos adversos y propuesta de normativa.

Importe: 69.211,00 €

Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y consumo y la Universidad de La Rioja para la realización de un estudio de prospectiva sobre las modalidades de atención sanitaria.

Importe: 35.000,00 €

Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad Complutense de Madrid para el desarrollo de un sistema de acreditación de las unidades docentes para la formación de especialistas en ciencias de la salud.

Importe: 28.000,00 €

Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Alcalá de Henares para la impartición del “master en auto-conocimiento, sexualidad y relaciones humanas”.

Importe: 29.500,00 €

Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad Carlos III de Madrid para la realización de acciones de consultoría, asistencia técnica y formación en el área de seguridad del paciente, e integración y gestión de los recursos formativos desarrollados en una plataforma de aprendizaje vía Internet.

Importe: 153.294,00 €

Convenio colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Murcia para el desarrollo de actividades de formación a distancia en gestión de la calidad y seguridad del paciente.

Importe: 113.155,00 €

Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Cantabria para la realización del proyecto de I+D titulado: “Implantación y soporte del modelo de indicadores y ejes de análisis de los datos del conjunto mínimo básico de datos de hospitalización del sistema nacional de salud”

Importe: 150.000,00 €

Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Santiago de Compostela para la realización de un estudio de la perspectiva de la provisión de servicios sanitarios en el horizonte 2020.

Importe: 151.000,00 €

Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad Carlos III de Madrid para la realización de tareas de asesoramiento en información y gestión documental.

Importe: 16.785,00 €

Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Alicante para la realización de actividades sobre violencia de género.

Importe: 87.810,00 €

Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Granada para el desarrollo del “instrumento de referencia del Consejo de Europa para la salvaguarda de los derechos de las personas con trastornos mentales”.

Importe: 71.156,00 €

Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad Miguel Hernández de elche para el desarrollo de estudios relacionados con la seguridad de los pacientes.

Importe: 90.000,00 €

Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad Rey Juan Carlos para el desarrollo y gestión de los sistemas de información sanitarios

Importe: 5.000,00 €

Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Santiago de Compostela para la realización de un estudio sobre los principales cambios en las formas de acceso del ciudadano al sistema sanitario.

Importe: 155.000,00 €

Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Cádiz para la “elaboración de un modelo de calidad enfermeros para la seguridad del paciente en los hospitales”.

Importe: 128.200,00 €

Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad Miguel Hernández de Elche para la realización de un estudio propio de maestría interuniversitaria en seguridad del paciente y calidad asistencial.

Importe: 150.000,00 €

Total: 1.602.311,00 €

V. ANÁLISIS DEL GASTO SANITARIO

V.0. INTRODUCCIÓN

La metodología del análisis del gasto es la misma que la utilizada en el informe del grupo del año 2005.

La variable central del análisis es el gasto sanitario público y la fuente básica de información para esta variable es la Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP), que desde 1987, realiza el Ministerio de Sanidad y Consumo en colaboración con las Comunidades autónomas.

Esta estadística mide el gasto sobre la base de las liquidaciones presupuestaria. Este criterio de valoración sitúa la estimación próxima al criterio de caja en lugar del de devengo que exige la Contabilidad Nacional. Por tanto, el Grupo diseñó en 2005 un instrumento de recogida de datos que permite calcular a partir de los datos de la EGSP, el gasto sanitario público con el criterio de devengo, que se viene denominando gasto real.

Además de este instrumento complementario de la recogida de datos de gasto, se diseñaron otros con el objetivo de mejorar la homogeneidad y comparabilidad de esta variable, además de posibilitar el análisis de la eficacia y la eficiencia.

De ellos, las comunidades han aportado el detalle de los datos correspondientes a la farmacia de ámbito hospitalario así como información desellada sobre consumo farmacéutico a través de recetas médicas, que ha permitido completar el análisis del gasto en farmacia a través de recetas médicas que se deriva de la EGSP.

Para otros desgloses relevantes del gasto, en la línea de permitir una clasificación acorde con los criterios internacionales de contabilidad de la salud, no se ha podido obtener los datos.

El análisis del gasto se completa con otras variables sanitarias que tiene interés relacionar con el gasto, de acuerdo con la relación de indicadores y los instrumentos de recogida de

datos que el Grupo acordó en 2005. Estas variables se agrupan en los siguientes epígrafes:

1. Efectivos poblacionales y retribuciones media
2. Recursos y Actividad sanitaria
3. Desplazamientos de pacientes.

Para los efectivos poblacionales y retribuciones media se adoptó la metodología establecida por la Comisión de Recursos Humanos del Consejo Interterritorial del SNS y para los recursos y actividad sanitaria se diseñó un modelo específico. En el caso de los pacientes desplazados se acordó utilizar fuentes estatales. Así, en 2005, se utilizó la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria y en este informe se ha completado con el conjunto Mínimo y Básico de Datos (CMBD). Por otra parte, en el caso de las variables sobre actividad y recursos para los que se dispone de una fuente estatal se han establecido las correspondientes comparaciones.

A lo largo de los respectivos capítulos se indica, también, el origen de los datos que se analizan.”

V.1. GASTO SANITARIO PÚBLICO TOTAL

El gasto sanitario público en España, en el año 2005, se estima en 50.053,25 millones de euros. Esto representa un 5,53% del PIB y un 15,19% del gasto de las Administraciones Públicas.

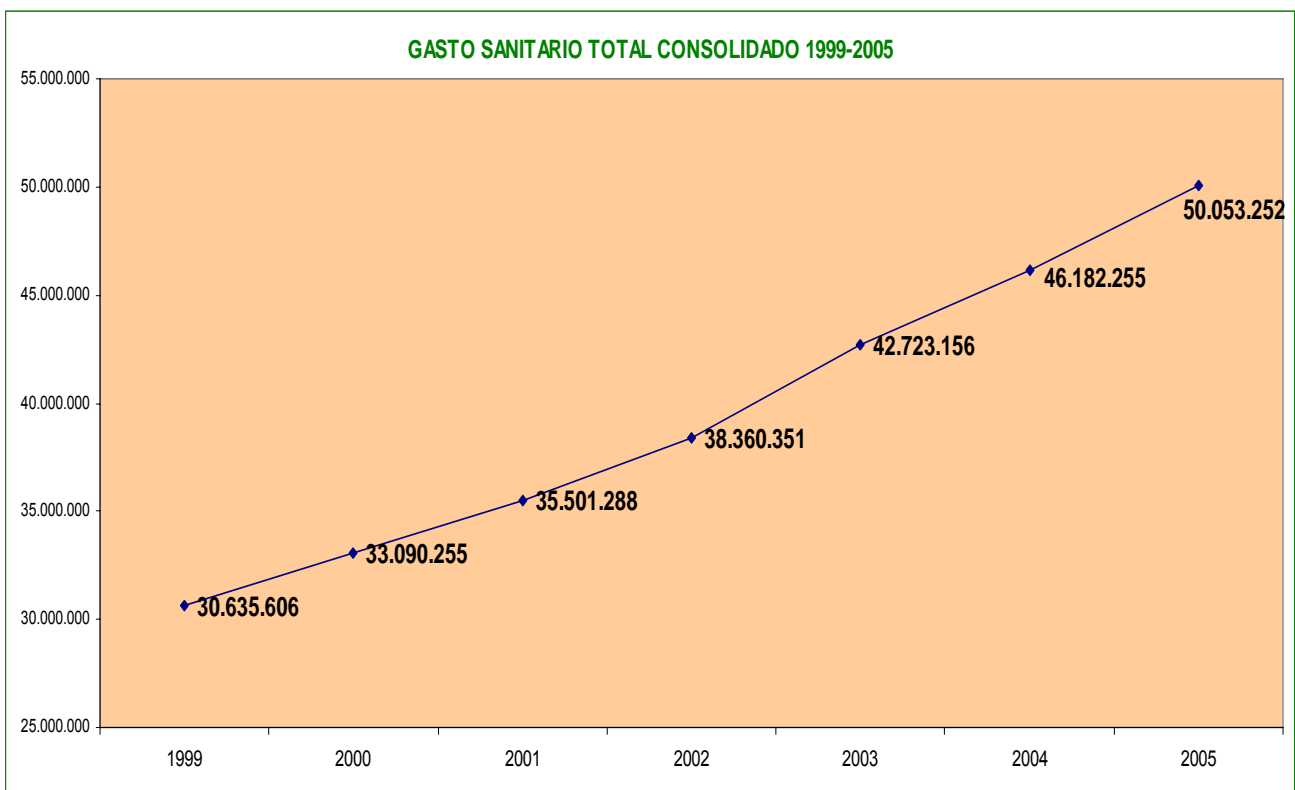
El ritmo de crecimiento anual de este gasto durante el periodo 1999 a 2005 ha sido, en media, del 8,53%, oscilando entre un crecimiento anual del 7,29% en el año 2001 y un crecimiento anual del 11,37% en el año 2003. En el año 2005 el gasto sanitario público crece un 8,38%. En este mismo periodo, el PIB ha crecido en términos medios anuales un 7,71%³⁶, por debajo del gasto sanitario público, moviéndose entre una tasa de crecimiento del 7,13% en el año 2002 y del 8,68% en el año 2000. En el año 2005 el PIB creció en

³⁶ La serie de PIB corresponde a la nueva base 2000. En el informe previo del grupo, realizado en el año 2005, se utilizaron los datos entonces disponibles correspondientes a la base 1995. Por esta razón, los ratios de gasto sanitario público sobre PIB se han visto modificados.

términos nominales un 7,78%. Como consecuencia de este diferencial en el crecimiento de ambas macromagnitudes, el gasto sanitario público ha ido ganando peso sobre el PIB.

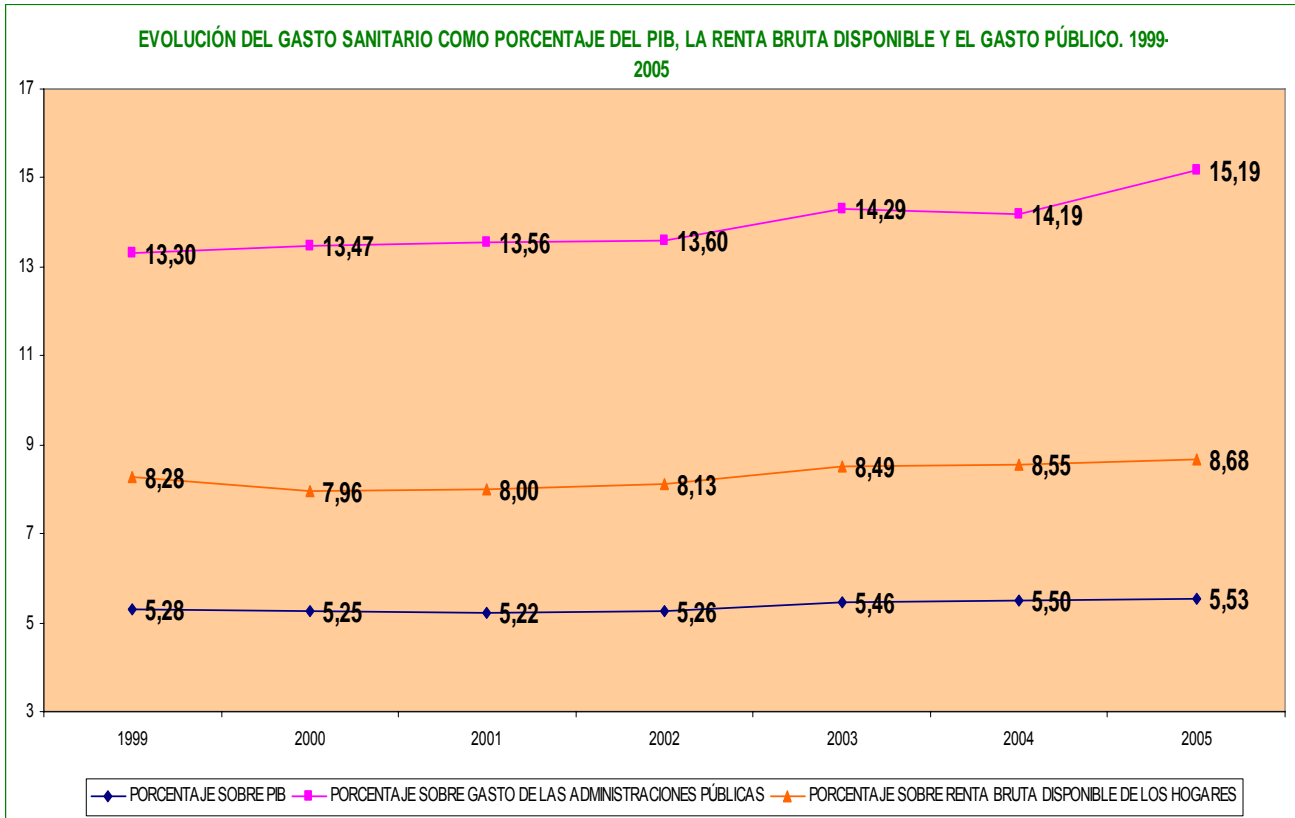
La dinámica del gasto ha sido diferente en las distintas Administraciones Públicas. Las Comunidades y Ciudades Autónomas, que ejecutan el 91% del gasto sanitario público, son las que marcan la evolución global del sistema. En el periodo de estudio la evolución del gasto de las Comunidades y Ciudades Autónomas³⁷ ha registrado unas tasas de crecimiento anual entre el 7,09% y el 11,59%. En términos medios, la tasa anual del periodo ha sido del 8,92%.

El resto de sectores de gasto, que absorben el 9% del mismo, presentan unas tasas de crecimiento cuyo comportamiento cabría etiquetar de más irregular (a excepción de las Mutualidades de Funcionarios). Cabe también mencionar el caso de la atención sanitaria gestionada por la Seguridad Social³⁸ por sus altas tasas de crecimiento en los años 2000 y 2001, así como el gasto correspondiente a la Administración Central en 2003.

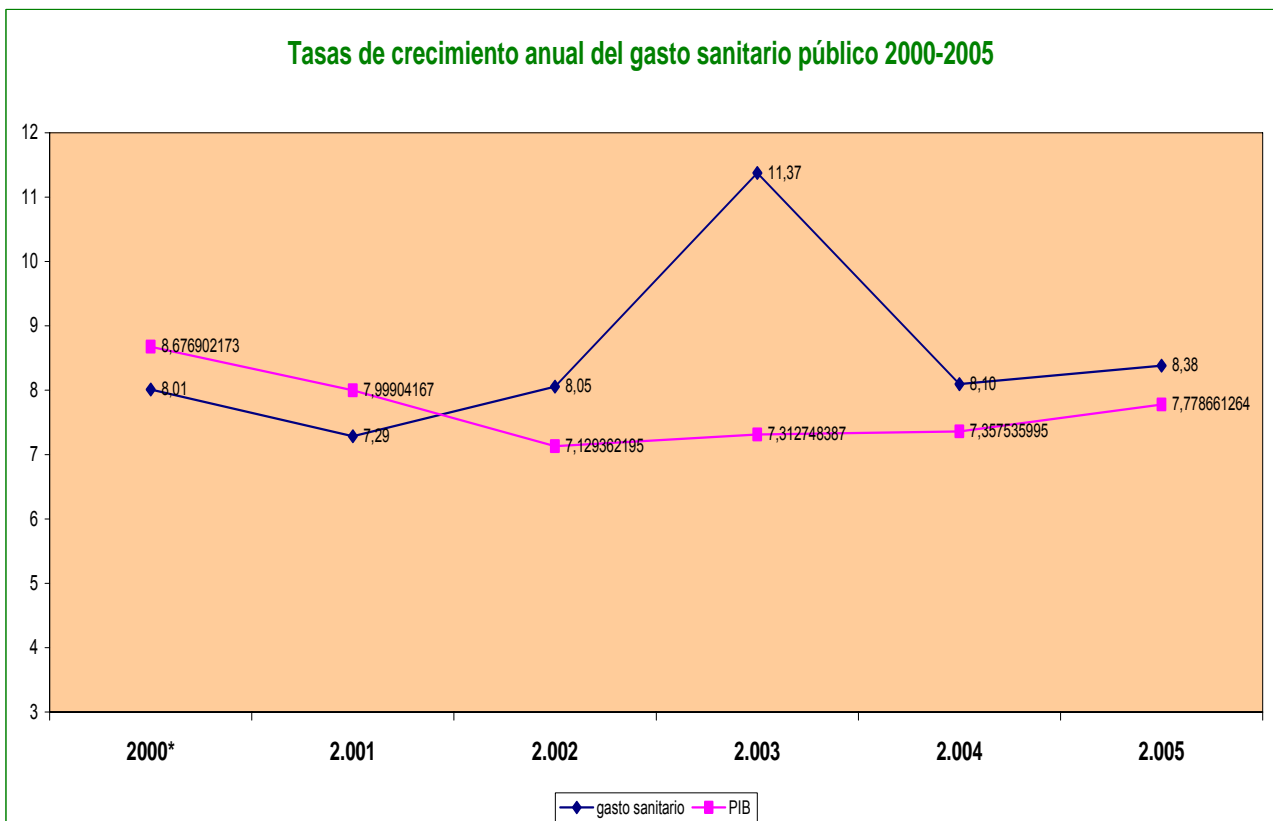


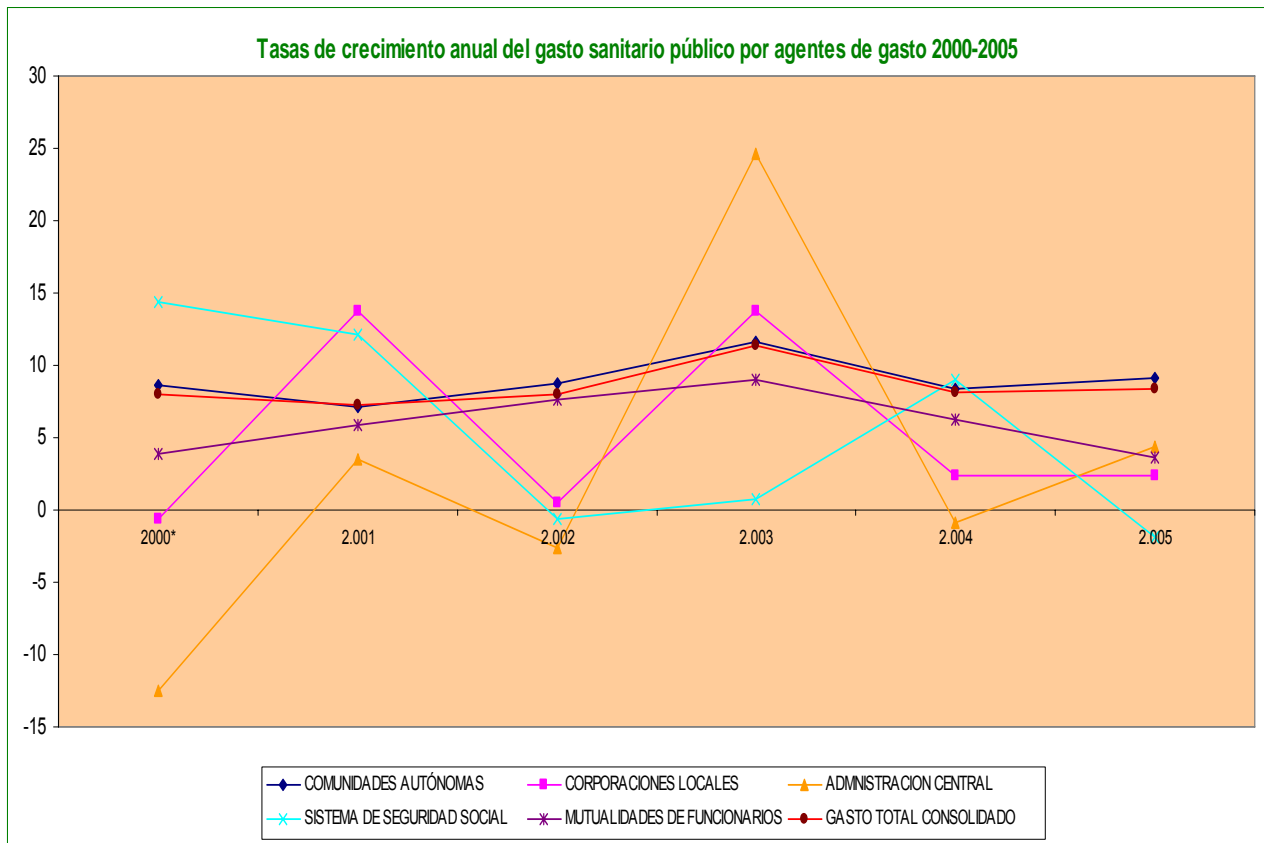
³⁷ Su aportación al gasto consolidado del sistema.

³⁸ Sin INGESA, que se ha territorializado en Ceuta y Melilla, excepto los servicios centrales y el Centro de Dosimetría.



Nota: la serie correspondiente al gasto sanitario como porcentaje de gasto público se ha visto revisada con respecto a la publicada en el informe anterior como consecuencia de mejoras estadísticas introducidas tanto en la serie de gasto sanitario como en la de gasto público en el proceso de acercamiento al concepto de devengo establecido por el SEC-95. Por otra parte, los cambios en las otras dos series se deben, también, a la utilización de las series de PIB y RBD con la nueva base 2000 de CN.





**GASTO TOTAL CONSOLIDADO. EVOLUCIÓN 1999-2005
GASTO REAL (LIQUIDACIONES MAS GASTOS DESPLAZADOS)**

	Miles de Euros corrientes						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
APORTACIÓN AL GASTO TOTAL CONSOLIDADO							
GASTO TERRITORIAL	27.900.638	30.247.474	32.436.659	35.217.293	39.314.280	42.573.728	46.380.408
COMUNIDADES AUTÓNOMAS	27.246.977	29.597.575	31.697.156	34.474.548	38.469.501	41.708.718	45.494.682
CORPORACIONES LOCALES	653.661	649.898	739.503	742.744	844.778	865.010	885.726
GASTO NO TERRITORIAL	2.734.969	2.842.781	3.064.629	3.143.058	3.408.876	3.608.527	3.672.844
ADMINISTRACION CENTRAL	595.783	521.470	539.854	525.810	655.250	649.751	678.534
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	946.203	1.082.567	1.213.465	1.206.283	1.215.406	1.324.555	1.300.152
MUTUALIDADES DE FUNCIONARIOS	1.192.982	1.238.744	1.311.311	1.410.965	1.538.221	1.634.221	1.694.158
GASTO TOTAL CONSOLIDADO	30.635.606	33.090.255	35.501.288	38.360.351	42.723.156	46.182.255	50.053.252
PORCENTAJE SOBRE PIB	5,28	5,25	5,22	5,26	5,46	5,50	5,53
PORCENTAJE SOBRE GASTO DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS	13,30	13,47	13,56	13,60	14,29	14,19	15,19

GASTO TOTAL CONSOLIDADO. EVOLUCIÓN 1999-2005

	Porcentaje sobre el total						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
APORTACIÓN AL GASTO TOTAL CONSOLIDADO							
GASTO TERRITORIAL	91,07	91,41	91,37	91,81	92,02	92,19	92,66
COMUNIDADES AUTÓNOMAS	88,94	89,44	89,28	89,87	90,04	90,31	90,89
CORPORACIONES LOCALES	2,13	1,96	2,08	1,94	1,98	1,87	1,77
GASTO NO TERRITORIAL	8,93	8,59	8,63	8,19	7,98	7,81	7,34
ADMNISTRACION CENTRAL	1,94	1,58	1,52	1,37	1,53	1,41	1,36
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	3,09	3,27	3,42	3,14	2,84	2,87	2,60
MUTUALIDADES DE FUNCIONARIOS	3,89	3,74	3,69	3,68	3,60	3,54	3,38
GASTO TOTAL CONSOLIDADO	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

GASTO TOTAL CONSOLIDADO. EVOLUCIÓN 1999-2005

	Porcentaje de variación interanual											
	2000*	2001	2002	2003	2004	2005	TAM 1999/2005	TAM 1999/2004	TAM 1999/2003	TAM 1999/2002	TAM 1999/2001	
APORTACIÓN AL GASTO TOTAL CONSOLIDADO												
GASTO TERRITORIAL	8,41	7,24	8,57	11,63	8,29	8,94	8,84	8,82	8,95	8,07	7,82	
COMUNIDADES AUTÓNOMAS	8,63	7,09	8,76	11,59	8,42	9,08	8,92	8,89	9,01	8,16	7,86	
CORPORACIONES LOCALES	-0,58	13,79	0,44	13,74	2,39	2,39	5,19	5,76	6,62	4,35	6,36	
GASTO NO TERRITORIAL	3,94	7,80	2,56	8,46	5,86	1,78	5,04	5,70	5,66	4,75	5,86	
ADMNISTRACION CENTRAL	-	12,47	3,53	-2,60	24,62	-0,84	4,43	2,19	1,75	2,41	-4,08	-4,81
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	14,41	12,09	-0,59	0,76	8,98	-1,84	5,44	6,96	6,46	8,43	13,25	
MUTUALIDADES DE FUNCIONARIOS	3,84	5,86	7,60	9,02	6,24	3,67	6,02	6,50	6,56	5,75	4,84	
GASTO TOTAL CONSOLIDADO	8,01	7,29	8,05	11,37	8,10	8,38	8,53	8,55	8,67	7,78	7,65	

V.2. GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

V.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 a 2005, 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.

Como en el informe anterior, las cifras de gasto sanitario público del sector Comunidades Autónomas que se utilizan en este documento provienen de la Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP) del Ministerio de Sanidad y Consumo, completada con información adicional proporcionada por las Comunidades Autónomas** para estimar el gasto real (calculado a partir del criterio de devengo). 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 a partir de la información remitida a la DG de Coordinación Financiera donde constaba la situación a 31 de diciembre de 2005 del gasto total desplazado a ejercicios posteriores. En el caso del año 2005, estas cifras tienen carácter de avance. La distribución económica y funcional de ese gasto desplazado se ha estimado a partir de los datos de ejercicios anteriores por lo que puede no reflejar exactamente la actuación de las CCAA en cuanto a la amortización o contracción de deudas en el ejercicio.

Se señala, por tanto el carácter de avance que tienen las cifras de gasto real de 2005, especialmente en cuanto a su distribución económica y funcional derivado del tratamiento estimativo de la composición de la deuda amortizada en ese año.

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 gasto de Cataluña, tanto en su clasificación económica como funcional, obedece al resultado de la estimación de la distribución del gasto de conciertos del Servicio Catalán de la Salud con el objetivo de homogeneizar las cifras con el resto de CCAA. Este gasto supone alrededor del 36% del total de gasto sanitario consolidado de la EGSP de Cataluña.

* La divergencia de criterios de presupuestación y contabilización de los diferentes componentes del gasto sanitario de las CCAA, debe ser tenida en cuenta a la hora de realizar comparativas de indicadores desglosados de gasto más allá de la utilización de los valores totales de cada Comunidad. Este puede ser uno de los factores que explican la variabilidad que registran los datos. Ello supone que, para poder realizar comparaciones homogéneas de los componentes de las clasificaciones económica o funcional entre CCAA y obtener conclusiones más ajustadas de la comparativa entre CCAA, se debe seguir avanzando en mejorar la homogeneidad de la información existente. A medida que se vaya progresando en el consenso necesario entre las CCAA para unificar los criterios de clasificación del gasto, se podrán analizar con más rigor los motivos de la variabilidad del gasto entre las CCAA.

El gasto analizado en este informe se ha calculado por tanto siguiendo el principio de devengo establecido por el sistema de Cuentas Nacionales³⁹. Para ello, se ha partido de los datos de la Estadística de Gasto Sanitario Público que, con carácter general, contabiliza el gasto con el criterio de caja (liquidaciones presupuestarias). La transformación desde el criterio de caja al criterio de devengo (*gasto real*) se ha realizado mediante los datos aportados por las Comunidades Autónomas, quienes han proporcionado los gastos de ejercicios anteriores no reflejados en las liquidaciones presupuestarias a 31 de diciembre de cada ejercicio, distribuidos según las clasificaciones económica y funcional de la mencionada Estadística de Gasto Sanitario Público.

La información utilizada para el cambio de criterio relativo al momento del registro de los flujos en la Estadística de Gasto Sanitario Público es la que figura en el siguiente cuadro:

³⁹ REGLAMENTO (CE) No 2223/96, del Consejo, de 25 de junio de 1996, relativo al sistema europeo de cuentas nacionales y regionales de la Comunidad

Gasto desplazado de ejercicios anteriores a fin de cada ejercicio

En miles de euros

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía (*)	1.086.077	975.389	1.178.710	1.303.220	1.357.858	1.498.278	1.573.254	1.570.740
Aragón	0	0	0	0	0	43.399	118.568	34.404
Asturias				35.211	66.606	128.979	144.551	116.132
Baleares	0	0	0	0	27.861	53.690	57.980	56.789
Canarias (**)	28.145	58.924	45.734	53.594	48.625	184.937	17.370	48.738
Cantabria	0	0	0	20.748	19.110	33.271	41.525	28.130
Castilla y León	0	0	0	0	0	150.408	258.643	233.738
Castilla-La Mancha	0	0	0	0	0	71.119	0	93.000
Cataluña	1.234.950	1.341.047	1.444.787	1.530.882	1.769.734	2.175.896	1.928.310	1.536.480
Comunidad Valenciana	344.934	337.292	469.777	643.691	817.696	1.111.633	1.222.924	1.112.924
Extremadura	0	0	0	0	14.400	73.959	123.014	118.960
Galicia	62.832	102.318	128.396	168.220	93.811	218.061	389.832	176.661
Madrid	0	0	0	0	125.038	223.579	407.618	281.115
Murcia (***)	0	0	0	0	45.480	93.025	153.134	165.148
Navarra	0	0	0	0	0	0	0	1.075
País Vasco	0	0	0	0	0	0	0	0
La Rioja	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	2.756.938	2.814.970	3.267.404	3.755.566	4.386.219	6.060.234	6.436.723	5.574.035

(*) El dato correcto de gasto desplazado de la Comunidad Autónoma de Andalucía existente a finales del ejercicio 2003 es de 1.558.273 miles de euros.

(**) Debido a un error aritmético en el acumulado del año 2002, las cifras correspondientes a los años 2002 y 2003 de la Comunidad Autónoma de Canarias deben ser las siguientes:

2002: donde figura "48.625" debe figurar "48.618"

2003: donde figura "184.937" debe figurar "183.824" (importe regularizado mediante la Ley 3/2004 de crédito extraordinario y suplemento de crédito tramitada en 2004 para atender la deuda de los ejercicios anteriores)

(***) El gasto desplazado que figura en el cuadro en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia está debidamente contabilizado en el Servicio Murciano de Salud en el año correspondiente, debido a que el SMR está sometido al régimen de contabilidad de la empresa española, por lo que puede decirse que no existe propiamente gasto desplazado en dicha Comunidad. No obstante, el dato correcto que debe figurar en este cuadro de gasto sanitario registrado en cuentas no presupuestarias a 31/12/04 es de 153.257,00 miles de euros y a 31/12/05 de 165.271,00 miles de euros.

La variación anual de estas cantidades proporciona la magnitud del desfase en cada ejercicio entre el criterio de caja y el de devengo en el gasto sanitario de los años analizados.

Variación anual del gasto desplazado a fin de cada ejercicio

En miles de euros

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía (*)	-110.688	203.321	124.510	54.638	140.420	74.976	-2.514
Aragón	0	0	0	0	43.399	75.169	-84.164
Asturias	0	0	35.211	31.395	62.373	15.572	-28.419
Baleares	0	0	0	27.861	25.829	4.290	-1.191
Canarias	30.779	-13.190	7.860	-4.969	136.312	-167.567	31.368
Cantabria	0	0	20.748	-1.638	14.161	8.254	-13.395
Castilla y León	0	0	0	0	150.408	108.235	-24.905
Castilla-La Mancha	0	0	0	0	71.119	-71.119	93.000
Cataluña	106.097	103.740	86.095	238.852	406.162	-247.586	-391.830
Comunidad Valenciana	-7.642	132.485	173.914	174.005	293.937	-99.204	-110.000
Extremadura	0	0	0	14.400	59.559	49.055	-4.054
Galicia	39.486	26.078	39.824	-74.409	124.250	171.771	-213.171
Madrid	0	0	0	125.038	98.541	184.039	-126.503
Murcia	0	0	0	45.480	47.545	60.109	12.014
Navarra	0	0	0	0	0	0	1.075
País Vasco	0	0	0	0	0	0	0
La Rioja	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	58.032	452.434	488.162	630.653	1.674.015	165.994	-862.688

(*) El dato correcto de gasto desplazado de la Comunidad Autónoma de Andalucía generado en el ejercicio 2003 es de 200.415 miles de euros.

Las diferencias entre las cifras ofrecidas en la actual versión del informe y las incluidas en el anterior se detallan a continuación:

Andalucía. Las cifras de gasto desplazado incluyen las facturas del Servicio Andaluz de Salud registradas o certificadas acumuladas, las pérdidas que constan en los balances de las Empresas Públicas sanitarias, la obligación pendiente con la Seguridad Social reconocida por el Servicio Andaluz de Salud el 19-02-1996, y la obligación originada por la operación de saneamiento autorizada por la D.A. 2ª de la ley 11/99 de 30 de noviembre. Además incluye, a 31 de diciembre de 2005, la depuración de facturas de Servicio Andaluz de Salud registradas en el Registro de Facturas y Fondos del Órgano Gestor para la deuda (FOG-Deuda). Estas depuraciones no afectan a las cifras de gasto real devengado en el periodo 1999 a 2005 por los Agentes Sanitarios de la Comunidad. Para ellos la situación del gasto desplazado a 31 de diciembre y, en consecuencia, el

devengado en cada periodo que se ha utilizado para el cálculo del gasto real, ha seguido la siguiente serie, basada en los datos suministrados por la Comunidad Autónoma:

EJERCICIO ECONOMICO	A 31 /12	Deuda generada
1998	295.291	
1999	184.603	-110.687,59
2000	387.924	203.321,12
2001	512.434	124.509,63
2002	567.072	54.637,95
2003	767.487	200.415,07
2004	842.463	74.976,42
2005	904.729	62.266,00

Asturias. No se consideran como deuda 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 (años 1999 a 2001).

Baleares. Se han depurado en la serie las pérdidas registradas por las Empresas Públicas, pendientes de financiación por IB-Salut.

Extremadura. Se ha normalizado partir de 2003 la serie de deuda acumulada, incluyendo el deslizamiento del gasto en recetas médicas y consumos intermedios.

Murcia. En el caso concreto de la Región de Murcia, el Gasto Liquidado coincide con el Gasto Real, en tanto que no existe Gasto Desplazado. El Servicio Murciano de Salud se constituye como ente público empresarial de tal forma que no tiene presupuesto limitativo reconociéndose los gastos conforme a su devengo. Por ello, en su caso, el posible déficit generado en el Servicio Murciano de Salud se compensa con el superávit de la Administración General de la Comunidad Autónoma en los años de referencia.

Los datos aportados para la confección del cuadro de Gasto Desplazado se han obtenido de la comparativa entre Contabilidad Financiera y Contabilidad Presupuestaria

exclusivamente por cuestiones metodológicas, de modo que resulten homogéneos con el resto de Comunidades Autónomas.

Es de destacar que el gasto sanitario no reflejado por el sistema presupuestario durante el año 2004 en el conjunto de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas ha disminuido de forma importante con respecto a los ejercicios inmediatamente anteriores. En 2004, además, en Cataluña, Canarias, Comunidad Valenciana y Castilla-La Mancha el signo de la variación es negativo, lo que indica que en estas Comunidades durante dicho ejercicio se saldó, en parte o en su totalidad, el gasto desplazado de ejercicios anteriores, o se generó un volumen menor que el amortizado.

A finales del **ejercicio 2004**, el gasto de ejercicios anteriores no recogido en las liquidaciones presupuestarias ascendía a **6.436,72** millones de euros, de los cuales se generaron **165,99** millones en ese año, **1.674,01** millones en 2003, **630,65** millones en 2002, **488,16** millones en 2001, **452,43** millones en 2000, **58,03** millones en 1999 y el resto, **2.756,94** millones, en ejercicios anteriores. Las Comunidades Autónomas que tienen mayor gasto no contabilizado por el sistema presupuestario a finales de 2004 y que, en conjunto, absorben el 73% del total, son Cataluña (1.928 millones), Andalucía (1.573 millones) y Comunidad Valenciana (1.122 millones).

Las Comunidades Autónomas que registran una mayor proporción de gasto generado en el ejercicio sin registrar en el sistema presupuestario, en relación con su gasto total para el año 2004 son, por orden, Galicia (con un 6,07% del total de gasto devengado en dicho ejercicio), Aragón (5,49%), Extremadura (4,35%) y Castilla y León (4,26%). Las CC.AA. que redujeron este gasto acumulado -igualmente en porcentaje respecto a su gasto en el ejercicio 2004- fueron Canarias (-8,79%), Castilla-La Mancha (-4,39%), Cataluña (-3,74%) y Comunidad Valenciana (-2,30%).

En el **ejercicio 2005**, la comparación del gasto real con la liquidación pone de manifiesto que, por primera vez en el periodo estudiado, se redujo más deuda de la que se generó para el conjunto del SNS. Esto significa que el gasto desplazado acumulado se ha reducido a **5.574,03** millones de euros, habiéndose producido **un descenso de 862,68** millones en este ejercicio 2005 y da como resultado que el gasto real es por primera vez

en el periodo estudiado inferior a la liquidación presupuestaria que incluye como obligaciones reconocidas en 2005, el importe de esas deudas anteriores amortizadas.

Sólo las CCAA de Canarias, Castilla – La Mancha, Murcia y Navarra desplazaron gasto, o lo hicieron por un volumen mayor que el amortizado, en este ejercicio. No obstante las cifras, con excepción de Castilla – La Mancha que, en porcentaje de su gasto, desplazó prácticamente lo mismo que amortizó en 2004, son mucho menores que en ejercicios anteriores. En el caso de Andalucía, si por homogeneidad con el resto de CC.AA. no se considerase la operación de saneamiento financiero autorizada por la DA de la Ley 11/99 ni el resto de depuraciones señaladas más arriba, el gasto desplazado en 2005 supondría un 0,57% de su gasto real en el ejercicio.

Las mayores reducciones, en relación con su gasto total en 2005, corresponden a Galicia (-7,27%), Aragón (-5,83%) y Cataluña (-5,43%).

Otro posible indicador de la evolución del gasto desplazado, como expresión de la “deuda sanitaria pendiente” y de su tratamiento por las CCAA, puede ser el porcentaje que este gasto desplazado acumulado representa sobre el gasto realizado por las CCAA en cada ejercicio.

El siguiente cuadro lo presenta para el periodo 1999 a 2005.

Porcentaje del gasto desplazado acumulado sobre el real del ejercicio							
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía	21,00	22,43	23,78	23,17	23,27	22,45	20,89
Aragón	--	--	--	--	3,52	8,66	2,38
Asturias	--	--	3,88	6,78	11,69	12,25	9,26
Baleares	--	--	--	4,03	6,73	6,65	5,36
Canarias	4,82	3,42	3,77	3,05	10,26	0,91	2,26
Cantabria	--	--	4,37	3,63	5,43	6,28	3,92
Castilla y León	--	--	--	--	6,31	10,19	8,48
Castilla-La Mancha	--	--	--	--	4,41	--	4,46
Cataluña	30,84	30,59	30,32	32,18	34,82	29,12	21,30
Comunidad Valenciana	12,61	15,89	20,27	23,35	27,80	28,39	23,99
Extremadura	--	--	--	1,48	6,96	10,92	9,79
Galicia	5,27	6,25	7,54	4,03	8,56	13,79	6,02
Madrid	--	--	--	2,95	4,85	7,73	4,93
Murcia	--	--	--	4,62	8,24	12,18	11,82
Navarra	--	--	--	--	--	--	0,15
País Vasco	--	--	--	--	--	--	--
La Rioja	--	--	--	--	--	--	--
Total gasto CCAA	10,32	11,03	11,84	12,68	15,71	15,39	12,22

El análisis de estas variaciones revela un primer periodo de crecimiento continuo del gasto desplazado hasta 2003 que puede estar reflejando el impacto de las transferencias sanitarias en aquellas Comunidades que las recibieron en 2002, ya que el desplazamiento registrado por INSALUD ya fue depurado desde su origen en los datos de la EGSP.

En 2004 y 2005, sin embargo, se registra un descenso generalizado de este peso del gasto desplazado acumulado sobre el gasto real de cada ejercicio. El descenso en su conjunto supone 3,49 puntos porcentuales entre 2003 y 2005, correspondiendo los más fuertes, siempre expresado en puntos porcentuales, a Cataluña (-13,52), Canarias (-8) y la Comunidad Valenciana (-3,81). El resto de Comunidades han experimentado descensos menores e incluso algunos incrementos, de cierta importancia en los casos de Murcia (3,58), Extremadura (2,83) y Castilla y León (2,17).

El descenso es más acusado y general en 2005, siendo de 3,18 puntos porcentuales respecto a 2004, y correspondiendo los máximos a Cataluña, Galicia, Aragón y la

Comunidad Valenciana. El resto de territorios tienen descensos por debajo del registrado para el total.

Cuatro Comunidades registran un desplazamiento positivo del gasto en 2005, apareciendo por primera vez este desplazamiento en Navarra, aunque con escasa cuantía. Canarias, por su parte, había experimentado el mayor descenso en este indicador en 2004 (-9,35 puntos porcentuales), por lo que presenta entre los años 2003 y 2005 un descenso neto que es el segundo mayor en el periodo. Como se señaló, el incremento del gasto desplazado por Castilla-La Mancha en 2005 equilibra el descenso experimentado en 2004. El gasto desplazado de Murcia en 2005 (el 0,86% del gasto real en el ejercicio) es mucho menor que en ejercicios anteriores, por lo que el peso del gasto desplazado acumulado sobre el real del ejercicio disminuye en relación con 2004.

Un resumen de este indicador se presenta en la siguiente tabla.

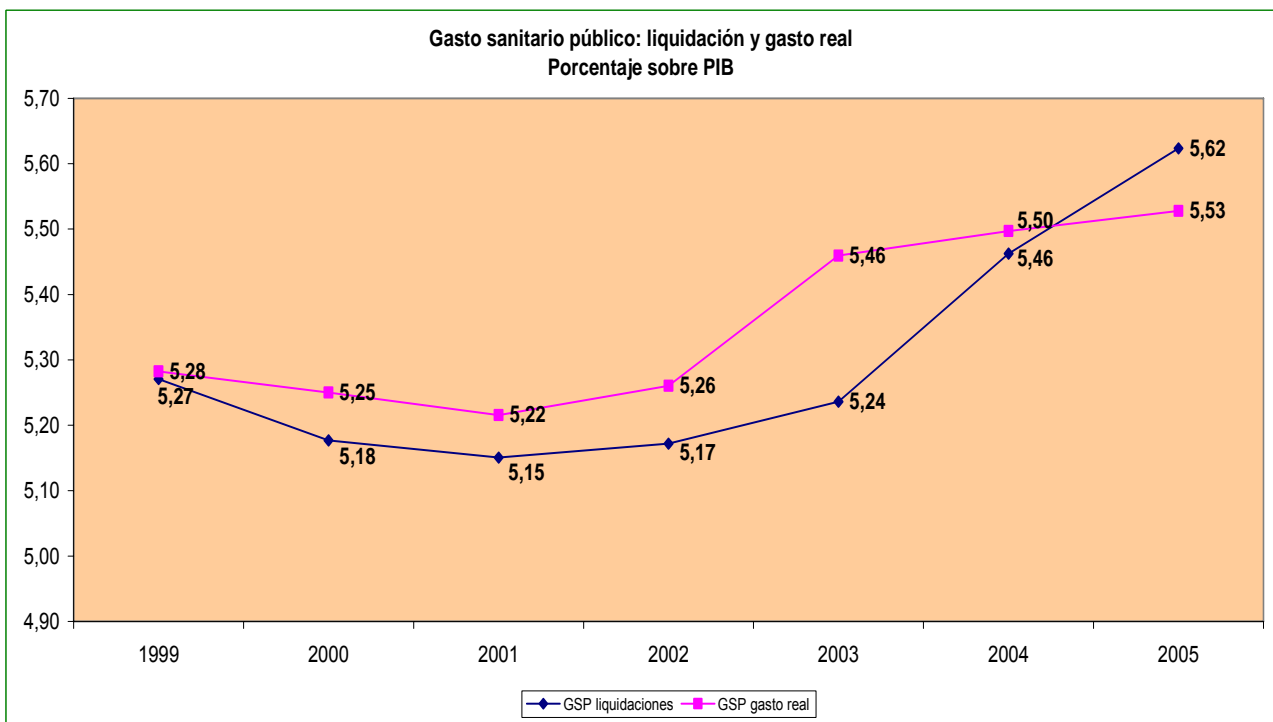
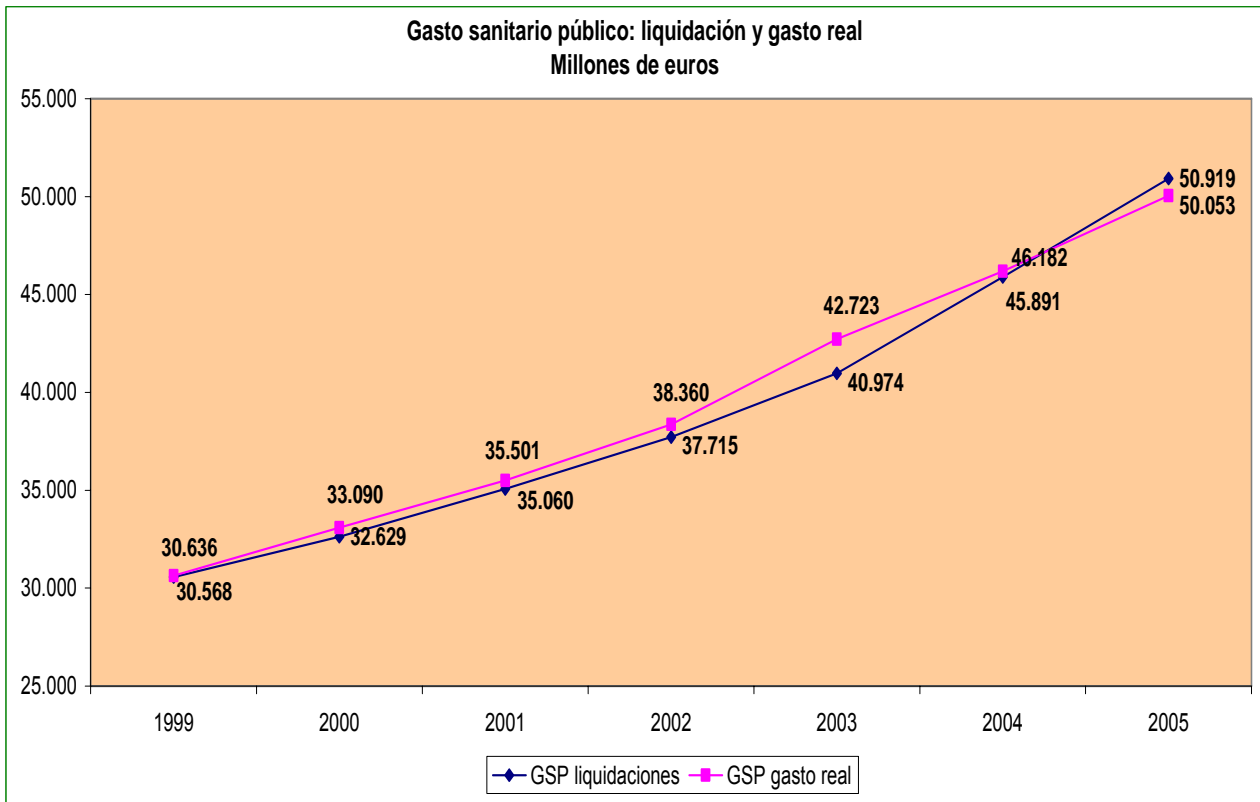
Incremento o disminución del peso del gasto desplazado acumulado sobre el gasto real en el periodo 1999-2005				
	1999 a 2003	2003 a 2005	2004	2005
Andalucía	2,27	-2,38	-0,82	-1,56
Aragón	3,52	-1,14	5,13	-6,27
Asturias	11,69	-2,43	0,56	-2,99
Baleares	6,73	-1,38	-0,08	-1,29
Canarias	5,44	-8,00	-9,35	1,35
Cantabria	5,43	-1,51	0,85	-2,36
Castilla y León	6,31	2,17	3,88	-1,70
Castilla-La Mancha	4,41	0,05	-4,41	4,46
Cataluña	3,97	-13,52	-5,70	-7,82
Comunidad Valenciana	15,19	-3,81	0,59	-4,40
Extremadura	6,96	2,83	3,96	-1,13
Galicia	3,29	-2,53	5,23	-7,76
Madrid	4,85	0,08	2,87	-2,80
Murcia	8,24	3,58	3,94	-0,36
Navarra	--	0,15	--	0,15
País Vasco	--	--	--	--
La Rioja	--	--	--	--
Total gasto CCAA	5,39	-3,49	-0,31	-3,18

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

**Gasto sanitario público consolidado 1999-2005
Comparación del gasto liquidado y el gasto real**

		1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Millones de euros	PIB	579.942	630.263	680.678	729.206	782.531	840.106	905.455
	RBD	369.919	415.873	443.864	471.982	502.968	539.874	576.944
	GSP liquidaciones	30.568	32.629	35.060	37.715	40.974	45.891	50.919
	GSP gasto real	30.636	33.090	35.501	38.360	42.723	46.182	50.053
	GSP							
% PIB	liquidaciones	5,27	5,18	5,15	5,17	5,24	5,46	5,62
	GSP gasto real	5,28	5,25	5,22	5,26	5,46	5,50	5,53

Nota: la serie de liquidaciones es homogénea con la de gasto real, es decir, no incluye ni amortizaciones ni intereses. Los datos de 2005 son un avance.



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.

En los trabajos del grupo llevados a cabo durante el año 2005 se realizó el esfuerzo de delimitar qué gasto correspondía a las prestaciones cubiertas por el catálogo y qué gasto a las no cubiertas, pudiéndose constatar un escaso peso del gasto en prestaciones fuera de catálogo. Por ello este informe analiza el gasto en su conjunto, incluyendo todas las prestaciones.

V.2.2. Gasto sanitario público y su evolución

En el periodo 1999-2005, el gasto sanitario consolidado del sector Comunidades Autónomas pasa de 27.372,22 millones de euros a 45.764,50, con un ritmo de crecimiento medio anual del 8,94%. Es decir, en cinco años se ha incrementado en 18.392,28 millones de euros.

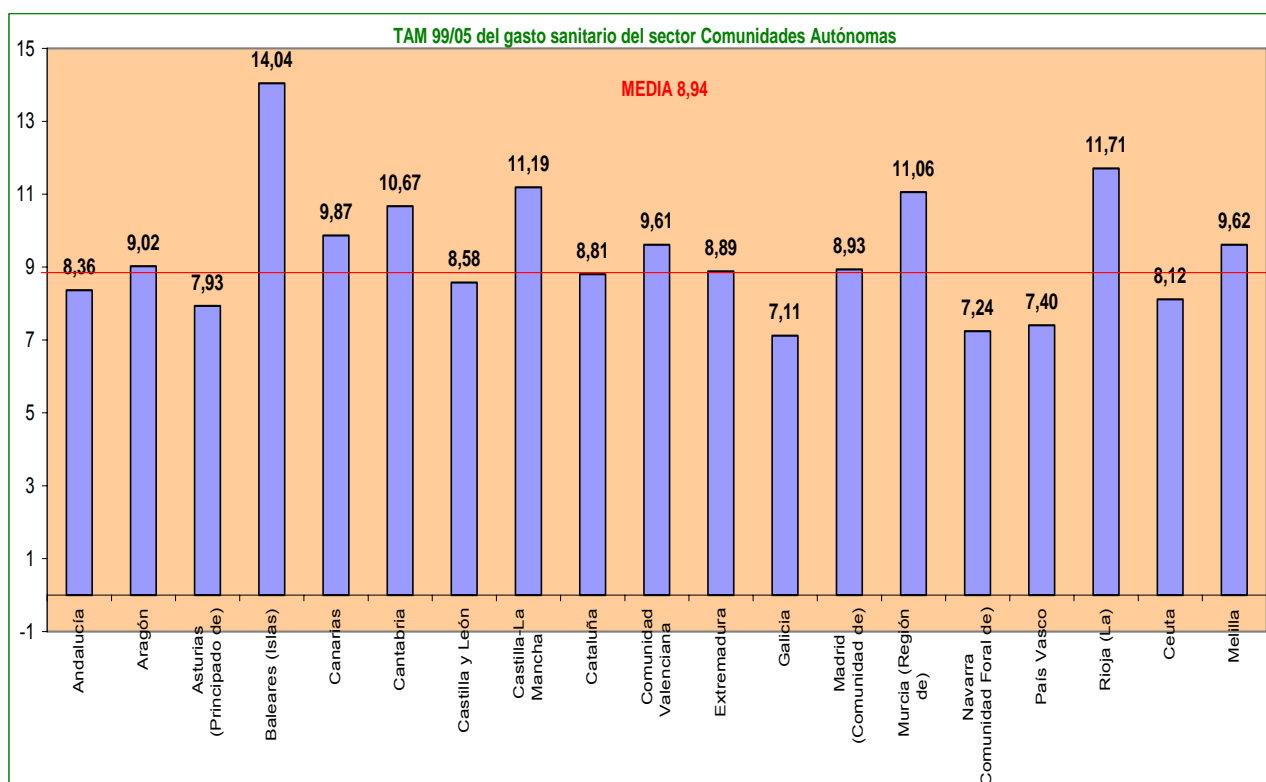
Comparada con el ritmo de crecimiento medio del 9,04% registrado en el periodo 1999 a 2003, esta tasa del 8,94%, junto con el 8,91% correspondiente al periodo 1999 a 2004, ponen de manifiesto una ligera desaceleración en el incremento del gasto sanitario en los años 2004 y 2005. No obstante, el gasto sanitario mantiene un crecimiento por encima del PIB nominal. Se sigue constatando por tanto que, en el marco organizativo surgido tras la plena descentralización del sistema sanitario público, las Comunidades y Ciudades Autónomas, en su conjunto, están manteniendo un importante incremento del gasto sanitario público.

La evolución del gasto consolidado del sector durante el periodo 1999 a 2005, en términos de tasa anual media, registra crecimientos por comunidades que oscilan entre el 7,11% y el 14,04%. Con una tasa media, como se ha señalado, del 8,94%.

Las Comunidades y Ciudades Autónomas que han crecido por encima de la media son: Aragón, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Murcia, La Rioja y Melilla. Por debajo han crecido Andalucía, Asturias**, Castilla y León,

**Asturias mantiene la discrepancia planteada respecto del gasto del año 2001 que aparece en el primer informe, ya que hace referencia a un dato no compartido por la Comunidad Autónoma.

Galicia, Navarra, País Vasco y Ceuta. Cataluña, Extremadura y la Comunidad de Madrid crecen aproximadamente como la media.



GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR COMUNIDADES AUTÓNOMAS. EVOLUCIÓN 1999-2005

Miles de Euros corrientes

COMUNIDADES Y CIUDADES AUTÓNOMAS

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía (*)	4.644.103	5.255.458	5.480.628	5.860.925	6.438.641	7.009.145	7.519.478
Aragón	859.334	915.031	1.007.195	1.086.761	1.231.802	1.369.811	1.442.959
Asturias (Principado de)	793.673	842.471	906.402	982.221	1.103.288	1.180.036	1.254.679
Baleares (Islas)	481.890	513.005	570.805	690.795	797.364	871.789	1.060.117
Canarias (**)	1.223.518	1.336.017	1.422.202	1.595.724	1.802.471	1.906.328	2.152.408
Cantabria	390.817	423.790	474.405	526.682	612.581	661.337	718.179
Castilla y León	1.682.189	1.816.617	1.937.237	2.072.180	2.384.082	2.539.262	2.755.856
Castilla-La Mancha	1.102.368	1.184.794	1.287.491	1.484.059	1.611.490	1.618.829	2.083.189
Cataluña	4.347.818	4.723.247	5.048.534	5.498.743	6.249.279	6.621.473	7.214.198
Comunidad Valenciana	2.674.513	2.955.918	3.175.217	3.501.217	3.998.517	4.307.808	4.638.946
Extremadura	728.914	785.622	828.450	971.320	1.062.426	1.126.588	1.214.767
Galicia	1.941.587	2.053.964	2.229.778	2.330.625	2.547.914	2.827.866	2.932.361
Madrid (Comunidad de)	3.411.976	3.589.472	3.899.619	4.232.594	4.606.946	5.275.716	5.701.726
Murcia (Región de)	744.678	820.039	893.942	985.436	1.129.416	1.257.619	1.397.508
Navarra (Comunidad Foral de)	457.859	492.085	518.493	560.960	612.107	664.012	696.341
País Vasco	1.617.635	1.709.670	1.832.107	1.968.476	2.118.052	2.262.677	2.482.766
Rioja (La)	181.588	198.497	214.077	243.883	272.033	311.056	352.908
Ceuta	44.530	47.121	49.997	54.985	60.338	66.457	71.121
Melilla	43.231	49.051	54.461	57.268	60.865	68.323	74.993

GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA

GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	27.372.222	29.711.869	31.831.038	34.704.853	38.699.611	41.946.132	45.764.498
Crecimiento anual (euros)		2.339.647	2.119.169	2.873.815	3.994.757	3.246.522	3.818.365
Crecimiento anual (%)		8,55	7,13	9,03	11,51	8,39	9,10

(*) En el año 2005 el gasto consolidado de la CA de Andalucía debe ser de 7.539.237 miles de euros.

(**) En el año 2004 el importe debe ser de 1.907.440 miles de euros. La diferencia tiene que ver con una mayor cuantía registrada en el documento de la deuda regularizada en ese año por un importe de 1.112 miles de euros. Para rectificar el error, habría que incrementar ese importe en la clasificación económica en el concepto de consumos intermedios y en la clasificación funcional en el grupo de servicios hospitalarios y especializados

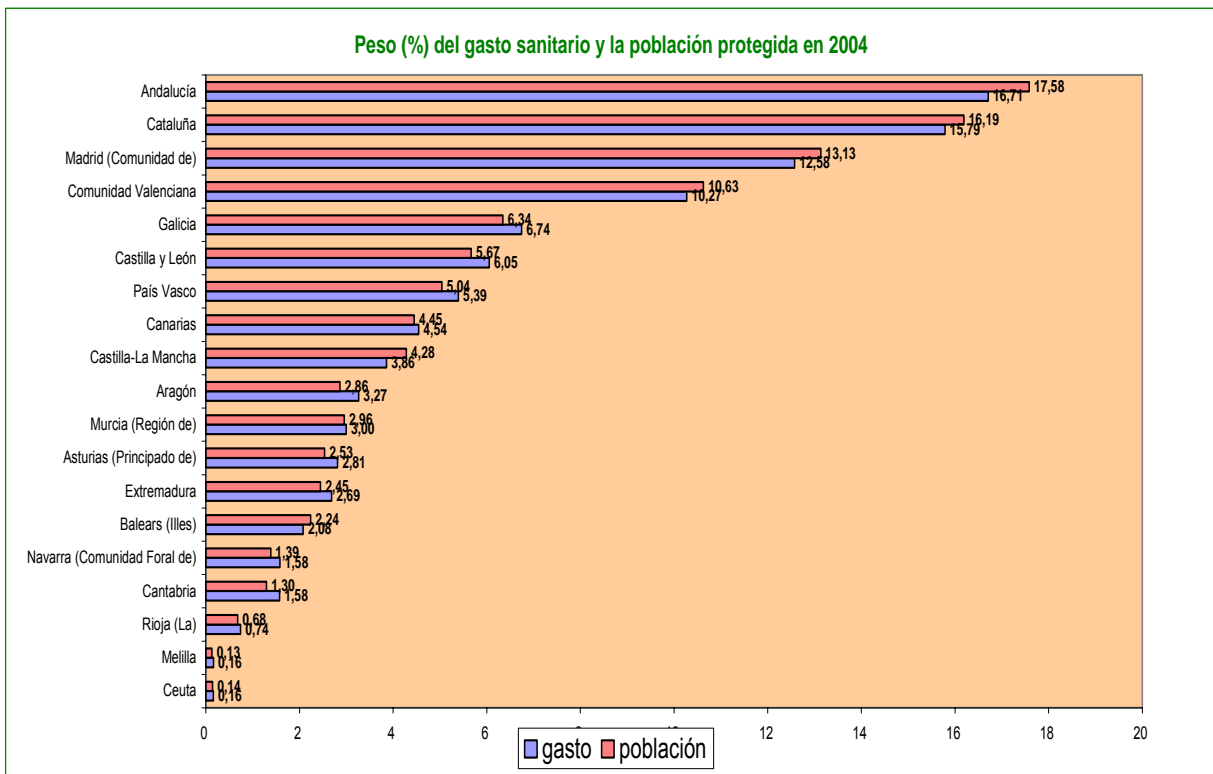
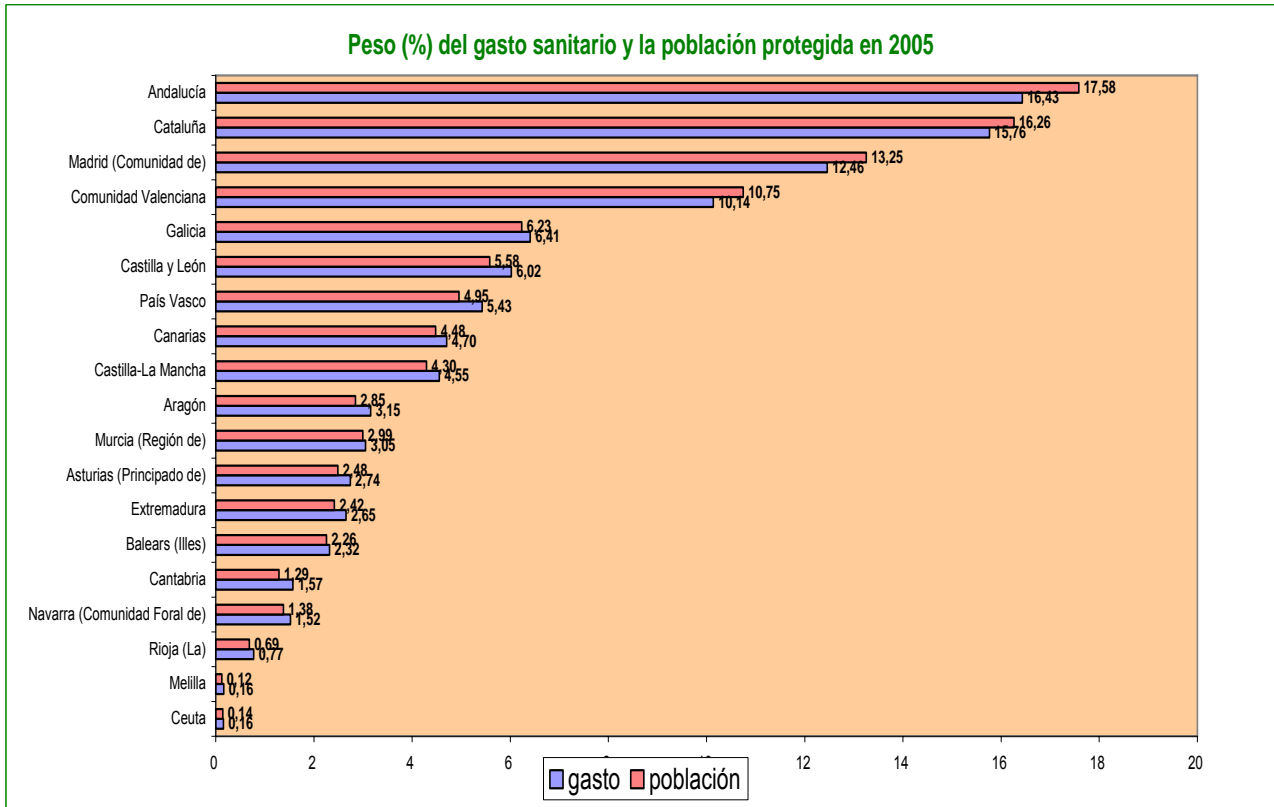
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR COMUNIDADES AUTÓNOMAS. EVOLUCIÓN 1999-2005

COMUNIDADES Y CIUDADES AUTÓNOMAS	Porcentaje de variación interanual						TAM	TAM	TAM	TAM	TAM
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	99/05	99/04	99/03	99/02	99/01
Andalucía	13,16	4,28	6,94	9,86	8,86	7,28	8,36	8,58	8,51	8,07	8,63
Aragón	6,48	10,07	7,90	13,35	11,20	5,34	9,02	9,77	9,42	8,14	8,26
Asturias (Principado de)	6,15	7,59	8,36	12,33	6,96	6,33	7,93	8,26	8,58	7,36	6,87
Baleares (Islas)	6,46	11,27	21,02	15,43	9,33	21,60	14,04	12,59	13,42	12,75	8,84
Canarias	9,19	6,45	12,20	12,96	5,76	12,91	9,87	9,27	10,17	9,26	7,81
Cantabria	8,44	11,94	11,02	16,31	7,96	8,59	10,67	11,09	11,89	10,46	10,18
Castilla y León	7,99	6,64	6,97	15,05	6,51	8,53	8,58	8,58	9,11	7,20	7,31
Castilla-La Mancha	7,48	8,67	15,27	8,59	0,46	28,68	11,19	7,99	9,96	10,42	8,07
Cataluña	8,63	6,89	8,92	13,65	5,96	8,95	8,81	8,78	9,49	8,14	7,76
Comunidad Valenciana	10,52	7,42	10,27	14,20	7,74	7,69	9,61	10,00	10,58	9,39	8,96
Extremadura	7,78	5,45	17,25	9,38	6,04	7,83	8,89	9,10	9,88	10,04	6,61
Galicia	5,79	8,56	4,52	9,32	10,99	3,70	7,11	7,81	7,03	6,28	7,16
Madrid (Comunidad de)	5,20	8,64	8,54	8,84	14,52	8,07	8,93	9,11	7,80	7,45	6,91
Murcia (Región de)	10,12	9,01	10,23	14,61	11,35	11,12	11,06	11,05	10,97	9,79	9,56
Navarra (Comunidad Foral de)	7,48	5,37	8,19	9,12	8,48	4,87	7,24	7,72	7,53	7,00	6,42
País Vasco	5,69	7,16	7,44	7,60	6,83	9,73	7,40	6,94	6,97	6,76	6,42
Rioja (La)	9,31	7,85	13,92	11,54	14,34	13,45	11,71	11,37	10,63	10,33	8,58
Ceuta	5,82	6,10	9,98	9,74	10,14	7,02	8,12	8,34	7,89	7,28	5,96
Melilla	13,46	11,03	5,15	6,28	12,25	9,76	9,62	9,59	8,93	9,83	12,24
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	8,55	7,13	9,03	11,51	8,39	9,10	8,94	8,91	9,04	8,23	7,84

V.2.3. Distribución por Comunidades Autónomas

En el año 2005, la proporción del gasto total del sector que corresponde a cada Comunidad Autónoma oscila entre el 0,16% de Ceuta y Melilla el 16,43% de Andalucía.

En dicho año Andalucía, que cuenta con el 17,58% de la población protegida, ejecuta el 16,43% del gasto; seguida de Cataluña que, con un 16,26% de población protegida, ejecuta el 15,76% del gasto; y de Madrid, que ejecuta el 12,46% del gasto con una población protegida del 13,25%. Las diferencias en las proporciones referidas a gasto y población en cada comunidad están explicadas, en parte, por las diferentes estructuras poblacionales.



GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR. EVOLUCIÓN 1999-2005

COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Distribución del gasto por Comunidades Autónomas (% sobre total de gasto)							
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía	16,97	17,69	17,22	16,89	16,64	16,71	16,43
Aragón	3,14	3,08	3,16	3,13	3,18	3,27	3,15
Asturias (Principado de)	2,90	2,84	2,85	2,83	2,85	2,81	2,74
Baleares (Islas)	1,76	1,73	1,79	1,99	2,06	2,08	2,32
Canarias	4,47	4,50	4,47	4,60	4,66	4,54	4,70
Cantabria	1,43	1,43	1,49	1,52	1,58	1,58	1,57
Castilla y León	6,15	6,11	6,09	5,97	6,16	6,05	6,02
Castilla-La Mancha	4,03	3,99	4,04	4,28	4,16	3,86	4,55
Cataluña	15,88	15,90	15,86	15,84	16,15	15,79	15,76
Comunidad Valenciana	9,77	9,95	9,98	10,09	10,33	10,27	10,14
Extremadura	2,66	2,64	2,60	2,80	2,75	2,69	2,65
Galicia	7,09	6,91	7,01	6,72	6,58	6,74	6,41
Madrid (Comunidad de)	12,47	12,08	12,25	12,20	11,90	12,58	12,46
Murcia (Región de)	2,72	2,76	2,81	2,84	2,92	3,00	3,05
Navarra (Comunidad Foral de)	1,67	1,66	1,63	1,62	1,58	1,58	1,52
País Vasco	5,91	5,75	5,76	5,67	5,47	5,39	5,43
Rioja (La)	0,66	0,67	0,67	0,70	0,70	0,74	0,77
Ceuta	0,16	0,16	0,16	0,16	0,16	0,16	0,16
Melilla	0,16	0,17	0,17	0,17	0,16	0,16	0,16
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	100	100	100	100	100	100	100

V.2.4. Gasto sanitario como porcentaje del PIB regional

El indicador de gasto sanitario como porcentaje del PIB es el indicador de síntesis por excelencia en el análisis económico del sector sanitario ya que, al medir el Producto Interior Bruto el valor de mercado de todos los bienes y servicios finales que produce una Comunidad Autónoma, este indicador tiene un carácter descriptivo de la parte de sus recursos económicos que ésta destina a la atención sanitaria pública. No obstante, para describir el esfuerzo de la Administración Autonómica en dicha atención, este indicador debe considerarse conjuntamente con el gasto sanitario público como porcentaje del gasto público.

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. Pero, a diferencia de lo que ocurre entre los países, donde existen modelos independientes y diferenciados de asignación de recursos por territorios, en el caso de las Comunidades Autónomas de España la distribución territorial de recursos, bien prevista en el modelo de financiación, bien consecuencia de las políticas sanitarias de cohesión

territorial, contempla mecanismos de nivelación que tratan de garantizar la equidad en el acceso a los servicios sanitarios, independientemente del lugar de residencia.

Por todo ello, los datos que se obtienen por Comunidades Autónomas de gasto sanitario como porcentaje del PIB, no reflejan la relación antes mencionada con el nivel de renta. En este caso, las diferencias entre territorios del indicador citado, no sólo se explican (como ocurre entre países) por diferencias en los niveles de renta, sino también por la solidaridad entre territorios.

Incluso cuando se analiza el gasto sanitario como porcentaje del PIB entre países, se debe considerar que el nivel de renta explica una parte de las diferencias entre países, otros factores como las necesidades sanitarias o la organización de los sistemas sanitarios están también tras la variabilidad del indicador.

Además, es preciso tener en cuenta que el indicador analizado se refiere a gasto sanitario público, no al total, por lo que una parte de las diferencias también podría quedar explicada por las distintas pautas de utilización de los servicios sanitarios privados.

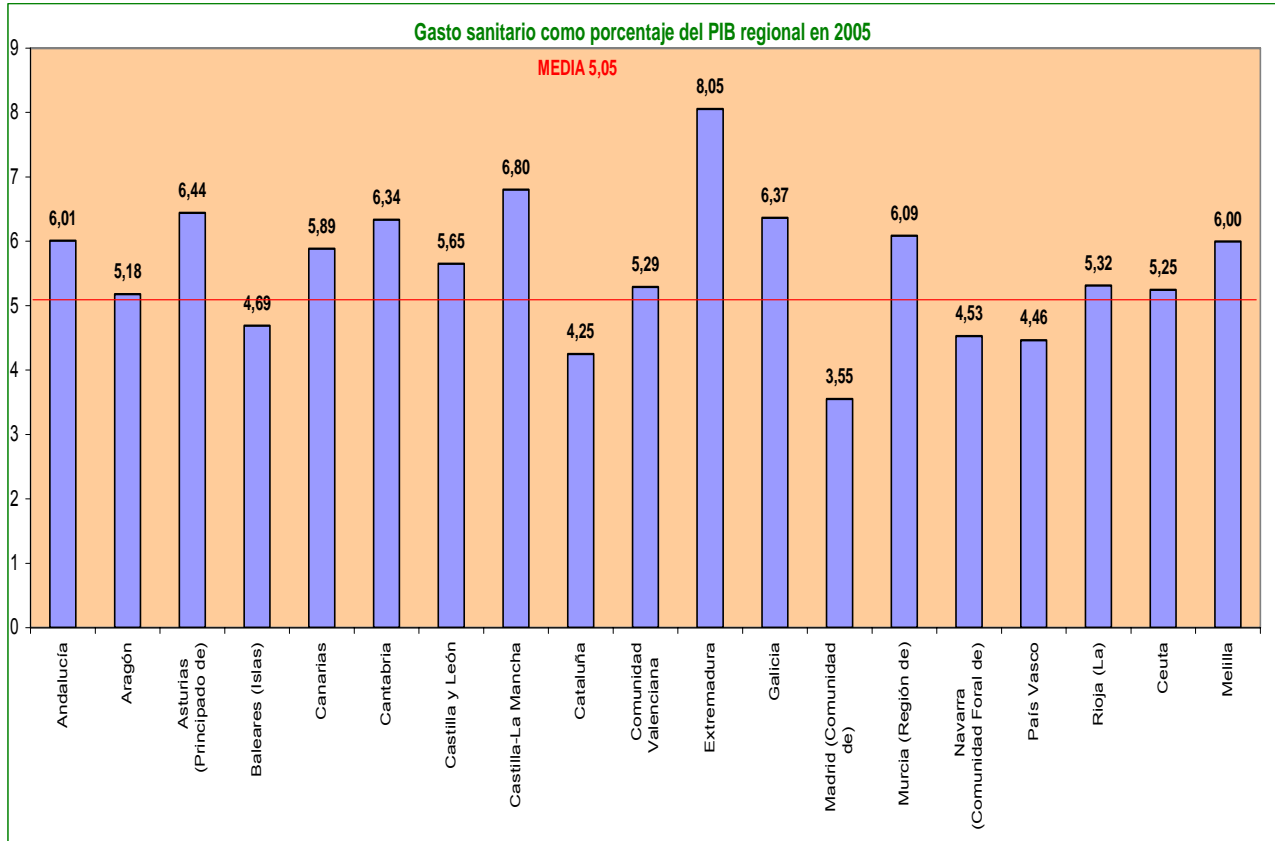
Los datos de gasto sanitario público por Comunidades permiten constatar la mencionada falta de relación con el nivel de renta y, en este contexto, se explica que comunidades más ricas tengan porcentajes de gasto sanitario público sobre PIB inferiores a las relativamente más pobres. Esto, sin embargo, es compatible con dedicar a la atención sanitaria pública porcentajes elevados de su gasto público global, como se aprecia comparando estos dos indicadores en las Comunidades de Madrid, Cataluña y Baleares.

El gasto sanitario de las Comunidades y Ciudades Autónomas representa en el año 2005 un 5,05% del PIB⁴⁰ y, según territorios, el comportamiento es el siguiente:

Extremadura es la Comunidad que presenta el mayor porcentaje con un 8,05% y Madrid la que registra el menor, con un 3,55%. Se sitúan por encima de la media Andalucía, Aragón, Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Comunidad

⁴⁰ Recuérdese que, por lo que se refiere a años anteriores, este ratio se ha visto modificado como consecuencia del cambio de base de las Cuentas Nacionales al año 2000.

Valenciana, Extremadura, Galicia, Región de Murcia, La Rioja, Ceuta y Melilla. Por debajo de la media se encuentran, Baleares, Cataluña, Madrid, Navarra y País Vasco.



GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR COMUNIDADES AUTÓNOMAS. EVOLUCIÓN % PIB 1999-2005

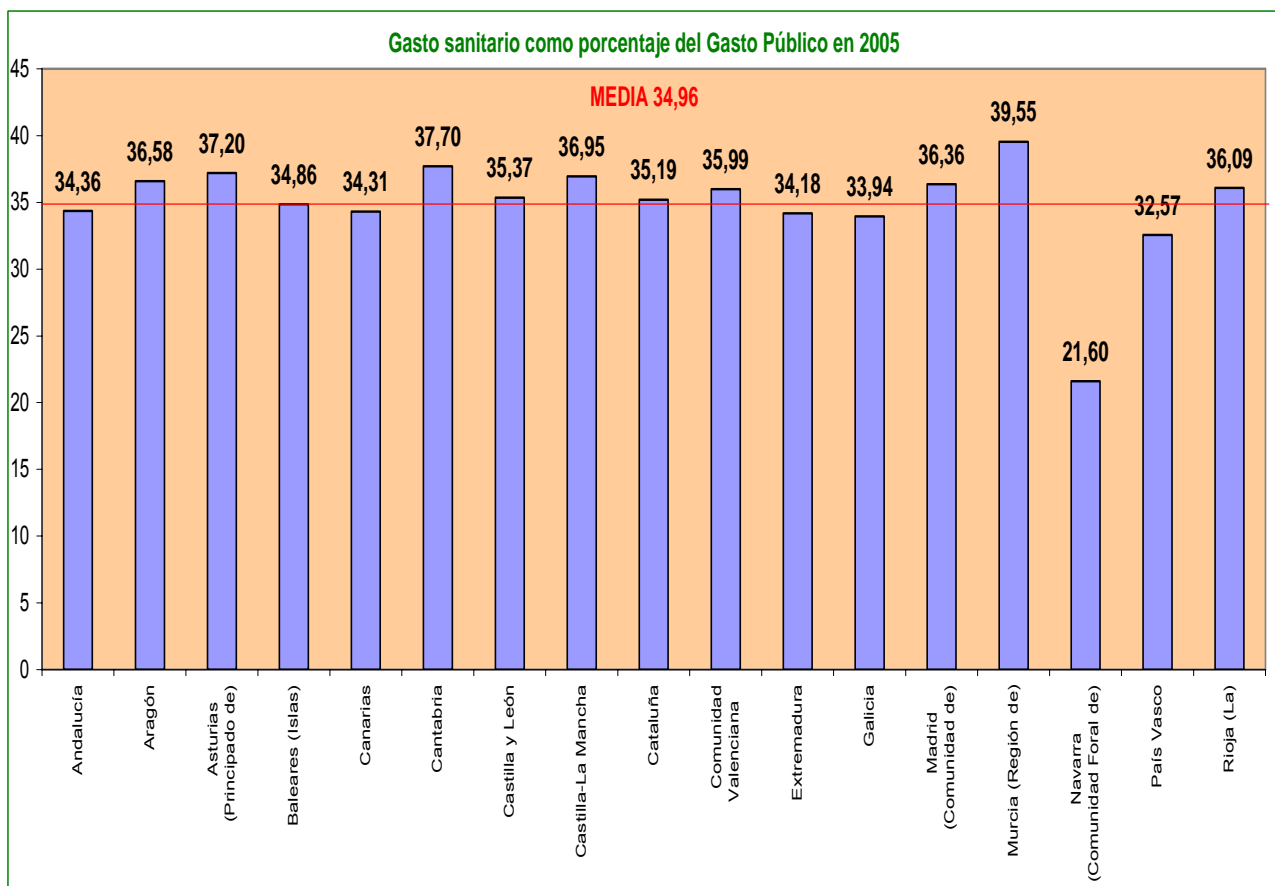
COMUNIDADES Y CIUDADES AUTÓNOMAS	Porcentaje						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía	6,02	6,27	6,05	6,00	6,05	6,08	6,01
Aragón	4,75	4,67	4,80	4,79	5,07	5,28	5,18
Asturias (Principado de)	6,09	6,06	6,06	6,18	6,54	6,56	6,44
Baleares (Islas)	3,37	3,18	3,27	3,72	4,06	4,13	4,69
Canarias	5,21	5,28	5,14	5,36	5,62	5,58	5,89
Cantabria	5,38	5,45	5,59	5,76	6,29	6,30	6,34
Castilla y León	5,04	5,21	5,21	5,21	5,60	5,56	5,65
Castilla-La Mancha	5,47	5,55	5,60	6,04	6,08	5,70	6,80
Cataluña	4,01	3,96	3,92	4,00	4,25	4,20	4,25
Comunidad Valenciana	4,79	4,85	4,78	4,91	5,25	5,27	5,29
Extremadura	7,27	7,45	7,34	8,03	8,17	8,06	8,05
Galicia	6,12	6,28	6,38	6,26	6,39	6,60	6,37
Madrid (Comunidad de)	3,42	3,23	3,23	3,27	3,33	3,55	3,55
Murcia (Región de)	5,47	5,39	5,39	5,46	5,74	5,95	6,09
Navarra (Comunidad Foral de)	4,68	4,50	4,45	4,50	4,60	4,65	4,53
País Vasco	4,34	4,30	4,30	4,35	4,41	4,40	4,46
Rioja (La)	4,14	4,14	4,18	4,50	4,64	5,00	5,32
Ceuta	4,88	4,96	4,97	5,09	5,13	5,27	5,25
Melilla	5,20	5,68	5,93	5,86	5,73	5,94	6,00
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	4,72	4,71	4,68	4,76	4,95	4,99	5,05

Nota: la distribución territorial del PIB en 1999 es una estimación basada en el PIB regional base 1995.

V.2.5. Gasto sanitario como porcentaje del gasto público

En relación con el gasto público total en el conjunto de Comunidades Autónomas, el gasto sanitario de las mismas representa un 34,96% en el año 2005.

Este porcentaje oscila entre un 21,60% y un 39,55%. Se sitúan por encima de la media Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Cataluña, Comunidad Valenciana, Madrid, Murcia y La Rioja. Por debajo de la media se encuentran Andalucía, Canarias, Extremadura, Galicia, Navarra y País Vasco. Baleares se sitúa aproximadamente en la media.



GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR COMUNIDADES AUTÓNOMAS. EVOLUCIÓN % GASTO PÚBLICO 1999-2005

COMUNIDADES Y CIUDADES AUTÓNOMAS	Porcentaje						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía	37,78	37,13	36,69	36,09	36,74	35,39	34,36
Aragón	61,50	56,87	58,22	38,90	38,99	38,37	36,58
Asturias (Principado de)	65,24	60,13	50,22	39,73	39,17	38,66	37,20
Baleares (Islas)	55,27	51,10	51,42	37,60	34,37	31,68	34,86
Canarias	33,96	32,20	32,66	33,18	35,41	33,58	34,31
Cantabria	53,20	50,09	54,16	43,17	36,64	38,36	37,70
Castilla y León	51,99	48,76	46,74	38,66	36,22	36,01	35,37
Castilla-La Mancha	58,23	54,35	53,33	38,97	34,95	31,73	36,95
Cataluña	39,78	37,52	37,76	37,55	38,21	35,69	35,19
Comunidad Valenciana	37,12	35,62	35,74	35,71	36,43	36,93	35,99
Extremadura	52,96	49,57	47,67	36,14	34,23	35,03	34,18
Galicia	37,52	34,47	34,74	34,05	35,52	36,17	33,94
Madrid (Comunidad de)	57,65	52,66	48,24	34,56	34,95	37,18	36,36
Murcia (Región de)	58,02	55,48	55,84	37,43	38,47	39,33	39,55
Navarra (Comunidad Foral de)	19,56	18,26	18,32	21,14	21,96	22,76	21,60
País Vasco	35,73	32,79	32,58	32,46	32,18	32,80	32,57
Rioja (La)	47,20	44,81	44,41	34,30	32,78	35,15	36,09
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	42,38	39,94	39,46	35,72	35,82	35,41	34,96

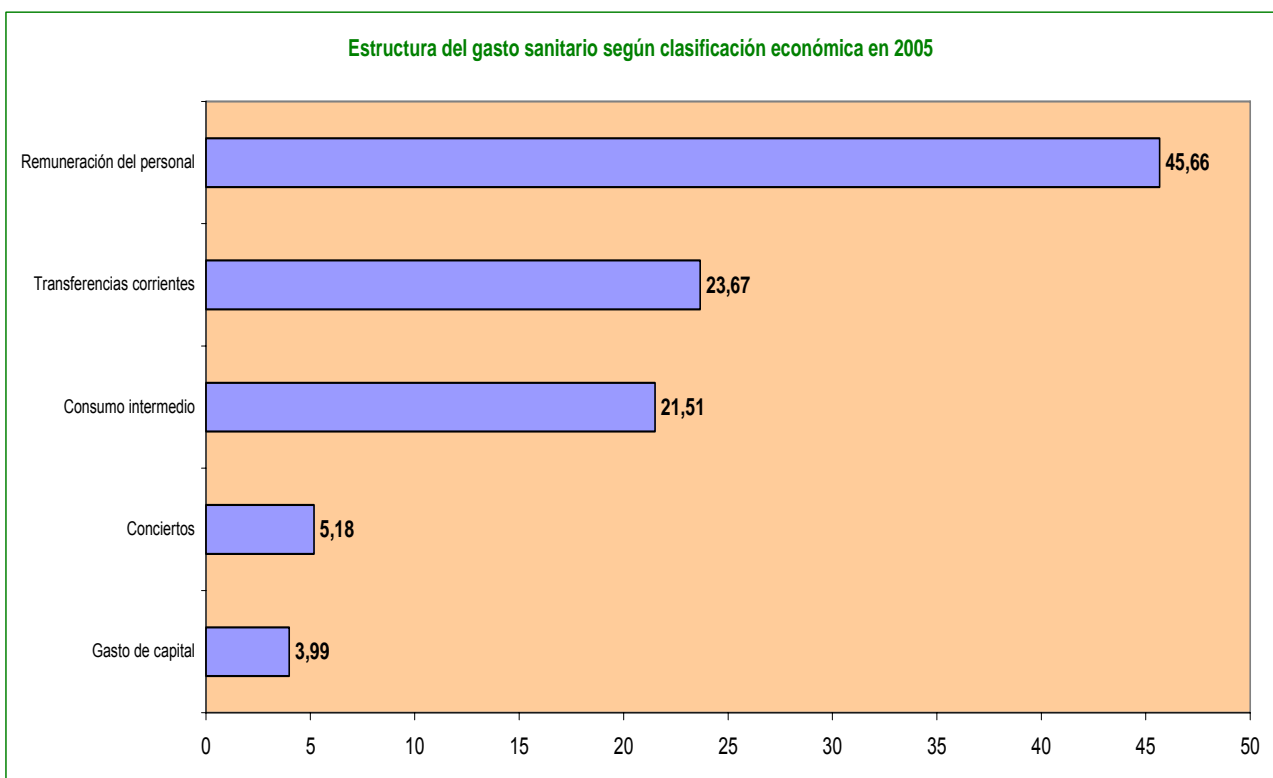
Nota: en el año 2005 la distribución del gasto público de las Comunidades Autónomas se ha estimado a partir de los datos de Avance de las Cuentas de las Administraciones Públicas del año 2005. En el año 1999, la distribución territorial se ha estimado según la estructura del año 2000. La evolución de esta variable no se puede interpretar sin considerar que durante este periodo se estaban produciendo transferencias a las Comunidades Autónomas, fundamentalmente en materia de educación.

V.2.6. Clasificación económica del gasto

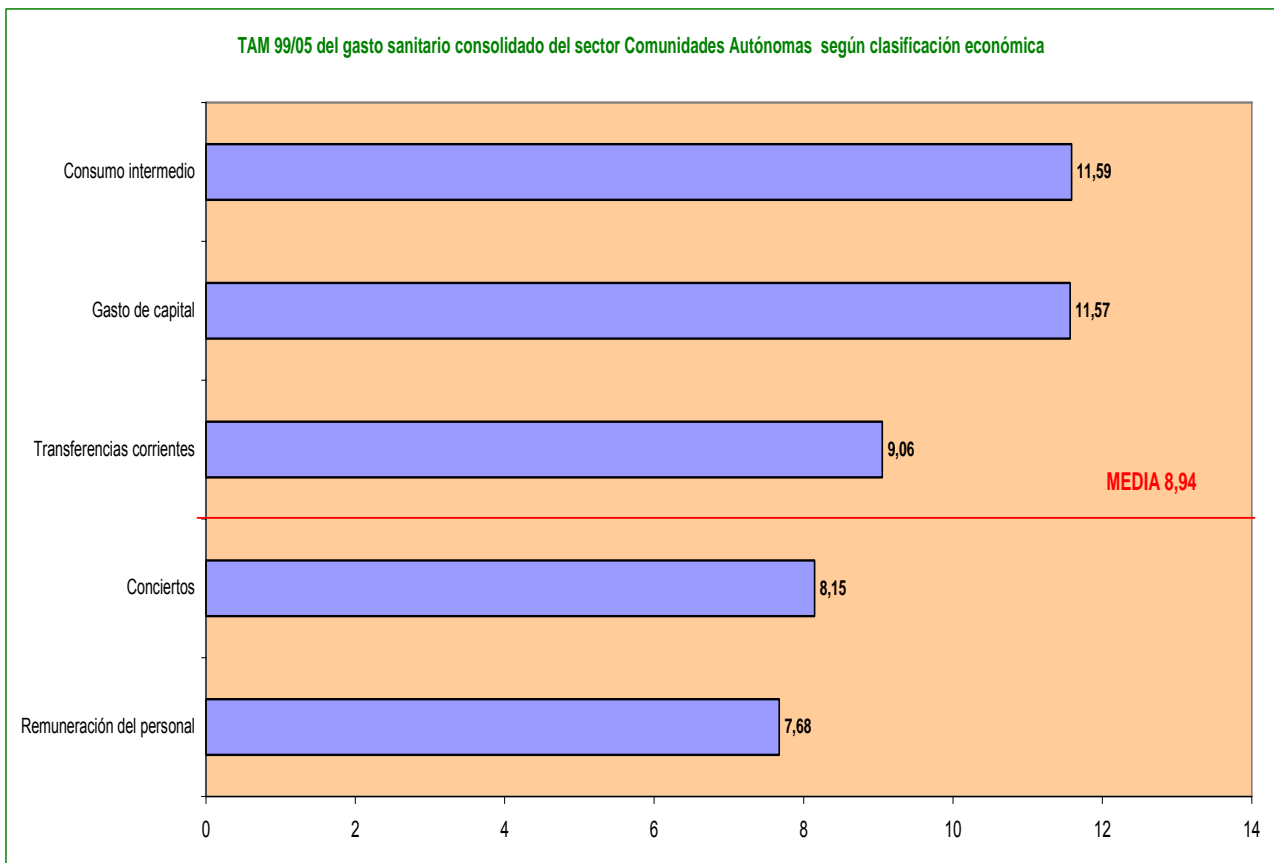
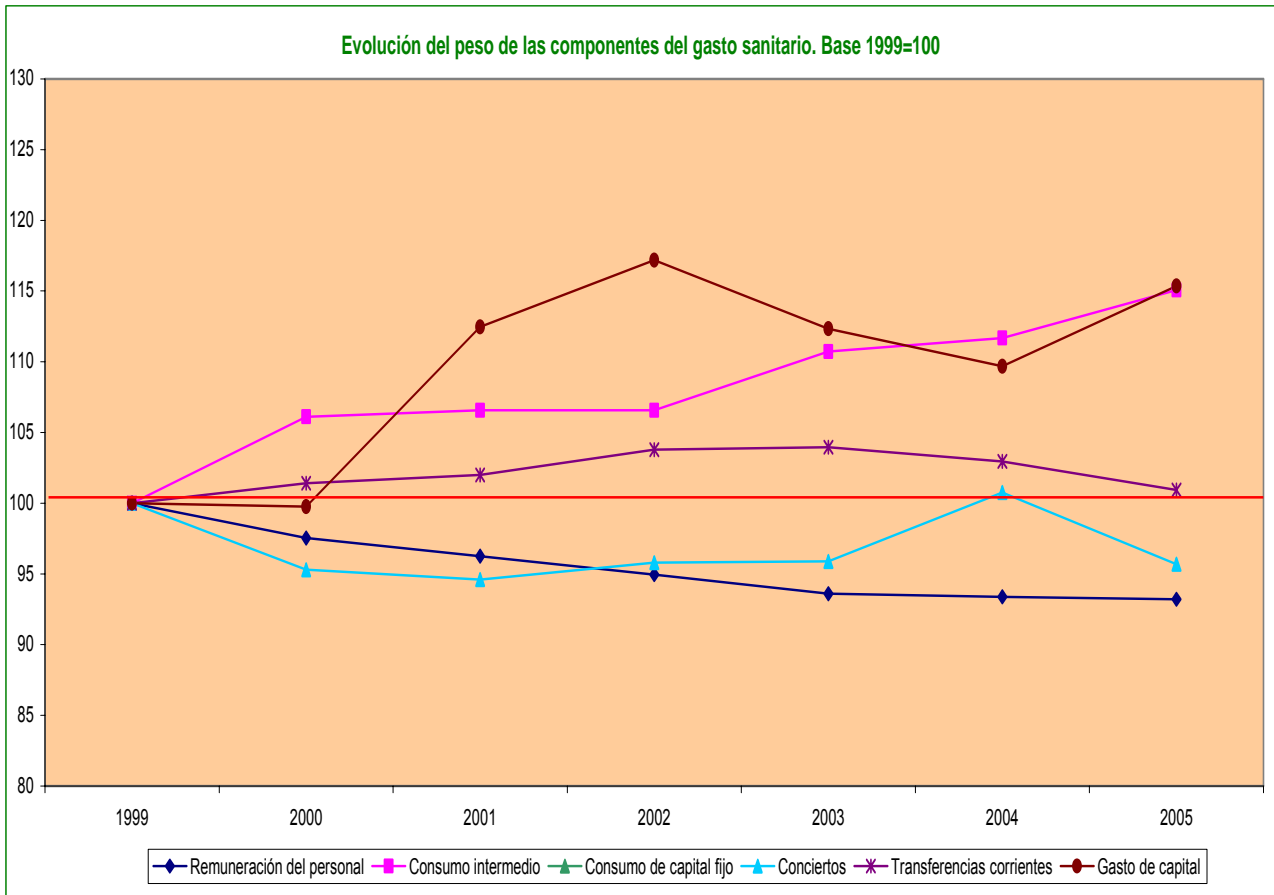
Desde la óptica de la clasificación económica, el componente del gasto sanitario de las Comunidades y Ciudades Autónomas con mayor peso es la *remuneración del personal*, que en 2005 representa un 45,66% del gasto sanitario del sector. Durante los últimos años y hasta el año 2005, este componente ha 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 23,67%. A continuación el *consumo intermedio*, con un 21,51%, y los *conciertos*, con un 5,18%. En último lugar aparecen los *gastos de capital* con un 3,99%. El *consumo de capital fijo* tiene una presencia residual.

Este componente tiene asociadas grandes dificultades de medida y se ha excluido del análisis⁴¹.

Los componentes más dinámicos del gasto sanitario de las Comunidades y Ciudades Autónomas entre 1999 y 2005 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, los conciertos y la remuneración de asalariados han crecido anualmente por debajo de la media.



⁴¹ 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 5,18% del gasto y oscilan, por comunidades, entre un 2,83% y un 9,65%. Los correspondientes a la Comunidad Autónoma de Cataluña, donde registraban un peso significativamente mayor sí han sido desglosados, quedando como gasto en concierto en esta comunidad el correspondiente a la atención especializada de diagnóstico y el transporte sanitario.



**GASTO TERRITORIAL CONSOLIDADO. EVOLUCIÓN 1995-2005
COMUNIDADES AUTÓNOMAS**

1 - CLASIFICACIÓN ECONÓMICO - PRESUPUESTARIA

	Miles de Euros corrientes						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Remuneración del personal	13.408.060	14.194.474	15.009.113	16.140.366	17.744.707	19.185.414	20.896.147
Consumo intermedio	5.097.867	5.872.289	6.317.993	6.887.680	7.980.965	8.724.784	9.808.360
Consumo de capital fijo	--	--	--	--	--	--	--
Conciertos	1.481.428	1.532.468	1.629.673	1.799.146	2.008.048	2.287.412	2.370.213
Transferencias corrientes	6.438.942	7.088.334	7.637.217	8.472.320	9.463.513	10.158.789	10.865.438
Gasto de capital	945.926	1.024.305	1.237.042	1.405.341	1.502.377	1.589.734	1.824.339
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	27.372.222	29.711.869	31.831.038	34.704.853	38.699.611	41.946.132	45.764.498
ESTRUCTURA	porcentaje sobre el total						
Remuneración del personal	48,98	47,77	47,15	46,51	45,85	45,74	45,66
Consumo intermedio	18,62	19,76	19,85	19,85	20,62	20,80	21,43
Consumo de capital fijo	--	--	--	--	--	--	--
Conciertos	5,41	5,16	5,12	5,18	5,19	5,45	5,18
Transferencias corrientes	23,52	23,86	23,99	24,41	24,45	24,22	23,74
Gasto de capital	3,46	3,45	3,89	4,05	3,88	3,79	3,99

INCREMENTO ANUAL (%)

	Porcentaje variación interanual										
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	TAM 99/05	TAM 99/04	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
Remuneración del personal	5,87	5,74	7,54	9,94	8,12	8,92	7,68	7,43	7,26	6,38	5,80
Consumo intermedio	15,19	7,59	9,02	15,87	9,32	12,42	11,52	11,35	11,86	10,55	11,33
Consumo de capital fijo	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Conciertos	3,45	6,34	10,40	11,61	13,91	3,62	8,15	9,08	7,90	6,69	4,88
Transferencias corrientes	10,09	7,74	10,93	11,70	7,35	6,96	9,11	9,55	10,11	9,58	8,91
Gasto de capital	8,29	20,77	13,60	6,90	5,81	14,76	11,57	10,94	12,26	14,11	14,36
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	8,55	7,13	9,03	11,51	8,39	9,10	8,94	8,91	9,04	8,23	7,84

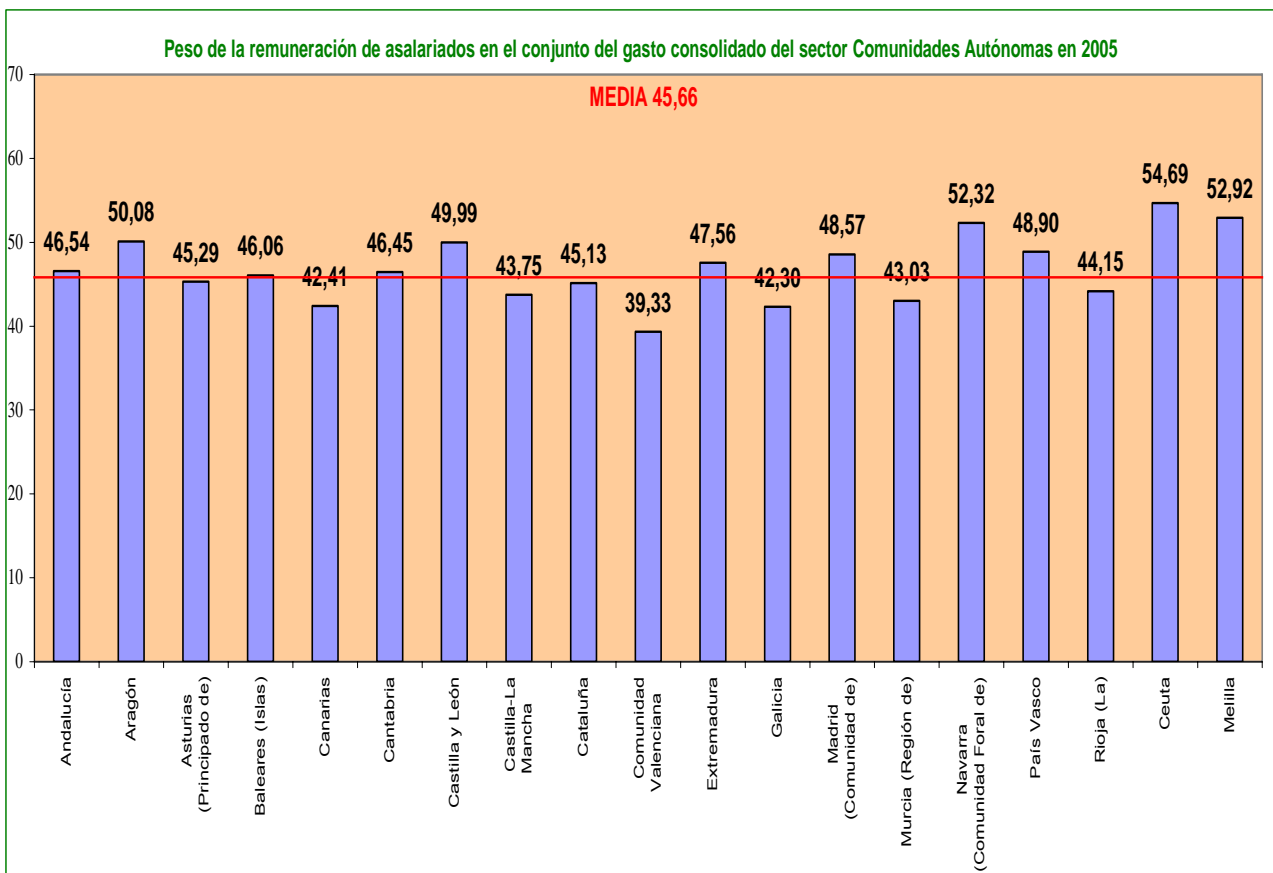
NOTA: La diferencia de gastos de capital entre la Clasificación económica y funcional deriva del tratamiento de las transferencias de Capital. En la económica están englobadas en el gasto de capital, en la Funcional se han repartido entre las distintas funciones.

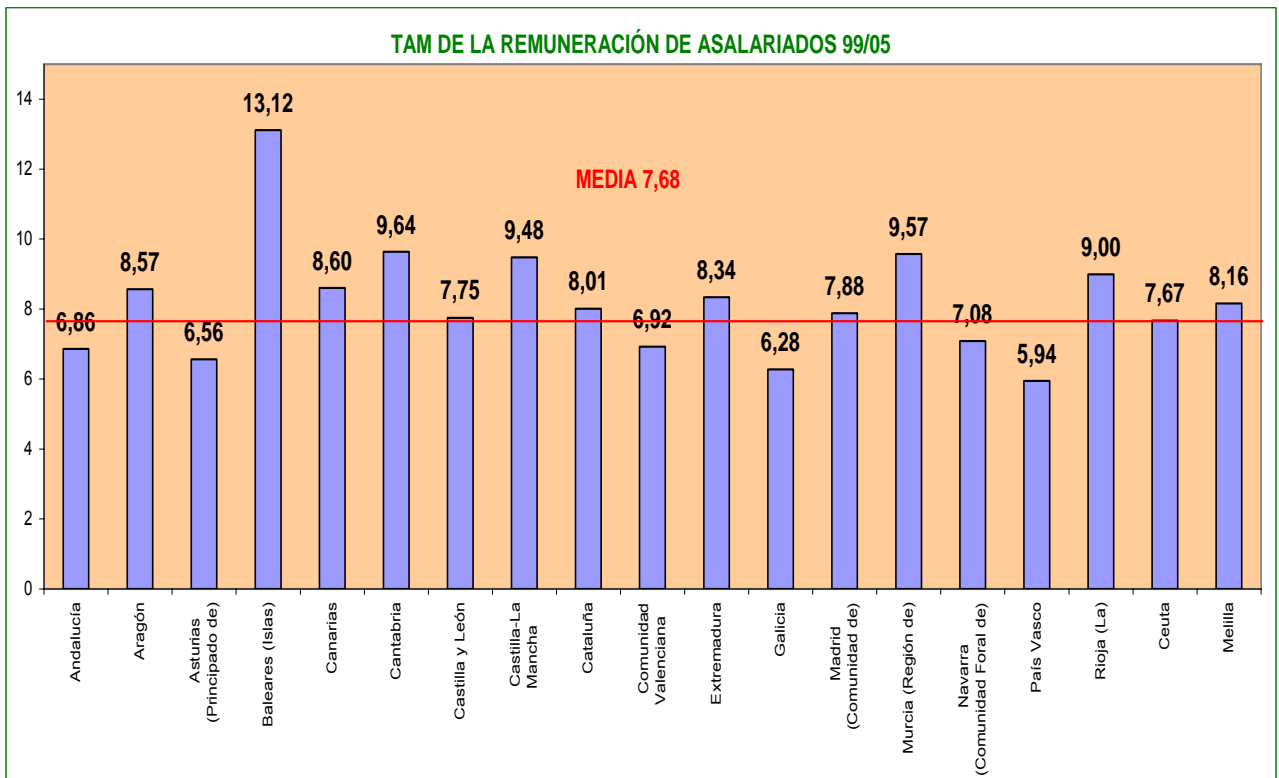
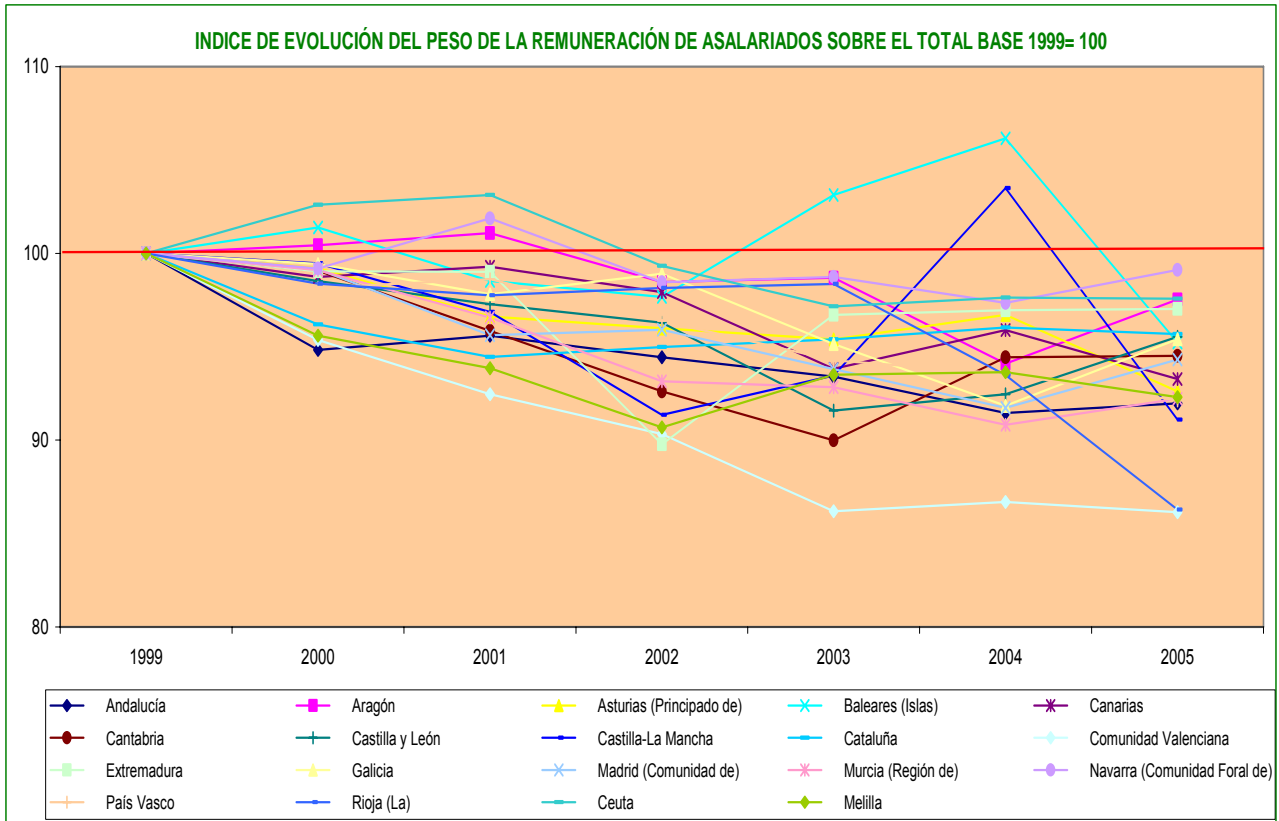
V.2.6.1. Remuneración del personal

Como se ha indicado, en 2005 la remuneración del personal representa el 45,66% del gasto consolidado del sector Comunidades y Ciudades Autónomas. Esta proporción oscila por Comunidades entre el 39,33% y 54,69%.

Con carácter general, se detecta entre 1999 y 2005 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 7,68% anual, pasando de un crecimiento anual del 5,87% en el año 2000 a un 8,92% en 2005. Por Comunidades Autónomas, el incremento anual medio entre 1999 y 2005 oscila entre un 5,94% y un 13,12%.





REMUNERACIÓN DEL PERSONAL

	Miles de euros corrientes						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía	2.350.254	2.522.424	2.651.181	2.801.337	3.043.006	3.243.964	3.499.777
Aragón	441.267	471.894	522.780	549.484	624.215	661.785	722.674
Asturias (Principado de)	388.152	408.731	428.281	461.088	514.687	558.091	568.302
Baleares (Islas)	233.066	251.576	272.003	326.299	397.682	447.576	488.239
Canarias	556.266	599.761	641.984	710.400	768.893	831.147	912.807
Cantabria	192.066	206.337	223.453	239.687	270.913	306.952	333.614
Castilla y León	880.269	936.534	986.230	1.044.132	1.142.457	1.228.482	1.377.614
Castilla-La Mancha	529.425	566.003	598.932	651.131	723.266	804.644	911.390
Cataluña	2.050.741	2.143.186	2.249.089	2.463.459	2.811.721	2.999.022	3.255.755
Comunidad Valenciana	1.221.235	1.287.166	1.340.403	1.443.968	1.573.720	1.705.319	1.824.616
Extremadura	357.277	381.388	402.047	427.430	503.632	535.400	577.698
Galicia	860.860	905.558	967.080	1.022.056	1.074.967	1.151.556	1.240.406
Madrid (Comunidad de)	1.756.810	1.832.403	1.919.842	2.090.028	2.225.159	2.491.879	2.769.220
Murcia (Región de)	347.470	379.175	402.780	428.326	489.201	532.991	601.300
Navarra (Comunidad Foral de)	241.693	257.668	278.813	291.532	319.026	341.222	364.349
País Vasco	858.540	890.752	958.922	1.007.132	1.059.749	1.123.520	1.213.995
Rioja (La)	92.924	99.934	107.091	122.491	136.921	148.818	155.810
Ceuta	24.957	27.095	28.896	30.608	32.858	36.364	38.892
Melilla	24.788	26.886	29.307	29.778	32.632	36.682	39.688
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	13.408.060	14.194.474	15.009.113	16.140.366	17.744.707	19.185.414	20.896.147

REMUNERACIÓN DEL PERSONAL

	Porcentaje sobre el total del gasto de la comunidad						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía	50,61	48,00	48,37	47,80	47,26	46,28	46,54
Aragón	51,35	51,57	51,90	50,56	50,67	48,31	50,08
Asturias (Principado de)	48,91	48,52	47,25	46,94	46,65	47,29	45,29
Baleares (Islas)	48,37	49,04	47,65	47,24	49,87	51,34	46,06
Canarias	45,46	44,89	45,14	44,52	42,66	43,60	42,41
Cantabria	49,14	48,69	47,10	45,51	44,22	46,41	46,45
Castilla y León	52,33	51,55	50,91	50,39	47,92	48,38	49,99
Castilla-La Mancha	48,03	47,77	46,52	43,87	44,88	49,71	43,75
Cataluña	47,17	45,38	44,55	44,80	44,99	45,29	45,13
Comunidad Valenciana	45,66	43,55	42,21	41,24	39,36	39,59	39,33
Extremadura	49,01	48,55	48,53	44,01	47,40	47,52	47,56
Galicia	44,34	44,09	43,37	43,85	42,19	40,72	42,30
Madrid (Comunidad de)	51,49	51,05	49,23	49,38	48,30	47,23	48,57
Murcia (Región de)	46,66	46,24	45,06	43,47	43,31	42,38	43,03
Navarra (Comunidad Foral de)	52,79	52,36	53,77	51,97	52,12	51,39	52,32
País Vasco	53,07	52,10	52,34	51,16	50,03	49,65	48,90
Rioja (La)	51,17	50,35	50,02	50,23	50,33	47,84	44,15
Ceuta	56,04	57,50	57,80	55,67	54,46	54,72	54,69
Melilla	57,34	54,81	53,81	52,00	53,61	53,69	52,92
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	48,98	47,77	47,15	46,51	45,85	45,74	45,66

REMUNERACIÓN DEL PERSONAL

	Porcentaje de variación interanual						TAM 99/05	TAM 99/04	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
	2000	2001	2002	2003	2004	2005					
Andalucía	7,33	5,10	5,66	8,63	6,60	7,89	6,86	6,66	6,67	6,03	6,21
Aragón	6,94	10,78	5,11	13,60	6,02	9,20	8,57	8,44	9,06	7,58	8,85
Asturias (Principado de)	5,30	4,78	7,66	11,62	8,43	1,83	6,56	7,53	7,31	5,91	5,04
Baleares (Islas)	7,94	8,12	19,96	21,88	12,55	9,08	13,12	13,94	14,29	11,87	8,03
Canarias	7,82	7,04	10,66	8,23	8,10	9,82	8,60	8,36	8,43	8,49	7,43
Cantabria	7,43	8,30	7,27	13,03	13,30	8,69	9,64	9,83	8,98	7,66	7,86
Castilla y León	6,39	5,31	5,87	9,42	7,53	12,14	7,75	6,89	6,73	5,86	5,85
Castilla-La Mancha	6,91	5,82	8,72	11,08	11,25	13,27	9,48	8,73	8,11	7,14	6,36
Cataluña	4,51	4,94	9,53	14,14	6,66	8,56	8,01	7,90	8,21	6,30	4,72
Comunidad Valenciana	5,40	4,14	7,73	8,99	8,36	7,00	6,92	6,91	6,54	5,74	4,77
Extremadura	6,75	5,42	6,31	17,83	6,31	7,90	8,34	8,43	8,96	6,16	6,08
Galicia	5,19	6,79	5,68	5,18	7,12	7,72	6,28	5,99	5,71	5,89	5,99
Madrid (Comunidad de)	4,30	4,77	8,86	6,47	11,99	11,13	7,88	7,24	6,09	5,96	4,54
Murcia (Región de)	9,12	6,23	6,34	14,21	8,95	12,82	9,57	8,93	8,93	7,22	7,67
Navarra (Comunidad Foral de)	6,61	8,21	4,56	9,43	6,96	6,78	7,08	7,14	7,19	6,45	7,40
País Vasco	3,75	7,65	5,03	5,22	6,02	8,05	5,94	5,53	5,40	5,47	5,68
Rioja (La)	7,54	7,16	14,38	11,78	8,69	4,70	9,00	9,88	10,18	9,65	7,35
Ceuta	8,57	6,65	5,93	7,35	10,67	6,95	7,67	7,82	7,12	7,04	7,60
Melilla	8,46	9,01	1,61	9,58	12,41	8,20	8,16	8,15	7,12	6,31	8,73
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	5,87	5,74	7,54	9,94	8,12	8,92	7,68	7,43	7,26	6,38	5,80

V.2.6.2. Las retribuciones medias

Dado el importante peso que los gastos de personal representan sobre el gasto sanitario público total, se incluye en este informe un análisis más detallado de esta partida, para lo cual se han recopilado datos, hasta el año 2004, sobre la evolución de las retribuciones y los efectivos al servicio de los distintos Servicios de Salud.

Para ello, el informe se ha apoyado en las categorías profesionales y retributivas que se establecieron por el grupo de trabajo constituido para el análisis de las retribuciones de los profesionales en el marco de la Comisión de Recursos Humanos del Consejo Interterritorial del SNS.

Las categorías profesionales contempladas son las doce siguientes:

- Facultativo Especialista de Área
- Médico de Familia de Atención Primaria

- Enfermero/DUE (UH) con turnicidad
- Enfermero/DUE (UH) de Atención Primaria
- Técnico Especialista con Turnicidad
- Auxiliar de Enfermería (UH) con Turnicidad
- Técnico Función Administrativa
- Gestión Función Administrativa
- Administrativo Función Administrativa
- Auxiliar Función Administrativa
- Celador con turnos atención directa al enfermo
- Pinche sin turnos

Los conceptos retributivos utilizados para calcular la retribución media anual son los siguientes:

- Sueldo
- Destino
- Complemento específico general
- Productividad fija
- 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.

El análisis no es exhaustivo ni en lo que se refiere a las categorías profesionales ni tampoco a los conceptos retributivos, ya que entre dichos conceptos no se incluye la atención continuada ni la residencia. Además, la productividad variable tampoco forma parte del análisis, al no disponerse de información completa para todos los Servicios Autonómicos de Salud. Por lo tanto, se trata de un análisis parcial de las retribuciones, sin que pueda estimarse en qué medida se desvían las retribuciones medias utilizadas de las

referidas a todas las categorías profesionales y conceptos retributivos en cada comunidad autónoma. Aporta, por el contrario, el valor de la homogeneidad de las variables comparadas y se espera que, habiéndose recogido las categorías más importantes y el grueso de la retribución de cada tipo de profesional, a pesar de que las retribuciones medias están subestimadas, la variabilidad observada entre las Comunidades Autónomas constituya una aproximación adecuada a la realidad.

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 Comunidades Autónomas que en esos años estaban gestionadas por el antiguo INSALUD (así como para Ceuta y Melilla) y, por otro, de las propias Comunidades Autónomas para todos aquellos años durante los cuales tuvieran asumidas las competencias sanitarias.

En este apartado se analiza la información disponible sobre retribuciones medias y efectivos profesionales. Esta información ha sido revisada, completada y actualizada por las Comunidades Autónomas respecto de la que se presentó en el informe del grupo del año 2005. Incluyendo, en algún caso, los datos del periodo de gestión del INSALUD. Cuando esto sucede se ha mantenido el dato revisado por la Comunidad Autónoma. Al final de este apartado se incluye, además, un anexo estadístico sobre estas variables.

Facultativo Especialista de Área

En 1999, se observa que todas las Comunidades Autónomas 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). Las Comunidades de Valencia y Navarra presentan la retribución más reducida en el conjunto de las que tenían asumida la gestión del INSALUD (con 30 y 46 euros respectivamente por encima de la correspondiente al INSALUD-Gestión Directa).

En 2004, Cataluña y País Vasco continúan siendo las Comunidades Autónomas que presentan las retribuciones más elevadas, pero ahora seguidas de Baleares. Las diferencias en este año entre el máximo y el mínimo se incrementan significativamente de 7.028 euros en 1999 hasta los 12.781 euros en 2004. En este último año, por encima de la media se sitúan Baleares, Castilla-La Mancha, Cataluña, Murcia y País Vasco. El coeficiente de variación indica que la variabilidad de las retribuciones en 2004 es superior a la que se registraba a comienzos del período.

La tasa media de crecimiento anual para el conjunto de las Comunidades Autónomas analizadas ha sido del 3,95% entre 1999 y 2004. Todas las Comunidades, a excepción de Andalucía, Comunidad Valenciana, Galicia, Navarra, País Vasco y La Rioja, registran crecimientos medios anuales durante el período considerado por encima de la media. Las Comunidades con menor ritmo de crecimiento son La Rioja (con un 2,18%) y Andalucía (con un 2,98%). Del conjunto del territorio del antiguo INSALUD, es La Rioja la Comunidad que más ha moderado su tasa de crecimiento entre 1999 y 2004. El resto crecen por encima de la media.

Con carácter general los mayores incrementos retributivos se concentran en el año 2003. Las excepciones son Castilla y León (que lo registra en 2004), Castilla-La Mancha (en 2004), Comunidad Valenciana (en 2004), Extremadura (en 2002), País Vasco y Navarra (ambas en 2001).

Médico de Familia de Atención Primaria.

La serie de retribuciones correspondiente a esta categoría profesional no es homogénea para todas las Comunidades durante todo el periodo analizado. La razón es la no disponibilidad de datos para determinados conceptos retributivos en algunas Comunidades y en años concretos, como es el caso del complemento por Tarjeta Individual Sanitaria en Andalucía para los años 1999 y 2000, de Cantabria y Cataluña a partir de 2002 y, en el caso de Ceuta y Melilla, del cambio de los parámetros que conformaban el criterio para la determinación de dicho complemento en el INSALUD. Los datos no homogéneos se indican con sombreado en la tabla sobre retribuciones y efectivos de esta categoría profesional.

A pesar de la falta de homogeneidad de las series, sí parece detectarse que en 1999, con carácter general, las Comunidades que ya habían asumido las competencias sanitarias registraban niveles retributivos más elevados que los correspondientes al resto de territorios todavía integrados en el antiguo INSALUD.

En el año 2004, en que la comparación resulta homogénea (salvo para Cantabria), es en Ceuta y Melilla donde las retribuciones de esta categoría registran un mayor crecimiento (un 9,57%), seguidas de Cataluña (con un 8,67%), la Comunidad Valenciana (7,67%) y las Islas Baleares (7,53%). Desde el año 2002 se registra un incremento de la variabilidad de las retribuciones medias entre Comunidades Autónomas, que se sintetiza, por una parte, en un crecimiento del coeficiente de variación del 6,09% al 9,73% y, por otra, en un incremento de la diferencia entre los valores máximo y mínimo que pasa de 10.577 euros en 2002 a 15.202 euros en 2004.

Enfermero/DUE (UH) con turnicidad.

En 1999, se observa que todas las Comunidades 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 diferencia entre la retribución máxima y la mínima asciende a 5.435 euros. La retribución máxima le corresponde a País Vasco, seguida de Canarias, Navarra y Cataluña. Por su parte, Andalucía, Comunidad Valenciana y Galicia presentan valores más próximos a los correspondientes al territorio INSALUD.

En 2004, la diferencia entre la retribución máxima y la mínima ha descendido a 4.431 euros. Es en las Islas Baleares donde se presenta la retribución más elevada, seguida de Navarra, Cataluña, Madrid, País Vasco y Canarias. En estas Comunidades es donde la retribución media de los enfermeros con turnicidad se sitúa por encima de la media.

Además de reducirse la distancia entre las retribuciones máxima y mínima, como se ha apuntado, en esta categoría profesional, el coeficiente de variación pasa del 8,69% en 1999 al 6,17% en 2004, lo que indica una disminución de la variabilidad de las retribuciones medias entre Comunidades.

La tasa media de crecimiento anual para el conjunto de las Comunidades entre 1999 y 2004 ha sido 5,97%, ampliamente superada por las Islas Baleares, que presenta la mayor tasa de crecimiento (un 9,54%). Siguen a las Baleares las Comunidades de Madrid, La Rioja y Murcia y las dos Ciudades Autónomas. Las Comunidades que han registrado menores tasas de crecimiento en el conjunto del período 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 2004 (6,24%).

Enfermero/DUE (UH) de Atención Primaria.

En 1999, las retribuciones en esta categoría profesional resultan, en general, muy homogéneas para las distintas Comunidades y Ciudades Autónomas. Destacan no obstante, los casos de Galicia, Murcia, Navarra y País Vasco, cuyas retribuciones superan a las del resto. Por encima de la retribución media del conjunto de Comunidades se sitúan también Canarias y La Rioja. En general, las Comunidades 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.

En 2004, la diferencia entre la retribución máxima y la mínima ha aumentado a 8.241 euros desde los 2.782 euros en 1999. Igualmente, se registra un incremento del coeficiente de variación del 3,94% en 1999 al 5,6,52% en 2004, poniendo de manifiesto un incremento de la variabilidad de esta retribución entre Comunidades. En este último año es en las Islas Baleares donde se observa la retribución más elevada, seguida de Madrid, Cataluña, Murcia, La Rioja y Galicia, que son las Comunidades donde la retribución media de los enfermeros de atención primaria se sitúa por encima de la media.

La tasa media de crecimiento anual para el conjunto de las Comunidades analizadas ha sido del 5,79% para el período considerado. Baleares es la Comunidad que registra la tasa más elevada (un 9,68%). Madrid, Cataluña y Andalucía también se sitúan por encima del crecimiento medio y la Comunidad Valenciana se sitúa en la media.

Técnico Especialista con turnicidad.

En 1999 se observa que todas las Comunidades 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 Navarra, Canarias, la Comunidad Valenciana, Cataluña, Galicia y Andalucía. La diferencia entre el máximo y el mínimo asciende a 5.893 euros.

En 2004 es la Comunidad Autónoma de Madrid la que registra la retribución mayor, seguida del País Vasco Baleares y Navarra. 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 5.780 euros. El coeficiente de variación indica que la variabilidad entre Comunidades ha aumentado ligeramente entre el comienzo y el final del período analizado.

La tasa media de crecimiento anual para el conjunto de las Comunidades ha sido del 5,95% en el período considerado. Madrid, con un crecimiento del 11,20%, es la Comunidad con mayor crecimiento, seguida de Baleares con un 10,24%. Canarias, Galicia, Navarra y País Vasco, que partían de los niveles retributivos superiores en 1999, son las Comunidades que han registrado un crecimiento más moderado a lo largo de estos últimos años.

Auxiliar de Enfermería (UH) con turnicidad.

En 1999 se observa que todas las Comunidades 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 Navarra, Cataluña, Comunidad Valenciana, Canarias, Andalucía y Galicia. La diferencia entre el máximo y el mínimo asciende a 6.276 euros.

En 2004, sigue siendo el País Vasco la Comunidad Autónoma que registra la retribución mayor, seguida de Madrid, Baleares y Navarra. La diferencia entre el valor máximo de País Vasco y el valor mínimo de Canarias asciende a 6.517 euros. El coeficiente de

variación indica que la variabilidad entre Comunidades se ha reducido entre el comienzo y el final del período analizado.

La tasa media de crecimiento anual para el conjunto de las Comunidades ha sido del 5,44% en el período considerado. Madrid con un 9,43%, es la Comunidad que registra el mayor crecimiento, seguida de Baleares, con un 9,36%. Canarias, Cataluña, Galicia, País Vasco y Navarra, que partían de niveles retributivos superiores en 1999, son las Comunidades que han registrado un crecimiento más moderado a lo largo de estos últimos años. De las Comunidades y Ciudades Autónomas del antiguo INSALUD, Aragón y Castilla y León son las Comunidades que ha registrado una menor tasa de crecimiento.

Técnico Función Administrativa.

En 1999 se observa que todas las Comunidades que ya habían asumido las competencias sanitarias registran niveles retributivos más elevados que los del antiguo INSALUD. La retribución máxima le corresponde a Navarra, seguida por País Vasco, Andalucía, Canarias, Comunidad Valenciana, Galicia y Cataluña. La diferencia entre el máximo y el mínimo asciende a 5.849 euros.

En 2004 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 9.917 euros. El coeficiente de variación indica que la variabilidad entre Comunidades ha disminuido entre el comienzo y el final del período analizado.

La tasa media de crecimiento anual para el conjunto de las Comunidades ha sido del 3,60%, ampliamente superada por Baleares (10,50%). 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 Comunidades que asumieron las competencias sanitarias antes de 2002. De las antiguamente gestionadas por el INSALUD, Madrid y Asturias son las que presentan las tasas de crecimiento más reducidas (4,57% en y 4,59% respectivamente).

Gestión Función Administrativa.

En 1999, se observa que las Comunidades que ya habían asumido las competencias sanitarias registran niveles retributivos más elevados que los del antiguo INSALUD. Las diferencias son especialmente destacadas para Canarias, Navarra, País Vasco y Andalucía, situándose el resto muy próximas a los valores presentados por INSALUD.

En 2004, Navarra sigue siendo la Comunidad Autónoma que registra la retribución mayor, seguida de Canarias, País Vasco, Baleares, Madrid y Andalucía. La diferencia entre el valor máximo de Navarra y el valor mínimo de Galicia asciende a 5.817 euros. El coeficiente de variación indica que la variabilidad entre Comunidades 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 ha sido del 4,57% en el período considerado. La tasa correspondiente a Baleares es la más alta con un 13,10%, seguida de las Ciudades Autónomas (un 10,07%) y de Cataluña (10,03%).

Administrativo Función Administrativa.

En 1999, se observa que todas las Comunidades 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 Navarra, 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 5.219 euros.

En 2004, es la Comunidad Autónoma de Baleares la que registra la retribución mayor, seguida por el País Vasco. La diferencia entre el valor máximo de Baleares y el valor mínimo de Galicia asciende a 4.461 euros. La variabilidad entre Comunidades se ha reducido entre 1999 y 2004.

La tasa media de crecimiento anual para el conjunto de las Comunidades ha sido del 4,59% en el período considerado. Baleares es la Comunidad que presenta tasas más elevadas con respecto a la media (10,62%).

Auxiliar Función Administrativa.

En 1999, se observa que las Comunidades 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 Navarra, Cataluña, Andalucía, la Comunidad Valenciana, Canarias y Galicia. La diferencia entre el máximo y el mínimo asciende a 5.492 euros.

En 2004, continúa siendo el País Vasco la Comunidad Autónoma que registra la retribución mayor. La diferencia entre el valor máximo de País Vasco y el valor mínimo de Canarias asciende a 5.367 euros. La variabilidad entre Comunidades se ha reducido paulatinamente a lo largo del período analizado.

La tasa media de crecimiento anual para el conjunto de las ha sido del 4,80% en el período considerado. Baleares, Madrid, Ceuta y Melilla, Asturias y Murcia son las Comunidades que presentan tasas más elevadas. Las Comunidades que asumieron las competencias sanitarias con anterioridad a 2002 son las únicas que registran crecimientos a lo largo del período inferiores a la media.

Celador con turnos atención directa al enfermo

En 1999, se observa nuevamente que las Comunidades 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 Navarra, la Comunidad Valenciana, Cataluña, Canarias, Galicia y Andalucía. La diferencia entre el máximo y el mínimo asciende a 4.916 euros.

En 2004 continúa siendo el País Vasco la Comunidad Autónoma que registra la retribución mayor, seguida de Baleares, Madrid, Navarra, Cantabria y la Comunidad Valenciana. La diferencia entre el valor máximo de País Vasco y el valor mínimo de Canarias asciende a 5.573 euros. El coeficiente de variación indica que la variabilidad entre Comunidades se ha incrementado durante el período analizado.

La tasa media de crecimiento anual ha sido del 5,00% en el período considerado. Baleares, con un 8,52%, es la Comunidad que registra el mayor crecimiento con diferencia. Las Comunidades que asumieron las competencias sanitarias con anterioridad a 2002 son las únicas que registran crecimientos a lo largo del período inferiores a la media. De las Comunidades y Ciudades Autónomas del antiguo INSALUD, Aragón y Castilla y León son las Comunidades que ha registrado una menor tasa de crecimiento.

Pinche sin turnos.

Finalmente, para la última de las categorías profesionales analizadas, se observa que en 1999 las Comunidades que ya habían asumido las competencias sanitarias nuevamente registran niveles retributivos más elevados que los del antiguo INSALUD. La retribución máxima le corresponde a País Vasco, seguida por Navarra, Andalucía, Cataluña, la Comunidad Valenciana, Canarias y Galicia. La diferencia entre el máximo y el mínimo asciende a 4.093 euros.

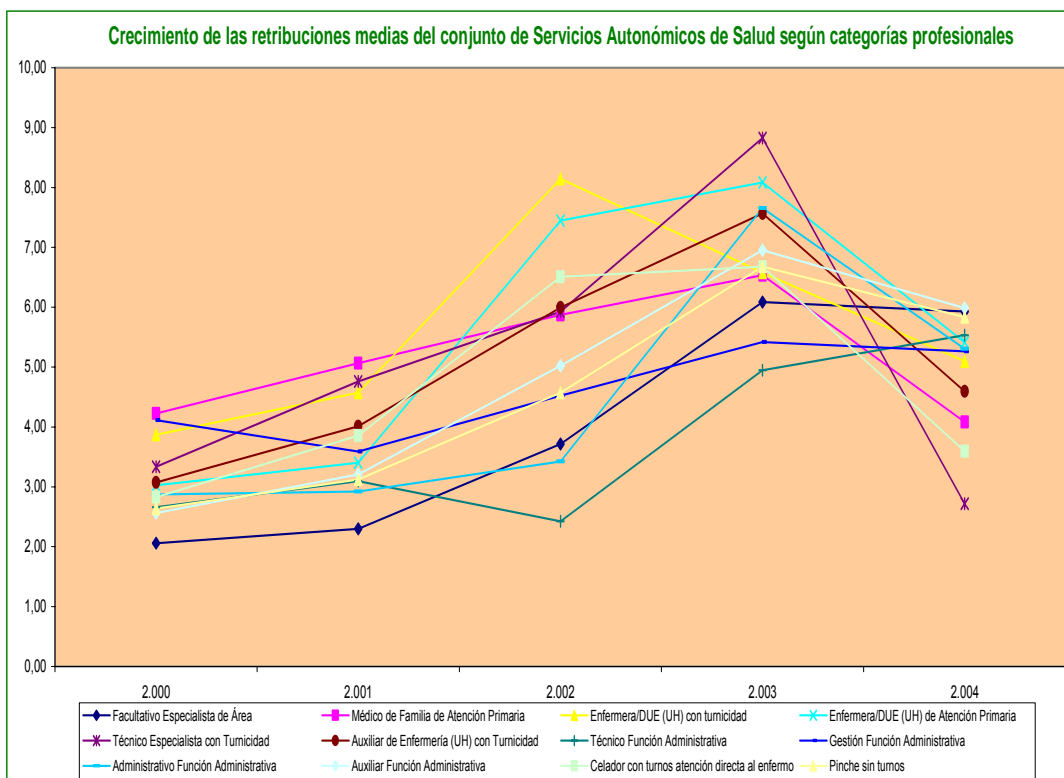
En 2004, sigue siendo País Vasco la Comunidad Autónoma que registra la retribución mayor, seguida de Baleares y Navarra. La diferencia entre el valor máximo de País Vasco y el valor mínimo de Canarias asciende a 4.414 euros. El coeficiente de variación indica que la variabilidad entre Comunidades se ha reducido entre el comienzo y el final del período analizado.

La tasa media de crecimiento anual para el conjunto de las Comunidades ha sido del 4,56% en el período considerado. Baleares con un 9,34% es la Comunidad que registra el mayor crecimiento con diferencia. Las Comunidades que asumieron las competencias sanitarias con anterioridad a 2002 son las únicas que registran crecimientos a lo largo del período inferiores a la media. De las Comunidades y Ciudades Autónomas del antiguo INSALUD, Aragón y Castilla y León son las Comunidades que ha registrado una menor tasa de crecimiento.

En resumen, el análisis previo da una idea del crecimiento que se ha producido en los niveles retributivos entre 1999 y 2004. Es preciso insistir, no obstante, que dicho análisis es parcial y necesitaría ser completado para que de él pudieran derivarse conclusiones generalizables a los distintos Servicios Autonómicos de Salud.

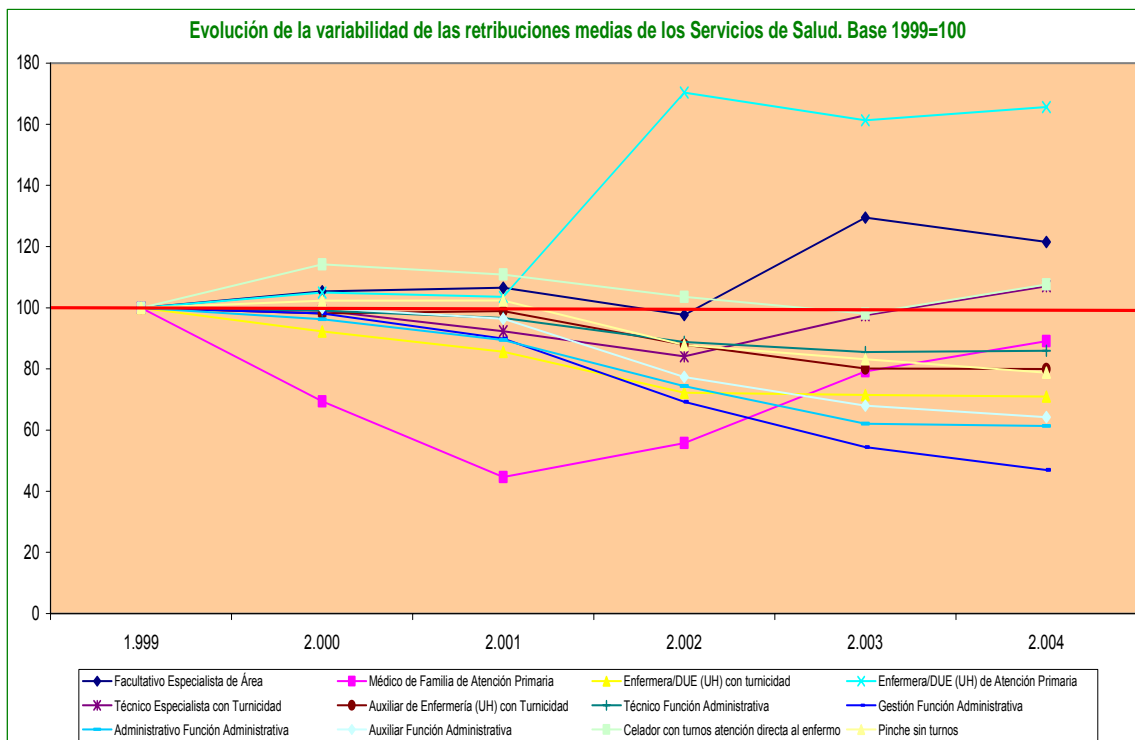
El crecimiento medio anual entre el año 1999 y el año 2004 de las retribuciones medias en el conjunto de los Servicios Autonómicos de Salud oscila entre un 3,72% y un 5,64% según las diferentes categorías profesionales. Es, por tanto, menor que el registrado en el conjunto del gasto sanitario público del sector.

Los años de mayor crecimiento de las retribuciones medias en el conjunto de Servicios Autonómicos de Salud han sido 2002 y 2003, detectándose una ligera desaceleración en el año 2004.



La tendencia de las retribuciones ha sido, en general, alcista para el conjunto de los Servicios de Salud y, en particular, para las Comunidades que asumieron las transferencias con fecha 1 de enero de 2002. Parece que las Comunidades 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 otras Comunidades que ya tenían las competencias transferidas (y que, salvo contadas excepciones, eran significativamente superiores).

Por lo que se refiere a la evolución de la variabilidad de las retribuciones medias del conjunto de Servicios Autonómicos de Salud entre 1999 a 2004, en ocho de las doce categorías profesionales analizadas se registra una reducción de la variabilidad entre las Comunidades Autónomas a lo largo del período considerado. Tan sólo en lo referido a los facultativos especialistas de área y enfermeros/DUE de atención primaria se ha detectado un aumento de la variabilidad retributiva. Para los técnicos especialistas con turnicidad y los celadores con turnos de atención directa al enfermo ésta se ha mantenido.



Las Comunidades 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 2004 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 como la Comunidad del antiguo INSALUD que han registrado las tasas de crecimiento más moderadas.”

Facultativo Especialista de Área

	Retribuciones medias anuales en euros						Efectivos profesionales a 31 de diciembre					
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Andalucía	33.166	33.774	34.450	35.370	37.445	38.416	5.412	5.527	5.555	5.697	5.955	5.974
Aragón	31.965	32.604	33.407	35.123	37.431	39.842	1.099	1.095	1.387	1.433	1.453	1.719
Asturias (Principado de)	31.965	32.604	33.407	34.963	37.228	39.314	1.656	1.663	1.692	1.690	1.713	1.748
Baleares (Islas)	31.965	32.604	33.407	34.947	38.432	41.419	786	809	893	1.123	1.204	1.263
Canarias	34.364	35.051	35.752	36.467	37.414	38.384	1.635	1.675	1.813	1.849	1.940	2.019
Cantabria	31.965	32.604	33.407	35.156	37.495	39.495	498	490	501	691	708	773
Castilla y León	31.965	32.604	33.407	34.523	36.765	39.395	2.097	2.141	2.203	3.561	3.624	3.748
Castilla - La Mancha	31.965	32.604	33.407	35.548	37.212	40.327	1.330	1.349	1.403	2.117	2.239	2.390
Cataluña	38.992	40.201	41.005	42.236	48.079	50.650	2.674	2.738	2.780	2.841	3.065	3.087
Comunidad Valenciana	31.994	32.634	33.287	34.869	36.252	38.602	5.398	5.682	5.847	5.935	6.158	7.094
Extremadura	31.965	32.604	33.407	35.350	37.331	39.284	873	897	932	1.163	1.199	1.310
Galicia	32.262	32.908	33.565	34.237	35.139	38.294	3.558	3.653	3.834	3.954	4.014	4.044
Madrid (Comunidad de)	31.965	32.604	33.407	35.334	37.454	39.596	6.660	6.747	6.874	7.001	7.189	7.838
Murcia (Región de)	31.965	32.604	33.407	34.076	37.438	40.283	1.194	1.305	1.375	1.394	1.516	1.671
Navarra (Comunidad Foral de)	32.011	33.131	34.489	35.421	36.838	37.869	448	478	502	522	552	574
País Vasco	36.845	37.840	39.353	40.534	41.773	42.964	1.904	2.067	2.119	2.170	2.196	2.902
Rioja (La)	35.540	32.078	32.870	33.528	39.367	39.587	286	306	332	352	317	
Ceuta	31.965	32.604	33.407	34.076	36.815	39.615	67	70	72	76	79	78
Melilla	31.965	32.604	33.407	34.076	36.815	39.615	50	53	59	61	59	66
Retribución media*/Total	33.048	33.728	34.503	35.785	37.962	40.113	37.625	38.745	40.173	43.630	45.180	48.298
Desviación típica	2.026	2.178	2.253	2.141	3.013	2.987						
Coefficiente de variación	6,13	6,46	6,53	5,98	7,94	7,45						

* Media ponderada por los efectivos poblacionales a 31 de diciembre. Las medias se refieren a las Comunidades para las que se dispone de datos tanto de retribuciones como de efectivos.

Facultativo Especialista de Área

	Porcentaje de variación interanual de las retribuciones									
	2000	2001	2002	2003	2004	TAM 99/04	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01	
Andalucía	1,83	2,00	2,67	5,86	2,59	2,98	3,08	2,17	1,92	
Aragón	2,00	2,46	5,14	6,57	6,44	4,50	4,03	3,19	2,23	
Asturias (Principado de)	2,00	2,46	4,66	6,48	5,60	4,23	3,88	3,03	2,23	
Baleares (Islas)	2,00	2,46	4,61	9,97	7,77	5,32	4,71	3,02	2,23	
Canarias	2,00	2,00	2,00	2,60	2,59	2,24	2,15	2,00	2,00	
Cantabria	2,00	2,46	5,23	6,65	5,34	4,32	4,07	3,22	2,23	
Castilla y León	2,00	2,46	3,34	6,49	7,15	4,27	3,56	2,60	2,23	
Castilla - La Mancha	2,00	2,46	6,41	4,68	8,37	4,76	3,87	3,61	2,23	
Cataluña	3,10	2,00	3,00	13,83	5,35	5,37	5,38	2,70	2,55	
Comunidad Valenciana	2,00	2,00	4,75	3,97	6,48	3,83	3,17	2,91	2,00	
Extremadura	2,00	2,46	5,81	5,60	5,23	4,21	3,96	3,41	2,23	
Galicia	2,00	2,00	2,00	2,64	8,98	3,49	2,16	2,00	2,00	
Madrid (Comunidad de)	2,00	2,46	5,77	6,00	5,72	4,37	4,04	3,40	2,23	
Murcia (Región de)	2,00	2,46	2,00	9,87	7,60	4,73	4,03	2,15	2,23	
Navarra (Comunidad Foral de)	3,50	4,10	2,70	4,00	2,80	3,42	3,57	3,43	3,80	
País Vasco	2,70	4,00	3,00	3,06	2,85	3,12	3,19	3,23	3,35	
Rioja (La)	-9,74	2,47	2,00	17,42	0,56	2,18	2,59	-1,92	-3,83	
Ceuta	2,00	2,46	2,00	8,04	7,60	4,38	3,60	2,15	2,23	
Melilla	2,00	2,46	2,00	8,04	7,60	4,38	3,60	2,15	2,23	
Total	2,06	2,30	3,71	6,09	5,67	3,95	3,53	2,69	2,18	

Médico de Familia de Atención Primaria

	Retribuciones medias anuales en euros						Efectivos profesionales a 31 de diciembre					
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Andalucía	27.627	28.134	34.456	35.377	37.261	38.019	3.017	3.488	3.997	4.244	4.287	4.318
Aragón	32.671	33.324	34.142	36.982	39.277	41.654	816	850	909	919	919	919
Asturias (Principado de)	32.671	33.324	34.142	35.713	37.993	40.093	664	677	706	705	713	716
Baleares (Islas)	33.616	34.271	34.966	36.680	40.168	43.192	454	465	482	538	567	566
Canarias	33.718	34.391	35.083	35.783	36.759	37.757	680	695	895	958	992	1.005
Cantabria	32.671	33.324	34.142	30.197	32.437	34.336	176	235	241	303	304	316
Castilla y León	32.671	33.324	34.142	36.377	38.657	40.712	2.151	2.174	2.223	2.817	2.819	2.870
Castilla - La Mancha	32.671	33.324	34.142	36.725	37.679	40.274	1.116	1.121	1.132	1.800	1.906	1.915
Cataluña	34.713	35.789	37.146	38.572	45.585	49.538	2.996	3.071	3.141	3.249	3.482	3.607
Comunidad Valenciana	24.458	30.996	31.616	33.165	34.514	37.161	2.889	2.980	3.174	3.496	3.802	4.402
Extremadura	32.671	33.324	34.142	35.988	37.391	38.955	688	711	718	707	727	712
Galicia	33.751	34.429	35.120	36.011	37.093	39.293	2.314	2.128	2.269	2.228	2.216	2.228
Madrid (Comunidad de)	32.671	33.324	34.142	40.012	42.219	44.869	3.425	3.277	3.346	4.140	4.240	4.441
Murcia (Región de)	35.102	35.867	36.665	37.400	41.082	43.869	547	549	557	571	594	659
Navarra (Comunidad Foral de)	29.100	30.119	31.354	32.201	33.489	34.426	230	247	257	257	252	266
País Vasco	35.746	36.711	38.180	39.325	40.525	41.679	999	1.012	1.050	1.033	1.038	1.263
Rioja (La)	35.745	36.689	37.715	40.774	41.249	41.015	190	191	192	199	203	n.d.
Ceuta	32.671	33.324	34.142	33.615	36.346	39.825	25	22	25	28	28	29
Melilla	32.671	33.324	34.142	33.615	36.346	39.825	23	24	24	25	25	26
Retribución media*/Total	31.602	32.937	34.606	36.637	39.031	41.248	23.400	23.917	25.338	28.217	29.114	30.258
Desviación típica	3.451	2.495	1.685	2.230	3.375	4.014						
Coefficiente de variación	10,92	7,57	4,87	6,09	8,65	9,73						

* Media ponderada por los efectivos poblacionales a 31 de diciembre. Las medias se refieren a las Comunidades para las que se dispone de datos tanto de retribuciones como de efectivos.

Nota: los datos sombreados corresponden a valores no homogéneos con el resto de la serie.

Médico de Familia de Atención Primaria

	Porcentaje de variación interanual de las retribuciones									
	2000	2001	2002	2003	2004	TAM 99/04	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01	
Andalucía	1,83	22,47	2,67	5,32	2,04	6,59	7,77	8,59	11,68	
Aragón	2,00	2,45	8,32	6,21	6,05	4,98	4,71	4,22	2,23	
Asturias (Principado de)	2,00	2,45	4,60	6,39	5,53	4,18	3,85	3,01	2,23	
Baleares (Islas)	1,95	2,03	4,90	9,51	7,53	5,14	4,55	2,95	1,99	
Canarias	1,99	2,01	1,99	2,73	2,71	2,29	2,18	2,00	2,00	
Cantabria	2,00	2,45	-11,56	7,42	5,86	1,00	-0,18	-2,59	2,23	
Castilla y León	2,00	2,45	6,55	6,27	5,32	4,50	4,30	3,65	2,23	
Castilla - La Mancha	2,00	2,45	7,56	2,60	6,89	4,27	3,63	3,98	2,23	
Cataluña	3,10	3,79	3,84	18,18	8,67	7,37	7,05	3,58	3,44	
Comunidad Valenciana*	26,74	2,00	4,90	4,07	7,67	8,73	8,99	10,68	13,70	
Extremadura	2,00	2,45	5,41	3,90	4,18	3,58	3,43	3,28	2,23	
Galicia	2,01	2,01	2,54	3,01	5,93	3,09	2,39	2,18	2,01	
Madrid (Comunidad de)	2,00	2,45	17,19	5,52	6,28	6,55	6,62	6,99	2,23	
Murcia (Región de)	2,18	2,22	2,01	9,84	6,78	4,56	4,01	2,14	2,20	
Navarra (Comunidad Foral de)	3,50	4,10	2,70	4,00	2,80	3,42	3,57	3,43	3,80	
País Vasco	2,70	4,00	3,00	3,05	2,85	3,12	3,19	3,23	3,35	
Rioja (La)	2,64	2,80	8,11	1,16	-0,57	2,79	3,65	4,49	2,72	
Ceuta	2,00	2,45	-1,54	8,12	9,57	4,04	2,70	0,95	2,23	
Melilla	2,00	2,45	-1,54	8,12	9,57	4,04	2,70	0,95	2,23	
Total	4,23	5,07	5,87	6,53	5,68	5,47	5,42	5,05	4,65	

* El incremento del año 2000 es debido a una subida de 5.938,80 euros en el complemento específico general.

Enfermero/DUE (UH) con turnicidad

	Retribuciones medias anuales en euros						Efectivos profesionales a 31 de diciembre					
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Andalucía	18.158	18.802	19.652	20.244	21.556	22.532	3.017	3.488	4.951	6.602	6.350	5.961
Aragón	16.952	17.813	18.755	20.276	21.677	23.152	2.639	2.640	2.916	2.961	2.972	3.328
Asturias (Principado de)	16.952	17.813	18.755	20.260	21.868	23.336	2.344	2.386	2.626	2.631	2.660	2.673
Baleares (Islas)	16.952	17.813	18.755	20.213	23.792	26.736	1.199	1.189	1.295	1.622	1.791	1.963
Canarias	21.673	22.865	23.323	23.789	24.442	25.111	2.540	2.666	2.777	2.856	2.970	3.059
Cantabria	16.952	17.813	18.616	20.395	22.043	23.437	902	905	916	1.022	1.135	1.338
Castilla y León	16.952	17.813	18.755	19.910	21.452	22.940	3.486	3.540	3.563	5.750	5.861	6.071
Castilla - La Mancha	16.952	17.813	18.755	20.787	21.981	23.202	2.082	2.084	2.120	3.292	3.540	3.638
Cataluña	19.102	19.694	20.088	20.807	23.733	26.008	5.725	5.675	5.576	5.576	5.483	5.628
Comunidad Valenciana	18.423	19.249	19.725	20.853	21.872	23.663	8.465	8.581	8.692	8.862	9.076	9.115
Extremadura	16.952	17.813	18.755	20.496	21.823	22.765	1.327	1.360	1.398	2.099	2.147	2.162
Galicia	17.858	18.215	19.373	21.217	21.082	22.304	6.170	6.401	6.724	6.742	6.781	6.861
Madrid (Comunidad de)	16.952	17.813	18.755	22.772	24.277	25.902	11.910	11.968	12.091	12.134	12.223	13.179
Murcia (Región de)	16.952	17.813	18.755	19.585	21.926	23.837	1.322	1.330	1.412	1.443	1.502	1.547
Navarra (Comunidad Foral de)	21.193	21.935	22.834	23.451	25.913	26.639	1.392	1.543	1.609	1.591	1.902	1.740
País Vasco	22.118	22.715	23.623	24.332	25.124	25.888	3.473	2.499	3.447	3.486	3.500	4.466
Rioja (La)	16.683	17.016	17.745	19.141	21.118	23.505	567	589	715	778	783	
Ceuta	16.952	17.813	18.755	19.585	21.638	23.736	94	107	107	112	103	116
Melilla	16.952	17.813	18.755	19.585	21.638	23.736	90	94	97	99	104	126
Retribución media*/Total	18.138	18.840	19.701	21.305	22.708	24.233	58.744	59.045	63.032	69.658	70.883	72.971
Desviación típica	1.576	1.510	1.465	1.337	1.411	1.495						
Coefficiente de variación	8,69	8,01	7,44	6,27	6,21	6,17						

* Media ponderada por los efectivos poblacionales a 31 de diciembre. Las medias se refieren a las Comunidades para las que se dispone de datos tanto de retribuciones como de efectivos.

Enfermero/DUE (UH) con turnicidad

	Porcentaje de variación interanual de las retribuciones									
	2000	2001	2002	2003	2004	TAM 99/04	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01	
Andalucía	3,54	4,53	3,01	6,48	4,53	4,41	4,38	3,69	4,03	
Aragón	5,08	5,29	8,11	6,91	6,81	6,43	6,34	6,15	5,19	
Asturias (Principado de)	5,08	5,29	8,03	7,93	6,71	6,60	6,57	6,12	5,19	
Baleares (Islas)	5,08	5,29	7,78	17,70	12,37	9,54	8,84	6,04	5,19	
Canarias	5,50	2,00	2,00	2,74	2,74	2,99	3,05	3,15	3,74	
Cantabria	5,08	4,50	9,56	8,08	6,32	6,69	6,79	6,36	4,79	
Castilla y León	5,08	5,29	6,16	7,74	6,94	6,24	6,06	5,51	5,19	
Castilla - La Mancha	5,08	5,29	10,84	5,74	5,56	6,48	6,71	7,04	5,19	
Cataluña	3,10	2,00	3,58	14,07	9,59	6,37	5,58	2,89	2,55	
Comunidad Valenciana	4,48	2,48	5,72	4,89	8,19	5,13	4,38	4,22	3,47	
Extremadura	5,08	5,29	9,28	6,47	4,32	6,07	6,52	6,53	5,19	
Galicia	2,00	6,36	9,52	-0,64	5,80	4,55	4,24	5,91	4,16	
Madrid (Comunidad de)	5,08	5,29	21,42	6,61	6,69	8,85	9,39	10,34	5,19	
Murcia (Región de)	5,08	5,29	4,43	11,95	8,72	7,06	6,64	4,93	5,19	
Navarra (Comunidad Foral de)	3,50	4,10	2,70	10,50	2,80	4,68	5,16	3,43	3,80	
País Vasco	2,70	4,00	3,00	3,25	3,04	3,20	3,24	3,23	3,35	
Rioja (La)	2,00	4,28	7,86	10,33	11,30	7,10	6,07	4,69	3,14	
Ceuta	5,08	5,29	4,43	10,48	9,69	6,96	6,29	4,93	5,19	
Melilla	5,08	5,29	4,43	10,48	9,69	6,96	6,29	4,93	5,19	
Total	3,87	4,57	8,14	6,58	6,72	5,97	5,78	5,51	4,22	

Enfermero/DUE (UH) de Atención Primaria

	Retribuciones medias anuales en euros						Efectivos profesionales a 31 de diciembre					
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Andalucía	18.158	18.491	19.461	20.048	23.279	24.290	3.708	3.966	4.374	4.267	4.456	4.472
Aragón	18.472	18.841	19.358	20.871	22.274	23.740	755	711	919	936	936	962
Asturias (Principado de)	18.472	18.841	19.358	20.420	23.452	23.502	708	726	735	734	741	742
Baleares (Islas)	18.472	18.841	19.358	22.417	25.124	29.325	455	472	486	550	581	581
Canarias	19.734	20.367	20.776	21.345	21.880	22.430	774	800	882	927	954	1.087
Cantabria	18.472	18.841	19.235	18.134	16.737	21.084	192	284	239	349	354	382
Castilla y León	18.472	18.841	19.358	20.887	22.448	23.957	1.779	1.823	1.859	2.108	2.138	2.203
Castilla - La Mancha	18.472	18.841	19.358	21.470	22.560	23.961	1.147	1.151	1.157	1.583	1.749	1.900
Cataluña	18.770	19.352	19.739	20.446	23.353	26.529	2.564	2.698	2.909	3.056	3.476	3.515
Comunidad Valenciana	18.834	19.842	20.660	21.806	22.793	24.551	8.465	8.581	8.692	8.862	9.076	3.072
Extremadura	18.472	18.841	19.358	20.298	21.212	23.233	739	769	769	943	966	978
Galicia	20.940	21.360	21.790	22.295	24.825	25.702	1.691	1.437	1.721	1.699	1.663	1.766
Madrid (Comunidad de)	18.472	18.841	19.358	24.995	26.552	27.658	3.025	3.024	3.073	3.540	3.621	3.593
Murcia (Región de)	20.128	20.562	21.014	21.656	24.092	25.912	580	582	587	596	622	637
Navarra (Comunidad Foral de)	20.200	20.907	21.764	22.352	24.770	25.464	436	444	472	472	559	559
País Vasco	20.450	21.002	21.842	22.498	23.237	23.950	1.077	1.077	993	1.029	1.039	1.371
Rioja (La)	19.864	20.305	20.967	23.104	24.101	25.725	199	201	207	206	210	
Ceuta	18.472	18.841	19.358	18.828	20.865	23.120	32	29	32	34	34	35
Melilla	18.472	18.841	19.358	18.828	20.865	23.120	25	31	31	32	32	34
Retribución media*/Total	18.893	19.465	20.127	21.626	23.374	25.028	28.351	28.806	30.137	31.923	33.207	27.889
Desviación típica	744	805	821	1.451	1.485	1.633						
Coefficiente de variación	3,94	4,13	4,08	6,71	6,36	6,52						

* Media ponderada por los efectivos poblacionales a 31 de diciembre. Las medias se refieren a las Comunidades para las que se dispone de datos tanto de retribuciones como de efectivos.

Enfermero/DUE (UH) de Atención Primaria

	Porcentaje de variación interanual de las retribuciones									
	2000	2001	2002	2003	2004	TAM 99/04	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01	
Andalucía	1,83	5,24	3,02	16,11	4,34	5,99	6,41	3,36	3,52	
Aragón	2,00	2,74	7,82	6,72	6,58	5,15	4,79	4,15	2,37	
Asturias (Principado de)	2,00	2,74	5,49	14,85	0,21	4,93	6,15	3,40	2,37	
Baleares (Islas)	2,00	2,74	15,80	12,08	16,72	9,68	7,99	6,67	2,37	
Canarias	3,20	2,01	2,74	2,51	2,51	2,59	2,61	2,65	2,61	
Cantabria	2,00	2,09	-5,72	-7,70	25,98	2,68	-2,44	-0,61	2,04	
Castilla y León	2,00	2,74	7,90	7,47	6,72	5,34	5,00	4,18	2,37	
Castilla - La Mancha	2,00	2,74	10,91	5,08	6,21	5,34	5,13	5,14	2,37	
Cataluña	3,10	2,00	3,58	14,22	13,60	7,16	5,61	2,89	2,55	
Comunidad Valenciana	5,35	4,12	5,55	4,53	7,71	5,45	4,89	5,01	4,73	
Extremadura	2,00	2,74	4,86	4,51	9,53	4,69	3,52	3,19	2,37	
Galicia	2,01	2,01	2,32	11,35	3,53	4,18	4,35	2,11	2,01	
Madrid (Comunidad de)	2,00	2,74	29,12	6,23	4,17	8,41	9,50	10,61	2,37	
Murcia (Región de)	2,16	2,20	3,05	11,25	7,55	5,18	4,60	2,47	2,18	
Navarra (Comunidad Foral de)	3,50	4,10	2,70	10,82	2,80	4,74	5,23	3,43	3,80	
País Vasco	2,70	4,00	3,00	3,28	3,07	3,21	3,24	3,23	3,35	
Rioja (La)	2,22	3,26	10,20	4,31	6,74	5,31	4,95	5,17	2,74	
Ceuta	2,00	2,74	-2,74	10,82	10,80	4,59	3,09	0,64	2,37	
Melilla	2,00	2,74	-2,74	10,82	10,80	4,59	3,09	0,64	2,37	
Total	3,03	3,40	7,45	8,08	7,08	5,79	5,46	4,61	3,21	

Técnico especialista con turnicidad

	Retribuciones medias anuales en euros						Efectivos profesionales a 31 de diciembre					
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Andalucía	13.343	13.823	14.459	14.898	16.359	17.321	2.566	2.665	2.718	2.750	3.026	3.052
Aragón	12.914	13.292	14.099	15.103	16.300	17.202	208	220	303	321	327	369
Asturias (Principado de)	12.914	13.292	14.099	15.037	16.395	17.628	359	375	384	384	410	713
Baleares (Islas)	12.914	13.292	14.099	14.938	18.772	21.023	163	163	163	232	259	292
Canarias	15.622	15.935	16.254	16.579	17.049	17.532	421	452	488	506	532	542
Cantabria	12.914	13.292	14.099	14.942	16.149	17.598	110	120	129	159	164	141
Castilla y León	12.914	13.292	14.099	14.681	15.857	17.118	447	474	502	764	813	838
Castilla - La Mancha	12.914	13.292	14.099	15.363	16.062	17.208	338	343	355	514	563	598
Cataluña	13.990	14.424	15.673	16.338	17.668	18.248	469	505	552	604	621	657
Comunidad Valenciana	14.154	14.986	15.286	16.141	16.889	18.214	576	627	722	841	932	927
Extremadura	12.914	13.292	14.099	15.196	16.342	16.909	122	137	139	262	278	268
Galicia	13.557	13.828	14.538	15.250	15.252	16.179	831	851	947	955	1.023	1.044
Madrid (Comunidad de)	12.914	13.292	14.099	17.144	19.822	21.959				2.139	2.155	2.252
Murcia (Región de)	12.914	13.292	14.099	14.432	16.229	17.701	215	187	240	246	262	284
Navarra (Comunidad Foral de)	15.985	16.545	17.223	17.688	19.643	20.193	233	262	279	284	331	327
País Vasco	18.627	19.130	19.895	20.492	21.149	21.782	418	434	451	463	508	507
Rioja (La)	12.734	12.989	13.269	14.082	15.600	17.440	42	43	62	64	65	
Ceuta	12.914	13.292	14.099	14.432	16.087	17.778	15	16	16	23	23	27
Melilla	12.914	13.292	14.099	14.432	16.087	17.778	12	11	16	16	18	18
Retribución media*/Total	13.854	14.316	14.998	15.886	17.288	18.494	7.545	7.885	8.466	11.527	12.310	12.856
Desviación típica	1.387	1.420	1.386	1.338	1.689	1.981						
Coefficiente de variación	10,01	9,92	9,24	8,42	9,77	10,71						

* Media ponderada por los efectivos poblacionales a 31 de diciembre. Las medias se refieren a las Comunidades para las que se dispone de datos tanto de retribuciones como de efectivos.

Técnico especialista con turnicidad

	Porcentaje de variación interanual de las retribuciones									
	2000	2001	2002	2003	2004	TAM 99/04	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01	
Andalucía	3,60	4,60	3,03	9,81	5,88	5,36	5,23	3,74	4,10	
Aragón	2,93	6,07	7,12	7,93	5,53	5,90	5,99	5,36	4,49	
Asturias (Principado de)	2,93	6,07	6,65	9,04	7,52	6,42	6,15	5,20	4,49	
Baleares (Islas)	2,93	6,07	5,95	25,67	12,00	10,24	9,80	4,97	4,49	
Canarias	2,00	2,00	2,00	2,84	2,83	2,33	2,21	2,00	2,00	
Cantabria	2,93	6,07	5,97	8,08	8,97	6,39	5,75	4,98	4,49	
Castilla y León	2,93	6,07	4,13	8,01	7,96	5,80	5,27	4,37	4,49	
Castilla - La Mancha	2,93	6,07	8,96	4,55	7,13	5,91	5,61	5,96	4,49	
Cataluña	3,10	8,66	4,24	8,14	3,28	5,46	6,01	5,31	5,85	
Comunidad Valenciana	5,88	2,00	5,60	4,63	7,85	5,17	4,52	4,48	3,92	
Extremadura	2,93	6,07	7,78	7,54	3,47	5,54	6,06	5,57	4,49	
Galicia	2,00	5,13	4,90	0,02	6,08	3,60	2,99	4,00	3,55	
Madrid (Comunidad de)	2,93	6,07	21,60	15,62	10,78	11,20	11,31	9,91	4,49	
Murcia (Región de)	2,93	6,07	2,36	12,45	9,07	6,51	5,88	3,77	4,49	
Navarra (Comunidad Foral de)	3,50	4,10	2,70	11,05	2,80	4,78	5,29	3,43	3,80	
País Vasco	2,70	4,00	3,00	3,20	2,99	3,18	3,22	3,23	3,35	
Rioja (La)	2,00	2,16	6,12	10,78	11,80	6,49	5,20	3,41	2,08	
Ceuta	2,93	6,07	2,36	11,47	10,51	6,60	5,65	3,77	4,49	
Melilla	2,93	6,07	2,36	11,47	10,51	6,60	5,65	3,77	4,49	
Total	3,34	4,76	5,92	8,82	6,98	5,95	5,69	4,67	4,05	

Auxiliar de Enfermería (UH) con Turnicidad

	Retribuciones medias anuales en euros						Efectivos profesionales a 31 de diciembre					
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Andalucía	11.816	12.216	12.741	13.117	14.418	15.212	12.642	12.813	12.786	12.774	13.365	13.376
Aragón	11.154	11.479	12.051	12.765	13.945	14.699	2.096	2.106	2.342	2.371	2.374	2.944
Asturias (Principado de)	11.154	11.479	12.051	12.970	14.195	15.303	2.035	2.037	2.039	2.038	2.047	2.057
Baleares (Islas)	11.154	11.479	12.051	12.738	16.010	17.443	1.105	1.083	1.081	1.372	1.491	1.659
Canarias	12.170	12.414	12.662	12.916	13.296	13.687	2.647	2.786	2.900	2.968	3.047	3.086
Cantabria	11.154	11.479	12.051	12.985	14.115	15.066	1.056	1.040	1.034	1.205	1.218	1.071
Castilla y León	11.154	11.479	12.051	12.633	13.657	14.695	3.363	3.399	3.389	4.483	4.576	4.740
Castilla - La Mancha	11.154	11.479	12.051	13.226	14.243	14.829	2.124	2.180	2.242	2.642	2.776	2.789
Cataluña	12.533	12.921	13.180	13.646	14.861	15.890	4.160	4.122	4.072	4.108	4.109	4.034
Comunidad Valenciana	12.211	12.824	13.080	13.842	14.519	15.672	6.790	6.890	6.951	7.095	7.260	6.639
Extremadura	11.154	11.479	12.051	13.136	14.120	14.819	1.433	1.449	1.456	1.777	1.823	1.827
Galicia	11.799	12.035	12.637	13.618	13.645	14.482	4.588	4.626	4.979	4.991	4.989	5.099
Madrid (Comunidad de)	11.154	11.479	12.051	14.897	16.157	17.503				9.552	9.663	10.047
Murcia (Región de)	11.154	11.479	12.051	12.415	13.992	15.318	1.195	1.249	1.313	1.308	1.355	1.372
Navarra (Comunidad Foral de)	13.617	14.094	14.671	15.068	16.733	17.201	1.000	1.061	1.045	1.005	1.306	1.316
País Vasco	17.290	17.757	18.467	19.021	19.624	20.204	3.355	3.254	3.554	3.578	3.535	3.930
Rioja (La)	11.014	11.235	11.477	12.107	13.475	15.124	572	593	626	674	626	
Ceuta	11.154	11.479	12.051	12.415	13.882	15.381	82	85	85	86	90	93
Melilla	11.154	11.479	12.051	12.415	13.882	15.381	99	104	104	106	107	114
Retribución media*/Total	12.145	12.519	13.021	13.802	14.846	15.828	50.342	50.877	51.998	64.133	65.757	66.193
Desviación típica	1.469	1.486	1.558	1.467	1.438	1.530						
Coefficiente de variación	12,09	11,87	11,96	10,63	9,69	9,67						

* Media ponderada por los efectivos poblacionales a 31 de diciembre. Las medias se refieren a las Comunidades para las que se dispone de datos tanto de retribuciones como de efectivos.

Auxiliar de Enfermería (UH) con Turnicidad

	Porcentaje de variación interanual de las retribuciones									
	2000	2001	2002	2003	2004	TAM 99/04	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01	
Andalucía	3,39	4,30	2,95	9,92	5,50	5,18	5,10	3,54	3,84	
Aragón	2,92	4,98	5,93	9,25	5,40	5,67	5,74	4,60	3,94	
Asturias (Principado de)	2,92	4,98	7,62	9,44	7,80	6,53	6,21	5,16	3,94	
Baleares (Islas)	2,92	4,98	5,70	25,69	8,95	9,36	9,46	4,53	3,94	
Canarias	2,00	2,00	2,00	2,94	2,94	2,38	2,24	2,00	2,00	
Cantabria	2,92	4,98	7,75	8,71	6,73	6,20	6,06	5,20	3,94	
Castilla y León	2,92	4,98	4,83	8,11	7,61	5,67	5,19	4,24	3,94	
Castilla - La Mancha	2,92	4,98	9,75	7,69	4,11	5,86	6,30	5,84	3,94	
Cataluña	3,10	2,00	3,54	8,91	6,92	4,86	4,35	2,88	2,55	
Comunidad Valenciana	5,02	2,00	5,83	4,89	7,94	5,12	4,42	4,27	3,50	
Extremadura	2,92	4,98	9,00	7,49	4,95	5,85	6,07	5,60	3,94	
Galicia	2,00	5,00	7,77	0,20	6,14	4,18	3,70	4,89	3,49	
Madrid (Comunidad de)	2,92	4,98	23,62	8,46	8,33	9,43	9,71	10,13	3,94	
Murcia (Región de)	2,92	4,98	3,02	12,71	9,47	6,55	5,83	3,63	3,94	
Navarra (Comunidad Foral de)	3,50	4,10	2,70	11,05	2,80	4,78	5,29	3,43	3,80	
País Vasco	2,70	4,00	3,00	3,17	2,96	3,16	3,22	3,23	3,35	
Rioja (La)	2,00	2,16	5,49	11,29	12,24	6,55	5,17	3,21	2,08	
Ceuta	2,92	4,98	3,02	11,82	10,80	6,64	5,62	3,63	3,94	
Melilla	2,92	4,98	3,02	11,82	10,80	6,64	5,62	3,63	3,94	
Total	3,08	4,01	5,99	7,57	6,61	5,44	5,15	4,35	3,54	

Técnico Función Administrativa

	Retribuciones medias anuales en euros						Efectivos profesionales a 31 de diciembre					
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Andalucía	25.437	25.903	26.421	27.181	28.325	29.304	283	300	308	313	351	346
Aragón	22.130	22.573	23.897	25.422	27.371	29.440	24	25	38	38	39	39
Asturias (Principado de)	22.130	22.573	23.897	24.875	26.336	27.701	44	44	45	43	45	45
Baleares (Islas)	22.130	22.573	23.897	25.247	32.833	36.458	31	28	28	31	33	36
Canarias	24.929	25.428	25.937	26.455	27.188	27.940	67	68	77	77	84	83
Cantabria	22.130	22.573	23.897	25.290	27.586	29.376	5	6	6	14	14	15
Castilla y León	22.130	22.573	23.897	24.823	26.857	29.015	38	42	40	73	73	73
Castilla - La Mancha	22.130	22.573	23.897	25.847	27.304	28.795	30	28	27	24	26	54
Cataluña	22.226	22.915	23.373	24.213	25.869	27.187	35	35	32	33	39	36
Comunidad Valenciana	22.805	24.571	25.062	26.297	27.401	29.279	64	64	66	68	76	74
Extremadura	22.130	22.573	23.897	25.149	26.426	27.883	11	9	11	35	39	50
Galicia	22.489	22.939	23.398	24.483	25.163	26.541	131	145	166	162	163	178
Madrid (Comunidad de)	22.130	22.573	23.897	24.599	26.339	27.675				178	201	207
Murcia (Región de)	22.130	22.573	23.897	24.375	27.530	30.163	9	11	11	11	13	13
Navarra (Comunidad Foral de)	27.495	28.457	29.624	30.424	31.641	32.527	7	8	9	8	8	9
País Vasco	25.516	26.205	27.253	28.070	28.976	29.850	316	371	377	383	341	481
Rioja (La)	21.646	22.080	22.534	23.862	26.436	29.466	1	10	11	13	14	
Ceuta	22.130	22.573	23.897	24.375	26.907	29.495	4	5	5	5	5	4
Melilla	22.130	22.573	23.897	24.375	26.907	29.495	1	1	1	1	1	2
Retribución media*/Total	24.241	24.886	25.656	26.279	27.578	28.935	1.101	1.200	1.258	1.510	1.565	1.745
Desviación típica	1.532	1.558	1.567	1.476	1.491	1.572						
Coefficiente de variación	6,32	6,26	6,11	5,62	5,40	5,43						

* Media ponderada por los efectivos poblacionales a 31 de diciembre. Las medias se refieren a las Comunidades para las que se dispone de datos tanto de retribuciones como de efectivos.

Técnico Función Administrativa

	Porcentaje de variación interanual de las retribuciones									
	2000	2001	2002	2003	2004	TAM 99/04	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01	
Andalucía	1,83	2,00	2,88	4,21	3,46	2,87	2,72	2,24	1,92	
Aragón	2,00	5,87	6,38	7,67	7,56	5,87	5,46	4,73	3,92	
Asturias (Principado de)	2,00	5,87	4,09	5,87	5,18	4,59	4,45	3,97	3,92	
Baleares (Islas)	2,00	5,87	5,65	30,05	11,04	10,50	10,36	4,49	3,92	
Canarias	2,00	2,00	2,00	2,77	2,77	2,31	2,19	2,00	2,00	
Cantabria	2,00	5,87	5,83	9,08	6,49	5,83	5,66	4,55	3,92	
Castilla y León	2,00	5,87	3,87	8,20	8,03	5,57	4,96	3,90	3,92	
Castilla - La Mancha	2,00	5,87	8,16	5,64	5,46	5,41	5,39	5,31	3,92	
Cataluña	3,10	2,00	3,59	6,84	5,09	4,11	3,87	2,90	2,55	
Comunidad Valenciana	7,74	2,00	4,93	4,20	6,86	5,12	4,70	4,86	4,83	
Extremadura	2,00	5,87	5,24	5,08	5,51	4,73	4,54	4,35	3,92	
Galicia	2,00	2,00	4,64	2,78	5,47	3,37	2,85	2,87	2,00	
Madrid (Comunidad de)	2,00	5,87	2,94	7,08	5,07	4,57	4,45	3,59	3,92	
Murcia (Región de)	2,00	5,87	2,00	12,94	9,56	6,39	5,61	3,27	3,92	
Navarra (Comunidad Foral de)	3,50	4,10	2,70	4,00	2,80	3,42	3,57	3,43	3,80	
País Vasco	2,70	4,00	3,00	3,23	3,02	3,19	3,23	3,23	3,35	
Rioja (La)	2,00	2,06	5,89	10,79	11,46	6,36	5,12	3,30	2,03	
Ceuta	2,00	5,87	2,00	10,39	9,62	5,91	5,01	3,27	3,92	
Melilla	2,00	5,87	2,00	10,39	9,62	5,91	5,01	3,27	3,92	
Total	2,66	3,10	2,43	4,94	4,92	3,60	3,28	2,73	2,88	

Gestión Función Administrativa

	Retribuciones medias anuales en euros						Efectivos profesionales a 31 de diciembre					
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Andalucía	19.021	19.369	19.757	20.350	21.388	22.223	280	287	297	300	327	345
Aragón	16.175	16.868	17.791	19.292	20.671	22.123	38	36	71	69	67	71
Asturias (Principado de)	16.175	16.868	17.791	19.214	20.706	22.072	77	77	83	84	85	77
Baleares (Islas)	16.175	16.868	17.791	19.230	22.896	25.896	34	35	34	53	59	65
Canarias	20.746	22.213	22.657	23.110	23.749	24.404	78	78	84	87	90	93
Cantabria	16.175	16.868	17.791	19.120	21.040	22.414	10	9	13	29	29	33
Castilla y León	16.175	16.868	17.791	18.926	20.448	21.916	83	79	82	155	156	156
Castilla - La Mancha	16.175	16.868	17.791	19.804	20.977	22.178	51	58	49	50	56	89
Cataluña	16.278	16.782	17.118	17.736	19.923	21.921	53	54	57	63	70	73
Comunidad Valenciana	16.593	18.670	19.044	20.008	20.882	22.373	77	81	84	85	87	94
Extremadura	16.175	16.868	17.791	19.371	20.528	21.808	34	33	36	25	26	40
Galicia	16.400	16.728	17.856	20.082	19.912	21.017	157	165	173	164	163	166
Madrid (Comunidad de)	16.175	16.868	17.791	19.520	20.959	22.414				130	124	152
Murcia (Región de)	16.175	16.868	17.791	18.602	20.922	22.763	16	16	19	30	30	32
Navarra (Comunidad Foral de)	22.683	23.477	24.440	25.100	26.104	26.835	2	2	1	2	2	1
País Vasco	20.450	21.002	21.842	22.498	23.237	23.950	260	309	313	313	278	177
Rioja (La)	15.756	16.071	16.909	18.157	20.733	22.482	11	11	13	13	14	
Ceuta	16.175	16.868	17.791	18.602	20.635	22.712	7	6	7	7	7	4
Melilla	16.175	16.868	17.791	18.602	20.635	22.712	4	3	4	4	4	1
Retribución media*/Total	18.019	18.761	19.435	20.314	21.415	22.530	1.272	1.339	1.420	1.663	1.674	1.669
Desviación típica	1.866	1.907	1.810	1.457	1.208	1.096						
Coefficiente de variación	10,36	10,16	9,31	7,17	5,64	4,86						

* Media ponderada por los efectivos poblacionales a 31 de diciembre. Las medias se refieren a las Comunidades para las que se dispone de datos tanto de retribuciones como de efectivos.

Gestión Función Administrativa

	Porcentaje de variación interanual de las retribuciones								
	2000	2001	2002	2003	2004	TAM 99/04	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
Andalucía	1,83	2,00	3,00	5,10	3,91	3,16	2,98	2,28	1,92
Aragón	4,28	5,47	8,44	7,15	7,03	6,46	6,32	6,05	4,88
Asturias (Principado de)	4,28	5,47	8,00	7,76	6,60	6,41	6,37	5,91	4,88
Baleares (Islas)	4,28	5,47	8,09	19,07	13,10	9,87	9,08	5,94	4,88
Canarias	7,07	2,00	2,00	2,76	2,76	3,30	3,44	3,66	4,50
Cantabria	4,28	5,47	7,47	10,04	6,53	6,74	6,80	5,73	4,88
Castilla y León	4,28	5,47	6,38	8,04	7,18	6,26	6,04	5,38	4,88
Castilla - La Mancha	4,28	5,47	11,31	5,93	5,73	6,52	6,72	6,98	4,88
Cataluña	3,10	2,00	3,61	12,33	10,03	6,13	5,18	2,90	2,55
Comunidad Valenciana	12,52	2,00	5,06	4,37	7,14	6,16	5,92	6,44	7,13
Extremadura	4,28	5,47	8,88	5,97	6,24	6,16	6,14	6,20	4,88
Galicia	2,00	6,74	12,47	-0,85	5,55	5,09	4,97	6,98	4,34
Madrid (Comunidad de)	4,28	5,47	9,72	7,37	6,94	6,74	6,69	6,47	4,88
Murcia (Región de)	4,28	5,47	4,56	12,47	8,80	7,07	6,65	4,77	4,88
Navarra (Comunidad Foral de)	3,50	4,10	2,70	4,00	2,80	3,42	3,57	3,43	3,80
País Vasco	2,70	4,00	3,00	3,28	3,07	3,21	3,24	3,23	3,35
Rioja (La)	2,00	5,21	7,38	14,19	8,43	7,37	7,10	4,84	3,59
Ceuta	4,28	5,47	4,56	10,93	10,07	7,02	6,28	4,77	4,88
Melilla	4,28	5,47	4,56	10,93	10,07	7,02	6,28	4,77	4,88
Total	4,12	3,59	4,53	5,42	5,21	4,57	4,41	4,08	3,85

Administrativo Función Administrativa

	Retribuciones medias anuales en euros						Efectivos profesionales a 31 de diciembre					
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Andalucía	14.666	14.934	15.233	15.687	16.631	17.287	2.430	2.478	2.668	2.587	2.632	2.645
Aragón	12.408	12.777	13.418	14.600	15.769	16.728	132	139	200	197	197	223
Asturias (Principado de)	12.408	12.777	13.418	14.500	15.848	17.070	254	255	255	255	264	256
Baleares (Islas)	12.408	12.777	13.418	14.443	18.284	20.552	85	84	80	167	175	176
Canarias	15.117	15.419	15.728	16.042	16.502	16.974	124	123	131	135	139	139
Cantabria	12.408	12.777	13.418	14.256	15.502	17.040	56	50	52	87	87	89
Castilla y León	12.408	12.777	13.418	14.145	15.310	16.526	326	317	311	462	472	470
Castilla - La Mancha	12.408	12.777	13.418	14.827	15.728	16.650	107	107	101	85	84	136
Cataluña	14.058	14.493	14.783	15.313	17.179	17.838	424	435	455	456	481	495
Comunidad Valenciana	13.471	14.563	14.854	15.685	16.410	17.696	530	525	527	528	531	527
Extremadura	12.408	12.777	13.418	14.660	15.718	16.822	76	64	68	58	60	69
Galicia	12.741	12.996	13.689	15.166	15.167	16.092	363	353	363	335	334	331
Madrid (Comunidad de)	12.408	12.777	13.418	14.796	16.757	18.403				932	975	1.121
Murcia (Región de)	12.408	12.777	13.418	13.895	15.682	17.113	135	135	135	136	136	136
Navarra (Comunidad Foral de)	16.483	17.060	17.760	18.239	18.969	19.500	19	18	17	17	18	17
País Vasco	17.298	17.765	18.476	19.030	19.645	20.238	406	402	403	400	386	433
Rioja (La)	12.079	12.320	12.812	13.545	15.532	16.883	28	34	36	36	40	
Ceuta	12.408	12.777	13.418	13.895	15.540	17.220	13	14	11	15	15	14
Melilla	12.408	12.777	13.418	13.895	15.540	17.220	8	8	7	6	11	6
Retribución media*/Total	14.087	14.491	14.915	15.426	16.606	17.628	5.516	5.541	5.820	6.894	7.037	7.283
Desviación típica	1.317	1.304	1.247	1.073	964	1.010						
Coefficiente de variación	9,35	9,00	8,36	6,96	5,81	5,73						

* Media ponderada por los efectivos poblacionales a 31 de diciembre. Las medias se refieren a las Comunidades para las que se dispone de datos tanto de retribuciones como de efectivos.

Administrativo Función Administrativa

	Porcentaje de variación interanual de las retribuciones									
	2000	2001	2002	2003	2004	TAM 99/04	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01	
Andalucía	1,83	2,00	2,98	6,02	3,94	3,34	3,19	2,27	1,92	
Aragón	2,97	5,02	8,81	8,01	6,08	6,16	6,17	5,57	3,99	
Asturias (Principado de)	2,97	5,02	8,06	9,30	7,71	6,59	6,31	5,33	3,99	
Baleares (Islas)	2,97	5,02	7,64	26,60	12,40	10,62	10,18	5,19	3,99	
Canarias	2,00	2,00	2,00	2,87	2,86	2,34	2,22	2,00	2,00	
Cantabria	2,97	5,02	6,25	8,74	9,92	6,55	5,72	4,74	3,99	
Castilla y León	2,97	5,02	5,41	8,24	7,95	5,90	5,39	4,46	3,99	
Castilla - La Mancha	2,97	5,02	10,50	6,08	5,86	6,06	6,11	6,11	3,99	
Cataluña	3,10	2,00	3,58	12,19	3,84	4,88	5,14	2,89	2,55	
Comunidad Valenciana	8,10	2,00	5,59	4,62	7,84	5,61	5,06	5,20	5,01	
Extremadura	2,97	5,02	9,25	7,22	7,03	6,28	6,09	5,71	3,99	
Galicia	2,00	5,33	10,79	0,01	6,10	4,78	4,45	5,98	3,65	
Madrid (Comunidad de)	2,97	5,02	10,27	13,25	9,82	8,20	7,80	6,04	3,99	
Murcia (Región de)	2,97	5,02	3,55	12,86	9,13	6,64	6,03	3,84	3,99	
Navarra (Comunidad Foral de)	3,50	4,10	2,70	4,00	2,80	3,42	3,57	3,43	3,80	
País Vasco	2,70	4,00	3,00	3,23	3,02	3,19	3,23	3,23	3,35	
Rioja (La)	2,00	3,99	5,72	14,66	8,70	6,93	6,49	3,89	2,99	
Ceuta	2,97	5,02	3,55	11,83	10,81	6,77	5,79	3,84	3,99	
Melilla	2,97	5,02	3,55	11,83	10,81	6,77	5,79	3,84	3,99	
Total	2,87	2,92	3,42	7,65	6,15	4,59	4,20	3,07	2,90	

Auxiliar Función Administrativa

	Retribuciones medias anuales en euros						Efectivos profesionales a 31 de diciembre					
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Andalucía	12.382	12.609	12.861	13.240	14.164	14.837	3.917	4.115	4.298	4.357	4.976	5.123
Aragón	10.643	10.946	11.474	12.669	13.575	14.370	1.055	1.052	1.185	1.220	1.230	1.319
Asturias (Principado de)	10.643	10.946	11.474	12.739	13.959	15.063	1.091	1.129	1.136	1.136	1.150	1.169
Baleares (Islas)	10.643	10.946	11.474	12.150	15.090	17.112	576	575	584	683	761	782
Canarias	11.997	12.237	12.482	12.731	13.108	13.495	1.412	1.460	1.531	1.617	1.719	1.781
Cantabria	10.643	10.946	11.474	12.708	14.440	14.453	531	534	537	593	611	636
Castilla y León	10.643	10.946	11.474	12.402	13.421	14.447	1.780	1.832	1.857	2.140	2.202	2.239
Castilla - La Mancha	10.643	10.946	11.474	12.995	13.783	14.217	1.293	1.308	1.364	1.402	1.493	1.790
Cataluña	12.962	13.364	13.632	14.113	15.238	15.782	3.571	3.646	3.793	3.996	4.095	4.167
Comunidad Valenciana	12.093	12.335	12.574	13.317	13.957	15.113	2.870	3.035	3.055	3.175	3.290	3.350
Extremadura	10.643	10.946	11.474	12.547	13.520	14.525	836	853	862	1.052	1.082	1.131
Galicia	11.305	11.531	12.122	13.340	13.361	14.193	2.125	2.076	2.227	2.188	2.194	2.213
Madrid (Comunidad de)	10.643	10.946	11.474	12.710	13.927	15.525				3.596	3.632	4.142
Murcia (Región de)	10.643	10.946	11.474	12.184	13.757	15.043	597	597	663	715	770	838
Navarra (Comunidad Foral de)	14.155	14.651	15.251	15.663	16.290	16.746	625	680	647	667	707	703
País Vasco	16.135	16.571	17.233	17.750	18.316	18.862	1.452	1.464	1.515	1.530	1.534	1.786
Rioja (La)	10.948	11.176	11.328	11.876	13.677	14.884	164	168	188	199	188	
Ceuta	10.643	10.946	11.474	11.826	13.281	15.141	56	58	62	59	64	50
Melilla	10.643	10.946	11.474	11.826	13.281	15.141	60	61	61	67	71	53
Retribución media*/Total	12.009	12.316	12.711	13.350	14.279	15.182	24.011	24.643	25.565	30.392	31.769	33.272
Desviación típica	1.404	1.440	1.433	1.208	1.135	1.140						
Coefficiente de variación	11,69	11,69	11,27	9,05	7,95	7,51						

* Media ponderada por los efectivos poblacionales a 31 de diciembre. Las medias se refieren a las Comunidades para las que se dispone de datos tanto de retribuciones como de efectivos.

Auxiliar Función Administrativa

	Porcentaje de variación interanual de las retribuciones									
	2000	2001	2002	2003	2004	TAM 99/04	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01	
Andalucía	1,83	2,00	2,94	6,98	4,75	3,68	3,42	2,26	1,92	
Aragón	2,85	4,82	10,41	7,15	5,85	6,19	6,27	5,98	3,83	
Asturias (Principado de)	2,85	4,82	11,03	9,58	7,90	7,19	7,02	6,17	3,83	
Baleares (Islas)	2,85	4,82	5,89	24,21	13,40	9,96	9,12	4,51	3,83	
Canarias	2,00	2,00	2,00	2,96	2,95	2,38	2,24	2,00	2,00	
Cantabria	2,85	4,82	10,75	13,63	0,09	6,31	7,93	6,09	3,83	
Castilla y León	2,85	4,82	8,09	8,22	7,64	6,30	5,97	5,23	3,83	
Castilla - La Mancha	2,85	4,82	13,26	6,06	3,15	5,96	6,68	6,88	3,83	
Cataluña	3,10	2,00	3,53	7,97	3,57	4,01	4,13	2,88	2,55	
Comunidad Valenciana	2,00	1,94	5,91	4,80	8,28	4,56	3,65	3,27	1,97	
Extremadura	2,85	4,82	9,36	7,75	7,43	6,42	6,16	5,64	3,83	
Galicia	2,00	5,13	10,05	0,16	6,23	4,66	4,27	5,67	3,55	
Madrid (Comunidad de)	2,85	4,82	10,78	9,57	11,48	7,84	6,95	6,09	3,83	
Murcia (Región de)	2,85	4,82	6,19	12,91	9,35	7,17	6,63	4,61	3,83	
Navarra (Comunidad Foral de)	3,50	4,10	2,70	4,00	2,80	3,42	3,57	3,43	3,80	
País Vasco	2,70	4,00	3,00	3,19	2,98	3,17	3,22	3,23	3,35	
Rioja (La)	2,08	1,36	4,84	15,16	8,82	6,33	5,72	2,75	1,72	
Ceuta	2,85	4,82	3,07	12,31	14,00	7,30	5,69	3,58	3,83	
Melilla	2,85	4,82	3,07	12,31	14,00	7,30	5,69	3,58	3,83	
Total	2,56	3,21	5,02	6,95	6,33	4,80	4,42	3,59	2,88	

Celador con turnos atención directa al enfermo

	Retribuciones medias anuales en euros						Efectivos profesionales a 31 de diciembre					
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Andalucía	11.208	11.414	12.024	12.465	13.688	13.909	4.743	4.796	4.732	4.701	4.924	5.098
Aragón	10.985	11.277	11.794	12.561	13.432	14.110	605	623	903	920	922	1.009
Asturias (Principado de)	10.985	11.277	11.794	12.559	13.570	14.493	766	786	790	790	821	803
Baleares (Islas)	10.985	11.277	11.794	12.738	15.239	16.536	418	417	395	508	545	555
Canarias	11.435	11.664	11.898	12.136	12.492	12.858	741	753	799	821	874	901
Cantabria	10.985	11.277	11.794	12.554	13.471	14.878	296	299	324	482	492	384
Castilla y León	10.985	11.277	11.794	12.308	13.185	14.116	1.145	1.165	1.182	2.058	2.109	2.155
Castilla - La Mancha	10.985	11.277	11.794	13.303	14.017	14.227	798	806	830	1.276	1.349	1.367
Cataluña	11.583	11.942	12.181	12.609	13.763	14.177	2.262	2.274	2.236	2.207	2.123	2.203
Comunidad Valenciana	11.855	12.329	12.575	13.227	13.824	14.844	2.859	2.951	2.965	3.064	3.141	3.188
Extremadura	10.985	11.277	11.794	12.765	13.651	14.306	554	557	567	924	951	1.028
Galicia	11.217	11.441	11.977	12.836	12.885	13.670	2.368	2.392	2.538	2.526	2.531	2.536
Madrid (Comunidad de)	10.985	11.277	11.794	14.242	15.215	16.094				3.618	3.688	3.704
Murcia (Región de)	10.985	11.277	11.794	12.134	13.456	14.636	396	398	401	416	432	444
Navarra (Comunidad Foral de)	12.945	13.398	13.847	14.324	15.012	15.432	375	396	411	401	451	439
País Vasco	15.181	16.194	16.842	17.347	17.899	18.431	816	805	831	831	849	1.269
Rioja (La)	10.265	10.471	10.696	11.847	12.984	14.228	168	175	181	184	205	
Ceuta	10.985	11.277	11.794	12.134	13.321	14.535	35	39	40	39	40	46
Melilla	10.985	11.277	11.794	12.134	13.321	14.535	26	27	27	27	34	34
Retribución media*/Total	11.492	11.817	12.273	13.072	13.945	14.670	19.371	19.659	20.152	25.793	26.481	27.163
Desviación típica	862	1.013	1.021	1.016	1.026	1.185						
Coefficiente de variación	7,50	8,57	8,32	7,77	7,36	8,08						

* Media ponderada por los efectivos poblacionales a 31 de diciembre. Las medias se refieren a las Comunidades para las que se dispone de datos tanto de retribuciones como de efectivos.

Celador con turnos atención directa al enfermo

	Porcentaje de variación interanual de las retribuciones								
	2000	2001	2002	2003	2004	TAM 99/04	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
Andalucía	1,83	5,34	3,67	9,81	1,61	4,41	5,12	3,61	3,57
Aragón	2,66	4,58	6,51	6,93	5,04	5,13	5,16	4,57	3,61
Asturias (Principado de)	2,66	4,58	6,49	8,05	6,80	5,70	5,42	4,56	3,61
Baleares (Islas)	2,66	4,58	8,01	19,63	8,52	8,52	8,53	5,06	3,61
Canarias	2,00	2,00	2,00	2,94	2,93	2,37	2,23	2,00	2,00
Cantabria	2,66	4,58	6,45	7,30	10,45	6,25	5,23	4,55	3,61
Castilla y León	2,66	4,58	4,36	7,13	7,07	5,14	4,67	3,86	3,61
Castilla - La Mancha	2,66	4,58	12,80	5,37	1,50	5,31	6,28	6,59	3,61
Cataluña	3,10	2,00	3,51	9,15	3,01	4,12	4,40	2,87	2,55
Comunidad Valenciana	4,00	2,00	5,18	4,51	7,37	4,60	3,92	3,72	2,99
Extremadura	2,66	4,58	8,24	6,94	4,80	5,42	5,58	5,13	3,61
Galicia	2,00	4,68	7,17	0,39	6,09	4,04	3,53	4,60	3,33
Madrid (Comunidad de)	2,66	4,58	20,76	6,83	5,78	7,94	8,48	9,04	3,61
Murcia (Región de)	2,66	4,58	2,89	10,90	8,77	5,91	5,20	3,37	3,61
Navarra (Comunidad Foral de)	3,50	3,35	3,44	4,81	2,80	3,58	3,77	3,43	3,43
País Vasco	6,67	4,00	3,00	3,18	2,97	3,96	4,20	4,55	5,33
Rioja (La)	2,00	2,15	10,77	9,60	9,58	6,75	6,05	4,89	2,07
Ceuta	2,66	4,58	2,89	9,79	9,11	5,76	4,94	3,37	3,61
Melilla	2,66	4,58	2,89	9,79	9,11	5,76	4,94	3,37	3,61
Total	2,83	3,86	6,51	6,68	5,20	5,00	4,95	4,39	3,34

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Pinche sin turnos

	Retribuciones medias anuales en euros						Efectivos profesionales a 31 de diciembre					
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Andalucía	11.000	11.202	11.426	11.679	12.658	13.294	2.337	2.401	2.383	2.368	2.385	2.398
Aragón	10.228	10.505	10.970	11.708	12.539	13.196	364	362	365	365	365	366
Asturias (Principado de)	10.228	10.505	10.970	11.719	12.704	13.602	317	319	318	318	321	321
Baleares (Islas)	10.228	10.505	10.970	11.556	14.633	15.982	147	146	146	146	146	146
Canarias	10.678	10.892	11.110	11.332	11.665	12.005	336	335	343	345	353	352
Cantabria	10.228	10.505	10.970	11.533	12.675	13.465	170	160	145	158	158	158
Castilla y León	10.228	10.505	10.970	11.467	12.319	13.225	653	665	660	668	674	675
Castilla - La Mancha	10.228	10.505	10.970	11.962	12.641	13.336	410	410	399	421	436	456
Cataluña	10.899	11.237	11.462	11.865	12.994	13.593	466	442	416	413	407	333
Comunidad Valenciana	10.715	11.166	11.389	12.017	12.567	13.538	1.068	1.080	1.035	995	982	962
Extremadura	10.228	10.505	10.970	11.925	12.794	13.390	333	348	341	341	357	389
Galicia	10.256	10.460	10.976	12.021	12.046	12.806	765	778	813	826	826	835
Madrid (Comunidad de)	10.228	10.505	10.970	11.804	12.630	13.465				1.344	1.356	1.312
Murcia (Región de)	10.228	10.505	10.970	11.293	12.591	13.710	70	70	70	72	72	73
Navarra (Comunidad Foral de)	12.644	13.086	13.623	13.991	14.550	14.958	83	45	37	8	3	2
País Vasco	14.071	14.451	15.029	15.480	15.972	16.447	338	375	386	392	401	393
Rioja (La)	9.978	10.318	10.397	11.028	12.136	13.834	90	89	97	92	112	
Ceuta	10.228	10.505	10.970	11.294	12.456	13.644	15	15	15	15	15	15
Melilla	10.228	10.505	10.970	11.294	12.456	13.644	18	19	18	15	16	16
Retribución media*/Total	10.765	11.049	11.394	11.915	12.711	13.454	7.980	8.059	7.987	9.302	9.385	9.202
Desviación típica	800	840	867	777	786	787						
Coefficiente de variación	7,43	7,60	7,61	6,52	6,18	5,85						

* Media ponderada por los efectivos poblacionales a 31 de diciembre. Las medias se refieren a las Comunidades para las que se dispone de datos tanto de retribuciones como de efectivos.

Pinche sin turnos

	Porcentaje de variación interanual de las retribuciones									
	2000	2001	2002	2003	2004	TAM 99/04	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01	
Andalucía	1,83	2,00	2,22	8,38	5,02	3,86	3,57	2,02	1,92	
Aragón	2,71	4,42	6,72	7,10	5,24	5,23	5,22	4,61	3,56	
Asturias (Principado de)	2,71	4,42	6,83	8,41	7,06	5,87	5,57	4,64	3,56	
Baleares (Islas)	2,71	4,42	5,34	26,63	9,22	9,34	9,37	4,15	3,56	
Canarias	2,00	2,00	2,00	2,93	2,92	2,37	2,23	2,00	2,00	
Cantabria	2,71	4,42	5,13	9,90	6,24	5,65	5,51	4,08	3,56	
Castilla y León	2,71	4,42	4,53	7,43	7,35	5,27	4,76	3,88	3,56	
Castilla - La Mancha	2,71	4,42	9,05	5,68	5,50	5,45	5,44	5,36	3,56	
Cataluña	3,10	2,00	3,52	9,52	4,60	4,52	4,49	2,87	2,55	
Comunidad Valenciana	4,21	2,00	5,51	4,57	7,73	4,79	4,07	3,90	3,10	
Extremadura	2,71	4,42	8,70	7,29	4,66	5,54	5,76	5,25	3,56	
Galicia	2,00	4,93	9,52	0,21	6,31	4,54	4,10	5,44	3,45	
Madrid (Comunidad de)	2,71	4,42	7,60	7,00	6,61	5,65	5,41	4,89	3,56	
Murcia (Región de)	2,71	4,42	2,95	11,49	8,89	6,04	5,33	3,36	3,56	
Navarra (Comunidad Foral de)	3,50	4,10	2,70	4,00	2,80	3,42	3,57	3,43	3,80	
País Vasco	2,70	4,00	3,00	3,18	2,97	3,17	3,22	3,23	3,35	
Rioja (La)	3,41	0,76	6,07	10,05	13,99	6,75	5,02	3,39	2,08	
Ceuta	2,71	4,42	2,95	10,29	9,54	5,93	5,05	3,36	3,56	
Melilla	2,71	4,42	2,95	10,29	9,54	5,93	5,05	3,36	3,56	
Total	2,64	3,12	4,57	6,68	5,85	4,56	4,24	3,44	2,88	

**ANEXO ESTADÍSTICO SOBRE
RETRIBUCIONES Y EFECTIVOS EN LOS
SERVICIOS AUTONÓMICOS DE SALUD**

Facultativo Especialista de Área

Retribuciones en euros

Facultativo Especialista de Área

1999	Sueldo	Destino	Específico general	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	13.318,38	6.031,70	6.259,57		7.556,42	33.166,06	
Aragón	13.296,49	6.021,60		4.672,80	7.973,76	31.964,65	1.577,66
Asturias (Principado de)	13.296,49	6.021,60		4.672,80	7.973,76	31.964,65	1.577,66
Baleares (Islas)	13.296,49	6.021,60	7.973,76	4.672,80		31.964,65	1.577,66
Canarias ⁴²	13.296,49	6.021,77	7.973,75	1.824,24	5.247,27	34.363,52	1.602,03
Cantabria	13.296,49	6.021,60		4.672,80	7.973,76	31.964,65	1.577,66
Castilla y León	13.296,49	6.021,60		4.672,80	7.973,76	31.964,65	1.577,66
Castilla - La Mancha	13.296,49	6.021,60		4.672,80	7.973,76	31.964,65	1.577,66
Cataluña	13.154,67	7.135,88		7.021,87	11.679,93	38.992,36	
Comunidad Valenciana	13.296,50	6.021,82	12.676,08			31.994,40	
Extremadura	13.296,49	6.021,60		4.672,80	7.973,76	31.964,65	1.577,66
Galicia	13.296,50	6.021,82	8.792,16	4.151,88		32.262,36	2.404,00
Madrid (Comunidad de)	13.296,49	6.021,60		4.672,80	7.973,76	31.964,65	1.577,66
Murcia (Región de)	13.296,49	6.021,60		4.672,80	7.973,76	31.964,65	1.577,66
Navarra (Comunidad Foral de)						32.010,72	
País Vasco	13.296,49	6.021,64	8.148,80		9.377,88	36.844,81	
Rioja (La)	13.296,50	5.505,41	12.064,92	4.672,80		35.539,63	1.932,81
Ceuta	13.296,49	6.021,60		4.672,80	7.973,76	31.964,65	1.577,66
Melilla	13.296,49	6.021,60		4.672,80	7.973,76	31.964,65	1.577,66

Retribuciones en euros

Facultativo Especialista de Área

2000	Sueldo	Destino	Específico general	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	13.562,46	6.142,26	6.374,31		7.694,93	33.773,96	
Aragón	13.562,46	6.142,22		4.766,16	8.133,24	32.604,08	1.951,24
Asturias (Principado de)	13.562,46	6.142,22		4.766,16	8.133,24	32.604,08	1.951,24
Baleares (Islas)	13.562,46	6.142,22	8.133,24	4.766,16		32.604,08	1.951,24
Canarias	13.562,46	6.142,26	8.133,21	1.860,73	5.352,21	35.050,87	1.634,06
Cantabria	13.562,46	6.142,22		4.766,16	8.133,24	32.604,08	1.951,24
Castilla y León	13.562,46	6.142,22		4.766,16	8.133,24	32.604,08	1.951,24
Castilla - La Mancha	13.562,46	6.142,22		4.766,16	8.133,24	32.604,08	1.951,24
Cataluña	13.562,46	7.357,10		7.239,55	12.042,01	40.201,12	
Comunidad Valenciana	13.562,50	6.142,22	12.929,52			32.634,24	
Extremadura	13.562,46	6.142,22		4.766,16	8.133,24	32.604,08	1.951,24
Galicia	13.562,50	6.142,22	8.968,08	4.234,80		32.907,60	2.404,00
Madrid (Comunidad de)	13.562,46	6.142,22		4.766,16	8.133,24	32.604,08	1.951,24
Murcia (Región de)	13.562,46	6.142,22		4.766,16	8.133,24	32.604,08	1.951,24
Navarra (Comunidad Foral de)						33.131,14	
País Vasco	13.562,46	6.142,22	8.503,85		9.631,04	37.839,57	
Rioja (La)	13.562,50	5.615,74	8.133,24	4.766,16		32.077,64	2.013,28
Ceuta	13.562,46	6.142,22		4.766,16	8.133,24	32.604,08	1.951,24
Melilla	13.562,46	6.142,22		4.766,16	8.133,24	32.604,08	1.951,24

⁴² Respecto de Canarias se ha hecho constar en la columna de productividad variable la indemnización por residencia y, a partir de 2001, la suma de dicha variable más la productividad variable por cumplimiento de objetivos (incentivos) que se pactó con los sindicatos en dicho ejercicio, según consta en los ficheros de datos remitidos desde esta Dirección General

Retribuciones en euros

Facultativo Especialista de Área

2001	Sueldo	Destino	Específico general	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	13.833,68	6.265,14	6.501,84		7.848,84	34.449,50	
Aragón	13.833,74	6.265,11		5.012,73	8.295,84	33.407,42	1.794,02
Asturias (Principado de)	13.833,74	6.265,11		5.012,73	8.295,84	33.407,42	1.794,02
Baleares (Islas)	13.833,74	6.265,11	8.295,84	5.012,73		33.407,42	1.794,02
Canarias	13.833,74	6.265,11	8.295,91	1.897,95	5.459,31	35.752,02	1.937,26
Cantabria	13.833,74	6.265,11		5.012,73	8.295,84	33.407,42	1.794,02
Castilla y León	13.833,74	6.265,11		5.012,73	8.295,84	33.407,42	1.794,02
Castilla - La Mancha	13.833,74	6.265,11		5.012,73	8.295,84	33.407,42	1.794,02
Cataluña	13.833,74	7.504,35		7.384,37	12.282,92	41.005,37	
Comunidad Valenciana	13.833,68	6.265,14	13.188,24			33.287,06	
Extremadura	13.833,74	6.265,11		5.012,73	8.295,84	33.407,42	1.794,02
Galicia	13.833,68	6.265,14	9.147,24	4.319,40		33.565,46	3.000,00
Madrid (Comunidad de)	13.833,74	6.265,11		5.012,73	8.295,84	33.407,42	1.794,02
Murcia (Región de)	13.833,74	6.265,11		5.012,73	8.295,84	33.407,42	1.794,02
Navarra (Comunidad Foral de)						34.489,28	
País Vasco	13.833,74	6.265,12	9.238,02		10.016,29	39.353,17	
Rioja (La)	13.833,68	5.728,13	8.295,84	4.861,56	151,20	32.870,41	2.182,41
Ceuta	13.833,74	6.265,11		5.012,73	8.295,84	33.407,42	1.794,02
Melilla	13.833,74	6.265,11		5.012,73	8.295,84	33.407,42	1.794,02

Retribuciones en euros

Facultativo Especialista de Área

2002	Sueldo	Destino	Específico general	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	14.110,46	6.390,58	6.863,40		8.005,80	35.370,24	
Aragón	14.110,46	6.390,44	8.616,00	6.006,00		35.122,90	2.084,31
Asturias (Principado de)	14.110,46	6.390,44	8.616,00	4.958,76	887,50	34.963,16	1.638,02
Baleares (Islas)	14.110,46	6.390,44	9.487,68	4.958,76		34.947,34	1.464,48
Canarias	14.110,46	6.390,44	8.461,92	1.935,84	5.568,48	36.467,14	3.863,80
Cantabria	14.110,46	6.390,44	8.616,00	4.958,76	1.080,00	35.155,66	2.452,13
Castilla y León	14.110,46	6.390,44	8.616,00	4.958,76	447,78	34.523,44	2.644,00
Castilla - La Mancha	14.110,46	6.390,44	8.616,00	4.958,76	1.472,40	35.548,06	528,89
Cataluña	14.110,46	7.758,03		7.764,30	12.603,44	42.236,23	
Comunidad Valenciana	14.110,46	6.390,44	14.367,96			34.868,86	
Extremadura	14.110,46	6.390,44	8.616,00	4.958,76	1.274,16	35.349,82	1.857,66
Galicia	14.110,46	6.390,44	9.330,24	4.405,80		34.236,94	3.000,00
Madrid (Comunidad de)	14.110,46	6.390,44	8.616,00	4.958,76	1.257,96	35.333,62	2.404,04
Murcia (Región de)	14.110,46	6.390,44		4.958,76	8.616,00	34.075,66	2.644,45
Navarra (Comunidad Foral de)						35.420,84	
País Vasco	14.110,46	6.390,48	9.716,04		10.316,78	40.533,76	
Rioja (La)	14.110,46	5.842,69	8.616,00	4.958,76		33.527,91	2.228,01
Ceuta	14.110,46	6.390,44		4.958,76	8.616,00	34.075,66	2.428,09
Melilla	14.110,46	6.390,44		4.958,76	8.616,00	34.075,66	2.428,09

Retribuciones en euros

Facultativo Especialista de Área

2003	Sueldo	Destino	Específico general	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	14.392,70	6.735,68	7.575,48		8.740,68	37.444,54	1.021,00
Aragón	14.392,70	6.735,68	8.788,32	7.514,40		37.431,10	2.125,99
Asturias (Principado de)	14.392,70	6.735,26	8.788,32	5.057,88	2.254,32	37.228,48	1.695,49
Baleares (Islas)	14.392,70	6.735,54	12.246,36	5.057,88		38.432,48	1.580,27
Canarias	14.392,70	6.735,40	8.631,12	1.974,60	5.679,84	37.413,66	4.619,10
Cantabria	14.392,70	6.735,54	8.788,32	5.058,00	2.520,00	37.494,56	2.501,17
Castilla y León	14.392,70	6.735,40	8.788,32	5.057,88	1.791,00	36.765,30	2.799,00
Castilla - La Mancha	14.392,70	6.735,40	8.788,32	5.057,88	2.238,12	37.212,42	2.157,87
Cataluña	14.392,70	8.176,77			25.509,28	48.078,75	4.500,00
Comunidad Valenciana	14.392,70	6.735,40	15.123,48			36.251,58	
Extremadura	14.392,70	6.518,40	8.788,32	5.057,88	2.573,76	37.331,06	2.139,57
Galicia	14.392,70	6.735,68	9.516,84	4.493,88		35.139,10	3.000,00
Madrid (Comunidad de)	14.392,70	6.735,68	8.788,32	5.057,88	2.478,96	37.453,54	2.501,17
Murcia (Región de)	14.392,70	6.735,40	2.463,96	5.057,88	8.788,32	37.438,26	3.000,00
Navarra (Comunidad Foral de)						36.837,50	
País Vasco	14.392,70	6.735,68	10.061,30		10.583,39	41.773,07	
Rioja (La)	14.392,70	6.158,08	10.624,32	5.057,88	75,00	39.367,46	2.234,48
Ceuta	14.392,70	6.735,40		5.057,88	10.629,36	36.815,34	2.574,74
Melilla	14.392,70	6.735,40		5.057,88	10.629,36	36.815,34	2.574,74

Retribuciones en euros

Facultativo Especialista de Área

2004	Sueldo	Destino	Específico general	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	14.680,96	7.092,12	16.642,56			38.415,64	2.063,42
Aragón	14.680,82	7.092,10	8.964,12	9.104,64		39.841,68	2.551,13
Asturias (Principado de)	14.680,68	7.092,12	5.688,12	5.915,04	3.417,72	39.313,68	2.188,94
Baleares (Islas)	14.680,54	7.091,98	8.964,12	9.775,92	906,84	41.419,40	1.417,31
Canarias	14.680,96	7.092,12	8.803,80	2.014,08	5.793,48	38.384,44	4.711,48
Cantabria	14.680,96	7.091,12	8.964,12	5.159,16	3.600,00	39.495,36	2.551,00
Castilla y León	14.680,96	7.092,12	8.964,12	5.159,04	3.498,36	39.394,60	1.570,27
Castilla - La Mancha	14.680,68	7.092,12	8.964,12	5.159,04	4.431,12	40.327,06	2.275,37
Cataluña	14.680,96	8.571,45			27.397,82	50.650,23	5.000,00
Comunidad Valenciana	14.680,96	7.092,12	16.828,44			38.601,52	837,00
Extremadura	14.680,96	7.092,12	9.089,16	5.159,04	3.262,32	39.283,60	4.000,00
Galicia	14.680,96	7.091,98	9.707,28	6.813,96		38.294,18	3.000,00
Madrid (Comunidad de)							
Murcia (Región de)	14.680,96	7.092,12	4.386,72	5.159,04	8.964,12	40.282,96	1.683,00
Navarra (Comunidad Foral de)						37.869,16	
País Vasco						42.963,70	
Rioja (La)	14.680,68	7.092,10	12.654,81	5.159,10		39.586,69	1.817,33
Ceuta	14.680,82	7.092,12		5.159,04	12.683,04	39.615,02	2.787,78
Melilla	14.680,82	7.092,12		5.159,04	12.683,04	39.615,02	2.787,78

Nota: los datos en azul corresponde a variables en las que no coincide la suma de parciales con el total.

Médico de Familia de Atención Primaria

Retribuciones en euros

Médico de Familia de Atención Primaria

1999	Sueldo	Destino	Específico general	Productividad Fija	TIS	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	13.318,34	6.031,70	290,09			7.987,02	27.627,15	600,00
Aragón	13.296,49	6.021,60			5.378,96	7.973,76	32.670,81	3.155,31
Asturias (Principado de)	13.296,49	6.021,60			5.378,96	7.973,76	32.670,81	3.155,31
Baleares (Islas)	13.296,49	6.021,60	7.973,76		6.324,01		33.615,86	400,43
Canarias	13.296,49	6.021,77	7.973,75		6.426,24		33.718,25	1.602,03
Cantabria	13.296,49	6.021,60			5.378,96	7.973,76	32.670,81	3.155,31
Castilla y León	13.296,49	6.021,60			5.378,96	7.973,76	32.670,81	3.155,31
Castilla - La Mancha	13.296,49	6.021,60			5.378,96	7.973,76	32.670,81	3.155,31
Cataluña	13.154,67	4.949,10		1.255,65		15.353,65	34.713,07	
Comunidad Valenciana	13.296,50	6.021,82	4.394,76			744,48	24.457,56	
Extremadura	13.296,49	6.021,60			5.378,96	7.973,76	32.670,81	3.155,31
Galicia	13.296,50	6.021,82	7.973,88		6.458,76		33.750,96	2.404,00
Madrid (Comunidad de)	13.296,49	6.021,60			5.378,96	7.973,76	32.670,81	3.155,31
Murcia (Región de)	13.296,49	6.021,60			7.810,60	7.973,76	35.102,45	3.155,31
Navarra (Comunidad Foral de)							29.100,40	
País Vasco	13.296,49	6.021,64			8.148,80	8.279,17	35.746,10	
Rioja (La)	13.296,49	6.021,60	7.973,75		8.453,07		35.744,91	
Ceuta	13.296,49	6.021,60			5.378,96	7.973,76	32.670,81	3.155,31
Melilla	13.296,49	6.021,60			5.378,96	7.973,76	32.670,81	3.155,31

Retribuciones en euros

Médico de Familia de Atención Primaria

2000	Sueldo	Destino	Específico general	Productividad Fija	TIS	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	13.562,46	6.142,26	295,41			8.133,42	28.133,56	600,00
Aragón	13.562,46	6.142,22			5.486,54	8.133,24	33.324,46	3.303,51
Asturias (Principado de)	13.562,46	6.142,22			5.486,54	8.133,24	33.324,46	3.303,51
Baleares (Islas)	13.562,46	6.142,22	8.133,24		6.433,38		34.271,30	700,75
Canarias	13.562,46	6.142,26	8.133,21		6.552,74		34.390,67	1.634,06
Cantabria	13.562,46	6.142,22			5.486,54	8.133,24	33.324,46	3.303,51
Castilla y León	13.562,46	6.142,22			5.486,54	8.133,24	33.324,46	3.303,51
Castilla - La Mancha	13.562,46	6.142,22			5.486,54	8.133,24	33.324,46	3.303,51
Cataluña	13.562,46	5.102,52		1.294,58		15.829,61	35.789,17	
Comunidad Valenciana	13.296,50	6.021,82	10.333,56			1.344,60	30.996,48	
Extremadura	13.562,46	6.142,22			5.486,54	8.133,24	33.324,46	3.303,51
Galicia	13.562,50	6.142,22	8.133,36		6.590,52		34.428,60	2.404,00
Madrid (Comunidad de)	13.562,46	6.142,22			5.486,54	8.133,24	33.324,46	3.303,51
Murcia (Región de)	13.562,46	6.142,22			8.029,30	8.133,24	35.867,22	3.305,57
Navarra (Comunidad Foral de)							30.119,18	
País Vasco	13.562,46	6.142,22			8.503,85	8.502,70	36.711,23	
Rioja (La)	13.562,50	6.142,22	8.133,24		8.851,18		36.689,14	
Ceuta	13.562,46	6.142,22			5.486,54	8.133,24	33.324,46	3.303,51
Melilla	13.562,46	6.142,22			5.486,54	8.133,24	33.324,46	3.303,51

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Retribuciones en euros

Médico de Familia de Atención Primaria

2001	Sueldo	Destino	Específico general	Productividad Fija	TIS	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	13.833,68	6.265,14	301,32		5.760,00	8.296,08	34.456,22	600,00
Aragón	13.833,74	6.265,11		151,17	5.596,27	8.295,84	34.142,13	3.305,57
Asturias (Principado de)	13.833,74	6.265,11		151,17	5.596,27	8.295,84	34.142,13	3.305,57
Baleares (Islas)	13.833,74	6.265,11	8.295,84		6.571,38		34.966,07	538,52
Canarias	13.833,74	6.265,11	8.295,91		6.688,04		35.082,80	1.666,80
Cantabria	13.833,74	6.265,11		151,17	5.596,27	8.295,84	34.142,13	3.305,57
Castilla y León	13.833,74	6.265,11		151,17	5.596,27	8.295,84	34.142,13	3.305,57
Castilla - La Mancha	13.833,74	6.265,11		151,17	5.596,27	8.295,84	34.142,13	3.305,57
Cataluña	13.833,74	5.204,58		1.540,55		16.566,88	37.145,75	
Comunidad Valenciana	13.833,68	6.265,14	10.146,00			1.371,48	31.616,30	
Extremadura	13.833,74	6.265,11		151,17	5.596,27	8.295,84	34.142,13	3.305,57
Galicia	13.833,68	6.265,14	8.295,96		6.725,04		35.119,82	2.404,00
Madrid (Comunidad de)	13.833,74	6.265,11		151,17	5.596,27	8.295,84	34.142,13	3.305,57
Murcia (Región de)	13.833,74	6.265,11			8.270,18	8.295,84	36.664,87	935,88
Navarra (Comunidad Foral de)							31.353,70	
País Vasco	13.833,74	6.265,12			9.238,02	8.842,81	38.179,69	
Rioja (La)	13.833,68	6.265,14	8.295,84		9.169,52	151,20	37.715,38	
Ceuta	13.833,74	6.265,11		151,17	5.596,27	8.295,84	34.142,13	3.305,57
Melilla	13.833,74	6.265,11		151,17	5.596,27	8.295,84	34.142,13	3.305,57

Retribuciones en euros

Médico de Familia de Atención Primaria

2002	Sueldo	Destino	Específico general	Productividad Fija	TIS	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	14.110,46	6.390,58	538,80		5.875,20	8.462,04	35.377,08	600,00
Aragón	14.110,46	6.390,44	8.616,00	1.047,24	6.818,19		36.982,33	935,89
Asturias (Principado de)	14.110,46	6.390,44	8.616,00	5.708,20		887,50	35.712,60	770,36
Baleares (Islas)	14.110,46	6.390,44	9.487,68		6.691,84		36.680,42	673,73
Canarias	14.110,46	6.390,44	8.461,92		6.819,84		35.782,66	3.863,80
Cantabria	14.110,46	6.390,44	8.616,00			1.080,00	30.196,90	954,60
Castilla y León	14.110,46	6.390,44	8.616,00		6.812,76	447,78	36.377,44	2.644,00
Castilla - La Mancha	14.110,46	6.390,44	8.616,00		6.405,96	1.201,92	36.724,78	1.050,06
Cataluña	14.110,46	5.381,74		1.637,58		17.442,19	38.571,97	
Comunidad Valenciana	14.110,46	6.390,44	11.265,00			1.398,96	33.164,86	
Extremadura	14.110,46	6.390,44	8.616,00		6.113,71	757,32	35.987,93	954,60
Galicia	14.110,46	6.390,44	8.461,92		7.048,08		36.010,90	2.404,00
Madrid (Comunidad de)	14.110,46	6.390,44	8.616,00		9.637,44	1.257,96	40.012,30	935,88
Murcia (Región de)	14.110,46	6.390,44			8.283,12	8.616,00	37.400,02	1.029,47
Navarra (Comunidad Foral de)							32.200,70	
País Vasco	14.110,46	6.390,48			9.716,04	9.108,10	39.325,08	
Rioja (La)	14.100,46	6.390,44	1.041,60		9.857,16		40.774,06	
Ceuta	14.110,46	6.390,44			4.498,38	8.616,00	33.615,28	4.345,32
Melilla	14.110,46	6.390,44			4.498,38	8.616,00	33.615,28	4.345,32

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Retribuciones en euros

Médico de Familia de Atención Primaria

2003	Sueldo	Destino	Específico general	Productividad Fija	TIS	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	14.392,70	6.735,68	1.029,00		5.992,68	9.110,64	37.260,70	852,00
Aragón	14.392,70	6.735,68	8.788,32	2.372,04	6.988,64		39.277,38	954,61
Asturias (Principado de)	14.392,70	6.735,26	8.788,32	5.822,36		2.254,32	37.992,96	1.516,38
Baleares (Islas)	14.392,70	6.735,54	12.246,36		6.793,75		40.168,35	744,40
Canarias	14.392,70	6.735,40	8.631,12		6.999,84		36.759,06	4.619,10
Cantabria	14.392,70	6.735,54	8.788,32			2.520,00	32.436,56	973,69
Castilla y León	14.392,70	6.735,40	8.788,32		6.949,08	1.791,00	38.656,50	2.799,00
Castilla - La Mancha	14.392,70	6.735,40	8.788,32		6.536,76	1.226,04	37.679,22	960,00
Cataluña	14.392,70	6.735,40			11.359,10	13.097,70	45.584,90	4.500,00
Comunidad Valenciana	14.392,70	6.735,40	11.958,48			1.426,92	34.513,50	
Extremadura	14.392,70	6.518,40	8.788,32		6.161,93	1.529,64	37.390,99	880,65
Galicia	14.392,70	6.735,68	8.631,12		7.333,56		37.093,06	2.404,00
Madrid (Comunidad de)	14.392,70	6.735,68	8.788,32		9.823,56	2.478,96	42.219,22	973,69
Murcia (Región de)	14.392,70	6.735,40	2.463,96		8.701,44	8.788,32	41.081,82	1.153,01
Navarra (Comunidad Foral de)							33.488,56	
País Vasco	14.392,70	6.735,68			10.061,30	9.335,80	40.525,48	
Rioja (La)	14.392,70	6.735,40	10.642,32		9.421,56	75,00	41.248,98	
Ceuta	14.392,70	6.735,40			4.588,35	10.629,36	36.345,81	4.562,59
Melilla	14.392,70	6.735,40			4.588,35	10.629,36	36.345,81	4.562,59

Retribuciones en euros

Médico de Familia de Atención Primaria

2004	Sueldo	Destino	Específico general	Productividad Fija	TIS	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	14.680,96	7.092,12	10.342,44	2.230,32	3.673,20		38.019,04	1.721,04
Aragón	14.680,82	7.092,10	8.964,12	3.787,44	7.129,80		41.654,28	973,70
Asturias (Principado de)	14.680,68	7.092,12	8.964,12	5.938,81		3.417,72	40.093,45	1.076,77
Baleares (Islas)	14.680,54	7.091,98	8.964,12	4.616,28	6.932,40	906,84	43.192,16	685,10
Canarias	14.680,96	7.092,12	8.803,80		7.179,84		37.756,72	4.711,48
Cantabria	14.680,96	7.091,12	8.964,12			3.600,00	34.336,20	1.048,64
Castilla y León	14.680,96	7.092,12	8.964,12		6.995,28	2.979,72	40.712,20	443,82
Castilla - La Mancha	14.680,68	7.092,12	8.964,12		6.874,20	2.662,56	40.273,68	1.316,74
Cataluña	14.680,96	7.092,12			11.586,39	16.178,74	49.538,21	5.000,00
Comunidad Valenciana	14.680,96	7.092,12	10.032,00		3.900,00	1.455,48	37.160,56	984,00
Extremadura	14.680,96	7.092,12	9.089,16		6.153,48	1.938,96	38.954,68	
Galicia	14.680,96	7.091,98	8.803,80	1.260,00	7.456,44		39.293,18	2.404,00
Madrid (Comunidad de)								
Murcia (Región de)	14.680,96	7.092,12	4.386,72		8.745,25	8.964,12	43.869,17	
Navarra (Comunidad Foral de)							34.426,42	
País Vasco							41.678,58	
Rioja (La)	14.680,54	7.092,12	11.754,84		6.587,49	900,00	41.014,99	
Ceuta	14.680,82	7.092,12			5.368,68	12.683,04	39.824,66	5.018,85
Melilla	14.680,82	7.092,12			5.368,68	12.683,04	39.824,66	5.018,85

Enfermero/DUE (UH) con turnicidad

Retribuciones en euros

Enfermero/DUE (UH) con turnicidad

1999	Sueldo	Destino	Específico general	Específico turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	11.303,64	4.897,97	1.956,56				18.158,18	
Aragón	11.285,08	4.889,81		760,92	15,72		16.951,53	540,91
Asturias (Principado de)	11.285,08	4.889,81		760,92	15,72		16.951,53	540,91
Baleares (Islas)	11.285,08	4.889,81		760,92	15,72		16.951,53	540,91
Canarias	11.285,08	4.889,73		761,03	15,79	4.721,72	21.673,35	1.153,73
Cantabria	11.285,08	4.889,81		760,92	15,72		16.951,53	540,91
Castilla y León	11.285,08	4.889,81		760,92	15,72		16.951,53	540,91
Castilla - La Mancha	11.285,08	4.889,81		760,92	15,72		16.951,53	540,91
Cataluña	11.164,73	4.837,62	1.299,52		1.799,68		19.101,54	
Comunidad Valenciana	11.285,12	4.889,78	1.675,44	572,76			18.423,10	
Extremadura	11.285,08	4.889,81		760,92	15,72		16.951,53	540,91
Galicia	11.285,12	4.889,78	736,44	930,96	15,72		17.858,02	
Madrid (Comunidad de)	11.285,08	4.889,81		760,92	15,72		16.951,53	540,91
Murcia (Región de)	11.285,08	4.889,81		760,92	15,72		16.951,53	540,91
Navarra (Comunidad Foral de)							21.193,06	
País Vasco	11.285,08	4.889,75	4.275,27	849,48		818,04	22.117,62	
Rioja (La)	11.285,12	4.470,66	150,12	760,92	15,72		16.682,54	656,79
Ceuta	11.285,08	4.889,81		760,92	15,72		16.951,53	540,91
Melilla	11.285,08	4.889,81		760,92	15,72		16.951,53	540,91

Retribuciones en euros

Enfermero/DUE (UH) con turnicidad

2000	Sueldo	Destino	Específico general	Específico turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	11.510,84	4.987,75	1.992,43	310,48			18.801,50	
Aragón	11.510,84	4.987,56	522,66	776,16	16,01		17.813,23	785,79
Asturias (Principado de)	11.510,84	4.987,56	522,66	776,16	16,01		17.813,23	785,79
Baleares (Islas)	11.510,84	4.987,56	522,66	776,16	16,01		17.813,23	785,79
Canarias	11.510,84	4.987,58		776,24	16,08	5.574,63	22.865,37	1.176,81
Cantabria	11.510,84	4.987,56	522,66	776,16	16,01		17.813,23	785,79
Castilla y León	11.510,84	4.987,56	522,66	776,16	16,01		17.813,23	785,79
Castilla - La Mancha	11.510,84	4.987,56	522,66	776,16	16,01		17.813,23	785,79
Cataluña	11.510,84	4.987,58	1.339,80		1.855,47		19.693,69	
Comunidad Valenciana	11.510,80	4.987,64	2.166,00	584,28			19.248,72	
Extremadura	11.510,84	4.987,56	522,66	776,16	16,01		17.813,23	785,79
Galicia	11.510,80	4.987,50	751,20	949,68	15,96		18.215,14	
Madrid (Comunidad de)	11.510,84	4.987,56	522,66	776,16	16,01		17.813,23	785,79
Murcia (Región de)	11.510,84	4.987,56	522,66	776,16	16,01		17.813,23	785,79
Navarra (Comunidad Foral de)							21.934,92	
País Vasco	11.510,84	4.987,56	4.503,86	872,40		840,09	22.714,75	
Rioja (La)	11.510,80	4.560,13	153,24	776,16	15,96		17.016,29	696,61
Ceuta	11.510,84	4.987,56	522,66	776,16	16,01		17.813,23	785,79
Melilla	11.510,84	4.987,56	522,66	776,16	16,01		17.813,23	785,79

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Retribuciones en euros

Enfermero/DUE (UH) con turnicidad

2001	Sueldo	Destino	Específico general	Específico turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	11.741,10	5.087,32	2.032,32	791,64			19.652,38	
Aragón	11.741,13	5.087,38	979,12	791,64	155,71		18.754,98	815,93
Asturias (Principado de)	11.741,13	5.087,38	979,12	791,64	155,71		18.754,98	815,93
Baleares (Islas)	11.741,13	5.087,38	979,12	791,64	155,71		18.754,98	815,93
Canarias	11.741,13	5.087,38		791,82	16,44	5.686,13	23.322,90	1.200,39
Cantabria	11.741,13	5.087,38	979,12	791,64	16,33		18.615,60	815,93
Castilla y León	11.741,13	5.087,38	979,12	791,64	155,71		18.754,98	815,93
Castilla - La Mancha	11.741,13	5.087,38	979,12	791,64	155,71		18.754,98	815,93
Cataluña	11.741,13	5.087,38	1.366,63		1.892,61		20.087,75	
Comunidad Valenciana	11.741,10	5.087,32	2.301,12	595,92			19.725,46	
Extremadura	11.741,13	5.087,38	979,12	791,64	155,71		18.754,98	815,93
Galicia	11.741,10	5.087,32	766,20	968,64	16,32	793,32	19.372,90	
Madrid (Comunidad de)	11.741,13	5.087,38	979,12	791,64	155,71		18.754,98	815,93
Murcia (Región de)	11.741,13	5.087,38	979,12	791,64	155,71		18.754,98	815,93
Navarra (Comunidad Foral de)							22.834,14	
País Vasco	11.741,13	5.087,38	5.013,84	907,32		873,69	23.623,36	
Rioja (La)	11.741,10	4.651,26	533,16	791,64	16,32	11,62	17.745,10	697,35
Ceuta	11.741,13	5.087,38	979,12	791,64	155,71		18.754,98	815,93
Melilla	11.741,13	5.087,38	979,12	791,64	155,71		18.754,98	815,93

Retribuciones en euros

Enfermero/DUE (UH) con turnicidad

2002	Sueldo	Destino	Específico general	Específico turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	11.976,02	5.189,10	2.271,36	807,48			20.243,96	
Aragón	11.976,02	5.189,10	1.596,00	807,48	706,92		20.275,52	666,98
Asturias (Principado de)	11.976,02	5.189,10	2.403,48		16,68	675,00	20.260,28	524,18
Baleares (Islas)	11.976,02	5.189,10	1.596,00	807,48	16,68	627,96	20.213,24	467,97
Canarias	11.976,02	5.189,10		807,72	16,80	5.799,84	23.789,48	1.645,07
Cantabria	11.976,02	5.189,10	1.596,00	807,48	16,68	810,00	20.395,28	784,69
Castilla y León	11.976,02	5.189,10	1.596,00	807,48	16,68	324,54	19.909,82	846,00
Castilla - La Mancha	11.976,02	5.189,10	1.596,00	807,48	16,68	1.201,92	20.787,20	169,31
Cataluña	11.976,02	5.189,10	1.413,24		2.228,40		20.806,76	
Comunidad Valenciana	11.976,02	5.189,10	3.080,16	607,80			20.853,08	
Extremadura	11.976,02	5.189,10	1.596,00	807,48	13,39	913,56	20.495,55	637,38
Galicia	11.976,02	5.189,10	2.754,72	576,24		721,20	21.217,28	
Madrid (Comunidad de)	11.976,02	5.189,10	1.596,00	3.076,34	16,68	918,00	22.772,14	580,26
Murcia (Región de)	11.976,02	5.189,10	1.596,00	807,48	16,68		19.585,28	846,23
Navarra (Comunidad Foral de)							23.450,98	
País Vasco	11.976,02	5.189,16	5.332,44	934,56		899,90	24.332,08	
Rioja (La)	11.976,02	4.744,32	1.596,00	807,48	16,68		19.140,50	712,96
Ceuta	11.976,02	5.189,10	1.596,00	807,48	16,68		19.585,28	776,99
Melilla	11.976,02	5.189,10	1.596,00	807,48	16,68		19.585,28	776,99

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Retribuciones en euros

Enfermero/DUE (UH) con turnicidad

2003	Sueldo	Destino	Específico general	Específico turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	12.215,56	5.469,38	3.047,16	823,68			21.555,78	455,00
Aragón	12.215,56	5.469,38	1.743,00	823,68	1.425,12		21.676,74	680,32
Asturias (Principado de)	12.215,56	5.469,10	2.451,60		17,04	1.714,50	21.867,80	542,53
Baleares (Islas)	12.215,56	5.469,38	1.627,92	823,68	17,04	3.638,28	23.791,86	485,10
Canarias	12.215,56	5.469,24		823,92	17,16	5.915,88	24.441,76	2.090,26
Cantabria	12.215,56	5.469,24	1.627,92	823,68	17,04	1.890,00	22.043,44	872,54
Castilla y León	12.215,56	5.469,24	1.627,92	823,68	17,04	1.298,16	21.451,60	846,00
Castilla - La Mancha	12.215,56	5.469,24	1.627,92	823,68	17,04	1.827,12	21.980,56	690,80
Cataluña	12.215,56	5.469,24	4.948,56			1.100,04	23.733,40	
Comunidad Valenciana	12.215,56	5.469,24	3.516,24	670,92			21.871,96	
Extremadura	12.215,56	5.292,96	1.627,92	823,68	17,04	1.845,36	21.822,52	637,64
Galicia	12.215,56	5.469,28	2.809,80	587,76			21.082,40	
Madrid (Comunidad de)	12.215,56	5.469,38	1.627,92	3.137,87	17,04	1.809,00	24.276,77	816,39
Murcia (Región de)	12.215,56	5.469,24	3.400,08	823,68	17,04		21.925,60	1.000,00
Navarra (Comunidad Foral de)							25.913,30	
País Vasco	12.215,56	5.469,40	5.551,54	957,96		929,46	25.123,92	
Rioja (La)	12.215,56	5.000,45	3.004,92	823,68	17,04	56,25	21.117,90	715,03
Ceuta	12.215,56	5.469,24	3.112,44	823,68	17,04		21.637,96	823,92
Melilla	12.215,56	5.469,24	3.112,44	823,68	17,04		21.637,96	823,92

Retribuciones en euros

Enfermero/DUE (UH) con turnicidad

2004	Sueldo	Destino	Específico general	Específico turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	12.460,00	5.758,90	3.473,28	840,12			22.532,30	919,10
Aragón	12.460,00	5.758,85	1.899,84	840,12	2.193,48		23.152,29	816,38
Asturias (Principado de)	12.460,00	5.758,90	1.660,44	840,12	17,40	2.599,29	23.336,15	700,46
Baleares (Islas)	12.459,86	5.758,76	1.660,44	840,12	5.363,04	653,40	26.735,62	442,64
Canarias	12.460,00	5.758,90		840,36	17,52	6.034,20	25.110,98	2.343,60
Cantabria	12.460,00	5.758,90	1.660,56	840,24	17,40	2.700,00	23.437,10	890,00
Castilla y León	12.460,00	5.758,90	1.660,56	840,24	17,40	2.202,84	22.939,94	321,22
Castilla - La Mancha	12.460,00	5.758,90	1.660,44	840,12	17,40	2.464,80	23.201,66	807,92
Cataluña	12.460,00	5.758,90	5.953,32			1.836,12	26.008,34	
Comunidad Valenciana	12.460,00	5.758,90	4.708,56	735,24			23.662,70	517,00
Extremadura	12.460,00	5.758,90	1.785,48	403,80	17,40	2.339,04	22.764,62	
Galicia	12.460,00	5.758,74	2.865,96	599,52	620,04		22.304,26	
Madrid (Comunidad de)								
Murcia (Región de)	12.460,00	5.758,90	3.468,00	891,24	1.259,28		23.837,42	137,70
Navarra (Comunidad Foral de)							26.638,92	
País Vasco							25.888,39	
Rioja (La)	12.460,00	5.758,84	5.268,64		17,35		23.504,83	581,55
Ceuta	12.460,00	5.758,90		840,12	17,40	4.659,24	23.735,66	892,10
Melilla	12.460,00	5.758,90		840,12	17,40	4.659,24	23.735,66	892,10

Enfermero/DUE (UH) de Atención Primaria

Retribuciones en euros

Enfermero/DUE (UH) de Atención Primaria								
1999	Sueldo	Destino	Específico general	Productividad Fija	TIS	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	11.303,64	4.897,97	1.956,56				18.158,18	300,00
Aragón	11.285,08	4.889,81			2.296,92		18.471,81	2.115,56
Asturias (Principado de)	11.285,08	4.889,81			2.296,92		18.471,81	2.115,56
Baleares (Islas)	11.285,08	4.889,81			2.296,92		18.471,81	262,45
Canarias	11.285,08	4.889,73			3.072,37	487,18	19.734,36	1.153,73
Cantabria	11.285,08	4.889,81			2.296,92		18.471,81	2.115,56
Castilla y León	11.285,08	4.889,81			2.296,92		18.471,81	2.115,56
Castilla - La Mancha	11.285,08	4.889,81			2.296,92		18.471,81	2.115,56
Cataluña	11.164,73	4.837,61	954,51	1.813,32			18.770,17	
Comunidad Valenciana	11.285,12	4.889,78	1.064,04			1.595,04	18.833,98	
Extremadura	11.285,08	4.889,81			2.296,92		18.471,81	2.115,56
Galicia	11.285,12	4.889,78			4.764,96		20.939,86	360,00
Madrid (Comunidad de)	11.285,08	4.889,81			2.296,92		18.471,81	2.115,56
Murcia (Región de)	11.285,08	4.889,81			3.953,04		20.127,93	2.115,56
Navarra (Comunidad Foral de)							20.199,62	
País Vasco	11.285,08	4.889,75	4.275,27				20.450,10	
Rioja (La)	11.285,08	4.889,81		3.688,87			19.863,76	
Ceuta	11.285,08	4.889,81			2.296,92		18.471,81	2.115,56
Melilla	11.285,08	4.889,81			2.296,92		18.471,81	2.115,56

Retribuciones en euros

Enfermero/DUE (UH) de Atención Primaria								
2000	Sueldo	Destino	Específico general	Productividad Fija	TIS	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	11.510,84	4.987,75	1.992,43				18.491,01	300,00
Aragón	11.510,84	4.987,56			2.342,86		18.841,26	2.252,25
Asturias (Principado de)	11.510,84	4.987,56			2.342,86		18.841,26	2.252,25
Baleares (Islas)	11.510,84	4.987,56			2.342,86		18.841,26	265,30
Canarias	11.510,84	4.987,58			3.137,28	730,81	20.366,51	1.176,81
Cantabria	11.510,84	4.987,56			2.342,86		18.841,26	2.252,25
Castilla y León	11.510,84	4.987,56			2.342,86		18.841,26	2.252,25
Castilla - La Mancha	11.510,84	4.987,56			2.342,86		18.841,26	2.252,25
Cataluña	11.510,84	4.987,58	984,10	1.869,53			19.352,05	
Comunidad Valenciana	11.510,80	4.987,64	1.716,60			1.626,96	19.842,00	
Extremadura	11.510,84	4.987,56			2.342,86		18.841,26	2.252,25
Galicia	11.510,80	4.987,50			4.862,16		21.360,46	360,00
Madrid (Comunidad de)	11.510,84	4.987,56			2.342,86		18.841,26	2.252,25
Murcia (Región de)	11.510,84	4.987,56			4.063,72		20.562,12	2.205,71
Navarra (Comunidad Foral de)							20.906,76	
País Vasco	11.510,84	4.987,56	4.503,86				21.002,26	
Rioja (La)	11.510,80	4.987,64		3.806,28			20.304,72	
Ceuta	11.510,84	4.987,56			2.342,86		18.841,26	2.252,25
Melilla	11.510,84	4.987,56			2.342,86		18.841,26	2.252,25

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Retribuciones en euros

Enfermero/DUE (UH) de Atención Primaria

2001	Sueldo	Destino	Específico general	Productividad Fija	TIS	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	11.741,10	5.087,32	2.032,32		600,00		19.460,74	300,00
Aragón	11.741,13	5.087,38		139,41	2.389,72		19.357,64	2.205,71
Asturias (Principado de)	11.741,13	5.087,38		139,41	2.389,72		19.357,64	2.205,71
Baleares (Islas)	11.741,13	5.087,38		139,41	2.389,72		19.357,64	386,06
Canarias	11.741,13	5.087,38			3.202,19	745,45	20.776,15	1.200,39
Cantabria	11.741,13	5.087,38		16,33	2.389,72		19.234,56	2.205,71
Castilla y León	11.741,13	5.087,38		139,41	2.389,72		19.357,64	2.205,71
Castilla - La Mancha	11.741,13	5.087,38		139,41	2.389,72		19.357,64	2.205,71
Cataluña	11.741,13	5.087,38	1.003,79	1.906,89			19.739,19	
Comunidad Valenciana	11.741,10	5.087,32	2.171,76			1.659,48	20.659,66	
Extremadura	11.741,13	5.087,38		139,41	2.389,72		19.357,64	2.205,71
Galicia	11.741,10	5.087,32			4.961,40		21.789,82	360,00
Madrid (Comunidad de)	11.741,13	5.087,38		139,41	2.389,72		19.357,64	2.205,71
Murcia (Región de)	11.741,13	5.087,38			4.185,63		21.014,14	580,24
Navarra (Comunidad Foral de)							21.763,84	
País Vasco	11.741,13	5.087,38	5.013,84				21.842,35	
Rioja (La)	11.741,10	5.057,32		3.998,77	139,44		20.966,63	
Ceuta	11.741,13	5.087,38		139,41	2.389,72		19.357,64	2.205,71
Melilla	11.741,13	5.087,38		139,41	2.389,72		19.357,64	2.205,71

Retribuciones en euros

Enfermero/DUE (UH) de Atención Primaria

2002	Sueldo	Destino	Específico general	Productividad Fija	TIS	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	11.976,02	5.189,10	2.271,36		612,00		20.048,48	300,00
Aragón	11.976,02	5.189,10	142,20	690,24	2.873,60		20.871,16	580,25
Asturias (Principado de)	11.976,02	5.189,10	142,20	2.437,51		675,00	20.419,83	447,53
Baleares (Islas)	11.976,02	5.189,10	142,20		4.481,67	627,96	22.416,95	506,10
Canarias	11.976,02	5.189,10			3.420,00	760,32	21.345,44	1.645,07
Cantabria	11.976,02	5.189,10	142,20	16,68		810,00	18.134,00	784,69
Castilla y León	11.976,02	5.189,10	142,20		3.255,21	324,54	20.887,07	661,50
Castilla - La Mancha	11.976,02	5.189,10	142,20		3.140,52	1.021,68	21.469,52	651,04
Cataluña	11.976,02	5.189,10	1.037,88	2.243,28			20.446,28	
Comunidad Valenciana	11.976,02	5.189,10	2.948,16			1.692,72	21.806,00	
Extremadura	11.976,02	5.189,10	142,20		2.461,39	528,84	20.297,55	591,85
Galicia	11.976,02	5.189,10			5.130,00		22.295,12	360,00
Madrid (Comunidad de)	11.976,02	5.189,10	142,20	1.913,40	4.855,80	918,00	24.994,52	580,26
Murcia (Región de)	11.976,02	5.189,10	142,20		4.348,80		21.656,12	638,27
Navarra (Comunidad Foral de)							22.351,70	
País Vasco	11.976,02	5.189,16	5.332,44				22.497,62	
Rioja (La)	11.976,02	5.189,10	1.492,20	4.447,08			23.104,40	
Ceuta	11.976,02	5.189,10	142,20		1.520,57		18.827,89	2.692,53
Melilla	11.976,02	5.189,10	142,20		1.520,57		18.827,89	2.692,53

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Retribuciones en euros

Enfermero/DUE (UH) de Atención Primaria

2003	Sueldo	Destino	Específico general	Productividad Fija	TIS	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía							23.278,94	
Aragón	12.215,56	5.469,38	235,20	1.408,08	2.945,44		22.273,66	591,86
Asturias (Principado de)	12.460,00	5.758,90	147,96	2.486,26		2.599,29	23.452,41	939,53
Baleares (Islas)	12.215,56	5.469,38	145,08		3.655,94	3.638,28	25.124,24	478,63
Canarias	12.215,56	5.469,24			3.420,00	775,56	21.880,36	2.090,26
Cantabria	12.215,56	2.469,24	145,08	17,04		1.890,00	16.736,92	603,70
Castilla y León	12.215,56	5.469,24	145,08		3.320,32	1.298,16	22.448,36	728,00
Castilla - La Mancha	12.215,56	5.469,24	145,08		3.687,96	1.042,08	22.559,92	595,20
Cataluña	12.215,56	5.469,24	4.568,28			1.100,04	23.353,12	
Comunidad Valenciana	12.215,56	5.469,24	3.381,60			1.726,56	22.792,96	
Extremadura	12.215,56	5.292,96	145,08		2.490,29	1.068,36	21.212,25	546,00
Galicia	12.215,56	5.469,28			7.140,36		24.825,20	360,00
Madrid (Comunidad de)	12.215,56	5.469,38	145,08	1.951,68	4.960,92	1.809,00	26.551,62	603,70
Murcia (Región de)	12.215,56	5.469,24	1.917,12		4.489,80		24.091,72	714,86
Navarra (Comunidad Foral de)							24.770,06	
País Vasco	12.215,56	5.469,40	5.551,54				23.236,50	
Rioja (La)	12.215,56	5.469,24	1.522,08	4.218,72		675,00	24.100,60	
Ceuta	12.215,56	5.469,24	1.629,60		1.550,98		20.865,38	2.827,16
Melilla	12.215,56	5.469,24	1.629,60		1.550,98		20.865,38	2.827,16

Retribuciones en euros

Enfermero/DUE (UH) de Atención Primaria

2004	Sueldo	Destino	Específico general	Productividad Fija	TIS	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	12.460,00	5.758,90	3.473,28	2.230,32	367,20		24.289,70	919,10
Aragón	12.460,00	5.758,85	340,56	2.176,08	3.004,32		23.739,81	603,70
Asturias (Principado de)	12.460,00	5.758,90	147,96	2.535,99		2.599,29	23.502,14	667,15
Baleares (Islas)	12.459,86	5.758,76	147,96	5.345,40	4.960,08	653,40	29.325,46	351,48
Canarias	12.460,00	5.758,90			3.420,00	791,04	22.429,94	2.343,60
Cantabria	12.460,00	5.758,90	148,08	17,40		2.700,00	21.084,38	890,00
Castilla y León	12.460,00	5.758,90	148,08		3.386,76	2.202,84	23.956,58	152,02
Castilla - La Mancha	12.460,00	5.758,90	147,96		4.531,44	1.062,96	23.961,26	954,70
Cataluña	12.460,00	5.758,90	6.474,10			1.836,12	26.529,12	
Comunidad Valenciana	12.460,00	5.758,90	4.571,28			1.761,12	24.551,30	
Extremadura	12.460,00	5.758,90	273,00		3.386,72	1.354,20	23.232,82	
Galicia	12.460,00	5.758,74		200,04	7.283,28		25.702,06	360,00
Madrid (Comunidad de)							25.911,75	
Murcia (Región de)	12.460,00	5.758,90	3.197,40		4.495,45		25.911,75	
Navarra (Comunidad Foral de)							25.463,62	
País Vasco							23.950,46	
Rioja (La)	12.459,86	7.092,12	2.241,12		3.256,51	675,00	25.724,61	
Ceuta	12.460,00	5.758,90	3.146,76		1.754,09		23.119,75	3.109,88
Melilla	12.460,00	5.758,90	3.146,76		1.754,09		23.119,75	3.109,88

Técnico Especialista con Turnicidad

Retribuciones en euros

Técnico Especialista con Turnicidad								
1999	Sueldo	Destino	Específico general	Específico Turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	8.426,07	3.852,49	1.064,40				13.342,96	
Aragón	8.412,23	3.846,03		576,84	78,76		12.913,86	240,40
Asturias (Principado de)	8.412,23	3.846,03		576,84	78,76		12.913,86	240,40
Baleares (Islas)	8.412,23	3.846,03		576,84	78,76		12.913,86	240,40
Canarias	8.412,23	3.845,95		576,83	78,83	2.708,23	15.622,07	908,08
Cantabria	8.412,23	3.846,03		576,84	78,76		12.913,86	240,40
Castilla y León	8.412,23	3.846,03		576,84	78,76		12.913,86	240,40
Castilla - La Mancha	8.412,23	3.846,03		576,84	78,76		12.913,86	240,40
Cataluña	7.818,16	3.574,43	677,63		1.919,79		13.990,01	
Comunidad Valenciana	8.412,18	3.846,08	1.486,08	409,20			14.153,54	
Extremadura	8.412,23	3.846,03		576,84	78,76		12.913,86	240,40
Galicia	8.412,18	3.845,94	482,76	737,04	78,72		13.556,64	
Madrid (Comunidad de)	8.412,23	3.846,03		576,84	78,76		12.913,86	240,40
Murcia (Región de)	8.412,23	3.846,03		576,84	78,76		12.913,86	240,40
Navarra (Comunidad Foral de)							15.985,20	
País Vasco	8.412,21	3.846,01	5.039,94	637,20		691,96	18.627,32	
Rioja (La)	8.412,18	3.516,42	150,12	576,84	78,72		12.734,28	286,05
Ceuta	8.412,23	3.846,03		576,84	78,76		12.913,86	240,40
Melilla	8.412,23	3.846,03		576,84	78,76		12.913,86	240,40

Retribuciones en euros

Técnico Especialista con Turnicidad								
2000	Sueldo	Destino	Específico general	Específico Turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	8.580,52	3.923,11	1.083,91	235,33			13.822,87	
Aragón	8.580,52	3.922,97		588,36	200,57		13.292,42	402,73
Asturias (Principado de)	8.580,52	3.922,97		588,36	200,57		13.292,42	402,73
Baleares (Islas)	8.580,52	3.922,97		588,36	200,57		13.292,42	402,73
Canarias	8.580,52	3.923,02		588,37	80,42	2.762,40	15.934,73	926,26
Cantabria	8.580,52	3.922,97		588,36	200,57		13.292,42	402,73
Castilla y León	8.580,52	3.922,97		588,36	200,57		13.292,42	402,73
Castilla - La Mancha	8.580,52	3.922,97		588,36	200,57		13.292,42	402,73
Cataluña	8.060,52	3.685,24	698,64		1.979,30		14.423,70	
Comunidad Valenciana	8.580,46	3.922,94	2.065,20	417,36			14.985,96	
Extremadura	8.580,52	3.922,97		588,36	200,57		13.292,42	402,73
Galicia	8.580,46	3.922,94	492,36	751,80	80,40		13.827,96	
Madrid (Comunidad de)	8.580,52	3.922,97		588,36	200,57		13.292,42	402,73
Murcia (Región de)	8.580,52	3.922,97		588,36	200,57		13.292,42	402,73
Navarra (Comunidad Foral de)							16.544,78	
País Vasco	8.580,52	3.922,97	5.261,72	654,36		710,61	19.130,18	
Rioja (La)	8.580,46	3.586,69	153,24	588,36	80,40		12.989,15	294,56
Ceuta	8.580,52	3.922,97		588,36	200,57		13.292,42	402,73
Melilla	8.580,52	3.922,97		588,36	200,57		13.292,42	402,73

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Retribuciones en euros

Técnico Especialista con Turnicidad

2001	Sueldo	Destino	Específico general	Específico Turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	8.752,10	4.001,48	1.105,68	600,12			14.459,38	
Aragón	8.752,17	4.001,44	263,04	600,12	482,49		14.099,26	386,69
Asturias (Principado de)	8.752,17	4.001,44	263,04	600,12	482,49		14.099,26	386,69
Baleares (Islas)	8.752,17	4.001,44	263,04	600,12	482,49		14.099,26	386,69
Canarias	8.752,17	4.001,44		600,19	82,07	2.817,71	16.253,58	944,79
Cantabria	8.752,17	4.001,44	263,04	600,12	482,49		14.099,26	386,69
Castilla y León	8.752,17	4.001,44	263,04	600,12	482,49		14.099,26	386,69
Castilla - La Mancha	8.752,17	4.001,44	263,04	600,12	482,49		14.099,26	386,69
Cataluña	8.752,17	4.001,44	758,57		2.161,19		15.673,37	
Comunidad Valenciana	8.752,10	4.001,34	2.106,48	425,76			15.285,68	
Extremadura	8.752,17	4.001,44	263,04	600,12	482,49		14.099,26	386,69
Galicia	8.752,10	4.001,48	502,20	767,04	81,96	432,72	14.537,50	
Madrid (Comunidad de)	8.752,17	4.001,44	263,04	600,12	482,49		14.099,26	386,69
Murcia (Región de)	8.752,17	4.001,44	263,04	600,12	482,49		14.099,26	386,69
Navarra (Comunidad Foral de)							17.222,94	
País Vasco	8.752,17	4.001,44	5.722,21	680,52		739,03	19.895,37	
Rioja (La)	8.752,10	3.658,50	156,24	600,12	81,96	20,44	13.269,36	426,50
Ceuta	8.752,17	4.001,44	263,04	600,12	482,49		14.099,26	386,69
Melilla	8.752,17	4.001,44	263,04	600,12	482,49		14.099,26	386,69

Retribuciones en euros

Técnico Especialista con Turnicidad

2002	Sueldo	Destino	Específico general	Específico Turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	8.927,24	4.081,56	1.276,80	612,12			14.897,72	
Aragón	8.927,24	4.081,56	677,88	452,76	963,24		15.102,68	427,29
Asturias (Principado de)	8.927,24	4.081,56	1.130,64		292,08	605,00	15.036,52	335,80
Baleares (Islas)	8.927,24	4.081,56	677,88	452,76	292,08	506,16	14.937,68	286,60
Canarias	8.927,24	4.081,56		612,24	83,76	2.874,12	16.578,92	1.324,21
Cantabria	8.927,24	4.081,56	677,88	452,76	292,08	510,00	14.941,52	502,69
Castilla y León	8.927,24	4.081,56	677,88	452,76	292,08	249,42	14.680,94	542,00
Castilla - La Mancha	8.927,24	4.081,56	677,88	452,76	292,08	931,56	15.363,08	108,49
Cataluña	8.927,24	4.081,56	784,32		2.545,32		16.338,44	
Comunidad Valenciana	8.927,24	4.081,56	2.698,08	434,28			16.141,16	
Extremadura	8.927,24	4.081,56	677,88	452,76	292,08	764,52	15.196,04	397,93
Galicia	8.927,24	4.081,56	1.808,04			432,72	15.249,56	
Madrid (Comunidad de)	8.927,24	4.081,56	677,88	2.264,38	292,08	900,96	17.144,10	263,58
Murcia (Región de)	8.927,24	4.081,56	677,88	452,76	292,08		14.431,52	542,11
Navarra (Comunidad Foral de)							17.688,16	
País Vasco	8.927,24	4.081,56	6.021,29	700,92		761,20	20.492,21	
Rioja (La)	8.927,24	3.731,71	677,88	452,76	292,08		14.081,67	456,74
Ceuta	8.927,24	4.081,56	677,88	452,76	292,08		14.431,52	454,85
Melilla	8.927,24	4.081,56	677,88	452,76	292,08		14.431,52	454,85

Retribuciones en euros

Técnico Especialista con Turnicidad

2003	Sueldo	Destino	Específico general	Específico Turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía							16.358,74	
Aragón	9.105,88	4.302,06	763,20	461,76	1.667,16		16.300,06	435,83
Asturias (Principado de)	9.105,74	4.301,78	1.153,20		297,96	1.536,72	16.395,40	347,28
Baleares (Islas)	9.105,74	4.301,92	691,44	461,76	297,96	3.912,84	18.771,66	304,28
Canarias	9.105,88	4.301,92		624,48	85,44	2.931,60	17.049,32	1.644,03
Cantabria	9.105,88	4.301,92	691,44	461,88	397,96	1.190,04	16.149,12	650,42
Castilla y León	9.105,88	4.301,92	691,44	461,88	297,96	997,68	15.856,76	542,00
Castilla - La Mancha	9.105,74	4.301,92	691,44	461,76	85,32	1.416,00	16.062,18	442,64
Cataluña	9.105,88	4.301,92	4.260,02				17.667,82	
Comunidad Valenciana	9.105,74	4.301,92	3.033,12	447,72			16.888,50	
Extremadura	9.105,88	4.163,28	691,44	538,72	297,96	1.544,28	16.341,56	429,40
Galicia	9.105,88	4.301,96	1.844,16				15.252,00	
Madrid (Comunidad de)	9.105,74	4.820,90	1.291,44	2.309,67	519,00	1.775,52	19.822,27	300,17
Murcia (Región de)	9.105,88	4.301,92	2.061,12	461,76	297,96		16.228,64	685,00
Navarra (Comunidad Foral de)							19.642,70	
País Vasco	9.105,88	4.302,06	6.236,69	718,44		785,79	21.148,86	
Rioja (La)	9.105,88	3.933,18	1.757,40	461,76	297,96	43,54	15.599,72	459,07
Ceuta	9.105,88	4.301,92	1.919,16	461,76	297,96		16.086,68	308,99
Melilla	9.105,88	4.301,92	1.919,16	461,76	297,96		16.086,68	308,99

Retribuciones en euros

Técnico Especialista con Turnicidad

2004	Sueldo	Destino	Específico general	Específico Turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	9.288,02	4.529,70	2.866,08	636,84			17.320,64	424,20
Aragón	9.288,02	4.529,66	863,40	471,00	2.049,72		17.201,80	523,00
Asturias (Principado de)	9.288,02	4.529,70	705,24	471,00	303,96	2.329,86	17.627,78	448,73
Baleares (Islas)	9.288,02	4.529,70	705,24	471,00	5.502,96	526,56	21.023,48	280,92
Canarias	9.288,02	4.529,70		636,96	87,12	2.990,28	17.532,08	1.801,95
Cantabria	9.288,02	4.529,70	705,36	471,12	303,96	2.300,00	17.598,16	663,43
Castilla y León	9.288,02	4.529,70	705,36	471,12	303,96	1.820,16	17.118,32	
Castilla - La Mancha	9.288,02	4.529,70	705,24	471,00	303,96	1.910,16	17.208,08	501,89
Cataluña	9.288,02	4.529,70	4.429,92				18.247,64	
Comunidad Valenciana	9.288,02	4.529,70	3.935,28	461,40			18.214,40	326,00
Extremadura	9.288,02	4.529,70	830,28		303,84	1.957,44	16.909,28	
Galicia	9.288,02	4.529,58	1.881,00		480,00		16.178,60	
Madrid (Comunidad de)							20.192,90	
Murcia (Región de)	9.288,02	4.529,70	2.102,28	500,76	1.279,80		17.700,56	
Navarra (Comunidad Foral de)							21.782,10	
País Vasco							21.782,10	
Rioja (La)	9.288,02	4.529,66	3.319,00		303,37		17.440,05	372,56
Ceuta	9.288,02	4.529,70		471,00	303,96	3.185,28	17.777,96	334,56
Melilla	9.288,02	4.529,70		471,00	303,96	3.185,28	17.777,96	334,56

Auxiliar de Enfermería (UH) con Turnicidad

Retribuciones en euros

Auxiliar de Enfermería (UH) con Turnicidad

1999	Sueldo	Destino	Específico general	Específico Turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	6.889,78	3.387,80	1.538,28				11.815,86	
Aragón	6.878,50	3.382,16		450,00	443,26		11.153,92	228,38
Asturias (Principado de)	6.878,50	3.382,16		450,00	443,26		11.153,92	228,38
Baleares (Islas)	6.878,50	3.382,16		450,00	443,26		11.153,92	228,38
Canarias	6.878,50	3.382,24		450,04	443,33	1.016,19	12.170,30	566,30
Cantabria	6.878,50	3.382,16		450,00	443,26		11.153,92	228,38
Castilla y León	6.878,50	3.382,16		450,00	443,26		11.153,92	228,38
Castilla - La Mancha	6.878,50	3.382,16		450,00	443,26		11.153,92	228,38
Cataluña	6.805,11	3.346,16	594,74		1.786,60		12.532,61	
Comunidad Valenciana	6.878,48	3.382,26	1.704,48	245,52			12.210,74	
Extremadura	6.878,50	3.382,16		450,00	443,26		11.153,92	228,38
Galicia	6.878,48	3.382,26	474,60	620,64	443,28		11.799,26	
Madrid (Comunidad de)	6.878,50	3.382,16		450,00	443,26		11.153,92	228,38
Murcia (Región de)	6.878,50	3.382,16		450,00	443,26		11.153,92	228,38
Navarra (Comunidad Foral de)							13.616,96	
País Vasco	6.878,50	3.382,09	5.874,35	509,76		645,35	17.290,05	
Rioja (La)	6.878,48	3.092,22	150,12	450,00	443,28		11.014,10	257,74
Ceuta	6.878,50	3.382,16		450,00	443,26		11.153,92	228,38
Melilla	6.878,50	3.382,16		450,00	443,26		11.153,92	228,38

Retribuciones en euros

Auxiliar de Enfermería (UH) con Turnicidad

2000	Sueldo	Destino	Específico general	Específico Turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	7.016,07	3.449,89	1.566,48	183,62			12.216,06	
Aragón	7.016,07	3.449,93		459,00	554,33		11.479,33	363,91
Asturias (Principado de)	7.016,07	3.449,93		459,00	554,33		11.479,33	363,91
Baleares (Islas)	7.016,07	3.449,93		459,00	554,33		11.479,33	363,91
Canarias	7.016,07	3.449,98		459,05	452,20	1.036,53	12.413,83	577,62
Cantabria	7.016,07	3.449,93		459,00	554,33		11.479,33	363,91
Castilla y León	7.016,07	3.449,93		459,00	554,33		11.479,33	363,91
Castilla - La Mancha	7.016,07	3.449,93		459,00	554,33		11.479,33	363,91
Cataluña	7.016,07	3.449,89	613,18		1.841,98		12.921,12	
Comunidad Valenciana	7.016,10	3.686,62	1.870,80	250,44			12.823,96	
Extremadura	7.016,07	3.449,93		459,00	554,33		11.479,33	363,91
Galicia	7.016,10	3.449,88	484,08	633,12	452,16		12.035,34	
Madrid (Comunidad de)	7.016,07	3.449,93		459,00	554,33		11.479,33	363,91
Murcia (Región de)	7.016,07	3.449,93		459,00	554,33		11.479,33	363,91
Navarra (Comunidad Foral de)							14.093,66	
País Vasco	7.016,07	3.449,93	6.104,58	523,56		662,83	17.756,97	
Rioja (La)	7.016,10	3.154,18	153,24	459,00	452,16		11.234,68	271,24
Ceuta	7.016,07	3.449,93		459,00	554,33		11.479,33	363,91
Melilla	7.016,07	3.449,93		459,00	554,33		11.479,33	363,91

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Retribuciones en euros

Auxiliar de Enfermería (UH) con Turnicidad

2001	Sueldo	Destino	Específico general	Específico Turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	7.156,38	3.519,04	1.597,80	468,12			12.741,34	
Aragón	7.156,42	3.518,97	228,36	468,12	679,10		12.050,97	333,20
Asturias (Principado de)	7.156,42	3.518,97	228,36	468,12	679,10		12.050,97	333,20
Baleares (Islas)	7.156,42	3.518,97	228,36	468,12	679,10		12.050,97	333,20
Canarias	7.156,42	3.518,97		468,28	461,29	1.057,30	12.662,26	589,23
Cantabria	7.156,42	3.518,97	228,36	468,12	679,10		12.050,97	333,20
Castilla y León	7.156,42	3.518,97	228,36	468,12	679,10		12.050,97	333,20
Castilla - La Mancha	7.156,42	3.518,97	228,36	468,12	679,10		12.050,97	333,20
Cataluña	7.156,42	3.518,98	625,44		1.878,84		13.179,68	
Comunidad Valenciana	7.156,38	3.760,40	1.908,24	255,36			13.080,38	
Extremadura	7.156,42	3.518,97	228,36	468,12	679,10		12.050,97	333,20
Galicia	7.156,38	3.518,90	493,80	645,72	461,16	360,60	12.636,56	
Madrid (Comunidad de)	7.156,42	3.518,97	228,36	468,12	679,10		12.050,97	333,20
Murcia (Región de)	7.156,42	3.518,97	228,36	468,12	679,10		12.050,97	333,20
Navarra (Comunidad Foral de)							14.671,44	
País Vasco	7.153,71	3.518,95	6.560,74	544,44		689,34	18.467,18	
Rioja (La)	7.156,38	3.217,41	156,24	468,12	461,16	18,16	11.477,47	351,39
Ceuta	7.156,42	3.518,97	228,36	468,12	679,10		12.050,97	333,20
Melilla	7.156,42	3.518,97	228,36	468,12	679,10		12.050,97	333,20

Retribuciones en euros

Auxiliar de Enfermería (UH) con Turnicidad

2002	Sueldo	Destino	Específico general	Específico Turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	7.299,60	3.589,46	1.750,68	477,48			13.117,22	
Aragón	7.299,60	3.589,46	614,52	318,12	943,32		12.765,02	328,28
Asturias (Principado de)	7.299,60	3.589,46	932,64		593,04	555,00	12.969,74	258,01
Baleares (Islas)	7.299,60	3.589,46	614,52	318,12	593,04	323,40	12.738,14	235,37
Canarias	7.299,60	3.589,46		477,60	470,52	1.078,44	12.915,62	931,52
Cantabria	7.299,60	3.589,46	614,52	318,12	593,04	570,00	12.984,74	386,21
Castilla y León	7.299,60	3.589,46	614,52	318,12	593,04	217,86	12.632,60	416,00
Castilla - La Mancha	7.299,60	3.589,46	614,52	318,12	593,04	811,32	13.226,06	83,26
Cataluña	7.299,60	3.589,46	646,68		2.110,08		13.645,82	
Comunidad Valenciana	7.299,60	3.835,86	2.446,44	260,52			13.842,42	
Extremadura	7.299,60	3.589,46	614,52	318,12	593,04	721,20	13.135,94	300,74
Galicia	7.299,60	3.589,32	1.956,60	411,72		360,60	13.617,84	
Madrid (Comunidad de)	7.299,60	3.589,46	614,52	1.916,59	593,04	884,04	14.897,25	264,06
Murcia (Región de)	7.299,60	3.589,46	614,52	318,12	593,04		12.414,74	416,50
Navarra (Comunidad Foral de)							15.067,78	
País Vasco	7.299,60	3.589,44	6.861,37	560,66		710,02	19.021,19	
Rioja (La)	7.299,60	3.281,79	614,52	318,48	593,04		12.107,43	350,91
Ceuta	7.299,60	3.589,46	614,52	318,12	593,04		12.414,74	357,18
Melilla	7.299,60	3.589,46	614,52	318,12	593,04		12.414,74	357,18

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Retribuciones en euros

Auxiliar de Enfermería (UH) con Turnicidad

2003	Sueldo	Destino	Específico general	Específico Turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	7.445,62	3.783,36	2.702,04	487,08			14.418,10	123,00
Aragón	7.445,62	3.783,36	688,80	324,48	1.703,04		13.945,30	334,84
Asturias (Principado de)	7.445,62	3.783,22	951,24		604,92	1.409,70	14.194,70	267,02
Baleares (Islas)	7.445,62	3.783,36	626,76	324,48	604,92	3.225,00	16.010,14	242,25
Canarias	7.445,62	3.783,22		487,20	479,88	1.100,04	13.295,96	1.093,77
Cantabria	7.445,62	3.783,36	626,88	324,60	604,92	1.330,08	14.115,46	531,83
Castilla y León	7.445,62	3.783,22	626,76	324,60	604,92	871,44	13.656,56	416,00
Castilla - La Mancha	7.445,62	4.301,92	650,16	324,48	288,00	1.233,24	14.243,42	345,61
Cataluña	7.445,62	3.783,22	3.632,50				14.861,34	
Comunidad Valenciana	7.445,62	4.042,92	2.750,40	280,44			14.519,38	
Extremadura	7.445,62	3.661,32	626,76	324,48	604,92	1.456,80	14.119,90	296,00
Galicia	7.445,62	3.783,34	1.995,72	420,00			13.644,68	
Madrid (Comunidad de)	7.445,62	3.783,22	626,76	1.954,92	604,92	1.742,04	16.157,48	268,85
Murcia (Región de)	7.445,62	3.783,22	1.834,08	324,48	604,92		13.992,32	630,00
Navarra (Comunidad Foral de)							16.732,80	
País Vasco	7.445,62	3.783,38	7.087,23	574,80		732,65	19.623,68	
Rioja (La)	7.445,62	3.458,94	1.600,92	324,48	604,92	39,79	13.474,67	351,93
Ceuta	7.445,62	3.783,22	1.723,44	324,48	604,92		13.881,68	276,75
Melilla	7.445,62	3.783,22	1.723,44	324,48	604,92		13.881,68	276,75

Retribuciones en euros

Auxiliar de Enfermería (UH) con Turnicidad

2004	Sueldo	Destino	Específico general	Específico Turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	7.594,58	3.983,56	3.136,68	496,80			15.211,62	247,46
Aragón	7.594,58	3.983,62	772,44	330,96	2.017,20		14.698,80	401,83
Asturias (Principado de)	7.594,58	3.983,56	639,24	330,96	617,04	2.137,17	15.302,55	344,76
Baleares (Islas)	7.594,58	3.983,56	639,36	330,96	4.558,32	336,48	17.443,26	220,37
Canarias	7.594,58	3.983,56		496,92	489,48	1.122,00	13.686,54	1.274,29
Cantabria	7.594,58	3.983,70	639,48	331,20	617,04	1.900,00	15.066,00	542,47
Castilla y León	7.594,58	3.983,70	639,36	331,20	617,04	1.529,40	14.695,28	
Castilla - La Mancha	7.594,58	3.983,56	639,24	330,96	617,04	1.663,68	14.829,06	413,75
Cataluña	7.594,58	3.983,70	4.311,36				15.889,64	
Comunidad Valenciana	7.594,58	4.256,98	3.570,36	250,44			15.672,36	239,00
Extremadura	7.594,58	3.996,30	764,40		617,04	1.846,56	14.818,88	
Galicia	7.594,58	3.983,62	2.035,68	428,40	440,04		14.482,32	
Madrid (Comunidad de)							15.317,70	
Murcia (Región de)	7.594,58	3.983,56	1.870,80	365,28	1.503,48		15.317,70	
Navarra (Comunidad Foral de)							17.201,24	
País Vasco							20.204,00	
Rioja (La)	7.594,58	3.983,62	2.928,45		617,00		15.123,65	286,23
Ceuta	7.594,58	3.983,56		330,96	617,04	2.854,56	15.380,70	299,65
Melilla	7.594,58	3.983,56		330,96	617,04	2.854,56	15.380,70	299,65

Técnico Función Administrativa

Retribuciones en euros

Técnico Función Administrativa

1999	Sueldo	Destino	Específico	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	13.318,34	6.031,70	3.065,80	3.020,75		25.436,59	
Aragón	13.296,49	5.644,14	3.189,48			22.130,11	1.021,72
Asturias (Principado de)	13.296,49	5.644,14	3.189,48			22.130,11	1.021,72
Baleares (Islas)	13.296,49	5.644,14	3.189,48			22.130,11	1.021,72
Canarias	13.296,49	5.644,31	3.189,50		2.798,82	24.929,12	1.602,03
Cantabria	13.296,49	5.644,14	3.189,48			22.130,11	1.021,72
Castilla y León	13.296,49	5.644,14	3.189,48			22.130,11	1.021,72
Castilla - La Mancha	13.296,49	5.644,14	3.189,48			22.130,11	1.021,72
Cataluña	13.154,67	5.210,50	3.189,44	671,20		22.225,81	
Comunidad Valenciana	13.296,50	5.644,38	3.864,24			22.805,12	
Extremadura	13.296,49	5.644,14	3.189,48			22.130,11	1.021,72
Galicia	13.296,50	5.266,66	3.925,92			22.489,08	901,52
Madrid (Comunidad de)	13.296,49	5.644,14	3.189,48			22.130,11	1.021,72
Murcia (Región de)	13.296,49	5.644,14	3.189,48			22.130,11	1.021,72
Navarra (Comunidad Foral de)						27.494,88	
País Vasco	13.296,49	5.644,27	6.574,96			25.515,72	
Rioja (La)	13.296,50	5.160,32	3.189,48			21.646,30	1.171,32
Ceuta	13.296,49	5.644,14	3.189,48			22.130,11	1.021,72
Melilla	13.296,49	5.644,14	3.189,48			22.130,11	1.021,72

Retribuciones en euros

Técnico Función Administrativa

2000	Sueldo	Destino	Específico	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	13.562,46	6.142,26	3.121,99	3.076,12		25.902,84	
Aragón	13.562,46	5.757,31	3.253,20			22.572,97	1.290,13
Asturias (Principado de)	13.562,46	5.757,31	3.253,20			22.572,97	1.290,13
Baleares (Islas)	13.562,46	5.757,31	3.253,20			22.572,97	1.290,13
Canarias	13.562,46	5.757,31	3.253,25		2.854,78	25.427,80	1.634,06
Cantabria	13.562,46	5.757,31	3.253,20			22.572,97	1.290,13
Castilla y León	13.562,46	5.757,31	3.253,20			22.572,97	1.290,13
Castilla - La Mancha	13.562,46	5.757,31	3.253,20			22.572,97	1.290,13
Cataluña	13.562,46	5.372,03	3.288,31	692,01		22.914,81	
Comunidad Valenciana	13.562,50	5.757,36	5.251,20			24.571,06	
Extremadura	13.562,46	5.757,31	3.253,20			22.572,97	1.290,13
Galicia	13.562,50	5.372,08	4.004,40			22.938,98	901,52
Madrid (Comunidad de)	13.562,46	5.757,31	3.253,20			22.572,97	1.290,13
Murcia (Región de)	13.562,46	5.757,31	3.253,20			22.572,97	1.290,13
Navarra (Comunidad Foral de)						28.457,38	
País Vasco	13.562,46	5.757,31	6.884,87			26.204,64	
Rioja (La)	13.562,50	5.263,87	3.253,20			22.079,57	1.192,42
Ceuta	13.562,46	5.757,31	3.253,20			22.572,97	1.290,13
Melilla	13.562,46	5.757,31	3.253,20			22.572,97	1.290,13

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Retribuciones en euros

Técnico Función Administrativa

2001	Sueldo	Destino	Específico	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	13.833,68	6.265,14	3.184,44	3.137,64		26.420,90	
Aragón	13.833,74	5.872,50	4.039,52	151,17		23.896,93	1.645,57
Asturias (Principado de)	13.833,74	5.872,50	4.039,52	151,17		23.896,93	1.645,57
Baleares (Islas)	13.833,74	5.872,50	4.039,52	151,17		23.896,93	1.645,57
Canarias	13.833,74	5.872,50	3.318,38		2.911,90	25.936,52	1.666,80
Cantabria	13.833,74	5.872,50	4.039,52	151,17		23.896,93	1.645,57
Castilla y León	13.833,74	5.872,50	4.039,52	151,17		23.896,93	1.645,57
Castilla - La Mancha	13.833,74	5.872,50	4.039,52	151,17		23.896,93	1.645,57
Cataluña	13.833,74	5.479,48	3.354,08	705,85		23.373,15	
Comunidad Valenciana	13.833,68	5.872,44	5.356,20			25.062,32	
Extremadura	13.833,74	5.872,50	4.039,52	151,17		23.896,93	1.645,57
Galicia	13.833,68	5.479,46	4.084,56			23.397,70	2.404,00
Madrid (Comunidad de)	13.833,74	5.872,50	4.039,52	151,17		23.896,93	1.645,57
Murcia (Región de)	13.833,74	5.872,50	4.039,52	151,17		23.896,93	1.645,57
Navarra (Comunidad Foral de)						29.623,86	
País Vasco	13.833,64	5.872,49	5.546,61			27.252,84	
Rioja (La)	13.833,68	5.369,09	3.318,36		12,60	22.533,73	2.348,40
Ceuta	13.833,74	5.872,50	4.039,52	151,17		23.896,93	1.645,57
Melilla	13.833,74	5.872,50	4.039,52	151,17		23.896,93	1.645,57

Retribuciones en euros

Técnico Función Administrativa

2002	Sueldo	Destino	Específico	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	14.110,46	6.390,58	3.479,64	3.200,40		27.181,08	
Aragón	14.110,46	5.990,04	4.274,52	1.047,24		25.422,26	2.084,31
Asturias (Principado de)	14.110,46	5.990,04	4.274,52		500,00	24.875,02	1.638,02
Baleares (Islas)	14.110,46	5.990,04	4.274,52		871,68	25.246,70	1.394,35
Canarias	14.110,46	5.990,04	3.384,72		2.970,12	26.455,34	3.623,40
Cantabria	14.110,46	5.990,04	4.274,52		915,00	25.290,02	1.703,37
Castilla y León	14.110,46	5.990,04	4.274,52		447,78	24.822,80	2.644,00
Castilla - La Mancha	14.110,46	5.990,04	4.274,52		1.472,40	25.847,42	528,89
Cataluña	14.110,46	5.589,08	3.468,12	1.044,96		24.212,62	
Comunidad Valenciana	14.110,46	5.990,04	6.196,32			26.296,82	
Extremadura	14.110,46	5.990,04	4.274,52		774,12	25.149,14	2.011,85
Galicia	14.110,46	5.589,08	4.783,80			24.483,34	2.404,00
Madrid (Comunidad de)	14.110,46	5.990,04	3.852,36		645,96	24.598,82	2.404,04
Murcia (Región de)	14.110,46	5.990,04	4.274,52			24.375,02	2.644,45
Navarra (Comunidad Foral de)						30.424,10	
País Vasco	14.110,46	5.990,04	7.969,92			28.070,42	
Rioja (La)	14.110,46	5.476,61	4.274,52			23.861,59	2.226,01
Ceuta	14.110,46	5.990,04			4.274,52	24.375,02	2.428,09
Melilla	14.110,46	5.990,04			4.274,52	24.375,02	2.428,09

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Retribuciones en euros

Técnico Función Administrativa

2003	Sueldo	Destino	Específico	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	14.392,70	6.735,68	3.740,52	3.455,64		28.324,54	920,00
Aragón	14.392,70	6.313,58	4.528,80	2.136,36		27.371,44	2.125,99
Asturias (Principado de)	14.392,70	6.313,30	4.359,96		1.270,02	26.335,98	1.695,49
Baleares (Islas)	14.392,70	6.313,44	4.359,96	3.184,20	4.582,20	32.832,50	1.444,11
Canarias	14.392,70	6.313,44	3.452,40		3.029,52	27.188,06	4.619,10
Cantabria	14.392,70	6.313,44	4.360,08		2.520,00	27.586,22	1.737,53
Castilla y León	14.392,70	6.313,44	4.359,96		1.791,00	26.857,10	2.644,00
Castilla - La Mancha	14.392,70	6.313,44	4.359,96		2.238,12	27.304,22	2.157,87
Cataluña	14.392,70	5.890,78	5.585,88			25.869,36	
Comunidad Valenciana	14.392,70	6.313,44	6.694,68			27.400,82	
Extremadura	14.392,70	6.109,92	4.359,96		1.563,72	26.426,30	2.141,56
Galicia	14.392,70	5.890,98	4.879,44			25.163,12	2.404,00
Madrid (Comunidad de)	14.392,70	6.313,58	4.359,96		1.272,96	26.339,20	2.501,17
Murcia (Región de)	14.392,70	6.313,44	6.823,92			27.530,06	3.000,00
Navarra (Comunidad Foral de)						31.640,84	
País Vasco	14.392,70	6.313,60	8.269,56			28.975,86	
Rioja (La)	14.392,70	5.772,29	6.195,96		75,00	26.435,95	2.234,48
Ceuta	14.392,70	6.313,44			6.201,00	26.907,14	2.574,74
Melilla	14.392,70	6.313,44			6.201,00	26.907,14	2.574,74

Retribuciones en euros

Técnico Función Administrativa

2004	Sueldo	Destino	Específico	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	14.680,96	7.092,12	7.531,32			29.304,40	1.629,00
Aragón	14.680,82	6.647,68	4.809,84	3.301,68		29.440,02	2.551,13
Asturias (Principado de)	14.680,68	6.647,62	4.447,20		1.925,43	27.700,93	2.188,94
Baleares (Islas)	14.680,54	6.647,62	4.447,20	9.775,92	906,84	36.458,12	1.362,36
Canarias	14.680,96	6.647,76	3.521,40		3.090,12	27.940,24	4.653,78
Cantabria	14.680,96	6.647,90	4.447,32		3.600,00	29.376,18	*ver nota
Castilla y León	14.680,96	6.647,76	4.447,20		3.239,04	29.014,96	1.007,04
Castilla - La Mancha	14.680,68	6.647,76	4.447,20		3.019,08	28.794,72	2.538,23
Cataluña	14.680,96	6.202,84	6.302,88			27.186,68	
Comunidad Valenciana	14.680,96	6.647,62	7.950,60			29.279,18	837,00
Extremadura	14.680,96	6.647,62	4.572,28		1.982,04	27.882,90	
Galicia	14.680,96	6.202,70	4.977,00	680,04		26.540,70	2.404,00
Madrid (Comunidad de)							
Murcia (Región de)	14.680,96	6.647,76	8.833,92			30.162,64	1.683,00
Navarra (Comunidad Foral de)						32.527,04	
País Vasco						29.849,52	
Rioja (La)	14.680,68	6.647,78	8.137,88			29.466,34	1.817,33
Ceuta	14.680,82	6.647,62			8.166,12	29.494,56	2.787,78
Melilla	14.680,82	6.647,62			8.166,12	29.494,56	2.787,78

Nota: 2.551 en AE y 1.048,64 en AP.

Gestión Función Administrativa

Retribuciones en euros

Gestión Función Administrativa

1999	Sueldo	Destino	Específico general	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	11.303,64	4.897,97	2.819,05			19.020,66	
Aragón	11.285,08	4.889,81				16.174,89	540,91
Asturias (Principado de)	11.285,08	4.889,81				16.174,89	540,91
Baleares (Islas)	11.285,08	4.889,81				16.174,89	540,91
Canarias	11.285,08	4.889,73			4.571,35	20.746,16	1.153,73
Cantabria	11.285,08	4.889,81				16.174,89	540,91
Castilla y León	11.285,08	4.889,81				16.174,89	540,91
Castilla - La Mancha	11.285,08	4.889,81				16.174,89	540,91
Cataluña	11.164,73	4.837,61		275,47		16.277,82	
Comunidad Valenciana	11.285,12	4.889,78	418,20			16.593,10	
Extremadura	11.285,08	4.889,81				16.174,89	540,91
Galicia	11.285,12	4.542,16	572,76			16.400,04	
Madrid (Comunidad de)	11.285,08	4.889,81				16.174,89	540,91
Murcia (Región de)	11.285,08	4.889,81				16.174,89	540,91
Navarra (Comunidad Foral de)						22.683,22	
País Vasco	11.285,08	4.889,75	4.275,27			20.450,10	
Rioja (La)	11.285,12	4.470,66				15.755,78	656,79
Ceuta	11.285,08	4.889,81				16.174,89	540,91
Melilla	11.285,08	4.889,81				16.174,89	540,91

Retribuciones en euros

Gestión Función Administrativa

2000	Sueldo	Destino	Específico general	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	11.510,84	4.987,75	2.870,72			19.369,31	
Aragón	11.510,84	4.987,56	369,55			16.867,95	785,79
Asturias (Principado de)	11.510,84	4.987,56	369,55			16.867,95	785,79
Baleares (Islas)	11.510,84	4.987,56	369,55			16.867,95	785,79
Canarias	11.510,84	4.987,58			5.714,18	22.212,60	1.176,81
Cantabria	11.510,84	4.987,56	369,55			16.867,95	785,79
Castilla y León	11.510,84	4.987,56	369,55			16.867,95	785,79
Castilla - La Mancha	11.510,84	4.987,56	369,55			16.867,95	785,79
Cataluña	11.510,84	4.987,58		284,01		16.782,43	
Comunidad Valenciana	11.510,80	4.987,64	2.172,00			18.670,44	
Extremadura	11.510,84	4.987,56	369,55			16.867,95	785,79
Galicia	11.510,80	4.633,02	584,16			16.727,98	
Madrid (Comunidad de)	11.510,84	4.987,56	369,55			16.867,95	785,79
Murcia (Región de)	11.510,84	4.987,56	369,55			16.867,95	785,79
Navarra (Comunidad Foral de)						23.477,30	
País Vasco	11.510,84	4.987,56	4.503,86			21.002,26	
Rioja (La)	11.510,80	4.560,13				16.070,93	696,61
Ceuta	11.510,84	4.987,56	369,55			16.867,95	785,79
Melilla	11.510,84	4.987,56	369,55			16.867,95	785,79

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Retribuciones en euros

Gestión Función Administrativa

2001	Sueldo	Destino	Específico general	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	11.741,10	5.087,32	2.928,12			19.756,54	
Aragón	11.741,13	5.087,38	822,91	139,41		17.790,83	815,93
Asturias (Principado de)	11.741,13	5.087,38	822,91	139,41		17.790,83	815,93
Baleares (Islas)	11.741,13	5.087,38	822,91	139,41		17.790,83	815,93
Canarias	11.741,13	5.087,38			5.828,50	22.657,01	1.200,39
Cantabria	11.741,13	5.087,38	822,91	139,41		17.790,83	815,93
Castilla y León	11.741,13	5.087,38	822,91	139,41		17.790,83	815,93
Castilla - La Mancha	11.741,13	5.087,38	822,91	139,41		17.790,83	815,93
Cataluña	11.741,13	5.087,38		289,71		17.118,22	
Comunidad Valenciana	11.741,10	5.087,32	2.215,44			19.043,86	
Extremadura	11.741,13	5.087,38	822,91	139,41		17.790,83	815,93
Galicia	11.741,10	4.725,70	595,92		793,32	17.856,04	
Madrid (Comunidad de)	11.741,13	5.087,38	822,91	139,41		17.790,83	815,93
Murcia (Región de)	11.741,13	5.087,38	822,91	139,41		17.790,83	815,93
Navarra (Comunidad Foral de)						24.439,80	
País Vasco	11.741,13	5.087,38	5.013,84			21.842,35	
Rioja (La)	11.741,10	4.651,26	376,92		139,44	16.908,72	697,36
Ceuta	11.741,13	5.087,38	822,91	139,41		17.790,83	815,93
Melilla	11.741,13	5.087,38	822,91	139,41		17.790,83	815,93

Retribuciones en euros

Gestión Función Administrativa

2002	Sueldo	Destino	Específico general	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	11.976,02	5.189,10	3.185,04			20.350,16	
Aragón	11.976,02	5.189,10	1.436,64	690,24		19.292,00	666,98
Asturias (Principado de)	11.976,02	5.189,10	1.436,64		612,50	19.214,26	524,18
Baleares (Islas)	11.976,02	5.189,10	1.436,64		627,96	19.229,72	496,71
Canarias	11.976,02	5.189,10			5.945,04	23.110,16	1.645,07
Cantabria	11.976,02	5.189,10	1.436,64		518,16	19.119,92	688,28
Castilla y León	11.976,02	5.189,10	1.436,64		324,54	18.926,30	846,00
Castilla - La Mancha	11.976,02	5.189,10	1.436,64		1.201,92	19.803,68	169,31
Cataluña	11.976,02	5.189,10		570,96		17.736,08	
Comunidad Valenciana	11.976,02	5.189,10	2.842,68			20.007,80	
Extremadura	11.976,02	5.189,10	1.436,64		769,32	19.371,08	360,86
Galicia	11.976,02	4.820,20	2.564,40		721,20	20.081,82	
Madrid (Comunidad de)	11.976,02	5.189,10	1.436,64		918,00	19.519,76	784,31
Murcia (Región de)	11.976,02	5.189,10	1.436,64			18.601,76	846,23
Navarra (Comunidad Foral de)						25.099,90	
País Vasco	11.976,02	5.189,16	5.332,44			22.497,62	
Rioja (La)	11.976,02	4.744,32	1.436,64			18.156,98	712,96
Ceuta	11.976,02	5.189,10	1.436,64			18.601,76	776,99
Melilla	11.976,02	5.189,10	1.436,64			18.601,76	776,99

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Retribuciones en euros

Gestión Función Administrativa

2003	Sueldo	Destino	Específico general	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	12.215,56	5.469,38	3.703,20			21.388,14	520,00
Aragón	12.215,56	5.469,38	1.577,52	1.408,08		20.670,54	680,32
Asturias (Principado de)	12.215,56	5.469,10	1.465,32		1.555,80	20.705,78	542,53
Baleares (Islas)	12.215,56	5.469,38	1.465,32		3.745,92	22.896,18	515,15
Canarias	12.215,56	5.469,24			6.063,96	23.748,76	2.090,26
Cantabria	12.215,56	5.469,24	1.465,44		1.890,00	21.040,24	738,12
Castilla y León	12.215,56	5.469,24	1.465,32		1.298,16	20.448,28	846,00
Castilla - La Mancha	12.215,56	5.469,24	1.465,32		1.827,12	20.977,24	690,80
Cataluña	12.215,56	5.469,24	2.238,48			19.923,28	
Comunidad Valenciana	12.215,56	5.469,24	3.197,28			20.882,08	
Extremadura	12.215,56	5.292,96	1.465,32		1.554,00	20.527,84	625,35
Galicia	12.215,56	5.080,56	2.615,64			19.911,76	
Madrid (Comunidad de)	12.215,56	5.469,38	1.465,32		1.809,00	20.959,26	816,39
Murcia (Región de)	12.215,56	5.469,24	3.237,48			20.922,28	1.000,00
Navarra (Comunidad Foral de)						26.103,84	
País Vasco	12.215,56	5.469,40	5.551,56			23.236,52	
Rioja (La)	12.215,56	5.000,45	2.842,32		675,00	20.733,33	715,03
Ceuta	12.215,56	5.469,24	2.949,84			20.634,64	823,92
Melilla	12.215,56	5.469,24	2.949,84			20.634,64	823,92

Retribuciones en euros

Gestión Función Administrativa

2004	Sueldo	Destino	Específico general	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	12.460,00	5.758,90	4.004,52			22.223,42	920,40
Aragón	12.460,00	5.758,85	1.728,48	2.176,08		22.123,41	816,38
Asturias (Principado de)	12.460,00	5.758,90	1.494,60		2.358,48	22.071,98	700,46
Baleares (Islas)	12.459,86	5.758,76	1.494,60	5.528,88	653,40	25.895,50	425,83
Canarias	12.460,00	5.758,90			6.185,28	24.404,18	2.343,60
Cantabria	12.460,00	5.758,90	1.494,84		2.700,00	22.413,74	890,00
Castilla y León	12.460,00	5.758,90	1.494,72		2.202,84	21.916,46	236,62
Castilla - La Mancha	12.460,00	5.758,90	1.494,60		2.464,80	22.178,30	807,92
Cataluña	12.460,00	5.758,90	3.702,36			21.921,26	
Comunidad Valenciana	12.460,00	5.758,90	4.153,80			22.372,70	517,00
Extremadura	12.460,00	5.758,90	1.619,76		1.969,68	21.808,34	
Galicia	12.460,00	5.349,42	2.667,96	540,00		21.017,38	
Madrid (Comunidad de)						26.834,78	
Murcia (Región de)	12.460,00	5.758,90	3.302,28	1.242,00		22.763,18	137,70
Navarra (Comunidad Foral de)						23.950,46	
País Vasco						22.481,51	
Rioja (La)	12.460,00	5.758,84	4.262,67			22.481,51	581,55
Ceuta	12.460,00	5.758,90			4.493,40	22.712,30	892,10
Melilla	12.460,00	5.758,90			4.493,40	22.712,30	892,10

Administrativo Función Administrativa

Retribuciones en euros

Administrativo Función Administrativa							
1999	Sueldo	Destino	Específico	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	8.426,07	3.852,49	2.387,03			14.665,59	
Aragón	8.412,23	3.846,03	150,16			12.408,42	240,40
Asturias (Principado de)	8.412,23	3.846,03	150,16			12.408,42	240,40
Baleares (Islas)	8.412,23	3.846,03	150,16			12.408,42	240,40
Canarias	8.412,23	3.845,95	150,23		2.708,23	15.116,64	908,08
Cantabria	8.412,23	3.846,03	150,16			12.408,42	240,40
Castilla y León	8.412,23	3.846,03	150,16			12.408,42	240,40
Castilla - La Mancha	8.412,23	3.846,03	150,16			12.408,42	240,40
Cataluña	8.322,52	3.804,99		1.930,07		14.057,58	
Comunidad Valenciana	8.412,18	3.846,08	1.213,20			13.471,46	
Extremadura	8.412,23	3.846,03	150,16			12.408,42	240,40
Galicia	8.412,18	3.845,94	482,76			12.740,88	
Madrid (Comunidad de)	8.412,23	3.846,03	150,16			12.408,42	240,40
Murcia (Región de)	8.412,23	3.846,03	150,16			12.408,42	240,40
Navarra (Comunidad Foral de)						16.483,32	
País Vasco	8.412,21	3.846,05	5.039,94			17.298,16	
Rioja (La)	8.412,18	3.516,42	150,12			12.078,72	286,05
Ceuta	8.412,23	3.846,03	150,16			12.408,42	240,40
Melilla	8.412,23	3.846,03	150,16			12.408,42	240,40

Retribuciones en euros

Administrativo Función Administrativa							
2000	Sueldo	Destino	Específico	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	8.580,52	3.923,11	2.430,78			14.934,41	
Aragón	8.580,52	3.922,97	153,19	120,23		12.776,91	402,73
Asturias (Principado de)	8.580,52	3.922,97	153,19	120,23		12.776,91	402,73
Baleares (Islas)	8.580,52	3.922,97	153,19	120,23		12.776,91	402,73
Canarias	8.580,52	3.923,02	153,26		2.762,40	15.419,20	926,26
Cantabria	8.580,52	3.922,97	153,19	120,23		12.776,91	402,73
Castilla y León	8.580,52	3.922,97	153,19	120,23		12.776,91	402,73
Castilla - La Mancha	8.580,52	3.922,97	153,19	120,23		12.776,91	402,73
Cataluña	8.580,52	3.922,94		1.989,90		14.493,36	
Comunidad Valenciana	8.580,46	3.922,94	2.059,68			14.563,08	
Extremadura	8.580,52	3.922,97	153,19	120,23		12.776,91	402,73
Galicia	8.580,46	3.922,94	492,36			12.995,76	
Madrid (Comunidad de)	8.580,52	3.922,97	153,19	120,23		12.776,91	402,73
Murcia (Región de)	8.580,52	3.922,97	153,19	120,23		12.776,91	402,73
Navarra (Comunidad Foral de)						17.060,26	
País Vasco	8.580,52	3.922,97	5.261,72			17.765,21	
Rioja (La)	8.580,46	3.586,69	153,24			12.320,39	294,66
Ceuta	8.580,52	3.922,97	153,19	120,23		12.776,91	402,73
Melilla	8.580,52	3.922,97	153,19	120,23		12.776,91	402,73

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Retribuciones en euros

Administrativo Función Administrativa

2001	Sueldo	Destino	Específico	Productividad	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad
				Fija			Variable
Andalucía	8.752,10	4.001,48	2.479,44			15.233,02	
Aragón	8.752,17	4.001,44	419,24	245,29		13.418,14	386,69
Asturias (Principado de)	8.752,17	4.001,44	419,24	245,29		13.418,14	386,69
Baleares (Islas)	8.752,17	4.001,44	419,24	245,29		13.418,14	386,69
Canarias	8.752,17	4.001,44	156,36		2.817,71	15.727,68	944,79
Cantabria	8.752,17	4.001,44	419,24	245,29		13.418,14	386,69
Castilla y León	8.752,17	4.001,44	419,24	245,29		13.418,14	386,69
Castilla - La Mancha	8.752,17	4.001,44	419,24	245,29		13.418,14	386,69
Cataluña	8.752,17	4.001,44		2.029,71		14.783,32	
Comunidad Valenciana	8.752,10	4.001,34	2.100,84			14.854,28	
Extremadura	8.752,17	4.001,44	419,24	245,29		13.418,14	386,69
Galicia	8.752,10	4.001,48	502,20		432,72	13.688,50	
Madrid (Comunidad de)	8.752,17	4.001,44	419,24	245,29		13.418,14	386,69
Murcia (Región de)	8.752,17	4.001,44	419,24	245,29		13.418,14	386,69
Navarra (Comunidad Foral de)						17.759,56	
País Vasco	8.752,17	4.001,44	5.722,21			18.475,82	
Rioja (La)	8.752,10	3.658,50	156,24		245,28	12.812,12	426,50
Ceuta	8.752,17	4.001,44	419,24	245,29		13.418,14	386,69
Melilla	8.752,17	4.001,44	419,24	245,29		13.418,14	386,69

Retribuciones en euros

Administrativo Función Administrativa

2002	Sueldo	Destino	Específico	Productividad	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad
				Fija			Variable
Andalucía	8.927,24	4.081,56	2.678,04			15.686,84	
Aragón	8.927,24	4.081,56	677,88	912,96		14.599,64	427,29
Asturias (Principado de)	8.927,24	4.081,56	677,88	208,44	605,00	14.500,12	335,80
Baleares (Islas)	8.927,24	4.123,14	677,88	208,44	506,16	14.442,86	294,94
Canarias	8.927,24	4.081,56	159,48		2.874,12	16.042,40	1.324,21
Cantabria	8.927,24	4.081,56	677,88	208,44	361,20	14.256,32	456,59
Castilla y León	8.927,24	4.081,56	677,88	208,44	249,42	14.144,54	542,00
Castilla - La Mancha	8.927,24	4.081,56	677,88	208,44	931,56	14.826,68	108,49
Cataluña	8.927,24	4.081,56		2.304,12		15.312,92	
Comunidad Valenciana	8.927,24	4.081,56	2.675,88			15.684,68	
Extremadura	8.927,24	4.081,56	677,88	208,44	764,52	14.659,64	394,63
Galicia	8.927,24	4.081,56	1.724,40		432,72	15.165,92	
Madrid (Comunidad de)	8.927,24	4.081,56	677,88	208,44	900,96	14.796,08	294,28
Murcia (Región de)	8.927,24	4.081,56	677,88	208,44		13.895,12	542,11
Navarra (Comunidad Foral de)						18.239,20	
País Vasco	8.927,24	4.081,56	6.021,29			19.030,09	
Rioja (La)	8.927,24	3.731,71	677,88	208,44		13.545,27	456,74
Ceuta	8.927,24	4.081,56	677,88	208,44		13.895,12	454,85
Melilla	8.927,24	4.081,56	677,88	208,44		13.895,12	454,85

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Retribuciones en euros

Administrativo Función Administrativa

2003	Sueldo	Destino	Específico	Productividad	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad
				Fija			Variable
Andalucía	9.105,88	4.302,06	3.223,08			16.631,02	240,00
Aragón	9.105,88	4.302,06	753,60	1.607,40		15.768,94	435,83
Asturias (Principado de)	9.105,74	4.301,78	691,44	212,64	1.536,72	15.848,32	347,28
Baleares (Islas)	9.105,74	4.301,92	691,44	212,64	3.972,60	18.284,34	359,23
Canarias	9.105,88	4.301,92	162,72		2.931,60	16.502,12	1.644,03
Cantabria	9.105,88	4.301,92	691,44	212,64	1.190,04	15.501,92	534,56
Castilla y León	9.105,88	4.301,92	691,44	212,64	997,68	15.309,56	542,00
Castilla - La Mancha	9.105,74	4.301,92	691,44	212,64	1.416,00	15.727,74	442,64
Cataluña	9.105,88	4.301,92	3.771,12			17.178,92	
Comunidad Valenciana	9.105,74	4.301,92	3.002,40			16.410,06	
Extremadura	9.105,88	4.163,28	691,44	212,64	1.544,28	15.717,52	460,89
Galicia	9.105,88	4.301,96	1.758,84			15.166,68	
Madrid (Comunidad de)	9.105,74	4.301,92	1.291,44	282,60	1.775,52	16.757,22	300,17
Murcia (Región de)	9.105,88	4.301,92	2.061,12	212,64		15.681,56	685,00
Navarra (Comunidad Foral de)						18.968,60	
País Vasco	9.105,88	4.302,06	6.236,69			19.644,63	
Rioja (La)	9.105,88	3.933,18	1.757,40	212,64	522,48	15.531,58	458,07
Ceuta	9.105,88	4.301,92	1.919,16	212,64		15.539,60	308,99
Melilla	9.105,88	4.301,92	1.919,16	212,64		15.539,60	308,99

Retribuciones en euros

Administrativo Función Administrativa

2004	Sueldo	Destino	Específico	Productividad	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad
				Fija			Variable
Andalucía	9.288,02	4.529,70	3.468,84			17.286,56	424,80
Aragón	9.288,02	4.529,66	860,52	2.049,36		16.727,56	523,00
Asturias (Principado de)	9.288,02	4.529,70	705,24	216,96	2.329,86	17.069,78	448,73
Baleares (Islas)	9.288,02	4.529,70	705,24	5.502,96	526,56	20.552,48	349,32
Canarias	9.288,02	4.529,70	165,96		2.990,28	16.973,96	1.801,95
Cantabria	9.288,02	4.529,70	705,36	216,96	2.300,00	17.040,04	663,43
Castilla y León	9.288,02	4.529,70	705,36	216,84	1.786,56	16.526,48	
Castilla - La Mancha	9.288,02	4.529,70	705,24	216,84	1.910,16	16.649,96	501,89
Cataluña	9.288,02	4.529,70	4.020,48			17.838,20	
Comunidad Valenciana	9.288,02	4.529,70	3.878,52			17.696,24	326,00
Extremadura	9.288,02	4.529,70	830,28	216,84	1.957,44	16.822,28	
Galicia	9.288,02	4.529,58	1.794,00	480,00		16.091,60	
Madrid (Comunidad de)						17.112,80	
Murcia (Región de)	9.288,02	4.529,70	2.102,28	1.192,80		19.500,04	
Navarra (Comunidad Foral de)						20.237,60	
País Vasco						16.882,54	372,56
Rioja (La)	9.288,02	4.529,66	2.848,00	216,86		17.219,84	334,56
Ceuta	9.288,02	4.529,70		216,84	3.185,28	17.219,84	334,56
Melilla	9.288,02	4.529,70		216,84	3.185,28	17.219,84	334,56

Auxiliar Función Administrativa

Retribuciones en euros

Auxiliar Función Administrativa

1999	Sueldo	Destino	Específico	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	6.889,78	3.387,80	2.104,58			12.382,16	
Aragón	6.878,50	3.382,16	150,16	232,38		10.643,20	228,38
Asturias (Principado de)	6.878,50	3.382,16	150,16	232,38		10.643,20	228,38
Baleares (Islas)	6.878,50	3.382,16	150,16	232,38		10.643,20	228,38
Canarias	6.878,50	3.382,24	150,23	569,47	1.016,19	11.996,63	566,30
Cantabria	6.878,50	3.382,16	150,16	232,38		10.643,20	228,38
Castilla y León	6.878,50	3.382,16	150,16	232,38		10.643,20	228,38
Castilla - La Mancha	6.878,50	3.382,16	150,16	232,38		10.643,20	228,38
Cataluña	6.805,11	3.346,16		2.811,06		12.962,33	
Comunidad Valenciana	6.878,48	3.382,26	1.832,16			12.092,90	
Extremadura	6.878,50	3.382,16	150,16	232,38		10.643,20	228,38
Galicia	6.878,48	3.382,26	474,60	569,52		11.304,86	
Madrid (Comunidad de)	6.878,50	3.382,16	150,16	232,38		10.643,20	228,38
Murcia (Región de)	6.878,50	3.382,16	150,16	232,38		10.643,20	228,38
Navarra (Comunidad Foral de)						14.155,12	
País Vasco	6.878,50	3.382,09	5.874,35			16.134,94	
Rioja (La)	6.878,48	3.092,22	150,12	569,52	257,74	10.948,08	257,74
Ceuta	6.878,50	3.382,16	150,16	232,38		10.643,20	228,38
Melilla	6.878,50	3.382,16	150,16	232,38		10.643,20	228,38

Retribuciones en euros

Auxiliar Función Administrativa

2000	Sueldo	Destino	Específico	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	7.016,07	3.449,89	2.143,16			12.609,13	
Aragón	7.016,07	3.449,93	153,19	327,14		10.946,33	363,91
Asturias (Principado de)	7.016,07	3.449,93	153,19	327,14		10.946,33	363,91
Baleares (Islas)	7.016,07	3.449,93	153,19	327,14		10.946,33	363,91
Canarias	7.016,07	3.449,98	153,26	580,87	1.036,53	12.236,71	577,62
Cantabria	7.016,07	3.449,93	153,19	327,14		10.946,33	363,91
Castilla y León	7.016,07	3.449,93	153,19	327,14		10.946,33	363,91
Castilla - La Mancha	7.016,07	3.449,93	153,19	327,14		10.946,33	363,91
Cataluña	7.016,07	3.449,89		2.898,20		13.364,16	
Comunidad Valenciana	7.016,10	3.449,88	1.868,76			12.334,74	
Extremadura	7.016,07	3.449,93	153,19	327,14		10.946,33	363,91
Galicia	7.016,10	3.449,88	484,08	580,92		11.530,98	
Madrid (Comunidad de)	7.016,07	3.449,93	153,19	327,14		10.946,33	363,91
Murcia (Región de)	7.016,07	3.449,93	153,19	327,14		10.946,33	363,91
Navarra (Comunidad Foral de)						14.650,72	
País Vasco	7.016,07	3.449,93	6.104,58			16.570,58	
Rioja (La)	7.016,10	3.154,18	153,24	580,92	271,24	11.175,68	271,24
Ceuta	7.016,07	3.449,93	153,19	327,14		10.946,33	363,91
Melilla	7.016,07	3.449,93	153,19	327,14		10.946,33	363,91

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Retribuciones en euros

Auxiliar Función Administrativa

2001	Sueldo	Destino	Específico	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	7.156,38	3.519,04	2.186,04			12.861,46	
Aragón	7.156,42	3.518,97	350,94	447,44		11.473,77	333,20
Asturias (Principado de)	7.156,42	3.518,97	350,94	447,44		11.473,77	333,20
Baleares (Islas)	7.156,42	3.518,97	350,94	447,44		11.473,77	333,20
Canarias	7.156,42	3.518,97	156,36	592,55	1.057,30	12.481,60	589,23
Cantabria	7.156,42	3.518,97	350,94	447,44		11.473,77	333,20
Castilla y León	7.156,42	3.518,97	350,94	447,44		11.473,77	333,20
Castilla - La Mancha	7.156,42	3.518,97	350,94	447,44		11.473,77	333,20
Cataluña	7.156,42	3.518,97		2.956,19		13.631,58	
Comunidad Valenciana	7.156,38	3.518,90	1.899,12			12.574,40	
Extremadura	7.156,42	3.518,97	350,94	447,44		11.473,77	333,20
Galicia	7.156,38	3.518,90	493,80	592,44	360,60	12.122,12	
Madrid (Comunidad de)	7.156,42	3.518,97	350,94	447,44		11.473,77	333,20
Murcia (Región de)	7.156,42	3.518,97	350,94	447,44		11.473,77	333,20
Navarra (Comunidad Foral de)						15.251,32	
País Vasco	7.153,71	3.518,95	6.560,74			17.233,40	
Rioja (La)	7.156,38	3.217,41	156,24	592,44	205,68	11.328,15	351,39
Ceuta	7.156,42	3.518,97	350,94	447,44		11.473,77	333,20
Melilla	7.156,42	3.518,97	350,94	447,44		11.473,77	333,20

Retribuciones en euros

Auxiliar Función Administrativa

2002	Sueldo	Destino	Específico	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	7.299,60	3.589,46	2.350,68			13.239,74	
Aragón	7.299,60	3.589,46	567,84	1.211,76		12.668,66	328,28
Asturias (Principado de)	7.299,60	3.589,46	567,84	726,96	555,00	12.738,86	258,01
Baleares (Islas)	7.299,60	3.589,46	567,84	369,24	323,40	12.149,54	228,72
Canarias	7.299,60	3.589,46	159,48	604,44	1.078,44	12.731,42	931,52
Cantabria	7.299,60	3.589,46	567,84	726,96	523,80	12.707,66	364,94
Castilla y León	7.299,60	3.589,46	567,84	726,96	217,86	12.401,72	416,00
Castilla - La Mancha	7.299,60	3.589,46	567,84	726,96	811,32	12.995,18	83,26
Cataluña	7.299,60	3.589,46		3.224,16		14.113,22	
Comunidad Valenciana	7.299,60	3.589,46	2.428,32			13.317,38	
Extremadura	7.299,60	3.589,46	567,84	369,24	721,20	12.547,34	301,64
Galicia	7.299,60	3.589,32	2.090,64		360,60	13.340,16	
Madrid (Comunidad de)	7.299,60	3.589,46	567,84	369,24	884,04	12.710,18	263,58
Murcia (Región de)	7.299,60	3.589,46	567,84	726,96		12.183,86	416,50
Navarra (Comunidad Foral de)						15.663,20	
País Vasco	7.299,06	3.589,44	6.861,37			17.750,41	
Rioja (La)	7.299,60	3.281,79	567,84	726,96		11.876,19	350,91
Ceuta	7.299,60	3.589,46	567,84	369,24		11.826,14	357,18
Melilla	7.299,60	3.589,46	567,84	369,24		11.826,14	357,18

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Retribuciones en euros

Auxiliar Función Administrativa

2003	Sueldo	Destino	Específico	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	7.445,62	3.783,36	2.935,20			14.164,18	140,00
Aragón	7.445,62	3.783,36	640,68	1.705,32		13.574,98	334,84
Asturias (Principado de)	7.445,62	3.783,22	579,24	741,48	1.409,70	13.959,26	267,02
Baleares (Islas)	7.445,62	3.242,88	579,24	376,68	3.446,04	15.090,46	238,84
Canarias	7.445,62	3.783,22	162,72	616,56	1.100,04	13.108,16	1.093,77
Cantabria	7.445,62	3.783,36	579,24	741,60	1.890,00	14.439,82	441,18
Castilla y León	7.445,62	3.783,22	579,24	741,48	871,44	13.421,00	416,00
Castilla - La Mancha	7.445,62	3.783,22	579,24	741,48	1.233,24	13.782,80	345,01
Cataluña	7.445,62	3.783,22		4.008,96		15.237,80	
Comunidad Valenciana	7.445,62	3.783,22	2.728,20			13.957,04	
Extremadura	7.445,62	3.661,32	579,24	376,68	1.456,80	13.519,66	308,08
Galicia	7.445,62	3.783,34	2.132,40			13.361,36	
Madrid (Comunidad de)	7.445,62	3.783,22	579,24	376,68	1.742,04	13.926,80	268,85
Murcia (Región de)	7.445,62	3.783,22	1.786,44	741,48		13.756,76	630,00
Navarra (Comunidad Foral de)						16.289,70	
País Vasco	7.445,62	3.783,38	7.087,23			18.316,23	
Rioja (La)	7.445,62	3.458,94	1.553,40	741,48	477,48	13.676,92	351,93
Ceuta	7.445,62	3.783,22	1.675,92	376,68		13.281,44	276,75
Melilla	7.445,62	3.783,22	1.675,92	376,68		13.281,44	276,75

Retribuciones en euros

Auxiliar Función Administrativa

2004	Sueldo	Destino	Específico	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	7.594,58	3.983,56	3.259,08			14.837,22	247,80
Aragón	7.594,58	3.983,62	726,96	2.064,60		14.369,76	401,83
Asturias (Principado de)	7.594,58	3.983,56	590,88	756,36	2.137,17	15.062,55	344,76
Baleares (Islas)	7.594,58	3.983,56	590,88	4.606,92	336,48	17.112,42	234,48
Canarias	7.594,58	3.983,56	165,96	628,92	1.122,00	13.495,02	1.274,29
Cantabria	7.594,58	3.983,70	590,88	384,24	1.900,00	14.453,40	542,47
Castilla y León	7.594,58	3.983,70	590,88	756,36	1.521,12	14.446,64	
Castilla - La Mancha	7.594,58	3.983,56	590,88	384,24	1.663,68	14.216,94	413,78
Cataluña	7.594,58	3.983,70	4.203,48			15.781,76	
Comunidad Valenciana	7.594,58	3.983,56	3.535,08			15.113,22	239,00
Extremadura	7.594,58	3.983,56	715,80	384,12	1.846,56	14.524,62	
Galicia	7.594,58	3.983,62	2.175,00	440,04		14.193,24	
Madrid (Comunidad de)						15.043,14	
Murcia (Región de)	7.594,58	3.983,56	1.822,20	1.642,80		16.745,82	
Navarra (Comunidad Foral de)						18.861,54	
País Vasco						18.861,54	
Rioja (La)	7.594,58	3.983,62	2.549,02	756,33		14.883,55	286,23
Ceuta	7.594,58	3.983,56		756,36	2.806,08	15.140,58	299,65
Melilla	7.594,58	3.983,56		756,36	2.806,08	15.140,58	299,65

Celador con turnos atención directa al enfermo

Retribuciones en euros

Celador con turnos atención directa al enfermo

1999	Sueldo	Destino	Específico general	Específico Turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	6.289,83	2.923,18	1.995,16				11.208,17	
Aragón	6.279,49	3.150,18		450,00	1.105,62		10.985,29	216,36
Asturias (Principado de)	6.279,49	3.150,18		450,00	1.105,62		10.985,29	216,36
Baleares (Islas)	6.279,49	3.150,18		450,00	1.105,62		10.985,29	216,36
Canarias	6.279,49	3.150,35		450,04	1.105,62	449,75	11.435,25	448,74
Cantabria	6.279,49	3.150,18		450,00	1.105,62		10.985,29	216,36
Castilla y León	6.279,49	3.150,18		450,00	1.105,62		10.985,29	216,36
Castilla - La Mancha	6.279,49	3.150,18		450,00	1.105,62		10.985,29	216,36
Cataluña	6.212,53	2.887,26	834,47		1.648,93		11.583,19	
Comunidad Valenciana	6.279,56	2.918,30	2.411,64	245,52			11.855,02	
Extremadura	6.279,49	3.150,18		450,00	1.105,62		10.985,29	216,36
Galicia	6.279,56	2.918,30	409,20	504,36	1.105,68		11.217,10	
Madrid (Comunidad de)	6.279,49	3.150,18		450,00	1.105,62		10.985,29	216,36
Murcia (Región de)	6.279,49	3.150,18		450,00	1.105,62		10.985,29	216,36
Navarra (Comunidad Foral de)							12.944,68	
País Vasco	6.279,49	3.150,22	5.241,83	509,76			15.181,30	
Rioja (La)	6.279,56	2.880,13			1.105,68		10.265,37	233,43
Ceuta	6.279,49	3.150,18		450,00	1.105,62		10.985,29	216,36
Melilla	6.279,49	3.150,18		450,00	1.105,62		10.985,29	216,36

Retribuciones en euros

Celador con turnos atención directa al enfermo

2000	Sueldo	Destino	Específico general	Específico Turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	6.405,12	2.976,76	2.031,73				11.413,62	
Aragón	6.405,12	3.213,44		459,00	1.199,88		11.277,44	336,43
Asturias (Principado de)	6.405,12	3.213,44		459,00	1.199,88		11.277,44	336,43
Baleares (Islas)	6.405,12	3.213,44		459,00	1.199,88		11.277,44	336,43
Canarias	6.405,12	3.213,46		459,05	1.127,76	458,76	11.664,15	457,68
Cantabria	6.405,12	3.213,44		459,00	1.199,88		11.277,44	336,43
Castilla y León	6.405,12	3.213,44		459,00	1.199,88		11.277,44	336,43
Castilla - La Mancha	6.405,12	3.213,44		459,00	1.199,88		11.277,44	336,43
Cataluña	6.405,12	2.976,76	860,34		1.700,05		11.942,27	
Comunidad Valenciana	6.405,14	3.213,42	2.459,88	250,44			12.328,88	
Extremadura	6.405,12	3.213,44		459,00	1.199,88		11.277,44	336,43
Galicia	6.405,14	2.976,68	417,24	514,44	1.127,76		11.441,26	
Madrid (Comunidad de)	6.405,12	3.213,44		459,00	1.199,88		11.277,44	336,43
Murcia (Región de)	6.405,12	3.213,44		459,00	1.199,88		11.277,44	336,43
Navarra (Comunidad Foral de)							13.397,86	
País Vasco	6.405,12	3.213,44	5.449,11	523,56		602,71	16.193,94	
Rioja (La)	6.405,14	2.937,98			1.127,76		10.470,88	247,80
Ceuta	6.405,12	3.213,44		459,00	1.199,88		11.277,44	336,43
Melilla	6.405,12	3.213,44		459,00	1.199,88		11.277,44	336,43

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Retribuciones en euros

Celador con turnos atención directa al enfermo

2001	Sueldo	Destino	Específico general	Específico Turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	6.533,24	3.036,32	1.985,88	468,12			12.023,56	
Aragón	6.533,27	3.277,74	180,36	468,12	1.334,10		11.793,59	300,27
Asturias (Principado de)	6.533,27	3.277,74	180,36	468,12	1.334,10		11.793,59	300,27
Baleares (Islas)	6.533,27	3.277,74	180,36	468,12	1.334,10		11.793,59	300,27
Canarias	6.533,27	3.277,74		468,28	1.150,34	468,00	11.897,63	466,84
Cantabria	6.533,27	3.277,74	180,36	468,12	1.334,10		11.793,59	300,27
Castilla y León	6.533,27	3.277,74	180,36	468,12	1.334,10		11.793,59	300,27
Castilla - La Mancha	6.533,27	3.277,74	180,36	468,12	1.334,10		11.793,59	300,27
Cataluña	6.533,27	3.036,34	877,57		1.734,02		12.181,20	
Comunidad Valenciana	6.533,24	3.277,68	2.509,08	255,36			12.575,36	
Extremadura	6.533,27	3.277,74	180,36	468,12	1.334,10		11.793,59	300,27
Galicia	6.533,24	3.036,32	425,64	524,76	1.150,32	306,48	11.976,76	
Madrid (Comunidad de)	6.533,27	3.277,74	180,36	468,12	1.334,10		11.793,59	300,27
Murcia (Región de)	6.533,27	3.277,74	180,36	468,12	1.334,10		11.793,59	300,27
Navarra (Comunidad Foral de)							13.847,08	
País Vasco	6.533,27	3.277,78	5.859,34	544,44		626,82	16.841,65	
Rioja (La)	6.533,24	2.996,74			1.150,32	15,31	10.695,61	305,16
Ceuta	6.533,27	3.277,74	180,36	468,12	1.334,10		11.793,59	300,27
Melilla	6.533,27	3.277,74	180,36	468,12	1.334,10		11.793,59	300,27

Retribuciones en euros

Celador con turnos atención directa al enfermo

2002	Sueldo	Destino	Específico general	Específico Turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	6.664,00	3.097,08	2.226,72	477,48			12.465,28	
Aragón	6.664,00	3.343,48	530,76	318,12	1.704,96		12.561,32	291,81
Asturias (Principado de)	6.664,00	3.343,48	848,88		1.277,64	425,00	12.559,00	229,33
Baleares (Islas)	6.664,00	3.343,48	530,76	318,12	1.277,64	603,84	12.737,84	216,13
Canarias	6.664,00	3.343,48		477,60	1.173,36	477,36	12.135,80	716,56
Cantabria	6.664,00	3.343,48	530,76	318,12	1.277,64	420,00	12.554,00	343,30
Castilla y León	6.664,00	3.343,48	530,76	318,12	1.277,64	173,52	12.307,52	370,00
Castilla - La Mancha	6.664,00	3.343,48	530,76	318,12	1.778,52	668,52	13.303,40	73,98
Cataluña	6.664,00	3.097,08	907,32		1.940,40		12.608,80	
Comunidad Valenciana	6.664,00	3.343,48	2.959,20	260,52			13.227,20	
Extremadura	6.664,00	3.343,48	530,76	318,12	1.277,64	631,08	12.765,08	272,05
Galicia	6.664,00	3.097,08	2.438,76	329,40		306,48	12.835,72	
Madrid (Comunidad de)	6.664,00	3.343,48	530,76	1.916,59	1.277,64	510,00	14.242,47	239,07
Murcia (Región de)	6.664,00	3.343,48	530,76	318,12	1.277,64		12.134,00	370,22
Navarra (Comunidad Foral de)							14.323,68	
País Vasco	6.664,00	3.343,44	6.133,05	560,76		645,62	17.346,87	
Rioja (La)	6.664,00	3.056,90	530,76	318,12	1.277,64		11.847,42	311,92
Ceuta	6.664,00	3.343,48	530,76	318,12	1.277,64		12.134,00	318,47
Melilla	6.664,00	3.343,48	530,76	318,12	1.277,64		12.134,00	318,47

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Retribuciones en euros

Celador con turnos atención directa al enfermo

2003	Sueldo	Destino	Específico general	Específico Turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	6.797,28	3.264,38	3.139,56	487,08			13.688,30	120,00
Aragón	6.797,28	3.524,08	611,52	324,48	2.174,88		13.432,24	297,64
Asturias (Principado de)	6.797,28	3.523,94	865,80		1.303,20	1.079,52	13.569,74	237,36
Baleares (Islas)	6.797,28	3.524,08	541,32	324,48	1.303,20	2.748,24	15.238,60	205,86
Canarias	6.797,28	3.523,94		487,20	1.196,88	486,96	12.492,26	906,35
Cantabria	6.797,28	3.524,08	541,44	324,60	1.303,20	980,04	13.470,64	485,52
Castilla y León	6.797,28	3.523,94	541,32	324,60	1.303,20	694,20	13.184,54	370,00
Castilla - La Mancha	6.797,28	3.523,94	541,32	324,48	1.814,04	1.016,28	14.017,34	320,00
Cataluña	6.797,28	3.264,24	3.701,40				13.762,92	
Comunidad Valenciana	6.797,28	3.523,94	3.222,48	280,44			13.824,14	
Extremadura	6.797,28	3.410,40	541,32	324,48	1.303,20	1.274,76	13.651,44	273,04
Galicia	6.797,28	3.264,42	2.487,48	336,00			12.885,18	
Madrid (Comunidad de)	6.797,28	3.264,38	541,32	1.954,92	1.651,68	1.005,00	15.214,58	243,85
Murcia (Región de)	6.797,28	3.523,94	1.507,20	324,48	1.303,20		13.456,10	555,00
Navarra (Comunidad Foral de)							15.012,06	
País Vasco	6.797,28	3.524,08	6.336,36	574,84		666,31	17.898,87	
Rioja (La)	6.797,28	3.221,89	1.306,32	324,48	1.303,20	31,25	12.984,42	312,83
Ceuta	6.797,28	3.523,94	1.372,56	324,48	1.303,20		13.321,46	251,01
Melilla	6.797,28	3.523,94	1.372,56	324,48	1.303,20		13.321,46	251,01

Retribuciones en euros

Celador con turnos atención directa al enfermo

2004	Sueldo	Destino	Específico general	Específico Turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	6.933,36	3.437,14	3.041,40	496,80			13.908,70	212,40
Aragón	6.933,36	3.710,59	694,08	330,96	2.440,68		14.109,67	357,17
Asturias (Principado de)	6.933,36	3.710,56	552,12	330,96	1.329,24	1.636,62	14.492,86	306,45
Baleares (Islas)	6.933,22	3.710,42	552,12	330,96	4.736,64	272,88	16.536,24	225,89
Canarias	6.933,36	3.710,56		496,92	1.220,76	496,68	12.858,28	1.090,36
Cantabria	6.933,36	3.710,70	552,36	331,20	1.850,52	1.500,00	14.878,14	495,24
Castilla y León	6.933,50	3.710,70	552,24	331,20	1.329,24	1.259,28	14.116,16	
Castilla - La Mancha	6.933,36	3.710,56	552,12	330,96	1.329,24	1.370,88	14.227,12	382,71
Cataluña	6.933,36	3.437,27	3.805,92				14.176,55	
Comunidad Valenciana	6.933,36	3.710,56	3.898,92	300,72			14.843,56	117,00
Extremadura	6.933,36	3.710,56	677,28		1.684,68	1.300,20	14.306,08	
Galicia	6.933,36	3.437,06	2.537,28	342,72	420,00		13.670,42	
Madrid (Comunidad de)								
Murcia (Región de)	6.933,36	3.710,56	1.537,32	365,28	2.089,44		14.635,96	
Navarra (Comunidad Foral de)							15.432,48	
País Vasco							18.430,84	
Rioja (La)	6.933,36	3.710,60	2.420,91		1.163,46		14.228,33	254,43
Ceuta	6.933,36	3.710,56	2.231,28	330,96	1.329,24		14.535,40	271,78
Melilla	6.933,36	3.710,56	2.231,28	330,96	1.329,24		14.535,40	271,78

Pinche sin turnos

Retribuciones en euros

1999	Sueldo	Destino	Específico	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	6.289,83	2.923,18	1.787,37			11.000,38	
Aragón	6.279,49	2.918,12	150,16	880,53		10.228,30	216,36
Asturias (Principado de)	6.279,49	2.918,12	150,16	880,53		10.228,30	216,36
Baleares (Islas)	6.279,49	2.918,12	150,16	880,53		10.228,30	216,36
Canarias	6.279,49	2.918,29	150,23	880,53	449,75	10.678,29	448,74
Cantabria	6.279,49	2.918,12	150,16	880,53		10.228,30	216,36
Castilla y León	6.279,49	2.918,12	150,16	880,53		10.228,30	216,36
Castilla - La Mancha	6.279,49	2.918,12	150,16	880,53		10.228,30	216,36
Cataluña	6.212,53	2.887,26		1.799,12		10.898,90	
Comunidad Valenciana	6.279,56	2.686,18	1.749,00			10.714,74	245,52
Extremadura	6.279,49	2.918,12	150,16	880,53		10.228,30	216,36
Galicia	6.279,56	2.686,18	409,20	880,56		10.255,50	
Madrid (Comunidad de)	6.279,49	2.918,12	150,16	880,53		10.228,30	216,36
Murcia (Región de)	6.279,49	2.918,12	150,16	880,53		10.228,30	216,36
Navarra (Comunidad Foral de)						12.643,68	
País Vasco	6.279,49	2.918,16	4.873,51			14.071,16	
Rioja (La)	6.279,56	2.668,03	150,12	880,56		9.978,27	233,43
Ceuta	6.279,49	2.918,12	150,16	880,53		10.228,30	216,36
Melilla	6.279,49	2.918,12	150,16	880,53		10.228,30	216,36

Retribuciones en euros

2000	Sueldo	Destino	Específico	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	6.405,12	2.976,76	1.820,13			11.202,01	
Aragón	6.405,12	2.976,74	153,19	970,25		10.505,30	336,43
Asturias (Principado de)	6.405,12	2.976,74	153,19	970,25		10.505,30	336,43
Baleares (Islas)	6.405,12	2.976,74	153,19	970,25		10.505,30	336,43
Canarias	6.405,12	2.976,76	153,26	898,13	458,76	10.892,03	457,68
Cantabria	6.405,12	2.976,74	153,19	970,25		10.505,30	336,43
Castilla y León	6.405,12	2.976,74	153,19	970,25		10.505,30	336,43
Castilla - La Mancha	6.405,12	2.976,74	153,19	970,25		10.505,30	336,43
Cataluña	6.405,12	2.976,76		1.854,89		11.236,77	
Comunidad Valenciana	6.405,14	2.976,82	1.784,04			11.166,00	250,44
Extremadura	6.405,12	2.976,74	153,19	970,25		10.505,30	336,43
Galicia	6.405,14	2.739,94	417,24	898,08		10.460,40	
Madrid (Comunidad de)	6.405,12	2.976,74	153,19	970,25		10.505,30	336,43
Murcia (Región de)	6.405,12	2.976,74	153,19	970,25		10.505,30	336,43
Navarra (Comunidad Foral de)						13.086,22	
País Vasco	6.405,12	2.976,74	5.069,23			14.451,09	
Rioja (La)	6.545,14	2.721,66	153,24	898,08		10.318,12	247,80
Ceuta	6.405,12	2.976,74	153,19	970,25		10.505,30	336,43
Melilla	6.405,12	2.976,74	153,19	970,25		10.505,30	336,43

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Retribuciones en euros

Pinche sin turnos

2001	Sueldo	Destino	Específico	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	6.533,24	3.036,32	1.856,52			11.426,08	
Aragón	6.533,27	3.036,34	300,46	1.099,85		10.969,92	300,27
Asturias (Principado de)	6.533,27	3.036,34	300,46	1.099,85		10.969,92	300,27
Baleares (Islas)	6.533,27	3.036,34	300,46	1.099,85		10.969,92	300,27
Canarias	6.533,27	3.036,34	156,36	916,16	468,00	11.110,13	466,84
Cantabria	6.533,27	3.036,34	300,46	1.099,85		10.969,92	300,27
Castilla y León	6.533,27	3.036,34	300,46	1.099,85		10.969,92	300,27
Castilla - La Mancha	6.533,27	3.036,34	300,46	1.099,85		10.969,92	300,27
Cataluña	6.533,27	3.036,34		1.891,96		11.461,57	
Comunidad Valenciana	6.533,24	3.036,32	1.819,68			11.389,24	255,36
Extremadura	6.533,27	3.036,34	300,46	1.099,85		10.969,92	300,27
Galicia	6.533,24	2.794,82	425,64	916,08	306,48	10.976,26	
Madrid (Comunidad de)	6.533,27	3.036,34	300,46	1.099,85		10.969,92	300,27
Murcia (Región de)	6.533,27	3.036,34	300,46	1.099,85		10.969,92	300,27
Navarra (Comunidad Foral de)						13.622,70	
País Vasco	6.533,27	3.036,31	5.459,56			15.029,14	
Rioja (La)	6.533,24	2.776,06	156,24	916,08	15,31	10.396,93	305,16
Ceuta	6.533,27	3.036,34	300,46	1.099,85		10.969,92	300,27
Melilla	6.533,27	3.036,34	300,46	1.099,85		10.969,92	300,27

Retribuciones en euros

Pinche sin turnos

2002	Sueldo	Destino	Específico	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	6.664,00	3.097,08	1.918,32			11.679,40	
Aragón	6.664,00	3.097,08	493,92	1.452,60		11.707,60	291,81
Asturias (Principado de)	6.664,00	3.097,08	493,92	1.038,72	425,00	11.718,72	229,33
Baleares (Islas)	6.664,00	3.097,08	493,92	1.038,72	262,20	11.555,92	216,13
Canarias	6.664,00	3.097,08	159,48	934,56	477,36	11.332,48	716,56
Cantabria	6.664,00	3.097,08	493,92	1.038,72	239,40	11.533,12	343,30
Castilla y León	6.664,00	3.097,08	493,92	1.038,72	173,52	11.467,24	370,00
Castilla - La Mancha	6.664,00	3.097,08	493,92	1.038,72	668,52	11.962,24	73,98
Cataluña	6.664,00	3.097,08		2.103,84		11.864,92	
Comunidad Valenciana	6.664,00	3.097,08	2.256,00			12.017,08	260,52
Extremadura	6.664,00	3.097,08	493,92	1.038,72	631,08	11.924,80	267,26
Galicia	6.664,00	2.850,68	2.199,72		306,48	12.020,88	
Madrid (Comunidad de)	6.664,00	3.097,08	493,92	1.038,72	510,00	11.803,72	239,07
Murcia (Región de)	6.664,00	3.097,08	493,22	1.038,72		11.293,02	370,22
Navarra (Comunidad Foral de)						13.990,62	
País Vasco	6.664,00	3.097,08	5.718,93			15.480,01	
Rioja (La)	6.664,00	2.831,62	493,92	1.038,72		11.028,26	311,92
Ceuta	6.664,00	3.097,08	493,92	1.038,72		11.293,72	318,47
Melilla	6.664,00	3.097,08	493,92	1.038,72		11.293,72	318,47

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Retribuciones en euros

Pinche sin turnos

2003	Sueldo	Destino	Específico	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	6.797,28	3.264,38	2.596,80			12.658,46	120,00
Aragón	6.797,28	3.264,38	573,84	1.903,80		12.539,30	297,64
Asturias (Principado de)	6.797,28	3.264,24	503,76	1.059,48	1.079,52	12.704,28	237,36
Baleares (Islas)	6.797,28	3.264,38	503,76	1.059,48	3.008,40	14.633,30	205,86
Canarias	6.797,28	3.264,38	162,72	953,16	486,96	11.664,50	906,35
Cantabria	6.797,28	3.264,38	503,88	1.059,60	1.050,00	12.675,14	485,52
Castilla y León	6.797,28	3.264,38	503,76	1.059,48	694,20	12.319,10	370,00
Castilla - La Mancha	6.797,28	3.264,38	503,76	1.059,48	1.016,28	12.641,18	320,00
Cataluña	6.797,28	3.264,24	2.932,92			12.994,44	
Comunidad Valenciana	6.797,28	3.264,38	2.505,12			12.566,78	280,44
Extremadura	6.797,28	3.159,12	503,76	1.059,48	1.274,76	12.794,40	277,92
Galicia	6.797,28	3.004,74	2.243,76			12.045,78	
Madrid (Comunidad de)	6.797,28	3.264,38	503,76	1.059,48	1.005,00	12.629,90	248,73
Murcia (Región de)	6.797,28	3.264,38	1.469,64	1.059,48		12.590,78	555,00
Navarra (Comunidad Foral de)						14.550,20	
País Vasco	6.797,28	3.264,44	5.910,61			15.972,33	
Rioja (La)	6.797,28	2.984,58	1.263,60	1.059,48	31,25	12.136,19	312,83
Ceuta	6.797,28	3.264,38	1.335,00	1.059,48		12.456,14	251,01
Melilla	6.797,28	3.264,38	1.335,00	1.059,48		12.456,14	251,01

Retribuciones en euros

Pinche sin turnos

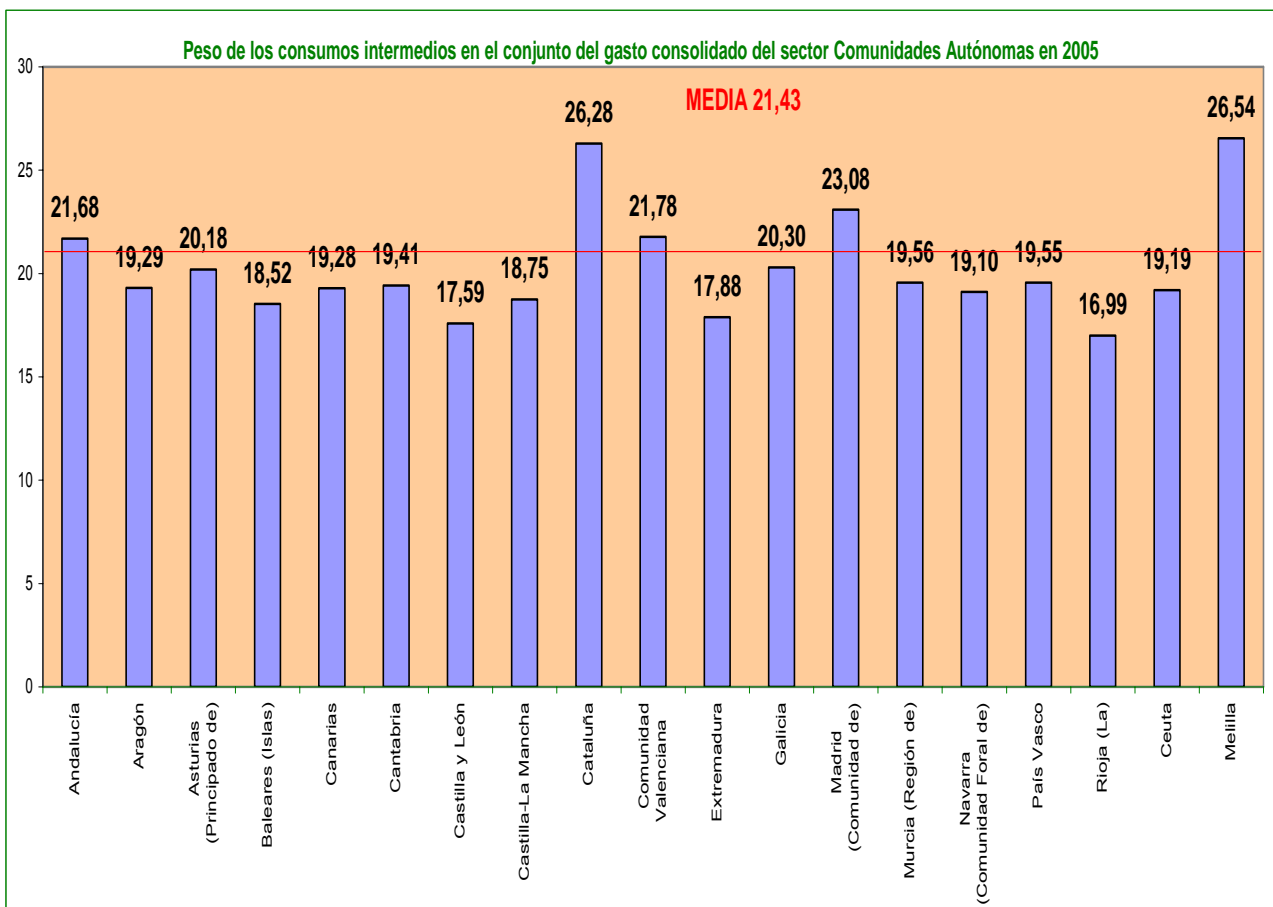
2004	Sueldo	Destino	Específico	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	6.933,36	3.437,14	2.923,68			13.294,18	212,40
Aragón	6.933,36	3.437,18	656,16	2.169,36		13.196,06	357,17
Asturias (Principado de)	6.933,36	3.437,14	513,84	1.080,72	1.636,62	13.601,68	306,45
Baleares (Islas)	6.933,22	3.437,14	513,84	4.825,08	272,88	15.982,16	225,89
Canarias	6.933,36	3.437,14	165,96	972,24	496,68	12.005,38	1.090,36
Cantabria	6.933,36	3.437,28	513,96	1.080,84	1.500,00	13.465,44	495,24
Castilla y León	6.933,36	3.437,28	513,84	1.080,72	1.259,28	13.224,68	
Castilla - La Mancha	6.933,36	3.437,14	513,84	1.080,72	1.370,88	13.335,94	382,71
Cataluña	6.933,36	3.437,28	3.222,12			13.592,76	
Comunidad Valenciana	6.933,36	3.437,14	3.167,28			13.537,78	317,72
Extremadura	6.933,36	3.437,14	638,88	1.080,72	1.300,20	13.390,30	
Galicia	6.933,36	3.163,78	2.288,64	420,00		12.805,78	
Madrid (Comunidad de)						13.710,46	
Murcia (Región de)	6.933,36	3.437,14	1.499,04	1.840,92		14.957,60	
Navarra (Comunidad Foral de)						16.446,70	
País Vasco						16.446,70	
Rioja (La)	6.933,36	3.437,18	2.382,60	1.080,67		13.833,81	254,43
Ceuta	6.933,36	3.437,14	2.193,00	1.080,72		13.644,22	271,78
Melilla	6.933,36	3.437,14	2.193,00	1.080,72		13.644,22	271,78

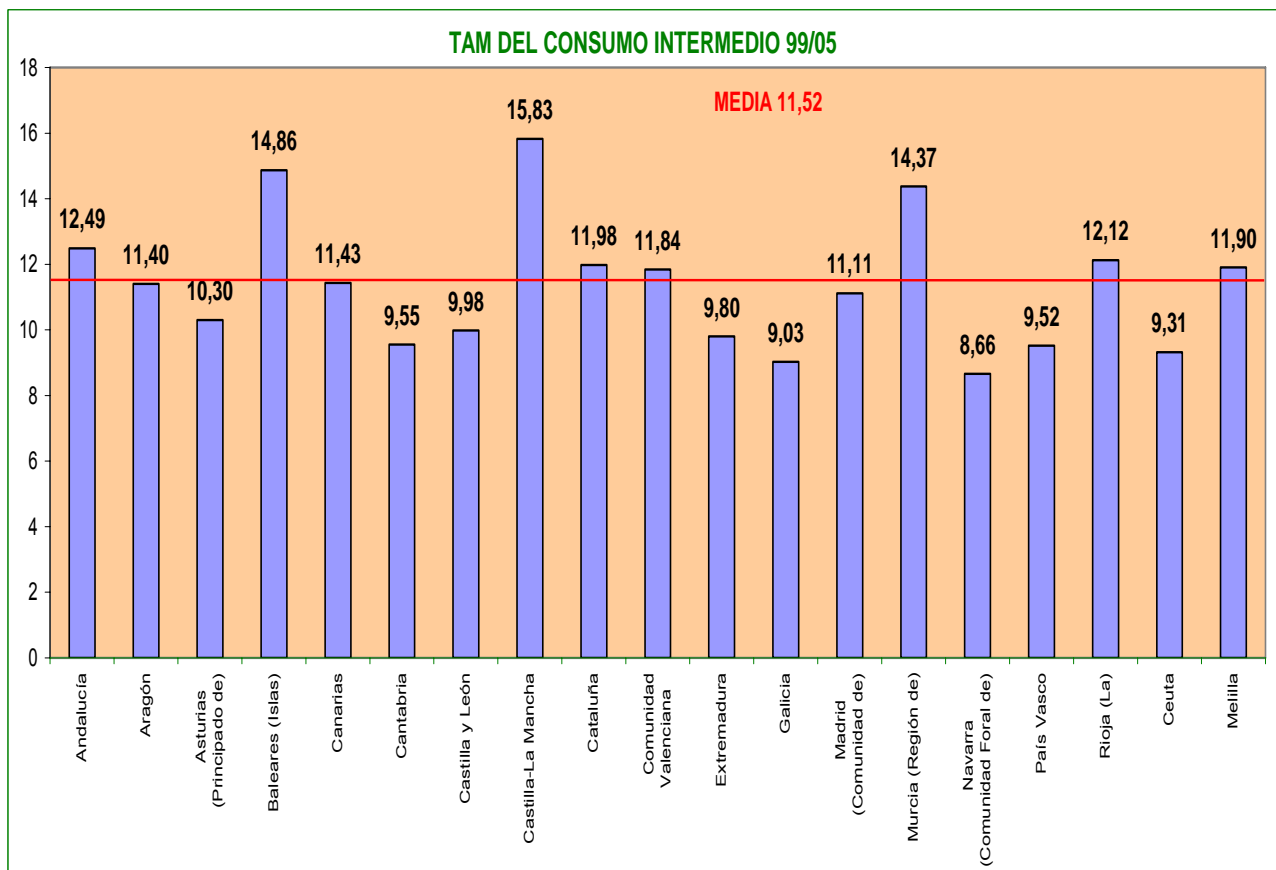
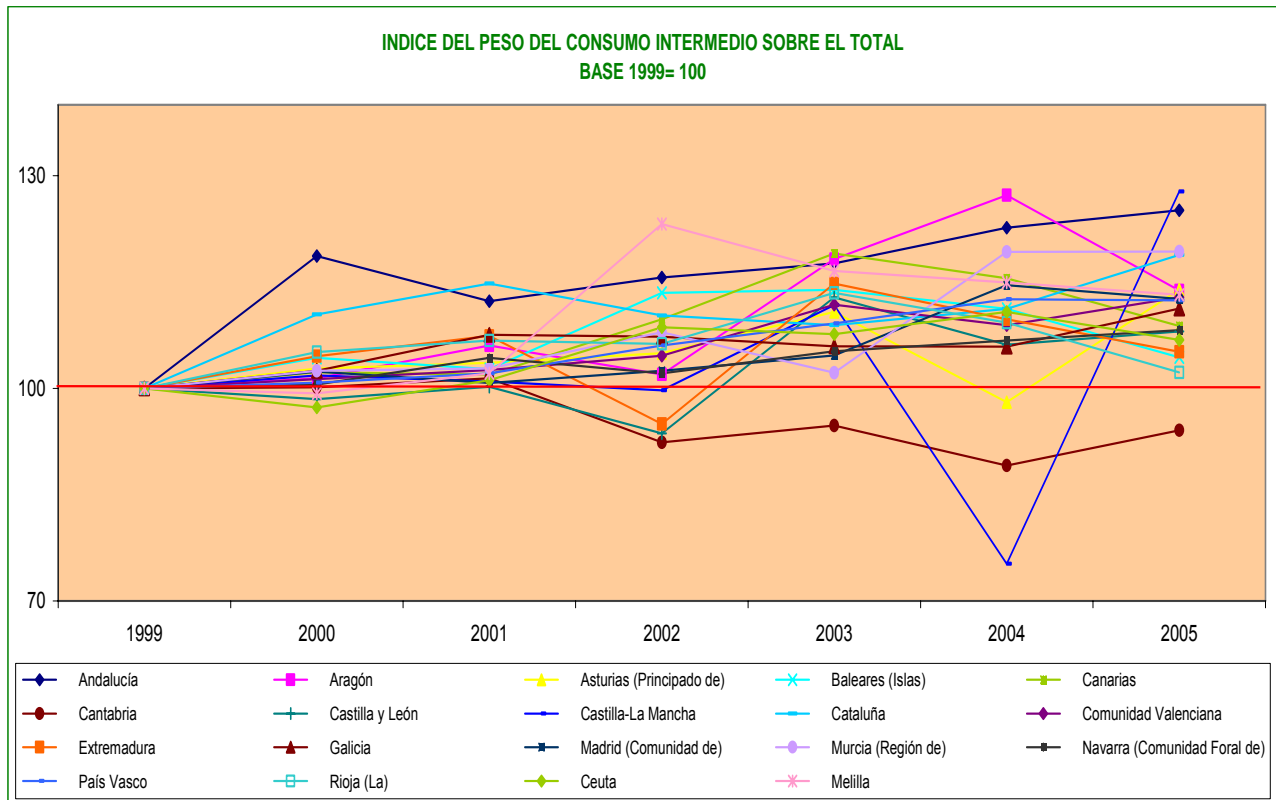
V.2.6.3. El consumo intermedio

El consumo intermedio representa en 2005 el 21,43% del gasto consolidado del sector Comunidades y Ciudades Autónomas, con un rango de variación por comunidades entre 16,99% y 26,54%.

Por lo que se refiere a la evolución entre 1999 y 2005, el consumo intermedio ha ganado peso en todas las comunidades salvo en Cantabria.

Durante el periodo de análisis, el consumo intermedio en el conjunto del sector ha crecido en términos medios un 11,52% anual, oscilando las tasas de crecimiento anual entre el 7,59% del año 2001 y el 15,87% del año 2003. Por Comunidades Autónomas, el incremento anual medio entre 1999 y 2005 oscila entre un 8,66% de Navarra y un 15,83% de Castilla-La Mancha.





CONSUMOS INTERMEDIOS

	Miles de euros corrientes						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía	804.920	1.080.993	1.066.886	1.174.775	1.312.646	1.490.326	1.630.511
Aragón	145.662	157.301	181.053	187.832	246.880	295.495	278.408
Asturias (Principado de)	140.627	153.449	166.372	182.674	216.542	205.037	253.247
Baleares (Islas)	85.514	94.935	104.026	139.116	161.135	172.064	196.383
Canarias	216.801	242.107	256.851	310.344	380.150	390.200	415.004
Cantabria	80.647	87.585	99.306	100.415	119.763	121.594	139.429
Castilla y León	273.821	291.163	316.006	315.967	437.934	438.851	484.663
Castilla-La Mancha	161.745	177.028	190.732	217.130	264.293	178.745	390.529
Cataluña	961.623	1.153.760	1.281.598	1.341.242	1.505.750	1.628.981	1.896.035
Comunidad Valenciana	516.277	578.045	628.869	707.031	863.038	905.924	1.010.357
Extremadura	123.905	139.612	151.283	156.788	207.302	210.161	217.148
Galicia	354.247	384.043	437.671	456.307	492.520	546.293	595.129
Madrid (Comunidad de)	699.501	753.157	805.600	889.128	988.341	1.238.858	1.316.160
Murcia (Región de)	122.138	137.817	150.756	174.414	189.290	245.957	273.396
Navarra (Comunidad Foral de)	80.804	87.297	95.445	101.089	113.684	125.113	133.003
País Vasco	281.326	299.672	325.438	363.086	402.103	443.065	485.458
Rioja (La)	30.172	34.671	37.977	43.073	51.289	56.478	59.949
Ceuta	7.998	8.234	9.083	10.725	11.666	13.223	13.648
Melilla	10.138	11.420	13.042	16.543	16.638	18.418	19.905
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	5.097.867	5.872.289	6.317.993	6.887.680	7.980.965	8.724.784	9.808.360

CONSUMOS INTERMEDIOS

	Porcentaje sobre el total del gasto de la comunidad						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía	17,33	20,57	19,47	20,04	20,39	21,26	21,68
Aragón	16,95	17,19	17,98	17,28	20,04	21,57	19,29
Asturias (Principado de)	17,72	18,21	18,36	18,60	19,63	17,38	20,18
Baleares (Islas)	17,75	18,51	18,22	20,14	20,21	19,74	18,52
Canarias	17,72	18,12	18,06	19,45	21,09	20,47	19,28
Cantabria	20,64	20,67	20,93	19,07	19,55	18,39	19,41
Castilla y León	16,28	16,03	16,31	15,25	18,37	17,28	17,59
Castilla-La Mancha	14,67	14,94	14,81	14,63	16,40	11,04	18,75
Cataluña	22,12	24,43	25,39	24,39	24,09	24,60	26,28
Comunidad Valenciana	19,30	19,56	19,81	20,19	21,58	21,03	21,78
Extremadura	17,00	17,77	18,26	16,14	19,51	18,65	17,88
Galicia	18,25	18,70	19,63	19,58	19,33	19,32	20,30
Madrid (Comunidad de)	20,50	20,98	20,66	21,01	21,45	23,48	23,08
Murcia (Región de)	16,40	16,81	16,86	17,70	16,76	19,56	19,56
Navarra (Comunidad Foral de)	17,65	17,74	18,41	18,02	18,57	18,84	19,10
País Vasco	17,39	17,53	17,76	18,45	18,98	19,58	19,55
Rioja (La)	16,62	17,47	17,74	17,66	18,85	18,16	16,99
Ceuta	17,96	17,47	18,17	19,51	19,33	19,90	19,19
Melilla	23,45	23,28	23,95	28,89	27,34	26,96	26,54
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	18,62	19,76	19,85	19,85	20,62	20,80	21,43

CONSUMOS INTERMEDIOS

	Porcentaje variación interanual										
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	TAM 99/05	TAM 99/04	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
Andalucía	34,30	-1,31	10,11	11,74	13,54	9,41	12,49	13,11	13,01	13,43	15,13
Aragón	7,99	15,10	3,74	31,44	19,69	-5,78	11,40	15,20	14,10	8,84	11,49
Asturias (Principado de)	9,12	8,42	9,80	18,54	-5,31	23,51	10,30	7,83	11,40	9,11	8,77
Baleares (Islas)	11,02	9,58	33,73	15,83	6,78	14,13	14,86	15,01	17,16	17,61	10,29
Canarias	11,67	6,09	20,83	22,49	2,64	6,36	11,43	12,47	15,07	12,70	8,85
Cantabria	8,60	13,38	1,12	19,27	1,53	14,67	9,55	8,56	10,39	7,58	10,97
Castilla y León	6,33	8,53	-0,01	38,60	0,21	10,44	9,98	9,89	12,46	4,89	7,43
Castilla-La Mancha	9,45	7,74	13,84	21,72	-32,37	118,48	15,83	2,02	13,06	10,31	8,59
Cataluña	19,98	11,08	4,65	12,27	8,18	16,39	11,98	11,12	11,86	11,73	15,44
Comunidad Valenciana	11,96	8,79	12,43	22,07	4,97	11,53	11,84	11,90	13,71	11,05	10,37
Extremadura	12,68	8,36	3,64	32,22	1,38	3,32	9,80	11,15	13,73	8,16	10,50
Galicia	8,41	13,96	4,26	7,94	10,92	8,94	9,03	9,05	8,59	8,81	11,15
Madrid (Comunidad de)	7,67	6,96	10,37	11,16	25,35	6,24	11,11	12,11	9,03	8,32	7,32
Murcia (Región de)	12,84	9,39	15,69	8,53	29,94	11,16	14,37	15,03	11,58	12,61	11,10
Navarra (Comunidad Foral de)	8,04	9,33	5,91	12,46	10,05	6,31	8,66	9,14	8,91	7,75	8,68
País Vasco	6,52	8,60	11,57	10,75	10,19	9,57	9,52	9,51	9,34	8,88	7,55
Rioja (La)	14,91	9,53	13,42	19,07	10,12	6,15	12,12	13,36	14,18	12,60	12,19
Ceuta	2,95	10,31	18,08	8,77	13,35	3,21	9,31	10,58	9,90	10,27	6,57
Melilla	12,65	14,20	26,85	0,57	10,69	8,07	11,90	12,68	13,19	17,73	13,42
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	15,19	7,59	9,02	15,87	9,32	12,42	11,52	11,35	11,86	10,55	11,33

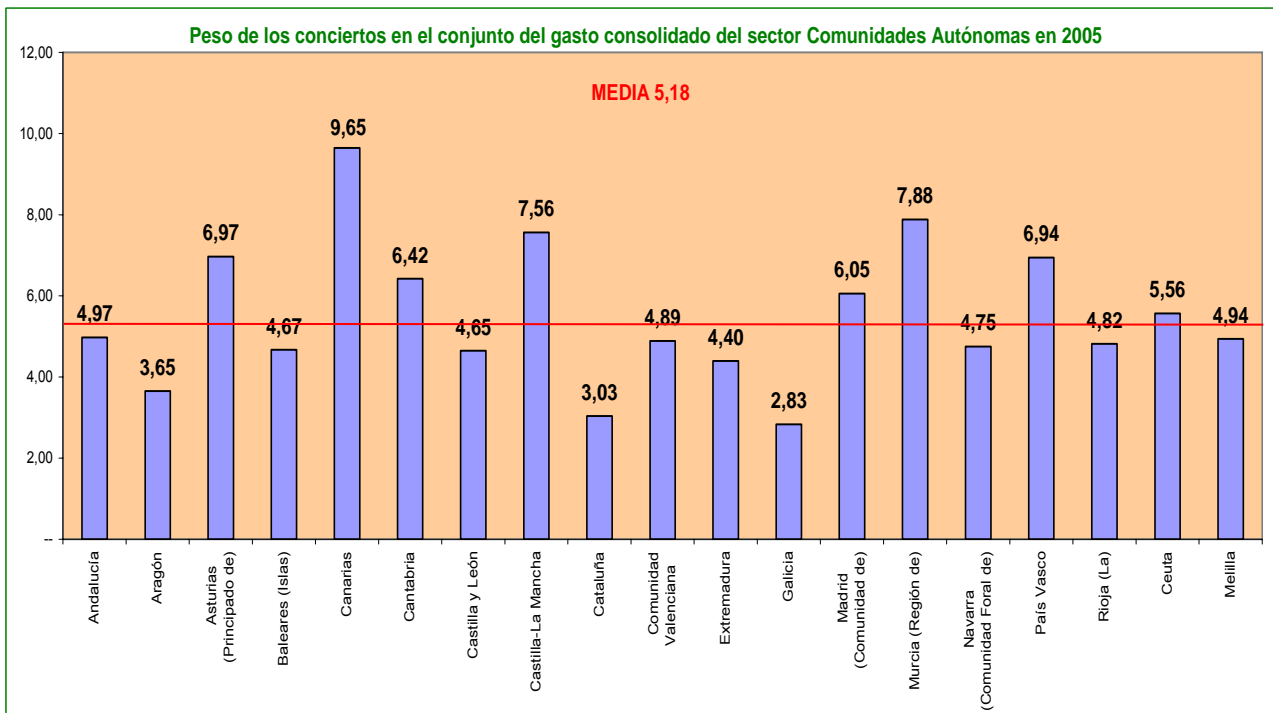
V.2.6.4. Los conciertos

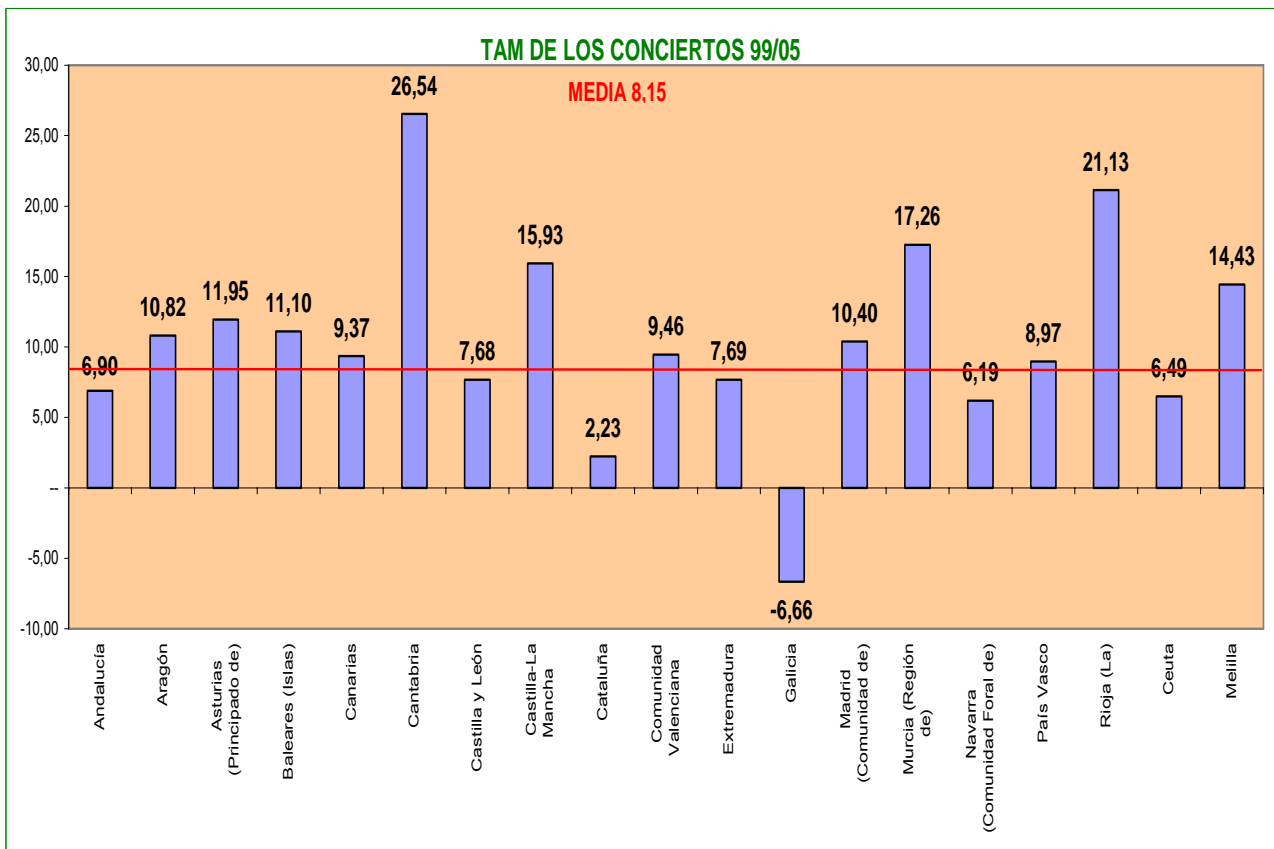
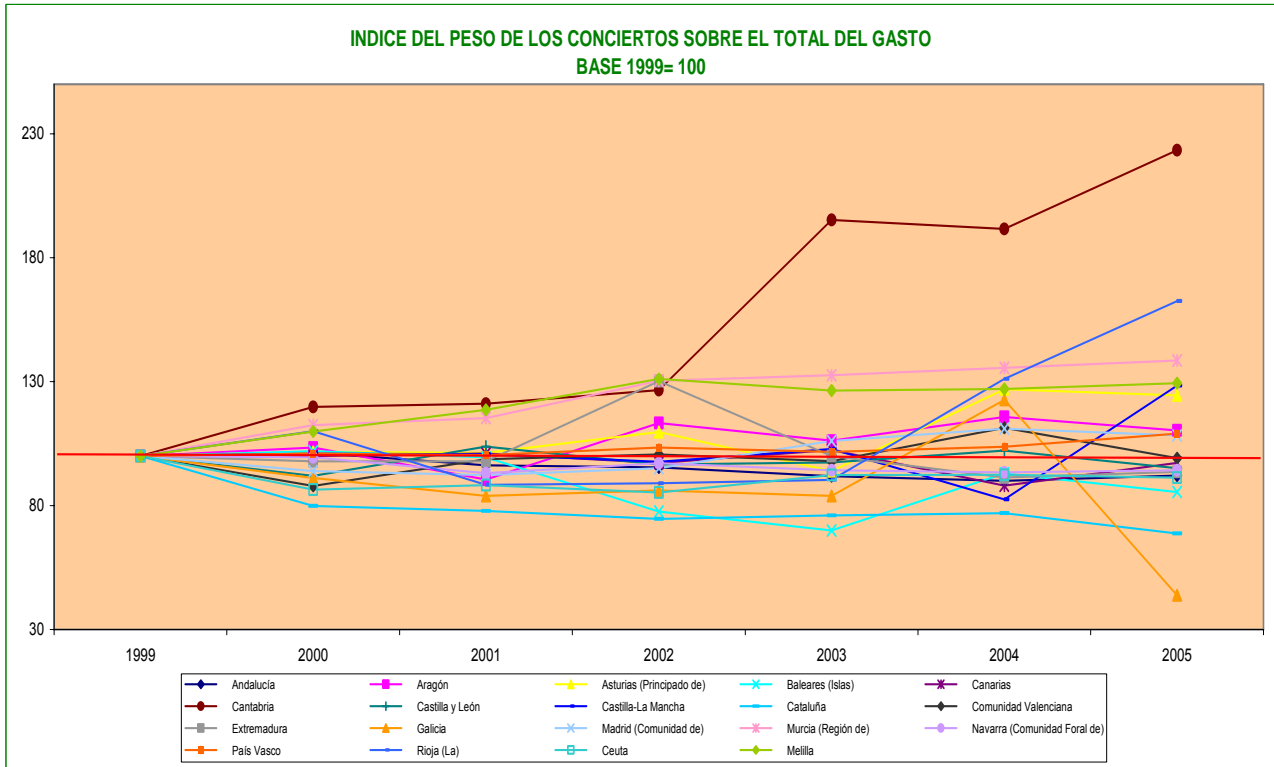
En el análisis de los conciertos se ha de tener en cuenta que la Comunidad Autónoma de Cataluña, donde esta partida tiene un peso significativamente superior que en el resto de Comunidades, los ha distribuido entre el resto de conceptos de la clasificación, dejando únicamente como gasto de conciertos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

En 2005, un 5,18% del gasto sanitario consolidado del sector de Comunidades y Ciudades Autónomas se destinó a conciertos, con un recorrido por comunidades entre 2,83% y 9,65%.

Los conciertos han perdido peso en el conjunto del gasto en diez territorios y han ganado en nueve. 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 del 8,15%, oscilando entre un crecimiento del 3,45% en el año 2000 y el 13,91% en 2004. Por Comunidades Autónomas, se observan importantes diferencias en el crecimiento de los conciertos, con tasas medias anuales en el periodo analizado entre -6,66% hasta 26,54%.





CONCIERTOS

	Miles de euros corrientes						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía	250.513	287.323	284.630	301.614	319.009	340.079	373.826
Aragón	28.449	31.332	30.196	40.756	43.295	52.510	52.682
Asturias (Principado de)	44.407	47.932	51.377	60.261	58.008	83.841	87.410
Baleares (Islas)	26.337	28.581	31.034	29.299	30.497	44.316	49.520
Canarias	121.362	132.559	142.608	153.838	183.208	166.489	207.668
Cantabria	11.237	14.598	16.520	19.179	34.389	36.435	46.134
Castilla y León	82.132	81.586	98.237	97.673	113.421	126.755	128.022
Castilla-La Mancha	64.920	70.420	76.394	85.322	97.677	78.633	157.585
Cataluña	191.764	166.346	173.277	181.113	209.526	224.815	218.934
Comunidad Valenciana	131.759	128.030	154.372	173.611	192.887	236.500	226.684
Extremadura	34.237	36.119	38.077	59.422	49.901	48.323	53.393
Galicia	125.561	121.110	121.033	129.905	138.287	224.413	83.057
Madrid (Comunidad de)	190.651	188.418	201.113	224.965	272.954	327.540	345.133
Murcia (Región de)	42.368	52.457	58.641	73.109	85.210	96.983	110.160
Navarra (Comunidad Foral de)	23.067	24.665	24.304	27.434	29.053	31.251	33.070
País Vasco	102.918	109.981	117.099	129.486	137.105	149.389	172.280
Rioja (La)	5.382	6.471	5.606	6.436	7.292	12.089	16.995
Ceuta	2.714	2.483	2.690	2.860	3.394	3.742	3.957
Melilla	1.649	2.056	2.465	2.864	2.935	3.311	3.702
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	1.481.428	1.532.468	1.629.673	1.799.146	2.008.048	2.287.412	2.370.213

CONCIERTOS

	Porcentaje sobre el total del gasto de la comunidad						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía	5,39	5,47	5,19	5,15	4,95	4,85	4,97
Aragón	3,31	3,42	3,00	3,75	3,51	3,83	3,65
Asturias (Principado de)	5,60	5,69	5,67	6,14	5,26	7,10	6,97
Baleares (Islas)	5,47	5,57	5,44	4,24	3,82	5,08	4,67
Canarias	9,92	9,92	10,03	9,64	10,16	8,73	9,65
Cantabria	2,88	3,44	3,48	3,64	5,61	5,51	6,42
Castilla y León	4,88	4,49	5,07	4,71	4,76	4,99	4,65
Castilla-La Mancha	5,89	5,94	5,93	5,75	6,06	4,86	7,56
Cataluña	4,41	3,52	3,43	3,29	3,35	3,40	3,03
Comunidad Valenciana	4,93	4,33	4,86	4,96	4,82	5,49	4,89
Extremadura	4,70	4,60	4,60	6,12	4,70	4,29	4,40
Galicia	6,47	5,90	5,43	5,57	5,43	7,94	2,83
Madrid (Comunidad de)	5,59	5,25	5,16	5,32	5,92	6,21	6,05
Murcia (Región de)	5,69	6,40	6,56	7,42	7,54	7,71	7,88
Navarra (Comunidad Foral de)	5,04	5,01	4,69	4,89	4,75	4,71	4,75
País Vasco	6,36	6,43	6,39	6,58	6,47	6,60	6,94
Rioja (La)	2,96	3,26	2,62	2,64	2,68	3,89	4,82
Ceuta	6,09	5,27	5,38	5,20	5,62	5,63	5,56
Melilla	3,81	4,19	4,53	5,00	4,82	4,85	4,94
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	5,41	5,16	5,12	5,18	5,19	5,45	5,18

CONCIERTOS

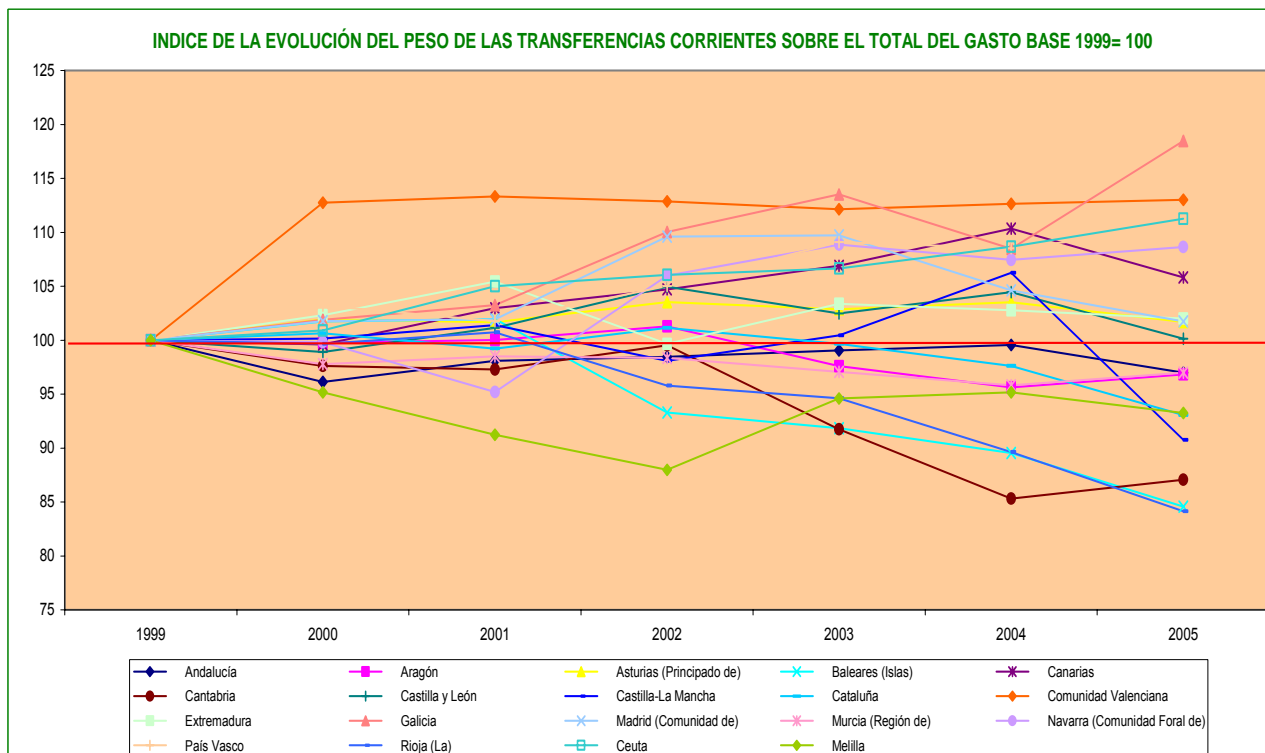
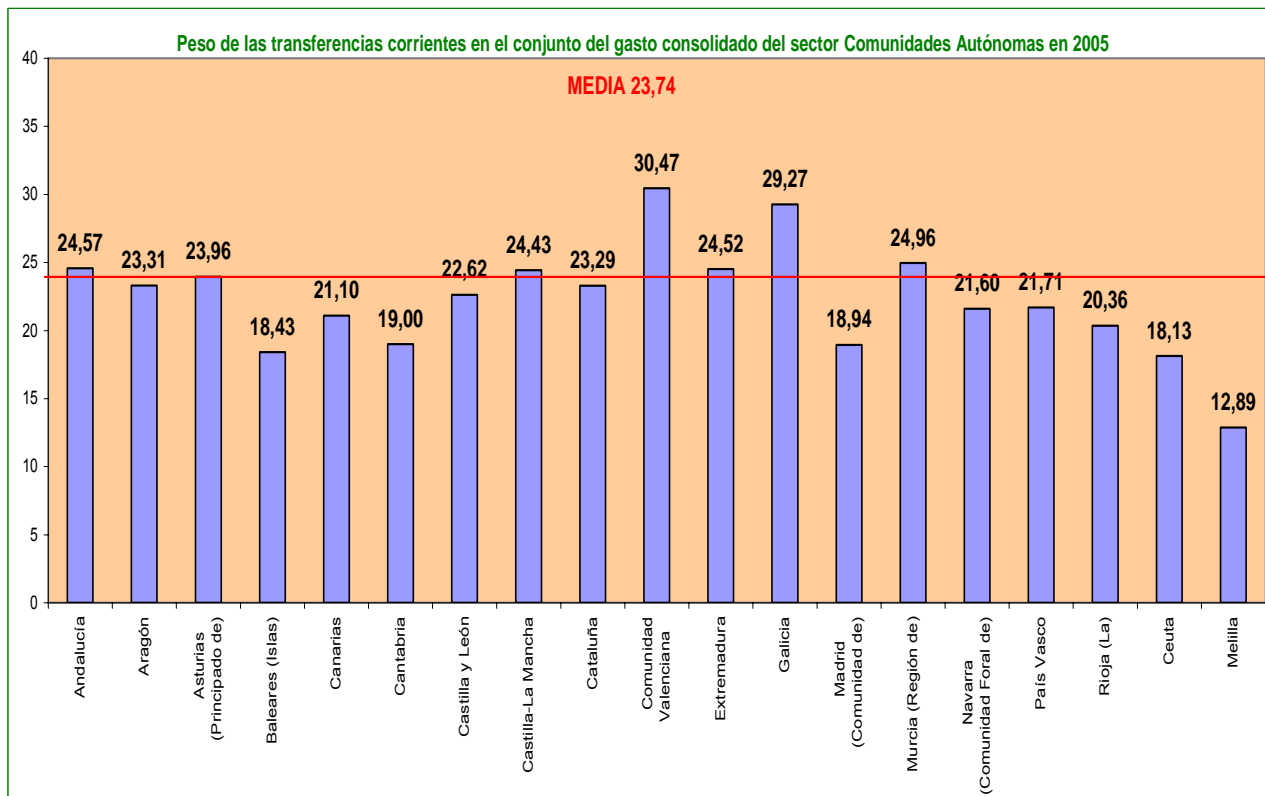
	Porcentaje variación interanual						TAM 99/05	TAM 99/04	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
	2000	2001	2002	2003	2004	2005					
Andalucía	14,69	-0,94	5,97	5,77	6,60	9,92	6,90	6,30	6,23	6,38	6,59
Aragón	10,13	-3,63	34,97	6,23	21,28	0,33	10,82	13,04	11,07	12,73	3,02
Asturias (Principado de)	7,94	7,19	17,29	-3,74	44,53	4,26	11,95	13,55	6,91	10,71	7,56
Baleares (Islas)	8,52	8,58	-5,59	4,09	45,31	11,74	11,10	10,97	3,74	3,62	8,55
Canarias	9,23	7,58	7,87	19,09	-9,13	24,73	9,37	6,53	10,84	8,22	8,40
Cantabria	29,90	13,17	16,10	79,30	5,95	26,62	26,54	26,52	32,26	19,51	21,25
Castilla y León	-0,66	20,41	-0,57	16,12	11,76	1,00	7,68	9,07	8,40	5,95	9,37
Castilla-La Mancha	8,47	8,48	11,69	14,48	19,50	100,41	15,93	3,91	10,75	9,54	8,48
Cataluña	13,26	4,17	4,52	15,69	7,30	-2,62	2,23	3,23	2,24	-1,89	-4,94
Comunidad Valenciana	-2,83	20,57	12,46	11,10	22,61	-4,15	9,46	12,41	10,00	9,63	8,24
Extremadura	5,50	5,42	56,06	16,02	-3,16	10,49	7,69	7,13	9,88	20,18	5,46
Galicia	-3,55	-0,06	7,33	6,45	62,28	-62,99	-6,66	12,32	2,44	1,14	-1,82
Madrid (Comunidad de)	-1,17	6,74	11,86	21,33	20,00	5,37	10,40	11,43	9,39	5,67	2,71
Murcia (Región de)	23,81	11,79	24,67	16,55	13,82	13,59	17,26	18,01	19,09	19,94	17,65
Navarra (Comunidad Foral de)	6,93	-1,46	12,88	5,90	7,57	5,82	6,19	6,26	5,94	5,95	2,65
País Vasco	6,86	6,47	10,58	5,88	8,96	15,32	8,97	7,74	7,43	7,96	6,67
Rioja (La)	20,25	13,37	14,80	13,31	65,77	40,59	21,13	17,57	7,89	6,14	2,06
Ceuta	-8,51	8,34	6,32	18,68	10,25	5,75	6,49	6,64	5,75	1,76	-0,44
Melilla	24,71	19,87	16,18	2,48	12,81	11,80	14,43	14,96	15,51	20,21	22,27
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	3,45	6,34	10,40	11,61	13,91	3,62	8,15	9,08	7,90	6,69	4,88

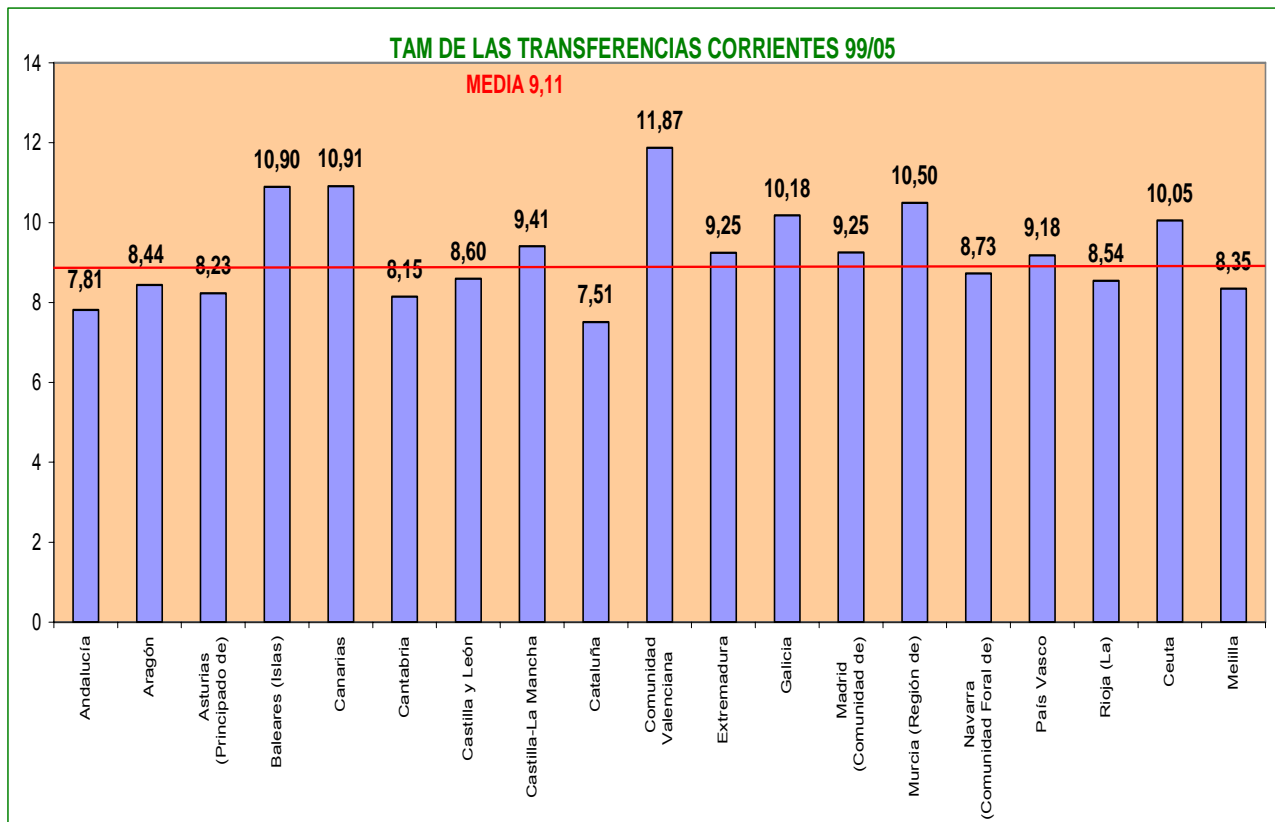
V.2.6.5. Las transferencias corrientes

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 2005, el 23,74% 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 hasta 2004. En 2005, y en relación con 1999, mantiene su peso en el conjunto de comunidades habiendo ganado peso en nueve y registrando descensos, algunos importantes, en ocho comunidades.

Por lo que se refiere a la tasa de crecimiento anual medio del periodo, ésta ha sido de 9,11%, pasando de una tasa de crecimiento anual de 10,09% en el año 2000 a 6,96% en 2005, con una pauta descendente en estas tasas de crecimiento. Por Comunidades

Autónomas, el incremento anual medio entre 1999 y 2005 oscila entre un 7,51% y un 11,87%.





TRANSFERENCIAS CORRIENTES

	Miles de Euros corrientes						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía	1.176.576	1.279.943	1.362.063	1.461.827	1.615.641	1.767.716	1.847.798
Aragón	206.902	219.761	242.542	265.036	289.446	315.346	336.344
Asturias (Principado de)	186.985	202.334	217.111	239.564	267.392	287.792	300.601
Baleares (Islas)	105.007	113.733	126.822	140.454	159.581	170.086	195.343
Canarias	243.989	265.357	292.040	333.238	384.185	419.482	454.188
Cantabria	85.291	90.291	100.704	114.413	122.632	123.128	136.441
Castilla y León	380.089	405.964	442.754	491.430	552.049	599.282	623.432
Castilla-La Mancha	296.771	319.489	351.452	391.923	435.731	463.070	508.943
Cataluña	1.088.367	1.189.974	1.254.050	1.392.170	1.558.863	1.617.986	1.680.429
Comunidad Valenciana	720.970	898.321	969.977	1.065.244	1.208.686	1.308.209	1.413.307
Extremadura	175.186	193.179	209.918	232.621	263.962	278.280	297.819
Galicia	479.675	516.997	568.839	633.557	714.568	757.929	858.353
Madrid (Comunidad de)	635.133	679.904	739.879	863.547	940.955	1.027.342	1.079.945
Murcia (Región de)	191.624	206.334	226.598	249.414	282.057	310.041	348.750
Navarra (Comunidad Foral de)	91.017	97.644	98.110	118.188	132.474	141.834	150.387
País Vasco	318.189	347.049	366.757	406.696	454.569	483.052	538.946
Rioja (La)	43.939	47.858	52.179	56.533	62.275	67.457	71.851
Ceuta	7.257	7.748	8.555	9.502	10.488	11.768	12.894
Melilla	5.975	6.452	6.867	6.963	7.958	8.987	9.666
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	6.438.942	7.088.334	7.637.217	8.472.320	9.463.513	10.158.789	10.865.438

TRANSFERENCIAS CORRIENTES

	Porcentaje sobre el total del gasto de la comunidad						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía	25,33	24,35	24,85	24,94	25,09	25,22	24,57
Aragón	24,08	24,02	24,08	24,39	23,50	23,02	23,31
Asturias (Principado de)	23,56	24,02	23,95	24,39	24,24	24,39	23,96
Baleares (Islas)	21,79	22,17	22,22	20,33	20,01	19,51	18,43
Canarias	19,94	19,86	20,53	20,88	21,31	22,00	21,10
Cantabria	21,82	21,31	21,23	21,72	20,02	18,62	19,00
Castilla y León	22,59	22,35	22,85	23,72	23,16	23,60	22,62
Castilla-La Mancha	26,92	26,97	27,30	26,41	27,04	28,61	24,43
Cataluña	25,03	25,19	24,84	25,32	24,94	24,44	23,29
Comunidad Valenciana	26,96	30,39	30,55	30,42	30,23	30,37	30,47
Extremadura	24,03	24,59	25,34	23,95	24,85	24,70	24,52
Galicia	24,71	25,17	25,51	27,18	28,05	26,80	29,27
Madrid (Comunidad de)	18,61	18,94	18,97	20,40	20,42	19,47	18,94
Murcia (Región de)	25,73	25,16	25,35	25,31	24,97	24,65	24,96
Navarra (Comunidad Foral de)	19,88	19,84	18,92	21,07	21,64	21,36	21,60
País Vasco	19,67	20,30	20,02	20,66	21,46	21,35	21,71
Rioja (La)	24,20	24,11	24,37	23,18	22,89	21,69	20,36
Ceuta	16,30	16,44	17,11	17,28	17,38	17,71	18,13
Melilla	13,82	13,15	12,61	12,16	13,07	13,15	12,89
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	23,52	23,86	23,99	24,41	24,45	24,22	23,74

TRANSFERENCIAS CORRIENTES

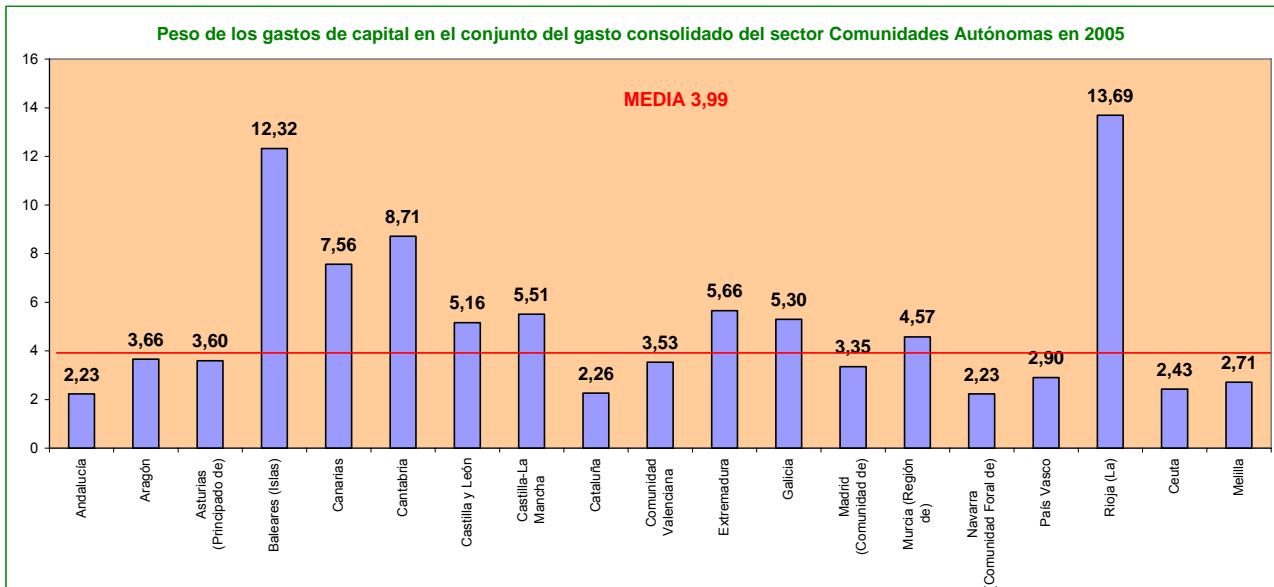
	Porcentaje de variación anual						TAM	TAM	TAM	TAM	TAM
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	99/05	99/04	99/03	99/02	99/01
Andalucía	8,79	6,42	7,32	10,52	9,41	4,53	7,81	8,48	8,25	7,50	7,59
Aragón	6,22	10,37	9,27	9,21	8,95	6,66	8,44	8,79	8,76	8,60	8,27
Asturias (Principado de)	8,21	7,30	10,34	11,62	7,63	4,45	8,23	9,01	9,35	8,61	7,76
Baleares (Islas)	8,31	11,51	10,75	13,62	6,58	14,85	10,90	10,13	11,03	10,18	9,90
Canarias	8,76	10,06	14,11	15,29	9,19	8,27	10,91	11,45	12,02	10,95	9,40
Cantabria	5,86	11,53	13,61	7,18	0,40	10,81	8,15	7,62	9,50	10,29	8,66
Castilla y León	6,81	9,06	10,99	12,34	8,56	4,03	8,60	9,53	9,78	8,94	7,93
Castilla-La Mancha	7,65	10,00	11,52	11,18	6,27	9,91	9,41	9,31	10,08	9,71	8,82
Cataluña	9,34	5,38	11,01	11,97	3,79	3,86	7,51	8,25	9,40	8,55	7,34
Comunidad Valenciana	24,60	7,98	9,82	13,47	8,23	8,03	11,87	12,66	13,79	13,90	15,99
Extremadura	10,27	8,67	10,82	13,47	5,42	7,02	9,25	9,70	10,79	9,91	9,46
Galicia	7,78	10,03	11,38	12,79	6,07	13,25	10,18	9,58	10,48	9,72	8,90
Madrid (Comunidad de)	7,05	8,82	16,71	8,96	9,18	5,12	9,25	10,10	10,33	10,78	7,93
Murcia (Región de)	7,68	9,82	10,07	13,09	9,92	12,49	10,50	10,10	10,15	9,18	8,74
Navarra (Comunidad Foral de)	7,28	0,48	20,46	12,09	7,07	6,03	8,73	9,28	9,84	9,10	3,82
País Vasco	9,07	5,68	10,89	11,77	6,27	11,57	9,18	8,71	9,33	8,52	7,36
Rioja (La)	8,92	9,03	8,34	10,16	8,32	6,51	8,54	8,95	9,11	8,76	8,97
Ceuta	6,77	10,42	11,07	10,37	12,21	9,57	10,05	10,15	9,64	9,40	8,58
Melilla	7,97	6,44	1,40	14,29	12,94	7,55	8,35	8,51	7,43	5,23	7,20
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	10,09	7,74	10,93	11,70	7,35	6,96	9,11	9,55	10,11	9,58	8,91

V.2.6.6. Los gastos de capital*

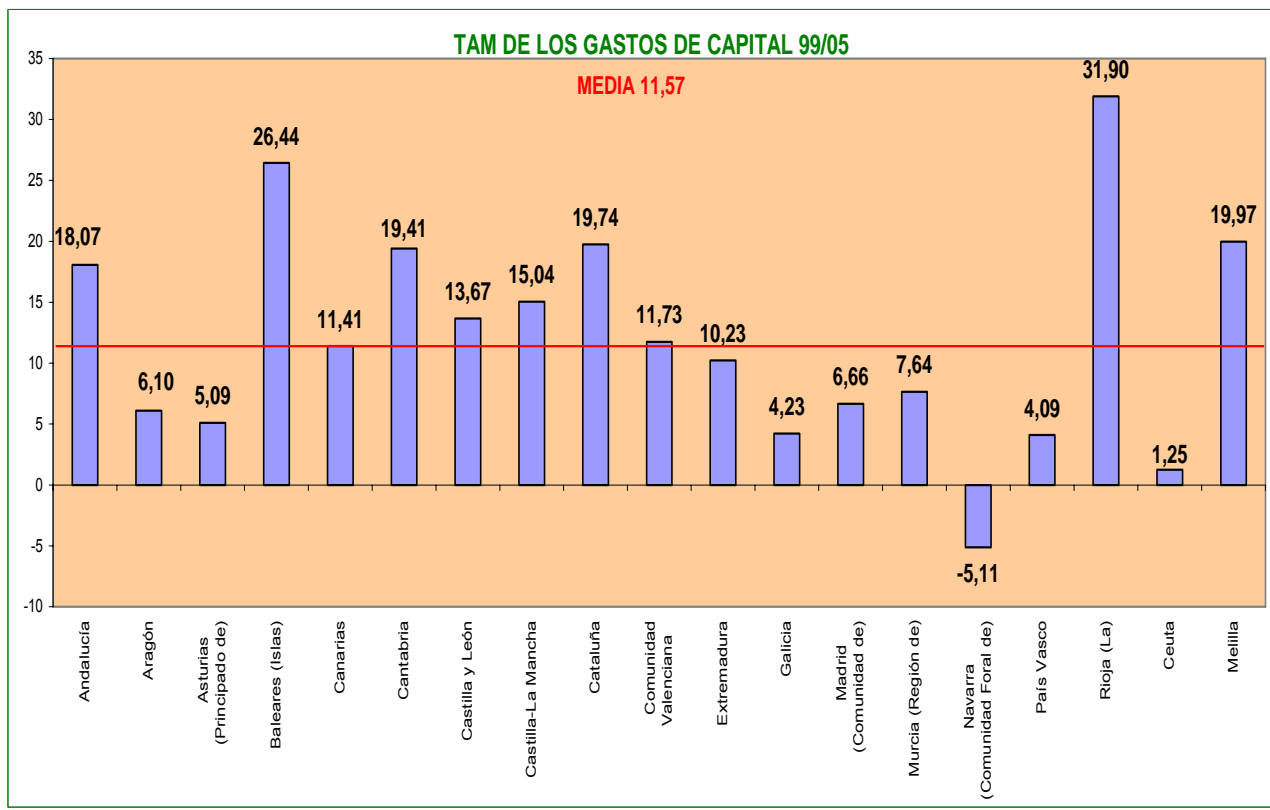
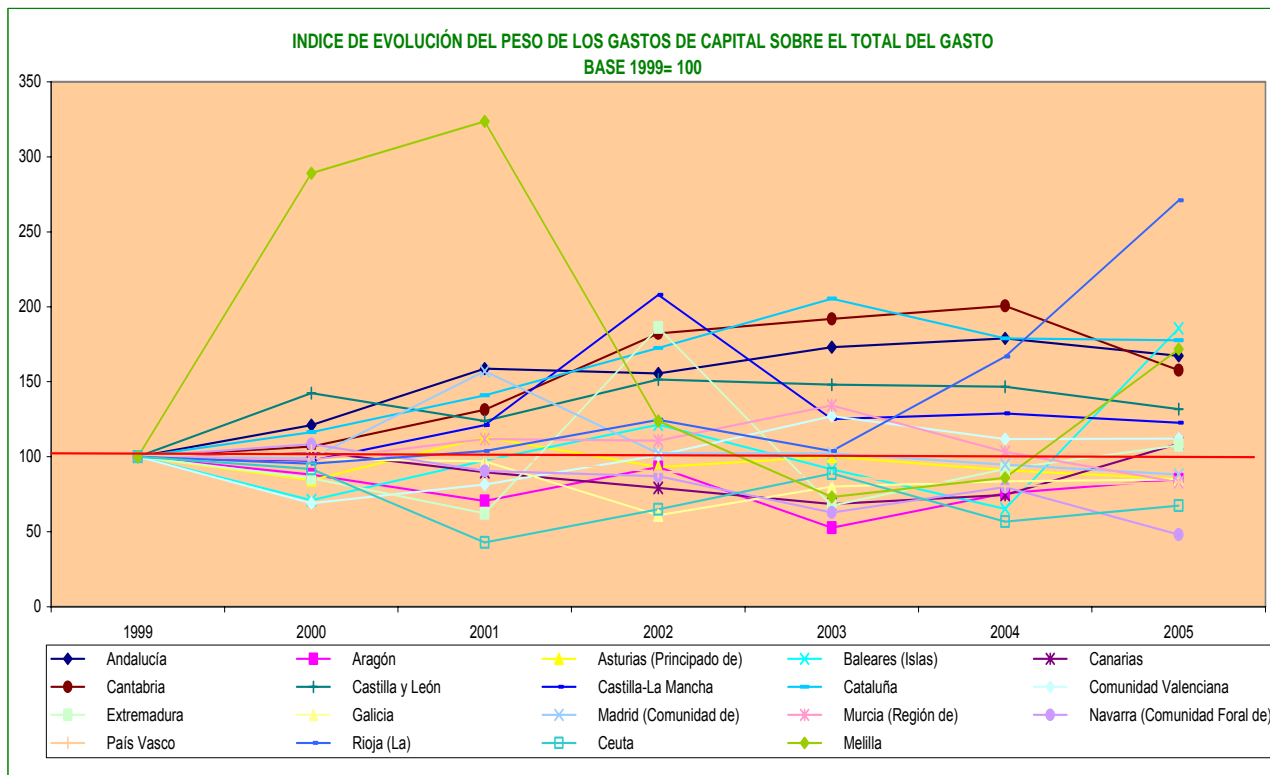
Los gastos de capital en el conjunto del gasto sanitario del sector analizado ascienden, en 2005, a 1.824,34 millones de euros, lo que supone, en media, un 3,99% del total. Estos gastos han ganado peso en el total a lo largo del periodo que se estudia, partiendo en 1999 de un 3,46%. Los gastos de capital han ganado peso en el conjunto del gasto sanitario en once 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 del 11,57% para el gasto de capital en el conjunto de comunidades. Se observan importantes diferencias en dichas tasas anuales medias, oscilando éstas entre el -5,11% y el 31,90%.

*



* El análisis de los gastos de capital debe tener en cuenta que, en algunas comunidades, las infraestructuras sanitarias de mayor volumen se financian mediante sistemas de concesión administrativa. En sus diversas variantes, estos esquemas han sido aplicados en casi todas las Comunidades Autónomas por lo que, al no tener reflejo en el presupuesto, se está subestimando el importante esfuerzo inversor realizado. El impacto en el presupuesto vendrá recogido en los ejercicios futuros, mediante los gastos de funcionamiento de los centros. Mientras que en los ejercicios de referencia el presupuesto sólo incluye equipamientos o reposición de algunos centros. En este sentido sería preciso, para realizar la comparación sobre bases homogéneas, incorporar el coste de la inversión realizada, con independencia del sistema de contratación o financiación seguido.



GASTOS DE CAPITAL

	Miles de Euros corrientes						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía	61.840	84.774	115.867	121.373	148.339	167.060	167.565
Aragón	37.056	34.743	30.625	43.653	27.965	44.675	52.851
Asturias (Principado de)	33.501	30.023	43.261	38.634	46.658	45.275	45.119
Baleares (Islas)	31.966	24.180	36.921	55.627	48.468	37.746	130.631
Canarias	85.099	96.233	88.719	87.904	86.035	99.010	162.741
Cantabria	21.576	24.978	34.421	52.987	64.885	73.228	62.561
Castilla y León	65.879	101.369	94.010	122.978	138.221	145.893	142.125
Castilla-La Mancha	49.506	51.855	69.981	138.553	90.524	93.736	114.742
Cataluña	55.322	69.981	90.521	120.758	163.418	150.668	163.044
Comunidad Valenciana	84.272	64.354	81.596	111.363	160.186	151.855	163.981
Extremadura	38.310	35.324	27.126	95.059	37.627	54.425	68.709
Galicia	121.242	126.256	135.154	88.801	127.571	147.676	155.416
Madrid (Comunidad de)	129.881	135.590	233.184	164.926	179.536	190.098	191.267
Murcia (Región de)	41.077	44.256	55.167	60.172	83.657	71.647	63.903
Navarra (Comunidad Foral de)	21.278	24.810	21.820	22.717	17.870	24.591	15.531
País Vasco	56.662	62.217	63.891	62.076	64.526	63.652	72.087
Rioja (La)	9.171	9.562	11.225	15.351	14.257	26.214	48.303
Ceuta	1.605	1.561	773	1.289	1.932	1.359	1.730
Melilla	682	2.237	2.780	1.120	702	926	2.033
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	945.926	1.024.305	1.237.042	1.405.341	1.502.377	1.589.734	1.824.339

GASTOS DE CAPITAL

	Porcentaje sobre el total del gasto de la comunidad						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía	1,33	1,61	2,11	2,07	2,30	2,38	2,23
Aragón	4,31	3,80	3,04	4,02	2,27	3,26	3,66
Asturias (Principado de)	4,22	3,56	4,77	3,93	4,23	3,84	3,60
Baleares (Islas)	6,63	4,71	6,47	8,05	6,08	4,33	12,32
Canarias	6,96	7,20	6,24	5,51	4,77	5,19	7,56
Cantabria	5,52	5,89	7,26	10,06	10,59	11,07	8,71
Castilla y León	3,92	5,58	4,85	5,93	5,80	5,75	5,16
Castilla-La Mancha	4,49	4,38	5,44	9,34	5,62	5,79	5,51
Cataluña	1,27	1,48	1,79	2,20	2,61	2,28	2,26
Comunidad Valenciana	3,15	2,18	2,57	3,18	4,01	3,53	3,53
Extremadura	5,26	4,50	3,27	9,79	3,54	4,83	5,66
Galicia	6,24	6,15	6,06	3,81	5,01	5,22	5,30
Madrid (Comunidad de)	3,81	3,78	5,98	3,90	3,90	3,60	3,35
Murcia (Región de)	5,52	5,40	6,17	6,11	7,41	5,70	4,57
Navarra (Comunidad Foral de)	4,65	5,04	4,21	4,05	2,92	3,70	2,23
País Vasco	3,50	3,64	3,49	3,15	3,05	2,81	2,90
Rioja (La)	5,05	4,82	5,24	6,29	5,24	8,43	13,69
Ceuta	3,60	3,31	1,55	2,34	3,20	2,05	2,43
Melilla	1,58	4,56	5,11	1,96	1,15	1,36	2,71
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	3,46	3,45	3,89	4,05	3,88	3,79	3,99

GASTOS DE CAPITAL

	Porcentaje de variación interanual						TAM 99/05	TAM 99/04	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
	2000	2001	2002	2003	2004	2005					
Andalucía	37,09	36,68	4,75	22,22	12,62	0,30	18,07	21,99	24,45	25,20	36,88
Aragón	-6,24	-11,85	42,54	-35,94	59,75	18,30	6,10	3,81	-6,79	5,61	-9,09
Asturias (Principado de)	-10,38	44,09	-10,69	20,77	-2,96	-0,34	5,09	6,21	8,63	4,87	13,64
Baleares (Islas)	-24,36	52,69	50,67	-12,87	-22,12	246,08	26,44	3,38	10,97	20,28	7,47
Canarias	13,08	-7,81	-0,92	-2,13	15,08	64,37	11,41	3,07	0,27	1,09	2,10
Cantabria	15,77	37,80	53,94	22,46	12,86	-14,57	19,41	27,69	31,69	34,92	26,31
Castilla y León	53,87	-7,26	30,81	12,40	5,55	-2,58	13,67	17,24	20,35	23,13	19,46
Castilla-La Mancha	4,75	34,96	97,99	-34,67	3,55	22,41	15,04	13,62	16,29	40,92	18,89
Cataluña	26,50	29,35	33,40	35,33	-7,80	8,21	19,74	22,19	31,10	29,72	27,92
Comunidad Valenciana	-23,64	26,79	36,48	43,84	-5,20	7,99	11,73	12,50	17,42	9,74	-1,60
Extremadura	-7,79	-23,21	250,43	-60,42	44,64	26,25	10,23	7,27	-0,45	35,38	-15,85
Galicia	4,14	7,05	-34,30	43,66	15,76	5,24	4,23	4,02	1,28	-9,86	5,58
Madrid (Comunidad de)	4,40	71,98	-29,27	8,86	5,88	0,62	6,66	7,92	8,43	8,29	33,99
Murcia (Región de)	7,74	24,66	9,07	39,03	-14,36	-10,81	7,64	11,77	19,46	13,57	15,89
Navarra (Comunidad Foral de)	16,60	-12,05	4,11	-21,34	37,61	-36,84	-5,11	2,94	-4,27	2,21	1,27
País Vasco	9,80	2,69	-2,84	3,95	-1,36	13,25	4,09	2,35	3,30	3,09	6,19
Rioja (La)	4,26	17,39	36,76	-7,13	83,87	84,26	31,90	23,37	11,66	18,73	10,63
Ceuta	-2,74	-50,49	66,73	49,89	-29,66	27,27	1,25	-3,28	4,74	-7,05	-30,60
Melilla	228,10	24,27	-59,72	-37,35	31,95	119,54	19,97	6,31	0,72	17,98	101,93
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	8,29	20,77	13,60	6,90	5,81	14,76	11,57	10,94	12,26	14,11	14,36

V.2.7. Clasificación funcional

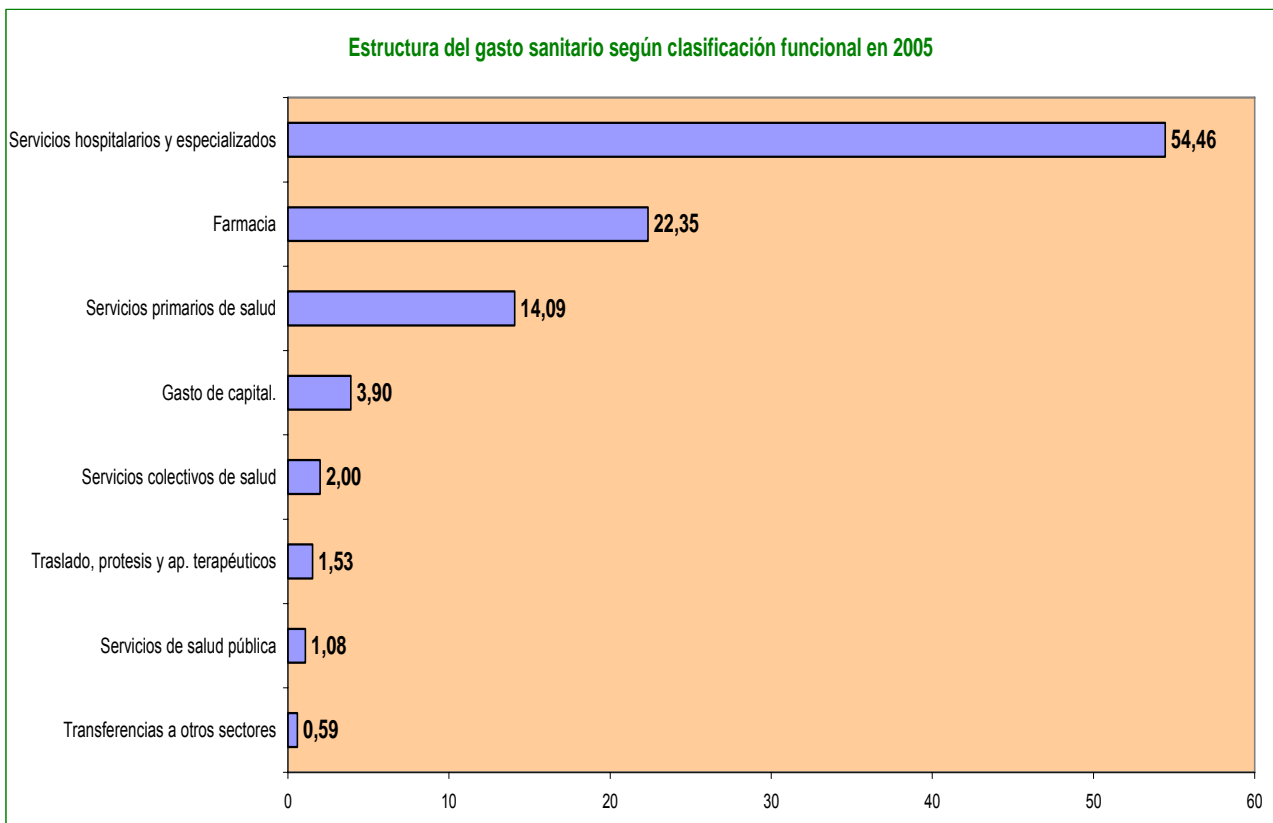
Desde la óptica de la clasificación funcional, la componente del gasto sanitario consolidado de las Comunidades y Ciudades Autónomas con mayor peso es la *asistencia hospitalaria y especializada*. En 2005 representa un 54,46% del total del gasto. Le sigue en importancia la *farmacia* (gasto en recetas médicas) con un 22,42%. Después, la *atención primaria de salud* con un 14,09%, seguida de los *gastos de capital* cuyo peso desciende al 3,90%⁴³. Los *servicios colectivos de salud* representan un 2,00%. El gasto en *traslados, prótesis y aparatos terapéuticos* tienen un peso del 1,53%. Los *servicios de salud pública* un 1,08%. Finalmente, las *transferencias corrientes a otros sectores* suponen el 0,59% del gasto.

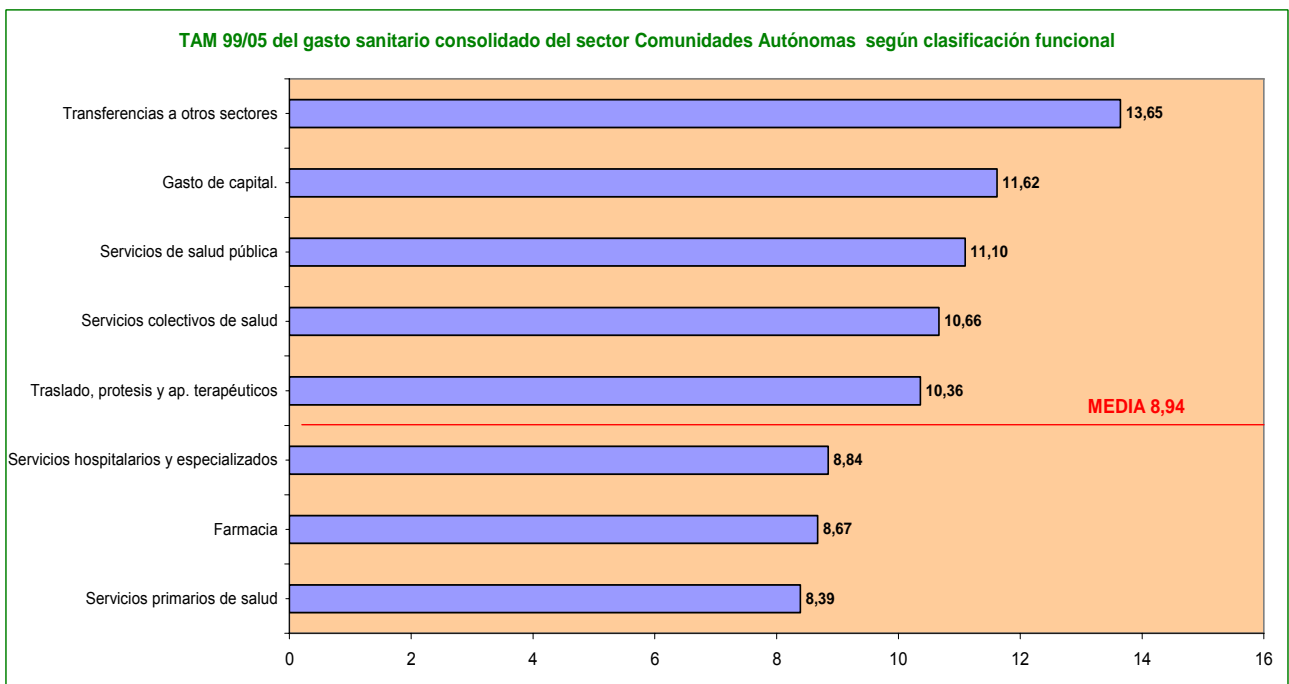
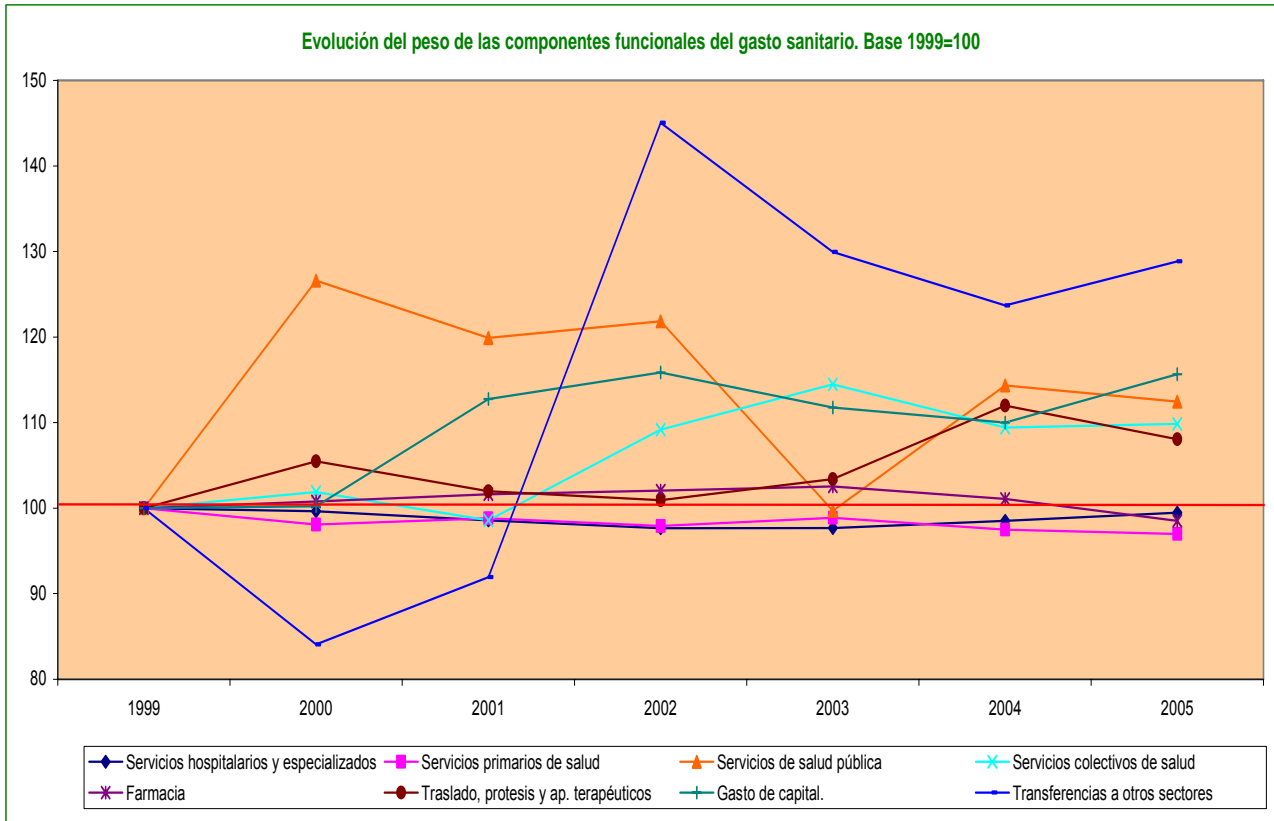
⁴³ Sin transferencias de capital a otros sectores. Obsérvese que en la clasificación funcional del gasto las transferencias de capital a otros sectores se incluyen en la rúbrica transferencias a otros sectores. Por tanto, en esta clasificación los gastos de capital no coinciden con el mismo concepto de la clasificación económico-presupuestaria.

Entre los componentes de mayor peso (atención primaria, especializada y farmacia), el más dinámico en el periodo 1999 a 2005 ha sido la asistencia hospitalaria y especializada, desplazando de este puesto a los gastos en farmacia. El resto de componentes han registrado importantes incrementos durante este periodo. No obstante, su impacto en el conjunto del gasto es limitado ya que entre todos suponen aproximadamente el 9% del gasto.

Evolución de la atención primaria, especializada y farmacia entre 1999 y 2005

	TAM 99/05	TAM 99/04	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
Servicios hospitalarios y especializados	8,84	8,59	8,41	7,38	7,07
Servicios primarios de salud	8,39	8,36	8,74	7,47	7,20
Farmacia	8,67	9,15	9,73	8,96	8,70





GASTO TERRITORIAL CONSOLIDADO. EVOLUCIÓN 1999-2005

COMUNIDADES AUTÓNOMAS

CLASIFICACIÓN FUNCIONAL

	Miles de Euros corrientes						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Servicios hospitalarios y especializados	14.967.851	16.186.259	17.157.848	18.529.728	20.674.016	22.596.964	24.889.036
Servicios primarios de salud	3.975.414	4.232.087	4.568.359	4.934.366	5.557.683	5.939.689	6.445.978
Servicios de salud pública	263.494	362.125	367.370	407.032	371.369	461.650	495.398
Servicios colectivos de salud	497.247	549.932	570.049	688.449	804.840	833.687	913.258
Farmacia	6.230.317	6.816.744	7.361.268	8.060.107	9.033.552	9.651.892	10.261.956
Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	388.518	444.874	460.684	497.187	567.958	666.787	701.971
Gasto de capital.	924.136	1.005.553	1.211.578	1.357.679	1.460.083	1.558.049	1.787.084
Transferencias a otros sectores	125.245	114.294	133.882	230.305	230.109	237.414	269.816
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	27.372.222	29.711.869	31.831.038	34.704.853	38.699.611	41.946.132	45.764.498

ESTRUCTURA

porcentaje sobre el total

Servicios hospitalarios y especializados	54,68	54,48	53,90	53,39	53,42	53,87	54,39
Servicios primarios de salud	14,52	14,24	14,35	14,22	14,36	14,16	14,09
Servicios de salud pública	0,96	1,22	1,15	1,17	0,96	1,10	1,08
Servicios colectivos de salud	1,82	1,85	1,79	1,98	2,08	1,99	2,00
Farmacia	22,76	22,94	23,13	23,22	23,34	23,01	22,42
Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	1,42	1,50	1,45	1,43	1,47	1,59	1,53
Gasto de capital.	3,38	3,38	3,81	3,91	3,77	3,71	3,90
Transferencias a otros sectores	0,46	0,38	0,42	0,66	0,59	0,57	0,59

INCREMENTO ANUAL (%)

Porcentaje variación interanual

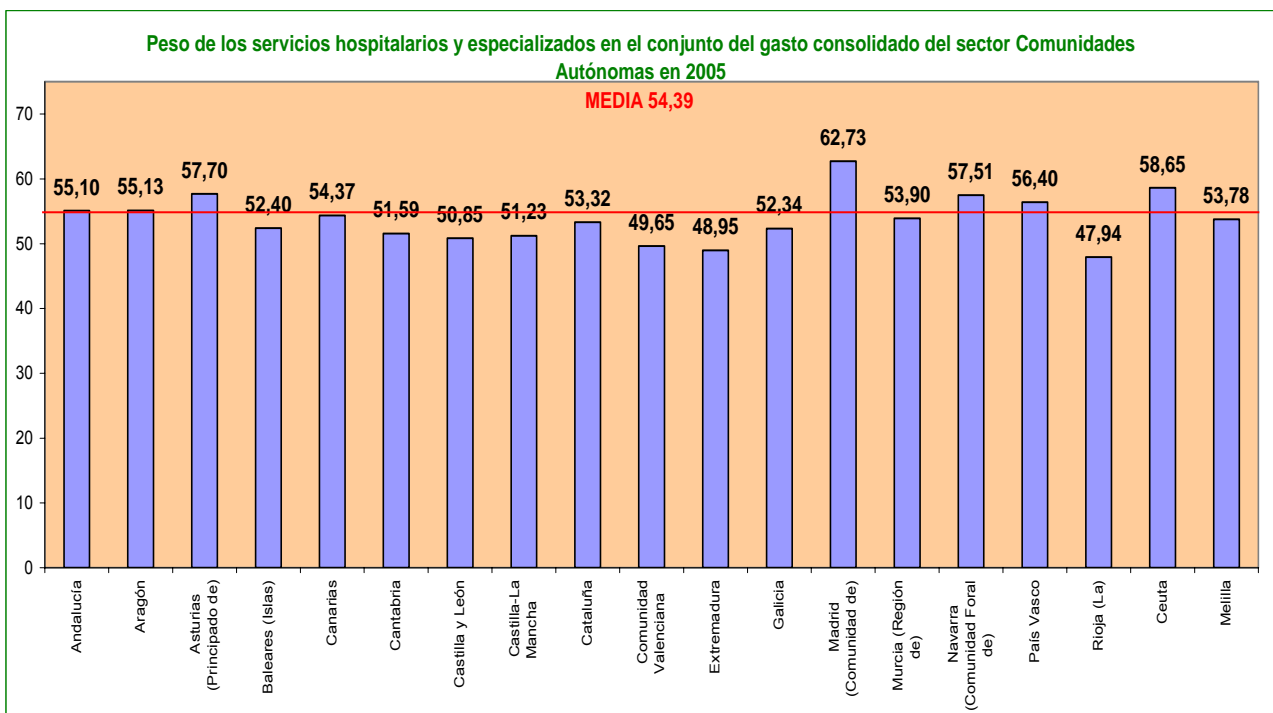
								TAM	TAM	TAM	TAM	TAM
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	99/05	99/04	99/03	99/02	99/01	
Servicios hospitalarios y especializados	8,14	6,00	8,00	11,57	9,30	10,14	8,84	8,59	8,41	7,38	7,07	
Servicios primarios de salud	6,46	7,95	8,01	12,63	6,87	8,52	8,39	8,36	8,74	7,47	7,20	
Servicios de salud pública	37,43	1,45	10,80	-8,76	24,31	7,31	11,10	11,87	8,96	15,60	18,08	
Servicios colectivos de salud	10,60	3,66	20,77	16,91	3,58	9,54	10,66	10,89	12,79	11,46	7,07	
Farmacia	9,41	7,99	9,49	12,08	6,84	6,32	8,67	9,15	9,73	8,96	8,70	
Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	14,51	3,55	7,92	14,23	17,40	5,28	10,36	11,41	9,96	8,57	8,89	
Gasto de capital.	8,81	20,49	12,06	7,54	6,71	14,70	11,62	11,01	12,11	13,68	14,50	
Transferencias a otros sectores	-8,74	17,14	72,02	-0,08	3,17	13,65	13,65	13,64	16,42	22,51	3,39	
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	8,55	7,13	9,03	11,51	8,39	9,10	8,94	8,91	9,04	8,23	7,84	

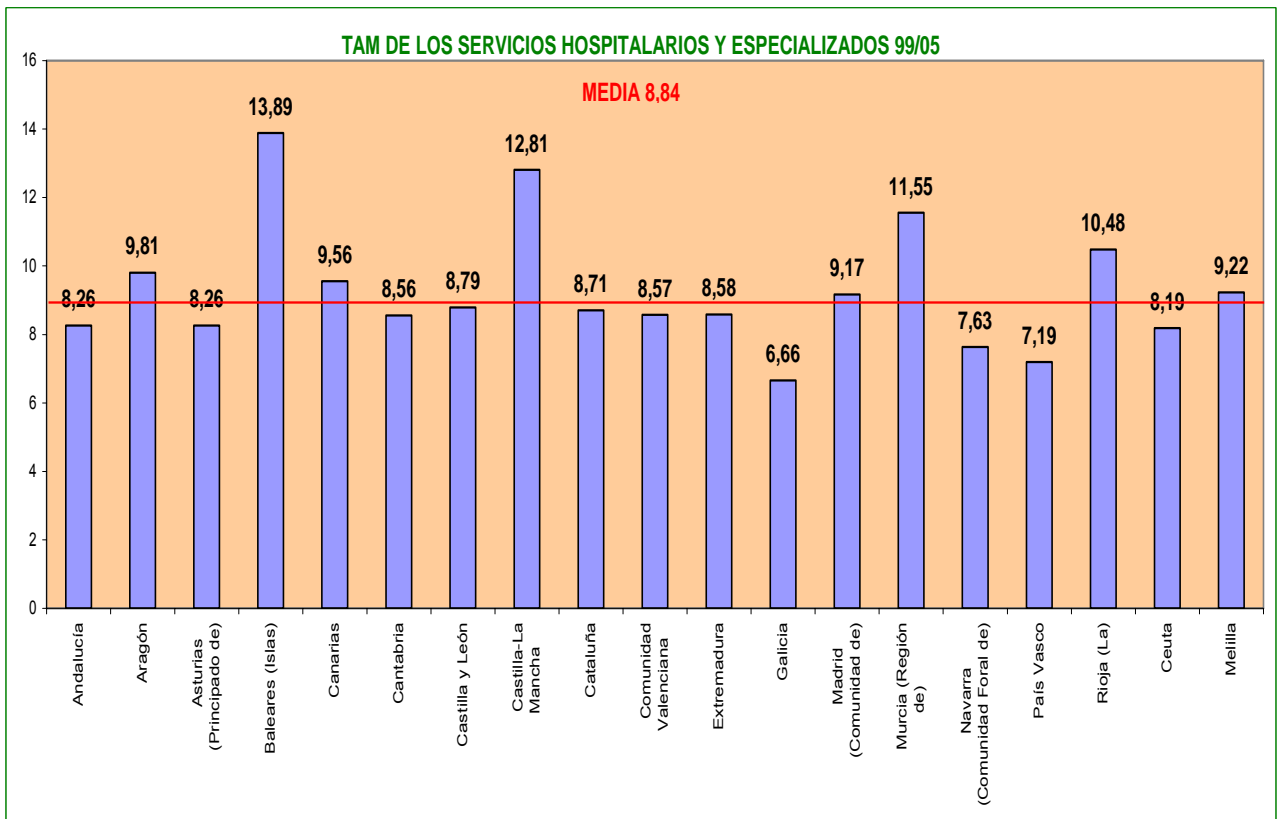
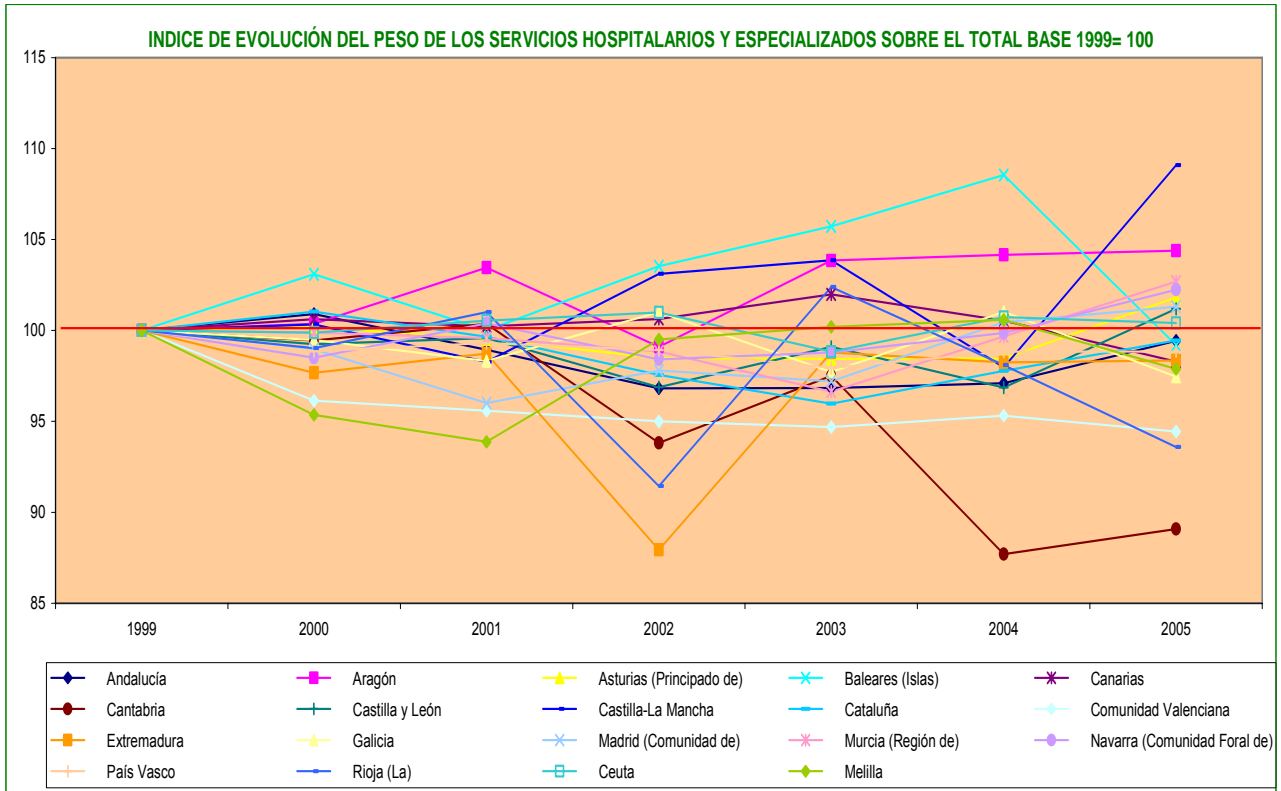
V.2.7.1. Servicios hospitalarios y especializados

Los servicios hospitalarios y especializados representan en 2005 el 54,39% del gasto consolidado del sector. Esta proporción oscila entre el 47,94% y el 62,73%.

Con carácter general, entre 1999 y 2003 se detecta 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. En el año 2004, esta partida de gasto empieza a crecer más que el gasto sanitario por lo que empieza a recuperar peso en el conjunto del gasto, de forma que en el año 2005 éste se sitúa prácticamente en el nivel de 1999. Entre comunidades, la atención especializada ha perdido peso en once comunidades y ganado en ocho.

Durante el periodo de análisis, este tipo de asistencia en el conjunto del sector ha crecido en términos medios un 8,84% anual, pasando de una tasa del 8,14% en el año 2000 a una del 10,14% en el año 2005, registrando el crecimiento máximo (11,57%) en 2003. Entre 1999 y 2005 el crecimiento medio anual varía por Comunidades Autónomas entre un 6,66% y un 13,89%.





SERVICIOS HOSPITALARIOS Y ESPECIALIZADOS

	Miles de euros corrientes						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía	2.573.852	2.939.017	3.005.207	3.144.979	3.455.397	3.771.917	4.143.391
Aragón	453.813	485.001	550.261	568.709	675.549	753.530	795.486
Asturias (Principado de)	449.805	478.424	511.242	548.203	615.505	658.386	724.000
Baleares (Islas)	254.557	279.390	301.508	377.792	445.286	499.877	555.450
Canarias	676.822	743.591	788.446	888.312	1.016.798	1.060.194	1.170.298
Cantabria	226.326	244.056	275.702	286.158	345.899	335.917	370.487
Castilla y León	845.416	906.157	969.548	1.008.921	1.187.448	1.236.016	1.401.360
Castilla-La Mancha	517.683	558.227	594.184	718.616	785.974	744.778	1.067.178
Cataluña	2.331.375	2.558.916	2.697.573	2.876.469	3.216.033	3.471.885	3.846.914
Comunidad Valenciana	1.406.067	1.494.147	1.595.521	1.748.677	1.990.254	2.158.555	2.303.388
Extremadura	362.819	381.969	407.128	425.213	522.402	550.907	594.671
Galicia	1.042.530	1.097.137	1.177.076	1.264.019	1.336.783	1.533.969	1.534.661
Madrid (Comunidad de)	2.112.582	2.199.420	2.317.981	2.562.792	2.772.973	3.281.061	3.576.534
Murcia (Región de)	390.911	429.984	467.323	511.317	572.918	657.959	753.270
Navarra (Comunidad Foral de)	257.537	272.644	292.795	310.530	340.089	372.982	400.459
País Vasco	922.976	964.303	1.038.142	1.111.037	1.183.700	1.275.874	1.400.275
Rioja (La)	93.016	100.684	110.760	114.238	142.670	156.291	169.171
Ceuta	26.011	27.491	29.359	32.433	34.829	39.102	41.712
Melilla	23.754	25.700	28.089	31.311	33.508	37.762	40.334
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	14.967.851	16.186.259	17.157.848	18.529.728	20.674.016	22.596.964	24.889.036

SERVICIOS HOSPITALARIOS Y ESPECIALIZADOS

	Porcentaje sobre el total del gasto de la comunidad						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía	55,42	55,92	54,83	53,66	53,67	53,81	55,10
Aragón	52,81	53,00	54,63	52,33	54,84	55,01	55,13
Asturias (Principado de)	56,67	56,79	56,40	55,81	55,79	55,79	57,70
Baleares (Islas)	52,82	54,46	52,82	54,69	55,84	57,34	52,40
Canarias	55,32	55,66	55,44	55,67	56,41	55,61	54,37
Cantabria	57,91	57,59	58,12	54,33	56,47	50,79	51,59
Castilla y León	50,26	49,88	50,05	48,69	49,81	48,68	50,85
Castilla-La Mancha	46,96	47,12	46,15	48,42	48,77	46,01	51,23
Cataluña	53,62	54,18	53,43	52,31	51,46	52,43	53,32
Comunidad Valenciana	52,57	50,55	50,25	49,94	49,77	50,11	49,65
Extremadura	49,78	48,62	49,14	43,78	49,17	48,90	48,95
Galicia	53,69	53,42	52,79	54,24	52,47	54,24	52,34
Madrid (Comunidad de)	61,92	61,27	59,44	60,55	60,19	62,19	62,73
Murcia (Región de)	52,49	52,43	52,28	51,89	50,73	52,32	53,90
Navarra (Comunidad Foral de)	56,25	55,41	56,47	55,36	55,56	56,17	57,51
País Vasco	57,06	56,40	56,66	56,44	55,89	56,39	56,40
Rioja (La)	51,22	50,72	51,74	46,84	52,45	50,25	47,94
Ceuta	58,41	58,34	58,72	58,99	57,72	58,84	58,65
Melilla	54,95	52,40	51,58	54,68	55,05	55,27	53,78
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	54,68	54,48	53,90	53,39	53,42	53,87	54,39

SERVICIOS HOSPITALARIOS Y ESPECIALIZADOS

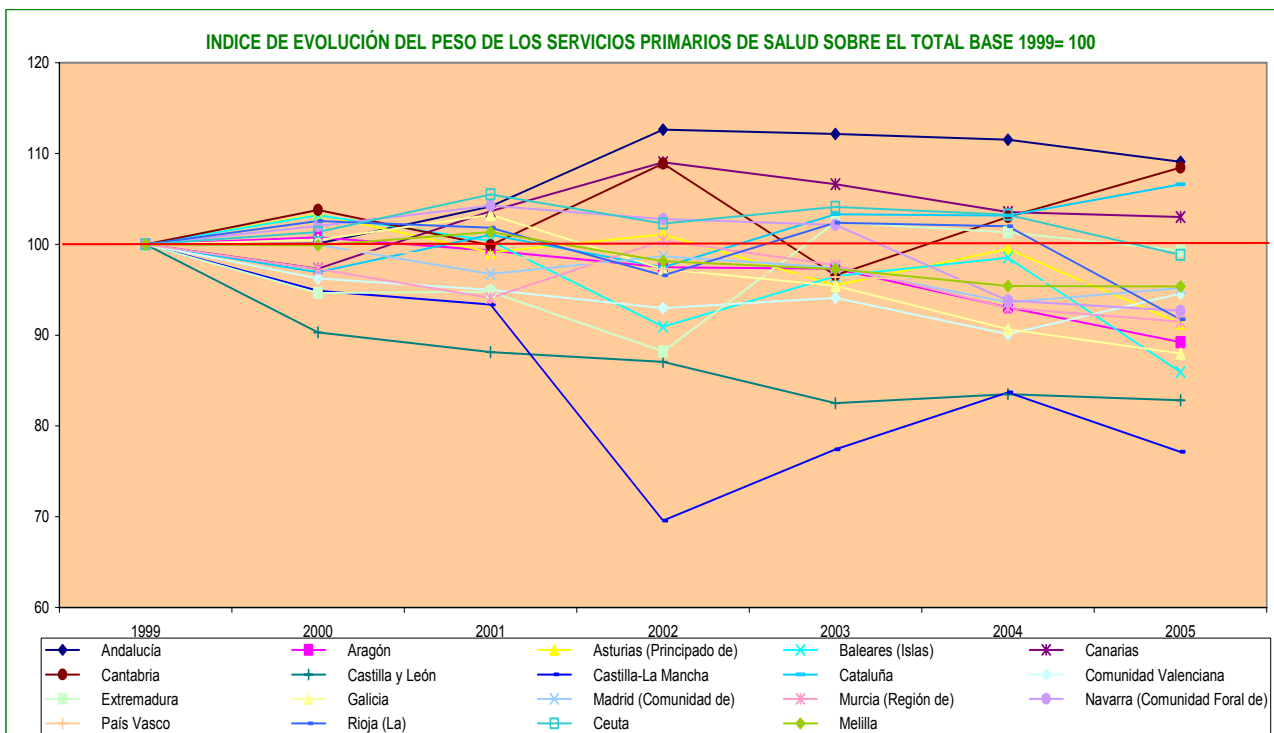
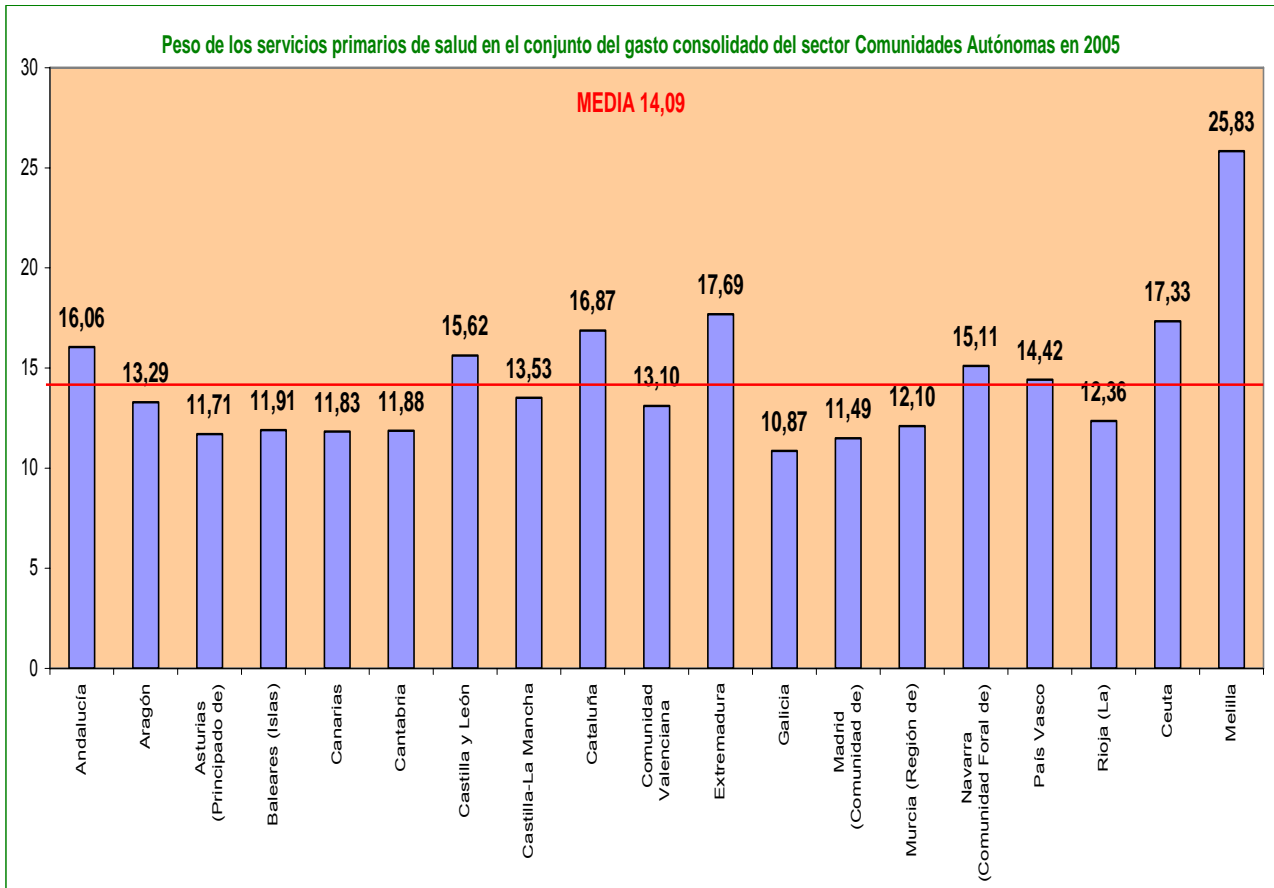
	Porcentaje de variación interanual						TAM 99/05	TAM 99/04	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
	2000	2001	2002	2003	2004	2005					
Andalucía	14,19	2,25	4,65	9,87	9,16	9,85	8,26	7,94	7,64	6,91	8,06
Aragón	6,87	13,46	3,35	18,79	11,54	5,57	9,81	10,67	10,46	7,81	10,11
Asturias (Principado de)	6,36	6,86	7,23	12,28	6,97	9,97	8,26	7,92	8,16	6,82	6,61
Baleares (Islas)	9,76	7,92	25,30	17,87	12,26	11,12	13,89	14,45	15,00	14,07	8,83
Canarias	9,87	6,03	12,67	14,46	4,27	10,39	9,56	9,39	10,71	9,49	7,93
Cantabria	7,83	12,97	3,79	20,88	-2,89	10,29	8,56	8,22	11,19	8,13	10,37
Castilla y León	7,18	7,00	4,06	17,69	4,09	13,38	8,79	7,89	8,86	6,07	7,09
Castilla-La Mancha	7,83	6,44	20,94	9,37	-5,24	43,29	12,81	7,55	11,00	11,55	7,13
Cataluña	9,76	5,42	6,63	11,80	7,96	10,80	8,71	8,29	8,37	7,25	7,57
Comunidad Valenciana	6,26	6,78	9,60	13,81	8,46	6,71	8,57	8,95	9,08	7,54	6,52
Extremadura	5,28	6,59	4,44	22,86	5,46	7,94	8,58	8,71	9,54	5,43	5,93
Galicia	5,24	7,29	7,39	5,76	14,75	0,05	6,66	8,03	6,41	6,63	6,26
Madrid (Comunidad de)	4,11	5,39	10,56	8,20	18,32	9,01	9,17	9,20	7,04	6,65	4,75
Murcia (Región de)	10,00	8,68	9,41	12,05	14,84	14,49	11,55	10,97	10,03	9,36	9,34
Navarra (Comunidad Foral de)	5,87	7,39	6,06	9,52	9,67	7,37	7,63	7,69	7,20	6,44	6,63
País Vasco	4,48	7,66	7,02	6,54	7,79	9,75	7,19	6,69	6,42	6,38	6,06
Rioja (La)	8,24	10,01	3,14	24,89	9,55	8,24	10,48	10,94	11,29	7,09	9,12
Ceuta	5,69	6,79	10,47	7,39	12,27	6,68	8,19	8,49	7,57	7,63	6,24
Melilla	8,19	9,30	11,47	7,01	12,70	6,81	9,22	9,71	8,98	9,64	8,74
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	8,14	6,00	8,00	11,57	9,30	10,14	8,84	8,59	8,41	7,38	7,07

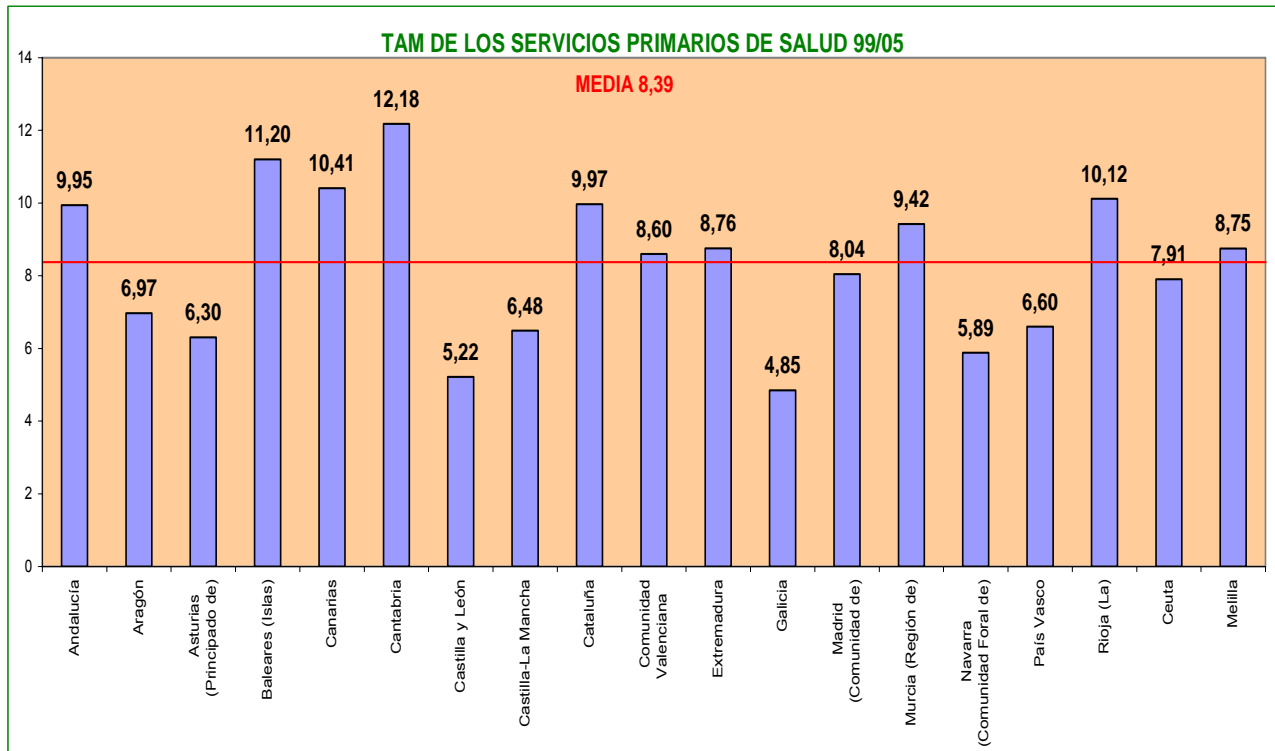
V.2.7.2. Servicios de atención primaria

La Atención Primaria representa el 14,09% del gasto consolidado del sector Comunidades Autónomas y oscila entre el 10,87% y el 25,83%.

Por lo que se refiere a la evolución entre 1999 y 2005, la Atención Primaria ha perdido peso en quince comunidades y lo ha ganado en cuatro. 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 8,39% anual, pasando de un crecimiento anual del 6,46% en 2000 a un 8,52% en 2005, con un pico de crecimiento en el año 2003 del 12,63%. El crecimiento medio anual entre 1999 y 2005 varía por Comunidades Autónomas entre un 4,85% y un 12,18%.





SERVICIOS PRIMARIOS DE SALUD

Miles de euros corrientes

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía	683.601	774.234	840.274	971.706	1.062.834	1.150.649	1.207.446
Aragón	128.033	137.390	148.998	157.849	178.603	189.931	191.815
Asturias (Principado de)	101.808	111.635	115.215	127.363	135.128	150.590	146.911
Baleares (Islas)	66.761	73.340	79.384	87.005	106.567	118.990	126.213
Canarias	140.556	149.351	169.321	199.864	220.754	226.806	254.669
Cantabria	42.806	48.168	51.894	62.809	64.812	74.604	85.311
Castilla y León	317.205	309.260	321.930	340.192	370.881	399.794	430.441
Castilla-La Mancha	193.286	197.071	210.766	180.973	218.711	237.565	281.792
Cataluña	688.014	724.397	807.116	848.187	1.021.478	1.080.897	1.217.036
Comunidad Valenciana	370.602	394.219	417.877	450.996	521.366	537.760	607.859
Extremadura	129.857	132.442	139.867	152.621	193.844	203.321	214.888
Galicia	239.867	254.962	284.398	280.067	300.392	316.653	318.667
Madrid (Comunidad de)	411.907	433.015	455.414	504.256	541.876	596.099	655.251
Murcia (Región de)	98.480	105.488	111.206	130.858	145.926	154.686	169.061
Navarra (Comunidad Foral de)	74.627	81.826	88.093	93.976	101.899	101.509	105.188
País Vasco	244.008	256.206	273.027	288.814	308.023	327.386	358.100
Rioja (La)	24.473	27.434	29.377	31.740	37.529	42.753	43.633
Ceuta	7.809	8.376	9.250	9.863	11.017	12.034	12.327
Melilla	11.713	13.275	14.952	15.226	16.044	17.660	19.371
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	3.975.414	4.232.087	4.568.359	4.934.366	5.557.683	5.939.689	6.445.978

SERVICIOS PRIMARIOS DE SALUD

	Porcentaje sobre el total del gasto de la comunidad						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía	14,72	14,73	15,33	16,58	16,51	16,42	16,06
Aragón	14,90	15,01	14,79	14,52	14,50	13,87	13,29
Asturias (Principado de)	12,83	13,25	12,71	12,97	12,25	12,76	11,71
Baleares (Islas)	13,85	14,30	13,91	12,59	13,36	13,65	11,91
Canarias	11,49	11,18	11,91	12,52	12,25	11,90	11,83
Cantabria	10,95	11,37	10,94	11,93	10,58	11,28	11,88
Castilla y León	18,86	17,02	16,62	16,42	15,56	15,74	15,62
Castilla-La Mancha	17,53	16,63	16,37	12,19	13,57	14,68	13,53
Cataluña	15,82	15,34	15,99	15,43	16,35	16,32	16,87
Comunidad Valenciana	13,86	13,34	13,16	12,88	13,04	12,48	13,10
Extremadura	17,82	16,86	16,88	15,71	18,25	18,05	17,69
Galicia	12,35	12,41	12,75	12,02	11,79	11,20	10,87
Madrid (Comunidad de)	12,07	12,06	11,68	11,91	11,76	11,30	11,49
Murcia (Región de)	13,22	12,86	12,44	13,28	12,92	12,30	12,10
Navarra (Comunidad Foral de)	16,30	16,63	16,99	16,75	16,65	15,29	15,11
País Vasco	15,08	14,99	14,90	14,67	14,54	14,47	14,42
Rioja (La)	13,48	13,82	13,72	13,01	13,80	13,74	12,36
Ceuta	17,54	17,77	18,50	17,94	18,26	18,11	17,33
Melilla	27,09	27,06	27,46	26,59	26,36	25,85	25,83
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	14,52	14,24	14,35	14,22	14,36	14,16	14,09

SERVICIOS PRIMARIOS DE SALUD

	Porcentaje de variación interanual										
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	TAM 99/05	TAM 99/04	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
Andalucía	13,26	8,53	15,64	9,38	8,26	4,94	9,95	10,98	11,66	12,44	10,87
Aragón	7,31	8,45	5,94	13,15	6,34	0,99	6,97	8,21	8,68	7,23	7,88
Asturias (Principado de)	9,65	3,21	10,54	6,10	11,44	-2,44	6,30	8,14	7,33	7,75	6,38
Baleares (Islas)	9,85	8,24	9,60	22,48	11,66	6,07	11,20	12,25	12,40	9,23	9,04
Canarias	6,26	13,37	18,04	10,45	2,74	12,28	10,41	10,04	11,95	12,45	9,76
Cantabria	12,53	7,74	21,03	3,19	15,11	14,35	12,18	11,75	10,93	13,63	10,10
Castilla y León	-2,50	4,10	5,67	9,02	7,80	7,67	5,22	4,74	3,99	2,36	0,74
Castilla-La Mancha	1,96	6,95	-14,14	20,85	8,62	18,62	6,48	4,21	3,14	-2,17	4,42
Cataluña	5,29	11,42	5,09	20,43	5,82	12,59	9,97	9,46	10,38	7,23	8,31
Comunidad Valenciana	6,37	6,00	7,93	15,60	3,14	13,04	8,60	7,73	8,91	6,76	6,19
Extremadura	1,99	5,61	9,12	27,01	4,89	5,69	8,76	9,38	10,53	5,53	3,78
Galicia	6,29	11,55	-1,52	7,26	5,41	0,64	4,85	5,71	5,79	5,30	8,89
Madrid (Comunidad de)	5,12	5,17	10,72	7,46	10,01	9,92	8,04	7,67	7,10	6,98	5,15
Murcia (Región de)	7,12	5,42	17,67	11,52	6,00	9,29	9,42	9,45	10,33	9,94	6,26
Navarra (Comunidad Foral de)	9,65	7,66	6,68	8,43	-0,38	3,62	5,89	6,35	8,10	7,99	8,65
País Vasco	5,00	6,57	5,78	6,65	6,29	9,38	6,60	6,05	6,00	5,78	5,78
Rioja (La)	12,10	7,08	8,04	18,24	13,92	2,06	10,12	11,80	11,28	9,05	9,56
Ceuta	7,25	10,44	6,63	11,70	9,23	2,44	7,91	9,03	8,99	8,09	8,83
Melilla	13,34	12,64	1,83	5,37	10,07	9,69	8,75	8,56	8,18	9,14	12,99
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	6,46	7,95	8,01	12,63	6,87	8,52	8,39	8,36	8,74	7,47	7,20

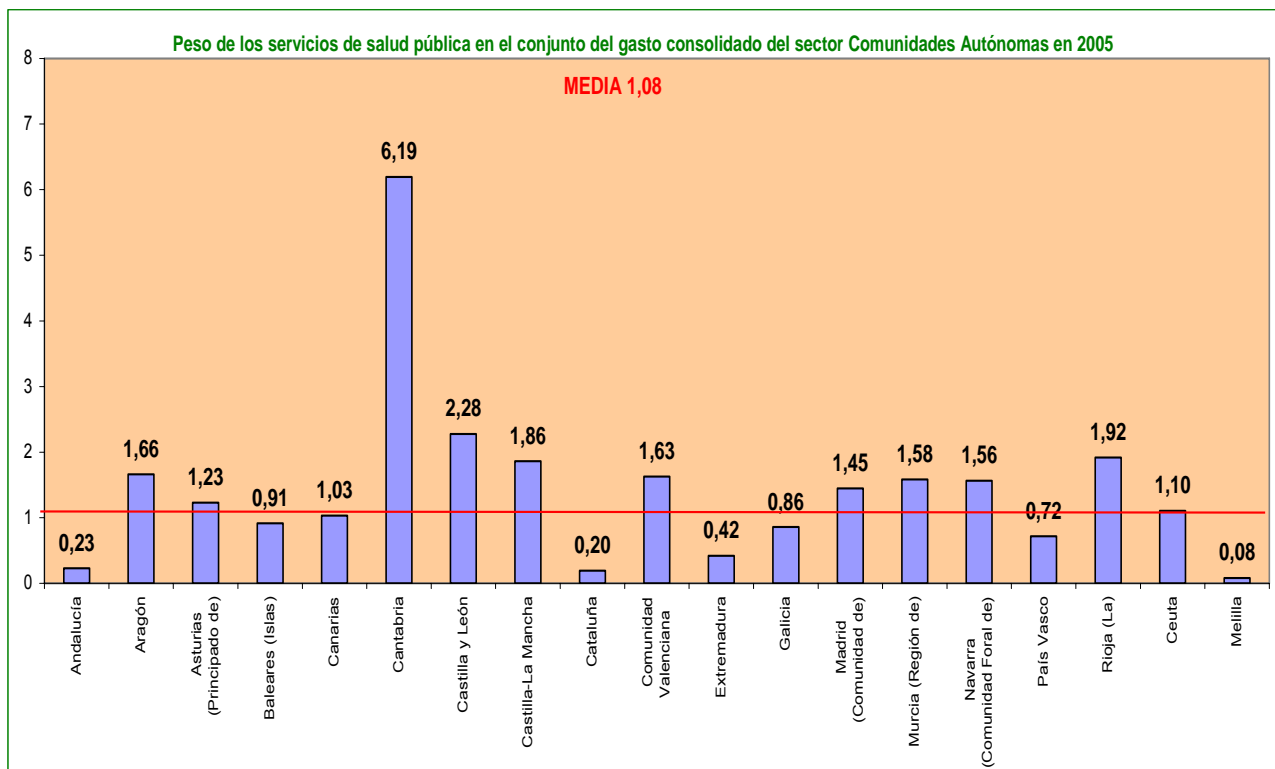
V.2.7.3. Servicios de salud pública

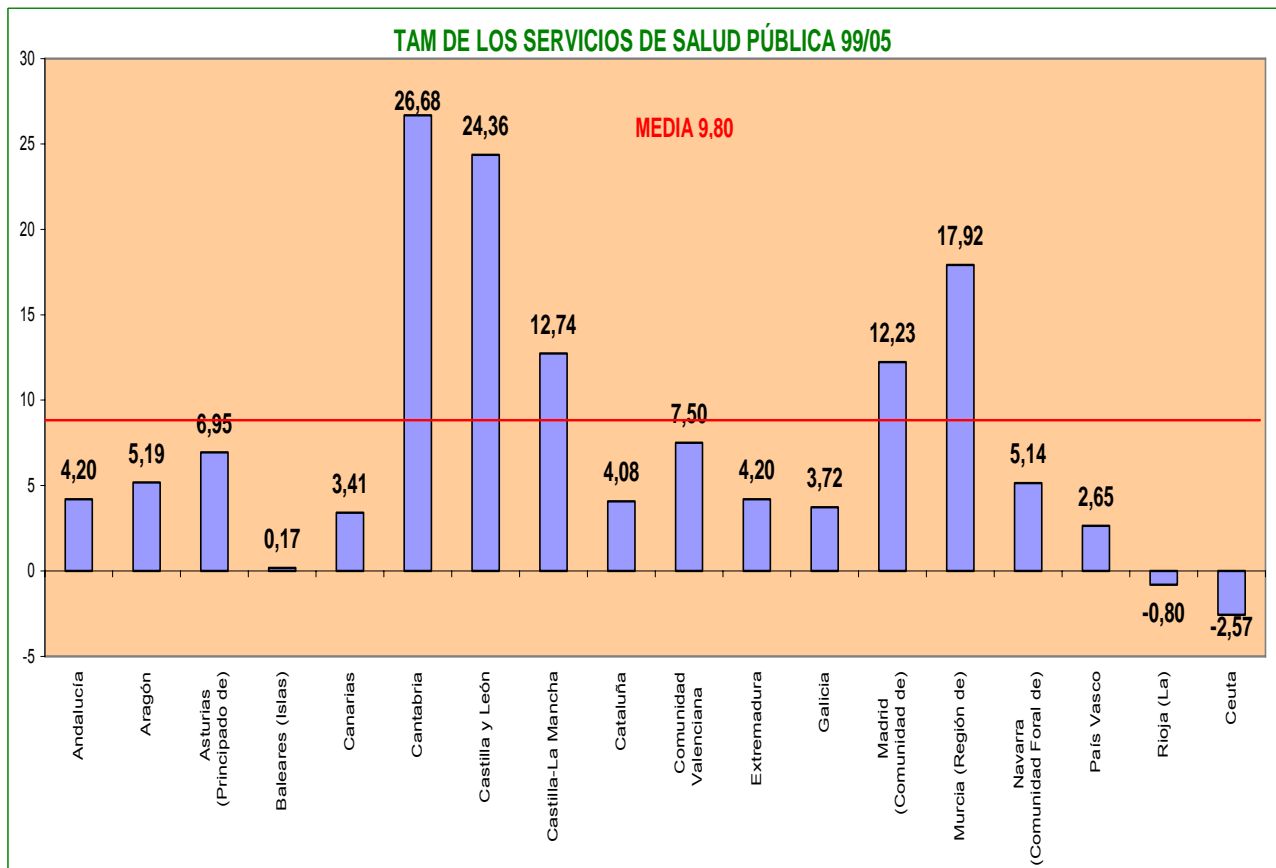
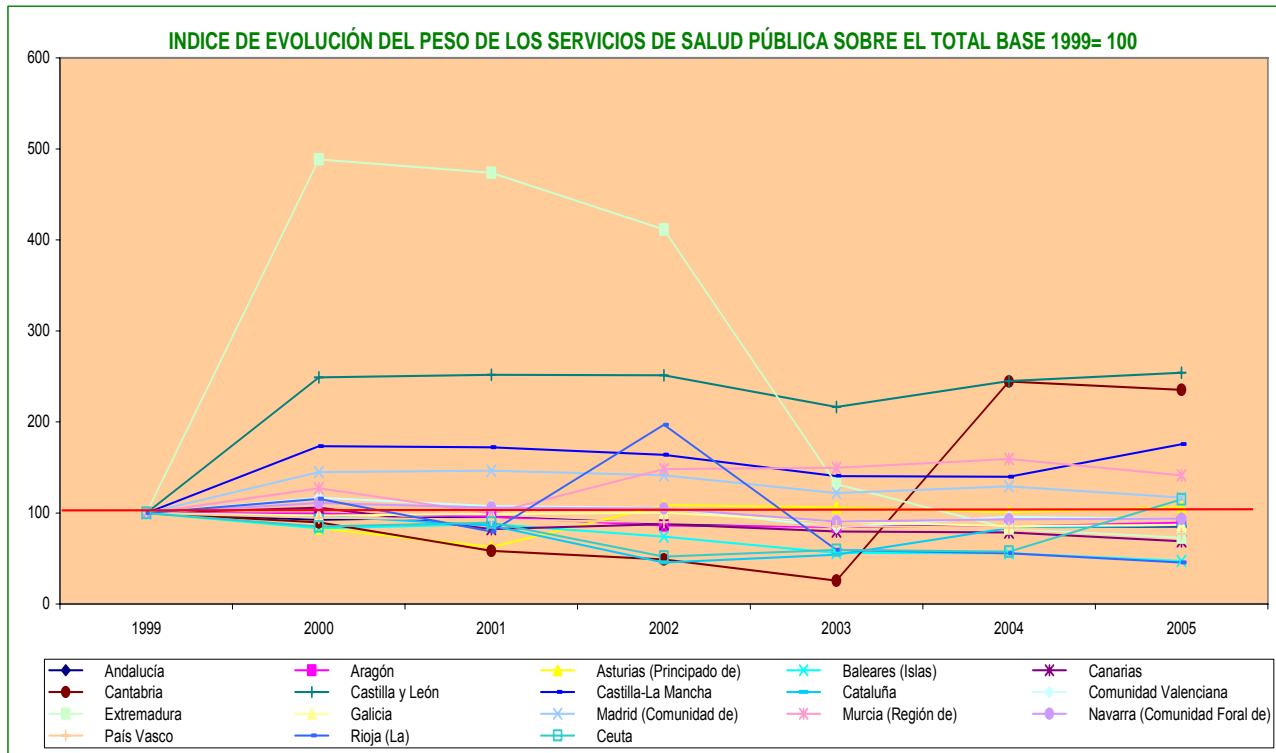
En 2005, un 1,08% del gasto sanitario consolidado del sector de Comunidades y Ciudades Autónomas se destinó a Salud Pública, porcentaje que registra un recorrido entre el 0,08% y el 6,19%.

La evolución del peso de esta componente entre 1999 y 2005 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, como por ejemplo a la forma de definir y clasificar esta actividad en los sistemas contables. Es preciso destacar que los programas de salud pública se desarrollan por lo general a través de la red de Atención Primaria, por lo que el

gasto correspondiente podría, en algunos casos, haber quedado clasificado contablemente dentro de dichos Servicios de Atención Primaria.

Por lo que se refiere a la tasa de crecimiento anual media del periodo, ésta ha sido de 9,80% 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 -2,57% y 26,68%.





SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA

	Miles de euros corrientes						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía	12.543	13.116	14.204	13.982	14.866	16.052	17.273
Aragón	15.961	16.873	17.919	17.423	19.426	21.619	23.945
Asturias (Principado de)	9.149	8.076	6.531	12.293	13.483	13.693	15.400
Baleares (Islas)	9.308	8.231	9.666	9.871	8.647	9.405	9.682
Canarias	18.347	21.180	17.552	20.936	21.554	22.441	22.202
Cantabria	10.283	9.994	7.298	6.795	4.129	42.500	44.478
Castilla y León	15.092	40.559	43.756	46.690	46.293	55.828	62.784
Castilla-La Mancha	11.695	21.781	23.504	25.803	24.014	24.014	38.772
Cataluña	9.806	10.337	9.817	5.653	7.621	12.468	14.068
Comunidad Valenciana	46.602	60.094	59.521	64.410	58.759	71.919	75.527
Extremadura	4.176	21.986	22.486	22.899	8.014	5.346	5.076
Galicia	19.137	19.625	21.735	22.991	22.819	23.825	25.171
Madrid (Comunidad de)	42.248	64.332	70.738	74.116	69.510	84.437	82.574
Murcia (Región de)	8.333	11.660	9.974	16.356	18.900	22.405	22.127
Navarra (Comunidad Foral de)	7.650	9.114	9.180	9.833	9.267	10.333	10.880
País Vasco	15.102	15.135	15.885	16.508	16.927	17.663	17.830
Rioja (La)	7.635	9.648	7.173	20.198	6.794	7.277	6.764
Ceuta	428	385	430	276	345	366	785
Melilla	--	--	--	--	--	60	60
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	263.494	362.125	367.370	407.032	371.369	461.650	495.398

SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA

	Porcentaje sobre el total del gasto de la comunidad						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía	0,27	0,25	0,26	0,24	0,23	0,23	0,23
Aragón	1,86	1,84	1,78	1,60	1,58	1,58	1,66
Asturias (Principado de)	1,15	0,96	0,72	1,25	1,22	1,16	1,23
Baleares (Islas)	1,93	1,60	1,69	1,43	1,08	1,08	0,91
Canarias	1,50	1,59	1,23	1,31	1,20	1,18	1,03
Cantabria	2,63	2,36	1,54	1,29	0,67	6,43	6,19
Castilla y León	0,90	2,23	2,26	2,25	1,94	2,20	2,28
Castilla-La Mancha	1,06	1,84	1,83	1,74	1,49	1,48	1,86
Cataluña	0,23	0,22	0,19	0,10	0,12	0,19	0,20
Comunidad Valenciana	1,74	2,03	1,87	1,84	1,47	1,67	1,63
Extremadura	0,57	2,80	2,71	2,36	0,75	0,47	0,42
Galicia	0,99	0,96	0,97	0,99	0,90	0,84	0,86
Madrid (Comunidad de)	1,24	1,79	1,81	1,75	1,51	1,60	1,45
Murcia (Región de)	1,12	1,42	1,12	1,66	1,67	1,78	1,58
Navarra (Comunidad Foral de)	1,67	1,85	1,77	1,75	1,51	1,56	1,56
País Vasco	0,93	0,89	0,87	0,84	0,80	0,78	0,72
Rioja (La)	4,20	4,86	3,35	8,28	2,50	2,34	1,92
Ceuta	0,96	0,82	0,86	0,50	0,57	0,55	1,10
Melilla	--	--	--	--	--	0,09	0,08
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	0,96	1,22	1,15	1,17	0,96	1,10	1,08

SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA

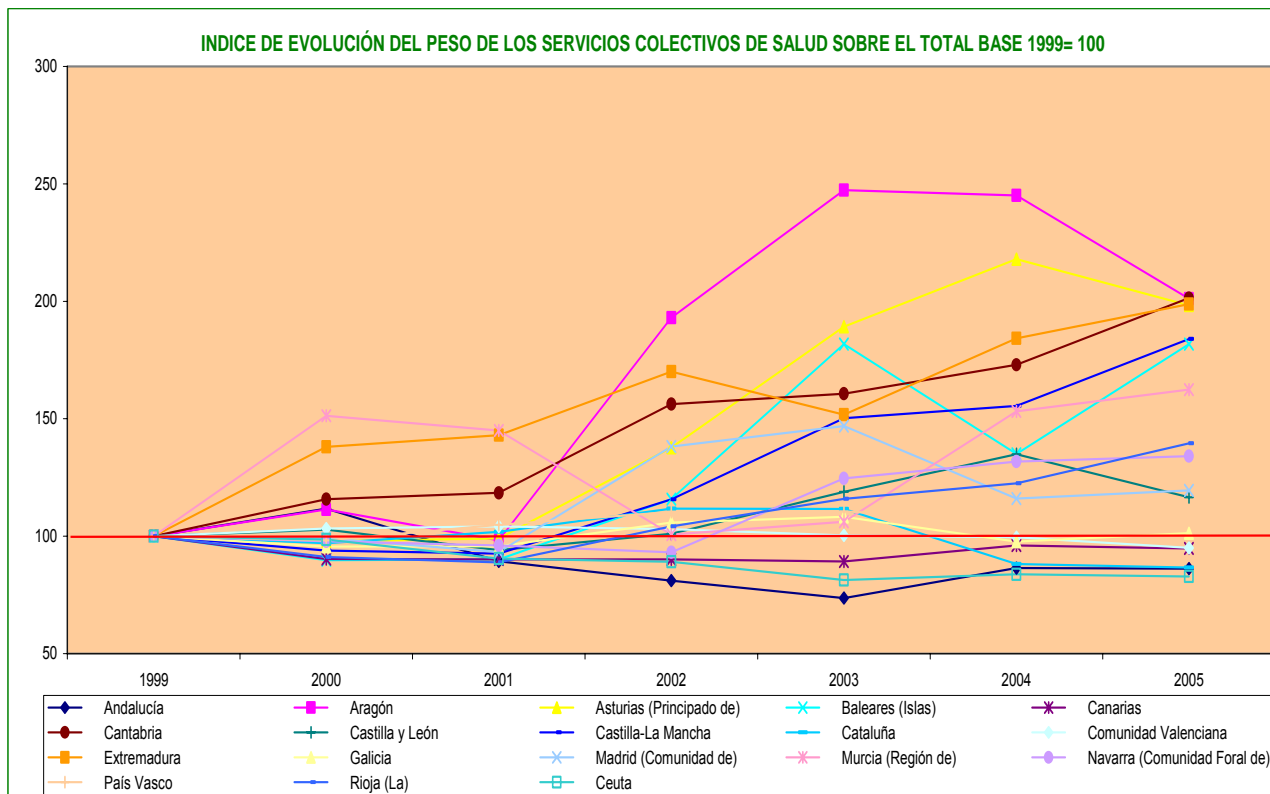
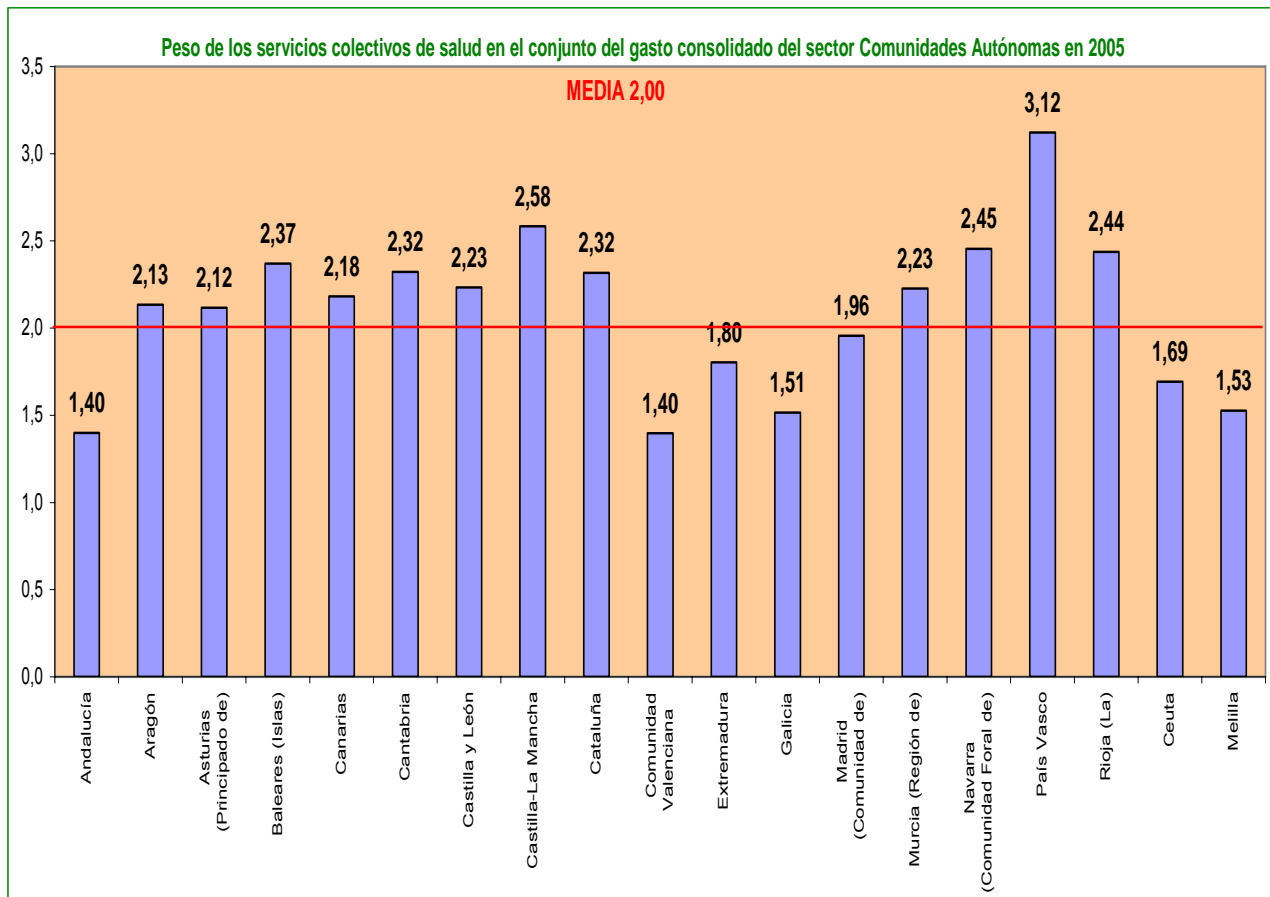
	Porcentaje de variación interanual						TAM	TAM	TAM	TAM	TAM
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	99/05	99/04	99/03	99/02	99/01
Andalucía	4,57	8,30	-1,57	6,32	7,98	7,61	4,20	5,06	4,34	3,69	6,42
Aragón	5,71	6,20	-2,77	11,50	11,29	10,76	5,19	6,26	5,04	2,97	5,96
Asturias (Principado de)	-11,72	19,13	88,21	9,68	1,56	12,47	6,95	8,40	10,18	10,35	-15,51
Baleares (Islas)	-11,57	17,43	2,12	-12,39	8,76	2,94	0,17	0,21	-1,82	1,98	1,90
Canarias	15,44	17,13	19,28	2,95	4,11	-1,06	3,41	4,11	4,11	4,50	-2,19
Cantabria	-2,81	26,98	-6,88	-39,24	929,39	4,65	26,68	32,82	-20,40	-12,90	-15,76
Castilla y León	168,75	7,88	6,71	-0,85	20,60	12,46	24,36	29,90	32,34	45,71	70,28
Castilla-La Mancha	86,25	7,91	9,78	-6,93	--	61,46	12,74	15,48	19,71	30,18	41,77
Cataluña	5,42	-5,04	-42,42	34,82	63,59	12,84	4,08	4,92	-6,11	-16,77	0,05
Comunidad Valenciana	28,95	-0,95	8,21	-8,77	22,40	5,02	7,50	9,07	5,97	11,39	13,01
Extremadura	426,48	2,27	1,84	-65,00	-33,30	-5,05	4,20	5,06	17,70	76,34	132,04
Galicia	2,55	10,76	5,78	-0,75	4,41	5,65	3,72	4,48	4,50	6,31	6,57
Madrid (Comunidad de)	52,27	9,96	4,78	-6,21	21,47	-2,21	12,23	14,85	13,26	20,61	29,40
Murcia (Región de)	39,92	14,46	63,98	15,56	18,55	-1,24	17,92	21,87	22,72	25,20	9,41
Navarra (Comunidad Foral de)	19,13	0,73	7,11	-5,76	11,51	5,30	5,14	6,20	4,91	8,73	9,55
País Vasco	0,22	4,96	3,92	2,54	4,35	0,95	2,65	3,18	2,89	3,01	2,56
Rioja (La)	26,36	25,65	181,59	-66,36	7,11	-7,05	-0,80	-0,96	-2,88	38,30	-3,07
Ceuta	-10,09	11,67	-35,87	25,35	6,00	114,43	-2,57	-3,07	-5,22	-13,65	0,20
Melilla											
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	37,43	1,45	10,80	-8,76	24,31	7,31	9,80	11,87	8,96	15,60	18,08

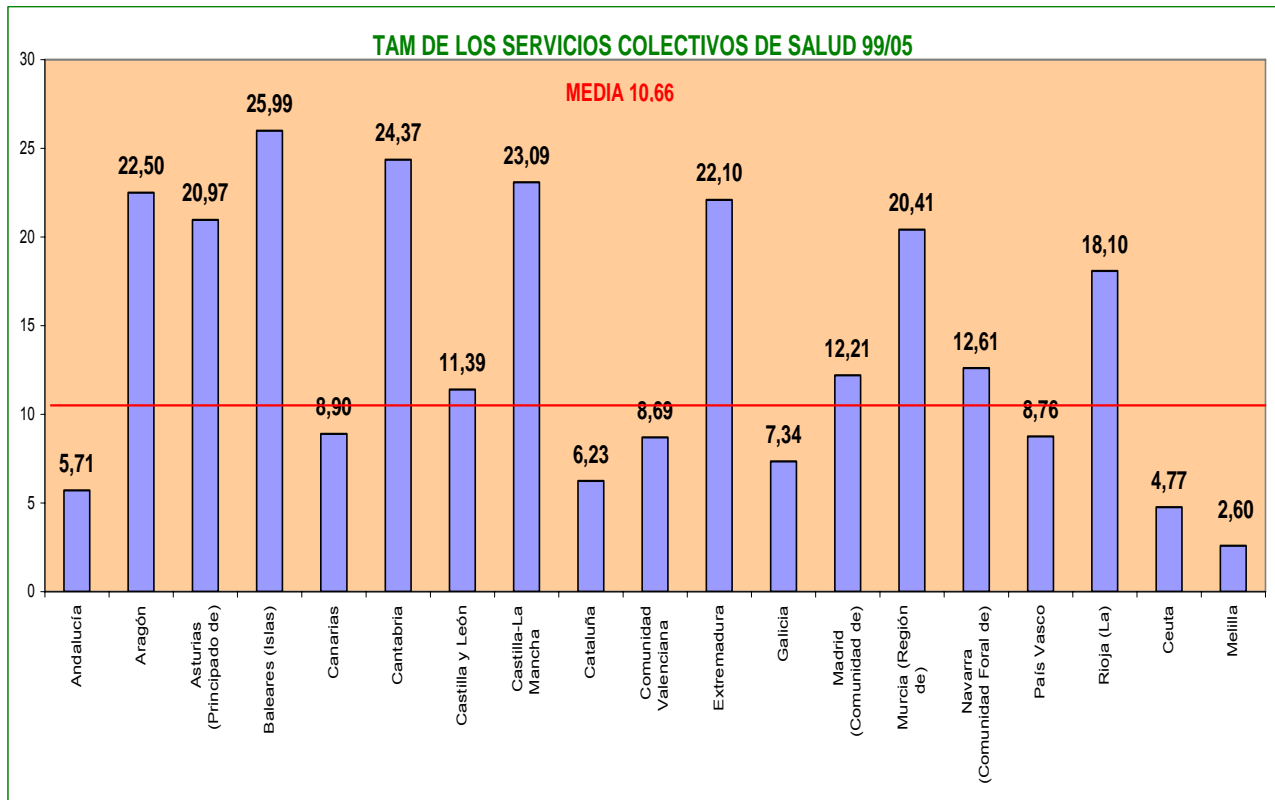
V.2.7.4. Servicios colectivos de salud

Los Servicios Colectivos de Salud corresponden al gasto en administración general e investigación y desarrollo. Representan, en 2005, el 2,00% del gasto con un recorrido por comunidades entre el 1,40% y el 3,12%.

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

Por lo que se refiere a la tasa de crecimiento anual medio del periodo, ésta ha sido del 10,66%, oscilando las variaciones por comunidades entre un 2,60% y un 25,99%. Durante el periodo analizado ha oscilado entre el 3,58% en 2004 y el 20,77% en 2002.





SERVICIOS COLECTIVOS DE SALUD

Miles de euros corrientes

	1.999	2.000	2.001	2.002	2.003	2.004	2.005
Andalucía	75.349	95.247	79.441	77.131	76.918	98.257	105.136
Aragón	9.114	10.806	10.498	22.245	32.318	35.609	30.792
Asturias (Principado de)	8.476	8.797	9.591	14.444	22.297	27.470	26.560
Baleares (Islas)	6.282	6.006	6.707	10.426	18.898	15.351	25.124
Canarias	28.154	27.736	29.515	33.091	36.993	42.129	46.961
Cantabria	4.508	5.659	6.482	9.493	11.351	13.195	16.678
Castilla y León	32.229	35.786	34.911	40.117	54.301	65.642	61.580
Castilla-La Mancha	15.484	15.629	16.740	24.120	34.014	35.360	53.844
Cataluña	116.305	122.516	137.632	164.347	186.552	156.176	167.187
Comunidad Valenciana	39.326	44.851	48.656	53.059	58.991	63.012	64.847
Extremadura	6.615	9.844	10.753	14.988	14.632	18.835	21.913
Galicia	29.045	29.386	31.928	36.889	41.257	41.339	44.423
Madrid (Comunidad de)	55.893	58.265	59.597	95.775	110.802	100.232	111.560
Murcia (Región de)	10.204	16.994	17.766	13.595	16.432	26.382	31.105
Navarra (Comunidad Foral de)	8.382	8.810	9.116	9.565	13.957	16.025	17.088
País Vasco	46.819	48.642	55.583	62.848	67.785	69.932	77.509
Rioja (La)	3.171	3.160	3.322	4.434	5.505	6.654	8.603
Ceuta	910	950	924	1.001	1.003	1.137	1.203
Melilla	982	851	885	878	834	949	1.145
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	497.247	549.932	570.049	688.449	804.840	833.687	913.258

SERVICIOS COLECTIVOS DE SALUD

	Porcentaje sobre el total del gasto de la comunidad						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía	1,62	1,81	1,45	1,32	1,19	1,40	1,40
Aragón	1,06	1,18	1,04	2,05	2,62	2,60	2,13
Asturias (Principado de)	1,07	1,04	1,06	1,47	2,02	2,33	2,12
Baleares (Islas)	1,30	1,17	1,18	1,51	2,37	1,76	2,37
Canarias	2,30	2,08	2,08	2,07	2,05	2,21	2,18
Cantabria	1,15	1,34	1,37	1,80	1,85	2,00	2,32
Castilla y León	1,92	1,97	1,80	1,94	2,28	2,59	2,23
Castilla-La Mancha	1,40	1,32	1,30	1,63	2,11	2,18	2,58
Cataluña	2,68	2,59	2,73	2,99	2,99	2,36	2,32
Comunidad Valenciana	1,47	1,52	1,53	1,52	1,48	1,46	1,40
Extremadura	0,91	1,25	1,30	1,54	1,38	1,67	1,80
Galicia	1,50	1,43	1,43	1,58	1,62	1,46	1,51
Madrid (Comunidad de)	1,64	1,62	1,53	2,26	2,41	1,90	1,96
Murcia (Región de)	1,37	2,07	1,99	1,38	1,45	2,10	2,23
Navarra (Comunidad Foral de)	1,83	1,79	1,76	1,71	2,28	2,41	2,45
País Vasco	2,89	2,85	3,03	3,19	3,20	3,09	3,12
Rioja (La)	1,75	1,59	1,55	1,82	2,02	2,14	2,44
Ceuta	2,04	2,02	1,85	1,82	1,66	1,71	1,69
Melilla	2,27	1,73	1,62	1,53	1,37	1,39	1,53
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	1,82	1,85	1,79	1,98	2,08	1,99	2,00

SERVICIOS COLECTIVOS DE SALUD

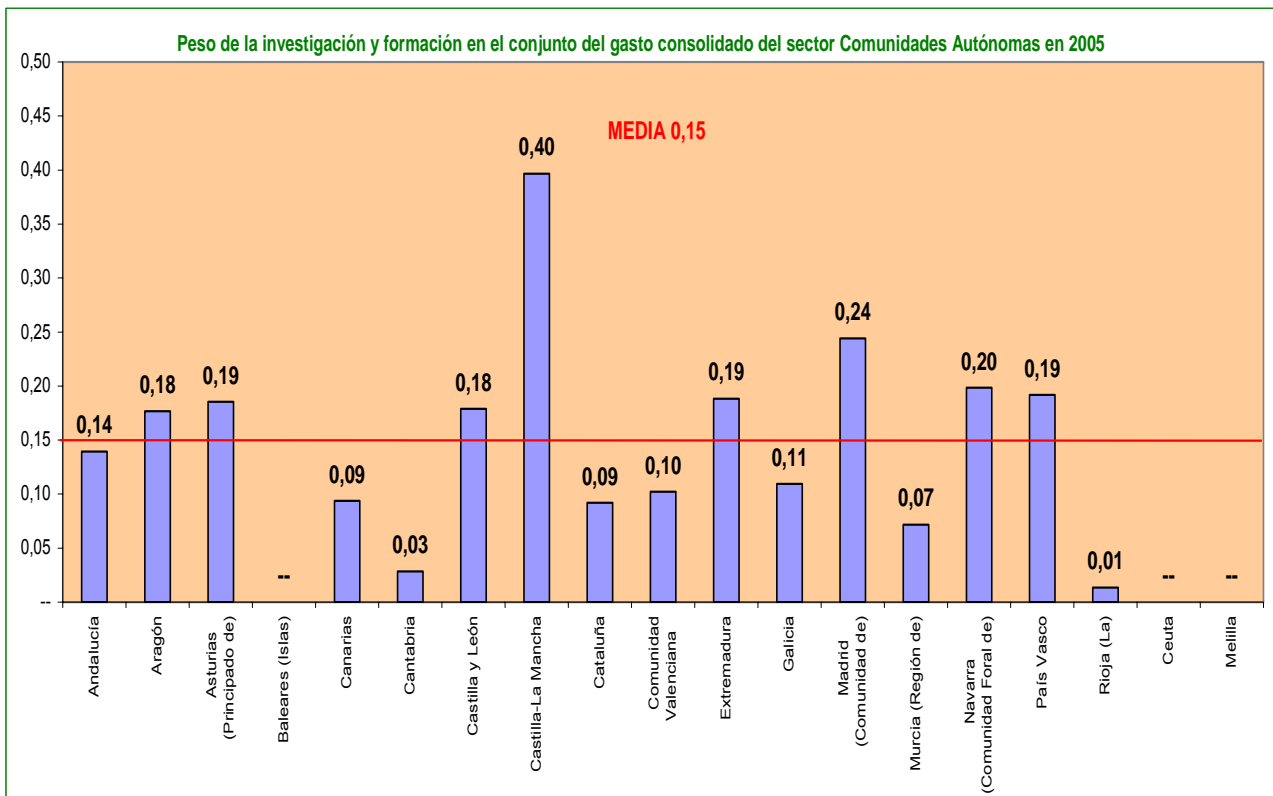
	Porcentaje de variación interanual						TAM 99/05	TAM 99/04	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
	2000	2001	2002	2003	2004	2005					
Andalucía	26,41	-16,59	-2,91	-0,28	27,74	7,00	5,71	5,45	0,52	0,78	2,68
Aragón	18,57	-2,85	111,90	45,28	10,18	-13,53	22,50	31,33	37,22	34,64	7,33
Asturias (Principado de)	3,78	9,03	50,61	54,36	23,20	-3,31	20,97	26,51	27,35	19,44	6,37
Baleares (Islas)	-4,39	11,68	55,44	81,26	-18,77	63,66	25,99	19,57	31,70	18,40	3,33
Canarias	-1,48	6,41	12,12	11,79	13,88	11,47	8,90	8,39	7,06	5,53	2,39
Cantabria	25,55	14,53	46,46	19,57	16,24	26,40	24,37	23,96	25,97	28,18	19,92
Castilla y León	11,03	-2,44	14,91	35,36	20,88	-6,19	11,39	15,29	13,93	7,57	4,08
Castilla-La Mancha	0,93	7,11	44,09	41,02	3,96	52,27	23,09	17,96	21,74	15,92	3,98
Cataluña	5,34	12,34	19,41	13,51	-16,28	7,05	6,23	6,07	12,54	12,22	8,78
Comunidad Valenciana	14,05	8,48	9,05	11,18	6,82	2,91	8,69	9,89	10,67	10,50	11,23
Extremadura	48,82	9,23	39,39	-2,38	28,73	16,34	22,10	23,28	21,95	31,34	27,50
Galicia	1,17	8,65	15,54	11,84	0,20	7,46	7,34	7,31	9,17	8,29	4,85
Madrid (Comunidad de)	4,24	2,29	60,70	15,69	-9,54	11,30	12,21	12,39	18,66	19,66	3,26
Murcia (Región de)	66,55	4,54	-23,48	20,87	60,55	17,90	20,41	20,92	12,65	10,04	31,95
Navarra (Comunidad Foral de)	5,11	3,48	4,92	45,92	14,82	6,63	12,61	13,84	13,60	4,50	4,29
País Vasco	3,89	14,27	13,07	7,86	3,17	10,83	8,76	8,36	9,69	10,31	8,96
Rioja (La)	-0,36	5,15	33,48	24,14	20,88	29,29	18,10	15,98	14,79	11,83	2,36
Ceuta	4,39	-2,74	8,38	0,15	13,42	5,80	4,77	4,56	2,46	3,24	0,77
Melilla	-13,37	4,04	-0,77	-4,98	13,75	20,65	2,60	-0,68	-3,99	-3,65	-5,06
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	10,60	3,66	20,77	16,91	3,58	9,54	10,66	10,89	12,79	11,46	7,07

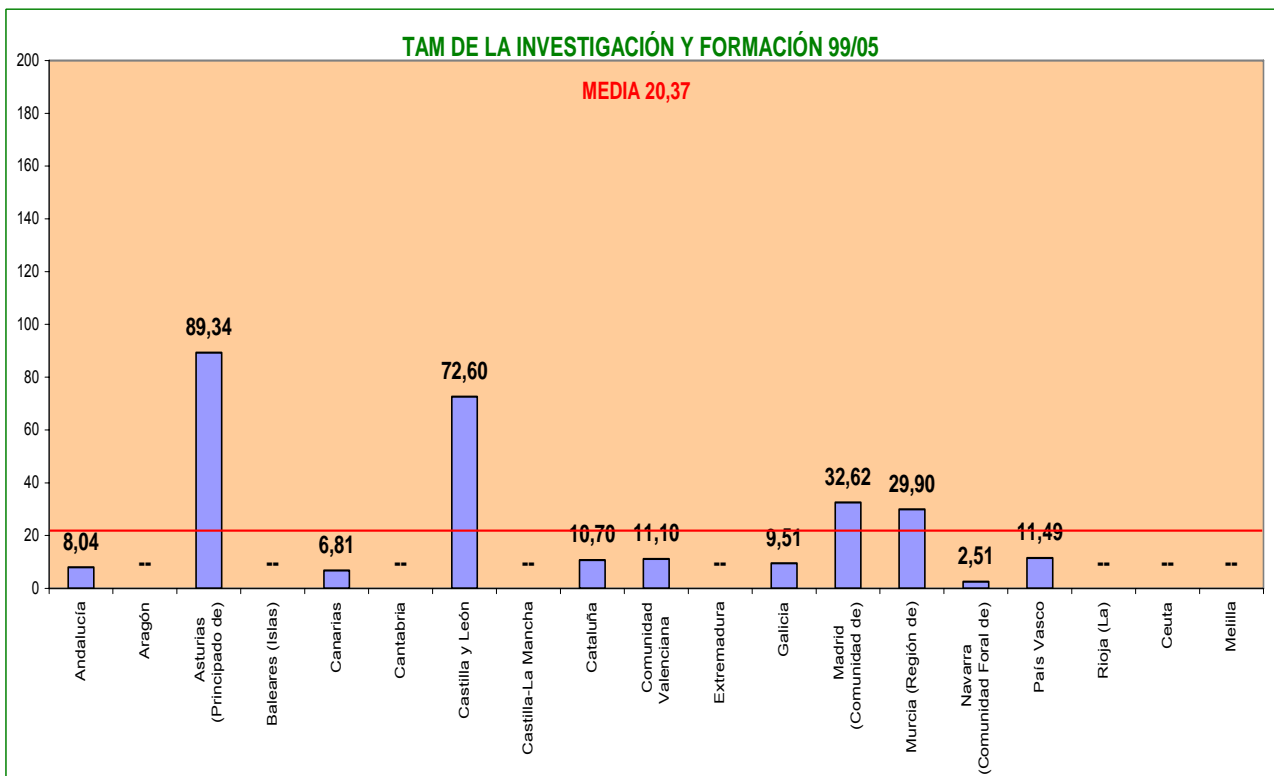
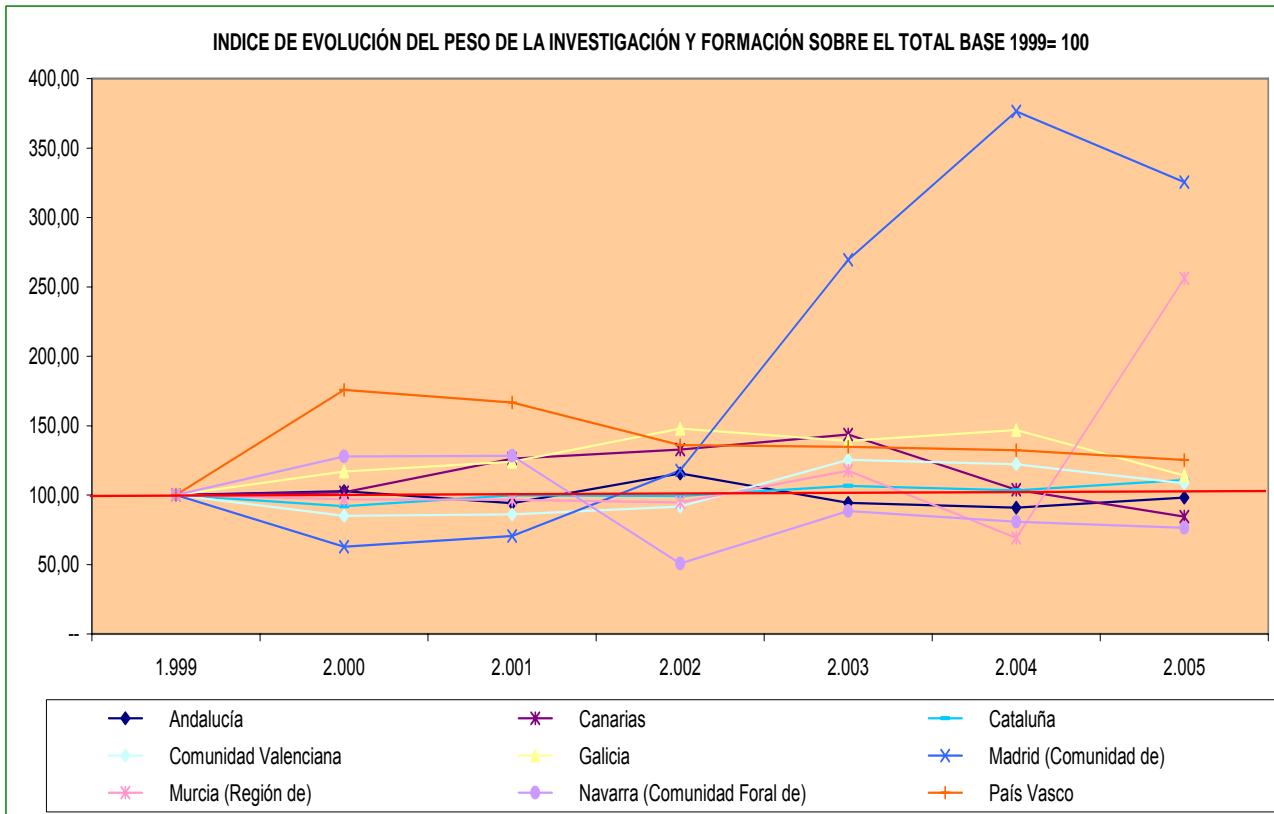
V.2.7.4.1. Investigación y formación

Los gastos de investigación y formación suponen en 2005 un 0,15% del gasto total (oscilando entre un 0% y un 0,40%). Tomando como referencia el gasto en servicios colectivos, la investigación y formación tienen un peso relativo del 7,53% del gasto en servicios colectivos.

En el año 2005, dieciséis comunidades destinaron recursos económicos para investigación y formación frente a once en 1999, habiendo registrando el conjunto del gasto del sistema en investigación y formación un incremento importante durante los años analizados.

Por lo que se refiere a las tasas de crecimiento anual medio del periodo para el conjunto del gasto en investigación y formación, ésta ha sido del 20,37%. Se observan importantes diferencias en las tasas anuales medias entre comunidades, oscilando éstas entre el 0,00% y el 89,34%.





INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN

	Miles de euros corrientes						
	1.999	2.000	2.001	2.002	2.003	2.004	2.005
Andalucía	6.590	7.663	7.316	9.609	8.620	9.044	10.479
Aragón	--	--	--	134	838	1.660	2.548
Asturias (Principado de)	51	27	72	1.442	1.593	2.658	2.329
Baleares (Islas)	--	--	--	--	--	--	--
Canarias	1.359	1.514	1.993	2.354	2.874	2.198	2.017
Cantabria	--	--	--	-141	35	101	204
Castilla y León	186	135	316	--	--	5.822	4.931
Castilla-La Mancha	--	--	--	--	3.392	3.060	8.264
Cataluña	3.609	3.602	4.187	4.533	5.531	5.687	6.644
Comunidad Valenciana	2.517	2.367	2.569	3.020	4.720	4.955	4.734
Extremadura	--	--	--	1.237	1.417	1.776	2.286
Galicia	1.861	2.303	2.653	3.303	3.396	3.979	3.211
Madrid (Comunidad de)	2.559	1.690	2.061	3.736	9.314	14.891	13.920
Murcia (Región de)	208	222	242	261	372	243	1.001
Navarra (Comunidad Foral de)	1.190	1.635	1.728	738	1.406	1.394	1.381
País Vasco	2.479	4.606	4.677	4.099	4.372	4.585	4.761
Rioja (La)	--	--	--	--	--	48	47
Ceuta	--	--	--	--	--	--	--
Melilla	--	--	--	--	--	--	--
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	22.609	25.764	27.813	34.326	47.879	62.101	68.756

INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN

	Porcentaje sobre el total del gasto de la comunidad						
	1.999	2.000	2.001	2.002	2.003	2.004	2.005
Andalucía	0,14	0,15	0,13	0,16	0,13	0,13	0,14
Aragón	--	--	--	0,01	0,07	0,12	0,18
Asturias (Principado de)	0,01	0,00	0,01	0,15	0,14	0,23	0,19
Baleares (Islas)	--	--	--	--	--	--	--
Canarias	0,11	0,11	0,14	0,15	0,16	0,12	0,09
Cantabria	--	--	--	-0,03	0,01	0,02	0,03
Castilla y León	0,01	0,01	0,02	--	--	0,23	0,18
Castilla-La Mancha	--	--	--	--	0,21	0,19	0,40
Cataluña	0,08	0,08	0,08	0,08	0,09	0,09	0,09
Comunidad Valenciana	0,09	0,08	0,08	0,09	0,12	0,12	0,10
Extremadura	--	--	--	0,13	0,13	0,16	0,19
Galicia	0,10	0,11	0,12	0,14	0,13	0,14	0,11
Madrid (Comunidad de)	0,07	0,05	0,05	0,09	0,20	0,28	0,24
Murcia (Región de)	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,02	0,07
Navarra (Comunidad Foral de)	0,26	0,33	0,33	0,13	0,23	0,21	0,20
País Vasco	0,15	0,27	0,26	0,21	0,21	0,20	0,19
Rioja (La)	--	--	--	--	--	0,02	0,01
Ceuta	--	--	--	--	--	--	--
Melilla	--	--	--	--	--	--	--
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	0,08	0,09	0,09	0,10	0,12	0,15	0,15

INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN

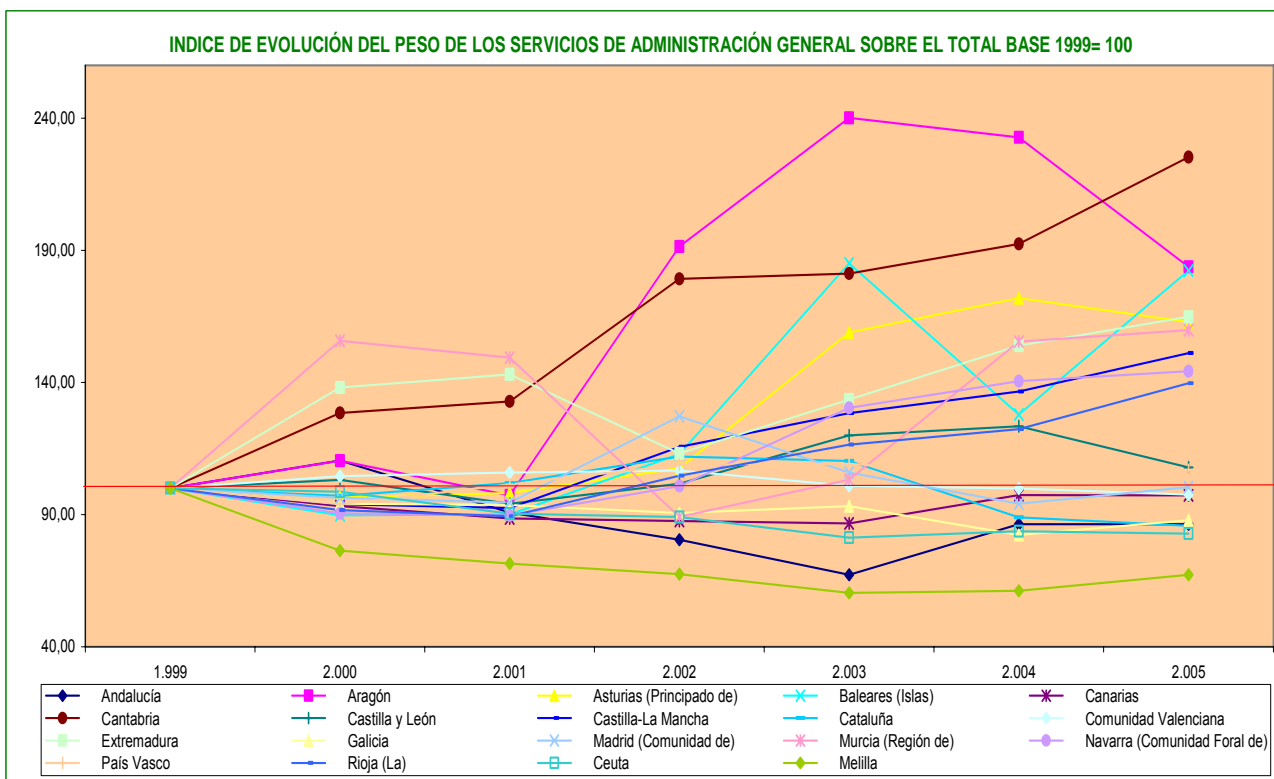
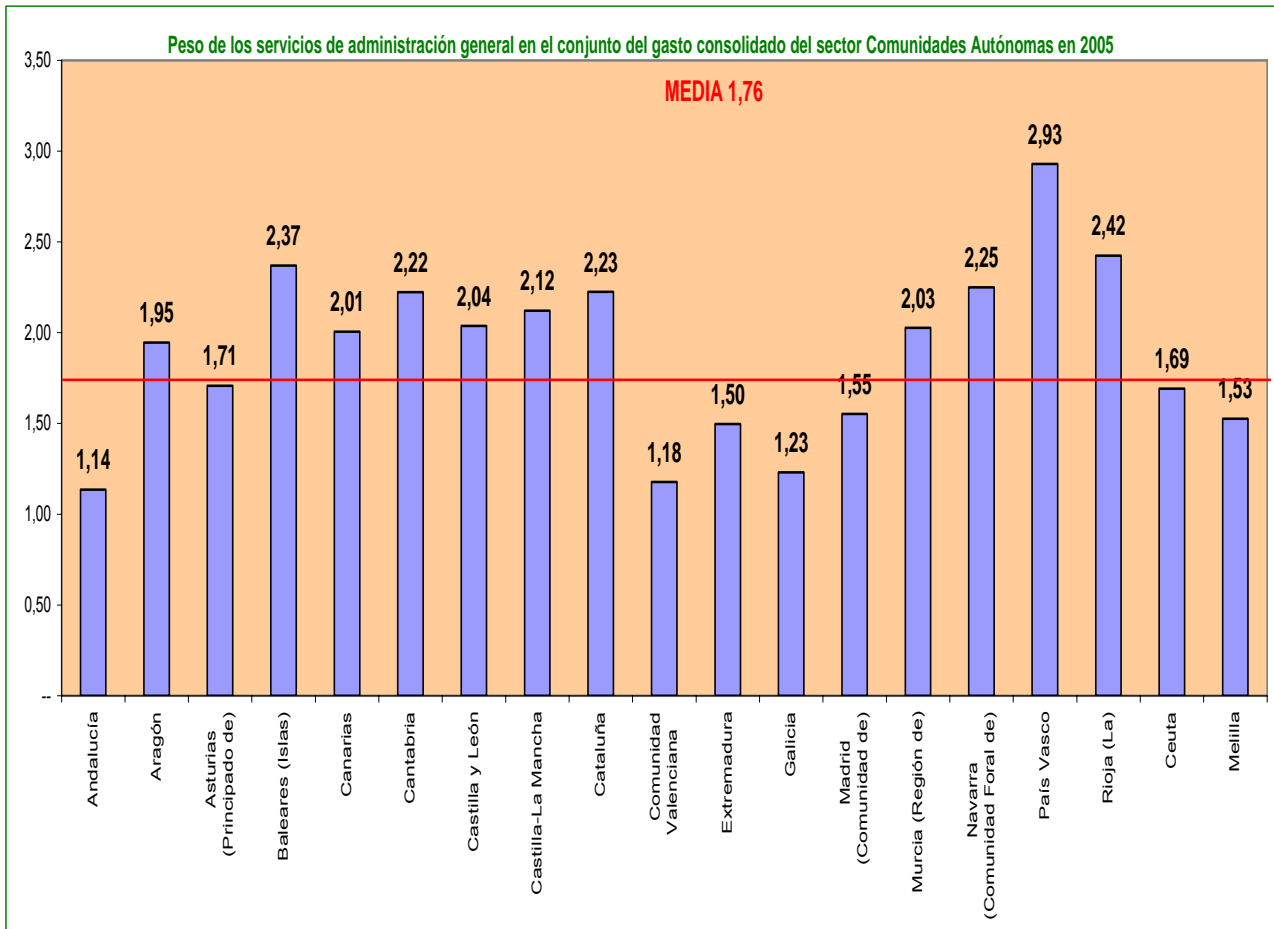
	Porcentaje de variación interanual						TAM	TAM	TAM	TAM	TAM
	2.000	2.001	2.002	2.003	2.004	2.005	99/05	99/04	99/03	99/02	99/01
Andalucía	16,28	-4,53	31,35	-10,30	4,92	15,87	8,04	6,54	6,94	13,40	3,55
Aragón	--	--	--	523,96	98,14	53,49	--	--	--	--	--
Asturias (Principado de)	-47,25	169,19	1.908,84	10,48	66,91	-12,40	89,34	120,90	136,93	205,54	12,40
Baleares (Islas)	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Canarias	11,43	31,62	18,12	22,10	-23,52	-8,23	6,81	10,10	20,60	20,10	13,62
Cantabria	--	--	--	--	187,50	101,35	--	--	--	--	--
Castilla y León	-27,65	134,09	-100,00	--	--	-15,30	72,60	99,01	-100,00	-100,00	19,20
Castilla-La Mancha	--	--	--	--	-9,80	170,07	--	--	--	--	--
Cataluña	-0,20	16,22	8,28	22,00	2,83	16,82	10,70	9,52	11,26	7,89	5,07
Comunidad Valenciana	-5,98	8,57	17,55	56,28	4,97	-4,45	11,10	14,50	17,02	6,26	0,69
Extremadura	--	--	--	14,55	25,36	28,69	--	--	--	--	--
Galicia	23,72	15,21	24,48	2,81	17,18	-19,30	9,51	16,41	16,22	21,06	12,54
Madrid (Comunidad de)	-33,96	21,97	81,26	149,32	59,87	-6,52	32,62	42,22	38,13	13,45	-6,96
Murcia (Región de)	6,84	8,55	8,20	42,23	-34,66	312,09	29,90	3,12	15,58	7,86	5,06
Navarra (Comunidad Foral de)	37,45	5,65	-57,27	90,48	-0,89	-0,93	2,51	3,22	4,27	-14,70	13,24
País Vasco	85,84	1,54	-12,35	6,65	4,88	3,84	11,49	13,09	15,24	18,26	23,57
Rioja (La)	--	--	--	--	--	-1,38	--	--	--	--	--
Ceuta	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Melilla	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	13,95	7,95	23,42	39,48	29,70	10,72	20,37	22,39	20,63	14,93	10,91

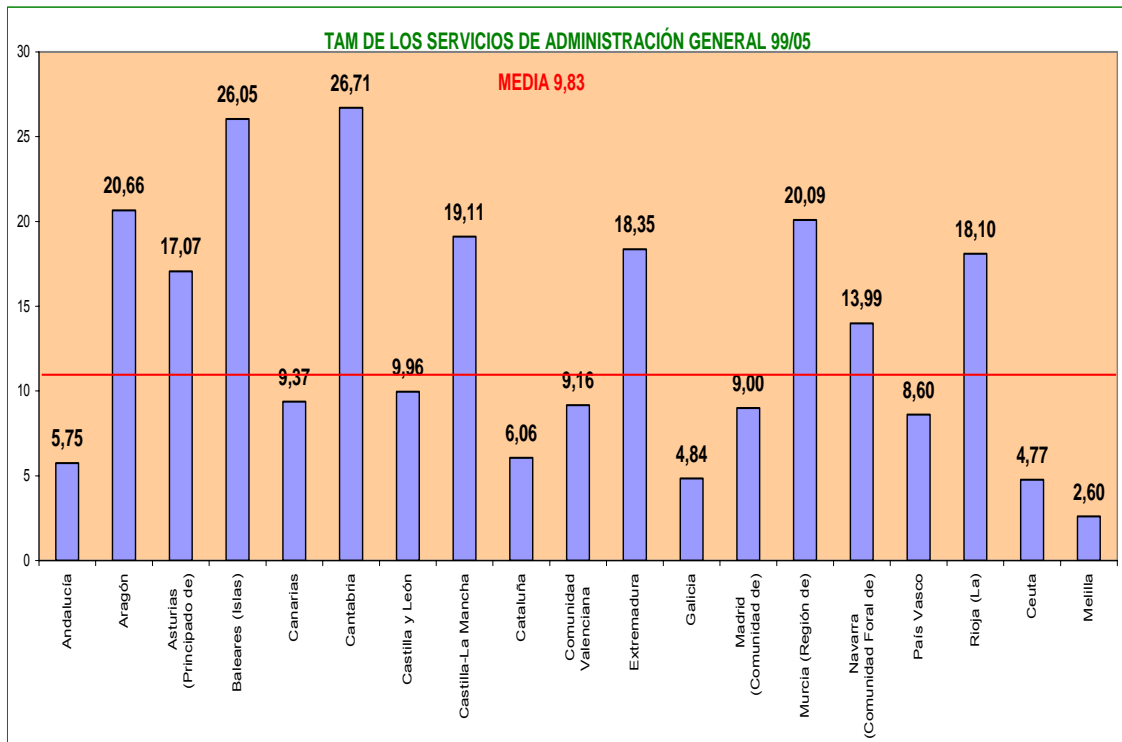
V.2.7.4.2. Gastos de administración general

Los gastos de administración general suponen en 2005 un 1,76% del gasto consolidado del sector (oscilando entre un 1,14% y un 2,93%). Tomando como referencia el gasto en servicios colectivos, la administración general tiene un peso relativo del 92,47% del gasto en servicios colectivos.

La evolución del peso de este gasto entre 1999 y 2005 ha sido creciente con carácter general (esta partida del gasto gana peso en doce 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 del 9,83%. Se observan importantes diferencias en las tasas anuales medias entre comunidades, oscilando éstas entre el 2,60% y el 26,71%.





ADMINISTRACIÓN GENERAL

Miles de euros corrientes

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía	61.099	76.440	65.481	62.084	56.960	79.644	85.448
Aragón	9.101	10.701	10.376	22.032	31.328	33.762	28.081
Asturias (Principado de)	8.321	8.521	9.331	11.076	18.379	21.271	21.418
Baleares (Islas)	6.264	5.988	6.682	10.144	19.180	14.496	25.124
Canarias	25.226	25.691	25.986	28.798	32.202	38.278	43.172
Cantabria	3.859	5.376	6.225	9.322	10.962	12.564	15.973
Castilla y León	31.752	35.360	34.410	39.795	54.010	59.149	56.126
Castilla-La Mancha	15.484	15.629	16.740	24.100	29.067	31.044	44.207
Cataluña	112.780	118.914	133.445	159.783	178.735	152.806	160.544
Comunidad Valenciana	32.278	37.302	40.622	45.092	48.700	51.956	54.617
Extremadura	6.615	9.844	10.753	9.970	12.879	15.739	18.176
Galicia	27.184	27.083	29.225	29.573	33.259	32.602	36.095
Madrid (Comunidad de)	52.790	53.541	57.021	83.301	75.524	76.854	88.531
Murcia (Región de)	9.446	16.200	16.943	11.153	14.791	24.794	28.330
Navarra (Comunidad Foral de)	7.145	6.949	7.260	8.827	12.457	14.556	15.673
País Vasco	44.340	44.036	50.906	58.749	63.413	65.347	72.748
Rioja (La)	3.153	3.160	3.322	4.434	5.502	6.604	8.556
Ceuta	910	950	924	1.001	1.003	1.137	1.203
Melilla	982	851	885	878	834	949	1.145
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	458.728	502.534	526.534	620.114	699.185	733.551	805.167

ADMINISTRACIÓN GENERAL

	Porcentaje sobre el total del gasto de la comunidad						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía	1,32	1,45	1,19	1,06	0,88	1,14	1,14
Aragón	1,06	1,17	1,03	2,03	2,54	2,46	1,95
Asturias (Principado de)	1,05	1,01	1,03	1,13	1,67	1,80	1,71
Baleares (Islas)	1,30	1,17	1,17	1,47	2,41	1,66	2,37
Canarias	2,06	1,92	1,83	1,80	1,79	2,01	2,01
Cantabria	0,99	1,27	1,31	1,77	1,79	1,90	2,22
Castilla y León	1,89	1,95	1,78	1,92	2,27	2,33	2,04
Castilla-La Mancha	1,40	1,32	1,30	1,62	1,80	1,92	2,12
Cataluña	2,59	2,52	2,64	2,91	2,86	2,31	2,23
Comunidad Valenciana	1,21	1,26	1,28	1,29	1,22	1,21	1,18
Extremadura	0,91	1,25	1,30	1,03	1,21	1,40	1,50
Galicia	1,40	1,32	1,31	1,27	1,31	1,15	1,23
Madrid (Comunidad de)	1,55	1,49	1,46	1,97	1,64	1,46	1,55
Murcia (Región de)	1,27	1,98	1,90	1,13	1,31	1,97	2,03
Navarra (Comunidad Foral de)	1,56	1,41	1,40	1,57	2,04	2,19	2,25
País Vasco	2,74	2,58	2,78	2,98	2,99	2,89	2,93
Rioja (La)	1,74	1,59	1,55	1,82	2,02	2,12	2,42
Ceuta	2,04	2,02	1,85	1,82	1,66	1,71	1,69
Melilla	2,27	1,73	1,62	1,53	1,37	1,39	1,53
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	1,68	1,69	1,65	1,79	1,81	1,75	1,76

ADMINISTRACIÓN GENERAL

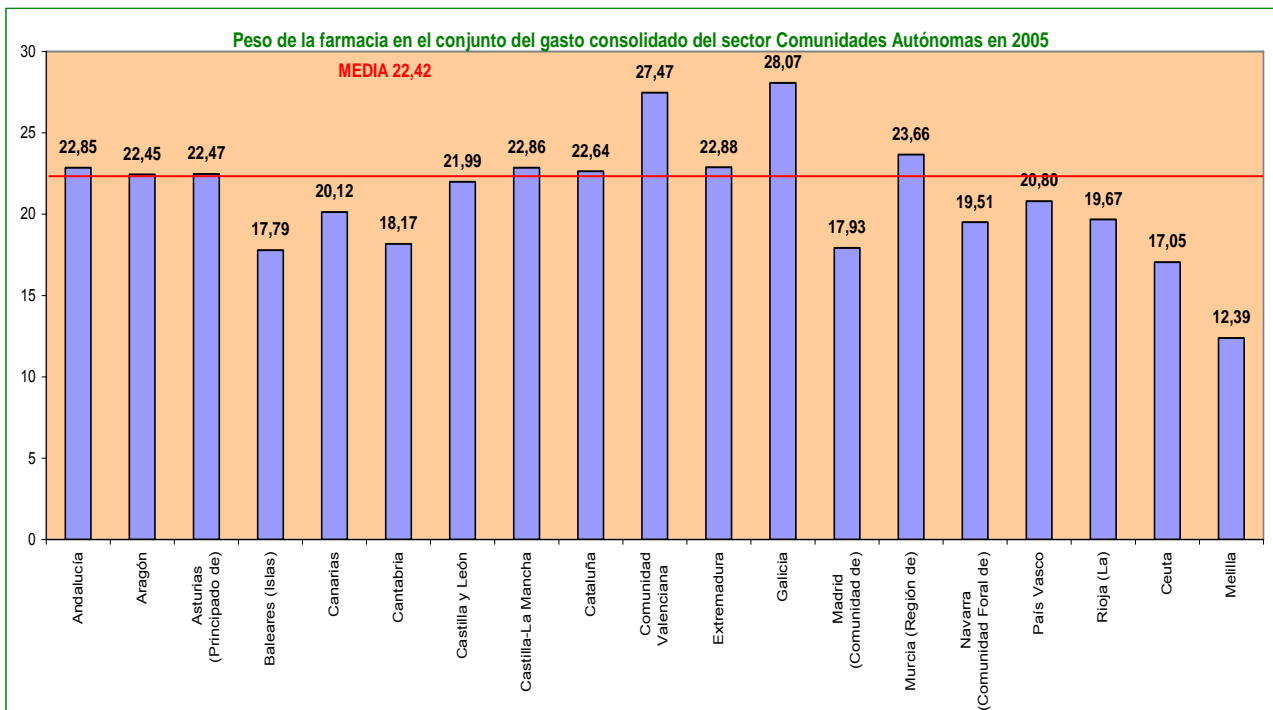
	Porcentaje de variación interanual						TAM 99/05	TAM 99/04	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
	2000	2001	2002	2003	2004	2005					
Andalucía	25,11	-14,34	-5,19	-8,25	39,82	7,29	5,75	5,44	-1,74	0,53	2,34
Aragón	17,59	-3,04	112,33	42,19	7,77	-16,83	20,66	29,98	36,21	34,27	4,47
Asturias (Principado de)	2,40	9,51	18,71	65,93	15,74	0,69	17,07	20,65	21,91	10,00	3,89
Baleares (Islas)	-4,41	11,59	51,83	89,07	-24,42	73,32	26,05	18,27	32,28	17,44	2,18
Canarias	1,84	1,15	10,82	11,82	18,87	12,78	9,37	8,70	6,29	4,51	0,99
Cantabria	39,30	15,78	49,76	17,59	14,62	27,13	26,71	26,63	29,82	34,17	17,27
Castilla y León	11,36	-2,69	15,65	35,72	9,51	-5,11	9,96	13,25	14,20	7,82	2,72
Castilla-La Mancha	0,93	7,11	43,97	20,61	6,80	42,40	19,11	14,93	17,05	15,89	2,63
Cataluña	5,44	12,22	19,74	11,86	-14,51	5,06	6,06	6,26	12,20	12,31	5,77
Comunidad Valenciana	15,56	8,90	11,00	8,00	6,68	5,12	9,16	9,99	10,83	11,79	7,96
Extremadura	48,82	9,23	-7,28	29,17	22,21	15,48	18,35	18,93	18,12	14,66	17,58
Galicia	-0,37	7,91	1,19	12,46	-1,97	10,71	4,84	3,70	5,17	2,85	2,44
Madrid (Comunidad de)	1,42	6,50	46,09	-9,34	1,76	15,19	9,00	7,80	9,37	16,42	2,60
Murcia (Región de)	71,51	4,58	-34,17	32,61	67,63	14,26	20,09	21,29	11,86	5,69	21,50
Navarra (Comunidad Foral de)	-2,76	4,48	21,58	41,13	16,86	7,67	13,99	15,29	14,91	7,30	0,53
País Vasco	-0,69	15,60	15,41	7,94	3,05	11,33	8,60	8,07	9,36	9,83	4,71
Rioja (La)	0,22	5,15	33,48	24,08	20,02	29,55	18,10	15,94	14,94	12,05	1,76
Ceuta	4,39	-2,74	8,38	0,15	13,42	5,80	4,77	4,56	2,46	3,24	0,51
Melilla	-13,37	4,04	-0,77	-4,98	13,75	20,65	2,60	-0,68	-3,99	-3,65	-3,40
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	9,55	4,78	17,77	12,75	4,92	9,76	9,83	9,84	11,11	10,57	7,14

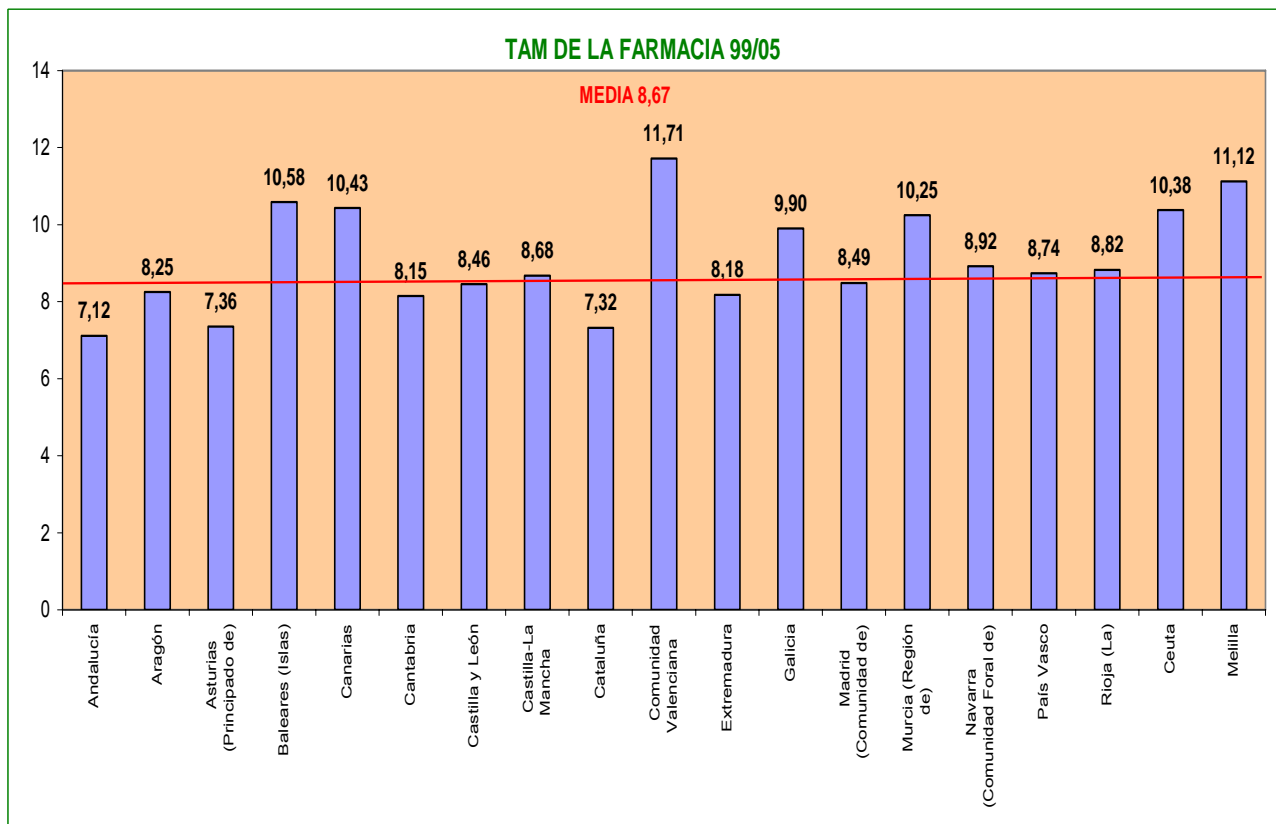
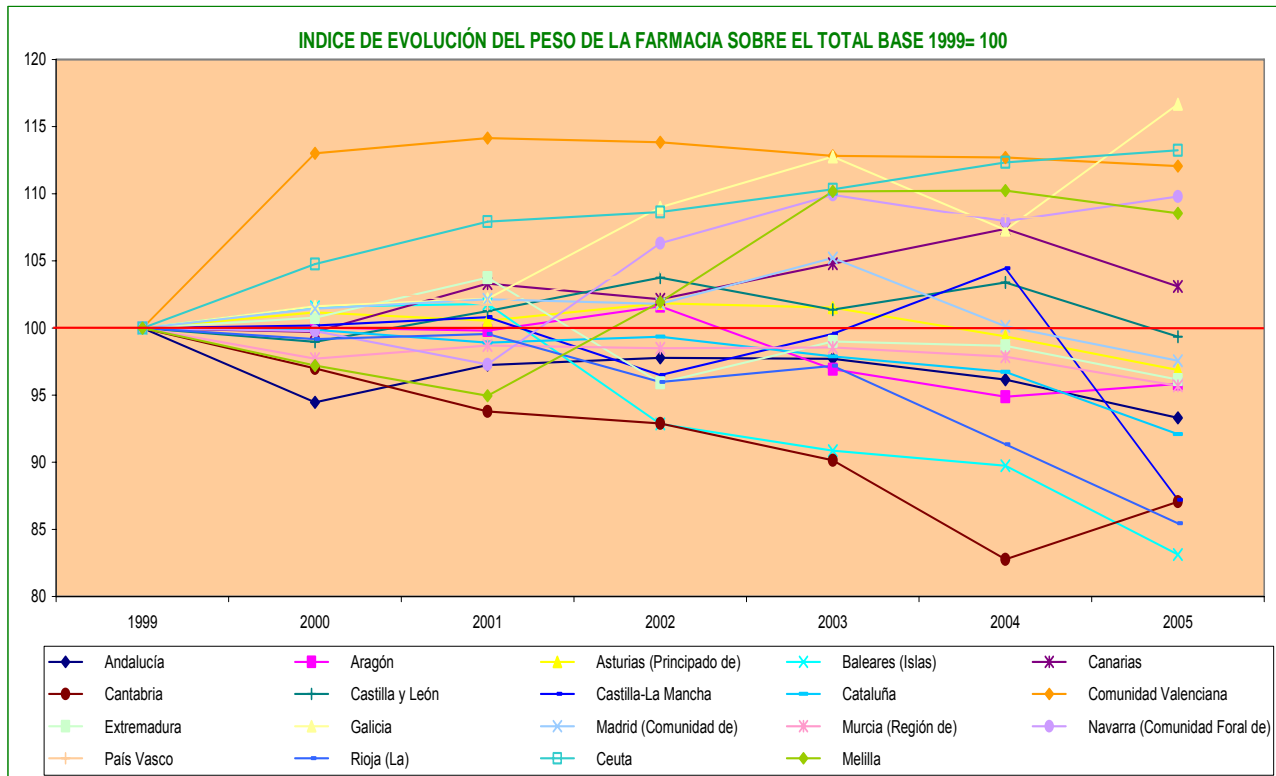
V.2.7.5. Gastos en farmacia (recetas).

El gasto en farmacia supone en 2005 un 22,42% del gasto sanitario total del sector, oscilando por comunidades entre un 12,39% y un 28,07%.

El peso de este gasto entre 1999 y 2005 ha crecido en siete comunidades. En el conjunto del sector, este componente del gasto ha ido ganando peso en el total del gasto hasta el año 2003. En 2004, el gasto en recetas crece menos que el gasto total y comienza un descenso en el peso de esta partida que, en el año 2005, sitúa este indicador por debajo de su nivel del año 1999.

Por lo que se refiere a la tasa de crecimiento anual medio del periodo para el gasto en farmacia, ésta ha sido del 8,67%, oscilando por comunidades entre el 7,12% y el 11,71%. Hasta el año 2003 éste ha sido el componente del gasto más dinámico entre aquellos que tienen mayor peso (primaria, especializada y farmacia). En el año 2004 registra un descenso de su ritmo de crecimiento, que cae al 6,84%. Este comportamiento de caída en el ritmo de crecimiento se mantiene en 2005, año en el que el crecimiento anual del gasto en recetas se sitúa en el 6,32%.





FARMACIA

	Miles de euros corrientes						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía	1.137.212	1.215.668	1.305.001	1.403.477	1.540.350	1.650.129	1.717.916
Aragón	201.268	214.371	235.455	258.677	279.638	304.416	323.895
Asturias (Principado de)	184.099	197.708	211.399	232.011	259.804	272.007	281.888
Baleares (Islas)	103.122	111.509	124.344	137.261	155.046	167.415	188.574
Canarias	238.843	260.065	286.829	318.151	368.659	399.653	433.156
Cantabria	81.574	85.790	92.871	102.115	115.267	114.243	130.502
Castilla y León	372.253	397.867	434.078	475.732	534.804	580.960	605.906
Castilla-La Mancha	288.933	311.116	340.205	375.289	420.569	443.178	476.122
Cataluña	1.068.724	1.159.562	1.227.443	1.343.007	1.503.515	1.574.492	1.632.975
Comunidad Valenciana	655.485	818.803	888.332	976.887	1.105.667	1.189.966	1.274.123
Extremadura	173.484	188.424	204.563	221.733	250.325	264.584	277.993
Galicia	467.025	502.114	548.013	611.105	691.081	729.900	823.002
Madrid (Comunidad de)	626.865	668.927	731.717	791.597	890.669	970.590	1.022.049
Murcia (Región de)	184.112	198.138	218.155	239.992	275.186	304.258	330.627
Navarra (Comunidad Foral de)	81.358	87.232	89.629	105.972	119.555	127.378	135.846
País Vasco	312.515	341.260	360.145	397.558	444.876	473.483	516.535
Rioja (La)	41.805	45.317	49.062	53.886	60.863	65.403	69.430
Ceuta	6.704	7.432	8.124	8.993	10.023	11.241	12.126
Melilla	4.934	5.442	5.903	6.663	7.654	8.597	9.292
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	6.230.317	6.816.744	7.361.268	8.060.107	9.033.552	9.651.892	10.261.956

FARMACIA

	Porcentaje sobre el total del gasto de la comunidad						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía	24,49	23,13	23,81	23,95	23,92	23,54	22,85
Aragón	23,42	23,43	23,38	23,80	22,70	22,22	22,45
Asturias (Principado de)	23,20	23,47	23,32	23,62	23,55	23,05	22,47
Baleares (Islas)	21,40	21,74	21,78	19,87	19,44	19,20	17,79
Canarias	19,52	19,47	20,17	19,94	20,45	20,96	20,12
Cantabria	20,87	20,24	19,58	19,39	18,82	17,27	18,17
Castilla y León	22,13	21,90	22,41	22,96	22,43	22,88	21,99
Castilla-La Mancha	26,21	26,26	26,42	25,29	26,10	27,38	22,86
Cataluña	24,58	24,55	24,31	24,42	24,06	23,78	22,64
Comunidad Valenciana	24,51	27,70	27,98	27,90	27,65	27,62	27,47
Extremadura	23,80	23,98	24,69	22,83	23,56	23,49	22,88
Galicia	24,05	24,45	24,58	26,22	27,12	25,81	28,07
Madrid (Comunidad de)	18,37	18,64	18,76	18,70	19,33	18,40	17,93
Murcia (Región de)	24,72	24,16	24,40	24,35	24,37	24,19	23,66
Navarra (Comunidad Foral de)	17,77	17,73	17,29	18,89	19,53	19,18	19,51
País Vasco	19,32	19,96	19,66	20,20	21,00	20,93	20,80
Rioja (La)	23,02	22,83	22,92	22,10	22,37	21,03	19,67
Ceuta	15,06	15,77	16,25	16,36	16,61	16,91	17,05
Melilla	11,41	11,09	10,84	11,63	12,58	12,58	12,39
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	22,76	22,94	23,13	23,22	23,34	23,01	22,42

FARMACIA

	Porcentaje de variación interanual						TAM	TAM	TAM	TAM	TAM
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	99/05	99/04	99/03	99/02	99/01
Andalucía	6,90	7,35	7,55	9,75	7,13	4,11	7,12	7,73	7,88	7,26	7,12
Aragón	6,51	9,84	9,86	8,10	8,86	6,40	8,25	8,63	8,57	8,72	8,16
Asturias (Principado de)	7,39	6,92	9,75	11,98	4,70	3,63	7,36	8,12	8,99	8,02	7,16
Baleares (Islas)	8,13	11,51	10,39	12,96	7,98	12,64	10,58	10,18	10,73	10,00	9,81
Canarias	8,89	10,29	10,92	15,88	8,41	8,38	10,43	10,84	11,46	10,03	9,59
Cantabria	5,17	8,25	9,95	12,88	-0,89	14,23	8,15	6,97	9,03	7,77	6,70
Castilla y León	6,88	9,10	9,60	12,42	8,63	4,29	8,46	9,31	9,48	8,52	7,99
Castilla-La Mancha	7,68	9,35	10,31	12,07	5,38	7,43	8,68	8,93	9,84	9,11	8,51
Cataluña	8,50	5,85	9,41	11,95	4,72	3,71	7,32	8,06	8,91	7,91	7,17
Comunidad Valenciana	24,92	8,49	9,97	13,18	7,62	7,07	11,71	12,67	13,96	14,22	16,41
Extremadura	8,61	8,57	8,39	12,89	5,70	5,07	8,18	8,81	9,60	8,52	8,59
Galicia	7,51	9,14	11,51	13,09	5,62	12,76	9,90	9,34	10,29	9,38	8,32
Madrid (Comunidad de)	6,71	9,39	8,18	12,52	8,97	5,30	8,49	9,14	9,18	8,09	8,04
Murcia (Región de)	7,62	10,10	10,01	14,66	10,56	8,67	10,25	10,57	10,57	9,24	8,85
Navarra (Comunidad Foral de)	7,22	2,75	18,23	12,82	6,54	6,65	8,92	9,38	10,10	9,21	4,96
País Vasco	9,20	5,53	10,39	11,90	6,43	9,09	8,74	8,66	9,23	8,35	7,35
Rioja (La)	8,40	8,26	9,83	12,95	7,46	6,16	8,82	9,36	9,85	8,83	8,33
Ceuta	10,86	9,32	10,69	11,46	12,14	7,88	10,38	10,89	10,58	10,28	10,08
Melilla	10,28	8,48	12,87	14,88	12,31	8,08	11,12	11,74	11,60	10,53	9,38
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	9,41	7,99	9,49	12,08	6,84	6,32	8,67	9,15	9,73	8,96	8,70

V.2.7.6. Gastos de traslado de enfermos.

Los gastos de traslado de enfermos ascienden en 2005 a 540,91 millones de euros, lo que supone un 1,18% del gasto total (oscilando entre un 0,56% y un 3,68%).

En el conjunto del sector, entre 1999 y 2005, el peso de esta componente del gasto se ha visto incrementado, al igual que en doce de las Comunidades Autónomas.

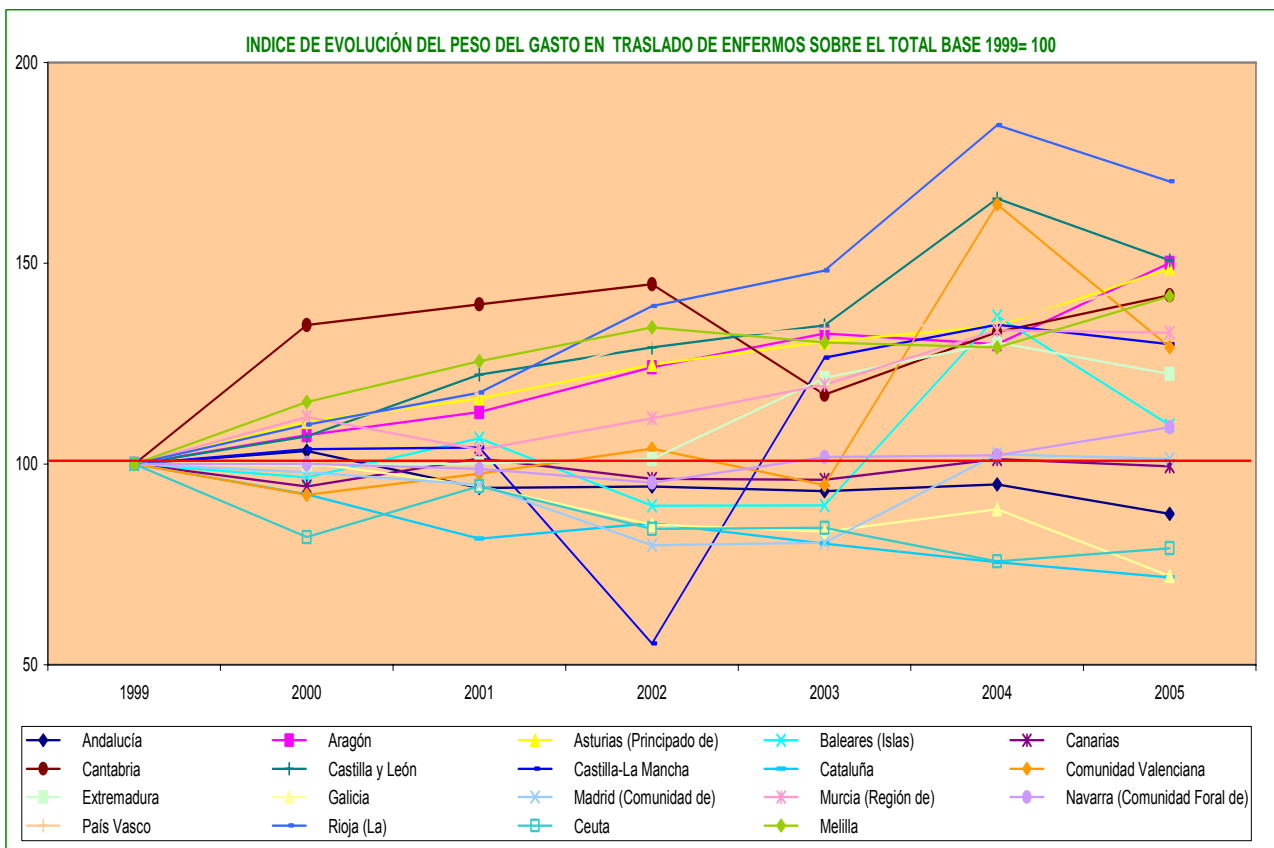
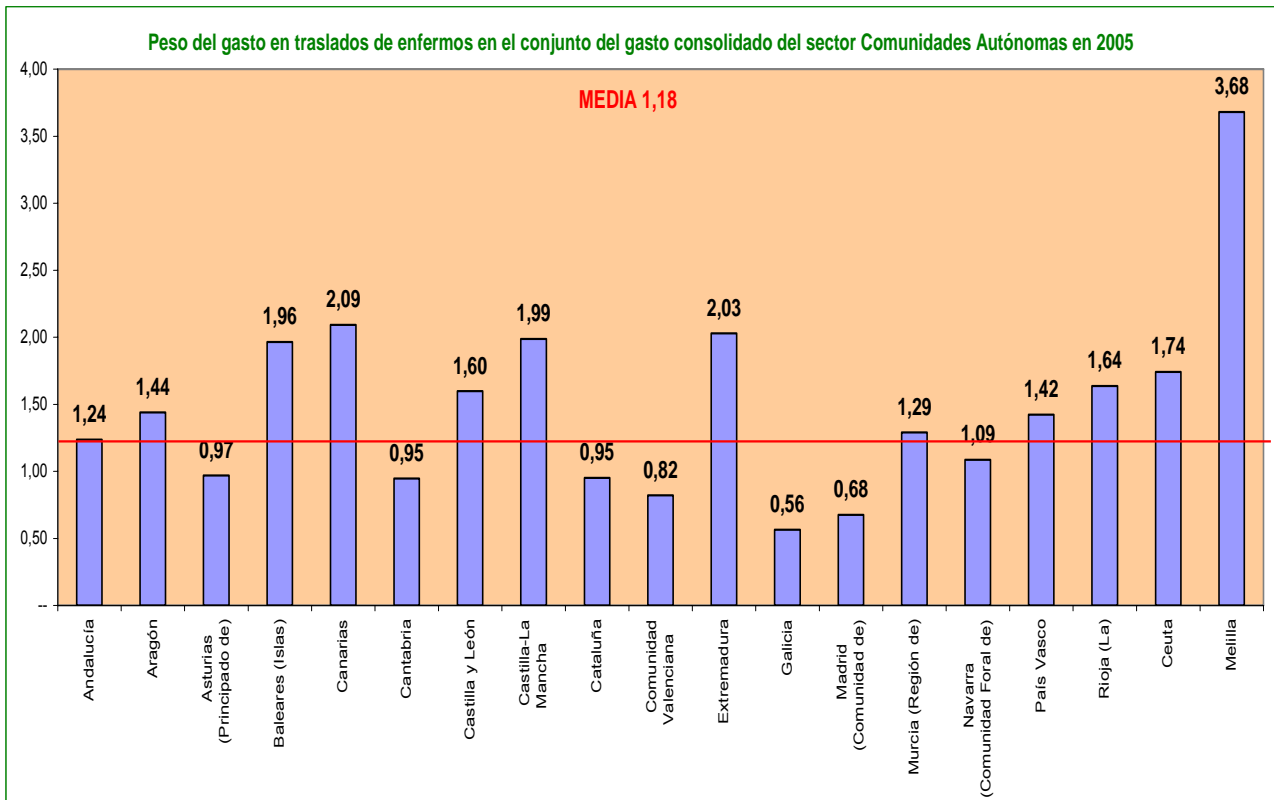
Por lo que se refiere a las tasas de crecimiento anual medio del periodo para el conjunto del gasto en traslado de enfermos, éste ha sido de 9,92%. Se observan importantes diferencias en las tasas anuales medias entre comunidades, oscilando éstas entre el 1,44% y el 22,09%.

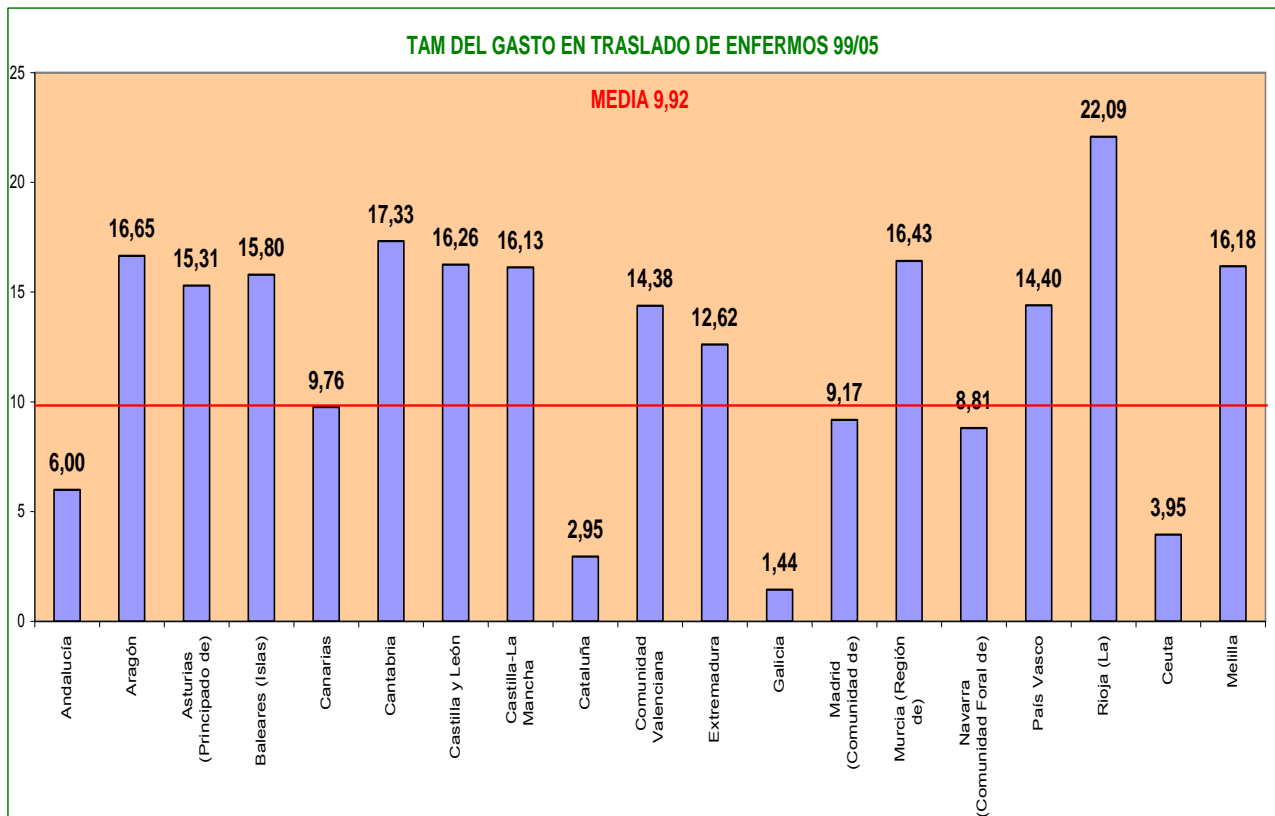
La Ciudad Autónoma de Melilla es quien dedica la mayor proporción de su gasto al traslado de enfermos, un 3,68%, seguida de Canarias, Extremadura, Castilla-La Mancha y Baleares, con proporciones entorno al 2%.

Baleares y Canarias destinan, por tanto, a esta partida de las mayores proporciones de gasto, lo que puede asociarse a su condición de territorios insulares⁴⁴. 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 de las más altas. No se detecta, sin embargo, una asociación estadística relevante entre los datos de gasto en traslados y las variables de dispersión geográfica.

⁴⁴ Estas comunidades tienen el encargo de enviar al Grupo de Trabajo una metodología para incorporar la insularidad en el análisis del gasto.





TRASLADO DE ENFERMOS

Miles de euros corrientes

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía	65.543	76.586	72.725	78.097	84.730	93.908	92.956
Aragón	8.237	9.400	10.901	12.927	15.643	17.049	20.756
Asturias (Principado de)	5.170	6.066	6.870	7.982	9.377	10.333	12.150
Baleares (Islas)	8.635	8.883	10.878	11.089	12.817	21.385	20.822
Canarias	25.743	26.545	30.326	32.331	36.435	40.603	45.015
Cantabria	2.603	3.799	4.416	5.079	4.784	5.851	6.792
Castilla y León	17.831	20.587	25.106	28.345	34.002	44.717	44.025
Castilla-La Mancha	16.873	18.812	20.522	12.558	31.199	33.375	41.391
Cataluña	57.577	57.829	54.440	62.114	66.389	66.245	68.568
Comunidad Valenciana	17.005	17.347	19.709	23.118	24.093	45.097	38.073
Extremadura	12.076	12.967	13.746	16.293	21.369	24.312	24.633
Galicia	15.182	16.118	16.479	15.472	16.569	19.626	16.545
Madrid (Comunidad de)	22.733	23.423	24.636	22.491	24.687	35.990	38.491
Murcia (Región de)	7.237	8.898	8.995	10.669	13.140	16.292	18.027
Navarra (Comunidad Foral de)	4.562	4.906	5.102	5.331	6.203	6.760	7.570
País Vasco	15.761	18.254	20.984	25.146	27.580	29.800	35.329
Rioja (La)	1.744	2.092	2.422	3.262	3.870	5.508	5.774
Ceuta	981	849	1.040	1.015	1.118	1.109	1.238
Melilla	1.122	1.470	1.775	1.992	2.057	2.287	2.759
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	306.612	334.831	351.072	375.311	436.062	520.247	540.913

TRASLADO DE ENFERMOS

	Porcentaje sobre el total del gasto de la comunidad						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía	1,41	1,46	1,33	1,33	1,32	1,34	1,24
Aragón	0,96	1,03	1,08	1,19	1,27	1,24	1,44
Asturias (Principado de)	0,65	0,72	0,76	0,81	0,85	0,88	0,97
Baleares (Islas)	1,79	1,73	1,91	1,61	1,61	2,45	1,96
Canarias	2,10	1,99	2,13	2,03	2,02	2,13	2,09
Cantabria	0,67	0,90	0,93	0,96	0,78	0,88	0,95
Castilla y León	1,06	1,13	1,30	1,37	1,43	1,76	1,60
Castilla-La Mancha	1,53	1,59	1,59	0,85	1,94	2,06	1,99
Cataluña	1,32	1,22	1,08	1,13	1,06	1,00	0,95
Comunidad Valenciana	0,64	0,59	0,62	0,66	0,60	1,05	0,82
Extremadura	1,66	1,65	1,66	1,68	2,01	2,16	2,03
Galicia	0,78	0,78	0,74	0,66	0,65	0,69	0,56
Madrid (Comunidad de)	0,67	0,65	0,63	0,53	0,54	0,68	0,68
Murcia (Región de)	0,97	1,09	1,01	1,08	1,16	1,30	1,29
Navarra (Comunidad Foral de)	1,00	1,00	0,98	0,95	1,01	1,02	1,09
País Vasco	0,97	1,07	1,15	1,28	1,30	1,32	1,42
Rioja (La)	0,96	1,05	1,13	1,34	1,42	1,77	1,64
Ceuta	2,20	1,80	2,08	1,85	1,85	1,67	1,74
Melilla	2,59	3,00	3,26	3,48	3,38	3,35	3,68
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	1,12	1,13	1,10	1,08	1,13	1,24	1,18

TRASLADO DE ENFERMOS

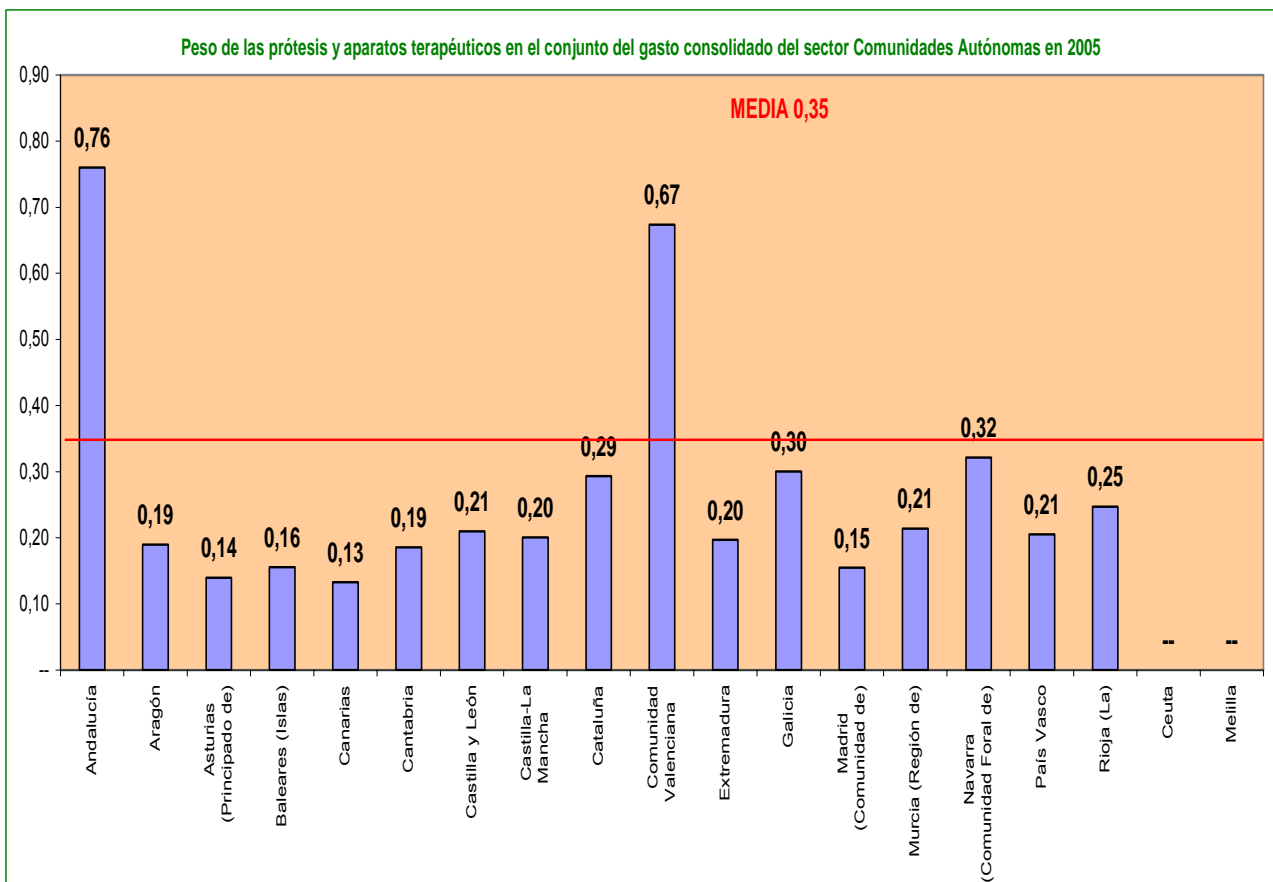
	Porcentaje de variación interanual										
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	TAM 99/05	TAM 99/04	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
Andalucía	16,85	-5,04	7,39	8,49	10,83	-1,01	6,00	7,46	6,63	6,02	5,34
Aragón	14,13	15,97	18,59	21,01	8,99	21,75	16,65	15,66	17,39	16,21	15,04
Asturias (Principado de)	17,33	13,26	16,17	17,48	10,19	17,59	15,31	14,85	16,05	15,58	15,28
Baleares (Islas)	2,88	22,46	1,94	15,58	66,85	-2,63	15,80	19,89	10,38	8,70	12,24
Canarias	3,11	14,25	6,61	12,70	11,44	10,87	9,76	9,54	9,07	7,89	8,54
Cantabria	45,97	16,24	15,00	-5,81	22,31	16,07	17,33	17,59	16,44	24,96	30,26
Castilla y León	15,46	21,95	12,90	19,96	31,51	-1,55	16,26	20,19	17,51	16,71	18,66
Castilla-La Mancha	11,49	9,09	-38,81	148,44	6,97	24,02	16,13	14,62	16,61	-9,38	10,28
Cataluña	0,44	-5,86	14,10	6,88	-0,22	3,51	2,95	2,84	3,62	2,56	-2,76
Comunidad Valenciana	2,01	13,61	17,30	4,22	87,18	-15,58	14,38	21,54	9,10	10,78	7,66
Extremadura	7,38	6,01	18,53	31,15	13,77	1,32	12,62	15,02	15,34	10,50	6,69
Galicia	6,16	2,24	-6,11	7,09	18,45	-15,70	1,44	5,27	2,21	0,63	4,18
Madrid (Comunidad de)	3,04	5,18	-8,70	9,76	45,78	6,95	9,17	9,62	2,08	-0,36	4,10
Murcia (Región de)	22,95	1,09	18,61	23,15	23,99	10,65	16,43	17,62	16,08	13,81	11,48
Navarra (Comunidad Foral de)	7,54	4,01	4,48	16,36	8,98	11,98	8,81	8,18	7,98	5,33	5,76
País Vasco	15,82	14,96	19,83	9,68	8,05	18,55	14,40	13,59	15,01	16,85	15,39
Rioja (La)	20,00	15,74	34,71	18,63	42,33	4,82	22,09	25,87	22,06	23,22	17,85
Ceuta	-13,48	22,58	-2,43	10,14	-0,83	11,64	3,95	2,48	3,32	1,15	2,99
Melilla	31,03	20,76	12,22	3,26	11,20	20,61	16,18	15,31	16,37	21,09	25,79
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	9,20	4,85	6,90	16,19	19,31	3,97	9,92	11,15	9,20	6,97	7,00

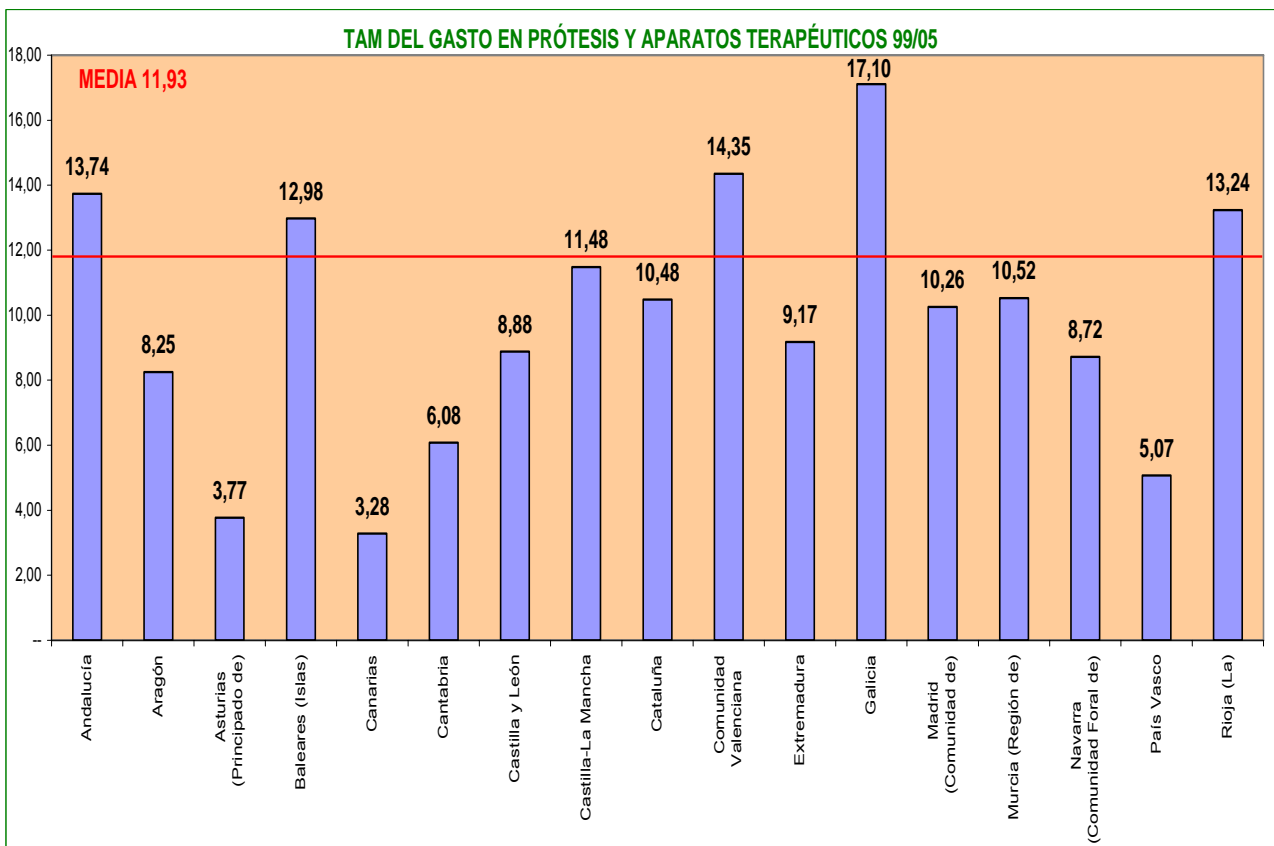
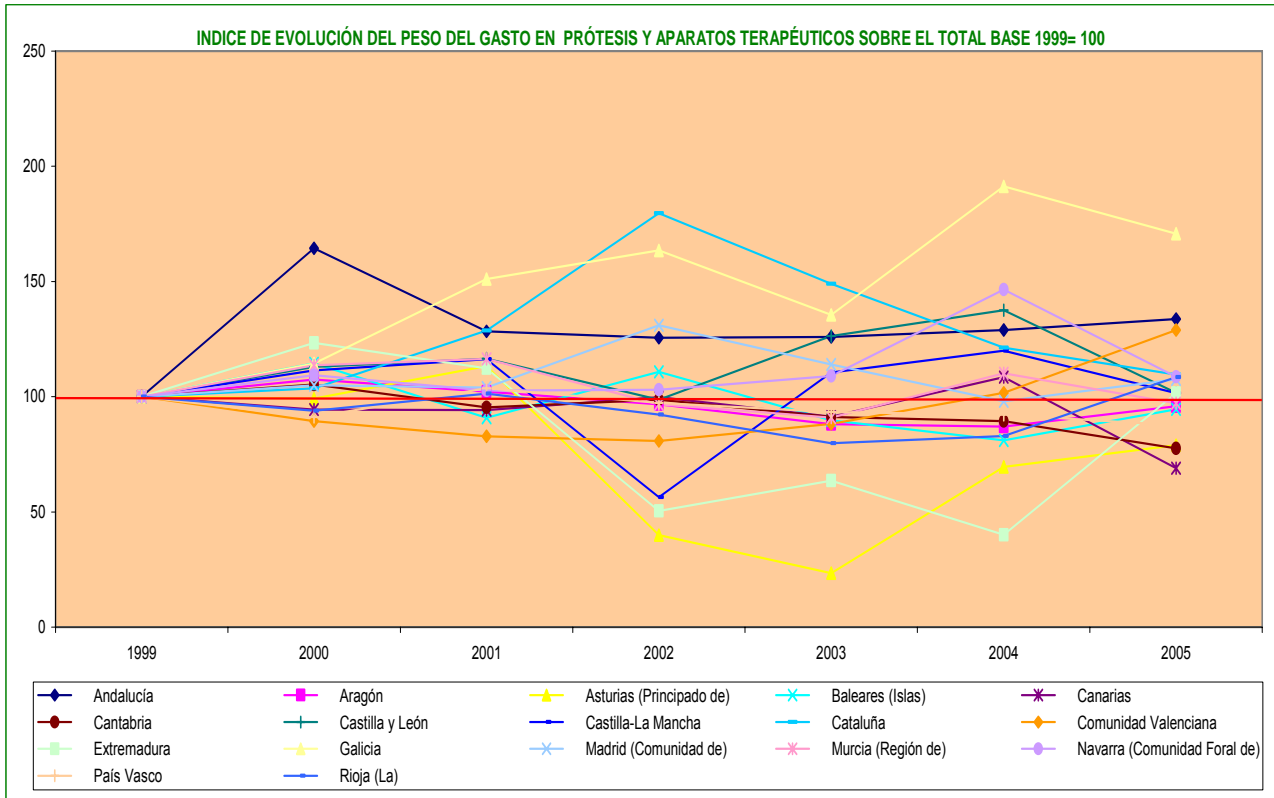
V.2.7.7. Gastos de prótesis y aparatos terapéuticos

Los gastos en prótesis y aparatos terapéuticos ascienden en 2005 a 161,06 millones de euros, lo que supone un 0,35% del gasto total del sector (oscilando por comunidades autónomas entre un 0% y un 0,76%).

En el conjunto del sector, entre 1999 y 2005, el peso de esta componente del gasto se ha incrementado.

La tasa de crecimiento anual medio del periodo para el gasto en prótesis y aparatos terapéuticos ha sido del 11,93%. Se observan importantes diferencias en las tasas anuales medias entre comunidades, oscilando éstas entre el 3,28% y el 17,10%. En Ceuta y Melilla no se registra este tipo de gasto en el año 2005, por lo que se observa una caída del 100%.





PRÓTESIS Y APARATOS TERAPÉUTICOS

	Miles de euros corrientes						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía	26.393	49.117	39.959	41.832	46.083	51.340	57.137
Aragón	1.702	1.948	2.039	2.081	2.150	2.359	2.740
Asturias (Principado de)	1.401	1.476	1.812	693	456	1.448	1.750
Baleares (Islas)	793	966	853	1.259	1.177	1.161	1.648
Canarias	2.356	2.427	2.579	3.067	3.167	3.982	2.860
Cantabria	936	1.069	1.083	1.246	1.338	1.416	1.333
Castilla y León	3.468	4.228	4.654	4.216	6.210	7.200	5.778
Castilla-La Mancha	2.176	2.604	2.955	1.654	3.515	3.833	4.178
Cataluña	11.644	13.112	17.396	26.451	24.950	21.511	21.176
Comunidad Valenciana	13.978	13.807	13.749	14.775	18.431	22.893	31.252
Extremadura	1.415	1.879	1.807	950	1.311	876	2.395
Galicia	3.413	4.130	5.920	6.699	6.068	9.511	8.801
Madrid (Comunidad de)	4.904	5.412	5.831	7.967	7.547	7.430	8.811
Murcia (Región de)	1.640	2.052	2.292	2.099	2.263	3.052	2.990
Navarra (Comunidad Foral de)	1.355	1.593	1.575	1.710	1.974	2.879	2.238
País Vasco	3.791	3.654	4.450	4.488	4.635	4.888	5.100
Rioja (La)	413	424	494	512	494	587	871
Ceuta	82	77	96	114	69	109	--
Melilla	44	67	69	63	57	64	--
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	81.906	110.044	109.612	121.877	131.896	146.540	161.058

PRÓTESIS Y APARATOS TERAPÉUTICOS

	Porcentaje sobre el total del gasto de la comunidad						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía	0,57	0,93	0,73	0,71	0,72	0,73	0,76
Aragón	0,20	0,21	0,20	0,19	0,17	0,17	0,19
Asturias (Principado de)	0,18	0,18	0,20	0,07	0,04	0,12	0,14
Baleares (Islas)	0,16	0,19	0,15	0,18	0,15	0,13	0,16
Canarias	0,19	0,18	0,18	0,19	0,18	0,21	0,13
Cantabria	0,24	0,25	0,23	0,24	0,22	0,21	0,19
Castilla y León	0,21	0,23	0,24	0,20	0,26	0,28	0,21
Castilla-La Mancha	0,20	0,22	0,23	0,11	0,22	0,24	0,20
Cataluña	0,27	0,28	0,34	0,48	0,40	0,32	0,29
Comunidad Valenciana	0,52	0,47	0,43	0,42	0,46	0,53	0,67
Extremadura	0,19	0,24	0,22	0,10	0,12	0,08	0,20
Galicia	0,18	0,20	0,27	0,29	0,24	0,34	0,30
Madrid (Comunidad de)	0,14	0,15	0,15	0,19	0,16	0,14	0,15
Murcia (Región de)	0,22	0,25	0,26	0,21	0,20	0,24	0,21
Navarra (Comunidad Foral de)	0,30	0,32	0,30	0,30	0,32	0,43	0,32
País Vasco	0,23	0,21	0,24	0,23	0,22	0,22	0,21
Rioja (La)	0,23	0,21	0,23	0,21	0,18	0,19	0,25
Ceuta	0,18	0,16	0,19	0,21	0,12	0,16	--
Melilla	0,10	0,14	0,13	0,11	0,09	0,09	--
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	0,30	0,37	0,34	0,35	0,34	0,35	0,35

PRÓTESIS Y APARATOS TERAPÉUTICOS

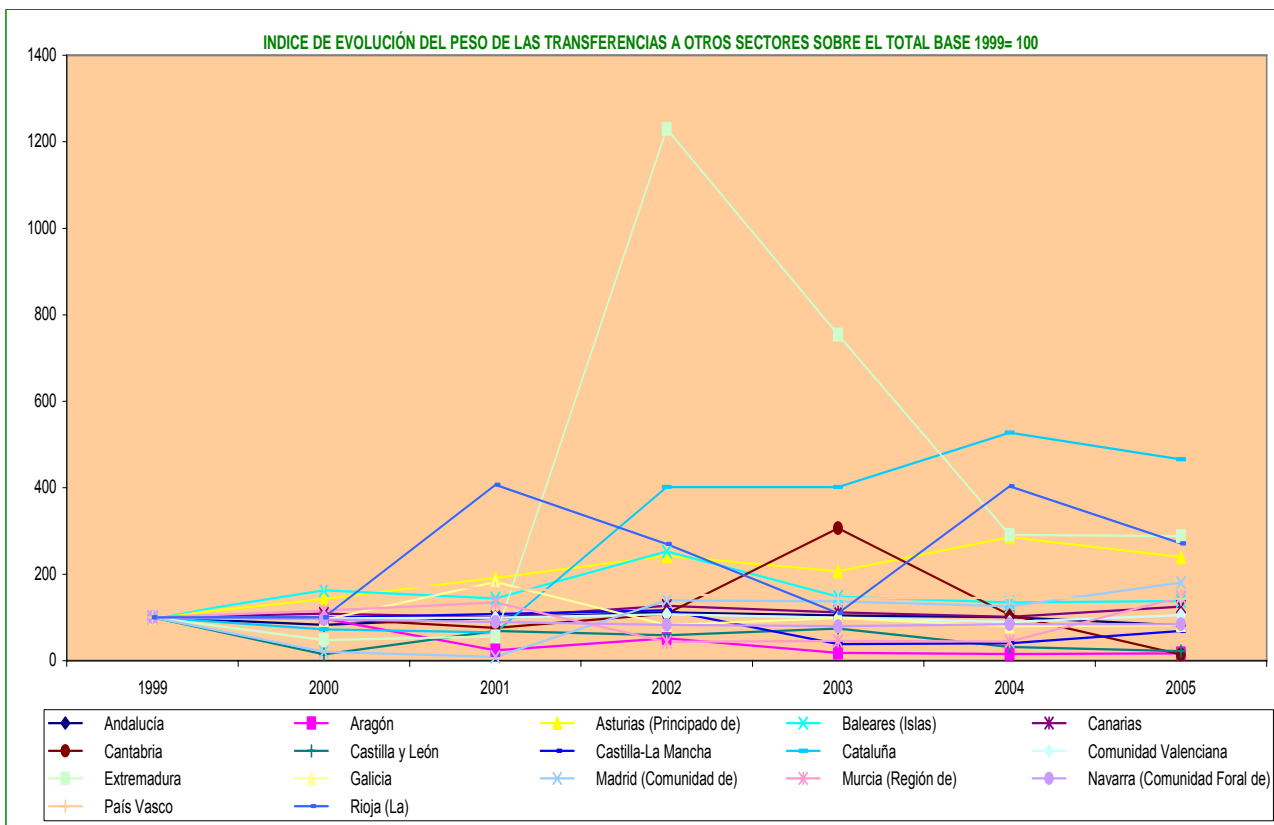
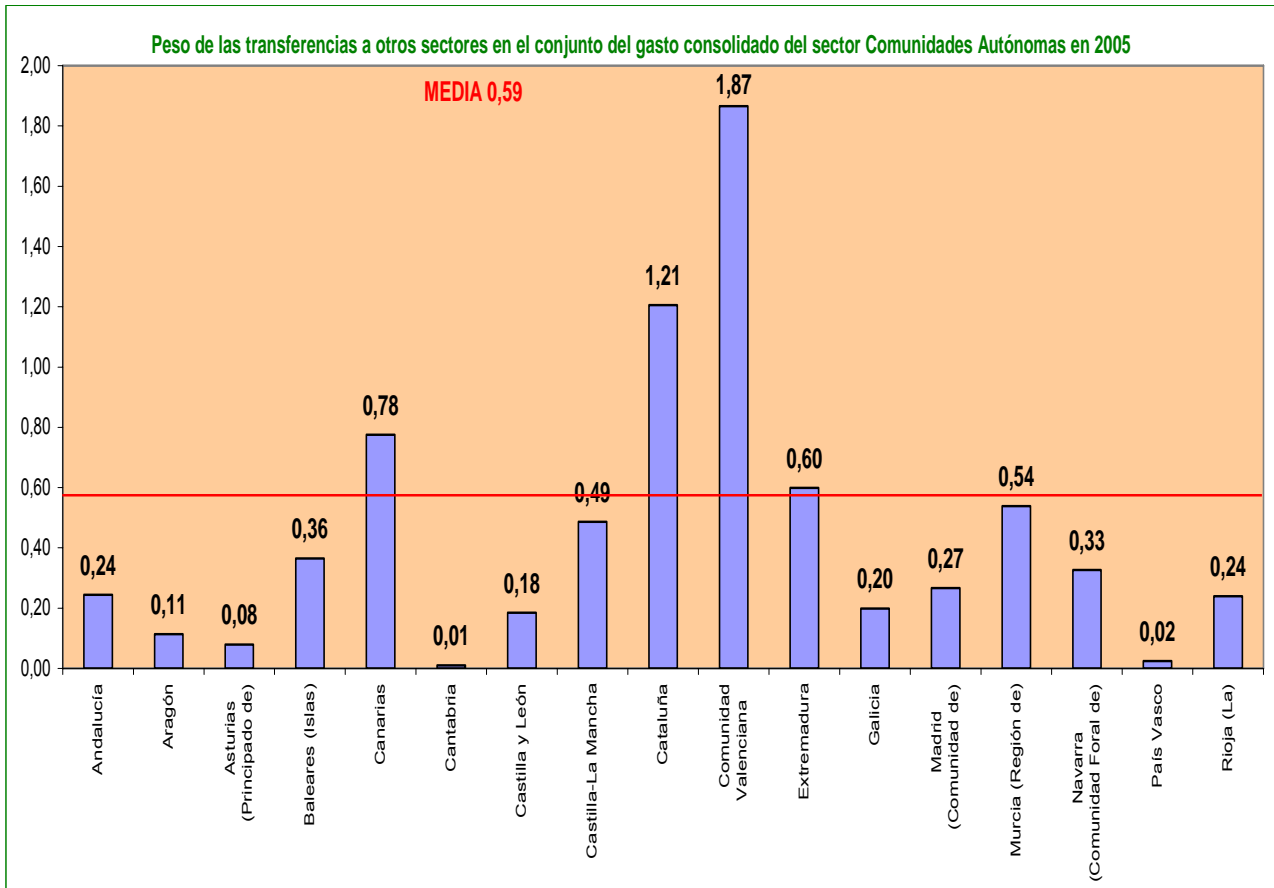
	Porcentaje de variación interanual						TAM	TAM	TAM	TAM	TAM
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	99/05	99/04	99/03	99/02	99/01
Andalucía	86,10	-18,65	4,69	10,16	11,41	11,29	13,74	14,23	14,95	16,59	23,04
Aragón	14,43	4,68	2,06	3,28	9,76	16,12	8,25	6,75	6,00	6,93	9,45
Asturias (Principado de)	5,33	22,77	-61,75	-34,17	217,35	20,85	3,77	0,66	-24,46	-20,92	13,72
Baleares (Islas)	21,86	-11,72	47,66	-6,56	-1,30	41,93	12,98	7,94	10,38	16,68	3,72
Canarias	3,03	6,24	18,92	3,27	25,73	-28,17	3,28	11,07	7,68	9,19	4,62
Cantabria	14,20	1,34	15,00	7,39	5,84	-5,82	6,08	8,63	9,34	10,00	7,58
Castilla y León	21,91	10,08	-9,41	47,29	15,93	-19,75	8,88	15,73	15,68	6,73	15,84
Castilla-La Mancha	19,68	13,48	-44,04	112,53	9,03	9,01	11,48	11,99	12,74	-8,74	16,54
Cataluña	12,60	32,68	52,05	-5,67	-13,78	-1,56	10,48	13,06	20,99	31,46	22,23
Comunidad Valenciana	-1,23	-0,42	7,46	24,75	24,21	36,51	14,35	10,37	7,16	1,87	-0,82
Extremadura	32,86	-3,86	-47,42	38,03	-33,22	173,47	9,17	-9,15	-1,88	-12,43	13,02
Galicia	21,01	43,33	13,17	-9,43	56,75	-7,47	17,10	22,75	15,47	25,21	31,70
Madrid (Comunidad de)	10,35	7,74	36,65	-5,27	-1,55	18,58	10,26	8,66	11,38	17,56	9,04
Murcia (Región de)	25,10	11,68	-8,41	7,83	34,84	-2,03	10,52	13,22	8,38	8,57	18,20
Navarra (Comunidad Foral de)	17,58	-1,19	8,59	15,44	45,84	-22,24	8,72	16,26	9,85	8,05	7,79
País Vasco	-3,63	21,80	0,85	3,27	5,46	4,35	5,07	5,21	5,15	5,78	8,34
Rioja (La)	2,68	16,37	3,74	-3,50	18,82	48,32	13,24	7,29	4,58	7,42	9,31
Ceuta	-5,80	24,52	18,39	-39,24	57,71	-100,00	-100,00	5,88	-4,16	11,57	8,30
Melilla	52,46	2,05	-8,07	-9,65	12,74	-100,00	-100,00	7,82	6,62	12,67	24,73
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	34,35	-0,39	11,19	8,22	11,10	9,91	11,93	12,34	12,65	14,17	15,68

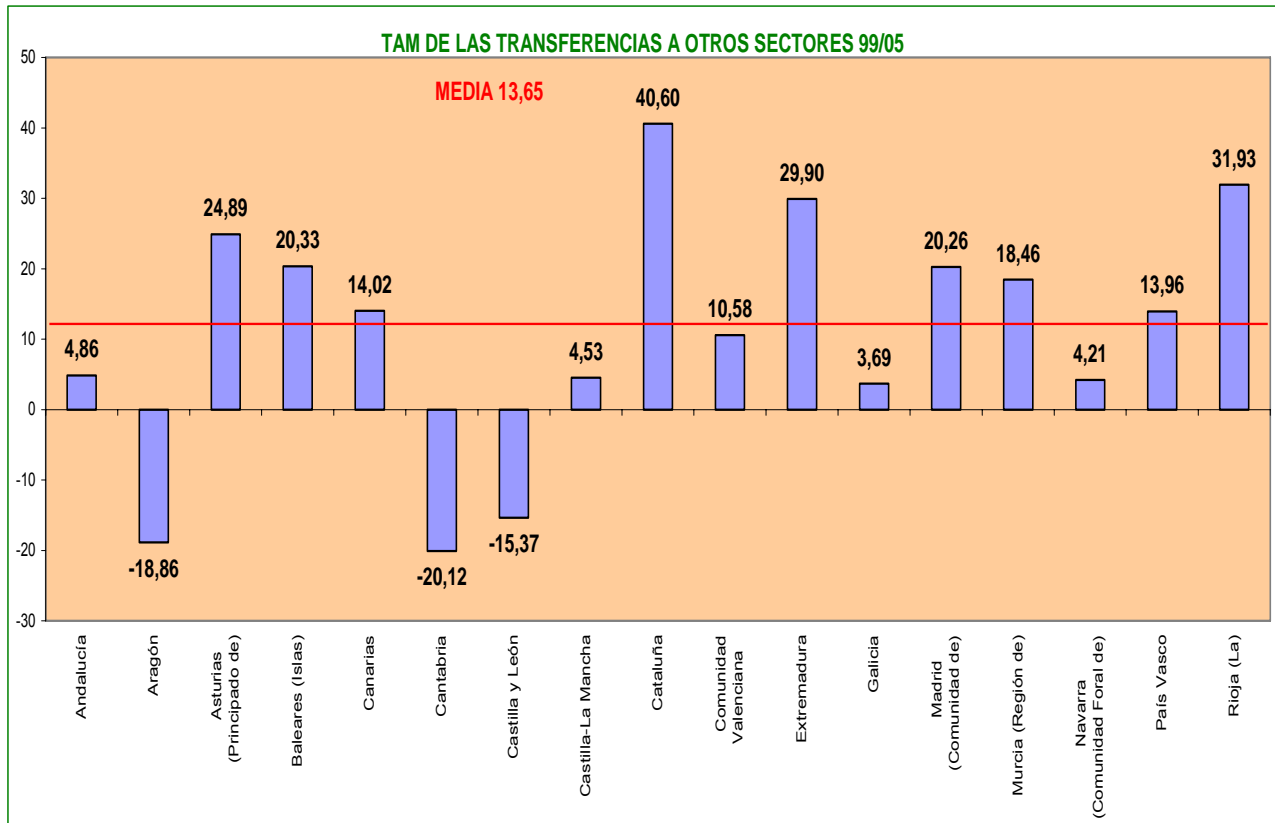
V.2.7.8. Transferencias corrientes a otros sectores

Las transferencias a otros sectores suponen en 2005 un 0,59% del gasto total (oscilando entre un 0% y un 1,87%).

La evolución del peso de este gasto entre 1999 y 2005 ha registrado importantes diferencias entre comunidades, presentando incrementos y descensos pronunciados.

La tasa de crecimiento anual medio del periodo para el conjunto del gasto en transferencias a otros sectores ha sido del 13,65%. Se observan importantes diferencias en las tasas anuales medias entre comunidades, oscilando éstas entre el -20,12% y el 40,60% (sin considerar Ceuta, donde no se registra gasto en este concepto, ni Melilla, que ha dejado de registrarlo en 2005).





TRANSFERENCIAS A OTROS SECTORES

Miles de euros corrientes

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía	13.798	12.960	16.229	19.533	20.019	21.021	18.344
Aragón	5.737	5.951	1.640	3.739	1.495	1.434	1.637
Asturias (Principado de)	263	399	577	789	756	1.117	998
Baleares (Islas)	1.274	2.217	2.177	4.624	3.125	3.106	3.868
Canarias	7.599	9.038	8.915	12.581	12.523	12.002	16.700
Cantabria	278	296	257	408	1.337	499	72
Castilla y León	13.799	2.226	10.914	10.026	14.592	6.658	5.071
Castilla-La Mancha	7.769	8.336	9.817	12.176	4.390	4.635	10.134
Cataluña	11.256	8.894	8.547	57.206	64.939	90.390	86.944
Comunidad Valenciana	47.319	51.405	56.019	66.575	70.269	68.595	86.518
Extremadura	1.515	785	975	24.837	16.662	6.819	7.282
Galicia	4.684	4.689	9.786	4.641	6.070	5.468	5.821
Madrid (Comunidad de)	5.021	1.106	521	8.672	9.346	9.778	15.188
Murcia (Región de)	2.721	3.474	4.404	1.576	1.895	2.037	7.518
Navarra (Comunidad Foral de)	1.777	1.821	1.809	1.812	1.902	2.174	2.276
País Vasco	274	514	520	515	518	558	600
Rioja (La)	160	175	767	580	264	1.106	844
Ceuta	--	--	--	--	--	--	--
Melilla	0	9	7	14	9	18	--
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	125.245	114.294	133.882	230.305	230.109	237.414	269.816

TRANSFERENCIAS A OTROS SECTORES

	Porcentaje sobre el total del gasto de la comunidad						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía	0,30	0,25	0,30	0,33	0,31	0,30	0,24
Aragón	0,67	0,65	0,16	0,34	0,12	0,10	0,11
Asturias (Principado de)	0,03	0,05	0,06	0,08	0,07	0,09	0,08
Baleares (Islas)	0,26	0,43	0,38	0,67	0,39	0,36	0,36
Canarias	0,62	0,68	0,63	0,79	0,69	0,63	0,78
Cantabria	0,07	0,07	0,05	0,08	0,22	0,08	0,01
Castilla y León	0,82	0,12	0,56	0,48	0,61	0,26	0,18
Castilla-La Mancha	0,70	0,70	0,76	0,82	0,27	0,29	0,49
Cataluña	0,26	0,19	0,17	1,04	1,04	1,37	1,21
Comunidad Valenciana	1,77	1,74	1,76	1,90	1,76	1,59	1,87
Extremadura	0,21	0,10	0,12	2,56	1,57	0,61	0,60
Galicia	0,24	0,23	0,44	0,20	0,24	0,19	0,20
Madrid (Comunidad de)	0,15	0,03	0,01	0,20	0,20	0,19	0,27
Murcia (Región de)	0,37	0,42	0,49	0,16	0,17	0,16	0,54
Navarra (Comunidad Foral de)	0,39	0,37	0,35	0,32	0,31	0,33	0,33
País Vasco	0,02	0,03	0,03	0,03	0,02	0,02	0,02
Rioja (La)	0,09	0,09	0,36	0,24	0,10	0,36	0,24
Ceuta	--	--	--	--	--	--	--
Melilla	0,00	0,02	0,01	0,03	0,01	0,03	--
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	0,46	0,38	0,42	0,66	0,59	0,57	0,59

TRANSFERENCIAS A OTROS SECTORES

	Porcentaje de variación interanual						TAM 99/05	TAM 99/04	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
	2000	2001	2002	2003	2004	2005					
Andalucía	-6,07	25,22	20,36	2,49	5,01	-12,73	4,86	8,79	9,75	12,28	8,45
Aragón	3,72	-72,44	127,99	-60,03	-4,04	14,14	-18,86	-24,21	-28,56	-13,30	-46,53
Asturias (Principado de)	51,58	44,75	36,71	-4,16	47,77	-10,67	24,89	33,55	30,21	44,22	48,13
Baleares (Islas)	73,97	-1,78	112,39	-32,42	-0,58	24,50	20,33	19,51	25,14	53,67	30,72
Canarias	18,94	-1,36	41,12	-0,46	-4,17	39,14	14,02	9,57	13,30	18,30	8,32
Cantabria	6,28	-13,15	59,13	227,28	-62,69	-85,51	-20,12	12,39	48,07	13,67	-3,92
Castilla y León	-83,87	390,30	-8,14	45,55	-54,37	-23,84	-15,37	-13,56	1,41	-10,10	-11,07
Castilla-La Mancha	7,30	17,77	24,03	-63,95	5,60	118,63	4,53	-9,81	-13,30	16,16	12,41
Cataluña	-20,98	-3,91	569,30	13,52	39,19	-3,81	40,60	51,69	54,98	71,93	-12,86
Comunidad Valenciana	8,63	8,98	18,84	5,55	-2,38	26,13	10,58	7,71	10,39	12,05	8,81
Extremadura	-48,17	24,10	2.448,01	-32,91	-59,07	6,79	29,90	35,09	82,09	154,01	-19,80
Galicia	0,09	108,73	-52,57	30,77	-9,92	6,47	3,69	3,14	6,69	-0,31	44,54
Madrid (Comunidad de)	-77,98	-52,91	1.565,49	7,77	4,62	55,33	20,26	14,26	16,80	19,98	-67,80
Murcia (Región de)	27,69	26,78	-64,23	20,25	7,50	269,14	18,46	-5,63	-8,65	-16,65	27,23
Navarra (Comunidad Foral de)	2,47	-0,62	0,18	4,96	14,27	4,68	4,21	4,11	1,72	0,66	0,91
País Vasco	87,63	1,11	-1,01	0,66	7,65	7,60	13,96	15,27	17,26	23,38	37,74
Rioja (La)	9,63	337,26	-24,41	-54,49	318,99	-23,67	31,93	47,19	13,32	53,60	118,94
Ceuta											
Melilla	4.024,45	-21,81	99,86	-40,60	108,78	-100,00	-100,00	140,18	148,75	300,94	467,87
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	-8,74	17,14	72,02	-0,08	3,17	13,65	13,65	13,64	16,42	22,51	3,39

V.3. INDICADORES DE GASTO POR PERSONA PROTEGIDA

V.3.1. Introducción

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, que ha cobrado especial relevancia en España en la actualidad debido a la evolución que ha registrado desde el año 2000⁴⁵.

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.

El volumen de población protegida lo calcula el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) a partir de los datos del Padrón Municipal del INE⁴⁶ 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

⁴⁵ En esta versión del informe se ha optado por no incluir el cuadro con la descomposición del crecimiento del gasto sanitario público en sus factores determinantes (precios, prestación real media y población). Para descomponer el efecto que sobre el crecimiento del gasto sanitario tienen los factores que se indican, es preciso disponer de estructuras de gasto por edades para calcular poblaciones ajustadas por estructura etaria. Sin embargo, para la elaboración de esta versión del informe no se ha tenido acceso a datos más actualizados sobre perfiles de gasto por edad, fundamentalmente debido a la imposibilidad de desglosar el gasto farmacéutico por grupos de población. Por este motivo se ha trabajado con los mismos perfiles que se utilizaron en el informe anterior del grupo a la hora de obtener los indicadores basados en población ajustada. Por otra parte, se planteó en su momento la conveniencia de medir el efecto de la población inmigrante en los perfiles de gasto, habiendo quedado encargada la Región de Murcia de presentar una propuesta de metodología para ser debatida en el seno del Grupo de Trabajo.

⁴⁶ Téngase en cuenta que con este criterio no se contabilizan las personas que no están empadronadas.

completa en caso de embarazo y puerperio. El Padrón recoge por tanto, en gran medida, a los inmigrantes con derecho a atención sanitaria⁴⁷.

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.

Está previsto disponer de esta base de datos a partir de mediados del año 2008. A junio de 2007, todas las CCAA que no están todavía incorporadas han contraído el compromiso de integración en la BD de TSI del SNS a través de la firma de los Convenios de Colaboración en el marco del Plan Avanza. Navarra se encuentra en plena fase de integración, operando ya en la Base de Datos de Pruebas del SNS y Andalucía y Galicia están realizando los trabajos técnicos para interoperar con el SNS en los meses próximos. La Comunidad Valenciana también se encuentra en fase de trabajos previos de incorporación y Cataluña ha realizado ya alguna prueba de compatibilidad de estructura entre sus registros y los de la BD TSI-SNS estando prevista su incorporación en enero de 2008. El País Vasco se encuentra analizando la documentación técnica correspondiente.

⁴⁷ 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.”*

Con motivo del análisis específico de la población protegida en el Grupo de Trabajo *ad hoc* del Consejo de Política Fiscal y Financiera (CPFF), el MSC inició en 2005 el cálculo de esta variable de modo que fuera posible corregirla por el efecto de la estructura de edades. El MSC calculó 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 primer informe del grupo, en el que se proporcionaron, además, los resultados obtenidos sobre la base de tres escenarios.

V.3.2. 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 2005 asciende a 41.928.228 personas.

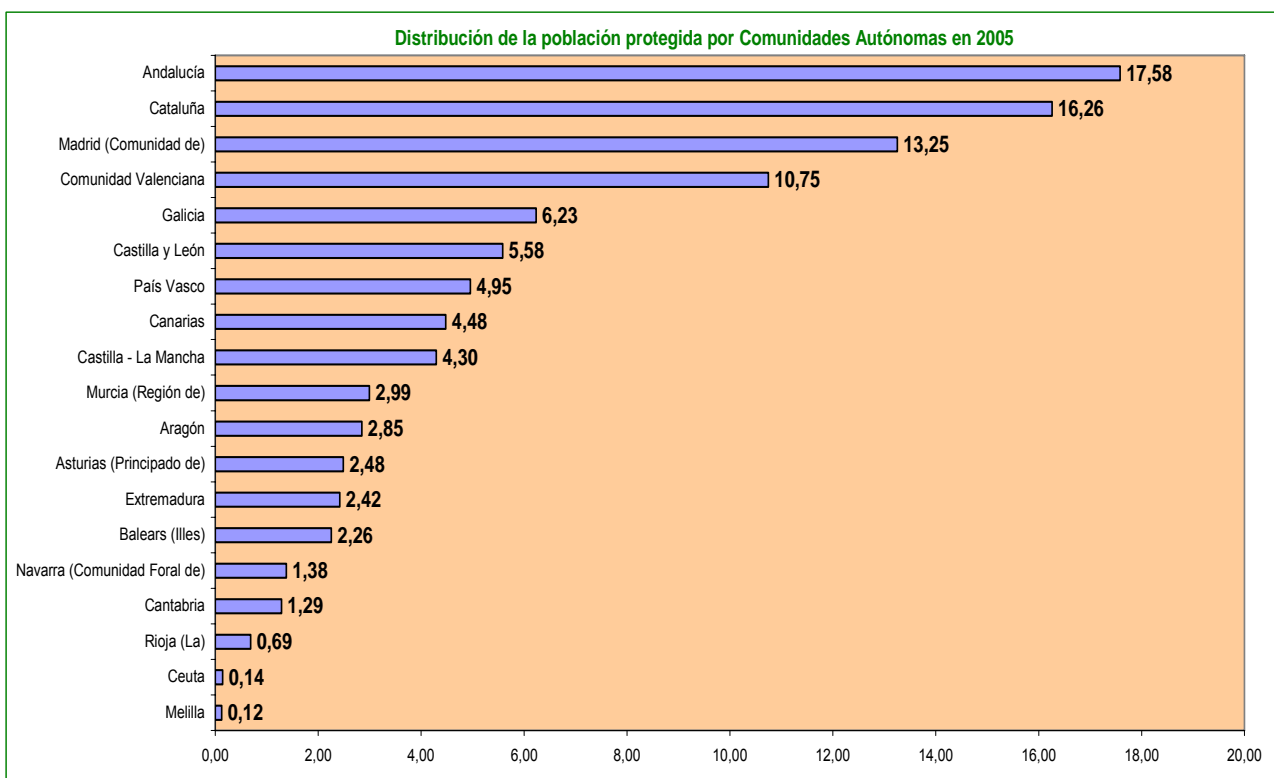
El 17,58% de la población protegida corresponde a la Comunidad Autónoma de Andalucía, seguida de Cataluña con un 16,26%, de Madrid con un 13,25% y de la Comunidad Valenciana con un 10,75%. A partir esta última comunidad, el porcentaje de población protegida registra un salto importante cayendo al 6,23% de Galicia. El mínimo le corresponde a Melilla (0,12%).

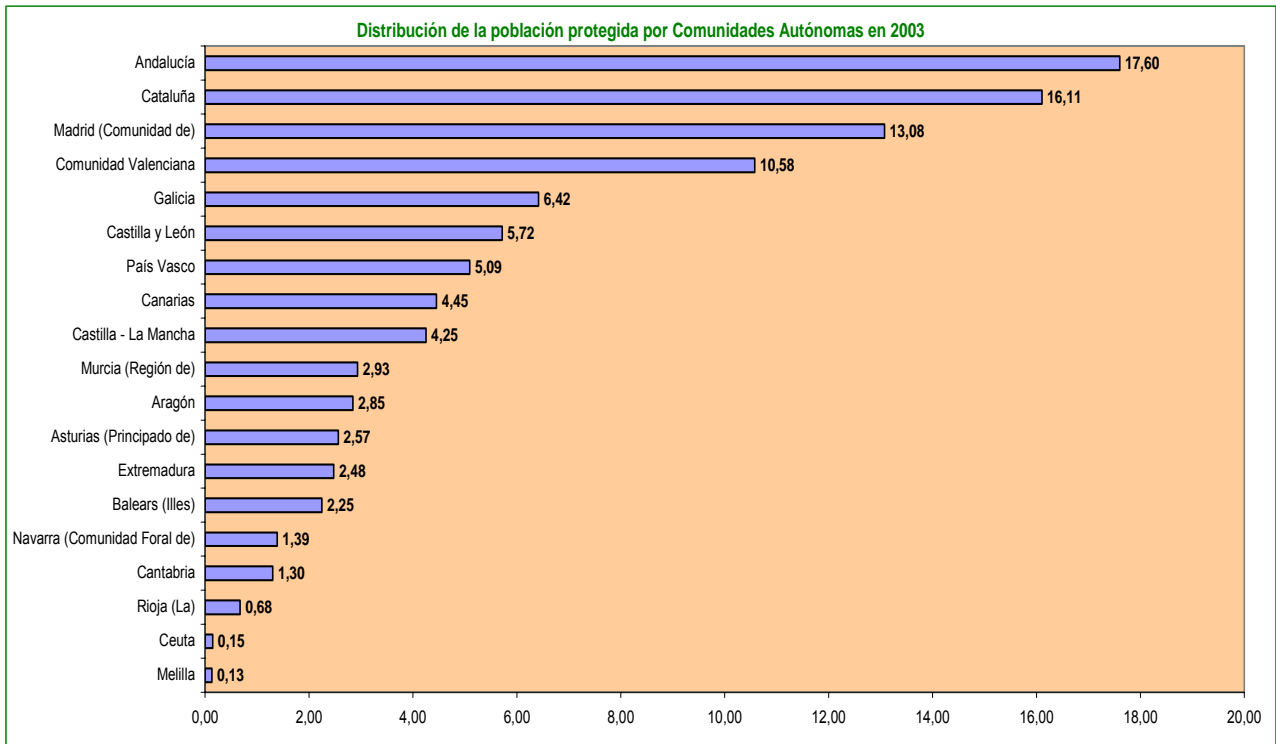
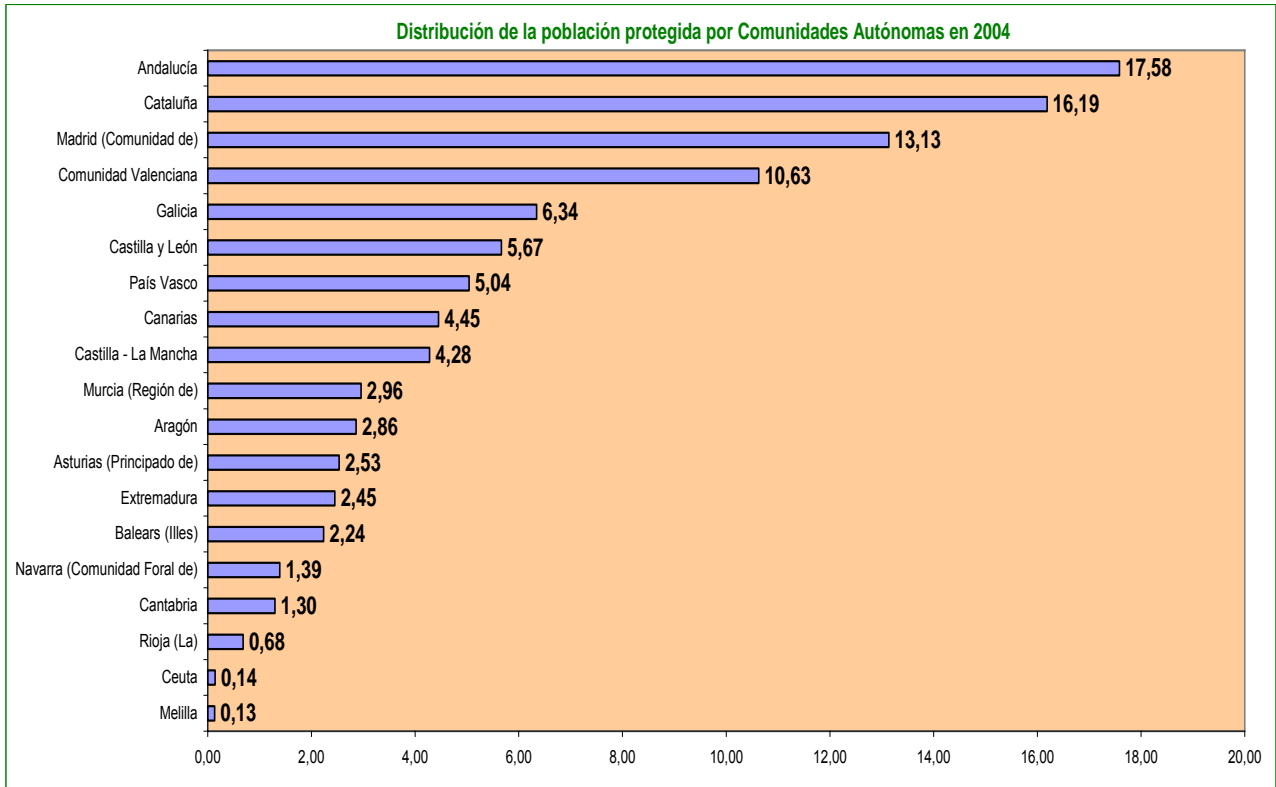
Las Comunidades Autónomas en las que la población protegida ha ganado peso entre 1999 y 2005 son Baleares, Canarias, Cataluña, Comunidad Valenciana, Madrid, Murcia y Navarra, La Rioja y Melilla.

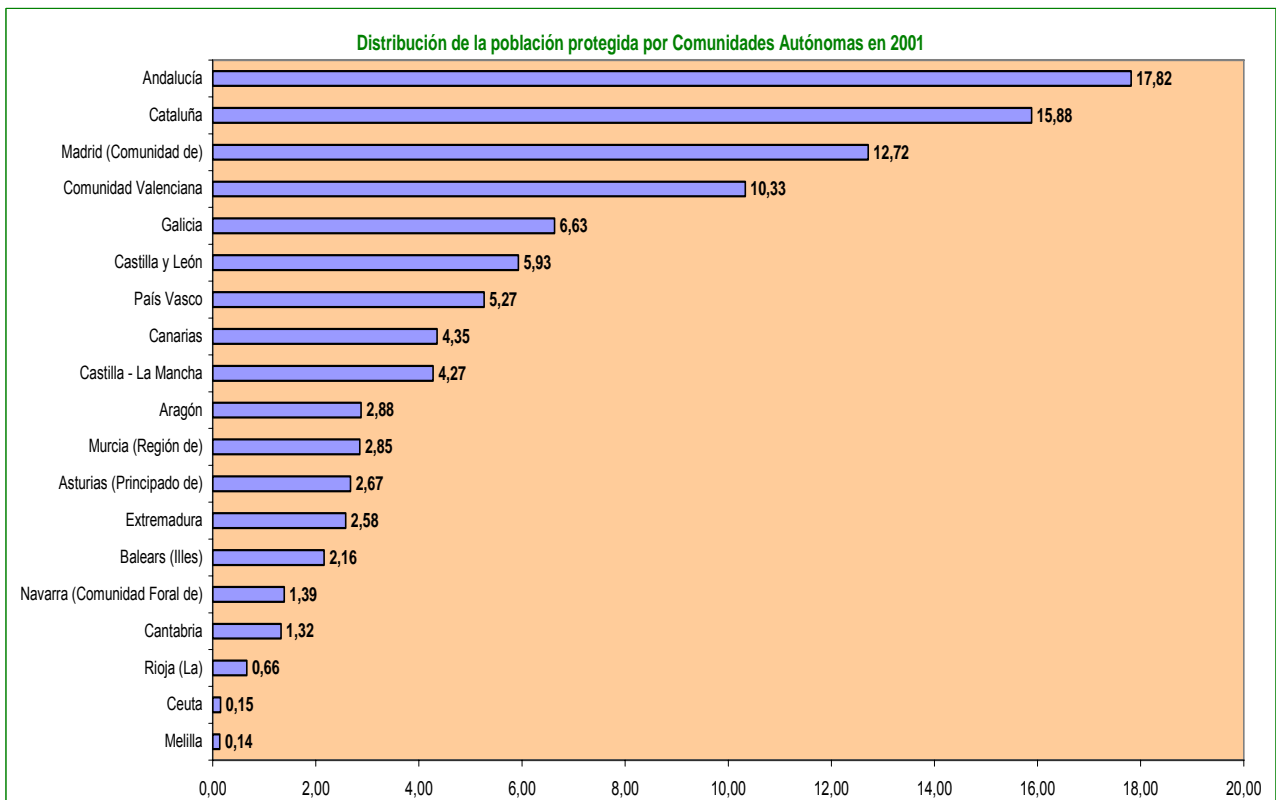
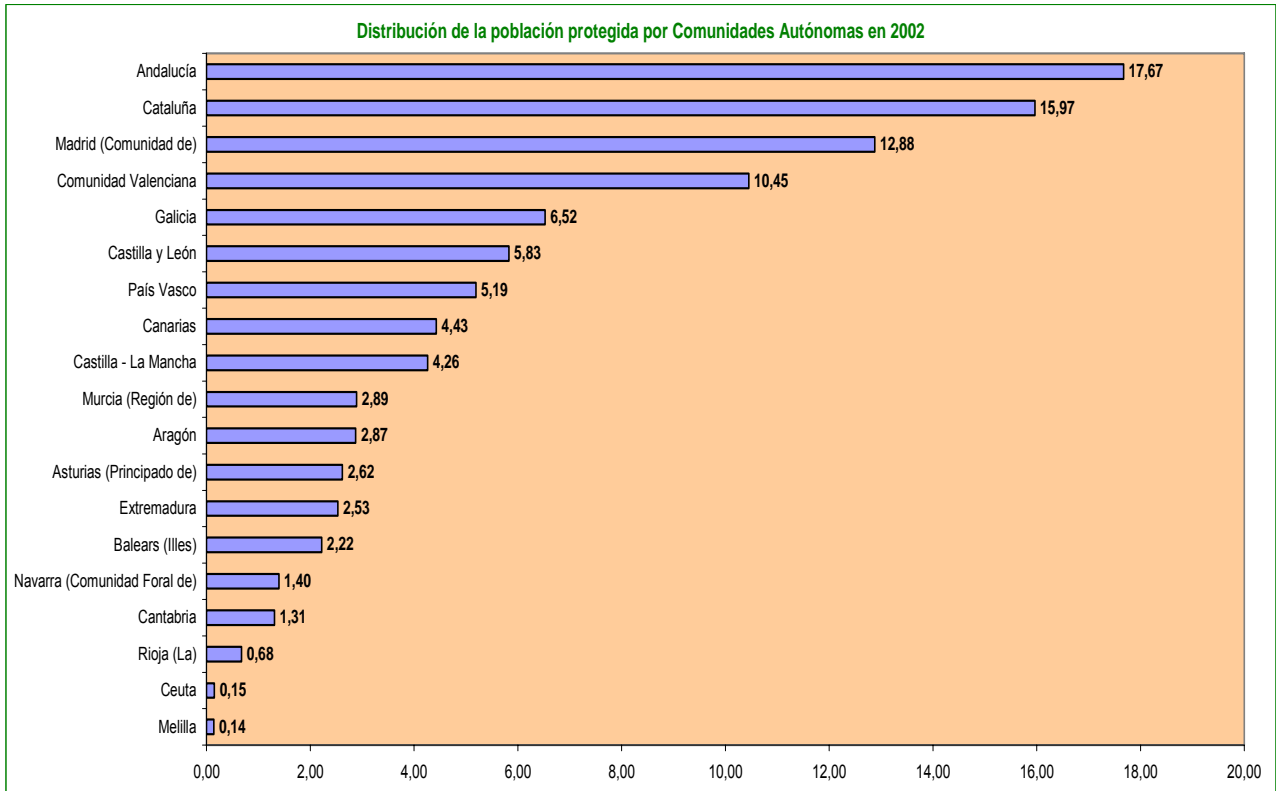
Por lo que se refiere a la evolución del volumen de población protegida, ésta ha presentado una tasa anual media de crecimiento entre 1999 y 2005 de 1,66%, con crecimientos interanuales también crecientes entre 2000 y 2005, pasando de 0,79% en el año 2000 a 2,31% en el año 2005, con la salvedad de que en el año 2004 la tasa de crecimiento anual cayó al 1,20%.

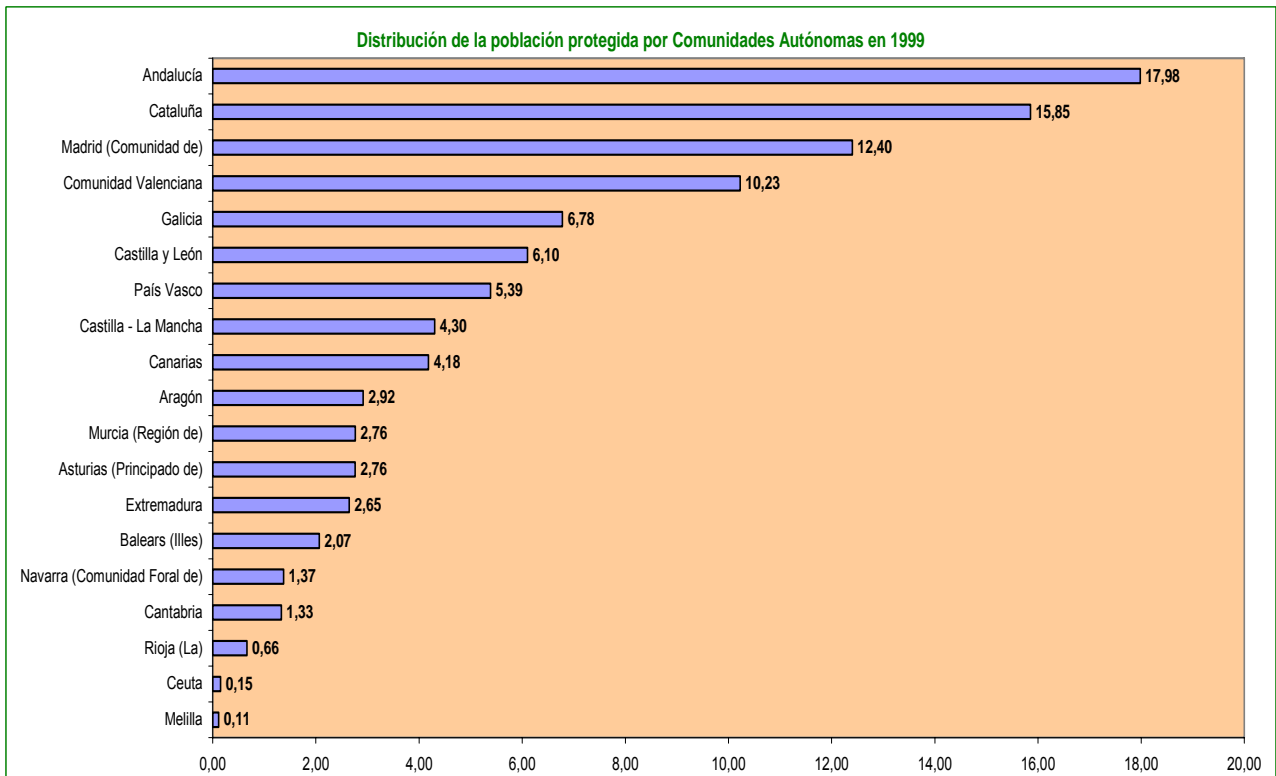
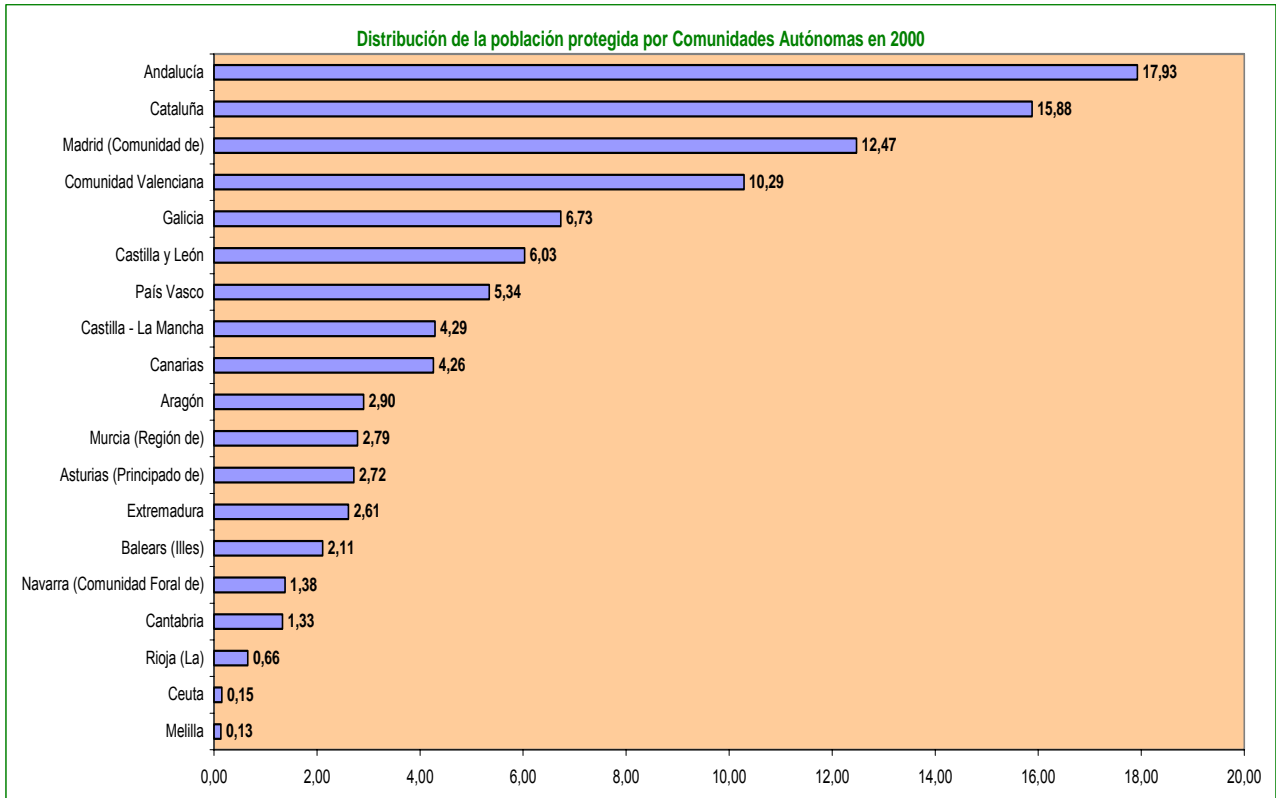
Por comunidades, se observa que la población protegida se ha incrementado durante el periodo analizado en todas ellas excepto en Asturias, donde ha registrado una caída de 6.324 personas (un 0,6% de la población en 1999). Las tasas de crecimiento medio anual durante dicho periodo oscilan entre el -0,10% de Asturias y el 3,16% de Baleares.

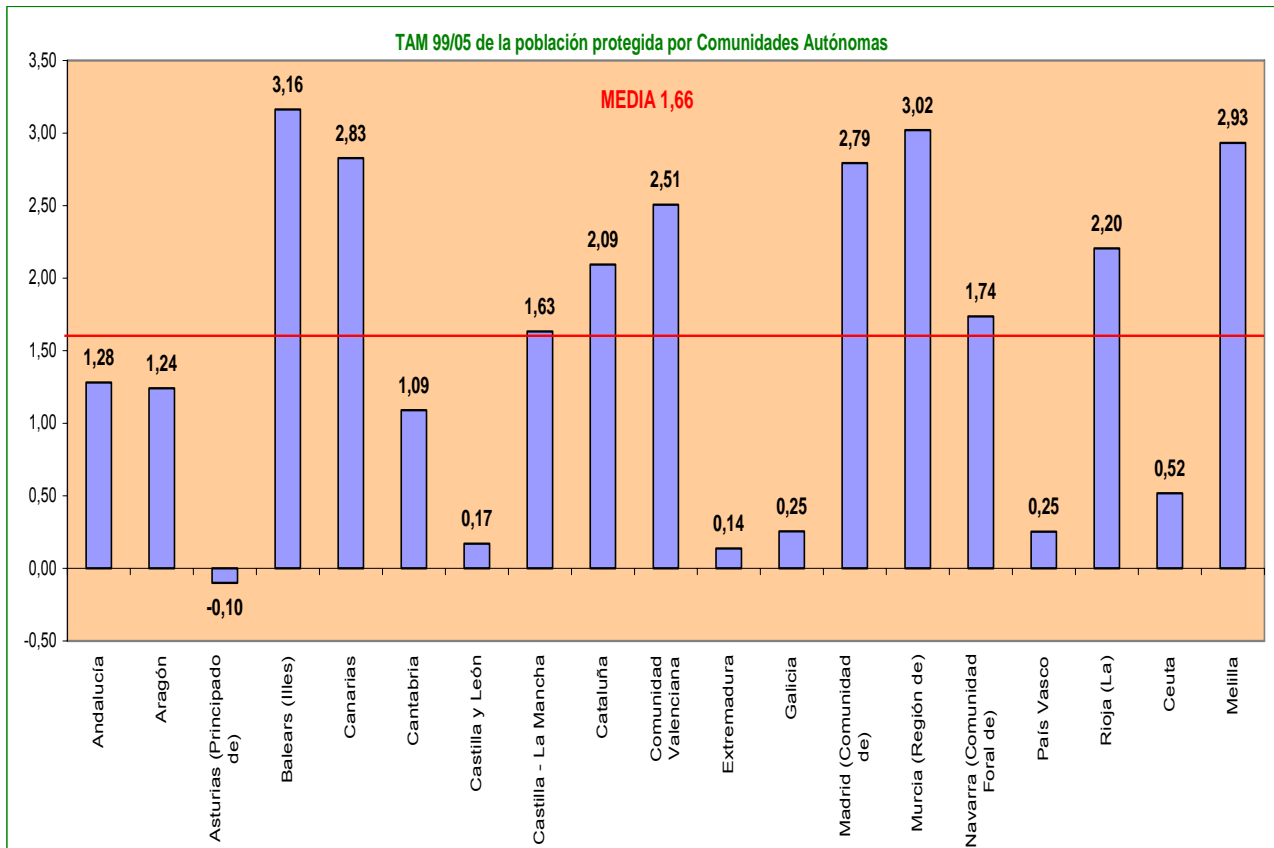
Como referente para situar el orden de cifras, baste señalar que los crecimientos que registró la población protegida durante los quinquenios 1981-1986, 1987-1991 y 1992-1996 oscilaron entre un 1% y un 2%.











Población protegida por el SNS

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total	37.980.437	38.281.497	38.905.395	39.618.276	40.497.751	40.983.107	41.928.228
Andalucía	6.830.285	6.862.013	6.931.651	7.001.587	7.127.957	7.206.333	7.372.398
Aragón	1.108.096	1.110.880	1.120.590	1.138.477	1.152.409	1.172.814	1.193.252
Asturias (Principado de)	1.047.945	1.040.341	1.038.965	1.037.966	1.039.473	1.038.355	1.041.621
Balears (Islas)	784.636	807.868	840.490	879.096	909.616	917.294	945.823
Canarias	1.588.055	1.629.975	1.692.825	1.753.923	1.803.383	1.823.136	1.877.169
Cantabria	505.702	508.477	514.843	519.385	526.783	532.003	539.710
Castilla y León	2.316.792	2.307.639	2.306.748	2.308.410	2.316.723	2.322.408	2.340.502
Castilla - La Mancha	1.634.162	1.642.563	1.662.521	1.688.006	1.720.935	1.754.332	1.801.002
Cataluña	6.021.109	6.079.705	6.179.951	6.325.613	6.522.999	6.634.724	6.818.468
Comunidad Valenciana	3.884.525	3.938.806	4.019.327	4.140.459	4.283.038	4.354.840	4.506.448
Extremadura	1.004.837	999.343	1.002.907	1.002.061	1.002.666	1.004.144	1.013.125
Galicia	2.574.293	2.577.402	2.580.447	2.584.625	2.598.943	2.599.841	2.613.836
Madrid (Comunidad de)	4.709.391	4.775.061	4.947.132	5.101.101	5.295.677	5.383.018	5.555.935
Murcia (Región de)	1.049.676	1.067.336	1.108.461	1.145.055	1.187.034	1.212.237	1.254.811
Navarra (Comunidad Foral de)	521.377	527.455	539.748	553.228	562.126	568.997	578.130
País Vasco	2.045.932	2.045.579	2.048.512	2.056.240	2.061.361	2.066.215	2.077.143
Rioja (La)	252.220	250.821	256.815	267.933	273.645	279.837	287.468
Ceuta	58.354	58.898	59.588	60.506	59.184	59.129	60.189
Melilla	43.050	51.335	53.874	54.605	53.799	53.450	51.198

Peso de la población protegida por Comunidades Autónomas

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Andalucía	17,98	17,93	17,82	17,67	17,60	17,58	17,58
Aragón	2,92	2,90	2,88	2,87	2,85	2,86	2,85
Asturias (Principado de)	2,76	2,72	2,67	2,62	2,57	2,53	2,48
Baleares (Islas)	2,07	2,11	2,16	2,22	2,25	2,24	2,26
Canarias	4,18	4,26	4,35	4,43	4,45	4,45	4,48
Cantabria	1,33	1,33	1,32	1,31	1,30	1,30	1,29
Castilla y León	6,10	6,03	5,93	5,83	5,72	5,67	5,58
Castilla - La Mancha	4,30	4,29	4,27	4,26	4,25	4,28	4,30
Cataluña	15,85	15,88	15,88	15,97	16,11	16,19	16,26
Comunidad Valenciana	10,23	10,29	10,33	10,45	10,58	10,63	10,75
Extremadura	2,65	2,61	2,58	2,53	2,48	2,45	2,42
Galicia	6,78	6,73	6,63	6,52	6,42	6,34	6,23
Madrid (Comunidad de)	12,40	12,47	12,72	12,88	13,08	13,13	13,25
Murcia (Región de)	2,76	2,79	2,85	2,89	2,93	2,96	2,99
Navarra (Comunidad Foral de)	1,37	1,38	1,39	1,40	1,39	1,39	1,38
País Vasco	5,39	5,34	5,27	5,19	5,09	5,04	4,95
Rioja (La)	0,66	0,66	0,66	0,68	0,68	0,68	0,69
Ceuta	0,15	0,15	0,15	0,15	0,15	0,14	0,14
Melilla	0,11	0,13	0,14	0,14	0,13	0,13	0,12

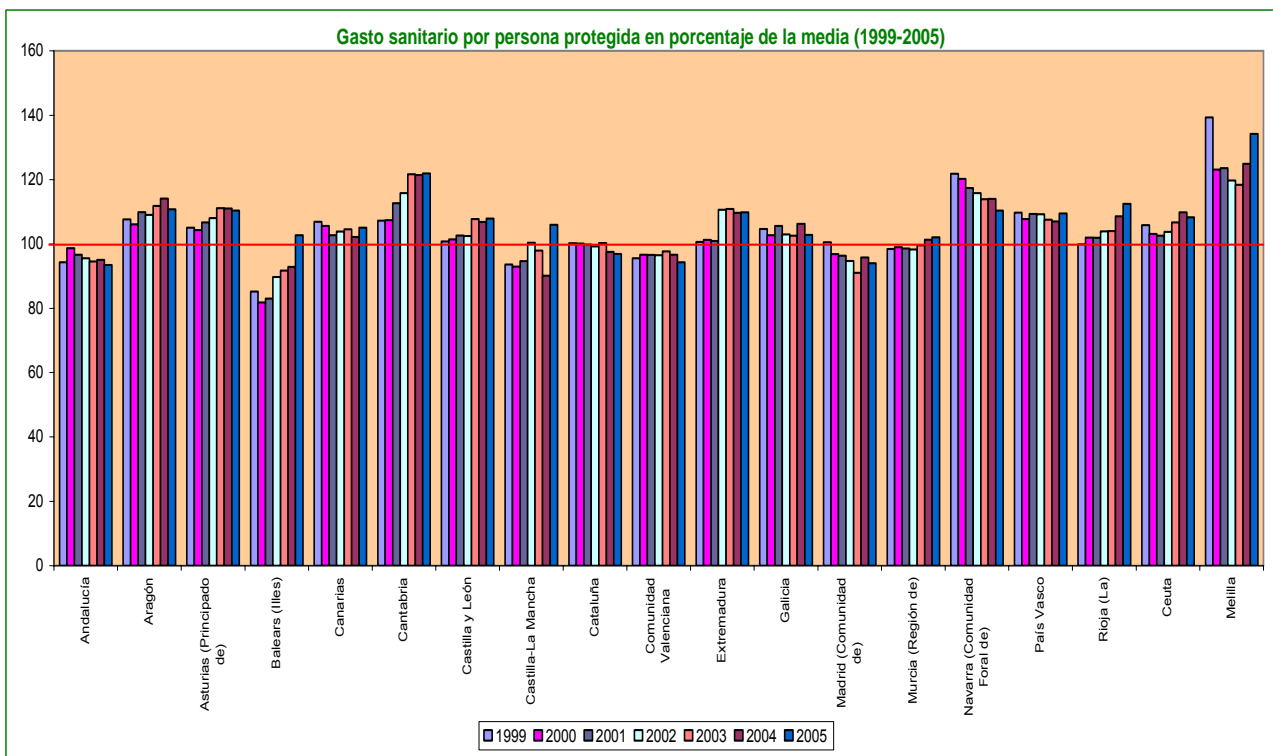
Tasa de variación interanual de la población protegida por SNS

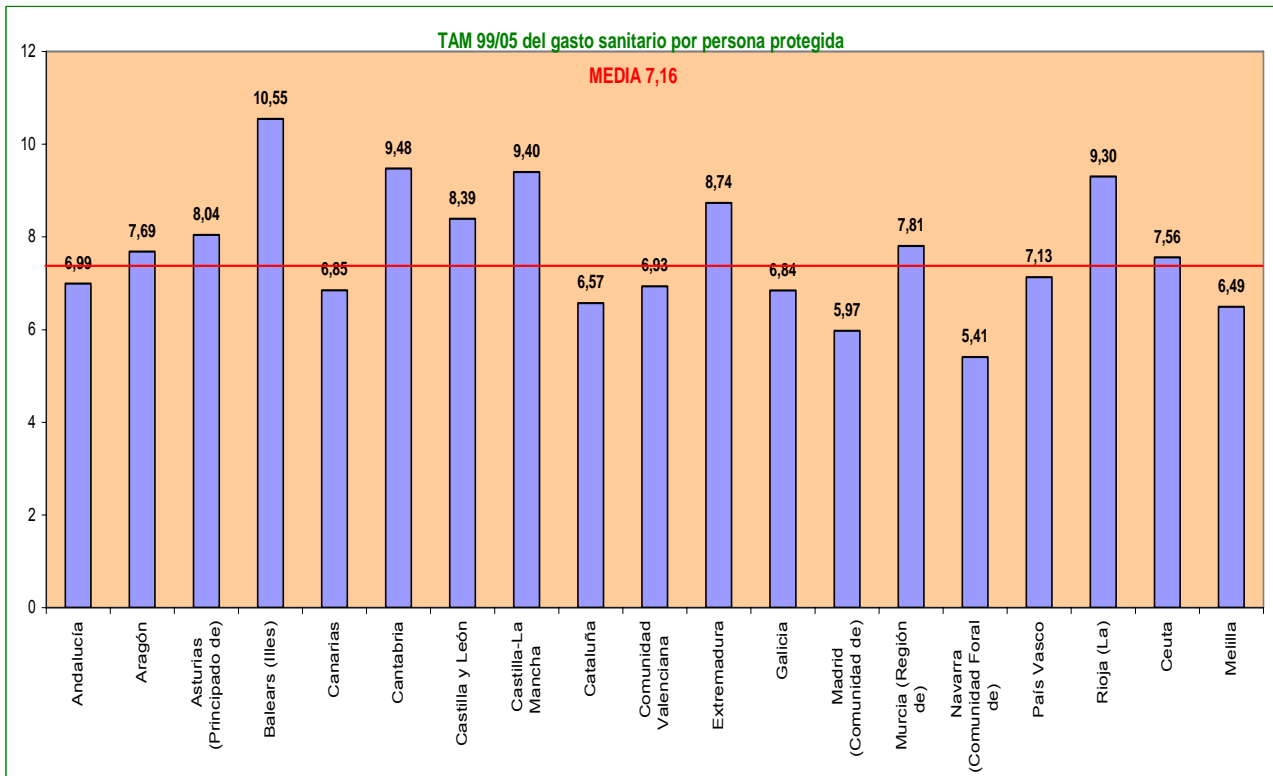
COMUNIDADES AUTÓNOMAS	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total	0,79	1,63	1,83	2,22	1,20	2,31
Andalucía	0,46	1,01	1,01	1,80	1,10	2,30
Aragón	0,25	0,87	1,60	1,22	1,77	1,74
Asturias (Principado de)	-0,73	-0,13	-0,10	0,15	-0,11	0,31
Baleares (Islas)	2,96	4,04	4,59	3,47	0,84	3,11
Canarias	2,64	3,86	3,61	2,82	1,10	2,96
Cantabria	0,55	1,25	0,88	1,42	0,99	1,45
Castilla y León	-0,40	-0,04	0,07	0,36	0,25	0,78
Castilla - La Mancha	0,51	1,22	1,53	1,95	1,94	2,66
Cataluña	0,97	1,65	2,36	3,12	1,71	2,77
Comunidad Valenciana	1,40	2,04	3,01	3,44	1,68	3,48
Extremadura	-0,55	0,36	-0,08	0,06	0,15	0,89
Galicia	0,12	0,12	0,16	0,55	0,03	0,54
Madrid (Comunidad de)	1,39	3,60	3,11	3,81	1,65	3,21
Murcia (Región de)	1,68	3,85	3,30	3,67	2,12	3,51
Navarra (Comunidad Foral de)	1,17	2,33	2,50	1,61	1,22	1,61
País Vasco	-0,02	0,14	0,38	0,25	0,24	0,53
Rioja (La)	-0,55	2,39	4,33	2,13	2,26	2,73
Ceuta	0,93	1,17	1,54	-2,18	-0,09	1,79
Melilla	19,25	4,95	1,36	-1,48	-0,65	-4,21

V.3.3. Gasto por persona protegida

El gasto por persona protegida en el año 2005 fue de 1.091 euros. El valor mínimo de esta variable es de 1.020 euros y el máximo de 1.465 euros. El coeficiente de variación es del 6,87%. Desde el año 2000, la dispersión de la variable gasto sanitario por persona protegida ha registrado una tendencia creciente.

Entre 1999 y 2005, el gasto medio por persona protegida ha mantenido un crecimiento anual medio del 7,16%, pasando de un 7,69% en el año 2000 a un 9,09% en el año 2003. En 2004 el crecimiento anual fue del 7,11% y en el año 2005 del 6,64%. Por Comunidades Autónomas, el crecimiento anual medio entre 1999 y 2005 varía desde un 5,41% hasta un 10,55%.





GASTO SANITARIO POR PERSONA PROTEGIDA (Euros)

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
TOTAL	721	776	818	876	956	1.023	1.091
Andalucía	680	766	791	837	903	973	1.020
Aragón	776	824	899	955	1.069	1.168	1.209
Asturias (Principado de)	757	810	872	946	1.061	1.136	1.205
Balears (Islas)	614	635	679	786	877	950	1.121
Canarias	770	820	840	910	999	1.046	1.147
Cantabria	773	833	921	1.014	1.163	1.243	1.331
Castilla y León	726	787	840	898	1.029	1.093	1.177
Castilla-La Mancha	675	721	774	879	936	923	1.157
Cataluña	722	777	817	869	958	998	1.058
Comunidad Valenciana	689	750	790	846	934	989	1.029
Extremadura	725	786	826	969	1.060	1.122	1.199
Galicia	754	797	864	902	980	1.088	1.122
Madrid (Comunidad de)	725	752	788	830	870	980	1.026
Murcia (Región de)	709	768	806	861	951	1.037	1.114
Navarra (Comunidad Foral de)	878	933	961	1.014	1.089	1.167	1.204
País Vasco	791	836	894	957	1.028	1.095	1.195
Rioja (La)	720	791	834	910	994	1.112	1.228
Ceuta	763	800	839	909	1.019	1.124	1.182
Melilla	1.004	956	1.011	1.049	1.131	1.278	1.465
COEFICIENTE DE VARIACIÓN (%)	5,85	5,07	5,56	5,58	6,72	6,58	6,87

GASTO SANITARIO POR PERSONA PROTEGIDA

Variación interanual en porcentaje

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	2000	2001	2002	2003	2004	2005	TAM 99/05	TAM 99/04	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
TOTAL	7,69	5,41	7,07	9,09	7,11	6,64	7,16	7,27	7,31	6,72	6,55
Andalucía	12,64	3,24	5,87	7,91	7,68	4,86	6,99	7,42	7,36	7,18	7,84
Aragón	6,21	9,12	6,20	11,98	9,27	3,54	7,69	8,53	8,35	7,17	7,66
Asturias (Principado de)	6,92	7,73	8,47	12,16	7,07	5,99	8,04	8,45	8,80	7,71	7,33
Baleares (Islas)	3,40	6,95	15,71	11,55	8,42	17,93	10,55	9,13	9,30	8,56	5,16
Canarias	6,39	2,50	8,29	9,86	4,62	9,66	6,85	6,30	6,72	5,70	4,42
Cantabria	7,84	10,56	10,05	14,68	6,90	7,04	9,48	9,97	10,75	9,48	9,19
Castilla y León	8,42	6,68	6,89	14,64	6,25	7,69	8,39	8,53	9,11	7,33	7,55
Castilla-La Mancha	6,93	7,36	13,53	6,51	-1,46	25,35	9,40	6,47	8,54	9,23	7,15
Cataluña	7,59	5,15	6,41	10,21	4,17	6,02	6,57	6,69	7,32	6,38	6,36
Comunidad Valenciana	9,00	5,27	7,04	10,40	5,96	4,06	6,93	7,52	7,91	7,09	7,12
Extremadura	8,37	5,08	17,34	9,31	5,88	6,87	8,74	9,11	9,94	10,14	6,71
Galicia	5,66	8,43	4,35	8,72	10,95	3,14	6,84	7,60	6,78	6,14	7,04
Madrid (Comunidad de)	3,76	4,86	5,26	4,85	12,66	4,71	5,97	6,23	4,68	4,62	4,31
Murcia (Región de)	8,30	4,97	6,71	10,56	9,04	7,35	7,81	7,90	7,61	6,65	6,62
Navarra (Comunidad Foral de)	6,24	2,97	5,55	7,39	7,17	3,21	5,41	5,85	5,52	4,91	4,59
País Vasco	5,71	7,01	7,04	7,33	6,58	9,15	7,13	6,73	6,77	6,58	6,36
Rioja (La)	9,92	5,33	9,20	9,21	11,81	10,44	9,30	9,07	8,40	8,13	7,60
Ceuta	4,84	4,87	8,31	12,19	10,24	5,13	7,56	8,05	7,51	6,00	4,86
Melilla	-4,85	5,80	3,75	7,87	12,99	14,59	6,49	4,94	3,02	1,46	0,33

V.3.4. Peso del gasto sanitario por persona protegida en el PIB per capita

El gasto sanitario por persona protegida supone, en el año 2005, un 5,32% del PIB per capita. Por Comunidades Autónomas, esta variable oscila entre un 3,81% y un 8,62%.

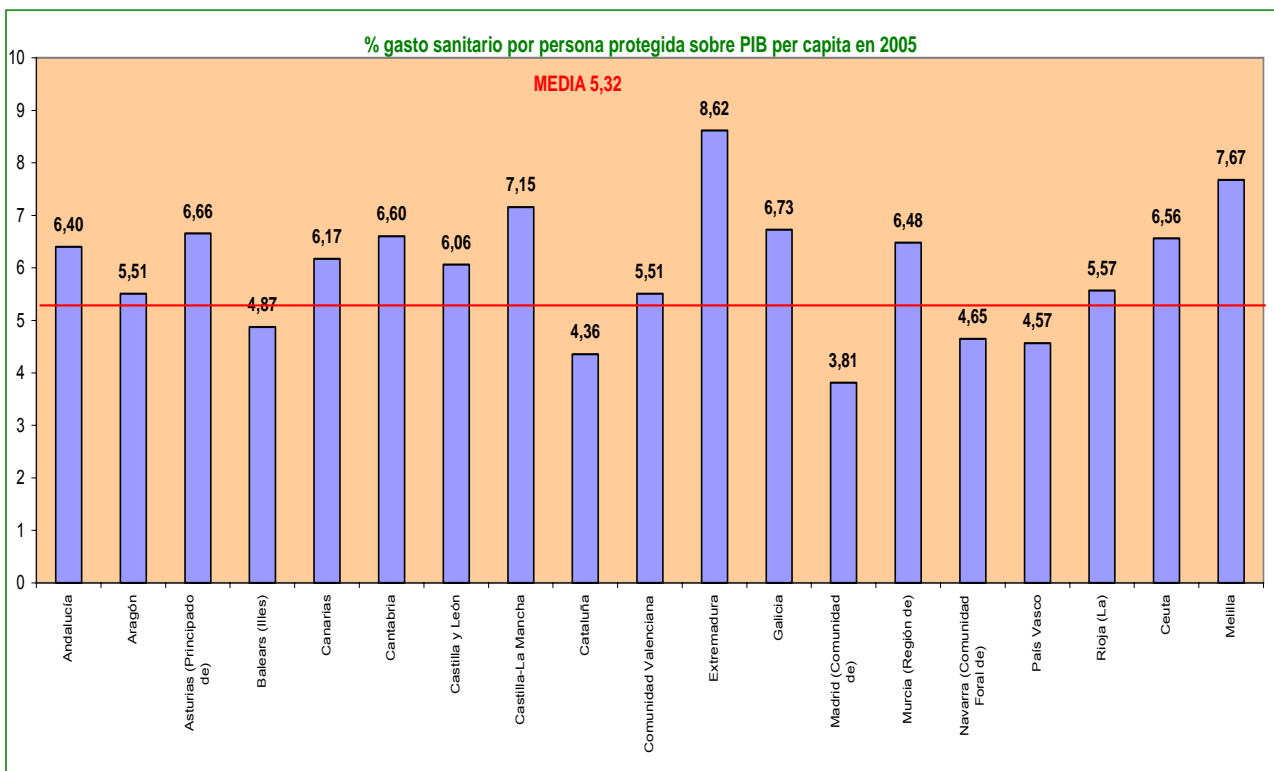
Desde 1999 este peso ha registrado una tendencia creciente, es decir, el gasto sanitario por persona protegida, con carácter general, ha ido ganando peso sobre el PIB per capita.

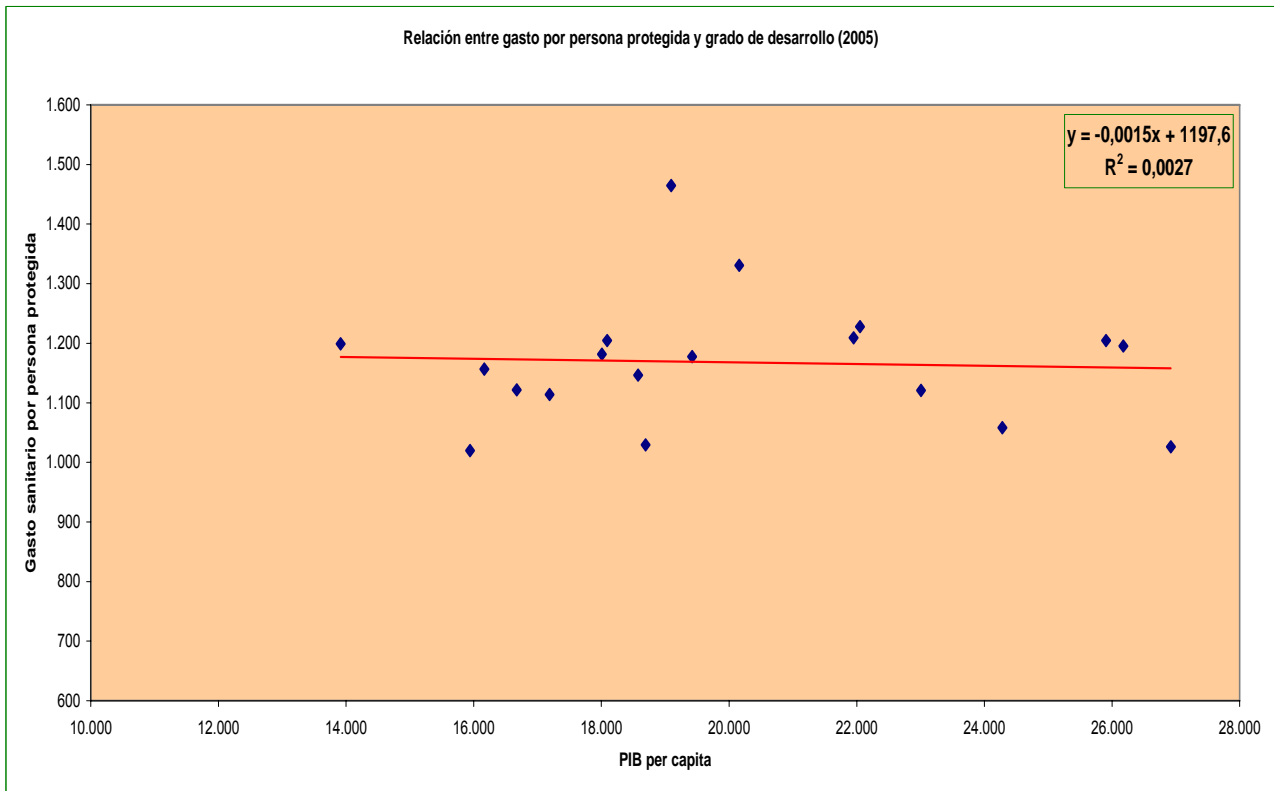
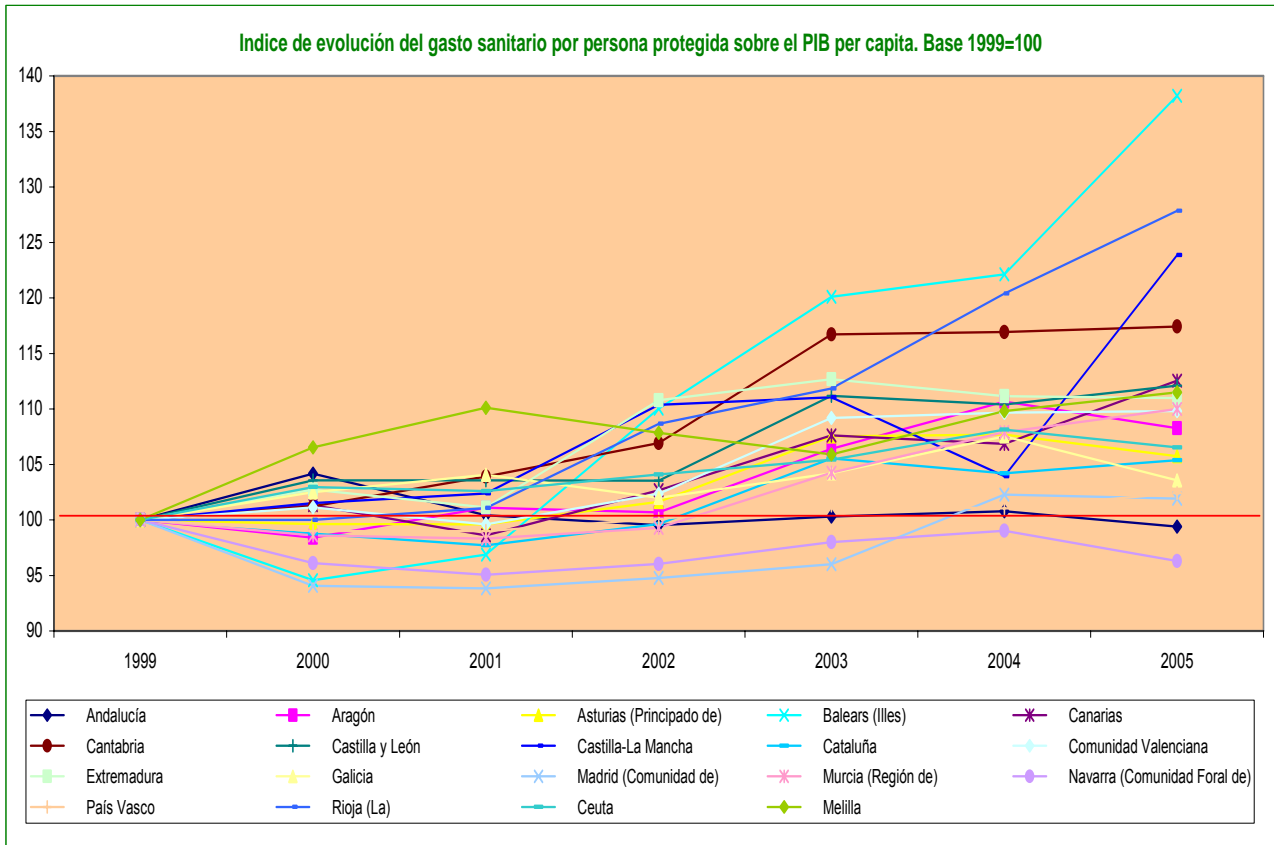
Por lo que se refiere a la relación entre ambas variables, con los datos observados en las diferentes Comunidades Autónomas, cabría señalar que no se detecta una relación entre ellas.

Como ya se indicó en el primer informe del Grupo de Trabajo, 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 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.





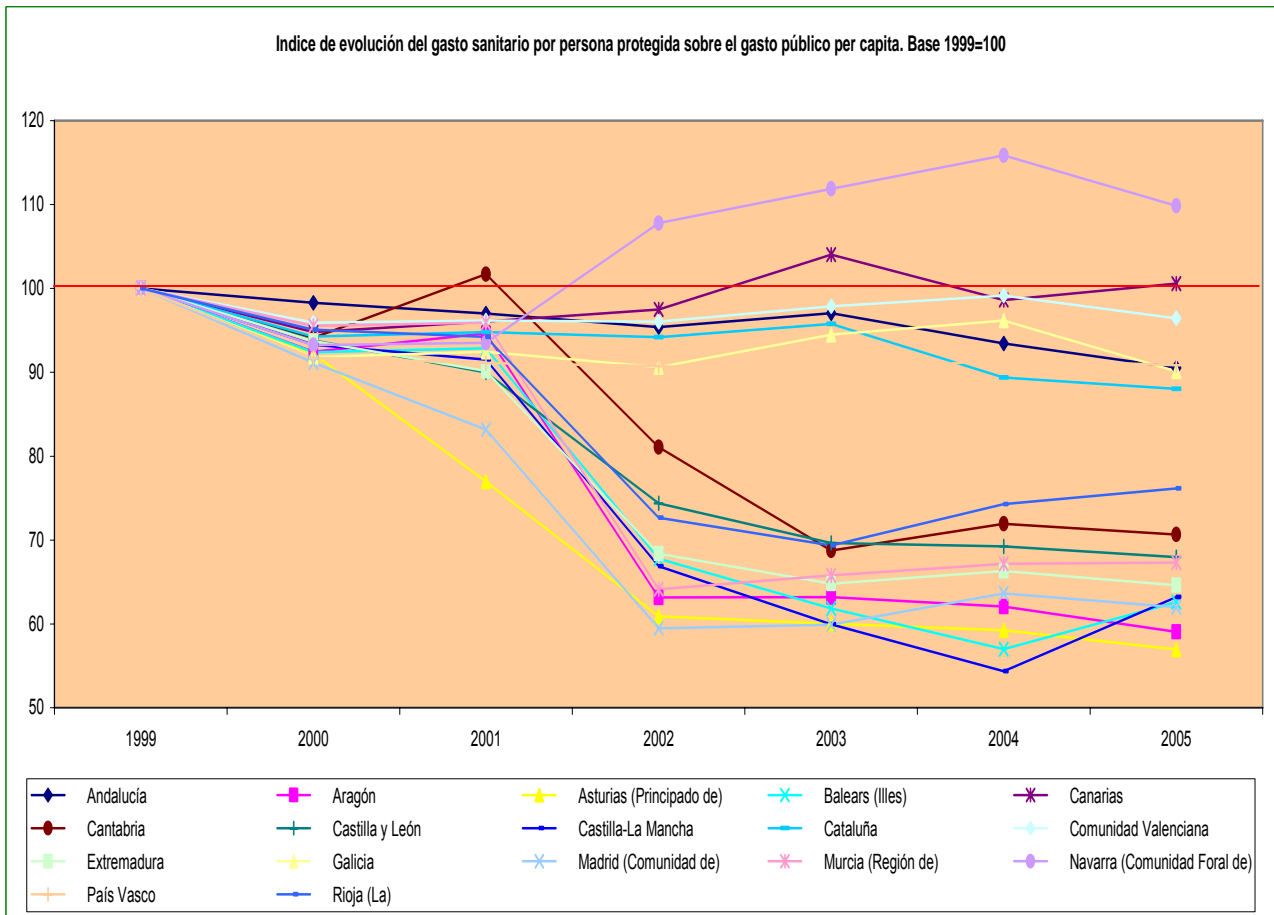
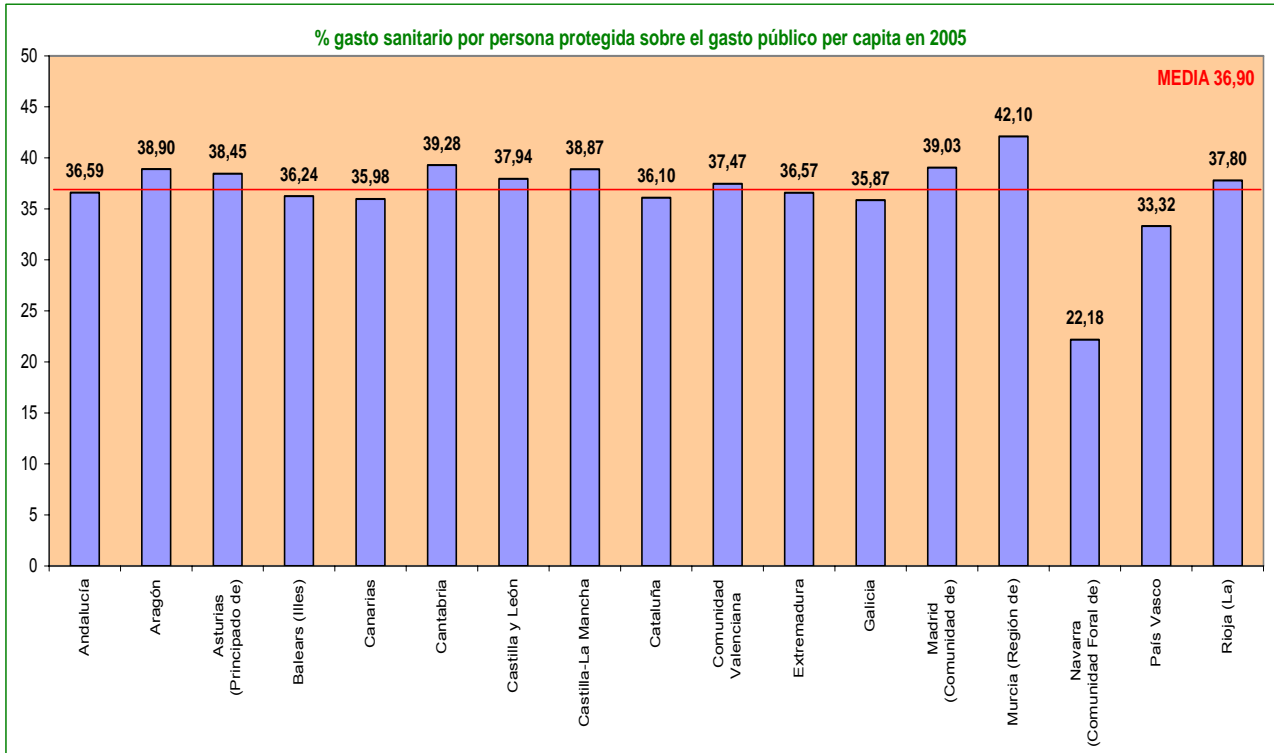
V.3.5. Peso del gasto sanitario por persona protegida en el gasto público per capita

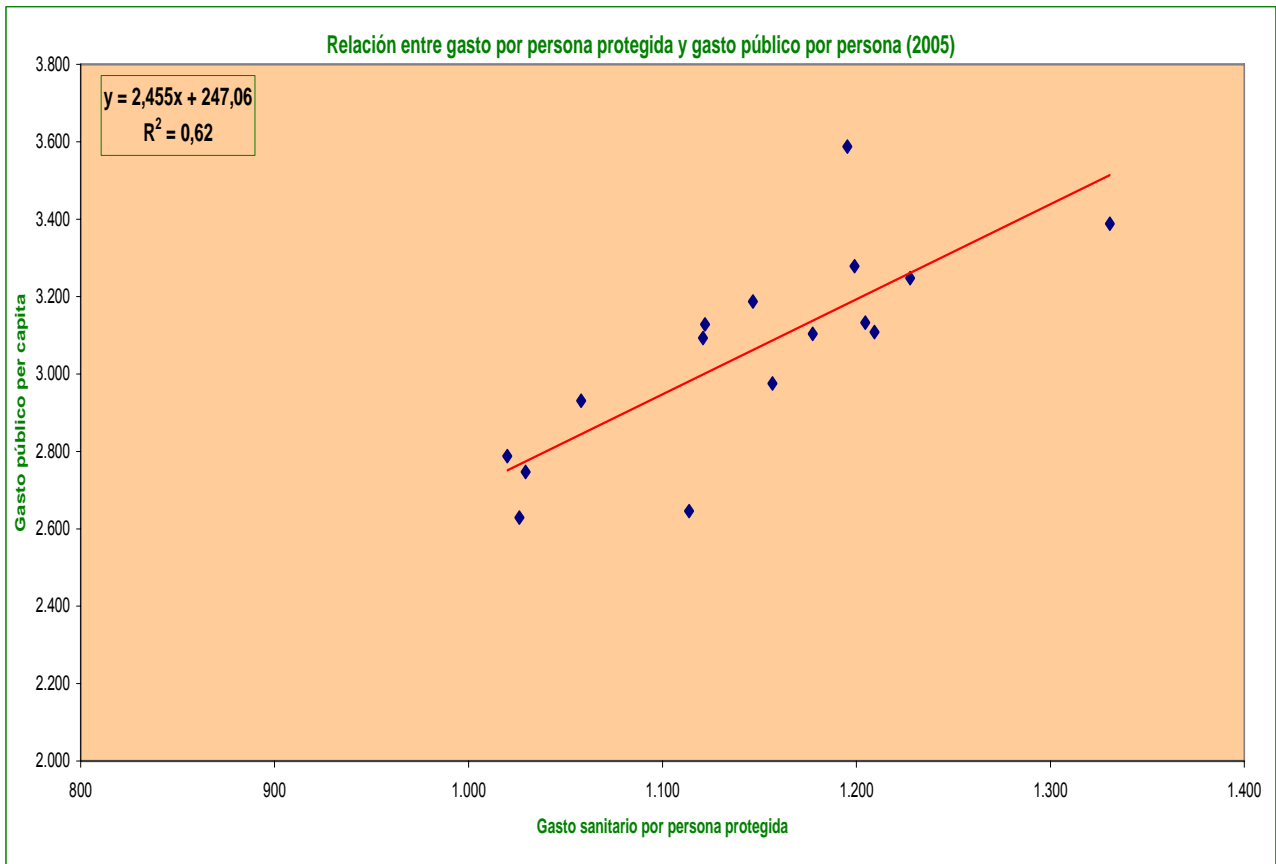
El gasto sanitario por persona protegida supone, en el año 2005, un 36,90% del gasto público por persona⁴⁸. Por Comunidades Autónomas, esta variable oscila entre un 22,18% y un 42,10%.

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 62% de la variabilidad del gasto público per capita.

⁴⁸ El concepto de gasto público en la Comunidades Autónomas corresponde a los empleos no financieros, de los que se han descontado los intereses para que sea homogéneo con el concepto de gasto sanitario público. La distribución territorial del gasto público por Comunidades Autónomas en el año 2005 se ha estimado sobre la base de la estructura que presentó dicha variable en el año 2004.





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

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000		
	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
TOTAL	5,00	45,00	4,99	42,39
Andalucía	6,44	40,41	6,70	39,71
Aragón	5,09	65,88	5,01	60,92
Asturias (Principado de)	6,30	67,50	6,27	62,23
Baleares (Islas)	3,52	57,89	3,33	53,48
Canarias	5,48	35,77	5,56	33,91
Cantabria	5,62	55,59	5,69	52,33
Castilla y León	5,41	55,83	5,60	52,38
Castilla-La Mancha	5,78	61,51	5,86	57,38
Cataluña	4,13	41,01	4,08	38,65
Comunidad Valenciana	5,01	38,86	5,07	37,27
Extremadura	7,77	56,58	7,98	53,04
Galicia	6,50	39,80	6,66	36,53
Madrid (Comunidad de)	3,74	62,98	3,52	57,41
Murcia (Región de)	5,89	62,52	5,81	59,75
Navarra (Comunidad Foral de)	4,83	20,19	4,64	18,82
País Vasco	4,46	36,68	4,41	33,64
Rioja (La)	4,36	49,63	4,36	47,19
Ceuta	6,16		6,34	
Melilla	6,88		7,33	

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

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	2001	2002		2003		
	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	GASTO SANITARIO POR PERSONA /GASTO PÚBLICO POR PERSONA
TOTAL	4,94	41,84	5,03	37,85	5,22	37,90
Andalucía	6,46	39,19	6,40	38,55	6,46	39,21
Aragón	5,14	62,33	5,12	41,60	5,41	41,62
Asturias (Principado de)	6,27	51,97	6,40	41,11	6,77	40,52
Baleares (Islas)	3,41	53,76	3,88	39,22	4,23	35,80
Canarias	5,41	34,36	5,63	34,87	5,90	37,21
Cantabria	5,84	56,55	6,01	45,07	6,56	38,23
Castilla y León	5,60	50,24	5,60	41,54	6,01	38,89
Castilla-La Mancha	5,91	56,30	6,38	41,14	6,41	36,87
Cataluña	4,04	38,87	4,12	38,62	4,36	39,27
Comunidad Valenciana	4,99	37,37	5,13	37,32	5,48	38,02
Extremadura	7,85	51,02	8,60	38,70	8,75	36,66
Galicia	6,76	36,79	6,63	36,06	6,77	37,60
Madrid (Comunidad de)	3,51	52,39	3,54	37,45	3,59	37,74
Murcia (Región de)	5,79	59,96	5,85	40,10	6,14	41,13
Navarra (Comunidad Foral de)	4,59	18,88	4,64	21,76	4,73	22,59
País Vasco	4,41	33,42	4,46	33,28	4,52	32,98
Rioja (La)	4,40	46,76	4,73	36,05	4,87	34,42
Ceuta	6,32		6,41		6,49	
Melilla	7,58		7,42		7,29	

	2004		2005	
COMUNIDADES AUTÓNOMAS	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
TOTAL	5,26	37,44	5,32	36,90
Andalucía	6,49	37,76	6,40	36,59
Aragón	5,63	40,88	5,51	38,90
Asturias (Principado de)	6,78	39,98	6,66	38,45
Baleares (Islas)	4,30	32,98	4,87	36,24
Canarias	5,86	35,28	6,17	35,98
Cantabria	6,57	40,00	6,60	39,28
Castilla y León	5,97	38,67	6,06	37,94
Castilla-La Mancha	6,00	33,44	7,15	38,87
Cataluña	4,31	36,65	4,36	36,10
Comunidad Valenciana	5,50	38,53	5,51	37,47
Extremadura	8,63	37,51	8,62	36,57
Galicia	6,98	38,27	6,73	35,87
Madrid (Comunidad de)	3,83	40,09	3,81	39,03
Murcia (Región de)	6,36	42,00	6,48	42,10
Navarra (Comunidad Foral de)	4,78	23,39	4,65	22,18
País Vasco	4,51	33,58	4,57	33,32
Rioja (La)	5,24	36,87	5,57	37,80
Ceuta	6,66		6,56	
Melilla	7,56		7,67	

V.3.6. Gasto en servicios hospitalarios y especializados por persona protegida

El gasto sanitario en servicios hospitalarios y especializados por persona protegida supone, en el año 2005, 594 euros. Por Comunidades Autónomas, esta variable oscila entre 511 y 788 euros, con un coeficiente de variación del 8,36%. Desde el año 1999 su dispersión ha registrado una tendencia decreciente hasta el año 2003. En el año 2004 se observa un aumento situándose en un 9,60%.

GASTO SANITARIO EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA POR PERSONA PROTEGIDA (Euros)

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
TOTAL	394	423	441	468	510	551	594
Andalucía	377	428	434	449	485	523	562
Aragón	410	437	491	500	586	642	667
Asturias (Principado de)	429	460	492	528	592	634	695
Baleares (Islas)	324	346	359	430	490	545	587
Canarias	426	456	466	506	564	582	623
Cantabria	448	480	536	551	657	631	686
Castilla y León	365	393	420	437	513	532	599
Castilla-La Mancha	317	340	357	426	457	425	593
Cataluña	387	421	437	455	493	523	564
Comunidad Valenciana	362	379	397	422	465	496	511
Extremadura	361	382	406	424	521	549	587
Galicia	405	426	456	489	514	590	587
Madrid (Comunidad de)	449	461	469	502	524	610	644
Murcia (Región de)	372	403	422	447	483	543	600
Navarra (Comunidad Foral de)	494	517	542	561	605	656	693
País Vasco	451	471	507	540	574	617	674
Rioja (La)	369	401	431	426	521	559	588
Ceuta	446	467	493	536	588	661	693
Melilla	552	501	521	573	623	706	788
Coeficiente de variación (%)	9,71	8,54	8,81	8,06	7,99	9,60	8,36

V.3.7. Gasto en atención primaria por persona protegida

El gasto sanitario en atención primaria por persona protegida supone, en el año 2005, 154 euros. Por Comunidades Autónomas esta variable oscila entre 118 y 378 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	2004	2005
TOTAL	105	111	117	125	137	145	154
Andalucía	100	113	121	139	149	160	164
Aragón	116	124	133	139	155	162	161
Asturias (Principado de)	97	107	111	123	130	145	141
Baleares (Islas)	85	91	94	99	117	130	133
Canarias	89	92	100	114	122	124	136
Cantabria	85	95	101	121	123	140	158
Castilla y León	137	134	140	147	160	172	184
Castilla-La Mancha	118	120	127	107	127	135	156
Cataluña	114	119	131	134	157	163	178
Comunidad Valenciana	95	100	104	109	122	123	135
Extremadura	129	133	139	152	193	202	212
Galicia	93	99	110	108	116	122	122
Madrid (Comunidad de)	87	91	92	99	102	111	118
Murcia (Región de)	94	99	100	114	123	128	135
Navarra (Comunidad Foral de)	143	155	163	170	181	178	182
País Vasco	119	125	133	140	149	158	172
Rioja (La)	97	109	114	118	137	153	152
Ceuta	134	142	155	163	186	204	205
Melilla	272	259	278	279	298	330	378
Coefficiente de variación (%)	15,34	13,95	14,85	14,94	16,66	16,48	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;** La 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.

V.3.8. Gasto en salud pública por persona protegida

El gasto sanitario en salud pública por persona protegida supone, en el año 2005, 12 euros. Por Comunidades Autónomas esta variable oscila entre 1 y 82 euros, con un coeficiente de variación del 93,79%, considerablemente más alto 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

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
TOTAL	7	9	9	10	9	11	12
Andalucía	2	2	2	2	2	2	2
Aragón	14	15	16	15	17	18	20
Asturias (Principado de)	9	8	6	12	13	13	15
Baleares (Islas)	12	10	12	11	10	10	10
Canarias	12	13	10	12	12	12	12
Cantabria	20	20	14	13	8	80	82
Castilla y León	7	18	19	20	20	24	27
Castilla-La Mancha	7	13	14	15	14	14	22
Cataluña	2	2	2	1	1	2	2
Comunidad Valenciana	12	15	15	16	14	17	17
Extremadura	4	22	22	23	8	5	5
Galicia	7	8	8	9	9	9	10
Madrid (Comunidad de)	9	13	14	15	13	16	15
Murcia (Región de)	8	11	9	14	16	18	18
Navarra (Comunidad Foral de)	15	17	17	18	16	18	19
País Vasco	7	7	8	8	8	9	9
Rioja (La)	30	38	28	75	25	26	24
Ceuta	7	7	7	5	6	6	13
Melilla	0	0	0	0	0	1	1
Coeficiente de variación (%)	68,43	70,04	68,23	83,61	66,71	93,85	93,79

GASTO SANITARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD PÚBLICA POR PERSONA PROTEGIDA

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
TOTAL	112	120	127	135	146	156	166
Andalucía	102	115	123	141	151	162	166
Aragón	130	139	149	154	172	180	181
Asturias (Principado de)	106	115	117	135	143	158	156
Baleares (Islas)	97	101	106	110	127	140	144
Canarias	100	105	110	126	134	137	147
Cantabria	105	114	115	134	131	220	240
Castilla y León	143	152	159	168	180	196	211
Castilla-La Mancha	125	133	141	122	141	149	178
Cataluña	116	121	132	135	158	165	181
Comunidad Valenciana	107	115	119	124	135	140	152
Extremadura	133	155	162	175	201	208	217
Galicia	101	107	119	117	124	131	132
Madrid (Comunidad de)	96	104	106	113	115	126	133
Murcia (Región de)	102	110	109	129	139	146	152
Navarra (Comunidad Foral de)	158	172	180	188	198	197	201
País Vasco	127	133	141	148	158	167	181
Rioja (La)	127	148	142	194	162	179	175
Ceuta	141	149	162	168	192	210	218
Melilla	272	259	278	279	298	332	380
Coefficiente de variación (%)	13,84	13,44	13,76	13,64	14,52	14,77	15,49

V.3.9. Gasto en servicios colectivos por persona protegida

El gasto sanitario en servicios colectivos por persona protegida supone, en el año 2005, 22 euros. Por Comunidades Autónomas esta variable oscila entre 14 y 37 euros, con un coeficiente de variación del 28,74%.

GASTO SANITARIO EN SERVICIOS COLECTIVOS POR PERSONA PROTEGIDA

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
TOTAL	13	14	15	17	20	20	22
Andalucía	11	14	11	11	11	14	14
Aragón	8	10	9	20	28	30	26
Asturias (Principado de)	8	8	9	14	21	26	25
Baleares (Islas)	8	7	8	12	21	17	27
Canarias	18	17	17	19	21	23	25
Cantabria	9	11	13	18	22	25	31
Castilla y León	14	16	15	17	23	28	26
Castilla-La Mancha	9	10	10	14	20	20	30
Cataluña	19	20	22	26	29	24	25
Comunidad Valenciana	10	11	12	13	14	14	14
Extremadura	7	10	11	15	15	19	22
Galicia	11	11	12	14	16	16	17
Madrid (Comunidad de)	12	12	12	19	21	19	20
Murcia (Región de)	10	16	16	12	14	22	25
Navarra (Comunidad Foral de)	16	17	17	17	25	28	30
País Vasco	23	24	27	31	33	34	37
Rioja (La)	13	13	13	17	20	24	30
Ceuta	16	16	16	17	17	19	20
Melilla	23	17	16	16	16	18	22
Coefficiente de variación (%)	33,03	28,70	34,48	33,42	33,91	28,41	28,74

V.3.9.1. Gasto en investigación y formación por persona protegida

El gasto sanitario en investigación y formación por persona protegida supone, en el año 2005, 2 euros. Por Comunidades Autónomas esta variable oscila entre 0 y 5 euros, con un coeficiente de variación del 54,74%.

GASTO SANITARIO EN INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN POR PERSONA PROTEGIDA

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
TOTAL	1	1	1	1	1	2	2
Andalucía	1	1	1	1	1	1	1
Aragón	0	0	0	0	1	1	2
Asturias (Principado de)	0	0	0	1	2	3	2
Baleares (Islas)	0	0	0	0	0	0	0
Canarias	1	1	1	1	2	1	1
Cantabria	0	0	0	0	0	0	0
Castilla y León	0	0	0	0	0	3	2
Castilla-La Mancha	0	0	0	0	2	2	5
Cataluña	1	1	1	1	1	1	1
Comunidad Valenciana	1	1	1	1	1	1	1
Extremadura	0	0	0	1	1	2	2
Galicia	1	1	1	1	1	2	1
Madrid (Comunidad de)	1	0	0	1	2	3	3
Murcia (Región de)	0	0	0	0	0	0	1
Navarra (Comunidad Foral de)	2	3	3	1	3	2	2
País Vasco	1	2	2	2	2	2	2
Rioja (La)	0	0	0	0	0	0	0
Ceuta	0	0	0	0	0	0	0
Melilla	0	0	0	0	0	0	0
Coefficiente de variación (%)	68,79	90,92	85,57	63,03	49,30	50,07	54,74

V.3.9.2. Gasto en administración general por persona protegida

El gasto sanitario en administración general por persona protegida supone, en el año 2003, 19 euros. Por Comunidades Autónomas esta variable oscila entre 12 y 35 euros, con un coeficiente de variación del 34,00%.

GASTO SANITARIO EN ADMINISTRACIÓN GENERAL POR PERSONA PROTEGIDA

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
TOTAL	12	13	14	16	17	18	19
Andalucía	9	11	9	9	8	11	12
Aragón	8	10	9	19	27	29	24
Asturias (Principado de)	8	8	9	11	18	20	21
Baleares (Islas)	8	7	8	12	21	16	27
Canarias	16	16	15	16	18	21	23
Cantabria	8	11	12	18	21	24	30
Castilla y León	14	15	15	17	23	25	24
Castilla-La Mancha	9	10	10	14	17	18	25
Cataluña	19	20	22	25	27	23	24
Comunidad Valenciana	8	9	10	11	11	12	12
Extremadura	7	10	11	10	13	16	18
Galicia	11	11	11	11	13	13	14
Madrid (Comunidad de)	11	11	12	16	14	14	16
Murcia (Región de)	9	15	15	10	12	20	23
Navarra (Comunidad Foral de)	14	13	13	16	22	26	27
País Vasco	22	22	25	29	31	32	35
Rioja (La)	12	13	13	17	20	24	30
Ceuta	16	16	16	17	17	19	20
Melilla	23	17	16	16	16	18	22
Coefficiente de variación (%)	36,34	31,14	36,91	39,75	42,59	34,65	34,00

V.3.10. Gasto en farmacia por persona protegida

El gasto sanitario en farmacia por persona protegida supone, en el año 2005, 246 euros. Por Comunidades Autónomas esta variable oscila entre 183 y 317 euros, con un coeficiente de variación del 13,85%. La dispersión de esta variable ha registrado desde 1999 una tendencia creciente.

GASTO SANITARIO EN FARMACIA POR PERSONA PROTEGIDA

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
TOTAL	165	179	191	205	225	237	246
Andalucía	167	178	189	201	217	230	234
Aragón	183	194	212	229	244	261	273
Asturias (Principado de)	179	194	207	228	254	267	275
Baleares (Islas)	132	139	149	157	171	183	200
Canarias	152	162	171	183	207	221	233
Cantabria	163	170	182	198	221	217	244
Castilla y León	162	174	190	208	233	253	261
Castilla-La Mancha	178	191	206	224	246	255	266
Cataluña	179	192	200	213	232	238	241
Comunidad Valenciana	170	209	222	237	259	275	284
Extremadura	174	190	206	223	252	265	276
Galicia	183	196	214	238	268	283	317
Madrid (Comunidad de)	134	141	149	156	169	182	185
Murcia (Región de)	177	187	198	211	233	252	265
Navarra (Comunidad Foral de)	158	168	168	194	216	227	238
País Vasco	154	168	177	194	217	230	250
Rioja (La)	169	185	195	205	226	237	245
Ceuta	115	127	137	149	170	191	202
Melilla	115	107	110	123	143	162	183
Coefficiente de variación (%)	9,46	11,31	11,69	12,43	12,91	12,54	13,85

V.3.11. Gasto en traslado de enfermos por persona protegida

El gasto sanitario en transporte de enfermos por persona protegida supone, en el año 2005, 13 euros. Por Comunidades Autónomas esta variable oscila entre 6 y 54 euros, con un coeficiente de variación del 43,65%. La dispersión de esta variable ha registrado desde 1999 una tendencia creciente.

GASTO SANITARIO EN TRASLADO DE ENFERMOS POR PERSONA PROTEGIDA

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
TOTAL	8	9	9	9	11	13	13
Andalucía	10	11	10	11	12	13	13
Aragón	7	8	10	11	14	15	17
Asturias (Principado de)	5	6	7	8	9	10	12
Baleares (Islas)	11	11	13	13	14	23	22
Canarias	16	16	18	18	20	22	24
Cantabria	5	7	9	10	9	11	13
Castilla y León	8	9	11	12	15	19	19
Castilla-La Mancha	10	11	12	7	18	19	23
Cataluña	10	10	9	10	10	10	10
Comunidad Valenciana	4	4	5	6	6	10	8
Extremadura	12	13	14	16	21	24	24
Galicia	6	6	6	6	6	8	6
Madrid (Comunidad de)	5	5	5	4	5	7	7
Murcia (Región de)	7	8	8	9	11	13	14
Navarra (Comunidad Foral de)	9	9	9	10	11	12	13
País Vasco	8	9	10	12	13	14	17
Rioja (La)	7	8	9	12	14	20	20
Ceuta	17	14	17	17	19	19	21
Melilla	26	29	33	36	38	43	54
Coefficiente de variación (%)	35,73	35,23	36,55	38,76	42,76	38,82	43,65

V.3.12. Gasto en prótesis y aparatos terapéuticos por persona protegida

El gasto sanitario en prótesis y aparatos terapéuticos por persona protegida supone, en el año 2005, 4 euros. Por Comunidades Autónomas esta variable oscila entre 0 y 8 euros, con un coeficiente de variación del 61,05%.

GASTO SANITARIO EN PRÓTESIS Y APARATOS TERAPÉUTICOS POR PERSONA PROTEGIDA

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
TOTAL	2	3	3	3	3	4	4
Andalucía	4	7	6	6	6	7	8
Aragón	2	2	2	2	2	2	2
Asturias (Principado de)	1	1	2	1	0	1	2
Baleares (Islas)	1	1	1	1	1	1	2
Canarias	1	1	2	2	2	2	2
Cantabria	2	2	2	2	3	3	2
Castilla y León	1	2	2	2	3	3	2
Castilla-La Mancha	1	2	2	1	2	2	2
Cataluña	2	2	3	4	4	3	3
Comunidad Valenciana	4	4	3	4	4	5	7
Extremadura	1	2	2	1	1	1	2
Galicia	1	2	2	3	2	4	3
Madrid (Comunidad de)	1	1	1	2	1	1	2
Murcia (Región de)	2	2	2	2	2	3	2
Navarra (Comunidad Foral de)	3	3	3	3	4	5	4
País Vasco	2	2	2	2	2	2	2
Rioja (La)	2	2	2	2	2	2	3
Ceuta	1	1	2	2	1	2	0
Melilla	1	1	1	1	1	1	0
Coefficiente de variación (%)	48,97	73,05	53,99	54,89	55,22	56,02	61,05

V.3.13. Gastos de capital por persona protegida

El gasto de capital por persona protegida supone, en el año 2005, 43 euros. Por Comunidades Autónomas esta variable oscila entre 22 y 166 euros, con un coeficiente de variación del 60,97%.

GASTO DE CAPITAL POR PERSONA PROTEGIDA

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
TOTAL	24	26	31	34	36	38	43
Andalucía	8	12	16	16	19	22	22
Aragón	32	30	26	38	23	37	43
Asturias (Principado de)	32	29	42	37	45	43	43
Baleares (Islas)	40	28	42	59	50	38	136
Canarias	54	59	52	50	47	54	86
Cantabria	43	49	67	101	121	137	116
Castilla y León	28	43	40	51	59	61	59
Castilla-La Mancha	30	31	41	79	52	52	61
Cataluña	9	11	14	18	24	22	23
Comunidad Valenciana	20	16	19	25	35	34	35
Extremadura	37	35	27	92	34	51	65
Galicia	47	49	52	34	49	57	59
Madrid (Comunidad de)	28	28	47	32	34	35	34
Murcia (Región de)	39	41	49	52	70	58	50
Navarra (Comunidad Foral de)	40	46	39	40	31	42	26
País Vasco	28	30	31	30	31	31	34
Rioja (La)	36	38	42	56	51	91	166
Ceuta	28	27	13	21	33	23	29
Melilla	16	44	52	21	13	17	40
Coefficiente de variación (%)	56,36	54,96	48,61	57,80	45,61	47,93	60,97

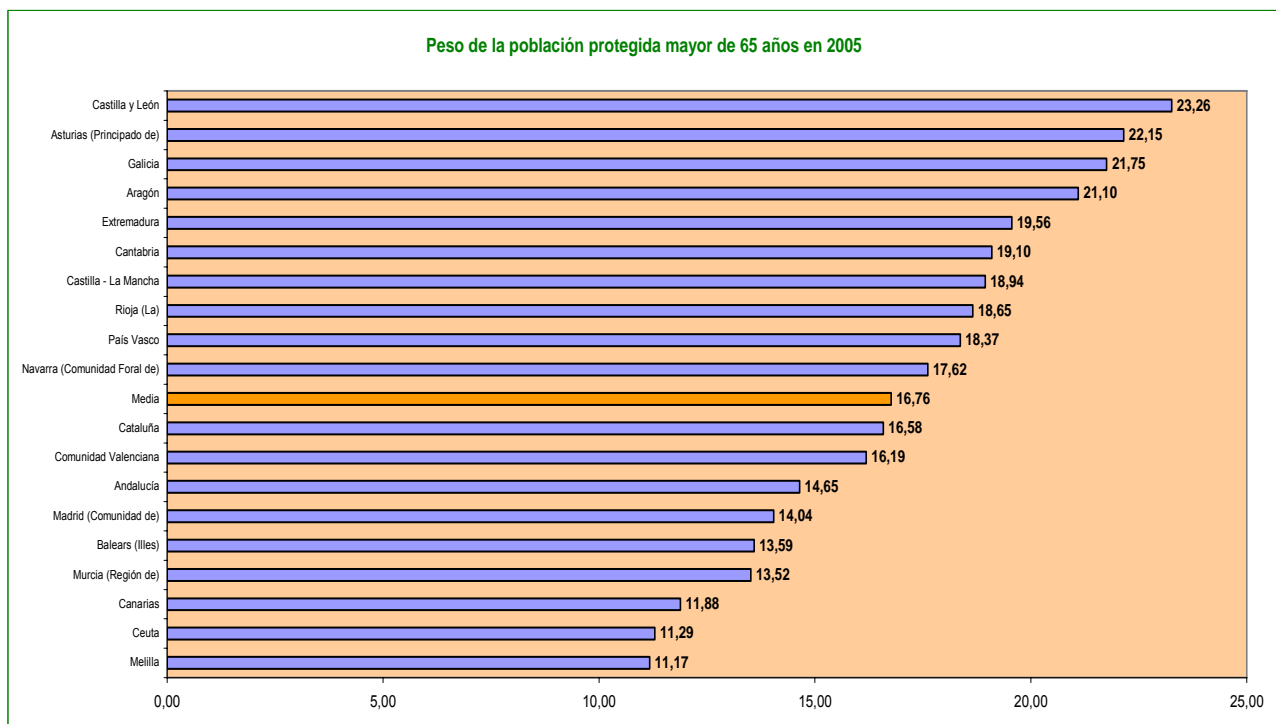
V.3.14. Población protegida equivalente

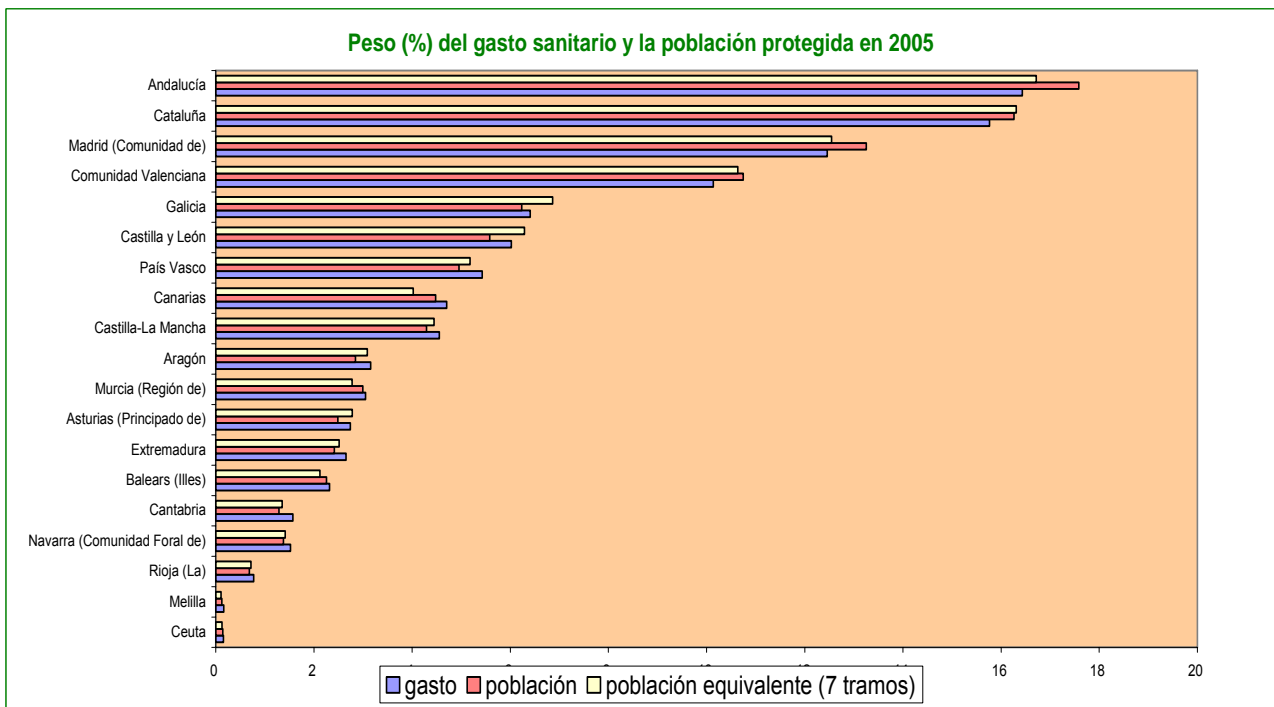
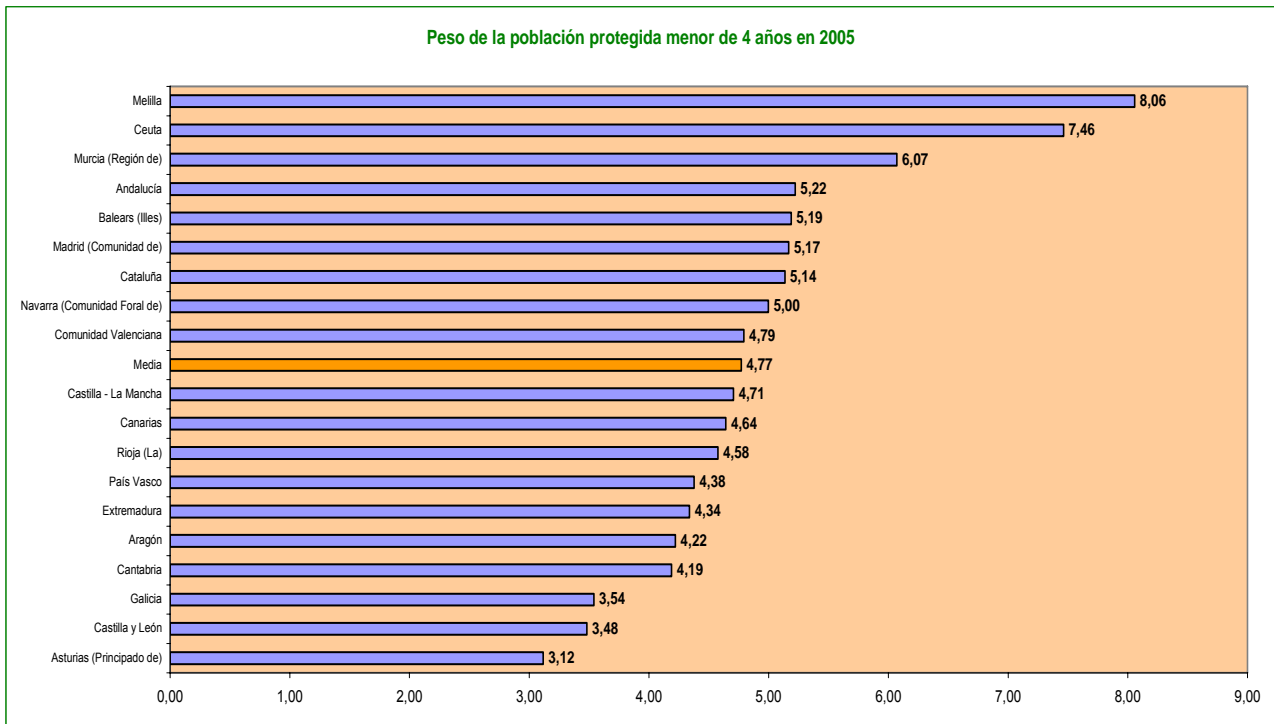
Del mismo modo que en el primer informe del Grupo de Trabajo, el escenario base para el cálculo de la población protegida equivalente es el que corrige la estructura por edades de la población sobre la base de los coeficientes de gasto relativo obtenidos por la Subdirección de Análisis Económico y Fondo de Cohesión del MSC para los siete grupos de edad siguientes: 0-4 años, 5-14, 15-44, 45-64, 65-74 y 75 años o más. No obstante, se proporciona información del comportamiento de la población protegida equivalente obtenida sobre la base de otras dos desagregaciones de población⁴⁹:

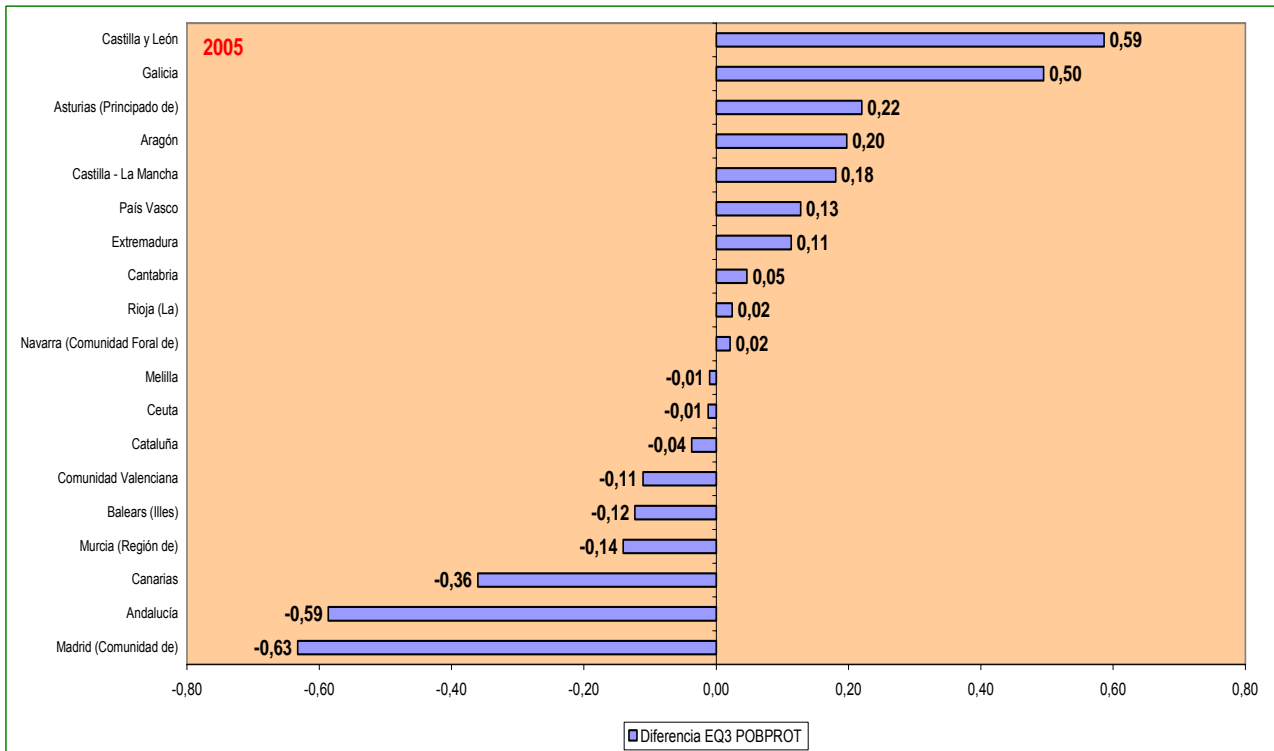
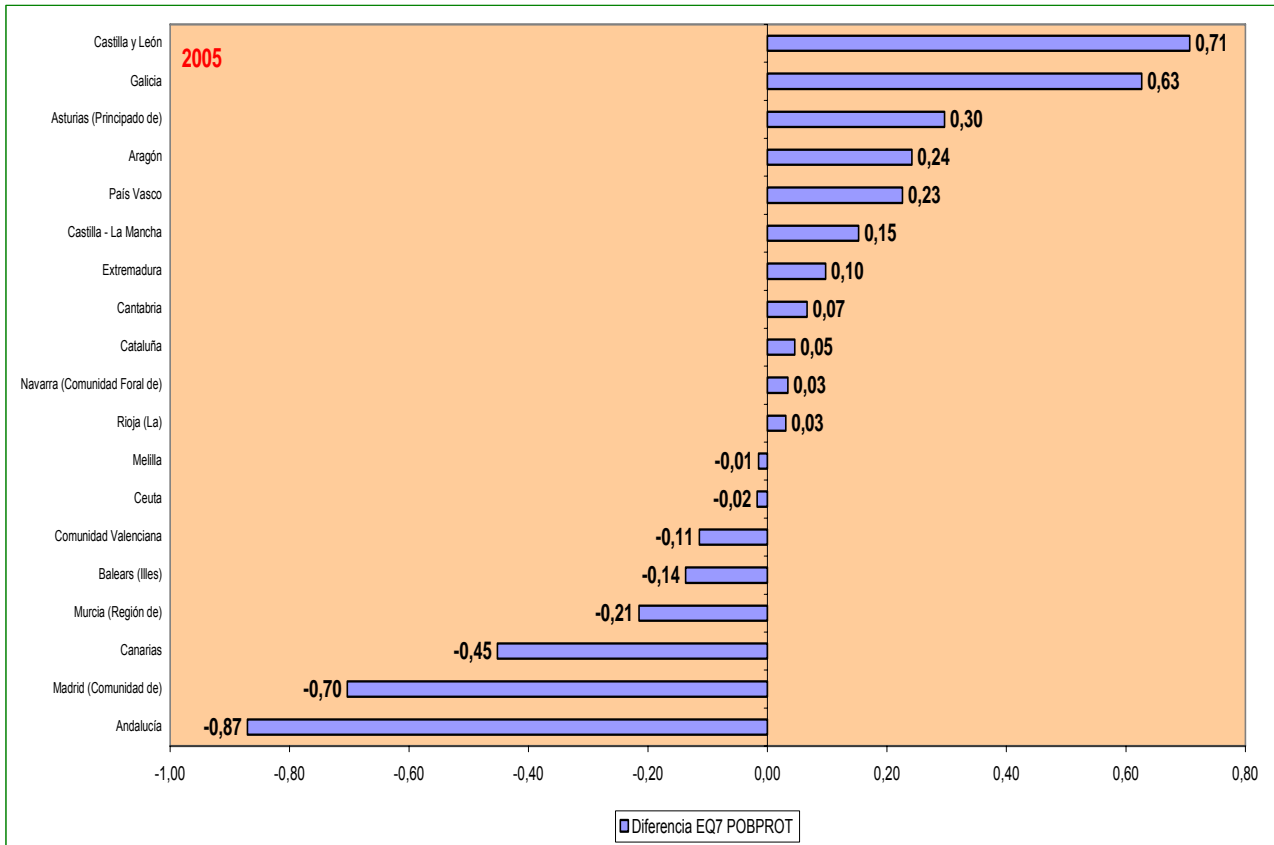
⁴⁹ El cálculo detallado de estos coeficientes figura en el informe del Grupo de Trabajo de julio de 2005.

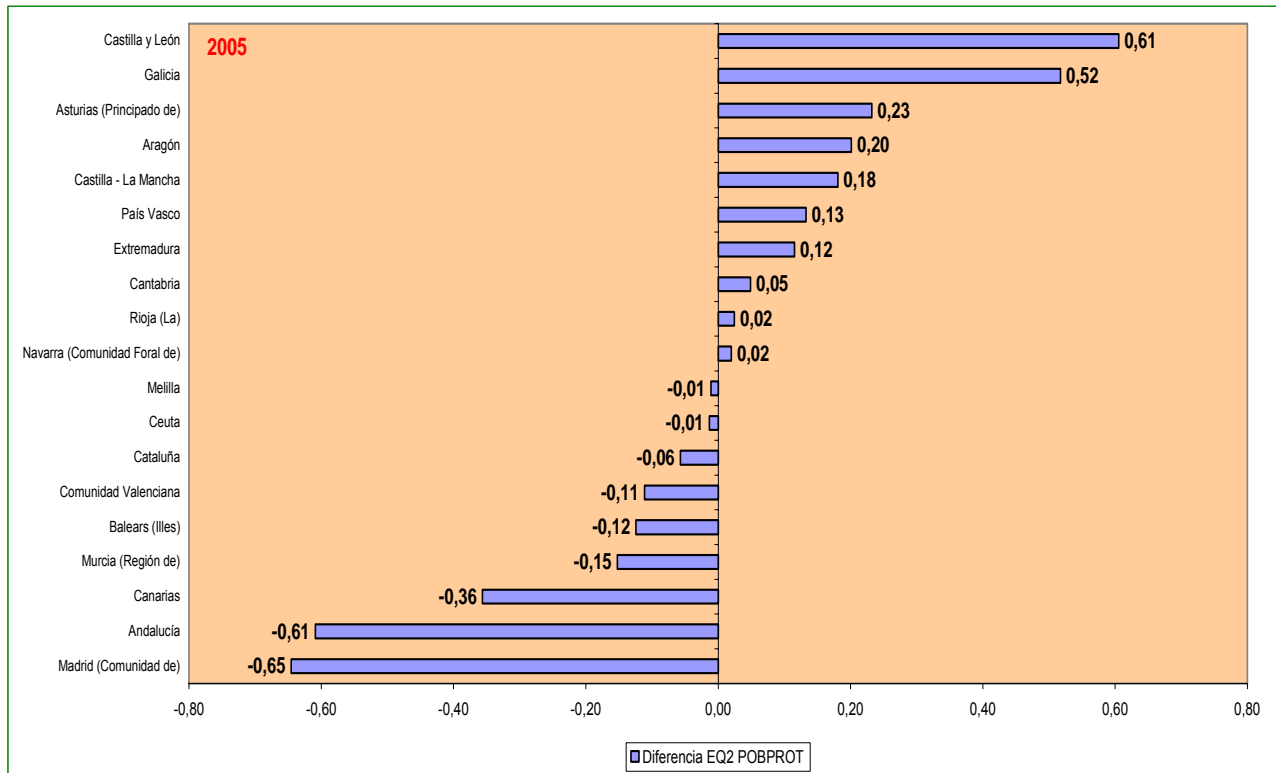
GRUPOS DE EDAD	Siete grupos	Tres grupos	Dos grupos
0-4	1,031	1,031	0,701
5-14	0,433	0,684	0,701
15-44	0,547	0,684	0,701
45-54	0,904	0,684	0,701
55-64	1,292	0,684	0,701
65-74	2,175	2,427	2,427
+75	2,759	2,427	2,427

En el año 2005, 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, Asturias, Aragón, País Vasco y Castilla-la Mancha las que presentan una mayor ganancia del peso de la población equivalente respecto de la población protegida sin corregir, seguidas por Extremadura, Cantabria, Navarra 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. En el caso de la Comunidad de Cataluña, si se consideran siete grupos de edad el peso de la población protegida equivalente supera al de la población protegida, mientras que si se consideran los otros grupos de edad sucede lo contrario.









Población equivalente protegida por SNS-Siete grupos de edad

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total	37.653.284	38.059.678	38.897.875	39.650.225	40.545.730	41.095.175	42.018.572
Andalucía	6.369.390	6.402.652	6.537.370	6.627.159	6.766.679	6.859.721	7.022.507
Aragón	1.208.602	1.215.660	1.230.726	1.247.814	1.260.706	1.280.029	1.297.458
Asturias (Principado de)	1.130.194	1.129.272	1.138.805	1.146.993	1.155.020	1.160.632	1.168.379
Balears (Islas)	749.627	768.289	797.056	829.183	856.564	862.881	890.271
Canarias	1.396.635	1.435.107	1.503.514	1.560.844	1.612.961	1.635.372	1.691.250
Cantabria	521.324	527.072	536.451	542.749	552.549	559.776	568.688
Castilla y León	2.541.683	2.549.643	2.572.591	2.586.132	2.603.574	2.619.527	2.642.574
Castilla-La Mancha	1.710.997	1.714.181	1.749.015	1.771.637	1.801.648	1.831.899	1.868.943
Cataluña	6.071.828	6.144.625	6.265.282	6.408.727	6.587.741	6.697.031	6.852.348
Comunidad Valenciana	3.826.367	3.896.887	3.998.466	4.114.607	4.260.049	4.320.945	4.468.251
Extremadura	1.023.985	1.022.831	1.034.885	1.037.393	1.040.747	1.045.085	1.056.235
Galicia	2.730.396	2.753.153	2.783.555	2.809.296	2.838.427	2.855.462	2.882.649
Madrid (Comunidad de)	4.455.250	4.534.622	4.699.814	4.834.910	5.005.576	5.104.354	5.272.383
Murcia (Región de)	983.263	1.001.174	1.035.961	1.067.854	1.104.915	1.131.046	1.167.185
Navarra (Comunidad Foral de)	534.829	542.308	555.060	567.744	576.707	584.484	593.850
País Vasco	2.046.414	2.063.682	2.088.514	2.114.248	2.135.073	2.154.130	2.176.635
Rioja (La)	264.934	264.419	273.399	283.601	288.682	294.470	300.878
Ceuta	49.938	50.365	51.328	52.289	51.505	51.753	52.996
Melilla	37.628	43.736	46.082	47.043	46.609	46.577	45.094

Población equivalente protegida por SNS-Tres grupos de edad

<i>COMUNIDADES AUTÓNOMAS</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>
Total	37.726.754	38.116.880	38.897.604	39.635.569	40.462.720	40.862.550	41.612.944
Andalucía	6.507.257	6.540.528	6.658.567	6.742.827	6.867.856	6.935.038	7.072.952
Aragón	1.191.748	1.198.410	1.212.013	1.229.176	1.239.865	1.254.108	1.266.380
Asturias (Principado de)	1.114.666	1.112.537	1.118.390	1.123.253	1.125.918	1.124.797	1.125.456
Baleares (Islas)	753.218	771.938	800.594	833.015	859.050	863.186	887.629
Canarias	1.432.817	1.472.701	1.539.465	1.596.945	1.645.849	1.663.816	1.713.189
Cantabria	519.661	524.545	532.621	537.737	545.365	549.482	554.983
Castilla y León	2.512.697	2.517.731	2.534.539	2.545.286	2.554.342	2.556.855	2.566.859
Castilla-La Mancha	1.720.566	1.725.258	1.757.971	1.781.059	1.809.596	1.834.032	1.862.593
Cataluña	6.030.958	6.099.220	6.212.348	6.357.181	6.533.509	6.621.083	6.751.797
Comunidad Valenciana	3.834.238	3.900.373	3.994.338	4.107.769	4.246.484	4.298.277	4.426.504
Extremadura	1.034.231	1.033.099	1.044.508	1.047.071	1.047.448	1.046.605	1.052.627
Galicia	2.691.393	2.713.066	2.739.422	2.762.240	2.784.341	2.787.458	2.800.205
Madrid (Comunidad de)	4.466.104	4.543.715	4.709.851	4.849.746	5.020.172	5.102.726	5.250.864
Murcia (Región de)	1.005.261	1.023.849	1.060.120	1.093.158	1.130.469	1.154.313	1.186.872
Navarra (Comunidad Foral de)	530.228	537.409	549.810	562.403	569.900	575.362	582.615
País Vasco	2.027.403	2.041.675	2.060.672	2.081.948	2.094.917	2.103.308	2.114.645
Rioja (La)	262.681	262.062	270.420	280.860	285.285	289.954	295.345
Ceuta	52.193	52.676	53.547	54.527	53.517	53.583	54.682
Melilla	39.433	46.086	48.407	49.368	48.837	48.568	46.748

Población equivalente protegida por SNS-Dos grupos de edad

<i>COMUNIDADES AUTÓNOMAS</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>
Total	37.727.611	38.114.845	38.897.749	39.619.374	40.421.873	40.804.186	41.528.331
Andalucía	6.490.906	6.522.128	6.648.085	6.730.970	6.850.113	6.914.591	7.049.271
Aragón	1.193.049	1.199.231	1.212.964	1.229.500	1.239.623	1.253.567	1.265.431
Asturias (Principado de)	1.119.466	1.116.978	1.122.739	1.127.167	1.129.390	1.127.957	1.128.198
Baleares (Islas)	752.276	771.337	799.889	831.778	857.247	861.063	885.221
Canarias	1.434.295	1.473.189	1.539.533	1.595.123	1.642.972	1.661.365	1.711.358
Cantabria	521.062	526.024	533.670	538.559	545.759	549.577	554.810
Castilla y León	2.518.464	2.524.333	2.541.237	2.551.322	2.559.167	2.560.748	2.569.693
Castilla-La Mancha	1.717.668	1.721.051	1.756.090	1.778.822	1.806.707	1.830.940	1.858.980
Cataluña	6.029.709	6.097.881	6.206.697	6.347.224	6.519.818	6.603.245	6.729.779
Comunidad Valenciana	3.833.943	3.899.844	3.994.267	4.105.650	4.241.042	4.291.042	4.417.250
Extremadura	1.033.415	1.033.586	1.044.257	1.046.793	1.046.446	1.045.614	1.051.468
Galicia	2.698.868	2.720.884	2.747.565	2.769.075	2.790.047	2.791.947	2.803.811
Madrid (Comunidad de)	4.468.661	4.546.581	4.711.827	4.851.386	5.019.059	5.098.002	5.234.879
Murcia (Región de)	1.001.248	1.019.551	1.055.783	1.088.015	1.124.461	1.147.755	1.179.626
Navarra (Comunidad Foral de)	529.726	537.233	549.418	561.703	568.779	573.979	580.890
País Vasco	2.031.024	2.044.591	2.062.117	2.082.501	2.094.697	2.102.047	2.112.488
Rioja (La)	262.952	262.372	270.697	280.986	285.237	289.702	294.938
Ceuta	51.631	52.166	53.063	54.046	53.035	53.058	54.079
Melilla	39.246	45.884	47.854	48.756	48.274	47.988	46.161

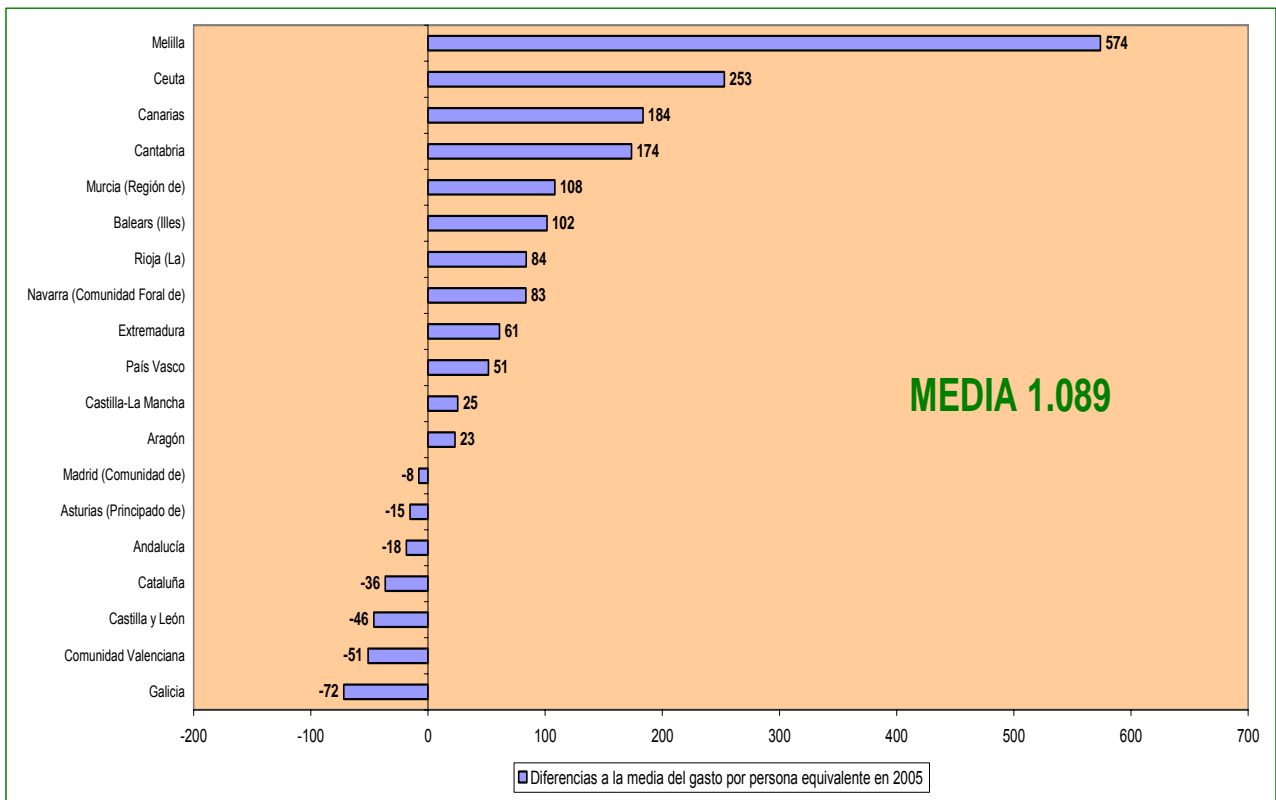
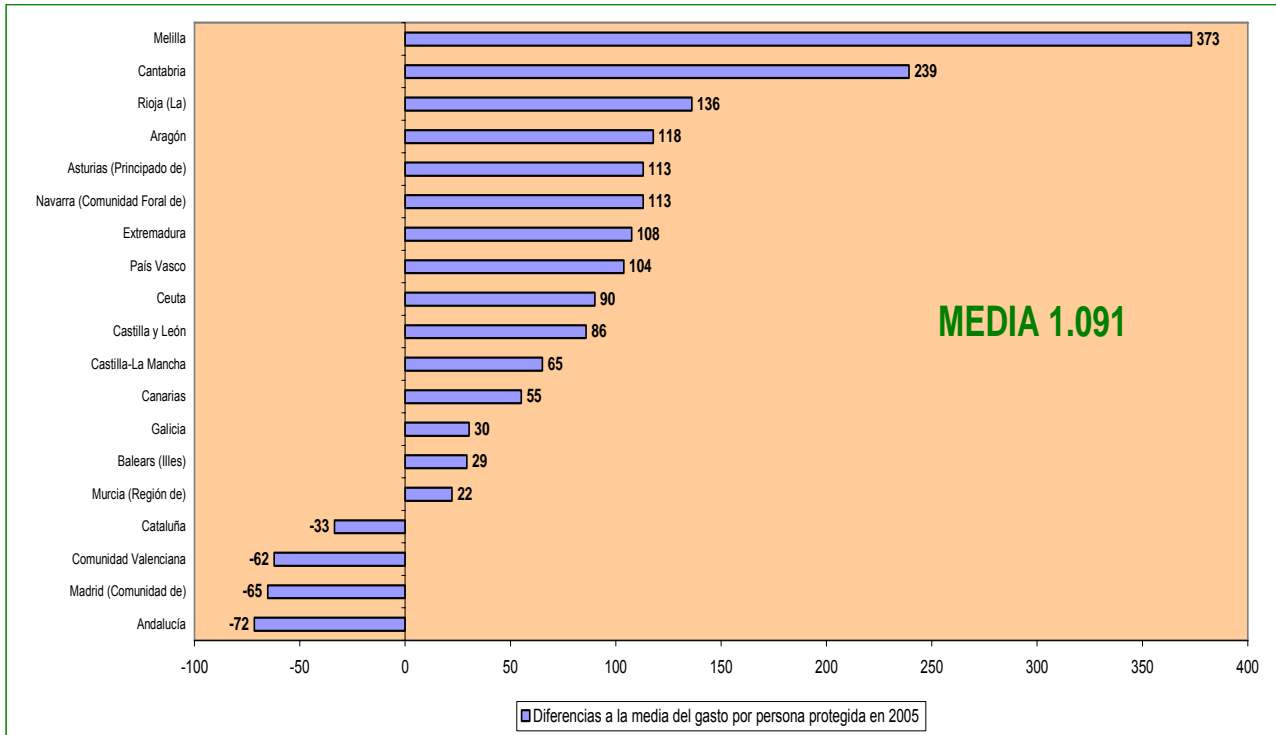
Estructura de la población protegida y la población equivalente por Comunidades Autónomas según los grupos de edad considerados. 2005

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	<i>Población equivalente 7 %</i>	<i>Población equivalente 3 %</i>	<i>Población equivalente 2 %</i>	<i>Población protegida %</i>
Andalucía	16,71	17,00	16,97	17,58
Aragón	3,09	3,04	3,05	2,85
Asturias (Principado de)	2,78	2,70	2,72	2,48
Baleares (Islas)	2,12	2,13	2,13	2,26
Canarias	4,03	4,12	4,12	4,48
Cantabria	1,35	1,33	1,34	1,29
Castilla y León	6,29	6,17	6,19	5,58
Castilla-La Mancha	4,45	4,48	4,48	4,30
Cataluña	16,31	16,23	16,21	16,26
Comunidad Valenciana	10,63	10,64	10,64	10,75
Extremadura	2,51	2,53	2,53	2,42
Galicia	6,86	6,73	6,75	6,23
Madrid (Comunidad de)	12,55	12,62	12,61	13,25
Murcia (Región de)	2,78	2,85	2,84	2,99
Navarra (Comunidad Foral de)	1,41	1,40	1,40	1,38
País Vasco	5,18	5,08	5,09	4,95
Rioja (La)	0,72	0,71	0,71	0,69
Ceuta	0,13	0,13	0,13	0,14
Melilla	0,11	0,11	0,11	0,12

V.3.15. Gasto por población protegida equivalente

El gasto medio por persona equivalente en 2005 asciende a 1.089 euros, con un recorrido por Comunidades Autónomas entre 1.017 y 1.663 euros. Con carácter general, en el periodo analizado, esta variable reduce su dispersión por Comunidades frente al gasto medio por población protegida sin corregir por la estructura de edades. La dispersión del gasto por persona protegida equivalente tiende a reducirse hasta el año 2003, al contrario de lo que ocurre en el gasto por persona protegida (sin corregir). No obstante, en 2004 y 2005 se detecta un cambio de tendencia.

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, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Navarra y País Vasco. Otras como Andalucía, Baleares, Canarias, Ceuta, Madrid y Murcia mejoran su posición relativa. Por su parte, Cataluña, Castilla-La Mancha y Melilla mantienen su posición relativa.



GASTO SANITARIO POR PERSONA PROTEGIDA EQUIVALENTE (Euros)

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
TOTAL	727	781	818	875	954	1.021	1.089
Andalucía	729	821	838	884	952	1.022	1.071
Aragón	711	753	818	871	977	1.070	1.112
Asturias (Principado de)	702	746	796	856	955	1.017	1.074
Baleares (Islas)	643	668	716	833	931	1.010	1.191
Canarias	876	931	946	1.022	1.117	1.166	1.273
Cantabria	750	804	884	970	1.109	1.181	1.263
Castilla y León	662	712	753	801	916	969	1.043
Castilla-La Mancha	644	691	736	838	894	884	1.115
Cataluña	716	769	806	858	949	989	1.053
Comunidad Valenciana	699	759	794	851	939	997	1.038
Extremadura	712	768	801	936	1.021	1.078	1.150
Galicia	711	746	801	830	898	990	1.017
Madrid (Comunidad de)	766	792	830	875	920	1.034	1.081
Murcia (Región de)	757	819	863	923	1.022	1.112	1.197
Navarra (Comunidad Foral de)	856	907	934	988	1.061	1.136	1.173
País Vasco	790	828	877	931	992	1.050	1.141
Rioja (La)	685	751	783	860	942	1.056	1.173
Ceuta	892	936	974	1.052	1.171	1.284	1.342
Melilla	1.149	1.122	1.182	1.217	1.306	1.467	1.663

El gasto sanitario por persona equivalente entre 1999 y 2005 ha registrado un crecimiento anual medio del 6,97%. En este periodo los crecimientos anuales han oscilado entre el 4,82% de 2001 y el 9,05% de 2003. Por Comunidades Autónomas, el crecimiento anual medio del gasto sanitario por persona equivalente durante el periodo de análisis oscila entre el 5,38% y el 10,82%.

GASTO SANITARIO POR PERSONA PROTEGIDA EQUIVALENTE

Variación interanual en porcentaje

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	2000	2001	2002	2003	2004	2005
TOTAL	7,39	4,82	6,96	9,05	6,94	6,71
Andalucía	12,58	2,14	5,49	7,59	7,38	4,79
Aragón	5,86	8,72	6,42	12,19	9,53	3,92
Asturias (Principado de)	6,24	6,69	7,59	11,55	6,44	5,62
Baleares (Islas)	3,87	7,25	16,33	11,74	8,53	17,86
Canarias	6,27	1,61	8,08	9,31	4,31	9,18
Cantabria	7,25	9,99	9,73	14,25	6,57	6,89
Castilla y León	7,65	5,69	6,41	14,28	5,86	7,58
Castilla-La Mancha	7,28	6,50	13,80	6,78	-1,20	26,13
Cataluña	7,35	4,83	6,48	10,56	4,23	6,48
Comunidad Valenciana	8,52	4,69	7,15	10,30	6,22	4,14
Extremadura	7,90	4,22	16,96	9,03	5,60	6,69
Galicia	4,91	7,37	3,57	8,20	10,33	2,72
Madrid (Comunidad de)	3,36	4,82	5,51	5,13	12,30	4,63
Murcia (Región de)	8,15	5,35	6,94	10,77	8,78	7,68
Navarra (Comunidad Foral de)	5,99	2,95	5,77	7,42	7,04	3,21
País Vasco	4,81	5,89	6,14	6,55	5,88	8,59
Rioja (La)	9,52	4,31	9,83	9,58	12,10	11,04
Ceuta	4,92	4,11	7,96	11,40	9,61	4,51
Melilla	-2,38	5,38	3,01	7,27	12,33	13,37

V.4. INDICADORES RELACIONADOS CON EL GASTO

V.4.1. Atención primaria

V.4.1.1. Introducción

El Grupo de Trabajo acordó durante la elaboración del primer informe que los indicadores utilizados para explicar la variabilidad del gasto público en atención primaria se basarían en las variables de población protegida, dispersión geográfica y Médicos de Familia de Atención Primaria. No obstante, una vez realizado el estudio se determinó que era necesario disponer de datos más detallados para poder abordar un examen más preciso de la relación entre gasto sanitario y dispersión. Asimismo, se consideró conveniente desarrollar una nueva metodología de medición de dicha relación. Dado que no se han producido avances en ninguno de estos dos sentidos, el análisis incluido en el presente

documento se circunscribe a examinar, en primer lugar, la relación entre el gasto en atención primaria y la población protegida y, en segundo lugar, la relación entre gasto y efectivos.

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 información disponible sobre el número de médicos ha sido proporcionada por las Comunidades Autónomas.

De nuevo, y a falta de un análisis más detallado de la dispersión, se constata que la variable central para explicar la variabilidad del gasto entre Comunidades es la población protegida. El gasto en atención primaria por persona no presenta relación estadística con el número de Médicos de Familia de Atención Primaria por persona. La relación entre el gasto en atención primaria y el número de médicos, que es lineal⁵⁰, esconde la existente entre éstos y la población. En cualquier caso, el análisis de esta relación permite observar diferencias de comportamiento entre Comunidades con respecto al patrón estándar de comportamiento, aportando elementos de juicio para una posible valoración desde la óptica de la eficiencia.

V.4.1.2. Gasto en atención primaria y población protegida

Los datos correspondientes al año 2005 ponen de manifiesto, de nuevo, que la población protegida explica en una alta proporción la variabilidad observada entre Comunidades en el gasto en atención primaria, un 95,6%, 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.

⁵⁰ Al igual que ocurre con otras de las relaciones analizadas.

Correlaciones de Pearson (ρ). Año 2005

	POBPROT	POBEQ7	POBEQ3	POBEQ2
GAP	0,977833	0,980001	0,980370	0,980241

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, se constata 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 de las diferencias 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, Andalucía, Extremadura, País Vasco, Navarra, Melilla, Aragón, Ceuta, Cantabria, Castilla-La Mancha y La Rioja. Por debajo se sitúan Madrid, Comunidad Valenciana, Galicia, Canarias, Murcia, Baleares y Asturias.

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 positiva respecto del valor esperado en función de su volumen de población equivalente, siendo ahora algo menor que cuando se considera la población sin ajustar. Igual ocurre con Madrid, que mantiene la mayor diferencia negativa respecto del valor esperado siendo ahora algo menor en valor absoluto.

Castilla y León, Cataluña y País Vasco acortan sus distancias al valor esperado manteniéndose por encima de éste. Canarias, Madrid, Murcia y Baleares acortan sus distancias al valor esperado manteniéndose por debajo. Aragón y Castilla-La Mancha acortan sus distancias al valor esperado, pasando de estar por encima a no superarlo. Extremadura, Cantabria, Navarra, La Rioja, Ceuta, Melilla y Andalucía incrementan sus distancias al valor esperado manteniéndose por encima de él. Finalmente, Comunidad Valenciana, Asturias y Galicia la incrementan manteniéndose por debajo.

Las Comunidades que empeoran su posición relativa en mayor medida son Castilla y León, Castilla-La Mancha y Asturias, seguidas de Aragón y Baleares. Por el contrario, las Comunidades de Canarias, La Rioja y Melilla mejoran su posición relativa. El resto mantiene una posición relativa prácticamente igual.

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, en la misma línea de lo que ocurre con el conjunto de la población. No obstante, la relación que se detecta entre el gasto en atención primaria por persona y las proporciones de población de menos de cuatro años, y mayores de 65 o 75 años, pone de manifiesto que estas variables no explican la variabilidad del gasto en atención primaria.

En relación con la evolución conjunta de estas variables en el periodo de 1999-2005, 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, Murcia y La Rioja.

Las Comunidades Autónomas en las que la población crece por encima de la media mientras el gasto en atención primaria crece por debajo son Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Madrid, Navarra y Melilla.

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 y Cantabria.

Por último, las Comunidades Autónomas en las que tanto la población como el gasto en atención primaria crece por debajo de la media son Asturias, Aragón, Castilla y León, Extremadura, Galicia, País Vasco y Ceuta.

V.4.1.3. Gasto por persona en atención primaria y volumen de población

Con los datos del año 2005 se constata de nuevo que no existe relación entre el gasto por persona en atención primaria y el volumen de población.

V.4.1.4. Gasto y médicos en atención primaria

De acuerdo con los datos proporcionados por las Comunidades Autónomas sobre efectivos profesionales, se estima que en 2004 (último año disponible) el número de Médicos de Familia de Atención Primaria se sitúa en 30.366 en el conjunto de Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas⁵¹. Esta cantidad supone, en términos de población protegida, una tasa de 74 Médicos de Familia de Atención Primaria por 100.000 habitantes.

Las Comunidades donde se registra un mayor número de Médicos de Familia de Atención Primaria por 100.000 habitantes son Castilla y León, Castilla - La Mancha, Comunidad Valenciana, Galicia, Madrid y Aragón. La Rioja se sitúa en la media, y por debajo de ella se encuentran Navarra, Melilla, Ceuta, Murcia, Cataluña, Canarias, Cantabria, Andalucía, País Vasco, Baleares, Asturias y Extremadura. No obstante, esta ratio ha de analizarse en relación con indicadores de dispersión que, como se ha indicado, no se abordan en este informe.

El número de Médicos de Familia de Atención Primaria en las Comunidades Autónomas presenta un alto grado de relación lineal con el gasto en atención primaria: tiene un

⁵¹ Los datos de Madrid y La Rioja, que no están disponibles para 2004, se han estimado asumiendo una tasa de variación igual a la registrada en dichas Comunidades en 2003.

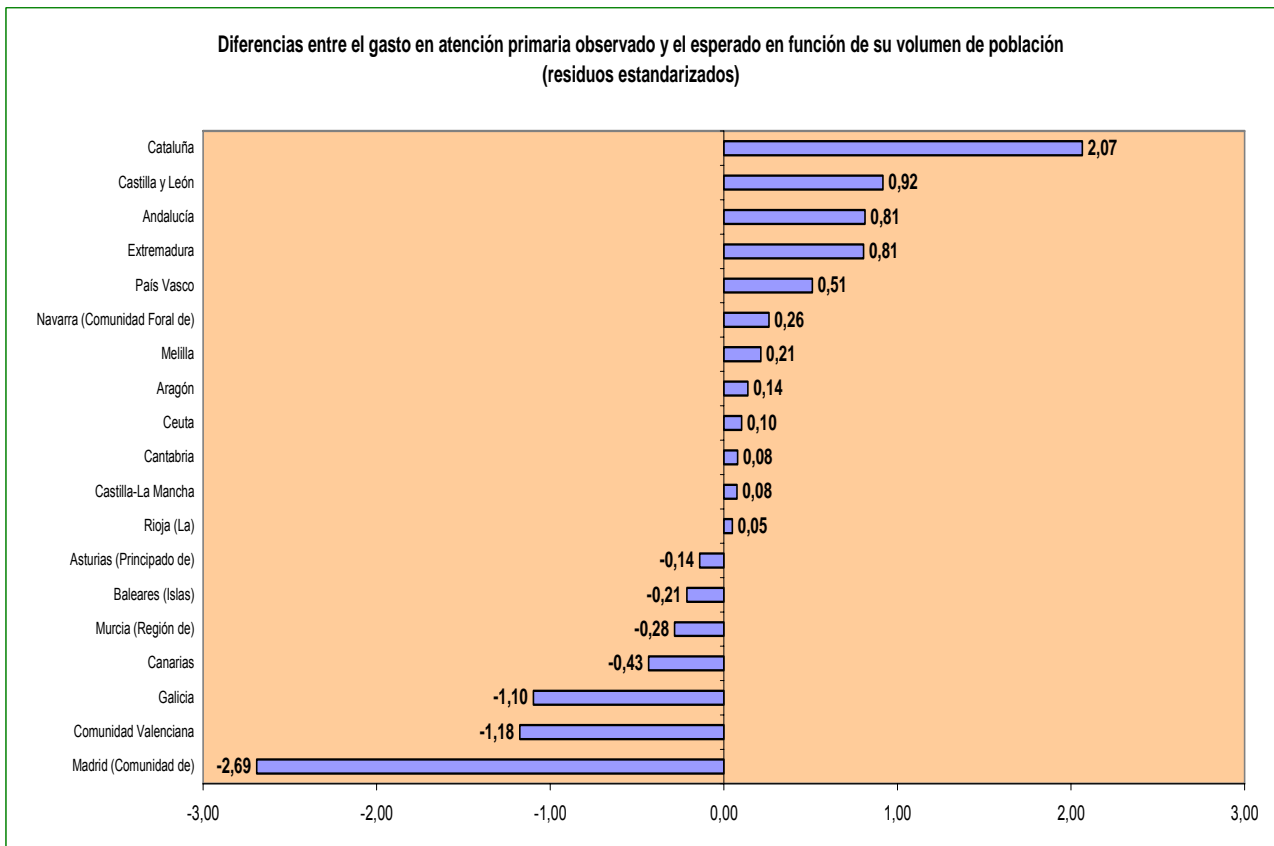
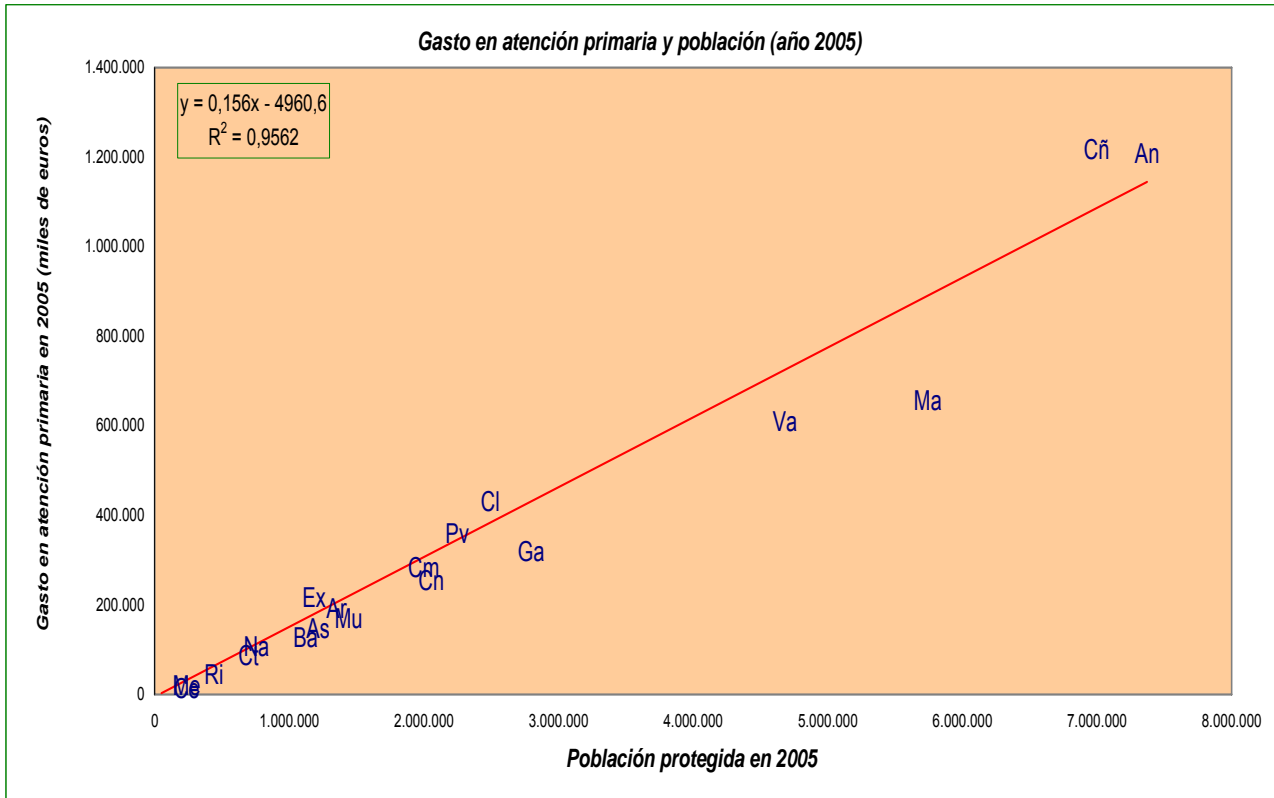
coeficiente de correlación de 0,87. La recta ajustada permite explicar un 75% de la variabilidad del gasto en atención primaria. Al igual que ocurre cuando se relaciona el gasto en atención primaria con la población, la variabilidad de dicho gasto aumenta al incrementarse el número de médicos de familia.

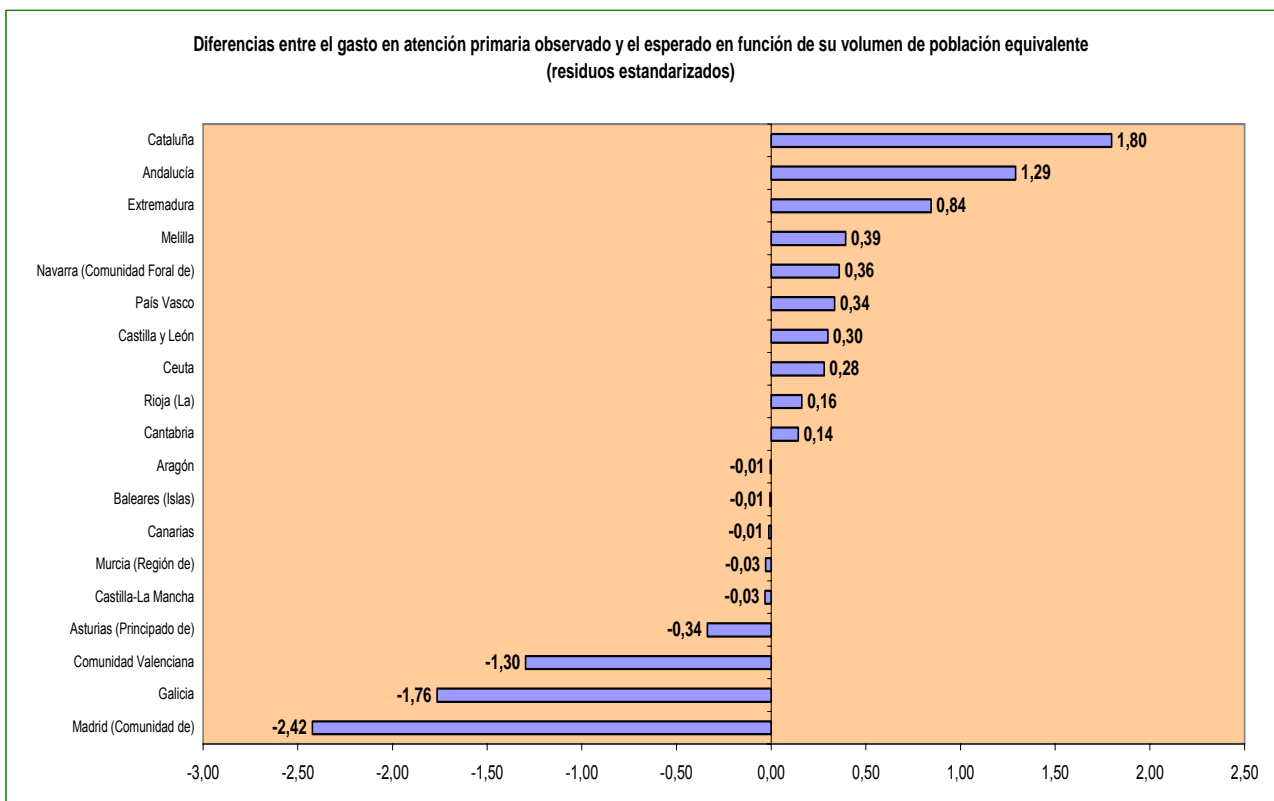
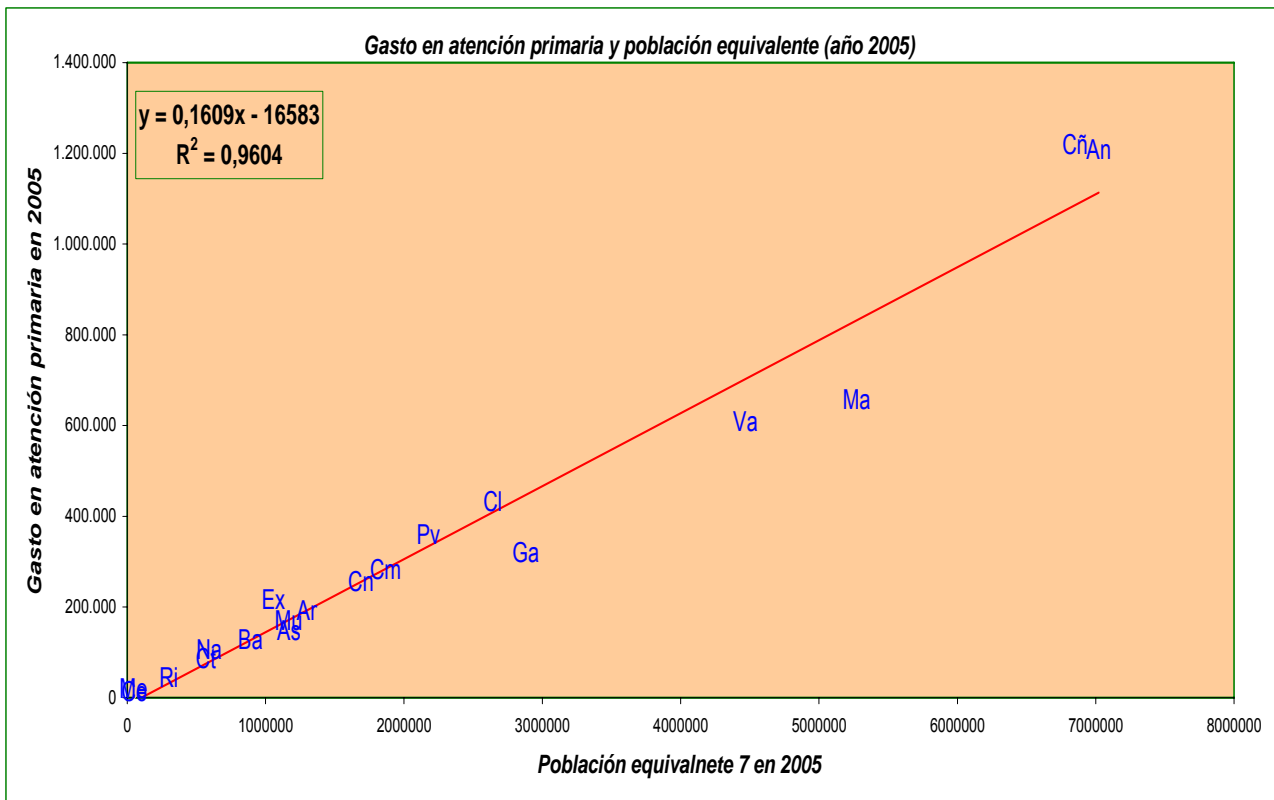
Por lo que se refiere al gasto por persona en atención primaria y el número de médicos de familia por persona, no se detecta relación entre estas variables.

En relación con la evolución conjunta de estas variables en el periodo 1999-2004, las Comunidades o Ciudades Autónomas en las que tanto la población como el número de médicos crecen por encima de la media del SNS son Andalucía, Baleares, Canarias, Cantabria, Cataluña, Murcia y Ceuta.

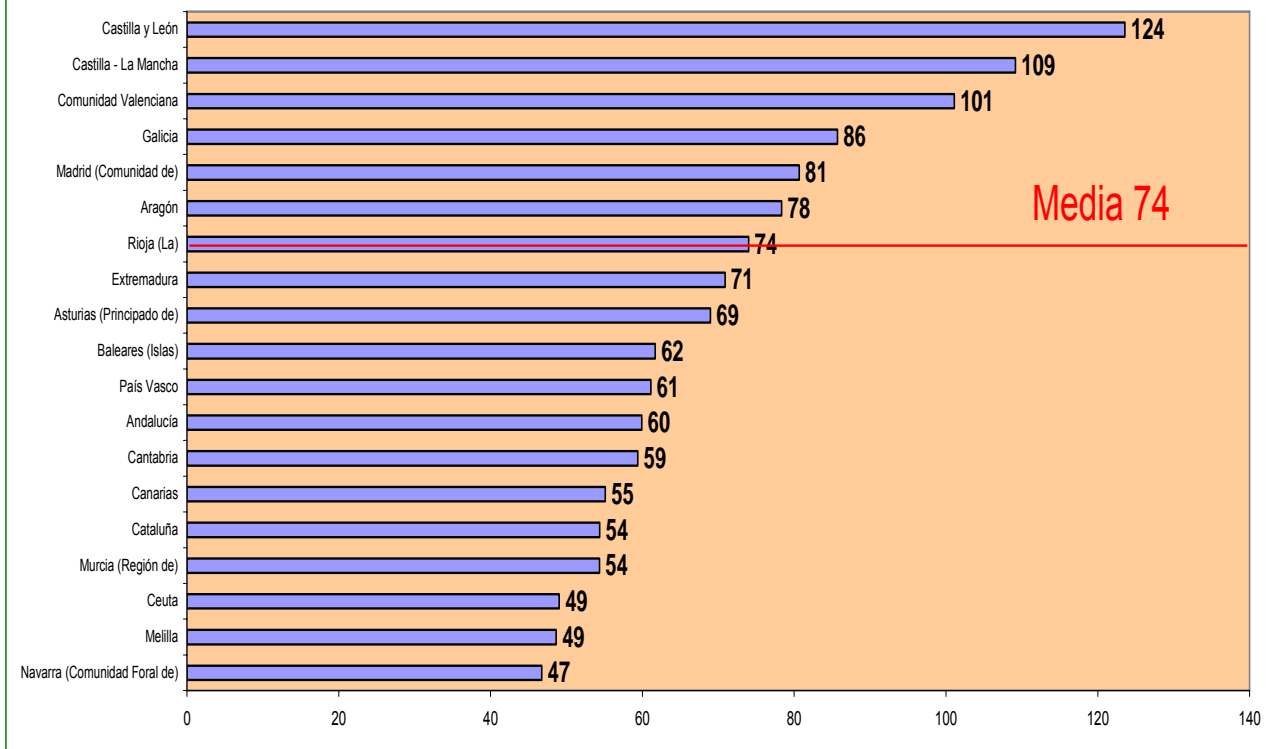
Por otra parte, los territorios en los que el número de médicos crece por encima de la media mientras el gasto en atención primaria crece por debajo son Asturias, Aragón, Castilla y León y Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Madrid, Navarra y Melilla.

En Extremadura el número de médicos crece por debajo de la media mientras el gasto en atención primaria crece por encima. Y, finalmente, en Galicia tanto el número de médicos como el gasto en atención primaria crecen por debajo de la media.

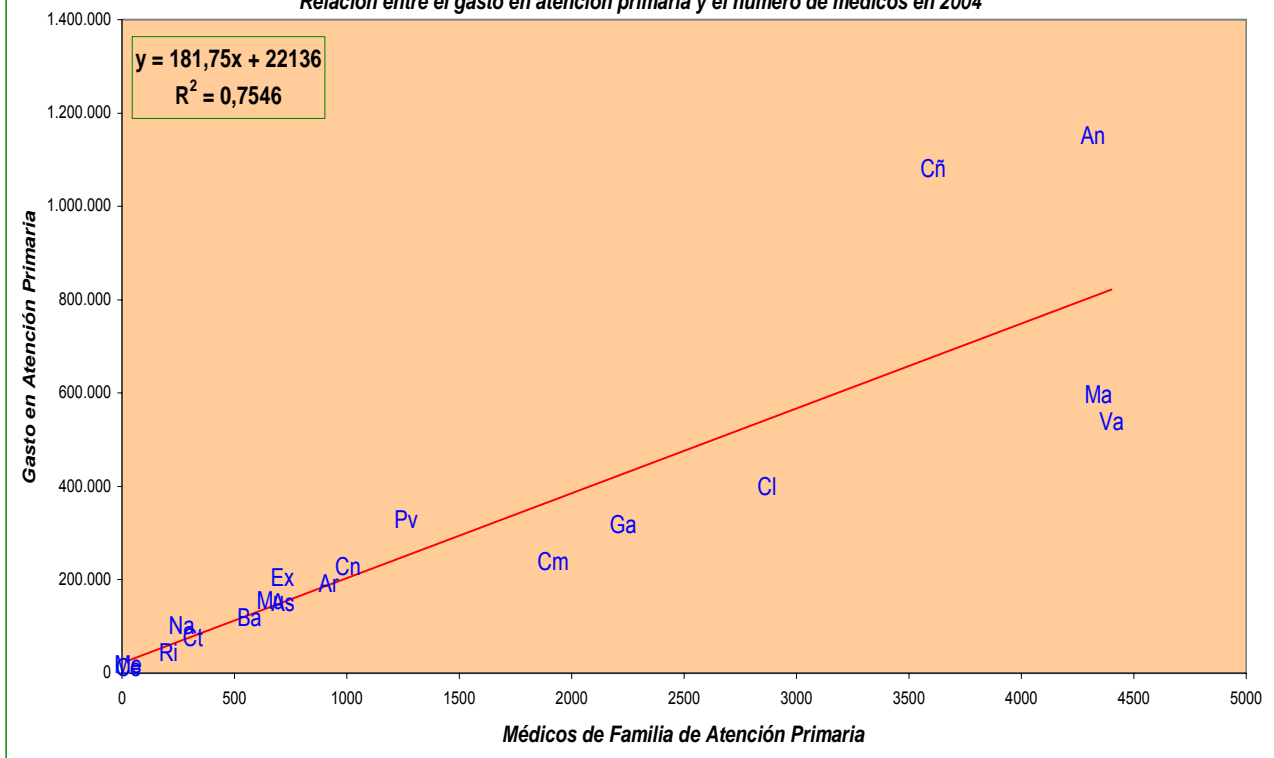


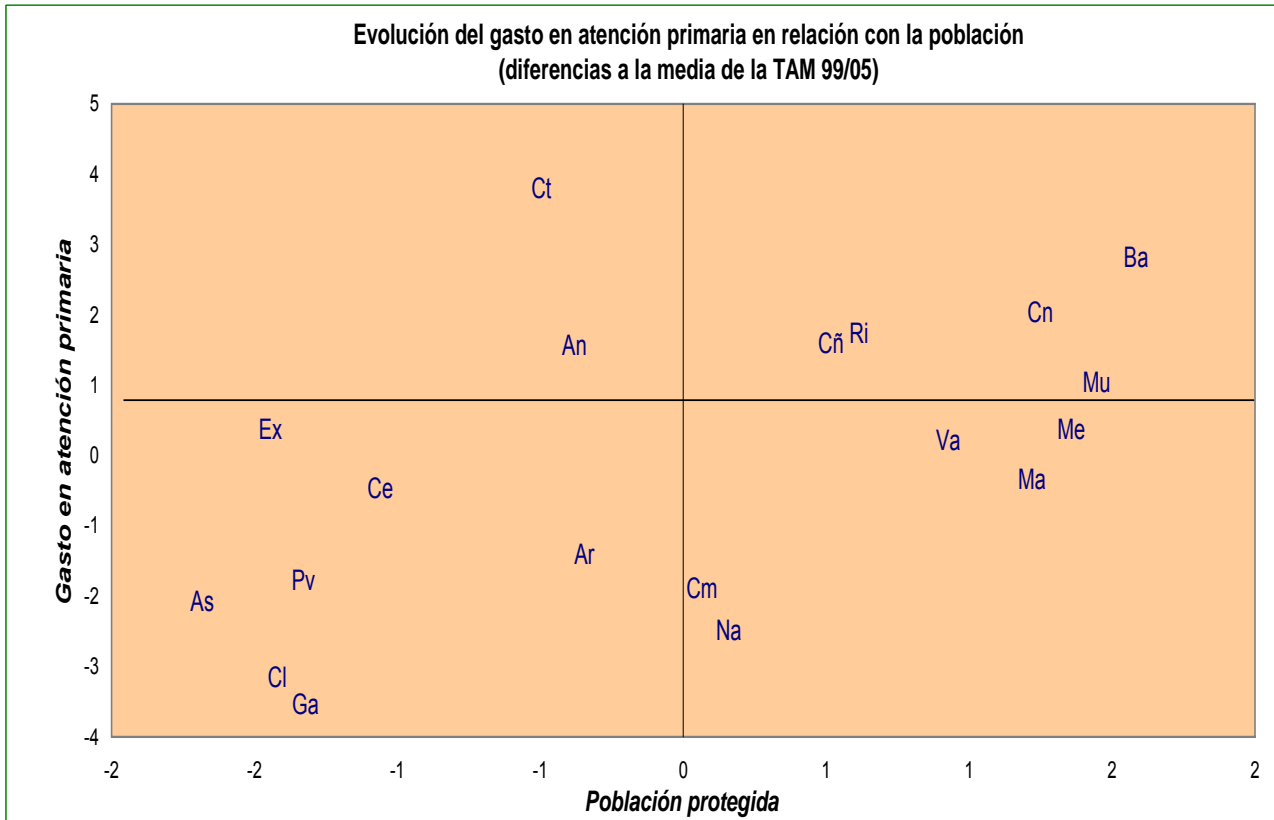
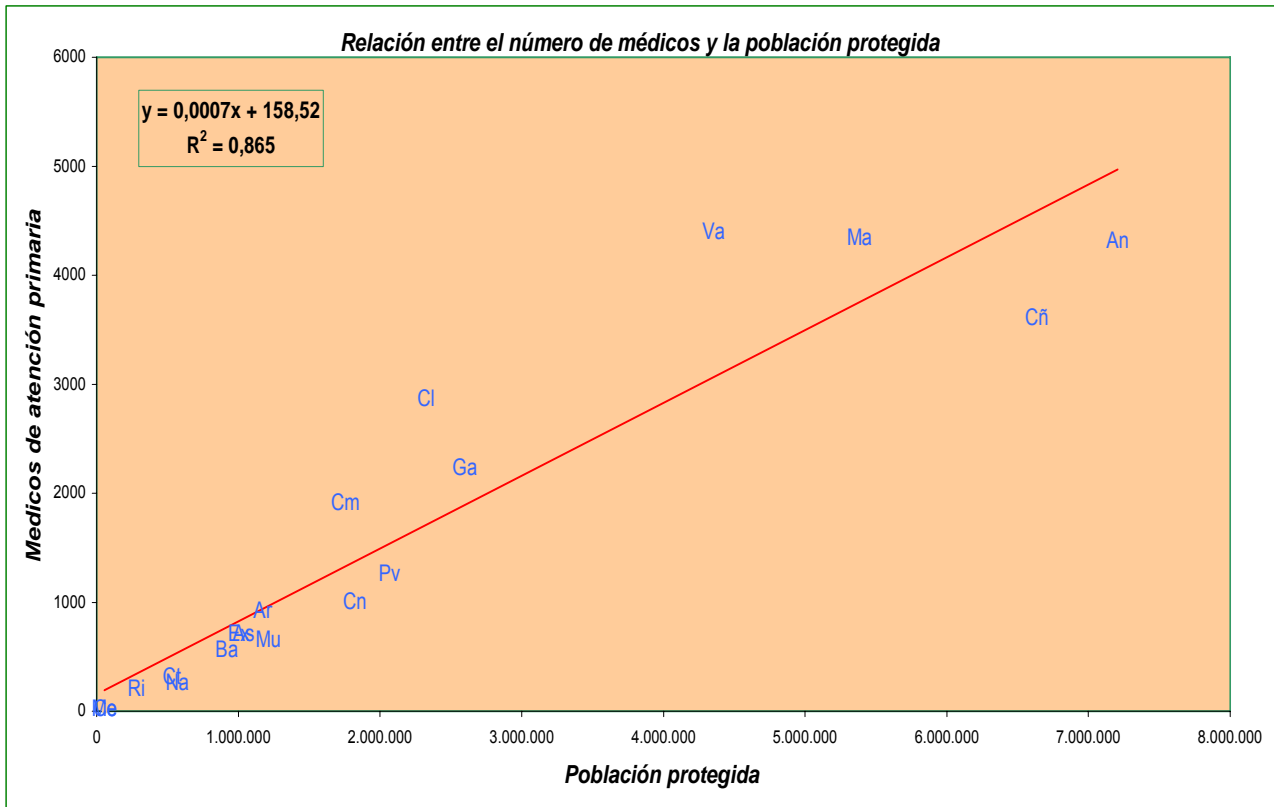


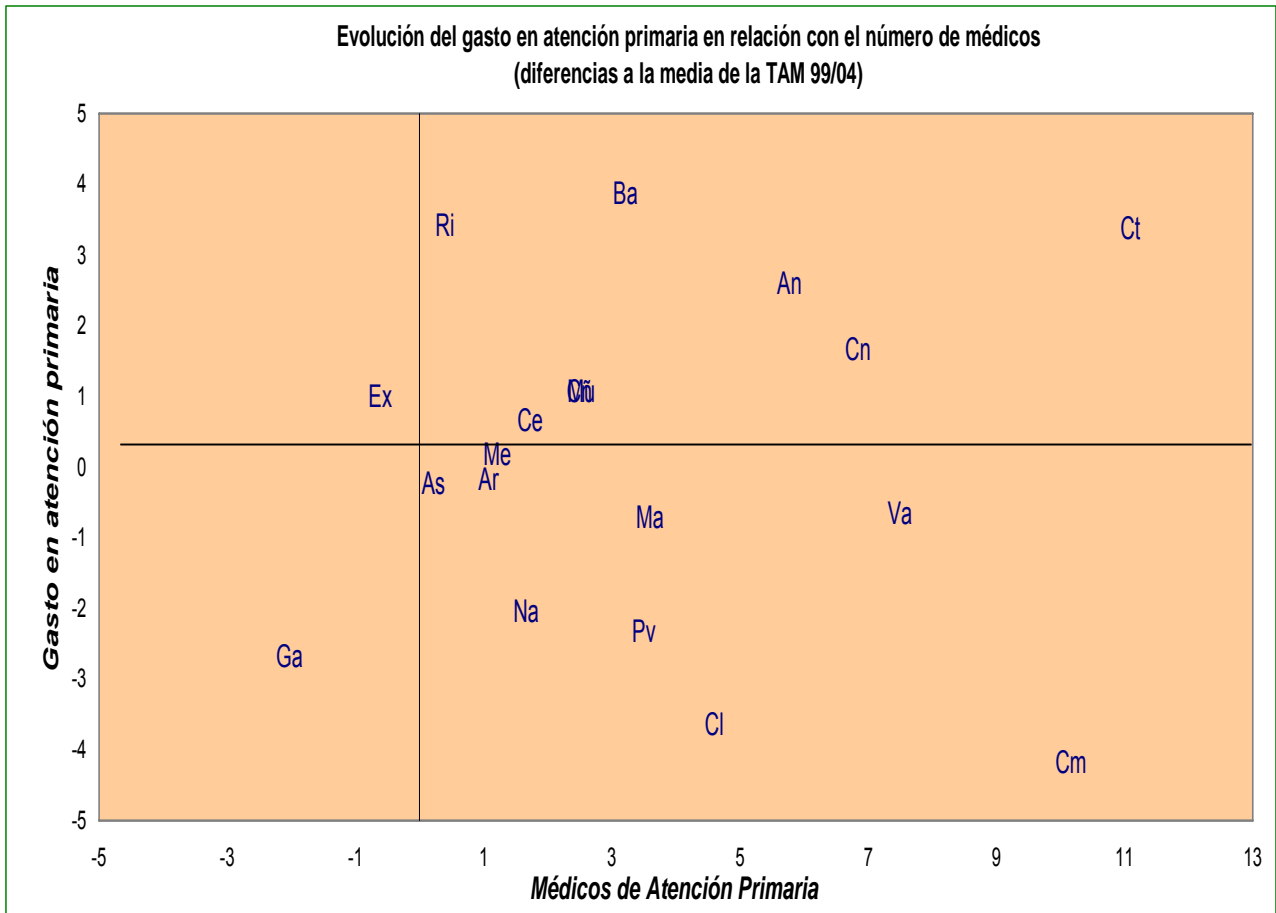
Médicos de Familia de Atención Primaria por 100.000 habitantes en 2004



Relación entre el gasto en atención primaria y el número de médicos en 2004







GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

CCAA/1999	GASTO AP M€	GASTO AP PERCAP €	POBPROT	POBEQ7	POBEQ3	POBEQ2	POB -4	POB +65	POB +75	% POB -4	% POB +65	% POB +75
Total	3.975.414	105	37.980.437	37.653.284	37.726.754	37.727.611	1.586.686	6.433.137	2.677.905	4	17	7
Andalucía	683.601	100	6.830.285	6.369.390	6.507.257	6.490.906	341.427	986.624	386.334	5	14	6
Aragón	128.033	116	1.108.096	1.208.602	1.191.748	1.193.049	39.925	241.185	106.081	4	22	10
Asturias (Principado de)	101.808	97	1.047.945	1.130.194	1.114.666	1.119.466	27.743	222.982	95.206	3	21	9
Baleares (Islas)	66.761	85	784.636	749.627	753.218	752.276	36.333	117.179	51.076	5	15	7
Canarias	140.556	89	1.588.055	1.396.635	1.432.817	1.434.295	66.370	186.022	71.576	4	12	5
Cantabria	42.806	85	505.702	521.324	519.661	521.062	16.581	96.506	42.103	3	19	8
Castilla y León	317.205	137	2.316.792	2.541.683	2.512.697	2.518.464	74.002	518.203	232.688	3	22	10
Castilla-La Mancha	193.286	118	1.634.162	1.710.997	1.720.566	1.717.668	73.961	331.481	143.170	5	20	9
Cataluña	688.014	114	6.021.109	6.071.828	6.030.958	6.029.709	254.104	1.048.063	444.286	4	17	7
Comunidad Valenciana	370.602	95	3.884.525	3.826.367	3.834.238	3.833.943	164.104	643.637	262.319	4	17	7
Extremadura	129.857	129	1.004.837	1.023.985	1.034.231	1.033.415	43.365	190.633	79.252	4	19	8
Galicia	239.867	93	2.574.293	2.730.396	2.691.393	2.698.868	82.059	518.142	229.171	3	20	9
Madrid (Comunidad de)	411.907	87	4.709.391	4.455.250	4.466.104	4.468.661	195.800	676.363	268.868	4	14	6
Murcia (Región de)	98.480	94	1.049.676	983.263	1.005.261	1.001.248	56.679	153.784	59.549	5	15	6
Navarra (Comunidad Foral de)	74.627	143	521.377	534.829	530.228	529.726	22.917	95.159	42.828	4	18	8
País Vasco	244.008	119	2.045.932	2.046.414	2.027.403	2.031.024	75.220	345.794	137.459	4	17	7
Rioja (La)	24.473	97	252.220	264.934	262.681	262.952	9.412	49.912	21.865	4	20	9
Ceuta	7.809	134	58.354	49.938	52.193	51.631	4.244	6.214	2.166	7	11	4
Melilla	11.713	272	43.050	37.628	39.433	39.246	2.440	5.254	1.908	6	12	4
Correlaciones con gasto			0,985536	0,990643	0,990287	0,990253	0,966699	0,988587	0,980573	-0,118394	0,008355	-0,006802
Correlaciones con gasto por persona			-0,286319	-0,281791	-0,282235	-0,282489	0,267747	-0,268671	-0,262255	0,384344	-0,213517	-0,233135

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

CCAA/2000	GASTO AP M€	GASTOAP PERCAP €	POBPROT	POBEQ7	POBEQ3	POBEQ2	POB -4	POB +65	POB +75	% POB -4	% POB +65	% POB +75
Total	4.232.087	111	38.281.497	38.059.678	38.116.880	38.114.845	1.605.033	6.535.221	2.763.887	4	17	7
Andalucía	774.234	113	6.862.013	6.402.652	6.540.528	6.522.128	348.661	991.827	391.316	5	14	6
Aragón	137.390	124	1.110.880	1.215.660	1.198.410	1.199.231	41.324	243.636	109.773	4	22	10
Asturias (Principado de)	111.635	107	1.040.341	1.129.272	1.112.537	1.116.978	28.308	224.629	97.772	3	22	9
Baleares (Islas)	73.340	91	807.868	768.289	771.938	771.337	36.439	118.787	52.280	5	15	6
Canarias	149.351	92	1.629.975	1.435.107	1.472.701	1.473.189	71.055	191.531	73.480	4	12	5
Cantabria	48.168	95	508.477	527.072	524.545	526.024	16.408	98.254	43.774	3	19	9
Castilla y León	309.260	134	2.307.639	2.549.643	2.517.731	2.524.333	70.781	525.321	241.329	3	23	10
Castilla-La Mancha	197.071	120	1.642.563	1.714.181	1.725.258	1.721.051	78.226	330.029	143.764	5	20	9
Cataluña	724.397	119	6.079.705	6.144.625	6.099.220	6.097.881	256.527	1.063.762	460.368	4	17	8
Comunidad Valenciana	394.219	100	3.938.806	3.896.887	3.900.373	3.899.844	166.701	659.773	274.007	4	17	7
Extremadura	132.442	133	999.343	1.022.831	1.033.099	1.033.586	39.217	192.964	82.169	4	19	8
Galicia	254.962	99	2.577.402	2.753.153	2.713.066	2.720.884	80.653	529.635	235.696	3	21	9
Madrid (Comunidad de)	433.015	91	4.775.061	4.534.622	4.543.715	4.546.581	197.289	694.837	281.508	4	15	6
Murcia (Región de)	105.488	99	1.067.336	1.001.174	1.023.849	1.019.551	58.215	157.216	62.236	5	15	6
Navarra (Comunidad Foral de)	81.826	155	527.455	542.308	537.409	537.233	22.188	97.040	44.486	4	18	8
País Vasco	256.206	125	2.045.579	2.063.682	2.041.675	2.044.591	76.828	353.798	143.176	4	17	7
Rioja (La)	27.434	109	250.821	264.419	262.062	262.372	9.217	50.144	22.398	4	20	9
Ceuta	8.376	142	58.898	50.365	52.676	52.166	4.117	6.303	2.213	7	11	4
Melilla	13.275	259	51.335	43.736	46.086	45.884	2.879	5.735	2.142	6	11	4
Correlaciones con gasto			0,987929	0,990164	0,990704	0,990556	0,974408	0,982911	0,971238	-0,066384	0,004745	-0,017819
Correlaciones con gasto por persona			-0,300871	-0,298224	-0,298161	-0,298507	0,274920	-0,288117	-0,282213	0,369443	-0,252910	-0,244444

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

CCAA/2001	GASTO AP M€	GASTOAP PERCAP €	POBPROT	POBEQ7	POBEQ3	POBEQ2	POB -4	POB +65	POB +75	% POB -4	% POB +65	% POB +75
Total	4.568.359	117	38.905.395	38.897.875	38.897.604	38.897.749	1.620.101	6.735.431	2.910.414	4	17	7
Andalucía	840.274	121	6.931.651	6.537.370	6.658.567	6.648.085	327.130	1.036.522	422.144	5	15	6
Aragón	148.998	133	1.120.590	1.230.726	1.212.013	1.212.964	41.236	247.649	113.979	4	22	10
Asturias (Principado de)	115.215	111	1.038.965	1.138.805	1.118.390	1.122.739	28.306	228.526	101.825	3	22	10
Baleares (Islas)	79.384	94	840.490	797.056	800.594	799.889	38.218	122.080	54.177	5	15	6
Canarias	169.321	100	1.692.825	1.503.514	1.539.465	1.539.533	74.781	204.443	79.085	4	12	5
Cantabria	51.894	101	514.843	536.451	532.621	533.670	17.875	100.098	45.462	3	19	9
Castilla y León	321.930	140	2.306.748	2.572.591	2.534.539	2.541.237	69.947	535.477	251.818	3	23	11
Castilla-La Mancha	210.766	127	1.662.521	1.749.015	1.757.971	1.756.090	71.923	342.224	154.814	4	21	9
Cataluña	807.116	131	6.179.951	6.265.282	6.212.348	6.206.697	272.861	1.086.094	478.228	4	18	8
Comunidad Valenciana	417.877	104	4.019.327	3.998.466	3.994.338	3.994.267	168.331	681.777	289.456	4	17	7
Extremadura	139.867	139	1.002.907	1.034.885	1.044.508	1.044.257	41.282	197.699	85.786	4	20	9
Galicia	284.398	110	2.580.447	2.783.555	2.739.422	2.747.565	79.154	543.857	243.885	3	21	9
Madrid (Comunidad de)	455.414	92	4.947.132	4.699.814	4.709.851	4.711.827	207.214	720.692	299.381	4	15	6
Murcia (Región de)	111.206	100	1.108.461	1.035.961	1.060.120	1.055.783	60.186	161.505	65.580	5	15	6
Navarra (Comunidad Foral de)	88.093	163	539.748	555.060	549.810	549.418	23.327	99.107	46.195	4	18	9
País Vasco	273.027	133	2.048.512	2.088.514	2.060.672	2.062.117	80.758	362.761	149.909	4	18	7
Rioja (La)	29.377	114	256.815	273.399	270.420	270.697	9.495	52.533	24.082	4	20	9
Ceuta	9.250	155	59.588	51.328	53.547	53.063	4.066	6.542	2.382	7	11	4
Melilla	14.952	278	53.874	46.082	48.407	47.854	4.011	5.845	2.226	7	11	4
Correlaciones con gasto			0,984079	0,987470	0,987723	0,987582	0,976623	0,982696	0,973725	-0,161582	0,014992	-0,007955
Correlaciones con gasto por persona			-0,291169	-0,287318	-0,287595	-0,287918	0,268813	-0,275710	-0,268942	0,636521	-0,279091	-0,264474

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

CCAA/2002	GASTO AP M€	GASTOAP PERCAP €	POBPROT	POBEQ7	POBEQ3	POBEQ2	POB -4	POB +65	POB +75	% POB -4	% POB +65	% POB +75
Total	4.934.366	125	39.618.276	39.650.225	39.635.569	39.619.374	1.696.565	6.863.995	3.001.191	4	17	8
Andalucía	971.706	139	7.001.587	6.627.159	6.742.827	6.730.970	333.623	1.056.140	434.130	5	15	6
Aragón	157.849	139	1.138.477	1.247.814	1.229.176	1.229.500	43.825	249.965	116.632	4	22	10
Asturias (Principado de)	127.363	123	1.037.966	1.146.993	1.123.253	1.127.167	29.360	231.497	105.132	3	22	10
Baleares (Islas)	87.005	99	879.096	829.183	833.015	831.778	41.553	124.876	55.839	5	14	6
Canarias	199.864	114	1.753.923	1.560.844	1.596.945	1.595.123	82.927	211.836	80.956	5	12	5
Cantabria	62.809	121	519.385	542.749	537.737	538.559	18.707	101.086	46.465	4	19	9
Castilla y León	340.192	147	2.308.410	2.586.132	2.545.286	2.551.322	71.677	540.645	258.247	3	23	11
Castilla-La Mancha	180.973	107	1.688.006	1.771.637	1.781.059	1.778.822	74.088	345.044	158.835	4	20	9
Cataluña	848.187	134	6.325.613	6.408.727	6.357.181	6.347.224	291.470	1.108.353	494.869	5	18	8
Comunidad Valenciana	450.996	109	4.140.459	4.114.607	4.107.769	4.105.650	179.554	697.113	300.313	4	17	7
Extremadura	152.621	152	1.002.061	1.037.393	1.047.071	1.046.793	41.226	199.512	87.319	4	20	9
Galicia	280.067	108	2.584.625	2.809.296	2.762.240	2.769.075	82.587	554.623	249.116	3	21	10
Madrid (Comunidad de)	504.256	99	5.101.101	4.834.910	4.849.746	4.851.386	215.013	739.016	310.425	4	14	6
Murcia (Región de)	130.858	114	1.145.055	1.067.854	1.093.158	1.088.015	64.156	165.317	68.690	6	14	6
Navarra (Comunidad Foral de)	93.976	170	553.228	567.744	562.403	561.703	24.809	100.750	47.643	4	18	9
País Vasco	288.814	140	2.056.240	2.114.248	2.081.948	2.082.501	83.277	371.433	156.577	4	18	8
Rioja (La)	31.740	118	267.933	283.601	280.860	280.986	10.414	53.979	25.140	4	20	9
Ceuta	9.863	163	60.506	52.289	54.527	54.046	4.094	6.739	2.465	7	11	4
Melilla	15.226	279	54.605	47.043	49.368	48.756	4.205	6.071	2.398	8	11	4
Correlaciones con gasto			0,982931	0,982808	0,984056	0,983856	0,981421	0,972311	0,959425	-0,155229	-0,013272	-0,040129
Correlaciones con gasto por persona			-0,288603	-0,289976	-0,289082	-0,289459	0,261331	-0,287533	-0,285906	0,643892	-0,300560	-0,283694

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

CCAA/2003	GASTO AP M€	GASTOAP PERCAP €	POBPROT	POBEQ7	POBEQ3	POBEQ2	POB -4	POB +65	POB +75	% POB -4	% POB +65	% POB +75
Total	5.557.683	137	40.497.751	40.545.730	40.462.720	40.421.873	1.806.394	6.971.753	3.098.015	4	17	8
Andalucía	1.062.834	149	7.127.957	6.766.679	6.867.856	6.850.113	356.036	1.073.845	447.467	5	15	6
Aragón	178.603	155	1.152.409	1.260.706	1.239.865	1.239.623	46.144	250.172	119.268	4	22	10
Asturias (Principado de)	135.128	130	1.039.473	1.155.020	1.125.918	1.129.390	30.674	232.173	108.218	3	22	10
Baleares (Islas)	106.567	117	909.616	856.564	859.050	857.247	44.600	127.237	57.485	5	14	6
Canarias	220.754	122	1.803.383	1.612.961	1.645.849	1.642.972	88.070	219.471	84.776	5	12	5
Cantabria	64.812	123	526.783	552.549	545.365	545.759	20.250	102.253	47.935	4	19	9
Castilla y León	370.881	160	2.316.723	2.603.574	2.554.342	2.559.167	75.523	541.814	264.552	3	23	11
Castilla-La Mancha	218.711	127	1.720.935	1.801.648	1.809.596	1.806.707	77.484	347.826	162.925	5	20	9
Cataluña	1.021.478	157	6.522.999	6.587.741	6.533.509	6.519.818	311.161	1.128.183	511.285	5	17	8
Comunidad Valenciana	521.366	122	4.283.038	4.260.049	4.246.484	4.241.042	195.264	717.649	311.681	5	17	7
Extremadura	193.844	193	1.002.666	1.040.747	1.047.448	1.046.446	43.365	199.065	88.783	4	20	9
Galicia	300.392	116	2.598.943	2.838.427	2.784.341	2.790.047	86.238	560.959	255.929	3	22	10
Madrid (Comunidad de)	541.876	102	5.295.677	5.005.576	5.020.172	5.019.059	231.828	757.136	323.620	4	14	6
Murcia (Región de)	145.926	123	1.187.034	1.104.915	1.130.469	1.124.461	68.554	169.384	71.588	6	14	6
Navarra (Comunidad Foral de)	101.899	181	562.126	576.707	569.900	568.779	26.442	101.236	48.836	5	18	9
País Vasco	308.023	149	2.061.361	2.135.073	2.094.917	2.094.697	85.511	376.419	162.991	4	18	8
Rioja (La)	37.529	137	273.645	288.682	285.285	285.237	11.195	54.122	25.802	4	20	9
Ceuta	11.017	186	59.184	51.505	53.517	53.035	4.033	6.690	2.456	7	11	4
Melilla	16.044	298	53.799	46.609	48.837	48.274	4.022	6.119	2.418	7	11	4
Correlaciones con gasto			0,977569	0,979704	0,980325	0,980074	0,978189	0,972702	0,962222	-0,127368	-0,015747	-0,041733
Correlaciones con gasto por persona			-0,302969	-0,302399	-0,301651	-0,302143	0,270722	-0,295808	-0,291475	0,619558	-0,262741	-0,254797

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

CCAA/2004	GASTO AP M€	GASTOAP PERCAP €	POBPROT	POBEQ7	POBEQ3	POBEQ2	POB -4	POB +65	POB +75	% POB -4	% POB +65	% POB +75
Total	5.939.689	145	40.983.107	41.095.175	40.862.550	40.804.186	1.880.030	6.996.132	3.195.255	5	17	8
Andalucía	1.150.649	160	7.206.333	6.859.721	6.935.038	6.914.591	367.488	1.079.370	461.550	5	15	6
Aragón	189.931	162	1.172.814	1.280.029	1.254.108	1.253.567	48.045	249.963	123.438	4	21	11
Asturias (Principado de)	150.590	145	1.038.355	1.160.632	1.124.797	1.127.957	31.535	231.797	111.896	3	22	11
Baleares (Islas)	118.990	130	917.294	862.881	863.186	861.063	45.956	126.329	57.864	5	14	6
Canarias	226.806	124	1.823.136	1.635.372	1.663.816	1.661.365	87.706	222.105	87.463	5	12	5
Cantabria	74.604	140	532.003	559.776	549.482	549.577	21.370	102.345	49.633	4	19	9
Castilla y León	399.794	172	2.322.408	2.619.527	2.556.855	2.560.748	78.561	540.421	272.829	3	23	12
Castilla-La Mancha	237.565	135	1.754.332	1.831.899	1.834.032	1.830.940	79.726	348.302	168.546	5	20	10
Cataluña	1.080.897	163	6.634.724	6.697.031	6.621.083	6.603.245	328.579	1.131.142	526.285	5	17	8
Comunidad Valenciana	537.760	123	4.354.840	4.320.945	4.298.277	4.291.042	204.050	717.456	316.314	5	16	7
Extremadura	203.321	202	1.004.144	1.045.085	1.046.605	1.045.614	43.459	197.983	91.447	4	20	9
Galicia	316.653	122	2.599.841	2.855.462	2.787.458	2.791.947	89.748	561.695	263.761	3	22	10
Madrid (Comunidad de)	596.099	111	5.383.018	5.104.354	5.102.726	5.098.002	246.104	767.401	337.597	5	14	6
Murcia (Región de)	154.686	128	1.212.237	1.131.046	1.154.313	1.147.755	71.241	172.644	74.813	6	14	6
Navarra (Comunidad Foral de)	101.509	178	568.997	584.484	575.362	573.979	27.531	101.458	50.291	5	18	9
País Vasco	327.386	158	2.066.215	2.154.130	2.103.308	2.102.047	88.636	378.706	169.771	4	18	8
Rioja (La)	42.753	153	279.837	294.470	289.954	289.702	12.091	54.194	26.722	4	19	10
Ceuta	12.034	204	59.129	51.753	53.583	53.058	4.149	6.726	2.561	7	11	4
Melilla	17.660	330	53.450	46.577	48.568	47.988	4.055	6.095	2.474	8	11	5
Correlaciones con gasto			0,978120	0,979776	0,980475	0,980247	0,978512	0,972278	0,961303	-0,122471	-0,018373	-0,048385
Correlaciones con gasto por persona			-0,324890	-0,325109	-0,324379	-0,324852	0,294440	-0,320301	-0,315601	0,617917	-0,261852	-0,248414

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

CCAA/2005	GASTO AP M€	GASTOAP PERCAP €	POBPROT	POBEQ7	POBEQ3	POBEQ2	POB -4	POB +65	POB +75	% POB -4	% POB +65	% POB +75
Total	6.445.978	154	41.928.228	42.018.572	41.612.944	41.528.331	2.001.393	7.031.829	3.318.892	5	17	8
Andalucía	1.207.446	164	7.372.398	7.022.507	7.072.952	7.049.271	384.629	1.089.954	481.196	5	15	7
Aragón	191.815	161	1.193.252	1.297.458	1.266.380	1.265.431	50.320	248.536	127.194	4	21	11
Asturias (Principado de)	146.911	141	1.041.621	1.168.379	1.125.456	1.128.198	32.962	230.610	115.267	3	22	11
Baleares (Islas)	126.213	133	945.823	890.271	887.629	885.221	48.091	128.739	59.754	5	14	6
Canarias	254.669	136	1.877.169	1.691.250	1.713.189	1.711.358	88.286	229.125	93.050	5	12	5
Cantabria	85.311	158	539.710	568.688	554.983	554.810	22.533	102.247	51.390	4	19	10
Castilla y León	430.441	184	2.340.502	2.642.574	2.566.859	2.569.693	82.627	538.255	280.431	4	23	12
Castilla-La Mancha	281.792	156	1.801.002	1.868.943	1.862.593	1.858.980	83.712	345.593	174.659	5	19	10
Cataluña	1.217.036	178	6.818.468	6.852.348	6.751.797	6.729.779	349.929	1.129.826	544.640	5	17	8
Comunidad Valenciana	607.859	135	4.506.448	4.468.251	4.426.504	4.417.250	216.921	729.003	329.905	5	16	7
Extremadura	214.888	212	1.013.125	1.056.235	1.052.627	1.051.468	44.409	197.727	94.684	4	20	9
Galicia	318.667	122	2.613.836	2.882.649	2.800.205	2.803.811	92.935	562.885	272.424	4	22	10
Madrid (Comunidad de)	655.251	118	5.555.935	5.272.383	5.250.864	5.234.879	286.769	776.475	355.402	5	14	6
Murcia (Región de)	169.061	135	1.254.811	1.167.185	1.186.872	1.179.626	75.308	173.818	77.874	6	14	6
Navarra (Comunidad Foral de)	105.188	182	578.130	593.850	582.615	580.890	28.962	101.753	51.648	5	18	9
País Vasco	358.100	172	2.077.143	2.176.635	2.114.645	2.112.488	91.684	380.317	176.640	4	18	9
Rioja (La)	43.633	152	287.468	300.878	295.345	294.938	12.927	54.128	27.496	4	19	10
Ceuta	12.327	205	60.189	52.996	54.682	54.079	4.421	6.887	2.709	7	11	5
Melilla	19.371	378	51.198	45.094	46.748	46.161	3.968	5.951	2.529	8	12	5
Correlaciones con gasto			0,977833	0,980001	0,980370	0,980241	0,972842	0,973256	0,964157	-0,094314	-0,041583	-0,064494
Correlaciones con gasto por persona			-0,290689	-0,292017	-0,291164	-0,291574	0,265198	-0,289937	-0,285199	0,615327	-0,270330	-0,255622

Tasa anual media de crecimiento desde 1999

CCAA	GASTOAP		GASTOAP	
	M€	POBPROT	M€	POBPROT
	2005		2004	
Total	6,62	1,66	6,73	1,53
Andalucía	9,95	1,28	10,98	7,43
Aragón	6,97	1,24	8,21	2,41
Asturias (Principado de)	6,30	-0,10	8,14	1,52
Baleares (Islas)	11,20	3,16	12,25	4,51
Canarias	10,41	2,83	10,04	8,13
Cantabria	12,18	1,09	11,75	12,42
Castilla y León	5,22	0,17	4,74	5,94
Castilla-La Mancha	6,48	1,63	4,21	11,40
Cataluña	9,97	2,09	9,46	3,78
Comunidad Valenciana	8,60	2,51	7,73	8,79
Extremadura	8,76	0,14	9,38	0,69
Galicia	4,85	0,25	5,71	-0,75
Madrid (Comunidad de)	8,04	2,79	7,67	4,86
Murcia (Región de)	9,42	3,02	9,45	3,80
Navarra (Comunidad Foral de)	5,89	1,74	6,35	2,95
País Vasco	6,60	0,25	6,05	4,80
Rioja (La)	10,12	2,20	11,80	1,74
Ceuta	7,91	0,52	9,03	3,01
Melilla	8,75	2,93	8,56	2,48

V.4.2. Atención especializada**

V.4.2.1. 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

*La Comunidad Autónoma de Aragón ha introducido las siguientes correcciones en los datos que figuran en este informe:

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Camas en funcionamiento	2.935	2.958	3.301	3.326	3.321	3.301
Altas	111.682	113.370	129.934	130.448	132.576	131.196
Estancias	869.763	879.285	957.438	954.459	968.427	957.272
Estancia media	7,79	7,76	7,37	7,32	7,30	7,30
Intervenciones ambulatorias	22.741	22.779	29.575	29.781	29.948	31.232

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 no se ha podido efectuar. 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 son 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**.

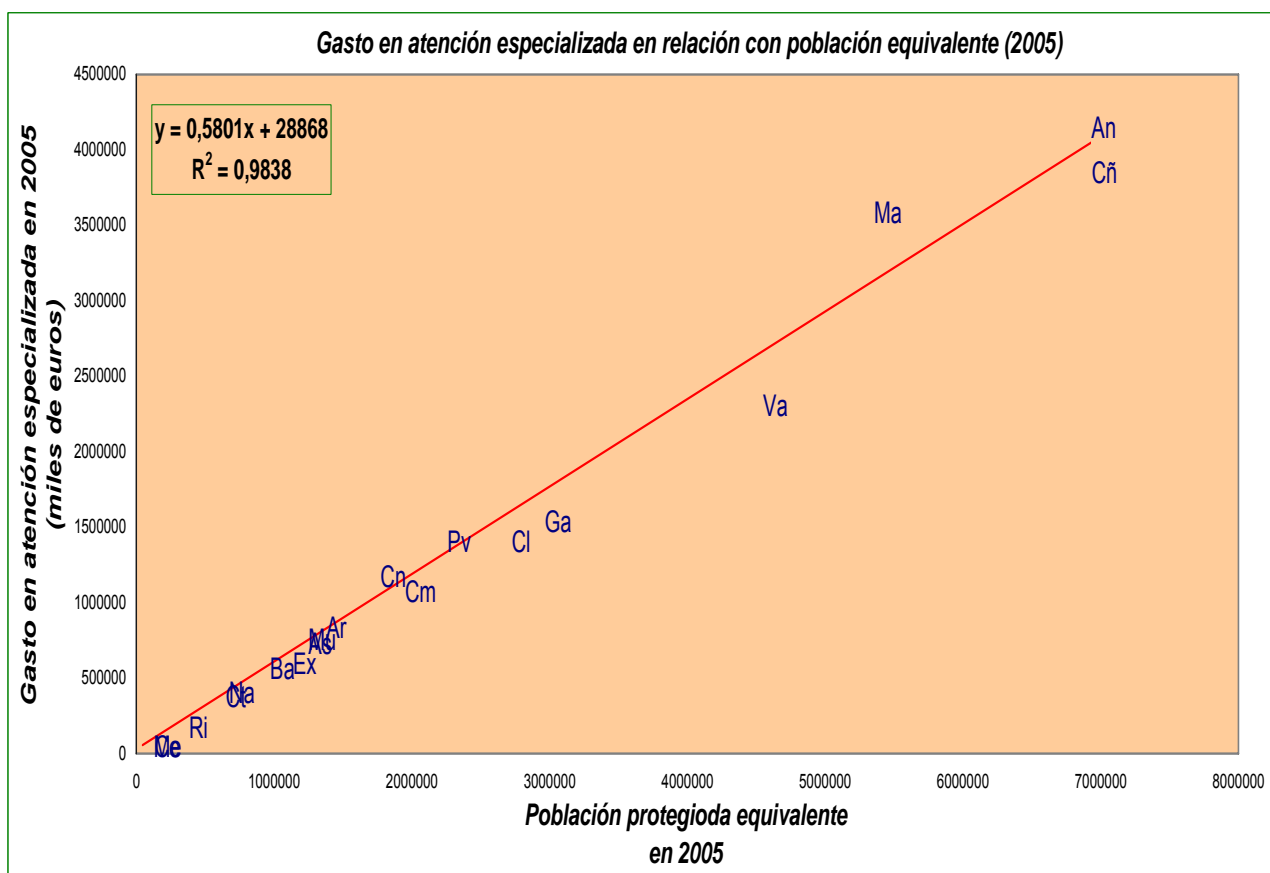
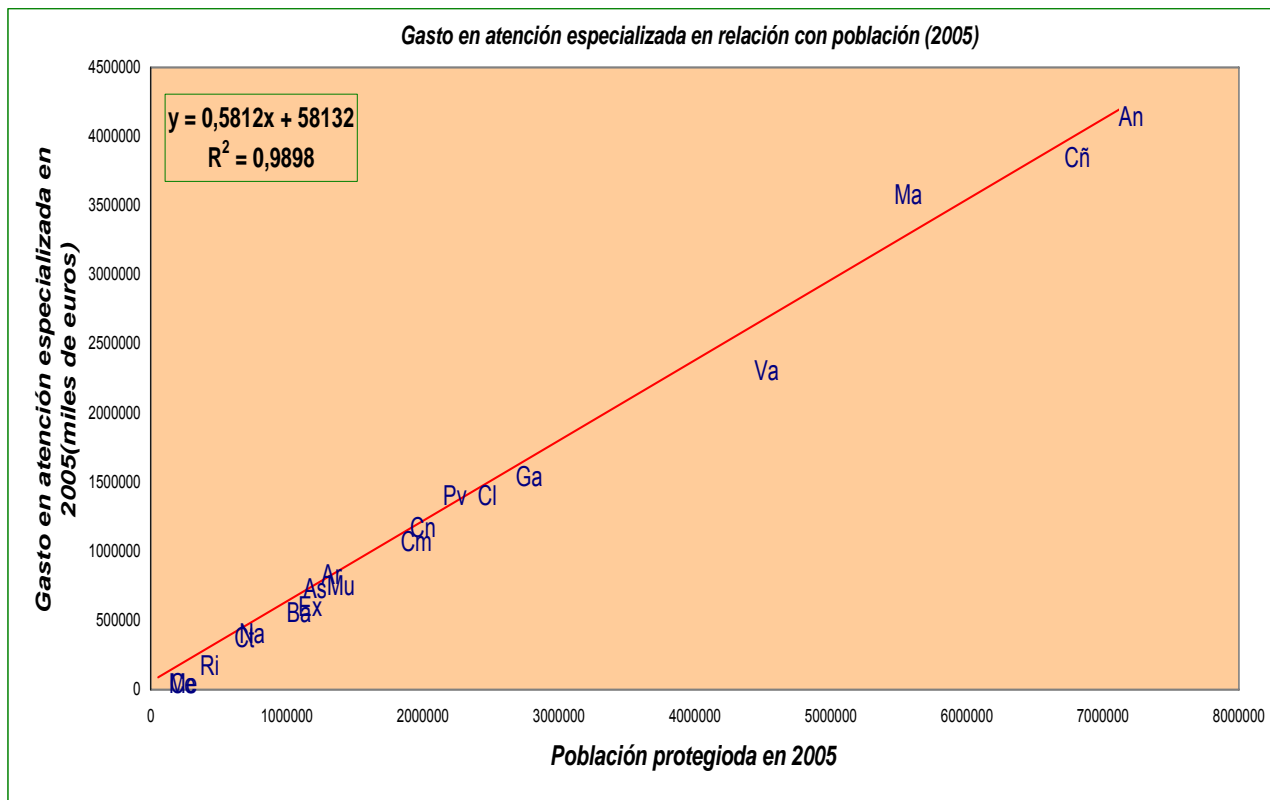
Las fuentes de información para obtener los datos han sido, en primer lugar, las Comunidades Autónomas, a las que se les han solicitado de acuerdo con las definiciones y metodología establecidas en la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (**ESCRI**). En segundo lugar, para 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 Comunidades Autónomas), que se han obtenido también del CMBD.

V.4.2.2. 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.



V.4.2.3. Las consultas externas

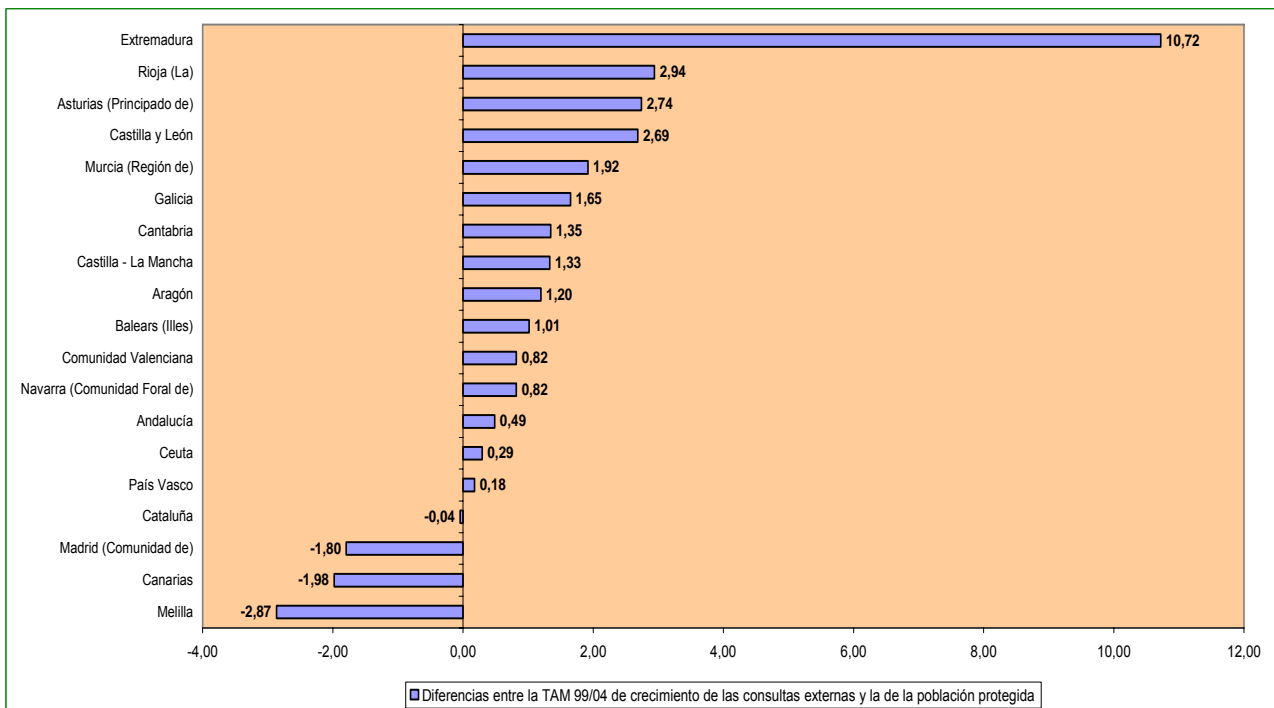
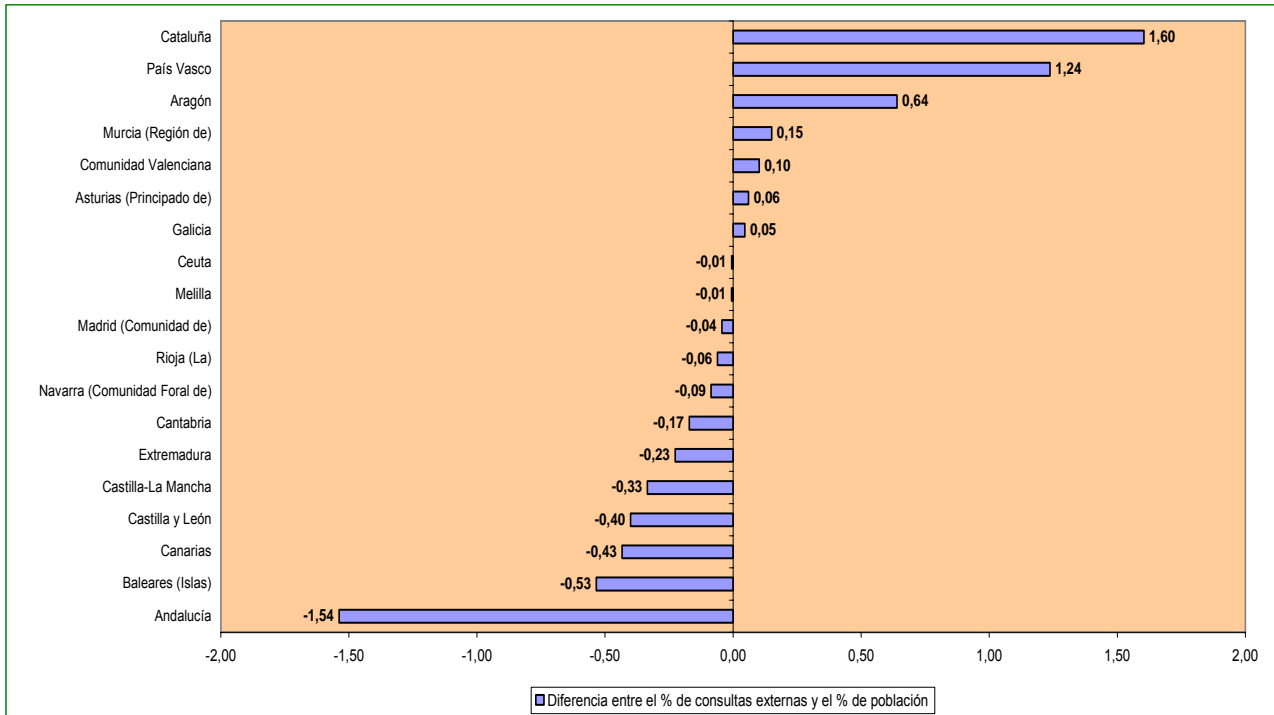
Se han definido como el número total de consultas externas en hospitales y centros de especialidades a cargo de los Servicios de Salud de las Comunidades.

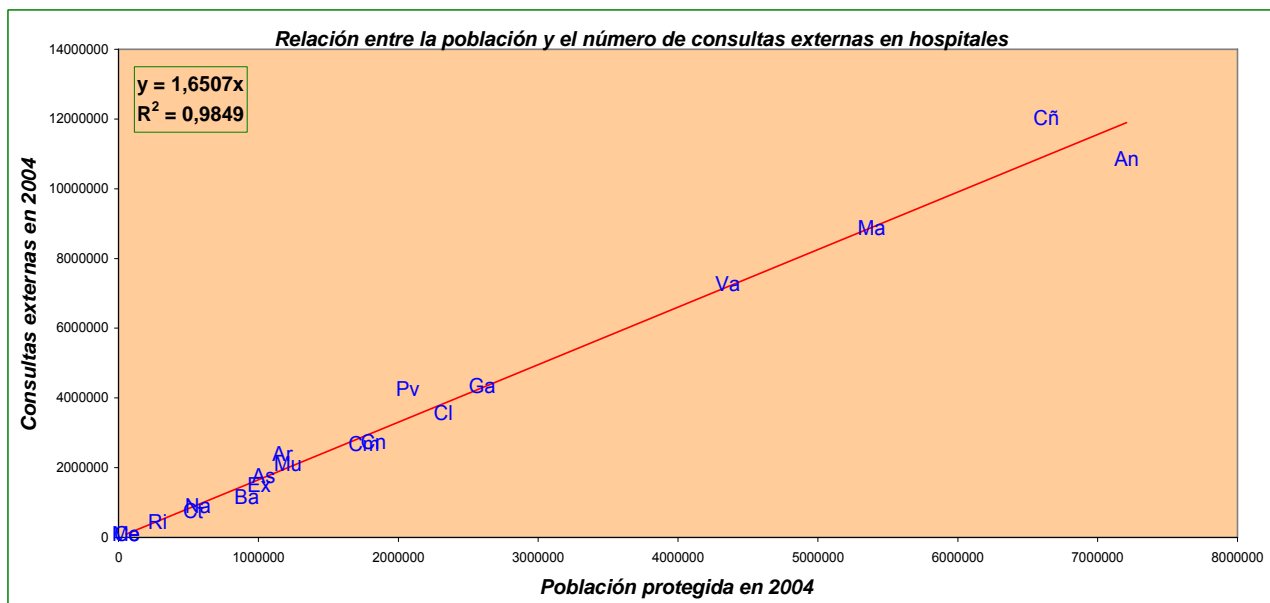
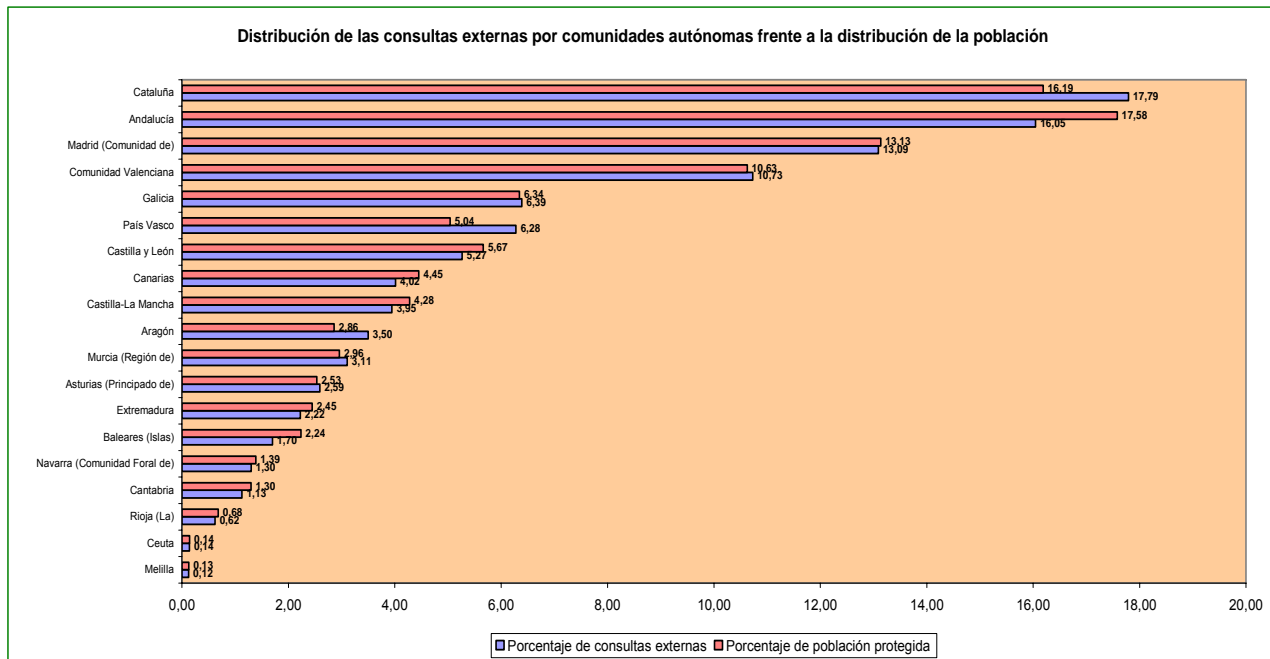
El número de consultas externas que se producen anualmente en España se situó, en el año 2004, en casi 68 millones, frente a 61 en 1999. Esto supone un ritmo de crecimiento anual del 2,11%, 0,57 puntos porcentuales por encima de la población protegida. Por Comunidades este incremento ha oscilado entre un 0,38% y un 10,71%.

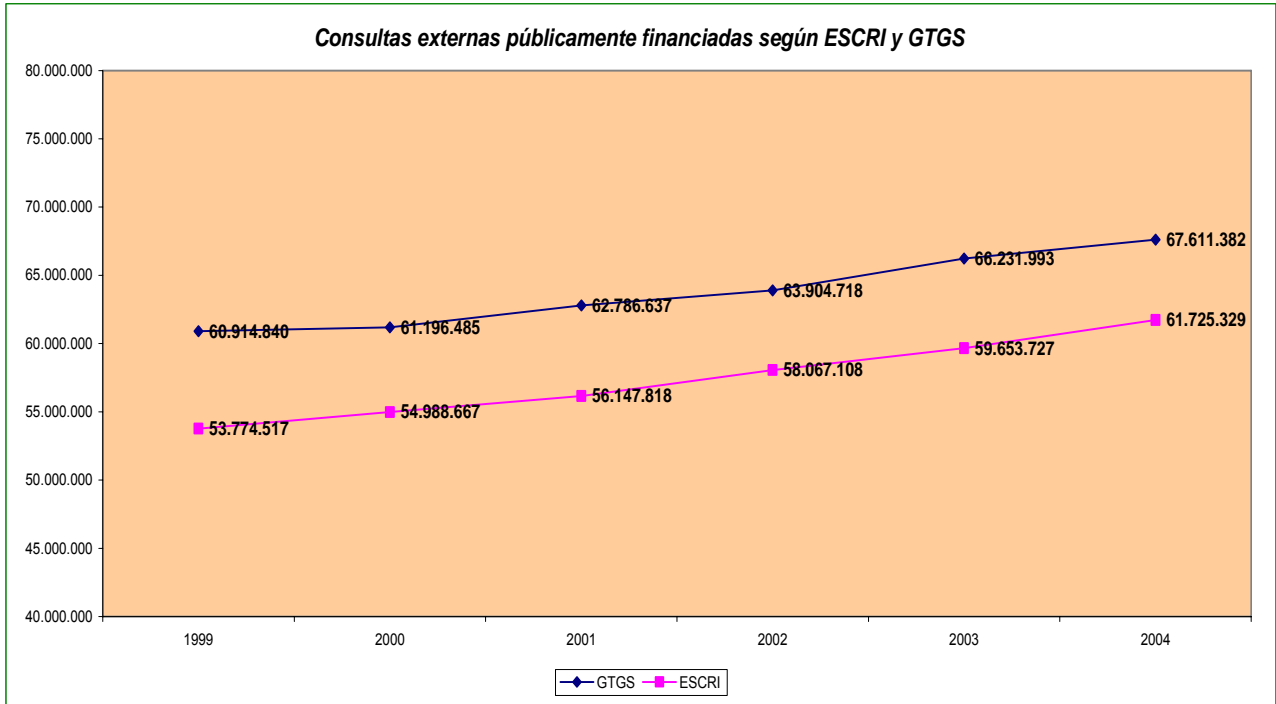
Las Comunidades Autónomas en las que el ritmo de crecimiento de las consultas externas ha sido superior al ritmo de crecimiento de la población son Extremadura, La Rioja, Asturias, Castilla y León, Murcia, Galicia, Cantabria, Castilla - La Mancha, Aragón, Baleares, Comunidad Valenciana, Navarra, Andalucía,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

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 Aragón, Cataluña y País Vasco, por un lado, con un porcentaje de consultas superiores al peso de su población protegida, y a Andalucía, 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.

Es preciso señalar que el número de consultas externas que las Comunidades Autónomas han aportado al Grupo de Trabajo de Gasto Sanitario difiere del que registra, en el mismo periodo, la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI), con diferencias en valor absoluto que oscilan entre 10,05% y 13,28%.







GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Consultas externas en Atención Especializada

Número total de consultas externas en hospitales y centros de especialidades a cargo de los Servicios de Salud de las comunidades

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Total						Porcentaje sobre el total						Tasa de variación interanual					CE TAM 99/04
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004	
Total	60.914.840	61.196.485	62.786.637	63.904.718	66.231.993	67.611.382	100	100	100	100	100	100	0,46	2,60	1,78	3,64	2,08	2,11
Andalucía	10.038.469	10.128.972	10.241.247	10.364.678	10.385.766	10.848.624	16,48	16,55	16,31	16,22	15,68	16,05	0,90	1,11	1,21	0,20	4,46	1,56
Aragón	2.109.187	2.084.044	2.135.017	2.180.196	2.248.512	2.367.687	3,46	3,41	3,40	3,41	3,39	3,50	-1,19	2,45	2,12	3,13	5,30	2,34
Asturias (Principado de)	1.545.847	1.642.368	1.655.037	1.690.506	1.754.117	1.753.791	2,54	2,68	2,64	2,65	2,65	2,59	6,24	0,77	2,14	3,76	-0,02	2,56
Baleares (Islas)	938.410	959.706	993.896	1.017.042	1.075.002	1.152.014	1,54	1,57	1,58	1,59	1,62	1,70	2,27	3,56	2,33	5,70	7,16	4,19
Canarias	2.606.118	2.273.563	2.387.479	2.490.294	2.611.303	2.714.731	4,28	3,72	3,80	3,90	3,94	4,02	-12,76	5,01	4,31	4,86	3,96	0,82
Cantabria	677.929	695.924	731.544	732.001	753.036	762.052	1,11	1,14	1,17	1,15	1,14	1,13	2,65	5,12	0,06	2,87	1,20	2,37
Castilla y León	3.111.328	3.461.063	3.538.025	3.422.980	3.557.153	3.560.628	5,11	5,66	5,63	5,36	5,37	5,27	11,24	2,22	-3,25	3,92	0,10	2,73
Castilla - La Mancha	2.327.803	2.383.207	2.361.352	2.462.751	2.519.250	2.667.805	3,82	3,89	3,76	3,85	3,80	3,95	2,38	-0,92	4,29	2,29	5,90	2,76
Cataluña	10.940.799	10.523.972	11.355.656	11.336.406	11.964.036	12.030.076	17,96	17,20	18,09	17,74	18,06	17,79	-3,81	7,90	-0,17	5,54	0,55	1,92
Comunidad Valenciana	6.216.663	6.525.894	6.560.534	6.940.947	7.099.137	7.253.010	10,21	10,66	10,45	10,86	10,72	10,73	4,97	0,53	5,80	2,28	2,17	3,13
Extremadura	904.345	989.513	845.095	1.023.778	1.481.421	1.503.966	1,48	1,62	1,35	1,60	2,24	2,22	9,42	-14,59	21,14	44,70	1,52	10,71
Galicia	3.942.013	4.034.072	4.136.150	4.241.720	4.246.076	4.320.148	6,47	6,59	6,59	6,64	6,41	6,39	2,34	2,53	2,55	0,10	1,74	1,85
Madrid (Comunidad de)	8.457.276	8.571.256	8.618.120	8.615.042	8.830.376	8.850.980	13,88	14,01	13,73	13,48	13,33	13,09	1,35	0,55	-0,04	2,50	0,23	0,91
Murcia (Región de)	1.658.910	1.733.387	1.848.272	1.888.301	2.049.682	2.101.532	2,72	2,83	2,94	2,95	3,09	3,11	4,49	6,63	2,17	8,55	2,53	4,84
Navarra (Comunidad Foral de)	775.148	818.663	870.818	879.800	879.102	880.537	1,27	1,34	1,39	1,38	1,33	1,30	5,61	6,37	1,03	-0,08	0,16	2,58
País Vasco	4.166.463	3.865.259	3.939.126	4.037.529	4.188.242	4.245.194	6,84	6,32	6,27	6,32	6,32	6,28	-7,23	1,91	2,50	3,73	1,36	0,38
Rioja (La)	328.625	343.452	383.046	408.295	412.999	420.260	0,54	0,56	0,61	0,64	0,62	0,62	4,51	11,53	6,59	1,15	1,76	5,04
Ceuta	91.551	82.612	94.360	92.654	91.691	94.128	0,15	0,13	0,15	0,14	0,14	0,14	-9,76	14,22	-1,81	-1,04	2,66	0,56
Melilla	77.956	79.558	91.863	79.798	85.092	84.219	0,13	0,13	0,15	0,12	0,13	0,12	2,06	15,47	-13,13	6,63	-1,03	1,56

V.4.2.4. La actividad quirúrgica y la CMA

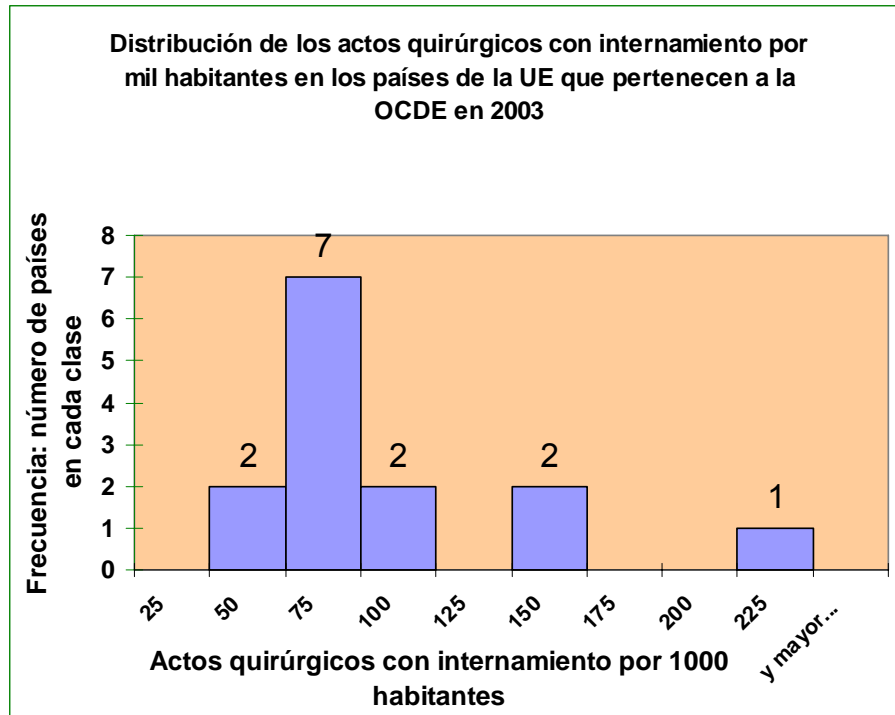
Con los indicadores planteados se pretende analizar, por una parte, la cirugía con internamiento en hospitales y, por otra, el total de actos quirúrgicos en hospitales por Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), refiriéndonos a la actividad quirúrgica con internamiento públicamente financiada, tanto la producida en hospitales públicos como la adquirida a otros proveedores. Por tanto, se ha considerado aquella actividad quirúrgica que se realiza a cargo de los Servicios de Salud de las Comunidades.

En el año 2004 el número total de actos quirúrgicos en hospitales asciende a 2.087.867, frente a 1.546.523 en 1999, lo que supone una tasa de crecimiento medio anual del 6,19%. Esta tasa oscila entre un -2,21% en La Rioja y un 22,89% en Galicia, en este último caso debido a que la serie de datos de esta variable parece registrar una ruptura en 2003 (algo similar sucede en Cantabria y Castilla-La Mancha también en 2003 y en Aragón en el año 2001).

En términos de población protegida, esta actividad quirúrgica representa una tasa de 51 actos quirúrgicos en hospitales por mil habitantes⁵². Por Comunidades Autónomas, este indicador oscila entre 28 de La Rioja y 91 de Galicia.

Como referencia cabe señalar que, en el año 2003, en los países de la UE que también pertenecen a la OCDE, esta ratio para el conjunto de actos quirúrgicos (públicos más privados) oscila entre el 31 de Irlanda y el 215,5 de Hungría, con la siguiente distribución relativa a los quince países de los que se dispone de información:

⁵² Personas protegidas.



Fuente: ECO-SALUD OCDE 2006, Junio 06

Dato de España: 51,9 actos quirúrgicos públicos más privados por mil habitantes

La Cirugía Mayor Ambulatoria registra en 2004 una actividad de 784.518 actos quirúrgicos, frente a 365.605 en 1999, lo que supone una tasa de crecimiento medio anual del 13,54%. Este comportamiento expansivo de la CMA durante el periodo de análisis 1999-2004 se ha repetido en todas las Comunidades en salvo Aragón y Melilla (donde disminuye), y salvo en Galicia, Madrid, Murcia y País Vasco, donde crece por debajo del gasto en atención especializada (8,56%). De esta forma, el peso de los actos quirúrgicos con CMA sobre el total de actos quirúrgicos en hospitales ha pasado del 24% en 1999 al 38% en 2004.

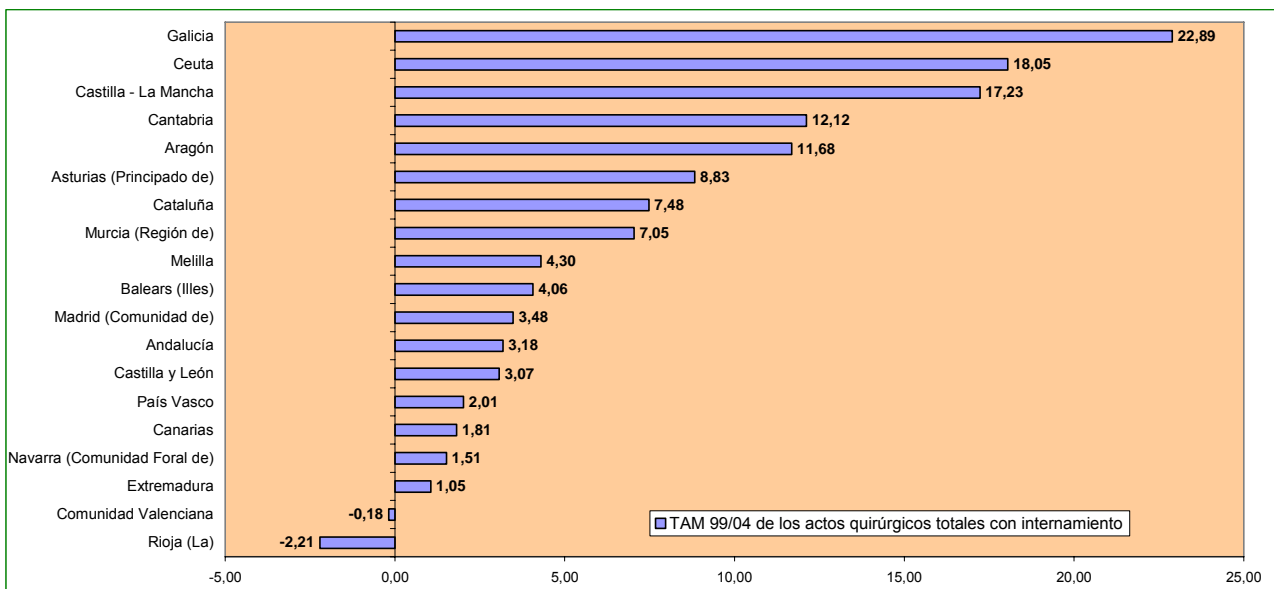
En general, las tasas de variación anuales medias de esta variable son bastante irregulares, lo que puede deberse a problemas en el registro de la información o, en efecto, a inestabilidad en el ritmo de evolución de este tipo de actividad. La única Comunidad donde la evolución de esta actividad presenta un ritmo estable es en la Región de Murcia.

Las Comunidades donde más ha crecido la CMA han sido La Rioja, Comunidad Valenciana, Castilla y León, Canarias, Andalucía, Extremadura, Asturias, País Vasco,

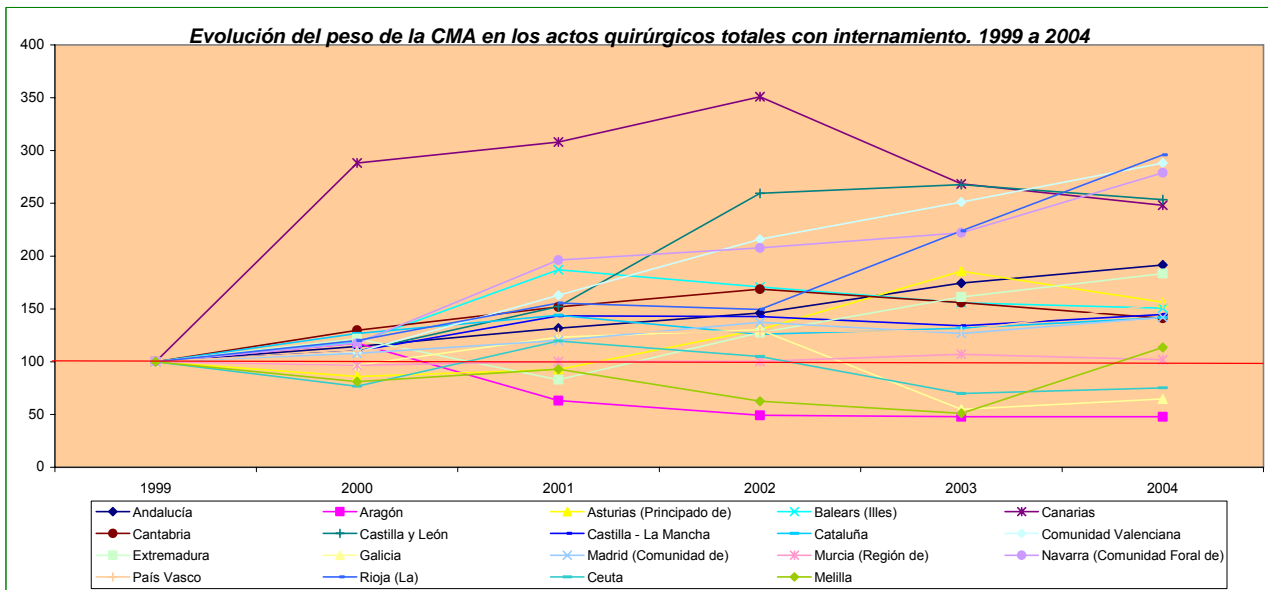
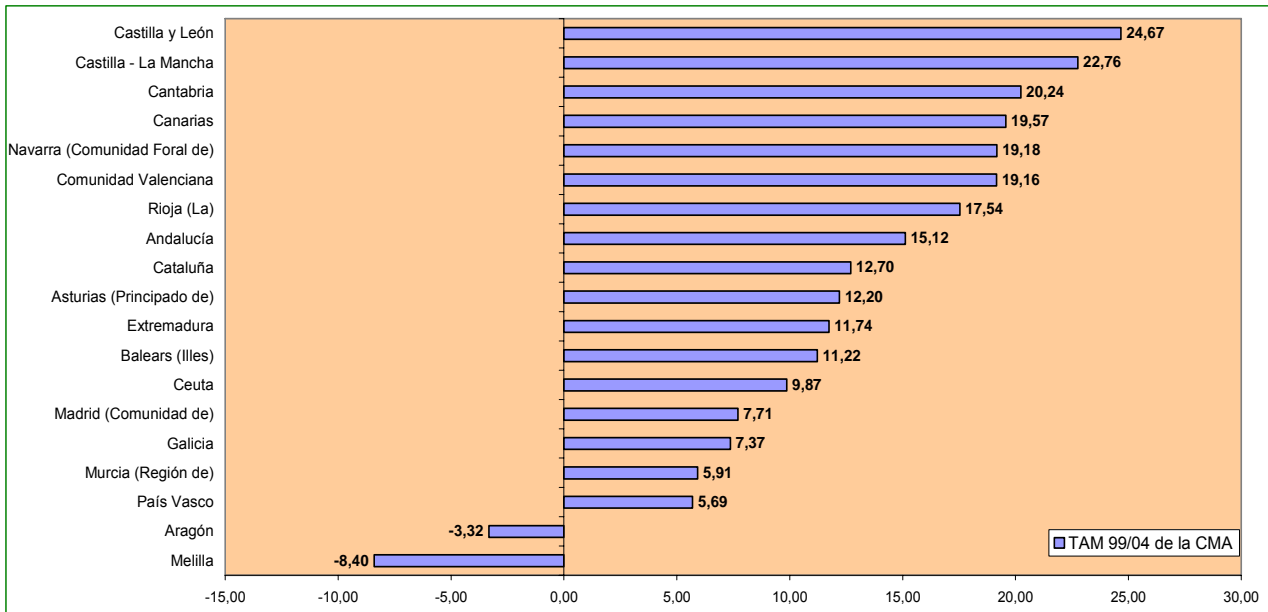
Castilla-La Mancha y Baleares. En todas ellas se han registrado crecimientos medios anuales superiores al del gasto en asistencia especializada.

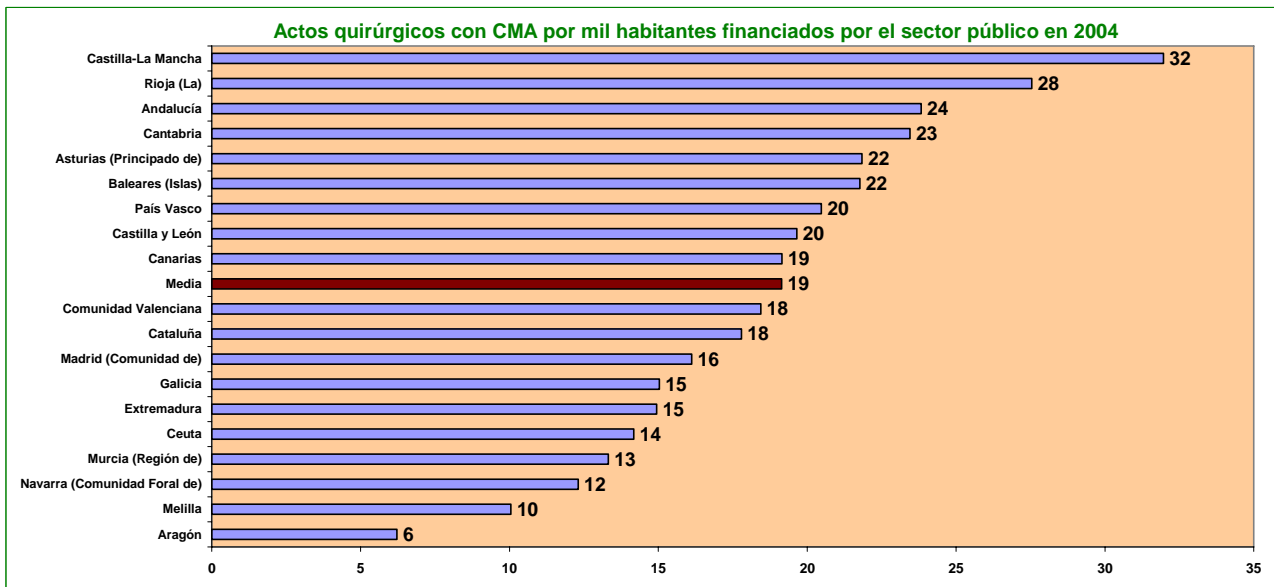
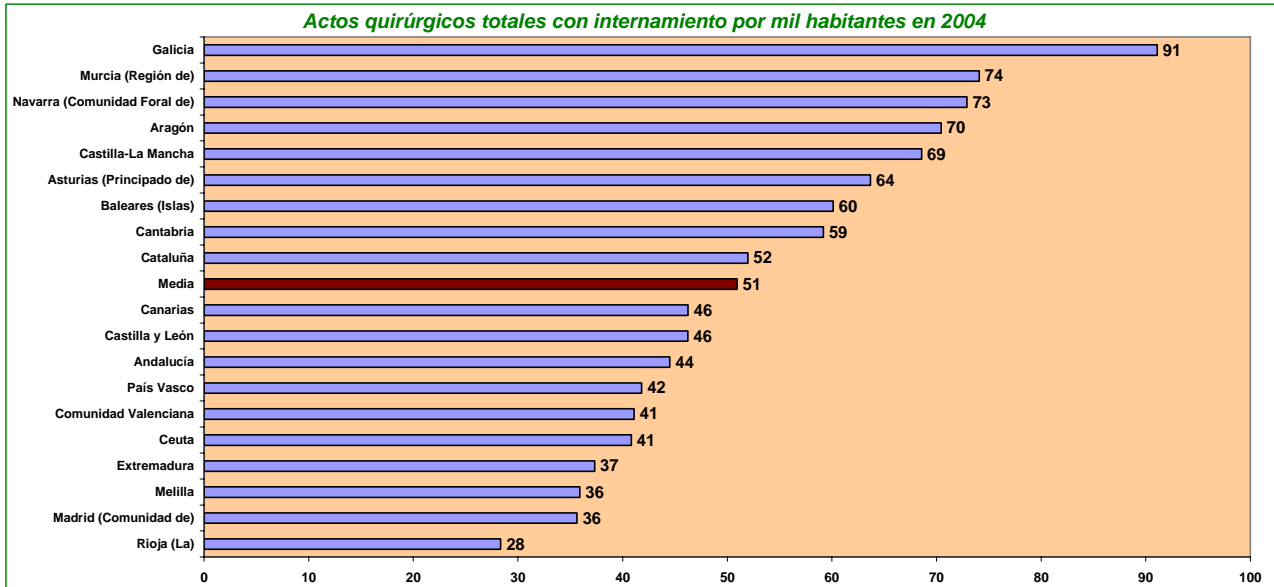
En términos de población protegida, esta actividad quirúrgica representa una tasa de 19 actos quirúrgicos en hospitales por mil habitantes⁵³. Por Comunidades Autónomas, este indicador oscila entre 6 en Navarra y 32 en Castilla-La Mancha.

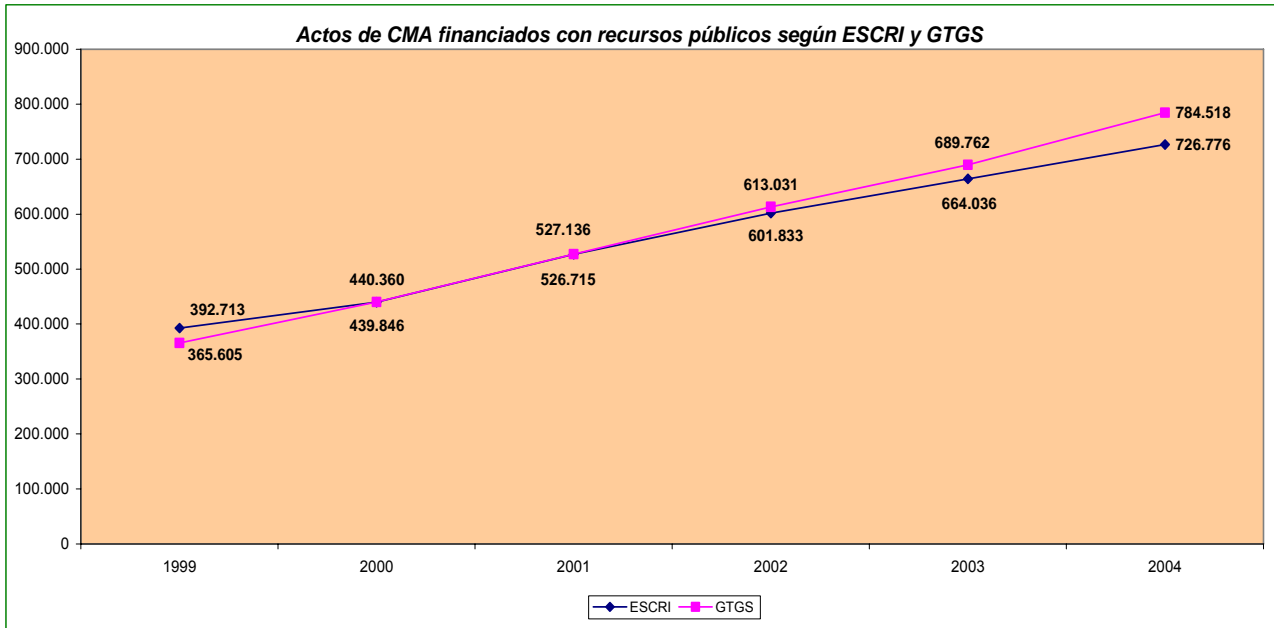
Es preciso señalar que el número de actos de CMA que las Comunidades Autónomas han aportado al Grupo de Trabajo de Gasto Sanitario difiere del que registra, en el mismo periodo, la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI), con diferencias en valor absoluto que oscilan entre 0,08% y 6,90%.



⁵³ Personas protegidas.







GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Cirugía Total con internamiento

Número total de actos quirúrgicos con internamiento a cargo de los Servicios de Salud de las comunidades

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Total						Porcentaje sobre el total						Tasa de variación interanual					TAM 99/04
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004	
Total	1.546.523	1.581.131	1.638.287	1.734.373	1.969.485	2.087.867	100	100	100	100	100	100	2,24	3,61	5,87	13,56	6,01	6,19
Andalucía	274.193	288.136	296.869	301.861	317.887	320.664	17,73	18,22	18,12	17,40	16,14	15,36	5,09	3,03	1,68	5,31	0,87	3,18
Aragón	47.540	50.108	81.377	81.492	83.718	82.610	3,07	3,17	4,97	4,70	4,25	3,96	5,40	62,40	0,14	2,73	-1,32	11,68
Asturias (Principado de)	43.319	45.242	45.994	46.826	41.483	66.130	2,80	2,86	2,81	2,70	2,11	3,17	4,44	1,66	1,81	-11,41	59,41	8,83
Baleares (Islas)	45.208	46.557	46.613	45.480	49.335	55.161	2,92	2,94	2,85	2,62	2,50	2,64	2,98	0,12	-2,43	8,48	11,81	4,06
Canarias	77.072	73.226	69.741	72.262	70.164	84.320	4,98	4,63	4,26	4,17	3,56	4,04	-4,99	-4,76	3,61	-2,90	20,18	1,81
Cantabria	17.774	17.727	17.771	17.336	28.620	31.488	1,15	1,12	1,08	1,00	1,45	1,51	-0,26	0,25	-2,45	65,09	10,02	12,12
Castilla y León	92.302	93.735	93.131	104.009	103.855	107.365	5,97	5,93	5,68	6,00	5,27	5,14	1,55	-0,64	11,68	-0,15	3,38	3,07
Castilla - La Mancha	54.324	51.421	52.968	56.345	112.953	120.296	3,51	3,25	3,23	3,25	5,74	5,76	-5,34	3,01	6,38	100,47	6,50	17,23
Cataluña	240.393	244.304	248.279	325.489	331.776	344.801	15,54	15,45	15,15	18,77	16,85	16,51	1,63	1,63	31,10	1,93	3,93	7,48
Comunidad Valenciana	180.634	188.114	190.029	179.402	172.681	178.975	11,68	11,90	11,60	10,34	8,77	8,57	4,14	1,02	-5,59	-3,75	3,64	-0,18
Extremadura	35.568	36.144	38.976	36.757	38.432	37.478	2,30	2,29	2,38	2,12	1,95	1,80	1,62	7,84	-5,69	4,56	-2,48	1,05
Galicia	84.481	85.837	87.805	82.735	219.594	236.810	5,46	5,43	5,36	4,77	11,15	11,34	1,61	2,29	-5,77	165,42	7,84	22,89
Madrid (Comunidad de)	161.683	158.813	163.546	171.690	184.880	191.845	10,45	10,04	9,98	9,90	9,39	9,19	-1,78	2,98	4,98	7,68	3,77	3,48
Murcia (Región de)	63.892	71.170	73.832	79.226	79.589	89.801	4,13	4,50	4,51	4,57	4,04	4,30	11,39	3,74	7,31	0,46	12,83	7,05
Navarra (Comunidad Foral de)	38.478	41.407	42.503	43.559	41.636	41.481	2,49	2,62	2,59	2,51	2,11	1,99	7,61	2,65	2,48	-4,41	-0,37	1,51
País Vasco	78.181	78.236	76.770	77.778	79.610	86.375	5,06	4,95	4,69	4,48	4,04	4,14	0,07	-1,87	1,31	2,36	8,50	2,01
Rioja (La)	8.873	7.659	8.706	8.686	8.895	7.934	0,57	0,48	0,53	0,50	0,45	0,38	-13,68	13,67	-0,23	2,41	-10,80	-2,21
Ceuta	1.053	1.581	1.585	1.564	2.413	2.414	0,07	0,10	0,10	0,09	0,12	0,12	50,14	0,25	-1,32	54,28	0,04	18,05
Melilla	1.555	1.714	1.792	1.876	1.964	1.919	0,10	0,11	0,11	0,11	0,10	0,09	10,23	4,55	4,69	4,69	-2,29	4,30

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Cirugía Mayor Ambulatoria

Número total de actividad quirúrgica con Cirugía Mayor Ambulatoria a cargo de los Servicios de Salud de las comunidades

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Total						Porcentaje sobre el total						Tasa de variación interanual					TAM 99/04
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004	
Total	365.605	440.360	527.136	613.031	689.762	784.518	100	100	100	100	100	100	20,45	19,71	16,29	12,52	13,74	13,54
Andalucía	76.582	92.179	109.154	123.247	154.813	171.724	20,95	20,93	20,71	20,10	22,44	21,89	20,37	18,42	12,91	25,61	10,92	15,12
Aragón	8.762	10.859	9.475	7.401	7.401	7.298	2,40	2,47	1,80	1,21	1,07	0,93	23,93	-12,75	-21,89	0,00	-1,39	-3,32
Asturias (Principado de)	9.502	8.533	9.353	13.410	16.899	22.676	2,60	1,94	1,77	2,19	2,45	2,89	-10,20	9,61	43,38	26,02	34,19	12,20
Baleares (Islas)	10.852	13.233	20.934	18.657	18.468	19.964	2,97	3,01	3,97	3,04	2,68	2,54	21,94	58,20	-10,88	-1,01	8,10	11,22
Canarias	12.863	35.228	35.863	42.333	31.434	34.912	3,52	8,00	6,80	6,91	4,56	4,45	173,87	1,80	18,04	-25,75	11,06	19,57
Cantabria	4.987	6.459	7.574	8.204	12.532	12.476	1,36	1,47	1,44	1,34	1,82	1,59	29,52	17,26	8,32	52,75	-0,45	20,24
Castilla y León	15.482	17.289	23.781	45.257	46.626	45.642	4,23	3,93	4,51	7,38	6,76	5,82	11,67	37,55	90,31	3,02	-2,11	24,67
Castilla - La Mancha	17.493	18.223	24.476	25.908	48.769	56.076	4,78	4,14	4,64	4,23	7,07	7,15	4,17	34,31	5,85	88,24	14,98	22,76
Cataluña	58.087	74.838	86.441	99.093	105.609	118.056	15,89	16,99	16,40	16,16	15,31	15,05	28,84	15,50	14,64	6,58	11,79	12,70
Comunidad Valenciana	28.121	31.920	48.191	60.337	67.559	80.298	7,69	7,25	9,14	9,84	9,79	10,24	13,51	50,97	25,20	11,97	18,86	19,16
Extremadura	7.763	9.605	7.053	10.233	13.524	15.005	2,12	2,18	1,34	1,67	1,96	1,91	23,73	-26,57	45,09	32,16	10,95	11,74
Galicia	21.511	21.146	27.582	27.416	30.701	39.076	5,88	4,80	5,23	4,47	4,45	4,98	-1,70	30,44	-0,60	11,98	27,28	7,37
Madrid (Comunidad de)	51.449	54.559	62.453	75.057	74.582	86.777	14,07	12,39	11,85	12,24	10,81	11,06	6,04	14,47	20,18	-0,63	16,35	7,71
Murcia (Región de)	11.286	12.136	13.049	14.031	15.042	16.149	3,09	2,76	2,48	2,29	2,18	2,06	7,52	7,53	7,53	7,21	7,36	5,91
Navarra (Comunidad Foral de)	2.328	2.947	5.045	5.476	5.597	7.003	0,64	0,67	0,96	0,89	0,81	0,89	26,59	71,19	8,54	2,21	25,12	19,18
País Vasco	24.755	27.284	30.982	31.661	32.647	42.304	6,77	6,20	5,88	5,16	4,73	5,39	10,22	13,55	2,19	3,11	29,58	5,69
Rioja (La)	2.913	3.019	4.445	4.264	6.534	7.707	0,80	0,69	0,84	0,70	0,95	0,98	3,64	47,23	-4,07	53,24	17,95	17,54
Ceuta	486	560	875	757	778	838	0,13	0,13	0,17	0,12	0,11	0,11	15,23	56,25	-13,49	2,77	7,71	9,87
Melilla	383	343	410	289	247	537	0,10	0,08	0,08	0,05	0,04	0,07	-10,44	19,53	-29,51	-14,53	117,41	-8,40

V.4.2.5. Las camas

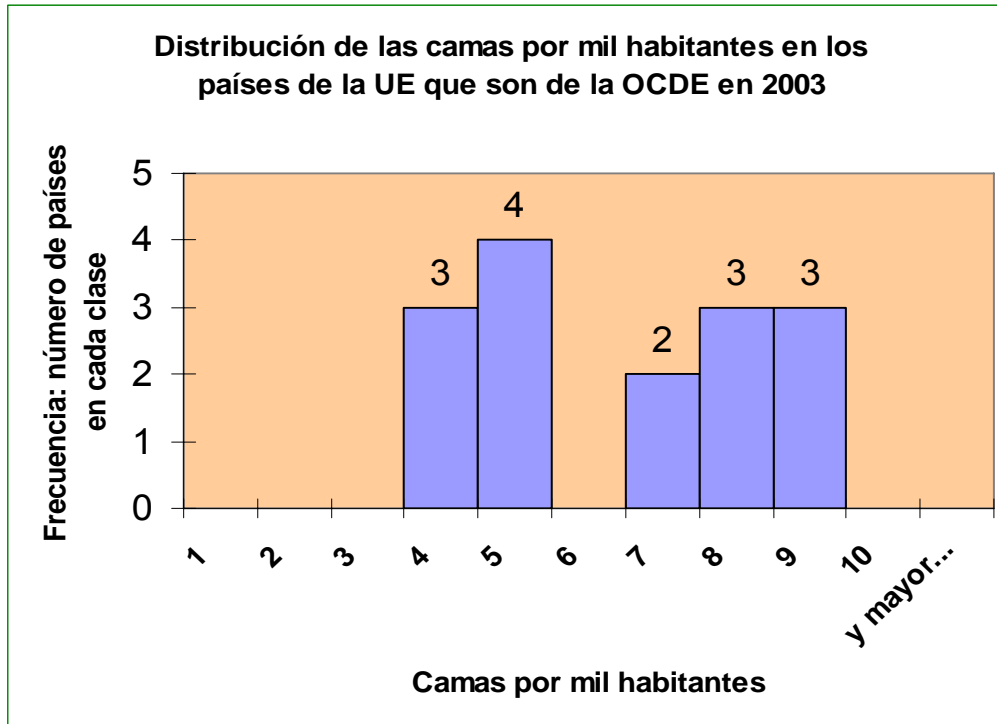
Se ha definido esta variable como el número medio anual de camas en funcionamiento utilizadas por los Servicios de Salud de las Comunidades, con independencia de su ubicación en hospitales de titularidad pública o privada.

En el año 2004 la dotación de camas en funcionamiento utilizadas por los distintos Servicios de Salud se estima, de acuerdo con los datos proporcionados por las propias Comunidades (que han sido revisados y actualizados), en 110.539 camas, lo que supone 2,70 camas por mil habitantes⁵⁴. Se detecta una tendencia decreciente de este ratio en el periodo analizado hasta el año 2001. A partir del año 2002, el número de camas inicia una evolución creciente que, sin embargo, no ha impedido que la ratio “camas por mil habitantes” haya seguido una pauta decreciente durante todo el periodo 1999 a 2004, pasando de 2,85 en 1999 a 2,70 en 2004.

Como referencia cabe señalar que en el año 2003, en los países de la UE que también pertenecen a la OCDE, la ratio camas por mil habitantes⁵⁵ (públicas más privadas) oscila entre el 3,4 de España y el 8,8 de la República Checa, con la siguiente distribución relativa a los países de los que se dispone de dato en 2003.

⁵⁴ Personas protegidas.

⁵⁵ En este indicador el denominador es la población total.



Fuente: ECO-SALUD OCDE 2006, Junio 06

Dato de España: 3,4 camas públicas más privadas por mil habitantes

Las Comunidades de Aragón, Canarias y Asturias han mantenido de forma sistemática durante todo el periodo analizado ratios de camas por mil habitantes que se encuentran entre las más altas. Por su parte, la Comunidad Valenciana y Cataluña han mantenido la ratio entre las más bajas⁵⁶.

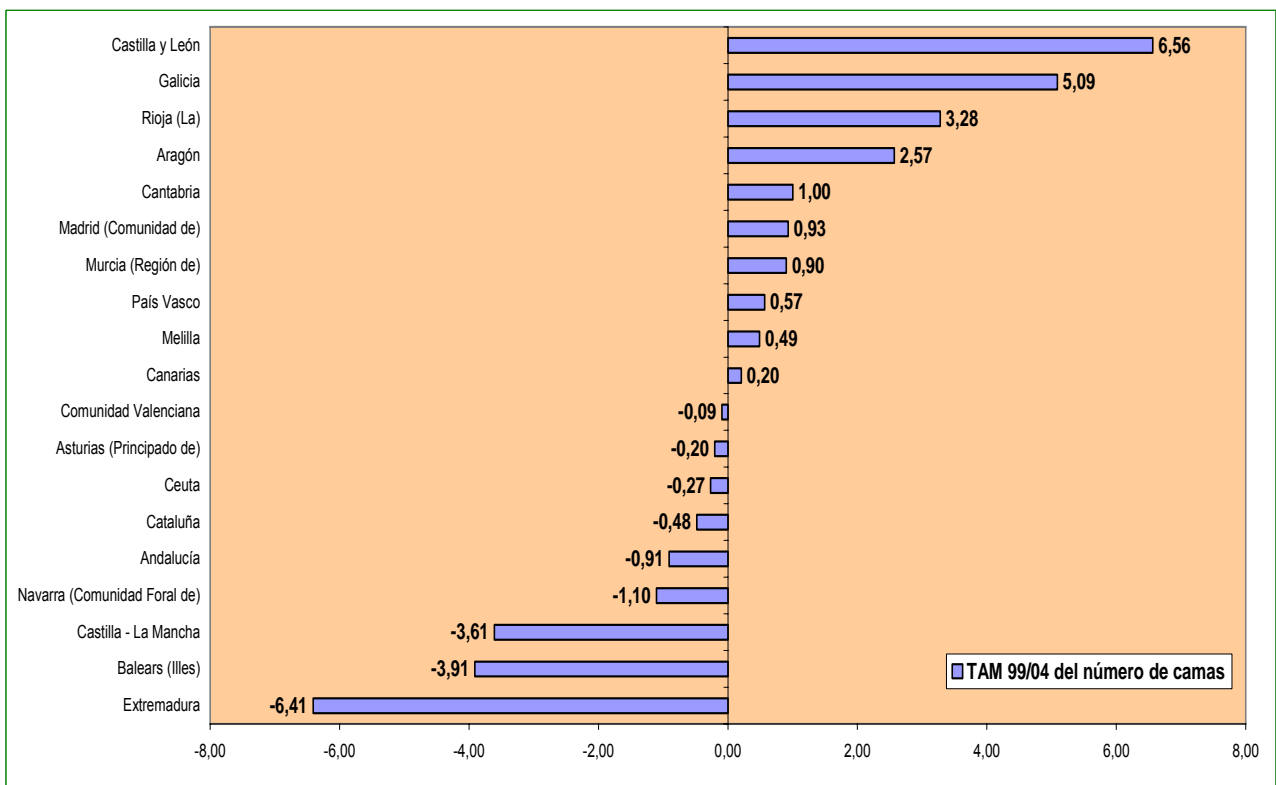
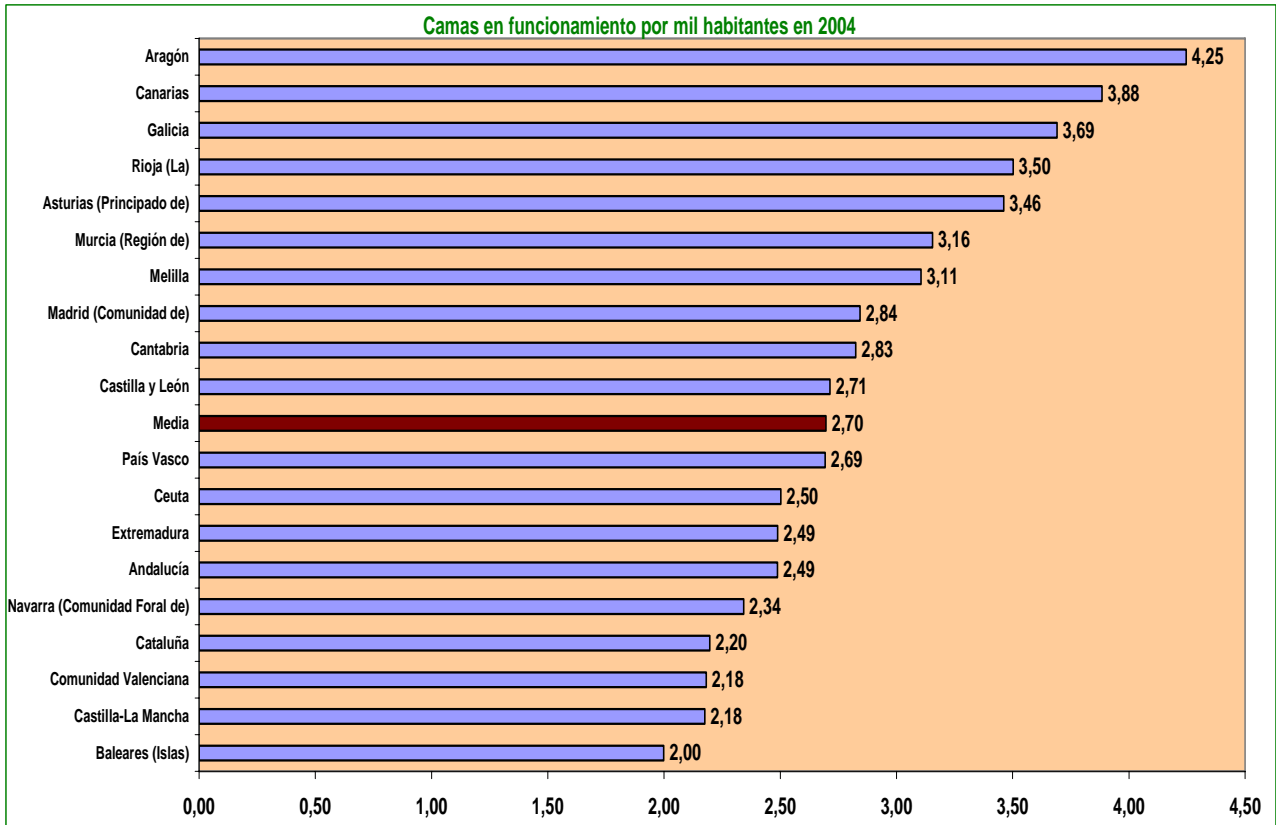
Por lo que se refiere a las tasas de variación anual en el periodo 1999-2004, en el conjunto de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas el número de camas ha crecido en términos medios un 0,41% anual, oscilando entre una caída media anual del -6,41% en Extremadura (Comunidad que en 1999 contaba con una de las ratios de camas por mil habitantes más altas) y un crecimiento medio anual del 6,56% en Castilla y León (Comunidad que en 1999 registraba la ratio de camas por mil habitantes más baja de España). Las Comunidades donde el crecimiento anual medio de este periodo ha sido positivo son Aragón, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Galicia, Madrid, Murcia, País Vasco, La Rioja, y Melilla.

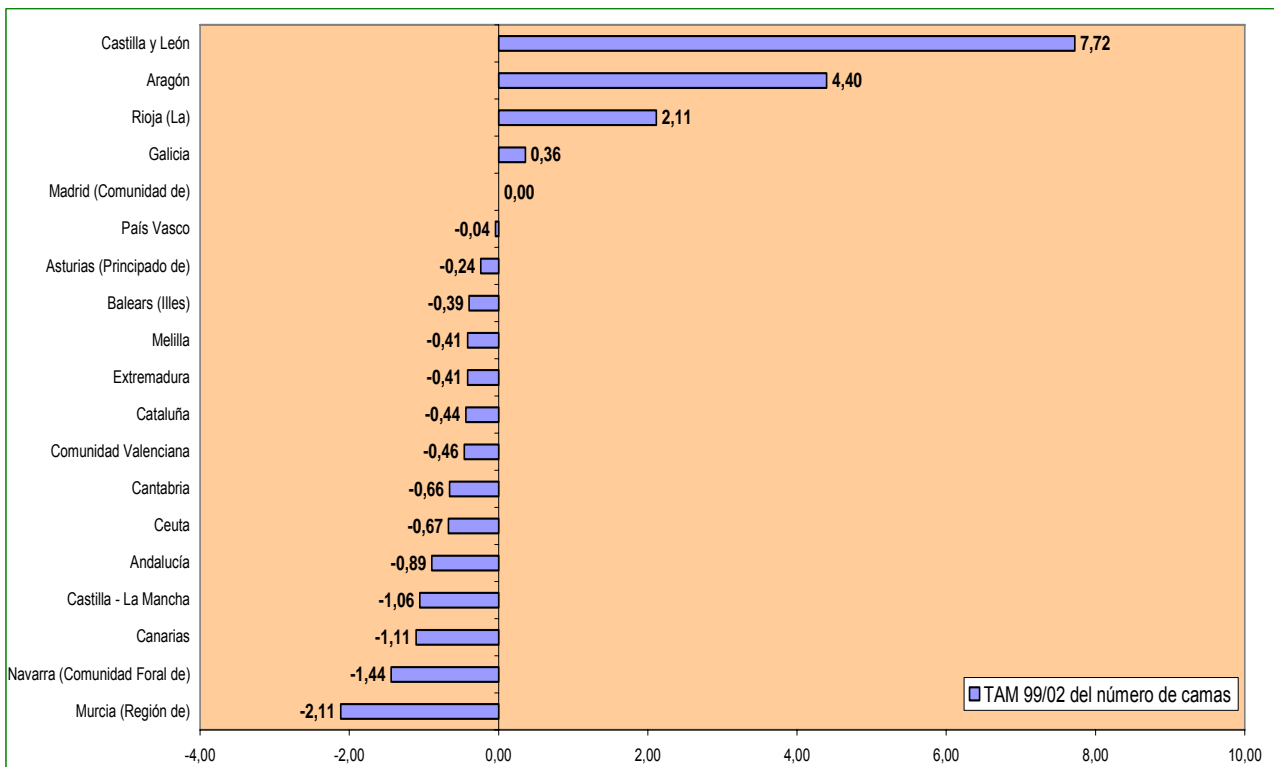
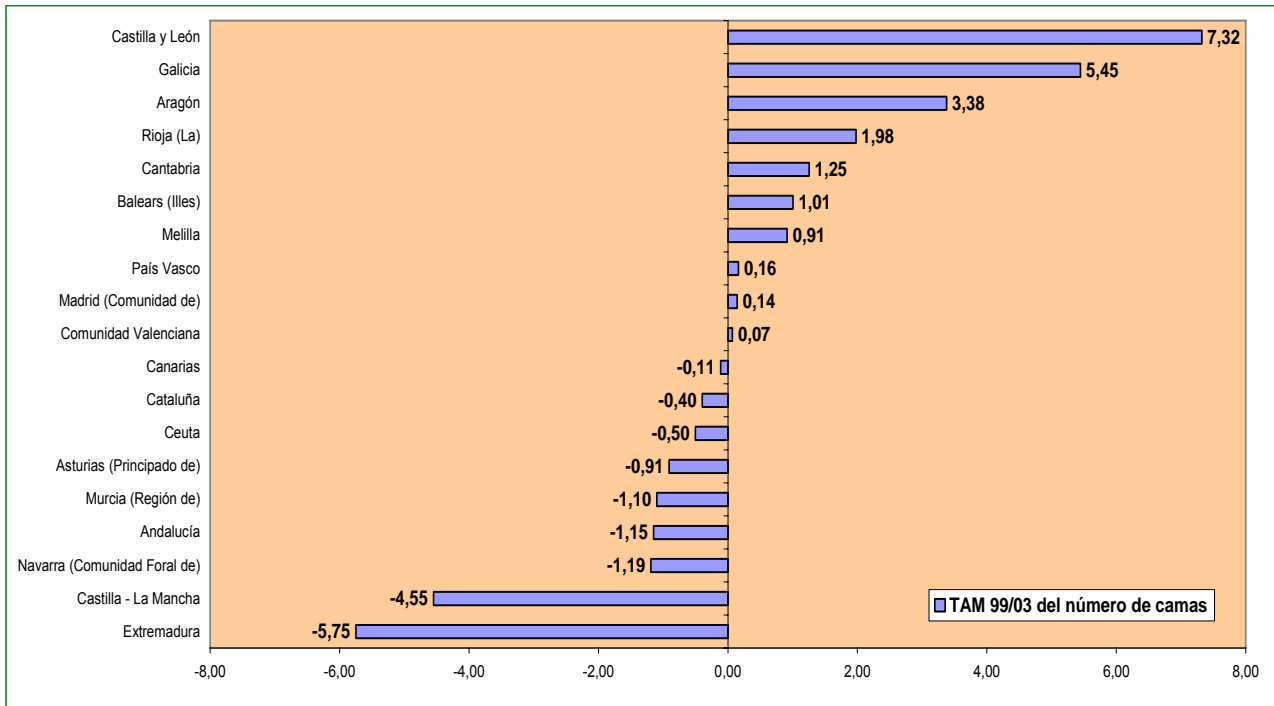
⁵⁶ Este hecho sorprende de forma especial para el caso de Cataluña, que en el informe anterior del Grupo de Trabajo aparecía entre las CC.AA. con una mayor tasa de camas por mil habitantes.

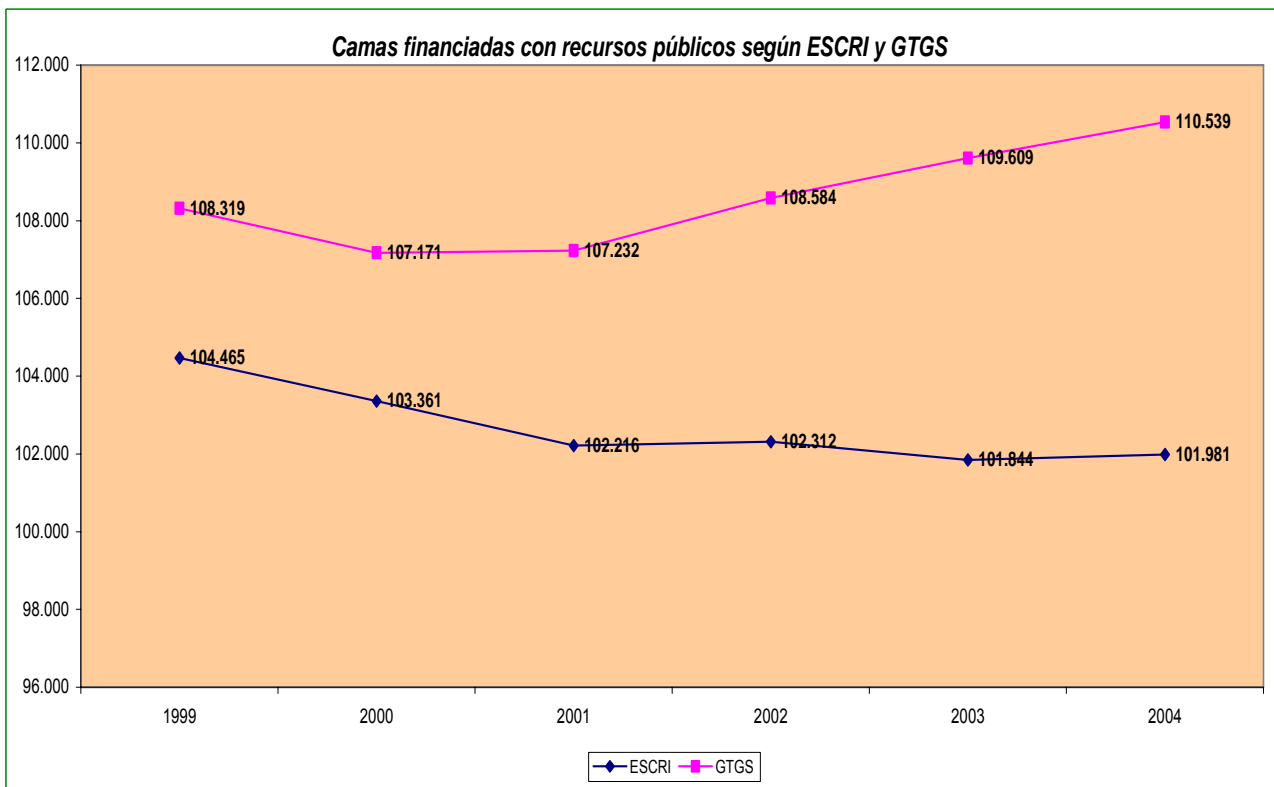
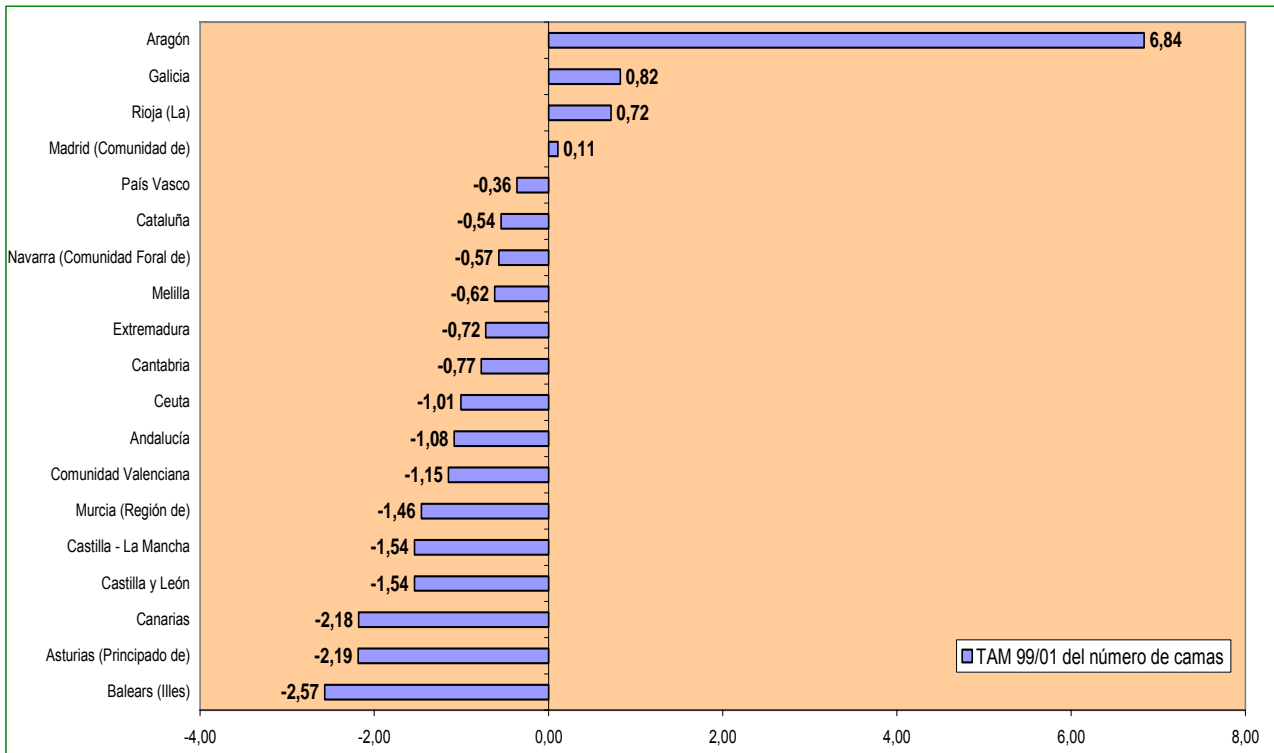
Este comportamiento de las camas por mil habitantes no debe analizarse de forma aislada, sino en el marco del proceso de ambulatorización que se está produciendo en los modos de producción de la asistencia sanitaria, el cual se asocia con la mejora de la eficiencia. No obstante, dicho proceso aún no puede cuantificarse en términos de gasto. Ello será posible cuando finalice la implantación del Sistema de Cuentas de Salud que contempla, entre otros aspectos, el desglose del gasto sanitario según los distintos modos de producción: cuidados con internamiento, cuidados de hospital de día, cuidados ambulatorios y asistencia a domicilio.

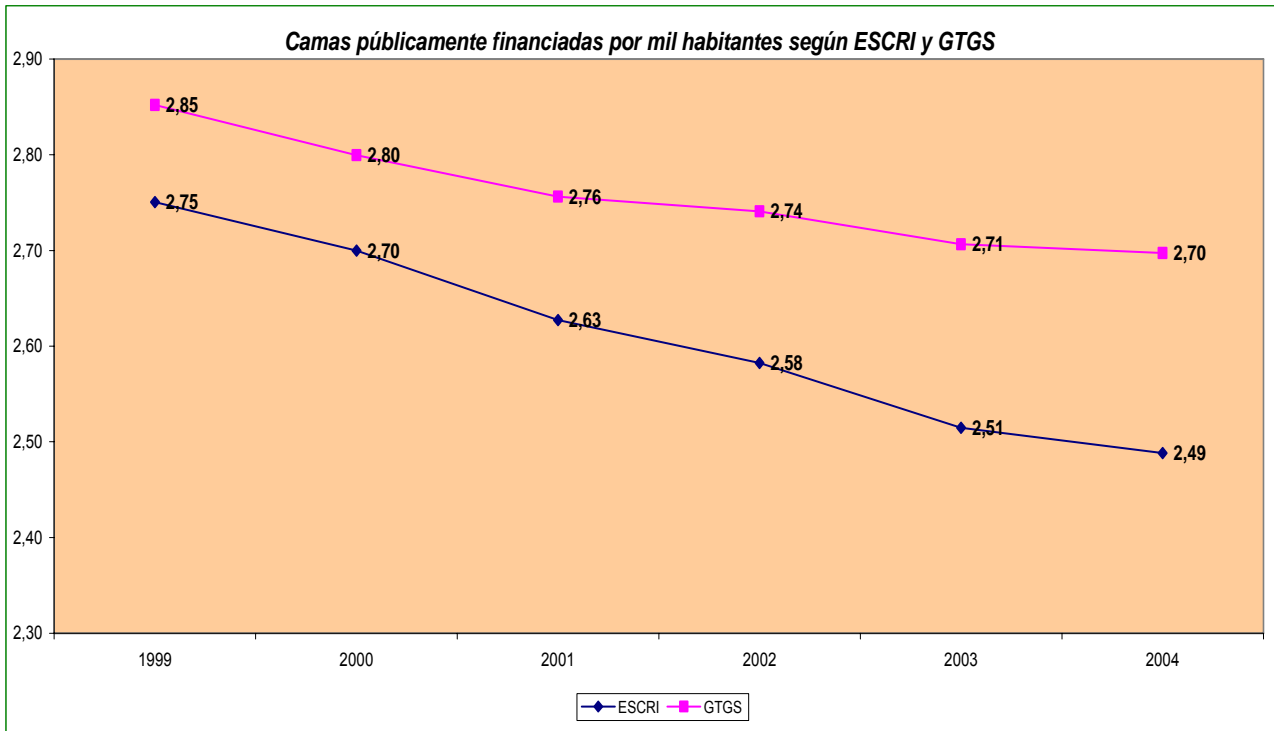
Dado que en España se registra de forma conjunta el gasto de los cuidados con internamiento y la asistencia especializada ambulatoria, no se puede comparar el gasto en cuidados con internamiento con el número de camas para determinar si la variabilidad de dicho gasto está o no explicada por las camas y, en su caso, en qué medida lo está.

Es preciso señalar que el número de camas que las Comunidades Autónomas han aportado al Grupo de Trabajo de Gasto Sanitario difiere del que registra, en el mismo periodo, la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI), hasta el punto de marcar tendencia distintas en el número de camas, aunque no en la ratio de camas por mil habitantes. Uno de los factores que explican dicha diferencia podría ser la cuantificación de las camas privadas utilizadas por los Servicios de Salud de las Comunidades. El análisis que se realiza en este informe se basa en los datos aportados por las Comunidades Autónomas directamente al Grupo de Trabajo.









GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Camas en hospitales

Número medio anual de camas en funcionamiento utilizadas por los Servicios de Salud de las comunidades

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Total						Porcentaje sobre el total						Tasa de variación interanual					CAMAS TAM 99/04
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004	
Total	108.319	107.171	107.232	108.584	110.231	111.155	100	100	100	100	100	101	-1,06	0,06	1,26	1,52	0,84	0,52
Andalucía	18.766	18.849	18.362	18.267	17.920	17.929	17,32	17,59	17,12	16,82	16,26	16,13	0,44	-2,58	-0,52	-1,90	0,05	-0,91
Aragón	4.387	4.291	5.007	4.991	5.011	4.980	4,05	4,00	4,67	4,60	4,55	4,48	-2,19	16,69	-0,32	0,38	-0,60	2,57
Asturias (Principado de)	3.631	3.688	3.474	3.605	3.501	3.594	3,35	3,44	3,24	3,32	3,18	3,23	1,57	-5,80	3,77	-2,88	2,66	-0,20
Baleares (Islas)	2.238	2.179	2.125	2.212	2.330	1.834	2,07	2,03	1,98	2,04	2,11	1,65	-2,62	-2,51	4,10	5,33	21,29	-3,91
Canarias	7.009	7.015	6.707	6.779	6.978	7.081	6,47	6,55	6,25	6,24	6,33	6,37	0,09	-4,39	1,07	2,94	1,48	0,20
Cantabria	1.430	1.369	1.408	1.402	1.503	1.503	1,32	1,28	1,31	1,29	1,36	1,35	-4,27	2,85	-0,43	7,20	0,00	1,00
Castilla y León	4.587	4.483	4.447	5.734	6.085	6.303	4,23	4,18	4,15	5,28	5,52	5,67	-2,27	-0,80	28,94	6,12	3,58	6,56
Castilla - La Mancha	4.587	4.483	4.447	4.443	4.430	4.433	4,23	4,18	4,15	4,09	4,02	3,99	-2,27	-0,80	-0,09	-0,29	0,07	-0,68
Cataluña	14.936	14.829	14.774	14.740	14.699	14.579	13,79	13,84	13,78	13,57	13,33	13,12	-0,72	-0,37	-0,23	-0,28	-0,82	-0,48
Comunidad Valenciana	9.543	9.302	9.325	9.412	9.569	9.499	8,81	8,68	8,70	8,67	8,68	8,55	-2,53	0,25	0,93	1,67	-0,73	-0,09
Extremadura	3.481	3.477	3.431	3.438	2.747	2.500	3,21	3,24	3,20	3,17	2,49	2,25	-0,11	-1,32	0,20	-20,10	-9,00	-6,41
Galicia	7.487	7.518	7.611	7.568	9.256	9.596	6,91	7,01	7,10	6,97	8,40	8,63	0,41	1,24	-0,56	22,30	3,67	5,09
Madrid (Comunidad de)	14.615	14.347	14.646	14.616	14.699	15.307	13,49	13,39	13,66	13,46	13,33	13,77	-1,83	2,08	-0,20	0,57	4,14	0,93
Murcia (Región de)	3.657	3.477	3.551	3.430	3.499	3.825	3,38	3,24	3,31	3,16	3,17	3,44	-4,92	2,13	-3,41	2,01	9,32	0,90
Navarra (Comunidad Foral de)	1.409	1.395	1.393	1.349	1.343	1.333	1,30	1,30	1,30	1,24	1,22	1,20	-0,99	-0,14	-3,16	-0,44	-0,74	-1,10
País Vasco	5.410	5.355	5.371	5.403	5.445	5.565	4,99	5,00	5,01	4,98	4,94	5,01	-1,02	0,30	0,60	0,78	2,20	0,57
Rioja (La)	834	807	846	888	902	980	0,77	0,75	0,79	0,82	0,82	0,88	-3,24	4,83	4,96	1,58	8,65	3,28
Ceuta	150	147	147	147	147	148	0,14	0,14	0,14	0,14	0,13	0,13	-2,00	0,00	0,00	0,00	0,68	-0,27
Melilla	162	160	160	160	168	166	0,15	0,15	0,15	0,15	0,15	0,15	-1,23	0,00	0,00	5,00	-1,19	0,49

V.4.2.6. Las altas

El concepto de alta que se utiliza corresponde al número de altas en hospitales a cargo de los distintos Servicios de Salud.

De acuerdo con la información proporcionada por las Comunidades, en 2004 se produjeron en España 3.874.772 altas en hospitales a cargo de los Servicios de Salud, con una evolución en el periodo analizado que ha presentado una tasa media de crecimiento anual del 1,80%, oscilando por Comunidades entre el -1,12% en Asturias y el 5,07% en Melilla.

La distribución de estas altas por Comunidades Autónomas se ajusta básicamente a la estructura de la población con las siguientes diferencias que se detallan a continuación. Al igual que ocurría con los datos referidos al año 2003, Cataluña presenta una diferencia significativamente mayor a favor de las altas que el resto de las Comunidades, lo que podría estar indicando, por ejemplo, la afluencia de pacientes desplazados de otras Comunidades, una mayor 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 Galicia, Castilla y León y Aragón⁵⁷.

En el otro extremo se sitúa Madrid (también, igual que en 2003) donde la proporción de altas es inferior en 2,06 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

⁵⁷ Tanto País Vasco como Aragón mantienen en 2004 el mismo comportamiento, en relación con este indicador, que en el año 2003.

de Canarias y Andalucía⁵⁸, aunque con menores diferencias entre proporción de altas y peso de población protegida⁵⁹.

En términos de población protegida, el número de altas por mil habitantes se sitúa en el año 2004 en 94,55 para el conjunto de Servicios de Salud de las Comunidades. Este indicador oscila entre 64,99 en Canarias y 118,45 en Melilla, seguida por el País Vasco con 117,41.

Las Comunidades que presentan altas 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, Galicia, Castilla y León, Aragón y Comunidad Valenciana. Por su parte, Madrid, Canarias, Andalucía, Baleares, Murcia, Castilla-La Mancha y Cantabria se sitúan por debajo de su valor esperado. En el resto de Comunidades las diferencias entre las altas y su valor esperado son menores.

Por otra parte, 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 registradas en 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.

⁵⁸ Tanto Canarias como Andalucía mantienen en 2004 el mismo comportamiento, en relación con este indicador, que en el año 2003.

⁵⁹ En el caso particular de Canarias, y también de Baleares, como ya se indicó en el informe anterior del grupo de trabajo, 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, si bien hasta el momento no se han producido avances en este sentido.

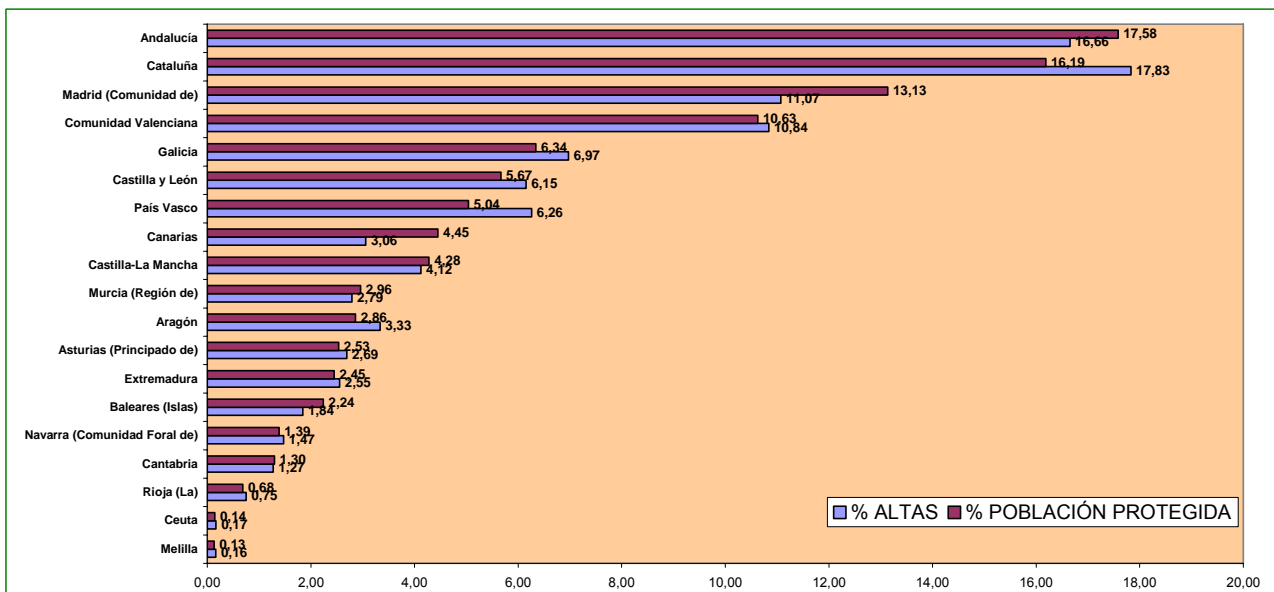
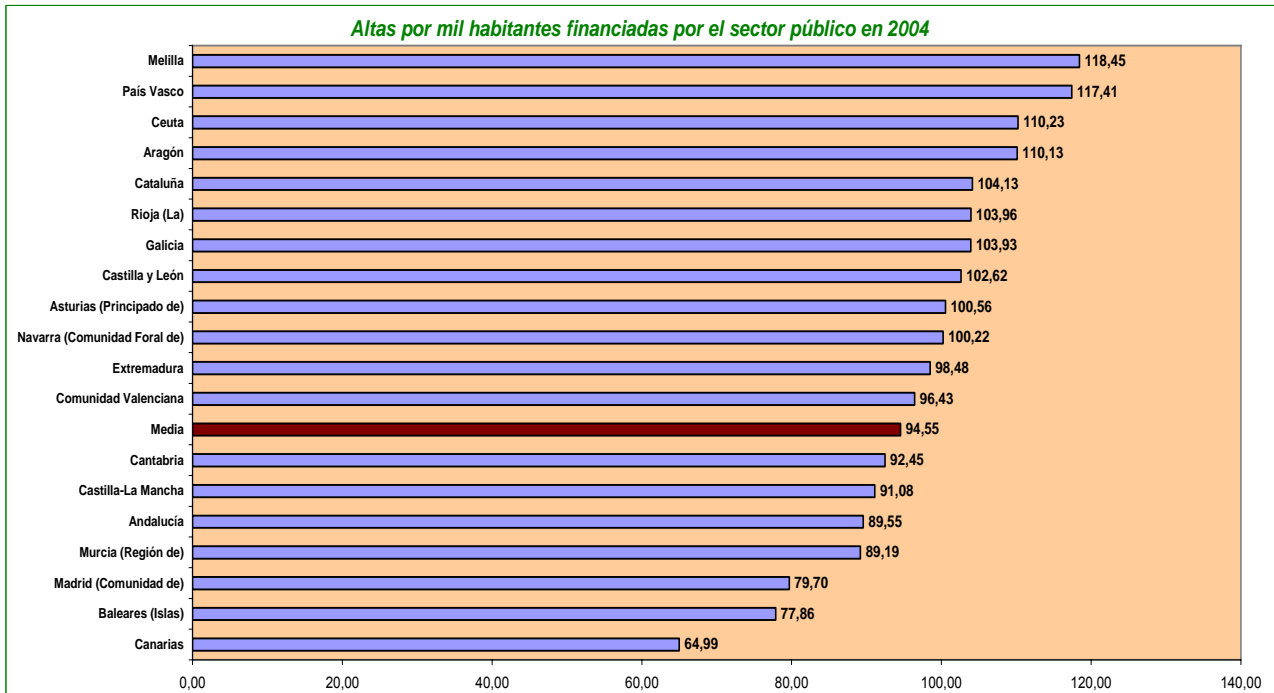
$$UCH(ca) = \sum_{i=1}^{GDR_{ca}} peso_i \times Altas(ca)_i$$

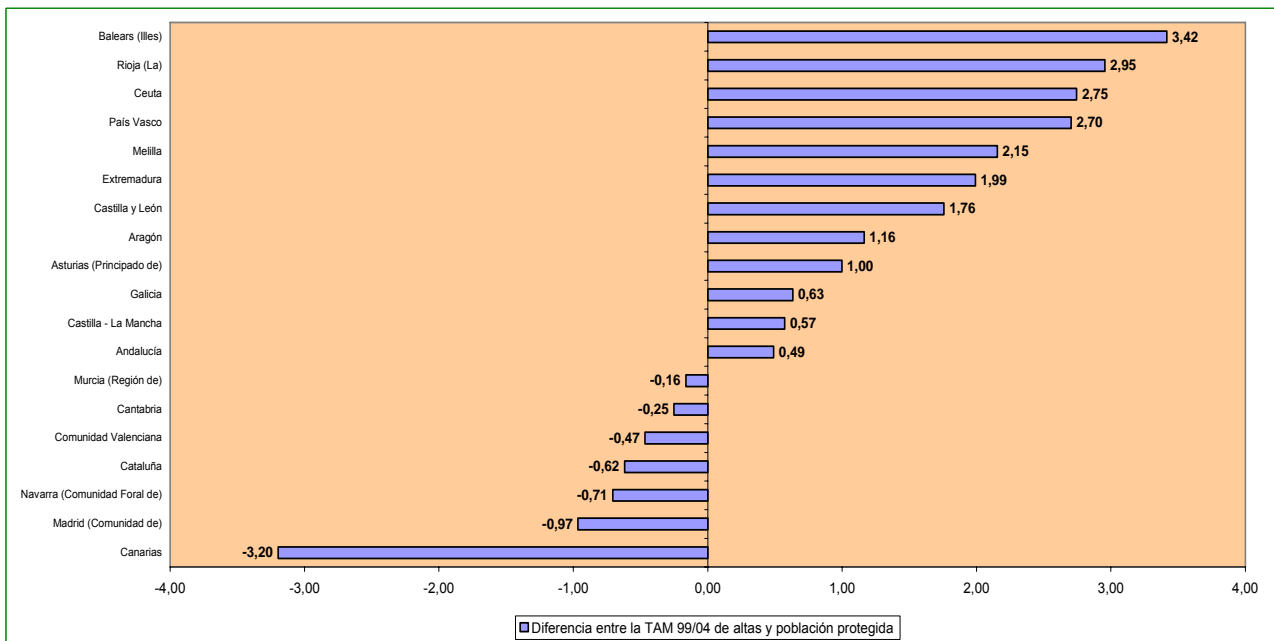
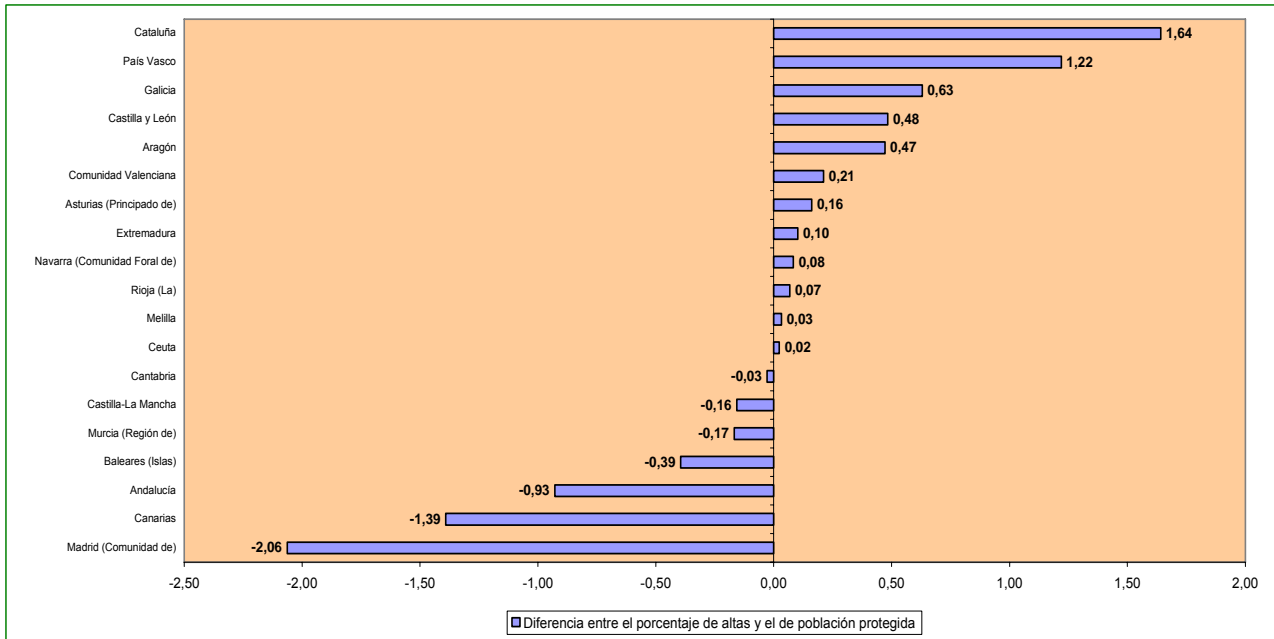
Con la información de la base de datos del CMBD del Sistema Nacional de Salud, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha obtenido las UCH para los hospitales de agudos públicos (salvo en Cataluña, donde se considera la red de utilización pública), que son para los que se dispone de una medida de la complejidad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

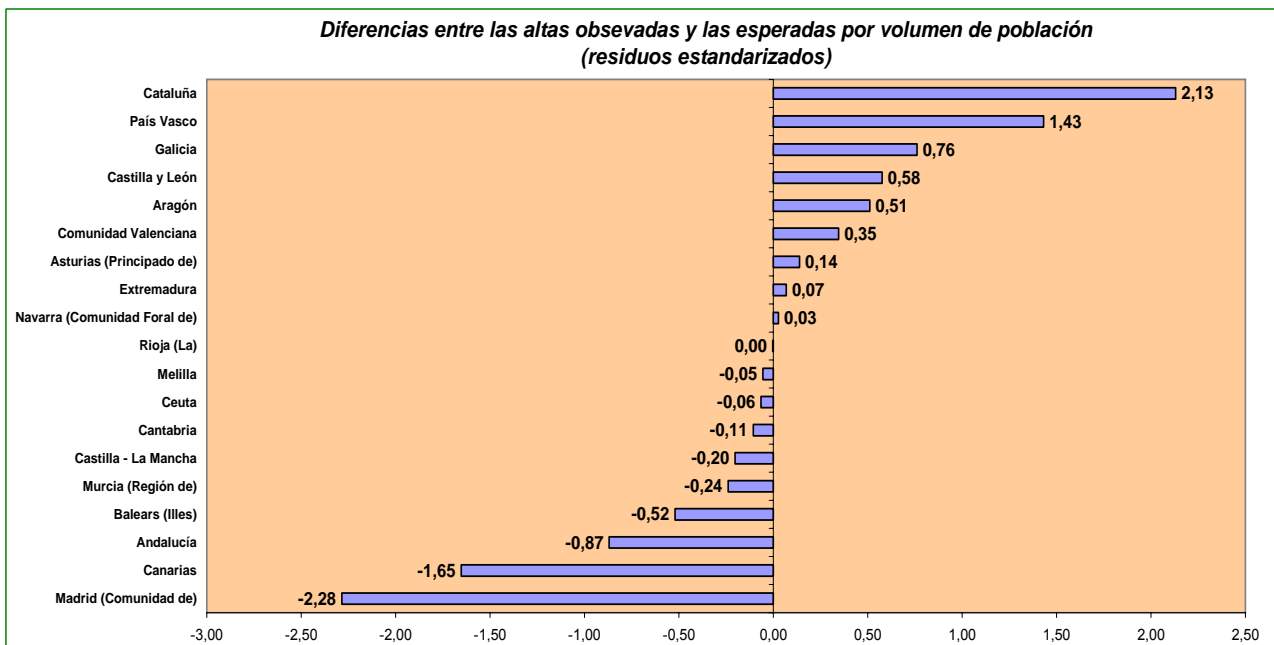
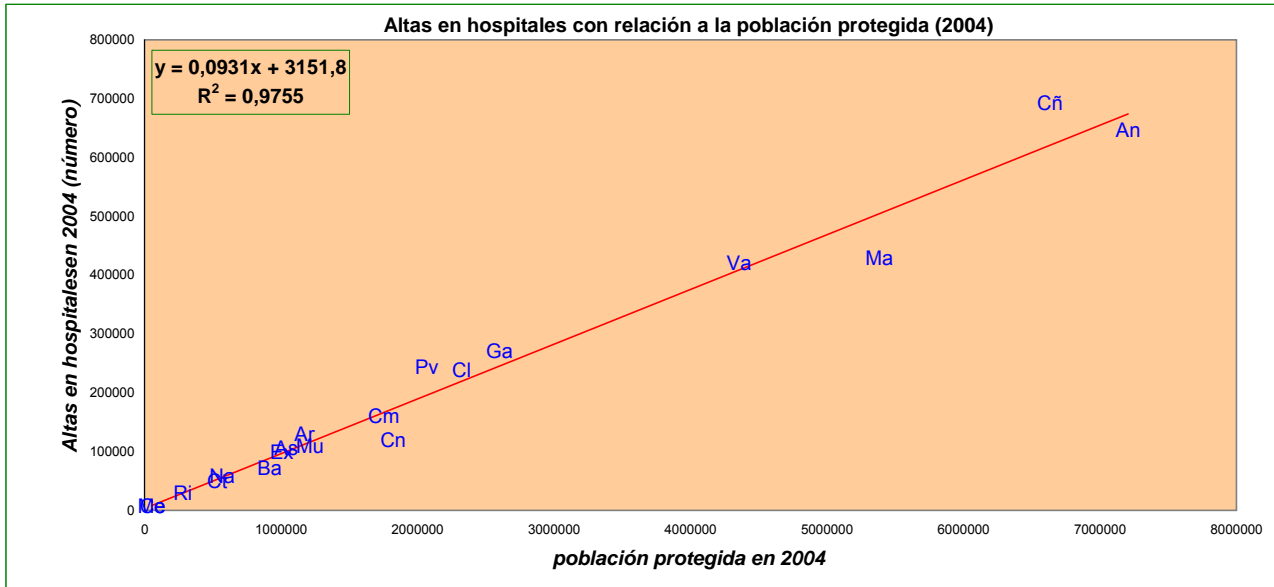
La relación de este tipo de unidades con el gasto, en caso de disponer del gasto en atención sanitaria de agudos con internamiento, sería un indicador de eficiencia. No se puede, sin embargo, interpretar la relación de estas UCH con todo el gasto en atención especializada como una medida de la eficiencia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

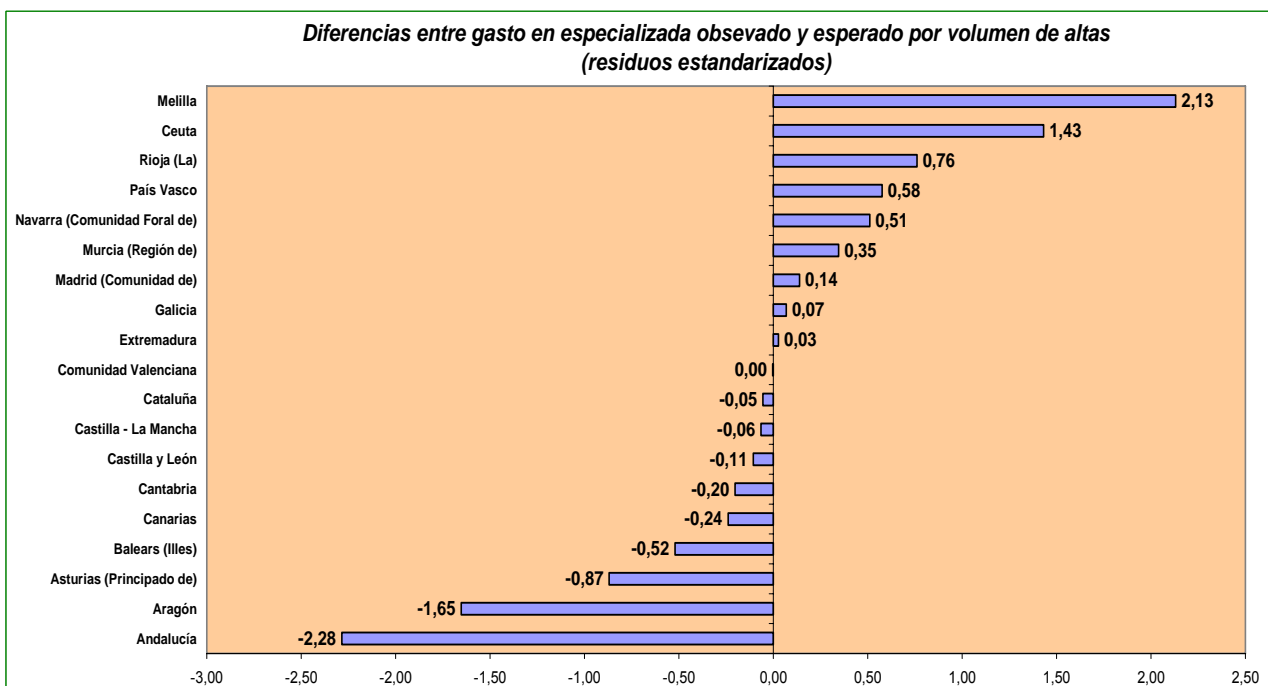
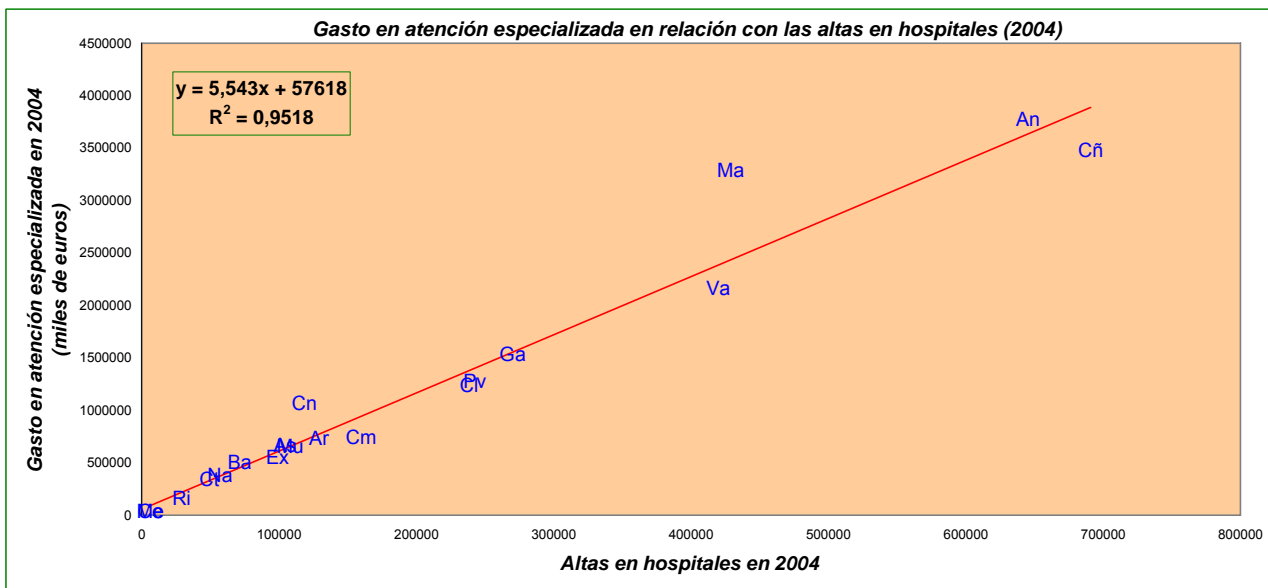
Es preciso señalar que el número de altas que las Comunidades Autónomas han aportado al Grupo de Trabajo de Gasto Sanitario difiere del que registra, en el mismo periodo y para el mismo concepto de altas, la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI), con diferencias que oscilan según los años entre un 0,5% y un 1,5%.

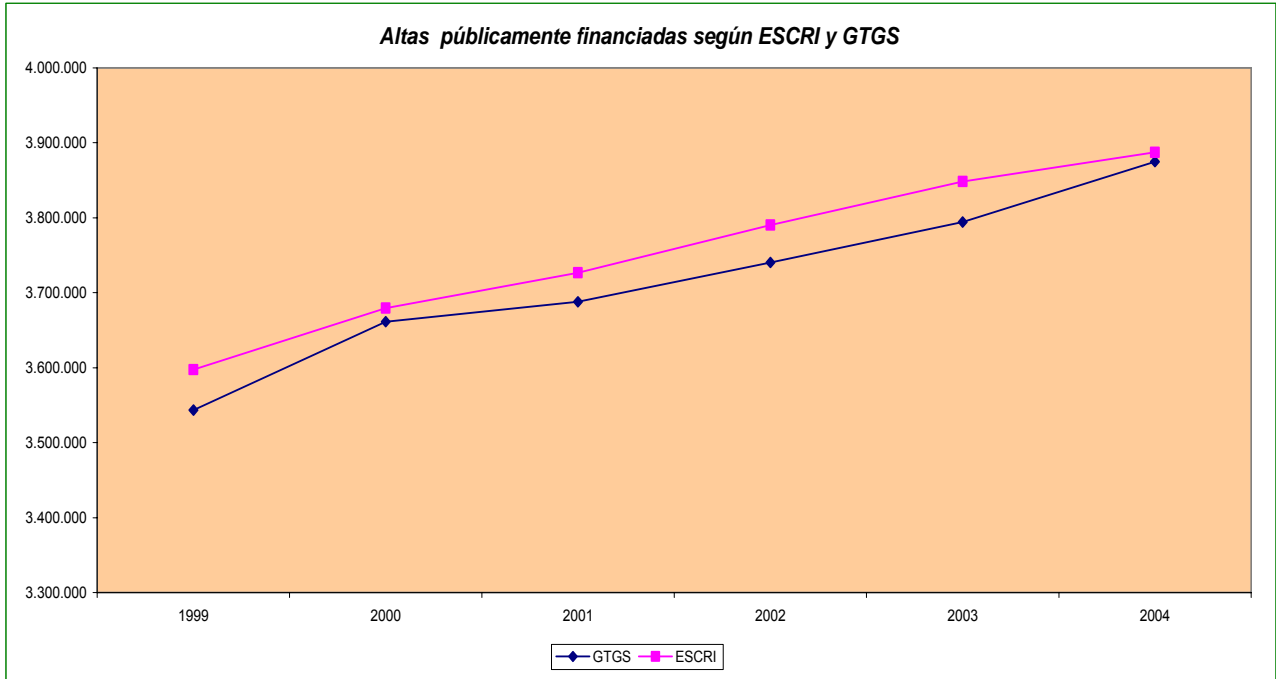
Altas por mil habitantes financiadas por el sector público en 2004











GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Altas en hospitales

Número total de altas en hospitales a cargo los Servicios de Salud de las comunidades

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Total						Porcentaje sobre el total						Tasa de variación interanual					TAM 99/04
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004	
Total	3.543.476	3.661.432	3.687.826	3.740.485	3.794.187	3.874.772	100	100	100	100	100	100	3,33	0,72	1,43	1,44	2,12	1,80
Andalucía	608.995	628.073	633.816	638.466	648.085	645.352	17,19	17,15	17,19	17,07	17,08	16,66	3,13	0,91	0,73	1,51	-0,42	1,17
Aragón	116.803	115.856	121.728	123.652	127.957	129.162	3,30	3,16	3,30	3,31	3,37	3,33	-0,81	5,07	1,58	3,48	0,94	2,03
Asturias (Principado de)	110.493	118.267	113.973	118.438	114.135	104.421	3,12	3,23	3,09	3,17	3,01	2,69	7,04	-3,63	3,92	-3,63	-8,51	-1,12
Baleares (Islas)	56.880	59.157	59.050	64.708	73.419	71.421	1,61	1,62	1,60	1,73	1,94	1,84	4,00	-0,18	9,58	13,46	-2,72	4,66
Canarias	119.246	110.445	107.425	113.973	117.367	118.477	3,37	3,02	2,91	3,05	3,09	3,06	-7,38	-2,73	6,10	2,98	0,95	-0,13
Cantabria	47.170	46.138	46.639	48.631	48.637	49.186	1,33	1,26	1,26	1,30	1,28	1,27	-2,19	1,09	4,27	0,01	1,13	0,84
Castilla y León	217.043	250.586	252.500	222.671	233.152	238.322	6,13	6,84	6,85	5,95	6,14	6,15	15,45	0,76	-11,81	4,71	2,22	1,89
Castilla - La Mancha	144.836	149.544	152.293	159.077	156.790	159.789	4,09	4,08	4,13	4,25	4,13	4,12	3,25	1,84	4,45	-1,44	1,91	1,98
Cataluña	633.092	658.742	664.151	675.992	667.755	690.895	17,87	17,99	18,01	18,07	17,60	17,83	4,05	0,82	1,78	-1,22	3,47	1,76
Comunidad Valenciana	375.009	379.654	386.887	399.120	403.468	419.935	10,58	10,37	10,49	10,67	10,63	10,84	1,24	1,91	3,16	1,09	4,08	2,29
Extremadura	92.919	97.538	87.305	96.582	100.492	98.893	2,62	2,66	2,37	2,58	2,65	2,55	4,97	-10,49	10,63	4,05	-1,59	1,25
Galicia	244.233	247.822	247.630	248.689	252.449	270.204	6,89	6,77	6,71	6,65	6,65	6,97	1,47	-0,08	0,43	1,51	7,03	2,04
Madrid (Comunidad de)	382.433	393.490	400.744	403.024	409.823	429.023	10,79	10,75	10,87	10,77	10,80	11,07	2,89	1,84	0,57	1,69	4,68	2,33
Murcia (Región de)	95.395	99.648	101.147	104.271	106.367	108.121	2,69	2,72	2,74	2,79	2,80	2,79	4,46	1,50	3,09	2,01	1,65	2,54
Navarra (Comunidad Foral de)	52.347	53.534	53.768	54.320	54.597	57.027	1,48	1,46	1,46	1,45	1,44	1,47	2,27	0,44	1,03	0,51	4,45	1,73
País Vasco	211.386	218.071	221.617	231.363	237.007	242.604	5,97	5,96	6,01	6,19	6,25	6,26	3,16	1,63	4,40	2,44	2,36	2,79
Rioja (La)	24.398	23.778	25.770	26.844	29.717	29.091	0,69	0,65	0,70	0,72	0,78	0,75	-2,54	8,38	4,17	10,70	-2,11	3,58
Ceuta	5.853	5.659	5.673	5.481	6.590	6.518	0,17	0,15	0,15	0,15	0,17	0,17	-3,31	0,25	-3,38	20,23	-1,09	2,18
Melilla	4.945	5.430	5.710	5.183	6.380	6.331	0,14	0,15	0,15	0,14	0,17	0,16	9,81	5,16	-9,23	23,09	-0,77	5,07

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Altas en hospitales

Unidades de Complejidad Hospitalaria (UCH) de hospitales públicos de agudos

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Total						Porcentaje sobre el total						Tasa de variación interanual					TAM 99/04
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004	
Total Servicios de Salud	2.932.161	3.086.207	3.247.167	3.311.571	3.408.599	2.932.161	100	100	100	100	100	100	5,25	5,22	1,98	2,93	13,98	0,00
Andalucía	475.956	490.746	513.612	525.255	536.511	554.981	16,23	15,90	15,82	15,86	15,74	18,93	3,11	4,66	2,27	2,14	3,44	3,12
Aragón	95.700	99.515	105.120	116.459	120.514	122.265	3,26	3,22	3,24	3,52	3,54	4,17	3,99	5,63	10,79	3,48	1,45	5,02
Asturias (Principado de)	93.677	90.999	100.696	105.317	104.764	101.001	3,19	2,95	3,10	3,18	3,07	3,44	-2,86	10,66	4,59	-0,53	-3,59	1,52
Baleares (Islas)	49.730	53.071	46.548	66.500	66.073	70.003	1,70	1,72	1,43	2,01	1,94	2,39	6,72	12,29	42,86	-0,64	5,95	7,08
Canarias	49.137	71.015	87.814	99.109	102.483	105.848	1,68	2,30	2,70	2,99	3,01	3,61	44,52	23,66	12,86	3,40	3,28	16,59
Cantabria	48.744	48.747	49.210	49.994	52.008	50.985	1,66	1,58	1,52	1,51	1,53	1,74	0,01	0,95	1,59	4,03	-1,97	0,90
Castilla y León	200.892	128.536	214.953	219.979	222.480	233.216	6,85	4,16	6,62	6,64	6,53	7,95	36,02	67,23	2,34	1,14	4,83	3,03
Castilla - La Mancha	123.458	210.402	132.007	137.464	142.980	154.076	4,21	6,82	4,07	4,15	4,19	5,25	70,42	37,26	4,13	4,01	7,76	4,53
Cataluña	581.419	591.585	604.264	609.483	618.248	630.807	19,83	19,17	18,61	18,40	18,14	21,51	1,75	2,14	0,86	1,44	2,03	1,64
Comunidad Valenciana	298.325	300.970	337.607	314.320	340.614	353.103	10,17	9,75	10,40	9,49	9,99	12,04	0,89	12,17	-6,90	8,37	3,67	3,43
Extremadura	74.682	79.517	79.759	75.807	84.353	89.474	2,55	2,58	2,46	2,29	2,47	3,05	6,47	0,30	-4,95	11,27	6,07	3,68
Galicia	186.743	163.757	249.577	224.340	240.465	241.187	6,37	5,31	7,69	6,77	7,05	8,23	12,31	52,41	10,11	7,19	0,30	5,25
Madrid (Comunidad de)	373.925	393.464	372.712	416.245	422.113	450.164	12,75	12,75	11,48	12,57	12,38	15,35	5,23	-5,27	11,68	1,41	6,65	3,78
Murcia (Región de)	75.974	81.215	87.848	96.485	97.645	100.676	2,59	2,63	2,71	2,91	2,86	3,43	6,90	8,17	9,83	1,20	3,10	5,79
Navarra (Comunidad Foral de)	50.103	45.954	51.989	52.324	52.456	52.409	1,71	1,49	1,60	1,58	1,54	1,79	-8,28	13,13	0,64	0,25	-0,09	0,90
País Vasco	167.192	171.323	176.065	178.189	180.985	187.986	5,70	5,55	5,42	5,38	5,31	6,41	2,47	2,77	1,21	1,57	3,87	2,37
Rioja (La)	20.626	21.287	22.547	23.833	23.907	24.048	0,70	0,69	0,69	0,72	0,70	0,82	3,20	5,92	5,70	0,31	0,59	3,12
Ceuta	5.146	4.831	4.998	5.049	4.981	5.093	0,18	0,16	0,15	0,15	0,15	0,17	-6,13	3,47	1,01	-1,35	2,24	-0,21
Melilla	3.667	3.718	4.450	4.146	4.469	5.025	0,13	0,12	0,14	0,13	0,13	0,17	1,38	19,70	-6,83	7,80	12,44	6,50

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 exitus y traslados, y los casos extremos)

V.4.2.7. Las estancias

El concepto de estancia que se utiliza corresponde al número total a cargo de los Servicios de Salud.

De acuerdo con la información enviada por las Comunidades Autónomas, en 2004 se produjeron en España 30.198.003 estancias en hospitales a cargo de los Servicios de Salud. La evolución de las estancias en el periodo analizado ha presentado una tendencia decreciente con una tasa media anual de crecimiento del -0,50%, oscilando por Comunidades entre el -4,84% en Castilla y León y el 6,80% en Melilla, seguida de la Rioja con un 4,19%.

La distribución de estancias por Comunidades Autónomas se ajusta básicamente a la estructura de la población con las diferencias que se detallan a continuación. Galicia y País Vasco presentan una diferencia significativamente mayor a favor de las estancias que el resto de las Comunidades, lo que podría estar indicando, por ejemplo, la afluencia de pacientes desplazados o simplemente una mayor estancia media. Las siguientes Comunidades donde la proporción de estancias supera de forma importante a la de la población protegida son Aragón y Madrid. En Asturias, Castilla y León y Canarias, la diferencia a favor de la proporción de estancias oscila entre 0,30 y 0,45 puntos.

En el otro extremo se sitúan Cataluña, donde la proporción de estancias es inferior en 3,38 puntos porcentuales al peso de la población protegida, y la Comunidad Valenciana, seguida de Andalucía, Castilla-La Mancha, Murcia, Baleares y Extremadura.

En el resto de territorios la proporción de las estancias producidas en la Comunidad es similar a la proporción de población protegida: la diferencia oscila entre 0 y 0,2 puntos porcentuales.

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 Galicia, País Vasco, Madrid, Aragón y Castilla y León. Por su parte, Cataluña, Comunidad

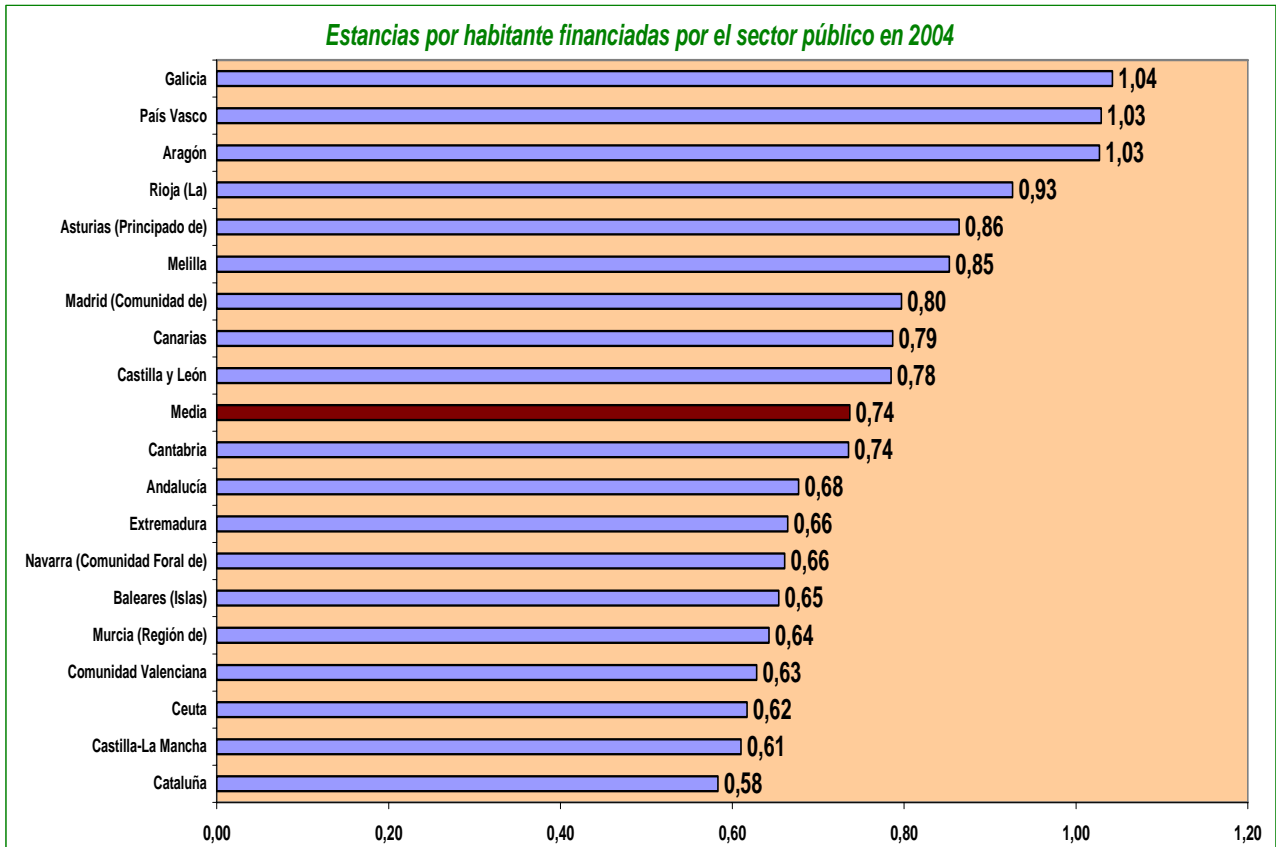
Valenciana, Castilla-La Mancha y Murcia son las que presentan las diferencias más pronunciadas entre las Comunidades que se sitúan por debajo de su valor esperado, seguidas de Baleares, Ceuta, Navarra, Extremadura y Melilla. El resto se sitúan más próximas a la media.

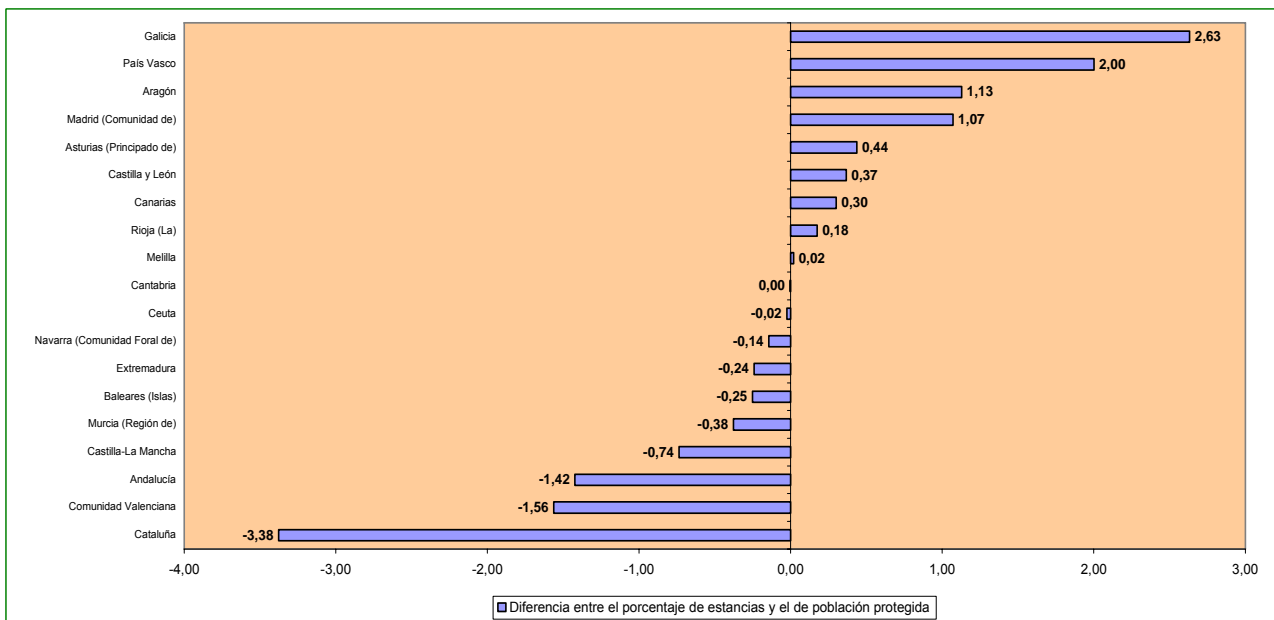
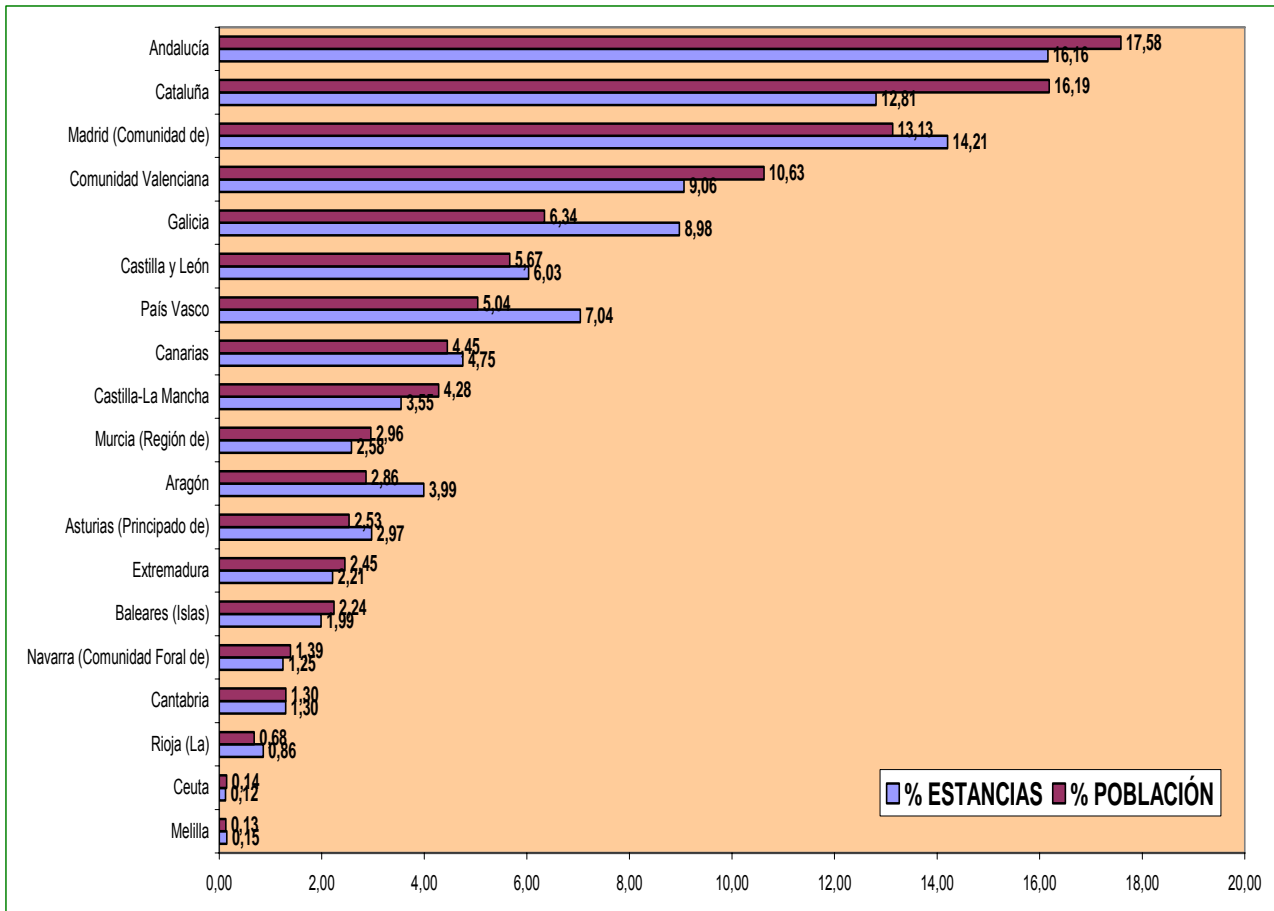
Por otra parte, las Comunidades que presentan un gasto en atención especializada por encima del que cabría esperar según su volumen de estancias son Cataluña, Navarra, Murcia, Comunidad Valenciana, Baleares, Extremadura y Cantabria. Entre las Comunidades que registran un gasto menor del esperado, destaca la diferencia que se registra en Galicia, seguida por el País Vasco, Aragón y Castilla y León. El resto se sitúan más próximas a la media.

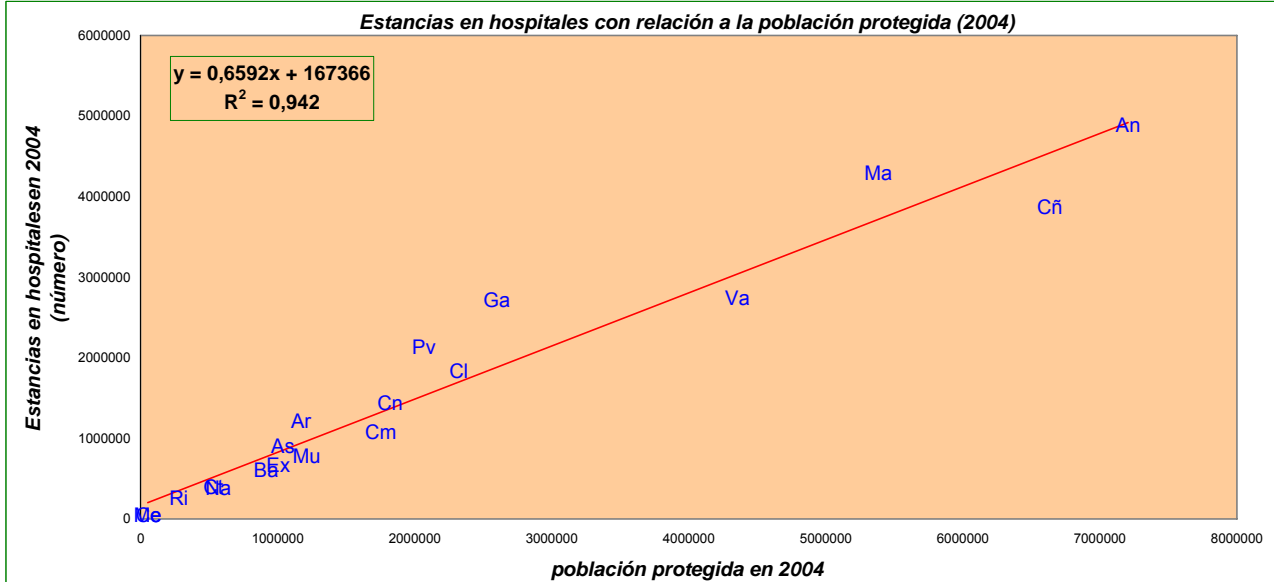
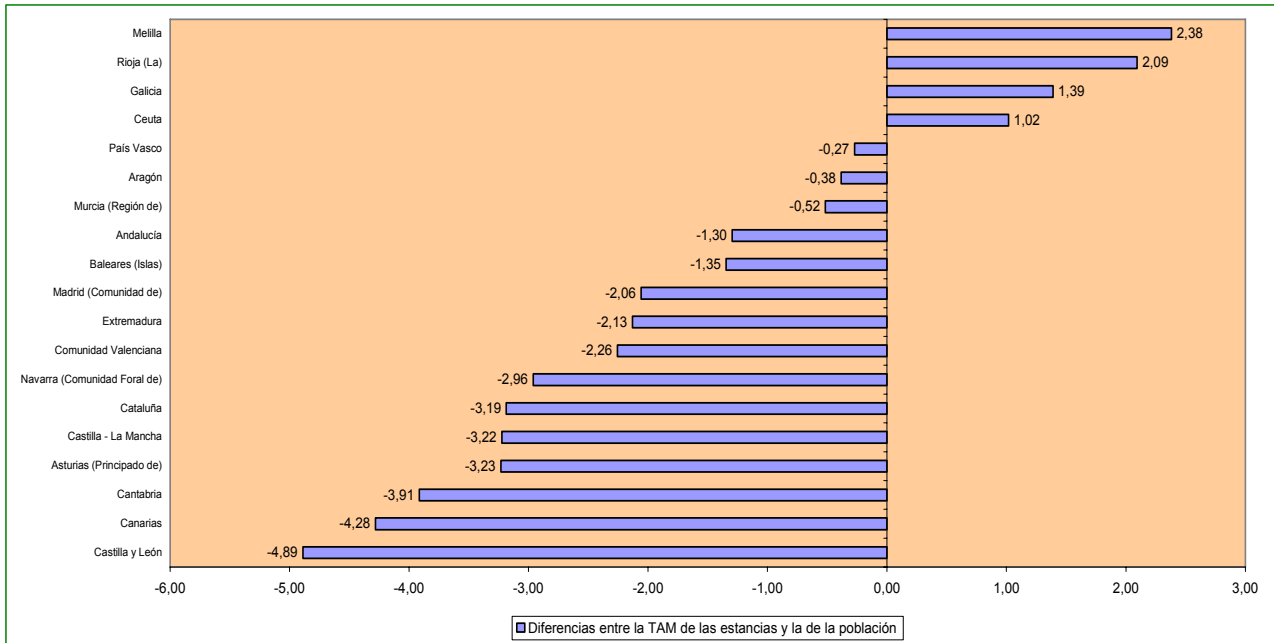
La explicación de estas diferencias puede radicar tanto la casuística de las altas como en la eficiencia en el funcionamiento. Por ello es conveniente, al igual que ocurría en el caso de las altas, corregir las estancias por casuística y analizar índices de complejidad y de estancia media ajustada por funcionamiento. Este análisis se aborda en el siguiente apartado.

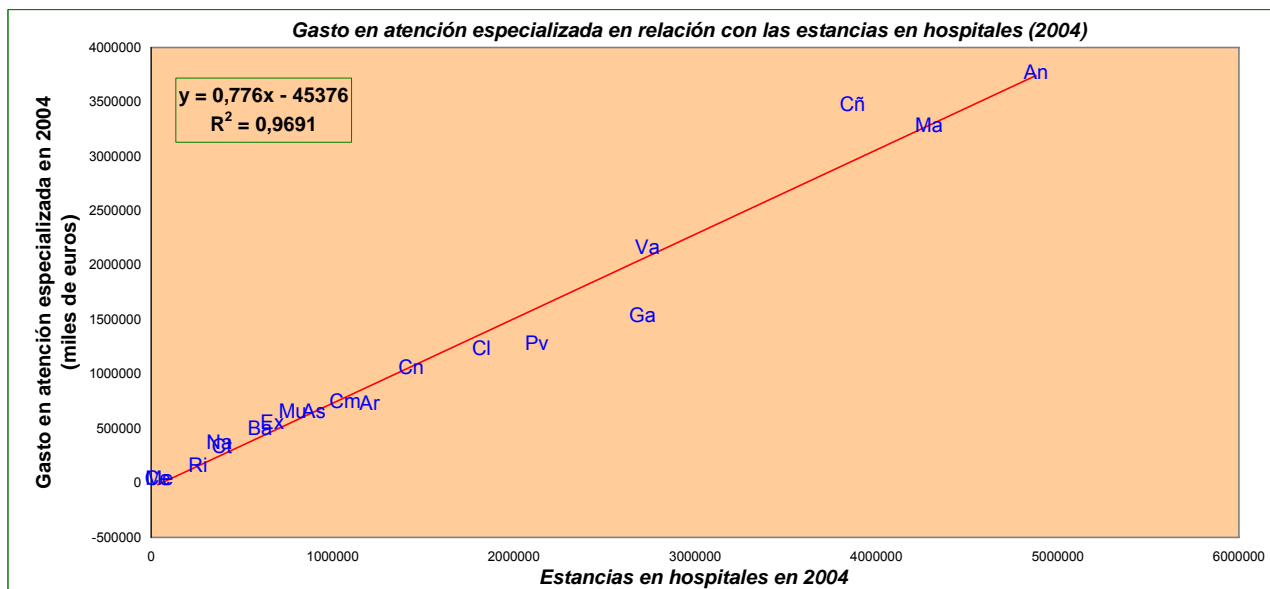
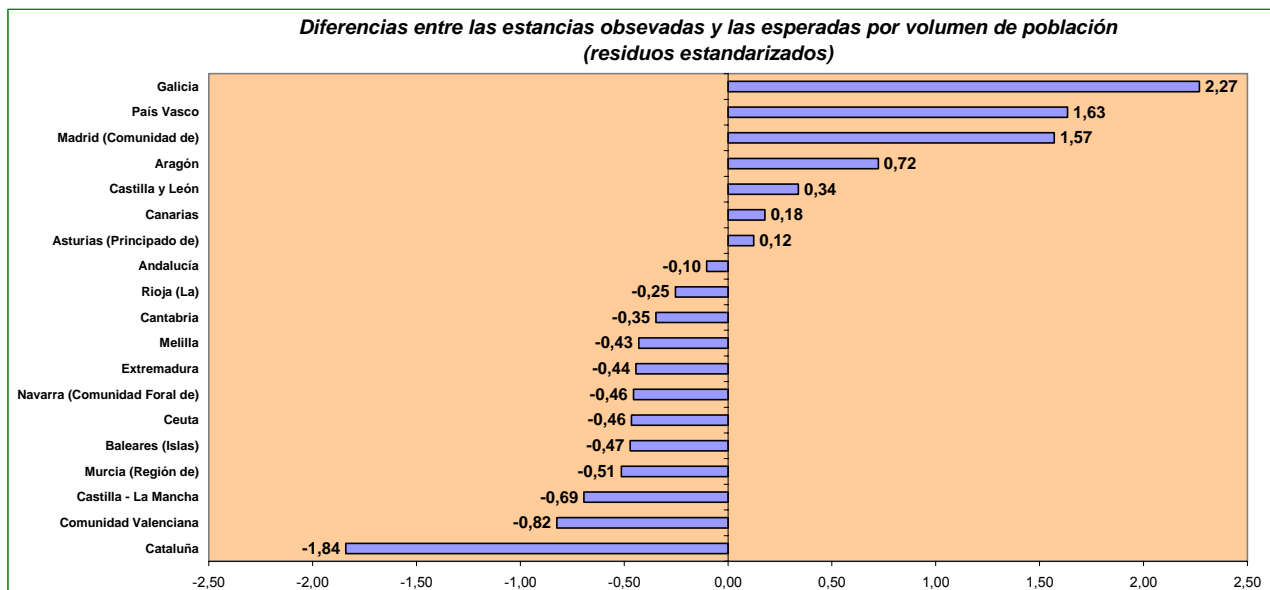
En todo caso, es preciso señalar que el número de estancias que las Comunidades Autónomas han aportado al Grupo de Trabajo de Gasto Sanitario difiere del que registra, en el mismo periodo y para el mismo concepto, la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI), con diferencias que oscilan según los años entre un 11,99% y un 16,51%.

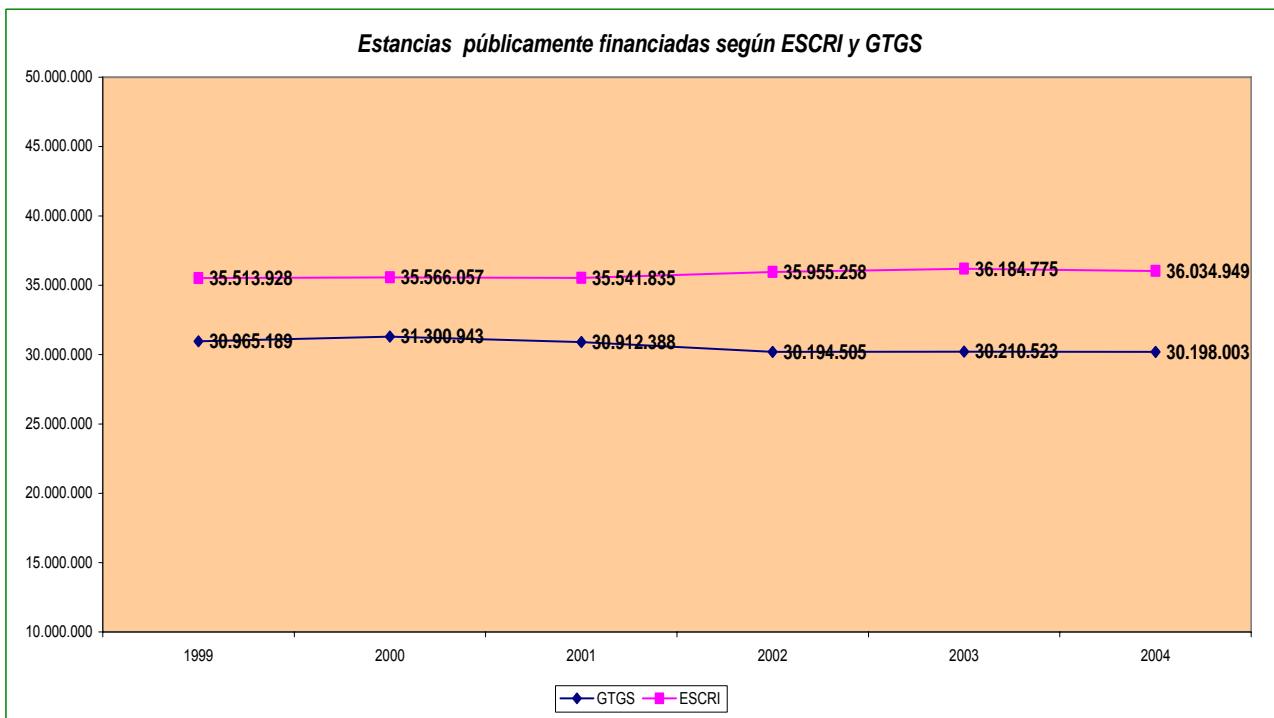
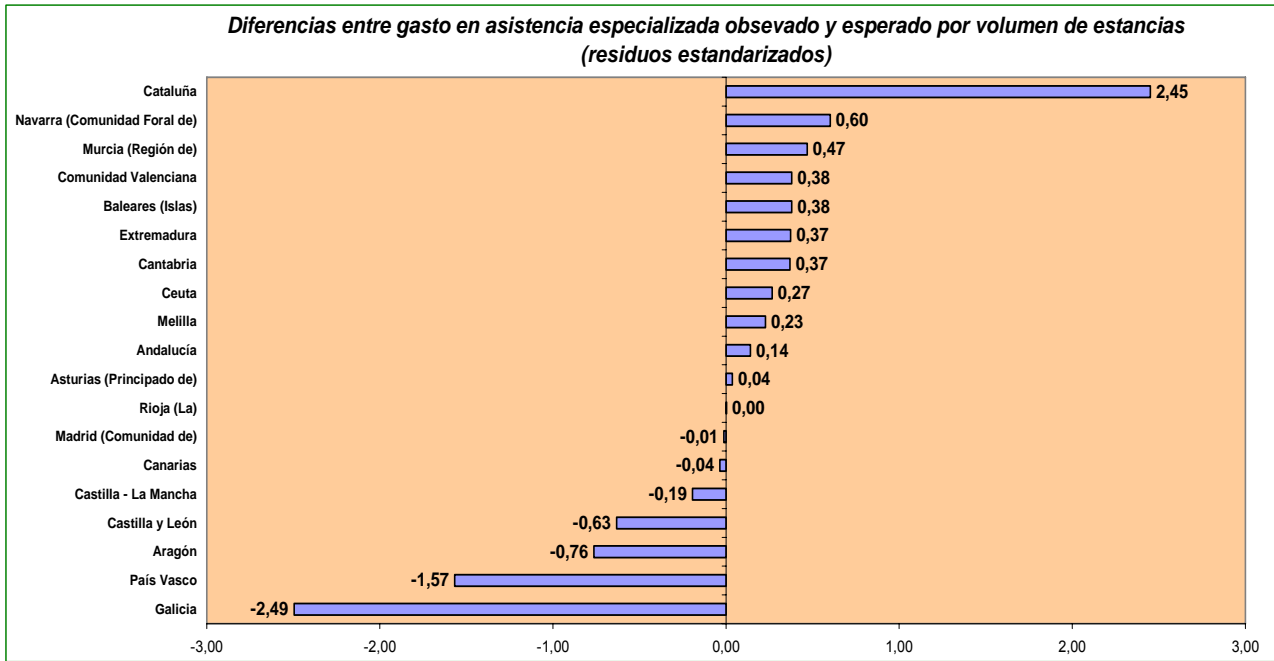
Por otra parte, también es preciso señalar que los datos actualizados sobre estancias de Cataluña ponen de manifiesto un comportamiento totalmente distinto del que reflejaban los datos utilizados en el anterior informe.











GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Estancias en hospitales

Número total de estancias en hospitales a cargo de los Servicios de Salud de las comunidades

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Total						Porcentaje sobre el total						Tasa de variación interanual					TAM 99/04
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004	
Total	30.965.189	31.300.943	30.912.388	30.194.505	30.210.523	30.198.003	100	100	100	100	100	100	1,08	-1,24	-2,32	0,05	-0,04	-0,50
Andalucía	4.933.976	5.022.780	4.979.457	4.976.176	4.964.548	4.880.539	15,93	16,05	16,11	16,48	16,43	16,16	1,80	-0,86	-0,07	-0,23	-1,69	-0,22
Aragón	1.160.300	1.217.993	1.177.412	1.178.822	1.271.382	1.204.906	3,75	3,89	3,81	3,90	4,21	3,99	4,97	-3,33	0,12	7,85	-5,23	0,76
Asturias (Principado de)	1.067.208	1.104.226	1.015.124	1.069.977	969.698	896.991	3,45	3,53	3,28	3,54	3,21	2,97	3,47	-8,07	5,40	-9,37	-7,50	-3,42
Baleares (Islas)	548.003	544.300	533.408	543.168	599.622	599.963	1,77	1,74	1,73	1,80	1,98	1,99	-0,68	-2,00	1,83	10,39	0,06	1,83
Canarias	1.545.369	1.450.858	1.504.077	1.444.808	1.485.189	1.434.255	4,99	4,64	4,87	4,79	4,92	4,75	-6,12	3,67	-3,94	2,79	-3,43	-1,48
Cantabria	453.150	531.906	552.355	596.494	393.694	391.255	1,46	1,70	1,79	1,98	1,30	1,30	17,38	3,84	7,99	-34,00	-0,62	-2,89
Castilla y León	2.335.313	2.634.734	2.564.824	1.647.204	1.769.915	1.822.352	7,54	8,42	8,30	5,46	5,86	6,03	12,82	-2,65	-35,78	7,45	2,96	-4,84
Castilla - La Mancha	1.171.944	1.137.783	1.136.848	1.172.424	1.112.108	1.070.586	3,78	3,63	3,68	3,88	3,68	3,55	-2,91	-0,08	3,13	-5,14	-3,73	-1,79
Cataluña	4.115.098	4.084.200	3.984.906	3.920.754	3.806.204	3.869.012	13,29	13,05	12,89	12,98	12,60	12,81	-0,75	-2,43	-1,61	-2,92	1,65	-1,23
Comunidad Valenciana	2.729.474	2.648.638	2.649.204	2.693.830	2.746.557	2.737.110	8,81	8,46	8,57	8,92	9,09	9,06	-2,96	0,02	1,68	1,96	-0,34	0,06
Extremadura	743.729	736.488	670.423	698.196	707.789	667.403	2,40	2,35	2,17	2,31	2,34	2,21	-0,97	-8,97	4,14	1,37	-5,71	-2,14
Galicia	2.504.937	2.564.608	2.506.226	2.526.229	2.527.255	2.710.394	8,09	8,19	8,11	8,37	8,37	8,98	2,38	-2,28	0,80	0,04	7,25	1,59
Madrid (Comunidad de)	4.152.641	4.146.444	4.200.289	4.192.298	4.260.567	4.289.878	13,41	13,25	13,59	13,88	14,10	14,21	-0,15	1,30	-0,19	1,63	0,69	0,65
Murcia (Región de)	691.814	708.374	697.054	719.749	769.128	779.138	2,23	2,26	2,25	2,38	2,55	2,58	2,39	-1,60	3,26	6,86	1,30	2,41
Navarra (Comunidad Foral de)	399.402	388.366	383.839	378.905	379.084	376.070	1,29	1,24	1,24	1,25	1,25	1,25	-2,76	-1,17	-1,29	0,05	-0,80	-1,20
País Vasco	2.134.676	2.108.959	2.089.286	2.122.439	2.112.051	2.126.835	6,89	6,74	6,76	7,03	6,99	7,04	-1,20	-0,93	1,59	-0,49	0,70	-0,07
Rioja (La)	211.109	202.725	198.801	253.212	256.124	259.233	0,68	0,65	0,64	0,84	0,85	0,86	-3,97	-1,94	27,37	1,15	1,21	4,19
Ceuta	34.246	30.608	30.753	30.063	35.586	36.500	0,11	0,10	0,10	0,10	0,12	0,12	-10,62	0,47	-2,24	18,37	2,57	1,28
Melilla	32.800	36.953	38.102	29.757	44.022	45.583	0,11	0,12	0,12	0,10	0,15	0,15	12,66	3,11	-21,90	47,94	3,55	6,80

V.4.2.8. La estancia media y el ajuste por casuística

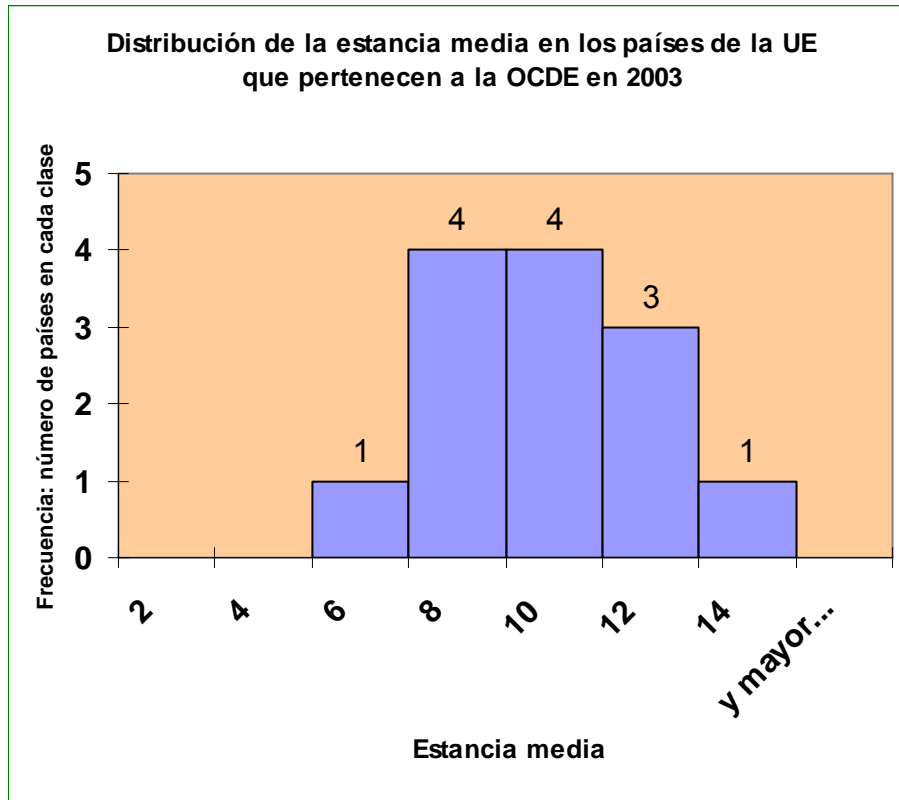
La estancia media para el conjunto de las Comunidades y Ciudades Autónomas en el año 2004 es de 7,79 días, y oscila entre los 5,60 días de Ceuta y los 12,11 días de Canarias.

La tendencia es decreciente en el periodo considerado, en el que se ha evolucionado desde 8,74 días en 1999 hasta los 7,79 en 2004, a un ritmo de decrecimiento medio anual del 2,26%.

Las Comunidades Autónomas que presentan estancias medias por encima del promedio global en este año son Canarias, Galicia, Madrid, Aragón, La Rioja, País Vasco, Asturias Baleares y Cantabria. Esta mayor estancia media puede deberse a múltiples factores, ya sean demográficos, de perfil epidemiológico, presencia de centros de alta complejidad, factores organizativos, etc.

La variabilidad en la estancia media no explica la variabilidad del gasto en atención especializada ($R^2 = 0,0006$).

Como referencia cabe señalar que en el año 2003, en los países de la UE que también pertenecen a la OCDE, la estancia media total (incluyendo estancias en centros públicos y privados), que para el caso de España es 8,7, oscila entre el 5,4 de Dinamarca y el 13,4 de Francia, con la siguiente distribución relativa a los países de los que se dispone de dato en 2003:



Fuente: ECO-SALUD OCDE 2006, Junio 06

Dato de España: 8,7 días de estancia media (sector público y privado)

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:

$$EMAC = \frac{\sum_{i=1}^{GDR_{ca}} EM(ca)_i \times Altas(sns)_i}{\sum_{i=1}^{GDR_{ca}} Altas(sns)_i}$$

La suma se extiende a los GDR comunes entre cada Comunidad y el SNS

EMAF Estancia media ajustada por el funcionamiento del estándar

$$EMAF = \frac{\sum_{i=1}^{GDR_{ca}} EM(sns)_i \times Altas(ca)_i}{\sum_{i=1}^{GDR_{ca}} Altas(ca)_i}$$

La suma se extiende a los GDR comunes entre cada Comunidad y el SNS

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.

$$IC = \frac{EMAF}{EME}$$

Un IC **mayor que 1 indica una mayor complejidad** (consumo de recursos) de los pacientes atendidos en la Comunidad Autónoma.

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).

$$IEMA = \frac{EMCA}{EMAF}$$

Un IEMA **menor que 1 indica un mejor funcionamiento** de la Comunidad con respecto al estándar

Un IEMA **mayor que 1 indica un peor funcionamiento** de la Comunidad con respecto al estándar para la casuística de la Comunidad.

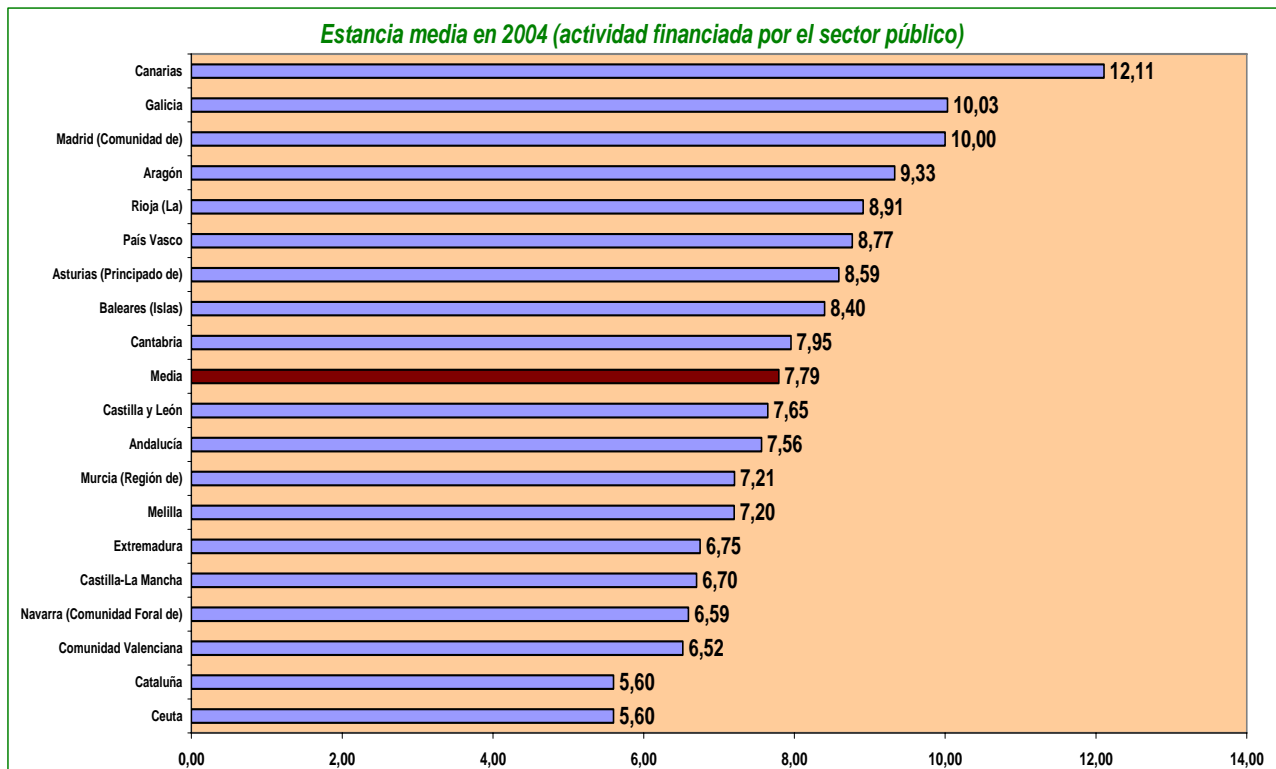
Partiendo de la base de datos del CMBD del Sistema Nacional de Salud, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha obtenido estos índices para el periodo estudiado⁶⁰. Debe tenerse en cuenta en su análisis que los GDR que se definen se refieren a actividad de hospitales de agudos de los Servicios de Salud de las Comunidades (salvo en Cataluña, donde se

⁶⁰ Para un mayor detalle puede consultarse en el primer informe del Grupo de Trabajo el Anexo IV, titulado "Metodología del cálculo de indicadores de casuística y de funcionamiento".

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, de forma sistemática a lo largo del periodo de 1999 a 2005, se ha atendido una casuística con complejidad superior a la del estándar son: Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla y León, Madrid, País Vasco y La Rioja. Baleares, Cataluña y Navarra registran también una casuística con mayor complejidad que la media en varios años del periodo analizado.

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 de 1999 a 2004 han sido Baleares, Cataluña y Comunidad Valenciana, junto con Ceuta. En Castilla-La Mancha, Murcia y La Rioja se registra también en prácticamente todos los últimos años analizados un mejor funcionamiento que la media. Finalmente, en Cantabria y Melilla se observa un mejor funcionamiento que la media para varios de los años considerados.



GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Estancia media en hospitales

(Actividad financiada por los Servicios de Salud de las comunidades)

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Total						Porcentaje sobre el total						Tasa de variación interanual					TAM 99/04
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004	
Total	8,74	8,55	8,38	8,07	7,96	7,79	100	100	100	100	100	100	-2,17	-1,95	-3,70	-1,36	-2,12	-2,26
Andalucía	8,10	8,00	7,86	7,79	7,66	7,56	92,71	93,55	93,73	96,55	96,21	97,04	-1,29	-1,76	-0,79	-1,71	-1,28	-1,37
Aragón	9,93	10,51	9,67	9,53	9,94	9,33	113,68	122,98	115,39	118,10	124,79	119,70	5,83	-7,99	-1,44	4,22	-6,11	-1,25
Asturias (Principado de)	9,66	9,34	8,91	9,03	8,50	8,59	110,53	109,22	106,26	111,91	106,70	110,22	-3,33	-4,61	1,43	-5,96	1,11	-2,32
Baleares (Islas)	9,63	9,20	9,03	8,39	8,17	8,40	110,25	107,63	107,76	103,99	102,57	107,79	-4,50	-1,82	-7,07	-2,70	2,86	-2,70
Canarias	12,96	13,14	14,00	12,68	12,65	12,11	148,30	153,66	167,03	157,04	158,93	155,33	1,37	6,58	-9,46	-0,18	-4,33	-1,35
Cantabria	9,61	11,53	11,84	12,27	8,09	7,95	109,93	134,86	141,29	151,95	101,66	102,07	20,01	2,73	3,57	-34,01	-1,73	-3,70
Castilla y León	10,76	10,51	10,16	7,40	7,59	7,65	123,13	122,99	121,18	91,64	95,34	98,12	-2,28	-3,39	-27,17	2,62	0,73	-6,60
Castilla - La Mancha	8,09	7,61	7,46	7,37	7,09	6,70	92,59	89,00	89,06	91,30	89,08	85,97	-5,97	-1,89	-1,27	-3,76	-5,54	-3,70
Cataluña	6,50	6,20	6,00	5,80	5,70	5,60	74,38	72,52	71,58	71,85	71,59	71,85	-4,62	-3,23	-3,33	-1,72	-1,75	-2,94
Comunidad Valenciana	7,28	6,98	6,85	6,75	6,81	6,52	83,29	81,61	81,69	83,61	85,49	83,63	-4,15	-1,85	-1,43	0,86	-4,25	-2,18
Extremadura	8,00	7,55	7,68	7,23	7,04	6,75	91,59	88,33	91,61	89,55	88,46	86,59	-5,66	1,70	-5,86	-2,57	-4,18	-3,35
Galicia	10,26	10,35	10,12	10,16	10,01	10,03	117,37	121,05	120,74	125,84	125,73	128,71	0,90	-2,20	0,37	-1,45	0,20	-0,44
Madrid (Comunidad de)	10,86	10,54	10,48	10,40	10,40	10,00	124,26	123,26	125,04	128,86	130,57	128,30	-2,96	-0,54	-0,75	-0,06	-3,82	-1,64
Murcia (Región de)	7,25	7,11	6,89	6,90	7,23	7,21	82,99	83,15	82,22	85,51	90,81	92,46	-1,98	-3,06	0,16	4,75	-0,34	-0,13
Navarra (Comunidad Foral de)	7,63	7,25	7,14	6,98	6,94	6,59	87,31	84,86	85,17	86,41	87,20	84,62	-4,92	-1,60	-2,29	-0,46	-5,02	-2,87
Pais Vasco	10,10	9,67	9,43	9,17	8,91	8,77	115,56	113,13	112,47	113,64	111,92	112,49	-4,23	-2,52	-2,69	-2,86	-1,62	-2,79
Rioja (La)	8,65	8,53	7,71	9,43	8,62	8,91	99,02	99,73	92,03	116,85	108,24	114,34	-1,47	-9,52	22,27	-8,63	3,39	0,59
Ceuta	5,85	5,41	5,42	5,48	5,40	5,60	66,96	63,27	64,67	67,95	67,82	71,85	-7,56	0,23	1,18	-1,55	3,70	-0,87
Melilla	6,63	6,81	6,67	5,74	6,90	7,20	75,90	79,61	79,61	71,12	86,66	92,38	2,60	-1,95	-13,96	20,18	4,35	1,65

ÍNDICE DE COMPLEJIDAD (IC)							
COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía	0,9774	0,9759	0,9798	0,9695	0,9884	0,9719	0,9884
Aragón	1,0326	1,0160	1,0106	1,0295	1,0153	1,0047	1,0153
Asturias (Principado de)	1,0439	1,0470	1,0336	1,0414	1,0239	1,0496	1,0239
Baleares (Islas)	1,0134	1,0220	1,0183	1,0281	0,9932	1,0092	0,9932
Canarias	0,9391	0,9299	0,9567	0,9576	0,9703	0,9621	0,9703
Cantabria	1,1019	1,1183	1,0817	1,0770	1,0649	1,0719	1,0649
Castilla y León	1,0095	1,0005	1,0113	1,0159	1,0081	1,0121	1,0081
Castilla - La Mancha	0,9999	1,0134	0,9971	0,9929	0,9986	0,9958	0,9986
Cataluña	0,9985	0,9997	0,9998	0,9980	1,0062	1,0112	1,0062
Comunidad Valenciana	0,9600	0,9597	0,9592	0,9688	0,9709	0,9661	0,9709
Extremadura	0,9454	0,9569	0,9446	0,9534	0,9438	0,9488	0,9438
Galicia	0,9900	0,9754	1,0131	1,0367	1,0285	1,0343	1,0285
Madrid (Comunidad de)	1,0688	1,0675	1,0605	1,0461	1,0294	1,0328	1,0294
Murcia (Región de)	0,9690	0,9839	0,9881	0,9774	0,9794	0,9707	0,9794
Navarra (Comunidad Foral de)	1,0305	1,0163	1,0129	0,9977	0,9695	0,9900	0,9695
País Vasco	1,0501	1,0516	1,0474	1,0480	1,0414	1,0521	1,0414
Rioja (La)	1,0111	1,0310	1,0374	1,0203	1,0122	1,0174	1,0122
Ceuta	0,8925	0,8960	0,9046	0,9048	0,8795	0,8825	0,8795
Melilla	0,8565	0,8337	0,8020	0,8313	0,8308	0,8363	0,8308

Nota: índices superiores a la unidad (en rojo) indican casuísticas más complejas que la casuística del conjunto de Servicios de Salud de las Comunidades (índice del SNS = 1)

ÍNDICE DE LA ESTANCIA MEDIA AJUSTADA POR EL FUNCIONAMIENTO							
COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía	1,0452	1,0251	1,0273	1,0281	1,0234	1,0228	1,0234
Aragón	1,0637	1,0416	1,0441	1,0305	1,0503	1,0368	1,0503
Asturias (Principado de)	1,1400	1,0894	1,0810	1,0901	1,0704	1,0922	1,0704
Baleares (Islas)	0,9766	0,9222	0,9245	0,9306	0,9424	0,9377	0,9424
Canarias	1,1477	1,1058	1,1411	1,1349	1,1177	1,1126	1,1177
Cantabria	1,0262	0,9905	1,0049	1,0234	0,9962	1,0090	0,9962
Castilla y León	1,0561	0,9707	1,0193	1,0114	1,0292	1,0263	1,0292
Castilla - La Mancha	1,0030	1,0216	0,9786	0,9734	0,9636	0,9670	0,9636
Cataluña	0,8078	0,9402	0,9341	0,9347	0,9209	0,9232	0,9209
Comunidad Valenciana	0,9691	0,9395	0,9296	0,9187	0,9323	0,9354	0,9323
Extremadura	1,0959	1,0458	1,0524	1,0407	1,0146	1,0120	1,0146
Galicia	1,1588	1,1189	1,0852	1,1067	1,1228	1,1238	1,1228
Madrid (Comunidad de)	1,0569	1,0309	1,0368	1,0348	1,0204	1,0243	1,0204
Murcia (Región de)	1,0269	0,9844	0,9721	0,9603	0,9866	0,9833	0,9866
Navarra (Comunidad Foral de)	1,0485	1,0097	1,0048	1,0100	1,0162	1,0108	1,0162
País Vasco	0,9718	0,9484	0,9487	0,9622	1,0044	0,9763	1,0044
Rioja (La)	1,0559	1,0013	0,9842	0,9737	0,9272	0,9929	0,9272
Ceuta	0,9194	0,8515	0,8741	0,8776	0,9099	0,8923	0,9099
Melilla	1,0379	0,9801	0,9880	0,9633	1,0561	1,0451	1,0561

Nota: índices menores que la unidad (en azul) indican estancias medias menores que el SNS (ajustado por casuística) (índice del SNS = 1).

V.4.2.9. La alta tecnología

Se ha considerado la siguiente tecnología:

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

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 los Servicios de Salud de las Comunidades independientemente de su ubicación en centros hospitalarios y no hospitalarios; asimismo, se ha recogido la actividad desarrollada por cada tecnología.

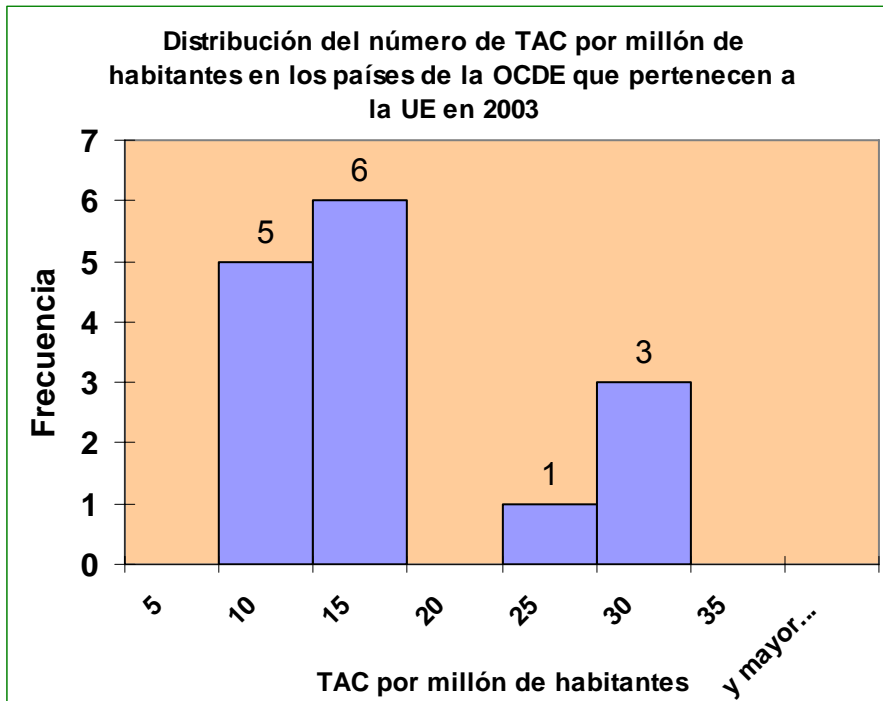
V.4.2.9.1. Tomografía Axial Computarizada (TAC)

Como se viene indicando a lo largo del documento, los equipos de TAC y el número de estudios que se han considerado corresponden a aquéllos que se financian con recursos públicos por los Servicios de Salud de las Comunidades y Ciudades Autónomas.

Por lo que se refiere al número de equipos de TAC que se han contabilizado a partir de la información proporcionada por las Comunidades, en el año 2004 se contaba con un total de 452, lo que supone 11,03 equipos de TAC por millón de habitantes⁶¹. Este indicador oscila entre 7,98 en Castilla-La Mancha y 19,26 en Asturias. Las Comunidades y Ciudades Autónomas que cuentan con un indicador superior a la media son Asturias, Galicia, Ceuta, Extremadura, Aragón, Murcia, País Vasco, Madrid y Canarias.

⁶¹ Población protegida.

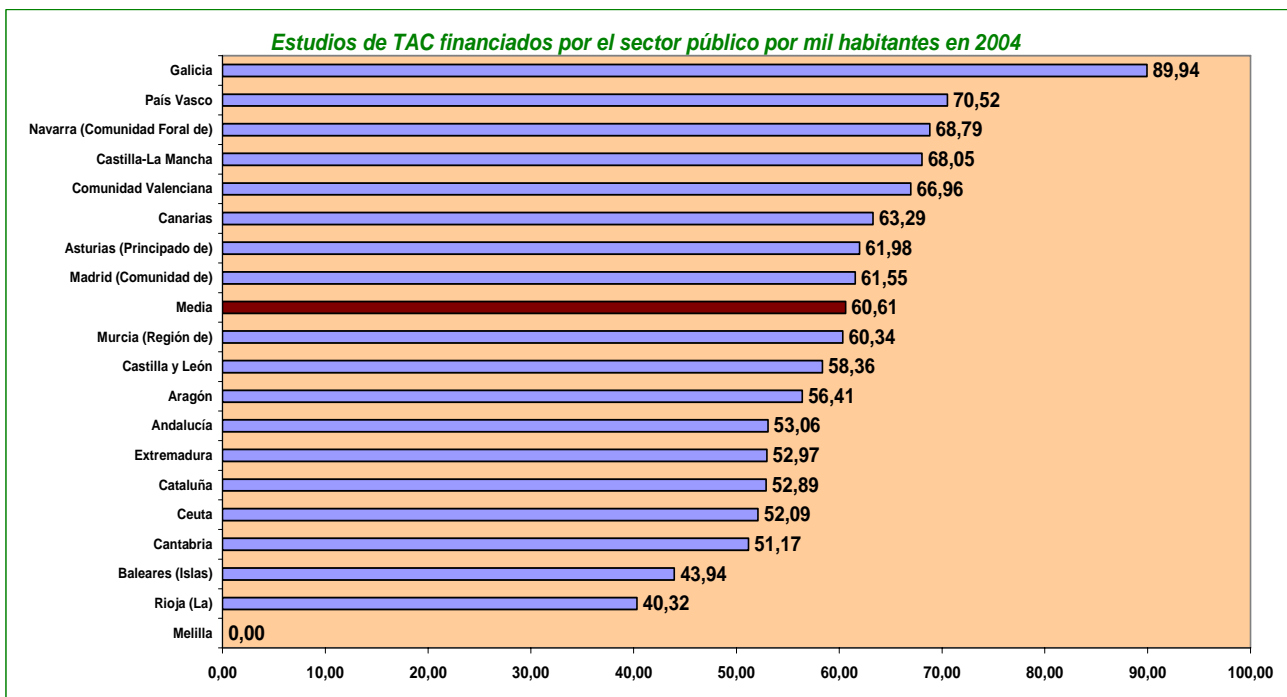
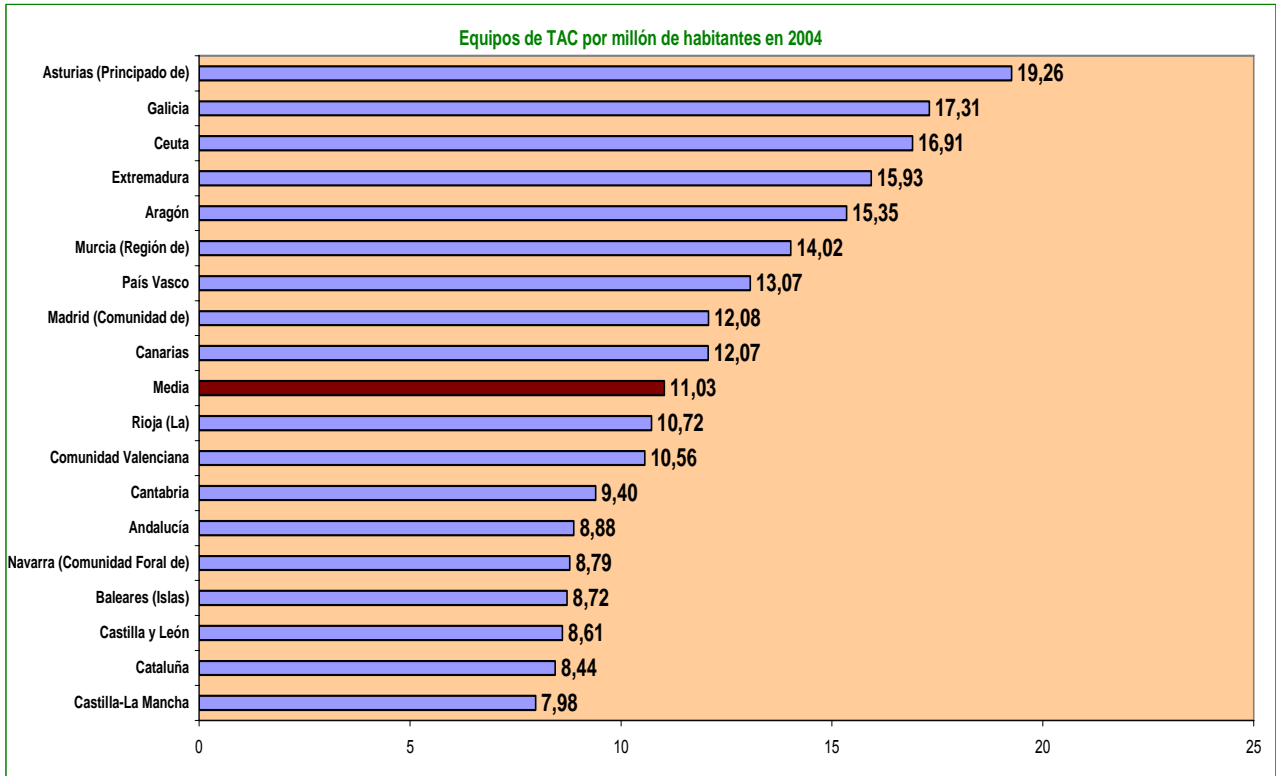
En los países de la UE que también pertenecen a la OCDE, esta ratio (incluyendo el total de equipos de TAC, públicos más privados), que para el caso de España se eleva a 13, oscila entre el 6,3 de Polonia y el 29,8 de Bélgica, con la siguiente distribución relativa a los países de los que se dispone de dato en 2003:



Fuente: ECO-SALUD OCDE 2006, Junio 06

Dato de España: 13 TAC por millón de habitantes (sector público y privado)

El número de estudios de TAC que se realizaron en 2004 en los Servicios de Salud de las comunidades ascienden a 2.483.976, es decir, 60,61 estudios de TAC por mil habitantes. Las Comunidades donde se realizan estudios de TAC por encima de la media son Navarra, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Canarias, Asturias y Madrid.



GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Equipos de TAC

Número total de equipos en funcionamiento en el año

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Total						Porcentaje sobre el total						Tasa de variación interanual					TAM 99/04	
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004		
Total	301	371	399	413	423	452	100	100	100	100	100	100	23,26	7,55	3,51	2,42	6,86	8,47	
Andalucía	62	63	65	62	63	64	20,60	16,98	16,29	15,01	14,89	14,16	1,61	3,17	-4,62	1,61	1,59	0,64	
Aragón	8	12	16	17	18	18	2,66	3,23	4,01	4,12	4,26	3,98	50,00	33,33	6,25	5,88	0,00	17,61	
Asturias (Principado de)	13	15	16	16	16	20	4,32	4,04	4,01	3,87	3,78	4,42	15,38	6,67	0,00	0,00	25,00	9,00	
Baleares (Islas)	7	7	7	7	8	8	2,33	1,89	1,75	1,69	1,89	1,77	0,00	0,00	0,00	14,29	0,00	2,71	
Canarias	18	20	21	21	18	22	5,98	5,39	5,26	5,08	4,26	4,87	11,11	5,00	0,00	-14,29	22,22	4,10	
Cantabria	4	5	5	5	5	5	1,33	1,35	1,25	1,21	1,18	1,11	25,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,56	
Castilla y León	17	21	20	18	19	20	5,65	5,66	5,01	4,36	4,49	4,42	23,53	-4,76	-10,00	5,56	5,26	3,30	
Castilla - La Mancha	7	11	13	13	14	14	2,33	2,96	3,26	3,15	3,31	3,10	57,14	18,18	0,00	7,69	0,00	14,87	
Cataluña	n.d.	45	48	53	56	56	--	12,13	12,03	12,83	13,24	12,39	--	6,67	10,42	5,66	0,00	--	
Comunidad Valenciana	34	36	39	41	40	46	11,30	9,70	9,77	9,93	9,46	10,18	5,88	8,33	5,13	-2,44	15,00	6,23	
Extremadura	8	10	13	15	15	16	2,66	2,70	3,26	3,63	3,55	3,54	25,00	30,00	15,38	0,00	6,67	14,87	
Galicia	38	38	43	45	44	45	12,62	10,24	10,78	10,90	10,40	9,96	0,00	13,16	4,65	-2,22	2,27	3,44	
Madrid (Comunidad de)	50	52	53	54	57	65	16,61	14,02	13,28	13,08	13,48	14,38	4,00	1,92	1,89	5,56	14,04	5,39	
Murcia (Región de)	6	7	8	13	15	17	1,99	1,89	2,01	3,15	3,55	3,76	16,67	14,29	62,50	15,38	13,33	23,16	
Navarra (Comunidad Foral de)	4	4	4	4	5	5	1,33	1,08	1,00	0,97	1,18	1,11	0,00	0,00	0,00	25,00	0,00	4,56	
País Vasco	22	21	24	25	26	27	7,31	5,66	6,02	6,05	6,15	5,97	-4,55	14,29	4,17	4,00	3,85	4,18	
Rioja (La)	2	3	3	3	3	3	0,66	0,81	0,75	0,73	0,71	0,66	50,00	0,00	0,00	0,00	0,00	8,45	
Ceuta	1	1	1	1	1	1	0,33	0,27	0,25	0,24	0,24	0,22	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Melilla	0	0	0	0	0	0	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Estudios de TAC

Número de Estudios de TAC realizados para los servicios de Salud de las comunidades

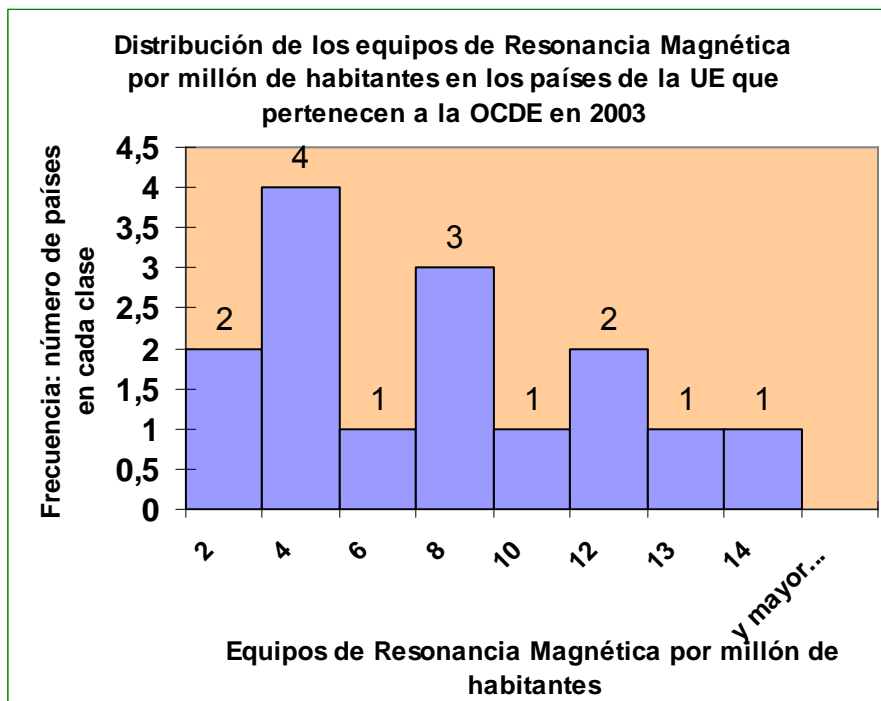
COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Total						Porcentaje sobre el total						Tasa de variación interanual					TAM 99/04	
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004		
Total	1.723.002	1.878.473	2.039.269	2.244.867	2.335.557	2.483.976	100	100	100	100	100	100	9,02	8,56	10,08	4,04	6,35	7,59	
Andalucía	262.955	279.320	312.749	347.501	348.142	382.368	15,26	14,87	15,34	15,48	14,91	15,39	6,22	11,97	11,11	0,18	9,83	7,78	
Aragón	37.646	41.715	51.815	56.265	62.746	66.162	2,18	2,22	2,54	2,51	2,69	2,66	10,81	24,21	8,59	11,52	5,44	11,94	
Asturias (Principado de)	62.030	67.050	68.028	66.017	68.881	64.357	3,60	3,57	3,34	2,94	2,95	2,59	8,09	1,46	-2,96	4,34	-6,57	0,74	
Baleares (Islas)	26.586	27.227	27.166	31.967	37.149	40.310	1,54	1,45	1,33	1,42	1,59	1,62	2,41	-0,22	17,67	16,21	8,51	8,68	
Canarias	71.633	84.759	97.124	110.038	102.208	115.395	4,16	4,51	4,76	4,90	4,38	4,65	18,32	14,59	13,30	-7,12	12,90	10,01	
Cantabria	16.447	17.941	21.024	23.184	26.775	27.220	0,95	0,96	1,03	1,03	1,15	1,10	9,08	17,18	10,27	15,49	1,66	10,60	
Castilla y León	108.057	117.212	123.624	132.927	128.648	135.544	6,27	6,24	6,06	5,92	5,51	5,46	8,47	5,47	7,53	-3,22	5,36	4,64	
Castilla - La Mancha	74.046	78.741	82.357	97.873	104.640	119.391	4,30	4,19	4,04	4,36	4,48	4,81	6,34	4,59	18,84	6,91	14,10	10,03	
Cataluña	217.174	274.186	288.136	332.717	342.153	350.939	12,60	14,60	14,13	14,82	14,65	14,13	26,25	5,09	15,47	2,84	2,57	10,07	
Comunidad Valenciana	242.000	236.185	256.504	296.542	280.937	291.593	14,05	12,57	12,58	13,21	12,03	11,74	-2,40	8,60	15,61	-5,26	3,79	3,80	
Extremadura	27.285	35.326	45.524	48.956	50.197	53.186	1,58	1,88	2,23	2,18	2,15	2,14	29,47	28,87	7,54	2,53	5,95	14,28	
Galicia	137.856	158.018	161.141	163.440	212.854	233.833	8,00	8,41	7,90	7,28	9,11	9,41	14,63	1,98	1,43	30,23	9,86	11,15	
Madrid (Comunidad de)	233.189	244.858	267.331	288.943	307.275	331.320	13,53	13,03	13,11	12,87	13,16	13,34	5,00	9,18	8,08	6,34	7,83	7,28	
Murcia (Región de)	45.826	50.846	54.842	58.983	66.079	73.146	2,66	2,71	2,69	2,63	2,83	2,94	10,95	7,86	7,55	12,03	10,69	9,80	
Navarra (Comunidad Foral de)	30.305	34.540	39.363	35.937	37.613	39.143	1,76	1,84	1,93	1,60	1,61	1,58	13,97	13,96	-8,70	4,66	4,07	5,25	
País Vasco	113.186	113.097	124.366	134.478	139.233	145.707	6,57	6,02	6,10	5,99	5,96	5,87	-0,08	9,96	8,13	3,54	4,65	5,18	
Rioja (La)	13.358	13.169	13.895	15.915	17.136	11.282	0,78	0,70	0,68	0,71	0,73	0,45	-1,41	5,51	14,54	7,67	-34,16	-3,32	
Ceuta	3.423	4.283	4.280	3.184	2.891	3.080	0,20	0,23	0,21	0,14	0,12	0,12	25,12	-0,07	-25,61	-9,20	6,54	-2,09	
Melilla	0	0	0	0	0	0	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

V.4.2.9.2. Resonancia nuclear magnética (RNM)

Los equipos de RNM y el número de estudios que se han considerado corresponden a aquéllos que se financian con recursos públicos por los Servicios de Salud de las Comunidades y Ciudades Autónomas.

En el año 2004 se contaba con un total de 266 equipos de resonancia nuclear magnética, lo que supone 6,49 equipos por millón de habitantes⁶². Este indicador oscila entre 0 en Ceuta y Melilla, o 1,29 en Castilla y León, y 12,62 en el País Vasco. Las Comunidades que cuentan con un indicador superior a la media son País Vasco, Extremadura, Galicia, Madrid, Asturias, Murcia, Canarias, Andalucía y Comunidad Valenciana.

En los países de la UE que también pertenecen a la OCDE, esta ratio (incluyendo el total de equipos de RNM, públicos más privados), que para el caso de España es 7,3, oscila entre el 1,0 de Polonia y el 13,6 de Austria, con la siguiente distribución relativa a los países de los que se dispone de dato en 2003:

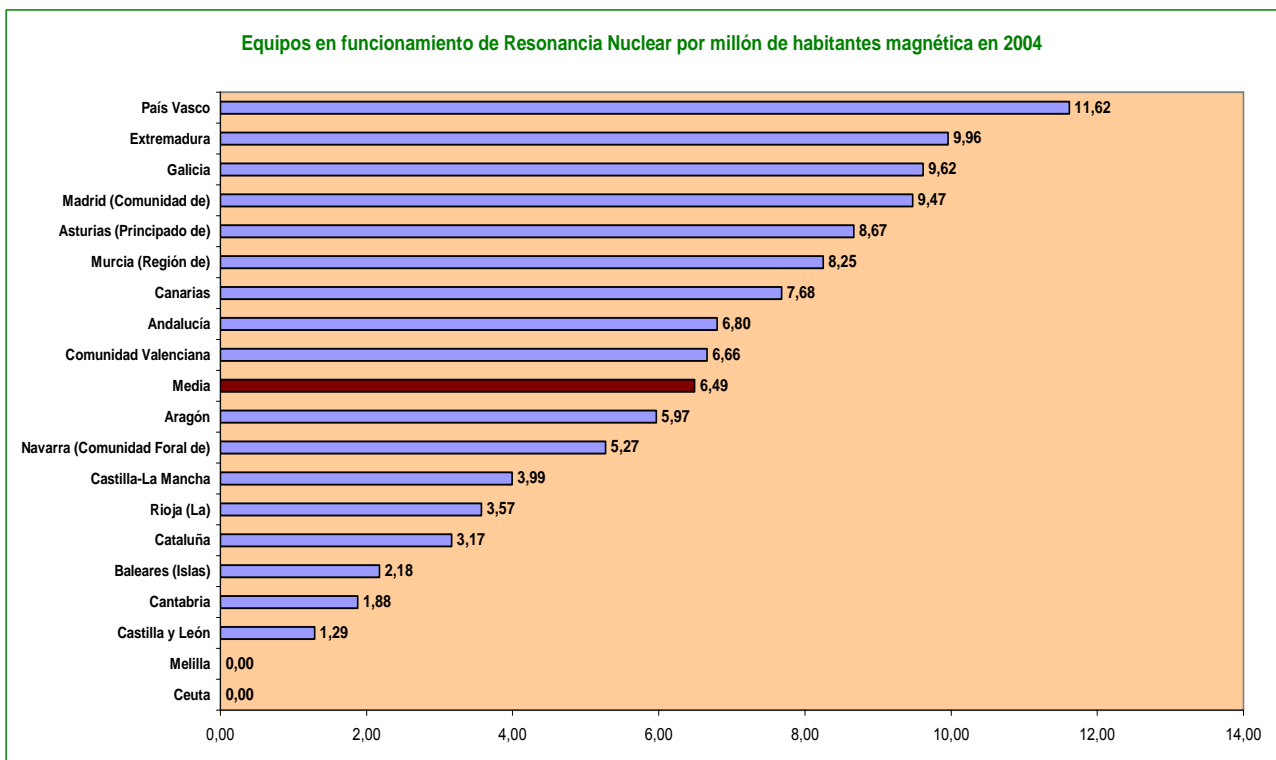


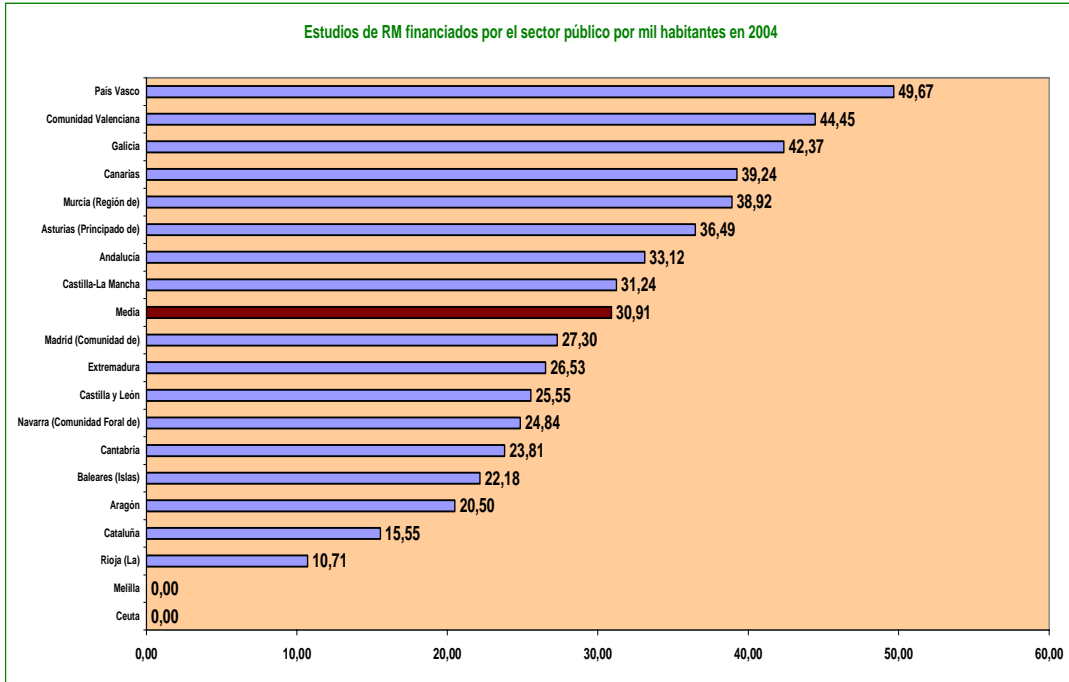
Fuente: ECO-SALUD OCDE 2006, Junio 06

Dato de España: 7,3 RNM por millón de habitantes (sector público y privado)

⁶² Población protegida.

El número de estudios de RNM que se realizaron en 2004 en los Servicios de Salud de las Comunidades ascienden a 1.266.758, es decir, 30,91 estudios de RNM por mil habitantes. Las Comunidades donde se realizan estudios de RNM por encima de la media son País Vasco, Comunidad Valenciana, Galicia, Canarias, Murcia, Asturias, Andalucía y Castilla-La Mancha.





GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Equipos de Resonancia Nuclear Magnética

Número Total de Equipos de Resonancia Nuclear Magnética en funcionamiento para los Servicios de Salud de las comunidades

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Total						Porcentaje sobre el total						Tasa de variación interanual					TAM 99/04	
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004		
Total	125	145	172	210	240	266	100	100	100	100	100	100	16,00	18,62	21,80	14,56	10,83	16,30	
Andalucía	32	30	30	36	49	49	25,60	20,69	17,44	17,18	20,42	18,42	-6,25	0,00	20,00	36,11	0,00	8,90	
Aragón	2	2	6	7	7	7	1,60	1,38	3,49	3,34	2,92	2,63	0,00	200,00	16,67	0,00	0,00	28,47	
Asturias (Principado de)	4	6	6	7	8	9	3,20	4,14	3,49	3,34	3,33	3,38	50,00	0,00	16,67	14,29	12,50	17,61	
Baleares (Islas)	1	1	1	2	2	2	0,80	0,69	0,58	0,95	0,83	0,75	0,00	0,00	100,00	0,00	0,00	14,87	
Canarias	3	4	9	11	9	14	2,40	2,76	5,23	5,25	3,75	5,26	33,33	125,00	22,22	-18,18	55,56	36,08	
Cantabria	1	1	2	2	1	1	0,80	0,69	1,16	0,95	0,42	0,38	0,00	100,00	0,00	-50,00	0,00	0,00	
Castilla y León	2	2	3	3	3	3	1,60	1,38	1,74	1,43	1,25	1,13	0,00	50,00	0,00	0,00	0,00	8,45	
Castilla - La Mancha	n.d.	n.d.	1	3	7	7	--	--	0,58	1,43	2,92	2,63	--	--	200,00	133,33	0,00	--	
Cataluña	n.d.	7	8	17	20	21	--	4,83	4,65	8,11	8,33	7,89	--	14,29	112,50	17,65	5,00	--	
Comunidad Valenciana	12	16	22	23	24	29	9,60	11,03	12,79	10,98	10,00	10,90	33,33	37,50	4,55	4,35	20,83	19,30	
Extremadura	1	1	4	10	10	10	0,80	0,69	2,33	4,77	4,17	3,76	0,00	300,00	150,00	0,00	0,00	58,49	
Galicia	18	20	22	23	23	25	14,40	13,79	12,79	10,98	9,58	9,40	11,11	10,00	4,55	0,00	8,70	6,79	
Madrid (Comunidad de)	27	32	34	37	44	51	21,60	22,07	19,77	17,66	18,33	19,17	18,52	6,25	8,82	18,92	15,91	13,56	
Murcia (Región de)	1	1	2	5	8	10	0,80	0,69	1,16	2,15	3,33	3,76	0,00	100,00	125,00	77,78	25,00	58,49	
Navarra (Comunidad Foral de)	1	1	1	2	3	3	0,80	0,69	0,58	0,95	1,25	1,13	0,00	0,00	100,00	50,00	0,00	24,57	
País Vasco	20	20	20	21	21	24	16,00	13,79	11,63	10,02	8,75	9,02	0,00	0,00	5,00	0,00	14,29	3,71	
Rioja (La)	0	1	1	1	1	1	--	0,69	0,58	0,48	0,42	0,38	--	0,00	0,00	0,00	0,00	--	
Ceuta	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0	0	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Melilla	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0	0	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Estudios de Resonancia Nuclear Magnética

Número de Estudios de Resonancia Nuclear Magnética realizados para los Servicios de Salud de las comunidades

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Total						Porcentaje sobre el total						Tasa de variación interanual					TAM 99/04
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004	
Total	465.618	565.757	685.905	938.406	1.092.808	1.266.758	100	100	100	100	100	100	21,51	21,24	36,81	16,45	15,92	22,16
Andalucía	113.779	126.779	146.444	177.848	199.562	238.695	24,44	22,41	21,35	18,95	18,26	89734,96	11,43	15,51	21,44	12,21	19,61	15,97
Aragón	7.300	7.415	15.070	19.871	21.031	24.042	1,57	1,31	2,20	2,12	1,92	9038,35	1,58	103,24	31,86	5,84	14,32	26,92
Asturias (Principado de)	15.923	17.311	21.844	23.656	30.708	37.885	3,42	3,06	3,18	2,52	2,81	14242,48	8,72	26,19	8,30	29,81	23,37	18,93
Baleares (Islas)	9.420	11.737	12.818	15.531	18.711	20.341	2,02	2,07	1,87	1,66	1,71	7646,99	24,60	9,21	21,17	20,48	8,71	16,64
Canarias	21.698	36.687	48.149	61.933	54.816	71.548	4,66	6,48	7,02	6,60	5,02	26897,74	69,08	31,24	28,63	-11,49	30,52	26,95
Cantabria	4.424	4.162	10.113	11.116	12.545	12.669	0,95	0,74	1,47	1,18	1,15	4762,78	-5,92	142,98	9,92	12,86	0,99	23,42
Castilla y León	11.391	11.321	12.399	49.603	50.584	59.348	2,45	2,00	1,81	5,29	4,63	22311,28	-0,61	9,52	300,06	1,98	17,33	39,11
Castilla - La Mancha	n.d.	n.d.	921	31.840	42.715	54.801	--	--	0,13	3,39	3,91	20601,88	--	--	3357,11	34,16	28,29	--
Cataluña	42.451	50.693	59.423	81.459	90.678	103.170	9,12	8,96	8,66	8,68	8,30	38785,71	19,42	17,22	37,08	11,32	13,78	19,44
Comunidad Valenciana	68.682	106.065	132.099	151.810	176.772	193.569	14,75	18,75	19,26	16,18	16,18	72770,30	54,43	24,55	14,92	16,44	9,50	23,03
Extremadura	4.336	5.356	18.394	20.335	24.975	26.636	0,93	0,95	2,68	2,17	2,29	10013,53	23,52	243,43	10,55	22,82	6,65	43,77
Galicia	11.908	20.686	24.917	48.640	101.016	110.156	2,56	3,66	3,63	5,18	9,24	41412,03	73,72	20,45	95,21	107,68	9,05	56,04
Madrid (Comunidad de)	60.701	69.640	73.943	110.681	121.534	146.963	13,04	12,31	10,78	11,79	11,12	55249,25	14,73	6,18	49,68	9,81	20,92	19,34
Murcia (Región de)	11.651	13.962	17.081	25.516	30.831	47.180	2,50	2,47	2,49	2,72	2,82	17736,84	19,84	22,34	49,38	20,83	53,03	32,28
Navarra (Comunidad Foral de)	8.375	7.477	9.207	11.649	12.487	14.135	1,80	1,32	1,34	1,24	1,14	5313,91	-10,72	23,14	26,52	7,19	13,20	11,04
País Vasco	73.579	76.220	80.632	93.698	99.478	102.623	15,80	13,47	11,76	9,98	9,10	38580,08	3,59	5,79	16,20	6,17	3,16	6,88
Rioja (La)	n.d.	246	2.451	3.220	4.365	2.997	--	0,04	0,36	0,34	0,40	1126,69	--	896,34	31,37	35,56	-31,34	--
Ceuta	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0	0	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Melilla	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0	0	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

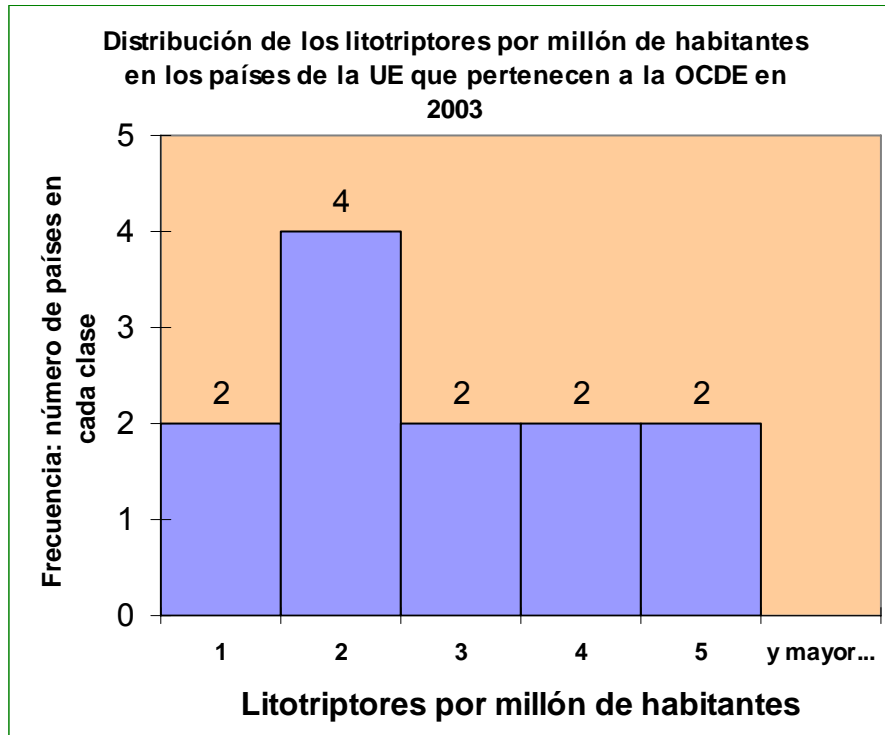
V.4.2.9.3. Equipos de Litotricia Renal

Los equipos de Litotricia Renal y el número de litotricias considerado corresponden, de nuevo, a aquéllos que se financian con recursos públicos por los Servicios de Salud de las Comunidades y Ciudades Autónomas.

Por lo que se refiere al número de equipos de litotricia que se han contabilizado a partir de la información proporcionada por las comunidades, en el año 2004 se contaba con un total de 53, lo que supone 1,29 litotriptores por millón de habitantes⁶³. Este indicador oscila entre 0 en Ceuta, Melilla y Castilla y León, o 0,82 en Murcia, y 3,57 en La Rioja. Las Comunidades que cuentan con un indicador superior a la media son La Rioja, Canarias, Extremadura, Cantabria, Navarra, Aragón, Madrid, Comunidad Valenciana y Galicia.

En los países de la UE que también pertenecen a la OCDE, esta ratio (incluyendo los equipos de litotricia tanto públicos como privados, que para el caso de España es 1,8) oscila entre el 0,4 de Finlandia y el 4,4 de Bélgica, con la siguiente distribución relativa a los países de los que se dispone de dato en 2003:

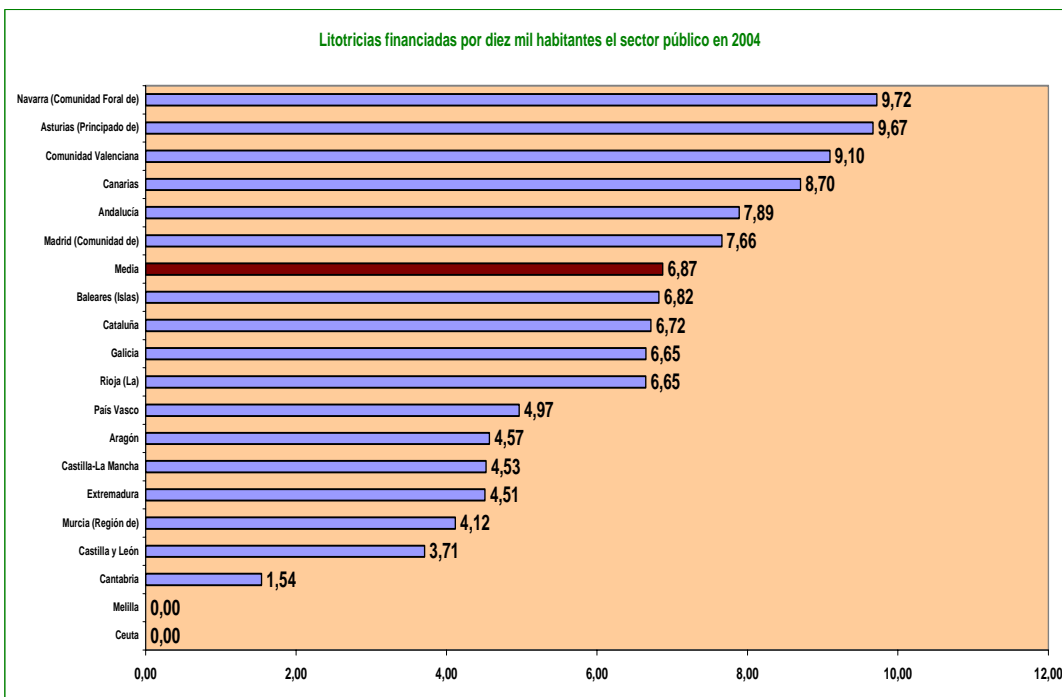
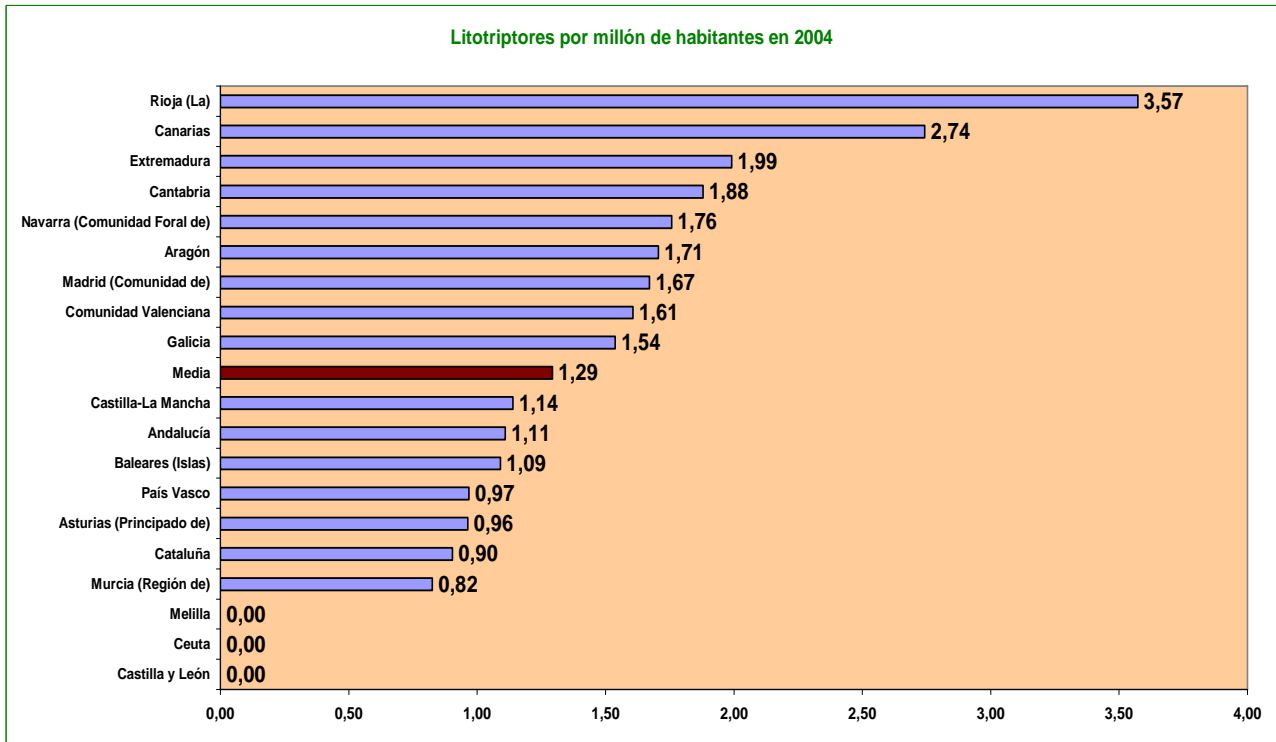
⁶³ Población protegida.



Fuente: ECO-SALUD OCDE 2006, Junio 06

Dato de España: 1,8 litotriptores por millón de habitantes (sector público y privado)

El número de litotricias que se realizaron en 2004 en los Servicios de Salud ascienden a 28.164, es decir, 6,87 litotricias por diez mil habitantes. Las Comunidades donde se realiza un número de litotricias por encima de la media son Navarra, Asturias, Comunidad Valenciana, Canarias, Andalucía y Madrid.



GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Equipos de Litotricia Renal

Número Total de Equipos de Litotricia Renal en funcionamiento para los Servicios de Salud de las comunidades

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Total						Porcentaje sobre el total						Tasa de variación interanual					TAM 99/04
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004	
Total	37	42	42	42	51	53	100	100	100	100	100	100	13,51	0,00	0,00	21,43	3,92	7,45
Andalucía	4	4	4	4	9	8	10,81	9,52	9,52	9,52	17,65	15,09	0,00	0,00	0,00	125,00	-11,11	14,87
Aragón	1	1	2	2	2	2	2,70	2,38	4,76	4,76	3,92	3,77	0,00	100,00	0,00	0,00	0,00	14,87
Asturias (Principado de)	1	1	1	1	1	1	2,70	2,38	2,38	2,38	1,96	1,89	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Baleares (Islas)	1	2	1	1	1	1	2,70	4,76	2,38	2,38	1,96	1,89	100,00	-50,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Canarias	4	3	4	4	5	5	10,81	7,14	9,52	9,52	9,80	9,43	-25,00	33,33	0,00	25,00	0,00	4,56
Cantabria	0	0	0	0	1	1	--	--	--	--	1,96	1,89	--	--	--	--	0,00	--
Castilla y León	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0	0	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Castilla - La Mancha	2	2	2	2	2	2	5,41	4,76	4,76	4,76	3,92	3,77	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Cataluña	5	6	6	6	6	6	13,51	14,29	14,29	14,29	11,76	11,32	20,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,71
Comunidad Valenciana	6	6	6	7	6	7	16,22	14,29	14,29	16,67	11,76	13,21	0,00	0,00	16,67	-14,29	16,67	3,13
Extremadura	n.d.	1	1	1	2	2	--	2,38	2,38	2,38	3,92	3,77	--	0,00	0,00	100,00	0,00	--
Galicia	2	2	2	2	3	4	5,41	4,76	4,76	4,76	5,88	7,55	0,00	0,00	0,00	50,00	33,33	14,87
Madrid (Comunidad de)	7	10	9	8	8	9	18,92	23,81	21,43	19,05	15,69	16,98	42,86	-10,00	-11,11	0,00	12,50	5,15
Murcia (Región de)	1	1	1	1	1	1	2,70	2,38	2,38	2,38	1,96	1,89	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Navarra (Comunidad Foral de)	1	1	1	1	1	1	2,70	2,38	2,38	2,38	1,96	1,89	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
País Vasco	2	2	2	2	2	2	5,41	4,76	4,76	4,76	3,92	3,77	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Rioja (La)	0	0	0	0	1	1	--	--	--	--	1,96	1,89	--	--	--	--	0,00	--
Ceuta	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0	0	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Melilla	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0	0	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Litotricias Renales

Número de Litotricias Renales realizadas para los Servicios de Salud de las comunidades

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Total						Porcentaje sobre el total						Tasa de variación interanual					TAM 99/04	
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004		
Total	20.315	24.977	24.418	26.291	27.829	28.164	100	100	100	100	100	100	22,95	-2,24	7,67	5,85	1,20	6,75	
Andalucía	4.533	4.910	4.660	5.185	5.158	5.686	22,31	19,66	19,08	19,72	18,53	20,19	8,32	-5,09	11,27	-0,52	10,24	4,64	
Aragón	1.295	1.353	746	603	523	536	6,37	5,42	3,06	2,29	1,88	1,90	4,48	-44,86	-19,17	-13,27	2,49	-16,17	
Asturias (Principado de)	876	967	908	1.038	1.153	1.004	4,31	3,87	3,72	3,95	4,14	3,56	10,39	-6,10	14,32	11,08	-12,92	2,77	
Baleares (Islas)	676	626	567	567	629	626	3,33	2,51	2,32	2,16	2,26	2,22	-7,40	-9,42	0,00	10,93	-0,48	-1,53	
Canarias	1.966	1.678	1.470	1.570	1.682	1.587	9,68	6,72	6,02	5,97	6,04	5,63	-14,65	-12,40	6,80	7,13	-5,65	-4,19	
Cantabria	0	0	0	0	85	82	--	--	--	--	0,31	0,29	--	--	--	--	-3,53	--	
Castilla y León	n.d.	n.d.	n.d.	939	882	861	--	--	--	3,57	3,17	3,06	--	--	--	-6,07	-2,38	--	
Castilla - La Mancha	525	492	476	878	842	794	2,58	1,97	1,95	3,34	3,03	2,82	-6,29	-3,25	84,45	-4,10	-5,70	8,63	
Cataluña	n.d.	3.834	4.083	4.157	4.351	4.457	--	15,35	16,72	15,81	15,63	15,83	--	6,49	1,81	4,67	2,44	--	
Comunidad Valenciana	4.029	4.370	4.171	4.232	4.111	3.962	19,83	17,50	17,08	16,10	14,77	14,07	8,46	-4,55	1,46	-2,86	-3,62	-0,33	
Extremadura	n.d.	n.d.	452	455	488	453	--	--	1,85	1,73	1,75	1,61	--	--	0,66	7,25	-7,17	--	
Galicia	1.214	1.109	1.149	1.110	1.753	1.729	5,98	4,44	4,71	4,22	6,30	6,14	-8,65	3,61	-3,39	57,93	-1,37	7,33	
Madrid (Comunidad de)	3.063	3.443	3.544	3.344	3.906	4.123	15,08	13,78	14,51	12,72	14,04	14,64	12,41	2,93	-5,64	16,81	5,56	6,12	
Murcia (Región de)	314	352	353	423	426	499	1,55	1,41	1,45	1,61	1,53	1,77	12,10	0,28	19,83	0,71	17,14	9,71	
Navarra (Comunidad Foral de)	506	620	595	590	621	553	2,49	2,48	2,44	2,24	2,23	1,96	22,53	-4,03	-0,84	5,25	-10,95	1,79	
País Vasco	1.318	1.223	1.244	1.200	1.143	1.026	6,49	4,90	5,09	4,56	4,11	3,64	-7,21	1,72	-3,54	-4,75	-10,24	-4,89	
Rioja (La)	0	0	0	0	76	186	--	--	--	--	0,27	0,66	--	--	--	--	144,74	--	
Ceuta	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0	0	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Melilla	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0	0	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

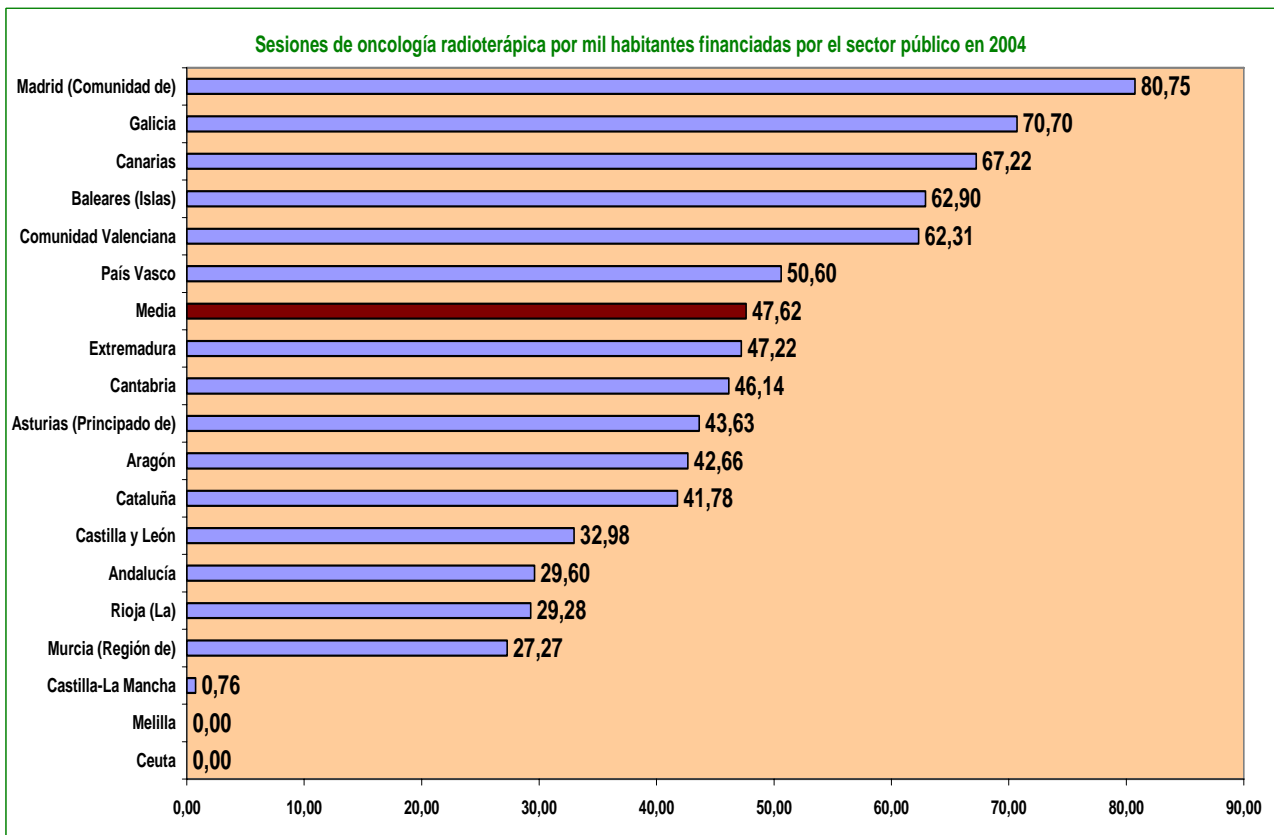
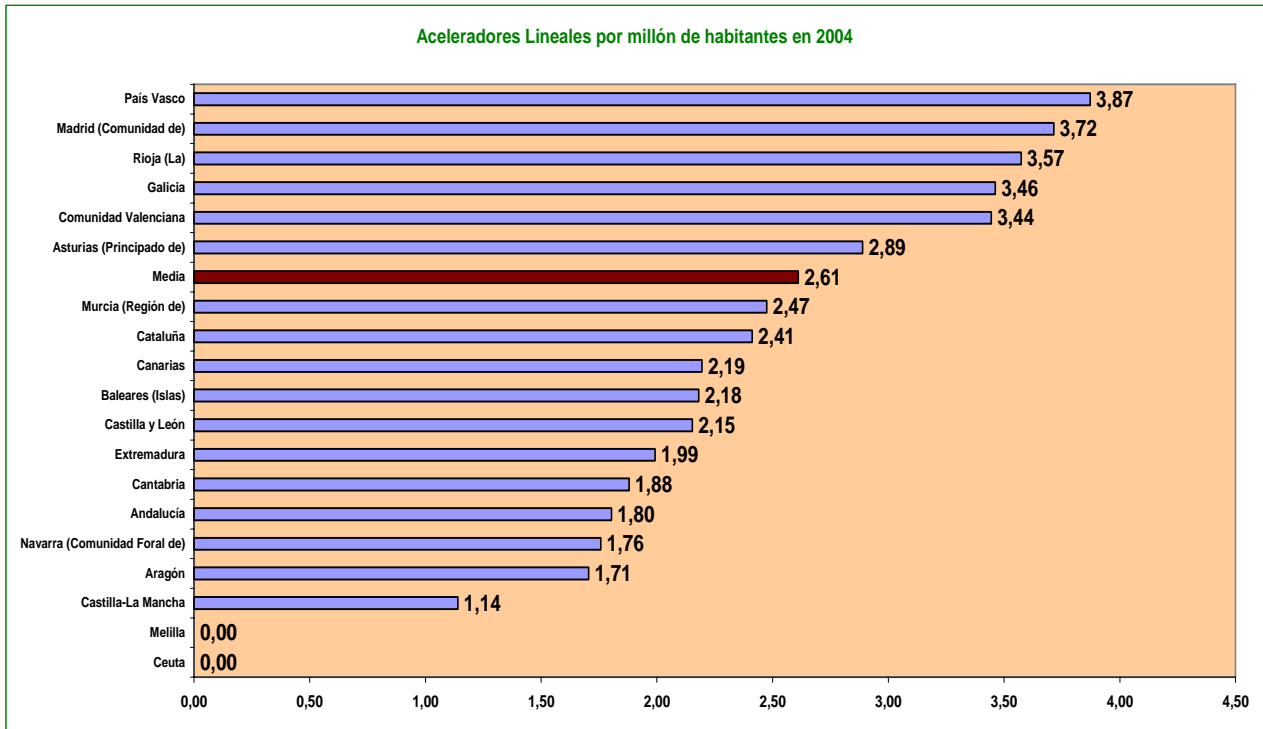
V.4.2.9.4. Aceleradores Lineales

Los Aceleradores Lineales y el número de estudios que se han considerado corresponden a aquéllos que se financian con recursos públicos por los Servicios de Salud de las Comunidades y Ciudades Autónomas.

En el año 2004 se contaba con un total de 107, lo que supone 2,61 Aceleradores Lineales por millón de habitantes⁶⁴. Este indicador oscila entre 0 en Ceuta y Melilla, o 1,14 en Castilla-La Mancha, y 3,87 en el País Vasco. Las Comunidades que cuentan con un indicador superior a la media son País Vasco, Madrid, La Rioja, Galicia, Comunidad Valenciana y Asturias.

Por lo que se refiere a las sesiones de oncología radioterápica que se realizaron en 2004 en los Servicios de Salud, éstas ascienden a 1.951.564, es decir, 47,62 sesiones de oncología radioterápica por mil habitantes. Las Comunidades que se sitúan por encima de la media son la Comunidad de Madrid, Galicia, Canarias, Baleares, Comunidad Valenciana, País Vasco y Extremadura.

⁶⁴ Población protegida.



GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Equipos de Aceleradores Lineales

Número Total de Aceleradores Lineales en funcionamiento para los Servicios de Salud de las comunidades

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Total						Porcentaje sobre el total						Tasa de variación interanual					TAM 99/04	
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004		
Total	68	75	83	91	102	107	100	100	100	100	100	100	10,29	10,67	9,64	12,09	4,90	9,49	
Andalucía	10	11	11	10	12	13	14,71	14,67	13,25	10,99	11,76	12,15	10,00	0,00	-9,09	20,00	8,33	5,39	
Aragón	1	2	2	2	2	2	1,47	2,67	2,41	2,20	1,96	1,87	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	14,87	
Asturias (Principado de)	1	2	2	2	2	3	1,47	2,67	2,41	2,20	1,96	2,80	100,00	0,00	0,00	0,00	50,00	24,57	
Baleares (Islas)	1	1	1	1	1	2	1,47	1,33	1,20	1,10	0,98	1,87	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	14,87	
Canarias	2	4	5	5	5	4	2,94	5,33	6,02	5,49	4,90	3,74	100,00	25,00	0,00	0,00	-20,00	14,87	
Cantabria	1	1	2	2	2	1	1,47	1,33	2,41	2,20	1,96	0,93	0,00	100,00	0,00	0,00	-50,00	0,00	
Castilla y León	3	2	3	4	5	5	4,41	2,67	3,61	4,40	4,90	4,67	-33,33	50,00	33,33	25,00	0,00	10,76	
Castilla - La Mancha	n.d.	1	1	1	2	2	--	1,33	1,20	1,10	1,96	1,87	--	0,00	0,00	100,00	0,00	--	
Cataluña	10	10	10	11	11	16	14,71	13,33	12,05	12,09	10,78	14,95	0,00	0,00	10,00	0,00	45,45	9,86	
Comunidad Valenciana	13	13	13	16	18	15	19,12	17,33	15,66	17,58	17,65	14,02	0,00	0,00	23,08	12,50	-16,67	2,90	
Extremadura	1	1	1	1	2	2	1,47	1,33	1,20	1,10	1,96	1,87	0,00	0,00	0,00	100,00	0,00	14,87	
Galicia	4	4	5	5	8	9	5,88	5,33	6,02	5,49	7,84	8,41	0,00	25,00	0,00	60,00	12,50	17,61	
Madrid (Comunidad de)	13	15	17	19	19	20	19,12	20,00	20,48	20,88	18,63	18,69	15,38	13,33	11,76	0,00	5,26	9,00	
Murcia (Región de)	2	2	2	3	3	3	2,94	2,67	2,41	3,30	2,94	2,80	0,00	0,00	50,00	0,00	0,00	8,45	
Navarra (Comunidad Foral de)	1	1	1	1	1	1	1,47	1,33	1,20	1,10	0,98	0,93	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
País Vasco	5	5	7	7	8	8	7,35	6,67	8,43	7,69	7,84	7,48	0,00	40,00	0,00	14,29	0,00	9,86	
Rioja (La)	0	0	0	1	1	1	--	--	--	1,10	0,98	0,93	--	--	--	0,00	0,00	--	
Ceuta	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0	0	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Melilla	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0	0	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Sesiones de oncología radioterápica

Número total de sesiones de oncología radioterápica realizadas para los Servicios de Salud de las comunidades

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Total						Porcentaje sobre el total						Tasa de variación interanual					TAM 99/04
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004	
Total	1.558.864	1.629.906	1.590.100	1.628.242	1.805.452	1.951.564	100	100	100	100	100	100	4,56	-2,44	2,40	10,88	8,09	4,60
Andalucía	263.211	271.883	249.218	226.751	220.210	213.299	16,88	16,68	15,67	13,93	12,20	10,93	3,29	-8,34	-9,01	-2,88	-3,14	-4,12
Aragón	34.577	38.672	40.777	40.042	45.245	50.034	2,24	2,40	2,59	2,49	2,53	2,59	11,84	5,44	-1,80	12,99	10,58	7,67
Asturias (Principado de)	33.930	35.770	37.441	37.269	39.910	45.307	2,20	2,22	2,38	2,31	2,23	2,35	5,42	4,67	-0,46	7,09	13,52	5,95
Baleares (Islas)	49.183	52.698	51.670	50.206	54.222	57.701	3,19	3,27	3,28	3,12	3,03	2,99	7,15	-1,95	-2,83	8,00	6,42	3,25
Canarias	115.820	111.278	85.088	85.666	87.354	122.543	7,52	6,90	5,40	5,32	4,89	6,36	-3,92	23,54	0,68	1,97	40,28	1,13
Cantabria	22.920	21.381	22.344	18.639	21.690	24.548	1,49	1,33	1,42	1,16	1,21	1,27	-6,71	4,50	-	16,37	13,18	1,38
Castilla y León	108.910	108.766	90.425	64.121	70.368	76.591	7,07	6,75	5,74	3,98	3,94	3,97	-0,13	16,86	29,09	9,74	8,84	-6,80
Castilla - La Mancha	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1.423	1.330	-	-	-	-	0,08	0,07	-	-	-	-	-6,54	-
Cataluña	225.500	224.576	222.090	234.542	275.154	277.178	14,64	13,93	14,09	14,57	15,39	14,38	-0,41	-1,11	5,61	17,32	0,74	4,21
Comunidad Valenciana	225.143	235.381	240.233	275.182	266.662	271.365	14,61	14,61	15,25	17,09	14,91	14,07	4,55	2,06	14,55	-3,10	1,76	3,81
Extremadura	28.093	29.993	26.320	20.148	31.580	47.412	1,82	1,86	1,67	1,25	1,77	2,46	6,76	12,25	23,45	56,74	50,13	11,03
Galicia	39.034	82.374	85.063	80.218	158.321	183.805	2,53	5,11	5,40	4,98	8,85	9,53	111,03	3,26	-5,70	97,36	16,10	36,33
Madrid (Comunidad de)	261.815	270.169	293.970	350.991	381.267	434.652	17,00	16,76	18,66	21,80	21,32	22,54	3,19	8,81	19,40	8,63	14,00	10,67
Murcia (Región de)	21.153	16.534	17.008	19.090	23.424	33.054	1,37	1,03	1,08	1,19	1,31	1,71	-21,84	2,87	12,24	22,70	41,11	9,34
Navarra (Comunidad Foral de)	23.138	22.193	28.203	28.111	28.643	-	1,50	1,38	1,79	1,75	1,60	-	-4,08	27,08	-0,33	1,89	-	-
País Vasco	98.815	100.430	92.189	89.375	90.700	104.551	6,41	6,23	5,85	5,55	5,07	5,42	1,63	-8,21	-3,05	1,48	15,27	1,13
Rioja (La)	7.622	7.808	8.061	7.891	9.279	8.194	0,49	0,48	0,51	0,49	0,52	0,42	2,44	3,24	-2,11	17,59	11,69	1,46
Ceuta	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0	0	-	-	-	-	--	--	-	-	-	--	--	-
Melilla	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0	0	-	-	-	-	--	--	-	-	-	--	--	-

V.4.2.9.5. Máquinas de hemodiálisis

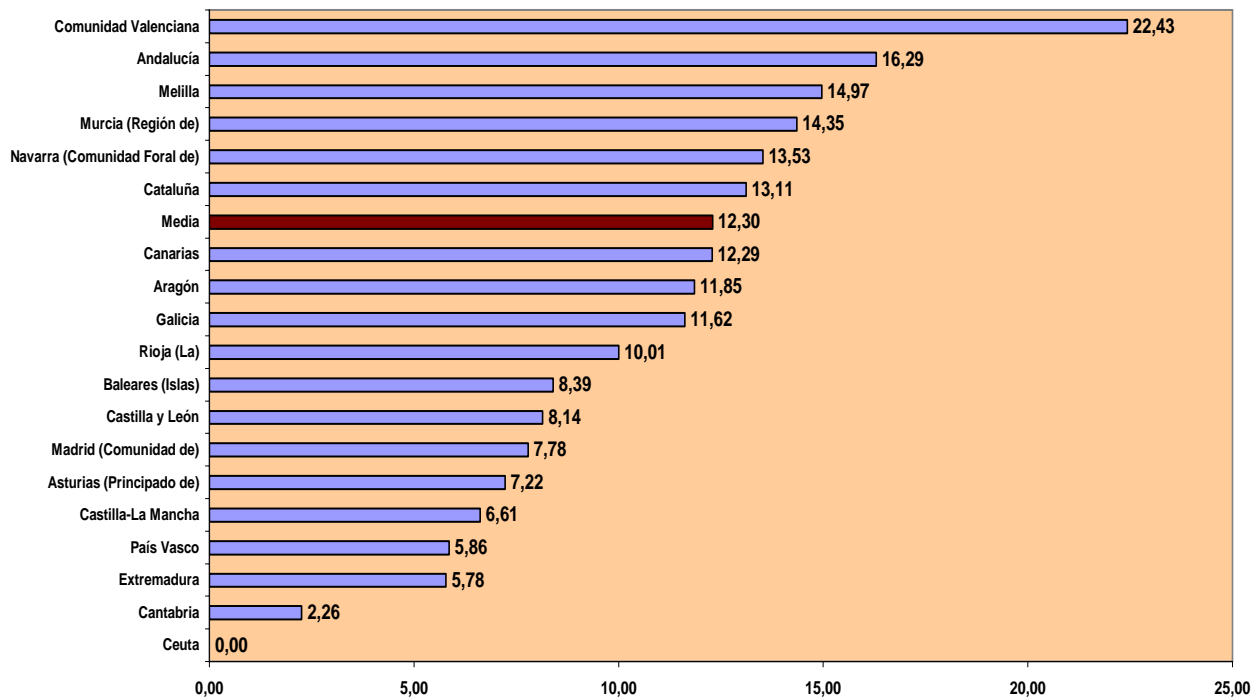
Las máquinas de hemodiálisis y el número de sesiones que se han considerado corresponden, como en el resto de casos, a aquéllos que se financian con recursos públicos por los Servicios de Salud de las Comunidades y Ciudades Autónomas.

En el año 2004 se contaba con un total de 5.040 unidades, lo que supone 12,30 máquinas de hemodiálisis por cien mil habitantes⁶⁵. Este indicador oscila entre 0 en Ceuta, o 2,26 en Cantabria, y 22,43 en La Comunidad Valenciana. Los territorios que cuentan con un indicador superior a la media son Comunidad Valenciana, Andalucía, Melilla, Murcia, Navarra y Cataluña.

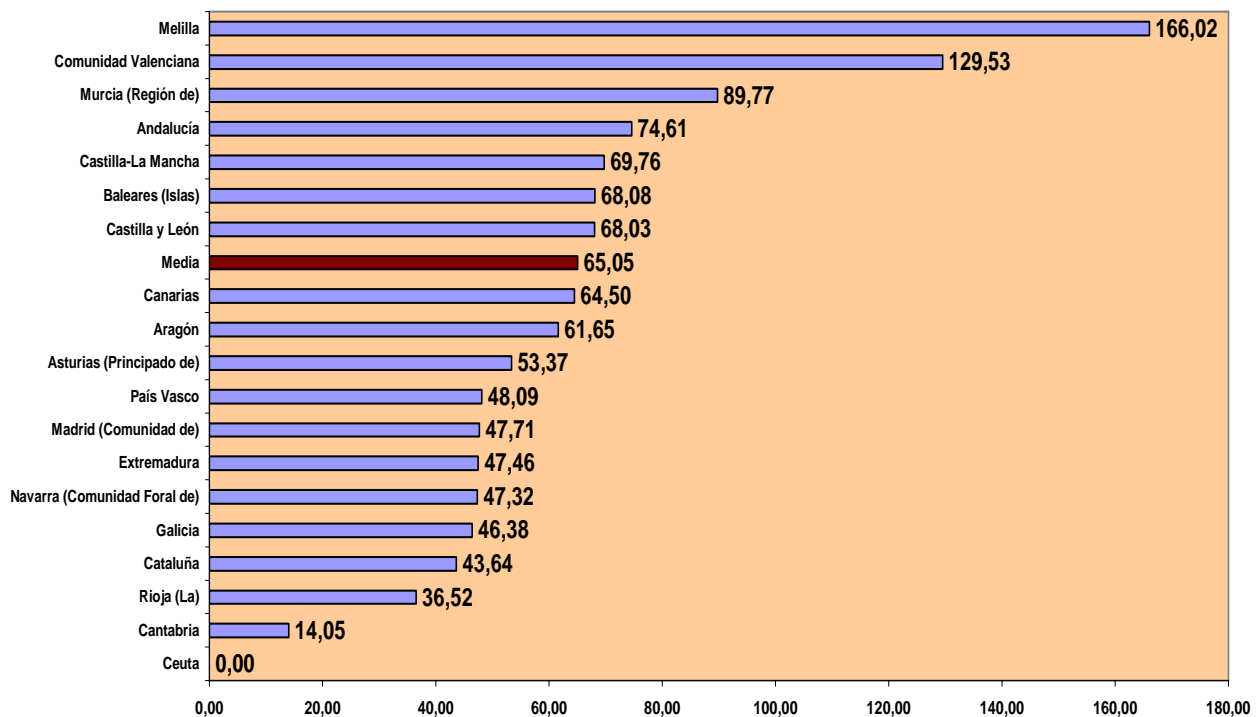
Por lo que se refiere a las sesiones de hemodiálisis que se realizaron en 2004 financiadas con recursos públicos por los Servicios de Salud, éstas ascienden a 2.666.144, es decir, 65,05 sesiones por mil habitantes. Por encima de la media se sitúan Melilla, Comunidad Valenciana, Murcia, Andalucía, Castilla-La Mancha, Baleares y Castilla y León.

⁶⁵ Población protegida.

Máquinas de Hemodialisis por cien mil habitantes en 2004



Sesiones de hemodiálisis por mil habitantes financiadas por el sector público en 2004



GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Máquinas de Hemodiálisis

Número de Máquinas de Hemodiálisis en funcionamiento utilizadas por los Servicios de Salud de las comunidades

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Total						Porcentaje sobre el total						Tasa de variación interanual					TAM 99/04
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004	
Total	3.456	3.575	3.725	3.828	4.031	5.040	100	100	100	100	100	100	3,44	4,20	2,77	5,30	25,03	7,84
Andalucía	907	990	1.052	1.099	1.174	1.174	26,24	27,69	28,24	28,71	29,12	23,29	9,15	6,26	4,47	6,82	0,00	5,30
Aragón	115	114	107	108	120	139	3,33	3,19	2,87	2,82	2,98	2,76	-0,87	-6,14	0,93	11,11	15,83	3,86
Asturias (Principado de)	86	88	95	95	95	75	2,49	2,46	2,55	2,48	2,36	1,49	2,33	7,95	0,00	0,00	-21,05	-2,70
Baleares (Islas)	55	65	69	75	73	77	1,59	1,82	1,85	1,96	1,81	1,53	18,18	6,15	8,70	-2,67	5,48	6,96
Canarias	174	192	196	199	174	224	5,03	5,37	5,26	5,20	4,32	4,44	10,34	2,08	1,53	-12,56	28,74	5,18
Cantabria	12	12	12	12	12	12	0,35	0,34	0,32	0,31	0,30	0,24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Castilla y León	184	179	181	180	180	189	5,32	5,01	4,86	4,70	4,47	3,75	-2,72	1,12	-0,55	0,00	5,00	0,54
Castilla - La Mancha	127	122	125	116	116	116	3,67	3,41	3,36	3,03	2,88	2,30	-3,94	2,46	-7,20	0,00	0,00	-1,80
Cataluña	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	870	--	--	--	--	--	17,26	--	--	--	--	--	--
Comunidad Valenciana	902	894	915	924	958	977	26,10	25,01	24,56	24,14	23,77	19,38	-0,89	2,35	0,98	3,68	1,98	1,61
Extremadura	58	58	58	58	58	58	1,68	1,62	1,56	1,52	1,44	1,15	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Galicia	176	167	178	181	292	302	5,09	4,67	4,78	4,73	7,24	5,99	-5,11	6,59	1,69	61,33	3,42	11,40
Madrid (Comunidad de)	342	354	379	409	404	419	9,90	9,90	10,17	10,68	10,02	8,31	3,51	7,06	7,92	-1,22	3,71	4,14
Murcia (Región de)	127	145	145	145	145	174	3,67	4,06	3,89	3,79	3,60	3,45	14,17	0,00	0,00	0,00	20,00	6,50
Navarra (Comunidad Foral de)	76	76	77	77	77	77	2,20	2,13	2,07	2,01	1,91	1,53	0,00	1,32	0,00	0,00	0,00	0,26
País Vasco	96	100	105	118	119	121	2,78	2,80	2,82	3,08	2,95	2,40	4,17	5,00	12,38	0,85	1,68	4,74
Rioja (La)	11	11	23	24	26	28	0,32	0,31	0,62	0,63	0,65	0,56	0,00	109,09	4,35	8,33	7,69	20,55
Ceuta	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0	0	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Melilla	8	8	8	8	8	8	0,23	0,22	0,21	0,21	0,20	0,16	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Sesiones de hemodiálisis

Número Sesiones de hemodiálisis realizadas para los Servicios de Salud de las comunidades

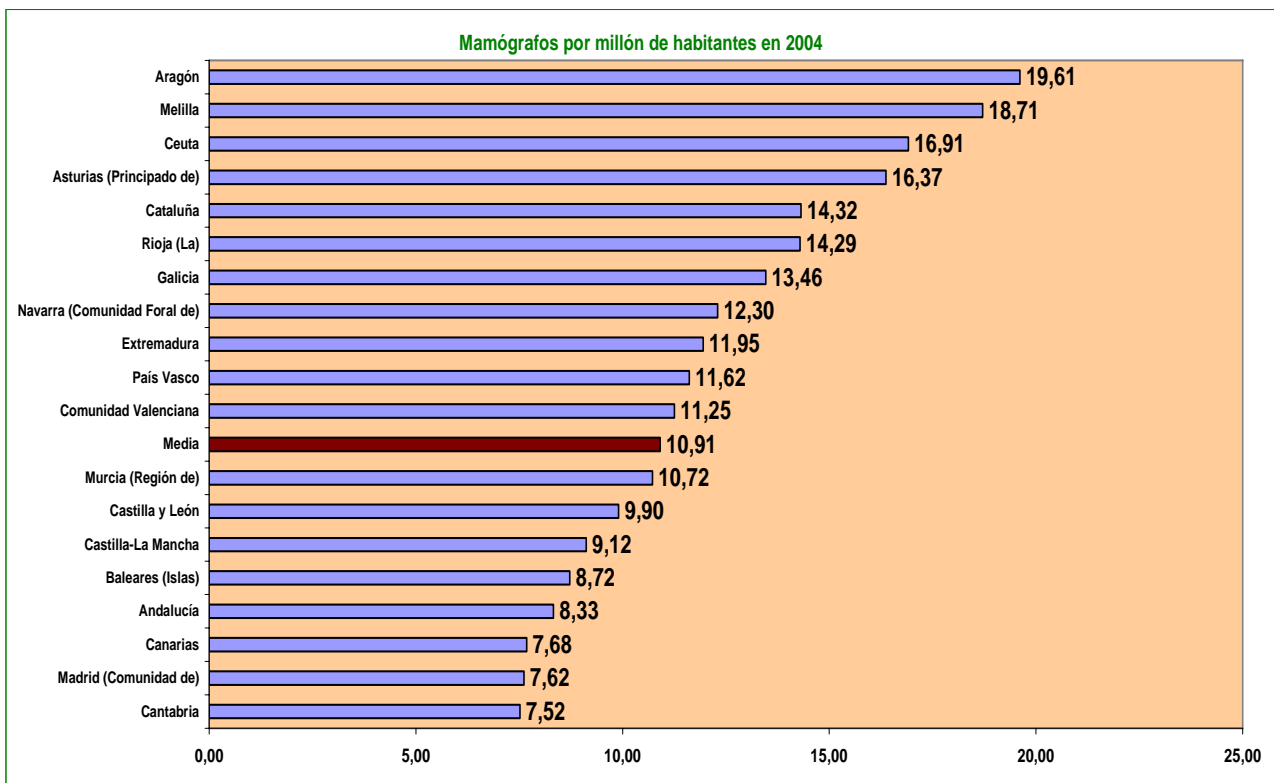
COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Total						Porcentaje sobre el total						Tasa de variación interanual					TAM 99/04	
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004		
Total	1.594.643	1.783.194	1.917.258	2.318.840	2.546.004	2.666.144	100	100	100	100	100	100	11,82	7,52	20,95	9,80	4,72	10,83	
Andalucía	429.759	615.635	484.031	499.070	528.124	537.692	26,95	34,52	25,25	21,52	20,74	20,17	43,25	-21,38	3,11	5,82	1,81	4,58	
Aragón	43.941	45.095	68.354	75.102	74.610	72.305	2,76	2,53	3,57	3,24	2,93	2,71	2,63	51,58	9,87	-0,66	-3,09	10,47	
Asturias (Principado de)	41.105	42.290	46.843	48.556	47.392	55.421	2,58	2,37	2,44	2,09	1,86	2,08	2,88	10,77	3,66	-2,40	16,94	6,16	
Baleares (Islas)	57.268	58.968	61.628	62.841	61.004	62.451	3,59	3,31	3,21	2,71	2,40	2,34	2,97	4,51	1,97	-2,92	2,37	1,75	
Canarias	148.695	83.977	82.484	80.794	98.179	117.593	9,32	4,71	4,30	3,48	3,86	4,41	-43,52	-1,78	-2,05	21,52	19,77	-4,58	
Cantabria	7.802	5.350	5.628	5.700	6.518	7.477	0,49	0,30	0,29	0,25	0,26	0,28	-31,43	5,20	1,28	14,35	14,71	-0,85	
Castilla y León	99.390	86.530	87.305	151.286	161.454	157.991	6,23	4,85	4,55	6,52	6,34	5,93	-12,94	0,90	73,28	6,72	-2,14	9,71	
Castilla - La Mancha	59.993	59.099	58.567	112.420	117.684	122.390	3,76	3,31	3,05	4,85	4,62	4,59	-1,49	-0,90	91,95	4,68	4,00	15,33	
Cataluña	n.d.	n.d.	218.423	232.532	243.195	289.509	--	--	11,39	10,03	9,55	10,86	--	--	6,46	4,59	19,04	--	
Comunidad Valenciana	367.157	387.459	405.141	533.299	549.949	564.071	23,02	21,73	21,13	23,00	21,60	21,16	5,53	4,56	31,63	3,12	2,57	8,97	
Extremadura	22.476	23.142	24.024	23.927	24.542	47.653	1,41	1,30	1,25	1,03	0,96	1,79	2,96	3,81	-0,40	2,57	94,17	16,22	
Galicia	64.115	65.700	64.535	66.353	141.136	120.588	4,02	3,68	3,37	2,86	5,54	4,52	2,47	-1,77	2,82	112,70	-14,56	13,47	
Madrid (Comunidad de)	106.050	107.598	107.825	214.377	259.946	256.801	6,65	6,03	5,62	9,25	10,21	9,63	1,46	0,21	98,82	21,26	-1,21	19,35	
Murcia (Región de)	31.413	85.207	87.632	91.447	100.032	108.827	1,97	4,78	4,57	3,94	3,93	4,08	171,25	2,85	4,35	9,39	8,79	28,21	
Navarra (Comunidad Foral de)	15.314	15.689	17.297	19.271	23.064	26.924	0,96	0,88	0,90	0,83	0,91	1,01	2,45	10,25	11,41	19,68	16,74	11,95	
País Vasco	89.452	90.107	83.618	84.488	90.362	99.356	5,61	5,05	4,36	3,64	3,55	3,73	0,73	-7,20	1,04	6,95	9,95	2,12	
Rioja (La)	6.483	6.586	8.916	10.626	11.013	10.221	0,41	0,37	0,47	0,46	0,43	0,38	1,59	35,38	19,18	3,64	-7,19	9,53	
Ceuta	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0	0	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Melilla	4.230	4.762	5.007	6.751	7.800	8.874	0,27	0,27	0,26	0,29	0,31	0,33	12,58	5,14	34,83	15,54	13,77	15,97	

V.4.2.9.6. Mamógrafos

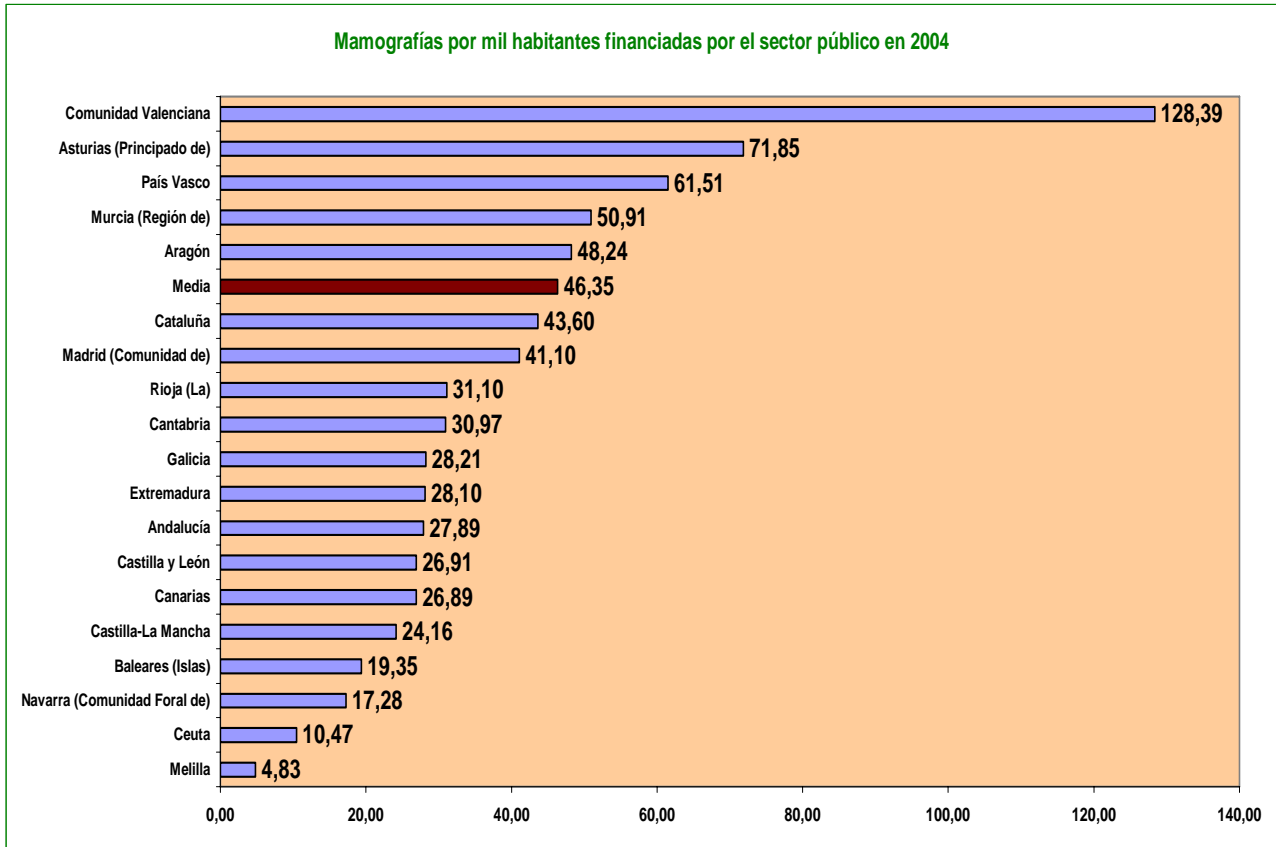
Los mamógrafos y el número de mamografías que se han considerado corresponden a aquéllos que se financian con recursos públicos por los Servicios de Salud de las Comunidades y Ciudades Autónomas.

En el año 2004 se contaba con un total de 447 mamógrafos, lo que supone 10,91 por millón de habitantes⁶⁶. Este indicador oscila entre 7,52 de Cantabria y 19,91 en Aragón. Por encima de la media se sitúan Aragón, Melilla, Ceuta, Principado de Asturias, Cataluña, Rioja, Galicia, Navarra, Extremadura, País Vasco y Comunidad Valenciana.

Por lo que se refiere a las mamografías que se realizaron en 2004 financiadas con recursos públicos, éstas ascienden a 1.899.691, es decir, 46,35 por mil habitantes. Las Comunidades que se sitúan por encima de la media son Comunidad Valenciana, Asturias, País Vasco, Murcia y Aragón.



⁶⁶ Población protegida.



GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Mamógrafos

Número Total de Mamógrafos en funcionamiento para los Servicios de Salud de las comunidades

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Total						Porcentaje sobre el total						Tasa de variación interanual					TAM 99/04
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004	
Total	156	213	225	318	429	447	100	100	100	100	100	100	36,54	5,63	41,33	34,91	4,20	23,43
Andalucía	39	44	45	47	59	60	25,00	20,66	20,00	14,78	13,75	13,42	12,82	2,27	4,44	25,53	1,69	9,00
Aragón	0	14	22	22	22	23	--	6,57	9,78	6,92	5,23	5,25	--	57,14	0,00	0,00	4,55	--
Asturias (Principado de)	15	15	15	15	15	17	9,62	7,04	6,67	4,72	3,56	3,88	0,00	0,00	0,00	0,00	13,33	2,53
Baleares (Islas)	7	7	7	8	8	8	4,49	3,29	3,11	2,52	1,90	1,83	0,00	0,00	14,29	0,00	0,00	2,71
Canarias	9	11	12	11	11	14	5,77	5,16	5,33	3,46	2,61	3,20	22,22	9,09	-8,33	0,00	27,27	9,24
Cantabria	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	4	4	--	--	--	--	0,95	0,91	--	--	--	--	0,00	--
Castilla y León	n.d.	n.d.	n.d.	22	24	23	--	--	--	6,92	5,70	5,25	--	--	--	9,09	-4,17	--
Castilla - La Mancha	n.d.	n.d.	n.d.	15	15	16	--	--	--	4,72	3,56	3,65	--	--	--	0,00	6,67	--
Cataluña	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	86	95	--	--	--	--	20,43	21,69	--	--	--	--	10,47	--
Comunidad Valenciana	42	46	48	49	49	49	26,92	21,60	21,33	15,41	11,64	11,19	9,52	4,35	2,08	0,00	0,00	3,13
Extremadura	n.d.	n.d.	n.d.	10	12	12	--	--	--	3,14	2,85	2,74	--	--	--	20,00	0,00	--
Galicia	n.d.	33	33	35	36	35	--	15,49	14,67	11,01	8,55	7,99	--	0,00	6,06	2,86	-2,78	--
Madrid (Comunidad de)	n.d.	n.d.	n.d.	39	39	41	--	--	--	12,26	9,26	9,36	--	--	--	0,00	5,13	--
Murcia (Región de)	9	8	8	10	11	13	5,77	3,76	3,56	3,14	2,61	2,97	-11,11	0,00	25,00	10,00	18,18	7,63
Navarra (Comunidad Foral de)	7	7	7	7	7	7	4,49	3,29	3,11	2,20	1,66	1,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
País Vasco	24	24	24	24	24	24	15,38	11,27	10,67	7,55	5,70	5,48	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Rioja (La)	4	4	4	4	5	4	2,56	1,88	1,78	1,26	1,19	0,91	0,00	0,00	0,00	25,00	-20,00	0,00
Ceuta	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1	1	--	--	--	--	0,24	0,23	--	--	--	--	0,00	--
Melilla	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1	1	--	--	--	--	0,24	0,23	--	--	--	--	0,00	--

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Mamografías

Número de Mamografías realizadas para el sector público

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Total						Porcentaje sobre el total						Tasa de variación interanual					TAM 99/04
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004	
Total	923.062	991.026	1.344.026	1.747.453	1.886.922	1.899.691	100	100	100	100	100	100	7,36	35,62	30,02	7,98	0,68	15,53
Andalucía	69.270	97.419	120.086	130.675	185.886	200.990	7,50	9,83	8,93	7,48	9,85	10,58	40,64	23,27	8,82	42,25	8,13	23,74
Aragón	41.778	40.701	62.649	60.552	56.226	56.576	4,53	4,11	4,66	3,47	2,98	2,98	-2,58	53,92	-3,35	-7,14	0,62	6,25
Asturias (Principado de)	59.574	65.645	68.151	70.569	72.518	74.606	6,45	6,62	5,07	4,04	3,84	3,93	10,19	3,82	3,55	2,76	2,88	4,60
Baleares (Islas)	13.722	13.411	14.073	15.238	18.393	17.751	1,49	1,35	1,05	0,87	0,97	0,93	-2,27	4,94	8,28	20,70	-3,49	5,28
Canarias	n.d.	n.d.	44.450	48.052	49.889	49.032	--	--	3,31	2,75	2,64	2,58	--	--	8,10	3,82	-1,72	--
Cantabria	n.d.	n.d.	15.510	15.599	16.673	16.476	--	--	1,15	0,89	0,88	0,87	--	--	0,57	6,89	-1,18	--
Castilla y León	n.d.	n.d.	n.d.	60.344	62.349	62.489	--	--	--	3,45	3,30	3,29	--	--	--	3,32	0,22	--
Castilla - La Mancha	n.d.	n.d.	n.d.	42.598	40.777	42.377	--	--	--	2,44	2,16	2,23	--	--	--	-4,27	3,92	--
Cataluña	182.099	200.565	210.422	254.687	277.965	289.284	19,73	20,24	15,66	14,57	14,73	15,23	10,14	4,91	21,04	9,14	4,07	9,70
Comunidad Valenciana	524.976	537.384	616.574	627.921	602.707	559.108	56,87	54,23	45,88	35,93	31,94	29,43	2,36	14,74	1,84	-4,02	-7,23	1,27
Extremadura	n.d.	n.d.	n.d.	25.530	28.370	28.221	--	--	--	1,46	1,50	1,49	--	--	--	11,12	-0,53	--
Galicia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	68.271	73.343	--	--	--	--	3,62	3,86	--	--	--	--	7,43	--
Madrid (Comunidad de)	n.d.	n.d.	n.d.	202.877	199.034	221.221	--	--	--	11,61	10,55	11,65	--	--	--	-1,89	11,15	--
Murcia (Región de)	23.318	27.813	53.891	55.869	60.539	61.721	2,53	2,81	4,01	3,20	3,21	3,25	19,28	93,76	3,67	8,36	1,95	21,49
Navarra (Comunidad Foral de)	8.325	8.088	8.883	7.545	9.232	9.834	0,90	0,82	0,66	0,43	0,49	0,52	-2,85	9,83	-15,06	22,36	6,52	3,39
País Vasco	n.d.	n.d.	129.337	129.397	130.797	127.083	--	--	9,62	7,40	6,93	6,69	--	--	0,05	1,08	-2,84	--
Rioja (La)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	6.224	8.702	--	--	--	--	0,33	0,46	--	--	--	--	39,81	--
Ceuta	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	804	619	--	--	--	--	0,04	0,03	--	--	--	--	-23,01	--
Melilla	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	268	258	--	--	--	--	0,01	0,01	--	--	--	--	-3,73	--

V.4.2.9.7. Salas de hemodinámica

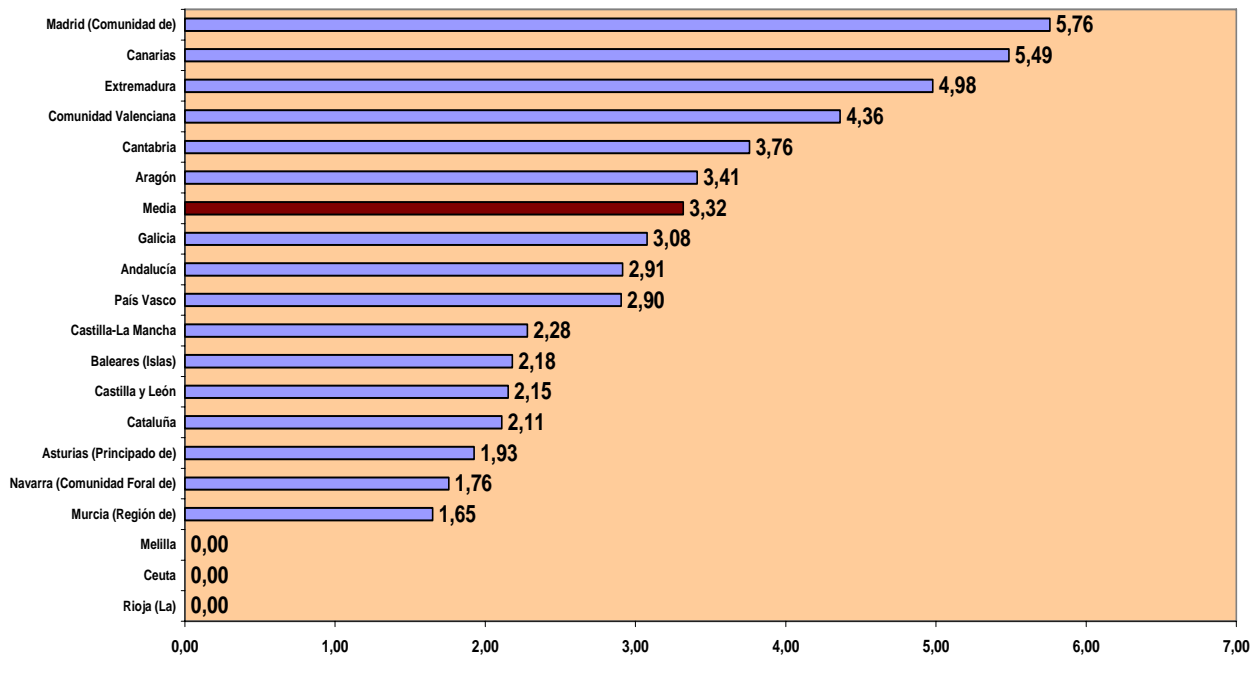
Las salas de hemodinámica y los estudios que se han considerado corresponden a aquéllos que se financian con recursos públicos por los Servicios de Salud de las Comunidades y Ciudades Autónomas.

Por lo que se refiere al número de salas que se han contabilizado a partir de la información proporcionada por las Comunidades, en el año 2004 se contaba con un total de 136, lo que supone 3,32 salas por millón de habitantes⁶⁷. Este indicador oscila entre 0 en La Rioja, Ceuta y Melilla, o 1,65 en Murcia, y 5,76 en Aragón. Las Comunidades que cuentan con un indicador superior a la media son Madrid, Canarias, Extremadura, Comunidad Valenciana, Cantabria y Aragón.

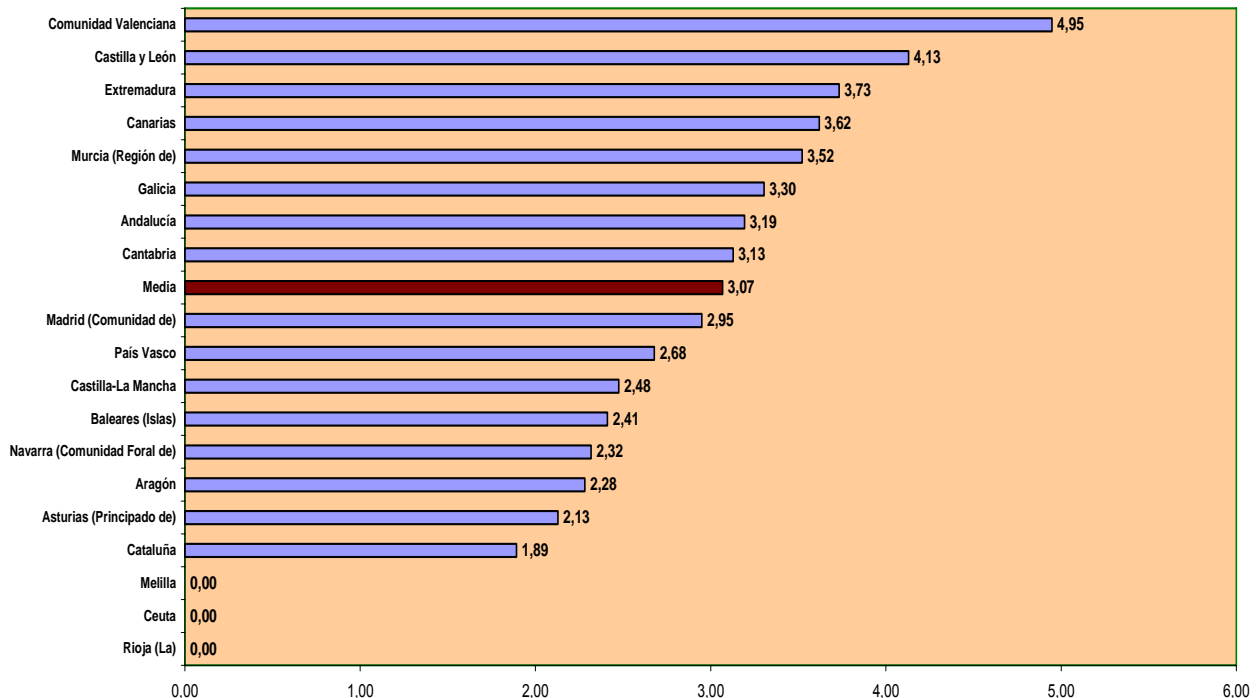
Por lo que se refiere a estudios en las salas de hemodinámica que se realizaron en 2004 financiadas con recursos públicos por los Servicios de Salud, éstos ascienden a 125.750, es decir, 3,07 por mil habitantes. Las Comunidades que se sitúan por encima de la media son Comunidad Valenciana, Castilla y León y Extremadura, Canarias, Murcia, Galicia, Andalucía y Cantabria

⁶⁷ Población protegida.

Salas de Hemodinámica por millón de habitantes financiadas por el sector público en 2004



Estudios en salas de hemodinámicas por mil habitantes financiados por el sector público en 2004



GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Salas de Hemodinámica

Número Total de Salas de Hemodinámica en funcionamiento para el sector público

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Total						Porcentaje sobre el total						Tasa de variación interanual					TAM 99/04	
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004		
Total	88	90	104	111	114	136	100	100	100	100	100	100	2,27	15,56	6,73	2,70	19,30	9,10	
Andalucía	14	17	16	19	19	21	15,91	18,89	15,38	17,12	16,67	15,44	21,43	-5,88	18,75	0,00	10,53	8,45	
Aragón	3	3	5	5	4	4	3,41	3,33	4,81	4,50	3,51	2,94	0,00	66,67	0,00	-20,00	0,00	5,92	
Asturias (Principado de)	1	2	1	2	2	2	1,14	2,22	0,96	1,80	1,75	1,47	100,00	-50,00	100,00	0,00	0,00	14,87	
Baleares (Islas)	1	2	2	2	2	2	1,14	2,22	1,92	1,80	1,75	1,47	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	14,87	
Canarias	9	4	7	7	7	10	10,23	4,44	6,73	6,31	6,14	7,35	-55,56	75,00	0,00	0,00	42,86	2,13	
Cantabria	2	2	2	2	2	2	2,27	2,22	1,92	1,80	1,75	1,47	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Castilla y León	4	3	4	4	5	5	4,55	3,33	3,85	3,60	4,39	3,68	-25,00	33,33	0,00	25,00	0,00	4,56	
Castilla - La Mancha	1	1	1	1	2	4	1,14	1,11	0,96	0,90	1,75	2,94	0,00	0,00	0,00	100,00	100,00	31,95	
Cataluña	10	11	11	10	14	14	11,36	12,22	10,58	9,01	12,28	10,29	10,00	0,00	-9,09	40,00	0,00	6,96	
Comunidad Valenciana	15	12	17	18	18	19	17,05	13,33	16,35	16,22	15,79	13,97	-20,00	41,67	5,88	0,00	5,56	4,84	
Extremadura	1	1	2	5	5	5	1,14	1,11	1,92	4,50	4,39	3,68	0,00	100,00	150,00	0,00	0,00	37,97	
Galicia	4	6	7	7	3	8	4,55	6,67	6,73	6,31	2,63	5,88	50,00	16,67	0,00	-57,14	166,67	14,87	
Madrid (Comunidad de)	14	17	20	21	22	31	15,91	18,89	19,23	18,92	19,30	22,79	21,43	17,65	5,00	4,76	40,91	17,23	
Murcia (Región de)	2	2	2	2	2	2	2,27	2,22	1,92	1,80	1,75	1,47	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Navarra (Comunidad Foral de)	1	1	1	1	1	1	1,14	1,11	0,96	0,90	0,88	0,74	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
País Vasco	6	6	6	5	6	6	6,82	6,67	5,77	4,50	5,26	4,41	0,00	0,00	-16,67	20,00	0,00	0,00	
Rioja (La)	0	0	0	0	0	0	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Ceuta	0	0	0	0	0	0	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Melilla	0	0	0	0	0	0	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Estudios en Salas de Hemodinámica

Número de estudios de Hemodinámica realizadas para el sector público

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Total						Porcentaje sobre el total						Tasa de variación interanual					TAM 99/04
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004	
Total	90.333	102.600	105.866	107.599	113.150	125.750	100	100	100	100	100	100	13,58	3,18	1,64	5,16	11,14	6,84
Andalucía	12.609	17.818	16.090	17.631	20.434	23.013	13,96	17,37	15,20	16,39	18,06	18,30	41,31	-9,70	9,58	15,90	12,62	12,79
Aragón	1.988	2.025	2.390	2.300	2.546	2.677	2,20	1,97	2,26	2,14	2,25	2,13	1,86	18,02	-3,77	10,70	5,15	6,13
Asturias (Principado de)	1.863	2.344	2.575	2.448	2.594	2.210	2,06	2,28	2,43	2,28	2,29	1,76	25,82	9,85	-4,93	5,96	-14,80	3,48
Baleares (Islas)	17.491	13.911	10.074	6.257	2.146	2.212	19,36	13,56	9,52	5,82	1,90	1,76	-20,47	-27,58	-37,89	-65,70	3,08	-33,87
Canarias	3.978	5.049	5.054	5.523	6.442	6.599	4,40	4,92	4,77	5,13	5,69	5,25	26,92	0,10	9,28	16,64	2,44	10,65
Cantabria	1.402	1.701	2.458	1.391	1.494	1.665	1,55	1,66	2,32	1,29	1,32	1,32	21,33	44,50	-43,41	7,40	11,45	3,50
Castilla y León	5.252	6.401	5.887	7.896	6.378	9.592	5,81	6,24	5,56	7,34	5,64	7,63	21,88	-8,03	34,13	-19,22	50,39	12,80
Castilla - La Mancha	1.109	1.924	2.367	2.560	2.633	4.342	1,23	1,88	2,24	2,38	2,33	3,45	73,49	23,02	8,15	2,85	64,91	31,39
Cataluña	4.872	4.655	10.471	8.387	12.335	12.553	5,39	4,54	9,89	7,79	10,90	9,98	-4,45	124,94	-19,90	47,07	1,76	20,84
Comunidad Valenciana	11.931	16.849	19.632	20.891	23.358	21.545	13,21	16,42	18,54	19,42	20,64	17,13	41,22	16,52	6,41	11,81	-7,76	12,55
Extremadura	1.686	1.245	2.002	1.184	1.195	3.749	1,87	1,21	1,89	1,10	1,06	2,98	-26,16	60,80	-40,86	0,93	213,72	17,33
Galicia	3.968	7.430	5.497	7.989	7.480	8.591	4,39	7,24	5,19	7,42	6,61	6,83	87,25	-26,02	45,33	-6,37	14,85	16,71
Madrid (Comunidad de)	13.559	13.825	13.156	14.545	14.090	15.877	15,01	13,47	12,43	13,52	12,45	12,63	1,96	-4,84	10,56	-3,13	12,68	3,21
Murcia (Región de)	1.606	3.256	3.700	3.356	4.209	4.270	1,78	3,17	3,49	3,12	3,72	3,40	102,76	13,62	-9,30	25,42	1,45	21,60
Navarra (Comunidad Foral de)	792	978	1.119	1.262	1.308	1.319	0,88	0,95	1,06	1,17	1,16	1,05	23,48	14,42	12,78	3,65	0,84	10,74
País Vasco	6.227	3.189	3.394	3.979	4.508	5.536	6,89	3,11	3,21	3,70	3,98	4,40	-48,79	6,43	17,24	13,29	22,80	-2,32
Rioja (La)	0	0	0	0	0	0	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Ceuta	0	0	0	0	0	0	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Melilla	0	0	0	0	0	0	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

V.4.2.10. Las urgencias

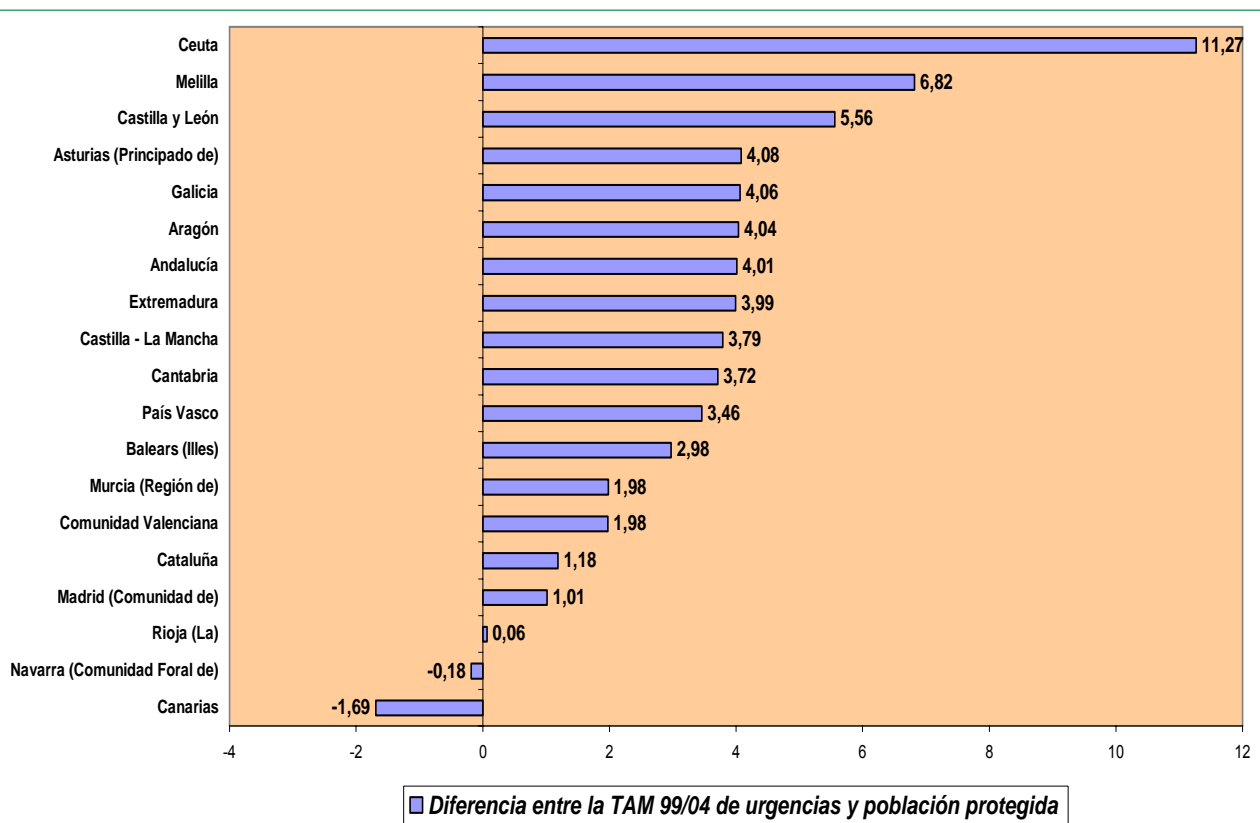
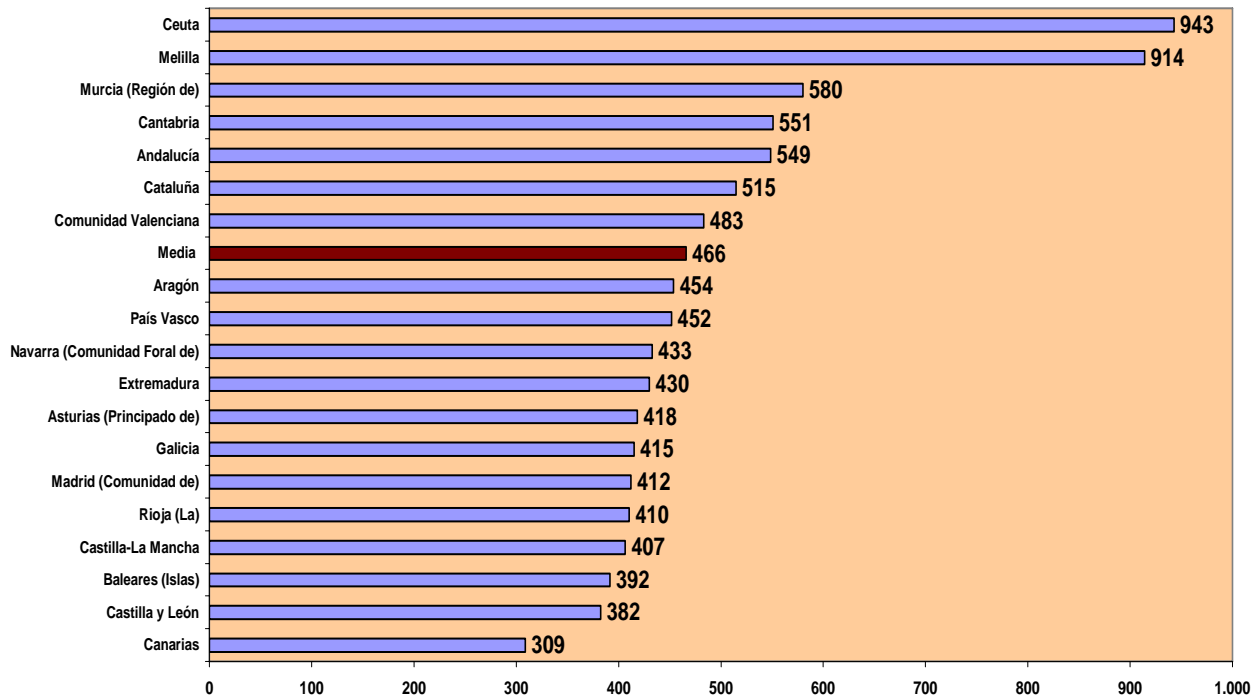
Se considera el número total de urgencias atendidas en hospitales a cargo de los Servicios de Salud.

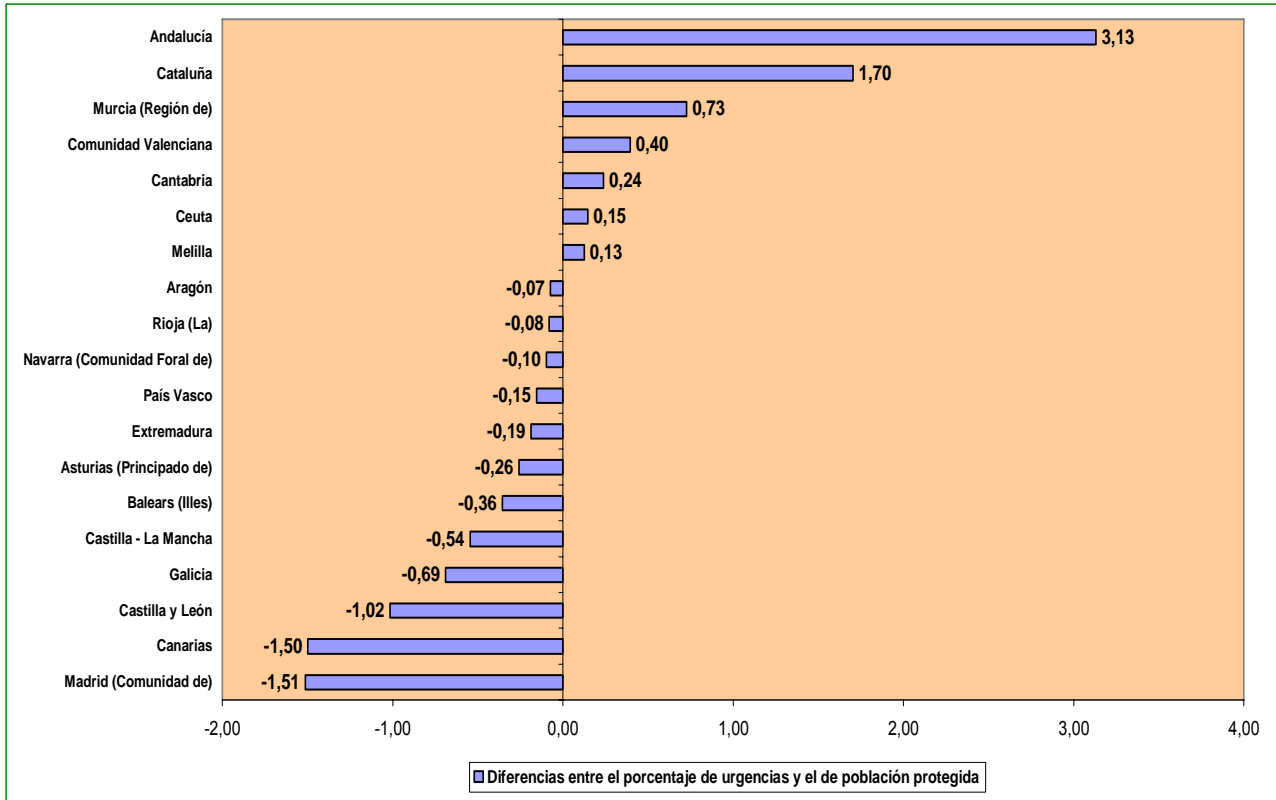
En el año 2004 el número de urgencias atendidas en los hospitales fue de 19.088.440. Esto supone 466 urgencias atendidas en hospitales a cargo de los Servicios de Salud por cada mil habitantes. Este indicador oscila entre 309 en Canarias y 943 en Ceuta. Son Ceuta y Melilla los territorios con mayor índice de urgencias hospitalarias por mil habitantes y mantienen una importante distancia con respecto a la siguiente Comunidad, Murcia, donde se registran 580. También se sitúan por encima de la media Cantabria, Andalucía, Cataluña y Comunidad Valenciana.

El ritmo de crecimiento en el periodo considerado ha sido del 4,18%, sensiblemente superior al crecimiento de la población protegida. Este crecimiento oscila por Comunidades entre un 1,11% y un 11,54%. 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 territorial de las urgencias, puede observarse que en Andalucía, Cataluña, Murcia, Comunidad Valenciana, 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 el resto de Comunidades Autónomas.

Urgencias de Atención Especializada por mil habitantes financiadas por el sector público en 2004





GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Urgencias en hospitales

Número total de urgencias en hospitales a cargo de los Servicios de Salud de las comunidades

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Total						Porcentaje sobre el total											TAM 99/04
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004	
Total	15.553.842	16.043.863	16.796.522	17.517.264	18.495.431	19.088.440	100	100	100	100	100	100	3,15	4,69	4,29	5,58	3,21	4,18
Andalucía	3.084.856	3.195.098	3.374.769	3.542.810	3.811.952	3.954.007	19,83	19,91	20,09	20,22	20,61	20,71	3,57	5,62	4,98	7,60	3,73	5,09
Aragón	413.391	431.248	453.724	482.134	524.197	532.199	2,66	2,69	2,70	2,75	2,83	2,79	4,32	5,21	6,26	8,72	1,53	5,18
Asturias (Principado de)	358.722	387.645	396.422	412.934	442.137	434.275	2,31	2,42	2,36	2,36	2,39	2,28	8,06	2,26	4,17	7,07	-1,78	3,90
Baleares (Islas)	266.577	283.622	294.906	326.096	352.813	359.292	1,71	1,77	1,76	1,86	1,91	1,88	6,39	3,98	10,58	8,19	1,84	6,15
Canarias	533.078	447.710	516.768	530.633	554.168	563.247	3,43	2,79	3,08	3,03	3,00	2,95	-16,01	15,42	2,68	4,44	1,64	1,11
Cantabria	232.664	232.511	245.906	249.119	288.080	293.223	1,50	1,45	1,46	1,42	1,56	1,54	-0,07	5,76	1,31	15,64	1,79	4,74
Castilla y León	675.866	766.428	795.772	842.993	892.746	887.766	4,35	4,78	4,74	4,81	4,83	4,65	13,40	3,83	5,93	5,90	-0,56	5,61
Castilla - La Mancha	553.128	577.947	608.694	637.163	692.171	713.368	3,56	3,60	3,62	3,64	3,74	3,74	4,49	5,32	4,68	8,63	3,06	5,22
Cataluña	2.925.671	3.026.804	3.116.186	3.164.511	3.304.534	3.415.398	18,81	18,87	18,55	18,07	17,87	17,89	3,46	2,95	1,55	4,42	3,35	3,14
Comunidad Valenciana	1.705.468	1.707.639	1.800.681	1.918.889	1.951.795	2.103.867	10,96	10,64	10,72	10,95	10,55	11,02	0,13	5,45	6,56	1,71	7,79	4,29
Extremadura	355.283	367.446	351.094	396.002	429.954	431.834	2,28	2,29	2,09	2,26	2,32	2,26	3,42	-4,45	12,79	8,57	0,44	3,98
Galicia	876.126	882.625	937.085	964.836	1.024.292	1.079.277	5,63	5,50	5,58	5,51	5,54	5,65	0,74	6,17	2,96	6,16	5,37	4,26
Madrid (Comunidad de)	1.847.885	1.927.227	2.041.809	2.106.602	2.196.461	2.218.625	11,88	12,01	12,16	12,03	11,88	11,62	4,29	5,95	3,17	4,27	1,01	3,72
Murcia (Región de)	553.523	601.151	606.202	638.164	661.609	703.239	3,56	3,75	3,61	3,64	3,58	3,68	8,60	0,84	5,27	3,67	6,29	4,90
Navarra (Comunidad Foral de)	227.686	231.885	239.195	244.246	246.953	246.306	1,46	1,45	1,42	1,39	1,34	1,29	1,84	3,15	2,11	1,11	-0,26	1,58
País Vasco	779.737	808.115	843.902	874.702	905.124	933.041	5,01	5,04	5,02	4,99	4,89	4,89	3,64	4,43	3,65	3,48	3,08	3,66
Rioja (La)	103.199	104.385	103.940	111.870	115.347	114.862	0,66	0,65	0,62	0,64	0,62	0,60	1,15	-0,43	7,63	3,11	-0,42	2,16
Ceuta	32.304	35.804	37.514	39.441	53.464	55.759	0,21	0,22	0,22	0,23	0,29	0,29	10,83	4,78	5,14	35,55	4,29	11,54
Melilla	28.678	28.573	31.953	34.119	47.634	48.855	0,18	0,18	0,19	0,19	0,26	0,26	-0,37	11,83	6,78	39,61	2,56	11,24

V.4.2.11. Flujos de pacientes desplazados

En el anterior informe se ofrecieron los datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (EMH) del periodo 1999-2002, referidos tanto a pacientes extranjeros como españoles residentes en CC.AA. distintas de la de hospitalización. Estos datos se han seguido actualizado hasta 2005 por el INE. Sin embargo, su principal limitación es que recogen las altas producidas en todos los hospitales españoles, sin distinción entre públicos y privados, y no ofrecen información económica sobre la atención prestada.

Por lo que se refiere a la actividad hospitalaria de Sistema Nacional de Salud, existe otra fuente de datos sobre atención hospitalaria que además permite calcular los costes de la asistencia: la contenida en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).

El Consejo Interterritorial estableció para el Sistema Nacional de Salud un conjunto mínimo de datos del alta hospitalaria, compuesto por catorce variables que son las siguientes:

1. Identificación del hospital
2. Identificación del paciente
3. Fecha de nacimiento
4. Sexo
5. Residencia
6. Financiación
7. Fecha de ingreso
8. Circunstancias del ingreso
9. Diagnósticos: Principal y otros
10. Procedimientos quirúrgicos y obstétricos
11. Otros procedimientos
12. Fecha de alta
13. Circunstancias del alta
14. Identificación del médico responsable del alta

La información contenida en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) permite clasificar pacientes según el sistema de Grupos de Diagnóstico Relacionados. Por su parte, el sistema de GDR responde a distintos criterios que permiten la clasificación de los pacientes atendidos en grupos clínicamente similares en función de su peso, siendo éste el indicador del consumo de recursos necesarios para atender a cada tipo de pacientes. Por tanto, dicho peso determina el mayor o menor coste del proceso.

Se dispone de información plenamente normalizada tanto en lo que se refiere a flujo de pacientes entre CCAA como al coste de los GDR a partir de 2001, que a continuación se analiza.

La estimación de los costes de los GDR que se ha utilizado de 2001 a 2004 se ha obtenido siempre a partir de los costes disponibles recogidos en la base de datos del Grupo de Contabilidad Analítica de la Subcomisión de Sistemas de Información del Consejo Interterritorial del SNS. Para 2005 se ha tenido en cuenta el coste medio de cada GDR calculado en 2004 (último disponible), incrementado un 3,7% según el índice de precios al consumo publicado por el Instituto Nacional de Estadística (INE).

V.4.2.11.1 Desplazados españoles entre CC.AA.

De acuerdo con la información disponible en la base de datos del CMBD, en el año 2005 el total de pacientes españoles desplazados atendidos en hospitales fue de 58.556.

Las dos tablas siguientes recogen la evolución general del flujo total de pacientes entre CC.AA. (es decir, de todos aquellos pacientes cuya alta hospitalaria se ha producido en una Comunidad distinta a la de residencia), así como la evolución del coste global de este flujo y el coste medio por paciente, caso o alta hospitalaria entre 2001 y 2005.

Evolución del flujo de pacientes entre CCAA y su coste					
	2001	2002	2003	2004	2005
FLUJO DE PACIENTES ENTRE CCAA	60.449	61.207	60.581	58.746	58.556
COSTE TOTAL FLUJO (euros)	240.889.792	253.198.046	258.684.799	280.303.215	290.344.930
COSTE MEDIO POR PACIENTE (euros)	3.985	4.137	4.270	4.771	4.958

Evolución del flujo de pacientes entre CCAA y su coste - variaciones en el periodo -						
	2002	2003	2004	2005	2005/2001	TAM
FLUJO DE PACIENTES ENTRE CCAA	1,25	-1,02	-3,03	-0,32	-3,13	-0,79
COSTE TOTAL FLUJO	5,11	2,17	8,36	3,58	20,53	4,78
COSTE MEDIO POR PACIENTE	3,81	3,22	11,74	3,92	24,43	5,62

Se puede afirmar que aunque bastante estable, el flujo de pacientes entre CCAA ha disminuido en el periodo 2001-2005, habiendo aumentado su coste total y por tanto el coste medio por paciente atendido.

Si se consideran los hospitales públicos y privados, según los datos de la EMH, el número total de pacientes españoles hospitalizados en una Comunidad distinta de la de residencia supuso, en 2005, 113.695, con una tendencia decreciente más pronunciada (tasa anual media de variación del -1,45% entre 1999 y 2005)

Este flujo total de pacientes se traduce en unos saldos netos de las CC.AA., según los cuales unas resultan emisoras de pacientes y otras receptoras. Para estas últimas la recepción de pacientes implica una presión adicional sobre su nivel de gasto sanitario.

En el análisis que sigue a continuación se denomina saldo positivo al mayor volumen de pacientes, costes globales o coste medio de los pacientes atendidos en la Comunidad de referencia y procedentes de otras CC.AA., respecto al de los residentes en ella atendidos en otras CCAA. Saldo negativo, por tanto, significa que el volumen de pacientes, el coste global o el coste medio de los pacientes atendidos en la Comunidad de referencia procedentes de otras Comunidades es inferior al de sus residentes atendidos en otras CC.AA.

Las tablas que siguen ofrecen estos saldos netos por CC.AA. referidos al flujo de pacientes y al coste global de los mismos. Una tercera tabla conjuga las dos primeras. Esta última señala para cada CC.AA. el coste medio por paciente atendido o, más

precisamente, por caso o alta hospitalaria. Esto ofrece una idea sobre la complejidad relativa de los casos atendidos en cada Comunidad.

Sólo hay cuatro Comunidades que, a lo largo de todo el periodo 2001-2005, hayan tenido un coste medio por caso atendido superior al desplazado: Aragón, Cantabria, Cataluña y Madrid.

Al examinar los saldos netos de coste global, Cantabria, Cataluña y Madrid han mantenido igualmente saldos positivos, lo que no sucede con Aragón que pasa a tener saldo negativo. Este hecho indica que el volumen de sus residentes atendidos en otras CC.AA., por patologías no complejas, supera ampliamente el coste global de los pacientes más complejos que son atendidos en ella.

Por otra parte, contemplando el saldo del coste global entre pacientes emitidos y recibidos aparecen dos Comunidades, Región de Murcia y Comunidad Valenciana, con saldo positivo (mayor recepción que emisión) pese a tener un coste medio por proceso atendido negativo (más caro el de los pacientes emitidos que el de los recibidos). Este dato parece apuntar al desplazamiento turístico, que resulta en una atención sanitaria no especialmente compleja pero abundante, como el factor primordial en la formación de este saldo.

Otras CC.AA. que han registrado esporádicamente saldos netos de coste o costes medios positivos por paciente superiores han sido Andalucía, Navarra y el País Vasco. En el caso de Andalucía parece una tendencia firme en 2004 y 2005 en lo que se refiere al saldo de coste global, que se complementa con un índice de complejidad positivo por primera vez en el periodo.

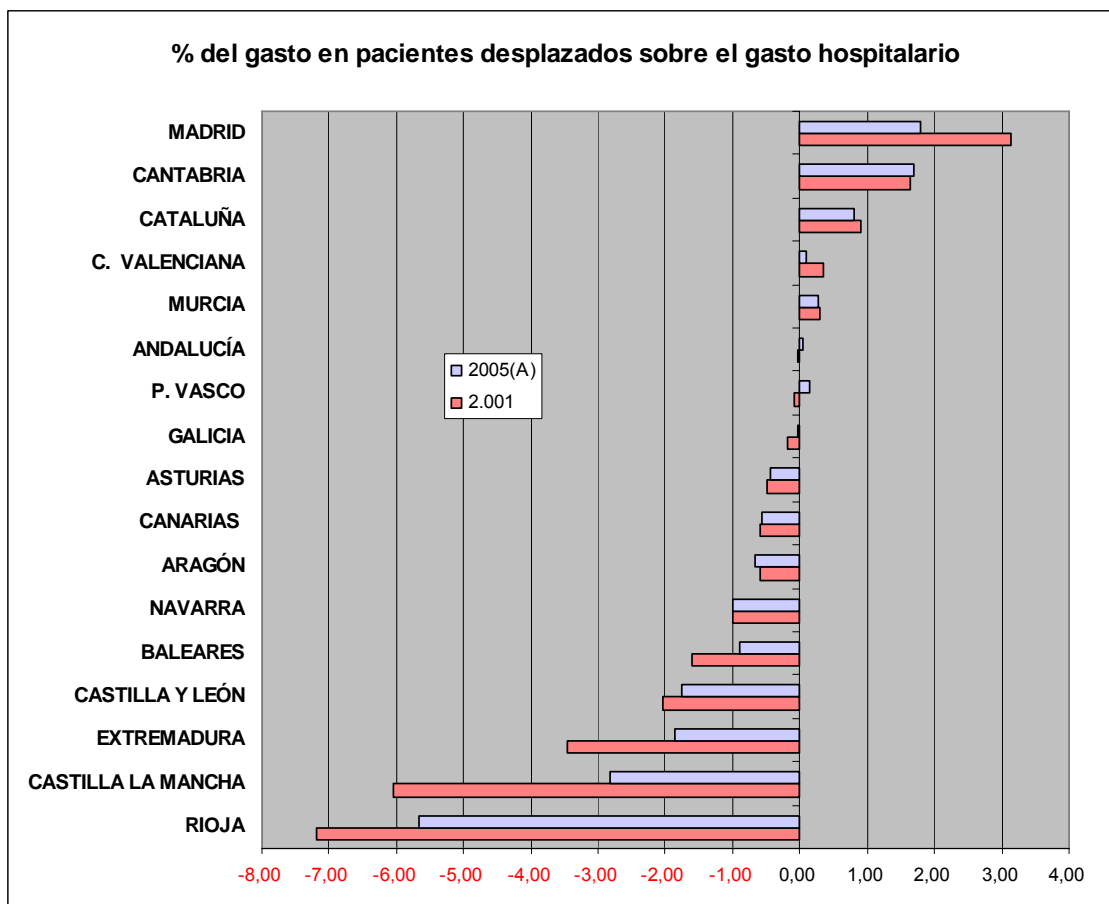
GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

FLUJO DE PACIENTES ENTRE COMUNIDADES AUTÓNOMAS - 2001 A 2005 -															
COMUNIDAD AUTÓNOMA	TODOS LOS GDR DEL CMBD														
	Pacientes Año 2001			Pacientes Año 2002			Pacientes Año 2003			Pacientes Año 2004			Pacientes Año 2005		
	Atendidos	Derivados	Saldo	Atendidos	Derivados	Saldo	Atendidos	Derivados	Saldo	Atendidos	Derivados	Saldo	Atendidos	Derivados	Saldo
ANDALUCÍA	3.580	3.806	-226	3.557	3.974	-417	3.927	3.853	74	4.196	3.906	290	4.391	4.052	339
ARAGÓN	2.876	4.465	-1.589	3.019	4.390	-1.371	2.993	4.155	-1.162	2.766	4.293	-1.527	2.665	4.363	-1.698
ASTURIAS	965	1.334	-369	1.007	1.368	-361	1.016	1.400	-384	1.022	1.310	-288	988	1.263	-275
BALEARES	624	1.328	-704	720	1.380	-660	926	1.283	-357	805	1.190	-385	844	1.238	-394
CANARIAS	178	967	-789	141	954	-813	218	859	-641	206	858	-652	184	1.007	-823
CANTABRIA	1.855	1.581	274	2.037	1.589	448	2.042	1.890	152	1.956	1.591	365	1.938	1.669	269
CASTILLA Y LEÓN	4.248	7.699	-3.451	4.263	7.874	-3.611	4.448	7.632	-3.184	4.176	7.400	-3.224	3.991	7.282	-3.291
CASTILLA LA MANCHA	3.435	11.240	-7.805	3.795	10.792	-6.997	4.131	9.514	-5.383	3.821	9.213	-5.392	3.780	8.949	-5.169
CATALUÑA	8.546	2.706	5.840	8.744	2.808	5.936	8.212	3.112	5.100	8.600	2.988	5.612	8.760	3.065	5.695
C. VALENCIANA	5.677	3.526	2.151	4.885	3.609	1.276	5.601	3.491	2.110	4.937	3.368	1.569	4.701	3.580	1.121
EXTREMADURA	776	3.329	-2.553	836	3.253	-2.417	1.037	3.028	-1.991	1.079	2.964	-1.885	1.047	2.665	-1.618
GALICIA	1.077	1.575	-498	1.529	1.617	-88	1.502	1.558	-56	1.396	1.523	-127	1.460	1.493	-33
MADRID	19.140	7.339	11.801	18.745	7.458	11.287	15.726	8.244	7.482	15.965	7.752	8.213	15.086	7.668	7.418
MURCIA	2.188	1.378	810	2.166	1.604	562	2.100	1.701	399	1.911	1.440	471	2.069	1.341	728
NAVARRA	929	1.636	-707	985	1.716	-731	887	1.995	-1.108	861	1.696	-835	1.022	1.742	-720
P. VASCO	3.206	3.320	-114	3.578	3.480	98	4.430	3.597	833	3.612	3.628	-16	4.161	3.488	673
RIOJA	951	2.218	-1.267	1.008	2.357	-1.349	1.137	2.276	-1.139	1.176	2.159	-983	1.142	2.224	-1.082
CEUTA	139	445	-306	144	414	-270	166	414	-248	162	788	-626	201	764	-563
MELILLA	59	557	-498	48	570	-522	82	579	-497	99	679	-580	126	703	-577
TOTAL	60.449	60.449		61.207	61.207		60.581	60.581		58.746	58.746		58.556	58.556	

COSTE DEL FLUJO DE PACIENTES ENTRE COMUNIDADES AUTÓNOMAS - 2001 A 2005															
COMUNIDAD AUTÓNOMA	TODOS LOS GDR DEL CMBD Miles de Euros														
	COSTES Año 2001			COSTES Año 2002			COSTES Año 2003			COSTES Año 2004			COSTES Año 2005		
	Atendidos	Derivados	Saldo	Atendidos	Derivados	Saldo	Atendidos	Derivados	Saldo	Atendidos	Derivados	Saldo	Atendidos	Derivados	Saldo
ANDALUCÍA	12.958	13.983	-1.026	12.584	15.125	-2.541	15.082	16.117	-1.036	17.921	17.269	652	19.937	18.239	1.698
ARAGÓN	11.135	14.434	-3.299	11.964	15.561	-3.597	12.461	15.256	-2.795	11.999	17.338	-5.339	12.433	18.048	-5.615
ASTURIAS	3.753	6.309	-2.555	3.578	6.539	-2.961	3.588	6.419	-2.832	3.765	6.682	-2.916	3.659	6.808	-3.149
BALEARES	1.649	6.565	-4.916	2.264	6.742	-4.478	3.040	7.533	-4.493	2.851	8.322	-5.471	3.399	8.392	-4.992
CANARIAS	499	5.208	-4.709	485	5.223	-4.738	723	4.927	-4.204	682	5.045	-4.362	763	7.286	-6.522
CANTABRIA	10.063	5.544	4.519	11.923	6.032	5.892	12.546	6.832	5.714	13.305	7.036	6.269	13.506	7.286	6.220
CASTILLA Y LEÓN	14.110	34.374	20.264	15.327	36.954	-21.627	16.840	36.273	-19.433	16.282	38.942	-22.660	15.892	40.883	-24.990
CASTILLA LA MANCHA	12.471	50.715	38.244	14.479	50.638	-36.159	15.927	46.214	-30.287	18.389	50.605	-32.216	18.707	49.661	-30.954
CATALUÑA	32.191	8.051	24.140	34.173	9.294	24.878	35.428	10.799	24.629	40.312	11.312	29.000	42.774	11.835	30.939
C. VALENCIANA	17.219	11.715	5.504	16.198	12.324	3.874	18.580	13.620	4.960	19.251	13.924	5.327	18.590	16.253	2.337
EXTREMADURA	2.074	16.695	14.621	2.446	16.364	-13.918	3.232	15.527	-12.295	3.839	16.908	-13.069	3.852	15.056	-11.204
GALICIA	4.026	6.175	-2.149	5.917	6.955	-1.039	5.607	6.443	-836	5.572	6.870	-1.298	6.141	6.496	-355
MADRID	95.069	22.591	72.478	95.096	23.494	71.602	84.990	27.621	57.369	95.794	29.359	66.435	94.307	30.328	63.979
MURCIA	6.789	5.362	1.427	6.900	6.473	428	7.376	6.824	552	6.945	7.470	-525	8.702	6.604	2.099
NAVARRA	2.873	5.792	-2.919	3.067	6.244	-3.177	3.133	7.018	-3.885	3.055	6.886	-3.831	4.183	8.187	-4.003
P. VASCO	11.037	11.929	-893	13.365	12.730	635	16.024	13.640	2.384	15.663	16.126	-463	18.686	16.656	2.030
RIOJA	2.502	11.081	-8.578	2.948	12.323	-9.375	3.402	13.055	-9.653	3.854	12.705	-8.851	3.786	13.963	-10.178
CEUTA	324	1.873	-1.549	359	1.663	-1.304	463	2.037	-1.574	456	4.056	-3.600	613	4.335	-3.722
MELILLA	146	2.494	-2.347	125	2.518	-2.394	243	2.530	-2.286	367	3.449	-3.082	413	4.031	-3.619
TOTAL	240.890	240.890		253.198	253.198	0	258.685	258.685	0	280.303	280.303	0	290.345	290.345	0

COSTE POR PACIENTE ATENDIDO Y DERIVADO ENTRE COMUNIDADES AUTÓNOMAS - 2001 A 2005 -															
COMUNIDAD AUTÓNOMA	TODOS LOS GDR DEL CMBD Euros														
	COSTE/PACIENTE Año 2001			COSTES/PACIENTE Año 2002			COSTES/PACIENTE Año 2003			COSTES/PACIENTE Año 2004			COSTES/PACIENTE Año 2005		
	Atendidos	Derivados	Saldo	Atendidos	Derivados	Saldo	Atendidos	Derivados	Saldo	Atendidos	Derivados	Saldo	Atendidos	Derivados	Saldo
ANDALUCÍA	3.619	3.674	-55	3.538	3.806	-268	3.840	4.183	-343	4.271	4.421	-150	4.541	4.501	39
ARAGÓN	3.872	3.233	639	3.963	3.545	418	4.163	3.672	492	4.338	4.039	299	4.665	4.137	529
ASTURIAS	3.890	4.729	-839	3.553	4.780	-1.227	3.531	4.585	-1.054	3.684	5.101	-1.416	3.704	5.390	-1.687
BALEARES	2.643	4.944	-2.300	3.145	4.886	-1.741	3.283	5.872	-2.588	3.541	6.993	-3.452	4.028	6.778	-2.751
CANARIAS	2.806	5.386	-2.581	3.437	5.475	-2.038	3.316	5.735	-2.419	3.313	5.880	-2.567	4.149	7.235	-3.086
CANTABRIA	5.425	3.506	1.918	5.853	3.796	2.057	6.144	3.615	2.529	6.802	4.423	2.380	6.969	4.365	2.604
CASTILLA Y LEÓN	3.321	4.465	-1.143	3.595	4.693	-1.098	3.786	4.753	-967	3.899	5.262	-1.363	3.982	5.614	-1.632
CASTILLA LA MANCHA	3.631	4.512	-882	3.815	4.692	-877	3.855	4.857	-1.002	4.813	5.493	-680	4.949	5.549	-600
CATALUÑA	3.767	2.975	792	3.908	3.310	598	4.314	3.470	844	4.687	3.786	902	4.883	3.861	1.022
C. VALENCIANA	3.033	3.323	-289	3.316	3.415	-99	3.317	3.902	-584	3.899	4.134	-235	3.955	4.540	-585
EXTREMADURA	2.672	5.015	-2.342	2.926	5.030	-2.105	3.117	5.128	-2.011	3.558	5.704	-2.146	3.679	5.650	-1.970
GALICIA	3.738	3.920	-182	3.870	4.301	-432	3.733	4.135	-402	3.991	4.511	-519	4.206	4.351	-145
MADRID	4.967	3.078	1.889	5.073	3.150	1.923	5.404	3.350	2.054	6.000	3.787	2.213	6.251	3.955	2.296
MURCIA	3.103	3.891	-788	3.186	4.035	-850	3.512	4.012	-499	3.634	5.187	-1.553	4.206	4.924	-718
NAVARRA	3.093	3.540	-447	3.114	3.639	-525	3.532	3.518	14	3.548	4.060	-512	4.093	4.700	-606
P. VASCO	3.443	3.593	-151	3.735	3.658	77	3.617	3.792	-175	4.336	4.445	-109	4.491	4.775	-284
RIOJA	2.631	4.996	-2.365	2.925	5.228	-2.304	2.992	5.736	-2.744	3.278	5.885	-2.607	3.315	6.279	-2.963
CEUTA	2.334	4.209	-1.875	2.491	4.017	-1.526	2.790	4.921	-2.131	2.814	5.147	-2.332	3.052	5.674	-2.622
MELILLA	2.477	4.477	-1.999	2.602	4.418	-1.816	2.965	4.369	-1.404	3.710	5.080	-1.370	3.277	5.735	-2.458
TOTAL	3.985	3.985		4.137	4.137		4.270	4.270		4.771	4.771		4.958	4.958	

Dado que el CMBD recoge información sobre altas hospitalarias, la importancia del gasto originado por pacientes de otras CC.AA. debería evaluarse comparándolo con el gasto en servicios hospitalarios prestados a pacientes internados, ya que la actividad ambulatoria de los hospitales es depurada en el cálculo de los pesos y costes de los GDR. Esto no es posible actualmente, ya que la información disponible sobre desagregación del gasto hospitalario entre gasto con internamiento y ambulatorio sigue siendo muy escasa. Por este motivo, se ofrece a continuación el porcentaje que para cada Comunidad ha supuesto el saldo neto de pacientes desplazados sobre el gasto hospitalario total de cada una de ellas.



En términos absolutos, las mayores reducciones en el coste global de los pacientes derivados como porcentaje de su gasto hospitalario corresponden a Castilla-La Mancha y Extremadura. Por su parte, la Comunidad que más porcentaje de gasto hospitalario transfiere a otras Comunidades, en relación con su gasto, sigue siendo La Rioja.

Entre las CC.AA. receptoras de pacientes, destaca la reducción que este componente de la asistencia registra en Madrid y en menor grado en la Comunidad Valenciana, mientras resulta estable en Navarra y Cataluña y aumenta ligeramente en Cantabria.

Lo más destacable, en cualquier caso, es que el gasto por asistencia desplazada ha perdido peso en relación con el total del gasto hospitalario, tanto desde el punto de vista de las CC.AA. emisoras como de las receptoras, lo que resulta coherente con el crecimiento de los recursos dedicados a la sanidad por los distintos Servicios de Salud. La tabla completa se presenta a continuación.

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

SALDO NETO DEL COSTE DEL FLUJO DE PACIENTES ENTRE CCAA Y GASTO HOSPITALARIO - 2001 A 2005															
	2.001			2.002			2.003			2004*			2005(A)		
	Gasto hospitalares	saldo desplazados	% gasto desplazados	Gasto hospitalares	saldo desplazados	% gasto desplazados	Gasto hospitalares	saldo desplazados	% gasto desplazados	Gasto hospitalares	saldo desplazados	% gasto desplazados	Gasto hospitalares	saldo desplazados	% gasto desplazados
ANDALUCÍA	3.005.207	-1.026	-0,03	3.144.979	-2.541	-0,08	3.455.397	-1.036	-0,03	3.771.917	652	0,02	4.143.391	1.698	0,04
ARAGÓN	550.261	-3.299	-0,60	568.709	-3.597	-0,63	675.549	-2.795	-0,41	729.282	-5.339	-0,73	829.134	-5.615	-0,67
ASTURIAS	511.242	-2.555	-0,50	548.203	-2.961	-0,54	615.505	-2.832	-0,46	658.386	-2.916	-0,44	724.000	-3.149	-0,43
BALEARES	301.508	-4.916	-1,60	377.792	-4.478	-1,17	445.286	-4.493	-1,00	499.877	-5.471	-1,08	555.450	-4.992	-0,89
CANARIAS	788.446	-4.709	-0,59	888.312	-4.738	-0,53	1.016.798	-4.204	-0,41	1.060.194	-4.362	-0,41	1.170.298	-6.522	-0,55
CANTABRIA	275.702	4.519	1,64	286.158	5.892	2,06	345.899	5.714	1,65	335.917	6.269	1,87	370.487	6.220	1,68
CASTILLA Y LEÓN	969.548	-20.264	-2,05	1.008.921	-21.627	-2,10	1.187.448	-19.433	-1,61	1.236.016	-22.660	-1,80	1.401.360	-24.990	-1,75
CASTILLA LA MANCHA	594.184	-38.244	-6,05	718.616	-36.159	-4,79	785.974	-30.287	-3,71	744.778	-32.216	-4,15	1.067.178	-30.954	-2,82
CATALUÑA	2.697.573	24.140	0,89	2.876.469	24.878	0,86	3.216.033	24.629	0,77	3.471.885	29.000	0,84	3.846.914	30.939	0,80
C. VALENCIANA	1.595.521	5.504	0,34	1.748.677	3.874	0,22	1.990.254	4.960	0,25	2.158.555	5.327	0,25	2.303.388	2.337	0,10
EXTREMADURA	407.128	-14.621	-3,47	425.213	-13.918	-3,17	503.988	-12.295	-2,38	550.907	-13.069	-2,32	594.671	-11.204	-1,85
GALICIA	1.177.076	-2.149	-0,18	1.264.019	-1.039	-0,08	1.336.783	-836	-0,06	1.533.969	-1.298	-0,08	1.534.661	-355	-0,02
MADRID	2.317.981	72.478	3,13	2.562.792	71.602	2,79	2.772.973	57.369	2,07	3.281.061	66.435	2,02	3.576.534	63.979	1,79
MURCIA	467.323	1.427	0,31	511.317	428	0,08	572.918	552	0,10	657.959	-525	-0,08	753.270	2.099	0,28
NAVARRA	292.795	-2.919	-0,99	310.530	-3.177	-1,01	340.089	-3.885	-1,13	372.982	-3.831	-1,02	400.459	-4.003	-0,99
P. VASCO	1.038.142	-893	-0,09	1.111.037	635	0,06	1.183.700	2.384	0,20	1.275.874	-463	-0,04	1.400.275	2.030	0,14
RIOJA	110.760	-8.578	-7,19	114.238	-9.375	-7,58	142.670	-9.653	-6,34	156.291	-8.851	-5,36	169.171	-10.178	-5,67
CEUTA	29.359	-1.549	-5,01	32.433	-1.304	-3,87	34.829	-1.574	-4,32	39.102	-3.600	-8,43	41.712	-3.722	-8,19
MELILLA	28.089	-2.347	-7,71	31.311	-2.394	-7,10	33.508	-2.286	-6,39	37.762	-3.082	-7,55	40.334	-3.619	-8,23
GASTO CONSOLIDADO CCAA	17.157.848	0		18.529.728	0		20.655.602	0		22.572.715	0		24.922.684	0	

Hay que considerar además que el Fondo de Cohesión Sanitaria (FCS) ha financiado, desde 2002, parte del gasto producido por los pacientes desplazados entre Comunidades, con un enfoque destinado a garantizar o compensar la atención de los pacientes que necesitan ser atendidos de procesos costosos o complejos que no están disponibles en su Comunidad de residencia no ya por razones económicas, sino de buena práctica médica derivada de la necesidad de concentración de casos (es decir, por razones de eficiencia clínica). Este hecho ha motivado que sean precisamente las CC.AA. con índices positivos de complejidad las beneficiadas por la financiación del FCS.

Hay que tener en cuenta no obstante que el FCS financia sólo el saldo neto de un número limitado de procedimientos complejos, por lo que su efecto no es estrictamente homogéneo con el de los saldos netos del total de casos que se analizan en este apartado. Con esta consideración, parece interesante señalar cómo ese mecanismo de financiación ha afectado a las CC.AA. que a lo largo de todo el periodo estudiado se han beneficiado de él.

En la siguiente tabla se muestra el saldo positivo global por desplazados nacionales y la financiación recibida por este concepto del FCS, en los ejercicios 2002 a 2005, por parte de aquellas CC.AA. que, dado su mayor índice de complejidad o su volumen de casos, son las más afectadas por este mecanismo de financiación. Los importes recibidos por estas cuatro Comunidades representan el 99 % de los importes transferidos con cargo a dicho fondo.

SALDOS POSITIVOS DEL COSTE DE LOS GDR (CMBD) Y FINANCIACIÓN F.C.S

Miles de
Euros

COMUNIDAD AUTÓNOMA	2001			2002			2003			2004			2005		
	saldos positivos GDR CMBD	Financiado FCS 2002	% financiado FCS	saldos positivos GDR CMBD	Financiado FCS 2003	% financiado FCS	saldos positivos GDR CMBD	Financiado FCS 2004	% financiado FCS	saldos positivos GDR CMBD	Financiado FCS 2005	% financiado FCS	saldos positivos GDR CMBD	Financiado FCS 2006	% financiado FCS
CANTABRIA	4.519	3.503	77,52	5.892	3.956	67,15	5.714	3.820	66,86	6.269	4.126	65,82	6.220	6.425	103,30
CATALUÑA	24.140	8.972	37,17	24.878	8.448	33,96	24.629	8.179	33,21	29.000	8.905	30,71	30.939	13.126	42,43
C. VALENCIANA	5.504	1.352	24,57	3.874	1.039	26,82	4.960	1.006	20,27	5.327	628	11,78	2.337	1.548	66,22
MADRID	72.478	30.914	42,65	71.602	31.932	44,60	57.369	30.835	53,75	66.435	27.642	41,61	63.979	52.910	82,70

V.4.2.11.2. Desplazados temporales extranjeros atendidos por CCAA

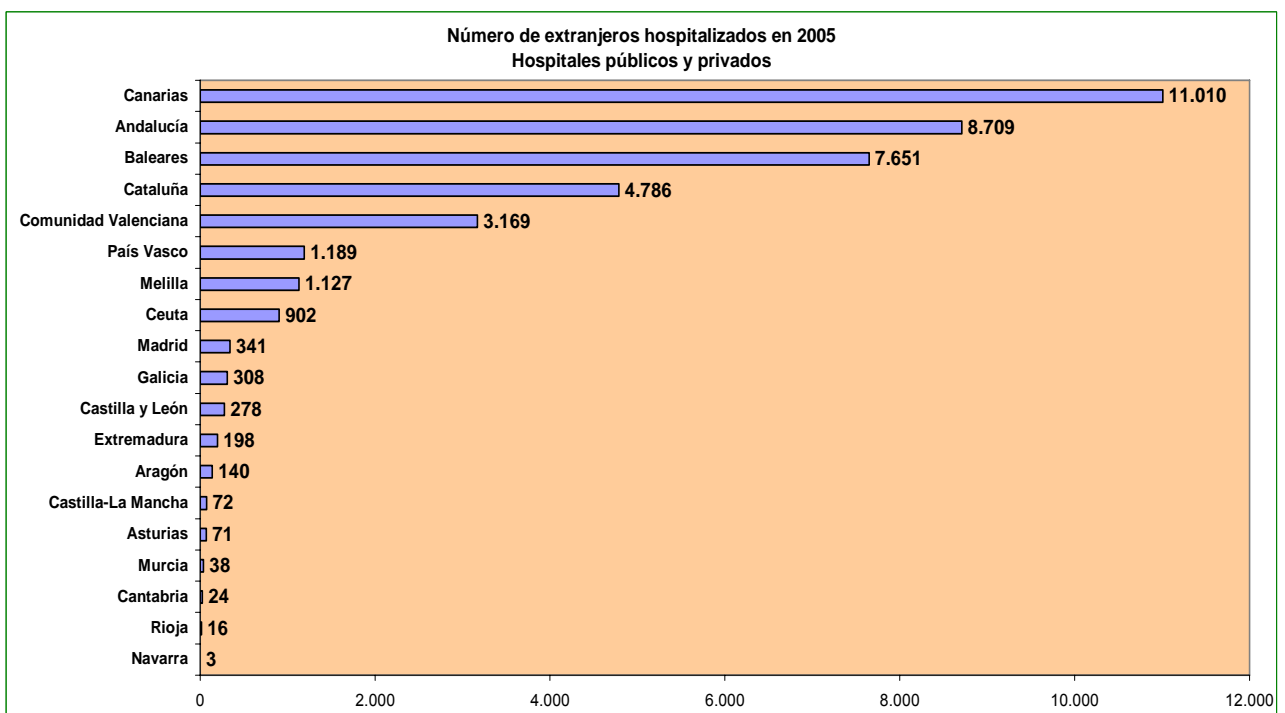
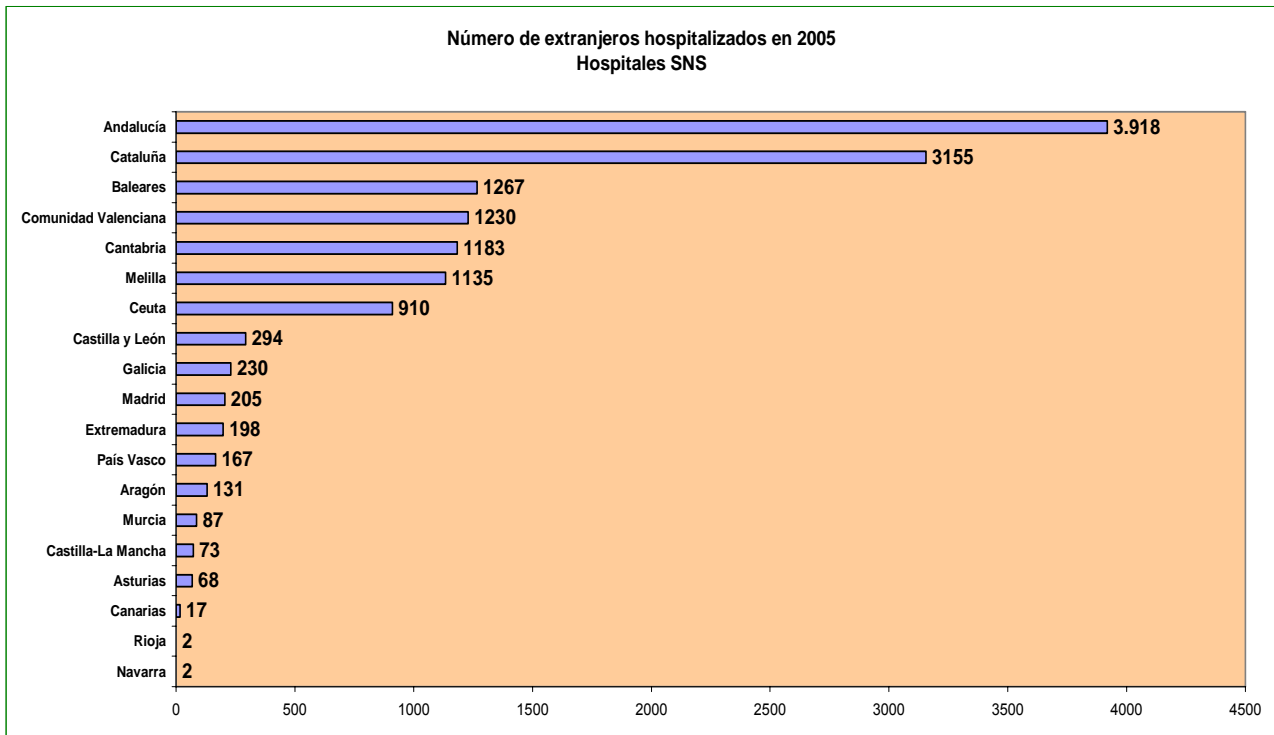
La primera consideración a realizar es que las cifras que se ofrecen de la fuente CMDB se refieren a extranjeros en estancia temporal en España. Aquellos que tienen aquí su residencia habitual son “invisibles” para el CMDB, en cuanto su residencia aparecerá en aquella Comunidad en la que están empadronados.

Con esta información, y a diferencia de lo que se ponía de manifiesto entre 1999 y 2002 con los datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (EMH) utilizados en el informe anterior, se observa que el número de extranjeros atendidos entre 1999 y 2005 es creciente.

El número total de residentes en el extranjero dados de alta⁶⁸ en los hospitales del SNS pasa de 9.441 en 1999 a 14.272 en 2005. En este periodo, por tanto, la tasa de incremento anual media del número de altas correspondientes a extranjeros ha sido de un 7,13%, sensiblemente superior a la registrada por el conjunto de las altas que se producen a cargo de los Servicios de Salud de las Comunidades (que fue del 1,80%). Si se considera el conjunto de hospitales del Estado, tanto públicos como privados, dicha tasa de crecimiento de altas de extranjeros se sitúa en el 9,60% cuando el volumen de altas total creció un 0,64% anual.

Las Comunidades y Ciudades Autónomas en las que se atendieron mayor número de extranjeros en hospitales del SNS en el año 2005 son Andalucía, Cataluña, Baleares, Comunidad Valenciana, Cantabria, Melilla y Ceuta. Si se considera el conjunto de hospitales, tanto públicos como privados (EMH), la Comunidad que atiende mayor número de extranjeros, con diferencia, es Canarias, seguida de Andalucía, Cataluña, Baleares, Comunidad Valenciana, País Vasco, y las Ciudades Autónomas de Melilla y Ceuta. Una posible explicación para la diferente situación de Canarias en las dos fuentes de datos consideradas es la mayor asistencia de los extranjeros a hospitales privados, así como la existencia de posibles problemas de registro de la variable “residencia” en los hospitales públicos.

⁶⁸ Es preciso indicar que parece existir una situación de bajo registro de los pacientes extranjeros que se atienden y, por tanto, la necesidad de mejorar la calidad de la variable de residencia del paciente.



A continuación se ofrecen las tablas que sustentan estos gráficos para ambas fuentes de información.

Número de enfermos dados de alta por comunidad autónoma de hospitalización y residencia en el extranjero.
Centros del SNS (CMBD)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	TAM 99/05
Total	9.441	9.415	10.516	10.945	12.044	12.779	14.272	7,13
Andalucía	2.548	1.777	1.550	1.492	2.364	2.614	3.918	7,43
Aragón	58	104	143	112	143	91	131	14,54
Asturias	67	56	53	63	58	57	68	0,25
Baleares	1.288	1.542	1.443	1.346	1282	1377	1267	-0,27
Canarias	55	66	163	192	66	69	17	-17,77
Cantabria	402	480	543	721	918	1122	1183	19,71
Castilla y León	283	283	314	382	350	358	294	60,81
Castilla-La Mancha	17	70	73	113	85	0	73	-20,21
Cataluña	2.450	2.572	2.923	3.135	2709	2908	3155	4,31
Comunidad Valenciana	1.283	1.238	1.548	1.335	1535	1404	1230	-0,70
Extremadura	42	46	30	216	197	192	198	29,49
Galicia	0	0	0	196	221	241	230	--
Madrid	199	204	199	216	199	239	205	0,50
Murcia	56	51	117	138	103	69	87	7,62
Navarra	0	0	2	1	1	1	2	--
País Vasco	142	119	87	179	169	180	167	2,74
Rioja	0	9	1	0	0	0	2	--
Ceuta	551	434	482	468	614	871	910	8,72
Melilla	0	364	845	640	1030	986	1135	--

Fuente: Registro de altas hospitalarias (CMBD). Instituto de Información Sanitaria

Nota: el dato registrado en Aragón en el año 2003 es 4.934 y está pendiente de verificar. Para realizar este análisis se ha estimado el valor mediante interpolación lineal manteniendo la tendencia

Número de enfermos dados de alta por comunidad autónoma de hospitalización y residencia en el extranjero.
Centros públicos y privados (EMH)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	TAM 99/05
Total	23.099	29.660	27.738	19.400	23.353	26.096	40.032	9,60
Andalucía	5.883	9.490	8.302	4.158	5.075	5.032	8.709	6,76
Aragón	117	264	315	124	123	133	140	3,04
Asturias		18	53	54	44	38	71	--
Baleares	4.477	4.796	5.497	4.066	7.454	6.789	7.651	9,34
Canarias	334	4.773	3.055	3.724	1.567	1.192	11.010	79,06
Cantabria	12	32	10	0	0	0	24	12,25
Castilla y León	64	89	217	263	203	301	278	27,74
Castilla-La Mancha		2	20	58	13	31	72	--
Cataluña	2.760	3.175	3.177	3.550	3.549	4.618	4.786	9,61
Comunidad Valenciana	8.161	5.990	5.561	1.855	2.975	4.242	3.169	-14,59
Extremadura		12	32	209	44	199	198	--
Galicia	493	276	248	232	525	424	308	-7,54
Madrid	209	249	189	235	300	378	341	8,50
Murcia	117	10	65	71	65	68	38	-17,09
Navarra		0	3	1	1	2	3	--
País Vasco	153	145	150	141	356	814	1.189	40,74
Rioja	1	3	5	16	14	17	16	58,74
Ceuta	235	4	0	0	0	847	902	25,13
Melilla	83	332	839	643	1.045	971	1.127	54,46

Fuente: INE. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria.

El análisis del coste posibilitado por los datos del CMBD y del Grupo de Contabilidad Analítica de la Subcomisión de Sistemas de Información del Consejo Interterritorial del SNS, permite apreciar en este concepto un sustancial incremento tanto de casos como de coste a lo largo del periodo, aunque el coste medio por caso atendido es claramente inferior al de los desplazados nacionales. Este hecho apunta al carácter espontáneo, no complejo y de origen turístico de la demanda de atención, componente fundamental de este gasto.

Coste medio de la atención a desplazados					
Euros	2001	2002	2003	2004	2005
COSTE MEDIO POR PACIENTE NACIONAL	3.985	4.137	4.270	4.771	4.958
COSTE MEDIO POR PACIENTE EXTRANJERO	2.991	3.202	3.242	3.565	3.710
Diferencia %	-24,9	-22,6	-24,1	-25,3	-25,2

PACIENTES EXTRANJEROS ATENDIDOS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Miles de Euros

COMUNIDAD AUTÓNOMA	2001		2002		2003		2004		2005	
	Casos	Coste	Casos	Coste	Casos	Coste	Casos	Coste	Casos	Coste
ANDALUCÍA	1.550	5.025,8	1.492	5.226,2	2.364	6.815,3	2.614	8.237,0	3.918	13.977,3
ARAGÓN	143	385,2	112	339,8	143	408,8	91	359,2	131	465,4
ASTURIAS	53	161,9	63	234,7	58	218,0	57	208,2	68	248,9
BALEARES	1.443	4.579,3	1.346	4.553,8	1.282	4.410,2	1.377	5.676,3	1.267	5.179,7
CANARIAS	163	573,1	192	618,0	66	281,5	69	223,5	17	146,9
CANTABRIA	543	1.389,0	721	1.868,3	918	2.410,3	1.122	3.009,0	1.183	3.464,6
CASTILLA Y LEÓN	314	997,7	382	1.261,7	350	1.488,2	358	1.533,1	294	1.292,7
CASTILLA LA MANCHA	73	205,1	113	373,6	85	287,6			73	425,0
CATALUÑA	2.923	8.857,3	3.135	10.037,1	2.709	10.156,1	2.908	12.038,4	3.155	13.095,5
VALENCIA	1.548	4.475,9	1.335	4.199,0	1.535	4.811,8	1.404	5.139,7	1.230	4.607,4
EXTREMADURA	30	90,8	216	776,2	197	778,3	192	734,9	198	881,7
GALICIA			196	710,5	221	869,2	241	969,3	230	1.041,0
MADRID	199	942,6	216	901,0	199	964,6	239	1.159,6	205	979,5
MURCIA	117	397,7	138	618,7	103	460,6	69	240,4	87	363,3
NAVARRA	2	4,1	1	3,5	1	2,7	1	8,4	2	24,1
PAIS VASCO	87	273,7	179	700,9	169	650,4	180	688,6	167	642,8
LA RIOJA	1	3,0							2	6,6
CEUTA	482	1.204,3	468	1.162,2	614	1.513,1	871	2.430,4	910	2.620,5
MELILLA	845	1.888,9	640	1.462,7	1.030	2.517,2	986	2.905,1	1.135	3.487,4
TOTAL	10.516	31.455,4	10.945	35.048	12.044	39.044	12.779	45.561	14.272	52.950
Coste medio (Euros)		2.991		3.202		3.242		3.565		3.710

No obstante, la distribución territorial y las discontinuidades en la secuencia temporal registrada ponen de manifiesto la influencia de otros factores, como el efecto fronterizo que se puede deducir de las cifras de Extremadura, derivado de la atracción sobre la población de zonas vecinas en Portugal, y el mismo efecto que se aprecia con absoluta claridad en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.

Por otra parte, Comunidades claramente turísticas como Baleares, Comunidad Valenciana y Región de Murcia han disminuido ligeramente el número de casos atendidos, dentro de una cierta estabilidad. El caso de Canarias resulta llamativo, con un fortísimo descenso a partir de 2003 que no tiene correlato en la atención prestada por el conjunto de hospitales

públicos y privados recogidos en la EMH. En cambio, otras Comunidades no consideradas históricamente turísticas han visto aumentar netamente el número de extranjeros atendidos, como Cantabria y el País Vasco.

En términos de incidencia sobre el gasto hospitalario de las CC.AA., los datos son los siguientes:

COSTE DE EXTRANJEROS ATENDIDOS Y GASTO HOSPITALARIO - 2001 A 2005					
	2.001	2.002	2.003	2004*	2005(A)
	% gasto extranjeros	% gasto extranjeros	% gasto extranjeros	% gasto extranjeros	% gasto extranjeros
ANDALUCÍA	0,17	0,17	0,20	0,22	0,34
ARAGÓN	0,07	0,06	0,06	0,05	0,06
ASTURIAS	0,03	0,04	0,04	0,03	0,03
BALEARES	1,52	1,21	0,99	1,14	0,93
CANARIAS	0,07	0,07	0,03	0,02	0,01
CANTABRIA	0,50	0,65	0,70	0,90	0,94
CASTILLA Y LEÓN	0,10	0,13	0,13	0,12	0,09
CASTILLA LA MANCHA	0,03	0,05	0,04	0,00	0,04
CATALUÑA	0,33	0,35	0,32	0,35	0,34
C. VALENCIANA	0,28	0,24	0,24	0,24	0,20
EXTREMADURA	0,02	0,18	0,15	0,13	0,15
GALICIA	0,00	0,06	0,07	0,06	0,07
MADRID	0,04	0,04	0,03	0,04	0,03
MURCIA	0,09	0,12	0,08	0,04	0,05
NAVARRA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01
P. VASCO	0,03	0,06	0,05	0,05	0,05
RIOJA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CEUTA	4,10	3,58	4,34	6,22	6,28
MELILLA	6,72	4,67	7,51	7,69	8,65
GASTO CONSOLIDADO CCAA	0,18	0,19	0,19	0,20	0,21

Sobre el total del gasto, este concepto supone un porcentaje pequeño aunque creciente (en torno al 0,2%). Por CC.AA., con la excepción ya señalada de las Ciudades Autónomas donde este gasto sí supone una presión notable y en fuerte expansión, solamente Baleares registra porcentajes superiores o en torno al 1%, situación a la que parece aproximarse Cantabria (0,9% en 2005).

En el resto de Comunidades que hemos considerado turísticas el gasto derivado de la atención a extranjeros se sitúa entre el 0,2 y el 0,3% del total hospitalario (Comunidad

Valenciana, Andalucía y Cataluña). Extremadura destaca por la situación fronteriza ya comentada.

Aunque el Fondo de Cohesión Sanitaria también ha venido transfiriendo fondos por el concepto de asistencia sanitaria internacional a las CCAA, el procedimiento arbitrado tanto a nivel nacional como internacional y la no correspondencia de la población atendida con la que es objeto de cobertura por el FCS (europea y de países con convenio de seguridad Social con España) no permite un análisis coherente en los términos que se aplicaron al gasto de los desplazados nacionales.

A continuación se presentan las tablas de doble entrada de los flujos entre Comunidades Autónomas según los datos del CMBD para los años 1999 a 2005.

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

1999	Residencia del paciente																				TOTAL
	AND	ARA	AST	BAL	CAN	CANT	CLEON	CMAN	CAT	VAL	EXT	GAL	MAD	MUR	NAV	PVAS	RIO	CEU	MEL	EXTR	
Andalucía		409	21	39	83	28	171	497	282	191	269	106	617	97	18	90	13	260	475	2.548	6.214
Aragón	53		10	4	5	6	193	403	268	499	11	22	185	12	57	75	701	3	1	58	2.566
Asturias (principado de)	35	9			19	46	11	360	40	59	4	123	183	10	6	72	6	1		67	1.051
Baleares (islas)	177	19	19		14	9	51	62	182	94	43	41	127	21	13	34	7	7		1.288	2.208
Canarias	13	3	6	1			7	47	5	2.168	3	10	11	1	3	5		1		55	2.339
Cantabria	31	20	232		28		12	667	11	24	4	42	206	8	16	282	448	2		402	2.435
Castilla y león	330	45	31	9	38	22		133	128	399	82	35	1.422	212	15	49	9	1		17	2.977
Castilla - la mancha	140	102	260	15	23	161	90		280	117	315	100	1.261	33	52	807	123		2	283	4.164
Cataluña	877	3.151	106	944	222	65	184	367		897	111	308	335	243	104	300	120	10	26	2.450	10.820
Comunidad valenciana	359	268	134	67	37	45	1.060	267	477		36	93	1.310	340	67	302	41	9	7	1.283	6.202
Extremadura	149	8	9	1	5	3	43	52	68	23		12	324	4	3	81	1	2		42	830
Galicia	72	17	168	9	35	13	42	160	140	62	29		262	21	8	154	5				1.197
Madrid (comunidad de)	1.055	177	298	134	433	155	7.712	3.883	104	315	1.905	609		424	68	197	161	74	24	199	17.927
Murcia (región de)	157	4	10	2	6	4	533	36	33	129	5	12	220		7	15	2		1	56	1.232
Navarra (comunidad foral de)	36	262	12	2	2	5	9	40	23	20	4	7	28	8		106	223	1	1		789
País vasco	39	25	25	4	8	918	16	1.000	56	26	25	24	95	8	931		214		1	142	3.557
Rioja (la)	16	21	2	1	2	4	4	39	23	5	5	11	30	2	146	543					854
Ceuta	36	2	2		2		1	1	11	12	1	1	22	1	2	3	1		1	551	650
Melilla	12																				12
Total	3.587	4.542	1.345	1.232	962	1.484	10.139	8.014	2.131	5.040	2.852	1.556	6.638	1.445	1.516	3.115	2.075	371	539	9.441	68.024

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

2000 Comunidad de atención	Residencia del paciente																				TOTAL
	AND	ARA	AST	BAL	CAN	CANT	CLEON	CMAN	CAT	VAL	EXT	GAL	MAD	MUR	NAV	PVAS	RIO	CEU	MEL	EXTR	
Andalucía		55	34	37	91	18	261	154	405	233	291	116	693	110	36	166	12	479	491	1.777	5.459
Aragón	75		23	11	9	10	243	448	322	473	9	25	158	20	98	71	714		1	104	2.814
Asturias (principado de)	22	12		5	19	31	15	337	36	38	9	142	161	6	5	62	1	1		56	958
Baleares (islas)	154	24	14		16	9	49	47	164	61	41	37	128	17	7	40	5			1.542	2.355
Canarias	25	4	9			1	3	9		2	1	19	26	2	1	11	2		1	66	182
Cantabria	35	16	222		11		19	524	7	22	11	40	178	4	24	295	455	1		480	2.344
Castilla y león	364	35	20	13	42	27		165	165	357	97	39	1.459	211	17	67	9	1	3	70	3.161
Castilla - la mancha	132	107	265	14	24	126	76		269	108	316	125	1.278	46	52	751	100	4	3	283	4.079
Cataluña	911	3.238	113	994	230	75	187	310		940	106	322	383	214	190	348	81	11	36	2.572	11.261
Comunidad valenciana	407	257	131	74	45	52	1.136	319	511		56	96	1.440	386	71	301	41	5	5	1.238	6.571
Extremadura	157	8	10	5	6	6	48	44	71	21		8	248	4	5	104		1	1	46	793
Galicia	52	16	178	5	27	19	15	133	136	51	30		208	9	9	152	4				1.044
Madrid (comunidad de)	1.000	186	315	118	455	134	8.520	3.769	81	236	1.804	637		395	86	192	151	70	48	204	18.401
Murcia (región de)	160	10	15	8	5	3	478	29	64	140	7	16	411		14	22	2		4	51	1.439
Navarra (comunidad foral de)	24	411	6	1	4	8	8	37	24	21	15	17	42	10		125	195				948
País vasco	16	14	17	2	3	1.046	6	953	24	6	21	18	49	6	933		174			119	3.407
Rioja (la)	11	17	8	1	1	6	7	51	23	7	8	12	30		120	525				9	836
Ceuta	40			2	8			1	16	8	1	1	17	3	1	4				434	536
Melilla	16				6			1	9	2		1	3	2						364	404
Total	3.601	4.410	1.380	1.290	1.002	1.571	11.071	7.331	2.327	2.726	2.823	1.671	6.912	1.445	1.669	3.236	1.946	573	593	9.415	66.992

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

2001 Comunidad de atención	Residencia del paciente																				TOTAL
	AND	ARA	AST	BAL	CAN	CANT	CLEON	CMAN	CAT	VAL	EXT	GAL	MAD	MUR	NAV	PVAS	RIO	CEU	MEL	EXTR	
Andalucía		48	39	34	77	20	242	146	422	233	277	88	725	119	27	224	15	357	487	1.550	5.130
Aragón	49		18	13	14	9	242	425	467	481	16	12	153	11	58	98	808	2		143	3.019
Asturias (principado de)	33	19		6	14	51	14	411	40	24	13	127	154	8	4	46	1			53	1.018
Baleares (islas)	115	20	16		13	5	25	33	131	60	25	40	102	6	1	27	5			1.443	2.067
Canarias	31	2	10	1		7	5	11	9	10	2	30	41	1	3	13	2			163	341
Cantabria	26	15	191		16		16	434	6	16	6	27	149	10	20	279	643		1	543	2.398
Castilla y león	365	51	21	17	49	27		319	177	418	102	44	1.571	145	23	85	17	1	3	73	3.508
Castilla - la mancha	145	117	294	13	36	139	73		318	130	372	207	1.447	37	54	725	138	2	1	314	4.562
Cataluña	845	3.251	90	922	211	77	161	298		1.058	128	278	397	242	172	299	98	9	10	2.923	11.469
Comunidad valenciana	403	252	133	89	65	39	1.244	295	533		75	96	1.588	401	70	339	42	8	5	1.548	7.225
Extremadura	158	9	6	5	3	4	35	47	104	40		5	269	9	1	80		1		30	806
Galicia	65	25	163	5	30	9	15	150	145	57	31		213	16	8	140	5				1.077
Madrid (comunidad de)	1.193	167	300	204	406	163	8.408	4.089	120	371	2.240	559		358	80	214	156	64	48	199	19.339
Murcia (región de)	246	8	25	13	5	3	739	38	94	584	12	10	391		2	16			2	117	2.305
Navarra (comunidad foral de)	29	435	7		6	7	5	39	35	8	12	13	30	7		163	133			2	931
País vasco	25	16	13	3	7	1.016	5	911	29	15	5	25	55	6	919		155	1		87	3.293
Rioja (la)	9	29	6		1	4	8	47	23	13	9	10	30	1	193	568				1	952
Ceuta	53	1	2	2	6	1	2	6	25	6	4	4	22		1	4				482	621
Melilla	16			1	8		1		28	2			2	1						845	904
Total	3.806	4.465	1.334	1.328	967	1.581	11.240	7.699	2.706	3.526	3.329	1.575	7.339	1.378	1.636	3.320	2.218	445	557	10.516	70.965

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

2002 Comunidad de atención	Residencia del paciente																				TOTAL
	AND	ARA	AST	BAL	CAN	CANT	CLEON	CMAN	CAT	VAL	EXT	GAL	MAD	MUR	NAV	PVAS	RIO	CEU	MEL	EXTR	
Andalucía		44	52	27	69	33	232	124	431	271	237	80	791	154	27	165	26	315	479	1.492	5.049
Aragón	75		17	11	12	12	198	407	480	526	16	23	196	25	95	78	846	2		112	3.131
Asturias (principado de)	40	18		7	15	37	11	398	37	31	16	123	175	4	6	86	2	1		63	1.070
Baleares (islas)	124	7	21		19	7	30	37	167	56	32	36	118	16	5	40	5			1.346	2.066
Canarias	31	2	1			4	5	10	12	6	2	28	24	5	1	10				192	333
Cantabria	40	22	216	1	8		13	452	7	28	44	28	177	4	31	286	674	3	3	721	2.758
Castilla y león	446	75	38	14	50	39		353	205	436	114	79	1.537	272	27	80	21	2	7	113	3.908
Castilla - la mancha	136	114	262	24	25	118	99		351	125	410	177	1.382	41	52	769	168	4	6	382	4.645
Cataluña	885	3.222	107	967	237	74	213	392		996	139	297	384	246	167	294	80	16	28	3.135	11.879
Comunidad valenciana	373	204	117	88	34	30	1.039	266	362		56	83	1.423	399	46	310	43	7	5	1.335	6.220
Extremadura	169	4	5	5	6	1	27	40	107	21		12	314	3	1	117	3	1		216	1.052
Galicia	70	20	173	8	46	16	31	219	257	59	25		378	14	11	195	6		1	196	1.725
Madrid (comunidad de)	1.221	146	295	200	395	162	8.146	3.998	159	407	2.120	554		395	80	239	134	61	33	216	18.961
Murcia (región de)	232	10	26	15	8	5	722	49	120	550	14	7	353		10	39	2	1	3	138	2.304
Navarra (comunidad foral de)	22	437	9	1	4	16	5	44	20	32	5	14	52	10		179	135			1	986
País vasco	35	43	25	4	11	1.023	15	1.034	39	47	18	68	79	8	916		212		1	179	3.757
Rioja (la)	13	21	4	2	2	11	3	45	18	8	1	7	40	2	241	590					1.008
Ceuta	52	1		6	3	1	3		28	7	1	1	32	2		3			4	468	612
Melilla	10				10			6	8	3	3		3	4				1		640	688
Total	3.974	4.390	1.368	1.380	954	1.589	10.792	7.874	2.808	3.609	3.253	1.617	7.458	1.604	1.716	3.480	2.357	414	570	10.945	72.152

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

2003 Comunidad de atención	Residencia del paciente																				TOTAL
	AND	ARA	AST	BAL	CAN	CANT	CLEON	CMAN	CAT	VAL	EXT	GAL	MAD	MUR	NAV	PVAS	RIO	CEU	MEL	EXTR	
Andalucía		72	49	43	64	37	203	180	479	289	262	124	880	179	26	210	30	301	499	2.364	6.291
Aragón	55		13	10	9	12	237	427	508	491	15	21	201	18	87	95	715	2		143	3.059
Asturias (principado de)	34	21		6	20	37	11	369	40	37	13	108	203	11	1	60	9		1	58	1.039
Baleares (islas)	134	25	37		20	6	32	47	226	108	38	43	120	21	9	48	3			1.282	2.199
Canarias	27	1	5	1		6	9	22	4	9	4	55	41	4	3	18	1			66	276
Cantabria	30	19	187	1	8		12	472	9	25	40	19	186	10	16	297	669		1	918	2.919
Castilla y león	481	42	29	30	39	36		376	192	505	187	50	1.652	297	27	72	14		2	85	4.116
Castilla - la mancha	116	117	296	16	27	134	96		304	117	367	179	1.534	45	60	764	146	2	17	350	4.687
Cataluña	885	2.961	103	840	170	75	225	374		863	148	312	430	210	123	306	88	6	20	2.709	10.848
Comunidad valenciana	383	249	127	75	39	44	1.037	287	543		68	89	1.464	448	57	314	33	12	2	1.535	6.806
Extremadura	205	6	7	13	5	2	40	54	143	36		12	349	6	11	115	1			197	1.202
Galicia	82	16	186	7	35	21	29	208	225	72	8		367	14	9	186	6			221	1.692
Madrid (comunidad de)	944	137	279	149	366	126	6.463	3.301	116	354	1.720	420		310	83	208	127	86	31	199	15.419
Murcia (región de)	213	16	24	13	10	4	745	35	92	452	14	18	393		12	23	3	2	2	103	2.174
Navarra (comunidad foral de)	24	386	10	1	6	4	9	43	28	6	4	13	36	10		153	141	1	1	1	877
País vasco	41	20	14	6	11	1.138	15	1.137	50	43	22	52	125	13	950		206			169	4.012
Rioja (la)	17	23	3	4		8	2	42	28	12	4	7	33	2	278	645					1.108
Ceuta	62			7	2		4	2	27	13	1	2	30	3	3	2			2	614	774
Melilla	24			2	5		2	1	33	2	2	1	4	5						1.030	1.111
Total	3.757	4.111	1.369	1.224	836	1.690	9.171	7.377	3.047	3.434	2.917	1.525	8.048	1.606	1.755	3.516	2.192	412	578	12.044	70.609

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

2004 Comunidad de atención	Residencia del paciente																				TOTAL
	AND	ARA	AST	BAL	CAN	CANT	CLEON	CMAN	CAT	VAL	EXT	GAL	MAD	MUR	NAV	PVAS	RIO	CEU	MEL	EXTR	
Andalucía		75	43	45	71	25	246	194	489	300	283	84	801	149	21	219	35	634	598	2.614	6.926
Aragón	58		11	7	9	15	204	337	484	523	13	32	194	16	83	103	677			91	2.857
Asturias (principado de)	36	14		5	25	52	21	339	42	43	10	129	225	10	9	53	8		1	57	1.079
Baleares (islas)	122	25	25		16	9	26	44	185	64	24	35	152	18	6	48	6			1.377	2.182
Canarias	34	6	9	2		6	6	21	4	8	3	42	41	9	3	20		1	1	69	285
Cantabria	24	16	182	1	7		14	416	16	17	3	29	163	7	48	330	683			1.122	3.078
Castilla y león	486	39	26	25	45	39		401	193	425	151	30	1.653	205	21	61	16	1	4		3.821
Castilla - la mancha	131	107	305	12	30	102	87		329	115	264	219	1.477	26	68	761	140	1	2	358	4.534
Cataluña	975	3.150	87	846	211	81	221	367		902	182	337	449	221	122	335	87	5	22	2.908	11.508
Comunidad valenciana	360	237	121	69	30	34	1.028	265	488		63	90	1.353	406	66	272	41	11	3	1.404	6.341
Extremadura	284	14	6	9	2	4	34	53	145	29		6	371	5	5	106	5	1		192	1.271
Galicia	83	27	172	10	40	16	31	175	223	50	9		328	9	9	202	7		5	241	1.637
Madrid (comunidad de)	955	135	264	137	352	165	6.619	3.562	135	383	1.924	405		330	50	242	129	140	38	239	16.204
Murcia (región de)	203	5	23	8	4	7	646	39	80	471	11	19	354		9	27	3		2	69	1.980
Navarra (comunidad foral de)	21	398	3		5	10	7	44	26	14	10	12	45	11		138	116	1		1	862
País vasco	33	22	30	8	7	1.021	15	1.108	45	28	10	46	102	11	917		209			180	3.792
Rioja (la)	19	27	3	1		6	12	59	32	13	3	8	24	3	258	708					1.176
Ceuta	59	2	1	3		2	5	1	37	2	1	1	35	2	1	7			3	871	1.033
Melilla	24			2	10		1	2	40	7	3		4	6						986	1.085
Total	3.907	4.299	1.311	1.190	864	1.594	9.223	7.427	2.993	3.394	2.967	1.524	7.771	1.444	1.696	3.632	2.162	795	679	12.779	71.651

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

2005 Comunidad de atención	Residencia del paciente																				TOTAL
	AND	ARA	AST	BAL	CAN	CANT	CLEON	CMAN	CAT	VAL	EXT	GAL	MAD	MUR	NAV	PVAS	RIO	CEU	MEL	EXTR	
Andalucía		59	52	51	98	27	262	194	514	286	258	100	800	136	36	219	29	650	620	3.918	8.309
Aragón	55		6	5	13	10	247	310	454	512	7	31	161	15	89	75	673		2	131	2.796
Asturias (principado de)	36	14		7	22	61	15	308	43	63	9	133	219	7	7	40	4			68	1.056
Baleares (islas)	113	25	30		18	4	50	39	214	76	26	34	139	18	3	50	5			1.267	2.111
Canarias	24	4	5	2			6	3	17	12	7	2	31	46	3	3	18	1		17	201
Cantabria	24	15	159		12		8	385	12	12	4	21	182	6	36	371	690		1	1.183	3.121
Castilla y León	460	43	25	25	40	27		385	190	493	152	55	1.615	173	23	55	8	2	9	73	3.853
Castilla - la mancha	130	101	249	14	22	94	76		386	102	253	199	1.474	43	54	675	117		2	294	4.285
Cataluña	1.073	3.115	137	829	234	69	258	406		916	156	305	436	197	152	358	90	9	20	3.155	11.915
Comunidad valenciana	347	238	95	85	41	33	1.018	228	472		51	84	1.305	363	59	231	40	5	6	1.230	5.931
Extremadura	332	8	10	24	5	2	62	62	103	28		10	306	7	8	74	6			198	1.245
Galicia	79	19	148	15	42	13	41	197	230	65	11		387	9	11	187	3	1	2	230	1.690
Madrid (comunidad de)	992	176	266	155	411	138	6.189	3.191	129	374	1.704	406		320	71	274	164	95	31	205	15.291
Murcia (región de)	204	10	35	6	6	8	684	50	87	537	10	12	372		13	27	1		7	87	2.156
Navarra (comunidad foral de)	31	472	8	4	6	15	14	52	38	22	8	14	40	15		123	160			2	1.024
País vasco	45	37	23	8	14	1.155	11	1.409	59	45	6	50	96	13	956		233	1		167	4.328
Rioja (la)	7	22	15	2	4	7	6	47	39	20	2	6	30	4	221	710				2	1.144
Ceuta	65	4		3	2		4	1	41	14	2	2	53	6		1			3	910	1.111
Melilla	35	1		3	17		1	1	42	8	4		7	6				1		1.135	1.261
Total	4.052	4.363	1.263	1.238	1.007	1.669	8.949	7.282	3.065	3.580	2.665	1.493	7.668	1.341	1.742	3.488	2.224	764	703	14.272	72.828

V.4.3. Gasto en farmacia

V.4.3.1. Gasto farmacéutico: recetas médicas y farmacia hospitalaria

El gasto farmacéutico del sector de las CC.AA del SNS, que incluye tanto los productos prescritos mediante recetas médicas como el consumo de productos farmacéuticos en los hospitales, prácticamente ha duplicado su volumen entre 1999 y 2005, pasando de 7,38 millones de euros en 1999 a 12,06 en 2004 y 13,05 en 2005.

En términos porcentuales, su presencia en la composición del gasto sanitario total del sector siguió una línea ascendente hasta los años 2003 y 2004, en los que se estabiliza en torno al 28,9 % del gasto total, para descender su peso a un 28,6% en 2005. Este comportamiento se debe a la evolución del gasto a través de receta, dada su mucho mayor magnitud, que representa en torno al 80 % del gasto farmacéutico total.

No obstante, es importante señalar la distinta evolución de ambos componentes, ya que mientras las recetas médicas suponían un 84,2% de este tipo de gasto en 1999, su proporción sobre el total no ha dejado de descender hasta un 78,5% en 2005. Por el contrario, en las tablas y gráficos siguientes se aprecia cómo el gasto farmacéutico hospitalario no ha dejado de crecer en el periodo estudiado.

Productos farmacéuticos: Recetas médicas y Farmacia hospitalaria (miles de euros)							
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Farmacia recetas médicas	6.218.679	6.803.871	7.347.240	8.044.451	9.015.874	9.632.055	10.240.539
Farmacia hospitalaria	1.164.490	1.361.063	1.544.151	1.834.020	2.119.507	2.435.963	2.808.067
Total gasto sector CCAA	27.284.460	29.615.697	31.726.580	34.592.600	38.578.408	41.811.352	45.618.384
% Recetas/ Total PF	84,23	83,33	82,63	81,43	80,97	79,81	78,48

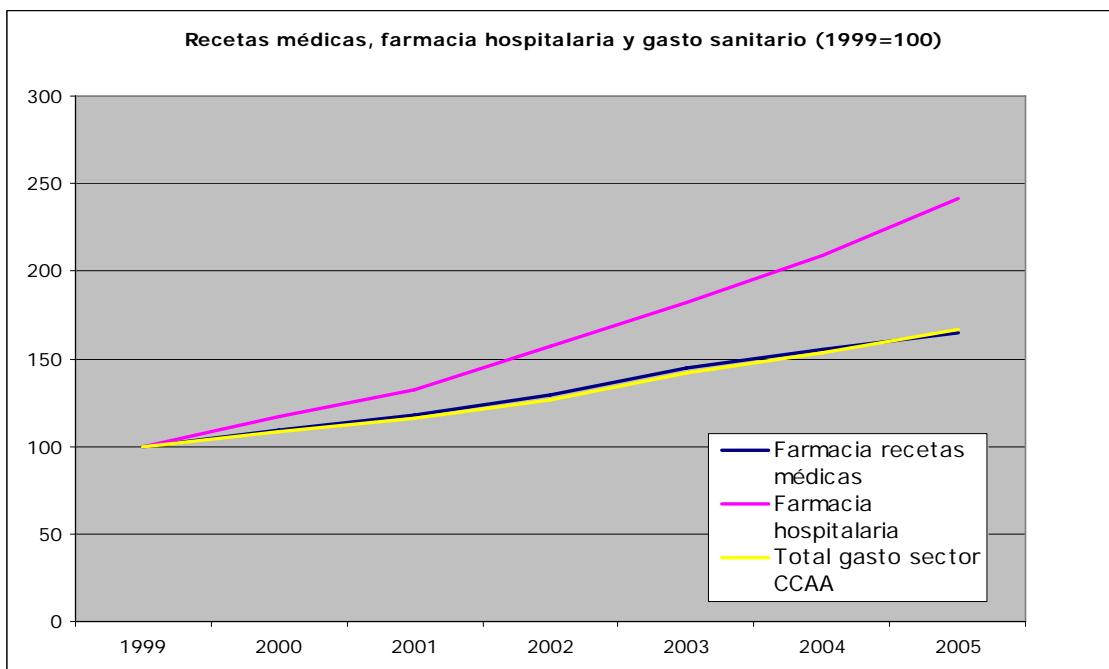
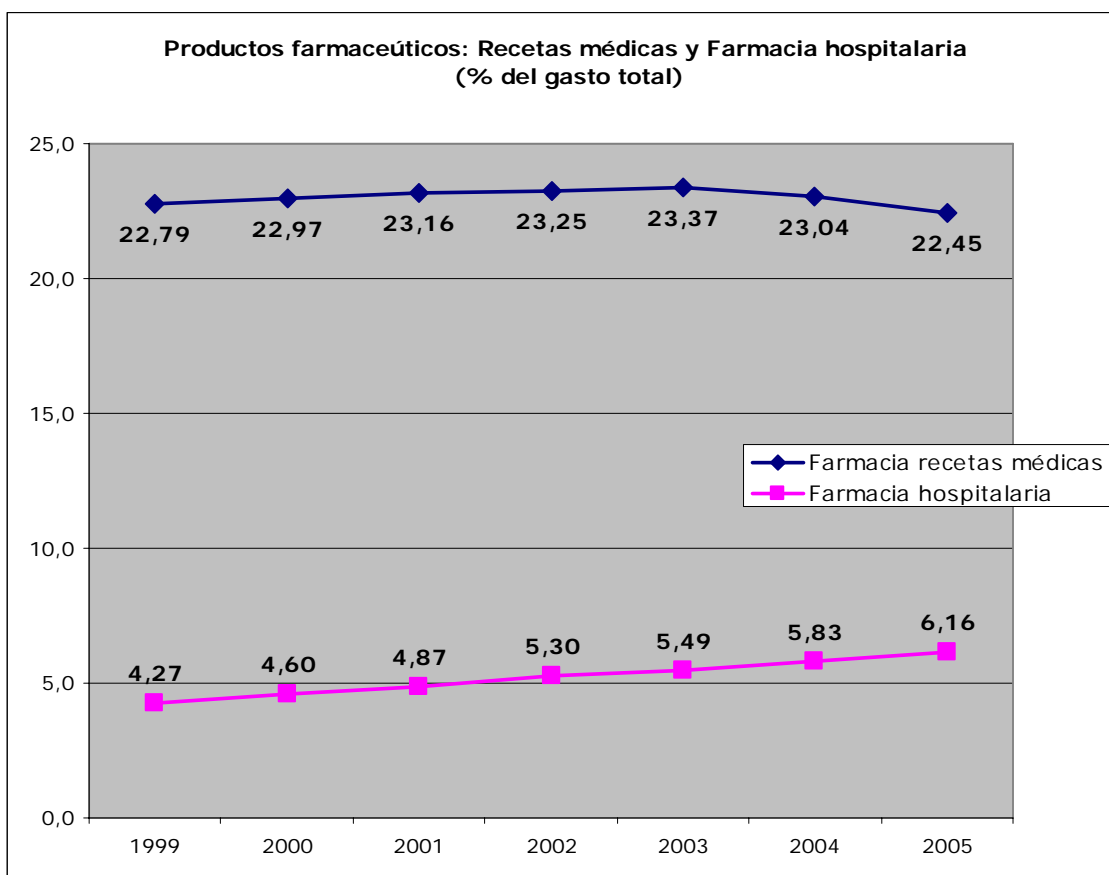
En las cifras globales, no se incluyen las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla

Productos farmacéuticos: Recetas médicas y Farmacia hospitalaria (% del gasto total)							
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Farmacia recetas médicas	22,79	22,97	23,16	23,25	23,37	23,04	22,45
Farmacia hospitalaria	4,27	4,60	4,87	5,30	5,49	5,83	6,16
Total productos farmacéuticos	27,06	27,57	28,03	28,56	28,86	28,86	28,60

La evolución del gasto en farmacia hospitalaria, aunque dado su volumen respecto al de recetas del SNS no llega a marcar la evolución del gasto farmacéutico total, lo señala como su componente más dinámico, con tasas de crecimiento muy superiores al gasto en recetas médicas y al total de gasto farmacéutico.

Productos farmacéuticos: Recetas médicas y Farmacia hospitalaria (variaciones interanuales)							
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	TAM 05/99
Farmacia recetas médicas	9,41	7,99	9,49	12,08	6,83	6,32	8,67
Farmacia hospitalaria	16,88	13,45	18,77	15,57	14,93	15,28	15,80
Total gasto sector CCAA	8,54	7,13	9,03	11,52	8,38	9,11	8,94

Así, frente a un gasto en recetas médicas que creció por encima del gasto sanitario total del sector CC.AA. hasta 2003, para disminuir fuertemente su tasa de crecimiento con posterioridad, el gasto farmacéutico hospitalario ha aumentado a unas tasas que prácticamente doblan las del gasto sanitario total y al de las recetas médicas en los años 2004 y 2005. Este distinto comportamiento se visualiza en los gráficos siguientes como porcentaje que ambos componentes representan en el gasto farmacéutico total y como evolución, con base 100 en 1999, de estos conceptos de gasto y del gasto sanitario total de las Comunidades Autónomas.



FARMACIA HOSPITALARIA miles de euros							
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía	198.817	227.543	256.697	291.265	335.136	380.684	416.316
Aragón	37.135	42.609	53.679	58.040	67.409	77.487	86.878
Principado de Asturias	25.755	27.361	30.793	43.122	58.748	62.720	78.421
Islas Baleares	21.519	25.527	27.625	34.525	41.491	54.634	62.562
Canarias	48.165	58.622	66.564	80.322	94.043	111.270	124.487
Cantabria	18.636	21.142	24.493	25.592	28.609	31.982	33.229
Castilla-La Mancha	36.886	43.172	49.797	57.549	72.406	86.210	96.759
Castilla y León	66.728	73.771	83.612	87.692	102.768	119.525	133.504
Cataluña	230.680	268.281	306.772	361.149	414.136	478.724	526.316
Extremadura	28.446	32.193	36.169	36.808	36.884	58.258	62.701
Galicia	82.708	98.035	105.407	119.095	137.339	160.223	185.057
La Rioja	6.817	7.344	8.286	9.194	11.615	12.646	16.232
Madrid	140.024	181.387	205.330	296.211	329.886	387.095	441.629
Región de Murcia	27.724	30.680	37.368	42.684	50.307	59.400	68.627
C.Foral de Navarra	15.366	18.094	19.295	21.727	25.942	30.073	33.117
Pais Vasco	61.821	69.400	76.907	84.839	96.833	110.900	126.741
Comunidad Valenciana	117.264	135.902	155.356	184.208	215.956	214.133	315.489
Total (sin Ceuta y Melilla)	1.164.490	1.361.063	1.544.151	1.834.020	2.119.507	2.435.963	2.808.067

Este diferente comportamiento de los componentes del gasto farmacéutico es común a todas las CCAA, como muestra la siguiente tabla comparativa de las tasas medias de crecimiento de ambas magnitudes en el periodo 1999-2005. El diferencial de crecimiento es siempre positivo a favor del consumo de farmacia hospitalaria.

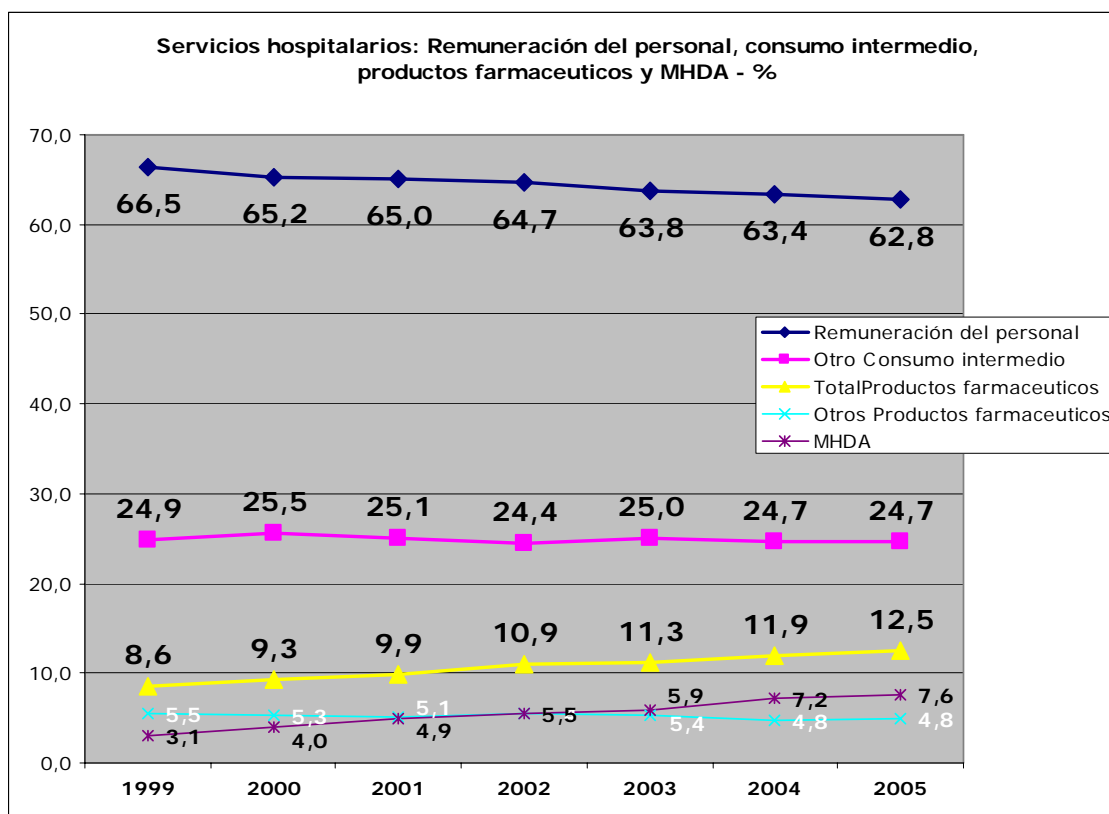
Productos farmacéuticos: Recetas médicas y Farmacia hospitalaria (TAM 1999-2005)			
	Recetas médicas	Farmacia hospitalaria	Diferencial
Andalucía	7,12	13,11	5,99
Aragón	8,25	15,22	6,97
Principado de Asturias	7,36	20,39	13,03
Islas Baleares	10,58	19,47	8,88
Canarias	10,43	17,15	6,72
Cantabria	8,15	10,12	1,97
Castilla-La Mancha	8,68	17,44	8,76
Castilla y León	8,46	12,25	3,80
Cataluña	7,32	14,74	7,42
Extremadura	8,18	14,08	5,90
Galicia	9,90	14,36	4,46
La Rioja	8,82	15,56	6,73
Madrid	8,49	21,10	12,61
Región de Murcia	10,25	16,31	6,06
C.Foral de Navarra	8,92	13,65	4,73
País Vasco	8,74	12,71	3,97
Comunidad Valenciana	11,71	17,93	6,22
Total (sin Ceuta y Melilla)	8,67	15,80	7,13

V.4.3.2 Farmacia hospitalaria: gasto farmacéutico en pacientes ingresados y en dispensación ambulatoria

El dinamismo señalado del consumo de medicamentos por los hospitales se manifiesta también comparando la evolución de los distintos componentes del gasto hospitalario, tal y como aparece en el gráfico siguiente referido a la totalidad del sector CC.AA. En él se aprecia que el gasto en remuneraciones ha cedido peso en relación con el gasto en bienes y servicios; más concretamente, ha perdido en torno a 4 puntos porcentuales sobre el total, que han sido absorbidos simétricamente por el gasto farmacéutico hospitalario, permaneciendo estable la proporción del gasto en el resto de bienes y servicios consumidos (“Otro consumo intermedio” en el gráfico).

Esto se traduce en un incremento continuado del peso de los productos farmacéuticos en los hospitales sobre el total del consumo intermedio hospitalario, habiendo pasado del

25,7% que representaba en 1999 al 31,08% en 2003, el 32,61% en 2004 y el 33,55% en 2005.



En la parte inferior del gráfico se descompone la evolución de la farmacia hospitalaria en sus dos factores: el gasto en dispensación ambulatoria (MHDA) y el gasto en pacientes ingresados. Se aprecia que el crecimiento del gasto farmacéutico hospitalario deriva del fuerte incremento del primer componente, que ha pasado de representar el 3,1% del gasto hospitalario en 1999 al 7,6% en 2005. El gasto farmacéutico en pacientes ingresados (“Otros productos farmacéuticos” en el gráfico) ha descendido, aunque manteniendo un comportamiento bastante estable, ya que sólo ha perdido 0,7 puntos.

Este análisis se puede efectuar para las distintas CC.AA. a partir de las siguientes tablas, que recogen el porcentaje que el conjunto de la farmacia hospitalaria y la de dispensación ambulatoria representan sobre el consumo de bienes y servicios hospitalarios a lo largo del tiempo.

Farmacia Hospitalaria / Consumo intermedio de los Servicios hospitalarios y especializados							
	1.999	2.000	2.001	2.002	2.003	2.004	2.005
Andalucía	28,39	24,41	27,80	28,51	28,78	29,76	30,12
Aragón	28,12	29,92	32,58	34,59	31,62	30,89	36,64
Principado de Asturias	20,52	20,12	20,61	26,53	30,91	34,92	35,21
Islas Baleares	28,15	29,79	29,41	27,66	29,44	34,94	36,59
Canarias	25,64	27,71	29,86	29,84	28,34	32,75	35,18
Cantabria	24,76	25,92	26,28	28,30	25,76	30,59	28,39
Castilla-La Mancha	25,99	27,67	29,59	30,72	31,53	57,94	28,71
Castilla y León	27,44	28,44	29,56	31,41	27,06	32,25	31,69
Cataluña	25,87	26,60	28,62	32,45	34,81	34,63	33,15
Extremadura	25,64	27,46	28,10	28,55	20,87	32,85	33,86
Galicia	25,12	27,33	26,76	27,86	29,86	31,29	33,10
La Rioja	25,91	24,44	25,16	26,40	25,99	26,20	32,44
Madrid	22,62	27,85	29,60	38,23	39,15	36,64	38,63
Región de Murcia	25,92	27,07	29,36	28,96	31,40	28,54	29,60
C.Foral de Navarra	22,81	25,39	24,67	26,27	27,74	29,35	29,50
País Vasco	26,32	27,92	28,48	28,26	29,22	30,13	31,88
Comunidad Valenciana	25,36	26,84	28,06	29,65	28,46	27,29	36,70
Total (sin Ceuta y Melilla)	25,70	26,63	28,34	30,91	31,08	32,61	33,55

Farmacia a Pacientes externos / Consumo intermedio de los Servicios hospitalarios y especializados							
	1.999	2.000	2.001	2.002	2.003	2.004	2.005
Andalucía	13,24	12,84	15,29	16,76	17,67	19,16	20,65
Aragón	7,76	8,97	14,14	16,37	15,09	17,07	15,78
Principado de Asturias	3,51	5,63	7,25	8,45	9,61	11,43	11,49
Islas Baleares	9,98	12,32	15,76	15,38	15,39	18,57	16,04
Canarias	12,18	14,64	16,16	17,36	16,54	19,90	21,66
Cantabria	4,44	4,94	5,96	6,76	6,18	7,34	8,08
Castilla-La Mancha	3,84	13,16	16,45	19,43	19,37	35,64	18,17
Castilla y León	4,75	12,10	16,81	19,31	17,02	21,39	21,47
Cataluña	14,17	15,75	17,55	20,60	23,29	23,54	24,23
Extremadura	1,85	4,81	12,18	12,15	9,92	20,55	18,20
Galicia	11,62	13,95	14,25	15,63	17,97	18,42	19,90
La Rioja	13,82	14,01	15,04	17,97	17,58	15,46	22,76
Madrid	3,90	7,00	11,16	12,78	13,53	26,35	28,04
Región de Murcia	7,21	9,13	12,00	14,96	16,94	15,88	19,32
C.Foral de Navarra	9,96	10,57	14,23	15,11	15,82	17,63	18,39
País Vasco	9,36	10,39	10,83	11,22	11,49	12,11	12,30
Comunidad Valenciana	6,74	7,14	9,56	10,46	10,17	10,49	14,97
Total (sin Ceuta y Melilla)	9,27	11,38	13,91	15,59	16,22	19,62	20,49

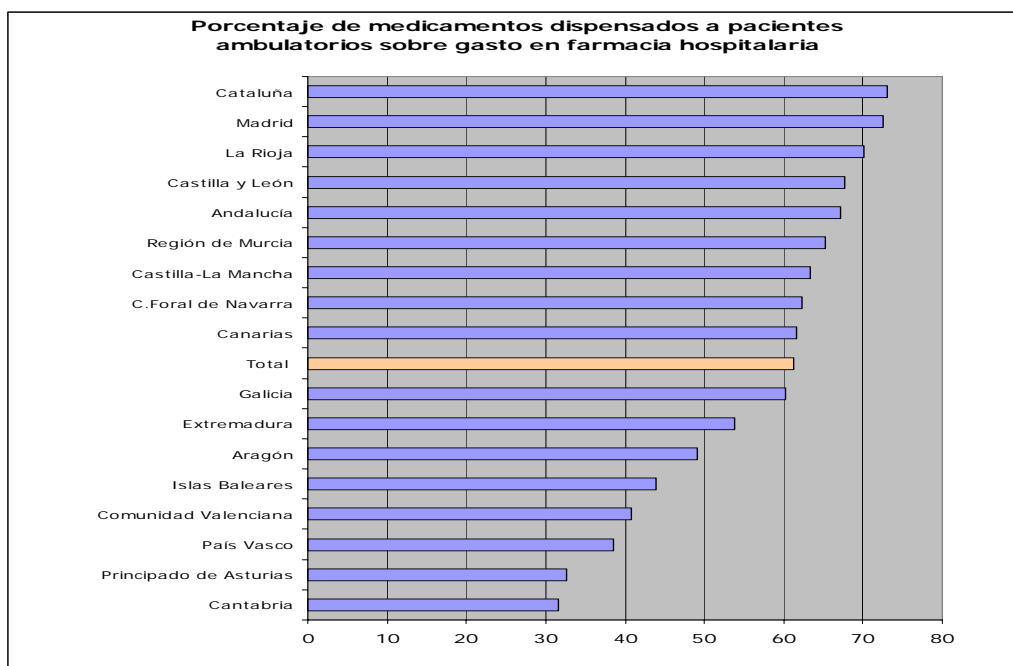
En el conjunto del consumo en bienes y servicios hospitalarios, el peso del gasto en productos farmacéuticos de dispensación ambulatoria se ha más que duplicado entre 1999 y 2005, en la misma proporción que ha aumentado su participación en el gasto total, tal y como se señaló anteriormente.

Todas estas observaciones se confirman analizando la evolución de los valores absolutos del gasto farmacéutico en pacientes externos en cada Comunidad Autónoma. Así, puede observarse que en el periodo estudiado todas las CCAA excepto el País Vasco han multiplicado como mínimo por tres su gasto en este concepto, destacando los casos de Castilla-La Mancha, Madrid y Extremadura, en los que este valor se multiplica por más de diez.

Si bien es cierto que algunas de estas diferencias pueden ser debidas a cambios metodológicos producidos a lo largo del tiempo en la cuantificación de estas cifras, la tendencia observada es tan marcada y generalizada que la interpretación que puede hacerse es correcta. El total del sector aumenta cuatro veces su valor en este periodo.

FARMACIA A PACIENTES EXTERNOS							
	1.999	2.000	2.001	2.002	2.003	2.004	2.005
Andalucía	92.726	119.670	141.219	171.261	205.819	245.108	279.605
Aragón	10.250	12.783	23.299	27.471	32.172	38.689	42.729
Principado de Asturias	4.404	7.655	10.833	13.739	18.264	20.523	25.598
Islas Baleares	7.628	10.556	14.801	19.205	21.699	29.043	27.431
Canarias	22.876	30.970	36.015	46.724	54.888	67.625	76.632
Cantabria	3.342	4.026	5.558	6.117	6.865	7.674	10.493
Castilla-La Mancha	5.454	20.531	27.694	36.403	44.487	53.025	61.228
Castilla y León	11.546	31.394	47.551	53.917	64.664	79.275	90.454
Cataluña	126.359	158.861	188.114	229.188	277.057	325.470	384.618
Extremadura	2.047	5.644	15.679	15.673	15.705	36.455	33.709
Galicia	38.273	50.058	56.138	66.804	82.632	94.345	111.295
La Rioja	3.637	4.211	4.952	6.258	7.857	7.461	11.388
Madrid	24.117	45.572	77.398	99.003	114.056	278.399	320.568
Región de Murcia	7.706	10.346	15.274	22.052	27.135	33.056	44.791
C.Foral de Navarra	6.708	7.532	11.131	12.498	14.796	18.065	20.638
Pais Vasco	21.988	25.842	29.242	33.696	38.077	44.565	48.912
Comunidad Valenciana	31.163	36.149	52.955	64.994	77.146	82.300	128.738
Total (sin Ceuta y Melilla)	420.225	581.799	757.852	925.003	1.103.317	1.461.079	1.718.826

El peso de los productos de dispensación ambulatoria sobre el gasto farmacéutico hospitalario se recoge en el gráfico siguiente, donde se observa que para el conjunto de las CC.AA. en 2005 oscila entre valores ligeramente superiores al 30 por ciento en Cantabria (31,6%) y Asturias (32,6%), hasta alcanzar porcentajes superiores al 70% para Cataluña (73,1%) y Madrid (72,6%).



Un estudio de la evolución del gasto de dispensación ambulatorio en relación con el gasto farmacéutico hospitalario en las CC.AA. se recoge en la siguiente tabla:

FARMACIA A PACIENTES EXTERNOS- Porcentaje sobre farmacia hospitalaria total							
	1.999	2.000	2.001	2.002	2.003	2.004	2.005
Andalucía	46,6	52,6	55,0	58,8	61,4	64,4	67,2
Aragón	27,6	30,0	43,4	47,3	47,7	49,9	49,2
Principado de Asturias	17,1	28,0	35,2	31,9	31,1	32,7	32,6
Islas Baleares	35,4	41,4	53,6	55,6	52,3	53,2	43,8
Canarias	47,5	52,8	54,1	58,2	58,4	60,8	61,6
Cantabria	17,9	19,0	22,7	23,9	24,0	24,0	31,6
Castilla-La Mancha	14,8	47,6	55,6	63,3	61,4	61,5	63,3
Castilla y León	17,3	42,6	56,9	61,5	62,9	66,3	67,8
Cataluña	54,8	59,2	61,3	63,5	66,9	68,0	73,1
Extremadura	7,2	17,5	43,3	42,6	42,6	62,6	53,8
Galicia	46,3	51,1	53,3	56,1	60,2	58,9	60,1
La Rioja	53,3	57,3	59,8	68,1	67,6	59,0	70,2
Madrid	17,2	25,1	37,7	33,4	34,6	71,9	72,6
Región de Murcia	27,8	33,7	40,9	51,7	53,9	55,6	65,3
C.Foral de Navarra	43,7	41,6	57,7	57,5	57,0	60,1	62,3
Pais Vasco	35,6	37,2	38,0	39,7	39,3	40,2	38,6
Comunidad Valenciana	26,6	26,6	34,1	35,3	35,7	38,4	40,8
Total (sin Ceuta y Melilla)	36,1	42,7	49,1	50,4	52,1	60,0	61,2

En ella se aprecian discontinuidades y saltos que probablemente reflejan cambios en el concepto o en las posibilidades de su registro a lo largo del tiempo y entre las distintas CC.AA., pero la pauta es la misma que se viene señalando: el gasto hospitalario en productos de dispensación ambulatoria ha duplicado en el periodo 1999-2005 su peso, tanto sobre el total de la farmacia hospitalaria, como sobre el consumo de bienes y servicios y el gasto total de los hospitales.

V.4.3.3. Farmacia hospitalaria: productos de dispensación ambulatoria

El paso siguiente es intentar analizar la composición de este gasto, para lo que se elaboró una ficha remitida a las CC.AA. en solicitud de información.

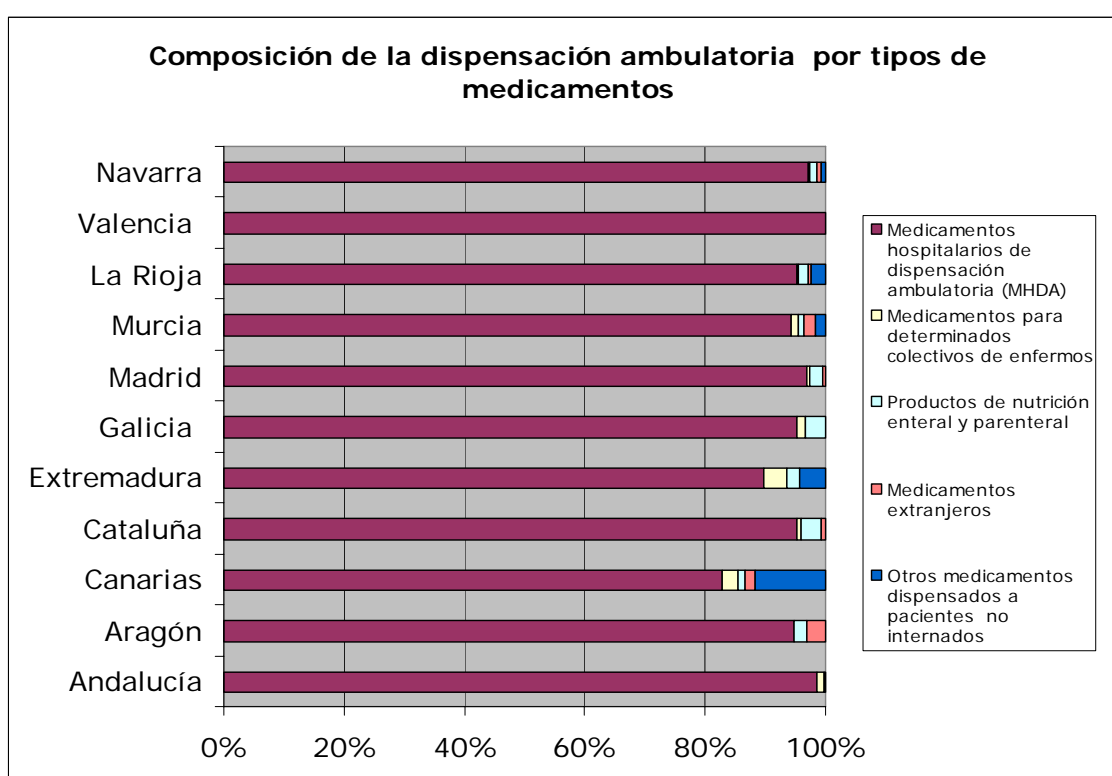
Los comentarios incluidos por diversas CC.AA. sobre la ficha de recogida de datos señalan ciertas duplicidades y alguna incongruencia entre los productos incluidos, como la incorporación de la alimentación enteral y parenteral o el tratamiento de los medicamentos extranjeros. En cualquier caso, la información recibida de las CC.AA. sobre la desagregación del gasto de estos productos posibilita un análisis de la estructura del mismo que incluye a 11 CCAA y está referido a 2004, ya que no se han recibido datos desagregados de Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León y País Vasco para el período 1999-2005, ni de Canarias y Comunidad Valenciana para 2005.

Se evidencia también la existencia de criterios diversos en el tratamiento de los datos, incluso dentro de la misma Comunidad a lo largo del tiempo, derivado a veces de la mejora en la información disponible que va permitiendo un mayor número de categorías para el análisis.

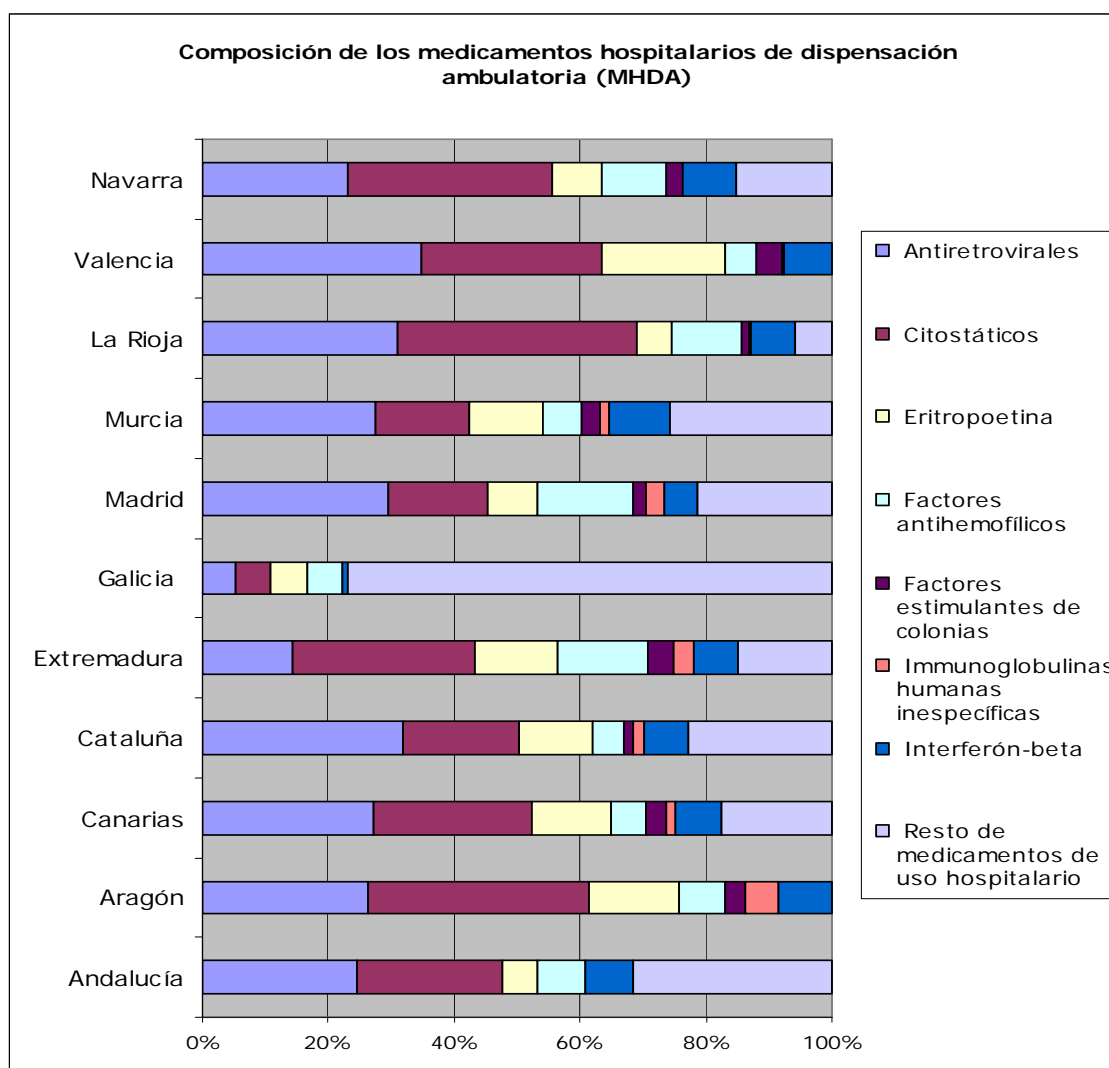
Es importante señalar una cierta coincidencia entre las CC.AA. con porcentajes de gasto en dispensación ambulatoria relativamente bajos y las que no desagregan este concepto por tipos de productos, lo que impide comprobar la homogeneidad de contenido. Este es el caso de Asturias, Cantabria, País Vasco y Baleares, todas ellas por debajo del porcentaje sobre el total del gasto farmacéutico hospitalario. También, en cierta medida,

es el caso de la Comunidad Valenciana, que sólo informa sobre los productos estrictamente codificados como medicamentos hospitalarios de dispensación ambulatoria o MHDA. Pero no sucede lo mismo con Baleares y Aragón, Extremadura y Galicia, también por debajo de la media, pero que sí ofrecen una desagregación del gasto.

En cualquier caso, todos los datos disponibles coinciden acerca de la importancia que, dentro de este concepto de gasto, tienen los MHDA. Este tipo de medicamento agrupa una serie de productos que sólo pueden ser dispensados en los hospitales, no en oficinas de farmacia y son clasificados como tales al ser autorizado su uso en el SNS. Su peso oscila entre el 82% del gasto farmacéutico en pacientes externos en Canarias, hasta un 97% ó 98% en Madrid, Navarra y Andalucía.



Dentro de los MHDA, y pese a la disparidad de los registros, se aprecia claramente en el gráfico siguiente que los citostáticos y antirretrovirales suponen en torno a la mitad del gasto en estos productos, porcentaje que alcanza entre el 60 y el 80 por ciento del gasto farmacéutico en MHDA, sumando el correspondiente a eritropoyetina y factores antihemofílicos.



V.4.3.4. Gasto farmacéutico a través de receta médica del SNS

El gasto en recetas médicas que se analiza en este apartado del documento registra diferencias con las cifras recogidas en el análisis descriptivo del gasto (capítulo V.2.7.5 del informe). La razón de ello estriba en que, en el análisis del gasto sanitario, el gasto de farmacia se obtiene a partir de las liquidaciones del concepto presupuestario correspondiente, pero este concepto presupuestario incluye, además del gasto a través de recetas dispensadas por las oficinas de farmacia, otros conceptos asimilados (como por ejemplo las tiras reactivas de glucosa o los absorbentes de incontinencia urinaria dispensados directamente en los centros de atención primaria). Esta lista de excepciones es variable según cada Comunidad Autónoma, por lo que las diferencias puedan oscilar

significativamente de unas Comunidades a otras. Además, existe otro motivo de diferencia, aunque de distinta naturaleza, que corresponde a los ingresos y devoluciones debidos a irregularidades en la facturación de las recetas, que se llevan a cabo 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. Estos ajustes tienen carácter mensual y no siempre se reflejan adecuadamente en las liquidaciones.

El gasto en farmacia a través de recetas médicas supone en 2005 un 22,3% del gasto sanitario total del sector. Por ello se ha incorporado un capítulo dedicado al análisis de este gasto que han abordado la Dirección General de Farmacia y la Subdirección de Análisis Económico y Fondo de Cohesión, a partir de las bases de datos sobre receta 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 Autónomas⁶⁹.

1. Evolución del gasto

Los años noventa se iniciaron con unos incrementos porcentuales del 17,1% y del 14,9% en 1991 y 1992, respectivamente, continuando con la tendencia de elevados aumentos que se venían produciendo desde 1986. 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 los siguientes años, presentándose una tasa de crecimiento del 12,15% en el año 2003.

El carácter meramente coyuntural de la práctica totalidad de las medidas correctoras adoptadas en la década comprendida entre 1993 y 2002, ha puesto de manifiesto lo limitado de su eficacia en el tiempo. Si bien han logrado fuertes desaceleraciones en las tasas anuales de variación del gasto en el año de su implantación, la persistencia de su efecto queda minorada por la reacción del mercado que absorbe rápidamente las correcciones aplicadas volviendo a mostrar su tendencia alcista.

Desde el año 2003 de las medidas más destacables que afectan directamente al gasto farmacéutico son las siguientes:

⁶⁹ La información que las CC.AA. han enviado en respuesta a las solicitudes del Grupo de Trabajo sobre desagregación del gasto en recetas médicas, en el marco de la petición de datos de contenido económico, no reunía las condiciones de homogeneidad necesarias para su explotación. En total se recibieron datos de 11 CC.AA., aunque con problemas de diversa índole que implicaban que los datos no se ajustaran debidamente a los requisitos solicitados. Así, por ejemplo, se observó que algunas Comunidades sólo ofrecían información del número de recetas, otras únicamente comunicaban porcentajes y no los valores absolutos que se solicitaban, y en otros casos se proporcionaban datos que ofrecían dudas en cuanto a su calidad. Finalmente se pudo disponer de datos coherentes de seis CC.AA. (Aragón, Asturias, Cantabria, Cataluña, Madrid y Murcia), pero la información iba referida a periodos de tiempo diferentes. Para solucionar este problema se hizo una nueva solicitud de datos referida a 2005, pero sólo Cataluña, Murcia, Ceuta y Melilla respondieron adecuadamente. Ante esta situación, se decidió finalmente no explotar este tipo de datos.

- 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 medicamentos y se aprueban los correspondientes precios de referencia, de entrada en vigor a partir del 1 de enero de 2004.
- La Ley 2/2004, de 27 de diciembre, de presupuestos generales del Estado para 2005, mediante la Disposición adicional 48, que modifica la Ley del Medicamento, dispone la cuantía de los ingresos que debe efectuar la industria farmacéutica conforme al volumen de ventas al Sistema Nacional de Salud, lo que permitirá la implementación de las medidas relacionadas con la información y formación a los médicos, farmacéuticos y ciudadanos.
- Real Decreto 2402/2004, de 30 de diciembre, por el que se desarrolla el artículo 104 de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, para las revisiones coyunturales de precios de especialidades farmacéuticas y se adoptan medidas adicionales para la contención del gasto farmacéutico. Actualiza los márgenes correspondientes a las oficinas de farmacia y a los almacenes de distribución.

El margen de los almacenes farmacéuticos en la distribución de especialidades farmacéuticas de uso humano, para aquellas especialidades cuyo PVL sea igual o inferior a 89,62 euros se fija en los siguientes porcentajes del precio de venta del almacén sin impuestos y con las siguientes fechas de efectividad:

- Año 2005: 8,6%
- Año 2006: 7,6%

El margen de los almacenes farmacéuticos en la distribución de especialidades farmacéuticas de uso humano, para aquellas especialidades cuyo PVL sea superior a

89,62 euros se fija en 8,43 euros en el año 2005 y en 7,37 euros a partir del año 2006 por envase.

El margen profesional de las oficinas de farmacia por dispensación y venta al público de especialidades farmacéuticas de uso humano se fija en el 27,9% sobre el del precio de venta al público sin impuestos, para aquellas especialidades cuyo PVL sea igual o inferior a 89,62 euros. Para las presentaciones de especialidades farmacéuticas de PVL superior a 89,62 euros, el margen fijado es de 37,94 euros por envase en el año 2005 y de 37,53 euros por envase en el año 2006

Igualmente se actualiza la escala de deducciones que han de aplicarse a la factura mensual de cada oficina de farmacia en concepto de los márgenes de las oficinas de farmacia correspondientes a las recetas de especialidades farmacéuticas dispensadas con cargo a fondos públicos.

También modifica la periodicidad de la aprobación de los precios de referencia en cuanto a la obligación de su aplicación anual, para suspender provisionalmente la entrada de nuevos principios activos en dicho sistema con carácter previo a su modificación legal.

Por último, y para conseguir un ahorro que siendo superior al alcanzado por la continuidad del sistema de precios de referencia sea más equitativo y transparente, se dispone la reducción del precio de venta de laboratorio (PVL) de las especialidades farmacéuticas, en los dos años siguientes al de su fecha de entrada en vigor, en un 4,2% en el año 2005 y un 2% en el año 2006, con la excepción de las especialidades afectadas por la aplicación del sistema de precios de referencia, así como de las especialidades de PVL igual o inferior a dos euros.

El impacto de estas medidas ha permitido que desde el año 2004 se abandone la tendencia de los años anteriores con un crecimiento del gasto farmacéutico del 6,42%, y una tendencia a la moderación que continua en el año 2005 con un incremento del 5,63% del gasto.

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%
2004	6,42%	3,17%	3,15%
2005	5,63%	4,93%	0,66%

2. Evolución de las recetas

Durante los años 2002 y 2003 se produjo un fuerte crecimiento en el número de recetas facturadas, con un incremento del 6,93% y 6,83% respectivamente con respecto a los años anteriores, siendo el principal componente del crecimiento del gasto farmacéutico durante este periodo. En el año 2004 y 2005 cambia esta tendencia, al igual que ocurre con el gasto farmacéutico, con una tasa de incremento de recetas del 3,17% y 4,93%, respectivamente, acompañado de un importante descenso en el gasto medio por receta, que en el año 2005 se sitúa en el 0,66%.

La desaceleración del incremento de recetas es posiblemente fruto de la intensificación de los programas de uso racional de medicamentos puestos en marcha en las Comunidades Autónomas. Sin embargo, este número sigue en aumento debido principalmente al aumento de la población protegida, especialmente en el colectivo de pensionistas, y a las políticas de prevención de la enfermedad que se están llevando a cabo en las estructuras de atención primaria, y que evitarán en un futuro el desarrollo de enfermedades graves.

Durante el periodo 1999 a 2005 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 6,37% en 2004 y a un 6,26% en 2005.

EVOLUCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO POR RECETA MÉDICA DEL SNS					
EJERCICIO	% INCREMENTO ANUAL				
	POBLACIÓN PROTEGIDA	GASTO	GASTO/PP/AÑO	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%
2004/2003	1,21%	6,42%	5,15%	3,17%	1,93%
2005/2004	2,33%	5,63%	3,22%	4,93%	2,54%

GASTO FARMACÉUTICO POR RECETA MÉDICA DEL SNS REFERIDO A POBLACIÓN PROTEGIDA				
EJERCICIO	POBLACIÓN PROTEGIDA	% APORTACIÓN	Nº REC/PP/AÑO	GASTO/PP/AÑO
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
2004	40.717.076	6,37%	17,90	233,70
2005	41.666.798	6,26%	18,35	241,23

3. Gasto por receta (Tabla I y Gráfica I)

Las medidas adoptadas en los últimos años afectan principalmente a la bajada de márgenes de almacenes y oficinas de farmacia. Este tipo de medidas tienen 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 será 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 0,66% en 2005.

Se observa una moderación relativa en el incremento del gasto medio por receta, en el 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 medicamentos genéricos (EFG), ha promovido la disminución del precio de los medicamentos afectados por el sistema de precios de referencia.

Los motivos de la contención y disminución de este gasto por receta en mayor medida en el año 2005, pueden deberse en parte a que desde el mes de marzo de 2005 la facturación se ha visto afectada por las medidas adicionales para la contención del gasto farmacéutico contempladas en el Real Decreto 2402/2004, de 30 de diciembre.

Este Real Decreto regula las siguientes reducciones, en términos generales, en los precios de los medicamentos:

- El 4,2% del precio de venta de laboratorio
- El 1% en el margen de los almacenes farmacéuticos, que pasa del 9,6% al 8,6%
- El 5,1% en el margen de las oficinas de farmacia de los medicamentos genéricos que pasa del 33% a tener el mismo que el resto de medicamentos.

El mercado de medicamentos genéricos continúa aumentando en nuestro país como consecuencia de las políticas puestas en marcha por las diferentes administraciones, que consideran que estos productos desempeñan un papel fundamental en la sostenibilidad financiera de nuestro sistema sanitario. Además, y de cara a los ciudadanos, estos fármacos tienen la ventaja de contar con un precio más económico garantizando la misma calidad y eficacia que los medicamentos de marca y con una seguridad contrastada, ya que están avalados por años de experiencia. En este sentido, la tasa de envases de medicamentos genéricos dispensados ha experimentado un crecimiento relativo en este periodo pasando de un 1,47% en 1999 a un 14,10 en 2005, lo que ha influido en la evolución del GMR.

Entre estos principios activos dispensados como genéricos se encuentran los de algunos medicamentos de marca cuyas ventas a través del Sistema Nacional de Salud en el año 2005 supusieron más de 160 millones de euros. La posibilidad de contar con genéricos de estos medicamentos tan consumidos con precios más económicos (en torno a un 30%), contribuirá de forma decisiva a la sostenibilidad financiera del sistema sanitario.

Por otro lado, desde el año 2004 también ha ido creciendo el porcentaje de medicamentos genéricos sobre el total de nuevos medicamentos que se incluyen cada año en la financiación pública, pasando del 43% en 2004 al 51% en el año 2005.

Las Comunidades autónomas que presentan un mayor gasto medio por receta en 2005 son Galicia (14,01 €) y Asturias (13,85 €), con una población protegida del 9% y 11,02%, respectivamente, por encima de la media nacional que representa un 10,52% y con un porcentaje de aportación del usuario del 1,32% y 0,49%, por debajo de la media nacional que representa un 6,26%. Sin embargo, la tasa de envases de fármacos dispensados bajo la forma de genéricos en estas Comunidades Autónomas ha sido del 6,69% y 12,08% respectivamente, por debajo de la media nacional, que se ha situado en un 14,10%.

Tasa de envases de fármacos dispensados bajo la forma de genéricos

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía	0,83	1,63	3,41	5,56	7,14	13,67	15,18
Aragón	1,41	3,68	5,77	7,21	9,38	12,01	13,73
Asturias (Principado de)	1,26	3,19	5,45	6,43	7,96	10,03	12,08
Baleares (Islas)	3,76	6,50	9,59	11,36	13,32	16,44	19,23
Canarias	0,60	1,54	3,13	3,69	4,28	5,85	6,92
Cantabria	2,55	5,66	8,24	10,09	13,20	15,92	18,05
Castilla y León	1,71	4,34	6,58	7,97	9,86	11,78	14,70
Castilla-La Mancha	1,97	5,24	7,39	8,34	9,90	12,59	15,59
Cataluña	1,71	3,77	6,75	8,54	11,28	14,33	17,47
Comunidad Valenciana	0,40	0,92	2,49	3,74	5,34	7,69	9,46
Extremadura	1,00	3,33	5,96	7,28	8,40	11,00	12,90
Galicia	0,35	0,74	1,72	2,50	4,10	5,58	6,69
Madrid (Comunidad de)	3,94	6,81	10,38	12,84	15,44	18,55	21,05
Murcia (Región de)	1,80	3,93	5,65	6,37	7,18	8,68	9,51
Navarra	1,60	3,05	5,88	7,98	10,13	12,19	14,06
País Vasco	1,09	2,09	4,11	5,67	7,61	10,01	11,91
Rioja (La)	1,30	3,78	6,20	7,59	9,32	11,11	12,79
Ceuta	0,84	3,47	6,11	6,86	7,41	8,16	9,72
Melilla	2,59	6,70	9,43	11,51	12,77	13,06	15,04
TOTAL NACIONAL	1,47	3,11	5,34	6,95	8,85	12,03	14,10

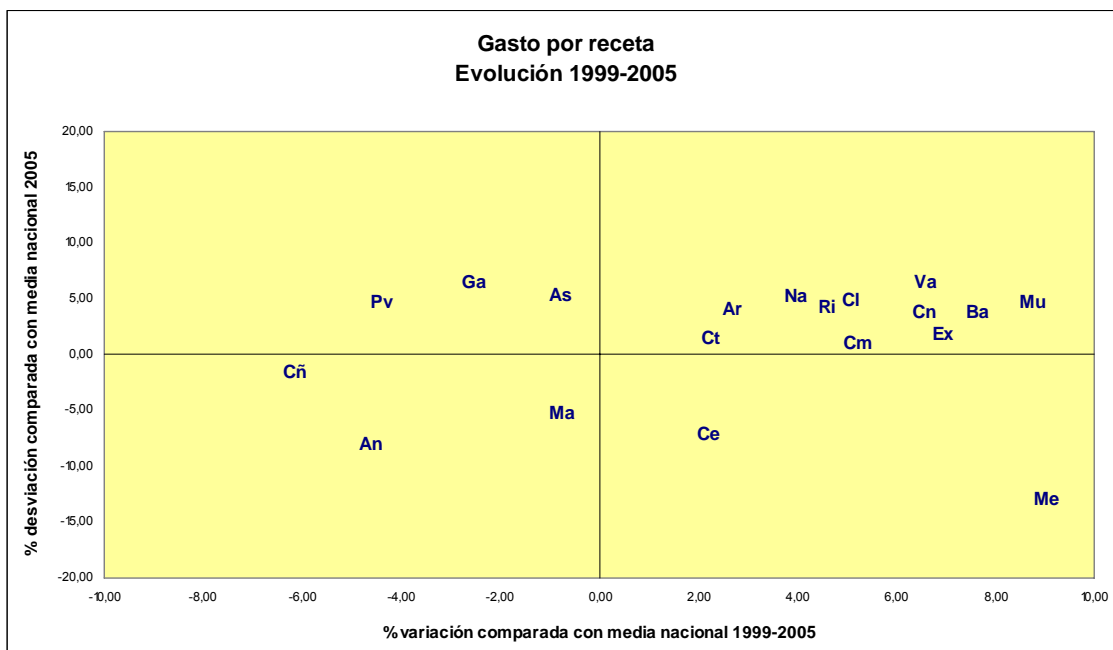
Es destacable el amplio rango de utilización de los medicamentos genéricos entre Comunidades, con un valor mínimo en Galicia (6,69%) en el año 2005 y un máximo en Madrid (21,05%).

El gasto por receta en 2005 fue de 13,15€ en el SNS. Las CC.AA. con mayores valores son, de nuevo, Galicia y Asturias, mientras Melilla y Andalucía registran los valores más bajos. El incremento del gasto por receta en el SNS entre 1999 y 2005 fue de 19,65%, y el rango de valores oscila entre un 15,02% de crecimiento en Andalucía y un 27,28% en las Islas Baleares.

En la Gráfica I destaca el hecho de que 11 CC.AA. tienen valores superiores a la media y han crecido más que la media. Únicamente Andalucía, Cataluña y Madrid tienen un valor inferior a la media en ambos parámetros.

TABLA I - GASTO POR RECETA EN EL SNS					
COMUNIDADES AUTÓNOMAS					
	1999 Gasto/rec	2005 Gasto/rec	2005 - % Desviación s/ valor nacional	% Inc 2005- 1999	Desviación s/ valor nacional
Andalucía	10,51	12,09	8,04	15,02	4,62
Aragón	11,19	13,69	4,13	22,33	2,68
Asturias (Principado de)	11,66	13,85	5,40	18,82	0,82
Baleares (Islas)	10,73	13,66	3,90	27,28	7,64
Canarias	10,82	13,65	3,87	26,19	6,54
Cantabria	10,94	13,34	1,44	21,89	2,25
Castilla y León	11,05	13,78	4,84	24,72	5,08
Castilla-La Mancha	10,64	13,29	1,07	24,87	5,23
Cataluña	11,40	12,94	1,58	13,48	6,16
Comunidad Valenciana	10,84	13,68	4,09	26,23	6,58
Extremadura	10,58	13,39	1,89	26,59	6,94
Galicia	11,96	14,01	6,56	17,12	2,53
Madrid (Comunidad de)	10,48	12,46	5,22	18,88	0,76
Murcia (Región de)	10,72	13,76	4,70	28,39	8,74
Navarra	11,19	13,83	5,23	23,62	3,98
País Vasco	11,94	13,76	4,68	15,24	4,40
Rioja (La)	11,02	13,69	4,16	24,25	4,61
Ceuta	10,02	12,21	7,12	21,85	2,21
Melilla	8,89	11,44	12,98	28,67	9,03
TOTAL NACIONAL	10,99	13,15	----	19,65	----

Gráfica I



4. Importe por receta (Tabla II y Gráfica II)

La Tabla II facilita el importe por receta en cada Comunidad Autónoma en 2005. Siendo la media nacional de 14,52€, se observan destacables desviaciones respecto de este valor, tanto por encima como por debajo. Como valores superiores aparecen Galicia, con un 6,92% de desviación, y Murcia, con un 6,17%. Como valores mínimos, además de Melilla, con un -13,33% de desviación, destaca Andalucía (-8,01%) y Madrid (-5,13%). Estos datos deben ser analizados junto con el incremento que el mismo indicador ha presentado en el periodo 1999-2005. En este caso, frente a un 22,46% del crecimiento medio estatal, el mayor incremento lo marca Murcia con un 32,01%, y el mínimo Cataluña con el 16,90%.

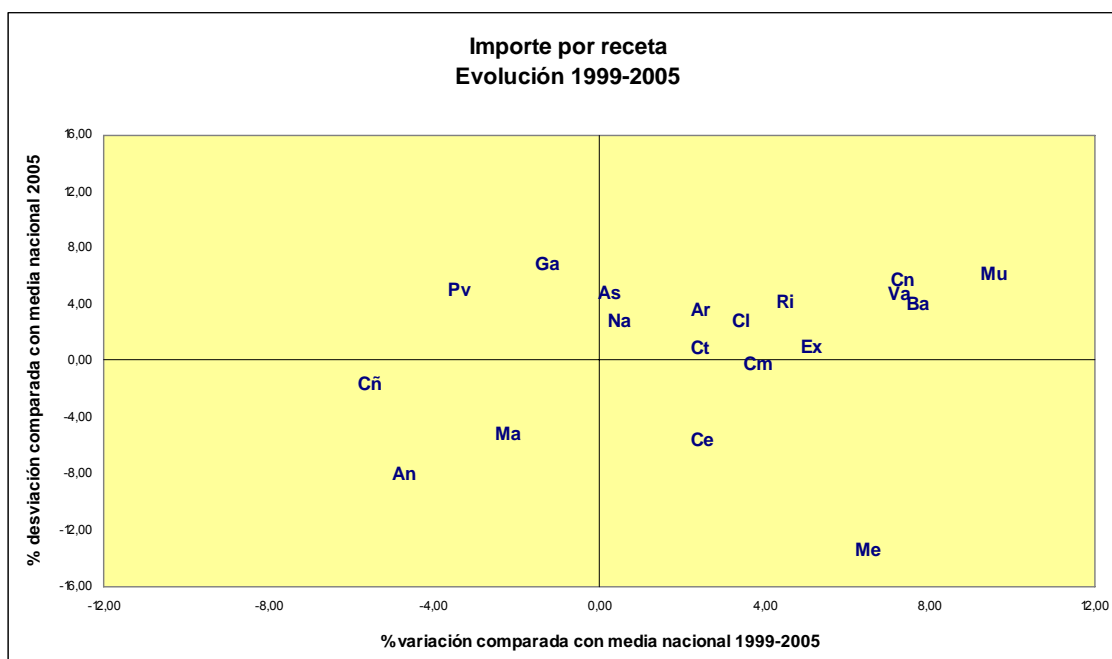
La Gráfica II muestra la distribución de las CCAA en función de dos valores: en abscisas, el porcentaje de variación con respecto a la media estatal del importe por receta de cada Comunidad Autónoma entre 1999 y 2005; en ordenadas el porcentaje de desviación con respecto a la media estatal del importe por receta de cada Comunidad Autónoma en 2005. En el origen de coordenadas se sitúa el valor medio del SNS. De este modo, las

CCAA situadas en el cuadrante superior derecho (Aragón, Cataluña, 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, Cataluña, 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

COMUNIDADES AUTÓNOMAS						
		1999 Imp/rec	2005 Imp/rec	2005 - % Desviación s/ valor nacional	% Inc 2005- 1999	Desviación s/ valor nacional
Andalucía	An	11,35	13,36	8,01	17,71	4,75
Aragón	Ar	12,05	15,05	3,64	24,91	2,45
Asturias (Principado de)	As	12,42	15,24	4,91	22,68	0,22
Baleares (Islas)	Ba	11,61	15,11	4,07	30,19	7,73
Canarias	Cn	11,83	15,36	5,73	29,80	7,34
Cantabria	Ct	11,74	14,66	0,96	24,90	2,44
Castilla y León	Cl	11,87	14,94	2,88	25,88	3,41
Castilla-La Mancha	Cm	11,47	14,49	0,24	26,31	3,85
Cataluña	Cñ	12,22	14,28	1,64	16,90	5,57
Comunidad Valenciana	Va	11,73	15,22	4,77	29,73	7,26
Extremadura	Ex	11,50	14,68	1,06	27,62	5,16
Galicia	Ga	12,81	15,53	6,92	21,22	1,24
Madrid (Comunidad de)	Ma	11,46	13,78	5,13	20,23	2,23
Murcia (Región de)	Mu	11,68	15,42	6,17	32,01	9,55
Navarra	Na	12,15	14,94	2,85	22,94	0,48
País Vasco	Pv	12,82	15,26	5,10	19,06	3,40
Rioja (La)	Ri	11,92	15,13	4,20	26,95	4,49
Ceuta	Ce	10,98	13,72	5,54	24,94	2,48
Melilla	Me	9,76	12,59	13,33	28,97	6,50
TOTAL NACIONAL		11,86	14,52	----	22,46	----

Gráfica II

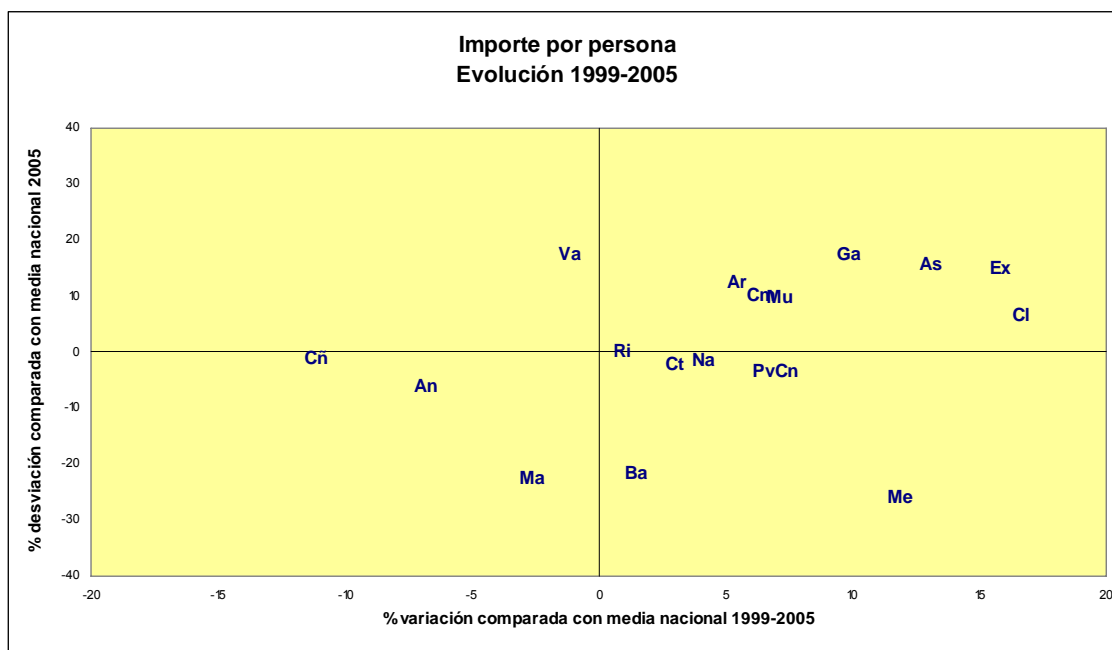


5. Importe por persona (Tabla III y Gráfica III)

El importe medio por persona protegida en el año 2005 y para el conjunto del Sistema Nacional de Salud fue de 241,23 €, lo que supone un 45,36% más que en 1999. El análisis conjunto de la Tabla III y la Gráfica III revela que las CC.AA. de Aragón, Castilla-La Mancha, Murcia, Galicia, Asturias, Extremadura y Castilla-León tienen cifras superiores a la media en ambos porcentajes de desviación. Por el contrario, Cataluña, Madrid y Andalucía presentan cifras inferiores.

TABLA III - IMPORTE POR PERSONA EN EL SNS					
COMUNIDADES AUTÓNOMAS					
	1999 importe por persona	2005 importe por persona	2005 - % Desviación s/ valor nacional	% Inc 2005- 1999	Desviación s/ valor nacional
Andalucía	163,57	226,57	6,08	38,51	6,84
Aragón	179,68	270,97	12,33	50,80	5,45
Asturias (Principado de)	176,09	278,85	15,60	58,36	13,00
Baleares (Islas)	128,44	188,60	21,82	46,85	1,49
Canarias	152,42	232,83	3,48	52,76	7,40
Cantabria	159,36	236,34	2,03	48,31	2,95
Castilla y León	158,75	257,12	6,58	61,96	16,60
Castilla-La Mancha	175,04	265,66	10,12	51,77	6,41
Cataluña	177,55	238,33	1,20	34,23	11,13
Comunidad Valenciana	196,17	282,98	17,31	44,25	1,11
Extremadura	171,96	277,22	14,92	61,21	15,85
Galicia	182,50	283,26	17,42	55,21	9,86
Madrid (Comunidad de)	131,26	187,38	22,32	42,76	2,60
Murcia (Región de)	173,76	264,89	9,81	52,44	7,08
Navarra	159,13	237,90	1,38	49,50	4,14
País Vasco	153,66	233,33	3,27	51,85	6,49
Rioja (La)	164,97	241,30	0,03	46,27	0,91
Ceuta	113,26	199,36	17,36	76,03	30,67
Melilla	113,78	178,87	25,85	57,20	11,84
TOTAL NACIONAL	165,96	241,23	----	45,36	----

Gráfica III

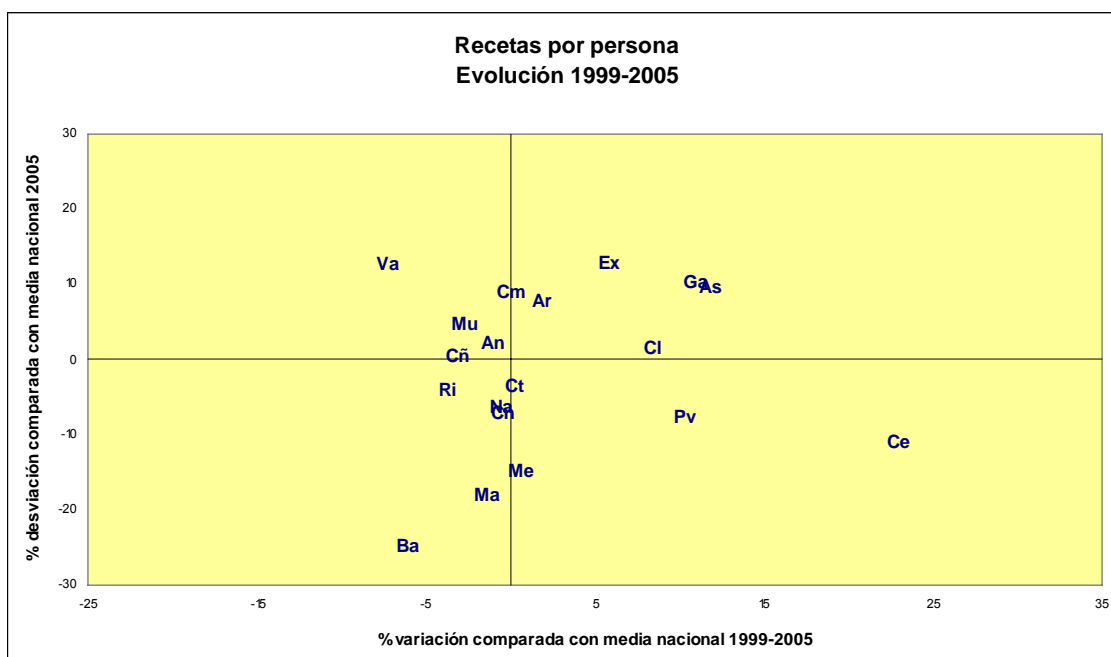


6. Recetas por persona (Tabla IV y Gráfica IV)

El número de recetas por persona protegida en el año 2005 y para el conjunto del SNS fue de 18,35, un 21,49% más que en 1999. El análisis conjunto de la Tabla IV y de la Gráfica IV muestra que las CC.AA. de Aragón, Extremadura, Galicia, Asturias y Castilla-León tienen cifras superiores a la media en ambos porcentajes de desviación. Por el contrario, Madrid, Baleares, La Rioja, Navarra y Canarias presentan cifras inferiores.

TABLA IV - RECETAS POR PERSONA EN EL SNS					
COMUNIDADES AUTÓNOMAS					
	1999 recetas por persona	2005 recetas por persona	2005 - % Desviación s/ valor nacional	% Inc 2005-1999	Desviación s/ valor nacional
Andalucía	15,56	18,74	2,13	20,43	1,06
Aragón	16,05	19,80	7,87	23,33	1,83
Asturias (Principado de)	15,10	20,13	9,68	33,25	11,76
Baleares (Islas)	11,97	13,81	24,75	15,37	6,12
Canarias	14,09	17,05	7,08	21,05	0,45
Cantabria	14,57	17,72	3,42	21,65	0,16
Castilla y León	14,36	18,66	1,66	29,89	8,40
Castilla-La Mancha	16,46	19,99	8,95	21,50	0,00
Cataluña	15,57	18,42	0,39	18,30	3,19
Comunidad Valenciana	18,11	20,68	12,70	14,23	7,26
Extremadura	16,25	20,70	12,79	27,39	5,90
Galicia	15,26	20,22	10,20	32,48	10,99
Madrid (Comunidad de)	12,53	15,04	18,04	20,08	1,42
Murcia (Región de)	16,21	19,25	4,88	18,74	2,75
Navarra	14,22	17,20	6,29	20,95	0,54
País Vasco	12,87	16,96	7,59	31,79	10,29
Rioja (La)	14,97	17,62	3,97	17,75	3,75
Ceuta	11,31	16,33	11,02	44,43	22,94
Melilla	12,81	15,64	14,79	22,11	0,62
TOTAL NACIONAL	15,10	18,35	----	21,49	----

Gráfica IV



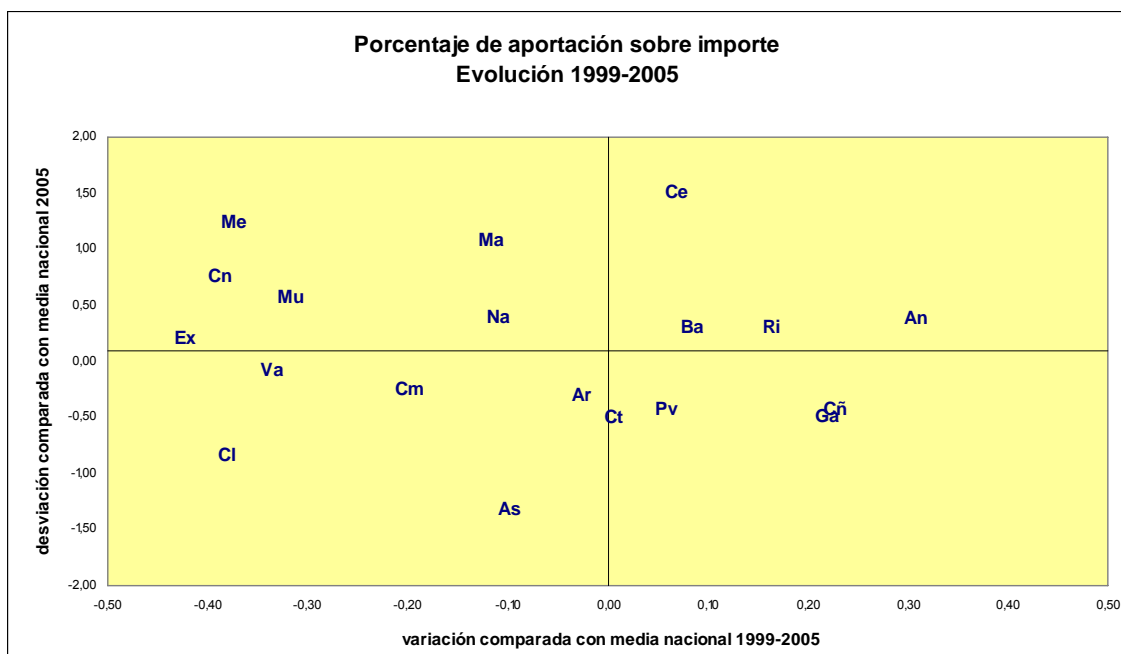
7. Porcentaje de aportación sobre importe facturado (Tabla V y Gráfica V).

La aportación media de las personas protegidas por la prestación farmacéutica del SNS descendió en el período 1999-2005 un 1,10%, situándose en el último año en un 7,36% del importe facturado. Existe una amplia variabilidad entre las CC.AA., puesto que el dato oscila desde un 7,76% en Ceuta hasta un 4,94% de aportación en Asturias. También se observa esta variabilidad en el comportamiento para el período 1999-2005, de manera que, frente a un decremento de 0,79 puntos en Andalucía, nos encontramos con que Extremadura decrece 1,52 puntos.

Al analizar la gráfica destaca Andalucía con mayor porcentaje de aportación y menor disminución absoluta en el periodo, Madrid con mayor aportación y mayor disminución absoluta en el periodo, y en el cuadrante inferior izquierdo destaca Castilla y León con menor aportación y mayor disminución absoluta.

TABLA V - % APORTACIÓN SOBRE IMORTE FACTURADO DEL SNS					
COMUNIDADES AUTÓNOMAS					
	1999 - % aportación s/ importe	2005 % aportación s/ importe	2005 - Desviación s/ valor nacional	Dif 2005-1999	Desviación s/ valor nacional
Andalucía	7,43	6,64	0,38	-0,79	0,31
Aragón	7,09	5,96	0,30	-1,13	0,03
Asturias (Principado de)	6,14	4,94	1,32	-1,20	0,10
Baleares (Islas)	7,59	6,57	0,31	-1,02	0,08
Canarias	8,51	7,02	0,76	-1,49	0,39
Cantabria	6,85	5,76	0,50	-1,10	0,00
Castilla y León	6,90	5,41	0,84	-1,48	0,38
Castilla-La Mancha	7,31	6,01	0,25	-1,30	0,20
Cataluña	6,71	5,83	0,42	-0,87	0,23
Comunidad Valenciana	7,61	6,17	0,09	-1,44	0,34
Extremadura	7,99	6,47	0,21	-1,52	0,42
Galicia	6,65	5,77	0,49	-0,88	0,22
Madrid (Comunidad de)	8,56	7,34	1,08	-1,22	0,12
Murcia (Región de)	8,25	6,83	0,58	-1,42	0,32
Navarra	7,86	6,65	0,39	-1,21	0,11
País Vasco	6,88	5,83	0,42	-1,04	0,06
Rioja (La)	7,51	6,57	0,31	-0,94	0,16
Ceuta	8,79	7,76	1,50	-1,03	0,07
Melilla	8,98	7,50	1,25	-1,48	0,37
TOTAL NACIONAL	7,36	6,26	----	-1,10	----

Gráfica V



8. Evolución de la población (Tabla VI y Gráfica VI)

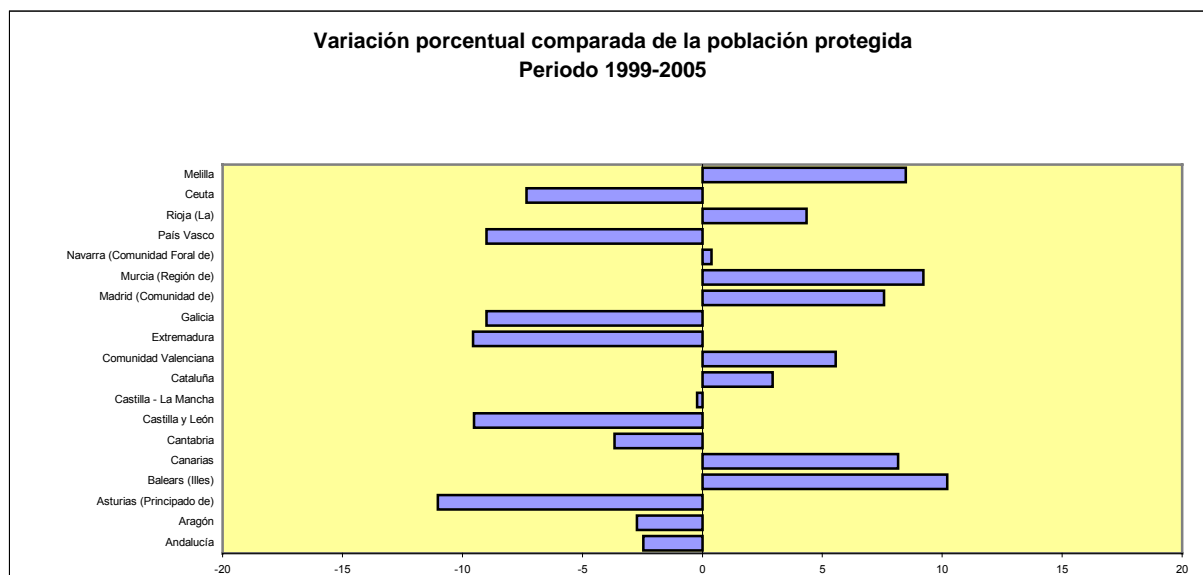
La población protegida por la prestación farmacéutica del SNS fue en 2005 de 41.666.798 personas, con un incremento del 10,52% para el conjunto del periodo 1999-2005. Las CC.AA. con mayores incrementos de población son Baleares, con un 20,72%, Murcia, con un 19,73% y Melilla (19%). Sólo pierde población Asturias, un 0,51%.

La gráfica representa la variación porcentual de la población protegida para el periodo 1999-2005.

TABLA VI - POBLACIÓN PROTEGIDA DE FARMACIA EN EL SNS

COMUNIDADES AUTÓNOMAS									
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	% Inc 2005-1999	Desviación s/ valor nacional
Andalucía	6.793.393	6.826.380	6.897.754	6.968.888	7.094.605	7.173.521	7.340.670	8,06	2,46
Aragón	1.099.745	1.102.753	1.112.741	1.130.500	1.144.560	1.164.869	1.185.419	7,79	2,73
Asturias (Principado de)	1.028.677	1.020.862	1.019.965	1.019.157	1.020.879	1.019.959	1.023.479	-0,51	11,02
Balears (Illes)	780.490	803.773	836.509	875.261	905.886	913.585	942.223	20,72	10,20
Canarias	1.567.720	1.610.122	1.673.329	1.734.888	1.784.845	1.805.003	1.860.372	18,67	8,15
Cantabria	500.851	503.660	510.199	514.835	522.256	527.517	535.224	6,86	3,65
Castilla y León	2.295.857	2.286.960	2.286.600	2.288.079	2.295.241	2.300.678	2.318.882	1,00	9,51
Castilla - La Mancha	1.619.958	1.628.768	1.649.035	1.674.144	1.707.011	1.740.142	1.786.701	10,29	0,22
Cataluña	5.983.949	6.043.802	6.145.746	6.292.396	6.490.498	6.603.848	6.788.412	13,44	2,93
Comunidad Valenciana	3.865.359	3.919.495	4.000.007	4.120.781	4.263.191	4.334.966	4.486.614	16,07	5,55
Extremadura	996.385	991.161	995.318	994.689	995.323	996.805	1.005.905	0,96	9,56
Galicia	2.555.741	2.558.016	2.561.043	2.565.156	2.579.553	2.580.323	2.594.615	1,52	9,00
Madrid (Comunidad de)	4.674.848	4.740.559	4.912.615	5.066.336	5.260.458	5.347.365	5.520.569	18,09	7,57
Murcia (Región de)	1.042.449	1.060.247	1.101.562	1.138.397	1.180.413	1.205.670	1.248.094	19,73	9,21
Navarra (Comunidad Foral de)	513.927	519.843	531.936	545.237	553.980	560.780	569.959	10,90	0,38
País Vasco	2.034.441	2.033.914	2.036.725	2.044.418	2.049.676	2.054.464	2.065.416	1,52	9,00
Rioja (La)	246.718	245.590	251.791	263.059	268.949	275.406	283.369	14,86	4,34
Ceuta	58.170	58.701	59.417	60.340	59.016	58.963	60.025	3,19	7,33
Melilla	42.731	51.043	53.608	54.355	53.549	53.212	50.850	19,00	8,48
Total	37.701.409	38.005.649	38.635.900	39.350.916	40.229.889	40.717.076	41.666.798	10,52	

Gráfica VI



9. Análisis comparado de algunos indicadores (Gráficas VII y VIII)

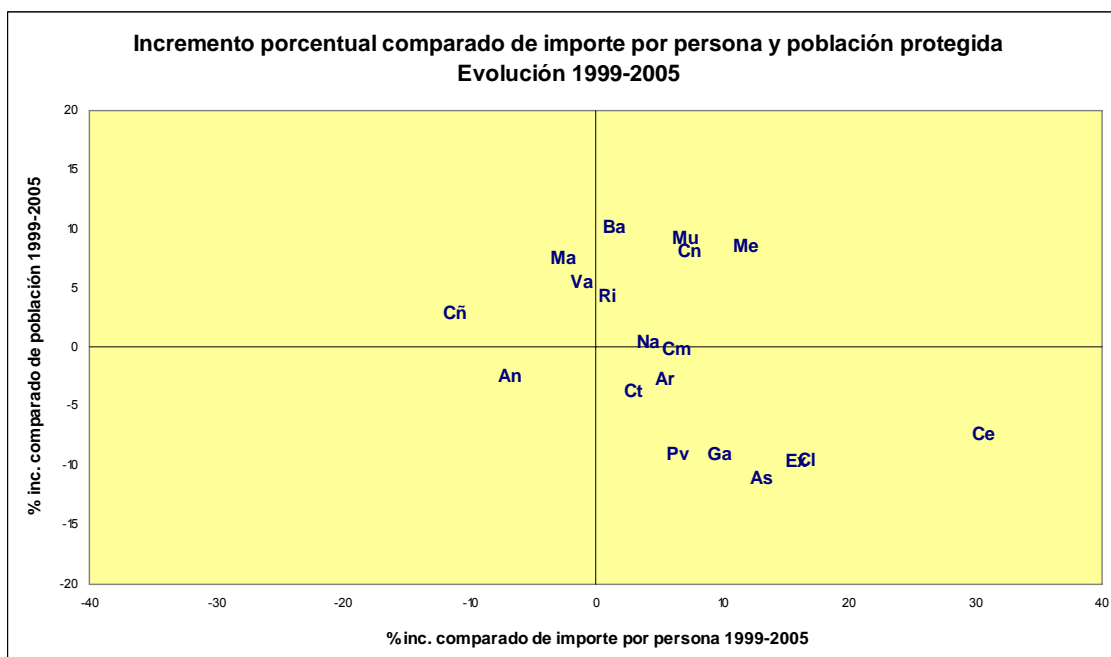
La Gráfica VII recoge la distribución de las CCAA de acuerdo con sus desviaciones con respecto a la media estatal en el indicador de importe por persona y en la población protegida, con el fin de mostrar cómo de la confluencia de ambos valores puede explicarse el crecimiento del importe facturado en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

En este sentido, de la gráfica se desprende que existe una serie de CC.AA. 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 Cataluña, Madrid y Comunidad Valenciana estarían en esta situación. Por el contrario, Cantabria, Aragón, País Vasco, Galicia, Asturias, Extremadura, Castilla-León y Ceuta tuvieron aumentos de importe por persona mayores que la media, junto con aumentos de población inferiores a la media. En estas CC.AA. 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.

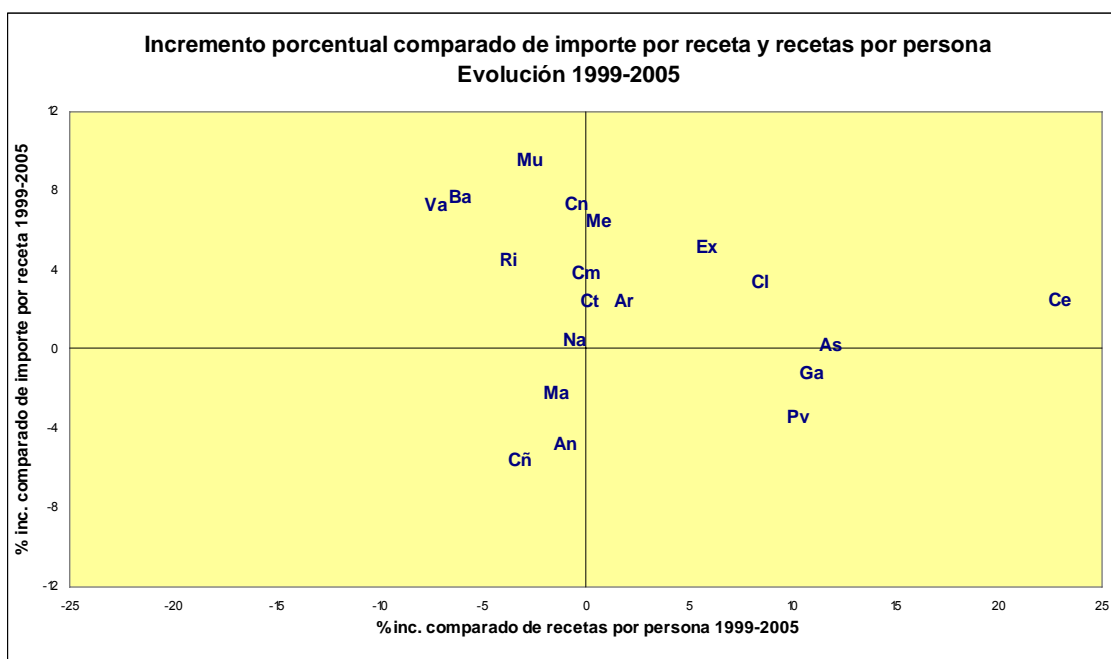
La Gráfica VIII recoge la distribución de las CC.AA. de acuerdo con sus desviaciones con respecto a la media estatal en los indicadores de importe por receta y recetas por persona, con el fin de mostrar cómo de la confluencia de ambos valores puede explicarse el crecimiento del importe por persona.

Ceuta, Castilla-León, Extremadura, Aragón y Melilla 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 1999-2005 también superior a la media. La situación contraria se produce en Cataluña, Madrid y Andalucía.

Gráfica VII



Gráfica VIII



10. Análisis del grado de penetración en el consumo de los medicamentos de reciente introducción en el mercado (de 4 años o menos). (Tabla VII y Gráfica IX)

Este indicador va expresado como porcentaje sobre el consumo total en envases que suponen estos medicamentos. Proporciona una idea acerca del impacto que tiene la promoción que las compañías farmacéuticas hacen de sus nuevos productos, de los que siempre hay mucha menos seguridad de uso, por lo que mayores valores indicarán, en general, menor eficiencia en el gasto.

Desde el año 2002 hasta 2005 se han comercializado 58 medicamentos y en el año 2005 se han autorizado 16 principios activos nuevos (12 de prescripción normal y 4 con visado de inspección por ser de Diagnóstico Hospitalario).

El 2,23% de los envases facturados en el año 2005 son medicamentos con menos de 4 años en el mercado, que representan el 6,45% del importe del SNS y el 6,57% del gasto en el año 2005. Estos datos muestran que el precio de los medicamentos de reciente introducción en el mercado es casi tres veces mayor que el precio medio del resto de

medicamentos. El consumo de estos fármacos se produce mayoritariamente entre la población pensionista (sin aportación); concretamente, el 65,35% de los envases, el 70,16% del importe y el 73,44% del gasto. Estos valores indican asimismo que el precio de los medicamentos de reciente introducción es mayor entre los utilizados por la población pensionista que entre los consumidos por la población activa.

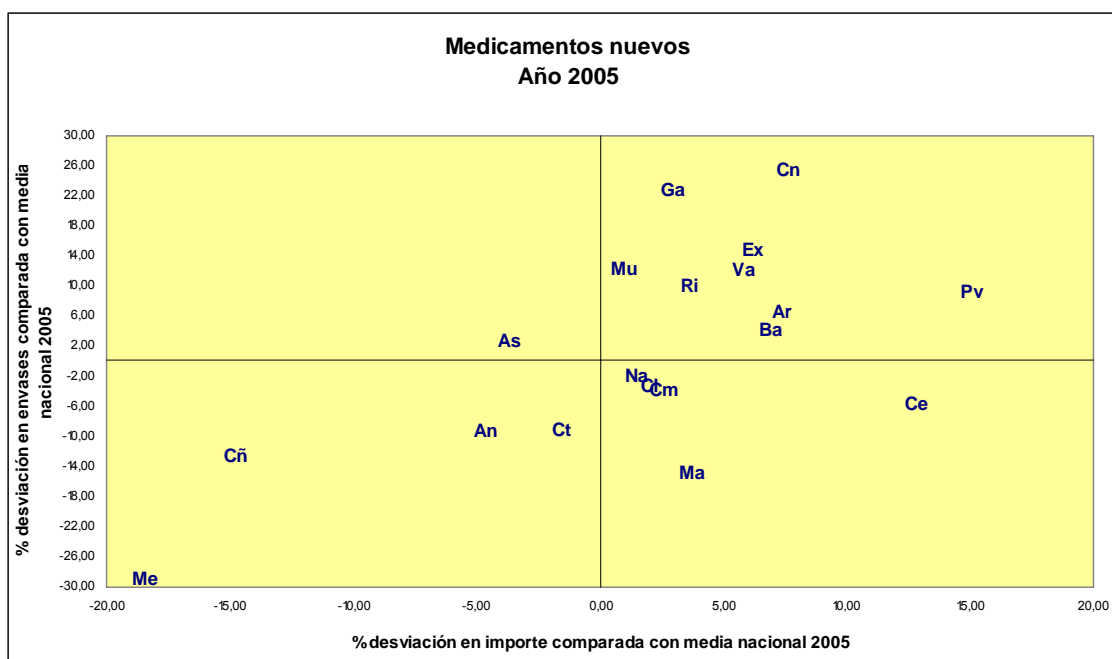
Existe una variabilidad importante en el comportamiento entre las diferentes CC.AA. Así, destacan Melilla (1,59%) y Madrid (1,89%) como los territorios con menor número de envases de medicamentos de reciente introducción, siendo Galicia (2,73%) y Canarias (2,79%) las que mayor número de envases presentan. No siempre hay una correlación positiva entre ambas magnitudes, número de envases e importe, ya que Madrid, con un valor muy bajo en envases, tiene un valor en importe por encima de la media (6,70%). La misma situación se produce en Ceuta, Navarra y las dos Castillas. En sentido contrario, un valor alto en envases y bajo en importe, se da en Asturias (2,29% en envases y 6,21% en importe) y Murcia (2,50% en envases y 6,51% en importe).

En lo relativo al peso del colectivo sin aportación en las diferentes CC.AA., es reseñable que las que presentan cifras más altas, tanto en envases como en importe, son Asturias, Castilla y León y País Vasco. En términos de gasto, también en estas tres CC.AA. es donde los pensionistas suponen la mayor parte, aunque en este caso también Galicia presenta un valor alto. En el extremo contrario, los menores valores se encuentran en Baleares, Canarias y Madrid, para envases, y estas mismas tres CC.AA y Melilla registran los menores valores para importe y gasto.

TABLA VII- IMPACTO DE LOS MEDICAMENTOS COMERCIALIZADOS DESDE 2002-2005 EN EL CONSUMO DE 2005.

Comunidad Autónoma	% s/total envases	%s/total importe	% s/total gasto	% envases sin aportación s/total mtos nuevos	% importe sin aportación s/total mtos nuevos	% gasto sin aportación s/total mtos nuevos
ANDALUCÍA	2,02%	6,15%	6,28%	64,15%	70,93%	74,30%
ARAGÓN	2,38%	6,93%	7,06%	67,04%	70,83%	73,95%
ASTURIAS (PRINCIPADO DE)	2,29%	6,21%	6,28%	70,10%	74,52%	77,63%
BALEARS (ILLES)	2,32%	6,90%	7,06%	61,46%	65,41%	68,39%
CANARIAS	2,79%	6,95%	7,06%	58,16%	63,84%	67,68%
CANTABRIA	2,02%	6,35%	6,48%	68,07%	72,61%	75,52%
CASTILLA - LA MANCHA	2,14%	6,62%	6,76%	67,50%	71,21%	74,16%
CASTILLA Y LEÓN	2,15%	6,58%	6,70%	70,84%	73,84%	76,61%
CATALUÑA	1,95%	5,50%	5,58%	66,27%	70,43%	73,62%
CEUTA	2,10%	7,28%	7,50%	63,60%	68,42%	71,95%
COMUNIDAD VALENCIANA	2,49%	6,83%	6,94%	65,42%	70,75%	74,33%
EXTREMADURA	2,56%	6,85%	6,97%	64,39%	71,08%	74,61%
GALICIA	2,73%	6,65%	6,73%	67,96%	73,61%	77,17%
MADRID (COMUNIDAD DE)	1,89%	6,70%	6,91%	60,85%	63,64%	66,54%
MELILLA	1,59%	5,26%	5,39%	62,10%	65,46%	68,94%
MURCIA (REGION DE)	2,50%	6,51%	6,62%	62,24%	68,42%	72,24%
NAVARRA CCOMUNIDAD FORAL DE)	2,18%	6,55%	6,68%	64,21%	69,89%	73,42%
PAIS VASCO	2,43%	7,43%	7,58%	69,58%	73,53%	76,48%
RIOJA (LA)	2,45%	6,69%	6,81%	66,37%	69,68%	73,24%
TOTAL	2,23%	6,45%	6,57%	65,35%	70,16%	73,44%

Gráfica IX



V.5. RESULTADOS EN SALUD

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 descartó en el primer informe la esperanza de vida porque es un indicador muy estable del que no cabe esperar variaciones en el periodo de análisis abordado. Por ello se utiliza como indicador la mortalidad.

V.5.1.Mortalidad

Los datos base sobre mortalidad son las estadísticas de defunciones del Instituto Nacional de Estadística.

El informe anterior del Grupo de Trabajo ya mostraba que el perfil epidemiológico clásico de nuestro país 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. Se apreciaba entonces y también ahora un posible incremento de la mortalidad por Alzheimer que, tanto en España como en el resto de países, debe interpretarse con las cautelas que se indicaron en el primer informe: puede tratarse de 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 puede también deberse a que cada vez el diagnóstico es más correcto y, además, se produce una certificación mejor cumplimentada por parte de los médicos.

El gasto sanitario público sólo muestra relación con el número total de defunciones, en cuyo caso la relación es lineal (esconde la relación ya analizada del gasto con la población). Sin embargo, no se registra relación entre gasto sanitario público (ni total ni por persona) y tasas de mortalidad, bien sean brutas o estandarizadas por edad.

VI.5.2. Satisfacción de los ciudadanos con el sistema

Para los indicadores de satisfacción se ha utilizado el Barómetro Sanitario que elabora anualmente el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Con los datos sobre gasto sanitario y satisfacción de los ciudadanos referidos al periodo 1999-2005 no se detecta relación entre el gasto sanitario, tanto en términos absolutos como en términos per capita, y el grado de satisfacción.

VI. RESUMEN DE RESULTADOS

El informe realizado se desarrolla en los siguientes apartados:

1) En primer lugar, se realiza un seguimiento de las medidas de racionalización del gasto sanitario incorporadas por las Comunidades Autónomas y la Administración Central del Estado, de acuerdo con las recomendaciones aparecidas en el primer informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario. Esta parte del documento se completa con algunas propuestas de avance.

2) En segundo lugar, se realiza un seguimiento del destino de los recursos incorporados en los Presupuestos Generales del Estado, con la finalidad de incrementar las aportaciones al Sistema Nacional de la Salud, y se analiza en qué medida los anticipos a cuenta recibidos por las CCAA en 2005 han contribuido a la reducción de la deuda sanitaria, según lo establecido en los puntos 1 y 4 del Acuerdo de la Segunda Conferencia de Presidentes.

3) En tercer lugar, se realiza un seguimiento del resto de las medidas adoptadas por la Administración General del Estado en ejecución de lo dispuesto en el Acuerdo de la II Conferencia de Presidentes y en el Pleno del Consejo de Política Fiscal y Financiera de 13 de septiembre de 2005.

4) En cuarto lugar, se procede al análisis del gasto sanitario público para el período 1999-2005, siguiendo la estructura del primer informe del Grupo de Trabajo. Así, tras una breve descripción de cómo ha evolucionado el gasto sanitario público total en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, se realiza un análisis del gasto consolidado del sector Comunidades Autónomas desde la doble perspectiva que proporcionan tanto la clasificación económica como la clasificación funcional. A continuación se analiza la evolución y variabilidad del gasto público per capita, desagregado en sus distintos componentes. Posteriormente se realiza un estudio más detallado del gasto público en atención primaria de salud, atención especializada y farmacia, a partir de los indicadores

seleccionados por el Grupo de Trabajo para la elaboración del primer informe. Por último, se presenta la evolución de los indicadores de resultado. Además de actualizar el análisis, en la medida de lo posible, a los años 2004 y 2005, se ha mejorado entre otros aspectos el estudio del gasto en farmacia y el correspondiente a los flujos de desplazados entre Comunidades Autónomas⁷⁰.

Los principales resultados y conclusiones del estudio se resumen a continuación:

1) SEGUIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE RACIONALIZACIÓN DEL GASTO SANITARIO Y PROPUESTAS DE AVANCE.

Las iniciativas de racionalización del gasto sanitario se han clasificado de acuerdo con las ocho líneas de actuación recomendadas en el primer informe del Grupo de Trabajo más un apartado genérico de “otras medidas”. Son, por tanto, las siguientes:

1. Introducción de criterios racionales en la gestión de compras
2. Políticas que aseguren la calidad y el uso racional de los medicamentos
3. Establecimiento de mecanismos que promuevan la demanda responsable y estimulen estilos de vida saludables
4. Facilitar el acceso a la mejor evidencia científica disponible
5. Consolidación de los mecanismos de incentivos aplicables a los profesionales sanitarios
6. Refuerzo de las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
7. Aumento de los recursos y de la capacidad de resolución de la Atención Primaria de Salud
8. Desarrollo de los sistemas de información
9. Otras medidas de racionalización

La información remitida por las CC.AA. muestra que, además de las diferencias registradas en el planteamiento y diseño de las iniciativas, lo que dificulta la posibilidad de

⁷⁰ No ha sido posible actualizar todas las variables utilizadas en el análisis a 2005. Así, los últimos datos disponibles en relación con las retribuciones, el número de efectivos y las variables de actividad relacionadas con la atención especializada están referidos a 2004.

establecer comparaciones, se registra un notable grado de heterogeneidad en el nivel de detalle con el que se describe cada una de ellas, lo que impide realizar un análisis comparativo riguroso sobre la base de indicadores comunes.

Por otra parte, algunas de las medidas destacadas por las CC.AA. describen herramientas que se manejan desde hace tiempo en la gestión de servicios sanitarios en nuestro país, por lo que se deduce que en estos casos las acciones emprendidas por los Servicios de Salud están asociadas a mejoras o nuevos enfoques de las mismas. Tal es el caso de los sistemas de incentivos ligados a los contratos de gestión (con combinación de objetivos económicos, de calidad, de actividad, de pactos de consumo entre niveles, de uso racional del medicamento y de satisfacción del usuario, etc.), el empleo de guías farmacoterapéuticas, la recogida periférica de muestras, los catálogos de pruebas diagnósticas de acceso desde el primer nivel asistencial o la construcción de bases de datos poblacionales (TSI).

Esta presumible reformulación, junto con el hecho de que otras de las propuestas reseñadas sean de reciente implantación, contribuye a explicar que en muchos casos no se disponga de datos sobre los resultados concretos de cada una de ellas y únicamente se ofrezca una descripción genérica de cuáles son sus resultados esperados, lo que a su vez dificulta cuantificar su impacto.

Las iniciativas descritas recorren todo el espectro de propuestas incluidas en el primer informe del Grupo de Trabajo, y van desde lo general (acciones estratégicas de amplio alcance) a lo concreto.

La información remitida por los distintos Servicios de Salud permite apreciar los esfuerzos de las CC.AA. por introducir mejoras, tanto en el ámbito económico como en el asistencial. Sólo cinco CC.AA. (Andalucía, Cataluña, País Vasco, Madrid y Murcia) reseñan acciones para cada una de las ocho medidas definidas, y de ellas tres corresponden al grupo de Comunidades con más experiencia en la gestión de las competencias sanitarias.

Las iniciativas de racionalización se concentran en aquellos ámbitos que en términos presupuestarios representan porcentajes de gasto muy significativos que evolucionan rápidamente, y que se espera que tanto a corto como a medio y largo plazo sean capaces de generar mayores ahorros. Más concretamente, el mayor número de medidas reseñadas por las CC.AA. corresponden a la gestión de compras y a las políticas de uso racional del medicamento.

En lo que respecta a la gestión de compras, la batería de medidas descrita responde a unas motivaciones comunes a todas las CC.AA.: reducir los costes de adquisición, favorecer las economías de escala en las ofertas que realizan los proveedores mediante la agregación de la demanda de pequeños compradores, lograr una mayor agilidad y simplificación de los procedimientos administrativos -minimizando los costes de transacción en los procedimientos de gestión de los expedientes de compra-, promover la eficacia, transparencia y concurrencia en las licitaciones públicas y unificar definiciones y conceptos para todas las gerencias, lo que puede derivar en la homogeneización de criterios clínicos y en la mejora de la calidad de los tratamientos o pruebas ofrecidos a los pacientes.

Los distintos mecanismos para mejorar la gestión de compras están produciendo importantes ahorros en los distintos Servicios Regionales de Salud, aunque su ámbito de aplicación es distinto según el territorio. La variabilidad de ahorros estimados es elevada y, en cualquier caso, los cálculos difieren en método para las distintas Comunidades. Así, Andalucía cuantifica el ahorro en un 12% con respecto a los precios anteriores a la centralización, Castilla-La Mancha estima que su política de compra corporativa logrará una reducción entre el 10% y el 20% de los precios unitarios, la Comunidad Valenciana cifra su ahorro medio en el 20%, Extremadura en el 13% del gasto previo para un período de 2 años, Galicia estima una reducción de precios en los productos de nueva incorporación del 10%, la Comunidad de Madrid prevé ahorrar un 10% del gasto en suministro de medicamentos y el País Vasco cifra los descuentos sobre el precio de venta de laboratorio en una horquilla que oscila entre el 12% y el 94%.

Las dificultades asociadas con la compra centralizada de medicamentos están relacionadas, en primer lugar, con la dificultad de homogeneizar las bases de datos internas de cada servicio de farmacia y, en segundo, lugar con la resistencia al cambio que con el tiempo tiende a desaparecer, sobre todo en los centros de menor dimensión y menor capacidad de negociación. La contención del consumo se destaca como la asignatura pendiente, por lo que es necesario complementar estas medidas con la implicación de los usuarios en el uso racional de los productos.

En lo que se refiere a las políticas de uso racional del medicamento, es preciso señalar que los esfuerzos por garantizar la calidad y asegurar el uso racional de los medicamentos corresponden tanto a las CC.AA. como a la Administración Central del Estado. En este último caso, los esfuerzos se integran en el desarrollo el Plan Estratégico de Política Farmacéutica del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Las CC.AA. destacan la significativa desaceleración del gasto farmacéutico que han registrado en el pasado más reciente. Otros indicadores relacionados con la evolución del gasto en farmacia, como el que corresponde a la prescripción y consumo de medicamentos genéricos, también parecen haber experimentado un comportamiento más favorable. La implicación de los profesionales se destaca en general como elemento crítico del impacto potencial de este conjunto de medidas.

Las medidas incorporadas para fomentar la demanda responsable se orientan en general al suministro de información al ciudadano, como forma de concienciación de un uso responsable de los servicios sanitarios. También responden a este objetivo algunas campañas de promoción del cumplimiento terapéutico, en general relacionadas con las políticas de uso racional del medicamento. Se trata, en todo caso, de un conjunto de iniciativas aparentemente poco extendido entre las CC.AA.

En lo que se refiere a las acciones dirigidas a estimular los estilos de vida saludables y prevenir enfermedades, varias iniciativas reseñadas por las CC.AA. tienen un carácter claramente intersectorial, lo que favorece la efectividad potencial de estas políticas. Mayoritariamente se implica a las escuelas y a los entes locales. Alguna Comunidad

señala entre la dificultad de implicar a los profesionales en la promoción de estilos de vida más saludables, al menos en una fase inicial. Al margen de las resistencias al cambio que se registran en cualquier colectivo de profesionales cuando intentan introducirse nuevos métodos de trabajo y/o nuevas funciones (y que intentan mitigarse con programas de formación y estrategias de comunicación), hay que asociar esta dificultad a la elevada presión asistencial que soportan en particular los profesionales de atención primaria. La asignación de un tiempo cada vez más escaso a distintas tareas pasa, en general, por priorizar la actividad asistencial frente a la de prevención y promoción de la salud. También se señalan algunas dificultades en la colaboración con los entes locales, relacionados con la sustitución de un modelo de relación vertical con el gobierno autonómico por un modelo horizontal en el que la cooperación es el elemento fundamental.

Cabe señalar el importante avance producido en los años 2006 y 2007 en la elaboración y aprobación de estrategias de salud, que nacen de un trabajo conjunto entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y todas las Comunidades Autónomas. Dichas estrategias se configuran como un instrumento de coordinación que permite reducir la incidencia de las enfermedades y garantizar una atención integral de calidad y en condiciones de equidad en todo el territorio nacional. Para ello incluyen intervenciones específicas de promoción de hábitos de vida saludables, entre otras. Por otra parte, el Plan de Calidad para 2007 incluye entre sus acciones facilitar el acceso para los ciudadanos a recursos de información básica basada en la evidencia científica sobre promoción de la salud, prevención de enfermedades, hábitos saludables y enfermedades más prevalentes, incorporando contraste de la literatura científica internacional.

De acuerdo con la información recibida, la proporción de iniciativas recientes relacionadas con facilitar el acceso a la evidencia científica es aún escasa, lo que indica que es necesario continuar trabajando en esta dirección⁷¹. Se trata, además, de medidas que son fácilmente exportables entre CC.AA. En todo caso, es importante distinguir el

⁷¹ No obstante, es necesario señalar que estas medidas se encuentran en su mayor parte íntimamente relacionadas con las que aparecen descritas en el apartado referido al refuerzo de los mecanismos de evaluación de tecnologías.

conocimiento y la difusión de la evidencia científica y el traslado efectivo a la práctica clínica de dicho conocimiento, aspecto éste que debe ser reforzado.

Estas medidas, costosas y con resultados poco tangibles a corto plazo, pueden tener un alto impacto en el sistema sanitario en el medio y largo plazo, pero chocan con la dificultad de introducir una nueva cultura de funcionamiento que basa las decisiones en la evidencia científica disponible. Por este motivo, deben concebirse en el marco de estrategias de carácter global que tengan como fin un cambio de enfoque, dirigido a la mejora continua de la calidad de la asistencia. Garantizar al máximo el éxito de estas iniciativas requiere implicar no sólo a los profesionales médicos y de enfermería, sino también a todas las demás profesiones sanitarias. Los programas de formación y la adaptación de los esquemas de incentivos (económicos y de desarrollo profesional) a este nuevo enfoque pueden contribuir a extenderlo más eficazmente.

Dentro de este tipo de actuaciones se sitúa el Proyecto GuíaSalud, apoyado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, que recopila, evalúa y difunda a través de un portal diversas Guías de Práctica Clínica (GPCs). También presta apoyo metodológico a las organizaciones que elaboran las GPCs y desarrolla un programa formativo.

Las iniciativas relacionadas con el diseño de incentivos a profesionales corresponden básicamente al desarrollo y carrera profesional, y están orientadas a implicar a los profesionales en la organización, mejorando el rendimiento de los recursos humanos y la eficiencia. Según indican las CC.AA., la puesta en marcha de los distintos mecanismos de incentivos ha tenido una traducción positiva en la evolución de los indicadores de coste, calidad y resultado (aunque sólo en algunos casos se dispone de información que permita cuantificar sus efectos).

Estas medidas llevan inevitablemente asociados mecanismos para diferenciar a aquellos profesionales que aportan una mayor contribución al sistema de aquellos que presentan contribuciones menores, lo que genera resistencias a su aplicación, tal y como señalan buena parte de las Comunidades Autónomas. Otras dificultades relacionadas con la implementación de estas medidas están relacionadas con los problemas logísticos que se

derivan de la necesidad de validar y baremar los méritos de cada profesional, lo que ha motivado que algunas Comunidades comiencen a desarrollar sistemas de información específicos orientados a facilitar el proceso de evaluación.

Aún es pronto para evaluar el impacto que el desarrollo de la carrera profesional tendrá en los distintos Servicios de Salud, puesto que en buena parte de las CC.AA. se encuentra todavía en fase de implantación. No obstante, la creación del Observatorio de la Carrera Profesional en marzo de 2007, encargado de analizar la implantación, evolución y desarrollo de los diferentes modelos de carrera en el SNS, constituye un paso adelante en este sentido.

El primer informe del Grupo de Trabajo constataba la dificultad de evaluar las políticas de recursos humanos de los Servicios Autonómicos de Salud como consecuencia de la falta de registros de personal en la mayor parte de las CC.AA. Por ese motivo incluía entre sus recomendaciones la creación de un registro de profesionales sanitarios con características comunes para todas las Comunidades. En el año 2007 se ha alcanzado un acuerdo entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el conjunto de los Servicios de Salud para la creación de dicho registro.

En lo que se refiere al refuerzo de los mecanismos de evaluación de tecnologías, muchas de las medidas descritas por las CC.AA. proporcionan criterios explícitos que tratan de orientar y facilitar la toma de decisiones sobre la incorporación o modificación de las tecnologías sanitarias.

De nuevo estas iniciativas chocan en ocasiones con ciertas resistencias derivadas de la introducción de una nueva cultura en los Servicios de Salud. La utilización de indicaciones específicas para incorporar tecnologías emergentes, para las que existe incertidumbre sobre los resultados frente al elevado coste de su libre difusión, exige una colaboración directa con los profesionales, de modo que se genere un clima de confianza para garantizar la implementación del protocolo y para elaborar informes que tengan la credibilidad suficiente. No obstante, el control del uso y el seguimiento de los resultados

de la utilización de los dispositivos pueden ser interpretados negativamente por los profesionales sanitarios como un mecanismo de control fiscalizador de la administración.

No se dispone de información que permita cuantificar el impacto de las iniciativas incorporadas por las CC.AA. en este ámbito, aunque es obvio que ejercen una influencia positiva sobre la contención del gasto sanitario, especialmente si se tiene en cuenta que la rápida incorporación y difusión de los avances tecnológicos es uno de los factores que más propulsa el gasto al alza. Asimismo, el control del proceso de aplicación de tecnologías basado en la mejor evidencia científica contribuye a extender la buena práctica una vez la tecnología se ha generalizado, lo que además de racionalizar el gasto permite garantizar una mayor calidad en la asistencia sanitaria. Además, las iniciativas descritas pueden extenderse a cualquier tipo de tecnología, por lo que resulta conveniente seguir canalizando esfuerzos hacia este ámbito.

Por otra parte, existe un reconocimiento claro por parte de algunas CC.AA. de la importancia de difundir la evidencia ya contrastada por otras Comunidades. Sería necesario desarrollar herramientas aplicables en todo el ámbito del SNS que faciliten el intercambio de información y la evaluación de los resultados, para lo que se precisa continuar impulsando estrategias de colaboración entre las distintas agencias y Servicios de Salud. De este modo será posible extender los beneficios que aporta el conocimiento evitando costes y duplicidades derivados del trabajo aislado de cada Comunidad Autónoma. En todo caso, los fondos derivados de la II Conferencia de Presidentes han permitido profundizar en este tipo de actuaciones que se seguirán reforzando con el Plan de Calidad.

Una de las propuestas incluidas en el primer informe del Grupo de Trabajo se refería de forma explícita a la necesidad de incrementar los recursos y la capacidad de resolución de la Atención Primaria de Salud (APS). Las CC.AA. han reseñado múltiples medidas que de una forma global tienden al incremento de los recursos puestos a disposición del primer nivel asistencial y favorecen su capacidad de resolución.

En el último año el Sistema Nacional de Salud ha avanzado de forma importante en la concepción y diseño de lo que ha de ser la Atención Primaria en el futuro próximo. Así, el Pleno del CISNS acordó de manera unánime en diciembre de 2006 que el proyecto AP21 incorpora un marco estratégico adecuado para que las Comunidades Autónomas desarrollen las medidas que, en el marco de sus competencias y con la adaptación precisa a la realidad de cada Servicio de Salud, hagan posible la consecución de los avances necesarios para la mejora de la Atención Primaria de salud en España en el período 2007-2012. En lo que respecta a las acciones incluidas en el Plan de Calidad del SNS para 2007, también cabe destacar la existencia de medidas referidas a la mejora del poder de resolución de la APS.

El desarrollo de sistemas de información adecuados sirve de soporte a buena parte de las iniciativas puestas en marcha por las Comunidades Autónomas. Los avances producidos se pueden encuadrar, según los casos, bien en el marco de las necesidades globales del SNS (Registro de actividad hospitalaria – CMBD-, Lista de espera, Tarjeta Sanitaria, etc.) bien en el de las propias necesidades de las Comunidades (Sistemas de información sanitaria, Contabilidad, Atención farmacéutica y ambulatoria, etc.).

El diseño de los sistemas de información, particular en cada territorio, dificulta la comparación entre CC.AA. A pesar de los avances producidos hasta ahora, se constata que la velocidad de las reformas y los ámbitos en los que se aplican prioritariamente son distintos para cada Comunidad. En todo caso, se trata de avances en su mayor parte recientes, por lo que habrá que esperar algún tiempo hasta valorar sus resultados.

Desde la publicación del primer informe del Grupo de Trabajo se han producido importantes avances en los sistemas de información que afectan al conjunto del SNS, relacionados con la puesta en marcha del Sistema de información de Atención Primaria (SIAP) y la normalización, validación y desarrollo de las principales estadísticas de hospitales (ESCRI y CMBD). Por otra parte, todas las CC.AA. (más el INGESA) se han adherido al proyecto Sanidad en Línea en 2006 y 2007 a través de convenios bilaterales con la entidad Red.es, en coordinación con el Ministerio de Sanidad y Consumo. Todas las CC.AA. firmantes de los convenios del Plan Avanza han asumido el compromiso de

incorporación a la base de datos de población protegida del SNS (TSI) o de su mantenimiento y mejora en el caso de encontrarse ya incorporadas. Del mismo modo se ha puesto en marcha el proyecto de Historia Clínica Digital (HCD), y se están elaborando los primeros prototipos de receta electrónica.

Por último, en el capítulo de “otras medidas de racionalización del gasto”, se incluyen iniciativas muy diversas que van desde la puesta en marcha de centros de alta resolución hasta el establecimiento de sistemas de asignación de recursos en base capítativa, pasando por acciones con un limitado impacto financiero.

Pese al indudable interés de todas las iniciativas reseñadas, no siempre se presenta un detalle suficiente acerca de cuáles son los indicadores a partir de los cuales se evalúa el cumplimiento de los objetivos establecidos o el impacto económico que supone su puesta en marcha. Asimismo, en buena parte de los casos los instrumentos de seguimiento y control están insuficientemente detallados. Estos elementos son, sin embargo, imprescindibles para proceder a una evaluación sistemática de las medidas que están siendo incorporadas por las CC.AA., que permita valorar sus resultados y ofrezca al mismo tiempo un criterio informado y relevante para la toma de decisiones en lo que respecta a sus probabilidades de éxito. Finalmente, un adecuado análisis comparativo de cada iniciativa requeriría disponer de indicadores comunes, pactados entre las distintas administraciones.

2) SEGUIMIENTO DEL DESTINO DE LOS RECURSOS INCORPORADOS EN LOS PRESUPUESTOS GENERALES DEL ESTADO PARA INCREMENTAR LAS APORTACIONES AL SISTEMA NACIONAL DE LA SALUD, Y DE EN QUÉ MEDIDA LOS ANTICIPOS A CUENTA RECIBIDOS POR LAS CCAA HAN CONTRIBUIDO A LA REDUCCIÓN DE LA DEUDA SANITARIA

El apartado 3 del Acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera, de 22 de noviembre de 2005 encomienda al Grupo de Trabajo de Análisis de Gasto Sanitario el seguimiento de las medidas 1 y 4, derivadas de la Segunda Conferencia de Presidentes, relativas a la dotación de recursos en los Presupuestos Generales del Estado para incrementar las

aportaciones al Sistema Nacional de la Salud y a la concesión de anticipos a cuenta para ayudar a la reducción de la deuda sanitaria.

Respecto a la primera de ellas, de la información remitida por las Comunidades Autónomas se desprende que el gasto sanitario real en 2006 se ha incrementado un 9,33% respecto al ejercicio anterior, porcentaje superior en casi dos puntos (7,62%) al registrado por el gasto sanitario derivado de la liquidación del presupuesto y de los registros contables específicos, conforme al régimen presupuestario y contable aplicable, de aquellas entidades no incluidas en el presupuesto que gestionan competencias en materia sanitaria según la estructura organizativa propia de cada Comunidad Autónoma. El gasto sanitario desplazado sigue disminuyendo en 2006 (171.829 miles de euros) pero en una cuantía inferior al descenso registrado en 2005 (862.692 miles de euros), lo que explica la diferencia en los porcentajes anteriores.

El gasto corriente sigue absorbiendo la mayor parte del gasto sanitario incluido en los presupuestos de las Comunidades Autónomas, si bien se registra en 2006 una ligera disminución en su peso relativo respecto a la situación existente en el ejercicio anterior, pasando del 95,5% al 95% de los créditos presupuestados y del 96,2% al 95,5% de los liquidados.

Por otro lado, se ha realizado un seguimiento de los anticipos de tesorería abonados a las Comunidades Autónomas, en el año 2005, con la finalidad de ayudar a reducir la deuda sanitaria, tomando como información de base los datos facilitados con este fin por las Comunidades Autónomas. El importe de los anticipos a cuenta abonados en 2005 ascendió a 1.090.700 miles de euros siendo destinatarias de los mismos todas las Comunidades Autónomas de régimen común a excepción de Andalucía que no lo solicitó. Estos anticipos se aplicaron de manera generalizada a los presupuestos de las Comunidades Autónomas del ejercicio 2005, de manera que únicamente Extremadura y La Rioja los aplicaron al ejercicio 2006.

En cuanto a la evolución del gasto sanitario desplazado en 2005, éste ha experimentado una reducción global para las Comunidades Autónomas de régimen común, excluida a

efectos de este análisis la Comunidad Autónoma de Andalucía, que como se ha señalado no solicitó anticipo, de 861.253 miles de euros.

3) SEGUIMIENTO DEL RESTO DE LAS MEDIDAS ADOPTADAS POR LA ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO EN EJECUCIÓN DE LO DISPUESTO EN EL ACUERDO DE LA II CONFERENCIA DE PRESIDENTES Y EN EL PLENO DEL CONSEJO DE POLÍTICA FISCAL Y FINANCIERA DE 13 DE SEPTIEMBRE DE 2005.

Este apartado recoge el seguimiento de las medidas adoptadas por la Administración General del Estado en cumplimiento de lo acordado por la II Conferencia de Presidentes y el Consejo de Política Fiscal y Financiera de 13 de septiembre de 2005. La Administración General del Estado ha informado sobre este particular al Grupo de trabajo agrupando las actuaciones ejecutadas por semestres. La ejecución de las medidas desde la celebración de la II Conferencia de Presidentes hasta el 30 de junio de 2007 se resume en los cuadros siguientes:

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

(Importe en miles de euros)

EJERCICIOS 2005 Y 2006

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	2005			2006						Total 2006
	Anticipos solicitados RD-Ley 12/2005	Anticipos solicitados RD-Ley 12/2005	Dotación Compl. A. Sanitaria	Dotación de Insularidad	Fondo de Cohesión (1)	Asistencia residentes extranjeros. Cuota global	Accidentes de trabajo y Enf. Prof. (2)	Plan de Calidad del SNS (3)	Incremento Impuestos Alcohol y Tabaco y efecto en IVA y Fondo Sufic. (4)	
Cataluña	214.162,75	464.935,81	85.838,50		13.126,45	13.913,96		4.046,65	35.008,22	616.869,59
Galicia	109.570,51	117.502,11	36.071,75		1.761,34	22.629,22		1.539,12	16.616,30	196.119,84
Andalucía		298.467,54	91.132,75		1.623,99	67.449,67	298,66	4.202,06	49.132,50	512.307,16
Principado de Asturias	41.167,38	44.231,91	14.450,00		10,33	3.333,04		472,50	6.271,60	68.769,38
Cantabria	23.457,16		7.111,25		6.604,68	1.520,59		574,89	3.794,34	19.605,75
La Rioja	12.297,54	26.766,98	3.742,00			236,53			1.885,12	32.630,63
Región de Murcia	40.028,48	86.625,50	15.170,50		1.690,54	10.841,93	0,37	206,38	7.332,56	121.867,78
Comunitat Valenciana	131.691,97	285.063,47	56.065,00		8.558,67	96.528,48			25.010,20	471.225,82
Aragón	46.590,07	100.623,82	16.228,75			1.402,81		724,15	7.250,88	126.230,41
Castilla-La Mancha	69.799,15	150.944,39	23.680,50			2.393,47	19,79	592,65	11.627,50	189.258,30
Canarias	66.204,95		23.986,25	28.700,00	9.221,02	14.172,85		2.081,95	9.216,90	87.378,97
Extremadura	47.505,72	51.102,84	13.598,75		422,15	2.963,11			8.025,16	76.112,01
Illes Balears	30.671,15	65.030,43	11.955,00	26.300,00	3.103,11	9.081,72		210,60	6.323,42	122.004,28
Madrid	157.402,21	342.180,12	67.953,25		52.911,17	6.749,55	0,90	1.040,42	19.361,30	490.196,71
Castilla y León	100.150,62	215.114,44	33.015,75			6.848,83		1.254,31	15.573,44	271.806,77
Total CC.AA.	1.090.699,66	2.248.589,36	500.000,00	55.000,00	99.033,45	260.065,76	319,72	16.945,68	222.429,44	3.402.383,41
Melilla	197,04								29,18	29,18
Ceuta	247,68								36,66	36,66
Total General	1.091.144,38	2.248.589,36	500.000,00	55.000,00	99.033,45	260.065,76	319,72	16.945,68	222.495,29	3.402.449,26

Notas:

(1) Corresponde al crédito total consignado en el Presupuesto del Mº de Sanidad y Consumo, único del que se dispone información territorializada. El incremento del Fondo derivado de la II Conferencia de Presidentes fue de 45 millones de euros.

(2) Se incluye el importe distribuido a las CC.AA. que han remitido facturas que reúnen los requisitos establecidos en la normativa reguladora.

(3) El total asignado a esta medida asciende a 50 millones de euros. El detalle consignado para cada Comunidad Autónoma corresponde únicamente a las cuantías que se han materializado en Convenios suscritos con las CC.AA. El resto se gestiona directamente por el Ministerio de Sanidad y Consumo. No se incluye el convenio suscrito con el INGESA cuya cuantía asciende a 81.000 euros.

(4) Entregas a cuenta, 98% del importe de 227 millones de euros previsto

La aplicación de estas medidas a las Comunidades Autónomas de régimen foral se ha realizado de acuerdo con su específico sistema de financiación de Concierto o Convenio Económico. Por lo que respecta a la Comunidad Autónoma del País Vasco el descuento provisional correspondiente a 2006 ascendió a 39.929,99 miles de euros. En el caso de la Comunidad Foral de Navarra, la formalización de la medida se propondrá en la próxima Comisión Coordinadora con la Comunidad. Por otra parte, en aplicación de la medida relativa al Plan de Calidad del SNS, en 2006 se suscribieron convenios entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comunidad Autónoma del País Vasco por un importe de 766,84 miles de euros

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

(Importes en miles de euros)

EJERCICIO 2007. PRIMER SEMESTRE

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Anticipos RD-Ley 12/2005 (1)	Dotación Compl. A. Sanitaria	Dotación de Insularidad	Fondo de Cohesión (2)	Asistencia residentes extranjeros. Cuota global	Accidentes de trabajo y Enf. Prof. (3)	Plan de Calidad del SNS (4)	Incremento Impuestos Alcohol y Tabaco y efecto en IVA y Fondo Sufic. (5)	Garantía de asistencia sanitaria	Total primer semestre 2007
Cataluña	506.001,18	51.564,60		11.166,86	13.569,25	24,90	2.389,10	17.504,11		96.218,82
Galicia	254.993,96	21.328,50		1.532,76	20.867,15		871,17	8.308,15	32.729,95	85.637,68
Andalucía	653.227,85	54.678,30		6.248,08	65.940,18	219,57	3.848,98	24.566,25		155.501,36
Principado de Asturias	95.377,83	8.528,10		149,02	3.166,56		157,50	3.135,80	35.992,83	51.129,81
Cantabria	55.158,92	4.236,90		4.948,43	1.428,70		191,63	1.897,17		12.702,83
La Rioja	29.208,37	2.237,85			230,22		197,30	942,56		3.607,93
Región de Murcia	95.718,54	9.177,15		1.659,38	11.830,18		68,80	3.666,28		26.401,79
Comunitat Valenciana	313.276,61	33.997,20		7.621,23	97.620,80	97,08		12.505,10		151.841,41
Aragón	109.542,76	9.662,85			1.326,69	18,52	1.258,31	3.625,44		15.891,81
Castilla-La Mancha	165.687,11	14.186,70			2.179,57		197,55	5.813,75		22.377,57
Canarias	154.471,00	14.502,90	14.350,00	2.810,06	13.721,40	1,96	902,07	4.608,45		50.896,84
Extremadura	110.959,42	8.054,55		191,60	2.837,97	95,83	272,25	4.012,58	8.619,75	24.084,53
Illes Balears	69.797,14	7.232,70	13.150,00	2.639,76	8.501,41		70,20	3.161,71	25.937,60	60.693,38
Madrid	374.136,44	41.056,20		40.247,14	6.197,62	0,90	1.408,40	9.680,65		98.590,91
Castilla y León	232.589,60	19.555,50			6.403,03		418,10	7.786,72	39.905,58	74.068,93
Total CC.AA.	3.220.146,75	300.000,00	27.500,00	79.214,32	255.820,73	458,76	12.251,36	111.214,73	143.185,71	929.645,61
Melilla	512,34							14,59		14,59
Ceuta	576,22							18,33		18,33
Total General	3.221.235,30	300.000,00	27.500,00	79.214,32	255.820,73	458,76	12.251,36	111.247,65	143.185,71	929.678,53

Notas:

(1) El RD Ley12/2005 contempla que, para autorización de los anticipos, deben haber transcurrido, al menos, seis meses del ejercicio. Por tanto, en esta columna se recoge el importe máximo que podrá solicitarse como anticipo en 2007, una vez transcurridos los primeros seis meses del año.

(2) Corresponde al crédito total consignado en el Presupuesto del Mº de Sanidad y Consumo, único del que se dispone información territorializada. El incremento del Fondo derivado de la II Conferencia de Presidentes fue de 45 millones de euros. Se recoge el 75% de la liquidación provisional de 2007 (RD 1207/2006)

(3) Se incluye el importe distribuido a las CC.AA. que han remitido facturas que reúnen los requisitos establecidos en la normativa reguladora.

(4) El total asignado a esta medida asciende a 50,5 millones de euros. El detalle consignado para cada Comunidad Autónoma corresponde únicamente a las cuantías que se han materializado en Convenios suscritos con las CC.AA. El resto se gestiona directamente por el Ministerio de Sanidad y Consumo. No se incluye el convenio suscrito con el INGESA cuya cuantía asciende a 81.000 euros.

(5) Los importes derivados del incremento de impuestos son estimados, por ello, para 2007 se reproducen por idéntica cuantía. Entregas a cuenta primer semestre.

La aplicación de estas medidas a las Comunidades Autónomas de régimen foral se ha realizado de acuerdo con su específico sistema de financiación de Concierto o Convenio Económico. Por lo que respecta a la Comunidad Autónoma del País Vasco el descuento provisional correspondiente al primer plazo en el cupo de 2007 ascendió a 19.304,60 miles de euros. En el caso de la Comunidad Foral de Navarra, la formalización de la medida se propondrá en la próxima Comisión Coordinadora con la Comunidad. Por otra parte, en aplicación de la medida relativa al Plan de Calidad del SNS, en 2007 se suscribieron convenios entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comunidad Autónoma del País Vasco por un importe de 1.717,4 miles de euros y con la Comunidad Foral de Navarra por un importe de 742,15 miles de euros.

4) ANALISIS DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO PARA EL PERIODO 1999-2005

4.1.) 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, 1999-2005, de un 8,53%, con un volumen de gasto en torno a 50.053 millones de euros en 2005. En los ejercicios 2004 y 2005 la tasa de crecimiento interanual del gasto total (8,10% y 8,38%, respectivamente) se moderó en comparación con la correspondiente a 2003 (11,37%).

En la serie analizada el gasto sanitario público ha registrado una evolución más dinámica que la seguida por la actividad económica (7,71% de crecimiento medio anual del PIB), hecho que ha dado lugar a que la proporción que este gasto representa sobre el PIB haya pasado del 5,28% en 1999 al 5,53% en 2005. Ha de tenerse en cuenta, a efectos de comparación con el primer informe del Grupo de Trabajo, que la serie de PIB empleada en este informe corresponde a la nueva base 2000.

El **gasto sanitario público realizado por las Comunidades y Ciudades Autónomas** a finales de 2005 se sitúa en 45.764 millones de euros, cifra que representa un crecimiento medio anual de un 8,94% en el periodo de análisis. De nuevo se aprecia una ligera desaceleración en el incremento del gasto sanitario para los años 2004 y 2005 en relación con el último año incluido en el primer informe del Grupo de Trabajo (8,4% en 2004 y 9,1% en 2005, vs. el 11,51% correspondiente a 2003). El gasto sanitario continúa, por lo tanto creciendo más que el PIB nominal, si bien la diferencia en la evolución de ambas magnitudes entre 1999 y 2005 (1,1 puntos porcentuales) se ha reducido a la mitad en comparación con el período 1999-2003 (2,1 puntos porcentuales).

Las Comunidades y Ciudades Autónomas cuyo gasto sanitario público ha crecido por encima de la media (manteniendo así la tendencia constatada en el primer informe del Grupo de Trabajo) son: Baleares, Murcia, La Rioja y Comunidad Valenciana, Castilla-La Mancha, Canarias, Cantabria, Melilla y Aragón. Por debajo de la media se sitúan País Vasco, Galicia, Navarra y Ceuta, al igual que ocurría en el período 1999-2003. Por su

parte, Extremadura, Cataluña (que entre 1999 y 2003 crecía por encima de la media) y Madrid (que crecía por debajo) crecen aproximadamente como la media entre 1999 y 2005.

Del mismo modo que en el primer informe del Grupo de Trabajo, 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. El **gasto pendiente de reflejar presupuestariamente** a finales del ejercicio de 2005 se eleva a 5.574 millones de euros.

El **gasto sanitario no reflejado** en las liquidaciones presupuestarias **durante el año 2004** en el conjunto del Sistema Nacional de Salud ha disminuido de forma importante con respecto a los ejercicios inmediatamente anteriores. En 2004, además, en Cataluña, Canarias, Comunidad Valenciana y Castilla-La Mancha el signo de la variación es negativo, lo que indica que en estas Comunidades, durante dicho ejercicio, se saldó, en parte o en su totalidad, el gasto desplazado de ejercicios anteriores, o se generó un volumen menor que el amortizado.

El gasto de ejercicios anteriores no recogido en las liquidaciones presupuestarias ascendía a 6.437 millones de euros a finales del ejercicio 2004, de los cuales se generaron 166 millones en ese año, 1.674 millones en 2003, 631 millones en 2002, 488 millones en 2001, 452 millones en 2000, 58 millones en 1999 y el resto, 2.757 millones, en ejercicios anteriores. Las Comunidades Autónomas que tienen mayor gasto no contabilizado por el sistema presupuestario a finales de 2004 y que, en conjunto, absorben el 73% del total, son Cataluña (1.928 millones), Andalucía (1.573 millones) y Comunidad Valenciana (1.122 millones).

En el **año 2005**, la comparación del gasto real con la liquidación pone de manifiesto que, por primera vez en el periodo estudiado, se redujo más gasto desplazado del que se generó. Esto significa que **el gasto desplazado acumulado se ha reducido a 5.574 millones de euros**, habiéndose producido un descenso de 862,68 millones en dicho ejercicio.

Sólo las CC.AA. de Canarias, Castilla–La Mancha y Navarra desplazaron gasto, o lo hicieron por un volumen mayor que el amortizado, en el año 2005. No obstante las cifras (con excepción de Castilla–La Mancha que, en porcentaje de su gasto, desplazó prácticamente lo mismo que amortizó en 2004), son mucho menores que en ejercicios anteriores. Las mayores reducciones, en relación con su gasto total en 2005, corresponden a Galicia (-7,27%), Aragón (-5,83%) y Cataluña (-5,43%).

En relación con el PIB, el gasto sanitario público de las Comunidades y Ciudades Autónomas representa un 5,05% en el año 2005, si bien se registran variaciones significativas en el análisis individualizado que oscilan entre el 8,05% que representa en Extremadura el gasto sanitario en relación con su PIB regional y el 3,55% de la Comunidad de Madrid. Este comportamiento pone de manifiesto las características de la distribución territorial de recursos en España establecidas por el Sistema de financiación de Comunidades Autónomas y que contempla los mecanismos de nivelación que tratan de garantizar la equidad en el acceso a los servicios sanitarios, independientemente de su lugar de residencia.

La **participación media** del gasto sanitario público real **en el conjunto del gasto público total** se sitúa para las Comunidades Autónomas en el 34,96% en el ejercicio 2005 (2,6 puntos porcentuales menos que en el año 2003). Las Comunidades Autónomas que registran un porcentaje de gasto inferior a la media son Andalucía, Canarias, Extremadura, Galicia, Navarra y País Vasco. Estos datos, para ser adecuadamente valorados, deben ser analizados a la luz de un análisis más pormenorizado desde la perspectiva de la eficiencia en la gestión de los recursos y la producción asistencial.

Desde la óptica de la **clasificación económica**, el componente del gasto sanitario público consolidado de las Comunidades y Ciudades Autónomas con mayor peso continúa siendo 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 2005 ha sido el gasto de capital, seguido por 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 media⁷².

Mientras la remuneración de asalariados ha continuado perdiendo peso en el conjunto del gasto entre 2003 y 2005, aunque muy ligeramente, el gasto en consumos intermedios sigue ganando peso relativo. Las transferencias corrientes (fundamentalmente gasto en recetas), por su parte, han pasado de suponer un 24,45% del gasto total en 2003 a representar un 23,74% en 2005, como consecuencia de la importante moderación del crecimiento de la farmacia ocurrido en los dos últimos años del período de estudio. Así, mientras el porcentaje de variación interanual correspondiente a esta partida alcanzaba el 11,92% en 2003, en 2004 desciende hasta el 7,39% y en 2005 hasta el 6,37%.

⁷² Nótese que en esta segunda edición del informe se han revisado todas las cifras del período 1999-2003, previamente analizado por el Grupo de Trabajo, por lo que en ocasiones pueden observarse ciertas discrepancias entre los datos incluidos en dicho informe y los reflejados en este documento.

CLASIFICACIÓN ECONÓMICO – PRESUPUESTARIA

	1999		2003		TAM 99/03	2005		TAM 99/05
	Miles de Euros	% sobre total	Miles de Euros	% sobre total		Miles de Euros	% sobre total	
Remuneración del personal	13.408.060	48,98	17.744.707	45,85	7,26	20.896.147	45,66	7,68
Consumo intermedio	5.097.867	18,62	7.980.965	20,62	11,86	9.808.360	21,43	11,52
Conciertos	1.481.428	5,41	2.008.048	5,19	7,9	2.370.213	5,18	8,15
Transferencias corrientes	6.438.942	23,52	9.463.513	24,45	10,11	10.865.438	23,74	9,11
Gasto de capital	945.926	3,46	1.502.377	3,88	12,26	1.824.339	3,99	11,57
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	27.372.222	100	38.699.611	100	9,04	45.764.498	100	8,94

La **remuneración del personal** en el conjunto del sistema ha crecido en términos medios un 7,68% anual, y continúa oscilando por Comunidades Autónomas entre el 5,94% de País Vasco (que ve aumentar su tasa de crecimiento) y el 13,12% de Baleares (que la reduce). Las Comunidades Autónomas que mayor crecimiento han registrado son Baleares y Cantabria.

En el presente informe se analizan nuevamente, como ya se hizo en el primero, las retribuciones medias para un total de doce categorías profesionales. A pesar de tratarse de un análisis parcial aporta el valor de la homogeneidad de las variables comparadas y se espera que, a pesar de que las retribuciones medias están subestimadas, al haberse recogido las categorías más importantes y el grueso de la retribución de cada tipo de profesional la variabilidad observada entre las Comunidades Autónomas constituya una aproximación adecuada a la realidad.

La tendencia de las retribuciones ha sido en general alcista para el conjunto de los Servicios de Salud, si bien destaca significativamente la contención en las tasas de crecimiento registradas en el último año para el que se dispone de datos al respecto (2004), en prácticamente todas las categorías profesionales. En nueve de las doce categorías analizadas se registra una reducción de la variabilidad entre Comunidades Autónomas para el período 1999-2004. Tan sólo en lo referido a los facultativos especialistas de área y enfermeros/DUE de atención primaria se ha detectado un aumento de la variabilidad retributiva. Para los celadores con turnos de atención directa al enfermo la variabilidad se ha mantenido aproximadamente constante. Las diferencias entre las retribuciones máximas y mínima por CC.AA. oscilan entre los 4.411 euros anuales para la categoría de pinche sin turnos, los 12.781 euros de los facultativos especialistas de área y los 15.202 euros correspondientes a los médicos de familia.

En el año 2004, Baleares se encuentra entre las CC.AA. con mayores niveles retributivos para todas las categorías profesionales, seguida de Navarra (que aparece entre los primeros lugares para 9 categorías) y País Vasco (en 7)⁷³.

⁷³ Téngase en cuenta que para el año 2004 no se dispone de información relativa a la Comunidad de Madrid.

Desde la óptica de la **clasificación funcional**, el peso que representa cada función sobre el gasto sanitario total es bastante estable a lo largo del tiempo, especialmente en lo que respecta a las funciones cuantitativamente más importantes. No obstante, se observa que el principal componente del gasto (la asistencia hospitalaria y especializada) gana peso relativo entre 2003 y 2005. Los servicios primarios de salud, por su parte, prosiguen su tendencia descendente desde 2003. Lo mismo sucede con el gasto en farmacia, que en el año 2005 representa el 22,42% del total. En ambos casos el porcentaje correspondiente a 2005 es el más bajo de toda la serie. La tasa media anual de crecimiento de la farmacia entre 1999 y 2005 es ligeramente inferior a la del conjunto del gasto sanitario, lo que constituye un fenómeno inédito en cualquiera de los posibles subperíodos que se analicen a estos efectos. La contención significativa y progresiva que se ha producido en el gasto farmacéutico en 2004 y 2005 explica este hecho, como ya se mencionó en la descripción de la clasificación económico-presupuestaria.

El gasto en servicios especializados y hospitalarios ha crecido más fuertemente en Baleares (que es la Comunidad que experimenta un mayor crecimiento del gasto sanitario público), Castilla-La Mancha y la Región de Murcia, y menos en Navarra, País Vasco y Galicia (CC.AA. con un menor crecimiento del gasto total). En lo que respecta a la atención primaria, las Comunidades que más han incrementado su gasto en esta función desde 1999 hasta 2005 han sido Cantabria, nuevamente Baleares, y Canarias. Por el contrario, Galicia, Castilla y León y Navarra están entre las CC.AA. que ha registrado un menor crecimiento de esta función de gasto. En cuanto al componente de farmacia, la Comunidad Valenciana, Melilla y Baleares son los territorios que registran una evolución más dinámica, y Aragón, Andalucía y Cataluña los que menos.

CLASIFICACIÓN FUNCIONAL

	1999		2003			2005		
	Miles de Euros	% sobre total	Miles de Euros	% sobre total	TAM 99/03	Miles de Euros	% sobre total	TAM 99/05
Servicios hospitalarios y especializados	14.967.851	54,68	20.674.016	53,42	8,41	24.889.036	54,46	8,84
Servicios primarios de salud	3.975.414	14,52	5.557.683	14,36	8,74	6.445.978	14,09	8,39
Servicios de salud pública	263.494	0,96	371.369	0,96	8,96	495.398	1,08	11,10
Servicios colectivos de salud	497.247	1,82	804.840	2,08	12,79	913.258	2,00	10,66
Farmacia	6.230.317	22,76	9.033.552	23,34	9,73	10.261.956	22,42	8,67
Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	388.518	1,42	567.958	1,47	9,96	701.971	1,53	10,36
Gasto de capital	924.136	3,38	1.460.083	3,77	12,11	1.787.084	3,90	11,62
Transferencias a otros sectores	125.245	0,46	230.109	0,59	16,42	269.816	0,59	13,65
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	27.372.222	100	38.699.611	100	9,04	45.764.498	100	8,94

Por lo que se refiere al resto de funciones, puede destacarse el incremento registrado en los gastos registrados en investigación y formación (20,37% de tasa anual media), incluidos en el gasto en servicios colectivos de salud. Por otra parte, el peso que el gasto en traslado de enfermos supone sobre el total de gasto sanitario ha registrado un incremento entre 1999 y 2005. La Ciudad de Melilla es la que dedica mayor proporción de su gasto al traslado de enfermos (3,68%), seguida de Canarias y Baleares (lo que se asocia a su condición de territorios insulares) y de Extremadura y Castilla-La Mancha (CC.AA. con cierta dispersión relativa, si bien no se detecta una asociación estadística relevante entre los datos de gasto en traslados y las variables de dispersión geográfica). Finalmente, cabe señalar el fuerte dinamismo de los gastos de capital, que entre 1999 y 2005 han crecido a una tasa media anual del 11,62%.

4.2.) ANÁLISIS DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO PER CAPITA.

La **población protegida** en España ha registrado un incremento medio anual del 1,66% entre 1999 y 2005. La población protegida aumenta entre el comienzo y el final del período en todas las CC.AA. excepto en Asturias, donde ha caído un 0,6%. Los mayores incrementos poblacionales se concentran en Baleares (3,16%), seguida por Murcia, Melilla, Canarias, Madrid, Comunidad Valenciana, La Rioja, Cataluña y Navarra, que se sitúan por encima de la tasa de crecimiento medio anual del conjunto del país. Todos los territorios citados (a excepción de Navarra) también aparecían señalados en el primer informe como los más afectados por los incrementos de población protegida, si bien Canarias pasa a ocupar el cuarto lugar (en lugar del segundo) en lo que respecta al orden de magnitud de dichos incrementos.

Todas las CC.AA. que han experimentado crecimientos de población protegida superiores a la media registran aumentos de gasto sanitario público también superiores a la media del conjunto nacional, a excepción de Cataluña, Madrid y Navarra. Por el contrario, Aragón, Cantabria y Castilla-La Mancha, cuya población protegida crece por debajo de la media entre 1999 y 2005, experimentan incrementos de gasto sanitario por encima de la media nacional.

El **gasto sanitario público por persona protegida** en el año 2005 para el conjunto del sector fue de 1.091 euros. Los valores más elevados corresponden a Melilla (1.465 euros), Cantabria (1.331), La Rioja (1.228), Aragón (1.209), Asturias (1.205), Navarra (1.204), Extremadura (1.199), País Vasco (1.195), Ceuta (1.182), Castilla y León (1.177), Castilla-La Mancha (1.157) y Canarias (1.147). Por su parte, Galicia (1.122), Baleares (1.121) y Murcia (1.114) se sitúan más 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 Cataluña (con 1.058 euros), Comunidad Valenciana (1.029), Madrid (1.026) y Andalucía (1.020 euros).

Entre los años 2000 y 2003, la dispersión de la variable gasto sanitario público por persona protegida registró una tendencia creciente. A pesar de que en 2004 el coeficiente de variación experimenta una ligera disminución con respecto al año inmediatamente anterior, vuelve a repuntar hasta situarse en 2005 en el mayor valor de la serie. A lo largo del período 1999-2005, el gasto por persona protegida ha mantenido un crecimiento anual medio del 7,16%. El mayor incremento tiene lugar en el año 2003, momento a partir del cual empieza a descender. Baleares es la Comunidad Autónoma que presenta un crecimiento medio anual más elevado (10,55%), seguida por Cantabria y Castilla-La Mancha (9,5% y 9,4%, respectivamente). Por el contrario, las tasas de crecimiento más reducidas se concentran en Navarra (5,41%) y Madrid (5,97%).

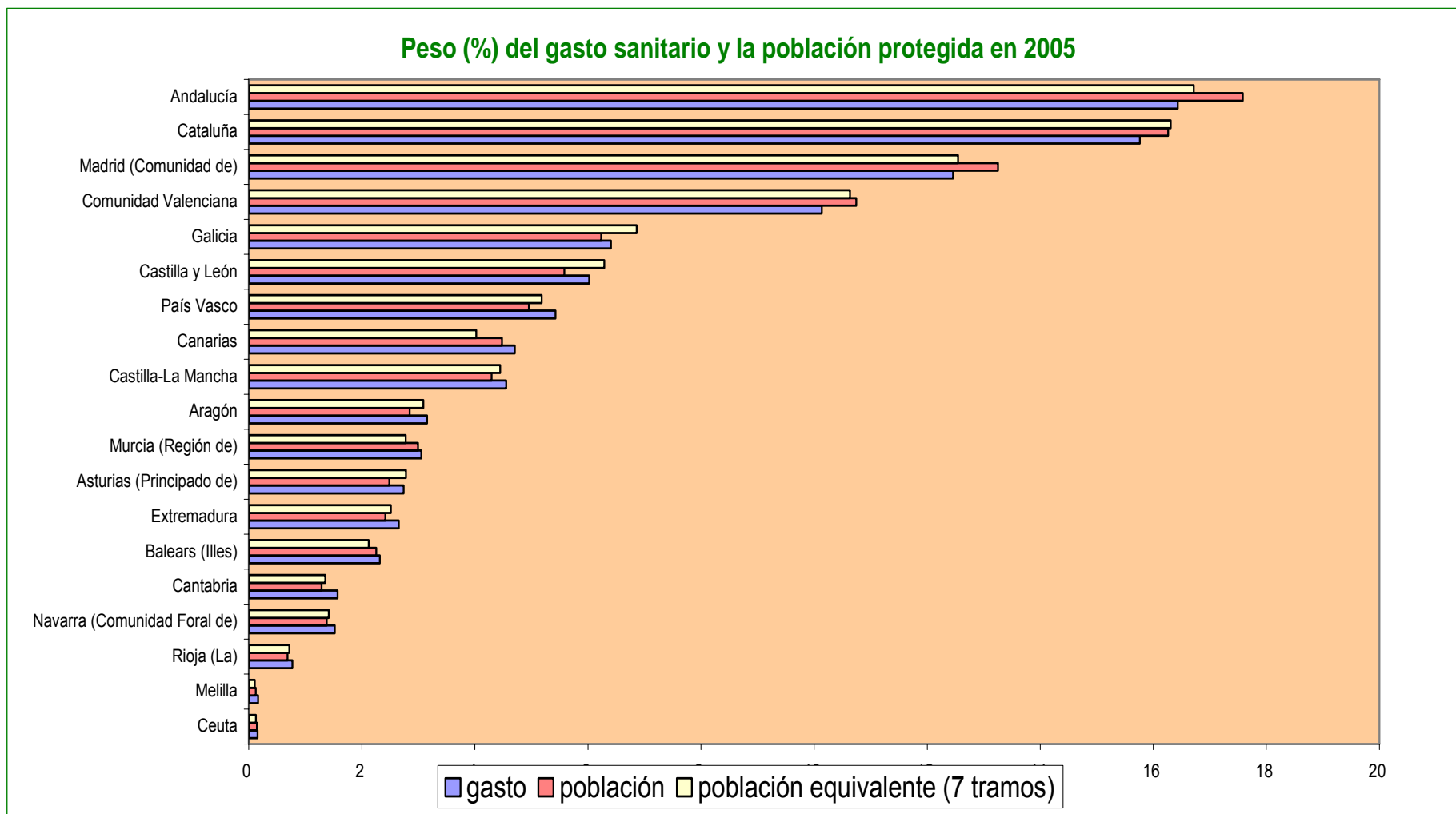
El peso del gasto sanitario público por persona protegida sobre el PIB per capita se cifra, en 2005, en el 5,32%. Esta variable oscila entre el 3,81% de Madrid y el 8,62% de Extremadura. Desde 1999 el gasto sanitario por persona protegida ha ido ganando peso con carácter general sobre el PIB per capita. El análisis estadístico indica, como ya lo hiciera en el primer informe del Grupo de Trabajo, 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.

El gasto sanitario por persona protegida supone, en el año 2005, un 36,90% del gasto público por persona. Por CC.AA., esta cifra oscila entre el 22,18% de Navarra y el 42,10% de la Región de Murcia. El análisis estadístico indica que el gasto sanitario por persona protegida explica aproximadamente el 62% de la variabilidad del gasto público per capita.

El cálculo de la **población equivalente** (esto es, corregida por su estructura de edades) se ha mantenido constante en relación con el primer informe del Grupo de Trabajo, puesto que se carecía de información adicional que permitiera mejorar sustancialmente el análisis (en particular en lo que se refiere al gasto en farmacia). Se consideran pues tres formas alternativas de dividir la población: menores de 65 años y población de 65 años y más; menores de 5 años, entre 5 y 64, y 65 años y más; y finalmente una división en 7 tramos. La ponderación de cada tramo corresponde a los coeficientes de gasto relativo calculados para cuatro tipos de prestaciones (hospitalaria, 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, 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. En el caso de Cataluña, el peso de la población protegida equivalente únicamente supera al de la población protegida sin corregir cuando se emplea el escenario de siete tramos.

Si se comparan, para el año 2005, los porcentajes que sobre el total nacional representan las variables población protegida equivalente (7 tramos) y gasto sanitario público real en las distintas Comunidades y Ciudades Autónomas, se observa que Andalucía, Cataluña, Madrid, Comunidad Valenciana, Galicia, Castilla y León y, en menor medida, Asturias, concentran más proporción de población que de gasto sanitario. El resto de territorios se encuentra en la situación opuesta.



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 2005 en 1.089 euros. Melilla vuelve a ocupar el máximo, con 1.663 euros, si bien el mínimo le corresponde ahora a Galicia (1.017 euros) en lugar de a Andalucía, 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 (además de Galicia) 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, Comunidad Valenciana, Extremadura, Navarra y País Vasco. Otras además de Andalucía, como Baleares, Canarias, Ceuta, Madrid y Murcia mejoran su posición relativa. Por su parte, Cataluña, Castilla-La Mancha y Melilla mantienen su posición relativa.

El gasto sanitario público por persona equivalente entre 1999 y 2005 ha registrado un crecimiento anual medio del 6,97%. Por Comunidades Autónomas, el crecimiento anual medio del gasto sanitario por persona equivalente durante el periodo de análisis oscila entre el 5,38% de Navarra y el 10,82% de Baleares.

A diferencia de lo que ocurría en el período 1999-2003, los incrementos del gasto sanitario no guardan una excesiva correspondencia con los aumentos registrados en la población protegida. De las CC.AA. que presentan mayores incrementos poblacionales, sólo Baleares, Murcia y Canarias se encuentran entre las que han registrado aumentos más importantes en el gasto sanitario público.

4.3.) ANÁLISIS PARTICULARIZADO DEL GASTO PÚBLICO EN ATENCIÓN PRIMARIA, ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y FARMACIA.

4.3.1) Análisis del gasto público en atención primaria.

El Grupo de Trabajo acordó durante la elaboración del primer informe que los indicadores utilizados para explicar la variabilidad del gasto público en atención primaria se basarían en las variables de población protegida, dispersión geográfica y Médicos de Familia de Atención Primaria. No obstante, una vez realizado el estudio se determinó que era necesario disponer de datos más detallados para poder abordar un examen más preciso

de la relación entre gasto sanitario y dispersión. Asimismo, se consideró conveniente desarrollar una nueva metodología de medición de dicha relación. Dado que no se han producido avances en ninguno de estos dos sentidos, el análisis incluido en el presente documento se circunscribe a examinar, en primer lugar, la relación entre el gasto en atención primaria y la población protegida y, en segundo lugar, la relación entre gasto y efectivos.

La **población protegida** explica nuevamente 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.

Los resultados obtenidos en el primer informe se repiten al ampliar la serie temporal. Así, existen dos observaciones que en 2005 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, Cantabria, Castilla-La Mancha, La Rioja y Aragón, además de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla. Por debajo se sitúan Madrid, Galicia, Comunidad Valenciana, Canarias, Murcia, Baleares y Asturias.

Los territorios en los que la población crece por encima de la media en el conjunto del período 1999-2005 mientras el gasto público en atención primaria crece por debajo son Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Madrid, Navarra y Melilla. Por su parte, Andalucía y Cantabria 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 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. De acuerdo con los datos proporcionados por los distintos Servicios de Salud sobre efectivos profesionales, que llegan hasta 2004, se estima que en dicho año el

número de médicos de familia en atención primaria se sitúa en 30.366 en el conjunto del SNS, lo que equivale a 74 médicos por cada 100.000 personas protegidas. Castilla y León (con 124), Castilla-La Mancha (109) y Comunidad Valenciana (101) se sitúan muy por encima de la media. Ceuta (49), Melilla (49) y Navarra (47) presentan los ratios más bajos. No obstante, esta ratio ha de analizarse en relación con indicadores de la dispersión que, como se ha indicado, no se abordan en este informe.

4.3.2.) Análisis del gasto público en atención especializada.

El número de **consultas externas** ha crecido entre 1999 y 2004 a una tasa media anual del 2,11%, 0,57 puntos porcentuales por encima de la población protegida. Sólo Cataluña, Madrid, Canarias y, particularmente, Melilla, registran un crecimiento de las consultas externas menor al de la población protegida.

Por su parte, la **Cirugía Mayor Ambulatoria** crece a lo largo del periodo 1999-2004 a una tasa media anual del 13,54%. Este comportamiento expansivo de la CMA se ha repetido en la mayor parte de las Comunidades, salvo en Aragón y Melilla (donde disminuye el porcentaje de CMA), y en Galicia, Madrid, Murcia y País Vasco, donde crece por debajo del gasto en atención especializada. En general, las tasas de variación media anual de esta variable son bastante irregulares, lo que puede deberse a problemas en el registro de la información o a inestabilidad en el ritmo de evolución de este tipo de actividad. La única Comunidad donde la evolución de esta variable presenta un ritmo estable es la Región de Murcia.

La **dotación de camas en funcionamiento** utilizadas por el sector público se estima en 2004, de acuerdo con los datos proporcionados por las Comunidades, en 110.539 camas, lo que supone 2,7 camas por mil personas protegidas. Esta ratio ha seguido una pauta descendente entre 1999 y 2004. A lo largo de todo el período considerado se observa que Aragón, Canarias y Asturias registran el mayor número de camas por mil personas protegidas, mientras la Comunidad Valenciana ha mantenido la ratio entre las más bajas.

La distribución de **altas hospitalarias** por Comunidades Autónomas se ajusta básicamente a la estructura de la población, con algunas diferencias destacables. Así, Cataluña presenta un número de altas relativamente mayor que el resto de CC.AA., lo que

podría deberse a la afluencia de pacientes desplazados o a un mayor índice de rotación, entre otros factores. En el otro extremo se sitúa Madrid, donde la proporción de altas es inferior en más de dos puntos porcentuales al peso de la población protegida. Dado que el saldo neto de pacientes desplazados resulta positivo para esta Comunidad, los resultados podrían indicar una infravaloración de las altas, una menor rotación o un uso más intensivo que la media de los tratamientos ambulatorios.

Las CC.AA. de Baleares, Cataluña y Comunidad Valenciana, junto con Ceuta, destacan por el hecho de que pese a la mayor complejidad de sus pacientes atendidos (en términos de consumo de recursos), presentan para todos los años del período un índice de **estancia media ajustada** que indica un mejor funcionamiento respecto del estándar. Un total de siete Comunidades, pese a la menor complejidad de sus pacientes atendidos, registran para todos los años analizados desviaciones negativas respecto del estándar, particularmente elevadas en Canarias y Galicia.

La información suministrada por los distintos Servicios de Salud permite calcular la dotación de **alta tecnología a disposición del sector público** en relación con la población protegida. En el año 2004 se registran, de media, 11,03 equipos de TAC por millón de habitantes, 6,49 equipos de resonancia magnética, 1,29 litotriptores, 2,61 aceleradores lineales, 12,30 máquinas de hemodiálisis, 10,69 mamógrafos y 3,32 salas de hemodinámica. La Comunidad Valenciana destaca por disponer de una dotación por encima de la media en seis de las siete categorías de alta tecnología analizadas, seguida por Madrid, Galicia y Extremadura (que destacan en 5 de ellas).

El ritmo de crecimiento del número de **urgencias atendidas en los hospitales** entre 1999 y 2004 ha sido del 4,18%, sensiblemente superior al crecimiento de la población protegida, y especialmente elevado en Ceuta y Melilla. Se trata de un fenómeno que se reproduce en la gran mayoría de las Comunidades Autónomas. No obstante, se observa una tendencia hacia la desaceleración de las urgencias entre 2003 y 2004.

Los **flujos de desplazados españoles atendidos en hospitales** se han analizado a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos y la información sobre coste de los Grupos de Diagnóstico Relacionado (GDR), disponible para el período 2001-2005. Aunque bastante estable, el flujo de pacientes entre CC.AA. ha disminuido a lo largo del período, habiendo

aumentado simultáneamente su coste total y por tanto el coste medio por paciente atendido. Sólo cuatro Comunidades registran a lo largo de todo el período analizado un coste medio por caso atendido superior al correspondiente a los pacientes enviados a otros territorios: Aragón, Cantabria, Cataluña y Madrid. En Aragón, no obstante, el saldo neto de coste global resulta negativo, lo que indica que el volumen de sus residentes atendidos en otras CC.AA. por patologías no complejas supera ampliamente el coste global de los pacientes más complejos que son atendidos en ella. Por su parte, la Región de Murcia y la Comunidad Valenciana presentan un saldo neto de coste global por desplazados positivo, que se asocia a su condición de Comunidades receptoras de turistas. En todo caso, el gasto por asistencia a desplazados ha perdido peso en los últimos años en relación con el gasto hospitalario total, tanto desde el punto de vista de las CC.AA. emisoras como de las receptoras, lo que resulta coherente con el crecimiento de los recursos dedicados a la sanidad por las distintas Comunidades.

Por lo que respecta a los **desplazados temporales extranjeros**, se han utilizado como fuentes de información tanto el CMBD como la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria para los años 1999 a 2005. En este período, la tasa de incremento anual media correspondiente al número de altas a extranjeros ha alcanzado el 7,13%. Andalucía, Cataluña, Baleares, Comunidad Valenciana, Cantabria, Ceuta y Melilla son los territorios en los que se atendieron mayor número de extranjeros en hospitales del SNS en el año 2005. Si bien se ha producido un incremento sustancial tanto en el número de casos como en el coste total en los últimos años, el coste medio por caso atendido es claramente inferior al de los desplazados nacionales, lo que apunta al carácter espontáneo, no complejo y de origen turístico de este componente de la demanda de atención sanitaria. Salvo para Ceuta y Melilla, donde el gasto originado por los desplazados temporales extranjeros representa más del 6% del gasto hospitalario total en el año 2005, el peso de este componente es pequeño, y se sitúa por debajo del 1% del gasto hospitalario.

4.3.3.) Análisis del gasto público farmacéutico.

El **gasto farmacéutico público total**, que incluye tanto los productos prescritos mediante recetas médicas como el consumo de productos farmacéuticos en los hospitales, representaba en 1999 el 27,02% del gasto sanitario público total. Este porcentaje ha

seguido una tendencia ascendente hasta los años 2003 y 2004, en los que se estabiliza en torno al 28,9%, para descender en 2005 hasta el 28,5%. Este comportamiento se debe a la evolución del gasto de recetas. Así, la proporción que el gasto farmacéutico hospitalario representa sobre el gasto farmacéutico total no ha dejado de crecer durante todo el período analizado (pese a la introducción generalizada de criterios más racionales en la gestión de las compras de los medicamentos por parte de las CC.AA.), mientras el peso del gasto en farmacia por recetas médicas ha ido descendiendo de manera progresiva.

4.3.3.1) Gasto farmacéutico hospitalario.

El dinamismo registrado en el consumo de medicamentos por los hospitales se manifiesta también comparando la evolución de los distintos componentes del gasto hospitalario. Así, el peso de las remuneraciones se ha reducido en torno a 4 puntos porcentuales, que han sido absorbidos simétricamente por el gasto farmacéutico hospitalario.

La evolución de la farmacia hospitalaria se descompone, a su vez, en dos factores explicativos: el comportamiento del gasto en dispensación ambulatoria y del gasto en pacientes ingresados. Es el primero de estos componentes, cuyo peso relativo se ha más que duplicado entre 1999 y 2005, el que ocasiona el crecimiento del gasto farmacéutico hospitalario. Esta fuerte tendencia al alza se confirma para las distintas CC.AA. Así, durante el período estudiado todas las Comunidades a excepción del País Vasco han multiplicado como mínimo por tres su gasto por este concepto, destacando los casos de Castilla-La Mancha, Madrid y Extremadura, en los que este valor se multiplica por más de diez. Por su parte, el gasto farmacéutico en pacientes ingresados ha descendido, aunque manteniendo un comportamiento bastante estable.

El análisis del gasto en productos de dispensación ambulatoria, aunque realizado con datos parciales, revela la importancia relativa de los citostáticos y los antirretrovirales en la composición de esta partida de gasto.

4.3.3.2) Gasto farmacéutico extrahospitalario.

Esta variable abandona desde el año 2004 la tendencia creciente de los años anteriores, y se inicia una moderación que cifra el crecimiento del gasto farmacéutico en el 6,42% en 2004 y en el 5,63% en 2005. En el año 2003 el gasto farmacéutico a través de receta médica había llegado a alcanzar un incremento interanual del 12,15%.

Durante 2004 y 2005 también se invierte la tendencia seguida por el número de recetas facturadas, que se había constituido en el principal componente del crecimiento del gasto farmacéutico en los años anteriores. Así, la tasa de incremento de recetas había alcanzado el 6,93% en 2002 y el 6,83% en 2003, porcentajes que se reducen hasta el 3,17% y el 4,93% correspondientes a los dos últimos años de la serie. Este descenso va acompañado, además, de una importante disminución en la tasa de crecimiento del gasto medio por receta, que en 2005 se sitúa en el 0,66% (frente al 8,45% de 1999). La moderación relativa en el incremento del gasto medio por receta se ha visto influida por la política de precios del Ministerio de Sanidad y Consumo.

El mercado de medicamentos genéricos continúa aumentando en nuestro país como consecuencia de las políticas puestas en marcha por las diferentes administraciones. En este sentido, la tasa de envases de medicamentos genéricos dispensados ha experimentado un crecimiento significativo entre 1999 (1,47%) y 2005 (14,10%), lo que ha contribuido a desacelerar el gasto medio por receta.

La posibilidad de contar con genéricos de los medicamentos más consumidos contribuirá de forma decisiva a la sostenibilidad del sistema sanitario. Por otro lado, es importante destacar desde 2004 ha ido creciendo el porcentaje de medicamentos genéricos sobre el total de nuevos medicamentos que se incluyen cada año en la financiación pública, pasando del 43% en 2004 al 51% en 2005.

Las CC.AA. que presentan un mayor gasto medio por receta en 2005 son Galicia y Asturias, que además muestran un porcentaje de aportación del usuario (1,32% y 0,49%, respectivamente) muy por debajo de la media nacional (6,26%). El incremento del gasto

por receta en el SNS entre 1999 y 2005 fue del 19,69%, con un rango de valores que oscila entre el 15,02% de Andalucía y el 27,28% de Baleares.

Por otra parte, las CC.AA. de Aragón, Castilla-La Mancha, Murcia, Galicia, Asturias, Extremadura y Castilla y León registran un importe medio por persona protegida superior a la media. Estas Comunidades, con la excepción de Murcia, son también las que presentan un número de recetas por persona protegida superior a la media nacional.

La aportación media de las personas protegidas por la prestación farmacéutica del SNS descendió en el período 1999-2005 un 1,10%, situándose en el último año en un 7,36% del importe facturado. Existe una amplia variabilidad entre las CC.AA., puesto que el dato oscila entre el 4,94% de Asturias y el 7,75% de Ceuta.

Del análisis comparado de algunos indicadores se desprende que en Cataluña, Madrid y Comunidad Valenciana el incremento del importe facturado puede deberse más al incremento de su población que al aumento del importe por persona (ligado a la morbilidad y al coste del producto farmacéutico). Lo contrario ocurre en Cantabria, Aragón, País Vasco, Galicia, Asturias, Extremadura, Castilla y León y Ceuta, al menos en comparación con el conjunto del SNS.

Los medicamentos con menos de 4 años en el mercado representan el 2,24% de los envases facturados en el año 2005 y el 6,45% del gasto farmacéutico, lo que viene determinado, entre otros factores, por el mayor precio relativo de estos medicamentos. Además, el 73,44% del gasto en fármacos de reciente comercialización se debe al consumo de la población pensionista.

4.4.) INDICADORES DE RESULTADOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

El gasto sanitario público únicamente muestra una relación lineal con el número total de defunciones (lo que en parte refleja la relación ya analizada entre gasto y población). Sin embargo, no se constata que exista relación entre el gasto (total o per capita) y las tasas de mortalidad (ya sean brutas o estandarizadas por edad). Asimismo, no se detecta ninguna relación entre los datos de gasto sanitario y los indicadores de satisfacción de los usuarios.

OBSERVACIONES FORMULADAS POR LAS CCAA AL
BORRADOR DE INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO DE
ANÁLISIS DEL GASTO SANITARIO.

Comentarios sobre el Informe Provisional del Gasto Sanitario
Andalucía

1. En la página 91, se propone integrar el siguiente párrafo: "Merece la pena resaltar otros sistemas que han supuesto el desarrollo e incorporación de importantes medidas de eficiencia, como es la plataforma digital del Sistema Sanitario Público de Salud andaluz, "Diraya", que mediante la integración de los datos clínicos permitirá sustituir las historias clínicas de los hospitales y las historias electrónicas de atención primaria, por una historia de salud digital única con posibilidad de acceso independiente desde cualquier punto del sistema donde se produzca la atención sanitaria. Además posibilita el desarrollo de la receta electrónica a través del proyecto Receta XXI que supone un nuevo modelo de prescripción y dispensación de medicamentos, que permite grabar en la historia de salud determinados datos del tratamiento del paciente y que esos datos puedan ser consultados y expedidos por el farmacéutico con las consiguientes ventajas para él, para el profesional médico y sobre todo para el paciente, al que se evitan desplazamientos a consultas medicas innecesarias".
2. En la página 149, después del primer párrafo, debe añadirse el siguiente texto: "De estos datos destaca el esfuerzo realizado por la Comunidad Autónoma de Andalucía en cuanto al aumento de la facturación y de los correspondientes importes con el objeto de obtener mayores ingresos propios."
3. En la página 173, advertimos error en la tabla de gasto desplazado de ejercicios anteriores a fin de cada ejercicio. En concreto en "Andalucía. Año 2003" debe ponerse "1.558.273"
4. En la página 174, como consecuencia de lo anterior, ha de corregirse la cuantía de la tabla "Variación anual del gasto desplazado a fin de cada ejercicio" en lo correspondiente al año "2003, Andalucía", debiendo figurar ahora "200.415". Por otro lado, la frase final "Estas depuraciones ... por la Comunidad Autónoma", nos resulta confusa, pues nosotros mantenemos que los aspectos del resto del párrafo (obligaciones pendientes con la seguridad social y operación de saneamiento) sí afectan al gasto real. Para evitar interpretaciones contrapuestas proponemos en lugar del párrafo que nos gustaría suprimir, la siguiente redacción: "Si no tenemos en cuenta las citadas obligaciones pendientes con la Seguridad Social y la operación de saneamiento autorizada, el cuadro resultaría como el de la página siguiente, siendo éste el cuadro tenido en cuenta a lo largo de este informe para analizar el gasto real."
5. En la página 175, se corrige el cuadro de Deuda Generada en Andalucía, en lo relativo a "2005", siendo la deuda a "31.12: 904.729", y la "deuda generada 62.266".

6. El dato anterior incide en la página 182, la tabla "Gasto Consolidado del Sector. Comunidades Autónomas", que debe corregirse en lo relativo a Andalucía, en el año 2005, según el siguiente tenor:

2005: 7.539.237

Este dato se desprende de los cuadros de distribución funcional y económica del gasto consolidado que adjuntamos como Anexo 1 y que se obtiene de la agregación, por un lado de la clasificación funcional de la deuda generada cada año (Anexo 2), y por otro, de la clasificación funcional de la liquidación del presupuesto de gastos (Anexo 3). Obsérvese que el gasto consolidado del ejercicio 2005 se incrementa sobre el recogido en el Informe provisional como consecuencia de que añadimos la deuda generada que corregimos en pág. 175, y utilizamos el dato consolidado de la Estadística de Gasto Sanitario (Epígrafe "Aportación al gasto consolidado del Sector" al que restamos la amortización de Empresas Públicas).

La ficha de clasificación funcional de la deuda (Anexo 2) la hemos rectificado respecto de la enviada con anterioridad al advertir que no guardaba coherencia con los criterios utilizados en la Estadística del Gasto Sanitario, en concreto, en la imputación de Inversiones, Farmacia de consumo interno y régimen ambulatorio tanto Hospitalaria como de Atención Primaria, las cuotas patronales de Seguridad Social, así como el gasto desplazado de 2005, que hemos imputado ahora a la función que realmente le correspondía: Hospitales o Atención Primaria.

Como consecuencia del nuevo gasto consolidado que aportamos deben modificarse en el Informe Provisional todos los datos del mismo que tienen relación con la cuantía del gasto real consolidado (Ej. tablas en relación con el PIB, con el Gasto Público...).

Y como consecuencia de la distribución funcional del Anexo 2, deben modificarse todas y cada una de las tablas relacionadas con dicha distribución. En concreto, págs 290, 294, 298, 301, 305, 308, 312, 316, y 320.

7. En la página 310, después del tercer párrafo, añadir el siguiente: "En relación con el comportamiento de las Comunidades Autónomas respecto al gasto en Farmacia, se pone de manifiesto la contención sostenida del crecimiento del mismo en Andalucía, que presenta el menor crecimiento del S.N.S."
8. En la página 357, después del último párrafo, añadir el siguiente texto: "Por parte de la Comunidad Autónoma de Andalucía se reiteran las observaciones realizadas al Informe anterior en cuanto a la determinación de la población equivalente mediante el ajuste por edad de la población protegida. Se propone la consideración de otros factores a tener en cuenta como estado de salud, situación socioeconómica, y otros. También ponen de manifiesto la no coincidencia de la metodología utilizada en el Informe con la población equivalente que se tiene en cuenta en el modelo actual de financiación sanitaria."

9. Infraestructura y Alta Tecnología

- Página 450, modificar el número total de sesiones de oncología radioterapéutica realizados por el SSPA, que fueron:

1999 --- 263.211
2000 --- 271.883
2001 --- 249.218
2002 --- 226.751
2003 --- 220.210
2004 --- 213.299

- Página 457, modificar el número total de mamógrafos en funcionamiento para SSPA, que fueron:

1999 --- 39
2000 --- 44
2001 --- 45
2002 --- 47
2003 --- 59
2004 --- 60

- Página 460, modificar el número de Salas de Hemodinámica y los Estudios en salas de hemodinámicas, siendo éstos:

Salas:	Estudios
1999 --- 14	12.609
2000 --- 17	17.818
2001 --- 16	16.090
2002 --- 19	17.631
2003 --- 19	20.434
2004 --- 21	23.013

10. Resultado del Informe. Página 550, en el párrafo 3º se propone la supresión del texto siguiente: "Las Comunidades autónomas que destinan un porcentaje de gasto inferior a la media son: Andalucía, Canarias, Extremadura, Galicia, Navarra y País Vasco", ya que estos datos no significan nada si no se ponen en relación con los resultados obtenidos y las medidas de eficiencia y, tal y como está redactado el párrafo en el Informe Provisional, pudiera presuponerse que la contención del gasto es por sí solo un dato negativo. Por eso proponemos sustituir ese texto por el siguiente: "Los datos del gasto sanitario no pueden ser entendidos en términos globales si no se realiza paralelamente, un análisis más pormenorizado desde la perspectiva de la eficiencia en la gestión de los recursos y la producción asistencial".

En ese mismo sentido se propone añadir un nuevo párrafo 4º en la página 550 en lo relativo al análisis global de Andalucía con el siguiente tenor: “Andalucía viene desarrollando un modelo de gestión eficiente, partiendo de una estrategia de alta resolución en el marco de la gestión por procesos asistenciales. A la implantación de medidas de eficiencia ya consolidadas (Historia Clínica Digital, Receta XXI, Uso racional del medicamento, Central logística de compras) y a la contención del déficit en relación a los recursos extraordinarios obtenidos en desarrollo de los acuerdos de la Conferencia de Presidentes, se une que combina su menor gasto sanitario, menor uso de camas e ingresos, y contención del gasto en Administración y Servicios Centrales, con un crecimiento por encima de la media del gasto en Atención especializada y en Atención Primaria, a la que se viene dotando de máxima capacidad diagnóstica, con su exponente en los Hospitales de Alta Resolución. Se observa también un incremento de la capacidad productiva en cirugía mayor ambulatoria, también por encima de la media del SNS. Al mismo tiempo, se produce una contención de las consultas de especialidades pese a mantener una garantía máxima de demora de 60 días, y se consolida una alta capacidad tecnológica y de equipamiento”.

Sevilla, Julio 2007

D.G.F.P.I.

DISTRIBUCION FUNCIONAL DEL GASTO CONSOLIDADO

	Hospitales			Atención Primaria			Salud Pública			Inv. y Des.			Admon. General			Farmacia			Traslado pacientes			Prótesis			Total		
	Presup.	D. Gda	Total	Presup.	D. Gda	Total	Presup.	D. Gda	Total	Presup.	D. Gda	Total	Presup.	D. Gda	Total	Presup.	D. Gda	Total	Presup.	D. Gda	Total	Presup.	D. Gda	Total	Presup.	D. Gda	Total
																										0	0
2.005	4.235.696	60.759	4.296.455	1.244.058	2.315	1.246.373	19.124	0	19.124	10.854		10.854	99.231	3.541	102.772	1.717.915	0	1.717.915	92.956	-1.555	91.401	57.137	-2.794	54.343	7.476.971	62.266	7.539.237

DISTRIBUCION ECONOMICA DEL GASTO CONSOLIDADO

	Personal			Consumo Intermedio			Conciertos			T. Corrientes			Gastos de Capital			total		
	Presup.	D. Gda	Total	Presup.	D. Gda	Total	Presup.	D. Gda	Total	Presup.	D. Gda	Total	Presup.	D. Gda	Total	Presup.	D. Gda	Total
																0	0	0
2.005	3.499.509	-570	3.498.939	1.593.122	37.852	1.630.974	277.853	-582	277.271	1.942.862	-3.350	1.939.512	163.625	28.916	192.541	7.476.971	62.266	7.539.237

Deuda generada a 31 de Diciembre del ejercicio 2005

Comunidad: **ANDALUCIA**

Miles de Euros corrientes

CLASIFICACIÓN FUNCIONAL	CLASIFICACIÓN ECONOMICA								
	Remuneración de asalariados		Consumo intermedio	Conciertos		Transferencias corrientes		Gastos de capital (capítulo VI+VII)	TOTAL
	Gastos de personal	Cuotas Seg. Social		Tratamiento	Diagnóstico	Farmacia	Otras		
Servicios hospitalarios y especializados	84	5	34.985	824	-429			25.290	60.759
Servicios primarios de salud	-567		-743					3.626	2.315
Servicios de salud pública									0
Investigación y Docencia (no MIR)*	-91		91						0
Servicios de administración general			4.518	-977					3.541
Farmacia									0
Traslado de pacientes			-999					-556	-1.555
Prótesis y aparatos terapéuticos								-2.794	-2.794
TOTAL	-574	5	37.852	-153	-429	0	-3.350	28.916	62.266

Liquidación consolidada a 31 de Diciembre del ejercicio 2005

Comunidad: **ANDALUCIA**

Miles de Euros corrientes

CLASIFICACIÓN FUNCIONAL	CLASIFICACIÓN ECONOMICA								
	Remuneración de asalariados		Consumo intermedio	Conciertos		Transferencias corrientes		Gastos de capital (capítulo VI+VII)	TOTAL
	Gastos de personal	Cuotas Seg. Social		Tratamiento	Diagnóstico	Farmacia	Otras		
Servicios hospitalarios y especializados	2.003.683	445.668	1.347.155	229.709	43.993		49.342	116.146	4.235.696
Servicios primarios de salud	801.740	172.271	208.127	4.151			17.990	39.779	1.244.058
Servicios de salud pública	10.566	2.204	4.503				1.202	649	19.124
Investigación y Docencia (no MIR)*	4.970	1.213	4.281					390	10.854
Servicios de administración general	46.093	11.101	29.056				6.319	6.661	99.230
Farmacia						1.717.916			1.717.916
Traslado de pacientes							92.956		92.956
Prótesis y aparatos terapéuticos							57.137		57.137
T O T A L	2.867.052	632.457	1.593.122	233.860	43.993	1.717.916	224.946	163.625	7.476.971

GRUPO DE TRABAJO DE ANALISIS DEL GASTO SANITARIO. OBSERVACIONES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN SOBRE LA PROPUESTA DE DOCUMENTO FINAL.

El pasado 12 de julio de 2007 se recibió en el Gobierno de Aragón un borrador de informe del Grupo de Trabajo de Gasto Sanitario.

En trámite de observaciones, se presentan una serie de comentarios generales sobre la propuesta de documento final y matizaciones a algunos de los datos y conclusiones referidos a nuestra Comunidad Autónoma.

COMENTARIOS GENERALES.

Como comentario general, entendemos que sería recomendable establecer más claramente la metodología seguida en la recogida y análisis de la información que se presenta, a la hora de valorar los resultados y conclusiones, además de definir un modelo de análisis que oriente sobre la interpretación de los indicadores seleccionados.

Posiblemente relacionado con falta de homogeneidad de criterios en la recogida de información y en las fuentes de datos, se observan en ocasiones discrepancias en los análisis entre los diferentes apartados del Documento.

Respecto al análisis, el documento hace una descripción de la situación pero no se realiza un análisis que relacione los diferentes elementos de evolución del gasto sanitario, de la población y de los recursos y actividad, ni que establezca conclusiones sobre propuestas de futuro. No se abordan, además, elementos importantes como la oferta asistencial y los resultados del sistema, claves para un análisis de eficiencia del gasto sanitario, y para emitir recomendaciones de futuro.

COMENTARIOS SOBRE LOS DIFERENTES APARTADOS.**a) Seguimiento de la puesta en práctica de las propuestas de racionalización del gasto sanitario y propuestas de avance.**

El conocimiento de las estrategias puestas en marcha en las diferentes Comunidades Autónomas para racionalizar el gasto sanitario resulta de elevada utilidad por lo que supone de "catálogo de buenas prácticas". Sería útil, por tanto, conocer con mayor detalle las características de las medidas que se reflejan en el informe.

Sin embargo, la información sobre las de racionalización del gasto sanitario adolece de falta de homogeneidad entre las diferentes Comunidades Autónomas. De hecho, algunas de las medidas que son mencionadas por las distintas Comunidades Autónomas están aplicándose en Aragón, aunque en nuestro informe no se hayan incluido por considerar que, o bien no son medidas suficientemente concretas, o su alcance y objetivos principales no son los de racionalización del gasto, o son medidas en funcionamiento desde hace tiempo y no se consideran medidas nuevas, puestas en marcha como consecuencia de este estudio.

Por otro lado, se echan en falta instrumentos que permitan valorar la eficacia de estas medidas, más allá de estimaciones genéricas.

Finalmente, el Informe no hace recomendaciones sobre las medidas a implantar, posiblemente por falta de información sobre la efectividad comparada de las mismas.

b) Seguimiento del destino de los recursos incorporados en los PGE.

El análisis en el punto primero se centra en la evolución del gasto liquidado y del gasto real entre 2005 y 2006.

En el punto primero se analiza la evolución del gasto desplazado (deuda) en 2005 y de su relación con los anticipos a cuenta recibidos por las Comunidades Autónomas como consecuencia de la Conferencia de Presidentes. En su conjunto, estos anticipos a cuenta no son suficientes para absorber el conjunto del gasto desplazado de las Comunidades Autónomas (que a 31.12.04 era de más de 6.450 millones de euros). El análisis no permite tampoco afirmar si ese anticipo se ha dedicado a disminuir el gasto desplazado en las diferentes Comunidades Autónomas. En este sentido, Aragón es la Comunidad que en mayor medida ha disminuido ese gasto desplazado, por encima de los anticipos a cuenta recibidos. En un análisis global, los anticipos a cuenta parecen

insuficientes para ir disminuyendo el gasto desplazado, ya que este se ha reducido en el ejercicio 2005 en menor medida de la esperable.

Finalmente, no hay un análisis de la relación entre los recursos aportados y el destino de los mismos. La inclusión en este apartado de las tablas de las páginas 171 y 172 de evolución del gasto sanitario desplazado hubiera ayudado a esta comparación.

c) Seguimiento del resto de las medidas adoptadas por la AGE.

Se hace una descripción de las diferentes medidas adoptadas. Hay una errata en la página 125 en la denominación del Instituto Aragonés de Salud Pública, (que deberá figurar con su denominación correcta de Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud). En las tablas donde se describe la distribución de los diferentes Fondos aparecen datos y ausencias de información llamativas, por falta de envío de información de las Comunidades Autónomas.

d) Análisis del gasto sanitario.

En la primera parte se describe el criterio seguido para contabilizar el gasto real y se analiza la deuda generada en cada ejercicio y su relación con el gasto real. Los comentarios del texto no se corresponden en su ubicación con las tablas que se insertan junto a ellos, por lo que se hace difícil un seguimiento de los mismos. Por ejemplo, el comentario indica que Aragón es una de las Comunidades Autónomas con mayor porcentaje de gasto sin registrar sobre su gasto total en 2004 y una de las que más reduce el gasto desplazado en 2005, dato que, con ser cierto, tiene poca relevancia en términos globales. Los comentarios no coinciden además en sus valoraciones (por utilizar otras bases de comparación para los porcentajes) con los incluidos en las páginas 113 a 114 que también hacen referencia a la evolución del gasto desplazado en los ejercicios 2004 y 2005.

En la segunda parte se analiza la evolución del Gasto sanitario público en el periodo 1999-2005. Es llamativo que no se incluya el ejercicio 2006 en el análisis, teniéndose en cuenta que en apartados anteriores figura el dato de gasto real de este ejercicio. Se compara esta variable con otras como el PIB o el Gasto Público (en este caso, sin tener en cuenta que el gasto sanitario no se incluía en el comienzo del periodo de análisis en el gasto público de algunas Comunidades Autónomas).

En la tercera parte se analizan los componentes del gasto sanitario y su evolución, donde llama la atención sobre todo el incremento del peso del consumo de bienes y servicios y la pérdida de peso del personal. En conjunto los datos más llamativos son el salto en la composición del gasto en los años 2002 y 2003, en los que disminuye el peso del personal y se incrementa el de los consumos intermedios (especialmente en las Comunidades Autónomas transferidas, donde sería de esperar un mayor incremento del coste de personal), y el descenso del peso de la farmacia (transferencias) en los últimos años del periodo de análisis.

En la cuarta parte se analizan las retribuciones medias del personal entre las diferentes Comunidades Autónomas. Hay diferencias llamativas en la información reflejada sobre algunos conceptos de gasto, especialmente el apartado de Otros, donde Aragón no incluye ninguna retribución. Además hay bailes de cifras entre los diferentes conceptos retributivos que dificultan el análisis más pormenorizado.

El siguiente apartado analiza la evolución de otros componentes de gasto: son llamativas las diferencias en el peso de los consumos intermedios entre las diferentes Comunidades Autónomas, así como en la propia evolución del mismo. Llama especialmente la atención el salto de este componente de gasto en el año 2003, en las Comunidades Autónomas transferidas (incremento del 31.4 % en Aragón, por ejemplo).

El siguiente apartado analiza la evolución del gasto por clasificación funcional. En este apartado destacamos que el peso de la atención especializada, que tenía una tendencia decreciente en el periodo 1999-2002, ha ganado peso tras las transferencias como consecuencia del incremento de gasto en consumos intermedios y de las subidas salariales, y el incremento de efectivos. Por el contrario, el gasto en farmacia (recetas) ha disminuido su crecimiento en el periodo 2003-2005. El peso de la Atención primaria también ha descendido en el periodo postransferencial (menor crecimiento de efectivos). Aragón muestra respecto a la media un menor peso de la atención primaria, y un menor crecimiento en el conjunto del periodo. Llama la atención el incremento del gasto en administración y en transporte.

Por otro lado, cuando se analiza el dato de población protegida equivalente y de gasto por población protegida equivalente, la situación de Aragón en el conjunto nacional cambia. Esta población protegida equivalente no se ha utilizado para el cálculo de

gasto por población equivalente en los diferentes componentes del gasto, lo que en algún caso (por ejemplo, farmacia) puede ser ilustrativo.

e) Indicadores relacionados con el gasto.

En este punto es en el que encontramos mayores problemas de homogeneidad de información, con “errores” en los datos correspondientes a Aragón.

En Atención Primaria, los datos de Médicos de A. primaria (parece que se refieren solo a Médicos de Familia) no coinciden con los publicados en el informe del SIAP, por lo que las conclusiones que se derivan sobre relación entre gasto y ratios de médicos son dudosas. Por lo que respecta a la relación con la población protegida, esta parece más consistente, pero dada la trascendencia de la dispersión poblacional en la planificación de recursos humanos en este ámbito, el análisis se queda corto.

Respecto a los indicadores de A. Especializada, falta especificación en algunos de ellos, lo que lleva a datos no homogéneos. Ello se muestra, por un lado, en las diferencias respecto a la información de la ESCRI, en la dificultad de definir claramente qué recursos son financiados públicamente (cuando hablamos de recursos privados concertados especialmente, teniendo en cuenta que en el gasto de A. especializada no se incluyen los conciertos diagnósticos y terapéuticos), y en algunos ítems como la CMA o las camas de los que hablaremos más específicamente.

Respecto a la CMA, el criterio para clasificar una intervención ambulatoria como CMA o cma no siempre está suficientemente claro. Ello se muestra en las diferencias que se observan (al analizar la ESCRI) entre ambos datos por Comunidades Autónomas. Por ello proponemos trabajar con las intervenciones ambulatorias totales como dato más homogéneo, o con los datos de CMA obtenidos a partir del CMBD ambulatorio para un conjunto de intervenciones definido.

Respecto a las camas, el dato correspondiente a Aragón es erróneo, como ya se indicó en su momento. Por otro lado, se desconoce si ese dato incluye a hospitales de larga estancia y de salud mental, hospitales de otras administraciones públicas,... En el apartado de altas, donde hay los mismos problemas de especificación, el impacto es menor. Sin embargo, cuando se comparan los datos de altas hospitalarias con los de Unidades de Complejidad Hospitalaria (UCH) se obtienen conclusiones incoherentes. Los mismos problemas aparecen cuando se analizan estancias. Para estos indicadores de hospitalización, proponemos una definición más específica y

homogénea que ciña el análisis a hospitales generales de agudos. El análisis de la estancia media y de los indicadores obtenidos del CMBD podría ser ilustrador sobre estos problemas de falta de homogeneidad.

En los apartados de alta tecnología, la dificultad fundamental se refiere a identificar qué equipamiento es financiado públicamente dada la extensión de diferentes conciertos diagnósticos y terapéuticos. Además, en ningún momento se analiza la productividad de estos equipamientos. Las diferencias tan importantes en las ratios entre Comunidades Autónomas orienta sobre posibles problemas en la información de origen y de falta de homogeneidad de la misma. En el apartado de Salas de hemodinámica en concreto parecen existir errores o discrepancias entre los comentarios y los gráficos, no proporcionándose las tablas que permitan identificar los problemas concretos.

En el apartado de Flujos de Pacientes desplazados, parece haber un error en la tabla de la página 483 (Pacientes de Aragón atendidos en Andalucía en 1999), ya que el dato es incongruente con la serie.

En el apartado de Gasto en farmacia, destaca el incremento del gasto en farmacia hospitalaria. En el apartado de Gasto por receta, el orden de tablas y gráficos no siempre se corresponde, lo que en ocasiones dificulta el seguimiento de los comentarios. Llama la atención que, mientras en el seguimiento del gasto en farmacia, Aragón tiene incrementos en el periodo por debajo de la media, en los diferentes componentes del gasto analizados aquí los incrementos se encuentran por encima de la media. Tampoco se utiliza la referencia sobre gasto por persona protegida por tramos de edad que se utiliza en el cálculo de la población equivalente. En el análisis final comparado no se tiene en cuenta el envejecimiento poblacional, uno de los elementos que más influyen en el gasto farmacéutico (de hecho las Comunidades Autónomas con aumento del importe por receta se corresponden en general con las más envejecidas).

f) Resultados en salud.

Este apartado no proporciona ningún dato.

g) Resumen de resultados.

El resumen de resultados no incorpora recomendaciones o propuestas.

Por lo anterior, realizamos las siguientes propuestas:

1. Mejorar la información sobre "gasto sanitario" para poder elaborar indicadores comparados de efectividad y eficiencia del gasto sanitario.
2. Establecer una metodología clara que permita relacionar los diferentes indicadores que se pretende incorporar al Informe
3. Incorporar siempre en los análisis comparados los factores de envejecimiento y dispersión
4. Mejorar y depurar datos de recursos y actividad para asegurar una homogeneidad entre las diferentes Comunidades Autónomas, especificando claramente las fuentes de datos, las definiciones utilizadas y los criterios planteados para casos específicos (conciertos, convenios,...). Para ello sería conveniente definir previamente la utilización que se va a realizar de esa información y los indicadores que se vayan a plantear para los estudios comparativos.

Finalmente incorporamos los datos que consideramos erróneos sobre nuestra Comunidad Autónoma sobre actividad de hospitalización en hospitales generales de agudos y el dato de intervenciones quirúrgicas ambulatorias:

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Camas en funcionamiento	2.935	2.958	3.301	3.326	3.321	3.301
Altas	111.682	113.370	129.934	130.448	132.576	131.196
Estancias	869.763	879.285	957.438	954.459	968.427	957.272
Estancia media	7,79	7,76	7,37	7,32	7,30	7,30
Intervenciones ambulatorias	22.741	22.779	29.575	29.781	29.948	31.232

Zaragoza, 26 de julio de 2007
Alfonso Peña Ochoa
INTERVENTOR GENERAL

OBSERVACIONES DE LA COMUNIDAD AUTONOMA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS AL BORRADOR DEL POSIBLE INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO DE ANÁLISIS DEL GASTO SANITARIO.

Sin perjuicio de que antes del próximo día 27 de julio pudiera remitirse alguna observación adicional a las que se formulan en el presente documento, se realizan las observaciones a la propuesta de documento de trabajo remitida el pasado día 12 de julio, con el fin de cumplir, en la medida de lo posible, el plazo fijado para el 21 de julio por la Secretaría del Grupo de Trabajo.

Estas observaciones surgen de una primera lectura del documento en la que se han detectado algunos errores en datos y de la que surgen dudas sobre la procedencia y correlación de algunos de los datos que sobre Asturias, aparecen en el documento.

Las observaciones se formulan siguiendo el orden establecido en la estructura del documento remitido.

1.-Observaciones al apartado III. Seguimiento del destino de los recursos incorporados en los Presupuestos Generales del Estado para incrementar las aportaciones al Sistema Nacional de Salud y de los Anticipos a cuenta recibidos por las Comunidades Autónomas para ayudar a la reducción de la deuda sanitaria.

Se observa que en la tabla denominada “*Seguimiento de las medidas de financiación y gasto sanitario derivadas de la II Conferencia de Presidentes: Punto 4(apartado 3 del Acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera de 22 de noviembre de 2005)*”pág.113, figuran datos erróneos y no se han incorporado los datos correctos remitidos por la Comunidad Autónoma en

correo de fecha 1 de marzo de 2007. Estos datos se reiteran anexos al presente texto. Se solicita de nuevo su incorporación.

2.-Observaciones al apartado V. Análisis del Gasto Sanitario.

Con carácter general y en relación con los datos que figuran en este apartado, se señala que el acuerdo alcanzado en el seno del Grupo de Trabajo, incluía la ampliación al año 2004 de la serie de gasto sanitario elaborada en el anterior informe. No obstante, y con posterioridad, se solicitaron algunos datos para el ejercicio 2005, en concreto los relativos a la farmacia.

Para la cumplimentación de dicha información, se remitieron los formularios contenidos en el archivo denominado “Petición de datos de contenido económico” que hacen referencia al ejercicio 2004 como último ejercicio de la serie. En este sentido se cumplimenta la ficha del año 2004 titulada “Deudas de ejercicios anteriores no contabilizadas a 31 de Diciembre del ejercicio 2004” en la que la Comunidad Autónoma incluye el detalle de aquellas obligaciones formalmente contraídas y no aplicadas al presupuesto vigente a 31 de diciembre del ejercicio 2004. Sin embargo, la serie de gasto se ha extendido al año 2005.

Si bien existen algunos cuadros en los que se recoge información agregada que toma su referencia de los datos enviados para cumplimentar el apartado III.-Seguimiento del destino de los recursos incorporados en los Presupuestos Generales del Estado para incrementar las aportaciones al Sistema Nacional de Salud y de los Anticipos a cuenta recibidos por las Comunidades Autónomas para ayudar a la reducción de la deuda sanitaria, desconocemos cuál es el origen de los datos del año 2005 sobre Asturias contenidos en el apartado “Gasto Consolidado del sector Comunidades Autónomas. Evolución 1999-2005” y cuál es su relación con los contenidos en el cuadro *“Seguimiento de las medidas de financiación y gasto sanitario derivadas de*

la II Conferencia de Presidentes: Punto 1(apartado 3 del Acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera de 22 de noviembre de 2005) pues ambos datos son diferentes y, en nuestra opinión, deberían ser coincidentes, por lo que les solicitamos nos envíen una aclaración de este tema.

Por otra parte cabe señalar también, que la Comunidad Autónoma no ha remitido para la confección de este trabajo para el año 2005 ni la EGSP (Estadística de Gasto Sanitario Público) ni los datos obligaciones formalmente contraídas y no aplicadas al presupuesto vigente a 31 de diciembre del ejercicio 2005 contenidos en el formulario denominado “Deudas de ejercicios anteriores no contabilizadas a 31 de Diciembre del ejercicio 2005”, ya que no han sido solicitados al Principado de Asturias.

También en este sentido se solicita una aclaración, ya que desconocemos cómo se ha podido obtener el detalle de la clasificación funcional de los 116.132miles de euros del año 2005, cuando este detalle no se ha remitido al grupo de trabajo desde esta Comunidad Autónoma. Se recuerda que como último dato se remitió el detalle de los 144.552miles de euros del año 2004 por ser este el último dato solicitado.

Entendemos que el detalle es necesario para que los datos de gastos desagregados del año 2005 sean homogéneos con la serie hasta el año 2004.

En relación también con este apartado, llama la atención la serie de porcentajes de variación interanual de los años 2004 y 2005 recogida en la tabla de consumos intermedios (pág.271) y la variación interanual de los años 2003, 2004 y 2005 recogidos en la tabla de Conciertos(pág.275) que parecen seguir una tendencia dispar. Solicitamos la revisión de esta información.

Respecto de los gastos de capital (pág.281) de los años 2004 y 2005, no encontramos coherencia con los datos de la misma naturaleza que figuran en

el cuadro “*Seguimiento de las medidas de financiación y gasto sanitario derivadas de la II Conferencia de Presidentes: Punto 1(apartado 3 del Acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera de 22 de noviembre de 2005)* que figura en la pág. 111 del documento.

Por último, solicitar que se siga recogiendo en este segundo informe la discrepancia planteada respecto del gasto del año 2001 que aparece en el primero ya que hace referencia a un dato no compartido por la Comunidad Autónoma.

Dirección General de Presupuestos

Oviedo, 20 de julio de 2007

Debido a posibles problemas en el correo electrónico detectados en el envío efectuado en el día de ayer, se envían de nuevo parte de los datos revisados advirtiéndolo que existen informaciones relativas a farmacia(datos de población) y personal que no se pueden cumplimentar en este momento y que serán remitidos en los próximos días. En ese sentido les agradecemos la consideración de una fecha adicional.

Asimismo, se remite nueva ficha Anexo III.2 que sustituye a la enviada anteriormente por parte de la Comunidad Autónoma una vez subsanado el error cometido en su primera confección, rogando disculpen las molestias que la sustitución les ocasione.

-
Atentamente

Montserrat Bango
Directora General de Presupuestos
Principado de Asturias.

Nota: debido a la existencia de problemas en los últimos días con este correo electrónico, les agradecería que nos remitiesen un acuse de recibo del presente correo. Gracias.

>>> "IGAE Gastos Sanitarios" <IGAEGastosSanitarios@igae.meh.es> 19/02/2007 18:52 >>>
A LOS MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO DE ANÁLISIS DEL GASTO SANITARIO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ASTURIAS

Según lo acordado en la reunión plenaria celebrada el pasado 12 de febrero, se procede a una nueva ronda de recopilación de datos referidos al gasto farmacéutico en recetas. A la vista de los datos recibidos hasta el momento, y una vez acordado que dicha información se empleará únicamente para el cálculo de los perfiles de gasto, la Presidencia solicita, con el fin de obtener una muestra lo suficientemente representativa del conjunto y en aras de la máxima homogeneidad posible, que **se remitan únicamente los datos referidos al ejercicio 2005 en la ficha: FICHADATOSFARMACIA.xls**.

Agradeceríamos que remitan la ficha cumplimentada **a lo largo del mes de febrero** con el ruego de que presten atención a las **nuevas notas aclaratorias** incorporadas en la ficha de petición de datos

En los ficheros **A&R y R&E** se envían los cuadros relativos a las variables de Actividad y Recursos (A&R) más Retribuciones y Efectivos (R&E) de esa Comunidad Autónoma, con la solicitud de que nos **confirmen o actualicen los datos reflejados en ellos**. La información recogida en esta tabla incorpora los datos de la Comunidad Autónoma que se han recibido en el Grupo de Trabajo para el análisis del gasto sanitario hasta el 12 de febrero de 2007.

Se ruega a la Comunidad Autónoma confirme estos datos o introduzca las actualizaciones que considere precisas, especialmente aquellos datos que no se han cumplimentado, con objeto de cerrar la recogida de la información sobre actividad y recursos el **día 28 de febrero de 2007**.

- Se ruega, igualmente, distingan los datos no disponibles con **n.d.**
- Para facilitar la actualización de las cifras en la AGE, se solicita indiquen las modificaciones en color **ROJO**.
- En el caso de algunas Comunidades se han incluido observaciones específicas que se pide clarifiquen.

Secretaría del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario
igaegastossanitarios@igae.meh.es

ANTICIPOS A CUENTA 2005

GASTO SANITARIO REGISTRADO EN CUENTAS NO PRESUPUESTARIAS (*)

GASTO SANITARIO PENDIENTE DE REGISTRO

ANTICIPO ABONADO 2005	EN	ANTICIPO APLICADO 2005	EN	GENERACIÓN DE CRÉDITO PRESUPUESTO 2006	SITUACIÓN 31.12.2004	A	AUMENTO 2005	EN	DISMINUCIÓN EN 2005	SITUACIÓN 31.12.2005	A	SITUACIÓN 31.12.2004	A	AUMENTO 2005	EN	DISMINUCIÓN EN 2005	SITUACIÓN 31.12.2005	A
41.167,38		41.167,38			144.552,00		116.347,00		141.767,00	116.132,00								

Denominación

Código de cuenta



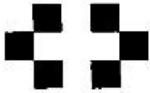
ANEXO III.2:

SEGUIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE FINANCIACIÓN Y GASTO SANITARIO DERIVADAS DE LA II CONFERENCIA DE PRESIDENTES: PUNTO 4
(Apartado 3.4. del Acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera de 22 de noviembre de 2005)

GRUPO DE TRABAJO DE
ANÁLISIS DEL GASTO SANITARIO

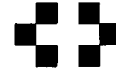
Importes en miles de euros

	GASTO SANITARIO DESPLAZADO										
	ANTICIPOS A CUENTA 2005			GASTO SANITARIO REGISTRADO EN CUENTAS NO PRESUPUESTARIAS (*)				GASTO SANITARIO PENDIENTE DE REGISTRO			
	ANTICIPO ABONADO EN 2005	ANTICIPO APLICADO EN 2005	GENERACIÓN DE CRÉDITO PRESUPUESTO 2006	SITUACIÓN A 31.12.2004	AUMENTO EN 2005	DISMINUCIÓN EN 2005	SITUACIÓN A 31.12.2005	SITUACIÓN A 31.12.2004	AUMENTO EN 2005	DISMINUCIÓN EN 2005	SITUACIÓN A 31.12.2005
Cataluña											
Galicia											
Andalucía											
Asturias	41.167,38	41.167,38		144.552,00	116.347,00	141.767,00	116.132,00				
Cantabria											



Visto el borrador de Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario en su versión de julio de 2007, por la Comunidad Autónoma de Canarias se realizan las siguientes observaciones:

1. Debido a la dimensión del documento y la limitación del plazo, no ha sido posible realizar una comprobación exhaustiva de la totalidad de los datos referidos a esta Comunidad Autónoma. Es por ello que las observaciones que se remiten tienen un carácter más general. En cuanto se concluya el examen detallado de los datos del documento se enviarán las oportunas observaciones.
2. En el apartado III de "Seguimiento del destino de los recursos ..." se presentan datos de gasto real de los años 2005 y 2006, pudiendo dar la impresión de discontinuidad respecto al Informe del año 2005 en el que el último año analizado fue el de 2003. Por otra parte, las cifras de gasto sanitario del año 2005 correspondientes a las Comunidades Autónomas de régimen general que se registran en el referido apartado III no coinciden con las que figuran en el apartado V del Informe, por lo que deberían aclararse las diferencias metodológicas en ambos apartados, bien mediante nota al pie o en el texto principal.
3. En el apartado III.2 se considera que debe incorporarse también el análisis del año 2006, ya que en el punto III.1 sí que se incluyen esos datos. Es decir, sin necesidad de un nuevo aporte de información por las CCAA se podría ampliar la información del III.2 con el año 2006 (datos de situación del gasto sanitario desplazado a 31/12/2006).
4. En ese mismo apartado IV, Medida 1, Primer semestre ejercicio 2007, página 127, párrafo primero, sería conveniente especificar el nombre de las Universidades participantes en este proyecto.
5. En el apartado V punto V.2.1. referido al gasto sanitario público y su delimitación, se propone que en el cuadro de Gasto desplazado de ejercicios anteriores a fin de cada ejercicio (página 173) se incorpore una nota al pie en la que se aclare que los datos correspondientes al ejercicio 2006 se encuentran en el apartado III.



6. En el mismo apartado, páginas 179 y 180 sería oportuno incluir algún comentario en relación con el cambio de tendencia que se produce en 2005 entre el gasto liquidado y el gasto real.
7. En relación con los datos de gasto sanitario público por Comunidades Autónomas recogidos en el referido apartado V (páginas 181-324) se han detectado algunas pequeñas diferencias que requieren algo más de tiempo para su análisis. En consecuencia, los datos de gasto sanitario por persona protegida (páginas 325-383) se pueden ver afectados por una posible rectificación de los anteriores. En cualquier caso, si bien el formato es similar al del Informe del año 2005, se propone que en la clasificación funcional se agregue el comentario relativo al Gasto de Capital, dado que difiere de la cuantía del agregado de Gasto de Capital según la clasificación económica, y se aclaren las diferencias metodológicas (no debe olvidarse que tanto el anterior Informe como el que se encuentra en elaboración constituyen una fuente importante de información no sólo para el sector sanitario sino también para el sector académico).
8. En relación con la información de recursos y actividad en atención especializada (apartado V, páginas 384-464) si bien en principio (a falta de una nueva revisión) el documento recoge los datos aportados por esta Comunidad Autónoma, parece que en algunas variables han podido existir diferencias en cuanto al tipo de hospitales incluidos (sólo públicos vs. financiados públicamente) por lo que se requeriría algo más de tiempo para examinar la cuestión.
9. También en relación con la información de recursos y actividad, señalar que siguiendo la propia clasificación del Sistema de Cuentas de Salud convendría ir valorando la posibilidad de incorporar información de la actividad asistencial en hospital de día y en hospitalización a domicilio, en línea con los trabajos del Grupo de Trabajo de Sistemas de Información Sanitaria de la Subcomisión de Sistemas de Información del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
10. En relación con el apartado V.4.2.11.2 "Desplazados temporales extranjeros atendidos por CCAA", señalar que se está analizando la calidad de los datos de la fuente CMBD que da la impresión de que no refleja la realidad de este tipo de asistencia sanitaria, a la luz de la facturación validada por el INSS en el marco de la distribución del Fondo de cohesión sanitaria en el bloque de extranjeros. Sería conveniente que, aunque la facturación validada no tiene porqué ser la del año en que se valida, se tome en consideración, o cuanto menos se incluya con carácter informativo, esa fuente adicional de información para el conjunto de CCAA. El



siguiente cuadro recoge los datos de esa fuente para la Comunidad Autónoma de Canarias y para el conjunto de CCAA.

FACTURACIÓN A EXTRANJEROS EN ESTANCIA TEMPORAL VALIDADA POR EL INSS. AÑOS 2002-2006

cifras en euros

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	IMPORTE FACTURADO (CARGOS EFECTUADOS)				
	2002	2003	2004	2005	2006
CANARIAS	5.042.754	2.332.758	7.452.863	13.402.898	6.227.708
TOTAL	26.196.918	31.023.455	49.814.637	55.079.030	58.403.315

Nota: Los años de la tabla corresponden a los de distribución del Fondo de cohesión sanitaria e incorporan facturación no sólo del ejercicio anterior sino de anteriores a aquél.

11. En relación con el apartado V.4.3.2 "Farmacia hospitalaria: gasto farmacéutico en pacientes ingresados y en dispensación ambulatoria", se ha detectado un error en la tabla de la página 498 "Farmacia Hospitalaria / Consumo intermedio de los Servicios hospitalarios y especializados" en el valor de Canarias año 2005. Asimismo, se solicita se remita a este Centro Directivo el detalle para Canarias del Consumo intermedio de los Servicios hospitalarios y especializados para los años 1999-2005 a fin de validar los datos de este apartado del documento.
12. En el apartado V.4.3.3., página 502 se señala que Canarias no ha aportado datos desglosados del gasto en farmacia ambulatoria para el año 2005. Aclarar que ello se debió a que tras conversaciones telefónicas con miembros del Grupo (sección Estado) se entendió que en el Informe sólo se trabajaría con los datos de gasto en farmacia hospitalaria ambulatoria y en farmacia hospitalaria total. En cuanto se disponga de los datos para dicho año (se cuenta ya con la práctica totalidad de los mismos) se aportarán a la Secretaría del Grupo. No obstante lo anterior, se reiteran las observaciones remitidas en su momento en relación con posibles incoherencias y duplicidades de los datos según la clasificación requerida en la ficha-modelo. Debería abordarse la cuestión de si la imposibilidad de que determinadas CCAA no aporten datos pueda deberse a la configuración de la clasificación solicitada.
13. En el apartado V.4.3.4 "Gasto farmacéutico a través de receta médica del SNS", en la página 513 primer párrafo se afirma que Canarias figura como valor mínimo en la utilización de medicamentos genéricos, con un 6,92%, sin embargo, salvo que exista otro error en la tabla anterior sobre la que se basa el comentario, Galicia figura con un 6,69%, por lo que el valor mínimo correspondería a esta Comunidad. En las gráficas de este apartado da la impresión de que Canarias está simbolizada por la abreviatura "Cn", sin embargo, en la Tabla II "Importe por



receta en el SNS" de la página 516 la abreviatura asignada a Canarias es "Ca". Asimismo, en la página 524 se incluye la Tabla VI "Población Protegida de Farmacia en el SNS", en la que los datos atribuidos a Canarias no coinciden con los enviados en el correo enviado el día 30-06-2006 (fichero titulado "Farmacia Recetas Canarias"), por lo que sería interesante conocer la fuente. El resto de los datos de este apartado se están analizando con más detalle, de manera que en caso necesario se enviarían las correspondientes observaciones.

14. En relación con el apartado V.5 "Resultados en salud" se propone que en la próxima reunión del Grupo se considere este apartado y la posibilidad de al menos mantener el esquema de indicadores del Informe del año 2005.

En Las Palmas de Gran Canaria, a 23 de julio de 2007

EL DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS ECONÓMICOS



Guillermo Martín Ribot



Servicio Canario de la Salud
DIRECCIÓN GENERAL
RECURSOS ECONÓMICOS



Como complemento al documento enviado el pasado 23 de julio con las observaciones de la Comunidad Autónoma de Canarias al borrador de Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario, versión julio de 2007, se aportan las siguientes observaciones toda vez que se han recibido con posterioridad a dicha fecha:

1. En relación al borrador de documento del Grupo de Trabajo sobre Gasto Sanitario los datos de retribuciones y plantilla son correctos. No obstante lo anterior, respecto de los datos contenidos en el "Anexo Estadístico sobre retribuciones y efectivos en los servicios autonómicos de salud" (págs. 233 a 269) se ha de significar lo siguiente:
 - a. Respecto de Canarias se ha hecho constar en la columna de productividad variable la indemnización por residencia y, a partir del 2001, la suma de dicha variable más la productividad variable por cumplimiento de objetivos (incentivos) que se pactó con los sindicatos en dicho ejercicio, según consta en los ficheros de datos remitidos desde esta Dirección General. Se aprecia que respecto de Baleares, Ceuta y Melilla no se ha hecho constar en dicha columna la indemnización por residencia que se percibe por trabajar en dichos territorios, figurando exclusivamente la productividad variable por cumplimiento de objetivos.
 - b. En relación con Canarias, en las categorías de Médico de Familia de Atención Primaria y Enfermero/DUE de Atención Primaria, debiera ubicarse en la columna "TIS" la cifra que figura en la columna "Productividad fija". Dicha información debería constar en todos los ejercicios, para las categorías indicadas, tal como figura en el ejercicio 2004 respecto del personal Enfermero/DUE de Atención Primaria.
 - c. También respecto de Canarias, en las categorías de Enfermero/DUE con turnicidad, Técnico Especialista con turnicidad, Auxiliar de Enfermería con turnicidad, Celador con turnos atención directa al enfermo, debiera ubicarse en la columna "Específico turnos" la cifra que figura en la columna "Específico General" en los ejercicios 1999,

Plaza Dr. Juan Bosch Millares, 1
35004 - Las Palmas de Gran Canaria
Telf.: 928 30 81 31

Pérez de Rozas, 5
38004 - Santa Cruz de Tenerife
Telf.: 922 47 58 15



2000, 2001, 2002 y 2003. En el ejercicio 2004 los datos figuran correctamente ubicados.

2. En el anterior documento, punto 10, se hacía referencia a la calidad de los datos del CMBD en relación con los desplazados temporales extranjeros atendidos por CCAA, y se aportaban datos de facturación por el INSS con la finalidad de mostrar con carácter de aproximación los problemas que seguramente tenía el CMBD. Hechas las consultas en relación con la calidad de esos datos se confirma que actualmente no se está codificando correctamente la procedencia de los residentes extranjeros que son atendidos en los Hospitales Públicos de Canarias, ya que no se cumplimenta el ítem 6 Residencia (RESIDE) con el código de lugar de residencia habitual formado por cinco dígitos alfanuméricos con 54 en las dos primeras posiciones y seguido del código del país en las tres siguientes.

En Las Palmas de Gran Canaria, a 30 de julio de 2007

EL DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS ECONÓMICOS



Guillermo Martín Ribot

Secretaría del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario

Intervención General del Estado

Ministerio de Economía y Hacienda



Servicio Canario de la Salud
DIRECCIÓN GENERAL
RECURSOS ECONÓMICOS

SERVICIO CANARIO DE LA SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS ECONÓMICOS

06 SET. 2007

ENTRADA Nº.....-SCS-.....
SALIDA Nº 560023..-SCS-67159

LAS PALMAS DE G.C.



En relación con el apartado 7 del documento enviado el pasado 23 de julio con las observaciones de la Comunidad Autónoma de Canarias al borrador de Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario, versión julio de 2007, se han encontrado los siguientes errores, que se solicita se puedan corregir de cara al cierre del Informe:

1. El primero de ellos afecta al cuadro de gasto desplazado de ejercicios anteriores a fin de cada ejercicio (página 179). Debido a un error aritmético en el acumulado del año 2002, las cifras correspondientes a los años 2002 y 2003 deben ser las siguientes:
 - 2002: donde figura "48.625" debe figurar "48.618"
 - 2003: donde figura "184.937" debe figurar "183.824" (que es justo el importe regularizado mediante la Ley 3/2004 de crédito extraordinario y suplemento de crédito tramitada en 2004 para atender la deuda de los ejercicios anteriores)
2. En el año 2004 el documento recoge un gasto total por importe de 1.906.328 miles de euros, mientras que según la información remitida al Grupo su importe debe ser de 1.907.440 miles de euros. Según se ha podido comprobar, esa diferencia tiene que ver con una mayor cuantía registrada en el documento de la deuda regularizada en ese año por un importe de 1.112 miles de euros. Para rectificar el error, habría que incrementar ese importe en la clasificación económica en el concepto de consumos intermedios y en la clasificación funcional en el grupo de servicios hospitalarios y especializados.

Asimismo, se solicita se tomen en consideración las observaciones complementarias enviadas el pasado 30 de julio relativas al anexo estadístico sobre retribuciones y efectivos en los servicios autonómicos de salud, que no figuran recogidas en el documento, y relativas también a los problemas de calidad de los datos del CMBD en relación con los desplazados extranjeros atendidos por las comunidades autónomas.

En Las Palmas de Gran Canaria, a 5 de septiembre de 2007

EL DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS ECONÓMICOS



Guillermo Martín Ribot

Plaza Dr. Juan Bosch Millares, 1
35004 - Las Palmas de Gran Canaria
Telf.: 928 30 81 31

Pérez de Rozas, 5
38004 - Santa Cruz de Tenerife
Telf.: 922 47 58 15

CASTILLA LA MANCHA

Habiendo procedido a revisar e borrador del Informe relativo al Gasto Sanitario, se han encontrado las siguientes discrepancias en Atención especializada:

- En la página 405, en el cuadro de número de camas en funcionamiento debería poner:
 - o N° de camas año 2003 → 4.430
 - o N° de camas año 2004 → 4.433

- En la página 448 del informe en el cuadro de número total de sesiones de oncología radioterápica en el cuadro pone que en Castilla La Mancha no está disponible, cuando debería poner que el número total de sesiones en el año 2004 ha sido de 1.330 sesiones

Toledo, a 23 de julio de 2007.

El Interventor General de Castilla La Mancha.

Consideraciones de la CA de Cataluña sobre el borrador del informe del GTAGS de julio de 2007

1) Consideraciones generales.

a) El informe contiene 565 páginas, en su mayoría muy densas de contenido, con un gran volumen de datos y en algunos casos con complejos cálculos paralelos (indicadores relacionados con el gasto, unidades de complejidad hospitalaria, etc.), o bien con información inédita para las CCAA que requiere una detenida observación (flujo y costes de pacientes desplazados, análisis del gasto en farmacia, etc.), lo que merecería un período de tiempo más amplio que el proporcionado para su exhaustivo análisis. Su acelerada revisión en tan corto espacio de tiempo no permite que las Comunidades podamos aportar los necesarios criterios de mejora, de discusión y de réplica con la rigurosidad que requiere el contenido y la trascendencia del informe.

Por ello, entendemos que antes de proceder a la reunión del GTAGS para la valoración del informe, es necesario el tiempo suficiente para que las CCAA puedan realizar el análisis de la información.

b) En otro orden de cosas, entendemos que debería proporcionarse un mayor detalle de la metodología empleada en cada uno de los ámbitos de análisis del informe, así como la inclusión de las fuentes de información utilizadas al pie de los cuadros y tablas, con la finalidad de conocer el origen de los contenidos y de distinguir la información enviada por las CCAA de las otras fuentes utilizadas.

2) Apartado IV. Medida 2, segunda parte. “Transferencia a las CCAA para compensar la atención por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales cubiertos solo por el INSS”.

El informe señala que a 28 de diciembre del 2006 solo habían recibido y validado facturas de las CCAA de Andalucía, Murcia, Castilla-La Mancha y Madrid, si bien Cataluña envió la facturación antes de finalizar el ejercicio y así se hizo saber al Sr. Presidente del Grupo de Trabajo para el Análisis del Gasto Sanitario a principios del presente año. El 15 de diciembre de 2006 se remitieron desde Cataluña los primeros ficheros de pruebas, y para comprobarlo, disponemos de los correos de ida y vuelta de corrección de errores. Por lo tanto, consideramos necesario que en el informe se recoja que Cataluña envió los datos indicados en el plazo señalado.

3) Apartado V.

a) El gasto de Cataluña, tanto en su clasificación económica como funcional, obedece al resultado de la estimación de la distribución del gasto de conciertos del Servicio Catalán de la Salud con el objetivo de homogeneizar las cifras con el resto de CCAA. Este gasto supone alrededor del 36% del total de gasto sanitario consolidado de la EGSP de Cataluña. Por ello, consideramos muy importante

que cada apartado del informe referente al análisis sectorial de la información del gasto señale su condición de estimación.

b) No coincide la información de gasto real distribuido según la estructura funcional del informe con la información que disponemos y que en su día consensuamos con el Ministerio. Los datos de atención hospitalaria y especializada y sobre todo los de atención primaria no coinciden con nuestros cálculos. El Ministerio debería facilitarnos el detalle de la distribución funcional del gasto con todas las estimaciones, hipótesis e imputaciones que se hayan realizado.

c) En todo caso, al igual que en el informe del año 2005, queda constancia de la divergencia de criterios de presupuestación y contabilización de los diferentes componentes del gasto sanitario de las CCAA, lo que demuestra la poca operatividad de realizar comparativas de indicadores desglosados de gasto más allá de la utilización de los valores totales de cada Comunidad. Sin ir más lejos, la remuneración de personal oscila entre las CCAA con un margen muy amplio, entre el 39% y el 55 % del total de gasto sanitario. Otro ejemplo: la atención primaria varía entre el 11% y el 18% (26% si tenemos en cuenta el caso de Melilla) del total de gasto. Otro tanto sucede con el gasto en salud pública, en los gastos de prótesis y aparatos terapéuticos, etc.

Por lo tanto, considerando lo expuesto en los apartados anteriores, para poder realizar comparaciones de los componentes de las clasificaciones económica o funcional entre CCAA y sacar conclusiones de la comparativa entre CCAA, entendemos que se debe seguir avanzando en mejorar la homogeneidad de la información existente. A medida que se vaya progresando en el consenso necesario entre las CCAA para unificar los criterios de clasificación del gasto, se podrán analizar con más rigor los motivos de la variabilidad del gasto entre las CCAA.

4) Flujo de pacientes.

Que el porcentaje del coste de los desplazados sobre el total del coste hospitalario sea reducido no debería justificar su inclusión en el informe como un indicador a destacar. Algunas de las tablas incluidas parecen señalar con insistencia la irrelevancia de dicho coste. En el caso de Cataluña, para el año 2005 y según indica el informe, se recibieron 13 millones de euros por desplazados a través del FCS, mientras que el saldo total generado por dichos desplazados se estima en alrededor de 30 millones de euros. Esta diferencia de 17 millones de euros es importante, más allá de si tan solo supone un pequeño porcentaje del gasto hospitalario total.

Sin entrar en los criterios que rigen el FCS, entendemos que el informe del GTAGS no es el espacio de discusión idóneo para realizar valoraciones que minimicen la importancia de las reivindicaciones sobre una mejora de las condiciones del FCS.

Apreciados,

En referencia al correo de la IGAE del día 30 de julio, donde se da contestación a las observaciones formuladas por las CCAA al borrador del informe del GTAGS, les indico que se han obviado dos observaciones de Cataluña que consideramos relevantes y, por tanto, solicitamos su inclusión.

1) En nuestros comentarios enviados el día 20 de julio hicimos la siguiente consideración:

3. b) No coincide la información de gasto real distribuido según la estructura funcional del informe con la información que disponemos y que en su día consensuamos con el Ministerio. Los datos de atención hospitalaria y especializada y sobre todo los de atención primaria no coinciden con nuestros cálculos. El Ministerio debería facilitarnos el detalle de la distribución funcional del gasto con todas las estimaciones, hipótesis e imputaciones que se hayan realizado.

No hemos recibido el detalle de la distribución funcional realizada, por tanto, en el fichero adjunto enviamos la distribución correcta y como quedaría definitivamente la distribución funcional del gasto real en Cataluña del año 2005.

2) En los comentarios enviados desde Cataluña el día 20 de julio, quisimos dejar constancia de la divergencia de los datos existente entre las diferentes CCAA al incluir el siguiente comentario:

3. c) En todo caso, al igual que en el informe del año 2005, queda constancia de la divergencia de criterios de presupuestación y contabilización de los diferentes componentes del gasto sanitario de las CCAA, lo que demuestra la poca operatividad de realizar comparativas de indicadores desglosados de gasto más allá de la utilización de los valores totales de cada Comunidad. Sin ir más lejos, la remuneración de personal oscila entre las CCAA con un margen muy amplio, entre el 39% y el 55 % del total de gasto sanitario. Otro ejemplo: la atención primaria varía entre el 11% y el 18% (26% si tenemos en cuenta el caso de Melilla) del total de gasto. Otro tanto sucede con el gasto en salud pública, en los gastos de prótesis y aparatos terapéuticos, etc.

Por lo tanto, considerando lo expuesto en los apartados anteriores, para poder realizar comparaciones de los componentes de las clasificaciones económica o funcional entre CCAA y sacar conclusiones de la comparativa entre CCAA, entendemos que se debe seguir avanzando en mejorar la homogeneidad de la información existente. A medida que se vaya progresando en el consenso necesario entre las CCAA para unificar los criterios de clasificación del gasto, se podrán analizar con más rigor los motivos de la variabilidad del gasto entre las CCAA.

Consideramos que es necesario que el informe incluya este comentario o, por lo menos, uno que advierta sobre el tema de la variabilidad de los datos y prevenga de realizar comparaciones erróneas

Cordialmente,

Josep Maria Portabella
Interventor General de la Generalitat de Catalunya

Modificaciones que presenta la CA de Cataluña sobre el borrador del informe del GTAGS de 31 de julio de 2007 en la reunión de 7 de septiembre 2007.

1) “No coincide la información de gasto real distribuido según la estructura funcional del informe con la información que disponemos y que en su día consensuamos con el Ministerio. Los datos de atención hospitalaria y especializada y sobre todo los de atención primaria no coinciden con nuestros cálculos. El Ministerio debería facilitarnos el detalle de la distribución funcional del gasto con todas las estimaciones, hipótesis e imputaciones que se hayan realizado”.

El pasado 20 de julio enviamos el comentario señalado más arriba donde se pedía que el Ministerio nos facilitase el detalle de la distribución funcional del gasto, ya que los datos del borrador no coinciden con las cifras disponibles en Cataluña sobre atención primaria, atención especializada y salud pública.

En el documento “Contestación a las observaciones CCAA GTGS.doc” remitido por la IGAE el 30 de julio no había ninguna referencia a esta observación formulada por Cataluña.

Por este motivo, el mismo día 30 de julio se insistió por nuestra parte enviando un correo con un adjunto que incluía los datos correctos para sustituir los existentes en el borrador.

Posteriormente, en el correo de la IGAE del 31 de julio, se envió a las CCAA el fichero “BORRADOR INFORME GTAGS 31-07-07” donde se incluye un comentario al respecto, señalando que “los datos del informe son un avance y por tanto provisionales”.

No se trata de considerar los datos como provisionales sino de hacer la corrección en el informe incluyendo las cifras enviadas por Cataluña ya que su corrección afecta a los comentarios que después se hacen en el resto del informe sobre el peso de la atención primaria, especializada y de salud pública sobre el total del gasto sanitario en Cataluña. La modificación que se remitió el 30 de julio es la siguiente:

Cifras correctas

	Borrador IGAE	para el informe final
atención especializada	3.846.914	3.849.384
atención primaria	1.217.035	1.204.020
salud pública	14.068	24.614
Servicios Colectivos	167.187	167.187
Farmacia	1.632.975	1.632.975
traslado, prót. y ap. terap	89.744	89.744
gasto capital	159.330	159.330
transf. a otros sectores	86.944	86.944
Total	7.214.198	7.214.198

En miles de euros

2) Nueva corrección (página 111 del documento 31/07/07)

Se propone añadir el comentario en negrita al final del último párrafo de la página 111:

“Por otro lado, en términos porcentuales destaca la evolución de la Comunidad Autónoma de La Rioja cuya tasa de variación, 27%, viene determinada por el comportamiento de los gastos de capital derivados de las obras de construcción de un complejo hospitalario, **y la evolución de la Comunidad Autónoma de Cataluña cuya tasa de variación ha sido del 12,9% motivada por el incremento de los gastos y aportaciones de capital en el 2006 así como por la inclusión de 10 nuevos consorcios sanitarios en cumplimiento de los criterios del SEC 95**”.

Observaciones de la CA de Extremadura sobre el borrador del informe de análisis del gasto sanitario.

En relación al borrador del informe recibido con fecha 12 de julio, adjunto remito una serie de observaciones con la solicitud de que se tengan en cuenta en la redacción final del documento.

Las consideraciones hacen referencia a un examen rápido del documento de 565 páginas, ante la imposibilidad, dada la premura de tiempo, de poder aportar un examen detallado de las cifras y demás valoraciones contenidas en el mismo.

En relación al seguimiento de las **medidas de racionalización** del gasto sanitario, en lo que se refiere a las políticas de **uso racional del medicamento**, entre las acciones instrumentadas por cada uno de los servicios de salud, en el caso del Servicio Extremeño de Salud, en el año 2005, este organismo autónomo puso en marcha un proyecto de receta electrónica que será objeto de implantación en los ejercicios 2006-2007. En concreto en el año 2006 se ha realizado ya el arranque del programa piloto, y la implantación completa del proyecto se finalizará en 2007.

Así mismo, el SES dispone de un programa de orientación a la prescripción farmacéutica, consistente en la definición de objetivos de prescripción por principio activo, en el marco del contrato de gestión anual.

(solicito se incluya mención en el comentario realizado en la página 16, segundo párrafo y en el apartado II.2.2 página 43y siguientes del borrador de informe).

En relación a la promoción de **estilos vida saludable**, el Servicio Extremeño de Salud, ha diseñado en el marco del Plan Socio-Sanitario de Extremadura el programa “**El Ejercicio Te Cuida**” destinado a atender y prevenir el gasto y la dependencia en los segmentos poblacionales que precisan más recursos sanitarios (salud relacionada con la calidad de vida, farmacéuticos, consultas, dependencia) . Este programa consiste en la remisión de las personas con determinadas características desde los centros de salud o de mayores a un “dinamizador salud-deportivo” que los evalúa y asesora para practicar ejercicio físico adecuado y sencillo en grupo (aspectos psico-sociales y educativos) para que pueda emplearse en diferentes entornos y municipios para obtener una amplia y equitativa implementación.

Tras un ensayo clínico piloto en personas mayores que mostró un coste-utilidad del programa de 311€ por cada Año Ajustado a Calidad de Vida ganado (umbral español en 35400 €) respecto a la atención usual, se inició la aplicación de la primera fase con un programa basado en caminar con ejercicios en personas mayores de 60 años con obesidad moderada, diabetes mellitus tipo II, hipertensión o depresión moderada que son causas principales de consulta médica y gasto en atención primaria. El análisis de los datos recogidos en los primeros tres meses indican una elevada efectividad en determinantes del gasto sanitario (mejoras del 14% en tensión arterial, 29% en ansiedad/depresión, 12% en dolor/malestar, 13% en movilidad, 19% en percepción de salud general, 160% en flexibilidad, 10% en fuerza de prensión manual, 2% en porcentaje graso, etc.).

Así mismo, viene desarrollando en colaboración con las administraciones locales y ONG,s programas de deshabituación tabáquica , promoción de vida sin tabaco, de drogodependencias, etc...

(solicito se incluya mención en el apartado II.2.3 página 59 y siguientes del borrador de informe).

Por lo que se refiere a medidas de **incentivos a profesionales**, el Servicio Extremeño de Salud dispone ya en 2005 de un acuerdo firmado con la centrales sindicales de carrera profesional, con efectos económicos en el ejercicio 2006.

Así mismo, se ha desarrollado un modelo de incentivación específico y diferenciado, ligado al control del gasto farmacéutico, que asigna un importe equivalente al 1 % del presupuesto de receta farmacéutica en forma de incentivo al facultativo autorizado a prescribir en receta médica oficial, incentivo que se define sobre criterios de control del objetivo de gasto planteado.

Por otra parte, y como proyecto piloto, la Consejería de Sanidad y Consumo, desarrolla un programa piloto para el control de los proceso de incapacidad temporal derivado de ciertas patologías, que contempla una estructura de incentivos específica u diferenciada, y que deriva de un convenio suscrito a tal efecto con el INSS.

(solicito se incluya mención en el comentario realizado en la página 22, segundo y tercer párrafos y en el apartado II.2.5 página 65 y siguientes del borrador de informe).

Aumento de los recursos en Atención primaria.

Extremadura ha suscrito un acuerdo con las principales organizaciones sindicales para el impulso y la consolidación de la atención primaria, como respuesta a la recomendación contenida en la Conferencia de Presidentes Autonómicos en orden a la definición de esfuerzos adicionales para la implementación de recursos de todo tipo en el marco de la atención primaria de la salud.

Se pretende así atajar las deficiencias persistentes en este nivel asistencial, e impulsar el avance y mejora del mismo, englobando no solo la mejora en las condiciones de trabajo de sus profesionales, sino incluyendo así mismo acciones destinadas a intensificar los esfuerzos que se vienen realizando en infraestructuras físicas, informáticas y telemáticas, así como la mejora de las condiciones de trabajo, y mejoras organizativas y funcionales.

Destaca especialmente en lo que a avances tecnológicos se refiere, la definición de una red electrónica de datos para toda la comunidad autónoma, posibilidad de citación simultánea desde la consulta de atención primaria, acceso así mismo desde la consulta a pruebas analíticas y radiológicas, historia de salud electrónica, mejoras en la aplicación de la tarjeta sanitaria, aplicaciones destinadas a formación on line, acceso a fuentes documentales, etc...

Se incluye así mismo medidas organizativas y funcionales, entre las que destaca la creación de plazas suficientes en las unidades básicas asistenciales, que permitan la racionalización de las cargas de trabajo, planteando como objetivo la asignación máxima de 1.600 TIS por unidad básica asistencial.

(solicito se incluya mención en el apartado II.2.7 página 81 y siguientes del borrador de informe).

Otras medidas de racionalización del gasto II.2.9

Plan Marco de Atención Socio Sanitaria.

Como nexo de unión entre la atención a la dependencia y los cuidados sanitarios de pacientes de larga duración, desde el Servicio Extremeño de Salud se ha definido, en colaboración con la Consejería de Bienestar Social, un Plan de reorganización determinados recurso asistenciales en el marco de la atención sanitaria, hacia una estructura de centros socio-sanitarios concertados, desde los que se estructura un nivel de cuidados personales de atención a la dependencia, y cuidados sanitarios destinados a pacientes crónicos, clasificados en función del tipo de recursos asistencial que necesiten.

Este programa permite derivar pacientes crónicos de larga duración, desde los hospitales generales a los citados centros concertados, con una estructura de coste por paciente y día de estancia de 90 € día o 60 € día, en función del tipo de recurso asistencial que requiera el paciente, frente a los 350 € día que supone como media la estancia en un hospital general.

Programa Regional de Cuidados Paliativos.

En el que se dispone una estructura de equipos de soporte para la atención domiciliaria de pacientes en estado terminal, de casos de alta complejidad, que en ausencia de dichos equipos conllevaría necesariamente la derivación al hospital por parte del equipo de atención primaria.

El equipo de soporte de cuidados paliativos evita las hospitalizaciones innecesarias, dando soporte en el domicilio, permitiendo una situación de mayor dignificación de la atención terminal de dichos pacientes, manteniéndolos en su ámbito familiar hasta el final, y evitando el sobre-coste de una larga estancia hospitalaria.

(solicito se incluya mención en el apartado II.2.9 página 97 y siguientes del borrador de informe).



El Informe para el Análisis del Gasto Sanitario de 2007 que surgió con la pretensión de dar continuidad en el tiempo al anterior análisis y mejorar aquellos aspectos que no pudieron ser abordados en la etapa anterior, incluye una gran diversidad de indicadores, algunos de ellos con un alto nivel de desagregación, que en su conjunto ofrecen una descripción detallada del gasto sanitario.

En este sentido, no cabe duda que la pluralidad descriptiva del gasto sanitario permite obtener una imagen bastante aproximada del gasto sanitario en su conjunto, así como de las actuaciones en ejecución por las diferentes Administraciones que enriquecen a todas en su conjunto.

Sin embargo, el empleo de tal cantidad de indicadores en muchos casos no contribuye a dar una imagen fiel del objeto de estudio, resultando algunos de ellos (gasto sanitario/PIB o gasto sanitario/renta bruta disponible per cápita) equívocos para el objetivo buscado.

Además, el análisis del gasto público se ha centrado en los aspectos cuantitativos del mismo, esenciales dado que se está estudiando una variable de gasto, sin embargo, a lo largo de todo el estudio se ha transmitido la idea de que una comunidad autónoma está en mejor situación que otra, si su cifra de gasto es superior, no teniéndose en cuenta variables relacionadas con la eficiencia del gasto, con la calidad en su prestación o con la satisfacción de la población.

En concreto, parece que la Comunidad de Madrid, con un menor gasto sanitario por persona protegida en relación a la media, estaría prestando un peor servicio al ciudadano que otras CCAA, sin embargo si se analizan los datos de número de desplazados de otras CCAA hacia Madrid, se observa que somos la comunidad que más desplazados recibe. Esta situación parece coherente con que Madrid está prestando un servicio de calidad que se convierte en referente para ciudadanos de otras Comunidades, aspecto que no se deduce de la pluralidad de datos e indicadores del informe examinado.

En resumen, el informe analiza la problemática del gasto público comparando el gasto de las distintas comunidades pero sin tener en cuenta la eficiencia en la prestación del servicio, aunque este empeño resulta dificultoso. Además, utiliza indicadores que, como se explica a continuación, dan una imagen errónea del propio análisis del gasto sanitario..

En este sentido, en la página 183, en el apartado de gasto sanitario como porcentaje del PIB regional, Madrid registra el menor porcentaje (3,55%) de todas las CCAA, dando una imagen equívoca del gasto sanitario en Madrid.



A la hora de analizar el gasto sanitario por Comunidades Autónomas, en el informe se han utilizado varios indicadores (PIB, presupuesto total, renta bruta disponible, población, etc) con el objetivo de transformar las cifras absolutas en relativas y así poder realizar comparaciones entre las distintas comunidades.

Sin embargo, la utilización del indicador gasto sanitario/PIB, aunque sí puede resultar informativo para conocer qué porcentaje del PIB regional se destina a la sanidad, por otro lado puede llevarnos a un error interpretativo desde el momento en que se quiera utilizar para comparar el gasto sanitario de las distintas comunidades, y más aún, el esfuerzo de la Administración Autonómica en dicha competencia.

El Producto Interior Bruto es un indicador que mide el valor de mercado de todos los bienes y servicios que produce una comunidad autónoma durante un año, por lo que aunque el gasto de dos comunidades con igual población fuera el mismo, esta ratio será menor cuanto más produzca dicha comunidad, por lo que este indicador estaría dando la imagen de que una comunidad está en mejor posición que otra cuando ambas están destinando el mismo gasto a la sanidad.

Puede darse el caso incluso, de que una comunidad con un mayor gasto sanitario por persona respecto a otra, obtenga una ratio gasto sanitario/PIB peor, no resultando indicativo del objetivo buscado, que es la atención sanitaria a la población. Por ejemplo, y utilizando los datos del informe, en Andalucía el indicador gasto sanitario/PIB es del 6,01% y el de Aragón 5,18%, lo que indica que Andalucía destina un mayor porcentaje del PIB al gasto sanitario que Aragón, sin embargo, el gasto sanitario por persona protegida en Andalucía en 2005 es de 1.020 euros, bastante por debajo de los 1.209 euros de Aragón.

El sistema de financiación autonómica vigente, procura recursos para las comunidades autónomas, valorando en términos equivalentes la prestación de las competencias transferidas, modulando el sistema según criterios de población, envejecimiento, insularidad, dispersión, riqueza, etc. Como consecuencia de la aplicación del sistema resultan unos recursos que no son uniformes ni en relación a la población ni en relación al PIB.

En términos de financiación, la favorable situación de la Comunidad de Madrid para la prestación de servicios, procuran a nuestra región una financiación por habitante, en general, inferior a la media de las Comunidades. No puede ser de otra forma si lo que queremos es que todos los españoles, con independencia de cual sea la comunidad autónoma en la que viven, disfruten de unos servicios públicos equivalentes.

Un segundo rasgo del sistema de financiación es que tampoco es proporcional a la renta generada en cada región. La única posibilidad para que



nuestro gasto sanitario en relación al PIB se equipare con el de otras regiones es que los recursos del sistema financiero representen una proporción constante del PIB. Esto supondría una quiebra de la solidaridad de nuestro sistema autonómico que conduciría a que las regiones más ricas se garantizaran mejores servicios.

Examinados los Proyectos de Presupuestos de las Comunidades Autónomas, la ratio gasto autonómico en relación al PIB, en términos de estimaciones para 2006, oscila entre el 10,5% de Madrid y el 28,8% de Extremadura.

Y esta circunstancia no se produce por un menor esfuerzo fiscal de los madrileños respecto a los habitantes de las otras regiones mencionadas. Baste señalar para dejar clara esta cuestión, que los madrileños financian con sus impuestos más del 87% de su presupuesto, mientras que los extremeños apenas financian con sus impuestos el 25%

La dispersión en la participación del gasto público autonómico respecto al PIB de la región, conduce a que sea matemáticamente imposible que Madrid destine porcentajes del PIB cercanos a los niveles de otras regiones a la financiación de la Sanidad en el actual Sistema de Financiación.

Sirva como ejemplo señalar que para que Madrid destinara a gasto sanitario el mismo porcentaje del PIB que Extremadura debería dotar a la Consejería de Sanidad casi el 86% de nuestro Presupuesto, un total de 15.600 millones de euros según con los datos del PIB de 2005, en detrimento de otras políticas públicas como educación pública, servicios sociales, infraestructuras del transporte...

De hecho, en las páginas 334-335 del informe se corroboran nuestras alegaciones, al indicar que *“aunque 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 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.”*

Por lo tanto, se propone que o se suprime este indicador por ser equívoco o se explica que no es representativo en el análisis comparativo del gasto público sanitario autonómico, puesto que distorsiona la imagen de las Comunidades autónomas con mayor crecimiento económico.



De la misma forma, en la página 337, en el apartado Peso del gasto sanitario por persona protegida en la Renta Bruta disponible de los Hogares per capita regional, Madrid registra el menor porcentaje (6,52%) de todas las CCAA, dando una imagen equívoca del gasto sanitario en Madrid.

El indicador renta disponible bruta de los hogares es una variable que muestra el nivel económico de las familias. Relacionar el gasto sanitario con esta variable no indica ni el esfuerzo de las familias ni el de la Administración en relación a la Sanidad.

Los datos del informe muestran a Madrid de nuevo en la última posición (6,52%) con el menor porcentaje, y en el otro extremo, la Comunidad con menor renta bruta disponible per capita, Extremadura con un porcentaje del 12%.

De igual modo que con la ratio gasto sanitario/PIB, los resultados vuelven a llevarnos a conclusiones erróneas pues serán las regiones más ricas las que obtengan porcentajes menores. En este sentido volver a recordar el último párrafo de la anterior alegación (pag 334-335 del informe).

Sin perjuicio de las consideraciones anteriores, en las que se pone de manifiesto que la abundancia de datos y comparaciones no permite alcanzar una visión más aproximada a la realidad del gasto sanitario y la calidad de las prestaciones públicas, así como la falta de adecuación de algunos de los parámetros que se analizan, se efectúan por la Comunidad de Madrid las siguientes

Observaciones y comentarios al documento del grupo de trabajo sobre gasto sanitario. Versión julio 2007.

El documento se articula sobre cuatro apartados: observaciones al informe de la Administración del Estado en ejecución de lo dispuesto en el Acuerdo de la Segunda Conferencia de Presidentes, comentarios sobre aspectos puntuales del informe, discrepancias sobre las cifras consignadas y medidas racionalización del gasto.

Observaciones al informe de la Administración del Estado en ejecución de lo dispuesto en el Acuerdo de la Segunda Conferencia de Presidentes.



1. **Medida 1, Primer punto.** Ministerio de Sanidad: 50 millones de euros para un Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud y para el INGESA con el fin de aplicar en Ceuta y Melilla criterios idénticos a los correspondientes a las Comunidades Autónomas con competencias transferidas.

Ejercicio 2006:

Según la información facilitada, del total del crédito de 50 millones, únicamente se ha transferido a las Comunidades Autónomas vía convenio de colaboración 17,8 millones de euros, es decir, 32,2 millones han ido a engrosar el presupuesto de la Administración del Estado y no ha repercutido en la financiación de los servicios de salud de las diferentes comunidades.

En el caso de la Comunidad de Madrid, solamente se ha realizado un convenio en materia de evaluación de tecnologías sanitarias a través del Instituto de Salud Carlos III por valor de 1 millón de euros. Llama poderosamente la atención el hecho de que el INGESA reciba un importe superior (1,2 millones de euros) que la Comunidad de Madrid para, cito textualmente, “aplicar en Ceuta y Melilla criterios idénticos a los correspondientes a las Comunidades Autónomas con competencias transferidas”. En este sentido hay que recordar que, según los últimos datos del Ministerio de Sanidad la población protegida por el Sistema sanitario de la Comunidad de Madrid asciende a 5.555.935 habitantes (datos de 2005), por lo que la financiación por habitante en Madrid ascendería a 0,19 euros. Por otro lado, la población protegida por el INGESA (Ceuta y Melilla) es de 111.387 habitantes, por lo que la financiación per cápita ascendería a 10,77 euros. Además, no se facilita ninguna información sobre el destino que ha dado este organismo estatal a esta financiación.

Ejercicio 2007:

En el ejercicio actual se agrava la situación descrita en el párrafo anterior. Del total de 50,5 millones de euros presupuestados, únicamente se ha transferido a las Comunidades Autónomas un total de 14,8 millones de euros, lo que supone una disminución del 17% de lo repartido en el ejercicio 2006. El resto del crédito se ha destinado a financiar distintas actuaciones propias del Ministerio de Sanidad.

La Comunidad de Madrid únicamente ha recibido 1,4 millones de euros para la financiación de un convenio en materia de evaluación de tecnologías sanitarias y, además, es la única Comunidad Autónoma que no recibe ninguna financiación para el fomento de prácticas seguras en centros sanitarios. Por el contrario, el INGESA vuelve a recibir 1,2 millones de euros.

En la última reunión del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario se debatió este tema y la representación de la Administración del Estado se



comprometió a incluir en el informe un detalle de las actuaciones realizadas por el INGESA con cargo a esta subvención, sin embargo, no se aporta ninguna información sobre esta materia.

2. **Medida 1, Cuarto Punto.** Incremento de la dotación presupuestaria del Fondo de Cohesión Sanitaria: 45 millones de euros.

Efectivamente el pasado 21 de octubre de 2006 se publicó en el Boletín Oficial del Estado el Real Decreto 1207/2006, de 20 octubre, por el que regula la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria.

En el informe de la Administración del Estado se afirma que una de las principales novedades de esta regulación es la compensación por la asistencia sanitaria prestada a pacientes atendidos en centros, servicios y unidades de referencia. Sin embargo, se puede afirmar con toda rotundidad que en esa regulación no se establece ninguna financiación especial para estos servicios y únicamente se prevé una compensación por la asistencia prestada a los pacientes desplazados de otras Comunidades Autónomas. Esto supone, por tanto, un grave incumplimiento de lo previsto en la Ley de Cohesión y Calidad que es especialmente gravoso para la Comunidad de Madrid que, como todos sabemos, cuenta con un gran número de servicios de referencia para todo el territorio nacional.

La norma por la que se establece el procedimiento para la designación y acreditación de estos Servicios de Referencia se ha publicado tres años después de la aprobación de la citada ley y, por supuesto, las diferentes Comunidades Autónomas han venido financiando éstos con cargo a sus presupuestos sin recibir ningún tipo de compensación. En consecuencia, debería arbitrarse una compensación a las mismas en un plazo lo más breve posible, pudiendo consistir ésta en un anticipo a cuenta. El mantenimiento de estos servicios de referencia supone un coste adicional que se puede estimar aproximadamente en un 40%, por lo que la Comunidad de Madrid ha dejado de percibir se estima en 100 millones de euros (20 millones anuales).

En el informe no se hace ninguna referencia a la compensación por la asistencia sanitaria a extranjeros. El esfuerzo que todas las Comunidades Autónomas han venido realizando estos últimos años ha hecho posible que la cantidad facturada en el ejercicio 2005 ascendiera a 55,1 millones de euros, lo que supone un incremento del 110% sobre la cantidad facturada en el ejercicio 2002, que fue de 26,2 millones de euros. Sin embargo, el Ministerio de Sanidad y Consumo únicamente ha repartido con un año de retraso un total de 23,7 millones, es decir, menos de la mitad de lo facturado. Además, sigue sin incluirse ninguna regulación en cuanto a la compensación por la asistencia prestada a los extranjeros que se hallan en España sin regularizar.



En el período 2002-2006 la Comunidad de Madrid ha dejado de percibir una cantidad superior a los 600 millones de euros por los conceptos incluidos en el Fondo de Cohesión Sanitaria y la nueva regulación no da respuesta a ninguno de los problemas planteados por lo que el Gobierno de la Comunidad ha requerido al Gobierno de la Nación para que derogue esta regulación. Además, esta situación no es exclusiva de la Comunidad de Madrid ya que también otras Comunidades Autónomas han optado por recurrir el Real Decreto a través de la vía judicial.

3. **Medida 2. Primera Parte.** El Gobierno de la Nación transferirá a las Comunidades Autónomas, para compensar la asistencia a residentes extranjeros, una cantidad estimada de 200 millones de euros.

La Conferencia de Presidentes acordó el pago a las regiones, mediante transferencia del coste por los extranjeros residentes, que no estaban cubiertos por el Fondo de Cohesión. Hasta ese momento se producía la paradoja de que las Comunidades Autónomas asumían el gasto por atender a estos pacientes y el Estado se quedaba con la compensación que recibía de los Estados extranjeros. La compensación recibida consiste en percibir las cantidades que por "cuota global" corresponden a cada región (se denomina cuota global a la cantidad a tanto alzado que compensa el coste de la cobertura sanitaria de los asegurados que trasladan su residencia al territorio de un Estado distinto del de aseguramiento).

El derecho de las Comunidades Autónomas a percibir una cantidad por este concepto no nace, en realidad, de la Conferencia de Presidentes sino que se contemplaba ya en el artículo 69 de la Ley 53/2002, de medidas fiscales, administrativas y del orden social, sin que el Estado haya procedido en ningún momento a transferir a las regiones los créditos que les correspondían por este concepto.

La Ley de Presupuestos Generales del Estado para 2006 lo único que lleva a cabo es una modificación del procedimiento de pago de estas cuantías, por lo que no sólo debe transferirse a las comunidades autónomas los créditos a partir de este ejercicio sino que también debe saldarse la deuda anterior, ya que desde 2002 las regiones venimos prestando la asistencia sanitaria por este concepto.

El importe de la cuota global a distribuir entre las Comunidades Autónomas en 2006 ha sido de 264 millones de euros. La cantidad que ha correspondido a la Comunidad de Madrid ha sido de 6,7 millones de euros. Desde el año 2002 la deuda que el Estado mantendría frente a la Comunidad de Madrid sería de aproximadamente 33,5 millones.



Por lo que respecta al ejercicio 2007, se incluye la distribución de la cuota global por Comunidades Autónomas pero no se especifica que a 30 de junio no se ha procedido aún al pago correspondiente por parte del INSS.

4. **Medida 2, Segunda Parte.** Igualmente, transferirá a las Comunidades Autónomas, para compensar la atención por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales cubiertos sólo por el INSS, un importe estimado de 100 millones de euros.

En el Informe de la Administración del Estado se pone de manifiesto el retraso con el que se iniciaron las actuaciones por parte del INSS y las dificultades que han encontrado todas las Comunidades Autónomas para realizar las descargas de información que reclama dicha entidad. El resultado final ha sido que han quedado sin ejecutar los créditos consignados en el INSS para esta finalidad y, por tanto, que las Comunidades han tenido que seguir haciéndose cargo de la financiación de los accidentes de trabajo asegurados por dicha entidad.

Desde la Comunidad de Madrid ya se puso de manifiesto esta circunstancia en las observaciones realizadas en anteriores reuniones del grupo de trabajo y se propuso la necesidad de articular una distribución provisional del fondo que no penalice a las CC.AA. por el retraso en la puesta en marcha de los procedimientos de facturación.

De la lectura del informe se deduce el fracaso del procedimiento administrativo puesto en marcha por el INSS. En el período 2006-2007 esta Entidad Gestora y el ISM han dispuesto de un total de 200 millones de euros para hacer frente a las contingencias por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales aseguradas por las mismas y que han sido atendidas por los servicios sanitarios de las diferentes Comunidades Autónomas y hasta el 30 de junio de este año únicamente han aceptado un total de 9.362 facturas por un importe total de 1,5 millones de euros.

A juicio de la Comunidad de Madrid es urgente establecer un criterio de reparto con criterios objetivos que haga posible cumplir los acuerdos de la II Conferencia de Presidentes y del Consejo de Política Fiscal y Financiera en esta materia y posibilitar de esta manera que estos fondos se transfieran a las Comunidades Autónomas y sirvan para paliar el déficit de financiación que vienen soportando en los últimos años. Dicho sistema de reparto podría estar basado en la distribución por Comunidades del número de afiliados al INSS e ISM y/o en el índice de siniestralidad y gravedad del último ejercicio disponible. El procedimiento puesto en marcha por el INSS, además de imposibilitar de hecho que se produzca la necesaria compensación a los servicios sanitarios regionales por la asistencia prestada, genera unos costes administrativos adicionales muy superiores a los resultados económicos conseguidos.



Comentarios sobre aspectos puntuales del informe

Se sigue el esquema del documento original aportando el número de página para mayor facilidad.

1) SEGUIMIENTO DE LA PUESTA EN PRÁCTICA DE LAS PROPUESTAS DE RACIONALIZACIÓN DEL GASTO SANITARIO Y PROPUESTAS DE AVANCE.

Página 20 II. 1 seguimiento de las medidas de racionalización del gasto y propuestas de avance

En el tercer grupo de propuestas incluido en el primer informe del Grupo de Trabajo que hace referencia a la conveniencia de **establecer mecanismos que promovieran la demanda responsable y** a la necesidad de promover **estilos de vida saludables**, no es exacto asegurar que únicamente Andalucía menciona la aplicación de planes integrales dirigidos a aspectos concretos de la salud que incluyen acciones de promoción de hábitos saludables cuando la Comunidad de Madrid ha desarrollado 3 planes integrales de salud (Plan de prevención y control de tabaquismo, plan de prevención y control de riesgo cardiovascular y plan de prevención de drogas), un programa regional de prevención y control del Asma y un programa de promoción y educación en alimentación y nutrición en desarrollo hacia un plan integral con la creación en el año 2006 del Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios.

Respecto al apartado de descripción de las medidas de racionalización del gasto y propuestas de avance:

La incorporación de medidas que ya estaban en marcha en la Comunidad de Madrid, en una segunda fase de remisión de la información, a la vista de las medidas reflejadas por la otras Comunidades Autónomas, sin remisión del correspondiente cuestionario dada la premura en los plazos, ha originado el que no se reflejen las mismas en este apartado, lo que puede ser solventado, con los párrafos siguientes:

Página 40

La Comunidad de Madrid, por su parte, introdujo la experiencia de la centralización de compras en 2006 para un 30% de los medicamentos utilizados en los Centros Sanitarios. Se estima que esta primera iniciativa supondrá un 10% de ahorro con cifras de ahorro superiores a los 12 millones de euros en el suministro de los medicamentos. Esta iniciativa pretende ser extendida a la adquisición de productos sanitarios y no sanitarios de los centros de gestión dependientes de la Consejería de Sanidad.

Se ha desarrollado un sistema integrado de información sobre compras hospitalarias, junto con un procedimiento de normalización de los procedimientos administrativos que conllevan las compras, iniciándose el



desarrollo de un Catálogo único de productos como herramienta de gestión en todos los Centros Sanitarios dependientes de la Consejería de Sanidad y Consumo.

El desarrollo de esta Central de Compras junto con la informatización de la gestión de concursos, pliegos y registro de proveedores ha supuesto un enorme avance en la desburocratización y agilización de los procedimientos.

Página 54:

La Comunidad de Madrid incorpora los objetivos de farmacia al contrato de gestión del SERMAS desde el momento en que asume las competencias de gestión sanitaria, lo que ha contribuido a incrementar el porcentaje de genéricos prescrito y a moderar la evolución del aumento del gasto farmacéutico por habitante. El Plan estratégico de farmacia abarca 4 grandes áreas: 1) orientación a los resultados en las áreas asistenciales prioritarias desde el punto de vista asistencial; 2) acciones orientadas al apoyo a los profesionales y al desarrollo de la organización; 3) acciones orientadas a mejorar los procedimientos internos en la gestión de los medicamentos y 4) actuaciones dirigidas a mejorar la eficiencia en la utilización de recursos.

La estrategia de gestión indicada tiene objetivos concretos cuya evolución es monitorizada en un conjunto de indicadores, una buena parte de los cuales son compartidos por las gerencias de primaria y de especializada, que garantizan el alineamiento de todas ellas con los objetivos de gestión marcados.

Uno de los elementos esenciales en la gestión estratégica es el sistema de información Farm@drid, que permite compartir la información sobre gasto y utilización de medicamentos de forma centralizada y al mismo tiempo ser autónomo en su utilización por parte de los farmacéuticos de atención primaria y especializada. Este sistema permite a las gerencias trasladar periódicamente y con datos de elevada calidad los datos de consumo y utilización de medicamentos a los clínicos. El formato y la vía de envío al clínico está pasando de formato papel a soporte informático de forma progresiva en las gerencias de atención primaria.

Mensualmente se publica un Boletín de Evaluación Farmacéutica, que analiza la utilización de medicamentos contextualizada en el ámbito asistencial y demográfico. Este documento se distribuye entre los profesionales encargados de la gestión de medicamentos, e intenta ser un instrumento de comunicación en la organización sanitaria. Madrid ha sido la Comunidad Autónoma con mejores resultados en la utilización de medicamentos genéricos superando el 2006 la cifra del 25%

La Comunidad de Madrid ha desarrollado un programa de modernización de los procedimientos asociados a la prestación farmacéutica con la aplicación



progresiva de la tecnología informática; las innovaciones introducidas se han diseñado de forma que resulten fácilmente integrables en un sistema totalmente informatizado que resulte de la implantación del procedimiento de prescripción/gestión/dispensación electrónico. El Servicio Madrileño de Salud cuenta desde 2004 con la informatización del 100% de las consultas de atención primaria, lo que ha permitido introducir mejoras en el procedimiento informatizado de prescripción y ha facilitado la implantación de mejoras en los sistemas de control.

En el ámbito del procedimiento de prescripción se ha implementado el procedimiento de autovisado que simplifica el control de adecuación de la prescripción sin incurrir en demoras ni en traslados de documentos; asimismo, se han incorporado procedimientos de programación de las dispensaciones en los pacientes polimedificados así como la revisión semestral de tratamientos. Se ha innovado en la información al paciente mediante la hoja de medicación, documento que refleja los tratamientos activos de un paciente, en una fecha determinada, así como la información necesaria para el cumplimiento del tratamiento, dispuesta de manera fácil y comprensible.

Se ha introducido un sistema informatizado de control de talonarios de recetas denominado ASTARE (asignación de talonarios de recetas) que permite la trazabilidad de las recetas, asociada a la correcta identificación de los facultativos autorizados a prescribir. El procesamiento de las recetas facturas para su verificación y control se apoya en una nueva herramienta denominada Archivo digital; esta aplicación permite disponer de una fuente propia de datos de facturación que se incorpora al sistema de información para la gestión Farm@drid, lo que permite controlar y gestionar la calidad de los datos, el control automatizado de la facturación, así como garantizar el cumplimiento de la norma de protección de datos de carácter personal.

En los aspectos orientados a la prescripción se ha desarrollado un programa de gestión de los medicamentos basado en la gestión del conocimiento en materia de farmacoterapia. En el año 2003 se inició un Programa de Formación en farmacoterapia de la Comunidad de Madrid, llevado a cabo entre la Dirección General de Farmacia y la Agencia Lain Entralgo. Las actuaciones en esta materia han contado con la colaboración de casi 300 profesionales expertos en las diferentes áreas de la clínica. A lo largo de 2006 se ha desarrollado un programa de formación continuada en farmacoterapia en el que han participado 1.877 profesionales del Servicio Madrileño de Salud (39% más que en 2005), se ha reforzado con la nueva iniciativa de participación de 300 alumnos en cursos on line de farmacoterapia y se ha trabajado en documentos de apoyo en diferentes áreas como salud mental, neonatología, cardiología, diabetes, inmunosupresores y ginecología.

En la Comunidad de Madrid es un hecho a destacar la enorme implicación de las Gerencias a través de los servicios de farmacia de atención primaria que



desarrollan programas de uso racional del medicamento y los servicios de farmacia y farmacología de hospital a través de diversas Comisiones como la de farmacia y terapéutica. Además de las guías y boletines de evaluación de medicamentos que se realizan en todas las gerencias de atención primaria y hospitales desde la Dirección General de Farmacia se han priorizado algunas áreas terapéuticas en donde se han elaborado documentos específicos como son: Guía farmacogeriatrica de la Comunidad de Madrid, Efectividad de medicamentos en Neonatología, Recomendaciones farmacoterapéuticas en Salud Mental, Recomendaciones farmacoterapéuticas en Osteoporosis y un Informe mensual sobre nuevos medicamentos.

En el ámbito interno Madrid ha desarrollado un conjunto de actuaciones orientadas a mejorar la calidad de la asistencia farmacéutica a los pacientes crónicos que se ha plasmado en el decreto 6/2006 de 19 de enero por el que se aprueban medidas para la mejora de la prestación farmacéutica en pacientes crónicos a través de la mejora de los procedimientos de la prestación y una gestión individualizada de los tratamientos. Ello ha permitido la implantación generalizada del autovisado, que se ha incluido dentro de los programas de historia clínica informatizada en atención primaria.

Con una visión integral de la seguridad del uso de medicamentos y productos sanitarios y un enfoque de gestión del riesgo la notificación de sospechas de reacciones adversas a medicamentos y errores de medicación sigue aumentando año tras año. Del Servicio Madrileño de Salud proceden el 69,4% de las tarjetas amarillas extrahospitalarias y el 96,0% de las intrahospitalarias. Se ha aumentado el porcentaje de notificaciones graves mejorándose la calidad de la notificación. Así mismo se han realizado cursos sobre seguridad de medicamentos y productos sanitarios en línea con la estrategia de afianzar esta cultura entre los profesionales sanitarios.

En el año 2006, Madrid ha implantado el Programa de Atención al Mayor Polimedcado para la mejora de la utilización de los medicamentos. Este Programa amplía la cartera de servicios ofrecida los pacientes mayores de 75 años que utilizan seis o más medicamentos, al incluir específicamente la revisión sistemática de sus tratamientos cada seis meses. Además se oferta la revisión del uso de los medicamentos y la entrega gratuita de materiales de ayuda para mejorar la adherencia terapéutica, todo ello de forma coordinada entre los médicos y enfermeras de los Centros de Salud y los farmacéuticos de oficina de farmacia. El Programa está dirigido a más de 90.000 pacientes y en el participan el 100% de los Centros de Salud de la Comunidad y 889 farmacias que se han adherido voluntariamente al mismo.

La Comunidad de Madrid ha priorizado la política de seguridad dentro de su estrategia de mejora de los resultados de la asistencia farmacoterapéutica. En el contexto de un enfoque integral de seguridad de medicamentos orientado a



detectar de forma temprana problemas relacionados con los medicamentos a la prevención de errores en colaboración con los profesionales se han puesto en marcha diferentes iniciativas orientadas a promover la farmacovigilancia activa y a facilitar la colaboración de los profesionales en la estrategia de seguridad. Fruto de esta estrategia se han duplicado el número de notificaciones de sospecha de reacciones adversas a medicamentos.

Una de las innovaciones en farmacovigilancia ha consistido en coordinar la colaboración de las oficinas de farmacia a través de la Red de Farmacias Centinela puesta en marcha en el año 2005, y que hasta mayo de 2007 ha supuesto cerca de 2.000 notificaciones de errores relacionados con la medicación, con un promedio de 80 notificaciones/mes. La mayor parte de las mismas (un 70%) son detectadas por el farmacéutico no llegando al paciente y sólo un 3% le producen daño. De las notificaciones recibidas se han deducido un numeroso conjunto de iniciativas de prevención: han dado lugar a la retirada de seis lotes de especialidades farmacéuticas; se han elevado 19 propuestas de modificación en los envases a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y se han comunicado 7 incidencias a los médicos de atención primaria relacionadas con la posibilidad de error en el programa informático de prescripción.

De forma paralela Madrid ha establecido un procedimiento de notificación de PRM en las instituciones sanitarias del SERMAS. El conjunto de las actividades de farmacovigilancia está soportado en un portal informático denominado "Uso seguro de medicamentos" que facilita la notificación, la comunicación entre los profesionales y el retorno de información sobre aspectos de seguridad y actividad del sistema de notificación.

La colaboración de las oficinas de farmacia en los objetivos del Sistema de Salud se ha potenciado mediante el desarrollo específico en los conciertos con el Colegio de Farmacéuticos de los servicios profesionales de la oficina de farmacia. En particular se ha previsto la realización de dispensación activa en el 100% de las dispensaciones. Se ha establecido un protocolo específico de dispensación a pacientes de centros sociosanitarios. Por otra parte, se han establecido programas en coordinación con el Servicio Madrileño de Salud que incorporan, con carácter voluntario la colaboración de las oficinas de farmacia. En particular se ha previsto la intervención de las oficinas de farmacia en el programa del paciente mayor polimedcado, en el que hasta junio de 2007 están incluidos cerca de 30.000 pacientes mayores de 75 años, con 6 o más medicamentos. En este programa participan más de 900 farmacias de la comunidad de Madrid, previa la formación de sus profesionales en los cursos específicos organizados por la Consejería de Sanidad. Asimismo, se ha puesto el marcha un programa específico orientado a coordinar el consejo farmacéutico con la actividad de atención primaria para combatir el sobrepeso denominado "Pierde peso, no salud", con la colaboración de más de 300 farmacéuticos que fueron asimismo formados en cursos específicos.



Se comienza la implantación del proyecto piloto de receta electrónica, en colaboración con el Colegio de Farmacéuticos y la participación de cuatro farmacias. La receta electrónica reducirá el número de visitas a los centros de salud y reforzará la seguridad en el uso de fármacos

Página 62:

La Comunidad de Madrid, por su parte, refiere la creación del Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios como una de las actuaciones incluidas dentro del Plan Integral de Alimentación y Nutrición de la Comunidad de Madrid. Este Plan Integral de Alimentación y Nutrición nace de la necesidad de diseñar una estrategia global para dar cobertura a todas las iniciativas relacionadas con la alimentación en el ámbito de la Salud Pública y está orientado a reforzar la seguridad alimentaria, fomentar hábitos alimentarios saludables que mejoren la situación nutricional de la población, promover la calidad alimentaria en la Comunidad de Madrid y vigilar, desde la prevención, todos aquellos factores inductores del fraude alimentario. Dentro del Plan se configura la creación del Observatorio de Alimentación como instrumento de apoyo que permitirá detectar los principales factores de riesgo en seguridad alimentaria, conocer los factores inductores del fraude alimentario, los datos del consumo de alimentos, el perfil nutricional de la dieta, así como los hábitos alimentarios y las nuevas tendencias de consumo.

El Instituto de Alimentación, Nutrición y Salud se crea como órgano de investigación, asesoramiento e intervención en materia nutricional, que impulsará la coordinación entre la iniciativa pública y privada, actualmente dispersa en numerosos Departamentos de Investigación, Fundaciones y Asociaciones. En consecuencia, deberá establecer recomendaciones en materia de alimentación y nutrición para la población y los profesionales del sistema sanitario, dirigiendo sus esfuerzos a promover pautas de buena alimentación, impulsar la investigación, implicar a la industria alimentaria en programas, ser el referente institucional en la Comunidad de Madrid, desarrollar criterios y validar iniciativas, prestar asesoramiento científico-técnico y auditar campañas publicitarias, todo ello en el ámbito de la alimentación, nutrición y salud.

Plan Regional de Prevención y Control del Tabaquismo en la Comunidad de Madrid con el objetivo de disminuir en 4 puntos la prevalencia de tabaquismo en la población de 16 y más años de edad y proteger la salud de la población del aire contaminado por humo de tabaco (AHT). Se configura el Plan mediante tres programas: Programa de prevención de inicio al consumo de tabaco, Programa de atención y ayuda al fumador, Programa de protección de la salud de la población del aire contaminado por humo de tabaco (hacer centros sin humo a todos los centros sanitarios, docentes y de la administración pública y todas las Empresas con más de 250 trabajadores). Junto con un ambicioso plan de comunicación, actividades preventivas y estudios, se ha dotado una unidad Especializada de tabaquismo, se ha creado una red



funcional de consultas de tabaquismo (16 consultas hospitalarias y 19 consultas en Atención Primaria. Se ha potenciado la Red de Hospitales sin Humo (26 hospitales), se ha creado la Red de Centros de Salud sin Humo (34 centros), y se ha realizado un importante esfuerzo de formación de profesionales sanitarios a través 25 cursos (500 profesionales) se ha trabajado con 15 grandes empresas públicas.

Plan de Prevención y Control del Riesgo Cardiovascular en la Comunidad de Madrid (2007-2010) Se trata de un Plan Marco, que abordará a partir del 2º semestre 2007 el diseño y la implementación de los Programas que se establezcan en las 8 Areas de intervención identificadas : cálculo del riesgo cardiovascular global en la población, reducción en la incidencia de eventos clínicos cardiovasculares primeros o recurrentes, Disminución del riesgo e identificación de colectivos vulnerables e hipercolesterolemias de base genética, hábitos de vida saludables y mejor control de los factores de riesgo cardiovascular. Este plan se configura con un planteamiento acorde a las Task force de prevención cardiovascular europeas.

Plan de Prevención de Drogas 2006-2009 de la Comunidad de Madrid establece las políticas que, en el ámbito de las drogodependencias, se van a desarrollar en el territorio de la Comunidad de Madrid. El Plan, elaborado por la Agencia Antidroga con la participación de otras administraciones e instituciones públicas, organismos no gubernamentales y colectivos profesionales, incluye las líneas estratégicas en ocho ámbitos del abordaje de las drogodependencias: Prevención, Asistencia, Inserción, Protección y Control, Calidad, Innovación y Transferencia de Tecnología, Coordinación Institucional y Participación Social.

Son cuatro las iniciativas que contempla: en el ámbito de la prevención, un Programa de Prevención de las Nuevas Adicciones, dirigida a escolares de entre 11 y 12 años (incluye, entre otras, la adicción a Internet y los móviles) y un Servicio de Asesoramiento e Información en el Ámbito Laboral, que se está diseñando en colaboración con las centrales sindicales y agrupaciones empresariales. Y, en el apartado de asistencia, nuevas plazas de tratamiento específicas para pacientes cocainómanos, siguiendo el perfil del Centro de Atención Integral al Cocainómano, así como una nueva Comunidad Terapéutica para menores drogodependientes.

Programa Regional de Prevención y Control del Asma en la Comunidad de Madrid: surge con el objetivo de vigilar la evolución de la morbilidad y mortalidad por asma en la Comunidad de Madrid, vigilar los factores de riesgo de origen ambiental implicados en las crisis asmáticas, informar a profesionales y población general, mejorar el conocimiento y manejo clínico del asma, fomentar autocuidados en los pacientes y potenciar las líneas de investigación relacionados con el asma para conocer mejor los factores de riesgo vinculados. Las actuaciones llevadas a cabo para ello se han centrado en encuestas de



prevalencia, vigilancia de niveles de polen y esporas (Red polinológica), elaboración de Guías informativas y de autocuidados para los pacientes, formación de los profesionales y evaluación de resultados.

Página 64:

La Comunidad de Madrid ha desarrollado en la Agencia Laín Entralgo el modelo de Aula virtual de formación en red. A través de conexión a la red (Internet), se ofrece al alumno un curso con material didáctico interactivo, centrado en el método del caso, con simulación de sesiones clínicas locutadas, acceso a pdf, páginas web y ejercicios tipo test de resolución online que refuerzan y estimulan el aprendizaje. Se ha diseñado un entorno para que el alumno esté acompañado y tutorizado en el aula virtual. También Para ello dispone de herramientas de comunicación, foros, correo, material adicional, y el apoyo personalizado, siendo la función tutorial, junto con la labor de dinamizadores expertos en pedagogía lo que garantizan el proceso de aprendizaje.

La Comunidad de Madrid ha creado un nuevo recurso de información científica y una nueva herramienta para la gestión de la información bibliográfica, que ayudan en la toma de decisiones en farmacoterapia en toda la Comunidad de Madrid. La herramienta, denominada Web RefWorks/RefShare permite a los usuarios crear su propia base de datos bibliográfica y teniendo acceso a toda la información científica accesible vía Biblioteca Virtual.

También se han desarrollados Guías de Práctica Clínica en la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Comunidad de Madrid para estandarizar la asistencia sanitaria prestada a los ciudadanos, incrementar la calidad de los servicios sanitarios e implicar a los profesionales en la mejora de los procesos que sean objeto de la GPC. Cada una de las guías desarrolladas incorpora instrumentos que facilitan su implementación y aplicabilidad e incluyen algoritmos, esquemas, diagramas de flujo, guías de referencia rápida, clasificación de las recomendaciones principales según el nivel de evidencia alcanzado e información para los pacientes cuando sea necesario por las características de las GPCs. Estas guías se realizan en colaboración con profesionales, sociedades científicas y en algunos casos con pacientes y/o asociaciones. La primeras guías se han elaborado en el ámbito de Atención Primaria.

Página 73:

La Comunidad de Madrid refiere un sistema de incentívación para los profesionales en el que, con carácter anual, se firman con los profesionales los objetivos vinculados con el cumplimiento de indicadores de demora, resultados de calidad, cumplimiento de cartera de servicios, cumplimiento del pacto presupuestario e indicadores de calidad de farmacia. Es un modelo de incentívación con una enorme aceptación entre los profesionales y persigue los



siguientes objetivos: reducción de las demoras, mejora de la calidad asistencial y control del gasto.

La carrera profesional y las posibilidades de promoción profesional también son mencionadas por Madrid dentro del conjunto de medidas dirigidas a consolidar los incentivos a los profesionales. La carrera profesional se implanta en 2007 y se encuentra en período de evaluación.

Página 79

La Comunidad de Madrid a través de la Unidad de Evaluación de tecnologías Sanitarias en colaboración con los profesionales participantes en las comisiones de evaluación de los hospitales o de las unidades evaluadoras ha elaborado una Guía para la adquisición de tecnologías sanitarias en los centros sanitarios de la Comunidad de Madrid con la finalidad de facilitar la evaluación de nuevas tecnologías sanitarias antes de su incorporación en los centros sanitarios en función de la evidencia científica disponible, su coste y las necesidades de los centros. De esta forma se reducen los gastos derivados de la incorporación generalizada de nuevas tecnologías sanitarias y se regulan y estandarizan los procesos y solicitudes para la incorporación de nuevas tecnologías en los centros sanitarios.

Uno de los proyectos derivados de la puesta en marcha de esta guía ha sido Monitorización y registro de la actividad y resultados de la utilización de los stent recubiertos de fármacos en los laboratorios de hemodinámica de la comunidad de Madrid, restringiendo su uso con indicaciones específicas para pacientes en los que los beneficios son máximos. Esta iniciativa, asumida por la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, pretende, además de mejorar la calidad de la práctica asistencial y los resultados en salud para los pacientes, reducir el gasto derivado de la implantación de los dispositivos y racionalizar el uso de las tecnologías sanitarias. Los problemas que se encuentran para compatibilizar la información procedente de distintas CC.AA. se reproducen dentro de cada Comunidad. Madrid, por ejemplo, reconoce la dificultad de implantar iniciativas como ésta al contar con sistemas de información diferentes en cada uno de los laboratorios de hemodinámica. A pesar de ello, con esta iniciativa se ha conseguido reducir los gastos derivados de la utilización generalizada de los stents recubiertos de fármacos, al indicar su uso inicial en el 30% de los pacientes (en el año 2004) para extenderse hasta el 50% en 2005.

Página 81.

Dentro del plan de mejora de Atención Primaria con la Comunidad de Madrid prevé un aumento de los recursos humanos de Atención Primaria para el período 2006-2009, basado en una serie de criterios de asignación que tienen en cuenta el número de consultas, el patrón demográfico, el nivel de renta de la zona, la mortalidad, la accesibilidad al centro sanitario, el ámbito de atención (si es rural o urbano), el nivel de educación y la presencia de población inmigrante,



y que actúan como variables proxy de la necesidad de la población a la que se pretende cubrir. El incremento de recursos asciende a más de 1.500 profesionales.

Página 89.

La Comunidad de Madrid ha introducido entre los años 2006 y 2007 un nuevo catálogo de acceso de pruebas diagnósticas para atención primaria Con 178 técnicas Esta iniciativa se pone en marcha mediante compromisos en los respectivos contratos de gestión en atención primaria y especializada, al que se une un seguimiento periódico por parte de los equipos directivos. Los objetivos: Homogeneización del Catálogo de Pruebas Diagnósticas en todas las Áreas, Adaptación del Catálogo a aquellas patologías o demandas en salud más prevalentes y que son susceptibles de resolverse en Atención Primaria, Establecimiento de actividades formativas orientadas tanto al aprendizaje de determinadas técnicas diagnósticas, cuyo uso sea pertinente en Atención Primaria, como a la mejora de la facultad de interpretación de los medios diagnósticos. El objetivo fundamental del Catálogo de Pruebas Diagnósticas es poner a disposición de los especialistas de Atención Primaria las pruebas complementarias necesarias para resolver los procesos asistenciales que pueden ser atendidos y resueltos por ellos, aumentando la efectividad del sistema sanitario, lo que proporcionará una mayor satisfacción tanto de los ciudadanos como de los profesionales, al mejorar y agilizar el diagnóstico y tratamiento de numerosos procesos clínicos. Además, repercutirá positivamente en el Plan de Mejora de Consultas Externas, evitando desplazamientos innecesarios de los ciudadanos y dando una mayor calidad en las derivaciones que se originen.

Se ha incorporado la figura del especialista-consultor como experiencia piloto La extensión de la figura del especialista consultor supondrá cambios en la organización de algunos servicios de especialidades médicas. El objetivo perseguido es el de reducir el número de derivaciones a las consultas de atención especializada. Si bien el objetivo último, en realidad, es lograr el uso adecuado de la solicitud de pruebas diagnósticas, lo que también podría implicar un incremento de ciertos equipamientos.

Página 96:

La Comunidad de Madrid señala entre las iniciativas llevadas a cabo en materia de sistemas de información la implantación de una red interna de comunicación (intranet) que incorpora la base de datos poblacional única para todos los centros sanitarios de la Red Sanitaria Unica de Utilización Pública de la Comunidad de Madrid , las explotaciones del CMBD de hospitalización, CMA y hospitales de día , la lista de espera de consultas externas y pruebas diagnósticas y la Contabilidad analítica de Atención Primaria y Atención Especializada.

También se encuentra informatizado y disponible para los pacientes la base de datos de lista de espera quirúrgica (proyectos incluidos en el marco de las



necesidades globales del SNS), optimizándose la gestión de los recursos humanos y materiales disponibles.

La implantación de la historia clínica electrónica única para todos los profesionales de Atención Primaria también se percibe como un elemento prioritario de mejora de los sistemas de información, con importantes repercusiones para la mejora de los niveles de seguridad y calidad asistencial de la atención prestada a los pacientes. Se trata en todo caso de iniciativas que topan con diversas dificultades: la migración de la información desde los antiguos sistemas a los nuevos, la coordinación de los grupos de trabajo, la elevada dotación presupuestaria que requieren, la adaptación a las normas de seguridad y confidencialidad y la gestión del cambio entre los profesionales.

Se desarrolla, así mismo la Cita online para las consultas de Atención Primaria, con este mecanismo de gestión de citas, ligado a la completa informatización de la Atención Primaria y a la implantación de la herramienta AP Madrid, se ofrece a los usuarios y profesionales un nuevo recurso disponible las 24 horas todos los días de la semana permitiéndoles mayor independencia a la hora de planificar sus citas.

Página 102:

La Comunidad de Madrid ha desarrollado un Modelo de Calidad para la Autoevaluación de los centros sanitarios. Esta nueva estrategia de mejora de la calidad, basada en el Modelo europeo EFQM de Excelencia, se ha desarrollado a lo largo de los dos últimos años y ha contado con la participación de más de un centenar de profesionales, integrantes de los grupos de trabajo encargados de la adaptación de dicho modelo. El resultado de esta labor es un Modelo de Calidad que permite, mediante la técnica del diagnóstico y la realización de propuestas de actuación, de encaminar la gestión hacia la excelencia y la consecución de resultados. Para facilitar su implantación, los centros sanitarios de la red pública cuentan con un Manual de Implantación y del Evaluador, que, junto con la aplicación informática de soporte a las evaluaciones, servirán de herramienta de apoyo. En virtud de este Modelo, los centros sanitarios públicos realizarán, cada dos años, procesos de autoevaluación, en los que quedarán recogidos sus puntos fuertes y sus áreas de mejora. Los resultados se remitirán a los Servicios Centrales, con objeto de elaborar un diagnóstico de situación general y contribuir así tanto a difundir buenas prácticas como a establecer objetivos de mejora comunes a toda la organización. Además, cada gerencia llevará a cabo su análisis individual para establecer sus propios objetivos de actuación.

Página 113

En el punto III.2 que analiza en que medida los anticipos a cuenta han ayudado a reducir la deuda sanitaria, se registra una disminución del gasto sanitario desplazado de 863.767 miles de euros, que con la reducción de 2.514 euros de Andalucía (Comunidad que no solicitó anticipo) alcanza un importe de 861.253 euros, dato coincidente con la tabla adjunta, sin embargo al cuantificar



la disminución del importe del gasto sanitario desplazado correspondiente al año 2005 que en el punto III.1 se recoge una cifra diferente (862.692 miles de euros) que debería ser modificada.

Página. 193 V.2.6.2 las retribuciones medias

La C. de Madrid, como se señaló en el informe anterior, no dispone de retribuciones medias. Los importes consignados se obtienen de órdenes de retribuciones. Se remitieron los datos sobre retribuciones, no enviándose los datos relativos a número de efectivos con el desglose solicitado. Se remite adjunto un fichero Excel con cifras sobre número de efectivos que anteriormente no se habían incluido.

Página 279 V.2.6.6 los gastos de capital.

El análisis de los gastos de capital pierde significación en la medida en que las infraestructuras sanitarias de mayor volumen se financian mediante sistemas de concesión administrativa. En sus diversas variantes, estos esquemas han sido aplicados en casi todas las Comunidades Autónomas por lo que, al no tener reflejo en el presupuesto, se desdibuja el importante esfuerzo inversor realizado. El impacto en el presupuesto vendrá recogido en los ejercicios futuros, mediante los gastos de funcionamiento de los centros. Mientras que en los ejercicios de referencia el presupuesto sólo incluye equipamientos o reposición de algunos centros. En este sentido sería preciso, para realizar la comparación sobre bases homogéneas, incorporar el coste de la inversión realizada, con independencia del sistema de contratación o financiación seguido.

Página 335 V.3.4 peso del gasto sanitario por persona protegida en el PIB per capita

El documento incluye una mención a mecanismos de nivelación que “tratan de garantizar la equidad en el acceso a los servicios sanitarios, independientemente del lugar de residencia”. Sin embargo tales mecanismos adolecen de un cúmulo de problemas y defectos, que han motivado el planteamiento de diversos recursos por parte de las Comunidades. Estas entienden que dicha garantía en la equidad de acceso se esta financiando de manera inadecuada y repercutiendo el coste en algunas Comunidades, incluyendo a la C. de Madrid entre otras. En consecuencia, la equidad de acceso se está garantizando más por la solidaridad de las Comunidades Autónomas dentro del SNS que por los mecanismos de financiación establecidos.

Página. 355 V.3.15 población protegida equivalente

Tanto en el anterior informe como en el actual, no se han discutido la corrección de la población y su transformación en usuario equivalente. En el informe 2005 se aportaron por la Administración del Estado en la última reunión, sin discusión ni exposición de la metodología, que luego se incorporó



al texto del informe. Las cuestiones de metodología deben ser acordadas por el grupo de trabajo en conjunto y no de forma unilateral.

Página 475 V.4.2.11.2 desplazados temporales

Existen importantes diferencias entre la información recogida en las tablas y la información remitida a este grupo de trabajo correspondiente a los pacientes desplazados de otras Comunidades Autónomas atendidos en la Comunidad de Madrid. Información que debía ser totalmente coincidente dado que en ambos casos se trata de la explotación del CMBD que remite la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid al Ministerio de Sanidad y Consumo y que a su vez ha sido utilizada para la elaboración del informe. La diferencia en el año 2004 superaba las 3.300 Altas, siendo las diferencias en las distintas Comunidades Autónomas, fundamentalmente en el caso de Castilla la Mancha, mucho más relevantes, como puede apreciarse en la siguiente tabla.

2004			
Comunidad de atención	Datos		
	Datos informe	Comunidad de Madrid	Diferencia
Andalucía	955	1.266	311
Aragón	135	247	112
Asturias (principado de)	264	315	51
Baleares (islas)	137	325	188
Canarias	352	398	46
Cantabria	165	213	48
Castilla y León	6.619	4.771	-1.848
Castilla - la Mancha	3.562	7.627	4.065
Cataluña	135	166	31
Comunidad Valenciana	383	405	22
Extremadura	1.924	2.041	117
Galicia	405	463	58
Madrid (comunidad de)		0	0
Murcia (región de)	330	408	78
Navarra (comunidad foral de)	50	152	102
País Vasco	242	237	-5
Rioja (la)	129	194	65
Ceuta	140	45	-95
Melilla	38	54	16
Total	15.965	19.327	3.362

Los datos de recursos y actividad son coincidentes con los enviados por esa Comunidad Autónoma.

Página 528 V.5 Resultados en salud



Contrasta la reducida extensión del informe que se dedica a un aspecto de enorme relevancia y de gran trascendencia, pues es el que nos permite reflejar la orientación de las políticas de gasto a medio y largo plazo. Este apartado debe tener mayor extensión y profundidad, dedicarle menos de dos s constituye un resumen en si mismo, y no es posible formar opinión sobre el desempeño del sistema sanitario si no se incluyen datos sobre resultados en salud. Entendemos que es una carencia importante del informe y se propone su desarrollo.

Discrepancias sobre las cifras consignadas

Por último, se detectan diferencias entre las cifras remitidas de gasto y las reflejadas en el informe, por lo que se remite un fichero anexo en Excel cuantificando estas diferencias. Consideramos necesario depurar estas diferencias antes de que se emita el informe final porque puede afectar al análisis que contiene el documento. En la medida en que tales discrepancias puedan obedecer a cambios metodológicos, sería necesario incluir un comentario previo sobre tales modificaciones, ya que el análisis puede realizarse sobre informaciones no homogéneas.

Medidas racionalización del gasto a proponer

En la Comunidad de Madrid el diseño y puesta en marcha de estas medidas reviste una complejidad especial, derivada del volumen y amplitud de la red asistencial; de ahí la dificultad, frente a otras Comunidades con un dispositivo asistencial más reducido, de conseguir despliegues e impactos sobre el gasto en el muy corto plazo.

Apartado II.2.1 introducción de criterios racionales en la gestión de compras
Dada las especialidades de los suministros sanitarios, con una amplia base común de proveedores en todos los servicios de salud, se propone la constitución de un grupo de trabajo que plantee un catalogo normalizado para el conjunto del SNS y los servicios de salud, como primera medida. Pero además, estudiaría el procedimiento de contratación, proponiendo su simplificación y normalización entre Comunidades. La finalidad última es fomentar la competencia entre empresas, facilitar la preparación de ofertas y simplificar el procedimiento administrativo, abaratando estos costes en las empresas para que se trasladen a precios.

Madrid, 23 de julio de 2007.

**PROPUESTA DE CUESTIONARIO SOBRE
LAS INICIATIVAS DE RACIONALIZACIÓN DEL
GASTO SANITARIO PÚBLICO**

**PLAN REGIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TABAQUISMO DE LA
COMUNIDAD DE MADRID (PRPCTCM)**

Deberá cumplimentarse un cuestionario por cada iniciativa

1. Denominación de la iniciativa:

Plan Regional de Prevención y Control del Tabaquismo de la Comunidad de Madrid (PRPCTCM)

.....

2. Características generales de la iniciativa:

a) Señalar los fines y las motivaciones que han promovido la iniciativa

El tabaquismo es la primera causa de muerte prematura prevenible en nuestro país. En un año mueren en España por causa del tabaquismo cerca de 55.000 personas, y en Madrid en 1998 murieron 5.800 personas (1/6 de todos los fallecimientos) por causa del tabaco. La mitad de los fumadores morirán por causa del tabaco. "La reducción del tabaquismo es la medida más importante de salud pública que pueden adoptar los países desarrollados para beneficio de su salud y de su economía" (Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para Europa)

b) Señalar el cronograma previsto para su implantación y desarrollo

El Plan Regional de Prevención y Control del Tabaquismo de la Comunidad de Madrid tiene previsto su implantación y desarrollo en el periodo 2005-08

c) Señalar los resultados esperados, inclusive en términos cuantitativos y cualitativos

Son objetivos del PRPCTCM:

- Disminuir en 4 puntos la prevalencia de tabaquismo en la población de 16 y más años de edad
- Reducir la proporción de personas que fuman diariamente en el grupo de 15-19 años
- Retrasar la edad media de inicio en el consumo de tabaco
- Aumentar la proporción de abandono de la dependencia al tabaco en la población adulta y joven
- Aumentar la proporción de abandono de la dependencia al tabaco en profesionales sanitarios, educadores y empleados públicos.
- Reducir la proporción de población expuesta al aire contaminado por humo de tabaco
- Hacer centros sin humo a todos los centros sanitarios, docentes y de la administración pública
- Hacer empresas sin humo a todas las mayores de 250 trabajadores

3. *Describir los instrumentos de implementación de la iniciativa en términos normativos, funcionales y organizativos (incluir la documentación más relevante)*

Los instrumentos de implementación son los siguientes:

- Publicación, distribución y presentación a los medios del PRPCTCM en mayo de 2005. El Plan incluye un apartado de Estructura organizativa, funciones y recursos.
- Mejora sustancial de la dotación de la Unidad Especializada de Tabaquismo (UET) de la Dirección General de Salud Pública y Alimentación, así como contratación de técnicos de Salud Pública para tareas específicas del PRPCTCM.
- Creación de una red funcional de consultas de tabaquismo adscritas al PRPCTCM. En la actualidad está formada por 16 consultas hospitalarias, 19 de atención primaria y la UET. Existe un documento de organización y funcionamiento de la red.
- *Decreto 93/2006, de desarrollo y ejecución de la Ley 28/2005, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco en la Comunidad de Madrid.* Donde se hace mención expresa del plan (art. 8.1), que deberá desarrollarse con carácter bianual, "al objeto de proporcionar el marco adecuado para desarrollar tales medidas de manera coordinada y eficiente". Las medidas a que se refiere son "medidas tendentes al apoyo de la prevención y control del tabaquismo, de la promoción y protección de la salud y de la deshabituación tabáquica de las personas fumadoras".
- Dirección y potenciación de la Red Madrileña de Hospitales sin Humo, que incluye a 26 hospitales.
- Creación de la Red de Centros de Salud sin Humo, que integra en la actualidad a 34 centros.

4. *Indicar, si está disponible, el plan económico-financiero anual/plurianual de la iniciativa (incluir costes anuales estimados de implementación, explicando criterios de cálculo).*

El PRPCTCM incluye un apartado de "Recursos financieros", donde se detalla el presupuesto pluri-anual detallado por actividades.

5. *Señale los problemas o dificultades encontrados en la implementación de la medida*

No se han encontrado problemas relevantes en la implementación del Plan.

6. *Señale las soluciones adoptadas a los problemas anteriores*

.....
.....
.....

7. *Resultados de la iniciativa*

a) Señale la mejora de los servicios proporcionados a los usuarios y de los aspectos funcionales/organizativos

- Se viene ofertando desde 2005 tratamiento de deshabituación gratuito a profesionales modélicos (sanitarios, docentes y trabajadores de la administración pública). En 2007 la oferta se ha ampliado a enfermos hospitalizados con patología provocada por el tabaco o que el tabaco agrava.
- Se ha puesto a disposición de toda la población un teléfono de información gratuita sobre tabaco desde enero de 2006.
- Se ha creado la página web de tabaco www.ganavida.org con información muy diversa sobre tabaco (tanto actividades y publicaciones del PRPCTCM, como información general sobre tabaco, dirigida a población general y a profesionales sanitarios).
- Se ha pasado de realizar actividades preventivas (talleres en la aulas) en escolares de enseñanza secundaria, de unos 5000 a alrededor de 18.000 anuales.
- En la actualidad se está llevando a cabo un estudio a cuatro años en escolares de ESO (ensayo de intervención comunitaria aleatorizado) que permitirá conocer mejor los determinantes del inicio del consumo de tabaco en jóvenes y evaluar el impacto de las intervenciones educativas en dicha población, todo lo cual permitirá a su vez mejorar la estrategia preventiva del tabaquismo.
- Se ha potenciado la Red de Hospitales sin Humo (26 hospitales), lo que permite intensificar y unificar las actividades de control del consumo de tabaco en los centros hospitalarios.
- Se ha creado la Red de Centros de Salud sin Humo (34 centros), con el objetivo de garantizar espacios sanitarios sin humo, mejorar la formación de los profesionales de Atención Primaria y mejorar la oferta de servicios de deshabituación a la población general.
- Se ha realizado un importante esfuerzo de formación de profesionales sanitarios (médicos y enfermeras hospitalarios, de atención primaria y de

salud pública). Se han realizado 25 cursos de duración variable (en su inmensa mayoría sobre diagnóstico y tratamiento de tabaquismo) dirigidos a unos 500 profesionales.

– Se han atendido a 15 grandes empresas públicas, asesorándolas y apoyándolas en su adaptación a la nueva legislación sobre tabaco, que impide el consumo del mismo en los lugares de trabajo.

– Se ha editado material diverso de educación sanitaria dirigido a diferentes grupos de población: fumadores, fumadores pasivos, madres/padres de escolares de ESO, embarazadas, profesionales sanitarios...

– Se han realizado numerosísimos actos de comunicación y promoción de hábitos saludables (mesas redondas, conferencias, intervenciones radiofónicas, concursos, ruedas de prensa, gymkanas, representaciones teatrales, stands en ferias, conciertos...) con motivos del Día Mundial sin Tabaco, en muchos municipios de la región de Madrid y en numerosos centros hospitalarios. En estos actos se ha repartido además una importante cantidad de material educativo y de promoción.

– Se han realizado dos symposia internacionales sobre prevención y tratamiento de tabaquismo, con la asistencia de profesionales de gran prestigio científico a nivel mundial.

- b) Señale, cuando sea posible, los resultados parciales/finales conseguidos en términos de: reducción de gastos, incremento de rendimientos y mejora de la calidad/eficacia de los servicios (tiempos de espera, desarrollo de la gama de servicios proporcionados, indicadores de salud, etc.). Explique en lo posible los criterios de cálculo utilizados

Como avance de resultados de impacto de las actividades desarrolladas frente al tabaquismo puede apreciarse la disminución que ha experimentado la prevalencia de fumadores en adultos y jóvenes en los años 2004-2006:

<i>Prevalencia de fumadores habituales (18-64 años)</i>		
2004	2005	2006
36.3%	34.8%	32.7%

<i>Prevalencia de fumadores diarios (15-16 años)</i>		
2004	2005	2006
21.0%	15.8%	14.0%

c) Otros

.....
.....
.....

8. Señalar las modalidades de control y supervisión del proyecto (incluyendo los indicadores utilizados)

Para la evaluación del plan se realizaron a finales de 2005 diferentes encuestas poblacionales sobre consumo, opiniones y actitudes en torno al tabaco, a población general, profesionales sanitarios y educadores, las cuales serán repetidas al finalizar el plan (principios de 2008) y permitirán medir los avances realizados. Los indicadores de evaluación a utilizar son los habituales para el tabaquismo, siendo los fundamentales:

- prevalencia de fumadores adultos (16-74 años) y jóvenes (15-16 años), diarios y ocasionales, por grupos de edad, sexo, nivel de estudios
- consumo medio de cigarrillos al día
- proporción de abandono del tabaquismo (nº de exfumadores/nº de fumadores+exfumadores) en población general y en profesionales sanitarios y docentes.
- edad media de inicio del consumo de tabaco.
- indicadores de atención al fumador: consejo médico, utilización por parte de los fumadores de los servicios sanitarios para la deshabituación
- exposición pasiva al humo de tabaco en el hogar, el trabajo y lugares de ocio
- conocimientos y actitudes en torno al tabaco

9. Presentar una valoración resumida sobre la experiencia, indicando los principales aspectos negativos y positivos

Durante el periodo transcurrido desde su puesta en marcha, el PRPCTCM ha conseguido importantes logros tanto en sus aspectos asistenciales, como preventivos.

En el terreno asistencial, según se ha comentado ya, se ha conseguido crear una red funcional de consultas de tabaquismo que ha unificado protocolos de trabajo y ha promovido la deshabituación en grupos prioritarios de población. Ello ha ido unido a una mayor dotación de profesionales sanitarios dedicados a esta labor y a una importante labor formativa de los mismos.

En el terreno preventivo se ha dado un gran impulso al trabajo con los escolares de 1º y 2º de ESO (12-14 años), aumentando considerablemente la cobertura de

intervención en las aulas y se ha acometido un estudio que permitirá mejorar considerablemente la intervención preventiva en los jóvenes.

En el área de comunicación se han conseguido también importantes logros: teléfono de información a población general, página web, numerosos actos de promoción, publicaciones diversas.

10. Señalar la eventual aplicación de la iniciativa a otros contextos indicando los recursos necesarios

.....
.....
.....

11. Señalar otros aspectos considerados de interés no incluidos en los apartados anteriores

.....
.....
.....

**PROPUESTA DE CUESTIONARIO SOBRE
LAS INICIATIVAS DE RACIONALIZACIÓN DEL
GASTO SANITARIO PÚBLICO**

**PLAN DE SALUD CARDIOVASCULAR DE LA COMUNIDAD DE
MADRID**

Deberá cumplimentarse un cuestionario por cada iniciativa

a) Denominación de la iniciativa:

PLAN DE SALUD CARDIOVASCULAR DE LA COMUNIDAD DE MADRID

b) Características generales de la iniciativa:

a) Señalar los fines y las motivaciones que han promovido la iniciativa

Reducir la incidencia de eventos clínicos cardiovasculares primeros o recurrentes (prevención primaria y secundaria) mortales o no mortales, dado la tasa de morbimortalidad atribuible a las enfermedades cardiovasculares en la Comunidad de Madrid.

b) Señalar el cronograma previsto para su implantación y desarrollo

Periodo 2007 -2010

c) Señalar los resultados esperados, inclusive en términos cuantitativos y cualitativos

- Cálculo del riesgo cardiovascular global en la población adulta (el 25% de la población de adulta menor de 60 años, cada año)
- Reducción en la incidencia de eventos clínicos cardiovasculares primeros o recurrentes (prevención primaria y secundaria) mortales o no mortales
- Disminución del riesgo cardiovascular en colectivos vulnerables
- Identificación de colectivos vulnerables (en relación al riesgo cardiovascular)
- Detección precoz de pacientes y familias con hipercolesterolemias de base genética
- Hábitos de vida saludables en los colectivos vulnerables
- Mejora del control de los factores de riesgo cardiovascular

c) Describir los instrumentos de implementación de la iniciativa en términos normativos, funcionales y organizativos (incluir la documentación más relevante)

El Plan de Salud Cardiovascular ha contado con una Comisión Asesora para su elaboración (BOCAM, Orden 1523/2005 de 6 de Octubre) y tiene previsto contar en su estructura organizativa con un Coordinador general del Plan, una Comisión asesora permanente y un Observatorio de salud cardiovascular

d) Indicar, si está disponible, el plan económico-financiero anual/plurianual de la iniciativa (incluir costes anuales estimados de implementación, explicando criterios de cálculo).

	€año 2007	€año 2008	€año 2009	€año 2010	€total PLAN
TOTAL	1.275.000	1.375.250	1.153.750	1.232.250	5.036.250

e) Señale los problemas o dificultades encontrados en la implementación de la medida

.....

f) Señale las soluciones adoptadas a los problemas anteriores

.....

g) Resultados de la iniciativa

d) Señale la mejora de los servicios proporcionados a los usuarios y de los aspectos funcionales/organizativos

- Se ha elaborado con la participación de todos los agentes implicados un Plan marco que afronta la prevención del riesgo cardiovascular con un planteamiento acorde a las Task force de prevención cardiovascular europeas
- Se ha incorporado el servicio de prevención cardiovascular a la cartera de Servicios de Asistencia Primaria

e) Señale, cuando sea posible, los resultados parciales/finales conseguidos en términos de: reducción de gastos, incremento de rendimientos y mejora de la calidad/eficacia de los servicios (tiempos de espera, desarrollo de la gama de servicios proporcionados, indicadores de salud, etc.). Explique en lo posible los criterios de cálculo utilizados

El Plan se acaba de editar y por lo tanto no es posible hablar de resultados

.....

f) Otros

.....

8. Señalar las modalidades de control y supervisión del proyecto (incluyendo los indicadores utilizados)

Se trata de un Plan Marco, que abordará a partir del 2º semestre 2007 el diseño y la implementación de los Programas que se establezcan en las 8 Areas de intervención identificadas. Será en esta fase en la que se trabajará para la adecuada selección de indicadores y otros sistemas de evaluación.

9. Presentar una valoración resumida sobre la experiencia, indicando los principales aspectos negativos y positivos

Aspectos Positivos: Contar ya desde el diseño, con la colaboración de todos los agentes implicados (representantes de pacientes, de profesionales de la Salud y de expertos de las principales sociedades científicas involucradas en el estudio y manejo del riesgo cardiovascular)

10. Señalar la eventual aplicación de la iniciativa a otros contextos indicando los recursos necesarios

.....
.....
.....

11. Señalar otros aspectos considerados de interés no incluidos en los apartados anteriores

.....
.....
.....

**PROPUESTA DE CUESTIONARIO SOBRE
LAS INICIATIVAS DE RACIONALIZACIÓN DEL
GASTO SANITARIO PÚBLICO**

**PROGRAMA REGIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL ASMA
COMUNIDAD DE MADRID**

Deberá cumplimentarse un cuestionario por cada iniciativa

1. Denominación de la iniciativa:

Programa Regional de Prevención y Control del Asma de la Comunidad de Madrid

2. Características generales de la iniciativa:

a) Señalar los fines y las motivaciones que han promovido la iniciativa:

Objetivo general:

Mejorar la prevención y control del asma en la Comunidad de Madrid

Objetivos específicos:

Vigilar la evolución de la morbilidad y mortalidad por asma en la Comunidad de Madrid.

Vigilar los factores de riesgo de origen ambiental implicados en las crisis asmáticas

Difundir, entre profesionales y población general, la información que generan los sistemas de información.

Mejorar el conocimiento y manejo clínico del asma, así como fomentar los autocuidados en los pacientes.

Potenciar las líneas de investigación relacionados con el asma para conocer mejor los factores de riesgo vinculados al mismo

Involucrar a las diferentes Sociedades Científicas establecidas en la Comunidad de Madrid y con intereses reconocidos en el asma, en este Programa

b) Señalar el cronograma previsto para su implantación y desarrollo

- Se vigila en continuo la evolución de la morbimortalidad. Además se va a realizar la II Encuesta de Prevalencia de Asma de la Comunidad de Madrid en el año 2008
- Se vigila en continuo la evolución de los niveles de polen y esporas en la Comunidad de Madrid a través de la Red Palinológica
- Se han editado los documentos: "Guía de autocuidados en asma" y "Mi diario del asma".
- Durante el año 2008 se van a poner en marcha los siguientes cursos:
 - Autocuidados en asma en Atención Primaria (dirigido a médicos y enfermería)
 - Actualización en el diagnóstico y tratamiento del asma en Atención Primaria (dirigido a médicos y enfermería)

- Asma y escuela (dirigido a los profesores de Educación Física)
- c) Señalar los resultados esperados, inclusive en términos cuantitativos y cualitativos
- Mejorar el diagnóstico y tratamiento del asma en Atención Primaria
 - Disminuir la presión asistencial en urgencias, por asma
 - Disminuir la presión asistencia por asma en Atención especializada
3. *Describir los instrumentos de implementación de la iniciativa en términos normativos, funcionales y organizativos (incluir la documentación más relevante)*
- Orden 49/2007, de 15 de enero, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se regula la Comisión Asesora del Programa Regional de Prevención y Control del Asma de la Comunidad de Madrid
 - Orden 825/2007, de 25 de mayo, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se nombran a los miembros de la Comisión Asesora del Programa Regional de Prevención y Control del Asma de la Comunidad de Madrid
4. *Indicar, si está disponible, el plan económico-financiero anual/plurianual de la iniciativa (incluir costes anuales estimados de implementación, explicando criterios de cálculo).*
- El plan económico-financiero se está elaborando.
5. *Señale los problemas o dificultades encontrados en la implementación de la medida.*
6. *Señale las soluciones adoptadas a los problemas anteriores*
7. *Resultados de la iniciativa*
- g) Señale la mejora de los servicios proporcionados a los usuarios y de los aspectos funcionales/organizativos
- Mayor grado de información:
- De factores ambientales: niveles de polen en la Comunidad de Madrid
 - De la enfermedad: Guía de autocuidados
 - De relación con el sistema asistencial: Mi diario del asma

- De formación: al personal de Atención Primaria

- h) Señale, cuando sea posible, los resultados parciales/finales conseguidos en términos de: reducción de gastos, incremento de rendimientos y mejora de la calidad/eficacia de los servicios (tiempos de espera, desarrollo de la gama de servicios proporcionados, indicadores de salud, etc.). Explique en lo posible los criterios de cálculo utilizados
 - De momento no lo hemos realizado dada la complejidad del mismo, pero esa evaluación esta prevista en el Programa

- i) Otros

8. Señalar las modalidades de control y supervisión del proyecto (incluyendo los indicadores utilizados)

- Los sistemas de vigilancia, tanto ambientales como epidemiológicos, tienen sus propios indicadores de calidad y de actividad.
- La formación será acreditada por la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios, Agencia "Lain Entralgo" de la Comunidad de Madrid. Contará con los indicadores propios de actividad.
- Se está trabajando en procedimientos de evaluación del Programa en términos globales.

9. Presentar una valoración resumida sobre la experiencia, indicando los principales aspectos negativos y positivos

- La experiencia en términos globales está siendo muy positiva, tanto para la parte asistencial, como para los pacientes y su entorno.
- La dificultades:
 - introducir en cartera de servicios de Atención Primaria los autocuidados en asma
 - la formación del personal de Atención Primaria debe hacerse mediante cursos no presenciales.

10. Señalar la eventual aplicación de la iniciativa a otros contextos indicando los recursos necesarios

Creemos que la experiencia es perfectamente exportable a otros contextos. Hace falta voluntad de llevarlos a cabo, implicación de las Sociedades Científicas y un gestor de Salud Pública que coordine las acciones.

11. *Señalar otros aspectos considerados de interés no incluidos en los apartados anteriores*

Resulta relevante incorporar la investigación al programa. En este sentido el Ministerio de Sanidad y Consumo debería promover la incorporación de estas líneas de trabajo a los CIBER del Instituto de Salud Carlos III.

**PROPUESTA DE CUESTIONARIO SOBRE
LAS INICIATIVAS DE RACIONALIZACIÓN DEL
GASTO SANITARIO PÚBLICO**

PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN EN ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

Deberá cumplimentarse un cuestionario por cada iniciativa

1. Denominación de la iniciativa:

Promoción y Educación en Alimentación y Nutrición.

2. Características generales de la iniciativa:

a) Señalar los fines y las motivaciones que han promovido la iniciativa

Mejorar la dieta y los hábitos alimentarios de los madrileños . Incremento el sobrepeso y la obesidad en la población.

b) Señalar el cronograma previsto para su implantación y desarrollo

Enero 2005 – Mayo 2007.

c) Señalar los resultados esperados, inclusive en términos cuantitativos y cualitativos

Disminuir la obesidad infantil y el sobrepeso. Incrementar el consumo de verduras y hortalizas. Reducir el consumo de grasas saturadas

3. Describir los instrumentos de implementación de la iniciativa en términos normativos, funcionales y organizativos (incluir la documentación más relevante)

Diseño de un programa para el periodo indicado. Creación de Comisiones mixtas con implicación de Educación, Ayutamientos y Atención Primaria.

4. Indicar, si está disponible, el plan económico-financiero anual/plurianual de la iniciativa (incluir costes anuales estimados de implementación, explicando criterios de cálculo).

Coste anual 350.000€.

Coste Plurianual del periodo 1.000.000€.

5. Señale los problemas o dificultades encontrados en la implementación de la medida

Motivación de la población.

Trabajo en el ámbito escolar.

6. Señale las soluciones adoptadas a los problemas anteriores

Esfuerzo de comunicación.

Creación de grupos de trabajo multidisciplinares con Educación – Ayuntamientos – Asistencia.

7. Resultados de la iniciativa

- a) Señale la mejora de los servicios proporcionados a los usuarios y de los aspectos funcionales/organizativos

Implicación del colectivo escolar (147 centros) y de los Ayuntamientos (16.000 niños) que participan en la iniciativa.

Implantación de Talleres de Nutrición Actividad Física y Prevención de la obesidad en 18 municipios.

- b) Señale, cuando sea posible, los resultados parciales/finales conseguidos en términos de: reducción de gastos, incremento de rendimientos y mejora de la calidad/eficacia de los servicios (tiempos de espera, desarrollo de la gama de servicios proporcionados, indicadores de salud, etc.). Explique en lo posible los criterios de cálculo utilizados

.....
.....
.....

- c) Otros

.....
.....

8. Señalar las modalidades de control y supervisión del proyecto (incluyendo los indicadores utilizados)

Medir el número de niños y adultos que participan en los proyectos específicos y evaluación de los resultados

9. Presentar una valoración resumida sobre la experiencia, indicando los principales aspectos negativos y positivos

Dificultad de dar integralidad a la media y escasa motivación de la sociedad.

Buena motivación de los profesionales multidisciplinares que participan en el proyecto.

10. Señalar la eventual aplicación de la iniciativa a otros contextos indicando los recursos necesarios

La iniciativa se aplica a todo el ámbito territorial de la Comunidad de Madrid. Las acciones concretas se irán ampliando progresivamente a todos los municipios.

11. Señalar otros aspectos considerados de interés no incluidos en los apartados anteriores

.....
.....
.....

**PROPUESTA DE CUESTIONARIO SOBRE
LAS INICIATIVAS DE RACIONALIZACIÓN DEL
GASTO SANITARIO PÚBLICO**

**CREACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEL INSTITUTO DE NUTRICIÓN Y
TRASTORNOS ALIMENTARIOS**

Deberá cumplimentarse un cuestionario por cada iniciativa

1. *Denominación de la iniciativa:*

Creación y puesta en marcha del Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios.

2. *Características generales de la iniciativa:*

a) Señalar los fines y las motivaciones que han promovido la iniciativa

Mejorar el estado de salud de la población a través de la promoción, el asesoramiento, la educación y la investigación en materia de Nutrición impulsando la coordinación entre ámbito público y privado.

b) Señalar el cronograma previsto para su implantación y desarrollo

Diciembre 2006 – Mayo 2011.

c) Señalar los resultados esperados, inclusive en términos cuantitativos y cualitativos

Mejora de los hábitos alimentarios en niños y jóvenes.

Mejora de la formación de la población sobre la dieta equilibrada.

Disminución del sobrepeso y la obesidad en la población.

3. *Describir los instrumentos de implementación de la iniciativa en términos normativos, funcionales y organizativos (incluir la documentación más relevante)*

Ley 4/2006 de Medidas Fiscales y Administrativas de la Comunidad de Madrid

Decreto 12/2007 sobre el Régimen Jurídico y de Funcionamiento del Instituto.

4. *Indicar, si está disponible, el plan económico-financiero anual/plurianual de la iniciativa (incluir costes anuales estimados de implementación, explicando criterios de cálculo).*

2007 – 995.000€

2008 – 1.074.000€

5. *Señale los problemas o dificultades encontrados en la implementación de la medida*

Implicar en el mismo proyecto a Educación – Municipios – Investigadores – Sociedades Científicas y Empresas Privadas.

6. Señale las soluciones adoptadas a los problemas anteriores

Creación de Comisiones Técnicas de Promoción – Atención Primaria - Formación.

7. Resultados de la iniciativa

- a) Señale la mejora de los servicios proporcionados a los usuarios y de los aspectos funcionales/organizativos

Información transparente a la población sobre la nutrición, publicidad engañosa, dieta mediterránea.

Teléfono gratuito de información a toda la población para consultas sobre nutrición, dieta, publicidad y trastornos alimentarios.

- b) Señale, cuando sea posible, los resultados parciales/finales conseguidos en términos de: reducción de gastos, incremento de rendimientos y mejora de la calidad/eficacia de los servicios (tiempos de espera, desarrollo de la gama de servicios proporcionados, indicadores de salud, etc.). Explique en lo posible los criterios de cálculo utilizados

No hay tiempo suficiente.

- c) Otros

.....
.....
.....

8. Señalar las modalidades de control y supervisión del proyecto (incluyendo los indicadores utilizados)

A través del Barómetro de Alimentación se evalúen los hábitos de compra y consumo de los madrileños, para conocer su evaluación.

9. Presentar una valoración resumida sobre la experiencia, indicando los principales aspectos negativos y positivos

.....
.....
.....

10. Señalar la eventual aplicación de la iniciativa a otros contextos indicando los recursos necesarios

Se aplicará en todo el ámbito territorial de la Comunidad de Madrid.

11. Señalar otros aspectos considerados de interés no incluidos en los apartados anteriores

.....
.....
.....

Madrid (Comunidad de)

* Las celdas sombreadas en gris hacen referencia a datos que no se han de cumplimentar.

Retribuciones enviadas por la Comunidad Autónoma en 2006										
1999	Sueldo	Destino	Espec. (gral)	Esp. (turnos)	Específico	P. Fija	TIS	Acuerdos CA/Otros	Total	P. Variable
Facultativo Especialista de Área	13.296,49	6.021,60	0,00			4.672,80		7.973,76	31.964,65	1.577,66
Médico de Familia de Atención Primaria	13.296,49	6.021,60	0,00			0,00	5.378,96	7.973,76	32.670,81	3.155,31
Enfermera/DUE (UH) con turnicidad	11.285,08	4.889,81	0,00	760,92		15,72		0,00	16.951,53	540,91
Enfermera/DUE (UH) de Atención Primaria	11.285,08	4.889,81	0,00			0,00	2.296,92	0,00	18.471,81	2.115,56
Técnico Especialista con Turnicidad	8.412,23	3.846,03	0,00	576,84		78,76		0,00	12.913,86	240,40
Auxiliar de Enfermería (UH) con Turnicidad	6.878,50	3.382,16	0,00	450,00		443,26		0,00	11.153,92	228,38
Técnico Función Administrativa	13.296,49	5.644,14			3.189,48	0,00		0,00	22.130,11	1.021,72
Gestión Función Administrativa	11.285,08	4.889,81			0,00	0,00		0,00	16.174,89	540,91
Administrativo Función Administrativa	8.412,23	3.846,03			150,16	0,00		0,00	12.408,42	240,40
Auxiliar Función Administrativa	6.878,50	3.382,16			150,16	232,38		0,00	10.643,20	228,38
Celador con turnos atención directa al enfermo	6.279,49	3.150,18	0,00	450,00		1.105,62		0,00	10.985,29	216,36
Pinche sin turnos	6.279,49	2.918,12			150,16	880,53		0,00	10.228,30	216,36

* Las celdas sombreadas en gris hacen referencia a datos que no se han de cumplimentar.

Número de profesionales		
Dato 2006	Dato 2005	2006-2005
6.660	6.660	
3.425	3.425	
11.910	11.910	
3.025	3.025	

Retribuciones enviadas por la Comunidad Autónoma en 2006										
2000	Sueldo	Destino	Espec. (gral)	Esp. (turnos)	Específico	P. Fija	TIS	Acuerdos CA/Otros	Total	P. Variable
Facultativo Especialista de Área	13.562,46	6.142,22	0,00			4.766,16		8.133,24	32.604,08	1.951,24
Médico de Familia de Atención Primaria	13.562,46	6.142,22	0,00			0,00	5.486,54	8.133,24	33.324,46	3.303,51
Enfermera/DUE (UH) con turnicidad	11.510,84	4.987,56	522,66	776,16		16,01		0,00	17.813,23	785,79
Enfermera/DUE (UH) de Atención Primaria	11.510,84	4.987,56	0,00			0,00	2.342,86	0,00	18.841,26	2.252,25
Técnico Especialista con Turnicidad	8.580,52	3.922,97	0,00	588,36		200,57		0,00	13.292,42	402,73
Auxiliar de Enfermería (UH) con Turnicidad	7.016,07	3.449,93	0,00	459,00		554,33		0,00	11.479,33	363,91
Técnico Función Administrativa	13.562,46	5.757,31			3.253,20	0,00		0,00	22.572,97	1.290,13
Gestión Función Administrativa	11.510,84	4.987,56			369,55	0,00		0,00	16.867,95	785,79
Administrativo Función Administrativa	8.580,52	3.922,97			153,19	120,23		0,00	12.776,91	402,73
Auxiliar Función Administrativa	7.016,07	3.449,93			153,19	327,14		0,00	10.946,33	363,91
Celador con turnos atención directa al enfermo	6.405,12	3.213,44	0,00	459,00		1.199,88		0,00	11.277,44	336,43
Pinche sin turnos	6.405,12	2.976,74			153,19	970,25		0,00	10.505,30	336,43

Número de profesionales		
Dato 2006	Dato 2005	2006-2005
6.747	6.747	
3.277	3.277	
11.968	11.968	
3.024	3.024	

Retribuciones enviadas por la Comunidad Autónoma en 2006										
2001	Sueldo	Destino	Espec. (gral)	Esp. (turnos)	Específico	P. Fija	TIS	Acuerdos CA/Otros	Total	P. Variable
Facultativo Especialista de Área	13.833,74	6.265,11	0,00			5.012,73		8.295,84	33.407,42	1.794,02
Médico de Familia de Atención Primaria	13.833,74	6.265,11	0,00			151,17	5.596,27	8.295,84	34.142,13	3.305,57
Enfermera/DUE (UH) con turnicidad	11.741,13	5.087,38	979,12	791,64		155,71		0,00	18.754,98	815,93
Enfermera/DUE (UH) de Atención Primaria	11.741,13	5.087,38	0,00			139,41	2.389,72	0,00	19.357,64	2.205,71
Técnico Especialista con Turnicidad	8.752,17	4.001,44	263,04	600,12		482,49		0,00	14.099,26	386,69
Auxiliar de Enfermería (UH) con Turnicidad	7.156,42	3.518,97	228,36	468,12		679,10		0,00	12.050,97	333,20
Técnico Función Administrativa	13.833,74	5.872,50			4.039,52	151,17		0,00	23.896,93	1.645,57
Gestión Función Administrativa	11.741,13	5.087,38			822,91	139,41		0,00	17.790,83	815,93
Administrativo Función Administrativa	8.752,17	4.001,44			419,24	245,29		0,00	13.418,14	386,69
Auxiliar Función Administrativa	7.156,42	3.518,97			350,94	447,44		0,00	11.473,77	333,20
Celador con turnos atención directa al enfermo	6.533,27	3.277,74	180,36	468,12		1.334,10		0,00	11.793,59	300,27
Pinche sin turnos	6.533,27	3.036,34			300,46	1.099,85		0,00	10.969,92	300,27

* Las celdas sombreadas en gris hacen referencia a datos que no se han de cumplimentar.

Número de profesionales		
Dato 2006	Dato 2005	2006-2005
6.874	6.874	
3.346	3.346	
12.091	12.091	
3.073	3.073	

Retribuciones enviadas por la Comunidad Autónoma en 2006										
2002	Sueldo	Destino	Espec. (gral)	Esp. (turnos)	Específico	P. Fija	TIS	Acuerdos CA/Otros	Total	P. Variable
Facultativo Especialista de Área	14.110,46	6.390,44	8.616,00			4.958,76		1.257,96	35.333,62	2.404,04
Médico de Familia de Atención Primaria	14.110,46	6.390,44	8.616,00			0,00	9.637,44	1.257,96	40.012,30	935,88
Enfermera/DUE (UH) con turnicidad	11.976,02	5.189,10	1.596,00	3.076,34		16,68		918,00	22.772,14	580,26
Enfermera/DUE (UH) de Atención Primaria	11.976,02	5.189,10	142,20			1.913,40	4.855,80	918,00	24.994,52	580,26
Técnico Especialista con Turnicidad	8.927,24	4.081,56	677,88	2.264,38		292,08		900,96	17.144,10	263,58
Auxiliar de Enfermería (UH) con Turnicidad	7.299,60	3.589,46	614,52	1.916,59		593,04		884,04	14.897,25	264,06
Técnico Función Administrativa	14.110,46	5.990,04			3.852,36	0,00		645,96	24.598,82	2.404,04
Gestión Función Administrativa	11.976,02	5.189,10			1.436,64	0,00		918,00	19.519,76	784,31
Administrativo Función Administrativa	8.927,24	4.081,56			677,88	208,44		900,96	14.796,08	294,28
Auxiliar Función Administrativa	7.299,60	3.589,46			567,84	369,24		884,04	12.710,18	263,58
Celador con turnos atención directa al enfermo	6.664,00	3.343,48	530,76	1.916,59		1.277,64		510,00	14.242,47	239,07
Pinche sin turnos	6.664,00	3.097,08			493,92	1.038,72		510,00	11.803,72	239,07

* Las celdas sombreadas en gris hacen referencia a datos que no se han de cumplimentar.

Número de profesionales		
Dato 2006	Dato 2005	2006-2005
7.001	7.001	
4.140	4.140	
12.134	12.134	
3.400	3.540	
2.139	2.139	
9.552	9.552	
178	178	
130	130	
932	932	
3.596	3.596	
3.618	3.618	
1.344	1.344	

Retribuciones enviadas por la Comunidad Autónoma en 2006										
2003	Sueldo	Destino	Espec. (gral)	Esp. (turnos)	Específico	P. Fija	TIS	Acuerdos CA/Otros	Total	P. Variable
Facultativo Especialista de Área	14.392,70	6.735,68	8.788,32			5.057,88		2.478,96	37.453,54	2.501,17
Médico de Familia de Atención Primaria	14.392,70	6.735,68	8.788,32			0,00	9.823,56	2.478,96	42.219,22	973,69
Enfermera/DUE (UH) con turnicidad	12.215,56	5.469,38	1.627,92	3.137,87		17,04		1.809,00	24.276,77	816,39
Enfermera/DUE (UH) de Atención Primaria	12.215,56	5.469,38	145,08			1.951,68	4.960,92	1.809,00	26.551,62	603,70
Técnico Especialista con Turnicidad	9.105,74	4.820,90	1.291,44	2.309,67		519,00		1.775,52	19.822,27	300,17
Auxiliar de Enfermería (UH) con Turnicidad	7.445,62	3.783,22	626,76	1.954,92		604,92		1.742,04	16.157,48	268,85
Técnico Función Administrativa	14.392,70	6.313,58			4.359,96	0,00		1.272,96	26.339,20	2.501,17
Gestión Función Administrativa	12.215,56	5.469,38			1.465,32	0,00		1.809,00	20.959,26	816,39
Administrativo Función Administrativa	9.105,74	4.301,92			1.291,44	282,60		1.775,52	16.757,22	300,17
Auxiliar Función Administrativa	7.445,62	3.783,22			579,24	376,68		1.742,04	13.926,80	268,85
Celador con turnos atención directa al enfermo	6.797,28	3.264,38	541,32	1.954,92		1.651,68		1.005,00	15.214,58	243,85
Pinche sin turnos	6.797,28	3.264,38			503,76	1.059,48		1.005,00	12.629,90	248,73

* Las celdas sombreadas en gris hacen referencia a datos que no se han de cumplimentar.

Número de profesionales		
Dato 2006	Dato 2005	2006-2005
7.189	7.189	
4.240	4.240	
12.223	12.223	
3.453	3.621	
2.155	2.155	
9.663	9.663	
201	201	
124	124	
975	975	
3.632	3.632	
3.688	3.688	
1.356	1.356	

Retribuciones enviadas por la Comunidad Autónoma en 2006										
2004	Sueldo	Destino	Espec. (gral)	Esp. (turnos)	Específico	P. Fija	TIS	Acuerdos CA/Otros	Total	P. Variable
Facultativo Especialista de Área	14.680,82	7.092,12	4.404,12			9.719,04		3.699,96	39.596,06	2.551,19
Médico de Familia de Atención Primaria	14.680,82	7.092,12	4.404,12			4.965,00	10.026,84	3.699,96	44.868,86	993,17
Enfermera/DUE (UH) con turnicidad	12.460,00	5.758,90	1.660,44	3.305,07		17,40		2.700,00	25.901,81	816,39
Enfermera/DUE (UH) de Atención Primaria	12.460,00	5.758,90	147,96			1.531,20	5.060,16	2.700,00	27.658,22	615,77
Técnico Especialista con Turnicidad	9.288,02	5.076,26	1.317,24	2.437,68		1.189,44		2.649,96	21.958,60	306,17
Auxiliar de Enfermería (UH) con Turnicidad	7.594,58	3.983,56	639,24	2.068,34		617,04		2.600,04	17.502,80	274,23
Técnico Función Administrativa	14.680,82	6.647,62			4.447,20			1.899,96	27.675,00	2.551,19
Gestión Función Administrativa	12.460,00	5.758,90			1.494,60			2.700,00	22.413,50	816,39
Administrativo Función Administrativa	9.288,02	4.529,70			1.317,24			2.649,96	18.403,16	306,17
Auxiliar Función Administrativa	7.594,58	3.983,56			590,88	756,36		2.600,04	15.525,42	274,23
Celador con turnos atención directa al enfermo	6.933,36	3.710,56	552,12	2.068,34		1.329,24		1.500,00	16.093,62	248,73
Pinche sin turnos	6.933,36	3.437,14			513,84	1.080,72		1.500,00	13.465,06	248,73

Número de profesionales		
Dato 2006	Dato 2005	2006-2005
7.838		
4.441		
13.179		
3.593		
2.252		
10.047		
207		
152		
1.121		
4.142		
3.704		
1.312		

SOLICITUD DE CONFIRMACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE LOS DATOS SOBRE ACTIVIDAD Y RECURSOS

La información recogida en esta tabla incorpora los datos de la Comunidad Autónoma que se han recibido en el Grupo de Trabajo para el análisis del gasto sanitario hasta el 12 de febrero de 2007. Se ruega a la Comunidad Autónoma confirme estos datos o introduzca las actualizaciones que considere precisas, especialmente aquellos datos que no se han cumplimentado, con objeto de cerrar la recogida de la información sobre actividad y recursos el día 28 de febrero de 2007. Se ruega, igualmente, distinguan los datos no disponibles con n.d.

Para facilitar la actualización de las cifras en la AGE, se solicita indiquen las modificaciones en color ROJO.

2004										ENTES PÚBLICOS			DEUDA			
	1 Medios propios	2 Adquisición bienes y serv. Sector privado	3 Serv. Sanit. Concertados y transfer.	4 Gastos de Capital	TOTAL	MINISTERIO	Diferencia	Deuda dif. 2004-2003	TOTAL GASTO REAL		Financiado	Gastado	Diferencia	2003	2004	Diferencia
Servicios hospitalarios y especializados	2.677.183.478	293.027.064	9.084.692		2.979.295.234	3.281.061.000	-301.765.766	175.848.856	3.153.144.090					157.197.144	333.046.000	175.848.856
Docencia	108.280.456				108.280.456		108.280.456	0	108.280.456							0
Servicios primarios de salud	575.745.529		19.931.238		595.676.767	596.099.000	-422.233	1.415.557	597.092.324					400.324	1.815.881	1.415.557
Servicios de Salud Pública	84.437.286				84.437.286	84.437.000	286	0	84.437.286							0
Servicios colectivos de salud	103.255.544	0	0	0	103.255.544	100.232.000	3.023.544	123.000	103.378.544				0	123.000	123.000	
Investigación y formación	14.890.666				14.890.666	14.891.000	-334	0	14,890.666							0
Gasto de administración general	88.364.878				88.364.878	76.854.000	11.510.878	123.000	88.487.878					123.000	123.000	
Farmacia (Recetas médicas)		961.945.722			961.945.722	970.590.000	-8.644.278	7.651.495	969.597.217				64.981.624	72.633.119	7.651.495	
Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	0	43.420.165	0	0	43.420.165	52.527.000	-9.106.835	-1.000.000	42.420.165				1.000.000		-1.000.000	
Traslado de enfermos		35.989.876			35.989.876	45.097.000	-9.107.124	0	35.989.876							0
Prótesis		7.430.289			7.430.289	7.430.000	289	-1.000.000	6.430.289				1.000.000		-1.000.000	
Gastos de Capital				188.231.969	188.231.969	190.098.000	-1.866.031	0	188.231.969							0
Transferencias a otros sectores			9.777.905		9.777.905	9.778.000	-95	0	9,777.905							0
	3.548.902.293	1.298.392.951	38.793.835	188.231.969	5.074.321.048	5.284.822.000	-210.500.952	184.038.908	5.258.359.956		0	0	0	223.579.092	407.618.000	184.038.908
Inst- Priv. Sin fines lucro			17.356.224		17.356.224				17,356.224							
			56.150.059		5.091.677.272	5.284.822.000	-210.500.952	184.038.908	5.275.716.180							
Especializada			13.579.640						1.847.097							
Primaria			2.227.470													
Salud Pública			1.549.114													
									5.277.563.277							

2005										ENTES PÚBLICOS			DEUDA			
	1 Medios propios	2 Adquisición bienes y serv. Sector privado	3 Serv. Sanit. Concertados y transfer.	4 Gastos de Capital	TOTAL	MINISTERIO	Diferencia	Deuda dif. 2005-2004	TOTAL GASTO REAL	G.R. %05/04	Financiado	Gastado	Diferencia	2004	2005	Diferencia
Servicios hospitalarios y especializados	3.278.780.120	286.285.067	9.357.450		3.574.422.637	3.576.534.000	-2.111.363	-133.591.399	3.440.831.238	9,1%				333.046.000	199.454.601	-133.591.399
Docencia	112.719.202				112.719.202		112,719.202	0	112,719.202	4,1%						0
Servicios primarios de salud	633.758.745		21.755.896		655.514.641	655.251.000	263.641	4.983.958	660.498.600	10,6%				1.815.881	6.799.840	4.983.958
Servicios de Salud Pública	82.574.464		27.040		82.601.504	82.574.000	27.504	0	82,601.504	-2,2%						0
Servicios colectivos de salud	102.535.347	0	0	0	102.535.347	111.560.000	-9.024.653	52.453	102.587.800	-0,8%				123.000	175.453	52.453
Investigación y formación	13.920.145				13.920.145	13.920.000	145	0	13,920.145	-6,5%						0
Gasto de administración general	88.615.202				88.615.202	88.531.000	84.202	52.453	88,667.655	0,2%				123.000	175.453	52.453
Farmacia (Recetas médicas)		1.027.990.507			1.027.990.507	1.022.049.000	5.941.507	2.051.787	1.030.042.294	6,2%				72.633.119	74.684.906	2.051.787
Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	0	47.301.812	0	0	47.301.812	46.884.000	417.812	0	47,301.812	11,5%						0
Traslado de enfermos		38.490.616			38.490.616	38.073.000	417.616	0	38,490.616	6,9%						0
Prótesis		8.811.196			8.811.196	8.811.000	196	0	8,811.196	37,0%						0
Gastos de Capital				192.549.620	192.549.620	191.267.000	1.282.620	0	192,549.620	2,3%						0
Transferencias a otros sectores			15.188.449		15.188.449	15.188.000	449	0	15,188.449	55,3%						0
	4.210.367.878	1.361.577.386	46.328.835	192.549.620	5.810.823.719	5.701.307.000	109.516.719	-126.503.200	5.684.320.519	8,1%	0	0	0	407.618.000	281.114.800	-126.503.200
Inst- Priv. Sin fines lucro			17.405.001		17,405.001				17,405.001	8,1%						
			63.733.836		5.826.228.720	5.701.307.000	109.516.719	-126.503.200	5.701.725.520	8,1%						
Especializada			13.546.198						1.828.318							
Primaria			2.152.356													
Salud Pública			1.706.447													
									5.703.553.838	8,1%						

GASTO REAL DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO (MSC) CLASIFICACIÓN ECONÓMICA

2004										ENTES PÚBLICOS			DEUDA					
Capítulo	Obligaciones sin Consumo	Oblig. %04/03	Mayor gasto Entes Públ.	TOT GASTO sin deuda	Deuda dif. 2004-2003	Gasto real 2004	G.R. %04/03	Financiado	Gastado	Diferencia	2003	2004	Deuda diferencial					
I Gastos de Personal (Sin cuotas)	1.877.154.856	11,5%	0	1.877.154.856	0	1.877.154.856	-11,5%			0			0					
I Cuotas Seguridad Social	501.007.745	13,9%	0	501.007.745	-4.816.158	496.191.587	-11,6%			0	4.816.158		-4.816.158					
Total Capítulo 1	2.378.162.601	12,0%	-118.532.359	2.496.694.960	-4.816.158	2.491.878.802	17,1%	118.532.359	118.532.359	0	4.816.158		-4.816.158					
II Gastos c. en bienes y servicios	969.010.239	6,4%	93.930.538	1.062.940.777	186.650.485	1.249.591.262	32,5%	93.930.538	93.930.538	0	135.651.515	322.302.000	186.650.485					
II Concieratos	493.705.334	24,3%	-157.295.182	336.410.152	-10.126.369	326.283.783	-16,9%	157.295.182	-157.295.182	0	17.078.369	6.952.000	-10.126.369					
Total Capítulo 2	1.462.715.572	11,8%	-63.364.644	1.399.330.928	176.524.116	1.575.875.044	18,0%	157.295.182	93.930.538	-63.364.644	152.729.884	329.254.000	176.524.116					
III Gastos financieros	0	0%	0	0	0	0	0%			0			0					
IV Transferencias corrientes	1.065.729.733	18,0%	-58.330.320	1.007.399.413	10.465.376	1.017.864.789	5,0%	58.330.320	-58.330.320	0	65.981.624	76.447.000	10.465.376					
Operaciones corrientes	4.906.607.907	13,2%	-3.162.605	4.903.445.302	182.173.334	5.085.618.636	14,7%	215.625.502	212.462.897	-3.162.605	223.527.666	405.701.000	182.173.334					
VII Inversiones	161.102.785	6,0%	23.216.509	184.319.294	1.865.574	186.184.868	22,5%		23.216.509	23.216.509	51.426	1.917.000	1.865.574					
VII Transferencias de Capital	2.544.447	-88,3%	1368228	3.912.675	0	3.912.675	-82,1%	2.544.447	3.912.675	1.368.228			0					
Operaciones de capital	163.647.232	-5,9%	24584737	188.231.969	1865574	190.097.543	9,4%	2.544.447	27.129.184	24.584.737	51.426	1.917.000	1.865.574					
VIII Activos Financieros	1.847.097	-26,6%	0	1.847.097	0	1.847.097	-26,6%			0	0	0	0					
Total	5.072.102.236	12,5%	21.422.132	5.093.524.368	184.038.908	5.277.563.276	14,5%	218.169.949	239.592.081	21.422.132	223.579.092	407.618.000	184.038.908					
2005										Sin Cap VIII 5.275.716.179			ENTES PÚBLICOS			DEUDA		
Capítulo	Obligaciones sin Consumo	Oblig. %05/04	Mayor gasto Entes Públ.	TOT GASTO sin deuda	Deuda dif. 2005-2004	Gasto real 2005	G.R. %05/04	Financiado	Gastado	Diferencia	2004	2005	Diferencia					
I Gastos de Personal (Sin cuotas)	2.070.064.877	10,3%	0	2.070.064.877	2.819	2.070.067.696	10,3%			0		2.819	2.819					
I Cuotas Seguridad Social	552.321.762	10,2%	0	552.321.762	0	552.321.762	11,3%			0		0	0					
Total Capítulo 1	2.622.386.639	10,3%	143.522.741	2.765.909.380	2.819	2.765.912.199	11,0%	143.522.741	143.522.741	0	2.819	2.819	0					
II Gastos c. en bienes y servicios	1.351.145.321	39,4%	104.450.550	1.455.595.871	-129.918.980	1.325.676.891	6,1%	104.450.550	104.450.550	0	322.302.000	192.383.020	-129.918.980					
II Concieratos	523.194.575	6,0%	-185.442.503	337.752.072	4.330.822	342.082.894	4,8%	185.442.503	-185.442.503	0	6.952.000	11.282.822	4.330.822					
Total Capítulo 2	1.874.339.896	28,1%	-80.991.953	1.793.347.943	-125.588.159	1.667.759.784	5,8%	185.442.503	104.450.550	-80.991.953	329.254.000	203.665.841	-125.588.159					
III Gastos financieros	0	0%	0	0	0	0	0%			0			0					
IV Transferencias corrientes	1.136.288.808	6,6%	-59.867.031	1.076.421.777	839.845	1.077.261.622	5,8%	59.867.031	-59.867.031	0	76.447.000	77.286.845	839.845					
Operaciones corrientes	5.633.015.343	14,8%	2.663.757	5.635.679.100	-124.745.495	5.510.933.605	8,4%	245.309.534	247.973.291	2.663.757	405.701.000	280.955.505	-124.745.495					
VII Inversiones	183.149.536	13,7%	8.820.372	191.969.908	-1.757.705	190.212.203	2,2%	8.820.372	8.820.372	0	1.917.000	159.295	-1.757.705					
VII Transferencias de Capital	2.544.447	0,0%	-1964735	579.712	0	579.712	-85,2%	2.544.447	579.712	-1.964.735			0					
Operaciones de capital	185.693.983	13,5%	6855637	192.549.620	-1757705	190.791.915	0,4%	2.544.447	9.400.084	6.855.637	1.917.000	159.295	-1.757.705					
VIII Activos Financieros	1.794.909	-2,8%	33409	1.828.318	0	1.828.318	-1,0%		33.409	33.409			0					
Total	5.820.504.234	14,8%	9.552.803	5.830.057.037	-126.503.200	5.703.553.837	8,1%	247.853.981	257.406.784	9.552.803	407.618.000	281.114.800	-126.503.200					
Amortiz. Y gastos financieros										10.908.000	5.692.645.837							
2006										Sin Cap VIII 5.701.725.519			ENTES PÚBLICOS			DEUDA		
Capítulo	Obligaciones sin Consumo	Oblig. %06/05	Mayor gasto Entes Públ.	TOT GASTO sin deuda	Deuda dif. 2006-2005	Gasto real 2006	G.R. %06/05	Financiado	Gastado	Diferencia	2005	2006	Diferencia					
I Gastos de Personal (Sin cuotas)	2.218.977.632	7,2%	0	2.218.977.632	-1.319	2.218.976.313	7,2%			0	2.819	1.500	-1.319					
I Cuotas Seguridad Social	586.020.100	6,1%	0	586.020.100	56.332	586.076.432	6,1%			0	0	56.332	56.332					
Total Capítulo 1	2.804.997.732	7,0%	160.103.996	2.965.101.728	55.014	2.965.156.742	7,2%	160.103.996	160.103.996	0	2.819	57.833	55.014					
II Gastos c. en bienes y servicios	1.315.584.996	-2,6%	127.991.060	1.443.576.056	-9.676.024	1.433.900.032	8,2%	127.991.060	127.991.060	0	192.383.020	182.706.996	-9.676.024					
II Concieratos	567.259.776	8,4%	-207.880.225	359.379.551	-5.375.294	354.004.257	3,5%	207.880.225	-207.880.225	0	11.282.822	5.907.528	-5.375.294					
Total Capítulo 2	1.882.844.772	0,5%	-79.889.165	1.802.955.607	-15.051.318	1.787.904.289	7,2%	207.880.225	127.991.060	-79.889.165	203.665.842	188.614.524	-15.051.318					
III Gastos financieros	0	0%	8.391	8.391	0	8.391	0%			0	0	0	0					
IV Transferencias corrientes	1.231.377.078	8,4%	-69.099.642	1.162.277.436	-2.718.698	1.159.558.738	7,6%	69.503.701	404.059	-69.099.642	77.286.845	74.568.147	-2.718.698					
Operaciones corrientes	5.919.219.582	5,1%	11.123.580	5.930.343.162	-17.715.002	5.912.628.160	7,3%	277.383.926	288.507.506	11.123.580	280.955.506	263.240.504	-17.715.002					
VII Inversiones	232.728.498	27,1%	10.641.341	243.369.839	15.486	243.385.325	28,0%		10.641.341	10.641.341	159.295	174.781	15.486					
VII Transferencias de Capital	2.639.336	3,7%	-2161387	477.949	0	477.949	-17,6%	2.639.336	477.949	-2.161.387	0	0	0					
Operaciones de capital	235.367.834	26,8%	8479954	243.847.788	15486	243.863.274	27,8%	2.639.336	11.119.290	8.479.954	159.295	174.781	15.486					
VIII Activos Financieros	2.897.577	61,4%	58490	2.956.067	0	2.956.067	61,7%		58.490	58.490	0	0	0					
Total	6.157.484.993	5,8%	19.662.024	6.177.147.017	-17.699.516	6.159.447.501	8,0%	280.023.262	299.685.286	19.662.024	281.114.801	263.415.285	-17.699.516					
Amortiz. Y gastos financieros										8.332.000	6.151.115.501							



OBSERVACIONES AL BORRADOR DEL INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO DE ANÁLISIS DEL GASTO SANITARIO CORRESPONDIENTE AL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2007

Murcia, 20 de julio de 2007

La Comunidad Autónoma de la Región de Murcia solicita sean incluidas las consideraciones siguientes al Borrador del Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario correspondiente al primer semestre del año 2007:

CONSIDERACIONES EN REFERENCIA A LA METODOLOGÍA DEL INFORME

❖ Observaciones genéricas al Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario correspondiente al primer semestre del año 2007

- El Informe presenta la información utilizando indistintamente los criterios de “Gasto Liquidado”, “Gasto Real” y “Gasto Consolidado” sin una definición exacta de los mismos, lo que induce a error y no permite la comparación en muchos casos.

En el caso concreto de la Región de Murcia, el Gasto Liquidado coincide con el Gasto Real, en tanto que no existe Gasto Desplazado. El Servicio Murciano de Salud se constituye como ente público empresarial de tal forma que no tiene presupuesto limitativo reconociéndose los gastos conforme a su devengo. Por ello, en su caso, el posible déficit generado en el Servicio Murciano de Salud se compensa con el superávit de la Administración General de la Comunidad Autónoma en los años de referencia.

Los datos aportados para la confección del cuadro de Gasto Desplazado se han obtenido de la comparativa entre Contabilidad Financiera y Contabilidad Presupuestaria exclusivamente por cuestiones metodológicas, de modo que resulten homogéneos con el resto de Comunidades Autónomas, respondiendo a la solicitud del Grupo de Trabajo, a pesar de no ajustarse a la realidad.

- Según el Borrador del Informe, en su página 170, la transformación desde el criterio de caja (liquidaciones presupuestarias) al criterio de devengo (gasto real) se realiza incorporando los “gastos de ejercicios anteriores” no reflejados en las liquidaciones presupuestarias a 31 de diciembre. Entendemos que no resulta acertado identificar el criterio de caja con liquidación presupuestaria, en tanto que el primero responde al pago, y el segundo al reconocimiento de las obligaciones.
- El informe utiliza la cifra de variación de gasto desplazado 2006, en su página 109, sin aportar el detalle a nivel de Comunidades Autónomas.
- Desde esta Comunidad Autónoma reconocemos el intenso trabajo llevado a cabo por las Comunidades Autónomas, las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla y por la Administración General del Estado que participamos en la elaboración de este informe; sin embargo, queremos llamar la atención

sobre el compromiso que asumimos todos en relación a preparar, remitir y compendiar la información solicitada.

Es importante que todos los integrantes del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario nos involucremos al máximo, tanto, por el lado de las CC.AA., aportando los datos que se nos solicitan en tiempo y forma, como, por el lado de la Administración General del Estado, poniendo en conocimiento del Grupo dos plazos:

- para las CC.AA., uno realista, para el envío de la documentación,
- otro para la propia Administración General del Estado en el que se compromete a refundir y redactar todo lo aportado por las CC.AA., y remitirlo a los integrantes del Grupo.

❖ **En relación al punto II.2, “DESCRIPCIÓN DE LAS MEDIDAS DE RACIONALIZACIÓN DEL GASTO ADOPTADAS O PREVISTAS POR LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS”**

Aparte de la heterogeneidad ya mencionada anteriormente, lo que dificulta claramente la comparación entre CC.AA., se observa gran disparidad en la descripción de las medidas de racionalización entre CC.AA.

Se supone que la información de estas medidas proviene exclusivamente de las fichas o cuestionarios remitidos por las diferentes CC.AA.; sin embargo, mientras que en unos casos la descripción es amplia y detallada, recogiendo incluso evolución de la medida propuesta, en otros escuetamente se indica algún dato de la misma, pareciendo materialmente imposible que, en el primer caso, la información proceda de dichas fichas.

Por ello, desde esta Comunidad Autónoma se propone que, con anterioridad a la elaboración del Informe del GTAGS, se solicite a las diferentes CC.AA. información acerca de la puesta en funcionamiento y evolución de las

medidas de racionalización propuestas, así como de todo aquello que pueda ser útil poner en conocimiento del resto de miembros del Grupo. Con ello se lograría alcanzar dos objetivos: posibilitar una descripción de las medidas de racionalización más homogénea entre CC.AA. y una mayor información acerca de las dichas medidas.

CONSIDERACIONES EN REFERENCIA A LOS DATOS DEL INFORME

❖ Respecto al punto II, “SEGUIMIENTO DE LA PUESTA EN PRÁCTICA DE LAS PROPUESTAS DE RACIONALIZACIÓN DEL GASTO SANITARIO Y PROPUESTAS DE AVANCE”

- **En el cuadro resumen de la página 10, en la medida de racionalización 4.2 “Acceso a la evidencia científica”**

El contenido de la misma tiene carácter económico y asistencial, como, a pesar de lo que se indica en el mismo, así se reflejó en las fichas remitidas en su momento al Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario.

- **En relación al apartado segundo de este punto, “DESCRIPCIÓN DE LAS MEDIDAS DE RACIONALIZACIÓN DEL GASTO ADOPTADAS O PREVISTAS POR LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS”**

Parece contradictorio que, mientras con anterioridad en la página 13, se destaca a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, como una de las cinco CC.AA que han reseñado acciones para cada medida definida, posteriormente se olvida describir acciones en dos de ellas, en concreto en

la medida “Introducción de criterios racionales en la gestión de compras”, en la medida “Facilitar el acceso a la mejor evidencia científica disponible” y en la medida “Consolidación de los mecanismos de incentivos aplicables a los profesionales sanitarios”.

- **Directamente relacionado con la anterior observación, la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia propone incluir los siguientes comentarios a diferentes medidas de racionalización, ya por no aparecer descripción alguna de la misma, como hemos comentado, ya por mejorar la misma:**

- En la medida “Introducción de criterios racionales en la gestión de compras”, **incluir:**

“En el Servicio Murciano de Salud se crea en 2001, en los meses previos a la transferencia de competencias del INSALUD, la Junta de Contratación del Servicio Murciano de Salud, que tiene entre sus funciones gestionar las adquisiciones de material fungible sanitario y no sanitario, así como de los servicios comunes, tanto de los centros hospitalarios como de atención primaria. Esta centralización de concursos en la adquisición de bienes y servicios tiene como objetivo principal mejorar la capacidad de negociación, con el fin de obtener reducciones de precios.

Por otra parte, se persigue homogeneizar las características de los servicios comunes, y conseguir precios únicos de un mismo proveedor para un mismo producto en los diferentes centros sanitarios. En un primer momento, se encarga de gestionar los contratos de determinación de tipo suscritos por el

INSALUD, y paulatinamente va convocando nuevos concursos de compra centralizada.

Entre las dificultades encontradas habría que destacar el no disponer de códigos y denominaciones de productos comunes en los centros, que facilite la elaboración de pliegos de prescripciones técnicas, fijación de precios de licitación y estimación de consumos. Por otra parte, la mayor complejidad en la gestión de algunos expedientes (importante número de artículos y lotes en cada concurso, la concurrencia de muchos licitadores que introduce mayor dificultad en el proceso de valoración técnica de las ofertas y muestras) ha puesto de manifiesto la necesidad de reforzar el apoyo administrativo de la Junta de Contratación, que permita afrontar el aumento de la carga de gestión administrativa

Otra de las iniciativas emprendidas en el Servicio Murciano de Salud ha sido la elaboración de un catálogo unificado de productos y servicios, cuya contratación se ha realizado en 2007, y que estará implantado en el año 2008.

También está previsto implantar, a partir de 2007, una solución corporativa para la gestión económica y de compras, que permita mejorar la gestión logística, homogeneice los procesos de compras, pedidos, almacenaje, distribución interna y optimización de stocks.

Por último, está en estudio la elaboración de un plan de dotación de equipamiento de alta tecnología de los centros, en función de las necesidades reales, que se adquiera de un modo centralizado.”

- En la medida “Facilitar el acceso a la mejor evidencia científica disponible”, **incluir**:

“La Región de Murcia ha creado un Centro para la Investigación y el desarrollo de la Excelencia clínica (CI+DEC) que incluye como misión central la de facilitar las habilidades para el acceso a la evidencia y para la lectura crítica de la literatura, así como estimular estrategias de implantación de la evidencia en la práctica clínica (a través de redes y unidades clínicas de MBE, en construcción) y en otros ámbitos decisionales (A través de las Unidades de Evaluación de tecnologías sanitarias y Unidad de Investigación en servicios de salud).

- En la medida “Consolidación de los mecanismos de incentivos aplicables a los profesionales sanitarios”, **incluir**:

“La Comunidad de Murcia formaliza, como otras, contratos de gestión con cada Hospital o Gerencia de Primaria marcando una serie de objetivos de tipo asistencial/sanitario (incluidos objetivos de reducción de lista de espera de consultas y quirúrgica, velocidad de respuesta a la demanda,...) y de control del presupuesto.

El mayor o menor cumplimiento y la calidad del mismo, determina a su vez una evaluación anual de los directivos de esos hospitales o Gerencias, y consecuentemente una retribución en concepto de productividad variable de una cuantía u otra.

En cuanto al personal, también en función del cumplimiento de objetivos de su centro de trabajo y los propios de su servicio e individuales ha percibido igualmente en concepto de productividad variable una cuantía mayor o menor. Esta productividad variable se ha ido consolidando en retribución fija desde el año 2004 al 2006 (ya no existe variable salvo para los directivos)."

Sin embargo, a partir de 2006 comienza a percibir el personal estatutario fijo de los grupos A y B no sanitarios y C, D y E sanitario y no sanitario, que cumpla las condiciones establecidas, la promoción profesional y a partir de 2007 y siguientes, además de éstos, los facultativos y el grupo B sanitario (carrera profesional).

- En la medida "Refuerzo de las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias", **sustituir por:**

"En el año 2006, la Región de Murcia desarrolla la puesta en marcha de la Guía de Adquisición de Nuevas Tecnologías para tratar de controlar su impacto sobre el gasto sanitario. Partiendo de las guías ya desarrolladas, tanto a nivel nacional como internacional, se procede a su adaptación para la Región. La puesta en marcha de la guía se inserta en un marco más amplio como es la creación de la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias dentro del marco del centro para la investigación y el desarrollo de la excelencia clínica (CI+DEC). Dicha Unidad realizara las evaluaciones pertinentes e incorpora un Observatorio sobre Evaluación de Tecnologías Sanitarias, que tiene como objetivo realizar búsquedas de la información publicada por las distintas Agencias de Evaluación de

Tecnología Sanitaria nacionales y extranjeras y difundir selectivamente dicha información en la organización a través de la utilización de distintos vehículos y estrategias (que incluye la redes clínicas del CI+DEC).

- En la medida “Aumento de los recursos y de la capacidad de resolución de la atención primaria de salud”, **añadir:**

“Finalmente en virtud de lo previsto en el Acuerdo Marco de 2005 y un nuevo Acuerdo para la Mejora de Atención Primaria, el número de puestos de médico de familia (en sentido estricto, sin contar médicos de familia de urgencias y emergencias) será en el periodo 2005/2007 de aproximadamente 180, en el caso de pediatras 70, Enfermeros 150 y auxiliares administrativos unos 110. Para 2008 se prevé otro esfuerzo de creación con aproximadamente 40 nuevos puestos de médicos de familia, 15 de pediatras, 200 de enfermeros y 120 de auxiliares administrativos.”

- En la medida “Desarrollo de los sistemas de información”, **añadir:**

“Actualmente ya están en funcionamiento en todos los hospitales públicos de la región, los sistemas información corporativos de Gestión de Pacientes y Estación Clínica, y los de Radiodiagnóstico, Farmacia y Anatomía Patológica. También se ha extendido el sistema de información de Atención Primaria a todas zonas básicas de salud.”

❖ **Respecto al apartado segundo del punto III, “SEGUIMIENTO DE EN QUÉ MEDIDA LOS ANTICIPOS A CUENTA QUE RECIBIRÁN LAS CC.AA. HAN SIDO UTILIZADOS PARA AYUDAR A LA REDUCCIÓN DE LA DEUDA SANITARIA, SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL PUNTO 4 DEL ACUERDO DE LA SEGUNDA CONFERENCIA DE PRESIDENTES**

Los datos de Gasto Desplazado de Ejercicios Anteriores a fin de cada ejercicio se recogen en dos cuadros, en la página 113 y en la página 171, indicándose importes diferentes en cada uno. Los datos correctos corresponden a los recogidos en la página 113, una vez que el proceso de auditoría estaba prácticamente finalizado.

❖ **Respecto al punto IV, “SEGUIMIENTO DEL RESTO DE LAS MEDIDAS ADOPTADAS POR LA ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO”**

- **En cuanto a la Medida 1, Cuarto punto, “Incremento de la dotación presupuestaria del Fondo de Cohesión Sanitaria: 45 millones de euros”**

Como ya se comentó en varios informes elaborados en su día, el desarrollo del Fondo de Cohesión iba a ser muy perjudicial para los intereses de la Región. Este hecho se ha confirmado al dejarse de percibir fondos (pag 137-138).

- **En cuanto a la Medida 2, Segunda Parte, “Igualmente transferirá a las Comunidades Autónomas, para compensar la atención por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales cubiertos solo por el INSS, un importe estimado de 100 millones de euros”.**

Como se observa en los datos del ejercicio 2006 en cuanto a número de facturas emitidas y número de facturas aceptadas por el INSS, parece evidente la necesidad de mejorar el sistema de facturación que agilice el tratamiento de datos.

Respecto al ejercicio 2007, la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia emitirá la totalidad de las facturas en el segundo semestre.

No obstante, a fin de cumplir con las Medidas de la II Conferencia de Presidentes, en tanto no se simplifique el sistema de facturación, proponemos que se haga efectivo el reparto de los 100 millones previstos, en función de las cuotas que por estos regímenes y requisitos corresponde a cada Comunidad Autónoma.

- **En cuanto a la Medida 10, “Grupo de trabajo sobre la problemática el vigente sistema de financiación”**

Señalar el incumplimiento en plazo de la Propuesta presentada por la Administración General del Estado, que tampoco recoge medidas concretas de actualización o revisión del modelo.

❖ **Respecto al punto V, ANÁLISIS DEL GASTO SANITARIO**

- **En el punto V.2., “GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR COMUNIDADES AUTÓNOMAS”**

Se observa un error en los datos indicados para la Región de Murcia” en el cuadro “Porcentaje del gasto sanitario acumulado sobre el real del ejercicio” de la página 175, ya que los mismos no se han obtenido con el gasto sanitario real,

como indica la denominación del mismo, sino con el gasto sanitario consolidado.

- **Respecto al punto V.2.6.1. “REMUNERACIÓN DEL PERSONAL”, especialmente en los cuadros de la páginas 211 y 212**

Consideramos que la petición de datos de efectivos puede haber pecado de falta de instrucciones claras. Así y, valga de ejemplo, se solicitaron en su día, las retribuciones y número de efectivos de enfermeros/DUE (UH) con turnicidad y, sin embargo, parece obvio que existen Comunidades que han dado los datos conforme se pedían, es decir solo del número de enfermeros (UH) que realicen turnos y otras que han dado el conjunto de personal de enfermería (en nuestro caso se dieron los dos datos y se escogió el dato reducido).

Esto sin entrar en otros datos, en principio, no coherentes, como es el salto excesivo en las cifras de personal ofrecidas en varias comunidades entre el año 2001 y 2002 (entendemos que si tenían parte del servicio sanitario propio y parte del INSALUD en el 2001 y anteriores, se debía haber dado la cifra sumada).

- **En el punto V.2.7.4.2, “GASTOS DE ADMINISTRACIÓN GENERAL”**

Se observa un error en los datos del gráfico de la página 306, “TAM de los Servicios de Administración General 99/05”, debido a que, en el mismo se indican las TAM 99/04, como se recogen en los datos de la tabla correspondiente, sin coincidir por tanto con la denominación del cuadro.

- **Respecto al punto V.3, “INDICADORES DE GASTO POR PERSONA PROTEGIDA”**

En relación a los indicadores que relacionan el gasto sanitario con la población protegida, este apartado refleja de modo evidente los incrementos y variaciones poblacionales que se han producido en los últimos años desde 99 al 2006 y sobre todo las diferencias tan acentuadas entre Comunidades Autónomas.

A estos efectos, la población protegida es, como ha indicado el propio documento, la población censada descontando el colectivo de mutualistas que han optado por ser atendidos a través de una entidad de seguro sanitario privado.

La Administración General del Estado tomó como base, desde el ámbito poblacional, el año 1999, por ello, es obligado reiterar la disconformidad de esta Comunidad Autónoma con la falta de actualización poblacional, por el desfase y perjuicio notable que ha supuesto para el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas.

En relación con los mutualistas que optan por la Sanidad pública las Comunidades Autónomas tampoco están siendo compensadas, máxime cuando estos asegurados deberían estar fuera del concepto de población protegida, dado que el número de estos usuarios no es estático, sino que fluctúa cada año por la posibilidad de opción anual de los mutualistas.

En relación con las notas a pie de página 46 y 47, otra situación a considerar es el gasto de los inmigrantes no empadronados, con derecho a asistencia sanitaria pero sin percepción de recursos por parte de las Comunidades Autónomas.

Respondiendo al compromiso adquirido por esta Comunidad Autónoma de presentar una Propuesta de Metodología de cuantificación del

gasto sanitario correspondiente a la población inmigrante, se adjunta dicho Estudio como Anexo.

- **Respecto al punto V.4.2, “ATENCIÓN ESPECIALIZADA”**

Las fuentes de información parecen ser:

- EESRI
- CMBD
- Aportada por el Grupo de Trabajo

La descripción de las fuentes utilizadas en el texto y en las tablas es muy escasa y ambigua, y a veces errónea, lo que motiva a establecer conclusiones que pueden no ajustarse a la realidad. Por lo que se aconseja que conste en todos los casos la fuente y la información seleccionada.

- **Respecto al punto V.4.2.4, “LA ACTIVIDAD QUIRÚRGICA Y LA CMA”**

Se observa un error de redacción en el primer párrafo de la página 390, ya que por definición la CMA se realiza **sin internamiento** y en el mismo se indica lo siguiente:

“Con los indicadores planteados se pretende analizar, por una parte, la cirugía **con internamiento** en hospitales por Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) y, por otra, el total de actos quirúrgicos en hospitales refiriéndonos a la actividad quirúrgica con internamiento públicamente financiada...”

- **En el punto V.4.2.9.7, “SALAS DE HEMODINÁMICA”**

Se observa un error en los gráficos de la página 458, ya que faltan los rótulos de varias CC.AA.

- **Respecto al punto V.4.2.11, “FLUJOS DE PACIENTES DESPLAZADOS”**

Por la información disponible, tanto para los desplazados españoles como en el caso de los extranjeros, se está utilizando el total de pacientes y no, como parece lógico, los financiados por los Servicios de Salud (los accidentes de tráfico se financiarían por doble vía).

EL USO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS POR INMIGRANTES

PROPUESTA PARA LA ESTIMACIÓN DE ACTIVIDAD Y COSTES



Región de Murcia

INDICE

1. CONSIDERACIONES GENERALES

1.1. OBJETO DEL ESTUDIO

1.2. DEFINICIÓN DE LOS SUJETOS. TRATAMIENTO LEGAL

1.3. PROBLEMAS DE SALUD Y UTILIZACION DE SERVICIOS SANITARIOS

1.4. IMPACTO DE LA INMIGRACIÓN

1.4.1. Consideraciones en torno a la política estatal de inmigración

1.4.2. Impacto efectivo de la política estatal de inmigración

2. POBLACIÓN INMIGRANTE IRREGULAR NO EMPADRONADA. METODOLOGÍA PARA SU CUANTIFICACIÓN Y PROPUESTA DE FINANCIACIÓN

3. POBLACIÓN INMIGRANTE EMPADRONADA. METODOLOGÍA PARA LA CUANTIFICACIÓN Y DESCOMPOSICIÓN DEL GASTO SANITARIO PARA DISTINTOS GRUPOS POBLACIONALES

3.1. Introducción

3.2. Modelización del gasto sanitario y de los patrones de utilización de los servicios sanitarios

3.3. Fuentes de información

3.4. Relación de la metodología propuesta con otros métodos

3.4.1. Estimación del coste medio de los servicios sanitarios a partir de la clasificación funcional del gasto sanitario y datos de utilización de la población de asegurados

3.5. Obtención de índices de gasto sanitario

3.6. Conclusión y resumen

EL USO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS POR INMIGRANTES. PROPUESTA PARA LA ESTIMACIÓN DE ACTIVIDAD Y COSTES.

4. CONSIDERACIONES GENERALES

En España hemos asistido recientemente a un cambio en la realidad sociodemográfica como consecuencia de la incorporación masiva de ciudadanos de otros países a nuestra sociedad.

La aproximación a la realidad social de los extranjeros en nuestro país es un fenómeno complejo en el que debemos considerar dos grupos de población diferentes. En primer lugar requiere analizar los movimientos demográficos que tienen su fundamento y origen en el deseo de mejora de ciudadanos procedentes de países en vías de desarrollo y que, esencialmente, vienen con la intención de desarrollar una actividad laboral, es decir, hablaríamos del fenómeno de la inmigración económica. Este cambio ha ocurrido de forma acelerada, de manera que en pocos años hemos pasado de ser un país exportador de mano de obra, a ser un importante polo de atracción para muchos ciudadanos de otros países. Este hecho se ve reforzado por el idioma, que favorece la integración de los latinoamericanos, y nuestra proximidad geográfica a los países africanos, que nos convierte de facto en frontera de la UE, una frontera que separa a los países ricos de otros mucho más pobres.

Un segundo grupo está relacionado con los desplazamientos poblacionales de naturaleza turística y/o residencial, un fenómeno también en auge en el que, junto a un componente estacional, cada vez asistimos con mayor frecuencia al alargamiento de las estancias e incluso a la residencia prolongada o habitual de extranjeros en zonas determinadas de nuestra geografía.

Ambas manifestaciones demográficas tienen una trascendencia económica importante y, también una repercusión sobre los servicios que presta el llamado Estado del Bienestar y,

en particular, sobre la asistencia sanitaria, porque el aumento poblacional conlleva una mayor frecuentación y uso de los centros y servicios sanitarios, lo que indudablemente genera un incremento del gasto sanitario. Pero, además, el tratamiento y régimen de utilización de la asistencia sanitaria pública difiere considerablemente en función de los supuestos de extranjería que hagan uso de dicha asistencia.

Desde 1999, año base del sistema, en España se ha producido un aumento de población sin precedentes, tanto por su magnitud como por su distribución. Si en los once años anteriores (1988-1999) la población española creció aproximadamente 1 millón de habitantes, lo que supuso un 2,50%, en los siete años siguientes (1999-2006) este incremento alcanzó los 4,5 millones de habitantes, lo que en términos relativo supuso un 11,21%. Más del 72% de dicho aumento es imputable exclusivamente a la llegada de ciudadanos extranjeros no comunitarios, el 20% a ciudadanos extranjeros comunitarios y, sólo, el restante 8% a nacionales.

El fenómeno de la inmigración está, en consecuencia, detrás de este profundo cambio demográfico; un fenómeno que desde 1999 se puede cuantificar en algo más de 3,4 millones de nuevos habitantes. Si en 1999 la población extranjera no comunitaria suponía el 1% del total de la población empadronada, en 2006 este porcentaje asciende hasta el 7%. Si bien la inmigración económica es un fenómeno generalizable a todo el país, tiene un impacto diferencial en el territorio que provoca desequilibrios y, en algunos casos, acentúan las desigualdades entre Comunidades Autónomas. Así, este porcentaje sube hasta el 11,9% en el caso de la Comunidad de Madrid, el 11,8% en la Región de Murcia, o el 10,9% en el caso de Cataluña. La Rioja (10,1%) Baleares (9,5%), o Valencia (9%) también presentan tasas de población inmigrante más elevadas que la media.

Por el contrario, otras Comunidades Autónomas presentan porcentajes muy por debajo de la media, como es el caso de País Vasco (3,3%), Extremadura (2,1%) y Galicia (1,9%).

Al margen de las cifras oficiales anteriormente citadas, también existe un importante volumen, difícilmente cuantificable, de inmigrantes irregulares no empadronados, que probablemente sigan la misma distribución anteriormente indicada entre las Comunidades

Autónomas. Según cálculos estimativos a partir de datos del INE y de la Secretaría de Inmigración, puede inferirse que a nivel nacional esta cifra rondaría medio millón de personas, por lo que siguiendo los mismos cálculos estimativos y, en atención, al porcentaje de extranjeros existentes en esta Comunidad Autónoma respecto al total nacional, la población de inmigrantes no empadronados en la Región de Murcia ascendería a una cifra aproximada de 64.000 personas¹.

4.1. OBJETO DEL ESTUDIO

Ante la situación descrita, el presente documento tiene por objeto reflejar la incidencia que el incremento de la población inmigrante tiene en los servicios sanitarios, el impacto económico que supone en los servicios de salud de las Comunidades Autónomas, así como el establecimiento de las metodologías diferentes de cuantificación del volumen de asistencia y coste, que posibiliten habilitar un adecuado sistema de financiación de estos gastos, tanto para el supuesto de los inmigrantes irregulares no empadronados como para la población inmigrante empadronada.

4.2. DEFINICIÓN DE LOS SUJETOS. TRATAMIENTO LEGAL

De acuerdo con la Ley de Extranjería, se considera como extranjero a cualquier persona que permanece o reside en nuestro país sin que ostente la nacionalidad española. En nuestro país, la regulación del derecho a la protección sanitaria de los extranjeros viene recogido por determinados acuerdos internacionales, en la Ley de Extranjería (Ley Orgánica 4/2000), en la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986) y en la Ley de Cohesión y Calidad del SNS (Ley 16/2003). En principio, la Ley General de Sanidad introdujo una previsión amplia de reconocimiento de derechos sanitarios a favor de los españoles y los extranjeros. Por su parte, la Ley de Cohesión y Calidad introduce algunos matices en su artículo 3, donde establece que son titulares de dicho derecho "todos los españoles y los extranjeros... en los

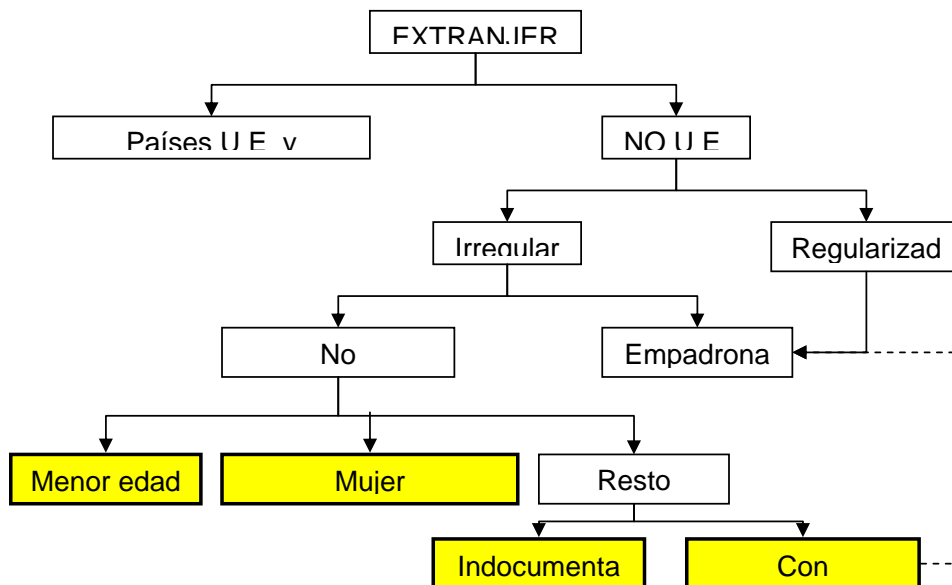
¹ Fuente: INE, Secretaría de Estado de Inmigración y Elaboración propia.

términos recogidos en el artículo 12 de la LO 4/2000", además de los miembros de la Unión Europea y de otros países en función de las leyes, tratados y convenios vigentes.

La normativa existente sobre el fenómeno de la extranjería y el derecho a la atención sanitaria se puede sintetizar en dos grandes regímenes específicos, establecidos en función del origen y procedencia de estas personas. Por un lado nos encontramos con un régimen comunitario aplicable a los ciudadanos de la Unión Europea y países asimilados (convenios bilaterales) y, por otro, un régimen general aplicable al resto de los extranjeros, derivado de la aplicación de la Ley de Extranjería y la normativa que la desarrolla, siendo precisamente este colectivo el objeto de nuestro estudio. La Ley de Extranjería reconoce el derecho a la asistencia sanitaria a:

- a. Los extranjeros empadronados en el municipio en que residan habitualmente (asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles).
- b. Los extranjeros que se encuentren en España (derecho solo a la asistencia sanitaria pública de urgencia).
- c. Los extranjeros menores que se encuentren en España (asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles).
- d. Las extranjeras embarazadas que se encuentren en España (asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto).

A partir de la diferenciación entre extranjeros comunitarios y no comunitarios, son diversos los grupos y tipos de extranjeros, en atención a su situación legal y administrativa, y a nivel de cobertura sanitaria que le reconoce la citada normativa, que de modo gráfico se reflejan a continuación.



Por otro lado, la Ley de Extranjería incluye, en su disposición final 8ª, la posibilidad de que se habiliten créditos para "...hacer frente a los gastos originados por la aplicación y desarrollo de la presente Ley", dejando en manos del Gobierno el establecimiento de las disposiciones necesarias para su regulación.

Hasta el momento no se han habilitado fórmulas para ello, aunque hay diferentes pronunciamientos al respecto que lo ponen de manifiesto, entre los que cabe destacar los realizados por el Consejo de Política Fiscal y Financiera, el Tribunal Supremo y el Senado, que serán objeto de posterior análisis.

4.3. PROBLEMAS DE SALUD Y UTILIZACION DE SERVICIOS SANITARIOS

El acceso de los inmigrantes extranjeros al sistema público de salud está limitado por el contexto legal comentado en el apartado anterior. Hasta el año 2000, con la publicación de

la Ley de Extranjería, la situación de irregularidad constituía la norma en este colectivo y suponía un obstáculo para acceder a los servicios de salud, tanto por las dificultades para acceder a la tarjeta sanitaria², como por el temor a acudir a un centro de salud. A partir de este año, gran parte de los inmigrantes extranjeros ya pueden acceder a la tarjeta sanitaria independientemente de su situación administrativa. Sin embargo, en un primer momento, la existencia formal de este derecho no implicó su ejercicio real, como demuestran estudios³ en los que la irregularidad administrativa continúa siendo un hecho más frecuente de lo deseado debido al miedo a ser expulsados, al desconocimiento de los trámites o a las trabas de las Administraciones para realizar el empadronamiento⁴. Otros factores que dificultan el acceso a los servicios de salud tienen que ver con el nivel educativo, el desconocimiento del idioma, las dificultades de comunicación, las diferencias culturales y/o el desconocimiento de la organización y del funcionamiento de los servicios sanitarios^{5,6,7,8,9}. Estas dificultades en el acceso pueden suponer un riesgo para su salud, al impedir un seguimiento y control en el tratamiento prescrito¹⁰.

Respecto a la intensidad y tipo de uso de los servicios de salud, los estudios realizados muestran que la sanidad pública es el principal proveedor. Además, diversos estudios destacan el mayor uso de las urgencias por parte de la población inmigrante, debido a la mayor accesibilidad horaria, los problemas de comunicación, la situación con frecuencia

² González M, Sanz B, Schumacher R, Torres AM. Una aproximación a la identificación de la situación socioeconómica de las poblaciones inmigrantes del área 6 de la Comunidad de Madrid. *Ofrim (Suplementos)* 1997; 81-9.

³ Ramos JM, García R, Prieto M, March J. Problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos. *Gac Sanit* 2001; 15: 320-6.

⁴ Instituto Europeo del Mediterráneo. Gestionar la diversidad. Reflexiones y experiencias sobre las políticas de inmigración en Cataluña (2001-2003). Girona: Instituto Europeo del Mediterráneo, 2004: 114-29.

⁵ Salazar A, Navarro-Calderón E, Abad I, Alberola V, Almela F, Barrés R, et al. Diagnósticos al alta hospitalaria de las personas inmigrantes en la ciudad de Valencia. *Rev Esp Salud Pública* 2003; 77: 713-23.

⁶ Sanz B, Schumacher R, Torres MA. ¿Cómo percibe la población inmigrante su estado de salud?. *Ofrim suplementos* 1998; 16: 15-24.

⁷ García-Campayo J, Sanz CC. Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. *Med Clín (Barc)* 2002; 118: 187-91

⁸ Berra S, Elorza JM, Bartolomeu N, Asuman S, Serra-Sutton V, Rajmil L. Necesidades en salud y utilización de los servicios sanitarios en la población inmigrante en Cataluña. Barcelona: Agencia d'Avaluació de Tecnologia, Recerca Mediques. CatSalut. Departament de Sanitat y Seguretat Social. Generalitat de Catalunya, 2004

⁹ Solé C. Accesibilidad de los inmigrantes extranjeros a los servicios de salud de Barcelona. En: Solas O y Ugalde A editores. *Inmigración, salud y políticas sociales*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1997. p. 139-50.

¹⁰ Esteban MM, Peña. Motivos de consulta y características demográficas de una comunidad de inmigrantes sin papeles en el distrito de Usera -Villaverde (Madrid). *Aten Primaria* 2001; 27: 25-8.

irregular, la menor frecuencia de procesos crónicos debido a la juventud de la población inmigrante de áreas de baja renta y las diferencias de hábitos y estilos de vida ^{2:11;12}. Aunque con el reagrupamiento familiar puede que esta situación cambie a medio plazo.

De los resultados de algunos estudios se desprende que los principales problemas de salud de la población inmigrante se relacionan con sus condiciones de vida y su situación laboral. En este sentido, los problemas osteomusculares y respiratorios parecen ser los más frecuentes ^{3;7}, así como un mayor riesgo de accidentes laborales¹³. No obstante, el contacto con el sistema de salud no siempre es debido a una enfermedad o accidente. Así, los cambios demográficos producidos en la población inmigrante con el paso de los años, relacionados con el aumento de mujeres, la formación de familias y la natalidad provocan que la necesidad de asistencia sanitaria sea más frecuente.

En el caso de la Región de Murcia, según el Centro Regional de Estadística, el análisis de la evolución de los nacidos de madre y/o padre extranjeros entre 1996 y 2005 muestra cómo desde 1996 se incrementaron espectacularmente los nacimientos de madres extranjeras, pasando del 1% del total de nacidos en 1996 a suponer el 20% en 2005;. Este mayor índice de fecundidad y su repercusión en la utilización de los servicios sanitarios es señalado por algunos estudios ^{14; 15} que mostraron que, dentro de las altas hospitalarias, las causas ginecobstétricas fueron mucho más frecuentes en población inmigrante que en el resto de población ^{15; 16; 18}. En cuanto a la salud materno infantil, no parece que existan diferencias relevantes en el estado de salud de los recién nacidos en función del nivel

¹¹ Sanz B, Torres AM, Schumacher R. Características socioeconómicas y uso de los servicios de salud por la población inmigrante residente en un área de la Comunidad de Madrid. *Aten Primaria* 2000; 26: 314-8.

¹² Cost F, Castells X, Olle C, Manzanera R, Varela J, Vall O. Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona. *Gac Sanit* 2000; 16: 376-84.

¹³ Sanz B, Torres AM. Situación sociolaboral y accidentes referidos por la población inmigrante marroquí en un área de la Comunidad de Madrid. *Ofrim (suplementos)* 1999: 184-94.

¹⁴ Monllor CD, Gómez JF. Incidencia reciente de la inmigración extranjera en el número de nacimientos en la Región de Murcia. *Scripta Nova (Revista electrónica de Geografía y ciencias sociales de 3 de marzo de 2005)*, Universidad de Barcelona 2001; 94 (97) (Disponible en: <http://www.ub.es/geocrit/sn-94-97.htm>).

¹⁵ Jansa, JM y Garcia de Olalla, P. Salud e Inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gac San* 2004; 18 (sup):207-13

¹⁶ Prado C, Marrodán MD, Sánchez-Andrés A, Gutierrez E, Acevedo P, Sebastián J. Ciclo y patrones reproductivos de las mujeres emigrantes en España. En: Solas O, Ugalde A, Inmigración, Salud y Política social. Granada: Escuela Andaluza de salud Pública: 1997. p. 159-69.

socioeconómico del país de origen; por el contrario, las diferencias de orden social (inexistencia de baja por maternidad, pocos apoyos tras el parto, etc.) sí podrían tener relevancia negativa en la evolución del recién nacido ¹⁷.

Por otro lado, mientras que los hombres han desarrollado conductas/factores de riesgo que producen una mayor frecuencia de enfermedades o accidentes en la etapa media de la vida y pueden conducir a una muerte prematura, en la mujer son sus roles sociales los que tienen una marcada influencia en la salud y suelen generar problemas crónicos, físicos y mentales que se extienden durante toda la vida sin producir la muerte prematura, pero sí limitaciones de larga duración.

En cuanto a las enfermedades infecciosas, son uno de los aspectos más analizados en la investigación sobre salud e inmigración, sin embargo, la mayoría de este tipo de enfermedades tiene importancia individual para la persona que la padece, pero su transmisión es muy difícil en nuestro medio. Además, con el paso del tiempo, la posibilidad de padecer enfermedades propias de su país se reduce considerablemente¹⁸. No obstante, los inmigrantes que viajan con frecuencia a sus países de origen, muchas veces zonas de riesgo para enfermedades infecciosas, son una realidad emergente en España y generan necesidades sanitarias que deben ser atendidas correctamente por unidades que hasta ahora venían atendiendo sólo a viajeros autóctonos¹⁹. Además, si bien las enfermedades asociadas a la pobreza están fuertemente presentes en los entornos de los que procede la población inmigrante, estos condicionamientos se repiten con frecuencia en las sociedades de acogida. En este sentido, la importancia de la tuberculosis en la población inmigrante también es un tema tratado por diferentes estudios. En el caso concreto de la Región de Murcia, aunque la incidencia de la tuberculosis es una de las más bajas de España y muestra una tendencia favorable, se ha observado un incremento en la proporción de casos en la población inmigrante y entre las causas de este incremento se encuentran las malas condiciones de

¹⁷ Perez SC, Muñoz AN, Robledo AS. Características de las mujeres inmigrantes y de sus hijos recién nacidos. *Anales de Pediatría (Barcelona)* 2004; 60: 3-8.

¹⁸ Gascón J. Enfermedades infecciosas e inmigración. *Enferm Infecc Microbiol Clín* 2003; 21: 535-9.

¹⁹ Valerio L, Guerrero L, Martínez O, Sabria M, Garrido P, Fabregat A, et al. Los inmigrantes viajeros. *Aten Primaria* 2003, 32: 330-6.

vida, vivienda y hacinamiento y las dificultades de acceso a los servicios de salud y de localización, asistencia, adherencia, idiomáticas y de financiación terapéutica que dificultan su seguimiento y curación²⁰. Esta preocupación ha sido precisamente recogida por la Moción del Pleno del Senado, aprobada el 19 de diciembre de 2006, que insta a la elaboración de estrategias concretas en relación a esta enfermedad.

Por último, otro de los elementos a considerar en el análisis de la salud de la inmigración es la salud mental. En este sentido, en una clasificación de las afecciones psiquiátricas más frecuentes ligadas al proceso migratorio y a la propia situación del inmigrante, destacan el trastorno por estrés postraumático, esquizofrenia y paranoia, somatización, ansiedad y depresión ^{10;13;18;21}.

4.4. IMPACTO DE LA INMIGRACIÓN

4.4.1. Consideraciones en torno a la política de inmigración

La entrada de inmigrantes en los últimos diez años ha tenido un fuerte impacto sobre la realidad económica y social de España. Los efectos inmediatos son de carácter demográfico: aumento de la población total, rejuvenecimiento de la población e incremento de la natalidad.

La inmigración ha contribuido al sostenimiento del dinamismo de la economía española en términos de creación de empleo, mantenimiento de la demanda interna y superávit de la Seguridad Social . Paralelamente, las implicaciones son claras sobre el Estado del Bienestar en términos de mayor demanda de los servicios de educación y sanidad, sin olvidar las necesidades adicionales en áreas como justicia, seguridad ciudadana e infraestructuras de transporte y comunicación.

²⁰ Galván F, Santiuste de Pablos C. El control de la tuberculosis. Factores y situaciones de riesgo. Impacto sobre la población inmigrante. Seguimiento terapéutico y tasas de curación. Estudio de Contactos. Análisis de Situación del Plan de salud de la Comunidad Autónoma de Murcia 2003- 2007 (410-20). Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. (Citado el 5 de abril de 2005) Disponible en: <http://www.murciasalud.es/plansalud.php>.

²¹ Pertíñez MJ, Viladas, JL, Clusa GT, Penacho P, Nadal GS, Muñiz SM. Estudio descriptivo de transtornos mentales en minorías étnicas residentes en un área urbana de Barcelona. Aten Primaria 2002;39:6-1313.s.(Citada el 4 de marzo de 2005) Disponible en:<http://www.ine.es/inebase/index.html>.

Sobre la base del reconocimiento del derecho de las personas a emigrar, teniendo presente los condicionantes personales y sociales que acompañan a la inmigración, deben adoptarse políticas acordes con las capacidades y las necesidades de la sociedad receptora de los flujos migratorios, de modo que la inmigración sea un proceso ordenado que evite las situaciones de irregularidad. Estas políticas deben adoptarse en el marco de las políticas comunitarias y el Espacio Schengen.

El corto período de tiempo con que se ha producido la entrada masiva de inmigrantes a nuestro país, unida a la falta de experiencia, ha llevado a que no se hayan adoptado políticas adecuadas como se pone de manifiesto con los procesos de regularización habidos entre 1991 y 2005.

La inestabilidad de las normas de extranjería españolas, tal y como señala el catedrático de Derecho Constitucional, Eliseo Aja, deriva de la disfunción entre las políticas de acogida, en manos de las Comunidades Autónomas, y el control de entradas, que corresponde al Estado. Todo lo anterior junto a la defectuosa gestión de los flujos migratorios en la contratación en origen y en la aplicación de la legislación, contribuyen a la inestabilidad mencionada.

Analizando la realidad social y económica actual se pone de manifiesto la necesidad de adoptar unas medidas de mayor control sobre la entrada de la inmigración:

- A diciembre de 2006, la tasa de paro de los trabajadores inmigrantes es del 11,8 % frente al 7,7 % de los trabajadores nacionales. Se puede deducir una llegada de inmigrantes que excede la capacidad de absorción del mercado laboral español.
- Las propias organizaciones sociales proponen adoptar políticas restrictivas mediante la implantación de un visado y el establecimiento de cupos anuales.
- Los países de nuestro entorno (Suiza, Francia, Reino Unido, Italia, Alemania) adoptan leyes restrictivas contra la inmigración masiva.

Las medidas de control deben extenderse en una triple vertiente:

a) Inmigrantes cualificados.

Una vez cubiertas las necesidades de mano de obra intensiva, el mercado laboral necesita trabajadores cualificados, máxime cuando desde 1999 la entrada de estudiantes a las universidades se ha reducido en quinientas mil personas. Además, el nivel actual de rotación de personal en las empresas tecnológicas y de telecomunicaciones supera el 30%. La adopción de sistemas de puntos en países con mayor tradición en esta materia, permite atraer trabajadores cualificados que contribuyen a mejorar la competitividad de la economía nacional. Otros países adoptan medidas para retener a quienes han adquirido una formación o experiencia valiosa.

b) Inmigrantes con baja cualificación.

La economía española precisa no sólo trabajadores cualificados. En este caso y para evitar entradas incontroladas, la obtención del permiso de residencia y trabajo debe quedar condicionada a la posesión de una oferta de trabajo en firme antes de entrar en el país de recepción.

c) Inmigración ilegal.

Las regularizaciones masivas ejercen un "efecto llamada" que se manifiesta en²²:

- o la retención de inmigrantes que no regresan a su país
- o la anticipación de flujos migratorios
- o la aceleración del reagrupamiento familiar
- o la atracción de población irregular de otros países UE.

²² Recaño y Domingo 2005

Ante esta situación deben adoptarse medidas destinadas a aumentar la capacidad de absorción de la inmigración legal, reduciendo los incentivos a la entrada y permanencia en situación irregular. Las regularizaciones masivas contribuyen a la pérdida de credibilidad de las políticas de inmigración.

Además deben continuar adoptándose medidas para acabar con la economía sumergida, que constituye un foco de atracción para los inmigrantes irregulares.

Finalmente en una fase de maduración del fenómeno, se precisa de políticas de integración, básicamente por la vía de la educación y formación, que permitan la cohesión social y la integración cultural, y eviten situaciones de marginalidad .

4.4.2. Impacto efectivo de la política de inmigración

Un incremento de población inmigrante de tal magnitud, en un periodo de tiempo tan reducido, tiene claras consecuencias sobre las Comunidades Autónomas receptoras. El impacto global de este fenómeno puede ser desglosado en los siguientes aspectos fundamentales.

A. Un incremento espectacular del número de usuarios a los que prestar servicios públicos, en iguales condiciones que a los españoles, especialmente notable en el ámbito sanitario, social y educativo (incremento de extranjeros no comunitarios empadronados)

Es un hecho evidente que el registro estadístico de la población inmigrante en el Padrón Municipal se ha acrecentado extraordinariamente en los últimos años como consecuencia de que aquél le confiere al inmigrante un conjunto de derechos compatibles con una situación de irregularidad administrativa. No obstante, esta circunstancia no debe ser óbice para que este fenómeno sea corregido por el sistema, al menos, en el ámbito sanitario.

Este aumento en la demanda de servicios públicos no se corresponde con una correlativa aportación recaudatoria de los nuevos usuarios a nivel tributario, dado su escasa

capacidad económica como contribuyentes. Este hecho repercute sobre las Haciendas Regionales:

- Por lo que respecta a los tributos tradicionalmente cedidos, en cuanto al Impuesto sobre el Patrimonio y el Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones, habida cuenta del nivel de renta de la población inmigrante, podemos partir del supuesto simplificador de que no realizan ninguna aportación a los recursos autonómicos por estos conceptos. Para Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados, el impacto recaudatorio ha sido muy escaso.
- Para el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, al tratarse en su gran mayoría de trabajadores con baja cualificación, lleva asociado reducidas rentas salariales y por tanto escasa recaudación por este concepto.
- En términos de Impuesto sobre el Valor Añadido, debemos partir de la hipótesis de unos patrones de consumo de la población inmigrante similar a la población nacional con un nivel de renta más bajo y por ello una reducida recaudación por esta vía.

La principal aportación de estos ciudadanos como contribuyentes la realizan a través de sus cotizaciones a la Seguridad Social, las cuales son íntegramente percibidas por el Estado. Ni siquiera las Comunidades Autónomas se benefician de su evolución, como sucedía en el anterior modelo con los llamados ITAE en base a los cuales se indiciaba la Participación en los Ingresos Generales del Estado.

En la medida en que las necesidades de financiación de las Comunidades Autónomas no han sido actualizadas desde 1999, el marco del sistema de financiación autonómica ha quedado claramente desfasado como prueba el incremento de las desviaciones de las financiaciones per cápita.

Este desequilibrio debería haber quedado subsanado a partir de 2004, año en el que se practicó la primera liquidación del sistema (2002) sin que, hasta la fecha, se haya producido la debida actualización prevista en el artículo 4.A.a) de la Ley 21/2001.

Esta situación provoca un deterioro en la financiación per cápita. Si la financiación por persona protegida en el año base era del 97% de la media de las Comunidades Autónomas para la Región de Murcia, ésta pasa a ser del 92% en 2003. Esta pérdida de posición relativa reside en tres factores: Congelación estadística de la población; Impacto de la inmigración; Incumplimiento del Principio de Lealtad Institucional por atención a extranjeros no empadronados e insuficiente financiación de la cartera de servicios prestados por las Comunidades Autónomas.

B. Un incremento del segmento poblacional no empadronado a los que se debe prestar determinados servicios públicos (incremento de extranjeros no comunitarios no empadronados)

Conforman este segmento las personas que quedan ocultas a efectos estadísticos, pero a las que, por razones humanitarias, las Administraciones competentes deben ofrecer determinados servicios públicos considerados esenciales.

La Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, garantiza en su artículo 12, a todos los extranjeros que se encuentren en España, con independencia de su situación administrativa, la asistencia sanitaria pública de urgencia, cualquiera que sea su causa, y la continuidad de dicha atención hasta el alta médica. Asimismo, extiende el derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles a los extranjeros menores de dieciocho años y a las mujeres embarazadas, durante el embarazo, parto y postparto.

En virtud del principio de Lealtad Institucional, regulado en el artículo 2.1.e) de la Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas, el Estado debería valorar el impacto que el cumplimiento de este imperativo legal supone para las Autonomías, como Administraciones competentes en la gestión de la materia regulada, dando cumplimiento al mandato de la disposición final 8ª de la Ley de Extranjería.

En esta línea, el Consejo de Política Fiscal y Financiera aprobó, en su sesión plenaria número 42, de 22 de noviembre de 2001, que el Fondo de Cohesión Sanitaria atendería “al incremento de costes que la atención sanitaria a la población inmigrante no empadronada supone a las Comunidades Autónomas”.

En este sentido, resulta muy relevante la fundamentación jurídica de la Sentencia del Tribunal Supremo, de 11 de febrero de 2005, recaída en el recurso contencioso administrativo interpuesto contra el Real Decreto 1247/2002, de 3 de diciembre, regulador del Fondo de Cohesión. Si bien es cierto que el fallo desestimó el recurso por entender que el Real Decreto es conforme a derecho, resulta de máximo interés la opinión mantenida por el Tribunal Supremo al respecto.

El Tribunal reconoce expresamente que la asistencia sanitaria a extranjeros, en aplicación de la Ley de Extranjería, puede originar gastos de cierta entidad según el número de inmigrantes que residan en cada Comunidad Autónoma, como consecuencia de lo cual llega a la conclusión de que existe una laguna legal en nuestro ordenamiento jurídico, donde no hay precepto ni previsión específica para la financiación de estos gastos sanitarios, que pueden ser de notable cuantía. Por ello, la Sala entiende que estos gastos habrán de financiarse con cargo al Fondo general o bien habilitar un sistema específico de financiación de estos gastos, si bien al Tribunal no le corresponde declarar sobre este extremo, que excede de los problemas jurídicos que debe afrontar en la resolución del recurso.

Asimismo, de modo reciente el Senado ha reflejado su preocupación por la incidencia que la inmigración está teniendo en el Sistema Nacional de Salud, hasta el punto de aprobar en Pleno una Moción de 19 de diciembre de 2006, conteniendo diversos mandatos dirigidos al Ministerio de Sanidad y Consumo para, en colaboración con las Comunidades Autónomas, conocer la presión asistencial que genera este fenómeno y adoptar aquellas medidas necesarias, normativas y de financiación, entre otras, en relación a los diferentes tipos de inmigrantes.

Desde esta Comunidad entendemos que el mecanismo que debe contemplar la financiación de la atención sanitaria en los supuestos de los apartados b, c y d, del artículo 12

de la Ley de Extranjería debe ser el Fondo de Cohesión Sanitaria, tal y como en su día también acordó el Consejo de Política Fiscal y Financiera, o alternativamente desde un Fondo específico dotado al efecto. Este mecanismo será objeto de estudio y desarrollo en el apartado 2 de este documento.

C. Un incremento del coste por usuario, en el caso de la población inmigrante para algunos servicios públicos.

La repercusión financiera de la inmigración en el ámbito educativo es evidente. El refuerzo de profesorado y las medidas introducidas por la Ley Orgánica 2/2006, de Educación, por la que se limita el número de alumnos extranjeros por aula para favorecer su integración académica, han inducido un claro aumento del coste por usuario. Su magnitud financiera aumenta con el figura del reagrupamiento familiar.

En el ámbito sanitario, tema que ahora nos ocupa, se observa que “a pesar de formar parte un colectivo mayoritariamente joven y sano, en la actualidad los extranjeros residentes en España hacen un uso de los servicios sanitarios públicos que incluso supera al de la población autóctona”²³. Esta afirmación tiene su reflejo evidente en el caso de las mujeres en edad fértil, para las cuales la tasa de fecundidad es notablemente mayor respecto a las nacionales. Asimismo, se observa una tendencia al sobre-uso de la atención de urgencias, en detrimento de la atención primaria, lo que redonda en una sobrecarga de aquella. La atención a estos pacientes, además, exige un mayor tiempo de dedicación del personal facultativo para historiar y diagnosticar por motivos de idioma. Finalmente, la marginalidad asociada a la población inmigrante en situación irregular explica un peor estado de salud y, en consecuencia, una mayor frecuentación.

²³ Aparicio y Tornos (2002). El Estado del Bienestar y la Inmigración en España. IMSERSO. <http://www.imsersomigracion.upco.es/Publicaciones/Libros/bienestar/bienestar.htm>

5. POBLACIÓN INMIGRANTE IRREGULAR NO EMPADRONADA. METODOLOGÍA PARA SU CUANTIFICACIÓN Y PROPUESTA DE FINANCIACIÓN

El actual sistema de financiación de las CC. AA. se basa fundamentalmente en la población del Padrón Municipal de Habitantes corregido por varios factores (envejecimiento, dispersión, insularidad, etc.). Por ello, en este apartado, nos vamos a referir a los efectos de una financiación adicional a los extranjeros no empadronados con derecho a asistencia sanitaria de urgencias, así como a los menores de edad y mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, que se encuentren en España. La cuantificación de los colectivos de menores de edad y de mujeres se puede realizar a partir de la información contenida en las base de datos sanitarias. Esta información está disponible, al menos, en las CCAA del antiguo territorio Insalud; para el resto, habrá que comprobarlo en la información recopilada por el Servicio de Tarjeta Sanitaria del MSC.

Este colectivo de inmigrantes no empadronados contiene a dos subgrupos. Uno está formado por las personas que disponen de documentación identificativa de su personalidad y que, tras demostrar que llevan residiendo en nuestro país al menos durante tres meses, pueden obtener el empadronamiento y entrar en los colectivos identificados con tarjeta sanitaria. El otro está formado por los colectivos de inmigrantes irregulares e indocumentados que, con la normativa actual, están llamados a no figurar en ningún recuento oficial. En el primer caso se pueden estimar asumiendo que todos los inmigrantes empadronados de países ajenos la UE permanecen tres meses como irregulares y en el segundo se puede realizar alguna aproximación a partir del uso de los servicios de urgencia hospitalarios y de atención primaria.

Considerando lo expuesto en el apartado anterior y teniendo en cuenta la estructura demográfica de la población inmigrante irregular no empadronada, se puede afirmar que el grueso de la demanda de asistencia sanitaria se centra en la atención materno infantil y en la atención de urgencias. Como consecuencia, las fuentes de información sobre la atención sanitaria deben buscarse alrededor de estos tipos de demanda. Las posibilidades de obtención de datos y su posterior análisis son directamente proporcionales a las posibilidades

de identificación de los casos objeto de este informe y de la existencia de registros informatizados, por lo que, teniendo en cuenta que el grado de desarrollo de los sistemas de información en las diferentes CC. AA. es muy variable, las posibilidades de obtención de la información también pueden diferir.

Sin perjuicio de los criterios correctores que pudieran establecerse en la financiación de la sanidad, referente a la población inmigrante empadronada, por lo que respecta a la población inmigrante irregular no empadronada, objeto del presente apartado, es obligado reconocer la complejidad de establecer a corto o medio plazo una metodología que, mediante el cálculo del coste por usuario, permita establecer una fórmula coherente y racional de financiación capitativa, dada la dificultad de identificar individualmente a los miembros de este colectivo. Por ello, parece razonable que este apartado segundo oriente los esfuerzos hacia el establecimiento de un modelo de asignación de costes por actividad realizada, más fácil y rápido de implantar.

En un primer momento, analizando las fuentes para la captura de datos, en referencia a la situación actual de la Región de Murcia, aunque como en el resto de Comunidades Autónomas, puede haber cambios a corto y medio plazo, obtendríamos el Cuadro N°1, donde se recogen las posibles opciones.

Tipo de Demanda	Fuente / Metodología obtención información	Resultados
Atención al embarazo	Muestreo de consultas (AE y APS) Muestreo urgencias de hospitales	Nº de consultas realizadas. Procedimientos diagnósticos. Coste.
Ingreso por atención al parto	CMBD Alta hospitalaria - MSC	Nº de casos. Motivos de ingreso. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Estancias y costes
Atención infantil APS	Muestreo HC / Descargas de HC informatizadas	Nº de casos. Motivos de consulta Procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Costes
Urgencias Hospitalarias	Muestreo HC de Urgencias.	Nº de casos. Causas.

		Procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Costes
Urgencias Atención Primaria	Muestreo libros de registro de urgencias	Nº de casos. Causas. Costes

CUADRO Nº 1 – Fuentes de información sobre tipos de demanda sanitaria por inmigrantes irregulares no empadronados.

Sin embargo, de acuerdo a su contenido, se puede afirmar que en nuestro país, salvo en el caso de los ingresos por parto recogidos en el CMBD-AH, no es posible en este momento la recogida inmediata y masiva de información sobre la actividad asistencial en extranjeros, por lo que es imprescindible abordar su recopilación por métodos de muestreo. Si a esto añadimos la dificultad en la identificación de los sujetos del estudio, la imposibilidad de generalización del método para todo el país y la poca viabilidad para su uso como mecanismo de financiación estable, suponen problemas añadidos a la puesta en marcha de esta metodología.

Una vez descartada la propuesta anterior, la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia aboga por una estimación de actividades y costes de la asistencia sanitaria a extranjeros irregulares no empadronados, en base a dos sistemas de posible cuantificación: la aplicación FISS-Web y el CMBD-AAE. Ambos sistemas se caracterizan por haber sido empleados ya en otros ámbitos de la financiación de la asistencia sanitaria de forma más o menos generalizada, por lo que su adaptación a este fin y su implantación puede ser mas rápida y aceptable para el conjunto de las CC.AA.

La aplicación **FISS-Web (Facturación Internacional de Servicios de Salud)** es propiedad del INSS y se emplea para la facturación de la atención sanitaria a países de la Unión Europea y otros con convenios bilaterales. Actualmente su uso está extendido a varias CCAA y se prevé su generalización a corto plazo. Con ligeras modificaciones, este sistema puede ser extendido a cualquier tipo de extranjero, permitiendo un cálculo de la actividad realizada y la facturación del coste a un posible fondo de compensación para extranjeros no comunitarios que funcionase de forma similar a los actuales Fondos de Cohesión. Una vez

realizada la adaptación, este sistema puede ser implantado a muy corto plazo y de forma paralela a la extensión de la aplicación actual.

El CMBD-AAE (Conjunto Mínimo Básico de Datos para Atención Ambulatoria Especializada) es un sistema mucho mas potente, ya existente para las altas hospitalarias, la cirugía mayor ambulatoria (CMA) y la hospitalización de día. Se basa en la notificación de los contactos asistenciales de tipo ambulatorio de determinada información de tipo clínico y administrativo, a partir de las cuales se crean bases de datos de uso en investigación, planificación, facturación, financiación, etc. Actualmente su uso está generalizado en todas las Comunidades Autónomas y el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) las emplea para la distribución de los Fondos de Cohesión. Recientemente el MSC y todas las CC. AA. han aprobado en un Grupo de Trabajo dependiente de la Subcomisión de Sistemas de Información su extensión paulatina al ámbito de las urgencias y las consultas externas de atención especializada. El sistema podría ser empleado, como ya se viene haciendo con los Fondos de Cohesión, para facturar a una posible bolsa de compensación de extranjeros, a la vez que permitirá obtener información sobre las características demográficas y clínicas de los extranjeros atendidos. No cabe duda que, con los actuales proyectos de informatización de la información clínica y administrativa, se facilitaría la extensión del CMBD al resto de la actividad ambulatoria y a todos los hospitales, pero su uso para la distribución de fondos requiere un proceso de gestación y extensión mas dilatado y, por tanto, su uso debe plantearse como un alternativa a medio plazo.

A modo de conclusión, se puede afirmar que, ante la imposibilidad actual de saber con un mínimo de rigor el numero individuos que componen el colectivo objeto de este apartado, la única forma razonable de abordar la financiación de los extranjeros es a partir de la creación de un fondo económico específico, que se distribuiría entre las diferentes CC.AA. en función de la actividad declarada o facturada. Para ello se proponen dos estrategias, una a corto plazo, basada en la extensión de la aplicación FISS-Web a este colectivo, y otra medio plazo, mas potente, útil, y versátil, basada en la generalización del CMBD a toda la actividad ambulatoria realizada dentro del Sistema Nacional de Salud.

6. POBLACIÓN INMIGRANTE EMPADRONADA. METODOLOGÍA PARA LA CUANTIFICACIÓN Y DESCOMPOSICIÓN DEL GASTO SANITARIO PARA DISTINTOS GRUPOS POBLACIONALES

6.1. Introducción

Un objetivo primordial de la metodología de imputación de gasto sanitario a distintos grupos de la población es contar con una herramienta de planificación que permita estimar cómo varía el gasto sanitario ante cambios que afectan no sólo a su volumen sino a su estructura demográfica.

Este borrador presenta una propuesta metodológica para la cuantificación del impacto sobre el gasto sanitario que tienen los patrones diferenciales de utilización de servicios sanitarios de distintos grupos poblacionales. La propuesta se basa en la posibilidad de descomponer las diferencias en utilización media para distintos servicios en la parte correspondiente al efecto composición (distintas características demográficas) del efecto comportamiento (distintos patrones de utilización a igualdad de características demográficas). Con una estimación del coste medio de cada servicio se pueden proyectar estos diferenciales en utilización a gasto sanitario, con obvias aplicaciones a la hora de planificar una adecuada financiación.

6.2. Modelización del gasto sanitario y de los patrones de utilización de los servicios sanitarios

El gasto sanitario, G , realizado por un individuo i en una población de $i=1\dots N$ individuos es simplemente la suma de los gastos imputables a los distintos servicios que ha utilizado durante el periodo de tiempo en consideración. Formalmente,

$$G_i = \sum_{j=1}^J c_j u_{ji}$$

(1)

donde c_j es el coste unitario del servicio j (de un total de J servicios posibles) y u_{ji} es el número de servicios del tipo j que ha utilizado el individuo i .

Sin embargo, a efectos de cuantificar las diferencias en gasto medio entre distintos tipos de la población, frecuentemente se modela estadísticamente el gasto sanitario individual en función de factores demográficos (por ejemplo edad y género). Así, podemos escribir

$$G_i = X_i' \beta + \varepsilon_i \quad (2)$$

donde X es un vector que contiene las variables demográficas del individuo i , β es un vector de coeficientes y ε es un término de error aleatorio de valor esperado igual a cero. Supongamos que estamos interesados en analizar las diferencias en gasto sanitario entre dos grupos de la población: asegurados con nacionalidad española y resto de asegurados. Denotando respectivamente a cada uno de estos conjuntos de individuos como E y F , podemos modelar el gasto como

$$\begin{aligned} G_i &= X_i' \beta_E + \varepsilon_i \quad \forall i \in E \\ G_i &= X_i' \beta_F + \varepsilon_i \quad \forall i \in F \end{aligned} \quad (3)$$

Una propiedad bien conocida de los modelos lineales como el utilizado en la anterior expresión es la posibilidad de escribir el gasto medio en función de las medias de las variables explicativas contenidas en X . Así

$$\begin{aligned} \bar{G}_E &= \bar{X}'_E \beta_E \\ \bar{G}_F &= \bar{X}'_F \beta_F \end{aligned} \quad (4)$$

A partir de esta expresión podemos escribir la diferencia entre el gasto medio de los dos grupos como

$$\begin{aligned} \bar{G}_E - \bar{G}_F &= \bar{X}'_E \beta_E - \bar{X}'_F \beta_F = \\ & \bar{X}'_F (\beta_E - \beta_F) + (\bar{X}'_E - \bar{X}'_F) \beta_E \end{aligned} \quad (5)$$

Esta expresión es una variante de la famosa descomposición de Oaxaca, utilizada en numerosos estudios de economía aplicada. La virtud de esta descomposición es que permite

desagregar la diferencia en el gasto medio entre los dos grupos en dos componentes de interés. El primero, correspondiente al primer sumando, representa la parte de la diferencia en gasto medio que se puede atribuir a patrones diferenciales de consumo entre los dos grupos. Es decir, su cuantía nos indica cómo diferiría el gasto medio si las características demográficas medias fuesen las mismas y sólo hubiese patrones de utilización diferenciales. El segundo componente, correspondiente al segundo sumando, representa la parte de la diferencia en gasto medio atribuible al hecho de que las características demográficas medias de los dos grupos pueden ser distintas. Es decir, su cuantía nos informa sobre cómo variaría el gasto medio entre los dos grupos si, teniendo unos patrones de utilización idénticos, hubiesen diferencias de edad media, o relativamente más hombres que mujeres en uno de los grupos, entre otros.

La expresión (5) es útil porque nos informa, en términos de €, acerca de las diferencias en gasto entre los dos grupos. Ahora bien, no hay que olvidar que tales diferencias en gasto se deben a que existen distintos patrones de utilización para una gama amplia de servicios sanitarios y, con gran probabilidad, las utilizations de cada grupo poblacional estén sesgadas hacia distintos servicios. Por ello es necesario recurrir a la expresión (1) para explicar las diferencias en gasto medio como diferencias en utilización de servicios concretos.

De manera similar a la modelización del gasto sanitario, podemos tratar de explicar la utilización de los servicios del tipo j (de $j=1\dots J$ servicios posibles) mediante un modelo estadístico del siguiente tipo

$$u_{ji} = Z_i' \gamma_E^j + v_i \quad \forall i \in E$$

$$u_{ji} = Z_i' \gamma_F^j + v_i \quad \forall i \in F$$

(6)

De nuevo, el vector Z contiene características del individuo i tales como edad y género²⁴, y es un vector de parámetros a estimar y v es un término de error aleatorio. La aplicación de la descomposición de Oaxaca a la utilización media²⁵ del servicio j vendría dada por la siguiente expresión

²⁴ Tanto el vector X_i como el vector Z_i pueden contener otras variables explicativas (indicadores de estado de salud, ocupación, características de la oferta de servicios sanitarios en el área etc.)

²⁵ Nota técnica: Algunas de las variables de utilización son discretas (número de visitas, prescripciones etc.), por lo que no se puede descartar tener que recurrir a modelos econométricos no lineales para su representación. Ahora bien, el contar con la población (de más de 1000000 de individuos en vez de una muestra) de asegurados permite en principio usar métodos semi-paramétricos donde la esperanza de la variable dependiente pueda ser expresada como una combinación lineal de variables explicativas de tipo cualitativo más un término de error sin especificar la distribución de éste, ya que no sería necesario explotar la forma funcional de tal distribución a la hora de estimar el modelo. En tal caso se mantendría la propiedad en la que se basa la descomposición de Oaxaca. En caso de usar modelos

$$\begin{aligned}\bar{u}_{jE} - \bar{u}_{jF} &= \bar{Z}'_E \gamma_E^j - \bar{Z}'_F \gamma_F^j = \\ &= \bar{Z}'_F (\gamma_E^j - \gamma_F^j) + (\bar{Z}'_E - \bar{Z}'_F) \gamma_E^j\end{aligned}\tag{7}$$

De nuevo podemos interpretar las diferencias medias de utilización como la suma del componente atribuido a diferencias en patrones de utilización, a igualdad de factores explicativos, más el componente atribuido a diferencias en factores explicativos, a igualdad de impacto de cada uno de esos factores.

Combinando las expresiones (1), (5) y (7) podemos desagregar las diferencias en gasto medio entre los dos grupos en la parte correspondiente a diferencias en utilización de cada uno de los servicios sanitarios, y para cada uno de éstos, en la parte debida a distintas características más la parte debida a distintos patrones de utilización. En concreto,

$$\begin{aligned}\bar{G}_E - \bar{G}_F &= \sum_{j=1}^J c_j (\bar{u}_{jE} - \bar{u}_{jF}) = \\ &= \sum_{j=1}^J c_j (\bar{Z}'_E \gamma_E^j - \bar{Z}'_F \gamma_F^j) = \\ &= \sum_{j=1}^J c_j [\bar{Z}'_F (\gamma_E^j - \gamma_F^j) + (\bar{Z}'_E - \bar{Z}'_F) \gamma_E^j]\end{aligned}\tag{8}$$

La expresión también nos muestra el papel que juegan los precios de los servicios sanitarios en el cómputo de las diferencias en gasto entre los dos grupos. En la medida en que los precios utilizados para el análisis se quieran someter a distintos supuestos durante su cómputo, la expresión (8) nos permite aislar su efecto de manera sencilla.

6.3. Fuentes de información

Para aplicar esta metodología se necesitan datos individuales sobre utilización de servicios sanitarios. Además se necesita una estimación del precio (o, más precisamente, el coste medio) de los distintos agregados de servicios sanitarios que se consideren. En lo que atañe a los datos individuales sobre utilización, se ha acordado extraer datos provenientes de los sistemas SELENE y OMI a un fichero donde, para cada individuo con tarjeta sanitaria en la CARM, se dispondrá de

econométricos no lineales, sin embargo, la descomposición de Oaxaca para las diferencias en utilización media será una aproximación.

información para el año 2006 sobre las variables de utilización contenidas en las tablas 3.3.1 y 3.3.2

Tabla 3.3.1. Variables de utilización de servicios de atención primaria a partir del sistema OMI (2006) (selección de variables contenidas en fichero piloto entregado por responsables del SMS)

Número de visitas a médico de atención primaria
Número de visitas a enfermero u otros profesionales de atención primaria
Tiempo con médico de atención primaria
Tiempo con enfermeros u otros profesionales de atención primaria
Número de prescripciones
Número de órdenes médicas (laboratorio, radiología, interconsultas etc.)

Tabla 3.3.2 Variables de utilización de servicios de atención hospitalaria y atención especializada a partir del sistema SELENE (2006) (según descripción de fichero a entregar por responsables del SMS)

Número de Consultas Urgentes con ingreso.
Número de consultas Urgentes sin ingreso.
Número de primeras consultas.
Número de consultas sucesivas.
Número de ingresos médicos.
Estancias médicas acumuladas.

Número de ingresos quirúrgicos.
Estancias quirúrgicas acumuladas.
Número de ingresos en UCI.
Estancias en UCI acumuladas.
Número de partos.
Número de analíticas realizadas.
Número de determinaciones analíticas realizadas.
Número de estudios radiológicos realizados (radiología simple, radiología tradicional con contraste).
Número de ecografías realizadas.
Número de TAC realizados.
Número de RNM realizadas.

La cuestión de la estimación de los costes medios de los distintos agregados de servicios se discute en la siguiente sección.

6.4. Relación de la metodología propuesta con otros métodos

Urbanos (2002) y Puig et al. (2005)²⁶ obtienen índices de gasto sanitario por tramos de edad y género. La metodología empleada por estos autores es similar a la propuesta para este estudio, aunque no considera explícitamente los diferenciales en gasto esperado en función de diferencias en utilización de distintos servicios, ni descompone éstas en la parte atribuible a distintas características más la parte atribuible a distintos comportamientos, dadas idénticas características demográficas.

Conviene reseñar la metodología empleada en estos dos estudios con cierto detalle, ya que veremos que el enfoque aquí propuesto también puede generar índices que representan diferencias en gasto esperado entre distintos grupos. Además, Urbanos (2002) y Puig et al. (2005) proponen un sencillo y útil método de obtención de medidas del coste medio de los servicios a partir de la clasificación funcional del gasto sanitario que también adoptamos en este estudio. Abordamos este punto en el siguiente apartado.

6.4.1. Estimación del coste medio de los servicios sanitarios a partir de la clasificación funcional del gasto sanitario y datos de utilización de la población de asegurados

La siguiente tabla presenta la estructura del gasto sanitario consolidado de la CARM. Se consideran como funciones principales los Servicios Hospitalarios y Especializados, seguidos de la Atención Primaria y la Farmacia.

Tabla 3.4.1.1 Estructura del gasto sanitario por funciones.

Gasto Sanitario (Clasificación funcional)
1. Servicios Hospitalarios y Especializados

²⁶ Puig, J. Planas, I. y A. Tur (2005) Factores De Crecimiento Y Proyecciones Del Gasto Sanitario Público Por Comunidades Autónomas. Registro Histórico 1991-2003 Y Proyecciones 2004-2017. Informe del Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES) Universidad Pompeu Fabra

2. Servicios de Atención Primaria
3. Servicios de Salud Pública
4. Servicios Colectivos de Salud
5. Investigación y Formación
6. Administración General
7. Farmacia (Recetas)
8. Traslados, prótesis y aparatos terapéuticos
9. Transferencias a otros sectores

Gasto en Servicios Hospitalarios y Especializados

En la clasificación de la tabla 3.4.1.1 aparecen agrupados los servicios de Atención Hospitalaria junto a los de Atención Especializada. Dada la posibilidad de contar con información detallada sobre la utilización de los distintos servicios que componen el agregado, es deseable considerar por separado sus distintos componentes. Por ejemplo, a partir de las Cuentas Satélite del gasto sanitario público y del Conjunto Mínimo de Datos de Altas Hospitalarias, Puig et al. (2005) estiman para el conjunto de España el 55% de la partida corresponde a Servicios de Atención Hospitalaria, mientras que el resto corresponde a Servicios de Atención Especializada Extrahospitalaria.

Dada la información sobre utilización que el SMS pondrá a disposición para realizar este estudio, proponemos desagregar el gasto sanitario total de la función 1 de acuerdo con la utilización de los siguientes servicios:

- Visitas al servicio de urgencias hospitalarias sin ingreso
- Estancias médicas acumuladas
- Consultas a especialistas (primeras consultas + consultas sucesivas)

El monto imputable a cada una de estas tres partidas se facilitará por el SMS, a partir de su contabilidad. A continuación se obtiene el coste medio de cada uno de los tres servicios simplemente como el ratio entre el coste total y el número de servicios prestados a la población de asegurados durante el periodo de estudio.

$$c_j = \frac{M_j}{\sum_{i=1}^N u_{ji}}$$

(9)

Gasto en Urgencias de Atención Primaria (SUAP)

La imposibilidad de contar con datos fiables acerca de la utilización de los Servicios de Urgencia de Atención Primaria (SUAP) supone una limitación potencial a la utilidad de los resultados, máxime teniendo en cuenta la percepción de que la utilización de los servicios sanitarios por parte de los inmigrantes está sesgada hacia los servicios de urgencias.

En estas circunstancias proponemos una aproximación provisional consistente en reflejar el coste del SUAP en el precio de las urgencias hospitalarias. Para ello, basta con aumentar el monto imputado a las urgencias hospitalarias con el imputado al SUAP en la expresión (9). Obviamente, esta aproximación generará sesgo en la medida en que el patrón de utilización de urgencias hospitalarias difiera del de las urgencias de atención primaria.²⁷

Resto de Servicios de Atención Primaria

Para computar el coste medio del resto de los Servicios de Atención Primaria proponemos explotar la información sobre visitas al médico de Atención Primaria contenida en la base OMI. El monto asignado a la función Atención Primaria (excepto SUAP) se dividirá por el número total de visitas al médico de atención primaria según la expresión (9).

Farmacia

Para aplicar la expresión (9) al servicio Farmacia proponemos explotar la información sobre prescripciones contenida en la base OMI. Implícitamente adoptaremos el supuesto de que los patrones de consumo de prescripciones por médicos de Atención Especializada son idénticos a los observados en prescripciones de Atención Primaria.

Traslados, Prótesis, Aparatos Terapéuticos

Al no disponer de datos sobre el consumo de traslados, proponemos reflejar su coste en el "precio" de las estancias médicas, en el supuesto de que su consumo sigue el mismo patrón que

²⁷ Este sesgo podría ser importante para el caso de la comparación entre asegurados de nacionalidad española y resto de asegurados debido a la localización geográfica, ocupación y horarios laborales de los inmigrantes en la CARM.

éstas. Asimismo, proponemos reflejar el coste de las Prótesis y Aparatos terapéuticos en el precio de las consultas a especialistas.²⁸

Salud Pública, Servicios Colectivos de Salud, Investigación y Formación, Transferencias a Otros Sectores y Otros Gastos.

El gasto imputable a estas partidas se debe repartir de manera uniforme entre todos los asegurados. Por ello, el que se incluya en los cálculos (o no) tiene un efecto neutro sobre los índices de utilización relativa de distintos grupos de la población. Ahora bien, si se desea obtener cifras absolutas de gasto por grupo de población (de utilidad, por ejemplo, a la hora de calcular necesidades de gasto en fórmulas de financiación), basta con dividir el monto asignado a estas funciones por el número total de asegurados e incrementar en esta cuantía la cantidad resultante de aplicar el método descrito en las líneas precedentes.

6.5. Obtención de índices de gasto sanitario

A partir de la expresión (2) se puede obtener el gasto individual esperado para cualquier configuración de características demográficas que se desee.

Ello puede ser útil a la hora de computar índices de gasto relativo para distintos grupos poblacionales. Concretamente, si deseamos obtener un índice para el gasto sanitario del grupo k relativo a un grupo base representativo, denotado como grupo b, debemos calcular el ratio entre el gasto esperado para el grupo k y el gasto esperado para el grupo b. En primer lugar obtendríamos las predicciones del gasto esperado utilizando las estimaciones del modelo según la expresión (2)

$$\begin{aligned}\hat{G}_{i=\text{grupo } k} &= X'_{i=\text{grupo } k} \hat{\beta} \\ \hat{G}_{i=\text{grupo } b} &= X'_{i=\text{grupo } b} \hat{\beta}\end{aligned}\tag{10}$$

A continuación normalizaríamos el valor del gasto esperado para el grupo k tomando como referencia el valor del gasto esperado para el grupo base.

²⁸ Para estas partidas estamos adoptando supuestos equivalentes a los utilizados por Puig et al. (2005)

$$I_k = \frac{\hat{G}_{i=\text{grupo } k}}{\hat{G}_{i=\text{grupo } b}}$$

(11)

La ventaja a la hora de interpretar los índices según la expresión (11) es que, en términos del cálculo de necesidades de gasto sanitario que previsiblemente se discutirá en el seno del CPPF, la financiación capitativa que se ha de asignar a cada miembro del grupo k es I_k veces la que se acuerde para el individuo representativo. De manera similar, tales índices pueden ser utilizados para realizar predicciones del gasto sanitario bajo distintos escenarios de evolución de la población, bajo el supuesto de que los patrones de utilización subyacentes se mantienen inalterados.

6.6. Conclusión y resumen

Este apartado tercero presenta una propuesta metodológica para la cuantificación del impacto sobre el gasto sanitario que tienen los patrones diferenciales de utilización de servicios sanitarios de distintos grupos poblacionales. La propuesta se basa en la posibilidad de descomponer las diferencias en utilización media para distintos servicios en la parte correspondiente al efecto composición (distintas características demográficas) del efecto comportamiento (distintos patrones de utilización a igualdad de características demográficas). Con una estimación del coste medio de cada servicio se pueden proyectar estos diferenciales en utilización de gasto sanitario, con obvias aplicaciones a la hora de planificar una adecuada financiación de los servicios sanitarios públicos.

Actualmente se han obtenido los primeros datos provisionales, que una vez extrapolados a la muestra completa posibilitarán obtener conclusiones de este estudio.

**PRIMERAS OBSERVACIONES DE LA CONSELLERIA DE SANIDAD DE LA
GENERALITAT VALENCIANA AL BORRADOR DE INFORME DEL
GRUPO DE TRABAJO DE ANÁLISIS DEL GASTO SANITARIO
REMITIDO EL JUEVES 12 DE JULIO**

Observaciones al APDO II: SEGUIMIENTO DE LA PUESTA EN PRÁCTICA DE LAS
PROPUESTAS DE RACIONALIZACIÓN DEL GASTO SANITARIO Y PROPUESTAS DE
AVANCE

- 1) Tal como es sabido en las administraciones sanitarias regionales que integran el SNS, en la Conselleria de Sanidad se están impulsando en los últimos años un conjunto de medidas estratégicas de amplio calado y repercusión para la mejora del sistema de organización, gestión y financiación de la asistencia sanitaria. Algunas de dichas medidas fueron ampliamente descritas en los cuestionarios remitidos en su día a la secretaría del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario (GTAGS) pero, inexplicablemente, en el Informe se han dejado de mencionar un número importante de las mismas.

Por ello, se solicita que en el informe se incluya la mención a las medidas que se señalan a continuación y cuya fecha de envío a la secretaría del GTAS se indica entre paréntesis ^(*):

- Medida 2.2.: Creación de las Comisiones de Intercambio Terapéutico en los Departamentos de Salud (*cuestionario enviado el 30 de junio de 2006*)
- Medida 4.4: Desarrollo del Hospital a Domicilio (*enviado el 10 de julio de 2006*)
- Medida 4.5: Enfermera de Continuidad Domiciliaria en Hospital (*enviado el 10 de julio de 2006*)
-

^(*) Ante la duda de que se haya producido un extravío de ficheros, los cuestionarios se enviarán de nuevo a la secretaría del GTAGS acompañando el presente informe

- Medida 4.6: Unidad Interdisciplinar de Heridas Crónicas y de Prevención de Úlceras por Presión (*enviado el 10 de julio de 2006*)
- Medida 7.1: Enfermera de Gestión Domiciliaria en la Comunidad (*enviado el 10 de julio de 2006*)
- Medida 4.6: Procedimiento para la incorporación de nuevas tecnologías sanitarias (*envío mayo 07*)
- Medida 9.1: FINANCIACIÓN CAPITATIVA DE LOS DEPARTAMENTOS DE SALUD (*enviado el 10 de julio de 2006*)
- Medida 9.2: Concesiones administrativas de carácter sanitario (*enviado el 5 de julio de 2006*)
- Medida 9.3: Entrega de nota informativa al paciente en el momento del alta hospitalaria sobre el coste de la asistencia recibida (*enviado el 10 de julio de 2006*)
- Medida 9.6: Facturación automatizada de la asistencia sanitaria prestada a ciudadanos asegurados en países de la Unión Europea (*enviado el 10 de julio de 2006*)
- Medida 9.7: Catálogo de productos homologados (*enviado el 5 de julio de 2006*)
- Medida 9.8: Mejora de la gestión logística (*enviado el 5 de julio de 2006*)
- Medida 9.10: Desarrollo e implantación del aplicativo Orion-Logis
- Medida 9.12: Sistema de Información para la gestión de conciertos, prótesis y facturación asociada (HERA) (*enviado el 10 de julio de 2006*)
- Medida 9.13: Programa de autoconcertación para la reducción de la lista de espera quirúrgica (*enviado el 5 de julio de 2006*)

- 2) Se solicita que, al principio o al final del apartado, se incluya la lista completa (ficha) de todas las medidas implementadas en las comunidades autónomas. La ausencia de dicha tabla dificulta el análisis y la visión global de la implantación de dichas medidas en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.

Una versión provisional de dicha lista o ficha completa se remitió desde la secretaría del GTAGS a las comunidades autónomas el 1 de diciembre de 2006, por lo que resulta incomprensible que desde entonces no se haya vuelto a recibir ninguna actualización de la misma y, sobre todo, que no se haya incluido en el Informe.

- 3) La Comunidad Valenciana está realizando un enorme esfuerzo y está siendo pionera en la puesta en marcha de un importante conjunto proyectos relacionados con la tarjeta sanitaria con enorme repercusión sobre toda la organización, tanto en el ámbito asistencial como en el económico. Algunas de estas medidas se conocen con detalle en la mayoría de los sistemas regionales de salud y gozan de amplio reconocimiento e, incluso, prestigio entre las diversas organizaciones, lo que está llevando a varias comunidades a implementar medidas similares en sus respectivos sistemas regionales de salud. Dada su repercusión, rogamos se amplíe la mención a las acciones que integran esta medida, de amplio calado y contenido.^(*)
- 4) Se solicita se realicen las modificaciones oportunas en la tabla-gráfico recogida en la página 10 del informe una vez se efectúen las correcciones solicitadas en los puntos anteriores.

Observaciones al APDO III, Punto 2, Medida 2, Segunda parte (páginas 146 a 151):

- 1) Para evitar interpretaciones confusas de las cifras sobre facturas aceptadas y rechazadas por el INNS, se ruega que en las tablas de datos se especifiquen los motivos de rechazo cuantificando, al menos, el número de casos subsanables por la entidad emisora (rechazos provisionales) y los no subsanables (rechazos definitivos). Dicha diferenciación debe realizarse tanto en las cifras que se refieren al proceso de validación automática que realiza el INSS al recibir los ficheros de datos como al proceso de validación que posteriormente realizan las direcciones provinciales.
- 2) También se considera necesario mencionar en el informe que es de esperar que la puesta en marcha de acciones que permitan el acceso a fuentes de información por parte de los usuarios como el aplicativo DELTA del Ministerio de Trabajo y Asuntos

^(*) El cuestionario donde se describe ampliamente (6 páginas) el correspondiente conjunto de medidas se envía de nuevo a la secretaría del GTAGS acompañando el presente informe por si hubiera habido algún problema en su momento.

Sociales para la comunicación de partes de accidentes de trabajo suponga un avance esencial para la mejora en la captura y la calidad de los datos asociados a estas tareas.

Observaciones al APDO V: ANÁLISIS DEL GASTO SANITARIO

- 1) Añadir cifras totales o, en su caso, medias nacionales, en las tablas de las páginas 377 a 384, 394 y 395.
- 2) Tabla página 417: incluir cifras totales y añadir datos en %.
- 3) Tabla página 431: incluir cifras totales y evitar referencias a cifras 'coloreadas', pues las fotocopias impiden visualizar dichas referencias.
- 4) Añadir el dato de la Comunidad Valenciana en los gráficos de la página 439 (resonancias) y 444 (litotricias).
- 5) Se solicita que en todos aquellos apartados en cuya redacción se hace mención a determinados indicadores por 1.000 habitantes se incluyan las correspondientes tablas de datos desde 1999 hasta el último disponible, pues dichos indicadores no se ofrecen en ningún lado y el lector interesado se ve obligado a perder tiempo y construir la serie calculándolos por su cuenta (mamografías por 1000 hab., hemodiálisis por 1.000 hab., resonancias por 1.000 hab., urgencias por 1.000 hab., etc..).
- 6) En el estudio que se realiza de pacientes desplazados a partir del CMBD se apunta a pie de página la posibilidad de que los datos de la residencia del paciente adolezcan de cierto sesgo, pues generalmente se trata de una variable declarativa por parte del paciente.

Desde la Conselleria de Sanidad se ha insistido en más de una ocasión, con motivo de la realización de los informes del GTAGS, en que la variable 'residencia' contenida en el CMBD está sesgada hacia nuestro propio territorio, pues es frecuente que los pacientes desplazados aporten al hospital los datos de la residencia en la que están temporalmente alojados.

Para determinar el alcance de dicho sesgo, varios servicios de la Conselleria de Sanidad implicados en las tareas de recogida y tratamiento de información estadística están trabajando conjuntamente en el cruce y manejo de diversas fuentes para cuantificar el alcance de dicho sesgo sobre el CMBD de 2005 y 2006.

Una vez conocido el impacto de dichas diferencias, si se considera procedente, se pondrán en marcha las medidas correctoras oportunas para impedir que sigan produciéndose e intentar que los datos de residencia del CMBD reflejen adecuadamente la dirección padronal o de residencia habitual, pues ésta es la que

indica con mayor precisión cuál es el servicio regional de salud 'de origen' y, con ello, la comunidad autónoma.

Si los resultados del estudio permiten clarificar este tema, se informará oportunamente al Ministerio de Sanidad e, incluso, al Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario si se considera conveniente.

OBSERVACIÓN ADICIONAL:

Para evitar confusiones en la lectura y análisis de las cifras ofrecidas en las tablas recogidas a lo largo del informe, tanto de contenido económico (gasto real, gasto liquidado, etc.) como asistencial, y estar 'sobre aviso' de posibles diferencias entre magnitudes aparentemente similares debidas al origen diverso de los datos, se ruega que al pie de cada tabla se especifique la fuente de información utilizada.

CUESTIONARIOS COMUNIDAD VALENCIANA

Medida 3.1: CONTROL DE LAS ACTIVIDADES SANITARIAS DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

1. Denominación de la iniciativa:

CONTROL DE LAS ACTIVIDADES SANITARIAS DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

2. Características generales de la iniciativa:

a) Señalar los fines y las motivaciones que han promovido la iniciativa

Garantizar y mejorar la calidad de la vigilancia de la salud de los trabajadores, a través del desarrollo de las competencias de la administración sanitaria sobre los servicios de prevención de riesgos laborales

b) Señalar el cronograma previsto para su implantación y desarrollo

. Comenzó e 1995.

. En el año 2002 se inicia un proceso de revisión de contenidos y responsabilidades.

c) Señalar los resultados esperados, inclusive en términos cuantitativos y cualitativos.

.....

3. Describir los instrumentos de implementación de la iniciativa en términos normativos, funcionales y organizativos (incluir la documentación más relevante)

Fundamento normativo específico:

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales, en su artículo 10, establece que las actuaciones de las Administraciones públicas competentes en materia sanitaria referentes a la salud laboral se llevarán a cabo en relación con los aspectos señalados en el capítulo IV de la Ley 14/1986, General de Sanidad, correspondiéndoles en particular:

- El establecimiento de medios adecuados para la evaluación y control de las actuaciones de carácter sanitario que se realicen en las empresas por los servicios de prevención actuantes, estableciendo para ello las pautas y protocolos a los que deberán someterse dichos servicios.
- La implantación de sistemas de información adecuados que permitan la elaboración, junto con las autoridades laborales competentes de mapas de

riesgos laborales, así como la realización de estudios epidemiológicos.

- La supervisión de la formación que, en materia de prevención y promoción de la salud laboral, deba recibir el personal sanitario actuante en los servicios de prevención autorizados.
- La elaboración y divulgación de estudios, investigaciones y estadísticas relacionados con la salud de los trabajadores.

El **Reglamento de los Servicios de Prevención** recoge, más específicamente, como competencias de las Administraciones Sanitarias:

- La aprobación de los proyectos, en cuanto a los requisitos de carácter sanitario, y la comprobación de la concurrencia de los mismos en las solicitudes de acreditación de los servicios de prevención ajenos, así como en las autorizaciones de las personas o entidades especializadas que pretendan desarrollar la actividad de auditoría del sistema de prevención (art. 25, 26 y 33 del RSP).
- La verificación del mantenimiento de las condiciones de acreditación, en cuanto a los aspectos sanitarios(art. 27 del RSP).
- La elaboración de protocolos de vigilancia de la salud (art. 37 RSP)
- Establecer el conjunto mínimo de datos del Sistema de Información Sanitaria en Salud Laboral, que será establecido por el Ministerio de Sanidad y Consumo, previo acuerdo con los órganos competentes de las Comunidades Autónomas, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- El desarrollo de citado Sistema de Información Sanitaria en Salud Laboral, por cada Comunidad Autónoma.
- La coordinación, a nivel de Área de Salud, entre los servicios de prevención y el sistema sanitario, a través de las unidades responsables de Salud Pública del Área de Salud, que define la Ley General de Sanidad, que será desarrollada por cada Comunidad Autónoma en el ámbito de sus competencias (art 38 RSP).

. La **Orden de 20 de febrero de 1998, del Conseller de Sanitat**, por la que se desarrollan las competencias de la Autoridad Sanitaria en la Comunidad Valenciana establecidas en el Reglamento de los Servicios de Prevención, establece las condiciones que han de reunir las instalaciones sanitarias de los servicios de prevención propios y ajenos.

. La **Orden de 25 de noviembre de 2002**, de la Conselleria de Sanitat, regula el procedimiento de autorización de las instalaciones sanitarias de prevención de riesgos laborales. La Orden de 28 de marzo de 1997, de la Conselleria de Sanitat, regula la asistencia medico-farmacéutica a través de los servicios de prevención

En la Comunidad Valenciana el **Decreto 26/2005, de 4 de febrero, del Consell de la Generalitat Valenciana**, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Sanidad, atribuye a la Dirección General de Salud Pública las competencias sanitarias en salud laboral, entre las que destacamos, por estar directamente relacionadas con los servicios de prevención de riesgos laborales:

- Ejercer las competencias sanitarias en prevención de riesgos laborales, incluyendo las relativas a autorización de las instalaciones sanitarias e inspección de actividades.
- Gestionar y mantener el sistema de información sanitaria laboral y la promoción de la salud en el trabajo.
- Dirigir y evaluar la vigilancia de la salud de los trabajadores, incluyendo la postocupacional

LA LEY 4/2005, DE SALUD PÚBLICA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA, establece en el artículo 9, entre las competencias de la Conselleria de Sanitat, la vigilancia y control de las actuaciones relacionadas con la salud de la población trabajadora.

4. *Indicar, si está disponible, el plan económico-financiero anual/plurianual de la iniciativa (incluir costes anuales estimados de implementación, explicando criterios de cálculo).*

.....

5. *Señale los problemas o dificultades encontrados en la implementación de la medida*

.....

6. *Señale las soluciones adoptadas a los problemas anteriores*

.....

7. *Resultados de la iniciativa*

- a) Señale la mejora de los servicios proporcionados a los usuarios y de los aspectos funcionales/organizativos.

.....

b) Señale, cuando sea posible, los resultados parciales/finales conseguidos en términos de: reducción de gastos, incremento de rendimientos y mejora de la calidad/eficacia de los servicios (tiempos de espera, desarrollo de la gama de servicios proporcionados, indicadores de salud, etc.). Explique en lo posible los criterios de cálculo utilizados.

.....

c) Otros

.....

8. Señalar las modalidades de control y supervisión del proyecto (incluyendo los indicadores utilizados)

.....

9. *Presentar una valoración resumida sobre la experiencia, indicando los principales aspectos negativos y positivos.*

.....

10. Señalar la eventual aplicación de la iniciativa a otros contextos indicando los recursos necesarios.

.....

11. *Señalar otros aspectos considerados de interés no incluidos en los apartados anteriores.*

.....

CUESTIONARIOS COMUNIDAD VALENCIANA

Medida 3.2: Extensión del programa de Seguimiento del Embarazo, Parto y Puerperio

1. *Denominación de la iniciativa:*

Extensión del programa de Seguimiento del Embarazo, Parto y Puerperio.

2. *Características generales de la iniciativa:*

d) Señalar los fines y las motivaciones que han promovido la iniciativa

Elevar el nivel de salud de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, y el de sus hijos.

e) Señalar el cronograma previsto para su implantación y desarrollo

. Se inició en el año 1986 y se desarrolla actualmente en todos los centros sanitarios de la Comunidad Valenciana, permitiendo la accesibilidad a todas las embarazadas.

. Se actualizó el contenido del programa en el año 2003 y, actualmente, se están revisando los aspectos relacionados con la prevención de infecciones transmitidas de la madre al hijo/a y con la administración de suplementos (yodo, ácido fólico).

f) Señalar los resultados esperados, inclusive en términos cuantitativos y cualitativos.

. Mantener las tasas de mortalidad materna en las cifras actuales (inferiores a 10 casos por cada 100.000 nacidos vivos) y de mortalidad perinatal inferior al 7/1.000 nacimientos.

. Porcentaje de recién nacidos con prematuridad inferior al 9% y con bajo peso al nacer inferior al 9%.

3. *Describir los instrumentos de implementación de la iniciativa en términos normativos, funcionales y organizativos (incluir la documentación más relevante)*

.Normativos: Decreto 147/1986 del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se regula el Programa de Promoción de la Salud de la Madre y el Niño (DOGV nº492).

. Funcionales: Realización de exámenes de salud, pruebas complementarias y sesiones de educación para la salud en grupo incluidos en el programa, por profesionales sanitarios (fundamentalmente matronas y ginecólogos) en todos los centros de Atención Primaria y hospitales públicos.

. Documentos más relevantes: Manual del programa "Control básico del embarazo en la Comunidad valenciana", Cartilla de Salud de la Embarazada, Hoja Resumen del Embarazo

4. *Indicar, si está disponible, el plan económico-financiero anual/plurianual de la iniciativa (incluir costes anuales estimados de implementación, explicando criterios de cálculo).*

.....

5. *Señale los problemas o dificultades encontrados en la implementación de la medida*

. Es un programa ampliamente aceptado por profesionales sanitarios y por la población en general, que actualmente presenta como principales retos el cambio sociodemográfico de la Comunidad Valenciana con un incremento considerable de la población inmigrante y con un retraso de la edad para la maternidad entre la población española.

.Se detecta un exceso de intervencionismo obstétrico y de medicalización del parto

6. *Señale las soluciones adoptadas a los problemas anteriores*

. Se están realizando estudios para profundizar en las necesidades de la población inmigrante y sus posibles abordajes. Se está editando material divulgativo en otros idiomas (árabe, rumano e inglés).

. El retraso en la edad de la maternidad fuerza a incrementar la prevención de problemas de salud ligados a ello, como el diagnóstico prenatal de malformaciones congénitas, que se está desarrollando en todos los departamentos de salud de la Comunidad Valenciana.

. Se está trabajando en mejorar la calidad de la asistencia al parto

7. *Resultados de la iniciativa*

c) Señale la mejora de los servicios proporcionados a los usuarios y de los aspectos funcionales/organizativos.

. Actualmente todas las embarazadas de la Comunidad Valenciana tienen acceso a una atención sanitaria normalizada que garantiza las medidas preventivas y asistenciales esenciales para la atención a su salud y la de su futuro hijo, a través de exámenes de salud y pruebas complementarias protocolizadas, así como de educación para la maternidad/paternidad.

d) Señale, cuando sea posible, los resultados parciales/finales conseguidos en términos de: reducción de gastos, incremento de rendimientos y mejora de la calidad/eficacia de los servicios (tiempos de espera, desarrollo de la gama de servicios proporcionados, indicadores de salud, etc.). Explique en lo posible los criterios de cálculo utilizados.

.....

c) Otros

.....

8. Señalar las modalidades de control y supervisión del proyecto (incluyendo los indicadores utilizados)

. Tasa de mortalidad materna, tasa de mortalidad perinatal, porcentaje de prematuridad, porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacimiento.

.Tasas de cesáreas, episiotomías e indicadores de calidad de la atención al parto

9. Presentar una valoración resumida sobre la experiencia, indicando los principales aspectos negativos y positivos.

. El programa está ampliamente consolidado en la Comunidad Valenciana y tiene una reconocida repercusión positiva en la salud de la población maternoinfantil.

. Los esfuerzos se están dirigiendo hacia la humanización de la atención y a mejorar la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones sobre su maternidad

10. Señalar la eventual aplicación de la iniciativa a otros contextos indicando los recursos necesarios.

. El modelo de un programa de vigilancia de la salud acompañado de educación para la salud individual y en grupo se está aplicando a otros colectivos, como a la población infantil y mujeres entre 40 y 65 años. Podría aplicarse también a otros colectivos: personas mayores...

11. Señalar otros aspectos considerados de interés no incluidos en los apartados anteriores.

.....

CUESTIONARIOS COMUNIDAD VALENCIANA

Medida 3.3: Extensión de la cobertura del programa de Detección Precoz de la Hipoacusia en los Recién Nacidos

1. *Denominación de la iniciativa:*

Extensión de la cobertura del programa de Detección Precoz de la Hipoacusia en los Recién Nacidos

2. *Características generales de la iniciativa:*

g) Señalar los fines y las motivaciones que han promovido la iniciativa

Detección precoz de la hipoacusia en los primeros meses de vida para poder realizar un diagnóstico y tratamiento precoz.

h) Señalar el cronograma previsto para su implantación y desarrollo

. Se inició en el año 1992, con el cribado a los recién nacidos de riesgo, y se generaliza a la totalidad de recién nacidos a partir del año 2002.

. En el año 2006 alcanzó una cobertura cercana al 70% de la totalidad de recién nacidos en los hospitales públicos de la Comunidad Valenciana.

. Está previsto que a lo largo del presente año 2007 la cobertura supere el 85%.

i) Señalar los resultados esperados, inclusive en términos cuantitativos y cualitativos.

. Detectar a los niños/as con hipoacusia antes de los 3 meses de edad, para poder iniciar su tratamiento antes de los 6 meses de edad.

. Se estima una frecuencia de hipoacusia neurosensorial profunda bilateral del 1-2/1.000 recién nacidos.

3. *Describir los instrumentos de implementación de la iniciativa en términos normativos, funcionales y organizativos (incluir la documentación más relevante)*

Funcionales: Dotación de aparato para la realización de las pruebas a todos los hospitales de la red sanitaria pública a partir del año 2002, acompañada de formación de los profesionales sanitarios

Documentos más relevantes: Manual del programa "Programa de Detección Precoz de Hipoacusias", Informe de Salud del Recién Nacido (en el que se consigna información relacionada con la realización de la prueba).

4. *Indicar, si está disponible, el plan económico-financiero anual/plurianual de la iniciativa (incluir costes anuales estimados de implementación, explicando criterios de cálculo).*

.....

5. *Señale los problemas o dificultades encontrados en la implementación de la medida*

. Inicialmente se encontró una falta de motivación por los profesionales sanitarios, que se ha ido superando proporcionando información y formación sobre el tema.

. La sobrecarga asistencial en los servicios de neonatología ha sido un factor que ha dificultado su puesta en práctica.

6. *Señale las soluciones adoptadas a los problemas anteriores*

. Proporcionar formación e información a los profesionales sanitarios implicados (pediatras, ORL y enfermeros/as).

. Proporcionar modelos organizativos que permitiesen la realización del programa.

. Dotación de suficientes aparatos para la realización de las pruebas.

7. *Resultados de la iniciativa*

e) Señale la mejora de los servicios proporcionados a los usuarios y de los aspectos funcionales/organizativos.

. La mayor parte de los niños/as con hipoacusia que reciben actualmente los servicios de ORL de referencia proceden de los programas de cribado, con una disminución de la edad de establecimiento del diagnóstico.

f) Señale, cuando sea posible, los resultados parciales/finales conseguidos en términos de: reducción de gastos, incremento de rendimientos y mejora de la calidad/eficacia de los servicios (tiempos de espera, desarrollo de la gama de servicios proporcionados, indicadores de salud, etc.). Explique en lo posible los criterios de cálculo utilizados.

.....

c) Otros

.....

8. Señalar las modalidades de control y supervisión del proyecto (incluyendo los indicadores utilizados)

. Se dispone de un sistema de registro informatizado que está empezando a cumplimentarse de forma sistemática en el presente año 2007.

. Dicho sistema proporcionará unos indicadores de cobertura, proceso y resultado para todos los hospitales de la red sanitaria pública de la Comunidad Valenciana.

9. Presentar una valoración resumida sobre la experiencia, indicando los principales aspectos negativos y positivos.

. En un principio, el acceso al programa se limitaba a los recién nacidos con factores de riesgo. Posteriormente, se decidió ampliar su cobertura.

. Está previsto alcanzar un 85% de cobertura global en el presente año 2007.

10. Señalar la eventual aplicación de la iniciativa a otros contextos indicando los recursos necesarios.

. Este programa ha sido posible gracias a los avances técnicos tanto en el cribado como en el diagnóstico y tratamiento de la hipoacusia infantil. Si se diesen estas circunstancias en otros problemas de salud, también podría aplicarse una estrategia similar.

11. Señalar otros aspectos considerados de interés no incluidos en los apartados anteriores.

.....

CUESTIONARIOS COMUNIDAD VALENCIANA

Medida 3.4: Implantación progresiva de las medidas previstas en el programa de promoción de la lactancia materna

1. *Denominación de la iniciativa:*

Implantación progresiva de las medidas previstas en el programa de Promoción de la Lactancia Materna

2. *Características generales de la iniciativa:*

j) Señalar los fines y las motivaciones que han promovido la iniciativa

La lactancia materna, a pesar de estar reconocidos sus beneficios para la salud del niño/a e incluso de la madre por la OMS, UNICEF, y sociedades científicas internacionales y nacionales, sufrió un retroceso a partir de los años 70´ en nuestro medio.

k) Señalar el cronograma previsto para su implantación y desarrollo

. A partir de 1997 se inician una serie de medidas en la Comunidad Valenciana tendentes a promover la lactancia materna, creándose un comité técnico-asesor para orientar las líneas estratégicas de actuación que se decide desarrollar y que consisten en:

- Estudios para conocer la situación de partida en la Comunidad Valenciana.
- Inclusión del tipo de lactancia en los sistemas de información del área materno-infantil (cartilla de la embarazada, historia obstétrica, historia del niño y registro de metabolopatías.
- Formación de profesionales sanitarios: cursos de formador de formadores e inclusión en los programas de formación continuada del personal sanitario
- Apoyo a las madres que deciden dar de mamar: edición de material audiovisual y gráfico divulgativo, apoyo al concurso fotográfico de Dénia.
- Apoyo a las asociaciones y grupos de apoyo a la lactancia

l) Señalar los resultados esperados, inclusive en términos cuantitativos y cualitativos.

. Se ha producido una inversión de la tendencia descendente en la frecuencia de lactancia materna al alta de la maternidad, que ha pasado del 69% en 1996 a cerca del 80% actualmente. Si bien esta cifra puede elevarse aún más, el principal reto es conseguir una mayor duración de los meses de lactancia, que sólo llega a los 6 meses en torno a un tercio de los lactantes.

. Se han ido modificando aquellas rutinas asistenciales en las maternidades que dificultaban el inicio de la lactancia materna (puesta al pecho precoz, no sueros glucosados, se facilita el pecho a demanda y sin horario, no separación de la madre y el bebé...).

. Se han iniciado actividades en los centros de salud para el apoyo de las madres tras el alta, en el momento en que más abandonos se producen: organización de talleres de lactancia a cargo de las matronas, etc.

3. *Describir los instrumentos de implementación de la iniciativa en términos normativos, funcionales y organizativos (incluir la documentación más relevante)*

- Normativos:

La promoción de la lactancia materna ha pasado a formar parte de los programas de atención integral a la mujer en el embarazo parto y puerperio y del programa de promoción de la salud infantil. La implementación de las iniciativas sobre lactancia se han canalizado a través de estos dos programas, regulados en el Decreto 147/1986 de la Conselleria de Sanitat

-Funcionales y organizativos:

Inclusión de aspectos relacionados con la lactancia materna en los sistemas de información sanitaria (cartilla de la embarazada, registro de metabolopatías, sistema de información de atención primaria).

Inclusión de un capítulo sobre lactancia en el contenido de la educación sanitaria grupal que llevan a cabo las matronas de atención primaria con las embarazadas. Organización de talleres de apoyo a la lactancia en las actividades que llevan a cabo las matronas en el puerperio (su implantación está siendo progresiva y forma parte de la oferta asistencial con una dedicación de 2 horas a la semana como media).

Formación de los profesionales sanitarios en lactancia (matronas, enfermeras, pediatras, auxiliares).

4. *Indicar, si está disponible, el plan económico-financiero anual/plurianual de la iniciativa (incluir costes anuales estimados de implementación, explicando criterios de cálculo).*

Se estima un coste de alrededor de 60.000 euros anuales valorando el coste de las actividades de promoción de la salud (edición de materiales, subvención a grupos de madres) y de docencia, pero sin estimar el coste de las horas dedicadas por los profesionales sanitarios a la atención y apoyo a las madres.

5. *Señale los problemas o dificultades encontrados en la implementación de la medida*

- . Sensibilización de determinados colectivos profesionales: resulta difícil cambiar algunas rutinas asistenciales instauradas en las maternidades.
- . La publicidad de la industria farmacéutica también dificulta el cambio (chupetes, leches artificiales regaladas a las madres...)
- . Muchos profesionales no consideran importante la necesidad de actualizar sus conocimientos sobre este tema.
- . La medicalización e instrumentalización del parto dificulta el inicio de la lactancia (a más cesáreas, prematuridad, partos múltiples, etc., menos prevalencia de inicio de la lactancia).
- . La precariedad laboral y la falta de apoyo social son condicionantes de la duración de la lactancia. Así la duración del permiso por maternidad es determinante en la duración de la lactancia materna.

6. *Señale las soluciones adoptadas a los problemas anteriores*

- . Se ha hecho un importante esfuerzo de formación. Tres ediciones de un curso de formador de formadores con profesionales designados por las direcciones de los departamentos de salud (pediatras enfermeras y matronas), para que ellos posteriormente impulsaran la sensibilización y formación de manera descentralizada.
- . Se está trabajando para impulsar el parto humanizado y la reducción del intervencionismo obstétrico, siguiendo las recomendaciones de la OMS.
- . Se ha acordado recientemente la creación de Comités de Lactancia en cada uno de los departamentos de salud, con carácter multidisciplinar y que además incorporen a los

posibles grupos o asociaciones de madres existentes. Con ello se pretende que en cada departamento las acciones a realizar se adecuen a las necesidades detectadas por cada Comité.

7. *Resultados de la iniciativa*

g) Señale la mejora de los servicios proporcionados a los usuarios y de los aspectos funcionales/organizativos.

. Se ha producido un incremento de la frecuencia de lactancia materna al alta en la maternidad.

. Se ha fomentado y apoyado el asociacionismo

. Se han mejorado las medidas de apoyo a las madres en la maternidad con protocolos que favorecen la puesta al pecho precoz, la cohabitación y, en general, las recomendaciones de la OMS/UNICEF

. Se han realizado cambios organizativos con más recursos dedicados al apoyo a las madres en el embarazo y el puerperio: más información en el embarazo para ayudarles a tomar la decisión y más apoyo en el puerperio, con la oferta de un espacio específico en forma de talleres en los que se reúnen un día a la semana bajo la tutela de la matrona.

h) Señale, cuando sea posible, los resultados parciales/finales conseguidos en términos de: reducción de gastos, incremento de rendimientos y mejora de la calidad/eficacia de los servicios (tiempos de espera, desarrollo de la gama de servicios proporcionados, indicadores de salud, etc.). Explique en lo posible los criterios de cálculo utilizados.

. Incremento de la prevalencia

. Mejora de las redes de apoyo

. Mejora de las prestaciones sanitarias en relación con la lactancia

c) Otros

.....

8. *Señalar las modalidades de control y supervisión del proyecto (incluyendo los indicadores utilizados)*

. Un registro informatizado permite el seguimiento continuo de recién nacidos alimentados con lactancia materna al alta en la maternidad. La duración se valora a

través de La Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana realizada periódicamente (la última de 2004/2005).

- . Edición periódica de materiales de promoción de la salud.
- . Registro de la actividad de las matronas de atención primaria
- . Subvenciones anuales a los grupos de apoyo y convenio con la asociación AMAMANTA.
- . Realización de un estudio cualitativo (grupos de discusión) con mujeres embarazadas para conocer sus opiniones respecto a la lactancia.

9. *Presentar una valoración resumida sobre la experiencia, indicando los principales aspectos negativos y positivos.*

- . Ha tenido una valoración positiva por profesionales sanitarios y grupos de mujeres lactantes, si bien se reclama un mayor desarrollo del mismo.
- . Para seguir avanzando es necesario vincular el inicio de la lactancia a las medidas de humanización y desmedicalización de la asistencia al parto

10. Señalar la eventual aplicación de la iniciativa a otros contextos indicando los recursos necesarios.

.....

11. *Señalar otros aspectos considerados de interés no incluidos en los apartados anteriores.*

.....

CUESTIONARIOS COMUNIDAD VALENCIANA

Medida 3.5: Consolidación del programa de Detección Precoz de Hipotiroidismo Congénito y Fenilcetonuria y ampliación a otros procesos

1. Denominación de la iniciativa:

Consolidación del programa de Detección Precoz de Hipotiroidismo Congénito y Fenilcetonuria y ampliación a otros procesos

2. Características generales de la iniciativa:

m) Señalar los fines y las motivaciones que han promovido la iniciativa

Detectar precozmente a los recién nacidos con hipotiroidismo congénito y fenilcetonuria, para poder iniciar el tratamiento precozmente y así evitar el retraso mental y otras repercusiones negativas de estos procesos.

n) Señalar el cronograma previsto para su implantación y desarrollo

. Se inició en 1987 y actualmente tiene una implantación universal con una cobertura de prácticamente el 100% de recién nacidos de la Comunidad Valenciana.

. Durante el año 2007 se está valorando la ampliación de los procesos a incluir en el cribado de los recién nacidos para su puesta en marcha en el año 2008.

o) Señalar los resultados esperados, inclusive en términos cuantitativos y cualitativos.

. La frecuencia de recién nacidos con hipotiroidismo detectados a través del programa es de aprox. 1/2.000 nacimientos al año, y de fenilcetonuria de aprox. 1/20.000.

. Los niños/as detectados por este programa demuestran un desarrollo físico y mental completamente normal, según estudio realizado a los 10 años de su implantación.

3. Describir los instrumentos de implementación de la iniciativa en términos normativos, funcionales y organizativos (incluir la documentación más relevante)

.Normativos:

Decreto 147/1986 del Consell de la Generalitat Valenciana, por la que se regula el Programa de Promoción de la Salud de la Madre y el Niño (DOGV nº492).

. Funcionales y organizativos:

Edición y distribución de material de apoyo por la Dirección General de Salud Pública, realización de toma de muestras en maternidades públicas y privadas, procesado en el

laboratorio de metabolopatías del hospital La Fe de Valencia, diagnóstico y tratamiento en las unidades clínicas de seguimiento.

4. *Indicar, si está disponible, el plan económico-financiero anual/plurianual de la iniciativa (incluir costes anuales estimados de implementación, explicando criterios de cálculo).*

.....

5. *Señale los problemas o dificultades encontrados en la implementación de la medida*

. El alta precoz en las maternidades propicia la aparición de falsos negativos en la fenilcetonuria.

6. *Señale las soluciones adoptadas a los problemas anteriores*

. Dado que han de transcurrir un mínimo de 48 horas desde el inicio de la alimentación para la toma de la fenilcetonuria, la frecuencia creciente de altas precoces tras el parto normal en las maternidades de la Comunidad Valenciana ha obligado a diseñar una estrategia de doble toma de muestra en la que la 2ª muestra se toma en los centros de Atención Primaria.

7. *Resultados de la iniciativa*

i) Señale la mejora de los servicios proporcionados a los usuarios y de los aspectos funcionales/organizativos.

. Actualmente todos los niños/as con hipotiroidismo congénitos nacidos en la Comunidad Valenciana tienen un desarrollo normal, así como la caso totalidad de los fenilcetonúricos.

j) Señale, cuando sea posible, los resultados parciales/finales conseguidos en términos de: reducción de gastos, incremento de rendimientos y mejora de la calidad/eficacia de los servicios (tiempos de espera, desarrollo de la gama de servicios proporcionados, indicadores de salud, etc.). Explique en lo posible los criterios de cálculo utilizados.

.....

c) Otros

.....

8. *Señalar las modalidades de control y supervisión del proyecto (incluyendo los indicadores utilizados)*

. Un registro informatizado permite el seguimiento continuo del proceso, incluyendo los tiempos empleados y los casos detectados.

9. *Presentar una valoración resumida sobre la experiencia, indicando los principales aspectos negativos y positivos.*

. El programa está ampliamente consolidado en la Comunidad Valenciana y tiene una reconocida repercusión positiva en la salud de los casos detectados.

10. *Señalar la eventual aplicación de la iniciativa a otros contextos indicando los recursos necesarios.*

. Se está valorando la ampliación del cribado utilizando la misma estrategia adaptada a otros procesos (p.e. hemoglobinopatías, síndrome adrenogenital...)

11. *Señalar otros aspectos considerados de interés no incluidos en los apartados anteriores.*

.

CUESTIONARIOS COMUNIDAD VALENCIANA

Medida 3.6: Revisión del programa de Supervisión de la Salud Infantil

1. *Denominación de la iniciativa:*

Revisión del programa de Supervisión de la Salud Infantil

2. *Características generales de la iniciativa:*

p) Señalar los fines y las motivaciones que han promovido la iniciativa

Elevar los niveles de salud de los niños y niñas de la Comunidad Valenciana mediante la realización de una serie de exámenes de salud protocolizados desde el nacimiento a los 14 años de edad, en los que se encuadran las medidas preventivas de reconocida eficacia (p.e. detección precoz de luxación congénita de cadera, de la ambliopía, de trastornos del desarrollo psicomotor...) y educación sanitaria individualizada.

q) Señalar el cronograma previsto para su implantación y desarrollo

. Se inició en el año 1986 y se desarrolla actualmente en todos los centros sanitarios de la Comunidad Valenciana, permitiendo la accesibilidad a todos los niños y niñas.

. El contenido del programa se actualizó en el año 1997.

. Actualmente, se está iniciando una nueva revisión, especialmente en relación con la detección y prevención del riesgo cardiovascular, obesidad infantil y problemas psicosociales.

r) Señalar los resultados esperados, inclusive en términos cuantitativos y cualitativos.

. Mantener una tasa de mortalidad infantil inferior a 3 por mil nacimientos, haciendo especial hincapié en aquellas sobre cuya causa podemos actuar (accidentes, muerte súbita del lactante...).

. Invertir la tendencia ascendente en la frecuencia de sobrepeso y obesidad en la infancia y adolescencia.

3. *Describir los instrumentos de implementación de la iniciativa en términos normativos, funcionales y organizativos (incluir la documentación más relevante)*

.Normativos:

Decreto 147/1986 del Consell de la Generalitat Valenciana, por la que se regula el Programa de Promoción de la Salud de la Madre y el Niño (DOGV nº492).

Orden de 27 de febrero de 2002 de la Conselleria de Sanidad por la que se establece el Informe de Salud del Escolar como documento sanitario de utilización obligatoria para el acceso a un centro escolar o para el inicio de etapa educativa (DOGV nº4.218)

. *Funcionales:*

Realización de exámenes de salud, pruebas complementarias y educación para la salud individualizada incluidos en el programa, por profesionales sanitarios (fundamentalmente pediatras y enfermeros/as) en todos los centros de Atención Primaria.

. *Documentos más relevantes:*

Manual del programa "Programa de Supervisión de la Salud Infantil", "Manual de los exámenes de salud en la edad escolar", Cartilla de Salud Infantil, Informe de Salud del Recién Nacido, Informe de salud del Escolar.

4. *Indicar, si está disponible, el plan económico-financiero anual/plurianual de la iniciativa (incluir costes anuales estimados de implementación, explicando criterios de cálculo).*

.....

5. *Señale los problemas o dificultades encontrados en la implementación de la medida*

. Es un programa ampliamente aceptado por profesionales sanitarios y por la población en general, que actualmente presenta como principales retos el cambio sociodemográfico de la Comunidad Valenciana con un incremento considerable de la población inmigrante y con incremento de los problemas de salud relacionados con cambios de estilos de vida, fundamentalmente de alimentación, sedentarismo y problemas en las relaciones sociales.

6. *Señale las soluciones adoptadas a los problemas anteriores*

. Se están realizando estudios para profundizar en las necesidades de la población inmigrante y sus posibles abordajes.

. Se está editando material divulgativo en otros idiomas (árabe, rumano e inglés).

. Se están iniciando estrategias para un correcto abordaje de los problemas de salud emergentes.

7. *Resultados de la iniciativa*

k) Señale la mejora de los servicios proporcionados a los usuarios y de los aspectos funcionales/organizativos.

. Actualmente todas los niños y niñas residentes en la Comunidad Valenciana tienen acceso a una atención sanitaria normalizada que garantiza las medidas preventivas y

asistenciales esenciales para la atención a su salud, a través de exámenes de salud y pruebas complementarias protocolizadas, así como de educación sanitaria individualizada.

l) Señale, cuando sea posible, los resultados parciales/finales conseguidos en términos de: reducción de gastos, incremento de rendimientos y mejora de la calidad/eficacia de los servicios (tiempos de espera, desarrollo de la gama de servicios proporcionados, indicadores de salud, etc.). Explique en lo posible los criterios de cálculo utilizados.

.....

c) Otros

.....

8. Señalar las modalidades de control y supervisión del proyecto (incluyendo los indicadores utilizados)

. Tasa de mortalidad en los grupos de edad de 0 a 14 años en general y por sus distintas causas, porcentaje de niños/as con sobrepeso/obesidad, número de niños/as atendidos con factores de riesgo sociosanitario.

9. Presentar una valoración resumida sobre la experiencia, indicando los principales aspectos negativos y positivos.

. El programa está ampliamente consolidado en la Comunidad Valenciana y tiene una reconocida repercusión positiva en la salud de la población infantil.

10. Señalar la eventual aplicación de la iniciativa a otros contextos indicando los recursos necesarios.

. El modelo de un programa de vigilancia de la salud acompañado de educación para la salud individual y en grupo se está aplicando a otros colectivos, como a embarazadas y mujeres entre 40 y 65 años. Podría aplicarse también a otros colectivos: personas mayores...

11. Señalar otros aspectos considerados de interés no incluidos en los apartados anteriores.

.....

CUESTIONARIOS COMUNIDAD VALENCIANA

Medida 3.7: Revisión y adecuación del programa de Salud Bucodental

1. *Denominación de la iniciativa:*

Revisión y adecuación del programa de Salud Bucodental

2. *Características generales de la iniciativa:*

s) Señalar los fines y las motivaciones que han promovido la iniciativa

Elevar los niveles de salud bucodental de los niños y niñas de la Comunidad Valenciana, especialmente de la caries y enfermedad periodontal, dada su elevada prevalencia y la posibilidad de prevenirlas mediante la aplicación de medidas sencillas (higiene oral, alimentación correcta, fluor).

t) Señalar el cronograma previsto para su implantación y desarrollo

. Se inició en el año 1986.

. En el año 2004 se procedió a revisar y a adecuar los contenidos del programa.

. El programa se desarrolla actualmente en los centros docentes y en las unidades odontológicas de la Comunidad Valenciana.

u) Señalar los resultados esperados, inclusive en términos cuantitativos y cualitativos.

. En los estudios epidemiológicos realizados posteriormente (1998 y 2004), se aprecia una disminución de la prevalencia de caries en la población infantil, que es del 32,2% a los 6 años de edad, del 42,5% a los 12 años y del 55,9% a los 15-16 años de edad en el último estudio realizados (2004).

3. *Describir los instrumentos de implementación de la iniciativa en términos normativos, funcionales y organizativos (incluir la documentación más relevante)*

. *Funcionales:*

Realización de exámenes de salud oral a los niños/as de 1er curso de Enseñanza Primaria, educación para la salud oral y colutorios de flúor en los centros docentes, administración de medidas preventivas en las unidades odontológicas de los centros de Atención Primaria.

. *Documentos más relevantes:*

Manual del programa para el profesorado, material divulgativo (carteles, folletos, juegos, etc.), solución fluorada, cepillos dentales, material para la realización de medidas preventivas...

4. *Indicar, si está disponible, el plan económico-financiero anual/plurianual de la iniciativa (incluir costes anuales estimados de implementación, explicando criterios de cálculo).*

.....

5. *Señale los problemas o dificultades encontrados en la implementación de la medida*

- . El profesorado en los centros docentes no siempre comprende la necesidad de su implicación en el programa.
- . Los profesionales sanitarios de las unidades odontológicas insisten en la necesidad de poder proporcionar una atención odontológica más amplia a los niños con problemas de salud oral (p.e. obturaciones en dentición permanente).

6. *Señale las soluciones adoptadas a los problemas anteriores*

- . Proporcionar información y materiales de apoyo atractivos al profesorado.
- . Se ha diseñado un Plan de Atención a la Salud Bucodental que requiere una amplia dotación presupuestaria para su puesta en marcha.

7. *Resultados de la iniciativa*

- m) Señale la mejora de los servicios proporcionados a los usuarios y de los aspectos funcionales/organizativos.
 - . Se aprecia un descenso en la frecuencia de caries en la población infantil, según los sucesivos estudios epidemiológicos realizados en la Comunidad Valenciana.
- n) Señale, cuando sea posible, los resultados parciales/finales conseguidos en términos de: reducción de gastos, incremento de rendimientos y mejora de la calidad/eficacia de los servicios (tiempos de espera, desarrollo de la gama de servicios proporcionados, indicadores de salud, etc.). Explique en lo posible los criterios de cálculo utilizados.

.....

c) Otros

.....

8. Señalar las modalidades de control y supervisión del proyecto (incluyendo los indicadores utilizados)

- . Estudios epidemiológicos realizados por la Universidad de Valencia en los años 1998 y 2004.

9. Presentar una valoración resumida sobre la experiencia, indicando los principales aspectos negativos y positivos.

- . Aunque el programa tiene una larga tradición en la Comunidad Valenciana y se ha revisado recientemente, precisa de un replanteamiento, especialmente en los aspectos relacionados con la implicación del profesorado y con la oferta atención sanitaria bucodental.

10. Señalar la eventual aplicación de la iniciativa a otros contextos indicando los recursos necesarios.

.

11. Señalar otros aspectos considerados de interés no incluidos en los apartados anteriores.

.....

CUESTIONARIOS COMUNIDAD VALENCIANA

Medida 3.10: Actualización del programa de Prevención de Cáncer de Cérvix

1. *Denominación de la iniciativa:*

Actualización del programa de prevención de cáncer de cervix.

2. *Características generales de la iniciativa:*

v) Señalar los fines y las motivaciones que han promovido la iniciativa

Ofrecer a las mujeres entre 20-65 años de edad un programa de cribado del cáncer de cuello de útero.

b) Señalar el cronograma previsto para su implantación y desarrollo

En el año 2006 se actualiza el protocolo de actuación y detección precoz del cáncer de cervix.

c) Señalar los resultados esperados, inclusive en términos cuantitativos y cualitativos.

. Disminuir la incidencia y mortalidad por cáncer de cérvix uterino en las mujeres sometidas a cribado de la Comunidad Valenciana

3. *Describir los instrumentos de implementación de la iniciativa en términos normativos, funcionales y organizativos (incluir la documentación más relevante)*

. Recomendación del Consejo de Europa de diciembre de 2003 sobre cribado de cáncer.

. Orden de 29 de enero de 2004, de la Consellería de Sanidad , por la que se regula el Plan Oncológico de la Comunidad Valenciana.

4. *Indicar, si está disponible, el plan económico-financiero anual/plurianual de la iniciativa (incluir costes anuales estimados de implementación, explicando criterios de cálculo).*

5. *Señale los problemas o dificultades encontrados en la implementación de la medida*

6. *Señale las soluciones adoptadas a los problemas anteriores*

7. *Resultados de la iniciativa*

o) Señale la mejora de los servicios proporcionados a los usuarios y de los aspectos funcionales/organizativos.

p) Señale, cuando sea posible, los resultados parciales/finales conseguidos en términos de: reducción de gastos, incremento de rendimientos y mejora de la calidad/eficacia de los servicios (tiempos de espera, desarrollo de la gama de servicios proporcionados, indicadores de salud, etc.). Explique en lo posible los criterios de cálculo utilizados.

c) Otros

8. Señalar las modalidades de control y supervisión del proyecto (incluyendo los indicadores utilizados)

9. Presentar una valoración resumida sobre la experiencia, indicando los principales aspectos negativos y positivos.

10. Señalar la eventual aplicación de la iniciativa a otros contextos indicando los recursos necesarios.

11. Señalar otros aspectos considerados de interés no incluidos en los apartados anteriores.

CUESTIONARIOS COMUNIDAD VALENCIANA

Medida 3.11: Puesta en marcha del programa de Prevención de Cáncer de Colon.

1. *Denominación de la iniciativa:*

Inicio del programa de Prevención de Cáncer de Colon.

2. *Características generales de la iniciativa:*

w) Señalar los fines y las motivaciones que han promovido la iniciativa

Ofrecer a hombres y mujeres de edades comprendidas entre los 50-74 años de edad un programa de screening que consiste en la detección de sangre oculta en heces cada 2 años, con confirmación con colonoscopia en casos positivos.

b) Señalar el cronograma previsto para su implantación y desarrollo.

. Inicio en noviembre del 2005 en tres departamentos de salud.

. Está previsto su extensión posterior a todos los departamentos de la Comunidad Valenciana.

c) Señalar los resultados esperados, inclusive en términos cuantitativos y cualitativos.

Disminuir la incidencia y mortalidad por cáncer colorrectal en población de riesgo medio de la Comunidad Valenciana que se somete a cribado.

3. *Describir los instrumentos de implementación de la iniciativa en términos normativos, funcionales y organizativos (incluir la documentación más relevante)*

. Recomendación del Consejo Europeo de 2003, sobre el cribado del cáncer

. Orden de enero de 2004 , de la Consellería de Sanidad, por el que se regula el Plan Oncológico de la Comunidad Valenciana

4. *Indicar, si está disponible, el plan económico-financiero anual/plurianual de la iniciativa (incluir costes anuales estimados de implementación, explicando criterios de cálculo).*

5. *Señale los problemas o dificultades encontrados en la implementación de la medida*

6. *Señale las soluciones adoptadas a los problemas anteriores*

7. *Resultados de la iniciativa*

q) Señale la mejora de los servicios proporcionados a los usuarios y de los aspectos funcionales/organizativos.

r) Señale, cuando sea posible, los resultados parciales/finales conseguidos en términos de: reducción de gastos, incremento de rendimientos y mejora de la calidad/eficacia de los servicios (tiempos de espera, desarrollo de la gama de servicios proporcionados, indicadores de salud, etc.). Explique en lo posible los criterios de cálculo utilizados.

c) Otros

8. *Señalar las modalidades de control y supervisión del proyecto (incluyendo los indicadores utilizados)*

Se está desarrollando una aplicación informática para control y gestión del programa de screening de colon.

9. *Presentar una valoración resumida sobre la experiencia, indicando los principales aspectos negativos y positivos.*

10. Señalar la eventual aplicación de la iniciativa a otros contextos indicando los recursos necesarios.

11. *Señalar otros aspectos considerados de interés no incluidos en los apartados anteriores.*

CUESTIONARIOS COMUNIDAD VALENCIANA

Medida 3.12: Puesta en marcha del programa de Prevención de Cáncer Hereditario

1. *Denominación de la iniciativa:*

Puesta en marcha del programa de Prevención de Cáncer Hereditario

2. *Características generales de la iniciativa:*

x) Señalar los fines y las motivaciones que han promovido la iniciativa

. Identificar a aquellas personas y familias en las que uno de los factores de riesgo para la aparición del cáncer es el hereditario, para poder aplicar medidas preventivas encaminadas a evitar la aparición de la enfermedad o diagnosticarla precozmente en los miembros sanos de la familia.

. Ofrecer asesoramiento genético y apoyo clínico y psicológico a través el consejo genético en cáncer.

y) Señalar el cronograma previsto para su implantación y desarrollo

Funcionando en la C. Valenciana desde 2005

z) Señalar los resultados esperados, inclusive en términos cuantitativos y cualitativos.

3. *Describir los instrumentos de implementación de la iniciativa en términos normativos, funcionales y organizativos (incluir la documentación más relevante)*

✓ Orden de 3 de marzo de 2005, de la Conselleria de Sanidad, por la que se regulan los dispositivos organizativos que realizan consejo genético en cáncer de la Comunidad Valenciana.

✓ Orden de 29 de enero de 2004, de la Conselleria de Sanidad, por la que se regula el Plan Oncológico de la Comunidad Valenciana.

4. *Indicar, si está disponible, el plan económico-financiero anual/plurianual de la iniciativa (incluir costes anuales estimados de implementación, explicando criterios de cálculo).*

5. *Señale los problemas o dificultades encontrados en la implementación de la medida*

6. *Señale las soluciones adoptadas a los problemas anteriores*

7. *Resultados de la iniciativa*

- s) Señale la mejora de los servicios proporcionados a los usuarios y de los aspectos funcionales/organizativos.

. Los individuos con sospecha de cáncer hereditario son remitidos a una de las cuatro Unidades de Consejo Genético, para valorar el riesgo de presentar una mutación genética dada.

. En la Comunidad Valenciana se han atendido desde el inicio del programa alrededor de 2.600 consultantes, de los cuales el 71% cumplía criterios de remisión.

. El diagnóstico genético permite prevenir precozmente evitando la aparición del cáncer o diagnosticarlo precozmente en fase curable.

- t) Señale, cuando sea posible, los resultados parciales/finales conseguidos en términos de: reducción de gastos, incremento de rendimientos y mejora de la calidad/eficacia de los servicios (tiempos de espera, desarrollo de la gama de servicios proporcionados, indicadores de salud, etc.). Explique en lo posible los criterios de cálculo utilizados.

- c) Otros

8. *Señalar las modalidades de control y supervisión del proyecto (incluyendo los indicadores utilizados)*

. En el ámbito de los sistemas de información, se está trabajando en el diseño de una aplicación informática específica para el programa.

. Realización de evaluaciones periódicas.

9. *Presentar una valoración resumida sobre la experiencia, indicando los principales aspectos negativos y positivos.*

Resultados:

La mayor parte de pacientes proviene de atención especializada y es correctamente remitida.

En la mayoría de familias se localiza caso índice, éstos aceptan generalmente la realización de pruebas genéticas.

Los resultados revelan una diferencia sustancial en el diagnóstico de mutaciones entre casos índices y familiares.

La mayoría de pruebas realizadas se enmarcan en el estudio del CMOH.

El diagnóstico genético permite prevenir precozmente evitando la aparición del cáncer o diagnosticarlo precozmente en fase curable.

Al tratarse de un diagnóstico de probabilidad de padecer un cáncer a lo largo de toda la vida, puede influir sobre la calidad de vida de las personas

10. Señalar la eventual aplicación de la iniciativa a otros contextos indicando los recursos necesarios.

11. *Señalar otros aspectos considerados de interés no incluidos en los apartados anteriores.*

Se está trabajando en la creación del banco de tumores y DNA, lo que permitirá que los usuarios de hoy puedan beneficiarse de los descubrimientos futuros.

CUESTIONARIOS COMUNIDAD VALENCIANA

Medida 3.13: Extensión a toda la población diana del programa de Prevención de Cáncer de Mama

1. *Denominación de la iniciativa:*

Extensión a toda la población diana del programa de Prevención de Cáncer de Mama

2. *Características generales de la iniciativa:*

aa) Señalar los fines y las motivaciones que han promovido la iniciativa

Ofrecer a las mujeres de entre 45 y 69 años, un programa de cribado de cáncer de mama, con un alto nivel de garantía de calidad, consistente en la realización de mamografía bilateral y exploración clínica selectiva en intervalos de dos años,

bb) Señalar el cronograma previsto para su implantación y desarrollo

. Se inició en 1992

. En el año 2000 se decidió ofertar a toda la población diana, esto es, mujeres entre 45-69 años.

cc) Señalar los resultados esperados, inclusive en términos cuantitativos y cualitativos.

El objetivo general es disminuir la mortalidad del cáncer de mama en la Comunidad Valenciana entre las mujeres que se someten a cribado.

3. *Describir los instrumentos de implementación de la iniciativa en términos normativos, funcionales y organizativos (incluir la documentación más relevante)*

. Recomendación del Consejo, de 2 de diciembre de 2003, sobre el cribado del cáncer.

. Real Decreto 1976/1999, de 23 de diciembre, por el que se establecen los criterios de calidad en radiodiagnóstico.

. Orden de 29 de enero de 2004, de la Conselleria de Sanidad, por la que se regula el Plan Oncológico de la Comunidad Valenciana.

. Orden de 9 febrero de 1996, de la Conselleria de Sanidad y Consumo, por la que se regula el Programa de Prevención de Cáncer de Mama en la Comunidad Valenciana.

4. *Indicar, si está disponible, el plan económico-financiero anual/plurianual de la iniciativa (incluir costes anuales estimados de implementación, explicando criterios de cálculo).*

5. Señale los problemas o dificultades encontrados en la implementación de la medida

6. Señale las soluciones adoptadas a los problemas anteriores

7. Resultados de la iniciativa

u) Señale la mejora de los servicios proporcionados a los usuarios y de los aspectos funcionales/organizativos.

El Programa de prevención de cáncer de mama se oferta dentro del marco del Plan Oncológico de la Comunidad valenciana.

v) Señale, cuando sea posible, los resultados parciales/finales conseguidos en términos de: reducción de gastos, incremento de rendimientos y mejora de la calidad/eficacia de los servicios (tiempos de espera, desarrollo de la gama de servicios proporcionados, indicadores de salud, etc.). Explique en lo posible los criterios de cálculo utilizados.

. Ha mejorado el porcentaje de tumores detectados en estados precoces, lo que permite aplicar tratamientos conservadores.

. Se han desarrollado comités de mama en los hospitales con la mejora de los tiempos de espera entre la sospecha, la confirmación diagnóstica y el tratamiento de la enfermedad.

. Buena aceptación

. Se ha mejorado el equipamiento de los hospitales públicos y la especialidad de oncología médica está presente en prácticamente todos ellos.

c) Otros

8. Señalar las modalidades de control y supervisión del proyecto (incluyendo los indicadores utilizados)

. Diseño de un Sistema de Información específico para el programa.

. Indicadores utilizados: se siguen los recomendados por la red europea de programas de cribado entre los que se consideran como básicos la participación, tasa de adhesión al programa, valoración adicional y tasa de detección de cánceres

9. Presentar una valoración resumida sobre la experiencia, indicando los principales aspectos negativos y positivos.

. La evaluación sistemática de programa ha proporcionado siempre resultados incluso superiores a las recomendaciones de las guías europeas de garantía de calidad de los programas de cribado.

. Todavía se puede mejorar en tiempos de confirmación diagnóstica y tratamiento, ya que éste es un objetivo básico del programa

10. Señalar la eventual aplicación de la iniciativa a otros contextos indicando los recursos necesarios.

11. *Señalar otros aspectos considerados de interés no incluidos en los apartados anteriores.*

Se trabaja en diversas líneas de investigación.

CUESTIONARIOS COMUNIDAD VALENCIANA

Medida 3.14: Puesta en marcha del plan de Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares.

1. Denominación de la iniciativa:

Puesta en marcha del plan de Prevención de las enfermedades cardiovasculares.

2. Características generales de la iniciativa:

dd) Señalar los fines y las motivaciones que han promovido la iniciativa

Las enfermedades cardiovasculares son una de las primeras causas de muerte en nuestro entorno. Los objetivos que se marca el Plan hacen referencia a la prevención primaria, prevención secundaria, rehabilitación, formación e investigación.

ee) Señalar el cronograma previsto para su implantación y desarrollo

El plan se puso en marcha a finales de 2006.

ff) Señalar los resultados esperados, inclusive en términos cuantitativos y cualitativos.

- Mejora de los estilos y hábitos de vida: disminución del consumo de tabaco, mejora de los hábitos alimentarios e incremento de la actividad física.
- Detección y control de otros factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial, diabetes, hipocolesterolemia, obesidad.
- Diagnostico y tratamiento precoz de los eventos cardiovasculares.
- Rehabilitación de los pacientes que han sufrido un evento cardiovascular, mejorando su calidad de vida.
- Formación de los profesionales respecto a las actividades de promoción de la salud, de detección y control de los factores de riesgo y de la atención de los pacientes que han sufrido un evento cardiovascular.
- Potenciar la investigación tanto sobre los factores de riesgo como sobre los eventos cardiovasculares.

3. Describir los instrumentos de implementación de la iniciativa en términos normativos, funcionales y organizativos (incluir la documentación más relevante)

. Plan de Prevención de las enfermedades cardiovasculares de la Comunidad Valenciana
(<http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.1420-2006.pdf>)

4. *Indicar, si está disponible, el plan económico-financiero anual/plurianual de la iniciativa (incluir costes anuales estimados de implementación, explicando criterios de cálculo).*

5. *Señale los problemas o dificultades encontrados en la implementación de la medida*

. La principal dificultad es coordinar las acciones de los agentes implicados y conseguir la colaboración y participación de agentes no sanitarios (ayuntamientos, asociaciones empresariales, otras administraciones...)

6. *Señale las soluciones adoptadas a los problemas anteriores*

. Creación de un equipo funcional de seguimiento del programa

7. *Resultados de la iniciativa*

w) Señale la mejora de los servicios proporcionados a los usuarios y de los aspectos funcionales/organizativos.

La principal mejora alcanzada en este momento es la sistematización de la atención de los ciudadanos en todos los aspectos relacionados con la prevención y control de las enfermedades cardiovasculares y los factores de riesgo asociados.

x) Señale, cuando sea posible, los resultados parciales/finales conseguidos en términos de: reducción de gastos, incremento de rendimientos y mejora de la calidad/eficacia de los servicios (tiempos de espera, desarrollo de la gama de servicios proporcionados, indicadores de salud, etc.). Explique en lo posible los criterios de cálculo utilizados.

.....

c) Otros

.....

8. Señalar las modalidades de control y supervisión del proyecto (incluyendo los indicadores utilizados)

. Incluidos y descritos en el propio Plan

9. Presentar una valoración resumida sobre la experiencia, indicando los principales aspectos negativos y positivos.

. El plan se encuentra en una fase inicial, pero la sistematización de las actividades ofertadas ya supone un paso adelante para mejorar la calidad y la eficiencia de las intervenciones.

10. Señalar la eventual aplicación de la iniciativa a otros contextos indicando los recursos necesarios.

11. Señalar otros aspectos considerados de interés no incluidos en los apartados anteriores.

CUESTIONARIOS COMUNIDAD VALENCIANA

Medida 3.15: **Implantación del programa de Promoción de la Salud y Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria**

1. *Denominación de la iniciativa:*

Implantación del programa de Promoción de la Salud y Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

2. *Características generales de la iniciativa:*

gg) Señalar los fines y las motivaciones que han promovido la iniciativa

Los trastornos de la conducta alimentaria cada vez son más frecuentes en nuestro entorno. La detección precoz de estos trastornos se ha demostrado, por un lado, factible y, por otro, que mejora el pronóstico al posibilitar instaurar tratamiento precoz.

hh) Señalar el cronograma previsto para su implantación y desarrollo

El programa se inicia en el año 2002, mediante un estudio piloto

En la actualidad está en fase de implantación

ii) Señalar los resultados esperados, inclusive en términos cuantitativos y cualitativos.

Identificación precoz de los adolescentes y jóvenes con trastornos de la conducta alimentaria y su tratamiento.

3. *Describir los instrumentos de implementación de la iniciativa en términos normativos, funcionales y organizativos (incluir la documentación más relevante)*

. Disponibilidad de una página web (<http://www.ditca.net/>) donde se ofrecen los detalles del programa.

. Realización de una encuesta autocumplimentada por los alumnos de los colegios que se inscriben al programa, en la que se incluyen varios tests, previamente validados, para la determinación de la sospecha de trastorno de la conducta alimentaria (TCA). Aquellos casos que se consideran que pueden padecer un TCA son entrevistados por los orientadores de los centros docentes para realizar un segundo cribado y, en caso de mantenerse la sospecha, se remite a las unidades de salud mental infantil para confirmar el diagnóstico y, en su caso, instaurar el tratamiento adecuado.

. Realización de actividades de promoción de la salud relacionada con los trastornos de la conducta alimentaria en los propios centros docentes inscritos.

. Curso de formación dirigido a los docentes de los centros implicados para la correcta realización de las actividades.

4. *Indicar, si está disponible, el plan económico-financiero anual/plurianual de la iniciativa (incluir costes anuales estimados de implementación, explicando criterios de cálculo).*

5. *Señale los problemas o dificultades encontrados en la implementación de la medida*

La principal dificultad es garantizar la confirmación diagnóstica y la instauración del tratamiento.

6. *Señale las soluciones adoptadas a los problemas anteriores*

Creación de protocolos de seguimiento y control de los casos

7. *Resultados de la iniciativa*

y) Señale la mejora de los servicios proporcionados a los usuarios y de los aspectos funcionales/organizativos.

Detección precoz de los TCA.

z) Señale, cuando sea posible, los resultados parciales/finales conseguidos en términos de: reducción de gastos, incremento de rendimientos y mejora de la calidad/eficacia de los servicios (tiempos de espera, desarrollo de la gama de servicios proporcionados, indicadores de salud, etc.). Explique en lo posible los criterios de cálculo utilizados.

c) Otros

8. *Señalar las modalidades de control y supervisión del proyecto (incluyendo los indicadores utilizados)*

Seguimiento de los casos detectados

9. *Presentar una valoración resumida sobre la experiencia, indicando los principales aspectos negativos y positivos.*

- . La detección precoz de los TCA permite intervenir de una manera precoz y conseguir así un mejor pronóstico en el tratamiento de los casos.
- . Es especialmente importante el garantizar la correcta atención de los casos detectados.

10. Señalar la eventual aplicación de la iniciativa a otros contextos indicando los recursos necesarios.

11. *Señalar otros aspectos considerados de interés no incluidos en los apartados anteriores.*

CUESTIONARIOS COMUNIDAD VALENCIANA

Medida 3.16: Diseño e implantación del programa de Promoción de la Actividad Física

1. *Denominación de la iniciativa:*

Diseño e implantación del programa de Promoción de la Actividad Física

2. *Características generales de la iniciativa:*

jj) Señalar los fines y las motivaciones que han promovido la iniciativa

La actividad física tiene una clara relación con numerosos problemas de salud que afectan de una gran parte de la población. El objetivo es fomentar la realización de la actividad física adaptada a las circunstancias personales.

kk) Señalar el cronograma previsto para su implantación y desarrollo

. El diseño del programa se inicia en el año 2006

. Está prevista su implantación a los largo de los años 2007 y 2008

ll) Señalar los resultados esperados, inclusive en términos cuantitativos y cualitativos.

Mejorar el nivel de actividad física, en especial entre los mas jóvenes y entre aquella personas en las que están presentes otros factores de riesgo o patologías susceptibles de ser mejoradas mediante el ejercicio físico.

3. *Describir los instrumentos de implementación de la iniciativa en términos normativos, funcionales y organizativos (incluir la documentación más relevante)*

. Programa de promoción de la actividad física

. Plan de Salud.

. Plan de Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares.

. El programa pretende fomentar la realización de actividad física entre la población en general y entre los adolescentes y jóvenes en particular, mediante intervenciones a través de los centros docentes y mediante la elaboración de convenios de colaboración con la administración local y provincial para el fomento de la actividad física. Asimismo, se están desarrollando guías y consejos sobre actividad física adaptadas a cada circunstancia para que se puedan realizar los consejos adecuados en atención primaria.

4. *Indicar, si está disponible, el plan económico-financiero anual/plurianual de la iniciativa (incluir costes anuales estimados de implementación, explicando criterios de cálculo).*

5. *Señale los problemas o dificultades encontrados en la implementación de la medida*

Adecuar los consejos a las diferentes circunstancias

6. *Señale las soluciones adoptadas a los problemas anteriores*

Creación de protocolos adaptados.

7. *Resultados de la iniciativa*

aa) Señale la mejora de los servicios proporcionados a los usuarios y de los aspectos funcionales/organizativos.

- Promoción de la actividad física.

bb) Señale, cuando sea posible, los resultados parciales/finales conseguidos en términos de: reducción de gastos, incremento de rendimientos y mejora de la calidad/eficacia de los servicios (tiempos de espera, desarrollo de la gama de servicios proporcionados, indicadores de salud, etc.). Explique en lo posible los criterios de cálculo utilizados.

c) Otros

8. *Señalar las modalidades de control y supervisión del proyecto (incluyendo los indicadores utilizados)*

. Encuestas de salud.

. Evaluación de las recomendaciones realizadas.

9. *Presentar una valoración resumida sobre la experiencia, indicando los principales aspectos negativos y positivos.*

La promoción de la actividad física adecuada contribuye a mejorar los niveles de salud de la población.

10. Señalar la eventual aplicación de la iniciativa a otros contextos indicando los recursos necesarios.

11. Señalar otros aspectos considerados de interés no incluidos en los apartados anteriores.

CUESTIONARIOS COMUNIDAD VALENCIANA

Medida 3.17: Generalización del programa de Salud Sexual y Reproductiva

1. *Denominación de la iniciativa:*

Generalización del programa de Salud Sexual y Reproductiva

2. *Características generales de la iniciativa:*

mm) Señalar los fines y las motivaciones que han promovido la iniciativa

La salud sexual y reproductiva es un aspecto básico de las relaciones humanas que puede tener como principales efectos adversos los embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual y los problemas afectivos sexuales, claramente relacionados con los problemas de violencia de género.

El objetivo general del programa es potenciar una sexualidad sana previniendo los embarazos no deseados, las ITS y potenciando unas relaciones afectivo sexuales adecuadas.

nn) Señalar el cronograma previsto para su implantación y desarrollo

Durante el año 2005 se produce la integración de los Centros de Salud Sexual y Reproductiva.

En el año 2006 se regulan las funciones de estos centros y se ponen en marcha estrategias para generalizar los programas de promoción de la salud sexual y reproductiva.

oo) Señalar los resultados esperados, inclusive en términos cuantitativos y cualitativos.

Mejorar las relaciones afectivo sexuales reduciendo el número de embarazos no deseados y las ITS.

3. *Describir los instrumentos de implementación de la iniciativa en términos normativos, funcionales y organizativos (incluir la documentación más relevante)*

. Programa de Educación Sexual

. Plan de Salud de la Comunidad Valenciana

. El programa establece intervenciones regladas de educación sexual dirigidas a alumnos de enseñanza secundaria y bachiller, así como actividades informativas dirigidas a universitarios.

. Se regulan las acciones a desarrollar en los 52 centros de salud sexual y reproductiva que existen actualmente en la Comunidad Valenciana y en los que se realizan fundamentalmente actividades asistenciales y de promoción de la salud individual. Estos centros tienen la consideración de unidades de apoyo a la atención primaria de salud.

. También se están realizando intervenciones diseñadas para colectivos específicos (inmigrantes, población de etnia gitana, transexuales) adaptadas a sus necesidades concretas.

. Por último se está potenciando la investigación relacionada en materia de salud afectivo sexual, fundamentalmente a través de estudios cualitativos con el fin de identificar variables clave que garanticen el éxito de las intervenciones.

4. *Indicar, si está disponible, el plan económico-financiero anual/plurianual de la iniciativa (incluir costes anuales estimados de implementación, explicando criterios de cálculo).*

5. *Señale los problemas o dificultades encontrados en la implementación de la medida*

Los principales problemas están relacionados con intervenciones en grupos específicos de población.

6. *Señale las soluciones adoptadas a los problemas anteriores*

Creación de grupos de trabajo con participación de estos colectivos.

7. *Resultados de la iniciativa*

cc) Señale la mejora de los servicios proporcionados a los usuarios y de los aspectos funcionales/organizativos.

- Garantizar una educación en materia de salud afectivo sexual adecuada.
- Garantizar una asistencia en materia de salud sexual y reproductiva homogénea y de calidad.

dd) Señale, cuando sea posible, los resultados parciales/finales conseguidos en términos de: reducción de gastos, incremento de rendimientos y mejora de la calidad/eficacia de los servicios (tiempos de espera, desarrollo de la gama de servicios proporcionados, indicadores de salud, etc.). Explique en lo posible los criterios de cálculo utilizados.

c) Otros

8. *Señalar las modalidades de control y supervisión del proyecto (incluyendo los indicadores utilizados)*

Encuesta de salud.

Registros epidemiológicos (registro de IVEs; red de vigilancia epidemiológica).

9. *Presentar una valoración resumida sobre la experiencia, indicando los principales aspectos negativos y positivos.*

En cuanto a las actividades de educación para la salud, se van incorporando cada vez un mayor número de centros docentes de todos los niveles.

Respecto a los centros de salud sexual y reproductiva, éstos garantizan las necesidades de atención de la población.

10. Señalar la eventual aplicación de la iniciativa a otros contextos indicando los recursos necesarios.

11. *Señalar otros aspectos considerados de interés no incluidos en los apartados anteriores.*

CUESTIONARIOS COMUNIDAD VALENCIANA

Medida 3.18: Programa de Prevención de Accidentes de Tráfico y sus Principales Secuelas

1. *Denominación de la iniciativa:*

Programa de Prevención de Accidentes de Tráfico y sus Principales Secuelas.

2. *Características generales de la iniciativa:*

pp) Señalar los fines y las motivaciones que han promovido la iniciativa

Los accidentes de tráfico son una de las principales causas de muerte y lesiones crónicas que afectan de manera especial a los jóvenes.

El objetivo de este programa es concienciar a los adolescentes y jóvenes sobre los riesgos asociados a los accidentes de tráfico y sobre las medidas de prevención.

qq) Señalar el cronograma previsto para su implantación y desarrollo

El programa se inicia en el año 1999.

Durante el año 2005 se inicia la creación de un sistema de información para el seguimiento y evaluación del programa.

rr) Señalar los resultados esperados, inclusive en términos cuantitativos y cualitativos.

Reducir los accidentes y sus principales secuelas, en especial entre los más jóvenes.

3. *Describir los instrumentos de implementación de la iniciativa en términos normativos, funcionales y organizativos (incluir la documentación más relevante)*

. Programa de Prevención de accidentes de tráfico

. Plan de Salud de la Comunidad Valenciana

. El programa establece intervenciones regladas de educación para la salud en materia de seguridad vial. Entre estas actividades destaca una intervención reglada que se realiza mediante un convenio de colaboración con una asociación de lesionado (ASPAYM) y que consiste en una charla realizada en los centros docentes donde se explican a los jóvenes los riesgos asociados a los accidentes de tráfico, cómo prevenirlos y cómo minimizar las consecuencias de estos accidentes mediante la utilización adecuada de los elementos de seguridad (casco, cinturón de seguridad, etc.). Esta actividad se realiza conjuntamente por un sanitario y un lesionado.

4. *Indicar, si está disponible, el plan económico-financiero anual/plurianual de la iniciativa (incluir costes anuales estimados de implementación, explicando criterios de cálculo).*

5. *Señale los problemas o dificultades encontrados en la implementación de la medida*

6. *Señale las soluciones adoptadas a los problemas anteriores*

7. *Resultados de la iniciativa*

ee) Señale la mejora de los servicios proporcionados a los usuarios y de los aspectos funcionales/organizativos.

- Garantizar una educación en materia de seguridad vial adecuada.
- Fomentar la correcta utilización de los medios de protección.

ff) Señale, cuando sea posible, los resultados parciales/finales conseguidos en términos de: reducción de gastos, incremento de rendimientos y mejora de la calidad/eficacia de los servicios (tiempos de espera, desarrollo de la gama de servicios proporcionados, indicadores de salud, etc.). Explique en lo posible los criterios de cálculo utilizados.

c) Otros

8. *Señalar las modalidades de control y supervisión del proyecto (incluyendo los indicadores utilizados)*

Evaluación de la actividad por parte de los destinatarios (encuesta).

Encuesta de salud.

9. *Presentar una valoración resumida sobre la experiencia, indicando los principales aspectos negativos y positivos.*

Una intervención de educación en materia de seguridad vial en la que participan, además de sanitarios, lesionados, muchos de ellos como consecuencia de accidentes de tráfico, genera una actitud claramente positiva en los destinatarios, que en las encuesta

de valoración casi en su totalidad indican que después de la intervención mejoran sus actitudes y hábitos respecto a la seguridad vial.

10. Señalar la eventual aplicación de la iniciativa a otros contextos indicando los recursos necesarios.

11. *Señalar otros aspectos considerados de interés no incluidos en los apartados anteriores.*

CUESTIONARIOS COMUNIDAD VALENCIANA

Medida 3.19: Actualización del programa de Prevención y Control del Tabaquismo

1. *Denominación de la iniciativa:*

Actualización del programa de Prevención y Control del Tabaquismo

2. *Características generales de la iniciativa:*

ss) Señalar los fines y las motivaciones que han promovido la iniciativa

El consumo de tabaco es el factor de riesgo individual más importante sobre el que se puede actuar. El objetivo de este programa es reducir el consumo de tabaco y promover la protección de los no fumadores a la exposición ambiental al humo de tabaco.

tt) Señalar el cronograma previsto para su implantación y desarrollo

Se crea por Orden de 20 de junio de 1988.

Durante los años 2005 y 2006 se han adaptado las actuaciones a las recomendaciones de la OMS en el Convenio Marco y a la nueva normativa sobre tabaquismo (Ley 28/2005 y Decreto del consell 53/2006).

uu) Señalar los resultados esperados, inclusive en términos cuantitativos y cualitativos.

- Conseguir una reducción de la prevalencia de fumadores por debajo del 30 %.
- Retrasar la edad de inicio en el consumo de tabaco.
- Fomentar el respeto de los fumadores frente a los no fumadores.

3. *Describir los instrumentos de implementación de la iniciativa en términos normativos, funcionales y organizativos (incluir la documentación más relevante)*

- Programa de Prevención del Consumo de tabaco.
- Plan de Salud.
- Plan Oncológico.
- Plan de prevención de las enfermedades cardiovasculares.
- El programa establece actividades de promoción de la salud, entre las que destaca el Aula de Tabaco, que es un elemento educativo en el que se presenta desde la historia del tabaco hasta sus efectos para la salud y la forma de evitar su consumo. Va dirigida a

escolares de ESO y actualmente atiende a mas de 200 colegios y alrededor de 25.000 niños anualmente.

- Por otro lado el programa potencia la deshabituación mediante la incorporación de la atención terapéutica mínima en todos los niveles asistenciales (especialmente en atención primaria) y la atención especializada en unidades específicas. Para esta atención se cuenta tanto con los recursos propios de la Consellería, como con la colaboración de otros colectivos (farmacéuticos con oficina de farmacia, organizaciones sin ánimo de lucro...).

- Para facilitar que se alcancen los objetivos cuenta con un plan de formación que se basa en la realización de un Diploma sobre Tabaquismo a través de la plataforma de formación e-learning de la Escuela Valenciana de Estudios en Salud (EVES) y de seminarios de formación en atención terapéutica mínima realizado por los profesionales de salud pública y en colaboración con organizaciones profesionales (Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria...).

- Por otro lado, se fomenta la investigación en temas relacionados con el tabaquismo financiando proyectos de investigación.

- Por último, se colabora en el seguimiento de la normativa relacionada con el tabaquismo potenciando los espacios libres de humo como forma de promover una sociedad sin tabaco y proteger a la vez a los no fumadores de la exposición al humo ambiental de tabaco.

4. *Indicar, si está disponible, el plan económico-financiero anual/plurianual de la iniciativa (incluir costes anuales estimados de implementación, explicando criterios de cálculo).*

5. *Señale los problemas o dificultades encontrados en la implementación de la medida*

Los principales problemas están relacionados con la incorporación de nuevos fumadores, principalmente entre jóvenes.

6. *Señale las soluciones adoptadas a los problemas anteriores*

Potenciar las actividades dirigidas a los mas jóvenes, tanto en la prevención, como en la deshabituación y en la investigación.

7. *Resultados de la iniciativa*

gg) Señale la mejora de los servicios proporcionados a los usuarios y de los aspectos funcionales/organizativos.

De acuerdo con los datos de las Encuestas de Salud de la Comunidad Valenciana se ha pasado de una prevalencia de fumadores del 37 % a una prevalencia del 32 % desde el año 2001 al 2005.

hh) Señale, cuando sea posible, los resultados parciales/finales conseguidos en términos de: reducción de gastos, incremento de rendimientos y mejora de la calidad/eficacia de los servicios (tiempos de espera, desarrollo de la gama de servicios proporcionados, indicadores de salud, etc.). Explique en lo posible los criterios de cálculo utilizados.

c) Otros

8. *Señalar las modalidades de control y supervisión del proyecto (incluyendo los indicadores utilizados)*

Encuesta de salud.

9. *Presentar una valoración resumida sobre la experiencia, indicando los principales aspectos negativos y positivos.*

El programa esta avanzando en la consecución de sus objetivos relativos a la reducción de la prevalencia de fumadores.

Existen más dificultades en conseguir la no incorporación de nuevos fumadores.

10. *Señalar la eventual aplicación de la iniciativa a otros contextos indicando los recursos necesarios.*

.

11. *Señalar otros aspectos considerados de interés no incluidos en los apartados anteriores.*

.

CUESTIONARIOS COMUNIDAD VALENCIANA

Medida 3.20: VIGILANCIA SANITARIO-LABORAL DEL AMIANTO EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

1. Denominación de la iniciativa:

VIGILANCIA SANITARIO-LABORAL DEL AMIANTO EN LA COMUNIDAD VALENCIANA.

2. Características generales de la iniciativa:

vv) Señalar los fines y las motivaciones que han promovido la iniciativa

El objeto del programa es el cumplimiento de las principales metas del seguimiento sanitario de los trabajadores expuestos a amianto establecidos por los Criterios de Helsinki de 1997 sobre asbesto, asbestosis y cáncer:

- Identificar poblaciones de alto riesgo
- Identificar situaciones sobre las que actuar preventivamente
- Descubrir daño para la salud producido por el trabajo

En la Comunidad Valenciana, un gran número de empresas han utilizado en sus procesos de producción amianto, sobre todo en actividades relacionadas con la construcción de edificios, industrias naval, ferroviaria, etc., y sus empleados han podido estar expuestos a dichos materiales, con los consiguientes riesgos para la salud, sobre todo en aparato respiratorio, que incluyen desde placas pleurales a mesotelioma pleural.

España, antes de la prohibición en 2002 (Orden de 7 de diciembre de 2001) de utilización, producción y comercialización de amianto y los productos que lo contengan, consumía una media anual de 40.000 Tm de amianto y exportaba alrededor de 500 Tm/año.

El pico de importaciones de amianto en España se produjo en los años 70. Teniendo en cuenta que la latencia media de los problemas de salud por amianto es de 30 años, es previsible que en esta primera década del siglo XXI se hagan evidentes los efectos de la exposición ocurrida entonces.

Con el fin de gestionar adecuadamente este problema de salud en las circunstancias actuales, es necesario disponer de un sistema estable y protocolizado de identificación, captación, control y asistencia sanitaria de la población potencialmente expuesta.

Según los datos del Ministerio de Sanidad y Consumo, la prevalencia de daño a la salud relacionado con el amianto en trabajadores incluidos en el registro de expuestos, es al menos del 3,59% para la EPOC, 3.42% para las alteraciones pleurales benignas, 0,13% para el cáncer de pulmón 0.17% para los mesoteliomas y 0.12% para otros cánceres con posible relación con el amianto (gástrico, de laringe y colon). Cifras que irán en aumento, por el incremento de la utilización laboral de estos materiales, y atendiendo a lo que ocurre en otros países.

Actualmente, a pesar de la prohibición, el riesgo de exposición continua en diferentes empresas, como las de derribos de edificios, desguaces, etc.

La población expuesta y la gravedad de los posibles daños son los principales argumentos de la normativa, y la justificación de las actividades preventivas específicas. Se desconoce la repercusión del amianto en la salud de la población general.

Los OBJETIVOS ESPECÍFICOS del Plan son:

OCUPACIONAL:

1. Optimizar las actuaciones de protección de la salud y seguridad de los trabajadores con riesgo de exposición a fibras de amianto a través de los correspondientes dispositivos preventivos
2. Asegurar la realización de reconocimientos iniciales a los trabajadores que puedan estar expuestos al amianto
3. Asegurar la vigilancia de la salud de los trabajadores en activo expuestos a amianto

POSTOCUPACIONAL:

4. Asegurar la vigilancia de la salud postocupacional de los trabajadores con historia laboral de exposición a amianto

COMÚN:

5. Mejorar la coordinación en las actuaciones de los órganos de la Administración con competencias en el tema para aumentar la efectividad de las actuaciones.

ww) Señalar el cronograma previsto para su implantación y desarrollo
Comenzó en 2001 y continúa en la actualidad

xx) Señalar los resultados esperados, inclusive en términos cuantitativos y cualitativos.

3. *Describir los instrumentos de implementación de la iniciativa en términos normativos, funcionales y organizativos (incluir la documentación más relevante)*

Fundamento normativo específico:

[La protección de la salud de los trabajadores está regulada tanto en sus aspectos laborales \(Orden de 31/10/84, Reglamento sobre trabajos con riesgo de amianto, Orden de 7/1/87 de normas complementarias del Reglamento y Orden de 26/7/93 que modifica las anteriores\), como sanitarios \(Protocolo de Vigilancia sanitaria específica para los trabajadores/as expuestos/as al amianto, editado por el Ministerio de Sanidad y Consumo\).](#)

El Reglamento sobre trabajos con riesgo de amianto establece los distintos tipos de control médico preventivo que debe realizarse a estos trabajadores: exámenes de salud iniciales, periódicos y postocupacionales. Los reconocimientos post-ocupacionales serán periódicos y realizados con cargo a la Seguridad Social.

La Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales y el Reglamento de los Servicios de Prevención establece el derecho a la prolongación de la vigilancia periódica de su estado de salud de los trabajadores mas allá de la finalización de la relación laboral a través del Sistema Nacional de Salud cuando la naturaleza de los riesgos inherentes al trabajo lo haga necesario.

Orden de 7 de diciembre de 2001 del Ministerio de Sanidad y Consumo, por la que se prohíben la utilización, producción y comercialización de amianto y los productos que lo contengan..

Actividades:

- Elaborar un registro de trabajadores expuestos.
- Promover y controlar las actividades preventivas sanitarias de los SPRL en relación con el amianto.
- Establecer y facilitar los procedimientos de acceso a los exámenes de salud postocupacionales por exposición a amianto.
- Establecer la continuación de la vigilancia de la salud postocupacional.
- Evaluar el programa de vigilancia de la salud.
- Dar información y prestar asesoramiento técnico.
- Gestionar los exámenes de salud postocupacionales por exposición a amianto.
- **Favorecer el reconocimiento médico legal de las enfermedades derivadas de la exposición a amianto.**

4. Indicar, si está disponible, el plan económico-financiero anual/plurianual de la iniciativa (incluir costes anuales estimados de implementación, explicando criterios de cálculo).

5. *Señale los problemas o dificultades encontrados en la implementación de la medida*

- . **Registros oficiales de empresas con riesgo de amianto (exposición) inadecuados (RERA)**

6. *Señale las soluciones adoptadas a los problemas anteriores*

7. *Resultados de la iniciativa*

ii) Señale la mejora de los servicios proporcionados a los usuarios y de los aspectos funcionales/organizativos.

jj) Señale, cuando sea posible, los resultados parciales/finales conseguidos en términos de: reducción de gastos, incremento de rendimientos y mejora de la calidad/eficacia de los servicios (tiempos de espera, desarrollo de la gama de servicios proporcionados, indicadores de salud, etc.). Explique en lo posible los criterios de cálculo utilizados.

c) Otros

8. *Señalar las modalidades de control y supervisión del proyecto (incluyendo los indicadores utilizados)*

9. *Presentar una valoración resumida sobre la experiencia, indicando los principales aspectos negativos y positivos.*

10. Señalar la eventual aplicación de la iniciativa a otros contextos indicando los recursos necesarios.

11. *Señalar otros aspectos considerados de interés no incluidos en los apartados anteriores.*

CUESTIONARIOS COMUNIDAD VALENCIANA

Medida 3.21: VIGILANCIA SANITARIA DE PLAGUICIDAS Y BIOCIDAS: APLICACIÓN DE COBERTURA Y ACTIVIDADES VINCULADAS

1. Denominación de la iniciativa:

Vigilancia sanitaria de plaguicidas y biocidas: ampliación de cobertura y actividades vinculadas.

2. Características generales de la iniciativa:

yy) Señalar los fines y las motivaciones que han promovido la iniciativa

Acciones encaminadas a la vigilancia y control de los riesgos derivados de biocidas plaguicidas fitosanitarios, tanto en el ámbito de la prevención de los posibles problemas de salud derivados de su manipulación como en el ámbito de los riesgos derivados de su exposición para la población en general.

zz) Señalar el cronograma previsto para su implantación y desarrollo

Comenzó como programa piloto el año 1985.

Desde 1989 está regulada la obligación legal de tener carné de manipulador de plaguicidas para trabajar con dichos productos en la C. Valenciana.

El programa se ha ido ampliando y se han ido incorporando actuaciones que han permitido:

- Extensión de la cobertura a toda la Comunidad Valenciana
- Contempla gran número de actividades de prevención colectiva frente al riesgo que pueden suponer estos productos químicos.
- Realización de inspecciones de los establecimientos y servicios plaguicidas y biocidas anualmente
- Programación de cursos para obtención de carnés de manipuladores de plaguicidas y de biocidas semestralmente.
- Creación en 2004 del Registro Oficial de Establecimientos y Servicios Biocidas de la Comunidad Valenciana para las empresas, clave para el control oficial.

aaa) Señalar los resultados esperados, inclusive en términos cuantitativos y cualitativos.

Reducción de los daños para la salud y el medio ambiente por el uso profesional de plaguicidas y biocidas.

3. *Describir los instrumentos de implementación de la iniciativa en términos normativos, funcionales y organizativos (incluir la documentación más relevante)*

PLAGUICIDAS FITOSANITARIOS. Principal normativa:

Orden PRE/2922/2005, de 19 de septiembre, por la que se modifica la Orden de 8 de marzo de 1994, por la que se establece la normativa reguladora de la homologación de cursos de capacitación para realizar tratamientos con plaguicidas fitosanitarios. (BOE 23 sep. 2005)

Decreto 27/2007, de 2 de marzo, del Consell, por el que se regulan los carnés de manipulador de plaguicidas de uso fitosanitario en la Comunidad Valenciana (DOCV 06/03/2007)

Registro Oficial de Establecimientos y Servicios de Plaguicidas (ROESP) (Orden conjunta de 21/10/1993, de las consellerías de Agricultura, Pesca y Alimentación y de Sanidad)

BIOCIDAS. Principal normativa:

Real Decreto 1054/2002, de biocidas.

Decreto 14/1995, de 10 de enero, del Gobierno Valenciano, por el que se regula la obtención del carnet de manipulador de plaguicidas en la Comunidad Valenciana.

Registro Oficial de Establecimientos y Servicios de Biocidas (ROESB). (Decreto 96/2004, del Gobierno Valenciano)

Muchas actividades se realizan de forma conjunta con la Conselleria de Agricultura, Pesca y Alimentación, y algunas también con SEPRONA. Coordinadas a través de la Comisión para el Desarrollo y Aplicación de la RTS sobre Plaguicidas (Decreto 64/1986).

4. *Indicar, si está disponible, el plan económico-financiero anual/plurianual de la iniciativa (incluir costes anuales estimados de implementación, explicando criterios de cálculo).*

5. *Señale los problemas o dificultades encontrados en la implementación de la medida*

. Dificultades para hacer llegar a los agricultores las actividades de educación sanitaria y de prevención laboral.

6. *Señale las soluciones adoptadas a los problemas anteriores*

. Regulación legal de la obligación de la obtención de carnés de manipulador de plaguicidas/biocidas para los usuarios profesionales de dichos productos y de la inscripción en el Registro Oficial de Establecimientos y Servicios Biocidas de la Comunidad Valenciana para las empresas.

7. *Resultados de la iniciativa*

kk) Señale la mejora de los servicios proporcionados a los usuarios y de los aspectos funcionales/organizativos.

Mas de 200 cursos año para la obtención o renovación de carnés de manipulador de plaguicidas o biocidas y control de legionelosis.

Registro Oficial de Establecimientos y Servicios Biocidas de la Comunidad Valenciana público, actualizado y accesible a través de Internet

ll) Señale, cuando sea posible, los resultados parciales/finales conseguidos en términos de: reducción de gastos, incremento de rendimientos y mejora de la calidad/eficacia de los servicios (tiempos de espera, desarrollo de la gama de servicios proporcionados, indicadores de salud, etc.). Explique en lo posible los criterios de cálculo utilizados.

.

c) Otros

8. *Señalar las modalidades de control y supervisión del proyecto (incluyendo los indicadores utilizados)*

9. *Presentar una valoración resumida sobre la experiencia, indicando los principales aspectos negativos y positivos.*

.El trabajo conjunto y la coordinación con organismos competentes en otras materias, como Agricultura, es fundamental en estas actividades.

10. Señalar la eventual aplicación de la iniciativa a otros contextos indicando los recursos necesarios.

11. *Señalar otros aspectos considerados de interés no incluidos en los apartados anteriores.*

CUESTIONARIOS COMUNIDAD VALENCIANA

Medida 3.22: PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA DE EMPRESAS GENERADORAS DE SALUD

1. Denominación de la iniciativa:

Puesta en marcha del programa de Empresas Generadoras de Salud

2. Características generales de la iniciativa:

bbb) Señalar los fines y las motivaciones que han promovido la iniciativa

Elevar el nivel de salud de la población trabajadora impulsando la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en las empresas de la Comunidad Valenciana, acercando a las empresas las actuaciones de promoción de la salud que lleva a cabo la administración sanitaria y potenciando las propias a través de los servicios de prevención (SPRL) y Mutuas (MATEPSS).

ccc) Señalar el cronograma previsto para su implantación y desarrollo

La puesta en marcha del programa comenzó en enero de 2005.

ddd) Señalar los resultados esperados, inclusive en términos cuantitativos y cualitativos.

Conseguir la Adhesión al Programa de mas del 50% de centros sanitarios de SPRL y MATEPSS de la Comunidad Valenciana durante 2007.

Hacer llegar actividades de promoción de la salud a mas de 500.000 trabajadores valencianos

3. Describir los instrumentos de implementación de la iniciativa en términos normativos, funcionales y organizativos (incluir la documentación más relevante)

. *Fundamento normativo específico:*

La Ley 14/1986, General de Sanidad, en su artículo 21, establece como competencias de la Administración Sanitaria promover con carácter general la salud integral del trabajador.

Real Decreto 39/1997, Reglamento de los Servicios de los Servicios de Prevención: en su artículo 38, sobre colaboración de estos servicios con el Sistema Nacional de Salud, establece que el servicio de prevención colaborará en las campañas sanitarias y epidemiológicas organizadas por las administraciones públicas competentes en materia sanitaria.

Orden de 20 de febrero de 1998, del Conseller de Sanidad y Consumo: recoge como actividad sanitaria de los servicios de prevención la promoción de la salud.

Decreto 26/2005, del Consell de la Generalitat Valenciana: recoge como funciones de la Dirección General de Salud Pública la promoción de la salud en el trabajo.

4. *Indicar, si está disponible, el plan económico-financiero anual/plurianual de la iniciativa (incluir costes anuales estimados de implementación, explicando criterios de cálculo).*

5. *Señale los problemas o dificultades encontrados en la implementación de la medida*

6. *Señale las soluciones adoptadas a los problemas anteriores*

7. *Resultados de la iniciativa*

mm) Señale la mejora de los servicios proporcionados a los usuarios y de los aspectos funcionales/organizativos.

Acerca a los trabajadores las actuaciones de promoción de la salud que lleva a cabo la Administración Sanitaria, a través de los servicios de prevención y MATEPSS, en temas tan importantes como las vacunas, lucha antitabaco, prevención del SIDA, etc.

Permite una visión integradora de la salud de los trabajadores

Facilita la coordinación entre profesionales sanitarios de las empresas y del sistema sanitario público

nn) Señale, cuando sea posible, los resultados parciales/finales conseguidos en términos de: reducción de gastos, incremento de rendimientos y mejora de la calidad/eficacia de los servicios (tiempos de espera, desarrollo de la gama de servicios proporcionados, indicadores de salud, etc.). Explique en lo posible los criterios de cálculo utilizados.

Como ejemplo, cerca de 20.000 vacunas antigripales/año administradas que reducen la carga de trabajo de los centros de salud.

c) Otros

8. *Señalar las modalidades de control y supervisión del proyecto (incluyendo los indicadores utilizados)*

. El Programa fue elaborado en colaboración con la Asociación Valenciana de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AVAMAT), Asociación de SPRL C. Valenciana (SERPRECOVA) y las sociedades profesionales de médicos y enfermeros del trabajo.

. El Programa fue presentado a través de la Comisión de Salud y Seguridad en el Trabajo,

. En el Programa está prevista una Comisión de Seguimiento con participación de las organizaciones colaboradoras y los distintos Servicios de la Dirección General de Salud Pública, y en la que participan representantes de las organizaciones empresariales y sindicales.

9. Presentar una valoración resumida sobre la experiencia, indicando los principales aspectos negativos y positivos.

10. Señalar la eventual aplicación de la iniciativa a otros contextos indicando los recursos necesarios.

11. Señalar otros aspectos considerados de interés no incluidos en los apartados anteriores.

CUESTIONARIOS COMUNIDAD VALENCIANA

Medida 3.23: Actualización y ampliación del programa de Prevención del Riesgo Químico

1. Denominación de la iniciativa:

Actualización y ampliación del programa de Prevención del Riesgo Químico

2. Características generales de la iniciativa:

eee) Señalar los fines y las motivaciones que han promovido la iniciativa

Los productos químicos peligrosos y en especial los de uso profesional suponen riesgo tanto para los trabajadores como para el resto de la población y el medio ambiente, de ahí la necesidad de prevenir los efectos adversos que puede entrañar la elaboración, almacenamiento, transporte, uso y eliminación de dichos productos, lo que constituye el objeto de este programa.

En la UE se comercializan unas 100.000 sustancias químicas, aproximadamente 30.000 se utilizan en los lugares de trabajo, muchas de ellas con escasa información toxicológica.

Según información del Plan de Competitividad del Sector Químico 2005-2007 de la Generalitat Valenciana (Conselleria d'Empresa, Universitat i Ciencia), en el año 2003 las empresas valencianas fabricantes de productos químicos facturaron 2.794 millones de euros, lo que supone un 7 % del sector en España. Dichas empresas representan el 3,7 % del empleo de la industria de la Comunidad y emplean de forma directa a unas 13.000 personas. Pero esos y otros productos forman parte, a su vez, de los procesos productivos de la mayoría de empresas.

Así, entre los resultados de la I Encuesta de Condiciones de Trabajo de la Comunidad Valenciana (Fundación de la Comunidad Valenciana para la Prevención de Riesgos Laborales, 2004), puede verse que "El 46,6% de los trabajadores manipula en su puesto de trabajo productos químicos nocivos o tóxicos", siendo escasos tanto la información como el uso de material de protección personal. Según la misma encuesta, parte de los trabajadores están expuestos a algunos de estos productos, sobre todo cuando se hace un uso inadecuado de los mismos.

La información sobre riesgos, daños y prevención suministrada a los profesionales, a través de las etiquetas y fichas de datos de seguridad (FDS) es fundamental para la prevención laboral, y especialmente en el ámbito sanitario para la vigilancia de salud específica de los trabajadores expuestos, así como para el diagnóstico y tratamiento de los daños que se produzcan.

La exposición laboral y no laboral a agentes químicos puede tener un gran impacto sobre la salud de la población, especialmente peligrosas son los agentes químicos cancerígenos, mutágenos y tóxicos para la reproducción. Las patologías que con más frecuencia aparecen por exposición a productos químicos son intoxicaciones agudas, enfermedades respiratorias, cáncer, afecciones del sistema nervioso y enfermedades de la piel.

Diversos estudios ponen de manifiesto que los riesgos químicos son actualmente la causa principal de mortalidad relacionada con la salud laboral en algunos países de la Unión Europea, siendo el cáncer la enfermedad principal, situándose por delante incluso de los accidentes de trabajo.

La OIT estima que de los dos millones de muertes laborales que se producen anualmente en el mundo, 440.000 son como consecuencia de la exposición de los trabajadores a agentes químicos.

Entre las conclusiones generales de la citada I Encuesta de Condiciones de Trabajo de la Comunidad Valenciana (Fundación de la Comunidad Valenciana para la Prevención de Riesgos Laborales. 2004), se recoge que “Los problemas de salud mas importantes entre la población entrevistada son los provocados por agentes químicos, con estadísticas significativas en comparación con otras enfermedades.”

- fff) Señalar el cronograma previsto para su implantación y desarrollo
- . Comenzó en 1995 con la implantación de la Red de Inspección de Productos Químicos Peligrosos y diversos programas europeos.
 - . En 2005 se han incrementado las actividades incluidas en el programa de manera significativa con el control sistemático de biocidas
 - . Desde 2007 se han incorporado actividades de control de etiquetado y fichas de datos de seguridad de cancerígenos, teratógenos y mutágenos.

ggg) Señalar los resultados esperados, inclusive en términos cuantitativos y cualitativos.

3. *Describir los instrumentos de implementación de la iniciativa en términos normativos, funcionales y organizativos (incluir la documentación más relevante)*

Legislación estatal sobre clasificación, envasado y etiquetado de sustancias y preparados peligrosos (Real Decreto 363/1995 y Real Decreto 255/2003), y el Real Decreto 1054/2002, sobre evaluación, registro, autorización y comercialización de biocidas, entre otros. Sobre la base de dicha normativa, las autoridades sanitarias regionales son competentes de la vigilancia y control de las sustancias y preparados comercializados en sus respectivos territorios, con la posibilidad de regulación legal propia de esos aspectos.

En la Comunidad Valenciana existe abundante normativa propia sobre plaguicidas y biocidas. Además, el Decreto 26/2005, de 4 de febrero, del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Sanidad, atribuye a la Dirección General de Salud Pública estas competencias sanitarias. En la Orden de 27 de mayo de 2005, del conseller de Sanidad, por la que se desarrolla el Decreto 26/2005, se especifica que el Servicio de Salud Laboral ejercerá las funciones de controlar y vigilar los aspectos sanitarios de los productos químicos y especialmente de plaguicidas y biocidas. Por último, dichas competencias también se recogen en la Ley 4/2005, de Salud Pública de la Comunidad Valenciana.

4. *Indicar, si está disponible, el plan económico-financiero anual/plurianual de la iniciativa (incluir costes anuales estimados de implementación, explicando criterios de cálculo).*

5. *Señale los problemas o dificultades encontrados en la implementación de la medida*

6. *Señale las soluciones adoptadas a los problemas anteriores*

7. *Resultados de la iniciativa*

oo) Señale la mejora de los servicios proporcionados a los usuarios y de los aspectos funcionales/organizativos.

pp) Señale, cuando sea posible, los resultados parciales/finales conseguidos en términos de: reducción de gastos, incremento de rendimientos y mejora de la calidad/eficacia de los servicios (tiempos de espera, desarrollo de la gama de servicios proporcionados, indicadores de salud, etc.). Explique en lo posible los criterios de cálculo utilizados.

c) Otros

.....

8. *Señalar las modalidades de control y supervisión del proyecto (incluyendo los indicadores utilizados)*

9. *Presentar una valoración resumida sobre la experiencia, indicando los principales aspectos negativos y positivos.*

Dificultades por la extensa, diversa y poco clara normativa.

10. Señalar la eventual aplicación de la iniciativa a otros contextos indicando los recursos necesarios.

11. *Señalar otros aspectos considerados de interés no incluidos en los apartados anteriores.*

CUESTIONARIOS COMUNIDAD VALENCIANA

Medida 3.24: Puesta en marcha del programa de Prevención Sanitaria del Riesgo Biológico de Origen Laboral

1. Denominación de la iniciativa:

Puesta en marcha del programa de Prevención Sanitaria del Riesgo Biológico de Origen Laboral

2. Características generales de la iniciativa:

hhh) Señalar los fines y las motivaciones que han promovido la iniciativa

El fin principal del Programa es la prevención del daño laboral derivado de la exposición a agentes biológicos en el trabajo.

La exposición laboral a agentes biológicos afecta a una gran variedad de actividades y ocupaciones, si bien los trabajadores del sector sanitario constituyen uno de los colectivos laborales más expuestos al riesgo biológico.

La transmisión de agentes patógenos por sangre y otros fluidos corporales, como el virus de la hepatitis B, el virus de la inmunodeficiencia humana y el virus de la hepatitis C, constituye uno de los principales riesgos del colectivo sanitario, riesgo que se extiende igualmente a otros colectivos, como trabajadores de servicios sociales o personal de seguridad.

.Los datos que ofrece el Estudio y Seguimiento del Riesgo Biológico en el Personal Sanitario, Proyecto EPINETAC 1996--2002, indican que en los centros sanitarios españoles declarantes, la tasa media de exposiciones accidentales ha sido de 13,83 exposiciones percutáneas por cada 100 camas ocupadas y de 1.41 exposiciones mucocutáneas por cada 100 camas. Estas tasas han sufrido variaciones en el periodo situándose el riesgo de exposiciones percutáneas en el año 2002 en 16.05 por cada 100 camas ocupadas.

El riesgo medio de seroconversión a diferentes fuentes positivas cifra el riesgo frente a fuente VIH positiva en un 0'3%, frente a fuente VHC positiva entre el 0-7% y frente a fuente VHB positiva entre el 23 y el 62%.

Los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales suponen una serie de costes económicos, tanto directos como indirectos, que incluyen la asistencia sanitaria, la pérdida de ingresos, pérdidas en la producción, costes de prevención, costes de los seguros de indemnización, etc.

Además, los casos de exposición a riesgo biológico conllevan muchas veces otros daños, como los de tipo psicosocial por la posibilidad de aparición de daño infeccioso diferido en el tiempo.

iii) Señalar el cronograma previsto para su implantación y desarrollo

. Comenzó en 2005 como experiencia piloto en tres Departamentos de Salud.

. En 2008 se espera tener en marcha el Plan de Bioseguridad de la Comunidad Valenciana, que incluirá cambio de materiales punzo-cortantes convencionales por bioseguros y el Registro de exposiciones accidentales a riesgo biológico a través de Internet.

jjj) Señalar los resultados esperados, inclusive en términos cuantitativos y cualitativos.

. Reducción de los accidentes con riesgo biológico en el personal sanitario de la Conselleria de Sanidad en cerca del 80%

3. *Describir los instrumentos de implementación de la iniciativa en términos normativos, funcionales y organizativos (incluir la documentación más relevante)*

Fundamento normativo específico:

La Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales, define como competencias de la Administración Sanitaria el establecer pautas y protocolos de actuación para el desarrollo de las actividades sanitarias de los servicios de prevención, así como la implantación de sistemas de información adecuados para la identificación y prevención de las patologías que puedan afectar a la salud de los trabajadores

El Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, establece las bases sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo. Para realizar la evaluación del riesgo biológico establece que se tendrán en cuenta las recomendaciones de las autoridades sanitarias sobre la conveniencia de controlar el agente biológico a fin de proteger la salud de los trabajadores que estén o puedan estar expuestos a dicho agente en razón de su trabajo

El Decreto 116/2003, de 11 de julio, del Consell de la Generalitat, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Sanidad, atribuye a la Dirección General de Salud Pública las competencias sanitarias en salud laboral, entre ellas la de gestionar el sistema de información de riesgos biológicos en personal sanitario.

La normativa vigente define y/o establece:

- **Un sistema de vigilancia epidemiológica de las exposiciones accidentales a agentes biológicos**
- La implantación de materiales con dispositivos de bioseguridad
- La formación y sensibilización de los trabajadores frente al riesgo biológico.
- Pautas y protocolos de actuación para la prevención de este tipo de accidentes

4. *Indicar, si está disponible, el plan económico-financiero anual/plurianual de la iniciativa (incluir costes anuales estimados de implementación, explicando criterios de cálculo).*

5. *Señale los problemas o dificultades encontrados en la implementación de la medida*

. El mayor coste económico de los dispositivos seguros

6. *Señale las soluciones adoptadas a los problemas anteriores*

7. *Resultados de la iniciativa*

qq) Señale la mejora de los servicios proporcionados a los usuarios y de los aspectos funcionales/organizativos.

rr) Señale, cuando sea posible, los resultados parciales/finales conseguidos en términos de: reducción de gastos, incremento de rendimientos y mejora de la calidad/eficacia de los servicios (tiempos de espera, desarrollo de la gama de servicios proporcionados, indicadores de salud, etc.). Explique en lo posible los criterios de cálculo utilizados.

c) Otros

8. *Señalar las modalidades de control y supervisión del proyecto (incluyendo los indicadores utilizados)*

9. *Presentar una valoración resumida sobre la experiencia, indicando los principales aspectos negativos y positivos.*

10. Señalar la eventual aplicación de la iniciativa a otros contextos indicando los recursos necesarios.

11. *Señalar otros aspectos considerados de interés no incluidos en los apartados anteriores.*

CUESTIONARIOS COMUNIDAD VALENCIANA

Medida 3.25: Revisión y Ampliación de los Sistemas de Información en Salud Laboral, Mapa de Riesgo y Sistema de Vigilancia Epidemiológica Laboral

1. Denominación de la iniciativa:

Revisión y Ampliación de los Sistemas de Información en Salud Laboral, Mapa de Riesgo y Sistema de Vigilancia Epidemiológica Laboral

2. Características generales de la iniciativa:

kkk) Señalar los fines y las motivaciones que han promovido la iniciativa

El desarrollo del *Sistema de Información en Salud Laboral* se justifica por:

- La necesidad de mejorar el conocimiento de los riesgos y daños laborales para mejorar la prevención de los mismos.
- Necesidad de disponer de un sistema de alerta que permita establecer medidas preventivas en el medio laboral a partir de los daños a la salud detectados.
- Necesidad de racionalizar la atención de las contingencias de Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional por parte del sistema sanitario público y las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS).
- El cumplimiento de la normativa vigente.

III) Señalar el cronograma previsto para su implantación y desarrollo

. Comenzó en 1991.

. En el año 2007 se revisan y amplían los contenidos del programa.

mmm) Señalar los resultados esperados, inclusive en términos cuantitativos y cualitativos.

. Obtención de la información necesaria para poder planificar las actividades de Salud Laboral ajustadas a las necesidades.

. Disponibilidad de un sistema de alarma ante la aparición de daño laboral inesperado.

. Mejora de la declaración de Enfermedades Profesionales.

3. *Describir los instrumentos de implementación de la iniciativa en términos normativos, funcionales y organizativos (incluir la documentación más relevante)*

. Fundamento normativo específico:

La Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos laborales, establece dentro de las actuaciones de las Administraciones públicas competentes en materia sanitaria "...la realización de estudios epidemiológicos para la identificación y prevención de las patologías que puedan afectar a la salud de los trabajadores...".

El Reglamento de los Servicios de Prevención hace referencia a la colaboración del personal sanitario del servicio de prevención, que 'realizará la vigilancia epidemiológica, efectuando las acciones necesarias para el mantenimiento del Sistema de Información Sanitaria en Salud Laboral en su ámbito de actuación'.

El Decreto 16/1997 del Gobierno Valenciano, por el que se crea la Red Valenciana de Vigilancia en Salud Pública, incluye en el *Sistema de Información en Salud Laboral* el '*Sistema de Vigilancia Epidemiológica Laboral* implantado con objeto de identificar los problemas de salud de los trabajadores derivados de la actividad laboral."

Orden de 28 de marzo de 2007, del conseller de Sanidad, por la que se regulan los requisitos de autorización administrativa y funcionamiento de los centros sanitarios de las empresas y entidades colaboradoras en la gestión de la Seguridad Social en relación con las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedad profesional en la Comunidad Valenciana. En el Anexo IV se establece la información sanitaria mínima sobre contingencias profesionales a remitir por las MATEPSS y empresas colaboradoras en la Comunidad Valenciana a la Conselleria de Sanidad.

- Mapa de riesgos: como instrumento informativo para la obtención, tratamiento y análisis de los datos sobre riesgos, daños y recursos de salud laboral que permita una mas adecuada planificación de las acciones preventivas.
- Sistema de Vigilancia Epidemiológico Laboral (SVEL) Metodología de los sucesos centinela, consistente en la vigilancia de un grupo reducido de enfermedades cuya relación con el trabajo está suficientemente establecida, y cuya detección es señal de alarma para intervención sanitaria laboral

4. *Indicar, si está disponible, el plan económico-financiero anual/plurianual de la iniciativa (incluir costes anuales estimados de implementación, explicando criterios de cálculo).*

5. *Señale los problemas o dificultades encontrados en la implementación de la medida*

. Paralización por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo de las actividades de puesta en marcha del Sistema de Información Sanitaria sobre Salud Laboral (SISAL), estando la maqueta disponible públicamente en Internet a partir de marzo de 2002 (<http://www.msc.es/salud/epidemiologia/laboral/sistemas.htm>). El Sistema había sido consensuado con las Comunidades Autónomas y debía proveer la información sobre empresas, trabajadores,... desde la base de datos de Seguridad Social (MTAS). Este tipo de información es difícil de obtener en una CCAA.

6. *Señale las soluciones adoptadas a los problemas anteriores*

. Instar desde la Comisión de Salud Pública del CISNS al Ministerio a poner en marcha SISAL.

7. *Resultados de la iniciativa*

ss) Señale la mejora de los servicios proporcionados a los usuarios y de los aspectos funcionales/organizativos.

. Facilita el reconocimiento y declaración de los daños laborales, especialmente de las Enfermedades Profesionales.

tt) Señale, cuando sea posible, los resultados parciales/finales conseguidos en términos de: reducción de gastos, incremento de rendimientos y mejora de la calidad/eficacia de los servicios (tiempos de espera, desarrollo de la gama de servicios proporcionados, indicadores de salud, etc.). Explique en lo posible los criterios de cálculo utilizados.

c) Otros

8. *Señalar las modalidades de control y supervisión del proyecto (incluyendo los indicadores utilizados)*

9. *Presentar una valoración resumida sobre la experiencia, indicando los principales aspectos negativos y positivos.*

10. Señalar la eventual aplicación de la iniciativa a otros contextos indicando los recursos necesarios.

11. *Señalar otros aspectos considerados de interés no incluidos en los apartados anteriores.*

Necesidad de consensuar y homogeneizar los sistemas de información de Salud Laboral de las diferentes Comunidades Autónomas para, entre otras, cosas poder realizar comparaciones.

COMUNIDAD AUTÓNOMA: COMUNIDAD VALENCIANA

COD N.N	DENOMINACIÓN DE LA MEDIDA	INSTRUMENTO								SITUACIÓN TEMPORAL (fecha)				AMBITO DE APLICACION						COSTE ESTIMADO	OBJETIVOS		INDICADORES ASOCIADOS	
		Asesoramiento	Normativa	Programas	Regulación	Salud	Asesoramiento	Capacitación	Organización	Ejecución	Asesoramiento	Programas	Regulación	Salud	Asesoramiento	Capacitación	Organización	Ejecución	Asistencial		Económico	Asistenciales	Económicos	
COD N.N.N	DENOMINACIÓN DE LAS ACCIONES CONTEMPLADAS																							
1. Implantar criterios racionales en la gestión de compras.																								
2. Asegurar la calidad y el uso racional de los medicamentos																								
3. Establecer mecanismos que promuevan la demanda responsable de los servicios sanitarios y estimulen estilos de vida saludables																								
3,1	CONTROL DE LAS ACTIVIDADES SANITARIAS DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES																							
3,2	Programa de Seguimiento del embarazo	x							x		x								x					
3,3	Programa de detección precoz de la hipoacusia	x																		x				
3,4	Programa de promoción de lactancia materna																							
3,5	Programa de detección precoz de hipotiroidismo congénito y fenilcetonuria			x																				
3,6	Programa de supervisión de la salud infantil																							
3,7	Programa de salud bucodental	x																						
3,8	Programa de salud de la mujer mayor de 40 años																							
3,9	Plan de prevención y control de la osteoporosis																							
3,1	Programa de Prevención de cáncer de cérvix.		x																					
3,11	Programa de prevención de cáncer colorrectal.		x																					
3,12	Programa de Consejo Genético.		x																					
3,13	Programa de prevención de cáncer de mama.		x																					
3,14	Plan de Prevención de las enfermedades cardiovasculares																							
3,15	Programa de promoción de salud y prevención de los trastornos de la conducta alimentaria		x																					
3,16	Programa de promoción de la actividad física																							
3,17	Programa de salud sexual y reproductiva																							
3,18	P. prevención de accidentes de tráfico y sus secuelas.																							
3,19	Programa de prevención y control del tabaquismo																							
3,20	VIGILANCIA SANITARIO-LABORAL DEL ANFANTO EN LA COMUNIDAD VALENCIANA																							
3,21	VIGILANCIA SANITARIA DE PLAGUICIDAS Y BIOCIDAS																							
3,22	EMPRESAS GENERADORAS DE SALUD		x																					
3,23	PROGRAMA SANITARIO DE PREVENCIÓN DEL RIESGO QUÍMICO																							
3,24	PREVENCIÓN SANITARIA DEL RIESGO BIOLÓGICO DE ORIGEN LABORAL																							
3,25	SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD LABORAL																							
4. Acceso a la mejor evidencia científica disponible en relación con el uso racional de las tecnologías diagnósticas y terapéuticas.																								
5. Consolidar los mecanismos de incentivos a los profesionales sanitarios que ya están desarrollando las CC.AA.																								
6. Reforzar el papel de las Agencias de Evaluación de Tecnologías.																								
7. Aumentar los recursos y la capacidad de resolución de la atención primaria.																								
8. Desarrollar el Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud.																								
9. Otras medidas dirigidas a la racionalización del gasto sanitario.																								

Desagregación adicional de gasto sanitario

Comunidad: **COMUNITAT VALENCIANA**

Farmacia hospitalaria y prestaciones fuera de catálogo

	Miles de Euros corrientes						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2.005
Gasto público total en productos farmacéuticos consumidos en los hospitales	86.100,90	99.752,63	102.400,94	119.213,46	138.809,84	131.832,63	186.751,37 (*)
Gasto público total en productos farmacéuticos de dispensación ambulatoria	31.163,33	36.149,08	52.954,75	64.994,32	77.145,71	82.300,32	128.737,63 (*)
Medicamentos hospitalarios de dispensación ambulatoria (MHDA)	31.163,33	36.149,08	52.954,75	64.994,32	77.145,71	82.300,32	128.737,63
Antiretrovirales	13.449,96	14.270,96	20.602,63	24.209,89	28.392,95	28.612,87	44.757,47
Eritropoyetina	5.222,33	7.571,97	11.320,47	13.379,19	15.549,41	16.026,44	25.069,24
Interferón-beta	1.767,62	2.354,00	3.475,04	5.226,50	5.541,71	6.250,63	9.777,50
Factores antihemofílicos	2.440,93	1.620,03	2.463,90	2.659,25	3.363,27	4.101,78	6.416,18
Citostáticos	6.917,79	8.835,84	13.315,54	17.306,15	21.379,85	23.684,94	37.048,98
Factores estimulantes de colonias	1.346,42	1.411,45	1.713,34	2.098,86	2.764,61	3.491,71	5.461,88
Inmunoglobulinas humanas inespecíficas	18,29	84,83	63,83	114,48	153,91	131,95	206,40
Resto de medicamentos de uso hospitalario	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d.
Medicamentos para determinados colectivos de enfermos							
Pacientes hemofílicos, excluyendo medic. codificados	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d.
Pacientes de fibrosis quística	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d.
Productos de nutrición enteral y parenteral							
Medic. y soluciones para nutrición parent. intravenosa	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d.
Productos de nutrición enteral	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d.
Material para la administración nutricional enteral	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d.
Medicamentos extranjeros							
Medicamentos extranjeros de uso hospitalario	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d.
Medicamentos extranjeros no uso hospitalario	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d.
Otros medicamentos dispensados a pacientes no internados							
Medicación de urgencias	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d.
Gasto público en prestaciones no incluidas en el catálogo básico común del Sistema Nacional de Salud por tipo de prestaciones	0	0	0	0	0	0	0
Prestación 1							
Prestación 2							
Prestación 3							
.....							

(*) Incluye los datos de los consorcios hospitalarios 'Hospital General Universitario' de Valencia y el 'Hospital Provincial de Castelló' cuyos datos no estaban incluidos en los datos anteriores.

CUESTIONARIOS COMUNIDAD VALENCIANA

Medida 2.2.: Creación de las Comisiones de Intercambio Terapéutico en los Departamentos de Salud

8. *Denominación de la iniciativa:*

Creación de las Comisiones de Intercambio Terapéutico en los Departamentos de Salud.

9. *Características generales de la iniciativa:*

d) *Señalar los fines y las motivaciones que han promovido la iniciativa*

Adoptar criterios de actuación consensuados y comunes en farmacoterapia en los Departamentos de Salud e implantar Programas de Intercambio Terapéutico (PIT) para la mejora de la eficiencia en la prescripción.

e) *Señalar el cronograma previsto para su implantación y desarrollo*

En febrero de 2005 se crea el PIT en un área piloto (Departamento de Salud).

En octubre de 2005, se crea los PIT y las Comisiones de Coordinación Farmacéutica e Intercambio Terapéutico en otros siete Departamentos de Salud.

f) *Señalar los resultados esperados, inclusive en términos cuantitativos y cualitativos*

Mejorar la calidad y la eficiencia de la farmacoterapia recibida por el paciente.

Incrementar la eficiencia en la utilización de recursos farmacológicos.

10. *Describir los instrumentos de implementación de la iniciativa en términos normativos, funcionales y organizativos (incluir la documentación más relevante)*

Resolución del Conseller de Sanidad de creación del PIT y la Comisión de Coordinación Farmacéutica e Intercambio Terapéutico en el Departamento de Salud.

Se dispone de ocho Resoluciones, una por cada uno de los Departamentos en los que se crea el PIT y la comisión referida.

11. *Indicar, si está disponible, el plan económico-financiero anual/plurianual de la iniciativa (incluir costes anuales estimados de implementación, explicando criterios de cálculo).*

-

12. *Señale los problemas o dificultades encontrados en la implementación de la medida*

Existencia de otras comisiones departamentales con alguna función similar (Comisión de Farmacia y Terapéutica, en hospitales, y Comisión de uso Racional del Medicamento, en Atención Primaria).

Cierto escepticismo del clínico en la implantación de PIT fuera del ámbito hospitalario.

13. *Señale las soluciones adoptadas a los problemas anteriores*

Planificación de las distintas comisiones.

Comunicación entre los profesionales sanitarios.

14. *Resultados de la iniciativa*

a) Señale la mejora de los servicios proporcionados a los usuarios y de los aspectos funcionales/organizativos

Continuidad de la asistencia farmacoterapéutica.

b) Señale, cuando sea posible, los resultados parciales/finales conseguidos en términos de: reducción de gastos, incremento de rendimientos y mejora de la calidad/eficacia de los servicios (tiempos de espera, desarrollo de la gama de servicios proporcionados, indicadores de salud, etc.). Explique en lo posible los criterios de cálculo utilizados

Mejora de indicadores de calidad de prescripción: indicador de prescripción de genéricos, indicadores de uso relativo relacionados con subgrupos terapéuticos objeto de PIT (ej. DDD Omeprazol/DDD Inhibidores de la bomba de protones), etc.

c) Otros

8. Señalar las modalidades de control y supervisión del proyecto (incluyendo los indicadores utilizados)

Análisis y valoración de la documentación remitida desde los Departamentos de Salud a la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios: actas, PIT e informe anual.

Análisis de la prestación farmacéutica a través de indicadores económicos y de calidad de prescripción (Gaia).

9. Presentar una valoración resumida sobre la experiencia, indicando los principales aspectos negativos y positivos

Aspectos más positivos: establecer un foro para la coordinación de la prestación farmacéutica en los Departamentos de Salud y adoptar criterios en farmacoterapia consensuado y comunes en atención primaria y especializada.

10. Señalar la eventual aplicación de la iniciativa a otros contextos indicando los recursos necesarios

-

12. Señalar otros aspectos considerados de interés no incluidos en los apartados anteriores

En mayo de 2006 se recibió escrito de la Dirección General de Cohesión del Sistema Nacional de Salud en el que se solicitaba la revocación de la Resolución en un Departamento de Salud concreto.

En junio de 2006 se remitió contestación al Ministerio, estando a la espera de noticias.

CUESTIONARIOS COMUNIDAD VALENCIANA

Medida 4.4: Desarrollo del Hospital a Domicilio

15. *Denominación de la iniciativa:*

Desarrollo del Hospital a Domicilio (dentro del Plan para la Mejora de la Atención Domiciliaria)

16. *Características generales de la iniciativa:*

g) Señalar los fines y las motivaciones que han promovido la iniciativa

El Hospital a Domicilio es una modalidad asistencial encargada de prestar servicios sanitarios de rango hospitalario en los domicilios de los pacientes.

Sus dos grandes fines son:

- Evitar ingresos hospitalarios
- Reducir la estancia hospitalaria una vez ingresados (alta precoz o temprana)

Desde el punto de vista de la racionalización del gasto, el desarrollo de esta alternativa asistencial permite aumentar la eficiencia del sistema, por una parte, liberando camas hospitalarias mediante la creación de “camas” domiciliarias cuyo coste de atención es sensiblemente inferior y, por otra parte, evitando ingresos y sus correspondientes estancias.

El despliegue del HAD en la Comunidad valenciana se enmarca en el desarrollo del Modelo Integrado de Atención Domiciliaria que impulsa el Plan para la Mejora de la Atención Domiciliaria 2004-2007 y que promueve la actuación integrada de cinco agentes domiciliarios:

- Los equipos de atención primaria a través del programa de AD (PAD)
- Las unidades hospitalarias domiciliarias (UHD),
- Los recursos del sistema de emergencias sanitarias (SES)
- Las unidades de salud mental (USM) y
- Las unidades básicas de rehabilitación (UBRhb).

h) Señalar el cronograma previsto para su implantación y desarrollo

El desarrollo del Hospital a Domicilio forma parte del Plan para la Mejora de la Atención Domiciliaria en la Comunidad Valenciana 2004-2007.

i) Señalar los resultados esperados, inclusive en términos cuantitativos y cualitativos

En 1990 se crearon las cuatro primeras unidades hospitalarias domiciliarias (UHD). Actualmente (julio 2006) el 80% de la población valenciana dispone de servicio de HAD y hay diecinueve UHD, estando prevista la apertura de dos unidades más

en el segundo semestre de 2006. La previsión para 2007 es ampliar dicho porcentaje al 85%.

La incorporación de la salud mental a la cartera de servicios del HAD es la última innovación introducida después de los resultados positivos de su pilotaje en UHD en Sagunto desde 2004. En 2007, ya serán seis las UHD que habrán incorporado la salud mental a su cartera.

En 2005, fueron atendidos 22.268 episodios en HAD y la previsión para 2006 es alcanzar los 25.000.

En 2005, la capacidad en HAD era de 1.029 plazas/día disponibles. Para 2007, la previsión es de 1.180 plazas/día disponibles, y en 2010 se espera alcanzar las 1.500 plazas/día disponibles.

17. Describir los instrumentos de implementación de la iniciativa en términos normativos, funcionales y organizativos (incluir la documentación más relevante)

Documento del Plan para la Mejora de la Atención Domiciliaria

18. Indicar, si está disponible, el plan económico-financiero anual/plurianual de la iniciativa (incluir costes anuales estimados de implementación, explicando criterios de cálculo).

.....

19. Señale los problemas o dificultades encontrados en la implementación de la medida

- A. Desigual desarrollo de la informatización de las UHD y de la accesibilidad desde el domicilio a la historia clínica.
- B. Insuficiente desarrollo de los sistemas de información de actividad, tanto respecto a indicadores estandarizados de gestión como al conjunto mínimo básico de datos (CMBD) y el sistema de clasificación de pacientes (SCP) en HAD.
- C. Insuficiente desarrollo del sistema de contabilidad analítica para este ámbito de actividad.
- D. Falta de integración de la actividad de las UHD con el resto de agentes domiciliarios.

20. Señale las soluciones adoptadas a los problemas anteriores

- A. Proyecto LYRA (UHD de Alcoi): Gestión integral de la UHD + Historia clínica electrónica + Telemedicina. Actualmente en fase de pruebas, estando prevista la entrega para marzo de 2007.
- B. Creación del sistema de información de actividad en HAD: IGAE-SISAL. Prevista la creación de un grupo de trabajo para elaborar un CMBD y un sistema de clasificación de pacientes en HAD.

- C. Elaboración del “Catálogo de procedimientos del Hospital a Domicilio” (publicado en 2006) y puesta en marcha de la contabilidad analítica del HAD.
- D. Elaboración del Modelo Integrado de Atención Domiciliaria que impulsa el Plan para la Mejora de la Atención Domiciliaria 2004-2007 y que promueve la actuación integrada de cinco agentes domiciliarios:
1. Los equipos de atención primaria a través del programa de AD (PAD)
 2. Las unidades hospitalarias domiciliarias (UHD),
 3. Los recursos del sistema de emergencias sanitarias (SES)
 4. Las unidades de salud mental (USM) y
 5. Las unidades básicas de rehabilitación (UBRh).

Diferentes grupos de trabajo pluridisciplinares y multiagentes llevan tiempo consensuando instrumentos y mecanismos de coordinación.

21. *Resultados de la iniciativa*

a) *Señale la mejora de los servicios proporcionados a los usuarios y de los aspectos funcionales/organizativos*

- Aumento de cobertura poblacional y del volumen de pacientes atendidos por las UHD.
- Incorporación de la salud mental a la cartera de servicios del HAD.
- Integración creciente de la actividad asistencial entre HAD, PAD y SES.

b) *Señale, cuando sea posible, los resultados parciales/finales conseguidos en términos de: reducción de gastos, incremento de rendimientos y mejora de la calidad/eficacia de los servicios (tiempos de espera, desarrollo de la gama de servicios proporcionados, indicadores de salud, etc.). Explique en lo posible los criterios de cálculo utilizados*

- En el ámbito de la racionalización del gasto, el resultado esperado es la reducción de ingresos y de estancias en el hospital de agudos, ahora bien:
 - El impacto del desarrollo del HAD sobre el hospital de agudos en términos de reducción de ingresos y de estancias todavía no se ha medido.
 - El impacto del desarrollo del modelo integrado de AD (actuación integrada de los cinco agentes domiciliarios) sobre el hospital de agudos en términos de reducción de ingresos y de estancias no se ha medido. Tampoco su impacto en reducción de ingresos en hospitales de crónicos, ni en residencias asistidas.
- La implantación progresiva del HAD a la contabilidad analítica del Sistema de Información Económica nos va permitiendo la identificación

detallada de los costes, la comparación entre UHDs y la comparación de costes entre el HAD y la hospitalización convencional.

c) Otros

.....

22. Señalar las modalidades de control y supervisión del proyecto (incluyendo los indicadores utilizados)

- N° de UHD
- % de población valenciana con servicio de HAD
- N° de pacientes y de episodios atendidos en HAD
- Distribución de pacientes y de episodios por grupos patológicos
- N° de visitas a urgencias hospitalarias de pacientes atendidos en HAD, una vez dados de alta.
- N° de reingresos en hospital de pacientes atendidos en HAD, una vez dados de alta.
- N° de estancias hospitalarias de pacientes atendidos en HAD, una vez dados de alta.

9. Presentar una valoración resumida sobre la experiencia, indicando los principales aspectos negativos y positivos

.....

10. Señalar la eventual aplicación de la iniciativa a otros contextos indicando los recursos necesarios

.....

11. Señalar otros aspectos considerados de interés no incluidos en los apartados anteriores

.....

CUESTIONARIOS COMUNIDAD VALENCIANA

Medida 4.5: Enfermera de Continuidad Domiciliaria en Hospital

23. *Denominación de la iniciativa:*
Enfermera de Continuidad Domiciliaria en Hospital (dentro del Plan para la Mejora de la Atención Domiciliaria)

24. *Características generales de la iniciativa:*

j) *Señalar los fines y las motivaciones que han promovido la iniciativa*

1. *Antecedentes:*

2.

El manejo de las patologías crónicas es uno de los grandes retos a los que se enfrentan los sistemas de salud en todo el mundo. Según la OMS, en el año 2000 las condiciones crónicas representaron el 59% de la mortalidad total en el mundo y el 46% de la carga global de morbilidad. Esta carga aumentará al 78% en el año 2020. Esto las convierte en el reto del siglo XXI y demanda la necesidad de innovar su atención para evitar la no sostenibilidad económica de los sistemas de salud por parte de los gobiernos vigentes.

La mayoría de los pacientes domiciliarios presentan patología crónica avanzada. Las patologías crónicas requieren de un contacto prolongado y regular con el sistema de salud que garantice una atención apropiada y segura (utilizando procedimientos operativos, guías y protocolos avalados por la mejor evidencia disponible), reorientada al paciente y su familia ya que, al requerir la modificación de comportamientos y de hábitos de vida, debe enfatizarse la responsabilidad del paciente en la atención de su salud. Se debe potenciar la continuidad asistencial a través de una coordinación estructurada de la atención sanitaria (primaria y especializada), los recursos sociales y de la comunidad, e impulsar el autocuidado del paciente y cuidador.

Desde la óptica de los ciudadanos es inexplicable que la compleja fragmentación organizativa de los servicios de salud interfiera en la prestación de un servicio integral, orientado a sus necesidades y que sustente todo el proceso, al margen del ámbito donde se desarrolle.

En el momento actual existe una bolsa de pacientes domiciliarios complejos que, ante la fragmentación asistencial, han desarrollado un circuito propio de atención. Este tipo de pacientes se caracteriza por ser crónicos pluripatológicos, polimedcados, dependientes, multivisitados en urgencias, multiingresadores en los servicios hospitalarios, entre otros. Después de un episodio de internamiento hospitalario, vuelven a su domicilio y un familiar acude de forma puntual a atención primaria para proveerse de recetas y tramitar requisitos administrativos. Habitualmente, este momento de contacto con la atención primaria no desencadena una identificación y la correspondiente valoración domiciliaria del caso. Con frecuencia, en estos pacientes existe una complejidad social de base que se ve acrecentada precisamente por el aumento de los requerimientos de cuidados derivados de su complejidad patológica y funcional, dado que requieren

la movilización y coordinación de muchos recursos sanitarios, sociales y comunitarios. Este paciente es un usuario habitual del sistema de urgencias extrahospitalario y de la puerta de urgencias hospitalaria, a los que acude cuando existe una desestabilización de su estado de salud, escapando así al control de los servicios de atención primaria.

Este paciente puede pasar por la Unidad de Hospital a Domicilio (UHD) pero, en la mayoría de ocasiones, no es así porque no cumple los criterios de inclusión. Después de un ingreso y tras recibir el alta, vuelve a su domicilio desde la cama hospitalaria sin haberse establecido una continuidad de cuidados; posteriormente, un familiar contacta con atención primaria de forma puntual para proveerse nuevamente de medicación, sin entrar en el circuito adecuado de atención integrada entre atención primaria y atención especializada.

Al no entrar en un circuito coordinado, la salud de este paciente no es controlada y manejada eficazmente, desestabilizándose de forma más frecuente su estado de salud e iniciando de nuevo el circuito de atención más ineficiente, consumiendo los recursos más costosos del sistema de forma inapropiada.

Dada su alta frecuencia de contacto con la puerta de urgencias y de reingresos hospitalarios, el lugar y momento idóneo para identificar a estos pacientes domiciliarios complejos es su paso por el hospital de agudos.

Por ello se ha creado un nuevo perfil de enfermería en el ámbito del hospital, la *Enfermera de continuidad domiciliaria*. Esta enfermera identifica a estos pacientes en el hospital, los valora, coordina el plan asistencial durante la estancia hospitalaria, planifica el alta, enlaza con la Enfermera de gestión domiciliaria (EGD), consensúa el plan de intervención domiciliario con los profesionales responsables de atención primaria (especialmente la atención compartida de los casos complejos) y realiza, si así se consensúa, un seguimiento telefónico de aquellos pacientes que entren en protocolo, trabajando en relación estrecha con la UHD y con la EGD.

La creación de esta nueva figura profesional se enmarca en el desarrollo del Modelo Integrado de Atención Domiciliaria que impulsa el Plan para la Mejora de la Atención Domiciliaria 2004-2007 y que promueve la actuación integrada de cinco agentes domiciliarios:

- Los equipos de atención primaria a través del programa de AD (PAD)
- Las unidades hospitalarias domiciliarias (UHD),
- Los recursos del sistema de emergencias sanitarias (SES)
- Las unidades de salud mental (USM) y
- Las unidades básicas de rehabilitación (UBRhb).

* *Misión:*

Garantizar la continuidad informativa y asistencial de los pacientes que requieren atención domiciliaria en un Departamento de Salud, a través de su identificación en el hospital, de su valoración y planificación del alta, de su enlace con la EGD y/o los agentes domiciliarios sanitarios y sociales, de la elaboración de un plan compartido de intervenciones domiciliarias, del seguimiento telefónico programado y de la atención telefónica a profesionales.

** Objetivos:*

Los objetivos que se persiguen con la creación de la *Enfermera de continuidad domiciliaria* son:

- Identificar pacientes en el hospital que reúnan el perfil requerido y a sus cuidadores.
- Realizar una valoración integral.
- Planificar el alta hospitalaria.
- Enlazar con la EGD y/o los agentes domiciliarios (PAD, UHD, SES, USM y UBRhb).
- Acordar el plan de atención domiciliaria compartida con la EGD y/o los agentes domiciliarios (PAD, UHD, SES, USM y UBRhb).
- Realizar el seguimiento programado telefónico específico de los pacientes seleccionados.
- Atención telefónica para la resolución de las cuestiones planteadas por los profesionales de los diferentes agentes domiciliarios.
- Mejorar la atención integral a este tipo de pacientes ampliando la coordinación y maximizando el aprovechamiento de los recursos disponibles entre los distintos niveles asistenciales, repercutiendo en una asistencia más eficiente y una racionalización del consumo de recursos y del gasto sanitario.

k) Señalar el cronograma previsto para su implantación y desarrollo.

- Durante 2006 se ha comenzado a pilotar la figura de la ECD en dos departamentos y tres hospitales
- Durante 2007 esta prevista la extensión a siete Departamentos y ocho hospitales más.

l) Señalar los resultados esperados, inclusive en términos cuantitativos y cualitativos.

- Creación de un registro de pacientes domiciliarios y de sus cuidadores.
- Mejoras en la satisfacción profesional de médicos y enfermeras de los agentes domiciliarios y, en especial de AP, por la coordinación lograda.
- Mejoras en la continuidad informativa y asistencial entre Hospital y PAD.
- Mejora del trabajo conjunto de los servicios sanitarios con los servicios sociales.
- Se reduce de forma significativa el número de visitas de los pacientes complejos a Puertas de Urgencias.
- Se reduce de forma significativa el número de ingresos y estancias hospitalarias de los pacientes complejos.
- Racionalización del consumo de recursos

25. Describir los instrumentos de implementación de la iniciativa en términos normativos, funcionales y organizativos (incluir la documentación más relevante)

.....

26. Indicar, si está disponible, el plan económico-financiero anual/plurianual de la iniciativa (incluir costes anuales estimados de implementación, explicando criterios de cálculo).

El coste de la iniciativa se ha calculado en función de la remuneración actual de una enfermera de hospital a domicilio. Para 2007 el importe presupuestado es de 121.602 €

27. *Señale los problemas o dificultades encontrados en la implementación de la medida.*

- A. Ausencia de procedimientos para identificación de pacientes domiciliarios complejos en el hospital.
- B. Falta de formación de las enfermeras hospitalarias en metodología de gestión de casos, en atención telefónica y en atención domiciliaria.
- C. Dificultades para identificar la enfermera responsable en Atención Primaria de la AD de los pacientes identificados en el hospital.

28. *Señale las soluciones adoptadas a los problemas anteriores:*

- A. Elaboración de algoritmos de identificación de pacientes a partir del CMBD hospitalario, entrevista telefónica, valoración domiciliaria si procede, e inclusión en el registro para su seguimiento.
- B. Plan de formación.
- C. Asignación de responsables de AD en los Equipos de Atención Primaria pilotos y creación de la Enfermera de Gestión Domiciliaria en la comunidad.

29. *Resultados de la iniciativa:*

No se disponen, pues todavía está en fase de pilotaje

.....

30. *Señalar las modalidades de control y supervisión del proyecto (incluyendo los indicadores utilizados):*

- En cada Departamento se crea un Comité de Dirección de Proyecto.
- Cada ECD elabora un proyecto desde el hospital para el Departamento, junto con la UHD y la EGD.
- Elaboración de base de datos de pacientes y cuidadores de AD
- Número de pacientes identificados en el hospital, valorados y registrados.
- Número de pacientes enlazados con la EGD.
- Número de pacientes enlazados con Atención Primaria.
- Número de pacientes en seguimiento telefónico programado (STP) .
- Número de visitas a Puerta de Urgencias de los pacientes en STP.
- Número de ingresos y estancias hospitalarias de los pacientes en STP.
- Número de ingresos en hospitales de media y larga estancia de los pacientes en STP.
- Número de ingresos en residencias asistidas de los pacientes en STP.

9. *Presentar una valoración resumida sobre la experiencia, indicando los principales aspectos negativos y positivos*

.....

10. *Señalar la eventual aplicación de la iniciativa a otros contextos indicando los recursos necesarios*

.....

13. Señalar otros aspectos considerados de interés no incluidos en los apartados anteriores

.....

CUESTIONARIOS COMUNIDAD VALENCIANA

Medida 4.6: PROCEDIMIENTO PARA LA INCORPORACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS SANITARIAS

1. *Denominación de la iniciativa:*

PROCEDIMIENTO VALORADO PARA LA INCORPORACION DE NUEVAS TECNOLOGIAS SANITARIAS

2. *Características generales de la iniciativa:*

nnn) Señalar los fines y las motivaciones que han promovido la iniciativa

Regulación del procedimiento de incorporación a la red sanitaria valenciana de nuevos procedimientos, técnicas, materiales y medios sanitarios emergentes e innovadores tecnológicamente, de aparición reciente en el mercado sanitario.

b) Señalar el cronograma previsto para su implantación y desarrollo

Desde finales de 2005 en adelante.

c) Señalar los resultados esperados, inclusive en términos cuantitativos y cualitativos.

Una mayor adecuación de las decisiones de incorporación de nuevas tecnologías sanitarias en los centros sanitarios de la Comunidad Valenciana, potenciando el análisis previo de los impactos, asistenciales, económicos y sociales que se espera con ello. Se mide en virtud del número de nuevos procedimientos incorporados con análisis previo en el sistema, respecto al total de los introducidos, se espera obtener un 100% a lo largo de 2009.

3. *Describir los instrumentos de implementación de la iniciativa en términos normativos, funcionales y organizativos (incluir la documentación más relevante)*

ORDEN de 28 de octubre de 2005, del conseller de Sanidad, por la que se instaure el procedimiento valorativo para la incorporación de nuevas tecnologías sanitarias mediante la Comisión de Evaluación de Nuevas Tecnologías Sanitarias. Use de FUET estandarizada de análisis contrastado, y FINTeS para demanda valorada previa estandarizada.

4. *Indicar, si está disponible, el plan económico-financiero anual/plurianual de la iniciativa (incluir costes anuales estimados de implementación, explicando criterios de cálculo).*

No genera gasto añadido, al tratarse de un procedimiento regulado por la Conselleria de Sanidad, que norma los circuitos y criterios de incorporación de nuevas tecnologías con una nueva configuración de actuaciones recayente en departamentos ya preexistentes

5. *Señale los problemas o dificultades encontrados en la implementación de la medida.*

Falta de seguimiento y respuesta a la norma en algunas ocasiones por los decisores de gasto a nivel de área de salud

6. *Señale las soluciones adoptadas a los problemas anteriores*

Recordatorios del cumplimiento en la obligatoriedad de la norma y agilización de los circuitos de respuesta.

7. *Resultados de la iniciativa*

uu) Señale la mejora de los servicios proporcionados a los usuarios y de los aspectos funcionales/organizativos.

Mejor adecuación de los procedimientos de adquisición de novedades tecnológicas

vv) Señale, cuando sea posible, los resultados parciales/finales conseguidos en términos de: reducción de gastos, incremento de rendimientos y mejora de la calidad/eficacia de los servicios (tiempos de espera, desarrollo de la gama de servicios proporcionados, indicadores de salud, etc.). Explique en lo posible los criterios de cálculo utilizados.

Se han empezado a producir tibias mejoras en cuanto a la adecuación de las adquisiciones de nueva tecnología. En algunos casos, la propia necesidad de pasar el filtro del análisis previo que el procedimiento implica (FINTeS), hace desistir de decisiones de compra apresuradamente adoptadas y no asentadas en mínimos niveles de evidencia científico-técnica. No se han producido situaciones de necesidades desatendidas en el uso eficiente y efectivo de nuevas tecnologías.

c) Otros

8. *Señalar las modalidades de control y supervisión del proyecto (incluyendo los indicadores utilizados)*

El proyecto es monitorizado desde diversos niveles de la Conselleria de Sanidad: DGOEIS y DGAS. Su conexión con el registro de tecnologías sanitarias y la necesidad de su evaluación continuada, hace que posibles disparidades en el inventario de las citadas nuevas tecnologías, puedan ser detectadas de forma dinámica y como un sistema retroalimentado.

9. *Presentar una valoración resumida sobre la experiencia, indicando los principales aspectos negativos y positivos.*

El procedimiento reglado ha hecho que las demandas de compra de nuevas tecnologías sanitarias o que el nivel de adquisiciones precipitadas y poco medidas ceda en algo. No obstante

el cumplimiento de la norma debe ser extremado por todos los órganos involucrados en su cumplimiento, cosa que en ocasiones precisaría de mayor grado de compromiso a todos los niveles.

10. *Señalar la eventual aplicación de la iniciativa a otros contextos indicando los recursos necesarios.*

Podría ampliarse estos procedimientos a otros tipos de tecnologías sanitarias no de exclusiva y reciente aparición en el mercado sanitario.

11. *Señalar otros aspectos considerados de interés no incluidos en los apartados anteriores.*

CUESTIONARIOS COMUNIDAD VALENCIANA

Medida 7.1: Enfermera de Gestión Domiciliaria en la Comunidad

31. Denominación de la iniciativa:

Enfermera de Gestión Domiciliaria en la Comunidad (dentro del Plan para la Mejora de la Atención Domiciliaria)

32. Características generales de la iniciativa:

m) Señalar los fines y las motivaciones que han promovido la iniciativa:

El Plan de Mejora de la Atención Domiciliaria (PMAD) 2004-2007 considera a la enfermera como su profesional protagonista y, dentro de este colectivo, es la enfermería de atención primaria el pilar sobre el que debe reposar la mayor responsabilidad de su desarrollo.

Esquemáticamente, las actividades domiciliarias pueden agruparse en cuatro grandes ámbitos de actuación:

- 1º.- Atención directa al paciente.
- 2º.- Apoyo y atención al cuidador.
- 3º.- Gestión de casos (valoración, elaboración de planes de intervención, coordinación y seguimiento de actuaciones multidisciplinares).
- 4º.- Gestión de la continuidad asistencial e informativa (coordinación de flujos de pacientes y de información entre niveles asistenciales y entre agentes domiciliarios).

La enfermería de atención primaria en nuestra Comunidad sólo desarrolla actualmente actividades de atención domiciliaria (AD) en el ámbito de la atención directa al paciente.

Por otra parte, existe la percepción de que la actividad global de las enfermeras de atención primaria (suma de actividades en el centro de salud, en el domicilio y en la comunidad) podría ser significativamente mayor. Según los primeros datos obtenidos del pilotaje en curso, su tiempo de dedicación a la AD debería pasar de 1,4 a 2,8 horas/día para asumir el objetivo de una atención directa del 75% de los pacientes domiciliarios.

En el ámbito de la enfermería de atención primaria, dada su relevancia en la AD, la estrategia que se ha planteado es:

1º.- Aumentar la actividad de AD de las enfermeras de EAP, y la calidad de su trabajo, a través de cuatro líneas esenciales:

- Rediseñar la consulta de enfermería, liberando tiempo para la AD.
- Rediseñar el contenido de la AD de enfermería mediante la elaboración, entre otras medidas, de un Programa Marco de AD para toda la Conselleria. Este programa debe identificar los servicios que se deben prestar en atención domiciliaria y sus características. El

programa debe poseer un sistema de información que nos permita cuantificar la actividad domiciliaria así como las actividades que se realizan. A finales de 2005 está previsto que finalice su elaboración.

- Priorizar objetivos de productividad en AD para las enfermeras de equipos de atención primaria (EAP).
- Formación de todas la enfermeras de EAP en tecnología y metodología de cuidados en atención domiciliaria.

2º.- Creación de una nueva figura de enfermería: la enfermera de gestión domiciliaria (EGD), que además de asumir todas sus funciones propias, estimulará e intensificará la prestación de AD por parte de los EAP, en general, y de la enfermería en particular. La EGD trabaja en relación estrecha con la enfermera de continuidad domiciliaria del hospital y la UHD.

La creación de esta nueva figura profesional se enmarca en el desarrollo del Modelo Integrado de Atención Domiciliaria que impulsa Plan para la Mejora de la Atención Domiciliaria 2004-2007 y que promueve la actuación integrada de cinco agentes domiciliarios:

- Los equipos de atención primaria a través del programa de AD (PAD)
- Las unidades hospitalarias domiciliarias (UHD),
- Los recursos del sistema de emergencias sanitarias (SES)
- Las unidades de salud mental (USM) y
- Las unidades básicas de rehabilitación (UBRhb).

n) Señalar el cronograma previsto para su implantación y desarrollo:

- Durante 2006 se ha comenzado a pilotar la figura de la EGD en tres departamentos y seis centros de salud.
- Durante 2007 está prevista la extensión a doce departamentos y veinticuatro centros de salud.

o) Señalar los resultados esperados, inclusive en términos cuantitativos y cualitativos:

Basándonos en las experiencias desarrolladas en Canarias y Andalucía, la implantación de un modelo similar (aunque sin atención directa a pacientes) va a suponer:

- Mejora significativa de la captación de la población altamente vulnerable de pacientes y de cuidadoras.
- Incremento de la actividad domiciliaria del resto de las enfermeras de AP. La satisfacción de los usuarios mejoró de forma significativa en los pacientes y cuidadoras.
- Reducción de las visitas de las cuidadoras a los centros de salud para gestionar asuntos sobre el paciente (en 2,5 veces en Andalucía).
- Mejora de forma significativa la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes y cuidadoras que tienen cobertura mediante este modelo, frente la atención prestada únicamente por los EAP.
- Mejoras en la satisfacción profesional de médicos y enfermeras de los agentes domiciliarios y, en especial de AP, por la coordinación lograda.
- Mejoras en la continuidad informativa y asistencial entre Hospital y PAD.

- Mejora del trabajo conjunto de los servicios sanitarios con los servicios sociales.
- Reducción significativa del número de visitas de los pacientes complejos a puertas de urgencias.
- Reducción significativa del número de ingresos y estancias hospitalarias de los pacientes complejos.
- Creación de un registro de pacientes domiciliarios y de sus cuidadores.

33. *Describir los instrumentos de implementación de la iniciativa en términos normativos, funcionales y organizativos (incluir la documentación más relevante):*

- Documento de EGD.

34. *Indicar, si está disponible, el plan económico-financiero anual/plurianual de la iniciativa (incluir costes anuales estimados de implementación, explicando criterios de cálculo):*

- El coste de la iniciativa se ha calculado en función de la remuneración actual de una enfermera de atención primaria con un grado de dispersión G4. Para 2007 el importe presupuestado es de 868.474 €.

35. *Señale los problemas o dificultades encontrados en la implementación de la medida:*

- Diferentes modelos organizativos de enfermería en los centros de salud en general, y de la AD en particular.
- Falta de formación de las enfermeras en metodología de gestión de casos y formación escasa en atención domiciliaria.

36. *Señale las soluciones adoptadas a los problemas anteriores:*

- Establecimiento de directrices y guías generales para la implantación de EGD a nivel central de la Conselleria y las Gerencias de cada Departamento piloto adaptarán los modelos organizativos de enfermería de las zonas básicas piloto para poder implantar la EGD.
- Plan de formación en atención domiciliaria.

37. *Resultados de la iniciativa:*

La iniciativa todavía está en fase de pilotaje

a) Otros

.....

38. *Señalar las modalidades de control y supervisión del proyecto (incluyendo los indicadores utilizados):*

- En cada Departamento se crea un Comité de Dirección de Proyecto.
- Cada EGD elabora un proyecto para la zona básica de salud asignada.
- Número pacientes y cuidadores registrados y valorados.
- Número de pacientes incluidos en gestión y seguimiento de casos.
- Número de talleres organizados para apoyo a los cuidadores.
- Número de visitas de los pacientes registrados a puertas de urgencias.

- Número de ingresos y estancias hospitalarias de los pacientes registrados
- Número de ingresos en hospitales de media y larga estancia de los pacientes registrados
- Número de ingresos en residencias asistidas de los pacientes registrados

39. Presentar una valoración resumida sobre la experiencia, indicando los principales aspectos negativos y positivos:

En pilotaje

10. Señalar la eventual aplicación de la iniciativa a otros contextos indicando los recursos necesarios

.....

11. Señalar otros aspectos considerados de interés no incluidos en los apartados anteriores

.....

CUESTIONARIOS COMUNIDAD VALENCIANA

Medida 9.1: FINANCIACIÓN CAPITATIVA DE LOS DEPARTAMENTOS DE SALUD

40. Denominación de la iniciativa:

Financiación capitativa de los Departamentos de Salud y facturación de servicios intercentros.

41. Características generales de la iniciativa:

p) Señalar los fines y las motivaciones que han promovido la iniciativa:

La Conselleria de Sanidad ha puesto en marcha el sistema de financiación capitativa para lograr una distribución más equitativa de los recursos asistenciales entre los Departamentos de Salud, una mayor eficiencia global del sistema y un mejor control sobre el gasto sanitario, pretendiendo favorecer el desarrollo de una asistencia integral y alinear las formas de provisión de acuerdo a las necesidades reales de la población.

La racionalidad de esta decisión se refuerza al constatar, en el marco de los países de nuestro entorno, el aumento generalizado y constante de los costes sanitarios durante los últimos años, el cambio en los patrones de morbilidad de la población, la utilización más intensiva de los servicios sanitarios y la mayor esperanza de vida. A esto hay que añadir que, aunque los proveedores asistenciales de los Departamentos de Salud son cada vez más resolutivos y autosuficientes, el sistema de financiación de base 'histórica' del que se partía favorece la cristalización de determinadas ineficiencias y, en ocasiones, deja un margen excesivamente estrecho para mejoras en la gestión.

q) Señalar el cronograma previsto para su implantación y desarrollo:

El proyecto se puso en marcha en enero de 2005 en todos los Departamentos de Salud, estando ya completamente implantada la gerencia única e integrado el presupuesto de primaria y especializada.

Únicamente quedan por desarrollar determinados módulos de la facturación intercentros:

- En el año 2005 se puso en marcha la primera fase de la facturación intercentros (proyecto COMPÁS I), cuya cobertura abarca toda la actividad de hospitalización y urgencias hospitalarias en el conjunto de hospitales públicos, incluyendo las concesiones y los consorcios.
- En la actualidad se está implementando la segunda fase del proyecto, COMPÁS II, que abarca el resto de la asistencia especializada y las prestaciones en el ámbito ambulatorio, esto es, consultas externas, técnicas y procedimientos diagnóstico-terapéuticos, farmacia a pacientes externos, hospital de día, etc. A finales del mes de junio, esta fase ya ha arrancado en catorce Departamentos, estando previsto completar la implantación en el plazo máximo de uno o dos meses.
- También se están realizando diversas actuaciones de carácter multidepartamental que afectan a diferentes sistemas de la Conselleria para, después del verano, iniciar los procesos de facturación automatizada a extranjeros, estando previsto que la captura masiva de datos tenga efecto retroactivo desde el 1 de julio de 2006.

- A principios de 2007 está previsto terminar la tercera y última fase del proyecto, COMPÁS III, cuya implantación finalizará con la captura de datos sobre farmacia y primaria procedente de Abucasis II.

Por tanto, a principios de 2007 terminará la implementación del sistema de facturación intercentros, lo que permitirá tener en funcionamiento la práctica totalidad de los elementos que sustentan la financiación capitativa.

r) Señalar los resultados esperados, inclusive en términos cuantitativos y cualitativos:

Mejorar el actual sistema de financiación y reparto de recursos, de forma que 'el dinero siga al paciente' y los recursos se asignen donde realmente se realiza la actividad.

Desarrollo progresivo de un nuevo modelo asistencial basado en una mayor colaboración e integración entre los distintos actores que permita:

- Eliminar los "compartimentos estancos" que ha supuesto la existencia de dos "escalones" de asistencia
- Evitar duplicidades de pruebas diagnósticas y el número de visitas, aumentando así la eficiencia global del sistema
- Promover la cooperación de los servicios y los profesionales y su mejor coordinación
- Aumentar la relevancia y el papel de A. Primaria como puerta de acceso al sistema y contacto con el ciudadano
- Hacer posible y dar sentido al modelo de financiación capitativa s.

De esta forma, se pretende que el sistema de capitación no se limite a un cambio en el modelo de financiación, sino que impulse un cambio en el modelo de gestión, aprovechándose su impacto y empuje para promover el desarrollo de una asistencia integral.

2. Describir los instrumentos de implementación de la iniciativa en términos normativos, funcionales y organizativos (incluir la documentación más relevante):

- *Cálculo y asignación anual de la cápita:* mediante la financiación capitativa se asigna a cada Departamento de Salud un fondo económico por cada persona incluida dentro de su población protegida que es equivalente al gasto teórico 'per cápita' en servicios de salud para el periodo considerado. Dicho fondo se ajusta en función de las características socio-demográficas y de salud de la población, siendo independiente del nivel de utilización que cada individuo concreto realice
- *Facturación intercentros:* el modelo de financiación capitativa se complementa con un sistema de facturación intercentros para compensar a cada Departamento el coste de la asistencia prestada a pacientes que no forman parte de su población protegida y que, por ello, no se incluyen en el cómputo de la asignación capitativa recibida.

El sistema de facturación entre los Departamentos de Salud y la Conselleria permite cuantificar y compensar económicamente no sólo aquellas asistencias que cada Departamento realiza a personas que no forman parte de su población protegida y proceden de otros Departamentos, sino también la asistencia a población procedente de otras Comunidades Autónomas u otros países, así como las asistencias a pacientes a cargo de aseguradoras privadas y aquéllas que, por su naturaleza, están excluidas de la cobertura del sistema sanitario público como accidentes de tráfico, laborales, etc. y que, por tanto, no forman parte de la cápita. En la actualidad, la utilidad y cobertura del sistema se está ampliando para que, a partir de la detección, registro y captura periódica y

exhaustiva de los datos asistenciales y administrativos de todos los actos y prestaciones facturables, se generen de forma automatizada los procesos iniciales de facturación, bien sea a terceros, a extranjeros, etc.

La Conselleria de Sanidad ha diseñado un aplicativo, denominado COMPÁS (Compensación de la Asistencia Sanitaria), que sirve de soporte a todo este sistema de facturación intercentros mediante la captura y sistematización detallada de todos los datos de identificación, actividad y costes de la asistencia prestada en cada Departamento a cada uno de los pacientes externos atendidos, abonando dicho coste en la cuenta de resultados del Departamento de que atiende al paciente y cargando el mismo importe al Departamento de origen, en su caso, o a la Conselleria, cuando se trata de pacientes desplazados o de asistencias facturables a terceros.

- *Gerencia única y presupuestos únicos en cada Departamento:* los cambios en el modelo organizativo y de gestión para la aplicación del nuevo modelo han supuesto la designación de un único Gerente en cada Departamento de Salud, del que depende tanto la asistencia primaria como la asistencia especializada; asimismo, se ha unificado el presupuesto de asistencia primaria y asistencia especializada en un único programa presupuestario en cada Departamento de Salud.
- Cuentas de resultados: son una herramienta básica en el entramado del nuevo modelo, pues permiten vincular el presupuesto con los resultados reales de la gestión de cada Departamento y constituyen un elemento de referencia imprescindible en el ámbito de la gestión integrada.

Entre las partidas de ingresos de cada cuenta se incluye la asignación capítativa y los abonos que recibe el Departamento por la facturación de asistencias realizadas a pacientes que no forman parte de su población protegida. Por el lado del gasto, las partidas contables se refieren a los capítulos I y II del presupuesto (gastos de personal y otros gastos corrientes), la imputación de los gastos de gestión centralizada (farmacia, prótesis, conciertos y plan de choque) y los cargos derivados de la facturación de servicios intercentros por la asistencias realizadas a la población protegida del Departamento en otros centros de la Comunidad Valenciana.

A principio de cada año, se elabora la cuenta de resultados 'previsional' y, por tanto, 'provisional' de cada Departamento cuyas partidas de ingresos permiten aproximar la cuantía de los recursos a obtener, aunque se calculan a partir de variables 'proxy' referidas a ejercicios anteriores. La cuenta de resultados real del ejercicio se va elaborando a medida que se vayan generando los diversos movimientos contables que la integran.

A medio plazo, cuando el modelo esté completamente implantado, el presupuesto que dote la Conselleria podrá considerarse como una cantidad inicial 'a cuenta', y serán los resultados finales de la cuenta y el saldo obtenido al cierre del ejercicio los que indicarán la cuantía real del presupuesto al que se hará acreedor cada Departamento.

Eliminado: o de su nivel de ingresos recogido en la cuenta de resultados.¶

- *Sistema de Información Poblacional (SIP):* la puesta en marcha del proyecto ha supuesto la confirmación y consolidación del SIP como elemento en el que se sustenta la definición, identificación y cuantificación de la población protegida en cada Departamento de Salud y la detección y seguimiento individualizado de los flujos de pacientes, tanto los residentes que se desplazan por la Comunidad como los desplazados atendidos en la red sanitaria pública valenciana, todo lo cual es básico para la financiación capítativa. Además de haberse introducido determinados cambios en el sistema para garantizar su viabilidad como eje central de la financiación capítativa y la facturación intercentros, ha sido necesario extender e implantar las tareas de acreditación en SIP en todos los

hospitales, haciendo depender esta responsabilidad, generalmente, de las unidades de documentación y admisión.

- *Acuerdos de Gestión:* a partir de los Acuerdos de Gestión formalizados anualmente entre la Conselleria y los equipos directivos de cada Departamento, éstos deben determinar, junto con los responsables de los equipos y unidades que los integren, aquellos planes o líneas de actuación internas que permitan una mayor integración de la gestión mediante la mejora en los sistemas de interrelación de las unidades, la optimización de servicios, el aumento de la calidad y cobertura de la información y el uso adecuado de recursos y prestaciones, lo que habrá de repercutir en una mayor eficiencia y, con ello, en una evolución favorable de los flujos de ingresos y gastos que recoge la cuenta de resultados
- *Desarrollo y coordinación de los sistemas información sobre actividad y costes:* la puesta en marcha del nuevo modelo está requiriendo un desarrollo importante y coordinado de diversos sistemas de información estratégicos, tanto desde el punto de vista de la actividad registrada (la información sobre actividad determina la asistencia prestada al paciente e identifica a éste) como desde el punto de vista económico (la información económica alimenta el sistema de valoración de la producción y de supervisión, y sostiene el sistema de facturación intercentros).

42. *Indicar, si está disponible, el plan económico-financiero anual/plurianual de la iniciativa (incluir costes anuales estimados de implementación, explicando criterios de cálculo).*

43. *Señale los problemas o dificultades encontrados en la implementación de la medida:*

- La calidad y cobertura inicial de la información registrada en los sistemas sobre actividad, costes y población no era siempre la adecuada
- Es muy complicado hacer llegar la información suficiente sobre el proyecto a todos los profesionales, pero es un factor clave para el éxito del mismo.
- Se requiere un enorme esfuerzo de coordinación y colaboración entre grupos de profesionales expertos en diversos ámbitos, tanto de los servicios centrales de la Conselleria como de la red asistencial.
- La confianza inicial de los profesionales en la viabilidad del proyecto fue desigual, existiendo algún temor aislado a una posible visión 'economicista' de la asistencia sanitaria y a un posible impacto negativo sobre la asistencia sanitaria. Pero dadas las positivas y racionales repercusiones que va teniendo el proyecto a medida que se van acometiendo nuevas etapas y se amplía su cobertura, se ha ido logrando poco a poco una implicación e interés cada vez mayor e, incluso, llega a existir un interés específico por sectores o especialidades en que el proyecto alcance e involucre a sus respectivos ámbitos de trabajo.

44. *Señale las soluciones adoptadas a los problemas anteriores:*

- Adaptaciones parciales, desarrollo y mejora de la calidad, cobertura y coordinación de la información registrada en los sistemas de registro de población, actividad y costes.

- Formación de grupos de trabajo multidisciplinares para el estudio, desarrollo e impulso de algunos de los módulos o fases que integran el proyecto.
- Plan de comunicación, formación y reuniones en los Departamentos de Salud para informar del contenido y alcance del proyecto.
- Colaboración continua y compromiso con el lanzamiento y consolidación del proyecto por parte de los gerentes y los directores de los Departamentos de Salud. Seguimiento y análisis continuo de la evolución del proyecto desde los servicios responsables por parte de la Conselleria. Coordinación y comunicación continua entre ambos niveles de decisión, tanto a nivel directivo como por parte del personal técnico.
- Importante esfuerzo y dedicación al proyecto por parte del personal de informática y de las unidades de admisión y documentación de los hospitales y centros de especialidades, quienes son 'llave' para su implantación, avance y consolidación.

45. *Resultados de la iniciativa:*

El sistema ya está en funcionamiento, aunque todavía con carácter parcial.

Así, en el año 2005 se puso en marcha la primera fase de la facturación intercentros (proyecto COMPAS I), cuya cobertura abarca toda la actividad de hospitalización y urgencias hospitalarias en el conjunto de hospitales públicos, incluyendo las concesiones y los consorcios. El éxito de esta primera fase del proyecto lo avalan los resultados obtenidos: en 2005, se procesaron en COMPAS para su compensación un total aproximado de 515.000 asistencias, de las que 122.000 son procesos hospitalarios (24%) y 393.000000 son urgencias. Tras la validación de dichos episodios, el importe global aproximado de las asistencias compensables es superior a 300 millones de euros.

Esta detección automatizada de episodios compensables a través de COMPAS está teniendo una importante repercusión positiva paralela en las cifras de facturación a terceros (20%) y en la facturación a países con convenio (17%), que en 2005 han aumentado significativamente respecto al ejercicio anterior (alrededor de un 20%).

En 2006 se espera un impacto económico todavía mayor como resultado de la mejora en los sistemas de identificación y acreditación de pacientes y el inicio de la facturación automatizada. A título informativo, señalar que en el primer cuatrimestre de 2006 la facturación a terceros y la relativa a nacionales de países con convenio se ha incrementado alrededor de un 35% en relación con el mismo periodo del año anterior.

46. *Señalar las modalidades de control y supervisión del proyecto (incluyendo los indicadores utilizados):*

- Cálculo periódico de todas las partidas contables que integran las cuentas de resultados de cada Departamento y puesta a disposición de los respectivos gerentes y directores económicos.
- Reuniones periódicas de seguimiento de resultados entre los equipos directivos de los Departamentos y los de la Conselleria.

- Control de calidad, validación continua y automatizada de la información que alimenta el sistema, con rechazo y devolución al centro de origen de todos aquellos datos que no superan los controles establecidos. Se identifican, codifican y agrupan todas las incidencias para facilitar su análisis y corrección.

9. Presentar una valoración resumida sobre la experiencia, indicando los principales aspectos negativos y positivos:

La experiencia está resultando muy positiva desde todos los puntos de vista pero, debido a la envergadura del proyecto, hasta principios de 2007 no podrá culminarse su implantación.

No obstante, pueden citarse los siguientes aspectos positivos:

- En general, se observa una creciente responsabilidad e interés en la gestión, pues a través de las cuentas de resultados aflora el grado de eficiencia así como la posible problemática que subyace tras la realidad de cada Departamenteo.
- Al vincular la información asistencial con la información económica, a medida que el proyecto avanza en cada una de sus fases, se va consiguiendo la participación y el interés tanto de los profesionales sanitarios de la especialidad afectada como de los expertos en la gestión económica.
- Creciente disponibilidad de información, tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo, lo que posibilita y da un margen cada vez mayor para la mejora en la gestión sanitaria y económica.
- Detección creciente de episodios facturables y aumento muy significativo de las cifras de facturación, tanto la repercutible a terceros por el origen de la lesión o la condición del asistido, como la correspondiente a pacientes desplazados procedentes de fuera de la Comunidad Valenciana.

10. Señalar la eventual aplicación de la iniciativa a otros contextos indicando los recursos necesarios

.....

14. Señalar otros aspectos considerados de interés no incluidos en los apartados anteriores

.....

CUESTIONARIOS COMUNIDAD VALENCIANA

Medida 9.2: Concesiones administrativas de carácter sanitario

47. *Denominación de la iniciativa:*

Cooperación público-privada en el ámbito de la asistencia sanitaria: concesiones administrativas de carácter sanitario.

48. *Características generales de la iniciativa:*

- s) Señalar los fines y las motivaciones que han promovido la iniciativa
- Racionalización del gasto sanitario público
 - Ampliación y mejora de las infraestructuras sanitarias
 - Mejora de la asistencia sanitaria: integración de niveles asistenciales
 - Disminución del coste de la asistencia sanitaria
 - Disminución del coste de la prestación farmacéutica
- t) Señalar el cronograma previsto para su implantación y desarrollo
- Puesta en funcionamiento de la concesión administrativa sanitaria en el Departamento de Salud La Ribera:
Inicio de la prestación: abril del 2003.
Objeto del contrato: gestión del servicio público de asistencia sanitaria integral y ejecución de una serie de infraestructuras sanitarias en el ámbito territorial del Departamento.
 - Puesta en funcionamiento de la concesión administrativa sanitaria en el Departamento de Salud Torrevieja:
Inicio de la prestación: octubre de 2006.
Objeto del contrato: gestión del servicio público de asistencia sanitaria integral, y ejecución de una serie de infraestructuras sanitarias en el ámbito territorial del Departamento.
 - Puesta en funcionamiento de la concesión administrativa sanitaria en el Departamento de Salud La Marina.
Inicio de la prestación: diciembre de 2007.
Objeto del contrato: gestión del servicio público de asistencia sanitaria integral, y ejecución de una serie de infraestructuras sanitarias en el ámbito territorial del Departamento.
 - Puesta en funcionamiento de la concesión administrativa sanitaria en el Departamento de Salud L'Horta-Manises:

Inicio de la prestación: septiembre de 2008.

Objeto del contrato: gestión del servicio público de asistencia sanitaria integral, y ejecución de una serie de infraestructuras sanitarias en el ámbito territorial del Departamento.

- Puesta en funcionamiento de la concesión administrativa sanitaria en el Departamento de Salud Elx-Crevillent:

Inicio de la prestación: noviembre de 2008.

Objeto del contrato: gestión del servicio público de asistencia sanitaria integral, y ejecución de una serie de infraestructuras sanitarias en el ámbito territorial del Departamento.

u) Señalar los resultados esperados, inclusive en términos cuantitativos y cualitativos Optimizar el gasto sanitario por habitante ('prima per cápita') en la Comunidad Valenciana.

Las cifras comparativas son las siguientes:

	Año 2004	Año 2005	Año 2006
Cápita concesión (1)	413	455	494 (euros)
Cápita resto Deptos. (2)	555	583	622 (euros)

(1) La cápita de la concesión no incluye farmacia de receta, prótesis, oxigenoterapia ni transporte sanitario, pero sí incluye inversiones.

(2) Para facilitar la comparabilidad, la cápita del resto de Departamentos se ha calculado de forma homogénea, por lo que no incluye farmacia de receta, prótesis, oxigenoterapia ni transporte sanitario. Ahora bien, tampoco incluye inversiones.

49. Describir los instrumentos de implementación de la iniciativa en términos normativos, funcionales y organizativos (incluir la documentación más relevante)

Licitación y suscripción de contratos administrativos para la prestación de servicios públicos sanitarios en régimen de concesión administrativa. Las características fundamentales son:

- El objeto del contrato lo constituye la gestión del servicio público de asistencia sanitaria integral y la ejecución de determinadas obras de infraestructura sanitaria.
- La retribución del concesionario la constituye la "prima per cápita" que debe abonar la Administración por todas aquellas personas que constituyen la "población protegida" del contrato.
- El ámbito territorial coincide con el geográfico de un Departamento de Salud.
- El ámbito objetivo es la asistencia sanitaria integral (primaria + especializada), pero se excluyen las prestaciones referidas a farmacia

de receta, prótesis, transporte sanitario y oxigenoterapia ambulatoria, que siguen siendo financiadas por la Administración sanitaria.

- El ámbito subjetivo lo constituye la “población protegida”, que está integrada por todas aquellas personas que cada día del año tienen asignado médico de A. Primaria, dentro del ámbito geográfico de la concesión.
- Entre la administración sanitaria y el concesionario se lleva a cabo un proceso de “facturación intercentros”, mediante el cual el titular de la concesión factura a la Administración todos aquellos procesos, y actos médicos realizados por éste a personas no incluidas en “su población protegida”, y viceversa; es decir que la Administración factura al concesionario todos aquellos procesos o actos médicos que se realicen en hospitales públicos o concertados a personas que formen parte de la población protegida de la concesión.
- El precio para la facturación intercentros es el que venga señalado en la Ley de Tasas y Precios Públicos de la C. Valenciana, vigente en el momento de la prestación de la asistencia sanitaria. No obstante, al precio de los actos que factura el concesionario a la Administración Sanitaria se le aplica un coeficiente de transferencia de servicios, o corrector del precio a aplicar, que puede ser igual o menor a 0,85.
- Se establece la posibilidad de que el concesionario reciba un incentivo por ahorro en la prestación farmacéutica de receta: si el concesionario mejora en el coste de la prestación farmacéutica, recibe un 30% del ahorro producido.

50. *Indicar, si está disponible, el plan económico-financiero anual/plurianual de la iniciativa (incluir costes anuales estimados de implementación, explicando criterios de cálculo).*

.....
.....
.....

51. *Señale los problemas o dificultades encontrados en la implementación de la medida*

Deficiencias de calidad y cobertura en los sistemas de información tanto de carácter asistencial como económico.

52. *Señale las soluciones adoptadas a los problemas anteriores*

Mejora progresiva en los sistemas de información asistenciales y económicos.

Implementación del aplicativo COMPÁS, que permite la captura y sistematización de datos individualizados sobre la asistencia que cada Departamento de Salud presta a

pacientes que no forman parte de su población protegida, su cuantificación económica y posterior compensación.

53. *Resultados de la iniciativa*

- a) Señale la mejora de los servicios proporcionados a los usuarios y de los aspectos funcionales/organizativos

.....
.....
.....

- b) Señale, cuando sea posible, los resultados parciales/finales conseguidos en términos de: reducción de gastos, incremento de rendimientos y mejora de la calidad/eficacia de los servicios (tiempos de espera, desarrollo de la gama de servicios proporcionados, indicadores de salud, etc.). Explique en lo posible los criterios de cálculo utilizados

.....
.....
.....

- c) Otros

.....
.....
.....

8. *Señalar las modalidades de control y supervisión del proyecto (incluyendo los indicadores utilizados)*

En cada concesión sanitaria la Administración nombra un "Comisionado", que es el encargado de velar por el cumplimiento del contrato, la calidad de la prestación sanitaria y la preferencia de atención a la población protegida sobre la población foránea.

9. *Presentar una valoración resumida sobre la experiencia, indicando los principales aspectos negativos y positivos*

.....
.....
.....

10. *Señalar la eventual aplicación de la iniciativa a otros contextos indicando los recursos necesarios*

.....
.....
.....

15. *Señalar otros aspectos considerados de interés no incluidos en los apartados anteriores*

.....
.....
.....

CUESTIONARIOS COMUNIDAD VALENCIANA

Medida 9.3:

Entrega de nota informativa al paciente en el momento del alta hospitalaria sobre el coste de la asistencia recibida

54. Denominación de la iniciativa:

Entrega de nota informativa al paciente en el momento del alta hospitalaria sobre el coste de la asistencia recibida.

55. Características generales de la iniciativa:

v) Señalar los fines y las motivaciones que han promovido la iniciativa:

Informar a los pacientes del coste de la asistencia sanitaria, contribuyendo a generar una demanda de servicios más responsable y, con ello, a la racionalización del gasto sanitario.

w) Señalar el cronograma previsto para su implantación y desarrollo:

El proyecto ya está en funcionamiento en todos los hospitales de la red pública sanitaria valenciana, aunque con distinta cobertura en cada uno de ellos: mientras en algunos hospitales se entrega al 100% de los pacientes dados de alta, en otros este porcentaje es menor según el servicio al que esté adscrito cada paciente.

Se prevé que a lo largo de 2006 o, como mucho, los primeros meses de 2007, la cobertura sea del 100%, esto es, que la entrega de la nota se realice a todos los pacientes dados de alta .

x) Señalar los resultados esperados, inclusive en términos cuantitativos y cualitativos:

Concienciar a la población de que la asistencia sanitaria, aunque sea gratis, tiene un coste importante que sufragamos todos los ciudadanos, lo que se espera contribuya a:

- Informar a los pacientes de la protección social efectiva que recibe de la administración en forma de prestaciones sanitarias (cuantificadas en unidades económicas)
- Educar a los pacientes en el uso y la demanda responsable de los servicios sanitarios.

2. Describir los instrumentos de implementación de la iniciativa en términos normativos, funcionales y organizativos (incluir la documentación más relevante):

Se ha desarrollado una aplicación informática específica que permite la captura de los datos almacenados en los sistemas de información del hospital sobre la asistencia prestada a cada paciente.

Para el diseño funcional del sistema se creó un grupo de trabajo formado por profesionales expertos usuarios de los distintos sistemas de información que aportan la información recogida en la Nota.

56. Indicar, si está disponible, el plan económico-financiero anual/plurianual de la iniciativa (incluir costes anuales estimados de implementación, explicando criterios de cálculo).

57. Señale los problemas o dificultades encontrados en la implementación de la medida:

Heterogeneidad en los sistemas de información de soporte a la actividad (HIS) entre los distintos hospitales.

Retraso en el registro de los datos en los sistemas de información proveedores de información.

Existencia de aplicaciones departamentales no conectadas con los HIS en algunos servicios (anatomía patológica, radiodiagnóstico, laboratorios, ...).

58. Señale las soluciones adoptadas a los problemas anteriores:

La puesta en marcha del proyecto ha requerido desarrollos específicos en aquellos hospitales con HIS específicos o diferentes a la mayoría.

La aplicación informática desarrollada para dar soporte a la entrega de la Nota ha ido accediendo progresivamente a la información registrada en los diversos sistemas departamentales.

En los Acuerdos de Gestión formalizados anualmente entre la Conselleria y los Departamentos de Salud se ha incluido un indicador que mide el grado de implantación e implicación de cada Departamento con este proyecto.

59. Resultados de la iniciativa:

a) Señale la mejora de los servicios proporcionados a los usuarios y de los aspectos funcionales/organizativos:

Los pacientes aceptan de buen grado la información que se les ofrece.

Los profesionales han debido organizarse para hacer viable la entrega efectiva de la Nota a los pacientes. A su vez, muestran interés en que la cobertura de la información que se recoge en la Nota sea completa.

b) Señale, cuando sea posible, los resultados parciales/finales conseguidos en términos de: reducción de gastos, incremento de rendimientos y mejora de la calidad/eficacia de los servicios (tiempos de espera, desarrollo de la gama de servicios proporcionados, indicadores de salud, etc.). Explique en lo posible los criterios de cálculo utilizados:

.....

c) Otros

.....

8. Señalar las modalidades de control y supervisión del proyecto (incluyendo los indicadores utilizados):

Desde cada Departamento de Salud se envía mensualmente la información sobre el número de altas hospitalarias susceptibles de entrega de nota informativa, el número de notas entregadas por servicio, el importe de las mismas, etc.

A partir de esta información se construyen diversos indicadores que permiten medir la cobertura del proyecto y evaluar su grado de avance.

9. Presentar una valoración resumida sobre la experiencia, indicando los principales aspectos negativos y positivos:

El aspecto más positivo a destacar es el interés que esta información ha despertado en los ciudadanos atendidos.

También ha supuesto la conexión y el avance de las comunicaciones entre sistemas de soporte y registro de la actividad que, hasta hace poco, estaban inconexos entre sí.

Entre los aspectos negativos puede mencionarse la posibilidad de que la información que contiene la Nota y se entrega al paciente sea incompleta porque en los sistemas proveedores de información no se hayan registrado a tiempo todos los datos vinculados con la asistencia al paciente. Éste es un problema de difícil solución, pues es complicado controlar y validar informáticamente el grado de completitud de dicha información en el momento del alta del paciente.

10. Señalar la eventual aplicación de la iniciativa a otros contextos indicando los recursos necesarios

Se podría extender al ámbito de la atención ambulatoria, informando al ciudadano del conjunto de asistencias y/o prestaciones recibidas en un periodo de tiempo determinado y del coste de las mismas.

16. Señalar otros aspectos considerados de interés no incluidos en los apartados anteriores

.....

CUESTIONARIOS COMUNIDAD VALENCIANA

Medida 9.4: Sistema de Información Poblacional

60. *Denominación de la iniciativa:*

Sistema de Información Poblacional (SIP)

61. *Características generales de la iniciativa:*

y) Señalar los fines y las motivaciones que han promovido la iniciativa

- 1º. Registrar en un sistema central los datos de identificación, localización y modalidad de aseguramiento de todos los residentes más todos los pacientes asistidos, independientemente de su situación de empadronamiento.
- 2º. Enlazar toda la información clínica y administrativa dispersa en los distintos sistemas de información a través del identificador único universal asociado a la persona/paciente en todos los centros asistenciales y unidades de gestión/planificación.
- 3º. Evitar duplicidades y concurrencias en la gestión de los sistemas de información corporativos mediante la incorporación del principio de especialización (SIP como sistema especializado en gestión del registro poblacional) y complementariedad (número SIP como enlace de informaciones específicas de todos los sistemas).
- 4º. Garantizar la actualización y disponibilidad de datos e informaciones en todos los niveles asistenciales y de gestión
- 5º. Incorporar información georeferenciada sobre la cartografía de la Comunidad Valenciana, gestión gráfica del mapa sanitario y georeferenciación de cualquier grupo poblacional o casos de enfermedad.
- 6º. Aumentar el control de la utilización inadecuada de tarjetas, eliminar el coste de postalización, mejora el servicio al ciudadano mediante la entrega en mano sin esperas y disminuir la logística de fabricación y distribución de tarjetas.
- 7º. Posibilitar la autocita con el médico en atención primaria, el cambio de médico, la retirada de tarjetas sanitarias caducadas con entrega inmediata de la nueva y la comprobación/verificación/corrección de los datos personales a través de puestos o instalaciones similares a los cajeros automáticos por parte de los ciudadanos.
- 8º. Facilitar el acto administrativo de alta en el registro poblacional que permite identificar de forma precisa y exhaustiva a todos los pacientes desplazados asistidos o residentes temporales, garantizando al asistencia y ofreciéndoles la continuidad asistencial que se deriva de la apertura de historia clínica en todos los casos.

- 10º. Identificación y comunicación a sistemas de información corporativos especializados en facturación y compensación de las asistencias o prestaciones facturables y/o compensables.
- 11º. Facilitar la gestión de datos administrativos de actualización de datos de localización a todo un grupo familiar. Identificación de población a riesgo, análisis epidemiológico, etc.
- 12º. Establecer un marco de aseguramiento sanitario público del que se puedan extraer especificaciones técnicas precisas sobre la asistencia y gratuidad, terceros obligados al pago, facturación, financiación, gratuidad, farmacia, etc..
- 13º. Mejorar la disponibilidad-utilización del conjunto de datos de aseguramiento y demográficos del registro SIP: identificación, localización, asignación de recursos y acreditación del aseguramiento.

z) Señalar el cronograma previsto para su implantación y desarrollo.

- Todos los proyectos están en explotación, excepto:
 - Sistema de Información Geográfico: en fase de diseño.
 - Instalación de los 'Punt salut' (=cajeros automáticos): está realizándose el estudio/proyecto piloto, con un número reducido de instalaciones. El despliegue general está previsto para 2007.

aa) Señalar los resultados esperados, inclusive en términos cuantitativos y cualitativos.

- Obtención de los objetivos descritos.

62. Describir los instrumentos de implementación de la iniciativa en términos normativos, funcionales y organizativos (incluir la documentación más relevante)

- Análisis funcional y desarrollos informáticos
- Aumento del despliegue de recursos informáticos.
- Refuerzos de personal en centros asistenciales de verano.
- Integración de bases de datos externa (callejeros INE, TGSS, etc..) e internas.
- Plan de formación (8.000 operadores del SIP)
- Plan de gestión de calidad.
- Plan de integración de SI corporativos.
- Explotación del datamart poblacional.
- Desarrollo normativo (ley de Aseguramiento y su desarrollo)
- Grupos de trabajo mixtos para el diseño de algunas actuaciones, dada su interrelación con otros sistemas y/o proyectos de la Conselleria.

63. *Indicar, si está disponible, el plan económico-financiero anual/plurianual de la iniciativa (incluir costes anuales estimados de implementación, explicando criterios de cálculo).*

- Presupuestos global SIP para 2006: 3,7 millones de euros

64. *Señale los problemas o dificultades encontrados en la implementación de la medida.*

- 1º. Factibilidad del "alta administrativa" previa a cada asistencia y prestación.
- 2º. Preexistencia de otros identificadores locales, riesgo de duplicidades.
- 3º. Problemas técnicos en la integración de sistemas de información preexistentes
- 4º. Despliegue de medios técnicos en centros muy dispersos o de pequeño tamaño.
- 5º. Disponibilidad de cartografía adecuada e integrable con sistemas de información corporativos.
- 6º. Riesgo de fabricación de tarjeta por personal no formado en aseguramiento.
- 7º. Cambio de cultura de determinados sectores de la población muy frecuentadores.
- 8º. Ausencia de estándares.
- 9º. Plazos de implantación
- 10º. Actualización de información y colectivos no familiares.
- 11º. Ausencia de un modelo nacional de aseguramiento sanitario público.
- 12º. Disponibilidad de la información donde se precisa.
- 13º. Traslado de la envergadura, implicaciones y 'obligatoriedad' del proyecto a todos los profesionales que participan en la organización, tanto en la esfera asistencial como en la de la gestión; desconfianza, falta de compromiso o de interés inicial en algunos ámbitos.

65. *Señale las soluciones adoptadas a los problemas anteriores*

- 1º. Automatizar y minimizar el alta administrativa. Diseño de un documento de alta en SIP.
- 2º. Refuerzo normativo y cruces de datos con niveles de seguridad controlados.
- 3º. Despliegue de soluciones técnicas mixtas y rediseño de nuevos sistemas de información SIN base de datos de pacientes o base de datos con garantías de integración con SIP
- 4º. Instalaciones temporales y definitivas.
- 5º. Estudio del mercado y desarrollos adaptativos..
- 6º. Plan de formación intensivo, monitorización de la actividad y descapacitación parametrizada remota. Fabricación centralizada urgente alternativa.
- 7º. Despliegue de formación y dinamizadores en centros asistenciales.

- 8°. Tablas de conversión y mantenimiento de todos los modelos.
- 9°. Tablas de conversión y mantenimiento de todos los modelos. Lectura OCR, almacenamiento de imagen fotográfica.
- 10°. Análisis lógico y desarrollos informáticos
- 11°. Control de calidad de la base de datos.
- 12°. Debate interno y consenso político y corporativo.
- 13°. Diseño de un "sistema de informes" de rutina, a medida, a petición. Herramientas avanzadas de usuario para obtención de datos de datamart.
- 14°. Trabajo conjunto entre personal técnico de diversas Direcciones Generales de la Conselleria para vincular el SIP a los diversos proyectos y trasladar a todo el personal de la red asistencial y administrativa esta necesidad.

15°. *Resultados de la iniciativa.*

a) Señale la mejora de los servicios proporcionados a los usuarios y de los aspectos funcionales/organizativos.

- 1°. Garantía de continuidad de la atención en sucesivos periodos de estancia, mejora de la accesibilidad, asignación de médico, etc..
- 2°. Eliminación de duplicados, historia única, posibilidad de enlace de información clínica.
- 3°. Mejora de la eficiencia del conjunto de sistemas de información, liberación de recursos antes dedicados localmente al mantenimiento de bases de datos de pacientes. Diálogo entre cualquier aplicación (22 sistemas de información integrados)
- 4°. Posibilidad de alta en SIP en cualquier punto de asistencia.
- 5°. Visualización geográfica de cualquier fenómeno geo-referenciable.
- 6°. Entrega de tarjetas inmediata, eliminación de las tarjetas perdidas o devueltas en postalización
- 7°. Alta en SIP inmediata y autocita sin esperas, mejora de la accesibilidad, disminución de las colas. Retirada inmediata de tarjetas caducadas.
- 8°. Identificación inequívoca de la población asistida real.
- 9°. Almacenamiento de imagen fotográfica.
- 10°. Obtención y distribución de especificaciones asociadas a la facturación, financiación. Cambio en factibilidad y mejora en eficiencia de dichos procesos.
- 11°. Claridad y especificación de los derechos de protección de la salud de toda la población. Marco de actuación claro para centros e instituciones sanitarias.
- 12°. Cumplimiento de los requerimientos y necesidades de información corporativas.

- b) Señale, cuando sea posible, los resultados parciales/finales conseguidos en términos de: reducción de gastos, incremento de rendimientos y mejora de la calidad/eficacia de los servicios (tiempos de espera, desarrollo de la gama de servicios proporcionados, indicadores de salud, etc.). Explique en lo posible los criterios de cálculo utilizados
- c) Otros

8. Señalar las modalidades de control y supervisión del proyecto (incluyendo los indicadores utilizados)

- Comisión de seguimiento
- Comisión de dirección
- Auditorías de calidad internas y externas
- Plan de calidad
- Estudios y validación demográfica del SIP

9. Presentar una valoración resumida sobre la experiencia, indicando los principales aspectos negativos y positivos.

El proyecto en su conjunto ha supuesto:

- Mejora en la eficacia y eficiencia del conjunto de sistemas de información.
- Permitir la integración real de niveles asistenciales, mediante el giro de orientación del conjunto de sistemas de información hacia el paciente.
- Cambio en la factibilidad del conjunto de proyectos corporativos asistenciales y de gestión basados en gestión de información y datos.
- Mejora en el acceso y continuidad de la asistencia de la población.
- Llevar al conjunto del sistema la relación de aseguramiento específica de cada usuario, facilitando las acciones asistenciales y administrativas que de él se derive.
- Reglar la situación de aseguramiento de todos los colectivos.
- Dar garantías de calidad y disponibilidad de un conjunto de datos e informaciones relevante que ha generado una mejora en el conjunto de decisiones basadas en información, jugando un papel de enorme relevancia en los trabajos de registro y análisis de la actividad y el coste de la asistencia sanitaria, tanto por colectivos de población como a nivel individualizado.
- Permitir la puesta en marcha del nuevo modelo de gestión, organización y financiación de la asistencia sanitaria puesto en marcha por la Conselleria de Sanidad a partir de 2005, basado en un sistema de financiación capitativo y la facturación entre Departamentos de Salud.

Además de que, quizá, algunos plazos de implantación han sido excesivamente cortos para el alcance de determinados cambios de cultura corporativa, como principal riesgo

puede destacarse (hasta que transcurran varios años y el sistema esté completamente asentado en la organización) el gran número y la elevada rotación de operadores del registro SIP, que si bien lo dotan de un altísimo nivel de actualización, también generan un riesgo de utilización no adecuada, altas inapropiadas o duplicadas, errores en la acreditación, etc.

10. Señalar la eventual aplicación de la iniciativa a otros contextos indicando los recursos necesarios.

El ámbito de este proyecto comprende aspectos comunes dentro del SNS, por lo que su aplicación podría generalizarse y el modelo extenderse, siempre contando con el soporte tecnológico requerido.

11. Señalar otros aspectos considerados de interés no incluidos en los apartados anteriores

CUESTIONARIOS COMUNIDAD VALENCIANA

Medida 9.6:

Facturación automatizada de la asistencia sanitaria prestada a ciudadanos asegurados en países de la Unión Europea

66. *Denominación de la iniciativa:*

Facturación automatizada de la asistencia sanitaria prestada a ciudadanos asegurados en países de la Unión Europea.

67. *Características generales de la iniciativa:*

bb) Señalar los fines y las motivaciones que han promovido la iniciativa:

Se pretende, por un lado, mejorar la identificación de las asistencias y servicios prestados a pacientes no residentes en la Comunidad Valenciana, en concreto a personas desplazadas procedentes de otros países con Tarjeta Sanitaria Europea, y por otro, automatizar las labores administrativas consiguientes para la facturación de estos servicios y el envío de datos a los organismos responsables.

cc) Señalar el cronograma previsto para su implantación y desarrollo:

Actualmente se está finalizando el estudio de viabilidad. A partir de septiembre se realizarán las modificaciones necesarias en las aplicaciones informáticas de soporte al registro de datos sobre actividad y prestaciones así como en aquellas que capturan, procesan y sistematizan aplicando diversos criterios toda la información sobre flujos interterritoriales de pacientes.

El objetivo final, teniendo en cuenta el periodo de pruebas e implantación, es comenzar el año 2007 con todas las mejoras en funcionamiento, lo que permitirá iniciar la carga retrospectiva de datos para la facturación automatizada de las prestaciones del servicio regional de salud destinadas a los ciudadanos con Tarjeta Sanitaria Europea.

dd) Señalar los resultados esperados, inclusive en términos cuantitativos y cualitativos:

Registro exhaustivo de todas las prestaciones destinadas al colectivo de pacientes con Tarjeta Sanitaria Europea.

Automatización de todos los procesos de validación de la calidad de la información y de generación de ficheros de datos para iniciar el procedimiento de facturación correspondiente y su envío a los organismos de la Administración del Estado competentes en esta materia.

Aumento significativo en el número de asistencias facturables de este tipo detectadas y en el montante económico generado.

Evaluación y seguimiento del gasto y la asistencia sanitaria asociada a este tipo de pacientes; control del correspondiente consumo de recursos y prestaciones, vigilando la coherencia del mismo.

2. Describir los instrumentos de implementación de la iniciativa en términos normativos, funcionales y organizativos (incluir la documentación más relevante):

Para la puesta en marcha de este proyecto es necesario introducir diversos cambios en los distintos sistemas de soporte a la actividad y registro de prestaciones.

Además, destacar que el Sistema de Información Poblacional se ha adaptado para que sirva de repositorio de todos los datos del paciente recogidos en la Tarjeta Sanitaria Europea y, de esta forma, sea posible la facturación automatizada de las asistencias.

También se va a hacer un esfuerzo en todos los centros de atención sanitaria, tanto en primaria como en especializada, por identificar y, en su caso, acreditar adecuadamente a todos los pacientes en el Sistema de Información Poblacional de la Conselleria de Sanidad, pues el número SIP asignado a cada ciudadano es el elemento clave de identificación sobre el que se sustenta este proyecto.

En el caso de las prestaciones farmacéuticas, todas las recetas deben incluir el SIP del paciente y todas las farmacias deben registrar informáticamente todos y cada uno de los medicamentos dispensados a cada paciente, asociando el número SIP a cada dispensación.

68. Indicar, si está disponible, el plan económico-financiero anual/plurianual de la iniciativa (incluir costes anuales estimados de implementación, explicando criterios de cálculo).

69. Señale los problemas o dificultades encontrados en la implementación de la medida:

Heterogeneidad en los sistemas de información de soporte a la actividad entre los distintos centros sanitarios así como en los sistemas de almacenamiento de la información sobre las diversas prestaciones (farmacéuticas, ortoprotésicas, actividad concertada, etc.).

Falta de informatización de algunos consultorios de verano sometidos a una importante presión asistencial por la atención a desplazados.

Dotación inicial de personal administrativo insuficiente para garantizar el éxito del proyecto.

Falta de exhaustividad y de 'costumbre' en la identificación y, en su caso, acreditación en SIP de todos los pacientes atendidos, así como en el registro de la actividad correspondiente.

Hasta abril de 2006 no se ha comenzado a disponer de información sobre el consumo farmacéutico (recetas) asociado a cada paciente a través del número SIP.

70. Señale las soluciones adoptadas a los problemas anteriores:

Se ha informatizado todos los centros, bien mediante la instalación del programa Abucasis II o, como mínimo, mediante la conexión a SIP para posibilitar la identificación y acreditación de todos los pacientes. Además, a todos aquellos que tienen una presión importante por la asistencia a pacientes desplazados con Tarjeta Sanitaria Europea se les ha dotado de personal administrativo suficiente para garantizar las tareas de identificación y acreditación de pacientes.

Se ha conseguido la colaboración de los colegios oficiales de farmacéuticos para el registro de los destinatarios de las dispensaciones.

Cursos de formación a todo el personal relacionado con las tareas de identificación y acreditación en SIP, que también han sido asumidas en los hospitales.

Cambios de diversa índole y coordinación entre todos los sistemas de información relacionados con el proyecto.

Grupos de trabajo multidisciplinarios para abordar todos los proyectos implicados, garantizar su corrección técnica e impulsar su puesta en marcha.

71. Resultados de la iniciativa:

a) Señale la mejora de los servicios proporcionados a los usuarios y de los aspectos funcionales/organizativos:

Todavía no se conocen.

b) Señale, cuando sea posible, los resultados parciales/finales conseguidos en términos de: reducción de gastos, incremento de rendimientos y mejora de la calidad/eficacia de los servicios (tiempos de espera, desarrollo de la gama de servicios proporcionados, indicadores de salud, etc.). Explique en lo posible los criterios de cálculo utilizados:

.....

c) Otros

.....

8. Señalar las modalidades de control y supervisión del proyecto (incluyendo los indicadores utilizados):

Se pretende que todos los procesos de control y validación de la información se incorporen a los sistemas informáticos implicados en el proyecto.

Además, se realizará el seguimiento pormenorizado de la implantación y avance del proyecto desde los correspondientes Grupos de Trabajo y Comités de Dirección, tanto técnicos como funcionales, del proyecto.

9. Presentar una valoración resumida sobre la experiencia, indicando los principales aspectos negativos y positivos:

Se trata de un proyecto muy ambicioso que requiere un enorme esfuerzo de coordinación y conexión entre los diversos sistemas, entre el personal técnico de las distintas unidades organizativas de la Conselleria responsables de su diseño y puesta y marcha y, especialmente, de todos los profesionales que integran la red asistencial.

No obstante, se espera que los resultados obtenidos y las múltiples repercusiones positivas de los mismos compensen la envergadura del esfuerzo a realizar y de las tareas a desarrollar.

10. Señalar la eventual aplicación de la iniciativa a otros contextos indicando los recursos necesarios

.....

17. Señalar otros aspectos considerados de interés no incluidos en los apartados anteriores

.....

CUESTIONARIOS COMUNIDAD VALENCIANA

Medida 9.7: Catálogo de productos homologados

1. *Denominación de la iniciativa:*

Creación de catálogo único de productos homologados

2. *Características generales de la iniciativa:*

a) *Señalar los fines y las motivaciones que han promovido la iniciativa*

Unificación criterios de compra y utilización de un lenguaje único

Facilitar el conocimiento de todos de los productos homologados por parte de los distintos usuarios así como de los precios de mercado.

b) *Señalar el cronograma previsto para su implantación y desarrollo*

El plazo que requiere su implantación y desarrollo es de, aproximadamente, un año

c) *Señalar los resultados esperados, inclusive en términos cuantitativos y cualitativos.*

Optimización de las compras

3. *Describir los instrumentos de implementación de la iniciativa en términos normativos, funcionales y organizativos (incluir la documentación más relevante)*

Contratación de una empresa externa a través de concurso público (en la actualidad está pendiente de adjudicación)

4. *Indicar, si está disponible, el plan económico-financiero anual/plurianual de la iniciativa (incluir costes anuales estimados de implementación, explicando criterios de cálculo).*

El importe de licitación asciende a 800.000 euros

5. *Señale los problemas o dificultades encontrados en la implementación de la medida*

No procede, pues todavía no se ha implantado

6. *Señale las soluciones adoptadas a los problemas anteriores*

No procede

7. *Resultados de la iniciativa*

a) Señale la mejora de los servicios proporcionados a los usuarios y de los aspectos funcionales/organizativos

La utilización de referencias unívocas facilita la implantación de un nuevo modelo logístico y de compras, permite optimizar el tamaño de los lotes de entrega, un mejor conocimiento del producto y del precio, una mejor previsión de la demanda, etc.

b) Señale, cuando sea posible, los resultados parciales/finales conseguidos en términos de: reducción de gastos, incremento de rendimientos y mejora de la calidad/eficacia de los servicios (tiempos de espera, desarrollo de la gama de servicios proporcionados, indicadores de salud, etc.). Explique en lo posible los criterios de cálculo utilizados

.....
.....

c) Otros

.....

8. Señalar las modalidades de control y supervisión del proyecto (incluyendo los indicadores utilizados)

Se encuentran por definir, pues dependerán del proceso de desarrollo del catálogo que sea adjudicado.

9. Presentar una valoración resumida sobre la experiencia, indicando los principales aspectos negativos y positivos

No procede.

10. Señalar la eventual aplicación de la iniciativa a otros contextos indicando los recursos necesarios

.....

11. Señalar otros aspectos considerados de interés no incluidos en los apartados anteriores

.....

CUESTIONARIOS COMUNIDAD VALENCIANA

Medida 9.8: Mejora de la gestión logística

1. *Denominación de la iniciativa:*

Mejora de la gestión logística

2. *Características generales de la iniciativa:*

Estudio para la mejora y optimización del aprovisionamiento sanitario

a) *Señalar los fines y las motivaciones que han promovido la iniciativa*

Optimización de los recursos

b) *Señalar el cronograma previsto para su implantación y desarrollo*

Pendiente de concretar

c) *Señalar los resultados esperados, inclusive en términos cuantitativos y cualitativos.*

Optimización de las compras

Reducción de almacenes, de espacio y de recursos humanos y económicos

Mejora de la gestión de stocks.

3. *Describir los instrumentos de implementación de la iniciativa en términos normativos, funcionales y organizativos (incluir la documentación más relevante)*

Ejecución de la medida a través de una empresa externa (contratación mediante concurso público pendiente de licitación).

4. *Indicar, si está disponible, el plan económico-financiero anual/plurianual de la iniciativa (incluir costes anuales estimados de implementación, explicando criterios de cálculo).*

.....
.....

5. *Señale los problemas o dificultades encontrados en la implementación de la medida*

No procede

6. *Señale las soluciones adoptadas a los problemas anteriores*

7. *Resultados de la iniciativa*

a) Señale la mejora de los servicios proporcionados a los usuarios y de los aspectos funcionales/organizativos

Reducción de stocks y del gasto, mayor disponibilidad del producto y mejoras en su distribución, reducción de productos obsoletos, adecuación de los pedidos a las necesidades de reaprovisionamiento reales, reducción de almacenes y del espacio físico asociado.

b) Señale, cuando sea posible, los resultados parciales/finales conseguidos en términos de: reducción de gastos, incremento de rendimientos y mejora de la calidad/eficacia de los servicios (tiempos de espera, desarrollo de la gama de servicios proporcionados, indicadores de salud, etc.). Explique en lo posible los criterios de cálculo utilizados

.....
.....

c) Otros

.....

8. Señalar las modalidades de control y supervisión del proyecto (incluyendo los indicadores utilizados)

Las modalidades de control y supervisión se determinarán en función de cómo se materialice la estructura de desarrollo del proyecto.

9. Presentar una valoración resumida sobre la experiencia, indicando los principales aspectos negativos y positivos

.....
.....
.....

10. Señalar la eventual aplicación de la iniciativa a otros contextos indicando los recursos necesarios

.....

11. Señalar otros aspectos considerados de interés no incluidos en los apartados anteriores

.....

CUESTIONARIOS COMUNIDAD VALENCIANA

Medida 9.10: Desarrollo e implantación del aplicativo Orion-Logis

72. *Denominación de la iniciativa:*

Desarrollo e implantación del aplicativo Orión-Logis

73. *Características generales de la iniciativa:*

ee) Señalar los fines y las motivaciones que han promovido la iniciativa

En mayo de 2004 se aprueba el *Plan estratégico para los sistemas de información de la Conselleria Sanitat 2004-2007* con el propósito principal de poner en funcionamiento de un nuevo *Sistema de Información Sanitario de la Generalitat Valenciana (SISAN)*.

SISAN está compuesto por diferentes subsistemas que, de forma conjunta e interactuando entre sí, permitirán disponer de un gran y completo sistema para la organización sanitaria de la Generalitat, que se muestra a la organización como un único sistema "sin costuras" y se articula en dos grandes ejes:

- Clínico asistencial, que integra los procesos asistenciales, clínicos, pruebas, diagnósticos y tratamientos.
- Gestión económica, logística y de recursos humanos.

En este marco, uno de los proyectos de SISAN es **Orión-Logis**, cuyo ámbito funcional es la gestión logística (contratación, compras, almacenes y mantenimiento). Su misión es constituir el sistema de información integral de la gestión económica y logística de la Conselleria de Sanidad y los Departamentos de Salud.

Orión-Logis comprende los siguientes subsistemas: gestión de expedientes de contratación, gestión de compras y almacenes, gestión del inventario y mantenimiento, gestión electrónica de documentos, y por último integración con aplicaciones económicas ya implantadas en la conselleria (Contabilidad presupuestaria, SIE, COBRA, COMPAS...)

ff) Señalar el cronograma previsto para su implantación y desarrollo

El expediente ya se ha licitado actualmente está en fase de información de las ofertas presentadas.

Se prevé su adjudicación para finales de julio de 2006, y el inicio de los trabajos para septiembre/octubre del mismo año, siendo su plazo de ejecución de 25 meses.

El contrato prevé la implantación del aplicativo en los Servicios Centrales de la Conselleria de Sanitat y en dos Departamentos de Salud, para posteriormente extenderlo al resto de Departamentos una vez esté suficientemente testado.

gg) Señalar los resultados esperados, inclusive en términos cuantitativos y cualitativos

- Racionalización del trabajo administrativo de carácter burocrático: gestión de la contratación, gestión de almacenes, gestión del inventario, mantenimiento...
- Implementación de un sistema de información que funciona empleando el "dato único", evitando duplicidades de registro y captura de la información ya disponible, con el consiguiente ahorro de tiempo y coste.
- Facilitar la gestión de los sistemas de información.
- Permitir un alto grado de descentralización en la gestión de la organización, ya que el sistema se implantará tanto en los servicios centrales como en los diferentes Departamentos de Salud.
- Mejorar la disponibilidad de información para la gestión y la toma de decisiones.

74. Describir los instrumentos de implementación de la iniciativa en términos normativos, funcionales y organizativos (incluir la documentación más relevante)

Creación e implementación de un gran y completo sistema de información para la organización sanitaria de la Generalitat, SISAN, en el que se integran diferentes sistemas, entre ellos ORION-LOGIS.

75. Indicar, si está disponible, el plan económico-financiero anual/plurianual de la iniciativa (incluir costes anuales estimados de implementación, explicando criterios de cálculo).

Presupuesto de licitación: 1.900.000 €

76. Señale los problemas o dificultades encontrados en la implementación de la medida

Dificultades previstas:

- Resistencia de la organización a los cambios.
- Falta de colaboración del personal de la organización en la reingeniería de procesos que necesariamente se va a producir.

77. Señale las soluciones adoptadas a los problemas anteriores

Creación de grupos de expertos funcionales con capacidad de consenso.

78. Resultados de la iniciativa

a) Señale la mejora de los servicios proporcionados a los usuarios y de los aspectos funcionales/organizativos

- Sistema de información integrado y basado en el dato único, evitando redundancias.
- Información más asequible para toda la organización, lo que amplía las posibilidades de mejora en la gestión.

b) Señale, cuando sea posible, los resultados parciales/finales conseguidos en términos de: reducción de gastos, incremento de rendimientos y mejora de la calidad/eficacia de los servicios (tiempos de espera, desarrollo de la gama de servicios proporcionados, indicadores de salud, etc.). Explique en lo posible los criterios de cálculo utilizados

.....

c) Otros

.....

8. Señalar las modalidades de control y supervisión del proyecto (incluyendo los indicadores utilizados)

- Creación de una dirección funcional del proyecto
- Creación de una dirección tecnológica del proyecto
- Creación de una Comisión Mixta compuesta por expertos técnicos y funcionales de la propia organización sanitaria y de la empresa adjudicataria.

9. Presentar una valoración resumida sobre la experiencia, indicando los principales aspectos negativos y positivos

.....

10. Señalar la eventual aplicación de la iniciativa a otros contextos indicando los recursos necesarios

.....

18. Señalar otros aspectos considerados de interés no incluidos en los apartados anteriores

.....

CUESTIONARIOS COMUNIDAD VALENCIANA

Medida 9.12: Sistema de Información para la gestión de conciertos, prótesis y facturación asociada (HERA)

79. *Denominación de la iniciativa:*

SISTEMA DE INFORMACION PARA LA GESTIÓN DE CONCIERTOS, PRÓTESIS Y FACTURACIÓN ASOCIADA (HERA)

80. *Características generales de la iniciativa:*

hh) Señalar los fines y las motivaciones que han promovido la iniciativa

Implementar un sistema de información transparente para hospitales, direcciones territoriales y servicios centrales de la Conselleria que sirva de soporte a la gestión de la actividad concertada con centros privados y la adquisición de prótesis.

Garantizar la homogeneidad, la transparencia y la utilización de criterios comunes respecto a todos aquellos servicios asociados a procedimientos clínicos y de gestión recogidos por este sistema.

ii) Señalar el cronograma previsto para su implantación y desarrollo

A lo largo de 2006 se implementará el módulo correspondiente a endoprótesis. En el último trimestre del año se validará el módulo de servicios concertados, estando prevista su implementación a lo largo de 2007.

jj) Señalar los resultados esperados, inclusive en términos cuantitativos y cualitativos

Gestión informatizada de este tipo de servicios y prestaciones, seguimiento y control automatizado de los mismos tanto a nivel general como individualizado por paciente, proveedor, tipo de prestación, etc.

Disponibilidad de información para el análisis.

Control y racionalización del gasto sanitario público asociado a la asistencia sanitaria prestada y las prótesis suministradas por proveedores del sector privado.

81. *Describir los instrumentos de implementación de la iniciativa en términos normativos, funcionales y organizativos (incluir la documentación más relevante)*

El 2 de diciembre de 2004 (DOGV nº 4.896) se publicó la licitación de la contratación mediante concurso público 62/2005.

Actualmente, se dispone de un manual de procedimiento y se ha difundido a los centros para su valoración y alegaciones

82. Indicar, si está disponible, el plan económico-financiero anual/plurianual de la iniciativa (incluir costes anuales estimados de implementación, explicando criterios de cálculo).

El presupuesto de licitación del concurso asciende a 315.000 € (dos anualidades de 252.000 y 63.000 euros), no incluyéndose costes de implementación, formación de usuarios, etc.

83. Señale los problemas o dificultades encontrados en la implementación de la medida

No procede.

84. Señale las soluciones adoptadas a los problemas anteriores

No procede

85. Resultados de la iniciativa

a) Señale la mejora de los servicios proporcionados a los usuarios y de los aspectos funcionales/organizativos

Las mejoras previstas son las siguientes:

Sistema de información homogéneo *on-line* para todos los centros usuarios.

Obtención directa de datos relativos a la actividad y gasto asociado a la prestación de los servicios concertados y la adquisición de prótesis, según el perfil del usuario o de las necesidades específicas puntuales.

b) Señale, cuando sea posible, los resultados parciales/finales conseguidos en términos de: reducción de gastos, incremento de rendimientos y mejora de la calidad/eficacia de los servicios (tiempos de espera, desarrollo de la gama de servicios proporcionados, indicadores de salud, etc.). Explique en lo posible los criterios de cálculo utilizados

Entre los resultados que se espera conseguir, es de destacar el margen para la revisión y posible racionalización del gasto: cada acción obliga a plantearse al usuario si es pertinente o no en función de procesos lógicos, y el registro pormenorizado de datos permite la trazabilidad de algunos productos (protesis)

c) Otros

.....

8. Señalar las modalidades de control y supervisión del proyecto (incluyendo los indicadores utilizados)

Indicadores de actividad y gasto en función de población asignada o protegida

9. Presentar una valoración resumida sobre la experiencia, indicando los principales aspectos negativos y positivos

.....

10. Señalar la eventual aplicación de la iniciativa a otros contextos indicando los recursos necesarios

.....

19. Señalar otros aspectos considerados de interés no incluidos en los apartados anteriores

.....

CUESTIONARIOS COMUNIDAD VALENCIANA

Medida 9.13: Programa de autoconcertación para la reducción de la lista de espera quirúrgica

86. *Denominación de la iniciativa:*

Programa de autoconcertación para la reducción de la lista de espera quirúrgica.

87. *Características generales de la iniciativa:*

kk) Señalar los fines y las motivaciones que han promovido la iniciativa:

Reducir las listas de espera quirúrgicas permitiendo que aquellos profesionales que demuestran ser más eficientes en la gestión de la demora y tener un mejor rendimiento quirúrgico, puedan operar en jornada de tardes con la correspondiente contraprestación económica.

ll) Señalar el cronograma previsto para su implantación y desarrollo:

Iniciado en septiembre de 2005

mm) Señalar los resultados esperados, inclusive en términos cuantitativos y cualitativos:

Se espera una reducción significativa de la demora media quirúrgica motivada por un aumento de la actividad sin que aumenten paralelamente las tasas de inclusión de pacientes.

2. Describir los instrumentos de implementación de la iniciativa en términos normativos, funcionales y organizativos (incluir la documentación más relevante):

ACUERDO de 27 de enero de 2006, del Consell de la Generalitat, por el que se establece el programa de autoconcertación para la reducción de la lista de espera quirúrgica en el sistema sanitario de la Comunidad Valenciana (DOGV 27 enero 2006).

88. Indicar, si está disponible, el plan económico-financiero anual/plurianual de la iniciativa (incluir costes anuales estimados de implementación, explicando criterios de cálculo).

Se realizó una estimación económica del coste del programa, basada en el número de pacientes susceptibles de ser intervenidos, número medio de pacientes que pueden intervenir por sesión y coste promedio de la sesión quirúrgica por especialidades.

89. Señale los problemas o dificultades encontrados en la implementación de la medida:

Disponibilidad de recursos: quirófanos y personal.

90. Señale las soluciones adoptadas a los problemas anteriores:

Incentivación del personal y habilitación de quirófanos.

91. *Resultados de la iniciativa:*

a) *Señale la mejora de los servicios proporcionados a los usuarios y de los aspectos funcionales/organizativos:*

Desde la puesta en marcha de la iniciativa se han intervenido, en este programa, más de 5.000 pacientes.

b) *Señale, cuando sea posible, los resultados parciales/finales conseguidos en términos de: reducción de gastos, incremento de rendimientos y mejora de la calidad/eficacia de los servicios (tiempos de espera, desarrollo de la gama de servicios proporcionados, indicadores de salud, etc.). Explique en lo posible los criterios de cálculo utilizados:*

Se ha constatado una reducción significativa de la demora media quirúrgica y del número de pacientes con tiempos de espera elevados.

c) *Otros*

.....

8. *Señalar las modalidades de control y supervisión del proyecto (incluyendo los indicadores utilizados):*

Para que un servicio pueda participar en el programa de autoconcertos para la reducción de las demoras quirúrgicas es necesario que se den los siguientes requisitos:

Requisitos previos:

- Ser seleccionado en base a una serie de criterios específicos (*).
- Que el centro tenga disponibilidad de recursos (quirófanos, camas, personal, etc.) para el autoconcerto.
- Que existan pacientes en lista de espera estructural propios o de otros centros próximos susceptibles de ser intervenidos en el centro.
- Que el servicio tenga capacidad para asumir dichos pacientes.
- Que el número medio de intervenciones por sesión extraordinaria que se programe en los partes se sitúe por encima de un determinado nivel.

Requisitos para mantenerse en el programa:

- Que tanto el número de pacientes en lista de espera como la demora media disminuya de forma significativa.
- Que las tasas de inclusión de pacientes en lista de espera sea adecuado y, en ningún caso, superior al que el servicio mantenía con anterioridad al inicio del programa.
- Mantener el cumplimiento de los criterios de selección que motivaron su inclusión en el programa (*).
- Que el rendimiento quirúrgico de la jornada ordinaria sea adecuado y, en ningún caso, inferior al que el servicio mantenía con anterioridad al inicio del programa.
- Que todos los pacientes intervenidos en jornada extraordinaria estén en espera estructural.

Estos requisitos son evaluados periódicamente y su incumplimiento supone la suspensión inmediata de la participación del servicio en el programa de autoconcertos.

(*) Los criterios de selección de servicios para la participación en el programa de autoconcertación para la reducción de la lista de espera quirúrgica se basan en una serie

de indicadores relacionados con la dotación de recursos, gestión de la lista de espera, eficiencia y productividad:

Dotación de recursos:

1. *Ratio especialistas por población protegida*: número de médicos especialistas por cada 10.000 tarjetas SIP en una fecha dada. Los médicos de cupo se cuentan como 0,5. Cuando la dotación de especialistas es superior a la media, se considera que es más difícil justificar la existencia de pacientes en lista de espera con demoras elevadas, por lo que esta situación se valora negativamente.

Gestión de la lista de espera:

2. *Ratio pacientes en espera por población protegida*: número de pacientes en espera por cada 10.000 tarjetas SIP en una fecha dada. El exceso relativo de pacientes en espera para una misma población se valora negativamente.
3. *Tasa de inclusiones en lista de espera*: número de inclusiones en lista por cada 10.000 tarjetas SIP durante un periodo dado. Las altas tasas relativas de inclusión de pacientes en lista de espera (sobreindicación o sobreutilización de procedimientos) se valora negativamente. Este indicador cuenta con un peso doble al del resto.
4. *Demora media*: demora media, en días, de pacientes en espera estructural, tal y como se calcula habitualmente. Se valora negativamente el que sea superior a la media. Igual que el anterior, este indicador pesa el doble.
5. *Ratio E/D*: relación entre la espera (tiempo que han esperado los pacientes intervenidos) y la demora (tiempo que están esperando los pendientes de intervención). Mide el manejo adecuado de la lista de espera, de forma que es mayor que 1 cuando se da prioridad a los pacientes más antiguos, y menor que 1 cuando se da prioridad a los pacientes más recientes, acumulando pacientes antiguos. Se valora negativamente el que sea inferior a 1,1.

Eficiencia y productividad:

6. *Eficiencia quirúrgica*: eficiencia quirúrgica obtenida a partir de los datos del periodo enero 2004 a mayo 2005. Se han tenido en cuenta las variables: especialidad, código del procedimiento y tipo de anestesia utilizada. Con estas variables se han obtenido las duraciones medias, de toda la Comunidad Valenciana, para cada procedimiento, tipo de anestesia y especialidad (duración estándar). Se ha comparado la duración media de las intervenciones realizadas por cada servicio, con la media que habría tenido si la duración de cada intervención hubiese sido la estándar para ese procedimiento, tipo de anestesia y especialidad (estandarización directa). De esta manera obtenemos el valor de la duración media que habría debido tener el servicio si se comportara como la media de la Comunidad. Comparando este valor con el que realmente ha obtenido, se valora si el servicio es más o menos eficiente que la media. Este indicador también pesa el doble.
7. *Puntos productividad*: puntos obtenidos en la evaluación final de la productividad.

La suma ponderada de la valoración de cada criterio da la puntuación final del servicio, con lo que se obtiene el ranking de mejor a peor a partir del cual se hace la selección.

9. *Presentar una valoración resumida sobre la experiencia, indicando los principales aspectos negativos y positivos*:

La experiencia ha sido muy positiva por que no sólo ha producido el resultado esperado (reducción de la lista de espera quirúrgica) sino que ha constituido un estímulo y un

incentivo para aquellos profesionales que han destacado por su eficiencia, al tiempo que se ahorran costes al sistema, evitando derivaciones a servicios ajenos (plan de choque) y optimizando el uso de los recursos propios.

10. Señalar la eventual aplicación de la iniciativa a otros contextos indicando los recursos necesarios

Se podría exender a especialidades no quirúrgicas, especialmente a pruebas y exploraciones.

20. Señalar otros aspectos considerados de interés no incluidos en los apartados anteriores

.....

**OBSERVACIONES DE LA CONSELLERIA DE SANIDAD DE LA
GENERALITAT VALENCIANA PARA LA REALIZACIÓN DE ALGUNAS
CORRECCIONES EN EL BORRADOR DE INFORME DEL GRUPO DE
TRABAJO DE ANÁLISIS DEL GASTO SANITARIO
(según la versión remitida el 6 de septiembre de 2007)**

1) CUESTIONES RELACIONADAS CON OBSERVACIONES REMITIDAS EL PASADO MES DE JULIO CUYA INCORPORACIÓN AL INFORME SE CONSIDERA DEL TODO NECESARIA

1.1. Observaciones al apartado II

1.1.a) Se solicita, nuevamente, que en el informe se incluya la mención a las medidas que se señalan a continuación y cuya fecha de envío a la secretaría del GTAS se indica entre paréntesis (nota: algunas medidas similares a éstas sí han sido mencionadas en el caso de otras Comunidades):

- Catálogo de productos homologados (*enviado el 5 de julio de 2006*)
- Mejora de la gestión logística (*enviado el 5 de julio de 2006*)
- Desarrollo del Hospital a Domicilio (*enviado el 10 de julio de 2006*)
- Unidad Interdisciplinar de Heridas Crónicas y de Prevención de Úlceras por Presión (*enviado el 10 de julio de 2006*)
- Enfermera de Gestión Domiciliaria en la Comunidad (*enviado el 10 de julio de 2006*)
- Procedimiento para la incorporación de nuevas tecnologías sanitarias (*envío mayo 07*)

1.1.b) Respecto a lista completa (ficha) de todas las medidas implementadas en las comunidades autónomas incorporada al anexo del Informe, no se han recogido las correcciones que respecto a su contenido ya se hicieron llegar a la Secretaría del Grupo

el pasado mes de febrero, correcciones que se referían a la reclasificación de algunas medidas, en unos casos, y a la ausencia de otras, en el resto de casos.

Para facilitar la realización efectiva de dichas modificaciones se adjunta un fichero aparte en el que se indican las correcciones de esta Comunidad a la lista de medidas incorporada en estos últimos días al Informe (versión del 6 de septiembre). Las correcciones se especifican en tres hojas diferentes según se refieren a:

1. Cambios de denominación
2. Incorporación de las medidas pendientes
3. Cambios de grupo de clasificación.

1.1.c) Se solicita se modifique la referencia a los trabajos que en la Comunidad Valenciana se están realizando en relación a la tarjeta sanitaria, dada la enorme repercusión que están teniendo sobre toda la organización, tanto en el ámbito asistencial como en el económico. Rogamos que, a partir de la información contenida en las fichas y los cuestionarios que en su día ya se remitieron, se elimine de la página 104 del Informe la inapropiada expresión:

‘Del mismo modo refiere la reciente adopción de un sistema de información poblacional (SIP)’.

y se realice la mención adecuada en el apartado II.2.8, pues se trata de un trabajo de enorme relevancia relacionado con los sistemas de información. En este sentido, creemos imprescindible la lectura de los correspondientes cuestionarios remitidos en su momento desde esta Conselleria. Añadir que el SIP no es un sistema recientemente adoptado en esta Comunidad; lo que sí es reciente es el impulso de un amplio y novedoso conjunto de proyectos relacionados con el SIP (recogidos en las fichas y los cuestionarios) y específicamente orientados a la mejora en la eficiencia y la gestión en todos sus ámbitos que están llevándose a cabo con enorme esfuerzo y de los que, hasta el momento, se están obteniendo excelentes resultados.

1.1.d) Se solicita se modifique la referencia recogida en la página 104 respecto a lo que se ha denominado en el Informe como *‘facturas sombra a los pacientes’*, sustituyéndose por su actual denominación real, con menos connotaciones negativas para el destinatario, esto es, *‘Entrega de nota informativa al paciente en el momento del alta hospitalaria sobre el coste de la asistencia recibida’*.

1.2. Observaciones al APDO III, Punto 2, Medida 2, Segunda parte:

Tras haber examinado más a fondo las aparentes inconsistencias que presentaban las cifras sobre facturas aceptadas y rechazadas por el INNS referidas a la Comunidad Valenciana, se ha podido constatar que presentan importantes errores, pues las cifras sobre facturas recibidas recogen muchas dobles contabilizaciones y también las cifras de facturas rechazadas. En cuanto al número de facturas aceptadas o correctas, no se realiza ninguna objeción.

Lo que se solicita es la rectificación de las cifras de forma que hagan referencia al número real de facturas ‘diferentes’ recibidas así como al número final de rechazos

realizados. Se ha podido comprobar que cuando una factura se ha enviado al INSS, si éste la rechaza el INSS y se vuelve a enviar, una vez corregida, desde la Comunidad, en lugar de contabilizarse como una única factura se ha considerado como dos facturas diferentes; esto también ocurre respecto al número de errores y, como consecuencia de todo ello, de las cifras presentadas se deduce una tasa de errores errónea y más elevada de la que realmente corresponde a esta Comunidad.

Así, el número de facturas totales de la Comunidad Valenciana recogidas en el Informe asciende a casi 4.000, cuando en realidad no superan la cifra de 3.200; en cuanto a la cifra de errores, el dato real es aproximadamente la mitad del que ofrece el informe.

Para la corrección de estos datos, quedamos a la entera disposición del INSS en caso de que se necesario realizar cualquier proceso de datos específico o tarea adicional.

1.3. Observaciones al APDO. V: ANÁLISIS DEL GASTO SANITARIO

- 1.3.1. Se insiste, de nuevo, en que se añadan las cifras totales o, en su caso, medias nacionales, en las tablas de datos del apartado V.4.1.4 así como en el segundo y el tercer gráfico del apartado V.4.2.4 (creemos que ha habido alguna confusión en la interpretación de esta observación así como en la respuesta que se nos ha hecho llegar).

Respecto a las dos últimas tablas del apartado V.4.2.8, referidas al Índice de Complejidad (IC) y al Índice de estancia media ajustada por el funcionamiento (IEMA), ya sabemos que su valor para el conjunto del SNS es igual a la unidad, pero ello no implica que dicho valor deje de incluirse en la tabla. Su inclusión es conveniente para facilitar la interpretación de las cifras a cualquier tipo de lector, sea experto o no en el tema, al igual que suele hacerse cuando en una tabla de reparto de datos porcentuales se especifica que el total es igual a 100. Por otro lado, sería conveniente modificar la nota a pie de página de estas dos tablas, indicando que las casuísticas más complejas corresponden a cifras superiores a la unidad (en el caso del IC), y que el índice de estancias ajustado por casuística menor que el SNS corresponde a las cifras menores a la unidad (en el caso del IEMA), eliminando la referencia a cifras coloreadas, pues ésta es incompatible con las impresoras o fotocopiadoras en blanco y negro.

Por último, nuevamente se solicita que en todos aquellos apartados en cuya redacción se hace mención a determinados indicadores por 1.000 habitantes se incluyan las tablas con las series de datos desde 1999 hasta el último disponible, pues dichos indicadores no se ofrecen en ningún lado y el lector interesado se ve obligado a perder tiempo y construir la serie calculándolos por su cuenta. Esto ocurre, por ejemplo, con las mamografías por 1000 hab., hemodiálisis por 1.000 hab., resonancias por 1.000 hab., urgencias por 1.000 hab., etc. Esta observación no tiene nada que ver con los gráficos en los que se muestran, en algunos casos, los datos de estas tasas para el último año, por lo que confiamos no se confunda de nuevo esta sugerencia.

- 1.3.2. En relación a los datos de **desplazados de otras Comunidades y de terceros países** recogidos en el **CMBD de la Comunidad Valenciana**, se ha **verificado** que las cifras adolecen de un **importante sesgo a la baja** tras cruzar la información con los datos del Sistema de Información Poblacional (SIP) de la Comunidad Valenciana, registro oficial de la Conselleria de Sanidad en el que se

recogen los datos administrativos de la población atendida y la población protegida.

El resultado obtenido tras el proceso de validación y depuración de los datos de los pacientes según estos criterios se recoge en el siguiente cuadro:

CMBD 2006 DE LA COMUNIDAD VALENCIANA:

DIFERENCIAS EN LA CUANTIFICACIÓN DEL NÚMERO DE EPISODIOS HOSPITALARIOS SEGÚN LA RESIDENCIA DECLARADA POR LOS PACIENTES Y LA RESIDENCIA REAL SEGÚN LOS DATOS ADMINISTRATIVOS RECOGIDOS EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN POBLACIONAL (SIP)

RESIDENCIA DE LOS PACIENTES	Nº EPISODIOS SEGÚN DATOS DECLARATIVOS ORIGINALES (provisionales)		Nº EPISODIOS SEGÚN DATOS ADMINISTRATIVOS REGISTRADOS EN EL SIP (definitivos)		DIFERENCIA DATOS DECLARATIVOS S/ ADMINISTRATIVOS
	n	%	n	%	
Comunidad Valenciana	448.158	96,66%	450.600	97,19%	- 0,54%
Otras CCAA	4.998	1,08%	8.233	1,78%	- 39,29%
Extranjeros	1.162	0,25%	3.274	0,71%	- 64,51%
Desconocido	9.303	2,01%	1.514	0,33%	- 514,46%
Total	463.621	100,00%	463.621	100,00%	0,00%

Hasta el año 2005, los datos de residencia de los pacientes recogidos en el CMBD de la Comunidad Valenciana han sido de origen declarativo, lo cual ha generado un número de altas asignadas a 'residentes en la Comunidad Valenciana' superior al real y, en consecuencia, un número de altas de pacientes desplazados muy por debajo de la cifra real, tanto las de otras comunidades autónomas como las de pacientes extranjeros. Esto se produce, probablemente, porque muchos de los pacientes que son hospitalizados mientras se encuentran en nuestra Comunidad en situación de estancia temporal no declaran su residencia habitual (en otra Comunidad o en el extranjero) sino la que tienen mientras permanecen aquí.

A partir de 2006, la información sobre residencia recogida en el CMBD de la Comunidad Valenciana se ajustan más a la realidad, pues los datos declarados por los pacientes se corrigen cuando no coinciden con los datos reales de fuentes administrativas. Esta validación y depuración se ha podido realizar por la disponibilidad del SIP en esta Comunidad, lo que ha permitido un mayor

acercamiento a la realidad y, con ello, a los flujos de pacientes atendidos en nuestro sistema sanitario regional.

Las diferencias obtenidas, que son las que muestran el cuadro anterior, supondrán que **la Comunidad Valenciana pasará a ser, según los datos del CMBD de 2006 en adelante, la segunda comunidad autónoma con mayor SALDO NETO positivo de pacientes hospitalizados atendidos procedentes del resto de España** (superada únicamente por Madrid, en este caso), y del resto del mundo (tras Andalucía, en este otro).

Por todo ello, dada la importancia de las cifras constatadas, se solicita que en las tablas de datos del apartado V.4.2.11.1 recogidas en las páginas 517, 518 y 522, se inserte una llamada en la fila de datos correspondiente a la Comunidad Valenciana con una nota a pie de página que recoja la siguiente expresión:

'Hasta el año 2005, los datos del CMBD de la Comunidad Valenciana han sido de origen declarativo. Según ha podido constatar la Conselleria de Sanidad tras el cruce de datos con la información administrativa registrada en el Sistema de Información Poblacional (SIP), las cifras de altas de pacientes procedentes de otras comunidades autónomas recogidos en el CMBD que se muestran en la tabla presentan una diferencia a la baja cercana al 40% respecto a las que serían las cifras reales'.

Asimismo, se ruega que en los cuadros del apartado V.4.2.11.2 recogidos en las páginas 527 y 530, , se inserte una llamada en la fila de datos correspondiente a la Comunidad Valenciana con una nota a pie de página que recoja la siguiente expresión:

'Hasta el año 2005, los datos del CMBD de la Comunidad Valenciana han sido de origen declarativo. Según ha podido constatar la Conselleria de Sanidad tras el cruce de datos con la información administrativa registrada en el Sistema de Información Poblacional (SIP), las cifras de altas de pacientes residentes en el extranjero recogidos en el CMBD que se muestran en la tabla presentan una diferencia a la baja cercana al 65% respecto a las que serían las cifras reales'.

2) OTRAS CORRECCIONES SOBRE POSIBLES ERRATAS EN EL INFORME RECIENTEMENTE DETECTADAS

Se ruega la revisión de la redacción del primer párrafo del apartado V.4.3.4.5 (página 565) y de la tabla de datos que se ofrece a continuación (página 566) cuando se afirma que el importe medio por persona protegida en el año 2005 para el conjunto del SNS *'supone un 33,93% más que en 1999'*, pues esta cifra de crecimiento no coincide con la que se muestra

COMUNIDAD VALENCIANA: CAMBIOS DE DENOMINACIÓN DE MEDIDAS RECOGIDAS EN EL INFORME

3. Establecer mecanismos que promuevan la demanda responsable de los servicios sanitarios y estimulen estilos de vida saludables

3.2 ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

DENOMINACIÓN CORRECTA	CCAA	Denominación anterior	Instrumento	Situación Temporal	Ambito de aplicación	Coste total asociado a la medida	Objetivo Asistencial	Objetivo Económico
(ninguna)	Comunidad Valenciana	Control de las actividades sanitarias de los servicios de prevención de riesgos laborales	Normativa legal	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	
Extensión del programa de Seguimiento del embarazo	Comunidad Valenciana	Programa de Seguimiento del embarazo	Normativa legal	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	
Extensión de la cobertura del programa de detección precoz de la hipoacusia	Comunidad Valenciana	Programa de detección precoz de la hipoacusia	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	
Implantación progresiva del programa de promoción de lactancia materna	Comunidad Valenciana	Programa de promoción de lactancia materna	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	
Consolidación del programa de detección precoz de hipotiroidismo congénito y fenilcetonuria y ampliación a otros procesos	Comunidad Valenciana	Programa de detección precoz de hipotiroidismo congénito y fenilcetonuria	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	
Revisión del programa de supervisión de la salud infantil	Comunidad Valenciana	Programa de supervisión de la salud infantil	Normativa legal	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	
Revisión y adecuación del programa de salud bucodental	Comunidad Valenciana	Programa de salud bucodental	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	
Puesta en marcha del programa de salud de la mujer mayor de 40 años	Comunidad Valenciana	Programa de salud de la mujer mayor de 40 años	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	
Primer desarrollo del plan de prevención y control de la osteoporosis	Comunidad Valenciana	Plan de prevención y control de la osteoporosis	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	
Actualización del programa de prevención de cáncer de cérvix.	Comunidad Valenciana	Programa de Prevención de cáncer de cérvix.	Normativa legal .Plan Consejería	Pilotaje. En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	

Puesta en marcha del programa de prevención de cáncer colorrectal.	Comunidad Valenciana	Programa de prevención de cáncer colorrectal.	Normativa legal .Plan Consejería	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	
Puesta en marcha del programa de prevención de cáncer hereditario	Comunidad Valenciana	Programa de Consejo Genético.	Normativa legal .Plan Consejería	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	
Extensión a toda la población diana del programa de prevención de cáncer de mama.	Comunidad Valenciana	Programa de prevención de cáncer de mama.	Normativa legal .Plan Consejería	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	
Puesta en marcha del plan de prevención de las enfermedades cardiovasculares	Comunidad Valenciana	Plan de Prevención de las enfermedades cardiovasculares	Plan de Gobierno	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	X
Implantación del programa de promoción de salud y prevención de los trastornos de la conducta alimentaria	Comunidad Valenciana	Programa de promoción de salud y prevención de los trastornos de la conducta alimentaria	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	X
Diseño e implantación del programa de promoción de la actividad física	Comunidad Valenciana	Programa de promoción de la actividad física	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	X
Generalización del programa de salud sexual y reproductiva	Comunidad Valenciana	Programa de salud sexual y reproductiva	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	X
Programa de prevención de accidentes de tráfico y sus secuelas.	Comunidad Valenciana	P. Prevención de accidentes de tráfico y sus secuelas.	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	X
Actualización del programa de prevención y control del tabaquismo	Comunidad Valenciana	Programa de prevención y control del tabaquismo	Plan Consejería o Servicio	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	X
(ninguna)	Comunidad Valenciana	Vigilancia sanitario-laboral del amianto en la comunidad valenciana	Normativa legal	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	X
Vigilancia sanitaria de plaguicidas y biocidas: ampliación de cobertura y actividades vinculadas	Comunidad Valenciana	Vigilancia sanitaria de plaguicidas y biocidas	Normativa legal	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	X
Puesta en marcha del programa de empresas generadoras de salud	Comunidad Valenciana	Empresas generadoras de salud	Normativa legal	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	X
Actualización y ampliación del programa sanitario de prevención del riesgo químico	Comunidad Valenciana	Programa sanitario de prevención del riesgo químico	Normativa legal	En funcionamiento. Pilotaje	Toda la Comunidad		X	X
Puesta en marcha del programa de prevención sanitaria del riesgo biológico de origen laboral	Comunidad Valenciana	Prevención sanitaria del riesgo biológico de origen laboral	Normativa legal	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	X
Revisión y ampliación de los sistemas de información en salud laboral, mapa de riesgo y istema de vigilancia epidemiológica laboral	Comunidad Valenciana	Sistemas de información en salud laboral	Normativa legal	En funcionamiento	Toda la Comunidad		X	X

COMUNIDAD VALENCIANA

MEDIDAS ENVIADAS EN ABRIL DE 2007 QUE NO HAN SIDO INCLUIDAS EN EL INFORME Y DEBEN INCORPORARSE

COD N.N	DENOMINACIÓN DE LA MEDIDA	INSTRUMENTO												SITUACIÓN TEMPORAL (fecha)	AMBITO DE APLICACION	COSTE ESTIMADO	OBJETIVOS	INDICADORES ASOCIADOS		
2. Asegurar la calidad y el uso racional de los medicamentos																				
	Plan estratégico para el control y la calidad de Farmacia, Medicamentos y Productos Sanitarios de la Comunidad Valenciana	X	X	X	X									X	X	Desarrollo de un modelo de ordenación farmacéutica, potenciación de la investigación clínica, vinculación de la prestación farmacéutica con la sociedad de la información.	Control del gasto farmacéutico			
4. Acceso a la mejor evidencia científica disponible en relación con el uso racional de las tecnologías diagnósticas y terapéuticas.																				
	Procedimiento valorado para la incorporación de nuevas tecnologías sanitarias													X	X	Mejor adecuación de uso de nuevas tecnologías sanitarias	Mejor adecuación de adquisición de nuevas tecnologías sanitarias			
6. Reforzar el papel de las Agencias de Evaluación de Tecnologías.																				
	Observatorio de avances científicos en enfermería (OACE)			X										X		126.200 euros anuales	Aumentar el nivel de evidencia de las prácticas que desarrolla la enfermería	Ajuste de los ciudadanos enfermeros a prácticas más efectivas y eficientes		

COMUNIDAD VALENCIANA

MEDIDAS CUYA RECLASIFICACIÓN SE SOLICITÓ EN FEBRERO DE 2007 Y TODAVÍA NO HAN SIDO REUBICADAS

CCAA	Medida	Grupo de clasificación actual	Grupo de clasificación al que se debe cambiar
Comunidad Valenciana	Grupo de Innovación y Mejora (GIM): urgencias extrahospitalarias	6. Reforzar el papel.....	4. Acceso a la mejor.....
Comunidad Valenciana	Sistema de Información Poblacional (SIP) y Aseguramiento Sanitario	9. Otras medidas.....	8. Desarrollo
Comunidad Valenciana	Registro poblacional: empadronados y no empadronados	9. Otras medidas.....	8. Desarrollo
Comunidad Valenciana	Implantación del identificador único universal (nº SIP)	9. Otras medidas.....	8. Desarrollo
Comunidad Valenciana	Integración de Sistemas de Información Corporativos	9. Otras medidas.....	8. Desarrollo
Comunidad Valenciana	Acceso online universal al SIP	9. Otras medidas.....	8. Desarrollo
Comunidad Valenciana	Sistema de Información Geográfico	9. Otras medidas.....	8. Desarrollo
Comunidad Valenciana	Fabricación descentralizada de tarjetas sanitarias SIP	9. Otras medidas.....	8. Desarrollo
Comunidad Valenciana	Implantación del Punt Salut: cajeros automáticos	9. Otras medidas.....	8. Desarrollo
Comunidad Valenciana	Lectura de tarjetas sanitarias de otras comunidades	9. Otras medidas.....	8. Desarrollo
Comunidad Valenciana	Lectura de tarjetas sanitarias europeas	9. Otras medidas.....	8. Desarrollo
Comunidad Valenciana	Facturación automatizada	9. Otras medidas.....	8. Desarrollo
Comunidad Valenciana	Unidad de residencia	9. Otras medidas.....	8. Desarrollo
Comunidad Valenciana	Creación de catálogo único de productos homologados	9. Otras medidas.....	1. Implantar criterios....

Comunidad Valenciana	Mejora de la gestión logística. Centralización. Operador logístico	9. Otras medidas.....	1. Implantar criterios....
Comunidad Valenciana	Implantación de sistemas PACS	9. Otras medidas.....	4. Acceso a la mejor.....
Comunidad Valenciana	Desarrollo e implantación del aplicativo Orion-Logis	9. Otras medidas.....	1. Implantar criterios....
Comunidad Valenciana	Cita por Internet	9. Otras medidas.....	4. Acceso a la mejor.....
Comunidad Valenciana	Sistema de información para la gestión de conciertos, prótesis y facturación asociada de Conselleria de Sanitat	9. Otras medidas.....	1. Implantar criterios....
Comunidad Valenciana	Informatización de datos de los partes de IT	9. Otras medidas.....	8. Desarrollo

OBSERVACIONES FORMULADAS POR LA CA DEL PAÍS VASCO AL BORRADOR DE INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO DE ANÁLISIS DEL GASTO SANITARIO

Tras una nueva comprobación del Documento Final (versión 31-07-07) se observa que en algunos gráficos de barras del capítulo V.4.2.9 La alta Tecnología no se incluye el dato correspondiente a la Comunidad Autónoma del País Vasco, en concreto los gráficos:

1. Estudios de TAC financiados por el sector público por mil habitantes en 2004 (pagina 440)
2. Aceleradores Lineales por millón de habitantes en 2004 (página 454)

En la página 445 en lugar del cuadro de estudios de RM se incluye un cuadro con datos de Litotricias

Josu I. Garay Ibáñez de Elejalde

Osasun Finantziario eta Kontratazioko Zuzendaria
Director de Financiación y Contratación Sanitaria
Osasun Saila - Departamento de Sanidad

**CONTESTACIÓN A LAS OBSERVACIONES FORMULADAS POR LAS
CCAA AL BORRADOR DE INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO DE
ANÁLISIS DEL GASTO SANITARIO.**

CONTESTACIÓN A LAS OBSERVACIONES FORMULADAS POR LAS CCAA AL APARTADO II

Andalucía

Apartado II.2.8 Desarrollo de los sistemas de información

Se acepta la ampliación de la información propuesta y en la página 91, después del primer párrafo, se añadirá lo siguiente:

“Otros sistemas desarrollados en Andalucía son la plataforma digital del Sistema Sanitario Público de Salud andaluz, “Diraya”, que supone la existencia de una historia de salud digital única con posibilidad de acceso independiente desde cualquier punto del sistema donde se produzca la atención sanitaria y posibilita igualmente el desarrollo de la receta electrónica (proyecto Receta XXI).”

Extremadura

Propuestas de la Comunidad de Extremadura aceptadas:

Página 16: En el párrafo segundo en la primera línea, donde dice “ocho Comunidades” debe decir “nueve Comunidades.”

En el párrafo segundo, en la tercera línea, se incluirá a Extremadura en el paréntesis: Donde dice: “.....a la receta electrónica (Andalucía, Galicia, Canarias, Castilla-La Mancha, Madrid, País Vasco, Cataluña y Murcia), si bien dichas acciones...”
Debe decir: “.....a la receta electrónica (Andalucía, Galicia, Canarias, Castilla-La Mancha, Madrid, País Vasco, Cataluña , Murcia y Extremadura), si bien dichas acciones...”

Página 22: En el párrafo segundo, en la cuarta línea, Donde dice : En total, once Comunidades Autónomas.... Debe decir: En total doce Comunidades Autónomas...

En el párrafo segundo, en la quinta línea, donde dice “...entre ellas seis Comunidades...” debe decir “...entre ellas siete Comunidades...”

En el párrafo segundo, en la sexta línea debe incluirse a Extremadura en el paréntesis de manera que donde dice “Comunidad Valenciana, Galicia, Comunidad de Madrid y País Vasco)...”
Debe decir “... Comunidad Valenciana, Galicia, Comunidad de Madrid , País Vasco y Extremadura)...”

Apartado II.2.2. Políticas que aseguren la calidad y el uso racional de los medicamentos

Página 53: Detrás del segundo párrafo y antes de Galicia se añadirá:

“El Servicio Extremeño de Salud dispone de un programa de orientación a la prescripción farmacéutica, consistente en la definición de objetivos de prescripción por principio activo, en el marco del contrato de gestión anual.”

Apartado II.2.3. Establecimiento de mecanismos que promuevan la demanda responsable y estimulen estilos de vida saludable

b) Promoción de estilos de vida saludables

Página 61: Detrás de primer párrafo y antes de Galicia se añadirá:

“El Servicio Extremeño de Salud, ha diseñado en el marco del Plan Socio-Sanitario de Extremadura el programa “El Ejercicio Te Cuida” destinado a atender a los segmentos poblacionales que precisan más recursos sanitarios. Este programa consiste en la remisión desde los centros de salud o de mayores a un “dinamizador salud-deportivo” que los evalúa y asesora para practicar ejercicio físico.

También viene desarrollando en colaboración con las administraciones locales y ONGs, programas de deshabituación tabáquica, promoción de vida sin tabaco, de drogodependencias entre otras.”

Apartado II.2.5. Consolidación de los mecanismos de incentivos aplicables a los profesionales sanitarios.

Página 73: Detrás del tercer párrafo y antes de la Comunidad de Madrid, se añadirá:

“El Servicio Extremeño de Salud dispone ya en 2005 de un acuerdo firmado con las centrales sindicales de carrera profesional, con efectos económicos en el ejercicio 2006. Así mismo, se ha desarrollado un modelo de incentivación específico y diferenciado, ligado al control del gasto farmacéutico. Por otra parte, y como proyecto piloto, la Consejería de Sanidad y Consumo, ha desarrollado un programa para el control de los proceso de incapacidad temporal derivado de ciertas patologías, que contempla una estructura de incentivos específica que deriva de un convenio suscrito a tal efecto con el INSS.”

Apartado II.2.7. Aumento de los recursos y de la capacidad de resolución de la Atención Primaria.

a) Aumento de los recursos en Atención Primaria

Página 82: Antes del párrafo de la Comunidad de Madrid se añadirá:

“Extremadura ha suscrito un acuerdo con las principales organizaciones sindicales para el impulso y la consolidación de la atención primaria, incluyendo medidas organizativas y funcionales, entre las que destaca la creación de plazas suficientes en las unidades básicas asistenciales, que permitan la racionalización de las cargas de trabajo, planteando como objetivo la asignación máxima de 1.600 TIS por unidad básica asistencial.”

Apartado II.2.9. Otras medidas de racionalización

Página 102: Detrás del último párrafo, después de la información del Plan Estratégico de la Agencia Valenciana de Salud, se añadirá lo siguiente:

“Por parte de Extremadura se informa que dentro del Plan Marco de Atención Socio Sanitaria, se ha definido, en colaboración con la Consejería de Bienestar Social, un Plan de reorganización de recursos asistenciales destinados a pacientes crónicos en función del tipo de recursos que necesiten. También da cuenta de la existencia del Programa Regional de Cuidados Paliativos por el que se dispone de una estructura de equipos de soporte para la atención domiciliaria de pacientes en estado terminal.”

Comunidad de Madrid

Propuestas de la Comunidad de Madrid de modificación del texto aceptadas:

Medida II.1 (página 20)

Párrafo 1: “Solamente Andalucía y Madrid mencionan explícitamente la aplicación de planes integrales.....”

Página 54.

Sustituir en el Informe “La Comunidad de Madrid incorpora los objetivos de farmacia al contrato de gestión del SERMAS desde el momento en que asume las competencias de gestión sanitaria, lo que ha contribuido a incrementar el porcentaje de genéricos prescrito y a moderar la evolución del aumento del gasto farmacéutico por habitante. La gestión estratégica de farmacia abarca 4 grandes áreas, que van desde la perspectiva del paciente (se vigila por la adecuación de los tratamientos farmacológicos y por la potenciación del uso seguro de los medicamentos) hasta la perspectiva del aprendizaje y conocimiento (con cursos de formación y documentos de apoyo para la toma de decisiones por parte de los profesionales, o el funcionamiento de bases de datos con información sobre medicamentos), pasando por la perspectiva interna de mejora de los sistemas de información y por la perspectiva financiera que se centra en potenciar la utilización de genéricos, hacer el seguimiento de grupos terapéuticos específicos y centralizar las compras de medicamentos, ya mencionada en el epígrafe anterior.”

Por:

“La Comunidad de Madrid incorpora los objetivos de farmacia al contrato de gestión del SERMAS desde el momento en que asume las competencias de gestión sanitaria, lo que ha contribuido a incrementar el porcentaje de genéricos prescrito y a moderar la evolución del aumento del gasto farmacéutico por habitante. El Plan estratégico de farmacia abarca 4 grandes áreas: 1) orientación a los resultados en las áreas asistenciales prioritarias desde el punto de vista asistencial; 2) acciones orientadas al apoyo a los profesionales y al desarrollo de la organización; 3) acciones orientadas a mejorar los procedimientos internos en la gestión de los medicamentos y 4) actuaciones dirigidas a mejorar la eficiencia en la utilización de recursos.

Igualmente Madrid ha desarrollado un programa de modernización de los procedimientos asociados a la prestación farmacéutica a través de las TICs y diferentes medidas y programas de formación para el uso racional de medicamentos. También ha desarrollado un sistema de información sobre gasto y uso de medicamentos (Farm@drid) y ha incluido mejoras en el procedimiento de prescripción, fundamentalmente desde el punto de vista informático y programas de formación y uso racional del medicamento. Se ha iniciado la implantación del proyecto piloto de receta electrónica”

Medida II.3 apartado b (página 62, párrafo 3)

Sustituir en el texto del informe la frase: “La Comunidad de Madrid, por su parte, refiere la creación del Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios”,

Por:

“La Comunidad de Madrid señala el desarrollo de tres planes integrales de salud (Plan regional de Prevención y control de tabaquismo, plan de prevención y control del riesgo cardiovascular y plan de prevención de drogas), un programa regional de prevención y control del Asma y un programa de promoción y educación en alimentación y nutrición en desarrollo hacia un plan integral con la creación en el año 2006 del Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios.”

Página 81.

Añadir al párrafo primero:

“....como variables proxy de la necesidad de la población a la que se pretende cubrir. El incremento previsto de recursos asciende a más de 1.500 profesionales.”

Punto II, 2.9 (página 102)

Se añade el siguiente inciso:

Por último Madrid, refiere un modelo de calidad para la autoevaluación de los centros sanitarios, basada en el modelo europeo EFQM.

Región de Murcia

Medida II 2.1. pág. 40

Se incluirá entre el 4º párrafo (Madrid) y el 5º (País Vasco)

“La Comunidad de Murcia refiere medidas de racionalización relativas a la mejora de la gestión de compras que incluyen centralización de concursos y que prevé para años sucesivos la elaboración de un catálogo unificado de productos y servicios y una solución tecnológica corporativa para la gestión de compras.”

Medida II 2.4. pág. 64

Se incluirá antes del último párrafo (País Vasco)

“La Región de Murcia ha creado un centro para la investigación y la excelencia clínica.”

Medida II. 2.5. pág. 74

Se incluirá entre el 1º párrafo y el 2:

“Murcia refleja la formalización de contratos de gestión con objetivos asistenciales, económicos y de calidad con los proveedores (hospitales, gerencias de primaria). Como bien señala esta Comunidad Autónoma este tipo de contratos de gestión son un instrumento comúnmente empleado por todos los servicios de salud”

Medida II. 2.6. pág. 80

Se incluirá dentro del párrafo 3º:

“..... se procede a su adaptación para la región. La puesta en marcha de la guía se inserta en un marco más amplio como es la creación de la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias dentro del marco del centro para la investigación y el desarrollo de la excelencia clínica (CI + DEC) que incorpora un observatorio regional que tiene como objetivo realizar búsquedas de la información publicada....”

Medida II. 2.7. pág. 82

Se cambiará el párrafo 2º añadiendo lo siguiente:

“La región de Murcia, por su parte, también ha previsto entre 2005 y 2007 aumentar el número de plazas de atención primaria, con el fin de redistribuir la carga de trabajo y reducir el número de tarjetas sanitarias por profesional. En principio se estima un incremento de 80 medicina de familia, 70 de pediatría, 150 de enfermería, 110 de auxiliares administrativos. Para 2008 se prevé un nuevo incremento de recursos”

Medida II. 2.8. pág. 97

Se añadirá en el párrafo 2º

“...su coste aproximado se eleva a diez millones de euros por anualidad. En la actualidad se encuentran en funcionamiento en todos los hospitales públicos los sistemas de información corporativos de gestión y estación clínica, radiodiagnóstico, farmacia y anatomía patológica y el de atención primaria en todas la zonas básicas de salud”

Comunidad Valenciana

1. En relación con las propuestas efectuadas por la Comunidad Valenciana sobre este apartado es preciso indicar que el esfuerzo realizado para homogeneizar y traducir a un documento la multitud de medidas declaradas por las CCAA, puede haber producido alguna pérdida de información sobre determinadas medidas, sobre todo de las incluidas en el apartado 9 - otras medidas. Es evidente por otra parte que el apartado II no pretende ser exhaustivo, sino ofrecer un panorama general.

Por ello se proponen las siguientes inclusiones:

Medida II. 2. pág. 53

Después del primer párrafo se incluirá:

“Esta Comunidad ha creado Comisiones de Intercambio Terapéutico en los departamentos de salud para la mejora de la eficiencia en la prescripción.”

Medida II. 2.3 punto b pág. 63

Después del primer párrafo se incluirá:

“La Comunidad Valenciana refiere medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que abarcan desde el consejo genético hasta la prevención de accidentes de tráfico y sus secuelas, incluyendo programas para los principales problemas de salud y enfermedades crónicas, diferentes tipos prevalentes de cáncer y enfermedades y riesgos laborales.”

Medida II. 2.7 punto b pág. 89

Tras el párrafo 2º se incluirá:

“Del mismo modo esta Comunidad establece la figura de la Enfermera de Continuidad Domiciliaria en Hospital con objeto de mejorar la coordinación en este tipo de atención.”

Medida II. 9.13 pág. 102

Se incluirá tras el último párrafo:

“Esta Comunidad refiere otras medidas como la financiación capitativa de los departamentos de salud, las concesiones administrativas de carácter sanitario, facturas sombra a los pacientes, facturación automática de la asistencia sanitaria a los ciudadanos de la UE, sistemas de información para la gestión logística (Orion-Logis) y para la gestión de conciertos, prótesis y facturación asociada, así como un programa de autoconcertación para la reducción de la lista de espera quirúrgica establecido en enero de 2006. Del mismo modo refiere la reciente adopción de un sistema de información poblacional (SIP).”

2) La Comunidad Valenciana solicita que se incluya una ficha que recoja todas las medidas implementadas en las CCAA.

En aras a la exhaustividad no pretendida en el cuerpo del informe se incluirá dicha ficha en el anexo correspondiente al apartado II.

4) La Comunidad Valenciana solicita que se realicen las modificaciones oportunas en la tabla recogida en la página 10 del informe, una vez se efectúen las correcciones solicitadas.

No parece necesario modificar la tabla resumen ya que no ofrece información cuantitativa y las medidas cuya introducción se reclama pertenecen a campos en los que ya consta actuación por parte de la CA (2, 4, 7 y 9)

CONTESTACIÓN A LAS OBSERVACIONES FORMULADAS POR LAS CCAA AL APARTADO III

Principado de Asturias:

La observación formulada por esta comunidad relativa al punto III del informe es la siguiente:

Se observa que en la tabla denominada “Seguimiento de las medidas de financiación y gasto sanitario derivadas de la II Conferencia de Presidentes: Punto 4 (apartado 3 del Acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera de 22 de noviembre de 2005) pág.113, figuran datos erróneos y no se han incorporado los datos correctos remitidos por la Comunidad Autónoma en correo de fecha 1 de marzo de 2007. Estos datos se reiteran anexos al presente texto. Se solicita de nuevo su incorporación.

Efectivamente, con fecha 1 de marzo la comunidad autónoma modificó los datos remitidos el 25 de julio de 2006. Esta nueva información, que no se incorporó en el borrador de informe, afecta al registro pero no al importe del gasto sanitario desplazado y quedará incorporada al texto definitivo del informe.

Canarias:

Las observaciones formuladas por esta comunidad relativas al punto III del informe son las siguientes:

1.

En el apartado III de “Seguimiento del destino de los recursos ...” se presentan datos de gasto real de los años 2005 y 2006, pudiendo dar la impresión de discontinuidad respecto al Informe del año 2005 en el que el último año analizado fue el de 2003. Por otra parte, las cifras de gasto sanitario del año 2005 correspondientes a las Comunidades Autónomas de régimen general que se registran en el referido apartado III no coinciden con las que figuran en el apartado V del Informe, por lo que deberían aclararse las diferencias metodológicas en ambos apartados, bien mediante nota al pie o en el texto principal.

Son dos los aspectos tratados en este punto: la posible discontinuidad del informe respecto al año anterior y la necesidad de aclarar las diferencias que se producen entre el apartado III y V del informe.

- Respecto a la primera de las cuestiones hay que tener en cuenta que el apartado III del borrador relativo al “Seguimiento del destino de los recursos, incorporados en los presupuestos generales del estado para incrementar las aportaciones al sistema nacional de salud y de los anticipos a cuenta recibidos por las CC.AA. para ayudar a la reducción de la deuda sanitaria” se incluye por primera vez en el informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario de este año con la finalidad de dar cumplimiento al mandato recibido del Consejo de Política Fiscal y Financiera que, en reunión celebrada el 22 de noviembre de 2005, acordó encomendar a este Grupo de Trabajo el seguimiento de las medidas relativas al gasto sanitario derivadas de la Segunda Conferencia de Presidentes; en particular, es el apartado 3 de este Acuerdo el que da lugar al apartado III del borrador de Informe. Desde este punto de vista, con relación a este apartado, parece razonable no hablar de discontinuidad respecto al informe del año 2005, sino más bien de novedad en cuanto a su contenido. Por otra parte, el informe de este año, en su parte central común a la del año anterior, analiza el gasto sanitario de 2004 y 2005 continuando en este caso con el análisis del gasto sanitario de 2003 que se realizó en el informe anterior.

- Respecto a las diferencias registradas entre las cifras de los apartados III y V y la conveniencia de que estas se expliquen, conviene recordar que en la página 108 de Informe se advierte de la existencia de diferencias en estas cifras que tienen su origen en los distintos enfoques metodológicos utilizados en ambos casos. En el apartado III el origen de los datos son unas fichas cumplimentadas por las CCAA en las que se atiende al registro presupuestario (en sentido amplio y tanto en presupuesto inicial como liquidado) del gasto sanitario gestionado por las distintas unidades dependientes de las CCAA que gestionan competencias sanitarias. A estos datos se añade la variación del gasto sanitario desplazado en el ejercicio. Por su parte, como ya se señala en la página 108, los datos del apartado V se obtienen de la Estadística de gasto sanitario público (EGSP) elaborada en el marco metodológico definido por el Sistema de Cuentas de la Salud.

2.

En el apartado III.2 se considera que debe incorporarse también el análisis del año 2006, ya que en el punto III.1 sí que se incluyen esos datos. Es decir, sin necesidad de un nuevo aporte de información por las CCAA se podría ampliar la información del III.2 con el año 2006 (datos de situación del gasto sanitario desplazado a 31/12/2006).

Respecto a este punto es perfectamente posible la ampliación del análisis, de en qué medida los anticipos a cuenta recibidos por las CCAA han sido utilizados para ayudar a la reducción de la deuda sanitaria, al ejercicio 2006 si bien hay que recordar que en la reunión del Grupo de Trabajo de Gasto Sanitario celebrada el 12 de febrero de este año se acordó la incorporación de los datos de gasto sanitario real correspondientes al ejercicio 2006 a efectos de realizar *el seguimiento del destino de los recursos incorporados en los Presupuestos Generales del Estado cuyo objeto, es incrementar las aportaciones al Sistema Nacional de la Salud* (apartado III.1 del informe). Con relación al seguimiento de *en qué medida los anticipos a cuenta han sido utilizados para ayudar a la reducción de la deuda sanitaria* (apartado III.2 del informe) en ningún momento el grupo se planteó ampliar el estudio al ejercicio 2006.

3.

En el apartado V punto V.2.1. referido al gasto sanitario público y su delimitación, se propone que en el cuadro de Gasto desplazado de ejercicios anteriores a fin de cada ejercicio (página 173) se incorpore una nota al pie en la que se aclare que los datos correspondientes al ejercicio 2006 se encuentran en el apartado III.

Con relación a esta observación que se refiere al apartado V habría que matizar que el dato del gasto sanitario desplazado correspondiente a 2006 no figura como tal en el apartado III del informe, sino que se incorpora al mismo como componente del gasto sanitario real y no de manera individualizada.

Comunidad de Madrid:

La observación formulada por esta comunidad relativa al punto III del informe es la siguiente:

En el punto III.2 que analiza en qué medida los anticipos a cuenta han ayudado a reducir la deuda sanitaria, se registra una disminución del gasto sanitario desplazado de 863.767 miles de euros, que con la reducción de 2.514 euros de Andalucía (Comunidad que no solicitó anticipo) alcanza un importe de 861.253 euros, dato coincidente con la tabla adjunta, sin embargo al cuantificar la disminución del importe del gasto sanitario desplazado correspondiente al año 2005 que en el punto

III.1 se recoge una cifra diferente (862.692 miles de euros) que debería ser modificada.

Efectivamente las cantidades que, en concepto de gasto sanitario desplazado del ejercicio 2005, se recogen en los puntos III.1 y III.2 del borrador de informe son distintas. La diferencia se debe a que en el apartado III.1 se incluyen en el análisis la Comunidad Foral de Navarra y la Comunidad Autónoma del País Vasco mientras que en el apartado III.2, relativo a los anticipos de tesorería, se excluyen estas comunidades a las que, tal y como se indica en la página 112 del borrador de informe, no resulta de aplicación esta medida conforme a las características propias de sus sistemas de financiación.

Por tanto las dos cifras son correctas siendo la causa de su diferente importe la razón señalada en el párrafo anterior.

Región de Murcia:

Efectúa alegaciones con incidencia en el punto III del Informe en dos apartados de sus observaciones:

- Dentro de Observaciones genéricas al Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario correspondiente al primer semestre del año 2007:

El Informe presenta la información utilizando indistintamente los criterios de “Gasto Liquidado”, “Gasto Real” y “Gasto Consolidado” sin una definición exacta de los mismos, lo que induce a error y no permite la comparación en muchos casos. En el caso concreto de la Región de Murcia, el Gasto Liquidado coincide con el Gasto Real, en tanto que no existe Gasto Desplazado. El Servicio Murciano de Salud se constituye como ente público empresarial de tal forma que no tiene presupuesto limitativo reconociéndose los gastos conforme a su devengo. Por ello, en su caso, el posible déficit generado en el Servicio Murciano de Salud se compensa con el superávit de la Administración General de la Comunidad Autónoma en los años de referencia. Los datos aportados para la confección del cuadro de Gasto Desplazado se han obtenido de la comparativa entre Contabilidad Financiera y Contabilidad Presupuestaria exclusivamente por cuestiones metodológicas, de modo que resulten homogéneos con el resto de Comunidades Autónomas, respondiendo a la solicitud del Grupo de Trabajo, a pesar de no ajustarse a la realidad.

Por lo que se refiere a la cuestión plantada, los datos reflejados en el punto III del Informe relativos a gastos desplazados son los proporcionados por la propia Comunidad Autónoma, y obedecen a gastos con terceros que aún no han tenido reflejo en la contabilidad presupuestaria (están pendientes del reconocimiento presupuestario de la obligación (fase “O”), pero si están recogidos en la contabilidad financiera, motivo por el cual se incluyen como gasto desplazado, registrado en cuentas no presupuestarias.

El informe utiliza la cifra de variación de gasto desplazado 2006, en su página 109, sin aportar el detalle a nivel de Comunidades Autónomas.

El detalle por Comunidad Autónoma de la variación del gasto desplazado del ejercicio 2006 no es objeto de análisis, en la medida en que el ámbito establecido para el informe no recoge el estudio del seguimiento dado a los anticipos a cuenta recibidos en dicho ejercicio 2006, circunscribiéndose, por tanto, al ejercicio 2005, tal y como se indica en la

página 112 del informe. No obstante lo anterior, de la información contenida en el propio cuadro de la página 109 del informe, se podría obtener este concepto a nivel de cada Comunidad Autónoma mediante una simple operación aritmética puesto que el gasto sanitario desplazado se añade a liquidado para el cálculo del gasto real del ejercicio 2006, una vez descontadas las dotaciones para amortizaciones y los gastos financieros tal y como se indica en la página 108.

- Respecto al apartado segundo del punto III, “SEGUIMIENTO DE EN QUÉ MEDIDA LOS ANTICIPOS A CUENTA QUE RECIBIRÁN LAS CC.AA. HAN SIDO UTILIZADOS PARA AYUDAR A LA REDUCCIÓN DE LA DEUDA SANITARIA, SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL PUNTO 4 DEL ACUERDO DE LA SEGUNDA CONFERENCIA DE PRESIDENTES”:

Los datos de Gasto Desplazado de Ejercicios Anteriores a fin de cada ejercicio se recogen en dos cuadros, en la página 113 y en la página 171, indicándose importes diferentes en cada uno. Los datos correctos corresponden a los recogidos en la página 113, una vez que el proceso de auditoría estaba prácticamente finalizado.

En relación al párrafo anterior no se efectúan aclaraciones, al indicar como importe correcto el reflejado en el punto III del informe, que en cualquier caso ha sido facilitado por la propia Comunidad Autónoma.

Aragón:

Las observaciones formuladas por esta comunidad relativas al punto III del informe son las siguientes:

El análisis en el punto primero se centra en la evolución del gasto liquidado y del gasto real entre 2005 y 2006.

En el punto primero se analiza la evolución del gasto desplazado (deuda) en 2005 y de su relación con los anticipos a cuenta recibidos por las Comunidades Autónomas como consecuencia de la Conferencia de Presidentes. En su conjunto, estos anticipos a cuenta no son suficientes para absorber el conjunto del gasto desplazado de las Comunidades Autónomas (que a 31.12.04 era de más de 6.450 millones de euros). El análisis no permite tampoco afirmar si ese anticipo se ha dedicado a disminuir el gasto desplazado en las diferentes Comunidades Autónomas. En este sentido, Aragón es la Comunidad que en mayor medida ha disminuido ese gasto desplazado, por encima de los anticipos a cuenta recibidos. En un análisis global, los anticipos a cuenta parecen insuficientes para ir disminuyendo el gasto desplazado, ya que este se ha reducido en el ejercicio 2005 en menor medida de la esperable.

Finalmente, no hay un análisis de la relación entre los recursos aportados y el destino de los mismos. La inclusión en este apartado de las tablas de las páginas 171 y 172 de evolución del gasto sanitario desplazado hubiera ayudado a esta comparación.

Con relación a esta observación no se formulan aclaraciones puesto que, más que referirse a aspectos concretos del contenido del informe, se centra en un análisis de la suficiencia o insuficiencia de los anticipos de tesorería para absorber el gasto sanitario desplazado existente a 31.12.2004.

CONTESTACIÓN A LAS OBSERVACIONES FORMULADAS POR LAS CCAA AL APARTADO IV

Aragón

Se corregirá la errata de la página 125 en la denominación del Instituto Aragonés de Salud Pública, y figurará con su denominación correcta de Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

Canarias

Medida 1, Primer punto (pág 127)

La Comunidad de Canarias pide especificar el nombre de las Universidades con las que se han suscrito convenios para el desarrollo del Plan de Calidad del SNS

Se presenta el siguiente listado, para incluirlo como anexo al apartado IV del informe.

LISTADO DE CONVENIOS CON CARGO AL PRESUPUESTO DE LA AGENCIA DE CALIDAD FIRMADOS CON UNIVERSIDADES CON REPERCUSSION PRESUPUESTARIA EN EL EJERCICIO 2007 (1,6 MILLONES DE EUROS)

CONVENIO DE COLABORACION ENTRE EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO Y LA UNIVERSIDAD MIGUEL HERNANDEZ DE ELCHE PARA LA REALIZACION DEL ESTUDIO ENEAS II SOBRE LOS EFECTOS ADVERSOS (EAs) LIGADOS A LA ATENCIÓN SANITARIA.
IMPORTE: 75.000,00 €

CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO Y LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA PARA LA REALIZACION DE ACTIVIDADES RELATIVAS A LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL USO DE LOS MEDICAMENTOS EN LOS HOSPITALES ESPAÑOLES
IMPORTE: 94.200,00 €

CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO Y LA UNIVERSIDAD DE DEUSTO PARA LA REALIZACIÓN DE UN ESTUDIO DE VIABILIDAD JURÍDICA DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y REGISTRO DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS Y PROPUESTA DE NORMATIVA
IMPORTE: 69.211,00 €

CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO Y LA UNIVERSIDAD DE LA RIOJA PARA LA REALIZACIÓN DE UN ESTUDIO DE PROSPECTIVA SOBRE LAS MODALIDADES DE ATENCION SANITARIA
IMPORTE: 35.000,00 €

CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO Y LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID PARA EL DESARROLLO DE UN SISTEMA DE ACREDITACIÓN DE LAS UNIDADES DOCENTES PARA LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN CIENCIAS DE LA SALUD
IMPORTE: 28.000,00 €

CONVENIO DE COLABORACION ENTRE EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO Y LA UNIVERSIDAD DE ALCALA DE HENARES PARA LA IMPARTICIÓN DEL "MASTER EN AUTO-CONOCIMIENTO, SEXUALIDAD Y RELACIONES HUMANAS"
IMPORTE: 29.500,00 €

CONVENIO DE COLABORACION ENTRE EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO Y LA UNIVERSIDAD CARLOS III DE MADRID PARA LA REALIZACION DE ACCIONES DE CONSULTORÍA, ASISTENCIA TÉCNICA Y FORMACIÓN EN EL ÁREA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, E INTEGRACIÓN Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS FORMATIVOS DESARROLLADOS EN UNA PLATAFORMA DE APRENDIZAJE VÍA INTERNET
IMPORTE: 153.294,00 €

CONVENIO COLABORACION ENTRE EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO Y LA UNIVERSIDAD DE MURCIA PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE FORMACION A DISTANCIA EN GESTION DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE
IMPORTE: 113.155,00 €

CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO Y LA UNIVERSIDAD DE CANTABRIA PARA LA REALIZACIÓN DEL PROYECTO DE I+D TITULADO: “IMPLANTACIÓN Y SOPORTE DEL MODELO DE INDICADORES Y EJES DE ANÁLISIS DE LOS DATOS DEL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS DE HOSPITALIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD“
IMPORTE: 150.000,00 €

CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO Y LA UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA PARA LA REALIZACIÓN DE UN ESTUDIO DE LA PERSPECTIVA DE LA PROVISIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS EN EL HORIZONTE 2020.
IMPORTE: 151.000,00 €

CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO Y LA UNIVERSIDAD CARLOS III DE MADRID PARA LA REALIZACION DE TAREAS DE ASESORAMIENTO EN INFORMACIÓN Y GESTIÓN DOCUMENTAL.
IMPORTE: 16.785,00 €

CONVENIO DE COLABORACION ENTRE EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO Y LA UNIVERSIDAD DE ALICANTE PARA LA REALIZACION DE ACTIVIDADES SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO
IMPORTE: 87.810,00 €

CONVENIO DE COLABORACION ENTRE EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO Y LA UNIVERSIDAD DE GRANADA PARA EL DESARROLLO DE “INSTRUMENTO DE REFERENCIA DEL CONSEJO DE EUROPA PARA LA SALVAGUARDA DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES”.
IMPORTE: 71.156,00 €

CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO Y LA UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE PARA EL DESARROLLO DE ESTUDIOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES.
IMPORTE: 90.000,00 €

CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO Y LA UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS PARA EL DESARROLLO Y GESTION DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIOS
IMPORTE: 5.000,00 €

CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO Y LA UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA PARA LA REALIZACIÓN DE UN ESTUDIO

SOBRE LOS PRINCIPALES CAMBIOS EN LAS FORMAS DE ACCESO DEL CIUDADANO AL SISTEMA SANITARIO.

IMPORTE: 155.000,00 €

CONVENIO DE COLABORACION ENTRE EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO Y LA UNIVERSIDAD DE CÁDIZ PARA LA “ELABORACIÓN DE UN MODELO DE CALIDAD ENFERMEROS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS HOSPITALES”

IMPORTE: 128.200,00 €

CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO Y LA UNIVERSIDAD MIGUEL HERNANDEZ DE ELCHE PARA LA REALIZACIÓN DE UN ESTUDIO PROPIO DE MAESTRÍA INTERUNIVERSITARIA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CALIDAD ASISTENCIAL

IMPORTE: 150.000,00 €

TOTAL: 1.602.311,00 €

Cataluña

Apartado IV. Medida 2, segunda parte. “Transferencia a las CCAA para compensar la atención por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales cubiertos solo por el INSS”.

Efectivamente, es cierto que la Comunidad Autónoma de Cataluña remitió ficheros **de pruebas** desde el día 15 de diciembre con la finalidad de validar la transmisión y todo el procedimiento antes del envío definitivo con datos reales. De hecho el primer fichero real que envió esa Comunidad Autónoma, en febrero de 2007, contenía un número de errores sensiblemente inferior a las transmisiones hechas por otras Comunidades Autónomas y en la transmisión que efectuó en el mes de mayo los errores fueron mínimos respecto de otras Comunidades, lo que avala, por otra parte, el funcionamiento del sistema.

Comunidad de Madrid

Medida 1 Primer punto

“Según la información facilitada, del total del crédito de 50 millones, únicamente se ha transferido a las Comunidades Autónomas vía convenio de colaboración 17,8 millones de euros, es decir, 32,2 millones han ido a engrosar el presupuesto de la Administración del Estado y no ha repercutido en la financiación de los servicios de salud de las diferentes comunidades”

Todo el crédito de los 50 millones correspondientes al Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud repercute en sus componentes, bien de manera directa (transferencia a las comunidades autónomas de 17,8 millones de euros), como los 32,2 millones destinados a las políticas de cohesión y a mejorar la calidad, que no han ido a engrosar el presupuesto de la Administración del Estado, sino que se han empleado en medidas relacionadas con las diferentes estrategias contempladas en el Plan de Calidad para el SNS, que fue aprobado por el Consejo Interterritorial. En el caso de Madrid, el importe directo recibido está relacionado con las acciones del Plan a las que se haya adherido esta comunidad autónoma; concretamente, en su caso, no se ha suscrito ningún convenio para la mejora de la seguridad de los pacientes, ni en el año 2006 ni en 2007, motivo por el que no han recibido unos fondos que sí han recibido otras Comunidades Autónomas.

Medida 1, Cuarto punto

El Ministerio de Sanidad y Consumo no comparte las opiniones vertidas en el informe de la Comunidad de Madrid sobre la **Medida 1. Cuarto Punto**. y estima que, como tales opiniones, no pueden incorporarse al informe.

En lo que se refiere el Real Decreto 1247/ 2006 regulador del Fondo de Cohesión Sanitaria, este ha sido recurrido por las CCAA de Valencia, Murcia, Castilla y León, Canarias y Madrid. Los argumentos utilizados son coincidentes con las observaciones formuladas, por lo que no parece el informe del Grupo de Trabajo el lugar para debatir esa cuestión.

No hay inconveniente en introducir unas líneas o una nota a pie de la página 135 exponiendo esta situación, es decir los recursos presentados contra el RD:

El Real Decreto 1207/ 2006 regulador del Fondo de Cohesión Sanitaria, ha sido recurrido en la vía contencioso-administrativa por las CCAA de Valencia, Murcia, Castilla y León, Canarias y Madrid.

La Comunidad de Madrid pone de manifiesto el esfuerzo realizado por las distintas CCAA en los últimos ejercicios en materia de facturación de gasto real (asistencia sanitaria dispensada a asegurados extranjeros durante su estancia temporal en España) que ha permitido incrementar un 110% la facturación emitida en el período 2002 – 2005, significando o destacando que sin embargo el Ministerio de Sanidad y Consumo ha distribuido en 2007 un total de 23,7 millones de euros, es decir, menos de la mitad de lo facturado en 2006 (55,1 millones de euros).

Sobre estas afirmaciones conviene indicar que, efectivamente, las Comunidades Autónomas, han mejorado progresivamente su actuación en la materia, lo que ha permitido duplicar en un plazo de 4 años la facturación emitida. Sin embargo, es preciso tener en cuenta que en el ejercicio 2005 el número de turistas extranjeros recibidos fue de 55,6 millones y el número de turistas españoles que salieron al extranjero fue de 6,8 millones, lo que representa una relación de 8/1. Por el contrario, el importe facturado por España en 2005 se elevó a 55,1 millones de euros y la facturación recibida de otros Estados fue de 31,6 millones de euros, con una relación de 1,7/1.

Por otra parte, la Comunidad de Madrid en sus observaciones señala que, pese a haberse facturado 55,1 millones de euros, el Ministerio de Sanidad sólo distribuye entre las CCAA 23,7 millones de euros, esto es, menos de la mitad.

En ese sentido debe tenerse en cuenta que el fondo a distribuir no es el importe facturado, sino el saldo neto resultante de la diferencia entre ingresos y pagos, y los asegurados españoles también ocasionan gastos en sus desplazamientos al extranjero.

Medida 2, Primera Parte.- Cuota global.

La Comunidad de Madrid manifiesta que el derecho de las Comunidades Autónomas a percibir las cantidades correspondientes por el concepto de saldo neto por cuota global no tiene su origen en el acuerdo adoptado en septiembre de 2005 en la II Conferencia de Presidentes sino que el artículo 69 de la Ley 53/2002, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social.

Sobre este particular, simplemente indicar que el mencionado artículo se limita a ordenar la aplicación a Presupuesto del Estado en el mes de febrero de cada ejercicio del saldo neto obtenido, tanto por cuota global como por gasto real, en el año inmediato anterior.

La Ley de Presupuestos Generales del Estado para 2006 viene a dar amparo legal al acuerdo adoptado en Conferencia de Presidentes, desarrollado posteriormente por la Orden TAS/131/2006, de 26 de enero. La mencionada Ley de Presupuestos entra en vigor el día 1 de enero de 2006 y la citada Orden el día siguiente a su publicación en BOE, si bien señala expresamente en su Disposición Final Única que el capítulo I (Transferencia a las Comunidades

Autónomas del importe correspondiente a la asistencia sanitaria prestada al amparo de la normativa internacional) se aplicará para las liquidaciones de cuotas globales efectuadas a partir del año 2006.

Finalmente, la Comunidad de Madrid viene a indicar que aunque en el documento se incluye la distribución de la cuota global por Comunidades Autónomas, dicho documento no especifica que a 30 de junio aún no se ha procedido al pago. Efectivamente, a 30 de junio no se ha procedido al pago en tanto que el procedimiento regulado en la mencionada Orden TAS/131/2006 reserva el primer semestre de cada ejercicio a las labores de cierre y liquidación, señalándose expresamente que el pago se producirá durante el tercer trimestre de cada ejercicio. En este sentido, tanto en esta ocasión como en el ejercicio anterior, el pago se ejecutará a finales de julio/principios de agosto.

Medida 2, Segunda Parte.

En primer lugar, hasta el jueves 28 de septiembre de 2006 no se produjo la publicación en el BOE de la Resolución de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social a la que se refiere el artículo 8 de la Orden TAS/131/2006, y las actuaciones por parte del INSS no comenzaron hasta el mes de octubre de 2006. Luego el diseño por parte del INSS fue realmente ágil

En segundo lugar, el procedimiento administrativo puesto en marcha por el INSS no puede calificarse de fracaso, como indica la Comunidad de Madrid, sino que se trata de un procedimiento ágil. No obstante, sería deseable que las CCAA efectuaran controles de calidad previos a la remisión de los datos y de esa forma se reduciría el número de rechazos.

En tercer lugar, y en cuanto al establecimiento de un criterio de reparto para que dichos fondos se transfieran a las Comunidades Autónomas, sólo comentar que el INSS ha establecido el procedimiento de conformidad con la normativa vigente, efectuar la distribución de otra forma que no fuese la facturación exigiría un cambio normativo.

Región de Murcia

Medida 1, Cuarto Punto

La Comunidad Autónoma Región de Murcia pone de manifiesto que *“como ya se comentó en varios informes elaborados en su día, el desarrollo del Fondo de Cohesión iba a ser muy perjudicial para los intereses de la Región. Este hecho se ha confirmado al dejarse de percibir fondos (pag 137-138).”*

La observación es incorrecta ya que Murcia sólo dejó de percibir fondos en 2006 y sólo por desplazados españoles, según se ve en la tabla siguiente

MURCIA		
2002	COMPENSACIÓN DESPLAZADOS ESPAÑOLES	486.591
	COMPENSACIÓN DESPLAZADOS A CARGO DE OTROS ESTADOS	882.101
	TOTAL	1.368.692
2003	COMPENSACIÓN DESPLAZADOS ESPAÑOLES	47.141
	COMPENSACIÓN DESPLAZADOS A CARGO DE OTROS ESTADOS	505.543
	TOTAL	552.684
2004	COMPENSACIÓN DESPLAZADOS ESPAÑOLES	45.506
	COMPENSACIÓN DESPLAZADOS A CARGO DE OTROS ESTADOS	629.102
	TOTAL	674.608
2005	COMPENSACIÓN DESPLAZADOS ESPAÑOLES	291.206
	COMPENSACIÓN DESPLAZADOS A CARGO DE OTROS ESTADOS	110.528
	TOTAL	401.734
2006	COMPENSACIÓN DESPLAZADOS ESPAÑOLES	
	COMPENSACIÓN DESPLAZADOS A CARGO DE OTROS ESTADOS	1.690.538
	TOTAL	1.690.538
2007 Provisional	COMPENSACIÓN DESPLAZADOS ESPAÑOLES	253.973
	COMPENSACIÓN DESPLAZADOS A CARGO DE OTROS ESTADOS	1.958.528
	TOTAL	2.212.501

Medida 2, Segunda Parte, “Igualmente transferirá a las Comunidades Autónomas, para compensar la atención por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales cubiertos sólo por el INSS, un importe estimado de 100 millones de euros”.

Sería deseable que las CCAA efectuaran controles de calidad previos a la remisión de los datos y de esa forma se reduciría el número de rechazos.

Medida 10

la Comunidad solicita, en cuanto a la Medida 10, “Grupo de trabajo sobre la problemática el vigente sistema de financiación” que se señale *“el incumplimiento en plazo de la Propuesta presentada por la Administración General del Estado, que tampoco recoge medidas concretas de actualización o revisión del modelo”*.

Sobre este particular es necesario señalar que la medida se concreta en que *“El Gobierno de la Nación y los Gobiernos de las Comunidades y Ciudades Autónomas acuerdan la creación de un Grupo de trabajo sobre la problemática del vigente sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común, como base para comenzar los trabajos de revisión del sistema actual de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común”*.

Tal y como se recoge en el informe, el Consejo de Política Fiscal y Financiera, en su Sesión Plenaria celebrada el 7 de febrero de 2006, adoptó el Acuerdo por el que se constituyó el Grupo de trabajo encargado de analizar la problemática del sistema de financiación vigente, como base para comenzar los trabajos de revisión del sistema actual de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común, con lo que se dio cumplimiento a esta medida.

Por tanto la observación realizada por la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia resulta ajena a la ejecución de esta medida respecto de la que se da cuenta en el informe

Comunidad Valenciana

Medida 2, Segunda Parte (páginas 146 a 151).

En primer lugar, es necesario poner de manifiesto que cuando el INSS rechaza automáticamente, vía informática, las facturas se especifica la causa del rechazo en cada una de ellas lo que facilita que por parte de la Comunidad Autónoma se conozca realmente las causas por las que no se produce el pago y permita, si fuese el caso, su subsanación.

Sería deseable que las CCAA efectuaran controles de calidad previos a la remisión de los datos y de esa forma se reduciría el número de rechazos.

Por último, en cuanto a la posibilidad de acceder por parte de los usuarios de cualquier Comunidad Autónoma al aplicativo DELTA debe solicitarse, efectivamente, al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, puesto que las competencias sobre dicho aplicativo no corresponden al INSS.

CONTESTACIÓN A LAS OBSERVACIONES FORMULADAS POR LAS CCAA AL APARTADO V

Aragón

Las observaciones realizadas por la Comunidad de Aragón tienen un carácter fuertemente metodológico y son relevantes para el enfoque del informe y sus posibles desarrollos.

“Como comentario general, entendemos que sería recomendable establecer más claramente la metodología seguida en la recogida y análisis de la información que se presenta, a la hora de valorar los resultados y conclusiones, además de definir un modelo de análisis que oriente sobre la interpretación de los indicadores seleccionados”.

En la página 165 se introduce el siguiente párrafo

“V.0. INTRODUCCIÓN

La metodología del análisis del gasto es la misma que la utilizada en el informe del grupo del año 2005.

La variable central del análisis es el gasto sanitario público y la fuente básica de información para esta variable es la Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP), que desde 1987, realiza el Ministerio de Sanidad y Consumo en colaboración con las Comunidades autónomas.

Esta estadística mide el gasto sobre la base de las liquidaciones presupuestaria. Este criterio de valoración sitúa la estimación próxima al criterio de caja en lugar del de devengo que exige la Contabilidad Nacional. Por tanto, el Grupo diseñó en 2005 un instrumento de recogida de datos que permite calcular a partir de los datos de la EGSP, el gasto sanitario público con el criterio de devengo, que se viene denominando gasto real.

Además de este instrumento complementario de la recogida de datos de gasto, se diseñaron otros con el objetivo de mejorar la homogeneidad y comparabilidad de esta variable, además de posibilitar el análisis de la eficacia y la eficiencia.

De ellos, las comunidades han aportado el detalle de los datos correspondientes a la farmacia de ámbito hospitalario así como información desellada sobre consumo farmacéutico a través de recetas médicas, que ha permitido completar el análisis del gasto en farmacia a través de recetas médicas que se deriva de la EGSP.

Para otros desgloses relevantes del gasto, en la línea de permitir una clasificación acorde con los criterios internacionales de contabilidad de la salud, no se ha podido obtener los datos.

El análisis del gasto se completa con otras variables sanitarias que tiene interés relacionar con el gasto, de acuerdo con la relación de indicadores y los instrumentos de recogida de datos que el Grupo acordó en 2005. Estas variables se agrupan en los siguientes epígrafes:

1. Efectivos poblacionales y retribuciones media
2. Recursos y Actividad sanitaria
3. Desplazamientos de pacientes.

Para los efectivos poblacionales y retribuciones media se adoptó la metodología establecida por la Comisión de Recursos Humanos del Consejo Interterritorial del SNS y para los recursos y actividad sanitaria se diseñó un modelo específico. En el caso de los pacientes desplazados de acordó utilizar fuentes estatales. Así, en 2005, se utilizó la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria y en este informe se ha completado con el conjunto Mínimo y Básico de Datos (CMBD). Por otra parte, en el caso de las variables sobre actividad y recursos para los que se dispone de una fuente estatal se han establecido las correspondientes comparaciones.

A lo largo de los respectivos capítulos se indica, también, el origen de los datos que se analizan.”

“d) Análisis del gasto sanitario. Resalta la no coincidencia de los comentarios del apartado V por utilizar otras bases de comparación para los porcentajes, con los incluidos en las páginas 113 a 114 que también hacen referencia a la evolución del gasto desplazado en los ejercicios 2004 y 2005. “

No existe contradicción entre los análisis realizados en ambos apartados (III y V) en cuanto a la situación de las distintas CCAA, aunque es cierto que los datos no son exactamente coincidentes como ya se ha señalado y comentado en el comentario a Canarias (5):

El gasto real 2005 y 2006 recogido en los apartados III y V se basa en distinta fuente (D.G. de Coordinación Financiera con las CC.AA. - Ministerio de Economía y Hacienda y EGSP, respectivamente) y se utilizan con distintos objetivos, de ahí su falta de coincidencia para 2005 y que no formen una serie continuada.

“e) Indicadores relacionados con el gasto. En este punto es en el que encontramos mayores problemas de homogeneidad de Información, con errores en los datos correspondientes a Aragón.

En Atención Primaria, los datos de Médicos de Atención primaria (parece que se refiere sólo a Médicos de Familia) no coinciden con los publicados en el informe del SIAP, por lo que las conclusiones que se derivan sobre relación entre gasto y ratios de médicos son dudosas. Por lo que respecta a la relación con al población protegida, esta parece más consistente, pero dada la trascendencia de la dispersión poblacional en la planificación de recursos humanos en este ámbito, el análisis se queda corto”

El análisis se refiere siempre al los Médicos de Familia de Atención Primaria, categoría que es la que contempla la clasificación de la comisión de Recursos Humanos del CISNS.

Por tanto, se sustituye en todo el texto “Médicos de Atención Primaria” por “Médicos de Familia de Atención Primaria”.

“Finalmente incorporamos los datos que consideramos erróneos sobre nuestra Comunidad Autónoma sobre actividad de hospitalización e hospitales generales de agudos y el dato de intervenciones quirúrgicas ambulatorias”

En la página 82, tras el apartado **V.4.2. Atención especializada**, se introduce la siguiente nota a pie de página:

“La Comunidad Autónoma de Aragón ha introducido las siguientes correcciones en los datos que figuran en este informe:

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Camas en funcionamiento	2.935	2.958	3.301	3.326	3.321	3.301
Altas	111.682	113.370	129.934	130.448	132.576	131.196
Estancias	869.763	879.285	957.438	954.459	968.427	957.272
Estancia media	7,79	7,76	7,37	7,32	7,30	7,30
Intervenciones ambulatorias	22.741	22.779	29.575	29.781	29.948	31.232

Asturias

La remisión de los datos de liquidación presupuestaria de 2005, en formato EGSP fue efectuada por el Principado de Asturias en Noviembre de 2006, **no ha sido solicitada específicamente para este trabajo.**

Respecto a la determinación del gasto real de 2005 y especialmente la clasificación funcional del gasto desplazado, puesto que es una observación también planteada por otras Comunidades, se propone la inclusión al principio del apartado 5 del informe un párrafo aclaratorio:

Página 170, al final del primer párrafo o como 2º párrafo:

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 a partir de la información remitida a la DG de Coordinación Financiera donde constaba la situación a 31 de diciembre de 2005 del gasto total desplazado a ejercicios posteriores. La distribución económica y funcional de ese gasto desplazado se ha estimado a partir de los datos de ejercicios anteriores por lo que puede no reflejar exactamente la actuación de las CCAA en cuanto a la amortización o contracción de deudas en el ejercicio.

Se señala, por tanto el carácter de avance que tienen las cifras de gasto real de 2005, especialmente en cuanto a su distribución económica y funcional derivado del tratamiento estimativo de la composición de la deuda amortizada en ese año.

Es posible que esta estimación produzca un cierto sesgo en la distribución del gasto, de escasa significación, entre categorías económicas, tales como Compra de bienes y servicios y Concursos, que además son la principal fuente de acumulación de gasto desplazado, en aquellas CCAA cuyo volumen de gasto desplazado (positivo o negativo) representa porcentajes relativamente elevados sobre el gasto real del ejercicio.

La falta de coincidencia entre el gasto real 2005 recogido en los apartados III y V es debida a la distinta fuente (DGCF y EGSP) utilizada y los distintos objetivos de ambos apartados

No hay inconveniente en que se siga recogiendo en este segundo informe la discrepancia planteada respecto del gasto del año 2001 que aparece en el primero. Se propone que aparezca como nota en la página 179:

Por debajo han crecido Andalucía, Asturias (1),

(1) Asturias mantiene la discrepancia planteada respecto del gasto del año 2001 que aparece en el primer informe, ya que hace referencia a un dato no compartido por la Comunidad Autónoma.

Canarias

5. Canarias indica la divergencia entre el gasto real en 2005 en los apartados III y V

El gasto real 2005 y 2006 recogido en los apartados III y V se basa en distinta fuente (D.G. de Coordinación Financiera con las CC.AA. - Ministerio de Economía y Hacienda y EGSP, respectivamente) y se utilizan con distintos objetivos, de ahí su falta de coincidencia para 2005 y que no formen una serie continuada, salvo en términos muy globales.

6. Se solicita la inserción de un comentario en relación con el cambio de tendencia en 2005 entre el gasto liquidado y el real.

El cambio de tendencia tiene una causa evidente. Se puede introducir texto en página 174, tras señalar que se ha generado menos deuda -o se ha desplazado menos gasto- que en el ejercicio anterior:

Esto significa que el gasto desplazado acumulado se ha reducido a **5.574,03** millones de euros, habiéndose producido **un descenso de 862,68** millones en este ejercicio 2005 y da como resultado que el gasto real es por primera vez en el periodo estudiado inferior a la liquidación presupuestaria que incluye como obligaciones reconocidas en 2005, el importe de esas deudas anteriores amortizadas.

7 Puede insertarse esta aclaración como nota de la tabla en pág. 189.

La diferencia de gastos de capital entre la Clasificación económica y funcional deriva del tratamiento de las transferencias de Capital. En la económica están englobadas en el gasto de capital, en la Funcional se han repartido entre las distintas funciones.

8 “Revisar el tipo de hospitales incluidos en la información de recursos y actividad, aportados por la propia CA”

Se considera que en este momento retrasaría inevitablemente la elaboración del informe, por lo que no es posible acceder a esta petición.

9 “Valorar la futura incorporación de actividad asistencial en hospital de día y cirugía ambulatoria”.

De hecho el Instituto de Información Sanitaria está recogiendo ya estos datos correspondientes a 2005 y 2006 con el objetivo de procesarlos y validar los resultados obtenidos. No hay datos homogéneos de años anteriores.

10 Consideraciones sobre los desplazados temporales extranjeros

Las cifras y valoraciones del capítulo sobre desplazados, son homogéneas en cuanto a fuente y coste para todas las CCAA. La introducción de los datos de facturación no produciría información homogénea debido –aparte a la confusión temporal señalada en su escrito- a las distintas tarifas y conceptos utilizados por las CCAA en esa facturación y al distinto nivel de integración en los sistemas de facturación internacional.

11 Se ha detectado un error en la página 496 en el valor de Canarias para 2005

Se ha confirmado la existencia de un error en lo relativo al dato correspondiente al año 2005 en la Comunidad Autónoma de Canarias de la tabla Farmacia Hospitalaria / Consumo intermedio de los Servicios hospitalarios y especializados. En lugar de 7,75% debe tener un valor de 35,18%.

12 Consideraciones sobre los datos de farmacia

Es cierto que el objetivo principal de la petición de datos sobre farmacia hospitalaria era identificar el dato global de la prestada en régimen ambulatorio, pero se consideró que los datos de estructura de este tipo de prestación para 2004, entre los que figura Canarias, hacían posible ciertas consideraciones de interés que se reflejan en la parte final del apartado.

13 Se ha detectado un error referente al comentario de la tabla Tasa de envases dispensados bajo la forma de genéricos EN LA PÁGINA 511 .

Efectivamente, en el texto se expone que Canarias es la Comunidad Autónoma con el valor mínimo de esta tasa en 2005, cuando en realidad es la Comunidad Autónoma de Galicia la que tiene el menor valor. Por ello en la página 511, en el primer párrafo, donde dice Canarias (6,92), debe decir Galicia (6,69)

Por otro lado, se confirma asimismo el error en la simbolización de la Comunidad Autónoma de Canarias en la tabla IMPORTE POR RECETA EN EL SNS, ya que dicha Comunidad viene simbolizada en todas las Gráficas de ese tipo mediante la abreviatura “Cn” y no “Ca”, como se señala en dicha tabla.

Por último, y en lo relativo a la población protegida de farmacia a la que se refiere el informe, conviene aclarar que está calculada a partir de la población protegida por el SNS, descontando el colectivo del Régimen Especial de la Seguridad Social de funcionarios civiles, militares y judiciales. Es decir se utiliza información homogénea para todas las CCAA, que puede ser diferente de la reflejada por los sistemas de registro de cada una de ellas.

14 Consideraciones sobre los “Resultados en salud”

Los análisis de resultados en salud del informe 2005 mostraban falta de correlación entre las variables estudiadas, por lo que no se repitieron en este informe (y así se señala en el texto). No obstante, pueden repetirse en el informe próximo y se considera interesante tratarlo en el Grupo, como propone Canarias, con el fin de identificar otras posibles variables de análisis de resultados en salud.

En relación con las observaciones formuladas con fecha 7 de agosto, cabe señalar lo siguiente:

En la página 240 cuadro Facultativo Especialista de Área (versión 31 -7-07) se introduce, después de Canarias, en la primera columna, la siguiente nota a pie de página:

Respecto de Canarias se ha hecho constar en la columna de productividad variable la indemnización por residencia y, a partir del 2001, la suma de dicha variable más la productividad variable por cumplimiento de objetivos (incentivos) que se pactó con los sindicatos en dicho ejercicio, según consta en los ficheros de datos remitidos desde esta Dirección General.

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

En la página 243 (versión 31-7-07) se sustituye el cuadro Médicos de Familia de Atención Primaria por el siguiente:

Médico de Familia de Atención Primaria

Retribuciones en euros

Médico de Familia de Atención Primaria

1999	Sueldo	Destino	Específico general	Productividad Fija	TIS	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	13.318,34	6.031,70	290,09			7.987,02	27.627,15	600,00
Aragón	13.296,49	6.021,60			5.378,96	7.973,76	32.670,81	3.155,31
Asturias (Principado de)	13.296,49	6.021,60			5.378,96	7.973,76	32.670,81	3.155,31
Baleares (Islas)	13.296,49	6.021,60	7.973,76		6.324,01		33.615,86	400,43
Canarias	13.296,49	6.021,77	7.973,75		6.426,24		33.718,25	1.602,03
Cantabria	13.296,49	6.021,60			5.378,96	7.973,76	32.670,81	3.155,31
Castilla y León	13.296,49	6.021,60			5.378,96	7.973,76	32.670,81	3.155,31
Castilla - La Mancha	13.296,49	6.021,60			5.378,96	7.973,76	32.670,81	3.155,31
Cataluña	13.154,67	4.949,10		1.255,65		15.353,65	34.713,07	
Comunidad Valenciana	13.296,50	6.021,82	4.394,76			744,48	24.457,56	
Extremadura	13.296,49	6.021,60			5.378,96	7.973,76	32.670,81	3.155,31
Galicia	13.296,50	6.021,82	7.973,88		6.458,76		33.750,96	2.404,00
Madrid (Comunidad de)	13.296,49	6.021,60			5.378,96	7.973,76	32.670,81	3.155,31
Murcia (Región de)	13.296,49	6.021,60			7.810,60	7.973,76	35.102,45	3.155,31
Navarra (Comunidad Foral de)							29.100,40	
País Vasco	13.296,49	6.021,64			8.148,80	8.279,17	35.746,10	
Rioja (La)	13.296,49	6.021,60	7.973,75		8.453,07		35.744,91	
Ceuta	13.296,49	6.021,60			5.378,96	7.973,76	32.670,81	3.155,31
Melilla	13.296,49	6.021,60			5.378,96	7.973,76	32.670,81	3.155,31

Retribuciones en euros

Médico de Familia de Atención Primaria

2000	Sueldo	Destino	Específico general	Productividad Fija	TIS	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	13.562,46	6.142,26	295,41			8.133,42	28.133,56	600,00
Aragón	13.562,46	6.142,22			5.486,54	8.133,24	33.324,46	3.303,51
Asturias (Principado de)	13.562,46	6.142,22			5.486,54	8.133,24	33.324,46	3.303,51
Baleares (Islas)	13.562,46	6.142,22	8.133,24		6.433,38		34.271,30	700,75
Canarias	13.562,46	6.142,26	8.133,21		6.552,74		34.390,67	1.634,06
Cantabria	13.562,46	6.142,22			5.486,54	8.133,24	33.324,46	3.303,51
Castilla y León	13.562,46	6.142,22			5.486,54	8.133,24	33.324,46	3.303,51
Castilla - La Mancha	13.562,46	6.142,22			5.486,54	8.133,24	33.324,46	3.303,51
Cataluña	13.562,46	5.102,52		1.294,58		15.829,61	35.789,17	
Comunidad Valenciana	13.296,50	6.021,82	10.333,56			1.344,60	30.996,48	
Extremadura	13.562,46	6.142,22			5.486,54	8.133,24	33.324,46	3.303,51
Galicia	13.562,50	6.142,22	8.133,36		6.590,52		34.428,60	2.404,00
Madrid (Comunidad de)	13.562,46	6.142,22			5.486,54	8.133,24	33.324,46	3.303,51
Murcia (Región de)	13.562,46	6.142,22			8.029,30	8.133,24	35.867,22	3.305,57
Navarra (Comunidad Foral de)							30.119,18	
País Vasco	13.562,46	6.142,22			8.503,85	8.502,70	36.711,23	
Rioja (La)	13.562,50	6.142,22	8.133,24		8.851,18		36.689,14	
Ceuta	13.562,46	6.142,22			5.486,54	8.133,24	33.324,46	3.303,51
Melilla	13.562,46	6.142,22			5.486,54	8.133,24	33.324,46	3.303,51

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Retribuciones en euros

Médico de Familia de Atención Primaria

2001	Sueldo	Destino	Específico general	Productividad Fija	TIS	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	13.833,68	6.265,14	301,32		5.760,00	8.296,08	34.456,22	600,00
Aragón	13.833,74	6.265,11		151,17	5.596,27	8.295,84	34.142,13	3.305,57
Asturias (Principado de)	13.833,74	6.265,11		151,17	5.596,27	8.295,84	34.142,13	3.305,57
Baleares (Islas)	13.833,74	6.265,11	8.295,84		6.571,38		34.966,07	538,52
Canarias	13.833,74	6.265,11	8.295,91		6.688,04		35.082,80	1.666,80
Cantabria	13.833,74	6.265,11		151,17	5.596,27	8.295,84	34.142,13	3.305,57
Castilla y León	13.833,74	6.265,11		151,17	5.596,27	8.295,84	34.142,13	3.305,57
Castilla - La Mancha	13.833,74	6.265,11		151,17	5.596,27	8.295,84	34.142,13	3.305,57
Cataluña	13.833,74	5.204,58		1.540,55		16.566,88	37.145,75	
Comunidad Valenciana	13.833,68	6.265,14	10.146,00			1.371,48	31.616,30	
Extremadura	13.833,74	6.265,11		151,17	5.596,27	8.295,84	34.142,13	3.305,57
Galicia	13.833,68	6.265,14	8.295,96		6.725,04		35.119,82	2.404,00
Madrid (Comunidad de)	13.833,74	6.265,11		151,17	5.596,27	8.295,84	34.142,13	3.305,57
Murcia (Región de)	13.833,74	6.265,11			8.270,18	8.295,84	36.664,87	935,88
Navarra (Comunidad Foral de)							31.353,70	
País Vasco	13.833,74	6.265,12			9.238,02	8.842,81	38.179,69	
Rioja (La)	13.833,68	6.265,14	8.295,84		9.169,52	151,20	37.715,38	
Ceuta	13.833,74	6.265,11		151,17	5.596,27	8.295,84	34.142,13	3.305,57
Melilla	13.833,74	6.265,11		151,17	5.596,27	8.295,84	34.142,13	3.305,57

Retribuciones en euros

Médico de Familia de Atención Primaria

2002	Sueldo	Destino	Específico general	Productividad Fija	TIS	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	14.110,46	6.390,58	538,80		5.875,20	8.462,04	35.377,08	600,00
Aragón	14.110,46	6.390,44	8.616,00	1.047,24	6.818,19		36.982,33	935,89
Asturias (Principado de)	14.110,46	6.390,44	8.616,00	5.708,20		887,50	35.712,60	770,36
Baleares (Islas)	14.110,46	6.390,44	9.487,68		6.691,84		36.680,42	673,73
Canarias	14.110,46	6.390,44	8.461,92		6.819,84		35.782,66	3.863,80
Cantabria	14.110,46	6.390,44	8.616,00			1.080,00	30.196,90	954,60
Castilla y León	14.110,46	6.390,44	8.616,00		6.812,76	447,78	36.377,44	2.644,00
Castilla - La Mancha	14.110,46	6.390,44	8.616,00		6.405,96	1.201,92	36.724,78	1.050,06
Cataluña	14.110,46	5.381,74		1.637,58		17.442,19	38.571,97	
Comunidad Valenciana	14.110,46	6.390,44	11.265,00			1.398,96	33.164,86	
Extremadura	14.110,46	6.390,44	8.616,00		6.113,71	757,32	35.987,93	954,60
Galicia	14.110,46	6.390,44	8.461,92		7.048,08		36.010,90	2.404,00
Madrid (Comunidad de)	14.110,46	6.390,44	8.616,00		9.637,44	1.257,96	40.012,30	935,88
Murcia (Región de)	14.110,46	6.390,44			8.283,12	8.616,00	37.400,02	1.029,47
Navarra (Comunidad Foral de)							32.200,70	
País Vasco	14.110,46	6.390,48			9.716,04	9.108,10	39.325,08	
Rioja (La)	14.100,46	6.390,44	1.041,60		9.857,16		40.774,06	
Ceuta	14.110,46	6.390,44			4.498,38	8.616,00	33.615,28	4.345,32
Melilla	14.110,46	6.390,44			4.498,38	8.616,00	33.615,28	4.345,32

Retribuciones en euros

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Médico de Familia de Atención Primaria								
2003	Sueldo	Destino	Específico general	Productividad Fija	TIS	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	14.392,70	6.735,68	1.029,00		5.992,68	9.110,64	37.260,70	852,00
Aragón	14.392,70	6.735,68	8.788,32	2.372,04	6.988,64		39.277,38	954,61
Asturias (Principado de)	14.392,70	6.735,26	8.788,32	5.822,36		2.254,32	37.992,96	1.516,38
Baleares (Islas)	14.392,70	6.735,54	12.246,36		6.793,75		40.168,35	744,40
Canarias	14.392,70	6.735,40	8.631,12		6.999,84		36.759,06	4.619,10
Cantabria	14.392,70	6.735,54	8.788,32			2.520,00	32.436,56	973,69
Castilla y León	14.392,70	6.735,40	8.788,32		6.949,08	1.791,00	38.656,50	2.799,00
Castilla - La Mancha	14.392,70	6.735,40	8.788,32		6.536,76	1.226,04	37.679,22	960,00
Cataluña	14.392,70	6.735,40			11.359,10	13.097,70	45.584,90	4.500,00
Comunidad Valenciana	14.392,70	6.735,40	11.958,48			1.426,92	34.513,50	
Extremadura	14.392,70	6.518,40	8.788,32		6.161,93	1.529,64	37.390,99	880,65
Galicia	14.392,70	6.735,68	8.631,12		7.333,56		37.093,06	2.404,00
Madrid (Comunidad de)	14.392,70	6.735,68	8.788,32		9.823,56	2.478,96	42.219,22	973,69
Murcia (Región de)	14.392,70	6.735,40	2.463,96		8.701,44	8.788,32	41.081,82	1.153,01
Navarra (Comunidad Foral de)							33.488,56	
País Vasco	14.392,70	6.735,68			10.061,30	9.335,80	40.525,48	
Rioja (La)	14.392,70	6.735,40	10.642,32		9.421,56	75,00	41.248,98	
Ceuta	14.392,70	6.735,40			4.588,35	10.629,36	36.345,81	4.562,59
Melilla	14.392,70	6.735,40			4.588,35	10.629,36	36.345,81	4.562,59

Retribuciones en euros

Médico de Familia de Atención Primaria								
2004	Sueldo	Destino	Específico general	Productividad Fija	TIS	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	14.680,96	7.092,12	10.342,44	2.230,32	3.673,20		38.019,04	1.721,04
Aragón	14.680,82	7.092,10	8.964,12	3.787,44	7.129,80		41.654,28	973,70
Asturias (Principado de)	14.680,68	7.092,12	8.964,12	5.938,81		3.417,72	40.093,45	1.076,77
Baleares (Islas)	14.680,54	7.091,98	8.964,12	4.616,28	6.932,40	906,84	43.192,16	685,10
Canarias	14.680,96	7.092,12	8.803,80		7.179,84		37.756,72	4.711,48
Cantabria	14.680,96	7.091,12	8.964,12			3.600,00	34.336,20	1.048,64
Castilla y León	14.680,96	7.092,12	8.964,12		6.995,28	2.979,72	40.712,20	443,82
Castilla - La Mancha	14.680,68	7.092,12	8.964,12		6.874,20	2.662,56	40.273,68	1.316,74
Cataluña	14.680,96	7.092,12			11.586,39	16.178,74	49.538,21	5.000,00
Comunidad Valenciana	14.680,96	7.092,12	10.032,00		3.900,00	1.455,48	37.160,56	984,00
Extremadura	14.680,96	7.092,12	9.089,16		6.153,48	1.938,96	38.954,68	
Galicia	14.680,96	7.091,98	8.803,80	1.260,00	7.456,44		39.293,18	2.404,00
Madrid (Comunidad de)								
Murcia (Región de)	14.680,96	7.092,12	4.386,72		8.745,25	8.964,12	43.869,17	
Navarra (Comunidad Foral de)							34.426,42	
País Vasco							41.678,58	
Rioja (La)	14.680,54	7.092,12	11.754,84		6.587,49	900,00	41.014,99	
Ceuta	14.680,82	7.092,12			5.368,68	12.683,04	39.824,66	5.018,85
Melilla	14.680,82	7.092,12			5.368,68	12.683,04	39.824,66	5.018,85

En la página 249 (versión 31-7-07) se sustituye el cuadro Enfermero/DUE (UH) de Atención Primaria por el siguiente:

Enfermero/DUE (UH) de Atención Primaria

Retribuciones en euros

Enfermero/DUE (UH) de Atención Primaria

1999	Sueldo	Destino	Específico general	Productividad Fija	TIS	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	11.303,64	4.897,97	1.956,56				18.158,18	300,00
Aragón	11.285,08	4.889,81			2.296,92		18.471,81	2.115,56
Asturias (Principado de)	11.285,08	4.889,81			2.296,92		18.471,81	2.115,56
Baleares (Islas)	11.285,08	4.889,81			2.296,92		18.471,81	262,45
Canarias	11.285,08	4.889,73			3.072,37	487,18	19.734,36	1.153,73
Cantabria	11.285,08	4.889,81			2.296,92		18.471,81	2.115,56
Castilla y León	11.285,08	4.889,81			2.296,92		18.471,81	2.115,56
Castilla - La Mancha	11.285,08	4.889,81			2.296,92		18.471,81	2.115,56
Cataluña	11.164,73	4.837,61	954,51	1.813,32			18.770,17	
Comunidad Valenciana	11.285,12	4.889,78	1.064,04			1.595,04	18.833,98	
Extremadura	11.285,08	4.889,81			2.296,92		18.471,81	2.115,56
Galicia	11.285,12	4.889,78			4.764,96		20.939,86	360,00
Madrid (Comunidad de)	11.285,08	4.889,81			2.296,92		18.471,81	2.115,56
Murcia (Región de)	11.285,08	4.889,81			3.953,04		20.127,93	2.115,56
Navarra (Comunidad Foral de)							20.199,62	
País Vasco	11.285,08	4.889,75	4.275,27				20.450,10	
Rioja (La)	11.285,08	4.889,81		3.688,87			19.863,76	
Ceuta	11.285,08	4.889,81			2.296,92		18.471,81	2.115,56
Melilla	11.285,08	4.889,81			2.296,92		18.471,81	2.115,56

Retribuciones en euros

Enfermero/DUE (UH) de Atención Primaria

2000	Sueldo	Destino	Específico general	Productividad Fija	TIS	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	11.510,84	4.987,75	1.992,43				18.491,01	300,00
Aragón	11.510,84	4.987,56			2.342,86		18.841,26	2.252,25
Asturias (Principado de)	11.510,84	4.987,56			2.342,86		18.841,26	2.252,25
Baleares (Islas)	11.510,84	4.987,56			2.342,86		18.841,26	265,30
Canarias	11.510,84	4.987,58			3.137,28	730,81	20.366,51	1.176,81
Cantabria	11.510,84	4.987,56			2.342,86		18.841,26	2.252,25
Castilla y León	11.510,84	4.987,56			2.342,86		18.841,26	2.252,25
Castilla - La Mancha	11.510,84	4.987,56			2.342,86		18.841,26	2.252,25
Cataluña	11.510,84	4.987,58	984,10	1.869,53			19.352,05	
Comunidad Valenciana	11.510,80	4.987,64	1.716,60			1.626,96	19.842,00	
Extremadura	11.510,84	4.987,56			2.342,86		18.841,26	2.252,25
Galicia	11.510,80	4.987,50			4.862,16		21.360,46	360,00
Madrid (Comunidad de)	11.510,84	4.987,56			2.342,86		18.841,26	2.252,25
Murcia (Región de)	11.510,84	4.987,56			4.063,72		20.562,12	2.205,71
Navarra (Comunidad Foral de)							20.906,76	
País Vasco	11.510,84	4.987,56	4.503,86				21.002,26	
Rioja (La)	11.510,80	4.987,64		3.806,28			20.304,72	
Ceuta	11.510,84	4.987,56			2.342,86		18.841,26	2.252,25
Melilla	11.510,84	4.987,56			2.342,86		18.841,26	2.252,25

Retribuciones en euros

Enfermero/DUE (UH) de Atención Primaria

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

2001	Sueldo	Destino	Específico general	Productividad Fija	TIS	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	11.741,10	5.087,32	2.032,32		600,00		19.460,74	300,00
Aragón	11.741,13	5.087,38		139,41	2.389,72		19.357,64	2.205,71
Asturias (Principado de)	11.741,13	5.087,38		139,41	2.389,72		19.357,64	2.205,71
Baleares (Islas)	11.741,13	5.087,38		139,41	2.389,72		19.357,64	386,06
Canarias	11.741,13	5.087,38			3.202,19	745,45	20.776,15	1.200,39
Cantabria	11.741,13	5.087,38		16,33	2.389,72		19.234,56	2.205,71
Castilla y León	11.741,13	5.087,38		139,41	2.389,72		19.357,64	2.205,71
Castilla - La Mancha	11.741,13	5.087,38		139,41	2.389,72		19.357,64	2.205,71
Cataluña	11.741,13	5.087,38	1.003,79	1.906,89			19.739,19	
Comunidad Valenciana	11.741,10	5.087,32	2.171,76			1.659,48	20.659,66	
Extremadura	11.741,13	5.087,38		139,41	2.389,72		19.357,64	2.205,71
Galicia	11.741,10	5.087,32			4.961,40		21.789,82	360,00
Madrid (Comunidad de)	11.741,13	5.087,38		139,41	2.389,72		19.357,64	2.205,71
Murcia (Región de)	11.741,13	5.087,38			4.185,63		21.014,14	580,24
Navarra (Comunidad Foral de)							21.763,84	
País Vasco	11.741,13	5.087,38	5.013,84				21.842,35	
Rioja (La)	11.741,10	5.057,32		3.998,77	139,44		20.966,63	
Ceuta	11.741,13	5.087,38		139,41	2.389,72		19.357,64	2.205,71
Melilla	11.741,13	5.087,38		139,41	2.389,72		19.357,64	2.205,71

Retribuciones en euros

Enfermero/DUE (UH) de Atención Primaria

2002	Sueldo	Destino	Específico general	Productividad Fija	TIS	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	11.976,02	5.189,10	2.271,36		612,00		20.048,48	300,00
Aragón	11.976,02	5.189,10	142,20	690,24	2.873,60		20.871,16	580,25
Asturias (Principado de)	11.976,02	5.189,10	142,20	2.437,51		675,00	20.419,83	447,53
Baleares (Islas)	11.976,02	5.189,10	142,20		4.481,67	627,96	22.416,95	506,10
Canarias	11.976,02	5.189,10			3.420,00	760,32	21.345,44	1.645,07
Cantabria	11.976,02	5.189,10	142,20	16,68		810,00	18.134,00	784,69
Castilla y León	11.976,02	5.189,10	142,20		3.255,21	324,54	20.887,07	661,50
Castilla - La Mancha	11.976,02	5.189,10	142,20		3.140,52	1.021,68	21.469,52	651,04
Cataluña	11.976,02	5.189,10	1.037,88	2.243,28			20.446,28	
Comunidad Valenciana	11.976,02	5.189,10	2.948,16			1.692,72	21.806,00	
Extremadura	11.976,02	5.189,10	142,20		2.461,39	528,84	20.297,55	591,85
Galicia	11.976,02	5.189,10			5.130,00		22.295,12	360,00
Madrid (Comunidad de)	11.976,02	5.189,10	142,20	1.913,40	4.855,80	918,00	24.994,52	580,26
Murcia (Región de)	11.976,02	5.189,10	142,20		4.348,80		21.656,12	638,27
Navarra (Comunidad Foral de)							22.351,70	
País Vasco	11.976,02	5.189,16	5.332,44				22.497,62	
Rioja (La)	11.976,02	5.189,10	1.492,20	4.447,08			23.104,40	
Ceuta	11.976,02	5.189,10	142,20		1.520,57		18.827,89	2.692,53
Melilla	11.976,02	5.189,10	142,20		1.520,57		18.827,89	2.692,53

Retribuciones en euros

Enfermero/DUE (UH) de Atención Primaria

2003	Sueldo	Destino	Específico general	Productividad Fija	TIS	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía							23.278,94	

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Aragón	12.215,56	5.469,38	235,20	1.408,08	2.945,44		22.273,66	591,86
Asturias (Principado de)	12.460,00	5.758,90	147,96	2.486,26		2.599,29	23.452,41	939,53
Baleares (Islas)	12.215,56	5.469,38	145,08		3.655,94	3.638,28	25.124,24	478,63
Canarias	12.215,56	5.469,24			3.420,00	775,56	21.880,36	2.090,26
Cantabria	12.215,56	2.469,24	145,08	17,04		1.890,00	16.736,92	603,70
Castilla y León	12.215,56	5.469,24	145,08		3.320,32	1.298,16	22.448,36	728,00
Castilla - La Mancha	12.215,56	5.469,24	145,08		3.687,96	1.042,08	22.559,92	595,20
Cataluña	12.215,56	5.469,24	4.568,28			1.100,04	23.353,12	
Comunidad Valenciana	12.215,56	5.469,24	3.381,60			1.726,56	22.792,96	
Extremadura	12.215,56	5.292,96	145,08		2.490,29	1.068,36	21.212,25	546,00
Galicia	12.215,56	5.469,28			7.140,36		24.825,20	360,00
Madrid (Comunidad de)	12.215,56	5.469,38	145,08	1.951,68	4.960,92	1.809,00	26.551,62	603,70
Murcia (Región de)	12.215,56	5.469,24	1.917,12		4.489,80		24.091,72	714,86
Navarra (Comunidad Foral de)							24.770,06	
País Vasco	12.215,56	5.469,40	5.551,54				23.236,50	
Rioja (La)	12.215,56	5.469,24	1.522,08	4.218,72		675,00	24.100,60	
Ceuta	12.215,56	5.469,24	1.629,60		1.550,98		20.865,38	2.827,16
Melilla	12.215,56	5.469,24	1.629,60		1.550,98		20.865,38	2.827,16

Retribuciones en euros

Enfermero/DUE (UH) de Atención Primaria

2004	Sueldo	Destino	Específico general	Productividad Fija	TIS	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	12.460,00	5.758,90	3.473,28	2.230,32	367,20		24.289,70	919,10
Aragón	12.460,00	5.758,85	340,56	2.176,08	3.004,32		23.739,81	603,70
Asturias (Principado de)	12.460,00	5.758,90	147,96	2.535,99		2.599,29	23.502,14	667,15
Baleares (Islas)	12.459,86	5.758,76	147,96	5.345,40	4.960,08	653,40	29.325,46	351,48
Canarias	12.460,00	5.758,90			3.420,00	791,04	22.429,94	2.343,60
Cantabria	12.460,00	5.758,90	148,08	17,40		2.700,00	21.084,38	890,00
Castilla y León	12.460,00	5.758,90	148,08		3.386,76	2.202,84	23.956,58	152,02
Castilla - La Mancha	12.460,00	5.758,90	147,96		4.531,44	1.062,96	23.961,26	954,70
Cataluña	12.460,00	5.758,90	6.474,10			1.836,12	26.529,12	
Comunidad Valenciana	12.460,00	5.758,90	4.571,28			1.761,12	24.551,30	
Extremadura	12.460,00	5.758,90	273,00		3.386,72	1.354,20	23.232,82	
Galicia	12.460,00	5.758,74		200,04	7.283,28		25.702,06	360,00
Madrid (Comunidad de)							25.911,75	
Murcia (Región de)	12.460,00	5.758,90	3.197,40		4.495,45		25.463,62	
Navarra (Comunidad Foral de)							23.950,46	
País Vasco							23.950,46	
Rioja (La)	12.459,86	7.092,12	2.241,12		3.256,51	675,00	25.724,61	
Ceuta	12.460,00	5.758,90	3.146,76		1.754,09		23.119,75	3.109,88
Melilla	12.460,00	5.758,90	3.146,76		1.754,09		23.119,75	3.109,88

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

En la página 246 (versión 31-7-07) se sustituye el cuadro Enfermero/DUE (UH) con turnicidad por el siguiente:

Enfermero/DUE (UH) con turnicidad

Retribuciones en euros

Enfermero/DUE (UH) con turnicidad

1999	Sueldo	Destino	Específico general	Específico turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	11.303,64	4.897,97	1.956,56				18.158,18	
Aragón	11.285,08	4.889,81		760,92	15,72		16.951,53	540,91
Asturias (Principado de)	11.285,08	4.889,81		760,92	15,72		16.951,53	540,91
Baleares (Islas)	11.285,08	4.889,81		760,92	15,72		16.951,53	540,91
Canarias	11.285,08	4.889,73		761,03	15,79	4.721,72	21.673,35	1.153,73
Cantabria	11.285,08	4.889,81		760,92	15,72		16.951,53	540,91
Castilla y León	11.285,08	4.889,81		760,92	15,72		16.951,53	540,91
Castilla - La Mancha	11.285,08	4.889,81		760,92	15,72		16.951,53	540,91
Cataluña	11.164,73	4.837,62	1.299,52		1.799,68		19.101,54	
Comunidad Valenciana	11.285,12	4.889,78	1.675,44	572,76			18.423,10	
Extremadura	11.285,08	4.889,81		760,92	15,72		16.951,53	540,91
Galicia	11.285,12	4.889,78	736,44	930,96	15,72		17.858,02	
Madrid (Comunidad de)	11.285,08	4.889,81		760,92	15,72		16.951,53	540,91
Murcia (Región de)	11.285,08	4.889,81		760,92	15,72		16.951,53	540,91
Navarra (Comunidad Foral de)							21.193,06	
País Vasco	11.285,08	4.889,75	4.275,27	849,48		818,04	22.117,62	
Rioja (La)	11.285,12	4.470,66	150,12	760,92	15,72		16.682,54	656,79
Ceuta	11.285,08	4.889,81		760,92	15,72		16.951,53	540,91
Melilla	11.285,08	4.889,81		760,92	15,72		16.951,53	540,91

Retribuciones en euros

Enfermero/DUE (UH) con turnicidad

2000	Sueldo	Destino	Específico general	Específico turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	11.510,84	4.987,75	1.992,43	310,48			18.801,50	
Aragón	11.510,84	4.987,56	522,66	776,16	16,01		17.813,23	785,79
Asturias (Principado de)	11.510,84	4.987,56	522,66	776,16	16,01		17.813,23	785,79
Baleares (Islas)	11.510,84	4.987,56	522,66	776,16	16,01		17.813,23	785,79
Canarias	11.510,84	4.987,58		776,24	16,08	5.574,63	22.865,37	1.176,81
Cantabria	11.510,84	4.987,56	522,66	776,16	16,01		17.813,23	785,79
Castilla y León	11.510,84	4.987,56	522,66	776,16	16,01		17.813,23	785,79
Castilla - La Mancha	11.510,84	4.987,56	522,66	776,16	16,01		17.813,23	785,79
Cataluña	11.510,84	4.987,58	1.339,80		1.855,47		19.693,69	
Comunidad Valenciana	11.510,80	4.987,64	2.166,00	584,28			19.248,72	
Extremadura	11.510,84	4.987,56	522,66	776,16	16,01		17.813,23	785,79
Galicia	11.510,80	4.987,50	751,20	949,68	15,96		18.215,14	
Madrid (Comunidad de)	11.510,84	4.987,56	522,66	776,16	16,01		17.813,23	785,79
Murcia (Región de)	11.510,84	4.987,56	522,66	776,16	16,01		17.813,23	785,79
Navarra (Comunidad Foral de)							21.934,92	
País Vasco	11.510,84	4.987,56	4.503,86	872,40		840,09	22.714,75	
Rioja (La)	11.510,80	4.560,13	153,24	776,16	15,96		17.016,29	696,61
Ceuta	11.510,84	4.987,56	522,66	776,16	16,01		17.813,23	785,79
Melilla	11.510,84	4.987,56	522,66	776,16	16,01		17.813,23	785,79

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Retribuciones en euros

Enfermero/DUE (UH) con turnicidad

2001	Sueldo	Destino	Específico general	Específico turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	11.741,10	5.087,32	2.032,32	791,64			19.652,38	
Aragón	11.741,13	5.087,38	979,12	791,64	155,71		18.754,98	815,93
Asturias (Principado de)	11.741,13	5.087,38	979,12	791,64	155,71		18.754,98	815,93
Baleares (Islas)	11.741,13	5.087,38	979,12	791,64	155,71		18.754,98	815,93
Canarias	11.741,13	5.087,38		791,82	16,44	5.686,13	23.322,90	1.200,39
Cantabria	11.741,13	5.087,38	979,12	791,64	16,33		18.615,60	815,93
Castilla y León	11.741,13	5.087,38	979,12	791,64	155,71		18.754,98	815,93
Castilla - La Mancha	11.741,13	5.087,38	979,12	791,64	155,71		18.754,98	815,93
Cataluña	11.741,13	5.087,38	1.366,63		1.892,61		20.087,75	
Comunidad Valenciana	11.741,10	5.087,32	2.301,12	595,92			19.725,46	
Extremadura	11.741,13	5.087,38	979,12	791,64	155,71		18.754,98	815,93
Galicia	11.741,10	5.087,32	766,20	968,64	16,32	793,32	19.372,90	
Madrid (Comunidad de)	11.741,13	5.087,38	979,12	791,64	155,71		18.754,98	815,93
Murcia (Región de)	11.741,13	5.087,38	979,12	791,64	155,71		18.754,98	815,93
Navarra (Comunidad Foral de)							22.834,14	
País Vasco	11.741,13	5.087,38	5.013,84	907,32		873,69	23.623,36	
Rioja (La)	11.741,10	4.651,26	533,16	791,64	16,32	11,62	17.745,10	697,35
Ceuta	11.741,13	5.087,38	979,12	791,64	155,71		18.754,98	815,93
Melilla	11.741,13	5.087,38	979,12	791,64	155,71		18.754,98	815,93

Retribuciones en euros

Enfermero/DUE (UH) con turnicidad

2002	Sueldo	Destino	Específico general	Específico turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	11.976,02	5.189,10	2.271,36	807,48			20.243,96	
Aragón	11.976,02	5.189,10	1.596,00	807,48	706,92		20.275,52	666,98
Asturias (Principado de)	11.976,02	5.189,10	2.403,48		16,68	675,00	20.260,28	524,18
Baleares (Islas)	11.976,02	5.189,10	1.596,00	807,48	16,68	627,96	20.213,24	467,97
Canarias	11.976,02	5.189,10		807,72	16,80	5.799,84	23.789,48	1.645,07
Cantabria	11.976,02	5.189,10	1.596,00	807,48	16,68	810,00	20.395,28	784,69
Castilla y León	11.976,02	5.189,10	1.596,00	807,48	16,68	324,54	19.909,82	846,00
Castilla - La Mancha	11.976,02	5.189,10	1.596,00	807,48	16,68	1.201,92	20.787,20	169,31
Cataluña	11.976,02	5.189,10	1.413,24		2.228,40		20.806,76	
Comunidad Valenciana	11.976,02	5.189,10	3.080,16	607,80			20.853,08	
Extremadura	11.976,02	5.189,10	1.596,00	807,48	13,39	913,56	20.495,55	637,38
Galicia	11.976,02	5.189,10	2.754,72	576,24		721,20	21.217,28	
Madrid (Comunidad de)	11.976,02	5.189,10	1.596,00	3.076,34	16,68	918,00	22.772,14	580,26
Murcia (Región de)	11.976,02	5.189,10	1.596,00	807,48	16,68		19.585,28	846,23
Navarra (Comunidad Foral de)							23.450,98	
País Vasco	11.976,02	5.189,16	5.332,44	934,56		899,90	24.332,08	
Rioja (La)	11.976,02	4.744,32	1.596,00	807,48	16,68		19.140,50	712,96
Ceuta	11.976,02	5.189,10	1.596,00	807,48	16,68		19.585,28	776,99
Melilla	11.976,02	5.189,10	1.596,00	807,48	16,68		19.585,28	776,99

Retribuciones en euros

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Enfermero/DUE (UH) con turnicidad

2003	Sueldo	Destino	Específico general	Específico turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	12.215,56	5.469,38	3.047,16	823,68			21.555,78	455,00
Aragón	12.215,56	5.469,38	1.743,00	823,68	1.425,12		21.676,74	680,32
Asturias (Principado de)	12.215,56	5.469,10	2.451,60		17,04	1.714,50	21.867,80	542,53
Baleares (Islas)	12.215,56	5.469,38	1.627,92	823,68	17,04	3.638,28	23.791,86	485,10
Canarias	12.215,56	5.469,24		823,92	17,16	5.915,88	24.441,76	2.090,26
Cantabria	12.215,56	5.469,24	1.627,92	823,68	17,04	1.890,00	22.043,44	872,54
Castilla y León	12.215,56	5.469,24	1.627,92	823,68	17,04	1.298,16	21.451,60	846,00
Castilla - La Mancha	12.215,56	5.469,24	1.627,92	823,68	17,04	1.827,12	21.980,56	690,80
Cataluña	12.215,56	5.469,24	4.948,56			1.100,04	23.733,40	
Comunidad Valenciana	12.215,56	5.469,24	3.516,24	670,92			21.871,96	
Extremadura	12.215,56	5.292,96	1.627,92	823,68	17,04	1.845,36	21.822,52	637,64
Galicia	12.215,56	5.469,28	2.809,80	587,76			21.082,40	
Madrid (Comunidad de)	12.215,56	5.469,38	1.627,92	3.137,87	17,04	1.809,00	24.276,77	816,39
Murcia (Región de)	12.215,56	5.469,24	3.400,08	823,68	17,04		21.925,60	1.000,00
Navarra (Comunidad Foral de)							25.913,30	
País Vasco	12.215,56	5.469,40	5.551,54	957,96		929,46	25.123,92	
Rioja (La)	12.215,56	5.000,45	3.004,92	823,68	17,04	56,25	21.117,90	715,03
Ceuta	12.215,56	5.469,24	3.112,44	823,68	17,04		21.637,96	823,92
Melilla	12.215,56	5.469,24	3.112,44	823,68	17,04		21.637,96	823,92

Retribuciones en euros

Enfermero/DUE (UH) con turnicidad

2004	Sueldo	Destino	Específico general	Específico turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	12.460,00	5.758,90	3.473,28	840,12			22.532,30	919,10
Aragón	12.460,00	5.758,85	1.899,84	840,12	2.193,48		23.152,29	816,38
Asturias (Principado de)	12.460,00	5.758,90	1.660,44	840,12	17,40	2.599,29	23.336,15	700,46
Baleares (Islas)	12.459,86	5.758,76	1.660,44	840,12	5.363,04	653,40	26.735,62	442,64
Canarias	12.460,00	5.758,90		840,36	17,52	6.034,20	25.110,98	2.343,60
Cantabria	12.460,00	5.758,90	1.660,56	840,24	17,40	2.700,00	23.437,10	890,00
Castilla y León	12.460,00	5.758,90	1.660,56	840,24	17,40	2.202,84	22.939,94	321,22
Castilla - La Mancha	12.460,00	5.758,90	1.660,44	840,12	17,40	2.464,80	23.201,66	807,92
Cataluña	12.460,00	5.758,90	5.953,32			1.836,12	26.008,34	
Comunidad Valenciana	12.460,00	5.758,90	4.708,56	735,24			23.662,70	517,00
Extremadura	12.460,00	5.758,90	1.785,48	403,80	17,40	2.339,04	22.764,62	
Galicia	12.460,00	5.758,74	2.865,96	599,52	620,04		22.304,26	
Madrid (Comunidad de)								
Murcia (Región de)	12.460,00	5.758,90	3.468,00	891,24	1.259,28		23.837,42	137,70
Navarra (Comunidad Foral de)							26.638,92	
País Vasco							25.888,39	
Rioja (La)	12.460,00	5.758,84	5.268,64		17,35		23.504,83	581,55
Ceuta	12.460,00	5.758,90		840,12	17,40	4.659,24	23.735,66	892,10
Melilla	12.460,00	5.758,90		840,12	17,40	4.659,24	23.735,66	892,10

En la página 252 (versión 31-7-07) se sustituye el cuadro Técnico Especialista con turnicidad por el siguiente:

Técnico Especialista con Turnicidad

Retribuciones en euros

Técnico Especialista con Turnicidad								
1999	Sueldo	Destino	Específico general	Específico Turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	8.426,07	3.852,49	1.064,40				13.342,96	
Aragón	8.412,23	3.846,03		576,84	78,76		12.913,86	240,40
Asturias (Principado de)	8.412,23	3.846,03		576,84	78,76		12.913,86	240,40
Baleares (Islas)	8.412,23	3.846,03		576,84	78,76		12.913,86	240,40
Canarias	8.412,23	3.845,95		576,83	78,83	2.708,23	15.622,07	908,08
Cantabria	8.412,23	3.846,03		576,84	78,76		12.913,86	240,40
Castilla y León	8.412,23	3.846,03		576,84	78,76		12.913,86	240,40
Castilla - La Mancha	8.412,23	3.846,03		576,84	78,76		12.913,86	240,40
Cataluña	7.818,16	3.574,43	677,63		1.919,79		13.990,01	
Comunidad Valenciana	8.412,18	3.846,08	1.486,08	409,20			14.153,54	
Extremadura	8.412,23	3.846,03		576,84	78,76		12.913,86	240,40
Galicia	8.412,18	3.845,94	482,76	737,04	78,72		13.556,64	
Madrid (Comunidad de)	8.412,23	3.846,03		576,84	78,76		12.913,86	240,40
Murcia (Región de)	8.412,23	3.846,03		576,84	78,76		12.913,86	240,40
Navarra (Comunidad Foral de)							15.985,20	
País Vasco	8.412,21	3.846,01	5.039,94	637,20		691,96	18.627,32	
Rioja (La)	8.412,18	3.516,42	150,12	576,84	78,72		12.734,28	286,05
Ceuta	8.412,23	3.846,03		576,84	78,76		12.913,86	240,40
Melilla	8.412,23	3.846,03		576,84	78,76		12.913,86	240,40

Retribuciones en euros

Técnico Especialista con Turnicidad								
2000	Sueldo	Destino	Específico general	Específico Turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	8.580,52	3.923,11	1.083,91	235,33			13.822,87	
Aragón	8.580,52	3.922,97		588,36	200,57		13.292,42	402,73
Asturias (Principado de)	8.580,52	3.922,97		588,36	200,57		13.292,42	402,73
Baleares (Islas)	8.580,52	3.922,97		588,36	200,57		13.292,42	402,73
Canarias	8.580,52	3.923,02		588,37	80,42	2.762,40	15.934,73	926,26
Cantabria	8.580,52	3.922,97		588,36	200,57		13.292,42	402,73
Castilla y León	8.580,52	3.922,97		588,36	200,57		13.292,42	402,73
Castilla - La Mancha	8.580,52	3.922,97		588,36	200,57		13.292,42	402,73
Cataluña	8.060,52	3.685,24	698,64		1.979,30		14.423,70	
Comunidad Valenciana	8.580,46	3.922,94	2.065,20	417,36			14.985,96	
Extremadura	8.580,52	3.922,97		588,36	200,57		13.292,42	402,73
Galicia	8.580,46	3.922,94	492,36	751,80	80,40		13.827,96	
Madrid (Comunidad de)	8.580,52	3.922,97		588,36	200,57		13.292,42	402,73
Murcia (Región de)	8.580,52	3.922,97		588,36	200,57		13.292,42	402,73
Navarra (Comunidad Foral de)							16.544,78	
País Vasco	8.580,52	3.922,97	5.261,72	654,36		710,61	19.130,18	
Rioja (La)	8.580,46	3.586,69	153,24	588,36	80,40		12.989,15	294,56
Ceuta	8.580,52	3.922,97		588,36	200,57		13.292,42	402,73
Melilla	8.580,52	3.922,97		588,36	200,57		13.292,42	402,73

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Retribuciones en euros

Técnico Especialista con Turnicidad

2001	Sueldo	Destino	Específico general	Específico Turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	8.752,10	4.001,48	1.105,68	600,12			14.459,38	
Aragón	8.752,17	4.001,44	263,04	600,12	482,49		14.099,26	386,69
Asturias (Principado de)	8.752,17	4.001,44	263,04	600,12	482,49		14.099,26	386,69
Baleares (Islas)	8.752,17	4.001,44	263,04	600,12	482,49		14.099,26	386,69
Canarias	8.752,17	4.001,44		600,19	82,07	2.817,71	16.253,58	944,79
Cantabria	8.752,17	4.001,44	263,04	600,12	482,49		14.099,26	386,69
Castilla y León	8.752,17	4.001,44	263,04	600,12	482,49		14.099,26	386,69
Castilla - La Mancha	8.752,17	4.001,44	263,04	600,12	482,49		14.099,26	386,69
Cataluña	8.752,17	4.001,44	758,57		2.161,19		15.673,37	
Comunidad Valenciana	8.752,10	4.001,34	2.106,48	425,76			15.285,68	
Extremadura	8.752,17	4.001,44	263,04	600,12	482,49		14.099,26	386,69
Galicia	8.752,10	4.001,48	502,20	767,04	81,96	432,72	14.537,50	
Madrid (Comunidad de)	8.752,17	4.001,44	263,04	600,12	482,49		14.099,26	386,69
Murcia (Región de)	8.752,17	4.001,44	263,04	600,12	482,49		14.099,26	386,69
Navarra (Comunidad Foral de)							17.222,94	
País Vasco	8.752,17	4.001,44	5.722,21	680,52		739,03	19.895,37	
Rioja (La)	8.752,10	3.658,50	156,24	600,12	81,96	20,44	13.269,36	426,50
Ceuta	8.752,17	4.001,44	263,04	600,12	482,49		14.099,26	386,69
Melilla	8.752,17	4.001,44	263,04	600,12	482,49		14.099,26	386,69

Retribuciones en euros

Técnico Especialista con Turnicidad

2002	Sueldo	Destino	Específico general	Específico Turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	8.927,24	4.081,56	1.276,80	612,12			14.897,72	
Aragón	8.927,24	4.081,56	677,88	452,76	963,24		15.102,68	427,29
Asturias (Principado de)	8.927,24	4.081,56	1.130,64		292,08	605,00	15.036,52	335,80
Baleares (Islas)	8.927,24	4.081,56	677,88	452,76	292,08	506,16	14.937,68	286,60
Canarias	8.927,24	4.081,56		612,24	83,76	2.874,12	16.578,92	1.324,21
Cantabria	8.927,24	4.081,56	677,88	452,76	292,08	510,00	14.941,52	502,69
Castilla y León	8.927,24	4.081,56	677,88	452,76	292,08	249,42	14.680,94	542,00
Castilla - La Mancha	8.927,24	4.081,56	677,88	452,76	292,08	931,56	15.363,08	108,49
Cataluña	8.927,24	4.081,56	784,32		2.545,32		16.338,44	
Comunidad Valenciana	8.927,24	4.081,56	2.698,08	434,28			16.141,16	
Extremadura	8.927,24	4.081,56	677,88	452,76	292,08	764,52	15.196,04	397,93
Galicia	8.927,24	4.081,56	1.808,04			432,72	15.249,56	
Madrid (Comunidad de)	8.927,24	4.081,56	677,88	2.264,38	292,08	900,96	17.144,10	263,58
Murcia (Región de)	8.927,24	4.081,56	677,88	452,76	292,08		14.431,52	542,11
Navarra (Comunidad Foral de)							17.688,16	
País Vasco	8.927,24	4.081,56	6.021,29	700,92		761,20	20.492,21	
Rioja (La)	8.927,24	3.731,71	677,88	452,76	292,08		14.081,67	456,74
Ceuta	8.927,24	4.081,56	677,88	452,76	292,08		14.431,52	454,85
Melilla	8.927,24	4.081,56	677,88	452,76	292,08		14.431,52	454,85

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Retribuciones en euros

Técnico Especialista con Turnicidad

2003	Sueldo	Destino	Específico general	Específico Turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía							16.358,74	
Aragón	9.105,88	4.302,06	763,20	461,76	1.667,16		16.300,06	435,83
Asturias (Principado de)	9.105,74	4.301,78	1.153,20		297,96	1.536,72	16.395,40	347,28
Baleares (Islas)	9.105,74	4.301,92	691,44	461,76	297,96	3.912,84	18.771,66	304,28
Canarias	9.105,88	4.301,92		624,48	85,44	2.931,60	17.049,32	1.644,03
Cantabria	9.105,88	4.301,92	691,44	461,88	397,96	1.190,04	16.149,12	650,42
Castilla y León	9.105,88	4.301,92	691,44	461,88	297,96	997,68	15.856,76	542,00
Castilla - La Mancha	9.105,74	4.301,92	691,44	461,76	85,32	1.416,00	16.062,18	442,64
Cataluña	9.105,88	4.301,92	4.260,02				17.667,82	
Comunidad Valenciana	9.105,74	4.301,92	3.033,12	447,72			16.888,50	
Extremadura	9.105,88	4.163,28	691,44	538,72	297,96	1.544,28	16.341,56	429,40
Galicia	9.105,88	4.301,96	1.844,16				15.252,00	
Madrid (Comunidad de)	9.105,74	4.820,90	1.291,44	2.309,67	519,00	1.775,52	19.822,27	300,17
Murcia (Región de)	9.105,88	4.301,92	2.061,12	461,76	297,96		16.228,64	685,00
Navarra (Comunidad Foral de)							19.642,70	
País Vasco	9.105,88	4.302,06	6.236,69	718,44		785,79	21.148,86	
Rioja (La)	9.105,88	3.933,18	1.757,40	461,76	297,96	43,54	15.599,72	459,07
Ceuta	9.105,88	4.301,92	1.919,16	461,76	297,96		16.086,68	308,99
Melilla	9.105,88	4.301,92	1.919,16	461,76	297,96		16.086,68	308,99

Retribuciones en euros

Técnico Especialista con Turnicidad

2004	Sueldo	Destino	Específico general	Específico Turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	9.288,02	4.529,70	2.866,08	636,84			17.320,64	424,20
Aragón	9.288,02	4.529,66	863,40	471,00	2.049,72		17.201,80	523,00
Asturias (Principado de)	9.288,02	4.529,70	705,24	471,00	303,96	2.329,86	17.627,78	448,73
Baleares (Islas)	9.288,02	4.529,70	705,24	471,00	5.502,96	526,56	21.023,48	280,92
Canarias	9.288,02	4.529,70		636,96	87,12	2.990,28	17.532,08	1.801,95
Cantabria	9.288,02	4.529,70	705,36	471,12	303,96	2.300,00	17.598,16	663,43
Castilla y León	9.288,02	4.529,70	705,36	471,12	303,96	1.820,16	17.118,32	
Castilla - La Mancha	9.288,02	4.529,70	705,24	471,00	303,96	1.910,16	17.208,08	501,89
Cataluña	9.288,02	4.529,70	4.429,92				18.247,64	
Comunidad Valenciana	9.288,02	4.529,70	3.935,28	461,40			18.214,40	326,00
Extremadura	9.288,02	4.529,70	830,28		303,84	1.957,44	16.909,28	
Galicia	9.288,02	4.529,58	1.881,00		480,00		16.178,60	
Madrid (Comunidad de)							17.700,56	
Murcia (Región de)	9.288,02	4.529,70	2.102,28	500,76	1.279,80		17.700,56	
Navarra (Comunidad Foral de)							20.192,90	
País Vasco							21.782,10	
Rioja (La)	9.288,02	4.529,66	3.319,00		303,37		17.440,05	372,56
Ceuta	9.288,02	4.529,70		471,00	303,96	3.185,28	17.777,96	334,56
Melilla	9.288,02	4.529,70		471,00	303,96	3.185,28	17.777,96	334,56

En la página 255 (versión 31-7-07) se sustituye el cuadro Auxiliar de Enfermería (UH) con turnicidad por el siguiente:

Auxiliar de Enfermería (UH) con Turnicidad

Retribuciones en euros

Auxiliar de Enfermería (UH) con Turnicidad

1999	Sueldo	Destino	Específico general	Específico Turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	6.889,78	3.387,80	1.538,28				11.815,86	
Aragón	6.878,50	3.382,16		450,00	443,26		11.153,92	228,38
Asturias (Principado de)	6.878,50	3.382,16		450,00	443,26		11.153,92	228,38
Baleares (Islas)	6.878,50	3.382,16		450,00	443,26		11.153,92	228,38
Canarias	6.878,50	3.382,24		450,04	443,33	1.016,19	12.170,30	566,30
Cantabria	6.878,50	3.382,16		450,00	443,26		11.153,92	228,38
Castilla y León	6.878,50	3.382,16		450,00	443,26		11.153,92	228,38
Castilla - La Mancha	6.878,50	3.382,16		450,00	443,26		11.153,92	228,38
Cataluña	6.805,11	3.346,16	594,74		1.786,60		12.532,61	
Comunidad Valenciana	6.878,48	3.382,26	1.704,48	245,52			12.210,74	
Extremadura	6.878,50	3.382,16		450,00	443,26		11.153,92	228,38
Galicia	6.878,48	3.382,26	474,60	620,64	443,28		11.799,26	
Madrid (Comunidad de)	6.878,50	3.382,16		450,00	443,26		11.153,92	228,38
Murcia (Región de)	6.878,50	3.382,16		450,00	443,26		11.153,92	228,38
Navarra (Comunidad Foral de)							13.616,96	
País Vasco	6.878,50	3.382,09	5.874,35	509,76		645,35	17.290,05	
Rioja (La)	6.878,48	3.092,22	150,12	450,00	443,28		11.014,10	257,74
Ceuta	6.878,50	3.382,16		450,00	443,26		11.153,92	228,38
Melilla	6.878,50	3.382,16		450,00	443,26		11.153,92	228,38

Retribuciones en euros

Auxiliar de Enfermería (UH) con Turnicidad

2000	Sueldo	Destino	Específico general	Específico Turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	7.016,07	3.449,89	1.566,48	183,62			12.216,06	
Aragón	7.016,07	3.449,93		459,00	554,33		11.479,33	363,91
Asturias (Principado de)	7.016,07	3.449,93		459,00	554,33		11.479,33	363,91
Baleares (Islas)	7.016,07	3.449,93		459,00	554,33		11.479,33	363,91
Canarias	7.016,07	3.449,98		459,05	452,20	1.036,53	12.413,83	577,62
Cantabria	7.016,07	3.449,93		459,00	554,33		11.479,33	363,91
Castilla y León	7.016,07	3.449,93		459,00	554,33		11.479,33	363,91
Castilla - La Mancha	7.016,07	3.449,93		459,00	554,33		11.479,33	363,91
Cataluña	7.016,07	3.449,89	613,18		1.841,98		12.921,12	
Comunidad Valenciana	7.016,10	3.686,62	1.870,80	250,44			12.823,96	
Extremadura	7.016,07	3.449,93		459,00	554,33		11.479,33	363,91
Galicia	7.016,10	3.449,88	484,08	633,12	452,16		12.035,34	
Madrid (Comunidad de)	7.016,07	3.449,93		459,00	554,33		11.479,33	363,91
Murcia (Región de)	7.016,07	3.449,93		459,00	554,33		11.479,33	363,91
Navarra (Comunidad Foral de)							14.093,66	
País Vasco	7.016,07	3.449,93	6.104,58	523,56		662,83	17.756,97	
Rioja (La)	7.016,10	3.154,18	153,24	459,00	452,16		11.234,68	271,24
Ceuta	7.016,07	3.449,93		459,00	554,33		11.479,33	363,91
Melilla	7.016,07	3.449,93		459,00	554,33		11.479,33	363,91

Retribuciones en euros

Auxiliar de Enfermería (UH) con Turnicidad

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

2001	Sueldo	Destino	Específico general	Específico Turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	7.156,38	3.519,04	1.597,80	468,12			12.741,34	
Aragón	7.156,42	3.518,97	228,36	468,12	679,10		12.050,97	333,20
Asturias (Principado de)	7.156,42	3.518,97	228,36	468,12	679,10		12.050,97	333,20
Baleares (Islas)	7.156,42	3.518,97	228,36	468,12	679,10		12.050,97	333,20
Canarias	7.156,42	3.518,97		468,28	461,29	1.057,30	12.662,26	589,23
Cantabria	7.156,42	3.518,97	228,36	468,12	679,10		12.050,97	333,20
Castilla y León	7.156,42	3.518,97	228,36	468,12	679,10		12.050,97	333,20
Castilla - La Mancha	7.156,42	3.518,97	228,36	468,12	679,10		12.050,97	333,20
Cataluña	7.156,42	3.518,98	625,44		1.878,84		13.179,68	
Comunidad Valenciana	7.156,38	3.760,40	1.908,24	255,36			13.080,38	
Extremadura	7.156,42	3.518,97	228,36	468,12	679,10		12.050,97	333,20
Galicia	7.156,38	3.518,90	493,80	645,72	461,16	360,60	12.636,56	
Madrid (Comunidad de)	7.156,42	3.518,97	228,36	468,12	679,10		12.050,97	333,20
Murcia (Región de)	7.156,42	3.518,97	228,36	468,12	679,10		12.050,97	333,20
Navarra (Comunidad Foral de)							14.671,44	
País Vasco	7.153,71	3.518,95	6.560,74	544,44		689,34	18.467,18	
Rioja (La)	7.156,38	3.217,41	156,24	468,12	461,16	18,16	11.477,47	351,39
Ceuta	7.156,42	3.518,97	228,36	468,12	679,10		12.050,97	333,20
Melilla	7.156,42	3.518,97	228,36	468,12	679,10		12.050,97	333,20

Retribuciones en euros

Auxiliar de Enfermería (UH) con Turnicidad

2002	Sueldo	Destino	Específico general	Específico Turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	7.299,60	3.589,46	1.750,68	477,48			13.117,22	
Aragón	7.299,60	3.589,46	614,52	318,12	943,32		12.765,02	328,28
Asturias (Principado de)	7.299,60	3.589,46	932,64		593,04	555,00	12.969,74	258,01
Baleares (Islas)	7.299,60	3.589,46	614,52	318,12	593,04	323,40	12.738,14	235,37
Canarias	7.299,60	3.589,46		477,60	470,52	1.078,44	12.915,62	931,52
Cantabria	7.299,60	3.589,46	614,52	318,12	593,04	570,00	12.984,74	386,21
Castilla y León	7.299,60	3.589,46	614,52	318,12	593,04	217,86	12.632,60	416,00
Castilla - La Mancha	7.299,60	3.589,46	614,52	318,12	593,04	811,32	13.226,06	83,26
Cataluña	7.299,60	3.589,46	646,68		2.110,08		13.645,82	
Comunidad Valenciana	7.299,60	3.835,86	2.446,44	260,52			13.842,42	
Extremadura	7.299,60	3.589,46	614,52	318,12	593,04	721,20	13.135,94	300,74
Galicia	7.299,60	3.589,32	1.956,60	411,72		360,60	13.617,84	
Madrid (Comunidad de)	7.299,60	3.589,46	614,52	1.916,59	593,04	884,04	14.897,25	264,06
Murcia (Región de)	7.299,60	3.589,46	614,52	318,12	593,04		12.414,74	416,50
Navarra (Comunidad Foral de)							15.067,78	
País Vasco	7.299,60	3.589,44	6.861,37	560,66		710,02	19.021,19	
Rioja (La)	7.299,60	3.281,79	614,52	318,48	593,04		12.107,43	350,91
Ceuta	7.299,60	3.589,46	614,52	318,12	593,04		12.414,74	357,18
Melilla	7.299,60	3.589,46	614,52	318,12	593,04		12.414,74	357,18

Retribuciones en euros

Auxiliar de Enfermería (UH) con Turnicidad

2003	Sueldo	Destino	Específico general	Específico Turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	7.445,62	3.783,36	2.702,04	487,08			14.418,10	123,00

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Aragón	7.445,62	3.783,36	688,80	324,48	1.703,04		13.945,30	334,84
Asturias (Principado de)	7.445,62	3.783,22	951,24		604,92	1.409,70	14.194,70	267,02
Baleares (Islas)	7.445,62	3.783,36	626,76	324,48	604,92	3.225,00	16.010,14	242,25
Canarias	7.445,62	3.783,22		487,20	479,88	1.100,04	13.295,96	1.093,77
Cantabria	7.445,62	3.783,36	626,88	324,60	604,92	1.330,08	14.115,46	531,83
Castilla y León	7.445,62	3.783,22	626,76	324,60	604,92	871,44	13.656,56	416,00
Castilla - La Mancha	7.445,62	4.301,92	650,16	324,48	288,00	1.233,24	14.243,42	345,61
Cataluña	7.445,62	3.783,22	3.632,50				14.861,34	
Comunidad Valenciana	7.445,62	4.042,92	2.750,40	280,44			14.519,38	
Extremadura	7.445,62	3.661,32	626,76	324,48	604,92	1.456,80	14.119,90	296,00
Galicia	7.445,62	3.783,34	1.995,72	420,00			13.644,68	
Madrid (Comunidad de)	7.445,62	3.783,22	626,76	1.954,92	604,92	1.742,04	16.157,48	268,85
Murcia (Región de)	7.445,62	3.783,22	1.834,08	324,48	604,92		13.992,32	630,00
Navarra (Comunidad Foral de)							16.732,80	
País Vasco	7.445,62	3.783,38	7.087,23	574,80		732,65	19.623,68	
Rioja (La)	7.445,62	3.458,94	1.600,92	324,48	604,92	39,79	13.474,67	351,93
Ceuta	7.445,62	3.783,22	1.723,44	324,48	604,92		13.881,68	276,75
Melilla	7.445,62	3.783,22	1.723,44	324,48	604,92		13.881,68	276,75

Retribuciones en euros

Auxiliar de Enfermería (UH) con Turnicidad

2004	Sueldo	Destino	Específico general	Específico Turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	7.594,58	3.983,56	3.136,68	496,80			15.211,62	247,46
Aragón	7.594,58	3.983,62	772,44	330,96	2.017,20		14.698,80	401,83
Asturias (Principado de)	7.594,58	3.983,56	639,24	330,96	617,04	2.137,17	15.302,55	344,76
Baleares (Islas)	7.594,58	3.983,56	639,36	330,96	4.558,32	336,48	17.443,26	220,37
Canarias	7.594,58	3.983,56		496,92	489,48	1.122,00	13.686,54	1.274,29
Cantabria	7.594,58	3.983,70	639,48	331,20	617,04	1.900,00	15.066,00	542,47
Castilla y León	7.594,58	3.983,70	639,36	331,20	617,04	1.529,40	14.695,28	
Castilla - La Mancha	7.594,58	3.983,56	639,24	330,96	617,04	1.663,68	14.829,06	413,75
Cataluña	7.594,58	3.983,70	4.311,36				15.889,64	
Comunidad Valenciana	7.594,58	4.256,98	3.570,36	250,44			15.672,36	239,00
Extremadura	7.594,58	3.996,30	764,40		617,04	1.846,56	14.818,88	
Galicia	7.594,58	3.983,62	2.035,68	428,40	440,04		14.482,32	
Madrid (Comunidad de)							15.317,70	
Murcia (Región de)	7.594,58	3.983,56	1.870,80	365,28	1.503,48		17.201,24	
Navarra (Comunidad Foral de)							20.204,00	
País Vasco							20.204,00	
Rioja (La)	7.594,58	3.983,62	2.928,45		617,00		15.123,65	286,23
Ceuta	7.594,58	3.983,56		330,96	617,04	2.854,56	15.380,70	299,65
Melilla	7.594,58	3.983,56		330,96	617,04	2.854,56	15.380,70	299,65

En la página 255 (versión 31-7-07) se sustituye el cuadro Celador con turnos atención directa al enfermo por el siguiente:

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Celador con turnos atención directa al enfermo

Retribuciones en euros

Celador con turnos atención directa al enfermo

1999	Sueldo	Destino	Específico general	Específico Turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	6.289,83	2.923,18	1.995,16				11.208,17	
Aragón	6.279,49	3.150,18		450,00	1.105,62		10.985,29	216,36
Asturias (Principado de)	6.279,49	3.150,18		450,00	1.105,62		10.985,29	216,36
Baleares (Islas)	6.279,49	3.150,18		450,00	1.105,62		10.985,29	216,36
Canarias	6.279,49	3.150,35		450,04	1.105,62	449,75	11.435,25	448,74
Cantabria	6.279,49	3.150,18		450,00	1.105,62		10.985,29	216,36
Castilla y León	6.279,49	3.150,18		450,00	1.105,62		10.985,29	216,36
Castilla - La Mancha	6.279,49	3.150,18		450,00	1.105,62		10.985,29	216,36
Cataluña	6.212,53	2.887,26	834,47		1.648,93		11.583,19	
Comunidad Valenciana	6.279,56	2.918,30	2.411,64	245,52			11.855,02	
Extremadura	6.279,49	3.150,18		450,00	1.105,62		10.985,29	216,36
Galicia	6.279,56	2.918,30	409,20	504,36	1.105,68		11.217,10	
Madrid (Comunidad de)	6.279,49	3.150,18		450,00	1.105,62		10.985,29	216,36
Murcia (Región de)	6.279,49	3.150,18		450,00	1.105,62		10.985,29	216,36
Navarra (Comunidad Foral de)							12.944,68	
País Vasco	6.279,49	3.150,22	5.241,83	509,76			15.181,30	
Rioja (La)	6.279,56	2.880,13			1.105,68		10.265,37	233,43
Ceuta	6.279,49	3.150,18		450,00	1.105,62		10.985,29	216,36
Melilla	6.279,49	3.150,18		450,00	1.105,62		10.985,29	216,36

Retribuciones en euros

Celador con turnos atención directa al enfermo

2000	Sueldo	Destino	Específico general	Específico Turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	6.405,12	2.976,76	2.031,73				11.413,62	
Aragón	6.405,12	3.213,44		459,00	1.199,88		11.277,44	336,43
Asturias (Principado de)	6.405,12	3.213,44		459,00	1.199,88		11.277,44	336,43
Baleares (Islas)	6.405,12	3.213,44		459,00	1.199,88		11.277,44	336,43
Canarias	6.405,12	3.213,46		459,05	1.127,76	458,76	11.664,15	457,68
Cantabria	6.405,12	3.213,44		459,00	1.199,88		11.277,44	336,43
Castilla y León	6.405,12	3.213,44		459,00	1.199,88		11.277,44	336,43
Castilla - La Mancha	6.405,12	3.213,44		459,00	1.199,88		11.277,44	336,43
Cataluña	6.405,12	2.976,76	860,34		1.700,05		11.942,27	
Comunidad Valenciana	6.405,14	3.213,42	2.459,88	250,44			12.328,88	
Extremadura	6.405,12	3.213,44		459,00	1.199,88		11.277,44	336,43
Galicia	6.405,14	2.976,68	417,24	514,44	1.127,76		11.441,26	
Madrid (Comunidad de)	6.405,12	3.213,44		459,00	1.199,88		11.277,44	336,43
Murcia (Región de)	6.405,12	3.213,44		459,00	1.199,88		11.277,44	336,43
Navarra (Comunidad Foral de)							13.397,86	
País Vasco	6.405,12	3.213,44	5.449,11	523,56		602,71	16.193,94	
Rioja (La)	6.405,14	2.937,98			1.127,76		10.470,88	247,80
Ceuta	6.405,12	3.213,44		459,00	1.199,88		11.277,44	336,43
Melilla	6.405,12	3.213,44		459,00	1.199,88		11.277,44	336,43

Retribuciones en euros

Celador con turnos atención directa al enfermo

2001	Sueldo	Destino	Específico general	Específico Turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

			general	Turnos	Fija	CA/Otros	Variable
Andalucía	6.533,24	3.036,32	1.985,88	468,12			12.023,56
Aragón	6.533,27	3.277,74	180,36	468,12	1.334,10		300,27
Asturias (Principado de)	6.533,27	3.277,74	180,36	468,12	1.334,10		300,27
Baleares (Islas)	6.533,27	3.277,74	180,36	468,12	1.334,10		300,27
Canarias	6.533,27	3.277,74		468,28	1.150,34	468,00	466,84
Cantabria	6.533,27	3.277,74	180,36	468,12	1.334,10		300,27
Castilla y León	6.533,27	3.277,74	180,36	468,12	1.334,10		300,27
Castilla - La Mancha	6.533,27	3.277,74	180,36	468,12	1.334,10		300,27
Cataluña	6.533,27	3.036,34	877,57		1.734,02		12.181,20
Comunidad Valenciana	6.533,24	3.277,68	2.509,08	255,36			12.575,36
Extremadura	6.533,27	3.277,74	180,36	468,12	1.334,10		300,27
Galicia	6.533,24	3.036,32	425,64	524,76	1.150,32	306,48	11.976,76
Madrid (Comunidad de)	6.533,27	3.277,74	180,36	468,12	1.334,10		300,27
Murcia (Región de)	6.533,27	3.277,74	180,36	468,12	1.334,10		300,27
Navarra (Comunidad Foral de)							13.847,08
País Vasco	6.533,27	3.277,78	5.859,34	544,44		626,82	16.841,65
Rioja (La)	6.533,24	2.996,74			1.150,32	15,31	10.695,61
Ceuta	6.533,27	3.277,74	180,36	468,12	1.334,10		300,27
Melilla	6.533,27	3.277,74	180,36	468,12	1.334,10		300,27

Retribuciones en euros

Celador con turnos atención directa al enfermo

2002	Sueldo	Destino	Específico general	Específico Turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	6.664,00	3.097,08	2.226,72	477,48			12.465,28	
Aragón	6.664,00	3.343,48	530,76	318,12	1.704,96		12.561,32	291,81
Asturias (Principado de)	6.664,00	3.343,48	848,88		1.277,64	425,00	12.559,00	229,33
Baleares (Islas)	6.664,00	3.343,48	530,76	318,12	1.277,64	603,84	12.737,84	216,13
Canarias	6.664,00	3.343,48		477,60	1.173,36	477,36	12.135,80	716,56
Cantabria	6.664,00	3.343,48	530,76	318,12	1.277,64	420,00	12.554,00	343,30
Castilla y León	6.664,00	3.343,48	530,76	318,12	1.277,64	173,52	12.307,52	370,00
Castilla - La Mancha	6.664,00	3.343,48	530,76	318,12	1.778,52	668,52	13.303,40	73,98
Cataluña	6.664,00	3.097,08	907,32		1.940,40		12.608,80	
Comunidad Valenciana	6.664,00	3.343,48	2.959,20	260,52			13.227,20	
Extremadura	6.664,00	3.343,48	530,76	318,12	1.277,64	631,08	12.765,08	272,05
Galicia	6.664,00	3.097,08	2.438,76	329,40		306,48	12.835,72	
Madrid (Comunidad de)	6.664,00	3.343,48	530,76	1.916,59	1.277,64	510,00	14.242,47	239,07
Murcia (Región de)	6.664,00	3.343,48	530,76	318,12	1.277,64		12.134,00	370,22
Navarra (Comunidad Foral de)							14.323,68	
País Vasco	6.664,00	3.343,44	6.133,05	560,76		645,62	17.346,87	
Rioja (La)	6.664,00	3.056,90	530,76	318,12	1.277,64		11.847,42	311,92
Ceuta	6.664,00	3.343,48	530,76	318,12	1.277,64		12.134,00	318,47
Melilla	6.664,00	3.343,48	530,76	318,12	1.277,64		12.134,00	318,47

Retribuciones en euros

Celador con turnos atención directa al enfermo

2003	Sueldo	Destino	Específico general	Específico Turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	6.797,28	3.264,38	3.139,56	487,08			13.688,30	120,00

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Aragón	6.797,28	3.524,08	611,52	324,48	2.174,88		13.432,24	297,64
Asturias (Principado de)	6.797,28	3.523,94	865,80		1.303,20	1.079,52	13.569,74	237,36
Baleares (Islas)	6.797,28	3.524,08	541,32	324,48	1.303,20	2.748,24	15.238,60	205,86
Canarias	6.797,28	3.523,94		487,20	1.196,88	486,96	12.492,26	906,35
Cantabria	6.797,28	3.524,08	541,44	324,60	1.303,20	980,04	13.470,64	485,52
Castilla y León	6.797,28	3.523,94	541,32	324,60	1.303,20	694,20	13.184,54	370,00
Castilla - La Mancha	6.797,28	3.523,94	541,32	324,48	1.814,04	1.016,28	14.017,34	320,00
Cataluña	6.797,28	3.264,24	3.701,40				13.762,92	
Comunidad Valenciana	6.797,28	3.523,94	3.222,48	280,44			13.824,14	
Extremadura	6.797,28	3.410,40	541,32	324,48	1.303,20	1.274,76	13.651,44	273,04
Galicia	6.797,28	3.264,42	2.487,48	336,00			12.885,18	
Madrid (Comunidad de)	6.797,28	3.264,38	541,32	1.954,92	1.651,68	1.005,00	15.214,58	243,85
Murcia (Región de)	6.797,28	3.523,94	1.507,20	324,48	1.303,20		13.456,10	555,00
Navarra (Comunidad Foral de)							15.012,06	
País Vasco	6.797,28	3.524,08	6.336,36	574,84		666,31	17.898,87	
Rioja (La)	6.797,28	3.221,89	1.306,32	324,48	1.303,20	31,25	12.984,42	312,83
Ceuta	6.797,28	3.523,94	1.372,56	324,48	1.303,20		13.321,46	251,01
Melilla	6.797,28	3.523,94	1.372,56	324,48	1.303,20		13.321,46	251,01

Retribuciones en euros

Celador con turnos atención directa al enfermo

2004	Sueldo	Destino	Específico general	Específico Turnos	Productividad Fija	Acuerdos CA/Otros	Total	Productividad Variable
Andalucía	6.933,36	3.437,14	3.041,40	496,80			13.908,70	212,40
Aragón	6.933,36	3.710,59	694,08	330,96	2.440,68		14.109,67	357,17
Asturias (Principado de)	6.933,36	3.710,56	552,12	330,96	1.329,24	1.636,62	14.492,86	306,45
Baleares (Islas)	6.933,22	3.710,42	552,12	330,96	4.736,64	272,88	16.536,24	225,89
Canarias	6.933,36	3.710,56		496,92	1.220,76	496,68	12.858,28	1.090,36
Cantabria	6.933,36	3.710,70	552,36	331,20	1.850,52	1.500,00	14.878,14	495,24
Castilla y León	6.933,50	3.710,70	552,24	331,20	1.329,24	1.259,28	14.116,16	
Castilla - La Mancha	6.933,36	3.710,56	552,12	330,96	1.329,24	1.370,88	14.227,12	382,71
Cataluña	6.933,36	3.437,27	3.805,92				14.176,55	
Comunidad Valenciana	6.933,36	3.710,56	3.898,92	300,72			14.843,56	117,00
Extremadura	6.933,36	3.710,56	677,28		1.684,68	1.300,20	14.306,08	
Galicia	6.933,36	3.437,06	2.537,28	342,72	420,00		13.670,42	
Madrid (Comunidad de)								
Murcia (Región de)	6.933,36	3.710,56	1.537,32	365,28	2.089,44		14.635,96	
Navarra (Comunidad Foral de)							15.432,48	
País Vasco							18.430,84	
Rioja (La)	6.933,36	3.710,60	2.420,91		1.163,46		14.228,33	254,43
Ceuta	6.933,36	3.710,56	2.231,28	330,96	1.329,24		14.535,40	271,78
Melilla	6.933,36	3.710,56	2.231,28	330,96	1.329,24		14.535,40	271,78

En la página 179 (versión 31-7-07) se incluye la siguiente nota al pie del cuadro "Gasto desplazado de ejercicios anteriores a fin de cada ejercicio:

"Debido a un error aritmético en el acumulado del año 2002, las cifras correspondientes a los años 2002 y 2003 deben ser las siguientes:

2002: donde figura "48.625" debe figurar "48.618"

2003: donde figura “184.937” debe figurar “183.824” (importe regularizado mediante la Ley 3/2004 de crédito extraordinario y suplemento de crédito tramitada en 2004 para atender la deuda de los ejercicios anteriores)”

En la página 188 (versión 31-7-07) se incluye la siguiente nota al pie del Cuadro “Gasto consolidado del sector CCAA. Evolución 1999-2005”:

“En el año 2004 el importe debe ser de 1.907.440 miles de euros. la diferencia tiene que ver con una mayor cuantía registrada en el documento de la deuda regularizada en ese año por un importe de 1.112 miles de euros. Para rectificar el error, habría que incrementar ese importe en la clasificación económica en el concepto de consumos intermedios y en la clasificación funcional en el grupo de servicios hospitalarios y especializados”

Castilla La Mancha

1. Se sustituye la tabla de la página 405, sustituir la tabla por la siguiente:

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Camas en hospitales

Número medio anual de camas en funcionamiento utilizadas por los Servicios de Salud de las comunidades

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Total						Porcentaje sobre el total						Tasa de variación interanual					CAMAS TAM 99/04
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004	
Total	108.319	107.171	107.232	108.584	110.231	111.155	100	100	100	100	100	101	-1,06	0,06	1,26	1,52	0,84	0,52
Andalucía	18.766	18.849	18.362	18.267	17.920	17.929	17,32	17,59	17,12	16,82	16,26	16,13	0,44	-2,58	-0,52	-1,90	0,05	-0,91
Aragón	4.387	4.291	5.007	4.991	5.011	4.980	4,05	4,00	4,67	4,60	4,55	4,48	-2,19	16,69	-0,32	0,38	-0,60	2,57
Asturias (Principado de)	3.631	3.688	3.474	3.605	3.501	3.594	3,35	3,44	3,24	3,32	3,18	3,23	1,57	-5,80	3,77	-2,88	2,66	-0,20
Baleares (Islas)	2.238	2.179	2.125	2.212	2.330	1.834	2,07	2,03	1,98	2,04	2,11	1,65	-2,62	-2,51	4,10	5,33	21,29	-3,91
Canarias	7.009	7.015	6.707	6.779	6.978	7.081	6,47	6,55	6,25	6,24	6,33	6,37	0,09	-4,39	1,07	2,94	1,48	0,20
Cantabria	1.430	1.369	1.408	1.402	1.503	1.503	1,32	1,28	1,31	1,29	1,36	1,35	-4,27	2,85	-0,43	7,20	0,00	1,00
Castilla y León	4.587	4.483	4.447	5.734	6.085	6.303	4,23	4,18	4,15	5,28	5,52	5,67	-2,27	-0,80	28,94	6,12	3,58	6,56
Castilla - La Mancha	4.587	4.483	4.447	4.443	4.430	4.433	4,23	4,18	4,15	4,09	4,02	3,99	-2,27	-0,80	-0,09	-0,29	0,07	-0,68
Cataluña	14.936	14.829	14.774	14.740	14.699	14.579	13,79	13,84	13,78	13,57	13,33	13,12	-0,72	-0,37	-0,23	-0,28	-0,82	-0,48
Comunidad Valenciana	9.543	9.302	9.325	9.412	9.569	9.499	8,81	8,68	8,70	8,67	8,68	8,55	-2,53	0,25	0,93	1,67	-0,73	-0,09
Extremadura	3.481	3.477	3.431	3.438	2.747	2.500	3,21	3,24	3,20	3,17	2,49	2,25	-0,11	-1,32	0,20	-20,10	-9,00	-6,41
Galicia	7.487	7.518	7.611	7.568	9.256	9.596	6,91	7,01	7,10	6,97	8,40	8,63	0,41	1,24	-0,56	22,30	3,67	5,09
Madrid (Comunidad de)	14.615	14.347	14.646	14.616	14.699	15.307	13,49	13,39	13,66	13,46	13,33	13,77	-1,83	2,08	-0,20	0,57	4,14	0,93
Murcia (Región de)	3.657	3.477	3.551	3.430	3.499	3.825	3,38	3,24	3,31	3,16	3,17	3,44	-4,92	2,13	-3,41	2,01	9,32	0,90
Navarra (Comunidad Foral de)	1.409	1.395	1.393	1.349	1.343	1.333	1,30	1,30	1,30	1,24	1,22	1,20	-0,99	-0,14	-3,16	-0,44	-0,74	-1,10
País Vasco	5.410	5.355	5.371	5.403	5.445	5.565	4,99	5,00	5,01	4,98	4,94	5,01	-1,02	0,30	0,60	0,78	2,20	0,57
Rioja (La)	834	807	846	888	902	980	0,77	0,75	0,79	0,82	0,82	0,88	-3,24	4,83	4,96	1,58	8,65	3,28
Ceuta	150	147	147	147	147	148	0,14	0,14	0,14	0,14	0,13	0,13	-2,00	0,00	0,00	0,00	0,68	-0,27
Melilla	162	160	160	160	168	166	0,15	0,15	0,15	0,15	0,15	0,15	-1,23	0,00	0,00	5,00	-1,19	0,49

2. Se sustituye la tabla de la página 448 tabla por la siguiente:

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Sesiones de oncología radioterápica

Número total de sesiones de oncología radioterápica realizadas para los Servicios de Salud de las comunidades

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Total						Porcentaje sobre el total						Tasa de variación interanual				
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004
Total	1.540.524	1.611.646	1.575.780	1.609.962	1.788.172	1.928.124	100	100	100	100	100	100	4,62	-2,23	2,17	11,07	7,83
Andalucía	244.871	253.623	234.898	208.471	202.930	189.859	15,90	15,74	14,91	12,95	11,35	9,85	3,57	-7,38	-11,25	-2,66	-6,44
Aragón	34.577	38.672	40.777	40.042	45.245	50.034	2,24	2,40	2,59	2,49	2,53	2,59	11,84	5,44	-1,80	12,99	10,58
Asturias (Principado de)	33.930	35.770	37.441	37.269	39.910	45.307	2,20	2,22	2,38	2,31	2,23	2,35	5,42	4,67	-0,46	7,09	13,52
Baleares (Islas)	49.183	52.698	51.670	50.206	54.222	57.701	3,19	3,27	3,28	3,12	3,03	2,99	7,15	-1,95	-2,83	8,00	6,42
Canarias	115.820	111.278	85.088	85.666	87.354	122.543	7,52	6,90	5,40	5,32	4,89	6,36	-3,92	-23,54	0,68	1,97	40,28
Cantabria	22.920	21.381	22.344	18.639	21.690	24.548	1,49	1,33	1,42	1,16	1,21	1,27	-6,71	4,50	-16,58	16,37	13,18
Castilla y León	108.910	108.766	90.425	64.121	70.368	76.591	7,07	6,75	5,74	3,98	3,94	3,97	-0,13	-16,86	-29,09	9,74	8,84
Castilla - La Mancha	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1.423	1.330	-	-	-	-	0,08	0,07	-	-	-	-	-6,54
Cataluña	225.500	224.576	222.090	234.542	275.154	277.178	14,64	13,93	14,09	14,57	15,39	14,38	-0,41	-1,11	5,61	17,32	0,74
Comunidad Valenciana	225.143	235.381	240.233	275.182	266.662	271.365	14,61	14,61	15,25	17,09	14,91	14,07	4,55	2,06	14,55	-3,10	1,76
Extremadura	28.093	29.993	26.320	20.148	31.580	47.412	1,82	1,86	1,67	1,25	1,77	2,46	6,76	-12,25	-23,45	56,74	50,13
Galicia	39.034	82.374	85.063	80.218	158.321	183.805	2,53	5,11	5,40	4,98	8,85	9,53	111,03	3,26	-5,70	97,36	16,10
Madrid (Comunidad de)	261.815	270.169	293.970	350.991	381.267	434.652	17,00	16,76	18,66	21,80	21,32	22,54	3,19	8,81	19,40	8,63	14,00
Murcia (Región de)	21.153	16.534	17.008	19.090	23.424	33.054	1,37	1,03	1,08	1,19	1,31	1,71	-21,84	2,87	12,24	22,70	41,11
Navarra (Comunidad Foral de)	23.138	22.193	28.203	28.111	28.643		1,50	1,38	1,79	1,75	1,60	-	-4,08	27,08	-0,33	1,89	-
País Vasco	98.815	100.430	92.189	89.375	90.700	104.551	6,41	6,23	5,85	5,55	5,07	5,42	1,63	-8,21	-3,05	1,48	15,27
Rioja (La)	7.622	7.808	8.061	7.891	9.279	8.194	0,49	0,48	0,51	0,49	0,52	0,42	2,44	3,24	-2,11	17,59	11,69
Ceuta	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0	0	-	-	-	-	--	--	-	-	-	--	--
Melilla	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0	0	-	-	-	-	--	--	-	-	-	--	--

Cataluña

3) Apartado V.

a) El gasto de Cataluña, tanto en su clasificación económica como funcional, obedece al resultado de la estimación de la distribución del gasto de conciertos del Servicio Catalán de la Salud con el objetivo de homogeneizar las cifras con el resto de CCAA. Este gasto supone alrededor del 36% del total de gasto sanitario consolidado de la EGSP de Cataluña. Por ello, consideramos muy importante que cada apartado del informe referente al análisis sectorial de la información del gasto señale su condición de estimación.

En la **página 170** se sustituye el siguiente párrafo:

Como en el informe anterior, las cifras de gasto sanitario público del sector Comunidades Autónomas que se utilizan en este documento provienen de la Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP) del Ministerio de Sanidad y Consumo, completada con información adicional proporcionada por las Comunidades Autónomas para estimar el gasto real (calculado a partir del criterio de devengo). 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.

Por:

Como en el informe anterior, las cifras de gasto sanitario público del sector Comunidades Autónomas que se utilizan en este documento provienen de la Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP) del Ministerio de Sanidad y Consumo, completada con información adicional proporcionada por las **Comunidades Autónomas¹** para estimar el gasto real (calculado a partir del criterio de devengo). 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. (se inserta la nota al pie de página)

b) No coincide la información de gasto real distribuido según la estructura funcional del informe con la información que disponemos y que en su día consensuamos con el Ministerio. Los datos de atención hospitalaria y especializada y sobre todo los de atención primaria no coinciden con nuestros cálculos. El Ministerio debería facilitarnos el detalle de la distribución funcional del gasto con todas las estimaciones, hipótesis e imputaciones que se hayan realizado.

En el mismo párrafo al que se hace referencia en el apartado anterior se indicará el carácter de avance que tienen las cifras correspondientes al ejercicio 2005.

c) En todo caso, al igual que en el informe del año 2005, queda constancia de la divergencia de criterios de presupuestación y contabilización de los diferentes componentes del gasto sanitario de las CCAA, lo que demuestra la poca operatividad de realizar comparativas de indicadores desglosados de gasto más allá de la utilización de los valores totales de cada Comunidad. Sin ir más lejos, la remuneración de personal oscila entre las CCAA con un margen muy amplio, entre el 39% y el 55 % del total de gasto sanitario. Otro ejemplo: la atención primaria varía entre el 11% y el 18% (26% si tenemos en cuenta el caso de Melilla) del total de gasto. Otro tanto sucede con el gasto en salud pública, en los gastos de prótesis y aparatos terapéuticos, etc.

¹ El gasto de Cataluña, tanto en su clasificación económica como funcional, obedece al resultado de la estimación de la distribución del gasto de conciertos del Servicio Catalán de la Salud con el objetivo de homogeneizar las cifras con el resto de CCAA. Este gasto supone alrededor del 36% del total de gasto sanitario consolidado de la EGSP de Cataluña.

Por lo tanto, considerando lo expuesto en los apartados anteriores, para poder realizar comparaciones de los componentes de las clasificaciones económica o funcional entre CCAA y sacar conclusiones de la comparativa entre CCAA, entendemos que se debe seguir avanzando en mejorar la homogeneidad de la información existente. A medida que se vaya progresando en el consenso necesario entre las CCAA para unificar los criterios de clasificación del gasto, se podrán analizar con más rigor los motivos de la variabilidad del gasto entre las CCAA.

Al final del siguiente párrafo:

“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.”

Se introducirá la siguiente nota a pie de página:

La divergencia de criterios de presupuestación y contabilización de los diferentes componentes del gasto sanitario de las CCAA, debe ser tomada en cuenta a la hora de realizar comparativas de indicadores desglosados de gasto más allá de la utilización de los valores totales de cada Comunidad. Este puede ser uno de los factores que explican la variabilidad que registran los datos. Ello supone que, para poder realizar comparaciones homogéneas de los componentes de las clasificaciones económica o funcional entre CCAA y obtener conclusiones más ajustadas de la comparativa entre CCAA, se debe seguir avanzando en mejorar la homogeneidad de la información existente. A medida que se vaya progresando en el consenso necesario entre las CCAA para unificar los criterios de clasificación del gasto, se podrán analizar con más rigor los motivos de la variabilidad del gasto entre las CCAA.

4) Flujo de pacientes.

“Que el porcentaje del coste de los desplazados sobre el total del coste hospitalario sea reducido no debería justificar su inclusión en el informe como un indicador a destacar. Algunas de las tablas incluidas parecen señalar con insistencia la irrelevancia de dicho coste...”

En ningún caso el motivo de la ampliación de este apartado en el nuevo informe ha sido, “minimizar la importancia de las reivindicaciones sobre una mejora de las condiciones del FCS”. Las tablas incluidas, por su parte, reflejan la información existente.

Comunidad de Madrid

Página 183

Se sustituye

“V.2.4. Gasto sanitario como porcentaje del PIB regional

El gasto sanitario de las Comunidades y Ciudades Autónomas representa en el año 2005 un 5,05% del PIB. Recuérdese que, por lo que se refiere a años anteriores, este ratio se ha visto modificado como consecuencia del cambio de base de las Cuentas Nacionales al año 2000.

Extremadura es la Comunidad que presenta el mayor porcentaje con un 8,05% y Madrid la que registra el menor, con un 3,55%. Se sitúan por encima de la media Andalucía, Aragón, Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Región de Murcia, La Rioja, Ceuta y Melilla. Por debajo de la media se encuentran, Baleares, Cataluña, Madrid, Navarra y País Vasco.”

Por

V.2.4. Gasto sanitario como porcentaje del PIB regional

El indicador de gasto sanitario como porcentaje del PIB es el indicador de síntesis por excelencia en el análisis económico del sector sanitario ya que, al medir el Producto Interior Bruto el valor de mercado de todos los bienes y servicios finales que produce una Comunidad Autónoma, este indicador tiene un carácter descriptivo de la parte de sus recursos económicos que ésta destina a la atención sanitaria pública. No obstante, para describir el esfuerzo de la Administración Autonómica en dicha atención, este indicador debe considerarse conjuntamente con el gasto sanitario público como porcentaje del gasto público.

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. Pero, a diferencia de lo que ocurre entre los países, donde existen modelos independientes y diferenciados de asignación de recursos por territorios, en el caso de las Comunidades Autónomas de España la distribución territorial de recursos, bien prevista en el modelo de financiación, bien consecuencia de las políticas sanitarias de cohesión territorial, contempla mecanismos de nivelación que tratan de garantizar la equidad en el acceso a los servicios sanitarios, independientemente del lugar de residencia.

Por todo ello, los datos que se obtienen por Comunidades Autónomas de gasto sanitario como porcentaje del PIB, no reflejan la relación antes mencionada con el nivel de renta. En este caso, las diferencias entre territorios del indicador citado, no sólo se explican (como ocurre entre países) por diferencias en los niveles de renta, sino también por la solidaridad entre territorios.

Incluso cuando se analiza el gasto sanitario como porcentaje del PIB entre países, se debe considerar que el nivel de renta explica una parte de las diferencias entre países, otros factores como las necesidades sanitarias o la organización de los sistemas sanitarios están también tras la variabilidad del indicador.

Además, es preciso tener en cuenta que el indicador analizado se refiere a gasto sanitario público, no al total, por lo que una parte de las diferencias también podría quedar explicada por las distintas pautas de utilización de los servicios sanitarios privados.

Los datos de gasto sanitario público por Comunidades permiten constatar la mencionada falta de relación con el nivel de renta y, en este contexto, se explica que comunidades más ricas tengan

porcentajes de gasto sanitario público sobre PIB inferiores a las relativamente más pobres. Esto, sin embargo, es compatible con dedicar a la atención sanitaria pública porcentajes elevados de su gasto público global, como se aprecia comparando estos dos indicadores en las Comunidades de Madrid, Cataluña y Baleares.

El gasto sanitario de las Comunidades y Ciudades Autónomas representa en el año 2005 un 5,05% del PIB² y, según territorios, el comportamiento es el siguiente:

Extremadura es la Comunidad que presenta el mayor porcentaje con un 8,05% y Madrid la que registra el menor, con un 3,55%. Se sitúan por encima de la media Andalucía, Aragón, Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Región de Murcia, La Rioja, Ceuta y Melilla. Por debajo de la media se encuentran, Baleares, Cataluña, Madrid, Navarra y País Vasco.

Página 193-206

Se sustituye el apartado **V.2.6.2. Las retribuciones medias** por el siguiente:

“V.2.6.2. Las retribuciones medias

Dado el importante peso que los gastos de personal representan sobre el gasto sanitario público total, se incluye en este informe un análisis más detallado de esta partida, para lo cual se han recopilado datos, hasta el año 2004, sobre la evolución de las retribuciones y los efectivos al servicio de los distintos Servicios de Salud.

Para ello, el informe se ha apoyado en las categorías profesionales y retributivas que se establecieron por el grupo de trabajo constituido para el análisis de las retribuciones de los profesionales en el marco de la Comisión de Recursos Humanos del Consejo Interterritorial del SNS.

Las categorías profesionales contempladas son las doce siguientes:

- Facultativo Especialista de Área
- Médico de Familia de Atención Primaria
- Enfermero/DUE (UH) con turnicidad
- Enfermero/DUE (UH) de Atención Primaria
- Técnico Especialista con Turnicidad
- Auxiliar de Enfermería (UH) con Turnicidad
- Técnico Función Administrativa
- Gestión Función Administrativa
- Administrativo Función Administrativa
- Auxiliar Función Administrativa
- Celador con turnos atención directa al enfermo
- Pinche sin turnos

Los conceptos retributivos utilizados para calcular la retribución media anual son los siguientes:

- Sueldo
- Destino
- Complemento específico general
- Productividad fija
- 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

² Recuérdese que, por lo que se refiere a años anteriores, este ratio se ha visto modificado como consecuencia del cambio de base de las Cuentas Nacionales al año 2000.

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.

El análisis no es exhaustivo ni en lo que se refiere a las categorías profesionales ni tampoco a los conceptos retributivos, ya que entre dichos conceptos no se incluye la atención continuada ni la residencia. Además, la productividad variable tampoco forma parte del análisis, al no disponerse de información completa para todos los Servicios Autonómicos de Salud. Por lo tanto, se trata de un análisis parcial de las retribuciones, sin que pueda estimarse en qué medida se desvían las retribuciones medias utilizadas de las referidas a todas las categorías profesionales y conceptos retributivos en cada comunidad autónoma. Aporta, por el contrario, el valor de la homogeneidad de las variables comparadas y se espera que, habiéndose recogido las categorías más importantes y el grueso de la retribución de cada tipo de profesional, a pesar de que las retribuciones medias están subestimadas, la variabilidad observada entre las Comunidades Autónomas constituya una aproximación adecuada a la realidad.

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 Comunidades Autónomas que en esos años estaban gestionadas por el antiguo INSALUD (así como para Ceuta y Melilla) y, por otro, de las propias Comunidades Autónomas para todos aquellos años durante los cuales tuvieran asumidas las competencias sanitarias.

En este apartado se analiza la información disponible sobre retribuciones medias y efectivos profesionales. Esta información ha sido revisada, completada y actualizada por las Comunidades Autónomas³ respecto de la que se presentó en el informe del grupo del año 2005. Incluyendo, en algún caso, los datos del período de gestión del INSALUD. Cuando esto sucede se ha mantenido el dato revisado por la Comunidad Autónoma. Al final de este apartado se incluye, además, un anexo estadístico sobre estas variables.

Facultativo Especialista de Área

En 1999, se observa que todas las Comunidades Autónomas 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). Las Comunidades de Valencia y Navarra presentan la retribución más reducida en el conjunto de las que tenían asumida la gestión del INSALUD (con 30 y 46 euros respectivamente por encima de la correspondiente al INSALUD-Gestión Directa).

En 2004⁴, Cataluña y País Vasco continúan siendo las Comunidades Autónomas que presentan las retribuciones más elevadas, pero ahora seguidas de Baleares. Las diferencias en este año entre el máximo y el mínimo se incrementan significativamente de 7.028 euros en 1999 hasta los 12.781 euros en 2004. En este último año, por encima de la media se sitúan Baleares, Castilla-La Mancha, Cataluña, Murcia y País Vasco. El coeficiente de variación indica que la variabilidad de las retribuciones en 2004 es superior a la que se registraba a comienzos del período.

La tasa media de crecimiento anual para el conjunto de las Comunidades Autónomas analizadas ha sido del 3,95% entre 1999 y 2004. Todas las Comunidades, a excepción de Andalucía, Comunidad Valenciana, Galicia, Navarra, País Vasco y La Rioja, registran crecimientos medios

³ Excepto la Comunidad de Madrid

⁴ Recuérdese que el análisis no incluye la Comunidad de Madrid en el año 2004.

anuales durante el período considerado por encima de la media. Las Comunidades con menor ritmo de crecimiento son La Rioja (con un 2,18%) y Andalucía (con un 2,98%). Del conjunto del territorio del antiguo INSALUD, es La Rioja la Comunidad que más ha moderado su tasa de crecimiento entre 1999 y 2004. El resto crecen por encima de la media.

Con carácter general los mayores incrementos retributivos se concentran en el año 2003. Las excepciones son Castilla y León (que lo registra en 2004), Castilla-La Mancha (en 2004), Comunidad Valenciana (en 2004), Extremadura (en 2002), País Vasco y Navarra (ambas en 2001).

Médico de Familia de Atención Primaria.

La serie de retribuciones correspondiente a esta categoría profesional no es homogénea para todas las Comunidades durante todo el periodo analizado. La razón es la no disponibilidad de datos para determinados conceptos retributivos en algunas Comunidades y en años concretos, como es el caso del complemento por Tarjeta Individual Sanitaria en Andalucía para los años 1999 y 2000, de Cantabria y Cataluña a partir de 2002 y, en el caso de Ceuta y Melilla, del cambio de los parámetros que conformaban el criterio para la determinación de dicho complemento en el INSALUD. Los datos no homogéneos se indican con sombreado en la tabla sobre retribuciones y efectivos de esta categoría profesional.

A pesar de la falta de homogeneidad de las series, sí parece detectarse que en 1999, con carácter general, las Comunidades que ya habían asumido las competencias sanitarias registraban niveles retributivos más elevados que los correspondientes al resto de territorios todavía integrados en el antiguo INSALUD.

En el año 2004, en que la comparación resulta homogénea (salvo para Cantabria), es en Ceuta y Melilla donde las retribuciones de esta categoría registran un mayor crecimiento (un 9,57%), seguidas de Cataluña (con un 8,67%), la Comunidad Valenciana (7,67%) y las Islas Baleares (7,53%). Desde el año 2002 se registra un incremento de la variabilidad de las retribuciones medias entre Comunidades Autónomas, que se sintetiza, por una parte, en un crecimiento del coeficiente de variación del 6,09% al 9,73% y, por otra, en un incremento de la diferencia entre los valores máximo y mínimo que pasa de 10.577 euros en 2002 a 15.202 euros en 2004.

Enfermero/DUE (UH) con turnicidad.

En 1999, se observa que todas las Comunidades 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 diferencia entre la retribución máxima y la mínima asciende a 5.435 euros. La retribución máxima le corresponde a País Vasco, seguida de Canarias, Navarra y Cataluña. Por su parte, Andalucía, Comunidad Valenciana y Galicia presentan valores más próximos a los correspondientes al territorio INSALUD.

En 2004, la diferencia entre la retribución máxima y la mínima ha descendido a 4.431 euros. Es en las Islas Baleares donde se presenta la retribución más elevada, seguida de Navarra, Cataluña, Madrid, País Vasco y Canarias. En estas Comunidades es donde la retribución media de los enfermeros con turnicidad se sitúa por encima de la media.

Además de reducirse la distancia entre las retribuciones máxima y mínima, como se ha apuntado, en esta categoría profesional, el coeficiente de variación pasa del 8,69% en 1999 al 6,17% en 2004, lo que indica una disminución de la variabilidad de las retribuciones medias entre Comunidades.

La tasa media de crecimiento anual para el conjunto de las Comunidades entre 1999 y 2004 ha sido 5,97%, ampliamente superada por las Islas Baleares, que presenta la mayor tasa de

crecimiento (un 9,54%). Siguen a las Baleares las Comunidades de La Rioja y Murcia y las dos Ciudades Autónomas. Las Comunidades que han registrado menores tasas de crecimiento en el conjunto del período 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 2004 (6,24%).

Enfermero/DUE (UH) de Atención Primaria.

En 1999, las retribuciones en esta categoría profesional resultan, en general, muy homogéneas para las distintas Comunidades y Ciudades Autónomas. Destacan no obstante, los casos de Galicia, Murcia, Navarra y País Vasco, cuyas retribuciones superan a las del resto. Por encima de la retribución media del conjunto de Comunidades se sitúan también Canarias y La Rioja. En general, las Comunidades 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.

En 2004, la diferencia entre la retribución máxima y la mínima ha aumentado a 8.241 euros desde los 2.782 euros en 1999. Igualmente, se registra un incremento del coeficiente de variación del 3,94% en 1999 al 5,6,52% en 2004, poniendo de manifiesto un incremento de la variabilidad de esta retribución entre Comunidades. En este último año es en las Islas Baleares donde se observa la retribución más elevada, seguida de Madrid, Cataluña, Murcia, La Rioja y Galicia, que son las Comunidades donde la retribución media de los enfermeros de atención primaria se sitúa por encima de la media.

La tasa media de crecimiento anual para el conjunto de las Comunidades analizadas ha sido del 5,79% para el período considerado. Baleares es la Comunidad que registra la tasa más elevada (un 9,68%)⁵. Andalucía y Cataluña también se sitúan por encima del crecimiento medio y la Comunidad Valenciana se sitúa en la media.

Técnico Especialista con turnicidad.

En 1999 se observa que todas las Comunidades 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 Navarra, Canarias, la Comunidad Valenciana, Cataluña, Galicia y Andalucía. La diferencia entre el máximo y el mínimo asciende a 5.893 euros.

En 2004 es la Comunidad Autónoma de Madrid la que registra la retribución mayor, seguida del País Vasco Baleares y Navarra. 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 5.780 euros. El coeficiente de variación indica que la variabilidad entre Comunidades ha aumentado ligeramente entre el comienzo y el final del período analizado.

La tasa media de crecimiento anual para el conjunto de las Comunidades ha sido del 5,95% en el período considerado. Madrid, con un crecimiento del 11,20%, es la Comunidad con mayor crecimiento, seguida de Baleares con un 10,24%. Canarias, Galicia, Navarra y País Vasco, que partían de los niveles retributivos superiores en 1999, son las Comunidades que han registrado un crecimiento más moderado a lo largo de estos últimos años.

Auxiliar de Enfermería (UH) con turnicidad.

En 1999 se observa que todas las Comunidades que ya habían asumido las competencias sanitarias registran niveles retributivos más elevados que los del antiguo INSALUD. La retribución

⁵ Nótese que no se dispone de datos de la Comunidad de Madrid para el año 2004. No obstante, hasta el año 2003 el mayor crecimiento en estas retribuciones fue el registrado por esta Comunidad.

máxima le corresponde a País Vasco, seguido por Navarra, Cataluña, Comunidad Valenciana, Canarias, Andalucía y Galicia. La diferencia entre el máximo y el mínimo asciende a 6.276 euros.

En 2004, sigue siendo el País Vasco la Comunidad Autónoma que registra la retribución mayor, seguida de Madrid, Baleares y Navarra. La diferencia entre el valor máximo de País Vasco y el valor mínimo de Canarias asciende a 6.517 euros. El coeficiente de variación indica que la variabilidad entre Comunidades se ha reducido entre el comienzo y el final del período analizado.

La tasa media de crecimiento anual para el conjunto de las Comunidades ha sido del 5,44% en el período considerado. Madrid con un 9,43%, es la Comunidad que registra el mayor crecimiento, seguida de Baleares, con un 9,36%. Canarias, Cataluña, Galicia, País Vasco y Navarra, que partían de niveles retributivos superiores en 1999, son las Comunidades que han registrado un crecimiento más moderado a lo largo de estos últimos años. De las Comunidades y Ciudades Autónomas del antiguo INSALUD, Aragón y Castilla y León son las Comunidades que ha registrado una menor tasa de crecimiento.

Técnico Función Administrativa.

En 1999 se observa que todas las Comunidades que ya habían asumido las competencias sanitarias registran niveles retributivos más elevados que los del antiguo INSALUD. La retribución máxima le corresponde a Navarra, seguida por País Vasco, Andalucía, Canarias, Comunidad Valenciana, Galicia y Cataluña. La diferencia entre el máximo y el mínimo asciende a 5.849 euros.

En 2004 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 9.917 euros. El coeficiente de variación indica que la variabilidad entre Comunidades ha disminuido entre el comienzo y el final del período analizado.

La tasa media de crecimiento anual para el conjunto de las Comunidades ha sido del 3,60%, ampliamente superada por Baleares (10,50%). 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 Comunidades que asumieron las competencias sanitarias antes de 2002. De las antiguamente gestionadas por el INSALUD, Madrid y Asturias son las que presentan las tasas de crecimiento más reducidas (4,57% en y 4,59% respectivamente).

Gestión Función Administrativa.

En 1999, se observa que las Comunidades que ya habían asumido las competencias sanitarias registran niveles retributivos más elevados que los del antiguo INSALUD. Las diferencias son especialmente destacadas para Canarias, Navarra, País Vasco y Andalucía, situándose el resto muy próximas a los valores presentados por INSALUD.

En 2004, Navarra sigue siendo la Comunidad Autónoma que registra la retribución mayor, seguida de Canarias, País Vasco, Baleares y Andalucía. La diferencia entre el valor máximo de Navarra y el valor mínimo de Galicia asciende a 5.817 euros. El coeficiente de variación indica que la variabilidad entre Comunidades 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 ha sido del 4,57% en el período considerado. La tasa correspondiente a Baleares es la más alta con un 13,10%, seguida de las Ciudades Autónomas (un 10,07%) y de Cataluña (10,03%).

Administrativo Función Administrativa.

En 1999, se observa que todas las Comunidades 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 Navarra, 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 5.219 euros.

En 2004, es la Comunidad Autónoma de Baleares la que registra la retribución mayor, seguida por el País Vasco. La diferencia entre el valor máximo de Baleares y el valor mínimo de Galicia asciende a 4.461 euros. La variabilidad entre Comunidades se ha reducido entre 1999 y 2004.

La tasa media de crecimiento anual para el conjunto de las Comunidades ha sido del 4,59% en el período considerado. Baleares es la Comunidad que presenta tasas más elevadas con respecto a la media (10,62%).

Auxiliar Función Administrativa.

En 1999, se observa que las Comunidades 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 Navarra, Cataluña, Andalucía, la Comunidad Valenciana, Canarias y Galicia. La diferencia entre el máximo y el mínimo asciende a 5.492 euros.

En 2004, continúa siendo el País Vasco la Comunidad Autónoma que registra la retribución mayor. La diferencia entre el valor máximo de País Vasco y el valor mínimo de Canarias asciende a 5.367 euros. La variabilidad entre Comunidades se ha reducido paulatinamente a lo largo del período analizado.

La tasa media de crecimiento anual para el conjunto de las ha sido del 4,80% en el período considerado. Baleares, Madrid, Ceuta y Melilla, Asturias y Murcia son las Comunidades que presentan tasas más elevadas. Las Comunidades que asumieron las competencias sanitarias con anterioridad a 2002 son las únicas que registran crecimientos a lo largo del período inferiores a la media.

Celador con turnos atención directa al enfermo

En 1999, se observa nuevamente que las Comunidades 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 Navarra, la Comunidad Valenciana, Cataluña, Canarias, Galicia y Andalucía. La diferencia entre el máximo y el mínimo asciende a 4.916 euros.

En 2004 continúa siendo el País Vasco la Comunidad Autónoma que registra la retribución mayor, seguida de Baleares, Madrid, Navarra, Cantabria y la Comunidad Valenciana. La diferencia entre el valor máximo de País Vasco y el valor mínimo de Canarias asciende a 5.573 euros. El coeficiente de variación indica que la variabilidad entre Comunidades se ha incrementado durante el período analizado.

La tasa media de crecimiento anual ha sido del 5,00% en el período considerado. Baleares, con un 8,52%, es la Comunidad que registra el mayor crecimiento con diferencia. Las Comunidades que asumieron las competencias sanitarias con anterioridad a 2002 son las únicas que registran crecimientos a lo largo del período inferiores a la media. De las Comunidades y Ciudades Autónomas del antiguo INSALUD, Aragón y Castilla y León son las Comunidades que ha registrado una menor tasa de crecimiento.

Pinche sin turnos.

Finalmente, para la última de las categorías profesionales analizadas, se observa que en 1999 las Comunidades que ya habían asumido las competencias sanitarias nuevamente registran niveles retributivos más elevados que los del antiguo INSALUD. La retribución máxima le corresponde a País Vasco, seguida por Navarra, Andalucía, Cataluña, la Comunidad Valenciana, Canarias y Galicia. La diferencia entre el máximo y el mínimo asciende a 4.093 euros.

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

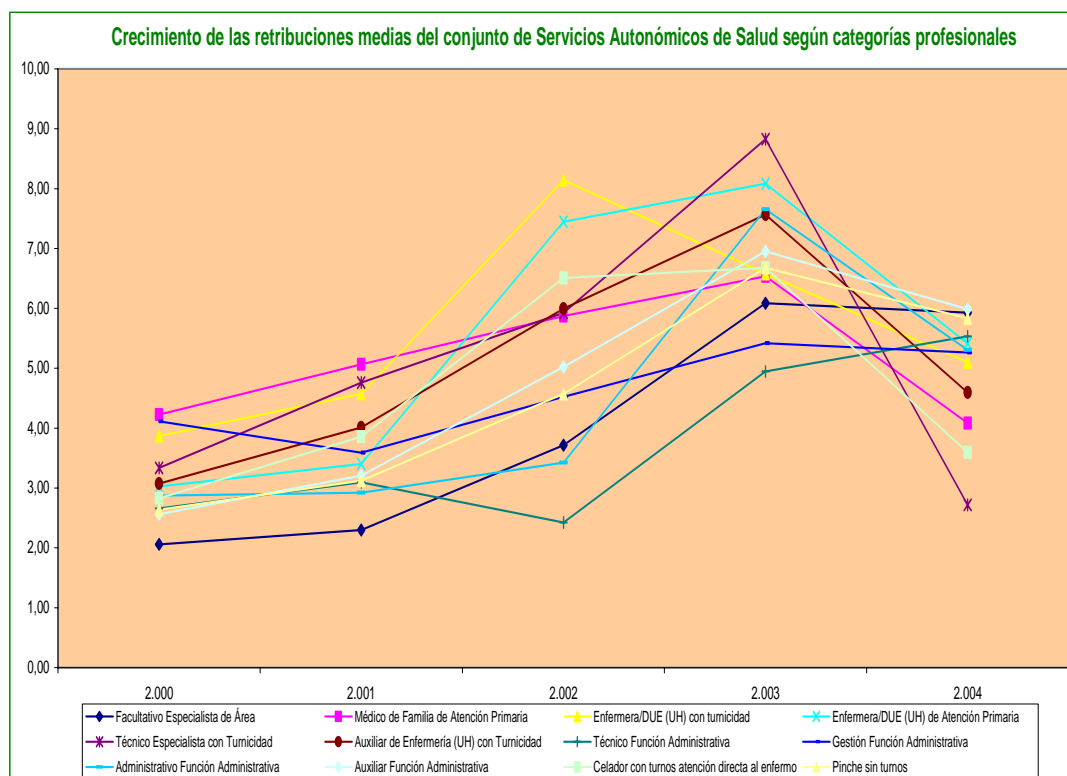
En 2004, sigue siendo País Vasco la Comunidad Autónoma que registra la retribución mayor, seguida de Baleares y Navarra. La diferencia entre el valor máximo de País Vasco y el valor mínimo de Canarias asciende a 4.414 euros. El coeficiente de variación indica que la variabilidad entre Comunidades se ha reducido entre el comienzo y el final del período analizado.

La tasa media de crecimiento anual para el conjunto de las Comunidades ha sido del 4,56% en el período considerado. Baleares con un 9,34% es la Comunidad que registra el mayor crecimiento con diferencia. Las Comunidades que asumieron las competencias sanitarias con anterioridad a 2002 son las únicas que registran crecimientos a lo largo del período inferiores a la media. De las Comunidades y Ciudades Autónomas del antiguo INSALUD, Aragón y Castilla y León son las Comunidades que ha registrado una menor tasa de crecimiento.

En resumen, el análisis previo da una idea del crecimiento que se ha producido en los niveles retributivos entre 1999 y 2004. Es preciso insistir, no obstante, que dicho análisis es parcial y necesitaría ser completado para que de él pudieran derivarse conclusiones generalizables a los distintos Servicios Autonómicos de Salud.

El crecimiento medio anual entre el año 1999 y el año 2004 de las retribuciones medias en el conjunto de los Servicios Autonómicos de Salud oscila entre un 3,72% y un 5,64% según las diferentes categorías profesionales. Es, por tanto, menor que el registrado en el conjunto del gasto sanitario público del sector.

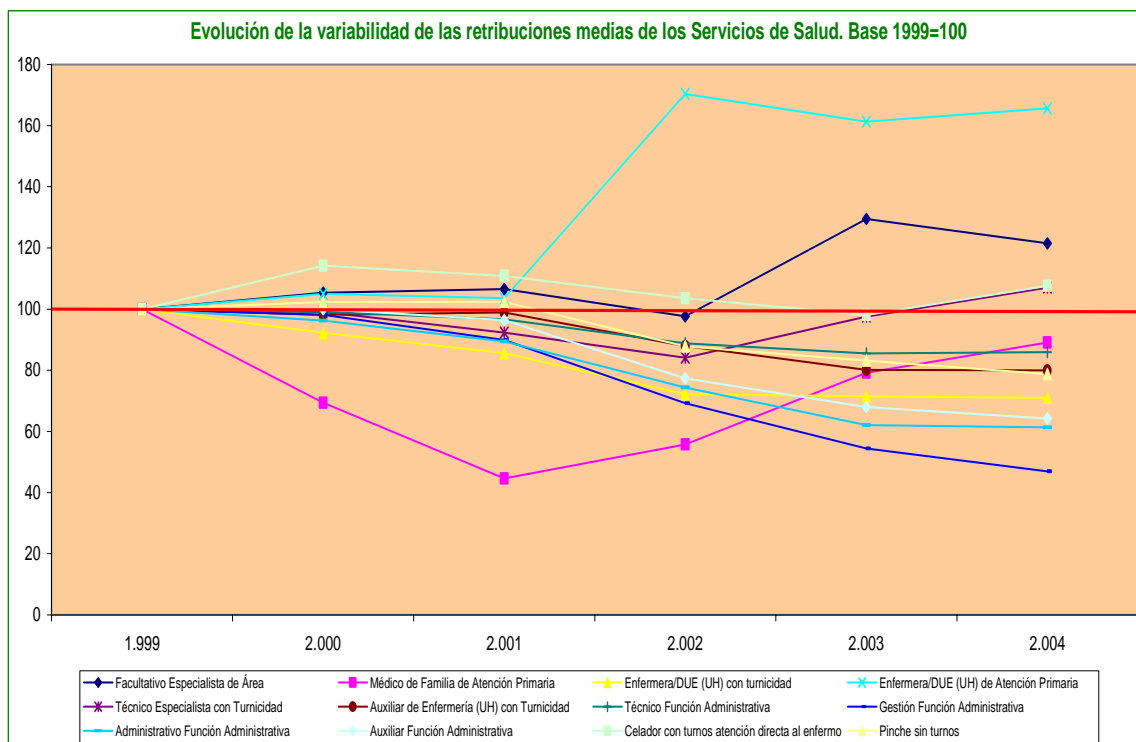
Los años de mayor crecimiento de las retribuciones medias en el conjunto de Servicios Autonómicos de Salud han sido 2002 y 2003, detectándose una ligera desaceleración en el año 2004.



La tendencia de las retribuciones ha sido, en general, alcista para el conjunto de los Servicios de Salud y, en particular, para las Comunidades que asumieron las transferencias con fecha 1 de enero de 2002. Parece que las Comunidades 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 otras Comunidades que ya tenían las competencias transferidas (y que, salvo contadas excepciones, eran significativamente superiores).

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Por lo que se refiere a la evolución de la variabilidad de las retribuciones medias del conjunto de Servicios Autonómicos de Salud entre 1999 a 2004, en ocho de las doce categorías profesionales analizadas se registra una reducción de la variabilidad entre las Comunidades Autónomas a lo largo del período considerado. Tan sólo en lo referido a los facultativos especialistas de área y enfermeros/DUE de atención primaria se ha detectado un aumento de la variabilidad retributiva. Para los técnicos especialistas con turnicidad y los celadores con turnos de atención directa al enfermo ésta se ha mantenido.



Las Comunidades 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 2004 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 como la Comunidad del antiguo INSALUD que han registrado las tasas de crecimiento más moderadas.”

Se sustituyen las páginas 215 a 238 del informe (versión 31-7-07) por las siguientes:

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Facultativo Especialista de Área

	Retribuciones medias anuales en euros						Efectivos profesionales a 31 de diciembre					
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Andalucía	33.166	33.774	34.450	35.370	37.445	38.416	5.412	5.527	5.555	5.697	5.955	5.974
Aragón	31.965	32.604	33.407	35.123	37.431	39.842	1.099	1.095	1.387	1.433	1.453	1.719
Asturias (Principado de)	31.965	32.604	33.407	34.963	37.228	39.314	1.656	1.663	1.692	1.690	1.713	1.748
Baleares (Islas)	31.965	32.604	33.407	34.947	38.432	41.419	786	809	893	1.123	1.204	1.263
Canarias	34.364	35.051	35.752	36.467	37.414	38.384	1.635	1.675	1.813	1.849	1.940	2.019
Cantabria	31.965	32.604	33.407	35.156	37.495	39.495	498	490	501	691	708	773
Castilla y León	31.965	32.604	33.407	34.523	36.765	39.395	2.097	2.141	2.203	3.561	3.624	3.748
Castilla - La Mancha	31.965	32.604	33.407	35.548	37.212	40.327	1.330	1.349	1.403	2.117	2.239	2.390
Cataluña	38.992	40.201	41.005	42.236	48.079	50.650	2.674	2.738	2.780	2.841	3.065	3.087
Comunidad Valenciana	31.994	32.634	33.287	34.869	36.252	38.602	5.398	5.682	5.847	5.935	6.158	7.094
Extremadura	31.965	32.604	33.407	35.350	37.331	39.284	873	897	932	1.163	1.199	1.310
Galicia	32.262	32.908	33.565	34.237	35.139	38.294	3.558	3.653	3.834	3.954	4.014	4.044
Madrid (Comunidad de)*	31.965	32.604	33.407	35.334	37.454	39.596	6.660	6.747	6.874	7.001	7.189	7.838
Murcia (Región de)	31.965	32.604	33.407	34.076	37.438	40.283	1.194	1.305	1.375	1.394	1.516	1.671
Navarra (Comunidad Foral de)	32.011	33.131	34.489	35.421	36.838	37.869	448	478	502	522	552	574
País Vasco	36.845	37.840	39.353	40.534	41.773	42.964	1.904	2.067	2.119	2.170	2.196	2.902
Rioja (La)	35.540	32.078	32.870	33.528	39.367	39.587	286	306	332	352	317	
Ceuta	31.965	32.604	33.407	34.076	36.815	39.615	67	70	72	76	79	78
Melilla	31.965	32.604	33.407	34.076	36.815	39.615	50	53	59	61	59	66
Retribución media**/Total	33.048	33.728	34.503	35.785	37.962	40.113	37.625	38.745	40.173	43.630	45.180	48.298
Desviación típica	2.026	2.178	2.253	2.141	3.013	2.987						
Coefficiente de variación	6,13	6,46	6,53	5,98	7,94	7,45						

* La Comunidad de Madrid no ha actualizado los datos de retribuciones y efectivos, las cifras que se presentan son, por tanto, las mismas que en el informe del grupo de julio 2005 y no se dispone de datos para el año 2004.

** Media ponderada por los efectivos poblacionales a 31 de diciembre. Las medias se refieren a las Comunidades para las que se dispone de datos tanto de retribuciones como de efectivos.

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Facultativo Especialista de Área

	Porcentaje de variación interanual de las retribuciones								
	2000	2001	2002	2003	2004	TAM 99/04	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
Andalucía	1,83	2,00	2,67	5,86	2,59	2,98	3,08	2,17	1,92
Aragón	2,00	2,46	5,14	6,57	6,44	4,50	4,03	3,19	2,23
Asturias (Principado de)	2,00	2,46	4,66	6,48	5,60	4,23	3,88	3,03	2,23
Baleares (Islas)	2,00	2,46	4,61	9,97	7,77	5,32	4,71	3,02	2,23
Canarias	2,00	2,00	2,00	2,60	2,59	2,24	2,15	2,00	2,00
Cantabria	2,00	2,46	5,23	6,65	5,34	4,32	4,07	3,22	2,23
Castilla y León	2,00	2,46	3,34	6,49	7,15	4,27	3,56	2,60	2,23
Castilla - La Mancha	2,00	2,46	6,41	4,68	8,37	4,76	3,87	3,61	2,23
Cataluña	3,10	2,00	3,00	13,83	5,35	5,37	5,38	2,70	2,55
Comunidad Valenciana	2,00	2,00	4,75	3,97	6,48	3,83	3,17	2,91	2,00
Extremadura	2,00	2,46	5,81	5,60	5,23	4,21	3,96	3,41	2,23
Galicia	2,00	2,00	2,00	2,64	8,98	3,49	2,16	2,00	2,00
Madrid (Comunidad de)	2,00	2,46	5,77	6,00	5,72	4,37	4,04	3,40	2,23
Murcia (Región de)	2,00	2,46	2,00	9,87	7,60	4,73	4,03	2,15	2,23
Navarra (Comunidad Foral de)	3,50	4,10	2,70	4,00	2,80	3,42	3,57	3,43	3,80
País Vasco	2,70	4,00	3,00	3,06	2,85	3,12	3,19	3,23	3,35
Rioja (La)	-9,74	2,47	2,00	17,42	0,56	2,18	2,59	-1,92	-3,83
Ceuta	2,00	2,46	2,00	8,04	7,60	4,38	3,60	2,15	2,23
Melilla	2,00	2,46	2,00	8,04	7,60	4,38	3,60	2,15	2,23
Total	2,06	2,30	3,71	6,09	5,67	3,95	3,53	2,69	2,18

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Médico de Familia de Atención Primaria

	Retribuciones medias anuales en euros						Efectivos profesionales a 31 de diciembre					
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Andalucía	27.627	28.134	34.456	35.377	37.261	38.019	3.017	3.488	3.997	4.244	4.287	4.318
Aragón	32.671	33.324	34.142	36.982	39.277	41.654	816	850	909	919	919	919
Asturias (Principado de)	32.671	33.324	34.142	35.713	37.993	40.093	664	677	706	705	713	716
Baleares (Islas)	33.616	34.271	34.966	36.680	40.168	43.192	454	465	482	538	567	566
Canarias	33.718	34.391	35.083	35.783	36.759	37.757	680	695	895	958	992	1.005
Cantabria	32.671	33.324	34.142	30.197	32.437	34.336	176	235	241	303	304	316
Castilla y León	32.671	33.324	34.142	36.377	38.657	40.712	2.151	2.174	2.223	2.817	2.819	2.870
Castilla - La Mancha	32.671	33.324	34.142	36.725	37.679	40.274	1.116	1.121	1.132	1.800	1.906	1.915
Cataluña	34.713	35.789	37.146	38.572	45.585	49.538	2.996	3.071	3.141	3.249	3.482	3.607
Comunidad Valenciana	24.458	30.996	31.616	33.165	34.514	37.161	2.889	2.980	3.174	3.496	3.802	4.402
Extremadura	32.671	33.324	34.142	35.988	37.391	38.955	688	711	718	707	727	712
Galicia	33.751	34.429	35.120	36.011	37.093	39.293	2.314	2.128	2.269	2.228	2.216	2.228
Madrid (Comunidad de)*	32.671	33.324	34.142	40.012	42.219	44.869	3.425	3.277	3.346	4.140	4.240	4.441
Murcia (Región de)	35.102	35.867	36.665	37.400	41.082	43.869	547	549	557	571	594	659
Navarra (Comunidad Foral de)	29.100	30.119	31.354	32.201	33.489	34.426	230	247	257	257	252	266
País Vasco	35.746	36.711	38.180	39.325	40.525	41.679	999	1.012	1.050	1.033	1.038	1.263
Rioja (La)	35.745	36.689	37.715	40.774	41.249	41.015	190	191	192	199	203	n.d.
Ceuta	32.671	33.324	34.142	33.615	36.346	39.825	25	22	25	28	28	29
Melilla	32.671	33.324	34.142	33.615	36.346	39.825	23	24	24	25	25	26
Retribución media**/Total	31.602	32.937	34.606	36.637	39.031	41.248	23.400	23.917	25.338	28.217	29.114	30.258
Desviación típica	3.451	2.495	1.685	2.230	3.375	4.014						
Coeficiente de variación	10,92	7,57	4,87	6,09	8,65	9,73						

* La Comunidad de Madrid no ha actualizado los datos de retribuciones y efectivos, las cifras que se presentan son, por tanto, las mismas que en el informe del grupo de julio 2005 y no se dispone de datos para el año 2004.

** Media ponderada por los efectivos poblacionales a 31 de diciembre. Las medias se refieren a las Comunidades para las que se dispone de datos tanto de retribuciones como de efectivos.

Nota: los datos sombreados corresponden a valores no homogéneos con el resto de la serie.

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Médico de Familia de Atención Primaria

	Porcentaje de variación interanual de las retribuciones								
	2000	2001	2002	2003	2004	TAM 99/04	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
Andalucía	1,83	22,47	2,67	5,32	2,04	6,59	7,77	8,59	11,68
Aragón	2,00	2,45	8,32	6,21	6,05	4,98	4,71	4,22	2,23
Asturias (Principado de)	2,00	2,45	4,60	6,39	5,53	4,18	3,85	3,01	2,23
Baleares (Islas)	1,95	2,03	4,90	9,51	7,53	5,14	4,55	2,95	1,99
Canarias	1,99	2,01	1,99	2,73	2,71	2,29	2,18	2,00	2,00
Cantabria	2,00	2,45	-11,56	7,42	5,86	1,00	-0,18	-2,59	2,23
Castilla y León	2,00	2,45	6,55	6,27	5,32	4,50	4,30	3,65	2,23
Castilla - La Mancha	2,00	2,45	7,56	2,60	6,89	4,27	3,63	3,98	2,23
Cataluña	3,10	3,79	3,84	18,18	8,67	7,37	7,05	3,58	3,44
Comunidad Valenciana*	26,74	2,00	4,90	4,07	7,67	8,73	8,99	10,68	13,70
Extremadura	2,00	2,45	5,41	3,90	4,18	3,58	3,43	3,28	2,23
Galicia	2,01	2,01	2,54	3,01	5,93	3,09	2,39	2,18	2,01
Madrid (Comunidad de)	2,00	2,45	17,19	5,52	6,28	6,55	6,62	6,99	2,23
Murcia (Región de)	2,18	2,22	2,01	9,84	6,78	4,56	4,01	2,14	2,20
Navarra (Comunidad Foral de)	3,50	4,10	2,70	4,00	2,80	3,42	3,57	3,43	3,80
País Vasco	2,70	4,00	3,00	3,05	2,85	3,12	3,19	3,23	3,35
Rioja (La)	2,64	2,80	8,11	1,16	-0,57	2,79	3,65	4,49	2,72
Ceuta	2,00	2,45	-1,54	8,12	9,57	4,04	2,70	0,95	2,23
Melilla	2,00	2,45	-1,54	8,12	9,57	4,04	2,70	0,95	2,23
Total	4,23	5,07	5,87	6,53	5,68	5,47	5,42	5,05	4,65

* El incremento del año 2000 es debido a una subida de 5.938,80 euros en el complemento específico general.

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Enfermero/DUE (UH) con turnicidad

	Retribuciones medias anuales en euros						Efectivos profesionales a 31 de diciembre					
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Andalucía	18.158	18.802	19.652	20.244	21.556	22.532	3.017	3.488	4.951	6.602	6.350	5.961
Aragón	16.952	17.813	18.755	20.276	21.677	23.152	2.639	2.640	2.916	2.961	2.972	3.328
Asturias (Principado de)	16.952	17.813	18.755	20.260	21.868	23.336	2.344	2.386	2.626	2.631	2.660	2.673
Baleares (Islas)	16.952	17.813	18.755	20.213	23.792	26.736	1.199	1.189	1.295	1.622	1.791	1.963
Canarias	21.673	22.865	23.323	23.789	24.442	25.111	2.540	2.666	2.777	2.856	2.970	3.059
Cantabria	16.952	17.813	18.616	20.395	22.043	23.437	902	905	916	1.022	1.135	1.338
Castilla y León	16.952	17.813	18.755	19.910	21.452	22.940	3.486	3.540	3.563	5.750	5.861	6.071
Castilla - La Mancha	16.952	17.813	18.755	20.787	21.981	23.202	2.082	2.084	2.120	3.292	3.540	3.638
Cataluña	19.102	19.694	20.088	20.807	23.733	26.008	5.725	5.675	5.576	5.576	5.483	5.628
Comunidad Valenciana	18.423	19.249	19.725	20.853	21.872	23.663	8.465	8.581	8.692	8.862	9.076	9.115
Extremadura	16.952	17.813	18.755	20.496	21.823	22.765	1.327	1.360	1.398	2.099	2.147	2.162
Galicia	17.858	18.215	19.373	21.217	21.082	22.304	6.170	6.401	6.724	6.742	6.781	6.861
Madrid (Comunidad de)*	16.952	17.813	18.755	22.772	24.277	25.902	11.910	11.968	12.091	12.134	12.223	13.179
Murcia (Región de)	16.952	17.813	18.755	19.585	21.926	23.837	1.322	1.330	1.412	1.443	1.502	1.547
Navarra (Comunidad Foral de)	21.193	21.935	22.834	23.451	25.913	26.639	1.392	1.543	1.609	1.591	1.902	1.740
País Vasco	22.118	22.715	23.623	24.332	25.124	25.888	3.473	2.499	3.447	3.486	3.500	4.466
Rioja (La)	16.683	17.016	17.745	19.141	21.118	23.505	567	589	715	778	783	
Ceuta	16.952	17.813	18.755	19.585	21.638	23.736	94	107	107	112	103	116
Melilla	16.952	17.813	18.755	19.585	21.638	23.736	90	94	97	99	104	126
Retribución media**/Total	18.138	18.840	19.701	21.305	22.708	24.233	58.744	59.045	63.032	69.658	70.883	72.971
Desviación típica	1.576	1.510	1.465	1.337	1.411	1.495						
Coefficiente de variación	8,69	8,01	7,44	6,27	6,21	6,17						

* La Comunidad de Madrid no ha actualizado los datos de retribuciones y efectivos, las cifras que se presentan son, por tanto, las mismas que en el informe del grupo de julio 2005 y no se dispone de datos para el año 2004.

** Media ponderada por los efectivos poblacionales a 31 de diciembre. Las medias se refieren a las Comunidades para las que se dispone de datos tanto de retribuciones como de efectivos.

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Enfermero/DUE (UH) con turnicidad

	Porcentaje de variación interanual de las retribuciones								
	2000	2001	2002	2003	2004	TAM 99/04	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
Andalucía	3,54	4,53	3,01	6,48	4,53	4,41	4,38	3,69	4,03
Aragón	5,08	5,29	8,11	6,91	6,81	6,43	6,34	6,15	5,19
Asturias (Principado de)	5,08	5,29	8,03	7,93	6,71	6,60	6,57	6,12	5,19
Baleares (Islas)	5,08	5,29	7,78	17,70	12,37	9,54	8,84	6,04	5,19
Canarias	5,50	2,00	2,00	2,74	2,74	2,99	3,05	3,15	3,74
Cantabria	5,08	4,50	9,56	8,08	6,32	6,69	6,79	6,36	4,79
Castilla y León	5,08	5,29	6,16	7,74	6,94	6,24	6,06	5,51	5,19
Castilla - La Mancha	5,08	5,29	10,84	5,74	5,56	6,48	6,71	7,04	5,19
Cataluña	3,10	2,00	3,58	14,07	9,59	6,37	5,58	2,89	2,55
Comunidad Valenciana	4,48	2,48	5,72	4,89	8,19	5,13	4,38	4,22	3,47
Extremadura	5,08	5,29	9,28	6,47	4,32	6,07	6,52	6,53	5,19
Galicia	2,00	6,36	9,52	-0,64	5,80	4,55	4,24	5,91	4,16
Madrid (Comunidad de)	5,08	5,29	21,42	6,61	6,69	8,85	9,39	10,34	5,19
Murcia (Región de)	5,08	5,29	4,43	11,95	8,72	7,06	6,64	4,93	5,19
Navarra (Comunidad Foral de)	3,50	4,10	2,70	10,50	2,80	4,68	5,16	3,43	3,80
País Vasco	2,70	4,00	3,00	3,25	3,04	3,20	3,24	3,23	3,35
Rioja (La)	2,00	4,28	7,86	10,33	11,30	7,10	6,07	4,69	3,14
Ceuta	5,08	5,29	4,43	10,48	9,69	6,96	6,29	4,93	5,19
Melilla	5,08	5,29	4,43	10,48	9,69	6,96	6,29	4,93	5,19
Total	3,87	4,57	8,14	6,58	6,72	5,97	5,78	5,51	4,22

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Enfermero/DUE (UH) de Atención Primaria

	Retribuciones medias anuales en euros						Efectivos profesionales a 31 de diciembre					
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Andalucía	18.158	18.491	19.461	20.048	23.279	24.290	3.708	3.966	4.374	4.267	4.456	4.472
Aragón	18.472	18.841	19.358	20.871	22.274	23.740	755	711	919	936	936	962
Asturias (Principado de)	18.472	18.841	19.358	20.420	23.452	23.502	708	726	735	734	741	742
Baleares (Islas)	18.472	18.841	19.358	22.417	25.124	29.325	455	472	486	550	581	581
Canarias	19.734	20.367	20.776	21.345	21.880	22.430	774	800	882	927	954	1.087
Cantabria	18.472	18.841	19.235	18.134	16.737	21.084	192	284	239	349	354	382
Castilla y León	18.472	18.841	19.358	20.887	22.448	23.957	1.779	1.823	1.859	2.108	2.138	2.203
Castilla - La Mancha	18.472	18.841	19.358	21.470	22.560	23.961	1.147	1.151	1.157	1.583	1.749	1.900
Cataluña	18.770	19.352	19.739	20.446	23.353	26.529	2.564	2.698	2.909	3.056	3.476	3.515
Comunidad Valenciana	18.834	19.842	20.660	21.806	22.793	24.551	8.465	8.581	8.692	8.862	9.076	3.072
Extremadura	18.472	18.841	19.358	20.298	21.212	23.233	739	769	769	943	966	978
Galicia	20.940	21.360	21.790	22.295	24.825	25.702	1.691	1.437	1.721	1.699	1.663	1.766
Madrid (Comunidad de)*	18.472	18.841	19.358	24.995	26.552	27.658	3.025	3.024	3.073	3.540	3.621	3.593
Murcia (Región de)	20.128	20.562	21.014	21.656	24.092	25.912	580	582	587	596	622	637
Navarra (Comunidad Foral de)	20.200	20.907	21.764	22.352	24.770	25.464	436	444	472	472	559	559
País Vasco	20.450	21.002	21.842	22.498	23.237	23.950	1.077	1.077	993	1.029	1.039	1.371
Rioja (La)	19.864	20.305	20.967	23.104	24.101	25.725	199	201	207	206	210	
Ceuta	18.472	18.841	19.358	18.828	20.865	23.120	32	29	32	34	34	35
Melilla	18.472	18.841	19.358	18.828	20.865	23.120	25	31	31	32	32	34
Retribución media**/Total	18.893	19.465	20.127	21.626	23.374	25.028	28.351	28.806	30.137	31.923	33.207	27.889
Desviación típica	744	805	821	1.451	1.485	1.633						
Coefficiente de variación	3,94	4,13	4,08	6,71	6,36	6,52						

* La Comunidad de Madrid no ha actualizado los datos de retribuciones y efectivos, las cifras que se presentan son, por tanto, las mismas que en el informe del grupo de julio 2005 y no se dispone de datos para el año 2004.

** Media ponderada por los efectivos poblacionales a 31 de diciembre. Las medias se refieren a las Comunidades para las que se dispone de datos tanto de retribuciones como de efectivos.

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Enfermero/DUE (UH) de Atención Primaria

	Porcentaje de variación interanual de las retribuciones								
	2000	2001	2002	2003	2004	TAM 99/04	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
Andalucía	1,83	5,24	3,02	16,11	4,34	5,99	6,41	3,36	3,52
Aragón	2,00	2,74	7,82	6,72	6,58	5,15	4,79	4,15	2,37
Asturias (Principado de)	2,00	2,74	5,49	14,85	0,21	4,93	6,15	3,40	2,37
Baleares (Islas)	2,00	2,74	15,80	12,08	16,72	9,68	7,99	6,67	2,37
Canarias	3,20	2,01	2,74	2,51	2,51	2,59	2,61	2,65	2,61
Cantabria	2,00	2,09	-5,72	-7,70	25,98	2,68	-2,44	-0,61	2,04
Castilla y León	2,00	2,74	7,90	7,47	6,72	5,34	5,00	4,18	2,37
Castilla - La Mancha	2,00	2,74	10,91	5,08	6,21	5,34	5,13	5,14	2,37
Cataluña	3,10	2,00	3,58	14,22	13,60	7,16	5,61	2,89	2,55
Comunidad Valenciana	5,35	4,12	5,55	4,53	7,71	5,45	4,89	5,01	4,73
Extremadura	2,00	2,74	4,86	4,51	9,53	4,69	3,52	3,19	2,37
Galicia	2,01	2,01	2,32	11,35	3,53	4,18	4,35	2,11	2,01
Madrid (Comunidad de)	2,00	2,74	29,12	6,23	4,17	8,41	9,50	10,61	2,37
Murcia (Región de)	2,16	2,20	3,05	11,25	7,55	5,18	4,60	2,47	2,18
Navarra (Comunidad Foral de)	3,50	4,10	2,70	10,82	2,80	4,74	5,23	3,43	3,80
País Vasco	2,70	4,00	3,00	3,28	3,07	3,21	3,24	3,23	3,35
Rioja (La)	2,22	3,26	10,20	4,31	6,74	5,31	4,95	5,17	2,74
Ceuta	2,00	2,74	-2,74	10,82	10,80	4,59	3,09	0,64	2,37
Melilla	2,00	2,74	-2,74	10,82	10,80	4,59	3,09	0,64	2,37
Total	3,03	3,40	7,45	8,08	7,08	5,79	5,46	4,61	3,21

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Técnico especialista con turnicidad

	Retribuciones medias anuales en euros						Efectivos profesionales a 31 de diciembre					
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Andalucía	13.343	13.823	14.459	14.898	16.359	17.321	2.566	2.665	2.718	2.750	3.026	3.052
Aragón	12.914	13.292	14.099	15.103	16.300	17.202	208	220	303	321	327	369
Asturias (Principado de)	12.914	13.292	14.099	15.037	16.395	17.628	359	375	384	384	410	713
Baleares (Islas)	12.914	13.292	14.099	14.938	18.772	21.023	163	163	163	232	259	292
Canarias	15.622	15.935	16.254	16.579	17.049	17.532	421	452	488	506	532	542
Cantabria	12.914	13.292	14.099	14.942	16.149	17.598	110	120	129	159	164	141
Castilla y León	12.914	13.292	14.099	14.681	15.857	17.118	447	474	502	764	813	838
Castilla - La Mancha	12.914	13.292	14.099	15.363	16.062	17.208	338	343	355	514	563	598
Cataluña	13.990	14.424	15.673	16.338	17.668	18.248	469	505	552	604	621	657
Comunidad Valenciana	14.154	14.986	15.286	16.141	16.889	18.214	576	627	722	841	932	927
Extremadura	12.914	13.292	14.099	15.196	16.342	16.909	122	137	139	262	278	268
Galicia	13.557	13.828	14.538	15.250	15.252	16.179	831	851	947	955	1.023	1.044
Madrid (Comunidad de)*	12.914	13.292	14.099	17.144	19.822	21.959				2.139	2.155	2.252
Murcia (Región de)	12.914	13.292	14.099	14.432	16.229	17.701	215	187	240	246	262	284
Navarra (Comunidad Foral de)	15.985	16.545	17.223	17.688	19.643	20.193	233	262	279	284	331	327
País Vasco	18.627	19.130	19.895	20.492	21.149	21.782	418	434	451	463	508	507
Rioja (La)	12.734	12.989	13.269	14.082	15.600	17.440	42	43	62	64	65	
Ceuta	12.914	13.292	14.099	14.432	16.087	17.778	15	16	16	23	23	27
Melilla	12.914	13.292	14.099	14.432	16.087	17.778	12	11	16	16	18	18
Retribución media**/Total	13.854	14.316	14.998	15.886	17.288	18.494	7.545	7.885	8.466	11.527	12.310	12.856
Desviación típica	1.387	1.420	1.386	1.338	1.689	1.981						
Coefficiente de variación	10,01	9,92	9,24	8,42	9,77	10,71						

* La Comunidad de Madrid no ha actualizado los datos de retribuciones y efectivos, las cifras que se presentan son, por tanto, las mismas que en el informe del grupo de julio 2005 y no se dispone de datos para el año 2004.

** Media ponderada por los efectivos poblacionales a 31 de diciembre. Las medias se refieren a las Comunidades para las que se dispone de datos tanto de retribuciones como de efectivos.

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Técnico especialista con turnicidad

	Porcentaje de variación interanual de las retribuciones								
	2000	2001	2002	2003	2004	TAM 99/04	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
Andalucía	3,60	4,60	3,03	9,81	5,88	5,36	5,23	3,74	4,10
Aragón	2,93	6,07	7,12	7,93	5,53	5,90	5,99	5,36	4,49
Asturias (Principado de)	2,93	6,07	6,65	9,04	7,52	6,42	6,15	5,20	4,49
Baleares (Islas)	2,93	6,07	5,95	25,67	12,00	10,24	9,80	4,97	4,49
Canarias	2,00	2,00	2,00	2,84	2,83	2,33	2,21	2,00	2,00
Cantabria	2,93	6,07	5,97	8,08	8,97	6,39	5,75	4,98	4,49
Castilla y León	2,93	6,07	4,13	8,01	7,96	5,80	5,27	4,37	4,49
Castilla - La Mancha	2,93	6,07	8,96	4,55	7,13	5,91	5,61	5,96	4,49
Cataluña	3,10	8,66	4,24	8,14	3,28	5,46	6,01	5,31	5,85
Comunidad Valenciana	5,88	2,00	5,60	4,63	7,85	5,17	4,52	4,48	3,92
Extremadura	2,93	6,07	7,78	7,54	3,47	5,54	6,06	5,57	4,49
Galicia	2,00	5,13	4,90	0,02	6,08	3,60	2,99	4,00	3,55
Madrid (Comunidad de)	2,93	6,07	21,60	15,62	10,78	11,20	11,31	9,91	4,49
Murcia (Región de)	2,93	6,07	2,36	12,45	9,07	6,51	5,88	3,77	4,49
Navarra (Comunidad Foral de)	3,50	4,10	2,70	11,05	2,80	4,78	5,29	3,43	3,80
País Vasco	2,70	4,00	3,00	3,20	2,99	3,18	3,22	3,23	3,35
Rioja (La)	2,00	2,16	6,12	10,78	11,80	6,49	5,20	3,41	2,08
Ceuta	2,93	6,07	2,36	11,47	10,51	6,60	5,65	3,77	4,49
Melilla	2,93	6,07	2,36	11,47	10,51	6,60	5,65	3,77	4,49
Total	3,34	4,76	5,92	8,82	6,98	5,95	5,69	4,67	4,05

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Auxiliar de Enfermería (UH) con Turnicidad

	Retribuciones medias anuales en euros						Efectivos profesionales a 31 de diciembre					
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Andalucía	11.816	12.216	12.741	13.117	14.418	15.212	12.642	12.813	12.786	12.774	13.365	13.376
Aragón	11.154	11.479	12.051	12.765	13.945	14.699	2.096	2.106	2.342	2.371	2.374	2.944
Asturias (Principado de)	11.154	11.479	12.051	12.970	14.195	15.303	2.035	2.037	2.039	2.038	2.047	2.057
Baleares (Islas)	11.154	11.479	12.051	12.738	16.010	17.443	1.105	1.083	1.081	1.372	1.491	1.659
Canarias	12.170	12.414	12.662	12.916	13.296	13.687	2.647	2.786	2.900	2.968	3.047	3.086
Cantabria	11.154	11.479	12.051	12.985	14.115	15.066	1.056	1.040	1.034	1.205	1.218	1.071
Castilla y León	11.154	11.479	12.051	12.633	13.657	14.695	3.363	3.399	3.389	4.483	4.576	4.740
Castilla - La Mancha	11.154	11.479	12.051	13.226	14.243	14.829	2.124	2.180	2.242	2.642	2.776	2.789
Cataluña	12.533	12.921	13.180	13.646	14.861	15.890	4.160	4.122	4.072	4.108	4.109	4.034
Comunidad Valenciana	12.211	12.824	13.080	13.842	14.519	15.672	6.790	6.890	6.951	7.095	7.260	6.639
Extremadura	11.154	11.479	12.051	13.136	14.120	14.819	1.433	1.449	1.456	1.777	1.823	1.827
Galicia	11.799	12.035	12.637	13.618	13.645	14.482	4.588	4.626	4.979	4.991	4.989	5.099
Madrid (Comunidad de)*	11.154	11.479	12.051	14.897	16.157	17.503				9.552	9.663	10.047
Murcia (Región de)	11.154	11.479	12.051	12.415	13.992	15.318	1.195	1.249	1.313	1.308	1.355	1.372
Navarra (Comunidad Foral de)	13.617	14.094	14.671	15.068	16.733	17.201	1.000	1.061	1.045	1.005	1.306	1.316
País Vasco	17.290	17.757	18.467	19.021	19.624	20.204	3.355	3.254	3.554	3.578	3.535	3.930
Rioja (La)	11.014	11.235	11.477	12.107	13.475	15.124	572	593	626	674	626	
Ceuta	11.154	11.479	12.051	12.415	13.882	15.381	82	85	85	86	90	93
Melilla	11.154	11.479	12.051	12.415	13.882	15.381	99	104	104	106	107	114
Retribución media**/Total	12.145	12.519	13.021	13.802	14.846	15.828	50.342	50.877	51.998	64.133	65.757	66.193
Desviación típica	1.469	1.486	1.558	1.467	1.438	1.530						
Coeficiente de variación	12,09	11,87	11,96	10,63	9,69	9,67						

* La Comunidad de Madrid no ha actualizado los datos de retribuciones y efectivos, las cifras que se presentan son, por tanto, las mismas que en el informe del grupo de julio 2005 y no se dispone de datos para el año 2004.

** Media ponderada por los efectivos poblacionales a 31 de diciembre. Las medias se refieren a las Comunidades para las que se dispone de datos tanto de retribuciones como de efectivos.

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Auxiliar de Enfermería (UH) con Turnicidad

	Porcentaje de variación interanual de las retribuciones								
	2000	2001	2002	2003	2004	TAM 99/04	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
Andalucía	3,39	4,30	2,95	9,92	5,50	5,18	5,10	3,54	3,84
Aragón	2,92	4,98	5,93	9,25	5,40	5,67	5,74	4,60	3,94
Asturias (Principado de)	2,92	4,98	7,62	9,44	7,80	6,53	6,21	5,16	3,94
Baleares (Islas)	2,92	4,98	5,70	25,69	8,95	9,36	9,46	4,53	3,94
Canarias	2,00	2,00	2,00	2,94	2,94	2,38	2,24	2,00	2,00
Cantabria	2,92	4,98	7,75	8,71	6,73	6,20	6,06	5,20	3,94
Castilla y León	2,92	4,98	4,83	8,11	7,61	5,67	5,19	4,24	3,94
Castilla - La Mancha	2,92	4,98	9,75	7,69	4,11	5,86	6,30	5,84	3,94
Cataluña	3,10	2,00	3,54	8,91	6,92	4,86	4,35	2,88	2,55
Comunidad Valenciana	5,02	2,00	5,83	4,89	7,94	5,12	4,42	4,27	3,50
Extremadura	2,92	4,98	9,00	7,49	4,95	5,85	6,07	5,60	3,94
Galicia	2,00	5,00	7,77	0,20	6,14	4,18	3,70	4,89	3,49
Madrid (Comunidad de)	2,92	4,98	23,62	8,46	8,33	9,43	9,71	10,13	3,94
Murcia (Región de)	2,92	4,98	3,02	12,71	9,47	6,55	5,83	3,63	3,94
Navarra (Comunidad Foral de)	3,50	4,10	2,70	11,05	2,80	4,78	5,29	3,43	3,80
País Vasco	2,70	4,00	3,00	3,17	2,96	3,16	3,22	3,23	3,35
Rioja (La)	2,00	2,16	5,49	11,29	12,24	6,55	5,17	3,21	2,08
Ceuta	2,92	4,98	3,02	11,82	10,80	6,64	5,62	3,63	3,94
Melilla	2,92	4,98	3,02	11,82	10,80	6,64	5,62	3,63	3,94
Total	3,08	4,01	5,99	7,57	6,61	5,44	5,15	4,35	3,54

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Técnico Función Administrativa

	Retribuciones medias anuales en euros						Efectivos profesionales a 31 de diciembre					
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Andalucía	25.437	25.903	26.421	27.181	28.325	29.304	283	300	308	313	351	346
Aragón	22.130	22.573	23.897	25.422	27.371	29.440	24	25	38	38	39	39
Asturias (Principado de)	22.130	22.573	23.897	24.875	26.336	27.701	44	44	45	43	45	45
Baleares (Islas)	22.130	22.573	23.897	25.247	32.833	36.458	31	28	28	31	33	36
Canarias	24.929	25.428	25.937	26.455	27.188	27.940	67	68	77	77	84	83
Cantabria	22.130	22.573	23.897	25.290	27.586	29.376	5	6	6	14	14	15
Castilla y León	22.130	22.573	23.897	24.823	26.857	29.015	38	42	40	73	73	73
Castilla - La Mancha	22.130	22.573	23.897	25.847	27.304	28.795	30	28	27	24	26	54
Cataluña	22.226	22.915	23.373	24.213	25.869	27.187	35	35	32	33	39	36
Comunidad Valenciana	22.805	24.571	25.062	26.297	27.401	29.279	64	64	66	68	76	74
Extremadura	22.130	22.573	23.897	25.149	26.426	27.883	11	9	11	35	39	50
Galicia	22.489	22.939	23.398	24.483	25.163	26.541	131	145	166	162	163	178
Madrid (Comunidad de)*	22.130	22.573	23.897	24.599	26.339	27.675				178	201	207
Murcia (Región de)	22.130	22.573	23.897	24.375	27.530	30.163	9	11	11	11	13	13
Navarra (Comunidad Foral de)	27.495	28.457	29.624	30.424	31.641	32.527	7	8	9	8	8	9
País Vasco	25.516	26.205	27.253	28.070	28.976	29.850	316	371	377	383	341	481
Rioja (La)	21.646	22.080	22.534	23.862	26.436	29.466	1	10	11	13	14	
Ceuta	22.130	22.573	23.897	24.375	26.907	29.495	4	5	5	5	5	4
Melilla	22.130	22.573	23.897	24.375	26.907	29.495	1	1	1	1	1	2
Retribución media**/Total	24.241	24.886	25.656	26.279	27.578	28.935	1.101	1.200	1.258	1.510	1.565	1.745
Desviación típica	1.532	1.558	1.567	1.476	1.491	1.572						
Coefficiente de variación	6,32	6,26	6,11	5,62	5,40	5,43						

* La Comunidad de Madrid no ha actualizado los datos de retribuciones y efectivos, las cifras que se presentan son, por tanto, las mismas que en el informe del grupo de julio 2005 y no se dispone de datos para el año 2004.

** Media ponderada por los efectivos poblacionales a 31 de diciembre. Las medias se refieren a las Comunidades para las que se dispone de datos tanto de retribuciones como de efectivos.

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Técnico Función Administrativa

	Porcentaje de variación interanual de las retribuciones									
	2000	2001	2002	2003	2004	TAM 99/04	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01	
Andalucía	1,83	2,00	2,88	4,21	3,46	2,87	2,72	2,24	1,92	
Aragón	2,00	5,87	6,38	7,67	7,56	5,87	5,46	4,73	3,92	
Asturias (Principado de)	2,00	5,87	4,09	5,87	5,18	4,59	4,45	3,97	3,92	
Baleares (Islas)	2,00	5,87	5,65	30,05	11,04	10,50	10,36	4,49	3,92	
Canarias	2,00	2,00	2,00	2,77	2,77	2,31	2,19	2,00	2,00	
Cantabria	2,00	5,87	5,83	9,08	6,49	5,83	5,66	4,55	3,92	
Castilla y León	2,00	5,87	3,87	8,20	8,03	5,57	4,96	3,90	3,92	
Castilla - La Mancha	2,00	5,87	8,16	5,64	5,46	5,41	5,39	5,31	3,92	
Cataluña	3,10	2,00	3,59	6,84	5,09	4,11	3,87	2,90	2,55	
Comunidad Valenciana	7,74	2,00	4,93	4,20	6,86	5,12	4,70	4,86	4,83	
Extremadura	2,00	5,87	5,24	5,08	5,51	4,73	4,54	4,35	3,92	
Galicia	2,00	2,00	4,64	2,78	5,47	3,37	2,85	2,87	2,00	
Madrid (Comunidad de)	2,00	5,87	2,94	7,08	5,07	4,57	4,45	3,59	3,92	
Murcia (Región de)	2,00	5,87	2,00	12,94	9,56	6,39	5,61	3,27	3,92	
Navarra (Comunidad Foral de)	3,50	4,10	2,70	4,00	2,80	3,42	3,57	3,43	3,80	
País Vasco	2,70	4,00	3,00	3,23	3,02	3,19	3,23	3,23	3,35	
Rioja (La)	2,00	2,06	5,89	10,79	11,46	6,36	5,12	3,30	2,03	
Ceuta	2,00	5,87	2,00	10,39	9,62	5,91	5,01	3,27	3,92	
Melilla	2,00	5,87	2,00	10,39	9,62	5,91	5,01	3,27	3,92	
Total	2,66	3,10	2,43	4,94	4,92	3,60	3,28	2,73	2,88	

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Gestión Función Administrativa

	Retribuciones medias anuales en euros						Efectivos profesionales a 31 de diciembre					
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Andalucía	19.021	19.369	19.757	20.350	21.388	22.223	280	287	297	300	327	345
Aragón	16.175	16.868	17.791	19.292	20.671	22.123	38	36	71	69	67	71
Asturias (Principado de)	16.175	16.868	17.791	19.214	20.706	22.072	77	77	83	84	85	77
Baleares (Islas)	16.175	16.868	17.791	19.230	22.896	25.896	34	35	34	53	59	65
Canarias	20.746	22.213	22.657	23.110	23.749	24.404	78	78	84	87	90	93
Cantabria	16.175	16.868	17.791	19.120	21.040	22.414	10	9	13	29	29	33
Castilla y León	16.175	16.868	17.791	18.926	20.448	21.916	83	79	82	155	156	156
Castilla - La Mancha	16.175	16.868	17.791	19.804	20.977	22.178	51	58	49	50	56	89
Cataluña	16.278	16.782	17.118	17.736	19.923	21.921	53	54	57	63	70	73
Comunidad Valenciana	16.593	18.670	19.044	20.008	20.882	22.373	77	81	84	85	87	94
Extremadura	16.175	16.868	17.791	19.371	20.528	21.808	34	33	36	25	26	40
Galicia	16.400	16.728	17.856	20.082	19.912	21.017	157	165	173	164	163	166
Madrid (Comunidad de)*	16.175	16.868	17.791	19.520	20.959	22.414				130	124	152
Murcia (Región de)	16.175	16.868	17.791	18.602	20.922	22.763	16	16	19	30	30	32
Navarra (Comunidad Foral de)	22.683	23.477	24.440	25.100	26.104	26.835	2	2	1	2	2	1
País Vasco	20.450	21.002	21.842	22.498	23.237	23.950	260	309	313	313	278	177
Rioja (La)	15.756	16.071	16.909	18.157	20.733	22.482	11	11	13	13	14	
Ceuta	16.175	16.868	17.791	18.602	20.635	22.712	7	6	7	7	7	4
Melilla	16.175	16.868	17.791	18.602	20.635	22.712	4	3	4	4	4	1
Retribución media**/Total	18.019	18.761	19.435	20.314	21.415	22.530	1.272	1.339	1.420	1.663	1.674	1.669
Desviación típica	1.866	1.907	1.810	1.457	1.208	1.096						
Coefficiente de variación	10,36	10,16	9,31	7,17	5,64	4,86						

* La Comunidad de Madrid no ha actualizado los datos de retribuciones y efectivos, las cifras que se presentan son, por tanto, las mismas que en el informe del grupo de julio 2005 y no se dispone de datos para el año 2004.

** Media ponderada por los efectivos poblacionales a 31 de diciembre. Las medias se refieren a las Comunidades para las que se dispone de datos tanto de retribuciones como de efectivos.

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Gestión Función Administrativa

	Porcentaje de variación interanual de las retribuciones									
	2000	2001	2002	2003	2004	TAM 99/04	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01	
Andalucía	1,83	2,00	3,00	5,10	3,91	3,16	2,98	2,28	1,92	
Aragón	4,28	5,47	8,44	7,15	7,03	6,46	6,32	6,05	4,88	
Asturias (Principado de)	4,28	5,47	8,00	7,76	6,60	6,41	6,37	5,91	4,88	
Baleares (Islas)	4,28	5,47	8,09	19,07	13,10	9,87	9,08	5,94	4,88	
Canarias	7,07	2,00	2,00	2,76	2,76	3,30	3,44	3,66	4,50	
Cantabria	4,28	5,47	7,47	10,04	6,53	6,74	6,80	5,73	4,88	
Castilla y León	4,28	5,47	6,38	8,04	7,18	6,26	6,04	5,38	4,88	
Castilla - La Mancha	4,28	5,47	11,31	5,93	5,73	6,52	6,72	6,98	4,88	
Cataluña	3,10	2,00	3,61	12,33	10,03	6,13	5,18	2,90	2,55	
Comunidad Valenciana	12,52	2,00	5,06	4,37	7,14	6,16	5,92	6,44	7,13	
Extremadura	4,28	5,47	8,88	5,97	6,24	6,16	6,14	6,20	4,88	
Galicia	2,00	6,74	12,47	-0,85	5,55	5,09	4,97	6,98	4,34	
Madrid (Comunidad de)	4,28	5,47	9,72	7,37	6,94	6,74	6,69	6,47	4,88	
Murcia (Región de)	4,28	5,47	4,56	12,47	8,80	7,07	6,65	4,77	4,88	
Navarra (Comunidad Foral de)	3,50	4,10	2,70	4,00	2,80	3,42	3,57	3,43	3,80	
País Vasco	2,70	4,00	3,00	3,28	3,07	3,21	3,24	3,23	3,35	
Rioja (La)	2,00	5,21	7,38	14,19	8,43	7,37	7,10	4,84	3,59	
Ceuta	4,28	5,47	4,56	10,93	10,07	7,02	6,28	4,77	4,88	
Melilla	4,28	5,47	4,56	10,93	10,07	7,02	6,28	4,77	4,88	
Total	4,12	3,59	4,53	5,42	5,21	4,57	4,41	4,08	3,85	

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Administrativo Función Administrativa

	Retribuciones medias anuales en euros						Efectivos profesionales a 31 de diciembre					
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Andalucía	14.666	14.934	15.233	15.687	16.631	17.287	2.430	2.478	2.668	2.587	2.632	2.645
Aragón	12.408	12.777	13.418	14.600	15.769	16.728	132	139	200	197	197	223
Asturias (Principado de)	12.408	12.777	13.418	14.500	15.848	17.070	254	255	255	255	264	256
Baleares (Islas)	12.408	12.777	13.418	14.443	18.284	20.552	85	84	80	167	175	176
Canarias	15.117	15.419	15.728	16.042	16.502	16.974	124	123	131	135	139	139
Cantabria	12.408	12.777	13.418	14.256	15.502	17.040	56	50	52	87	87	89
Castilla y León	12.408	12.777	13.418	14.145	15.310	16.526	326	317	311	462	472	470
Castilla - La Mancha	12.408	12.777	13.418	14.827	15.728	16.650	107	107	101	85	84	136
Cataluña	14.058	14.493	14.783	15.313	17.179	17.838	424	435	455	456	481	495
Comunidad Valenciana	13.471	14.563	14.854	15.685	16.410	17.696	530	525	527	528	531	527
Extremadura	12.408	12.777	13.418	14.660	15.718	16.822	76	64	68	58	60	69
Galicia	12.741	12.996	13.689	15.166	15.167	16.092	363	353	363	335	334	331
Madrid (Comunidad de)*	12.408	12.777	13.418	14.796	16.757	18.403				932	975	1.121
Murcia (Región de)	12.408	12.777	13.418	13.895	15.682	17.113	135	135	135	136	136	136
Navarra (Comunidad Foral de)	16.483	17.060	17.760	18.239	18.969	19.500	19	18	17	17	18	17
País Vasco	17.298	17.765	18.476	19.030	19.645	20.238	406	402	403	400	386	433
Rioja (La)	12.079	12.320	12.812	13.545	15.532	16.883	28	34	36	36	40	
Ceuta	12.408	12.777	13.418	13.895	15.540	17.220	13	14	11	15	15	14
Melilla	12.408	12.777	13.418	13.895	15.540	17.220	8	8	7	6	11	6
Retribución media**/Total	14.087	14.491	14.915	15.426	16.606	17.628	5.516	5.541	5.820	6.894	7.037	7.283
Desviación típica	1.317	1.304	1.247	1.073	964	1.010						
Coefficiente de variación	9,35	9,00	8,36	6,96	5,81	5,73						

* La Comunidad de Madrid no ha actualizado los datos de retribuciones y efectivos, las cifras que se presentan son, por tanto, las mismas que en el informe del grupo de julio 2005 y no se dispone de datos para el año 2004.

** Media ponderada por los efectivos poblacionales a 31 de diciembre. Las medias se refieren a las Comunidades para las que se dispone de datos tanto de retribuciones como de efectivos.

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Administrativo Función Administrativa

	Porcentaje de variación interanual de las retribuciones									
	2000	2001	2002	2003	2004	TAM 99/04	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01	
Andalucía	1,83	2,00	2,98	6,02	3,94	3,34	3,19	2,27	1,92	
Aragón	2,97	5,02	8,81	8,01	6,08	6,16	6,17	5,57	3,99	
Asturias (Principado de)	2,97	5,02	8,06	9,30	7,71	6,59	6,31	5,33	3,99	
Baleares (Islas)	2,97	5,02	7,64	26,60	12,40	10,62	10,18	5,19	3,99	
Canarias	2,00	2,00	2,00	2,87	2,86	2,34	2,22	2,00	2,00	
Cantabria	2,97	5,02	6,25	8,74	9,92	6,55	5,72	4,74	3,99	
Castilla y León	2,97	5,02	5,41	8,24	7,95	5,90	5,39	4,46	3,99	
Castilla - La Mancha	2,97	5,02	10,50	6,08	5,86	6,06	6,11	6,11	3,99	
Cataluña	3,10	2,00	3,58	12,19	3,84	4,88	5,14	2,89	2,55	
Comunidad Valenciana	8,10	2,00	5,59	4,62	7,84	5,61	5,06	5,20	5,01	
Extremadura	2,97	5,02	9,25	7,22	7,03	6,28	6,09	5,71	3,99	
Galicia	2,00	5,33	10,79	0,01	6,10	4,78	4,45	5,98	3,65	
Madrid (Comunidad de)	2,97	5,02	10,27	13,25	9,82	8,20	7,80	6,04	3,99	
Murcia (Región de)	2,97	5,02	3,55	12,86	9,13	6,64	6,03	3,84	3,99	
Navarra (Comunidad Foral de)	3,50	4,10	2,70	4,00	2,80	3,42	3,57	3,43	3,80	
País Vasco	2,70	4,00	3,00	3,23	3,02	3,19	3,23	3,23	3,35	
Rioja (La)	2,00	3,99	5,72	14,66	8,70	6,93	6,49	3,89	2,99	
Ceuta	2,97	5,02	3,55	11,83	10,81	6,77	5,79	3,84	3,99	
Melilla	2,97	5,02	3,55	11,83	10,81	6,77	5,79	3,84	3,99	
Total	2,87	2,92	3,42	7,65	6,15	4,59	4,20	3,07	2,90	

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Auxiliar Función Administrativa

	Retribuciones medias anuales en euros						Efectivos profesionales a 31 de diciembre					
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Andalucía	12.382	12.609	12.861	13.240	14.164	14.837	3.917	4.115	4.298	4.357	4.976	5.123
Aragón	10.643	10.946	11.474	12.669	13.575	14.370	1.055	1.052	1.185	1.220	1.230	1.319
Asturias (Principado de)	10.643	10.946	11.474	12.739	13.959	15.063	1.091	1.129	1.136	1.136	1.150	1.169
Baleares (Islas)	10.643	10.946	11.474	12.150	15.090	17.112	576	575	584	683	761	782
Canarias	11.997	12.237	12.482	12.731	13.108	13.495	1.412	1.460	1.531	1.617	1.719	1.781
Cantabria	10.643	10.946	11.474	12.708	14.440	14.453	531	534	537	593	611	636
Castilla y León	10.643	10.946	11.474	12.402	13.421	14.447	1.780	1.832	1.857	2.140	2.202	2.239
Castilla - La Mancha	10.643	10.946	11.474	12.995	13.783	14.217	1.293	1.308	1.364	1.402	1.493	1.790
Cataluña	12.962	13.364	13.632	14.113	15.238	15.782	3.571	3.646	3.793	3.996	4.095	4.167
Comunidad Valenciana	12.093	12.335	12.574	13.317	13.957	15.113	2.870	3.035	3.055	3.175	3.290	3.350
Extremadura	10.643	10.946	11.474	12.547	13.520	14.525	836	853	862	1.052	1.082	1.131
Galicia	11.305	11.531	12.122	13.340	13.361	14.193	2.125	2.076	2.227	2.188	2.194	2.213
Madrid (Comunidad de)*	10.643	10.946	11.474	12.710	13.927	15.525				3.596	3.632	4.142
Murcia (Región de)	10.643	10.946	11.474	12.184	13.757	15.043	597	597	663	715	770	838
Navarra (Comunidad Foral de)	14.155	14.651	15.251	15.663	16.290	16.746	625	680	647	667	707	703
País Vasco	16.135	16.571	17.233	17.750	18.316	18.862	1.452	1.464	1.515	1.530	1.534	1.786
Rioja (La)	10.948	11.176	11.328	11.876	13.677	14.884	164	168	188	199	188	
Ceuta	10.643	10.946	11.474	11.826	13.281	15.141	56	58	62	59	64	50
Melilla	10.643	10.946	11.474	11.826	13.281	15.141	60	61	61	67	71	53
Retribución media**/Total	12.009	12.316	12.711	13.350	14.279	15.182	24.011	24.643	25.565	30.392	31.769	33.272
Desviación típica	1.404	1.440	1.433	1.208	1.135	1.140						
Coefficiente de variación	11,69	11,69	11,27	9,05	7,95	7,51						

* La Comunidad de Madrid no ha actualizado los datos de retribuciones y efectivos, las cifras que se presentan son, por tanto, las mismas que en el informe del grupo de julio 2005 y no se dispone de datos para el año 2004.

** Media ponderada por los efectivos poblacionales a 31 de diciembre. Las medias se refieren a las Comunidades para las que se dispone de datos tanto de retribuciones como de efectivos.

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Auxiliar Función Administrativa

	Porcentaje de variación interanual de las retribuciones									
	2000	2001	2002	2003	2004	TAM 99/04	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01	
Andalucía	1,83	2,00	2,94	6,98	4,75	3,68	3,42	2,26	1,92	
Aragón	2,85	4,82	10,41	7,15	5,85	6,19	6,27	5,98	3,83	
Asturias (Principado de)	2,85	4,82	11,03	9,58	7,90	7,19	7,02	6,17	3,83	
Baleares (Islas)	2,85	4,82	5,89	24,21	13,40	9,96	9,12	4,51	3,83	
Canarias	2,00	2,00	2,00	2,96	2,95	2,38	2,24	2,00	2,00	
Cantabria	2,85	4,82	10,75	13,63	0,09	6,31	7,93	6,09	3,83	
Castilla y León	2,85	4,82	8,09	8,22	7,64	6,30	5,97	5,23	3,83	
Castilla - La Mancha	2,85	4,82	13,26	6,06	3,15	5,96	6,68	6,88	3,83	
Cataluña	3,10	2,00	3,53	7,97	3,57	4,01	4,13	2,88	2,55	
Comunidad Valenciana	2,00	1,94	5,91	4,80	8,28	4,56	3,65	3,27	1,97	
Extremadura	2,85	4,82	9,36	7,75	7,43	6,42	6,16	5,64	3,83	
Galicia	2,00	5,13	10,05	0,16	6,23	4,66	4,27	5,67	3,55	
Madrid (Comunidad de)	2,85	4,82	10,78	9,57	11,48	7,84	6,95	6,09	3,83	
Murcia (Región de)	2,85	4,82	6,19	12,91	9,35	7,17	6,63	4,61	3,83	
Navarra (Comunidad Foral de)	3,50	4,10	2,70	4,00	2,80	3,42	3,57	3,43	3,80	
País Vasco	2,70	4,00	3,00	3,19	2,98	3,17	3,22	3,23	3,35	
Rioja (La)	2,08	1,36	4,84	15,16	8,82	6,33	5,72	2,75	1,72	
Ceuta	2,85	4,82	3,07	12,31	14,00	7,30	5,69	3,58	3,83	
Melilla	2,85	4,82	3,07	12,31	14,00	7,30	5,69	3,58	3,83	
Total	2,56	3,21	5,02	6,95	6,33	4,80	4,42	3,59	2,88	

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Celador con turnos atención directa al enfermo

	Retribuciones medias anuales en euros						Efectivos profesionales a 31 de diciembre					
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Andalucía	11.208	11.414	12.024	12.465	13.688	13.909	4.743	4.796	4.732	4.701	4.924	5.098
Aragón	10.985	11.277	11.794	12.561	13.432	14.110	605	623	903	920	922	1.009
Asturias (Principado de)	10.985	11.277	11.794	12.559	13.570	14.493	766	786	790	790	821	803
Baleares (Islas)	10.985	11.277	11.794	12.738	15.239	16.536	418	417	395	508	545	555
Canarias	11.435	11.664	11.898	12.136	12.492	12.858	741	753	799	821	874	901
Cantabria	10.985	11.277	11.794	12.554	13.471	14.878	296	299	324	482	492	384
Castilla y León	10.985	11.277	11.794	12.308	13.185	14.116	1.145	1.165	1.182	2.058	2.109	2.155
Castilla - La Mancha	10.985	11.277	11.794	13.303	14.017	14.227	798	806	830	1.276	1.349	1.367
Cataluña	11.583	11.942	12.181	12.609	13.763	14.177	2.262	2.274	2.236	2.207	2.123	2.203
Comunidad Valenciana	11.855	12.329	12.575	13.227	13.824	14.844	2.859	2.951	2.965	3.064	3.141	3.188
Extremadura	10.985	11.277	11.794	12.765	13.651	14.306	554	557	567	924	951	1.028
Galicia	11.217	11.441	11.977	12.836	12.885	13.670	2.368	2.392	2.538	2.526	2.531	2.536
Madrid (Comunidad de)*	10.985	11.277	11.794	14.242	15.215	16.094				3.618	3.688	3.704
Murcia (Región de)	10.985	11.277	11.794	12.134	13.456	14.636	396	398	401	416	432	444
Navarra (Comunidad Foral de)	12.945	13.398	13.847	14.324	15.012	15.432	375	396	411	401	451	439
País Vasco	15.181	16.194	16.842	17.347	17.899	18.431	816	805	831	831	849	1.269
Rioja (La)	10.265	10.471	10.696	11.847	12.984	14.228	168	175	181	184	205	
Ceuta	10.985	11.277	11.794	12.134	13.321	14.535	35	39	40	39	40	46
Melilla	10.985	11.277	11.794	12.134	13.321	14.535	26	27	27	27	34	34
Retribución media**/Total	11.492	11.817	12.273	13.072	13.945	14.670	19.371	19.659	20.152	25.793	26.481	27.163
Desviación típica	862	1.013	1.021	1.016	1.026	1.185						
Coefficiente de variación	7,50	8,57	8,32	7,77	7,36	8,08						

* La Comunidad de Madrid no ha actualizado los datos de retribuciones y efectivos, las cifras que se presentan son, por tanto, las mismas que en el informe del grupo de julio 2005 y no se dispone de datos para el año 2004.

** Media ponderada por los efectivos poblacionales a 31 de diciembre. Las medias se refieren a las Comunidades para las que se dispone de datos tanto de retribuciones como de efectivos.

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Celador con turnos atención directa al enfermo

	Porcentaje de variación interanual de las retribuciones									
	2000	2001	2002	2003	2004	TAM 99/04	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01	
Andalucía	1,83	5,34	3,67	9,81	1,61	4,41	5,12	3,61	3,57	
Aragón	2,66	4,58	6,51	6,93	5,04	5,13	5,16	4,57	3,61	
Asturias (Principado de)	2,66	4,58	6,49	8,05	6,80	5,70	5,42	4,56	3,61	
Baleares (Islas)	2,66	4,58	8,01	19,63	8,52	8,52	8,53	5,06	3,61	
Canarias	2,00	2,00	2,00	2,94	2,93	2,37	2,23	2,00	2,00	
Cantabria	2,66	4,58	6,45	7,30	10,45	6,25	5,23	4,55	3,61	
Castilla y León	2,66	4,58	4,36	7,13	7,07	5,14	4,67	3,86	3,61	
Castilla - La Mancha	2,66	4,58	12,80	5,37	1,50	5,31	6,28	6,59	3,61	
Cataluña	3,10	2,00	3,51	9,15	3,01	4,12	4,40	2,87	2,55	
Comunidad Valenciana	4,00	2,00	5,18	4,51	7,37	4,60	3,92	3,72	2,99	
Extremadura	2,66	4,58	8,24	6,94	4,80	5,42	5,58	5,13	3,61	
Galicia	2,00	4,68	7,17	0,39	6,09	4,04	3,53	4,60	3,33	
Madrid (Comunidad de)	2,66	4,58	20,76	6,83	5,78	7,94	8,48	9,04	3,61	
Murcia (Región de)	2,66	4,58	2,89	10,90	8,77	5,91	5,20	3,37	3,61	
Navarra (Comunidad Foral de)	3,50	3,35	3,44	4,81	2,80	3,58	3,77	3,43	3,43	
País Vasco	6,67	4,00	3,00	3,18	2,97	3,96	4,20	4,55	5,33	
Rioja (La)	2,00	2,15	10,77	9,60	9,58	6,75	6,05	4,89	2,07	
Ceuta	2,66	4,58	2,89	9,79	9,11	5,76	4,94	3,37	3,61	
Melilla	2,66	4,58	2,89	9,79	9,11	5,76	4,94	3,37	3,61	
Total	2,83	3,86	6,51	6,68	5,20	5,00	4,95	4,39	3,34	

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Pinche sin turnos

	Retribuciones medias anuales en euros						Efectivos profesionales a 31 de diciembre					
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Andalucía	11.000	11.202	11.426	11.679	12.658	13.294	2.337	2.401	2.383	2.368	2.385	2.398
Aragón	10.228	10.505	10.970	11.708	12.539	13.196	364	362	365	365	365	366
Asturias (Principado de)	10.228	10.505	10.970	11.719	12.704	13.602	317	319	318	318	321	321
Baleares (Islas)	10.228	10.505	10.970	11.556	14.633	15.982	147	146	146	146	146	146
Canarias	10.678	10.892	11.110	11.332	11.665	12.005	336	335	343	345	353	352
Cantabria	10.228	10.505	10.970	11.533	12.675	13.465	170	160	145	158	158	158
Castilla y León	10.228	10.505	10.970	11.467	12.319	13.225	653	665	660	668	674	675
Castilla - La Mancha	10.228	10.505	10.970	11.962	12.641	13.336	410	410	399	421	436	456
Cataluña	10.899	11.237	11.462	11.865	12.994	13.593	466	442	416	413	407	333
Comunidad Valenciana	10.715	11.166	11.389	12.017	12.567	13.538	1.068	1.080	1.035	995	982	962
Extremadura	10.228	10.505	10.970	11.925	12.794	13.390	333	348	341	341	357	389
Galicia	10.256	10.460	10.976	12.021	12.046	12.806	765	778	813	826	826	835
Madrid (Comunidad de)*	10.228	10.505	10.970	11.804	12.630	13.465				1.344	1.356	1.312
Murcia (Región de)	10.228	10.505	10.970	11.293	12.591	13.710	70	70	70	72	72	73
Navarra (Comunidad Foral de)	12.644	13.086	13.623	13.991	14.550	14.958	83	45	37	8	3	2
País Vasco	14.071	14.451	15.029	15.480	15.972	16.447	338	375	386	392	401	393
Rioja (La)	9.978	10.318	10.397	11.028	12.136	13.834	90	89	97	92	112	
Ceuta	10.228	10.505	10.970	11.294	12.456	13.644	15	15	15	15	15	15
Melilla	10.228	10.505	10.970	11.294	12.456	13.644	18	19	18	15	16	16
Retribución media**/Total	10.765	11.049	11.394	11.915	12.711	13.454	7.980	8.059	7.987	9.302	9.385	9.202
Desviación típica	800	840	867	777	786	787						
Coefficiente de variación	7,43	7,60	7,61	6,52	6,18	5,85						

* La Comunidad de Madrid no ha actualizado los datos de retribuciones y efectivos, las cifras que se presentan son, por tanto, las mismas que en el informe del grupo de julio 2005 y no se dispone de datos para el año 2004.

** Media ponderada por los efectivos poblacionales a 31 de diciembre. Las medias se refieren a las Comunidades para las que se dispone de datos tanto de retribuciones como de efectivos.

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Pinche sin turnos

	Porcentaje de variación interanual de las retribuciones								
	2000	2001	2002	2003	2004	TAM 99/04	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
Andalucía	1,83	2,00	2,22	8,38	5,02	3,86	3,57	2,02	1,92
Aragón	2,71	4,42	6,72	7,10	5,24	5,23	5,22	4,61	3,56
Asturias (Principado de)	2,71	4,42	6,83	8,41	7,06	5,87	5,57	4,64	3,56
Baleares (Islas)	2,71	4,42	5,34	26,63	9,22	9,34	9,37	4,15	3,56
Canarias	2,00	2,00	2,00	2,93	2,92	2,37	2,23	2,00	2,00
Cantabria	2,71	4,42	5,13	9,90	6,24	5,65	5,51	4,08	3,56
Castilla y León	2,71	4,42	4,53	7,43	7,35	5,27	4,76	3,88	3,56
Castilla - La Mancha	2,71	4,42	9,05	5,68	5,50	5,45	5,44	5,36	3,56
Cataluña	3,10	2,00	3,52	9,52	4,60	4,52	4,49	2,87	2,55
Comunidad Valenciana	4,21	2,00	5,51	4,57	7,73	4,79	4,07	3,90	3,10
Extremadura	2,71	4,42	8,70	7,29	4,66	5,54	5,76	5,25	3,56
Galicia	2,00	4,93	9,52	0,21	6,31	4,54	4,10	5,44	3,45
Madrid (Comunidad de)	2,71	4,42	7,60	7,00	6,61	5,65	5,41	4,89	3,56
Murcia (Región de)	2,71	4,42	2,95	11,49	8,89	6,04	5,33	3,36	3,56
Navarra (Comunidad Foral de)	3,50	4,10	2,70	4,00	2,80	3,42	3,57	3,43	3,80
País Vasco	2,70	4,00	3,00	3,18	2,97	3,17	3,22	3,23	3,35
Rioja (La)	3,41	0,76	6,07	10,05	13,99	6,75	5,02	3,39	2,08
Ceuta	2,71	4,42	2,95	10,29	9,54	5,93	5,05	3,36	3,56
Melilla	2,71	4,42	2,95	10,29	9,54	5,93	5,05	3,36	3,56
Total	2,64	3,12	4,57	6,68	5,85	4,56	4,24	3,44	2,88

Página 279

Se inserta el siguiente texto como nota a pie de página tras el título **V.2.6.6. Los gastos de capital**

El análisis de los gastos de capital debe tener en cuenta que, en algunas comunidades, las infraestructuras sanitarias de mayor volumen se financian mediante sistemas de concesión administrativa. En sus diversas variantes, estos esquemas han sido aplicados en casi todas las Comunidades Autónomas por lo que, al no tener reflejo en el presupuesto, se está subestimando el importante esfuerzo inversor realizado. El impacto en el presupuesto vendrá recogido en los ejercicios futuros, mediante los gastos de funcionamiento de los centros. Mientras que en los ejercicios de referencia el presupuesto sólo incluye equipamientos o reposición de algunos centros. En este sentido sería preciso, para realizar la comparación sobre bases homogéneas, incorporar el coste de la inversión realizada, con independencia del sistema de contratación o financiación seguido.

Página 337

Se suprime del documento el apartado:

V.3.5. Peso del gasto sanitario por persona protegida en la Renta Bruta disponible de los Hogares per capita

El indicador utilizado en este apartado es una aproximación al indicador que mide el peso del consumo final efectivo en servicios de salud en la renta de los hogares. Es preciso utilizar la renta disponible ajustada bruta.

Discrepancias sobre las cifras consignadas

“Se detectan diferencias entre las cifras remitidas de gasto y las reflejadas en el informe, por lo que se remite un fichero anexo en Excel cuantificando estas diferencias. Consideramos necesario depurar estas diferencias antes de que se emita el informe final porque puede afectar al análisis que contiene el documento”

En el archivo enviado por la Comunidad, la columna TOTAL coincide con los datos de gasto consolidado del sector en EGSP (Fichas enviadas por la Comunidad) y coincide asimismo la deuda generada/amortizada en el ejercicio utilizada para el cálculo del gasto real.

Consecuentemente, la diferencia entre las cifras del borrador de informe y las que la Comunidad recoge como TOTAL GASTO REAL en el archivo enviado, es CERO en cuanto a totales.

Se desconoce de donde salen las cifras que figuran en la columna MINISTERIO y si las diferencias detectadas se refieren a las cifras de esta columna.

Se procederá analizar las cifras para localizar las posibles diferencias, de composición pero hay que recordar lo que se señaló al principio de este escrito sobre la determinación del gasto real de 2005 y especialmente la clasificación funcional del gasto desplazado, a observaciones de Asturias y Canarias.

V.4.2.11.2 desplazados temporales (Página 475)

En relación con esta alegación de Madrid donde manifiesta discrepancias entre sus datos y los del Informe, estamos de acuerdo con su afirmación: La información debería ser totalmente coincidente dado que en ambos casos se trata de la explotación del CMBD que remite la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid al Ministerio de Sanidad y Consumo y que a su vez ha sido utilizada para la elaboración del informe.

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Con el fin de valorar esta alegación de disconformidad con los datos de pacientes atendidos en sus hospitales procedentes de otras comunidades autónomas, se informa sobre el proceso de validación de los datos CMBD enviados por la Comunidad de Madrid y que se encuentran recogidos en el Repositorio de información del SNS relativos al Registro de altas de hospitalización del año 2004

1.- De acuerdo con los datos obrantes en el repositorio de información del SNS respecto a la auditoria de carga de ficheros del CMBD, en la carga de datos del CMBD de la CCAA de Madrid, fueron rechazados como no válidos 918 registros con un total de 1024 errores detectados (dichos registros están disponibles para su consulta). De ellos, 35 tenían el código de residencia de Madrid, en 84 el campo de residencia no era válido, y el resto (799) eran altas con código de residencia diferente de la CCAA de atención (Madrid).

2.- La base de datos de 2004 validada incluye para Madrid 412.126 altas, habiéndose excluido además de los registros con errores, aquellos con estancia 0 cuyo código de alta fuera diferente de altas voluntarias, éxitus o traslados.

Las altas de hospitalización validadas finalmente de los hospitales de la Comunidad de Madrid, se distribuyen según Comunidad Autónoma de residencia de la siguiente forma:

Com. Autónoma Hospital	Com. Autónoma Residencia	Casos
MADRID (COMUNIDAD DE)	ANDALUCÍA	955
MADRID (COMUNIDAD DE)	ARAGÓN	135
MADRID (COMUNIDAD DE)	ASTURIAS (PRINCIPADO DE)	264
MADRID (COMUNIDAD DE)	BALEARIS (ILLES)	137
MADRID (COMUNIDAD DE)	CANARIAS	352
MADRID (COMUNIDAD DE)	CANTABRIA	165
MADRID (COMUNIDAD DE)	CASTILLA - LA MANCHA	6.619
MADRID (COMUNIDAD DE)	CASTILLA Y LEÓN	3.562
MADRID (COMUNIDAD DE)	CATALUÑA	135
MADRID (COMUNIDAD DE)	CEUTA	140
MADRID (COMUNIDAD DE)	COMUNIDAD VALENCIANA	383
MADRID (COMUNIDAD DE)	EXTRANJERO	239
MADRID (COMUNIDAD DE)	EXTREMADURA	1.924
MADRID (COMUNIDAD DE)	GALICIA	405
MADRID (COMUNIDAD DE)	MADRID (COMUNIDAD DE)	394.725
MADRID (COMUNIDAD DE)	MELILLA	38
MADRID (COMUNIDAD DE)	MURCIA (REGION DE)	330
MADRID (COMUNIDAD DE)	NAVARRA (COMUNIDAD FORAL)	50
MADRID (COMUNIDAD DE)	Otros	1.197
MADRID (COMUNIDAD DE)	PAIS VASCO	242
MADRID (COMUNIDAD DE)	RIOJA (LA)	129
	Suma:	412.126

3.- No es posible hacer el análisis de procedencia de los pacientes atendidos sin hospitalización (cirugía sin ingreso y hospital de día porque la totalidad de registros de esa comunidad presentan el código de residencia en blanco).

4.- Por otra parte se aprecia en la tabla que aporta Madrid (los datos de la 1ª columna procedentes del Informe del Gasto) un cambio de cifras entre las CA de Castilla la Mancha y Castilla y León:

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

2004				
Comunidad de atención	Datos		Diferencia	
	Datos informe	Datos Comunidad de Madrid		
Andalucía	955	1.266	311	
Aragón	135	247	112	
Asturias (principado de)	264	315	51	
Baleares (islas)	137	325	188	
Canarias	352	398	46	
Cantabria	165	213	48	
Castilla y León	3562	6.619	4.771	1209 -1.848
Castilla - la mancha	6.619	3.562	7.627	1008 4.065
Cataluña	135	166	31	
Comunidad valenciana	383	405	22	
Extremadura	1.924	2.041	117	
Galicia	405	463	58	
Madrid (comunidad de)		0	0	
Murcia (región de)	330	408	78	
Navarra (comunidad foral de)	50	152	102	
País vasco	242	237	-5	
Rioja (la)	129	194	65	
Ceuta	140	45	-95	
Melilla	38	54	16	
Total	15.965	19.327	3.362	

Por lo que se refiere al resto de alegaciones de la Comunidad de Madrid que afectan al apartado V del informe, éstas no generan más modificaciones por las siguientes razones:

1. **Página 335** V.3.4 peso del gasto sanitario por persona protegida en el PIB per capita

Ya se ha aclarado con las modificaciones introducidas en la página 183

2. **Página. 355** V.3.15 población protegida equivalente

Desde que se emitió el informe anterior nadie ha propuesto ni una nueva metodología ni someter ésta a una revisión

3. **Página 528** V.5 Resultados en salud

Se han actualizado todos los datos del informe anterior excepto el detalle relativo a la mortalidad que son datos estructurales de escasa variación en dos años

Por lo que se refiere al análisis de la eficiencia, el nivel de desagregación de los datos disponibles no permite profundizar más.

Región de Murcia

Observaciones genéricas

“El Informe presenta la información utilizando indistintamente los criterios de “Gasto Liquidado”, “Gasto Real” y “Gasto Consolidado” sin una definición exacta de los mismos, lo que induce a error y no permite la comparación en muchos casos”.

En el informe sólo se dan cifras de gasto liquidado de 2005 y 2006 en el apartado III (páginas 111-112) en lo relativo al seguimiento del destino de los recursos incorporados en los Presupuestos Generales del Estado para incrementar las aportaciones al Sistema Nacional de la Salud en los términos previstos en el punto 1 de la Segunda Conferencia de Presidentes.

En todo el resto del informe se maneja una cifra única de gasto para cada CCAA, el gasto real obtenido según se explica en el mismo. Este gasto es consolidado GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR (Cabecera de la tabla en la página 180) en el sentido de eliminar las transferencias entre agentes de la misma Comunidad.

En el apartado V.1 se habla de APORTACIÓN AL GASTO TOTAL CONSOLIDADO y de GASTO TOTAL CONSOLIDADO para referirse a la consolidación de las transferencias entre sectores distintos para calcular el gasto sanitario público total pero siempre partiendo en el caso del sector CCAA del gasto real.

Como señala la CA de Murcia además, en su caso gasto (consolidado) real y gasto (consolidado) liquidado son el mismo. No se entiende a que errores puede referirse por tanto en relación con el **punto V.2., “GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR COMUNIDADES AUTÓNOMAS”** cuando señala errores “en el cuadro “Porcentaje del gasto sanitario acumulado sobre el real del ejercicio” de la página 175, ya que los mismos no se han obtenido con el gasto sanitario real, como indica la denominación del mismo, sino con el gasto sanitario consolidado”.

En la página 173. Se cambiará el texto referido a Murcia:

“Las cifras reflejan las deudas con proveedores privados, registradas en contabilidad financiera, que estaban contabilizadas en las cifras EGSP y no afectan al cálculo del gasto real.”

Por el propuesto por la Comunidad:

En el caso concreto de la Región de Murcia, el Gasto Liquidado coincide con el Gasto Real, en tanto que no existe Gasto Desplazado. El Servicio Murciano de Salud se constituye como ente público empresarial de tal forma que no tiene presupuesto limitativo reconociéndose los gastos conforme a su devengo. Por ello, en su caso, el posible déficit generado en el Servicio Murciano de Salud se compensa con el superávit de la Administración General de la Comunidad Autónoma en los años de referencia.

Los datos aportados para la confección del cuadro de Gasto Desplazado se han obtenido de la comparativa entre Contabilidad Financiera y Contabilidad Presupuestaria exclusivamente por cuestiones metodológicas, de modo que resulten homogéneos con el resto de Comunidades Autónomas.

Respecto al punto V.2.6.1. “REMUNERACIÓN DEL PERSONAL”, especialmente en los cuadros de la páginas 211 y 212.

“Consideramos que la petición de datos de efectivos puede haber pecado de falta de instrucciones claras. Así y, valga de ejemplo, se solicitaron en su día, las retribuciones y número de efectivos de enfermeros/DUE (UH) con turnicidad y, sin embargo, parece obvio que existen Comunidades que han dado los datos conforme se pedían, es decir solo del número de enfermeros (UH) que realicen turnos y otras que han dado el conjunto de personal de enfermería (en nuestro caso se dieron los dos datos y se escogió el dato reducido).

Esto sin entrar en otros datos, en principio, no coherentes, como es el salto excesivo en las cifras de personal ofrecidas en varias comunidades entre el año

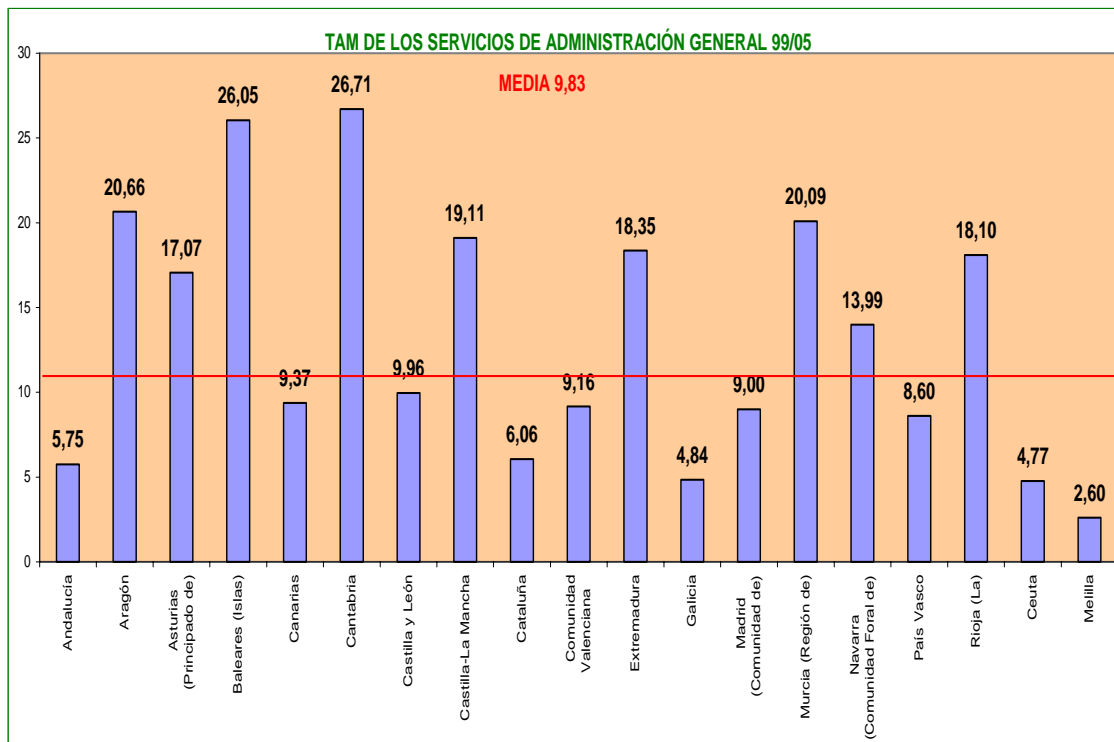
2001 y 2002 (entendemos que si tenían parte del servicio sanitario propio y parte del INSALUD en el 2001 y anteriores, se debía haber dado la cifra sumada)."

Se han enviado informes de situación para que confirmaran o modificasen los datos en dos ocasiones y ahora tampoco se indica cuál es el dato correcto de Murcia.

En el punto V.2.7.4.2, "GASTOS DE ADMINISTRACIÓN GENERAL"

"Se observa un error en los datos del gráfico de la página 306, "TAM de los Servicios de Administración General 99/05", debido a que, en el mismo se indican las TAM 99/04, como se recogen en los datos de la tabla correspondiente, sin coincidir por tanto con la denominación del cuadro."

Se sustituye el gráfico de la página 306 por el siguiente:



Propuesta para la estimación de la actividad y costes del uso de los servicios sanitarios por inmigrantes.

La Región de Murcia ha presentado al Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto sanitario una "Propuesta para la estimación de la actividad y costes del uso de los servicios sanitarios por inmigrantes". Dado que dicho documento se ha recibido con fecha 25 de julio, se considera que no hay tiempo suficiente para analizar su contenido por parte de los Miembros del Grupo antes de la emisión del informe de Análisis del gasto sanitario, cuya presentación al Consejo de Política Fiscal y Financiera se prevé para el próximo mes de septiembre. No obstante, esta propuesta será incluida como documentación anexa al informe del Grupo de Trabajo con el objeto de que esté accesible para su conocimiento general. En el caso de que el Grupo de trabajo continúe su trayectoria, se espera que dicha propuesta sea sometida a su posterior análisis y discusión con el fin de que sirva de base para fijar un posible consenso acerca de la metodología que pueda ser aplicada al conjunto de las Comunidades Autónomas. Con ello se pretende enriquecer el análisis de las causas de la evolución del gasto sanitario y en concreto, el impacto de la población inmigrante en el mismo.

Respecto al punto V.4.2, "ATENCIÓN ESPECIALIZADA"

"Las fuentes de información parecen ser:

- **EESRI**
- **CMBD**
- **Aportada por el Grupo de Trabajo**

La descripción de las fuentes utilizadas en el texto y en las tablas es muy escasa y ambigua, y a veces errónea, lo que motiva a establecer conclusiones que pueden no ajustarse a la realidad. Por lo que se aconseja que conste en todos los casos la fuente y la información seleccionada.”

A lo largo del texto, para cada capítulo, se han ido indicando las fuentes de las que provienen los datos

Respecto al punto V.4.2.4, “LA ACTIVIDAD QUIRÚRGICA Y LA CMA”

“Se observa un error de redacción en el primer párrafo de la página 390, ya que por definición la CMA se realiza sin internamiento y en el mismo se indica lo siguiente:

“Con los indicadores planteados se pretende analizar, por una parte, la cirugía con internamiento en hospitales por Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) y, por otra, el total de actos quirúrgicos en hospitales refiriéndonos a la actividad quirúrgica con internamiento públicamente financiada,…”

EN LA PÁGINA 390 se sustituye el párrafo

“Con los indicadores planteados se pretende analizar, por una parte, la cirugía con internamiento en hospitales por Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) 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. Por tanto, se ha considerado aquella actividad quirúrgica que se realiza a cargo de los Servicios de Salud de las Comunidades.”

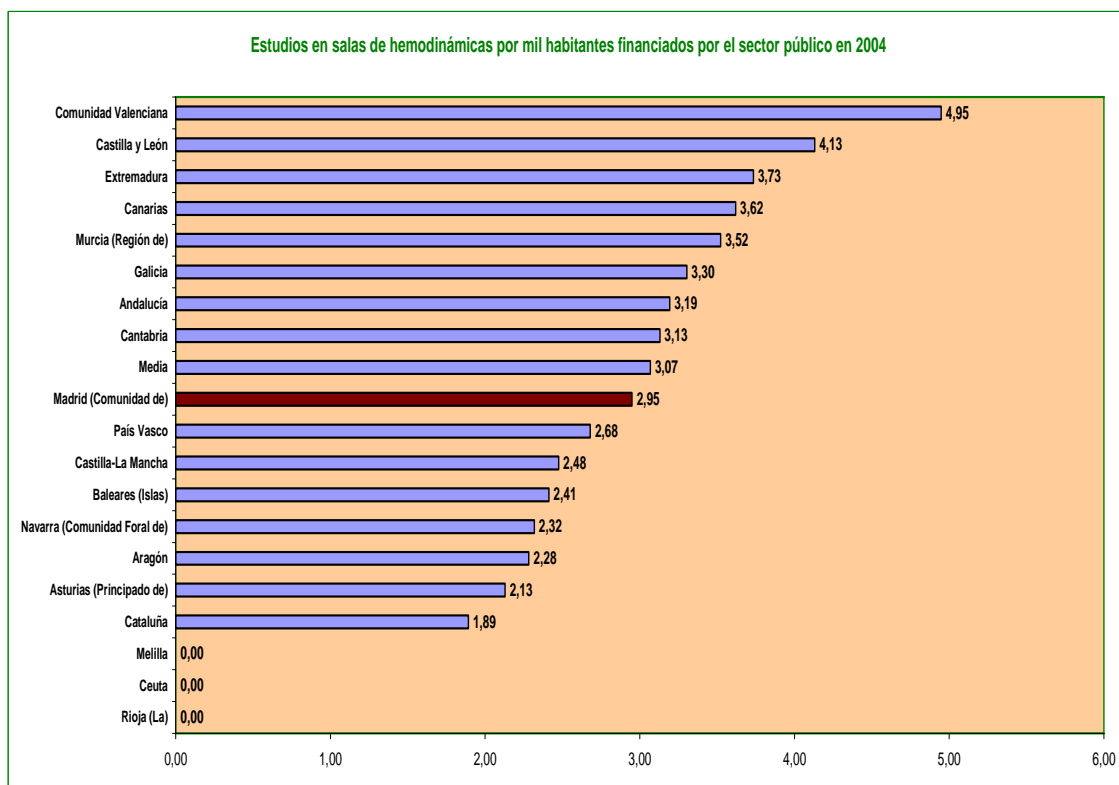
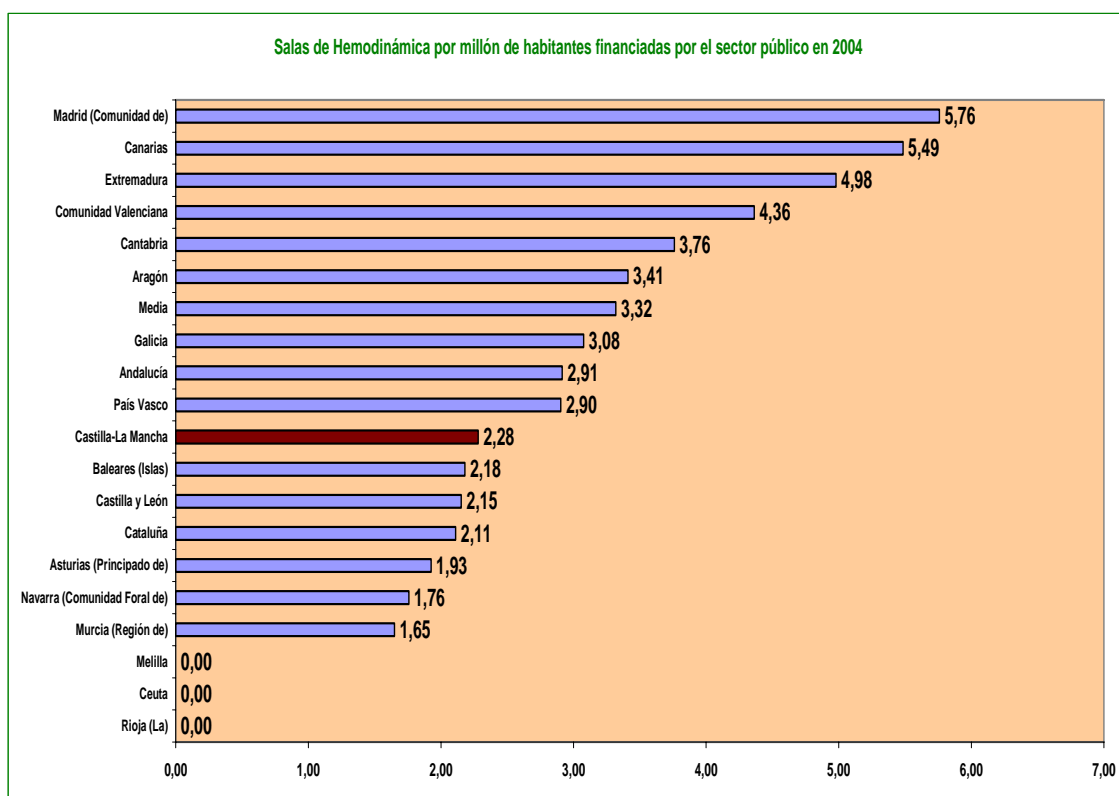
POR EL SIGUIENTE:

Con los indicadores planteados se pretende analizar, por una parte, los actos quirúrgicos en hospitales por Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) 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. Por tanto, se ha considerado aquella actividad quirúrgica que se realiza a cargo de los Servicios de Salud de las Comunidades.

En el punto V.4.2.9.7, “SALAS DE HEMODINÁMICA”

“Se observa un error en los gráficos de la página 458, ya que faltan los rótulos de varias CC.AA”.

Se sustituyen los gráficos de la página 459 por los siguientes:



Respecto al punto V.4.2.11, “FLUJOS DE PACIENTES DESPLAZADOS”

“Por la información disponible, tanto para los desplazados españoles como en el caso de los extranjeros, se está utilizando el total de pacientes y no, como parece lógico, los financiados por los Servicios de Salud (los accidentes de tráfico se financiarían por doble vía).”

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

La observación es correcta en términos generales, pero lo que se trata de reflejar en ese apartado es el impacto de la atención a pacientes desplazados sobre el gasto sanitario público de cada Comunidad.

Valencia

1) Añadir cifras totales o, en su caso, medias nacionales, en las tablas de las páginas 377 a 384, 394 y 395.

- Los datos de totales de las tablas de las páginas 377 a 384 están en la tabla de la página 346
- Los datos de totales de las tablas de las páginas 394 y 395 están en la primera fila de datos de dichas tablas

2) Tabla página ~~417~~ 415: incluir cifras totales y añadir datos en %.

En la página 415 sustituir la tabla

UNIDADES DE COMPLEJIDAD HOSPITALARIA							
COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total SNS	2.932.161	3.086.207	3.247.167	3.311.571	3.408.599	2.932.161	2.932.161
Andalucía	475.956	490.746	513.612	525.255	536.511	554.981	564.651
Aragón	95.700	99.515	105.120	116.459	120.514	122.265	128.790
Asturias (Principado de)	93.677	90.999	100.696	105.317	104.764	101.001	94.733
Baleares (Islas)	49.730	53.071	46.548	66.500	66.073	70.003	72.401
Canarias	49.137	71.015	87.814	99.109	102.483	105.848	108.070
Cantabria	48.744	48.747	49.210	49.994	52.008	50.985	54.645
Castilla y León	200.892	128.536	214.953	219.979	222.480	233.216	236.836
Castilla - La Mancha	123.458	210.402	132.007	137.464	142.980	154.076	159.394
Cataluña	581.419	591.585	604.264	609.483	618.248	630.807	643.658
Comunidad Valenciana	298.325	300.970	337.607	314.320	340.614	353.103	369.676
Extremadura	74.682	79.517	79.759	75.807	84.353	89.474	92.380
Galicia	186.743	163.757	249.577	224.340	240.465	241.187	244.390
Madrid (Comunidad de)	373.925	393.464	372.712	416.245	422.113	450.164	465.413
Murcia (Región de)	75.974	81.215	87.848	96.485	97.645	100.676	102.859
Navarra (Comunidad Foral de)	50.103	45.954	51.989	52.324	52.456	52.409	54.725
País Vasco	167.192	171.323	176.065	178.189	180.985	187.986	182.919
Rioja (La)	20.626	21.287	22.547	23.833	23.907	24.048	26.335
Ceuta	5.146	4.831	4.998	5.049	4.981	5.093	5.149
Melilla	3.667	3.718	4.450	4.146	4.469	5.025	4.966

Por la siguiente:

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO

Altas en hospitales

Unidades de Complejidad Hospitalaria (UCH) de hospitales públicos de agudos

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Total						Porcentaje sobre el total						Tasa de variación interanual					TAM 99/04
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004	
Total Servicios de Salud	2.932.161	3.086.207	3.247.167	3.311.571	3.408.599	2.932.161	100	100	100	100	100	100	5,25	5,22	1,98	2,93	13,98	0,00
Andalucía	475.956	490.746	513.612	525.255	536.511	554.981	16,23	15,90	15,82	15,86	15,74	18,93	3,11	4,66	2,27	2,14	3,44	3,12
Aragón	95.700	99.515	105.120	116.459	120.514	122.265	3,26	3,22	3,24	3,52	3,54	4,17	3,99	5,63	10,79	3,48	1,45	5,02
Asturias (Principado de)	93.677	90.999	100.696	105.317	104.764	101.001	3,19	2,95	3,10	3,18	3,07	3,44	-2,86	10,66	4,59	-0,53	-3,59	1,52
Baleares (Islas)	49.730	53.071	46.548	66.500	66.073	70.003	1,70	1,72	1,43	2,01	1,94	2,39	6,72	12,29	42,86	-0,64	5,95	7,08
Canarias	49.137	71.015	87.814	99.109	102.483	105.848	1,68	2,30	2,70	2,99	3,01	3,61	44,52	23,66	12,86	3,40	3,28	16,59
Cantabria	48.744	48.747	49.210	49.994	52.008	50.985	1,66	1,58	1,52	1,51	1,53	1,74	0,01	0,95	1,59	4,03	-1,97	0,90
Castilla y León	200.892	128.536	214.953	219.979	222.480	233.216	6,85	4,16	6,62	6,64	6,53	7,95	36,02	67,23	2,34	1,14	4,83	3,03
Castilla - La Mancha	123.458	210.402	132.007	137.464	142.980	154.076	4,21	6,82	4,07	4,15	4,19	5,25	70,42	37,26	4,13	4,01	7,76	4,53
Cataluña	581.419	591.585	604.264	609.483	618.248	630.807	19,83	19,17	18,61	18,40	18,14	21,51	1,75	2,14	0,86	1,44	2,03	1,64
Comunidad Valenciana	298.325	300.970	337.607	314.320	340.614	353.103	10,17	9,75	10,40	9,49	9,99	12,04	0,89	12,17	-6,90	8,37	3,67	3,43
Extremadura	74.682	79.517	79.759	75.807	84.353	89.474	2,55	2,58	2,46	2,29	2,47	3,05	6,47	0,30	-4,95	11,27	6,07	3,68
Galicia	186.743	163.757	249.577	224.340	240.465	241.187	6,37	5,31	7,69	6,77	7,05	8,23	12,31	52,41	10,11	7,19	0,30	5,25
Madrid (Comunidad de)	373.925	393.464	372.712	416.245	422.113	450.164	12,75	12,75	11,48	12,57	12,38	15,35	5,23	-5,27	11,68	1,41	6,65	3,78
Murcia (Región de)	75.974	81.215	87.848	96.485	97.645	100.676	2,59	2,63	2,71	2,91	2,86	3,43	6,90	8,17	9,83	1,20	3,10	5,79
Navarra (Comunidad Foral de)	50.103	45.954	51.989	52.324	52.456	52.409	1,71	1,49	1,60	1,58	1,54	1,79	-8,28	13,13	0,64	0,25	-0,09	0,90
País Vasco	167.192	171.323	176.065	178.189	180.985	187.986	5,70	5,55	5,42	5,38	5,31	6,41	2,47	2,77	1,21	1,57	3,87	2,37
Rioja (La)	20.626	21.287	22.547	23.833	23.907	24.048	0,70	0,69	0,69	0,72	0,70	0,82	3,20	5,92	5,70	0,31	0,59	3,12
Ceuta	5.146	4.831	4.998	5.049	4.981	5.093	0,18	0,16	0,15	0,15	0,15	0,17	-6,13	3,47	1,01	-1,35	2,24	-0,21
Melilla	3.667	3.718	4.450	4.146	4.469	5.025	0,13	0,12	0,14	0,13	0,13	0,17	1,38	19,70	-6,83	7,80	12,44	6,50

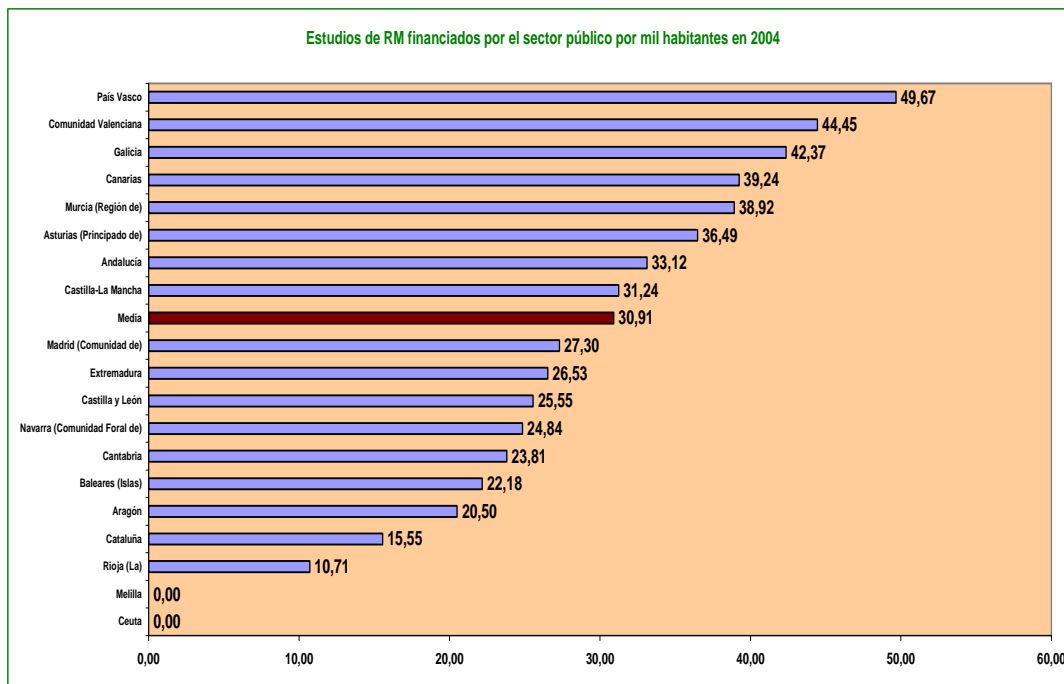
Nota: las UCH se han obtenido para el total de altas depuradas (se han eliminado del cálculo las que han registrado estancia 0 con excepción de casos de exitus y traslados, y los casos extremos)

- 3) Tabla página ~~434~~ 430: incluir cifras totales y evitar referencias a cifras ‘coloreadas’, pues las fotocopias impiden visualizar dichas referencias.

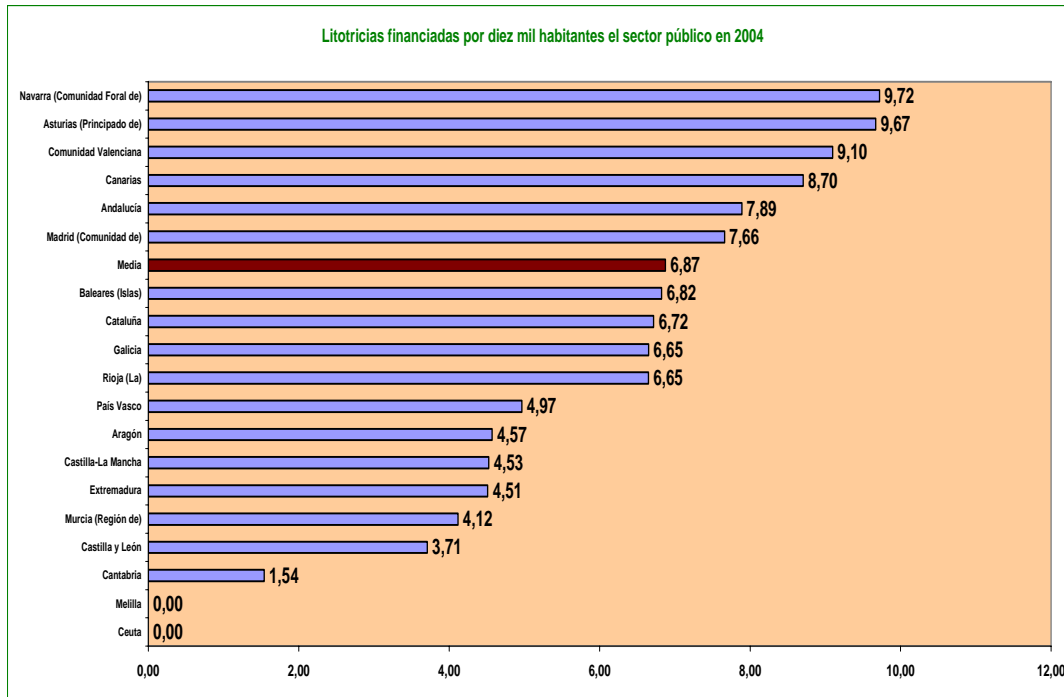
Los índices IC e IEMA para el conjunto del SNS son iguales a la unidad

- 4) Añadir el dato de la Comunidad Valenciana en los gráficos de la página 437 (resonancias) y 442 (litotricias).

Se sustituye el Gráfico de la página 437 (estudios de RM) por el siguiente:



Se sustituye el Gráfico de la página 442 (litotricias) por el siguiente:



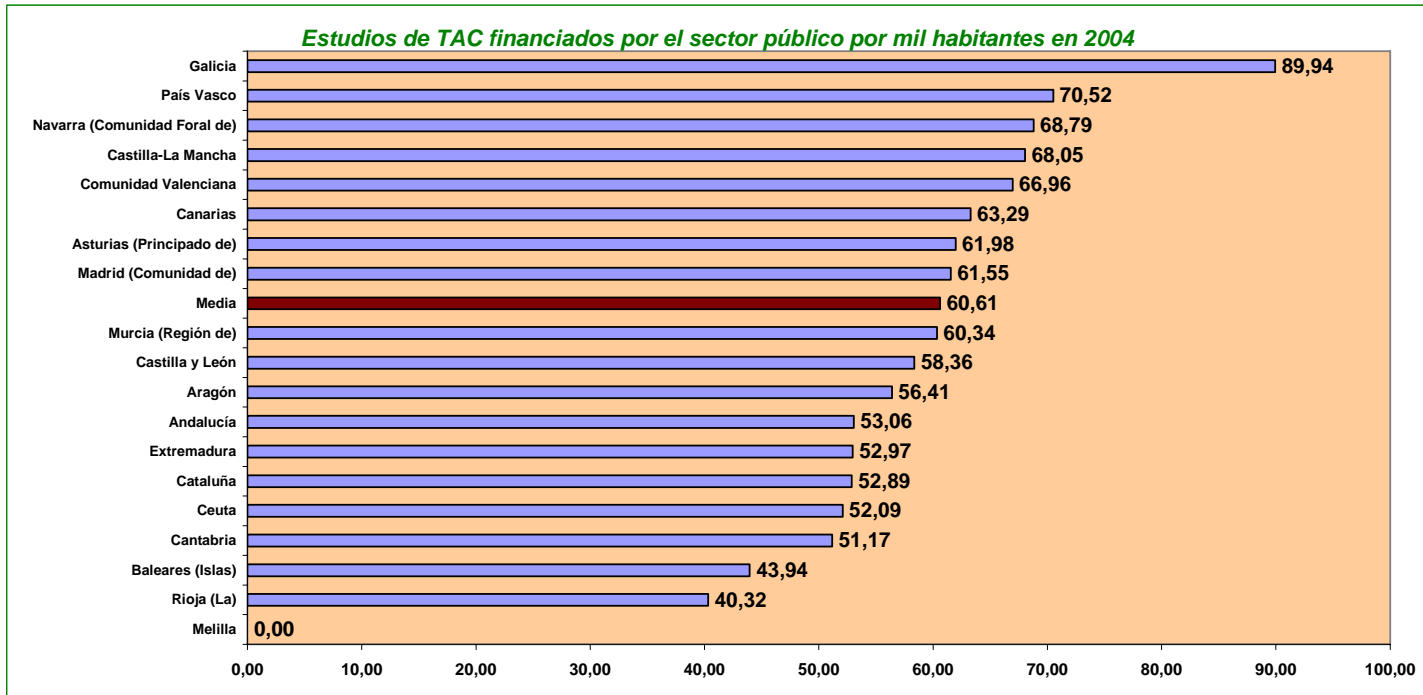
5) Se solicita que en todos aquellos apartados en cuya redacción se hace mención a determinados indicadores por 1.000 habitantes se incluyan las correspondientes tablas de datos desde 1999 hasta el último disponible, pues dichos indicadores no se ofrecen en ningún lado y el lector interesado se ve obligado a perder tiempo y construir la serie calculándolos por su cuenta (mamografías por 1000 hab., hemodiálisis por 1.000 hab., resonancias por 1.000 hab., urgencias por 1.000 hab., etc).

Esta información figura en los gráficos correspondientes.

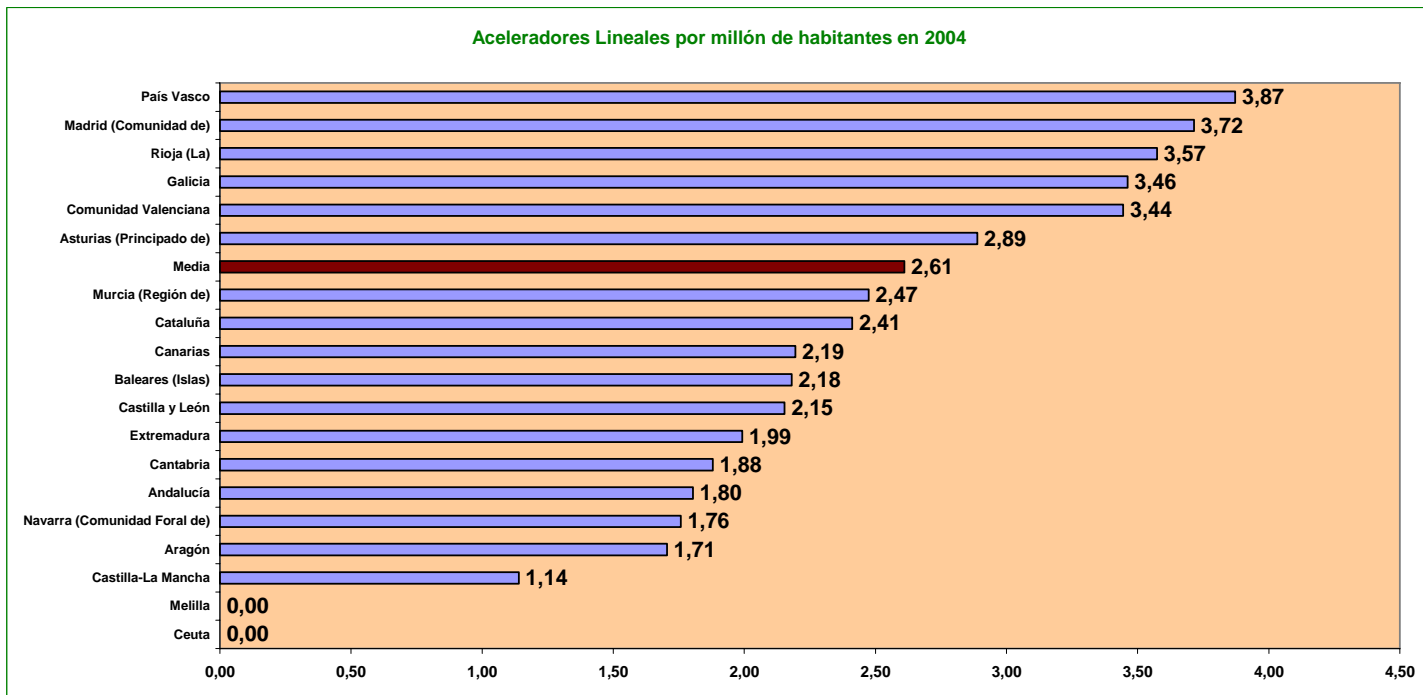
En relación con las erratas detectadas en el borrador de Informe por la Comunidad Valenciana, se procede a su subsanación

País Vasco

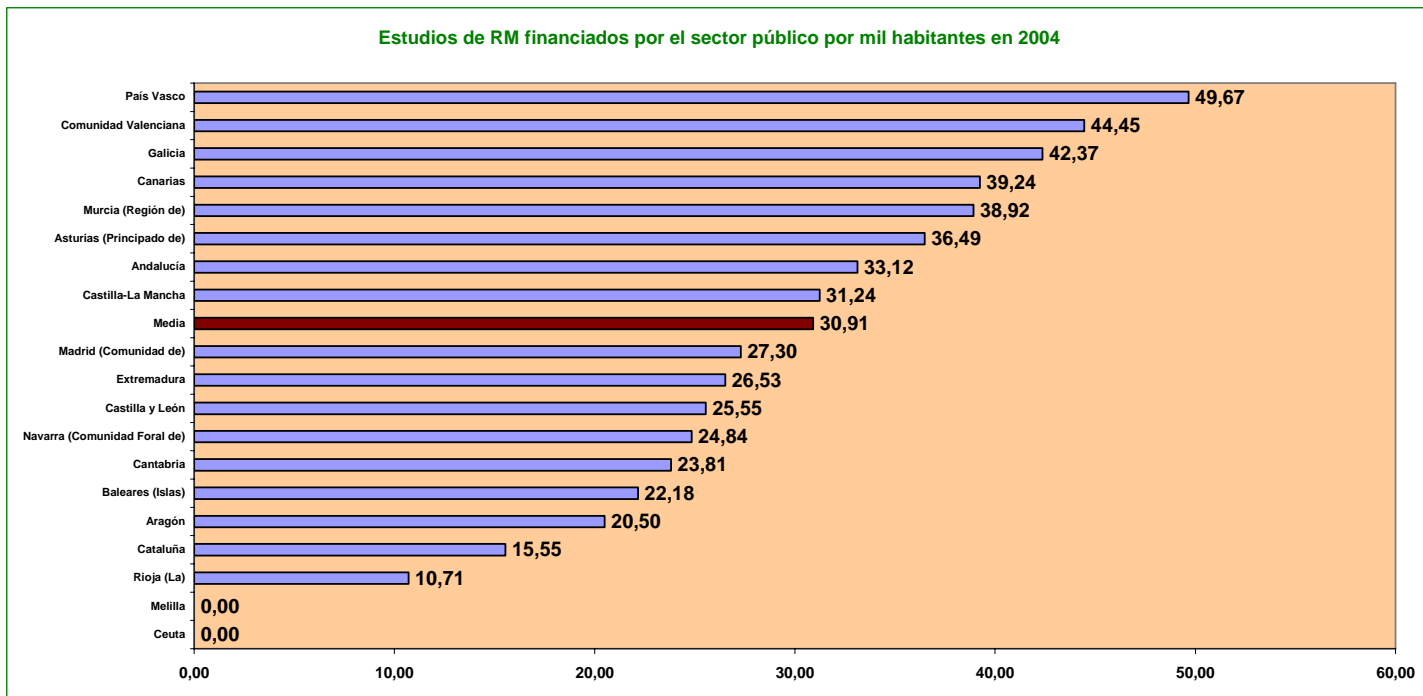
En la página 440 (versión 31-7-07) se sustituye el gráfico por el siguiente:



En la página 454 (versión 31-7-07) se sustituye el gráfico por el siguiente:



En la página 445 (versión 31-7-07) se sustituye el gráfico de litotricias por el siguiente:



Otras modificaciones en el apartado V como consecuencia de las observaciones formuladas por las CCAA

INDICE

Se suprime el apartado sobre Renta Bruta Disponible en el Índice

V.3.5 Peso del gasto sanitario por persona protegida en la Renta Bruta disponible de los Hogares per capita **337**

Se suprimen los siguientes párrafos:

PAGINA 165

."En relación con la Renta Bruta Disponible de los Hogares, este gasto supone un 8,68%."

PAGINA 168

La fila siguiente de la tabla

PORCENTAJE RENTA DISPONIBLE HOGARES	SOBRE BRUTA DE LOS								
		8,28	7,96	8,00	8,13	8,49	8,55	8,68	

PAGINA 177

Se sustituye el párrafo: "En términos de PIB y Renta Bruta Disponible el impacto de las deudas incorporadas al gasto sanitario público se refleja en el cuadro y los gráficos siguientes" por "En términos de PIB el impacto de las deudas incorporadas al gasto sanitario público se refleja en el cuadro y los gráficos siguientes"

PAGINA 177

Se suprime la fila siguiente de la tabla:

% RBD	GSP liquidaciones	8,26	7,85	7,90	7,99	8,15	8,50	8,83
	GSP gasto real	8,28	7,96	8,00	8,13	8,49	8,55	8,68

PAGINA 342-344

Se sustituye la tabla **GASTO SANITARIO POR PERSONA PROTEGIDA CON RELACIÓN AL PIB, LA RENTA BRUTA DISPONIBLE Y EL GASTO PÚBLICO PER CAPITA (%)**

Por la siguiente:

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

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000		
	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
TOTAL	5,00	45,00	4,99	42,39
Andalucía	6,44	40,41	6,70	39,71
Aragón	5,09	65,88	5,01	60,92
Asturias (Principado de)	6,30	67,50	6,27	62,23
Baleares (Islas)	3,52	57,89	3,33	53,48
Canarias	5,48	35,77	5,56	33,91
Cantabria	5,62	55,59	5,69	52,33
Castilla y León	5,41	55,83	5,60	52,38
Castilla-La Mancha	5,78	61,51	5,86	57,38
Cataluña	4,13	41,01	4,08	38,65
Comunidad Valenciana	5,01	38,86	5,07	37,27
Extremadura	7,77	56,58	7,98	53,04
Galicia	6,50	39,80	6,66	36,53
Madrid (Comunidad de)	3,74	62,98	3,52	57,41
Murcia (Región de)	5,89	62,52	5,81	59,75
Navarra (Comunidad Foral de)	4,83	20,19	4,64	18,82
País Vasco	4,46	36,68	4,41	33,64
Rioja (La)	4,36	49,63	4,36	47,19
Ceuta	6,16		6,34	
Melilla	6,88		7,33	

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

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	2001	2002		2003		
	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	GASTO SANITARIO POR PERSONA /GASTO PÚBLICO POR PERSONA
TOTAL	4,94	41,84	5,03	37,85	5,22	37,90
Andalucía	6,46	39,19	6,40	38,55	6,46	39,21
Aragón	5,14	62,33	5,12	41,60	5,41	41,62
Asturias (Principado de)	6,27	51,97	6,40	41,11	6,77	40,52
Baleares (Islas)	3,41	53,76	3,88	39,22	4,23	35,80
Canarias	5,41	34,36	5,63	34,87	5,90	37,21
Cantabria	5,84	56,55	6,01	45,07	6,56	38,23
Castilla y León	5,60	50,24	5,60	41,54	6,01	38,89
Castilla-La Mancha	5,91	56,30	6,38	41,14	6,41	36,87
Cataluña	4,04	38,87	4,12	38,62	4,36	39,27
Comunidad Valenciana	4,99	37,37	5,13	37,32	5,48	38,02
Extremadura	7,85	51,02	8,60	38,70	8,75	36,66
Galicia	6,76	36,79	6,63	36,06	6,77	37,60
Madrid (Comunidad de)	3,51	52,39	3,54	37,45	3,59	37,74
Murcia (Región de)	5,79	59,96	5,85	40,10	6,14	41,13
Navarra (Comunidad Foral de)	4,59	18,88	4,64	21,76	4,73	22,59
País Vasco	4,41	33,42	4,46	33,28	4,52	32,98
Rioja (La)	4,40	46,76	4,73	36,05	4,87	34,42
Ceuta	6,32		6,41		6,49	
Melilla	7,58		7,42		7,29	

	2004		2005	
	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
COMUNIDADES AUTÓNOMAS				
TOTAL	5,26	37,44	5,32	36,90
Andalucía	6,49	37,76	6,40	36,59
Aragón	5,63	40,88	5,51	38,90
Asturias (Principado de)	6,78	39,98	6,66	38,45
Baleares (Islas)	4,30	32,98	4,87	36,24
Canarias	5,86	35,28	6,17	35,98
Cantabria	6,57	40,00	6,60	39,28
Castilla y León	5,97	38,67	6,06	37,94
Castilla-La Mancha	6,00	33,44	7,15	38,87
Cataluña	4,31	36,65	4,36	36,10
Comunidad Valenciana	5,50	38,53	5,51	37,47
Extremadura	8,63	37,51	8,62	36,57
Galicia	6,98	38,27	6,73	35,87
Madrid (Comunidad de)	3,83	40,09	3,81	39,03
Murcia (Región de)	6,36	42,00	6,48	42,10
Navarra (Comunidad Foral de)	4,78	23,39	4,65	22,18
País Vasco	4,51	33,58	4,57	33,32
Rioja (La)	5,24	36,87	5,57	37,80
Ceuta	6,66		6,56	
Melilla	7,56		7,67	

CONTESTACIÓN A LAS OBSERVACIONES FORMULADAS POR LAS CCAA AL APARTADO VI RESUMEN DE RESULTADOS

Andalucía

Apartado VI. Resumen de Resultados, página 548:

En el tercer párrafo cuarta línea, donde dice: *“Las Comunidades Autónomas que destinan un porcentaje de gasto inferior a la media son Andalucía, Canarias, Extremadura, Galicia, Navarra y País Vasco.”*

Debe decir:

“Las Comunidades Autónomas que registran un porcentaje de gasto inferior a la media son Andalucía, Canarias, Extremadura, Galicia, Navarra y País Vasco.”