

METODOLOGÍA

I. MARCO CONCEPTUAL

- I.1 REFERENCIAS METODOLOGICAS
- I.2 DELIMITACIÓN DEL ÁMBITO FUNCIONAL
- I.3 DELIMITACIÓN DEL ÁMBITO SECTORIAL

II. METODOLOGIA DE LA EGSP

- II.1 MÉTODO DE ESTIMACIÓN Y CONCEPTOS BÁSICOS
- II.2 CORRELACIONES ENTRE EGSP Y CONTABILIDAD NACIONAL
- II.3 LAS CUENTAS SATÉLITE

III. METODOLOGÍA DEL GASTO TERRITORIALIZADO

- III.1 SECTORES Y SUBSECTORES INCLUIDOS EN EL GASTO TERRITORIAL
- III.2 NIVELES DE CONSOLIDACION DEL GASTO

IV. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DE LA CUENTA SATELITE

- IV.1 CLASIFICACIÓN ECONÓMICA DE LA PRODUCCIÓN PÚBLICA
- IV.2 CLASIFICACIÓN FUNCIONAL

V. FUENTES

I. MARCO CONCEPTUAL

I.1 REFERENCIAS METODOLOGICAS

La Estadística del Gasto Sanitario Público (EGSP) tiene sus principales referencias metodológicas en la Contabilidad Nacional y, en concreto, en el Sistema Europeo de Cuentas vigente (SEC95) que le ha proporcionado un marco estable y armónico. El SEC95 ha demostrado su pertinencia como un sistema europeo de cuentas nacionales coherentes con el Sistema de Cuentas Nacionales de las Naciones Unidas (SCN-93) habiendo alcanzado su objetivo básico: la necesaria armonización conceptual para la comparabilidad y estimación de las variables macroeconómicas, exigida por la existencia de un recurso propio de la Unión Europea basado en el PNB y destinada, además, a facilitar el avance hacia una política económica común.

La EGSP, establece unos criterios de clasificación funcional basados en la COFOG, unos criterios de clasificación económica de los gastos basados en los conceptos presupuestarios, y una clasificación sectorial siguiendo las delimitaciones de los sectores institucionales definidos en el SEC 95.

La armonización, ya conseguida en las economías europeas de las variables que definen la Contabilidad Nacional, se plantea en estos momentos como objetivo clave en relación con las clasificaciones y variables que definen los gastos en sanidad en el ámbito internacional. En este sentido el proceso de convergencia y homologación se ha visto impulsado por la publicación del Sistema de Cuentas de la Salud¹(SCS). Este Manual establece un amplio marco de conceptos y normas, señalando de forma clara y precisa cuales son las fronteras de los conceptos de asistencia sanitaria y salud y estableciendo tres clasificaciones tipo para las tres ópticas con las que se acerca a la delimitación del gasto sanitario: Funcional, de proveedores y de fuentes de financiación.

Los países miembros de la OCDE han iniciado, con mayor o menor impulso, la puesta en práctica de las recomendaciones del Manual. Dos han sido las ópticas diferentes con las que los países se han acercado a sus recomendaciones: proceder a la elaboración de las Cuentas Nacionales de Salud de acuerdo con el marco conceptual de SCS, o revisar sus propias estadísticas aplicando determinados elementos conceptuales del nuevo sistema. En este último caso se encuentra España, con un sistema de cuentas satélite que constituye una sólida base de partida para implementar el nuevo sistema europeo de cuenta de la salud.

Así, se ha podido realizar una primera aproximación a las Cuentas de la Salud para los años 1999-2001², que ha sido la aportación española al trabajo del secretariado de la OCDE sobre la

¹ “A System of Health Accounts”. Versión 1.0. París. OECD 2000. Versión española: “Sistema de Cuentas de Salud”. Banco Interamericano de Desarrollo – OCDE 2002.

² SHA-Based Health Accounts in 13 OECD Countries: Country Studies. Spain. National Health Accounts 2001. Jorge Relaño Toledano and María Luisa García Calatayud. OECD Health Technical papers.

implementación en 13 países del Manual SCS. 29/09/2005. El Grupo de Estadísticas de Gasto Sanitario de la Subcomisión de Sistemas de Información sanitaria, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, tiene planteado, entre sus objetivos, la puesta en marcha de la recogida de la información necesaria para institucionalizar las Cuentas de la Salud en España.

Pero no hay que olvidar que la EGSP, en su carácter de cuenta satélite, aporta información económica que, en determinados aspectos, va más allá de la que proporciona el esquema SCS, por lo que mantiene su pertinencia como fuente de información sobre el gasto sanitario en España. El hecho de que sirva de base para el enfoque SCS no supone su desaparición, puesto que la complementariedad de los datos de ambas estadísticas proporciona un apreciable enriquecimiento de la información. En este sentido hay que valorar el conocimiento que la EGSP proporciona sobre la estructura y los costes de la producción pública sanitaria (remuneración del personal, consumo intermedio y consumo de capital fijo), del balance provisión pública / provisión privada, de los flujos de financiación entre sectores y de la aportación de cada uno de los agentes sanitarios públicos al gasto total.

El manual Sistema de Cuentas de la Salud ha supuesto también un nuevo marco para la base de datos de la salud Eco-Salud que el Secretariado de la OCDE viene publicando desde mediados de los ochenta. El Gasto Sanitario y su financiación constituyen, respectivamente, dos de los diez capítulos en los que la base de datos está estructurada. A partir de que el Ministerio de Sanidad y Consumo asumiera la elaboración de las Cuentas Satélites del Gasto Sanitario Público, esta estadística se ha convertido en la fuente de los datos que sobre gasto público sanitario se transmiten a la OCDE para su integración en el Eco-salud.

En relación con las cifras totales de Gasto Sanitario Público que proporcionan ambas bases de datos -EGSP y Eco - Salud- hay que resaltar la no inclusión de los gastos de formación e investigación en el cómputo del gasto sanitario público en Eco - Salud. Esta diferencia de tratamiento en la definición de la frontera del gasto da lugar a que las cifras de gasto sanitario público de Eco - Salud, difieran de las de la EGSP, en la cuantía de este gasto.

I.2 DELIMITACIÓN DEL ÁMBITO FUNCIONAL

Las fronteras de definición del ámbito de la Estadística de Gasto Sanitario Público, en tanto que Cuenta Satélite de la Contabilidad Nacional, están marcadas por la Clasificación de las Funciones de las Administraciones Públicas (CFAP), más conocida por sus siglas inglesas: COFOG (Classification of Functions of Government). La nueva COFOG, revisada por el Grupo de Trabajo de Cuentas Nacionales de la OCDE, aprobada por la Comisión de Estadísticas de las Naciones Unidas, y publicada en 1999³, recoge diez funciones, de las cuales la 07 es la relativa a Salud, que queda definida de la siguiente manera:

“07. Salud”

Los gastos públicos en salud comprenden los gastos efectuados en suministrar servicios tanto a particulares (servicios individuales) como a título colectivo (servicios colectivos). Los gastos en servicios individuales se clasifican en los grupos (07.1) a (07.4); los gastos en servicios colectivos se clasifican en los grupos (07.5) y (07.6).”

Este enfoque novedoso de la clasificación - distinción entre servicios individuales y colectivos aplicado a todas las funciones- junto con la inclusión en todas ellas de la investigación aplicada y desarrollo experimental, no hace sino situar a la COFOG en línea con los enfoques del SEC 95.

El esquema de la COFOG, para la función Salud es el siguiente:

- 07.1 Productos, aparatos y material médico*
 - 07.1.1 Productos farmacéuticos*
 - 07.1.2 Otros productos médicos*

³ Classifications of Expenditure According to Purpose (COFOG, COICOP, COPNI and COPP) . United Nations Statistics Division.1999

- 07.1.3 *Material y aparatos terapéuticos*
- 07.2 *Servicios ambulatorios*
 - 07.2.1 *Servicios de medicina general*
 - 07.2.2 *Servicios de medicina especializada*
 - 07.2.3 *Servicios dentales*
 - 07.2.4 *Servicios paramédicos*
- 07.3 *Servicios hospitalarios*
 - 07.3.1 *Servicios hospitales generales*
 - 07.3.2 *Servicios hospitales especializados*
 - 07.3.3 *Servicios de larga estancia y convalecencia*
- 07.4 *Servicios de Salud Pública*
- 07.5 *I + D en el campo de la salud*
- 07.6 *Salud n.c.o.p.*

Hay que señalar, sin embargo, que si bien la distinción entre individual y colectivo incorpora la filosofía del nuevo Sistema Europeo de Cuentas, la inclusión de los servicios de Salud Pública entre los servicios individuales no se correspondía con lo que señalaba la redacción inicial del epígrafe 3.81 del SEC 95, en el que la Salud Pública quedaba expresamente definida como consumo colectivo de las Administraciones Públicas. Con fecha 23 de enero de 2002 y mediante reglamento CE nº 113/2002 de la Comisión Europea, se modifica el Sistema Europeo de Cuentas en el sentido de incorporar las nuevas clasificaciones de la COFOG, clasificando los servicios de salud pública como servicios individuales.

La EGSP se separa de los criterios COFOG en cuanto a la delimitación entre los epígrafes 7.2 y 7.3, debido a la dificultad de desagregar en la producción pública hospitalaria el coste de la actividad correspondiente a servicios ambulatorios. La información presupuestaria, base de la estadística, no diferencia el gasto por modo de producción, por lo que tanto los servicios sanitarios a pacientes internados como los servicios a pacientes externos están agregados; y esto no sólo para las consultas externas, cirugía ambulatoria o los servicios de urgencia de los hospitales, sino también para aquellos centros de especialidades que forman unidades independientes, pero que están adscritos funcional y financieramente a los hospitales. Solo cuando esta actividad ambulatoria se realiza mediante producción privada, es decir mediante conciertos, es posible la clasificación del gasto por modos de producción.

I.3 DELIMITACIÓN DEL ÁMBITO SECTORIAL

El SEC 95 define seis sectores institucionales: Sociedades no financieras, Instituciones financieras, Administraciones Públicas, Hogares, Instituciones sin fines de lucro al servicio de los Hogares (ISFLSH) y Resto del Mundo. De acuerdo con ello, el ámbito sectorial de la EGSP se corresponde con el sector institucional de las Administraciones Públicas, que incluye todas aquellas unidades institucionales que son productores no de mercado cuya producción se destina bien al consumo colectivo bien al consumo individual y que se financian, principalmente, mediante pagos obligatorios efectuados por unidades pertenecientes al resto de los sectores institucionales.

Las Unidades institucionales que incluyen las administraciones públicas son:

- Organismos de las AAPP que administran y financian un conjunto de actividades consistentes, esencialmente, en suministrar a la colectividad bienes y servicios de no-mercado (excepto los clasificados como sociedades públicas que estén incluidos en los sectores de sociedades no financieras o instituciones financieras, es decir que sean productores de mercado)
- ISFLSH como productores de no-mercado que estén controladas y financiadas principalmente por las AAPP.
- Los fondos de pensiones que cumplan los requisitos que definen al subsector de Administraciones de la Seguridad Social.

Consecuentemente, la EGSP, sobre la base de los principios del SEC95, recoge como agentes de gasto todas aquellas unidades institucionales del sector AAPP, cuya actividad principal este incluida en las funciones definidas por la COFOG en su apartado 7: SALUD.

Asimismo, incluye aquellas empresas públicas del sector sanitario, que dependiendo de las administraciones sanitarias, suministran servicios y bienes a la colectividad, con una financiación mayoritaria de tales AAPP.

También se recogen los programas presupuestarios incluidos en la función sanidad de los PGE desarrollados por Administraciones públicas no sanitarias: Mutualismo Administrativo y hospitales militares dependientes del Ministerio de Defensa; así como la sanidad penitenciaria desarrollada por el Ministerio del Interior y la investigación sanitaria

Por tanto, hay que señalar que la EGSP no recoge el gasto sanitario público que pueda producirse en aquellas unidades institucionales cuya actividad principal no sea la sanidad y no desarrollen programas incluidos en la función Sanidad de los PGE (función 41). Es decir que queda fuera del cómputo del gasto la atención sanitaria prestada en instituciones públicas de servicios sociales en relación con el conjunto de las prestaciones de atención sociosanitaria definidas, para el ámbito sanitario, por la Ley de Cohesión y Calidad del SNS (Ley 16/2003):

- a) Los cuidados sanitarios de larga duración.
- b) La atención sanitaria a la convalecencia.
- c) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

De acuerdo con las características atribuidas a las cuentas satélite (párrafo 21.4 del SCN79) estas intentan proporcionar información adicional, de carácter funcional o transversal, sobre determinados aspectos sociales y, para ello, pueden utilizar conceptos, clasificaciones y marcos contables complementarios o alternativos en el marco conceptual de las cuentas nacionales.

Con este fin, el sector institucional AAPP se desglosa en EGSP en seis sectores de gasto que, a su vez, se dividen en subsectores que disponen de plena competencia sobre la gestión de los recursos sanitarios en un territorio o para algún colectivo de población –CCAA, Mutualidades de Funcionarios, Entes Gestores de Seg. Social, etc. Estos subsectores están compuestos por agentes de gasto que son los que realizan directamente el gasto. Una relación completa de sectores, subsectores y agentes figura en el apartado V.1.

II. METODOLOGIA DE LA EGSP

II.1 MÉTODO DE ESTIMACIÓN Y CONCEPTOS BÁSICOS.

El método de estimación del gasto sanitario público utilizado en la EGSP se basa en el análisis de la demanda final, medida a través de la identificación de todos los agentes públicos que incurren en gasto sanitario bien sea prestando asistencia sanitaria directamente o bien financiando a otros agentes. Este método de estimación por la vía de la demanda identifica, por tanto, no solo a los agentes que gastan directamente en servicios sanitarios, también a los agentes financiadores.

- El SEC-95 ha proporcionado al método de estimación por la vía de la demanda dos nuevos conceptos: Gastos en consumo final y Consumo final efectivo, que delimitan aspectos importantes del consumo final.

La finalidad de esta distinción es que el sistema de cuentas registre, diferenciadamente, cual es la unidad que realiza el gasto -gasto en consumo final- y cual es la que efectúa la adquisición o consumo -consumo final efectivo-, resaltando de esta forma el papel redistributivo que realizan las AAPP, esencial en sectores como el sanitario. La diferencia entre ambos conceptos reside en el tratamiento de determinados bienes y servicios financiados por las AAPP o las ISFLSH pero suministrados a los hogares como transferencias sociales en especie.

Un buen ejemplo para visualizar el funcionamiento de estas magnitudes se encuentra en el caso de los productos farmacéuticos dispensados mediante receta médica del Sistema de Seguridad Social, cuyo flujo de gasto se registraría de la siguiente forma:

Gasto en consumo final de las AAPP = el importe pagado por las distintas AAPP en concepto de Farmacia = Transferencias sociales en especie (gasto público).

Gasto en consumo final de los hogares = co-pago de los usuarios (gasto privado)

Gasto en consumo final del conjunto de la economía = Importe de los medicamentos (dispensados con receta médica) consumidos por los hogares = gasto en consumo final de las AAPP + gasto en consumo final de los hogares = Consumo final efectivo (en medicamentos dispensados con receta médica)

No existe, pues, diferencia, considerando la economía en su conjunto, entre Gasto en consumo final y Consumo final efectivo. La diferencia aparece en el seno de cada sector institucional (AAPP, ISFLSH, Hogares), debido a la distinción establecida en el concepto de consumo final efectivo de dos categorías de consumo: consumo individual y consumo colectivo.

- El SEC 95 establece (apartado 3.81) que el consumo final efectivo comprende los bienes y servicios adquiridos por unidades institucionales residentes para la satisfacción directa de las necesidades humanas, ya sean estas individuales o colectivas.

Los bienes y servicios para consumo individual son adquiridos por los hogares y utilizados para cubrir las necesidades de sus miembros. Sus características principales son:

- . La adquisición debe poder observarse y registrarse.
- . El suministro requiere el acuerdo del hogar, una postura activa que implica tomar medidas como acudir a un colegio o una clínica.
- . La naturaleza del bien o servicio es tal que su adquisición por un hogar, persona o grupo reducido de personas, imposibilite su adquisición por otros hogares o personas.

Los servicios para consumo colectivo se prestan simultáneamente a todos los miembros de la comunidad o conjuntos amplios de población, por ejemplo un determinado territorio, con las siguientes características:

- . Simultaneidad de la prestación
- . Uso pasivo, sin necesidad de acuerdo explícito ni participación activa.
- . Inexistencia de rivalidad en la adquisición. Su uso por una persona no reduce su disponibilidad para otras.

Dado que todo el gasto en consumo final de los hogares tiene carácter individual y también tienen este carácter, por convenio, todos los bienes y servicios suministrados a los hogares por las ISFLSH, todo el consumo colectivo se realiza por las AAPP

Por convenio el SEC 95, considera gastos de las AAPP en servicios individuales - suministrados a los hogares como transferencias sociales en especie- los realizados en las siguientes funciones, salvo los gastos de administración general, ordenamiento, investigación, etc... de cada una de las categorías:

- . Asuntos y servicios de educación
- . Asuntos y servicios de sanidad
- . Asuntos y servicios de seguridad y obras sociales
- . Asuntos y servicios deportivos y recreativos
- . Asuntos y servicios culturales
- . Asuntos de Salud Pública

La siguiente tabla recogida del propio texto⁴ del SEC-95, describe las relaciones entre los diversos conceptos utilizados, y en ella se señala (trama) el campo de investigación de esta estadística:

⁴ Reglamento (CE) nº 2223/96 del Consejo, de 25 de junio de 1996, relativo al sistema de cuentas nacionales y regionales de la Comunidad (3.86)

	AAPP	ISFLSH	HOGARES	TOTAL
CONSUMO INDIVIDUAL	X (Transferencias sociales en especie)	X (Transferencias sociales en especie)	X	Consumo final individual efectivo de los hogares
CONSUMO COLECTIVO	X	0	0	Consumo final colectivo efectivo de las AAPP
TOTAL	Gasto en consumo final de las AAPP	Gasto en consumo final de las ISFLSH	Gasto en consumo final de los hogares	Consumo final efectivo = gasto total en consumo final

- Desde la óptica de la oferta, la estadística recoge la producción no de mercado (antigua producción no destinada a la venta) de los agentes de gasto en ella incluidos. En este sentido proporciona una valiosa información sobre la estructura de costes de la producción de servicios sanitarios por parte de las administraciones públicas.

Según las normas de valoración del SEC 95 la producción pública no de mercado se valora - al igual que en el anterior sistema de cuentas - por los costes totales de producción; las cifras de producción privada puesta por las AAPP a disposición de los hogares, son presentadas desde la óptica del gasto, del empleo de recursos públicos y, como tales empleos, se valoran a precios de adquisición en SEC-95.

II.2 CORRELACIONES ENTRE EGSP Y CONTABILIDAD NACIONAL

La elaboración de una Cuenta Satélite supone un entorno de principios y reglas coherentes con el marco de la Contabilidad Nacional. No obstante, eso no significa que la comparación entre las magnitudes que se calculan en uno y otro sistema den lugar a una equivalencia inmediata. El referente más apropiado para buscar correlaciones entre Contabilidad Nacional y EGSP lo constituye el análisis de las cifras de esta última y el marco input – output, pero se presentan importantes dificultades atribuibles a los siguientes aspectos:

- Por los distintos enfoques de agregación de productos y ramas de actividad:** Por un lado, en la clasificación por productos de las Tablas de Origen y Destino (TOD) existen determinadas rubricas no identificadas directamente como sanitarias, por ejemplo los *Servicios de comercio*, que incluyen componentes de producción sanitaria – los márgenes comerciales de las compras de las AAPP al sector privado, como es el caso de farmacia. Por otro lado, en la clasificación por ramas de actividad tampoco existe una correspondencia directa ya que la sanidad no de mercado se encuentra englobada en una rúbrica más amplia denominada: *“Actividades sanitarias y veterinarias, servicios sociales de no mercado de las AAPP”*.
- Por cuestiones relacionadas con las fronteras de gasto sanitario:** Es el caso de los componentes del consumo colectivo. Para la EGSP el consumo colectivo de administración, investigación y algunos conceptos de formación del personal sanitario es considerado como gasto sanitario, mientras que en Contabilidad Nacional estos consumos de carácter colectivo son imputados directamente a las grandes rúbricas de ramas de actividad en que se encuadran los mismos, quedando como gasto en consumo final en servicios sanitarios, de mercado y no de mercado, la parte estrictamente asistencial, esto es, aquella susceptible de ser ofrecida a los hogares de forma individual.

- **Por diferencias entre el modo de valoración:** Este aspecto se manifiesta, fundamentalmente, en la distinta valoración de la producción pública y se concreta en dos problemas de inclusión/exclusión:

- **Consumo de capital fijo.** La producción de bienes y servicios implica un desgaste de los bienes de capital que, en la producción de mercado, se incorpora al precio mediante las dotaciones para amortización. La Contabilidad Nacional contempla el consumo de capital fijo como un componente que debe incorporarse a la producción pública. La cuantía de este consumo es precisamente la diferencia entre los importes brutos y netos de las macromagnitudes del sistema.

La EGSP se nutre, fundamentalmente, por apuntes de contabilidad presupuestaria, que en el caso de las AAPP recoge movimientos de caja, por lo que no se dotan fondos de amortización. El Insalud sí efectuaba estas dotaciones y el concepto se contabilizaba en los fondos transferidos a las Comunidades Autónomas, pero a partir de 1995 desaparecen de su contabilidad presupuestaria por aplicación de los criterios generales de la Administración que viene considerando que los gastos de conservación y mantenimiento hacen ilimitada la vida de los bienes de capital fijo.

En consecuencia, la EGSP no incorpora, con carácter general, la valoración de esta magnitud dado que en las AAPP no existe Contabilidad Patrimonial y por lo tanto no existe un cómputo del coste de amortización de los activos de titularidad pública. Por otra parte, la separación entre la titularidad del Patrimonio de la Seguridad Social y la gestión de la asistencia sanitaria de la misma -descentralizada en distintos niveles administrativos- acentúa la dificultad para la evaluación de este componente del gasto.

- **Producción de mercado que realizan las Administraciones Públicas.** Este concepto - ventas residuales en terminología SEC 78- recoge aquellos servicios que las AAPP prestan, en condiciones de mercado, a otros agentes institucionales. La cuantía de estas ventas debería disminuir el valor de la producción pública, para ajustarla al valor de los bienes y servicios no de mercado. Tendría dos componentes principales:
 - ✓ Ingresos de las AAPP por servicios prestados a terceros privados.
 - ✓ Diferencia entre el valor de la producción de los entes públicos que actúan en el mercado y el importe de las compras o transferencias recibidas de las AAPP.

Serían, pues, necesarios dos ajustes para una aplicación totalmente coherente de la metodología empleada:

El primero de ellos, la inclusión de las dotaciones para los fondos de amortización, incidiría al alza en las cifras de gasto sanitario público; el segundo, relativo a la inclusión de las ventas residuales, se traduciría en un menor gasto público.

El efecto conjunto sobre la cifra global del gasto no se estima como significativo siendo, por otra parte difícilmente traducibles a la estructura funcional de la Cuenta Satélite, sobre todo las ventas residuales, a menos de disponer de desgloses detallados del tipo de servicios por cuya prestación al sector de mercado se realizan los cobros. Por tanto, las cifras de EGSP se siguen basando en las liquidaciones presupuestarias y cuentas de resultados de los agentes del gasto sanitario público, hasta que no se disponga de estimaciones o cálculos apropiados para estas magnitudes.

II.3 LAS CUENTAS SATÉLITE

La producción de la estadística de gasto sanitario público se basa en la cumplimentación de una cuenta satélite para cada uno de los agentes que intervienen en la misma, para posteriormente, mediante un proceso piramidal, consolidar en una cuenta global que refleja el gasto sanitario público total. La Cuenta Satélite (Figura 1) está basada en la combinación de las clasificaciones de agregados de Contabilidad Nacional con la clasificación funcional y económica, buscando una estructura descriptiva de las interrelaciones de los distintos componentes de la misma. A tal fin consta de dos bloques.

- Una primera tabla de doble entrada en la cual la clasificación horizontal del gasto responde a los agregados de C.N. en términos SEC-95. Las ecuaciones básicas reflejadas en la cuenta son:

[1] **Gasto Público en Sanidad** = [2] Gasto en Consumo final + [9] Gasto de capital

[2] **Gasto en Consumo Final** = [3] Gasto en bienes y servicios + [4] Transferencias corrientes.

[3] **Gasto en bienes y servicios** = [5] Gasto en consumo colectivo + [6] Gasto en consumo individual (Transferencias sociales en especie)

[6] **Gasto en consumo individual** = [7] Producción pública - no de mercado- de servicios sanitarios individuales + [8] Producción privada de bienes y servicios individuales, adquirida en el mercado por las Administraciones Públicas y puesta a disposición de los hogares.

El gasto en consumo colectivo se limita, exclusivamente, al ámbito de la producción pública, mientras que el gasto en consumo individual se materializa tanto en producción pública como en producción privada, según se refleja en el segundo nivel de la clasificación horizontal de la Cuenta Satélite (Enfoque de producción).

El eje vertical, combina la clasificación económica: gasto corriente en bienes, servicios y transferencias (gasto en consumo) y gasto de capital, con la clasificación funcional - servicios primarios de salud, servicios especializados, servicios hospitalarios, etc.-. La metodología de elaboración de las cuentas requiere diferenciar para cada agente de gasto tanto las transferencias corrientes realizadas a otras AAPP, como las realizadas a Hogares e ISFLSH.

La obligada consolidación de gasto de los diferentes agentes públicos, siguiendo un proceso piramidal, elimina las transferencias contabilizadas entre AAPP en el agente que las realiza y, por tanto, el gasto se recoge y clasifica funcionalmente en la Cuenta Satélite del agente que materializa dichas transferencias en servicios sanitarios.

Las transferencias corrientes a hogares e ISFLSH y las realizadas a agentes públicos no incluidos como agentes de gasto en la EGSP, se incorporan al gasto en consumo final del agente que las realiza, pudiéndose materializar en consumo colectivo o individual - transferencias sociales en especie.

- El segundo bloque de la cuenta detalla el coste de la producción pública: remuneración del personal, consumos intermedios y otros impuestos ligados a la producción y consumo de capital fijo según funciones y tipo de servicios - individuales y colectivos -, proporcionando una valoración del valor añadido bruto del sector sanitario público. El gasto recogido en el segundo bloque, refleja la siguiente igualdad:

[10] **Producción no de mercado de servicios sanitarios públicos** = [5] producción pública de servicios sanitarios colectivos (consumo colectivo) + [7] producción pública de servicios sanitarios individuales (incluida en las transferencias sociales en especie)

FIGURA 1

CONCEPTOS DE GASTO	GASTO EN CONSUMO COLECTIVO	GASTO EN CONSUMO INDIVIDUAL TRANSFERENCIAS SOCIALES EN ESPECIE			GASTO PÚBLICO EN SANIDAD
	PRODUCCIÓN PÚBLICA	PRODUCCIÓN PÚBLICA	PRODUCCIÓN PRIVADA	TOTAL	
BIENES Y SERVICIOS					[3]
Servicios primarios de salud					
Servicios especializados					
Servicios hospitalarios					
Docencia M.I.R.					
Farmacia					
Traslado de enfermos					
Prótesis y aparatos terapéuticos					
Servicios de salud pública					
Investigación y formación					
Gastos de administración general					
TRANSFERENCIAS CORRIENTES					[4]
Entre AA.PP. Por servicios concertados					--
Entre AA.PP. Por gastos de funcionamiento					--
A Hogares e Instituciones Sin Fin Lucrativo					
A entes públicos no agentes					
GASTO EN CONSUMO FINAL	[5]	[7]	[8]	[6]	[2]
Formación bruta de capital fijo					
Transferencias de capital entre AA.PP.					--
Transferencias de capital a entes privados					
GASTO DE CAPITAL					[9]
GASTO PÚBLICO EN SANIDAD - TOTAL CONSOLIDADO					[1]
SERVICIOS DE PRODUCCIÓN PÚBLICA		FACTORES DE LA PRODUCCIÓN PÚBLICA			
		Remuneración del personal	Consumo intermedio	Consumo de capital fijo	Total producción pública
Servicios hospitalarios y especializados					
Servicios primarios de salud					
Servicios de salud pública					
Docencia M.I.R.					
Servicios individuales					
Investigación y formación					
Gastos de administración general					
Servicios colectivos					
TOTAL COSTE DE PRODUCCION					[10]

III. METODOLOGIA GASTO TERRITORIALIZADO

Este enfoque presenta el gasto territorializado por Comunidades Autónomas de aquellos sectores incluidos en la estadística, para los que, además de exigirle el contexto metodológico del proyecto, se cuenta con información que permita el nivel de desagregación necesario para realizar las imputaciones a los distintos territorios.

La serie abarca los años 1995-2003. El principal valor del trabajo se centra en la presentación de los datos de gasto del antiguo territorio Insalud - que la EGSP ha venido tratando hasta el momento de la transferencia como un subsector integrado en el sector Sistema de Seguridad Social - desagregados y sumados a los propios de las respectivas Consejerías de Sanidad que, hasta ese momento, eran los únicos considerados en el sector Comunidades Autónomas sin Gestión Transferida.

No siempre ha sido posible llegar a la desagregación territorial del gasto de determinados sectores, lo que hubiera sido correcto desde el punto de vista metodológico, e incluirlo en este proceso de asignación territorial del gasto. La falta de una imputación directa de los gastos al ámbito territorial en el que se producen los servicios asistenciales, y la dificultad de establecer y cifrar los indicadores necesarios para su desagregación por Comunidades Autónomas han sido los determinantes de la no inclusión de algunos sectores.

El camino está iniciado y las aportaciones y trabajos de los responsables de los sectores para los que resulta más necesaria y valiosa la incorporación de datos desagregados, hacen presumir que en próximas ediciones se pueda completar este trabajo con los referentes a las Mutualidades de Funcionarios y a las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

Conviene resaltar y agradecer la colaboración de la Subdirección de Gestión Económica del Ingesa / Insalud, sin cuyos datos y sus correspondientes explicaciones no habría sido posible realizar este trabajo.

III.I. SECTORES / SUBSECTORES INCLUIDOS EN EL GASTO TERRITORIAL

De los seis sectores que se incluyen en la EGSP - Administración Central, Sistema de la Seguridad Social, Mutualidades de funcionarios, CCAA de Gestión Transferida, CCAA de Gestión no Transferida y Corporaciones Locales - dos han quedado en su totalidad excluidos de la territorialización: Administración Central y Mutualidades de Funcionarios, tres han sido incorporados al gasto territorializado: Comunidades Autónomas (con y sin gestión transferida) y Corporaciones locales y, por último, del Sistema de la Seguridad Social se han escindido y territorializado los subsectores del Insalud y las Fundaciones públicas, con las matizaciones que se apuntan a continuación.

- ◆ El Real Decreto 840/2002 de 2 de Agosto cambia la denominación del Instituto Nacional de la Salud que pasa a denominarse Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA). Le corresponde la gestión de los derechos y obligaciones del Insalud y las prestaciones sanitarias en el ámbito de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.
De los gastos del Insalud /Ingesa se han territorializado los gastos de las CCAA, a los que se les han incorporado los de los Centros Nacionales adscritos a su territorio y los gastos de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla. Han quedado sin adscribir territorialmente el Centro Nacional de Dosimetría y los servicios centrales del Insalud/Ingesa. Hay, por tanto un tratamiento diferente del gasto de Ingesa, Ceuta y Melilla en la EGSP y en el gasto territorial; en aquella el sector Sistema de Seguridad Social incluye, en el subsector Ingesa, el gasto de Ceuta y Melilla, mientras que aquí se ha territorializado el gasto de Ingesa en estas Ciudades Autónomas agregándolo al propio de las Consejerías de Sanidad respectivas.

<u>Sectores incluidos en EGSP</u> (Gasto público total)	<u>Sectores incluidos GPT</u> (Gasto público territorializado)
Administración Central	
Sistema de la Seguridad Social	
◆ Insalud	◆ Insalud
◆ ISM	
◆ Mutuas Patronales	
◆ Fundaciones Públicas	◆ Fundaciones Públicas
Mutualidades de funcionarios	
CCAA gestión transferida	◆ CCAA gestión transferida
CCAA gestión no transferida	◆ CCAA gestión no transferida
Corporaciones locales	◆ Corporaciones locales
Σ TOTAL GASTO SANITARIO PÚBLICO	Σ GASTO PÚBLICO TERRITORIALIZADO

- ◆ Para el ejercicio 2002, y para los diferentes periodos transitorios que los Acuerdos de traspasos establecieron, Ingesa gestionó, con cargo al presupuesto aprobado para el Insalud, los servicios sanitarios transferidos. Estas obligaciones se han incorporado a los gastos de las respectivas CCAA.
- ◆ El gasto de las Fundaciones Públicas Sanitarias se ha añadido al de su Comunidad de referencia.
- ◆ Por razones de coherencia, el gasto en sanidad penitenciaria gestionado por el Departamento de Justicia de la Comunidad Autónoma de Cataluña, que se incluye en este subsector en la EGSP, ha sido separado y agregado al sector Administración Central (Ministerio de Justicia) en el análisis territorial ya que Cataluña es la única CA que gestiona este tipo de servicios.

Por tanto, se han definido dos sectores a efectos de la territorialización, que son:

1. COMUNIDADES AUTÓNOMAS compuesto por los siguientes sectores/ subsectores de la clasificación de la EGSP:
 - Comunidades Autónomas Transferidas
 - Comunidades Autónomas no Transferidas
 - Insalud (excepto servicios centrales)
 - Fundaciones Públicas Sanitarias
2. CORPORACIONES LOCALES, que se corresponde con el homónimo de la EGSP

III.2 NIVELES DE CONSOLIDACIÓN DEL GASTO

El proceso de consolidación del gasto de los agentes que intervienen tanto en la EGSP como en este acercamiento al gasto territorial, se realiza siguiendo un proceso piramidal de forma que se eliminan las transferencias entre subsectores y sectores de gasto, con la finalidad de ofrecer datos consolidados en el agregado final.

En la EGSP el agregado final - gasto total consolidado- es la suma de las aportaciones de todos los sectores a dicho gasto, habiéndose eliminado la totalidad de las transferencias intra y extra sectoriales, con lo que el desglose por sectores del gasto total recoge el directamente realizado por cada uno de ellos.

El enfoque territorial del gasto público parte del gasto consolidado de los subsectores (CCAA) cómo magnitud homogénea que excluye las transferencias entre agentes del mismo (intra sectoriales) y recoge no sólo el gasto realizado con medios propios, sino también el financiado por medio de transferencias, subvenciones o conciertos con otros sectores públicos. En esta medida el gasto presentado para las CCAA de gestión transferida con anterioridad al 1 de enero de 2002, coincide con el consolidado del subsector para cada CA en las tablas y series de la EGSP, con la excepción de Cataluña por el tratamiento descrito anteriormente de los gasto del Departamento de Justicia.

El agregado final - gasto público territorializado - es la suma de los gastos de los dos sectores implicados en el mismo - CCAA y CCLL - habiéndose eliminado sólo las transferencias intra sectoriales y las que las CCAA realizan a las Corporaciones Locales. De esta forma, las transferencias de las CCAA a otros sectores públicos de gasto sanitario se computan como gasto de la CCAA en el territorio. Es decir, el agregado total del gasto territorializado es la suma de los gastos consolidados de los sectores CCAA y CCLL a la que se deducen las transferencias entre ambos. Este concepto de gasto no tiene equivalencia en las tablas de EGSP.

Proceso de consolidación del Gasto		
EGSP	GASTO TERRITORIZADO	
	CCAA	CCLL
1. Gasto de los agentes	1. Gasto de los agentes	Gasto de los agentes
<i>(-) Transferencias intrasectoriales</i>	<i>(-)Transferencias intrasectoriales</i>	<i>(-)Transferencias intrasectoriales</i>
2. Gasto consolidado de los sectores / subsectores	2. Gasto consolidado CCAA	2. Gasto consolidado CCLL
<i>(-) Transferencias a CCLL</i> <i>(-) Transferencias al Estado</i> <i>(-) Transferencias a la S. Social</i> <i>(-) Transferencias a Otras AAPP</i>	<i>(-) Transferencias de CCAA a CCLL</i>	
3. Aportación del sector al gasto total consolidado	3. Aportación del sector al gasto territorializado	3. Aportación del sector al gasto territorializado
∑ Aportaciones sectores = GASTO TOTAL CONSOLIDADO	∑ Aportaciones CCAA y CCLL = GASTO TERRITORIAL CONSOLIDADO	

Una vez depuradas en este Gasto Territorial Consolidado las transferencias que las CCAA y, en su caso, las Corporaciones Locales realizan al resto de sectores del gasto público, se obtiene la aportación del gasto territorial al total consolidado que, sumado al gasto consolidado -no territorial- del resto de los sectores, da como resultado el Gasto Público Sanitario Total Consolidado que es, por definición, el mismo ofrecido en la EGSP.

I .GASTO TERRITORIAL CONSOLIDADO
(-) <i>Transferencias al Estado</i>
(-) <i>Transferencias a la Seguridad Social</i>
(-) <i>Transferencias a Otras AAPP</i>
II. Aportación del gasto territorial al Total Consolidado (+)
III. Aportación resto sectores (no territorial) (+)
Σ Aportaciones II y III = GASTO TOTAL CONSOLIDADO

En la primera tabla de presentación de resultados - Resumen por CCAA del Gasto Territorizado - se ofrece, asimismo, la cuantificación del recuadro anterior, de tal forma que queda explícita la ecuación de cierre de los datos.

IV. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DE LA CUENTA SATELITE

Ya se ha comentado que la estructura formal de la Cuenta Satélite combina conceptos de carácter económico, funcional y de Contabilidad Nacional. Habiendo sido analizados los conceptos que reflejan los agregados de Contabilidad Nacional en los epígrafes II.1 y II.3, a continuación se ofrecen definiciones de los considerados en los enfoques económico y funcional.

IV.1 CLASIFICACIÓN ECONÓMICA DE LA PRODUCCIÓN PÚBLICA

Para cada una de las funciones que recoge la producción de servicios sanitarios públicos, las Cuentas Satélite incorporan el desglose de los empleos, definiendo la función de producción: remuneraciones al factor trabajo, consumos intermedios y consumo de capital. Los epígrafes económicos que figuran en la cuenta siguen una clasificación de gastos por naturaleza, habitualmente empleada en el sector público.

- **Remuneración del personal**

Incluye las remuneraciones en dinero o especie de todo el personal directivo, funcionario, estatutario, laboral fijo o eventual, así como las percibidas como acción social; incluye asimismo las cotizaciones a la Seguridad Social a cargo del empleador.

- **Consumo intermedio e impuestos**

Incluye los gastos corrientes en bienes y servicios necesarios para el desarrollo de las actividades propias de las distintas instituciones. Comprende los gastos ocasionados por la realización de servicios encomendados a otras empresas, siempre que no tengan carácter sanitario, en cuyo caso son consideradas transferencias sociales en especie. Asimismo incluye lo que en términos de Contabilidad Nacional se define como "otros impuestos ligados a la producción", (IBI, sobre el uso de determinados activos fijos- vehículos, maquinaria). Incluye también la carga financiera por intereses de deuda, depósitos, fianza, demora, etc., asumida por los distintos organismos.

- **Consumo de capital fijo**

Recoge las dotaciones efectuadas en el ejercicio por los agentes para amortización del inmovilizado (excedentes corrientes y fondo de amortización).

Dadas las diferentes personalidades jurídicas de los agentes implicados en la EGSP, los criterios contables de amortización varían desde su no contabilización en las Administraciones Públicas hasta la aplicación de criterios generales en determinadas entidades sometidas a normas contables comunes.

Es conveniente señalar al respecto que en los gastos contabilizados a través del Sistema de Seguridad Social dejó de incluirse este concepto en 1995.

IV.2 CLASIFICACIÓN FUNCIONAL

Las rúbricas funcionales que se incorporan a las Cuentas Satélite, bien sea en el agregado consumo colectivo, o en el de consumo individual (Transferencias sociales en especie) son:

- . Servicios primarios de salud
- . Servicios hospitalarios
- . Servicios especializados
- . Docencia M.I.R.
- . Farmacia
- . Traslado de enfermos
- . Prótesis y aparatos terapéuticos
- . Servicios de salud pública
- . Investigación y formación
- . Gastos de administración general

Las especificaciones de actividades comprendidas en estas funciones se ajustan con carácter general a las recogidas en el R.D. 63/1995 de Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

A continuación se recoge la definición y el contenido de las funciones incluidas.

- **Servicios hospitalarios**

Recoge la asistencia sanitaria prestada por médicos especialistas, enfermería y demás personal sanitario y no sanitario encaminada a conseguir el mantenimiento y mejora de la salud mediante la actividad asistencial que se realiza en hospitales o centros de especialidades. Se incluye tanto la hospitalización como el diagnóstico, tratamiento, cirugía (mayor o menor) sin hospitalización, consultas y urgencias.

Incluye además los gastos correspondientes a las estructuras de gestión necesarias para el desarrollo de la actividad (equipos de dirección y gestión de las instituciones y personal administrativo de ellos dependiente, sean propios o contratados externamente).

- **Servicios especializados**

Comprende esta función los servicios de Asistencia Especializada concertados para la realización de actividades propias de este nivel asistencial con recursos patrimoniales ajenos a aquella entidad que financia la asistencia. Tales conciertos pueden estar suscritos con profesionales, instituciones, o con empresas que sean de titularidad pública o privada.

- **Servicios primarios de Salud**

Recoge la actividad asistencial realizada por médicos de familia, pediatras, enfermeras y demás personal sanitario y no sanitario encaminada a conseguir el mantenimiento y mejora de la salud en el primer nivel de asistencia sanitaria, tanto en centros de salud como en cualquier tipo de consultorios urbanos o rurales o en los domicilios de los pacientes.

En consecuencia, quedan comprendidos los gastos efectuados en:

- . Servicios de urgencia o de atención continuada extrahospitalaria, actividades de extracción periférica y transporte de muestras clínicas, medios básicos para el diagnóstico y salud bucodental realizados con cargo presupuestario a este nivel asistencial.
- . Actividades de planificación familiar, salud mental, fisioterapia o rehabilitación, trabajo sociosanitario y actividades preventivas generales o específicas según edad y sexo (vacunaciones, exámenes de salud, información-educación sanitaria) realizadas en atención primaria.
- . Administración de tratamientos, curas y cirugía menor.

La función comprende además los gastos de las estructuras de gestión necesarias para el desarrollo de la propia actividad asistencial (equipos de dirección y gestión de las áreas o gerencias de atención primaria y personal administrativo de ellos dependiente, sean propios o contratados externamente).

Asimismo se incluyen los gastos efectuados en actividades propias de Atención Primaria prestada con recursos patrimoniales ajenos a aquella entidad que financia la asistencia (conciertos). Tales conciertos pueden estar suscritos con profesionales, instituciones o empresas que sean de titularidad pública o privada.

- **Docencia M.I.R.**

Recoge los gastos originados por la formación de los especialistas residentes (médicos, farmacéuticos, biólogos, químicos, psicólogos) que inician la prestación de servicios en el sistema sanitario, de cara a la adecuación de sus conocimientos y perfiles profesionales a las funciones asistenciales que desarrollan.

- **Salud Pública**

Como finalidad genérica se persigue integrar los gastos destinados al conjunto de actividades dirigidas a la defensa y fomento de la salud de la colectividad (vigilancia epidemiológica, campañas de sensibilización ciudadana para la promoción de salud y prevención de enfermedad, controles e inspecciones sanitarias de aguas, alimentos y salud medioambiental realizada con recursos sanitarios, etc.) que se llevan a cabo mediante estructuras diferenciadas, ya sea en los órganos de dirección central o mediante organismos específicos.

Excluye los gastos de investigación o docencia, que se asignan a los programas respectivos. También se excluyen los gastos contablemente no desagregables en instituciones que prestan asistencia sanitaria, aunque algunos de sus servicios realicen, dentro del desarrollo normal de sus funciones, algunas actividades de epidemiología y salud pública.

- **Investigación y Formación**

Recoge todos los gastos dedicados a programar, coordinar, financiar y evaluar todas las acciones de investigación y su fomento, así como los cursos específicos desarrollados por instituciones docentes de ámbito sanitario.

Incluye los gastos de las estructuras administrativas dedicadas a esta función así como el coste de los proyectos de investigación acometidos por las instituciones sanitarias con cargo a créditos de investigación, y con independencia de que dichos créditos de investigación sean financiados por organismos sanitarios o no sanitarios.

- **Gastos de Administración general**

Incluye el gasto realizado en todas aquellas actividades de planificación, dirección, coordinación y control de los medios materiales y humanos, que se desarrollen tanto en el ámbito central como periférico de los organismos responsables (Entidades Gestoras, Organismos Autónomos, Consejerías, etc.). Siempre ha de referirse a servicios específicamente directivos y/o administrativos.

Abarca aquel gasto efectuado para el funcionamiento de servicios administrativos provinciales, regionales y centrales, así como los de inspección, contabilidad e intervención del organismo (agente) responsable del gasto efectuado.

Excluye: los gastos generales y de administración de las unidades asistenciales, sean realizados con recursos propios o contratados externamente, ya que éstos se imputan a la función correspondiente.

- **Farmacia**

Transferencia corriente que recoge el gasto por las recetas médicas expedidas, el reintegro de gastos farmacéuticos y el gasto en otros productos de suministro directo a los hogares. No se incluye el gasto en productos farmacéuticos que puedan dispensarse ambulatoriamente en los hospitales (programas selectivos de revisión de medicamentos, medicación de urgencia).

- **Traslado de enfermos**

Recoge los gastos destinados tanto al traslado de los enfermos como a la compensación de los gastos en que incurre el enfermo y sus acompañantes por motivo de los desplazamientos.

Incluye pues, la concertación de servicios de ambulancias y otros medios de transporte y los gastos efectuados mediante transferencia corriente (reintegro de gastos) por desplazamientos de enfermos, accidentados y sus acompañantes, así como las dietas por estancias en una localidad distinta a la residencia habitual del enfermo.

- **Prótesis y aparatos terapéuticos**

Se incluyen en este apartado los gastos efectuados como transferencia corriente (reintegro de gastos) correspondientes a la entrega de prótesis ortopédicas permanentes o temporales, ayudas a la deambulación, así como las ayudas que pudieran darse para prótesis dentarias, y otras.

Los gastos de prótesis quirúrgicas fijas no se incluirán en este apartado, sino en el de servicios hospitalarios.

V. FUENTES

Con carácter general se presentan a continuación, agrupadas por los seis grandes sectores de gasto, los documentos y publicaciones que han servido de base en la elaboración de la EGSP a lo largo del tiempo. Se ha omitido el año de referencia para todas aquellas publicaciones, la mayoría, que regularmente han sido fuente o referencia para las cifras durante el periodo cubierto por la estadística

ADMINISTRACIÓN CENTRAL

- *Estadísticas de establecimientos sanitarios militares y morbilidad en hospitales. Subdirección General de Servicios Técnicos. Unidad de Estadística. Secretaría General Técnica. MINISTERIO DE DEFENSA.*
- *Informe sobre la Ejecución del Presupuesto de Gastos. Dirección General de Programación Económica y Control Presupuestario. MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA.*
- *Informes anuales de la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. MINISTERIO DEL INTERIOR.*
- *Estado de Ejecución del Presupuesto de Gastos. Intervención Delegada del Ministerio de Economía y Hacienda en el Departamento. Dirección General de Recursos Humanos y Servicios Económico-Presupuestarios. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.*
- *Estado de Ejecución del Presupuesto de Gastos. Secretaría General del Instituto de Salud Carlos III, MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.*
- *Estado de Ejecución del Presupuesto de Gastos. MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA.*

- *Estado de Ejecución del Capítulo I del Presupuesto de Gastos, referidos a la Sanidad Exterior. Subdirección General de Gestión de Personal. MINISTERIO DE ADMINISTRACIONES PÚBLICAS.*

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

- *Cuentas y Balances de la Seguridad Social. Entidades gestoras y Tesorería General de la Seguridad Social. Tomo II. Intervención General de la Seguridad Social. Secretaría de Estado de la Seguridad Social. MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES.*
- *Gasto efectivo del INSALUD. Subdirección General de Gestión Económica y Tesorería. INSALUD.*
- *Cuentas y Balances de la Seguridad Social. Tesorería General y Estados Agregados de Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. TOMO I. Intervención General de la Seguridad Social. Secretaría de Estado de la Seguridad Social. MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES.*
- *Seguridad Social. Cuentas del Ejercicio. Fundaciones Constituidas al amparo de la Ley 15/1997 de 25 de abril sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. Tomo XIX. MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES.*

MUTUALIDADES DE FUNCIONARIOS

- *Memoria ISFAS. Instituto Social de las Fuerzas Armadas. MINISTERIO DE DEFENSA.*
- *Memoria. Balances y cuentas. Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado. MINISTERIO DE ADMINISTRACIONES PÚBLICAS*
- *Memoria de actividades y balances de la mutualidad general judicial. Estado de Liquidación del Presupuesto de Gastos. MUTUALIDAD GENERAL JUDICIAL.*

COMUNIDADES AUTÓNOMAS TRANSFERIDAS

La información del gasto sanitario de las Comunidades Autónomas con gestión transferida se ha recogido, a partir de 1994, directamente de las fichas diseñadas para ese fin y cumplimentadas por los departamentos responsables de cada una de ellas. No obstante, se relacionan a continuación la documentación presupuestaria que incorpora los datos de las liquidaciones de gasto y los estados contables de los distintos agentes implicados, que ha sido utilizada como marco de referencia para coordinar y contrastar la homogeneidad de las cifras.

- *Cuenta general de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Tomo I y V. Servicio Andaluz de Salud. Liquidación del presupuesto de gastos y Empresas mayoritarias directas. Balances de situación y Cuentas de Pérdidas y Ganancias. Intervención General. Consejería de Economía y Hacienda. JUNTA DE ANDALUCÍA*
- *Cifras y datos. Publicación anual. Dirección General de Aseguramiento, Financiación y Planificación. Consejería de Salud. JUNTA DE ANDALUCÍA.*
- *Cuenta general de la Comunidad Autónoma de Canarias. Estado de Ejecución del Presupuesto de Gastos. Ejercicio Corriente. Intervención General. Consejería de Economía y Hacienda. GOBIERNO DE CANARIAS.*
- *Memoria y liquidación presupuesto. Memoria de las Cuentas Anuales. Instituto Canario de Hemodonación y Hemoterapia. Consejería de Sanidad y Consumo. GOBIERNO DE CANARIAS.*
- *Liquidación del presupuesto. Estado de gastos: resumen. Sección 08 Sanidad y Seguridad Social. Intervención General. GENERALIDAD DE CATALUÑA.*
- *Liquidación del presupuesto. Estado de gastos: Entidades 02 y 04. Sanidad y Seguridad Social. Intervención General. GENERALIDAD DE CATALUÑA.*

- *Memoria del Departamento de Sanidad y Seguridad Social.* Departamento de Sanidad y Seguridad Social. GENERALIDAD DE CATALUÑA.
- *Memoria económica y del personal sanitario.* Dirección General de Servicios Penitenciarios y de rehabilitación. Departamento de Justicia. GENERALIDAD DE CATALUÑA.
- *El gasto sanitario en Cataluña, 1988 – 1996.* Departament de Sanitat i Seguretat Social. GENERALITAT DE CATALUNYA.
- *Cuenta general de la administración de la Comunidad Autónoma. Tomo I Liquidación del Presupuesto.* JUNTA DE GALICIA
- *Servicio Gallego de Salud. Memorias anuales.* Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. JUNTA DE GALICIA
- *Cuenta General de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Tomos III y IV.* Departamento de Hacienda y Administración Pública. GOBIERNO VASCO.
- *Cuentas Generales de Navarra. Tomo I. Liquidación de los Presupuestos Generales de Navarra. Estados financieros- Memoria.* GOBIERNO NAVARRO
- *Memoria Servicio Navarro de Salud.* GOBIERNO NAVARRO
- *Estado de ejecución del presupuesto de gastos. Relación funcional-económica.* Consejería de Economía y Hacienda. GENERALIDAD VALENCIANA
- *Balance de gestión 1995/1999.* GENERALIDAD VALENCIANA. CONSEJERIA DE SANIDAD.

COMUNIDADES AUTÓNOMAS NO TRANSFERIDAS

A partir de 1997 las CCAA cuya gestión sanitaria no había sido transferida comenzaron a suministrar datos sobre su gasto sanitario en la misma forma que las de gestión transferida. Las liquidaciones de gasto y los documentos contables de los distintos agentes han sido las fuentes para obtener los datos de las comunidades que no han remitido las fichas de la estadística, así como, al igual que en las CCAA transferidas, como marco de referencia para contrastar la magnitud y homogeneidad de las cifras de aquellas que si lo han hecho.

- *Cuenta general de liquidación. Tomo II.* Intervención General. DIPUTACIÓN GENERAL DE ARAGÓN.
- *Datos aportados por la Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo.* COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN
- *Cuenta general de liquidación del presupuesto de gastos del Principado de Asturias. Tomo 2: Liquidación de Gastos corrientes y Tomo 7: Liquidación de Organismos Autónomos.* Consejería de Economía. PRINCIPADO DE ASTURIAS.
- *Datos aportados por la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.* COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ASTURIAS.
- *Cuenta general. Tomo III: Gastos. Estado de Ejecución del Presupuesto de Gastos.* Consejería de Economía y Hacienda. GOBIERNO BALEAR.
- *Liquidación del ejercicio de 1996 de Gestión Sanitaria de Mallorca. Balance de Situación y Cuenta de Pérdidas y Ganancias.*
- *Datos aportados por la Consejería de Sanidad y Consumo.* COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LAS ISLAS BALEARES.

- *Cuenta general. Liquidación presupuestaria de gastos corriente por conceptos. Ejercicio 1996.* DIPUTACIÓN REGIONAL DE CANTABRIA.
- *Datos aportados por la Fundación Pública de Servicios Hospitalarios y Asistenciales Marqués de Valdecilla.* COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA.
- *Cuenta general de la comunidad autónoma de Castilla y León. Liquidación de los presupuestos. Ejercicio corriente. Tomo I.* Consejería de Economía y Hacienda. Intervención General. JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN.
- *Datos aportados por la Consejería de Sanidad y Bienestar Social.* COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN.
- *Cuenta general. Realización de las autorizaciones y previsiones presupuestarias. Presupuesto ordinario. Gasto.* Consejería de Economía y Administraciones Públicas. JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA-LA MANCHA
- *Datos aportados por la Consejería de Bienestar Social.* JUNTA DE EXTREMADURA.
- *Liquidaciones de La Comunidad Autónoma de la Rioja. Presupuesto de gastos. Balance orgánico-económico de sumas y saldos Resumen por partidas presupuestarias.* Consejería de Hacienda y Promoción Económica. COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA.
- *Datos aportados por la Consejería de Salud, Consumo y Bienestar social de la C.A de la Rioja.*
- *Liquidación del presupuesto. Servicios Centrales. Volumen II. Gastos por programas. (Secciones 07, 09, 10 y 11).* Intervención General. Consejería de Hacienda. COMUNIDAD DE MADRID.
- *Datos aportados por la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Madrid.* COMUNIDAD DE MADRID
- *Presupuestos generales de la comunidad. Estado de liquidación de ingresos y gastos por subconceptos. Organismos Autónomos administrativos, Organismos Autónomos Mercantiles.* Intervención General. Consejería de Hacienda. COMUNIDAD DE MADRID.
- *EXPENDATA 2000 Base de datos del gasto sanitario.* Dirección General de Planificación Sanitaria. Consejería de Sanidad. COMUNIDAD DE MADRID.
- *Cuenta general de la región de Murcia. Liquidación del presupuesto de gastos. Clasificación orgánica: Clasificación funcional por programas.* Intervención General. REGIÓN DE MURCIA.
- *Balance de Situación y Cuenta de Resultados del Servicio Murciano de Salud.* Gerencia. SERVICIO MURCIANO DE SALUD
- *Datos aportados por la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales y el Servicio Murciano de Salud.*
- *Cuenta general de la Ciudad Autónoma de Ceuta.* Consejería de Sanidad, Consumo y Deportes.
- *Cuenta general de la Ciudad Autónoma de Melilla.* Consejería de Sanidad.

CORPORACIONES LOCALES

- *Liquidación de los presupuestos entidades locales y ciudades autónomas.* Dirección General de Coordinación con las Haciendas Territoriales. Secretaría de Estado de Hacienda. MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA.

- *Estadísticas de establecimientos sanitarios con régimen de internado.* Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO-INE.