

INFORME 13/2008

FINANCIACIÓN
DEL SISTEMA
SANITARIO
FONDOS
ESPECÍFICOS
Y OTROS
RECURSOS.
EJERCICIOS
2002-2006

INFORME 13/2008

**FINANCIACIÓN
DEL SISTEMA
SANITARIO
FONDOS
ESPECÍFICOS
Y OTROS
RECURSOS.
EJERCICIOS
2002-2006**

Nota: Este texto en castellano es una traducción no oficial que constituye sólo una herramienta de documentación.

MONTSERRAT VENDRELL TORNABELL, secretaria general de la Sindicatura de Cuentas de Cataluña,

CERTIFICADO:

Que en Barcelona, el día 10 de junio de 2008, reunido el Pleno de la Sindicatura de Cuentas, bajo la presidencia del síndico mayor, el Excmo. Sr. D. Joan Colom Naval, con la asistencia de los síndicos don Agustí Colom Cabau, don Alexandre Pedrós Abelló, don Enric Genescà Garrigosa, don Ernest Sena Calabuig, don Jaume Amat Reyero y don Jordi Pons Novell, actuando como secretaria la secretaria general de la Sindicatura, doña Montserrat Vendrell Tornabell, y como ponente el síndico don Agustí Colom Cabau, previa deliberación se acuerda aprobar el informe de fiscalización 13/2008, relativo a la financiación del sistema sanitario, fondos específicos y otros recursos, ejercicios 2002-2006.

Y, para que así conste y surta los efectos que correspondan, firmo este certificado, con el visto bueno del síndico mayor.

Barcelona, 19 de junio de 2008

[Firma]

Vº Bº
El síndico mayor

[Firma]

Joan Colom Naval

ÍNDICE

ABREVIACIONES.....	6
1. INTRODUCCIÓN	7
1.1. INTRODUCCIÓN AL INFORME	7
1.1.1. Objeto y alcance	7
1.1.2. Metodología y limitaciones	7
1.1.3. Información objeto de examen	8
1.1.4. Normativa de aplicación.....	8
2. FISCALIZACIÓN REALIZADA.....	10
2.1. FONDO DE COHESIÓN SANITARIA	13
2.1.1. Distribución de la compensación por la asistencia sanitaria prestada a pacientes desplazados, residentes en otras comunidades autónomas	17
2.1.2. Distribución de la compensación por la asistencia sanitaria prestada a pacientes desplazados, residentes en el extranjero	25
2.2. FONDO PARA EL PROGRAMA DE AHORRO EN INCAPACIDAD TEMPORAL.....	31
2.3. GARANTÍA DE ASISTENCIA SANITARIA.....	40
2.4. FONDOS DERIVADOS DE LA II CONFERENCIA DE PRESIDENTES	41
2.5. OTRAS ASIGNACIONES DEL ESTADO Y DE LA UNIÓN EUROPEA PARA LA FINANCIACIÓN DE PROGRAMAS	46
2.6. CÁLCULO DEL COSTE DE LA ASISTENCIA SANITARIA PRESTADA A LOS PACIENTES DESPLAZADOS DE OTRAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS, NO COMPENSADA POR EL ESTADO. EJERCICIO 2006.....	48
3. CONCLUSIONES.....	52
4. TRÁMITE DE ALEGACIONES.....	58
5. COMENTARIOS A LAS ALEGACIONES PRESENTADAS.....	63

ABREVIACIONES

CMBD	Conjunto mínimo básico de datos
CPFF	Consejo de Política Fiscal y Financiera
GDR	Grupos de Diagnóstico Relacionados
ICAM	Instituto Catalán de Evaluaciones Médicas
INSALUD	Instituto Nacional de la Salud
INSS	Instituto Nacional de la Seguridad Social
IPC	Índice de precios de consumo
ISM	Instituto Social de la Marina
IT	Incapacidad temporal
LOFCA	Ley orgánica de financiación de las comunidades autónomas
LOSC	Ley de ordenación sanitaria de Cataluña
M€	Millones de euros
m€	Miles de euros
PIB	Producto interior bruto
SCS	Servicio Catalán de la Salud
SIFCO	Sistema de información del Fondo de cohesión sanitaria
SNS	Sistema Nacional de Salud
XHUP	Red Hospitalaria de Utilización Pública

1. INTRODUCCIÓN

La Sindicatura de Cuentas, como órgano de fiscalización de la gestión económica, financiera y contable del sector público de Cataluña, emite el presente informe en base a las funciones que le son encomendadas en el artículo 2 de la Ley 6/1984, de 5 de marzo, de la Sindicatura de Cuentas, modificada por las leyes 15/1994, de 4 de julio, 7/2002, de 25 de abril, y 7/2004, de 16 de julio.

Dicha fiscalización ha tenido su origen en la iniciativa de la Sindicatura de Cuentas, de acuerdo con el artículo 2.1 de sus Normas de régimen interior, y en la ejecución del Programa anual de actividades para el año 2008, aprobado por el Pleno de la Sindicatura de Cuentas en la sesión del día 13 de noviembre de 2007.

1.1. INTRODUCCIÓN AL INFORME

1.1.1. Objeto y alcance

El objeto de este informe es la fiscalización de la financiación del sistema sanitario en el periodo 2002-2006, en cuanto a los fondos específicos: el Fondo de cohesión sanitaria, que financia el gasto de los pacientes desplazados de otras comunidades autónomas y del extranjero, y el Fondo para el programa de ahorro en incapacidad temporal. Asimismo, también han sido objeto de la presente fiscalización la Garantía de asistencia sanitaria, los fondos derivados de las medidas acordadas en la II Conferencia de Presidentes y otras asignaciones del Estado y de la Unión Europea (UE) para la financiación de programas de sanidad.

Los recursos que financian la sanidad vienen determinados en gran parte por el modelo de financiación que entró en vigor en el año 2002 con 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, y su evolución hasta la fecha actual.

La inclusión de este informe en el Programa anual de actividades del año 2008 responde a la iniciativa de la Sindicatura de Cuentas de fiscalizar los ingresos de la sanidad catalana, propósito que se inició con el informe de fiscalización 3/2006, Ingresos por tasas del Departamento de Salud de la Generalidad de Cataluña, periodo 2002-2004, incluido en el Plan de trabajo del año 2005.

1.1.2. Metodología y limitaciones

En el marco de la normativa que regula las medidas fiscales y administrativas del nuevo modelo de financiación de las comunidades autónomas, el presente trabajo se ha dirigido al análisis de la naturaleza y el volumen de los recursos destinados a los fondos específi-

cos de financiación sanitaria. En relación con estos fondos, se han evaluado los procedimientos administrativos y la razonabilidad de los controles internos de la Administración para la verificación de las cifras que justifican el importe de los ingresos rendidos.

Por otra parte, en base a esta información y en cuanto al Fondo de cohesión sanitaria, se ha calculado el coste de la asistencia sanitaria prestada en Cataluña a los pacientes desplazados residentes fuera del territorio autonómico, a fin de determinar cuál es la cobertura efectiva de dicho mecanismo de financiación.

La ejecución del trabajo se ha realizado en base a la información facilitada por los departamentos de Salud y de Economía y Finanzas de la Generalidad de Cataluña, el Servicio Catalán de la Salud, el Instituto Catalán de la Salud y el Instituto Catalán de Evaluaciones Médicas, en relación con los servicios de asistencia sanitaria que prestan y/o los recursos que gestionan.

Asimismo, la fiscalización se ha completado con el análisis de las cifras que se desprenden de los presupuestos aprobados y de la Cuenta general rendida en el periodo comprendido entre los años 2002 y 2007.

Excepto para los casos que se mencionan en el informe, el trabajo de fiscalización se ha realizado sin limitaciones.

1.1.3. Información objeto de examen

La información objeto de examen comprende, por una parte, las liquidaciones anuales que soportan la distribución de los fondos y los recursos transferidos por el Estado a la comunidad autónoma para la financiación de determinados ámbitos de la sanidad catalana, y por otra, los presupuestos aprobados y las cuentas generales rendidas por la Generalidad de Cataluña.

Comprende, también, el resto de la documentación que se ha considerado necesaria, relacionada con la prestación de los servicios de asistencia sanitaria por parte de los entes que ejercen dicha competencia en Cataluña, así como los acuerdos formalizados por el Gobierno de la Generalidad de Cataluña para la financiación de programas desarrollados por la comunidad autónoma incluidos en los presupuestos generales del Estado y de la Unión Europea.

1.1.4. Normativa de aplicación

La principal normativa que regula la financiación de las competencias en materia de sanidad en Cataluña es la siguiente.

Legislación europea:

- Reglamento (CEE) número 1408/1971, del Consejo, de 14 de junio, modificado por el Reglamento (CE) 631/2004, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 31 de marzo.
- Reglamento (CEE) número 574/1972, del Consejo, de 21 de marzo.

Legislación estatal:

- Ley orgánica 4/2000, de 11 de mayo, por la que se regulan los derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.
- Ley orgánica 7/2001, de 27 de diciembre, de modificación de la Ley orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de financiación de las comunidades autónomas (LOFCA).
- Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad.
- Ley 42/1994, de 30 de diciembre, sobre medidas fiscales, administrativas y de orden social.
- 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 las ciudades con estatuto de autonomía.
- Ley 24/2001, de 27 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del sistema nacional de salud.
- Ley 61/2003, de 30 de diciembre, de presupuestos generales del Estado para 2004.
- Ley 2/2004, de 27 de diciembre, de presupuestos generales del Estado para 2005.
- Ley 30/2005, de 29 de diciembre, de presupuestos generales del Estado para 2006.
- Real decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley general de la Seguridad Social.
- Real decreto ley 12/2005, de 16 de septiembre, por el que se aprueban determinadas medidas urgentes en materia de financiación sanitaria.
- Real decreto 575/1997, de 18 de abril, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal.
- Real decreto 1247/2002, de 3 de diciembre, que regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria.
- Real decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria.

Legislación autonómica:

- Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña.
- Ley 31/2002, de 30 de diciembre, de medidas fiscales y administrativas.
- Ley 7/2004, de 16 de julio, de medidas fiscales y administrativas.
- Decreto 179/1997, de 22 de julio, por el que se establecen las modalidades de pago que rigen la contratación de servicios sanitarios en el ámbito del Servicio Catalán de la Salud.

2. FISCALIZACIÓN REALIZADA

A partir del año 2002¹, el modelo de financiación de la sanidad se integra con la financiación de la totalidad de las competencias ejercidas por las comunidades autónomas. De este modo, el sistema pasa a incluir la financiación de las competencias comunes traspasadas a las comunidades autónomas, de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social (competencia que se extiende a la totalidad de comunidades autónomas) y de los servicios sociales de la Seguridad Social.

En este marco, la financiación de la prestación de los servicios de asistencia sanitaria queda definida a partir de la determinación de las necesidades homogéneas de financiación, que resultan de sumar el importe de la financiación sanitaria liquidado en el año 1999 para las comunidades autónomas con competencias en salud, excluyendo el Fondo de incapacidad temporal, y para las demás comunidades, el importe de la financiación atribuible de la gestión directa del Insalud de ese mismo año.

La mencionada cuantía constituye lo que se denomina Fondo general, cuyo importe corresponde a una cifra inicial de recursos para todo el Sistema Nacional de Salud, equivalente al gasto sanitario liquidado en el año 1999. Dicho Fondo general se redistribuye entre las comunidades autónomas en función de la ponderación de tres variables: la cifra de población protegida correspondiente a 1999, ponderada en el 75%; la población mayor de 65 años según el padrón a 1 de enero de 1999, ponderada en el 24,5%, y la insularidad, ponderada en el 0,5%.

Asimismo, el sistema garantiza, mediante la *garantía de mínimos*, que la financiación asignada a cada comunidad autónoma por el Fondo general anterior sea por lo menos igual a la que cada una de ellas tenía asignada en el año base, de modo que todas conserven su posición anterior y que nadie pierda con ello (regla *statu quo*).

Además del Fondo general², que se financia con los recursos generales del sistema, el modelo establece dos fondos específicos: el Fondo de cohesión sanitaria y el Fondo para el programa de ahorro en incapacidad temporal, que tienen financiación específica.

El Fondo de cohesión sanitaria tiene por finalidad garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español, por una parte, y la

1. Con la entrada en vigor 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.

2. Por otro lado, la Ley 24/2001, de 27 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social, creó el impuesto sobre las ventas minoritarias de determinados hidrocarburos, que se cede a las comunidades autónomas de acuerdo con lo que dispongan las normas reguladoras vigentes de la cesión de tributos del Estado a las comunidades autónomas, estando sus rendimientos afectados en su totalidad a la financiación de gastos de naturaleza sanitaria, excepto la parte de los recursos derivados de los tipos de gravamen autonómicos, que podrán dedicarse a financiar actuaciones medioambientales. El tipo de gravamen aplicable se forma mediante la suma de los tipos estatal y el autonómico aprobado por la comunidad autónoma correspondiente. En este sentido, en Cataluña, mediante la Ley 7/2004, de 16 de julio, de medidas fiscales y administrativas, se aprobó la aplicación del tipo autonómico.

atención a ciudadanos desplazados procedentes de países de la Unión Europea o de países con los que España tenga suscritos convenios de asistencia sanitaria recíproca, por otra. La distribución del fondo, cuya gestión corresponde al Ministerio de Sanidad y Consumo, se articula de acuerdo con la regulación específica establecida en el Real decreto 1247/2002, de 3 de diciembre, y posteriormente en el Real decreto 1207/2006, de 20 de octubre, que deroga el anterior.

En los citados decretos se establece el procedimiento para compensar a las comunidades autónomas por el saldo neto de la asistencia sanitaria prestada a desplazados. En ese escenario, la gestión centralizada del Fondo requirió el establecimiento por parte del Ministerio de criterios de reparto para el desarrollo de programas de coordinación y cooperación entre los servicios autonómicos de salud.

El Fondo del programa de ahorro en incapacidad temporal financia la adopción de programas y medidas dirigidas al control del gasto relativo a la incapacidad temporal y a la mejora de la gestión de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social para esas contingencias. La dotación de dicho fondo, cuya gestión financiera corresponde a la Tesorería General de la Seguridad Social, se estableció inicialmente (2002) en 240,40 M€, cuantía susceptible de ser incrementada anualmente según determinen las leyes de presupuestos generales del Estado, y se distribuye entre las comunidades autónomas de acuerdo con la variable "población protegida"³.

Finalmente, el sistema de financiación establece una cláusula de garantía de evolución de los recursos aplicados a la sanidad. En este sentido, la disposición transitoria segunda de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, establece que durante los primeros tres años del sistema de financiación (de 2002 a 2004) 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 los recursos que corresponden a la sanidad debe crecer, como mínimo, en la misma tasa que el PIB nominal. La garantía, cuya aplicación finalizaba en el año 2004, fue prorrogada hasta la aprobación de un nuevo sistema de financiación autonómica, fruto del acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera adoptado después de la II Conferencia de Presidentes, que tuvo lugar en septiembre de 2005.

El trabajo de fiscalización realizado parte del análisis de la composición, el volumen y el detalle en el periodo 2002-2006, del Fondo de cohesión sanitaria y del Fondo para la incapacidad temporal.

De acuerdo con las cifras que se desprenden de los importes distribuidos en cada ejercicio (cuadro 2.A), el importe liquidado en concepto de los fondos específicos de financiación de los servicios de asistencia sanitaria ha sido de 212,03 M€ en el conjunto del periodo comprendido entre los años 2002 y 2006, de los que 55,37 M€ corresponden al

3. Se entiende por población protegida la población que resulta de restar a la población aprobada por el INE para el padrón de cada año la población cubierta por las mutualidades de funcionarios del Estado mediante convenio con entidades de seguro privado.

Fondo de cohesión sanitaria, y 156,66 M€, al Fondo de incapacidad temporal. El objeto de la fiscalización, en cuanto a los apartados 2.1 y 2.2, se centra en el análisis de la gestión de estos fondos.

Precisamente debido a los desajustes existentes en la cobertura que prevé el Fondo de cohesión sanitaria, respecto del gasto sanitario autonómico efectivamente asumido por los pacientes desplazados, el análisis conduce al cálculo que se presenta en el apartado 2.6 del informe. El cálculo, referido al ejercicio 2006, contempla los costes de la asistencia sanitaria prestada en territorio catalán a los pacientes desplazados que no residen en él, no compensados por el Estado a través de los mecanismos de financiación territorial, cálculo que permite extraer conclusiones en cuanto a la cobertura prevista en el modelo de financiación para la asistencia sanitaria prestada a los pacientes desplazados, y en último término, en cuanto a la garantía del principio de suficiencia financiera de dicho fondo.

Por otro lado, el importe de la garantía de asistencia sanitaria liquidada por el Ministerio de Economía y Hacienda en Cataluña ha sido de 144,26 M€ en el conjunto del periodo. Las liquidaciones han sido realizadas en virtud de la disposición transitoria segunda de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, y se analizan en el apartado 2.3 del informe.

El apartado 2.4 del informe incluye el resumen de las medidas consensuadas en la II Conferencia de Presidentes que tuvo lugar en el año 2005 para hacer frente, de forma provisional, a la inminente necesidad de recursos para la financiación de la sanidad, mientras se espera el consenso necesario para la revisión efectiva del modelo de financiación.

Finalmente, en el apartado 2.5 se añade el resumen de otras asignaciones específicas del Estado y de la Unión Europea, recibidas y gestionadas por el Departamento de Salud durante el periodo objeto de fiscalización, destinadas a la financiación de programas específicos en el marco de las acciones del Ministerio de Sanidad y Consumo en el ámbito de la política de cohesión sanitaria y, especialmente, del diseño de las estrategias de salud para el tratamiento de determinadas enfermedades, que suman un importe total de 46,46 M€.

Así, el volumen total de los recursos que han sido objeto de la presente fiscalización es de 1.221,37 M€ (cuadro 2.A).

Cuadro 2.A. Detalle del volumen de los recursos objeto de la fiscalización. Importes distribuidos. Periodo 2002-2006

Fuente de recursos	2002	2003	2004	2005	2006	Periodo 2002-2006
Fondo de cohesión sanitaria	10.206	12.587	9.644	9.810	13.126	55.374
Fondo programa ahorro incap. temporal	13.129	13.392	51.984	42.897	35.258	156.660
Garantía de asistencia sanitaria	-	-	35.385	35.775	73.099	144.259
Medidas II Conferencia de Presidentes						
Medidas excepto medida 4	-	-	-	-	139.522	139.522
Medida 4 (anticipos)	-	-	-	214.163	464.936	679.099
Asignaciones del Estado	3.654	3.676	10.335	14.600	13.661	45.926
Asignaciones de la Unión Europea	305	19	-	205	-	529
Total	27.294	29.674	107.348	317.450	739.602	1.221.369

Importes en miles de euros.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por el Servicio Catalán de la Salud y el Departamento de Salud.

2.1. FONDO DE COHESIÓN SANITARIA

Para hacer efectivo el derecho constitucional de protección de la salud, la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad, sentó las bases del modelo de ordenación sanitaria mediante la creación del Sistema Nacional de Salud, configurado de acuerdo con los principios y criterios siguientes: el carácter público, la universalidad y la gratuidad del sistema; la definición de los derechos y deberes de ciudadanos y poderes públicos en este ámbito; la descentralización política de la sanidad; la integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud y su organización en áreas de salud, y el desarrollo de un nuevo modelo de atención primaria.

En el marco de este modelo sanitario, la Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña (LOSC), estableció la ordenación del sistema sanitario público de Cataluña.

De acuerdo con el mencionado marco normativo se establece la necesidad de que la suficiencia financiera garantice a todas las comunidades autónomas los recursos económicos que les permitan garantizar la cobertura sanitaria de su población y también atender los mayores costes que se derivan de la especialización y el desarrollo de sus servicios sanitarios, entre ellos, los derivados de la asistencia sanitaria prestada a pacientes desplazados. En este sentido, el sistema de financiación autonómica de régimen común establecido en la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, recoge como novedad el concepto de costes originados por las personas desplazadas y modifica su financiación respecto a modelos anteriores, pasando de la compensación entre las comunidades autónomas prevista en la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad, a una dotación específica del Estado a través del Ministerio de Sanidad y Consumo, que constituye el Fondo de cohesión.

De este modo, los reales decretos 1247/2002, de 3 de diciembre, y 1207/2006, de 20 de octubre, por los que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria, concretan y desarrollan la instrucción prevista en la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, y establecen como finalidad del referido Fondo garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos en todo el territorio.

En el caso de los desplazados de otras comunidades autónomas, el Fondo busca también establecer incentivos para que las comunidades autónomas faciliten la movilidad de los ciudadanos españoles hacia otras comunidades, y canalicen así la demanda hacia servicios disponibles solo en determinadas comunidades, por motivos de racionalidad económica, con el objetivo último de garantizar la igualdad en el acceso a todo el territorio español.

La garantía de que, independientemente del lugar de residencia, todo el mundo pueda acceder a todas las infraestructuras es una forma de resolver la existencia de estructuras muy diferentes a nivel territorial, en especial, en cuanto a los centros especializados y de excelencia. Dichos servicios de referencia cobran sentido para la atención de aquellas patologías que, por sus características, necesitan atención de elevado nivel de especialización, de forma que requieren concentrar en un número reducido de centros los casos a tratar o las técnicas, tecnologías y procedimientos preventivos, diagnósticos o terapéuticos utilizados, con el fin de garantizar la calidad, la seguridad y la eficiencia asistenciales.

Por otra parte, la Ley orgánica 4/2000, de 11 de enero, por la que se regulan los derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, dispone que son titulares de los derechos de asistencia y protección del Sistema Nacional de Salud los españoles y los extranjeros residentes en territorio nacional; los nacionales de estados miembros de la Unión Europea y los nacionales de estados no pertenecientes a la Unión Europea, con derechos que les sean reconocidos por las leyes, tratados o convenios suscritos.

En este sentido, en el caso de la atención a desplazados a cargo de la institución de otros estados de la Unión Europea o de países con los que España haya suscrito convenios de asistencia sanitaria recíproca, la regulación del Fondo responde a la necesidad de adaptar la compensación por este concepto al nuevo esquema competencial, de descentralizar plenamente la asistencia sanitaria, y reconducir de este modo la compensación a los servicios de salud de las propias comunidades autónomas.

En virtud de lo que dispone el artículo 7 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS, y previo acuerdo en el seno del Consejo Interterritorial, el desarrollo reglamentario del contenido y del procedimiento de actualización de la cartera de servicios comunes del SNS tuvo lugar con la aprobación del Real decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se determinó, por una parte, el contenido de la cartera de servicios comunes de las prestaciones sanitarias de salud pública, atención primaria, atención especializada, atención socio-sanitaria, atención de urgencias, prestación farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario, y de otra, se estableció el procedimiento para su actualización.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, establece también que el acceso a las prestaciones sanitarias del SNS detalladas en la cartera de servicios comunes se debe garantizar con independencia del lugar del territorio nacional donde se encuentre el usuario del sistema. Su financiación forma parte de las responsabilidades financieras de las comunidades autónomas, de conformidad con los acuerdos de transferencias competenciales y con el sistema de financiación autonómica vigente, todo ello sin perjuicio de la posible existencia de un tercer obligado al pago.

El Fondo de cohesión sanitaria distribuido por la Administración central al conjunto de los territorios de España durante el periodo comprendido entre los años 2002 y 2006 ha sido de 327,87 M€. Este importe incluye la cuantía correspondiente a la compensación por los pacientes desplazados de otras comunidades autónomas, por importe de 253,28 M€, y la compensación por los pacientes desplazados extranjeros, por importe de 74,59 M€ (cuadros 2.1.A y 2.1.B). El Ministerio de Sanidad y Consumo realiza las tareas de compensación de dicho Fondo.

En el año 2002, el importe distribuido en el conjunto del Estado fue de 45,19 M€, por la compensación de los pacientes desplazados de otras comunidades, y de 10,37 M€, por la compensación de los desplazados a cargo de otros estados. El Fondo de cohesión total distribuido en ese año fue de 55,57 M€.

En el año 2006, fruto de las medidas consensuadas en el seno de la II Conferencia de Presidentes y del aumento en el nivel de facturación de los desplazados extranjeros⁴, fue

4. A raíz de la alegación número 2, se ha añadido el texto: “y del aumento en el nivel de facturación de los desplazados extranjeros”.

incrementada la dotación del Fondo de cohesión sanitaria prevista en los presupuestos generales del Estado, así como el conjunto de las actuaciones y actividades financiadas, hechos que indujeron a la modificación del Real decreto 1247/2002, de 3 de diciembre, que tuvo lugar con la aprobación del Real decreto 1207/2006, de 20 de octubre. En ese año, las cifras distribuidas por la compensación de los desplazados de otras comunidades autónomas y del extranjero en el conjunto del Estado fueron de 75,24 M€ y 23,79 M€, respectivamente. El Fondo de cohesión total distribuido en ese año fue de 99,03 M€.

La evolución producida en el periodo 2002-2006 pone de manifiesto un crecimiento en el importe del Fondo de cohesión distribuido al conjunto de comunidades autónomas del 66,5%, por la compensación de pacientes desplazados de otras comunidades, y del 129,4%, por la compensación de pacientes desplazados extranjeros.

En cuanto a los desplazamientos de otras comunidades autónomas, debe señalarse que Madrid es perceptora del 68,8% del fondo total distribuido en el periodo 2002-2006, y Cataluña, en segunda posición, es perceptora del 18,9%. La tercera comunidad autónoma es Cantabria, perceptora del 8,7% del fondo distribuido en el periodo (cuadro 2.1.A). En lo que concierne a los desplazados extranjeros, la Comunidad Valenciana es perceptora del 22,8% del fondo distribuido en el periodo, seguida de Canarias (21,6%) y de Baleares (12,2%) (cuadro 2.1.B).

Cuadro 2.1.A. Distribución del Fondo de cohesión sanitaria por comunidades autónomas. Desplazados de otras comunidades autónomas. Periodo 2002-2006

Comunidad autónoma	2002	2003	2004	2005	2006	Periodo 2002-2006
Andalucía			71.649	12.020	1.228.687	1.312.356
Aragón						
Asturias	2.815	35.661	(19.532)	19.912		38.856
Baleares						
Canarias						
Cantabria	3.443.037	3.671.196	4.164.826	4.126.069	6.425.147	21.830.275
Castilla y León						
Castilla-La Mancha			339.217			339.217
Cataluña	8.381.330	9.840.403	7.377.334	8.904.669	13.126.451	47.630.187
Comunidad Valenciana	2.117.111	629.177	650.376	627.657	1.547.727	5.572.048
Extremadura						
Galicia			27.607			27.607
Madrid	31.175.702	31.610.995	30.894.351	27.642.026	52.911.179	174.234.253
Murcia		988.266	(409.028)	291.206		870.444
Navarra						
País Vasco	72.614	706.173	61.682	579.633		1.420.102
La Rioja						
Ceuta						
Melilla						
Total	45.192.609	47.481.871	43.158.482	42.203.192	75.239.191	253.275.345

Importes en euros.

Fuente: Elaboración en base a los datos facilitados por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Notas:

- El importe negativo del fondo distribuido en el año 2004 a las comunidades autónomas de Murcia y Asturias es fruto de la revisión del fondo distribuido en el año 2003, por actualización de los flujos de pacientes en base al Conjunto mínimo básico de los datos (CMBD) del año 2002.
- Las comunidades autónomas en las que no figura ningún importe distribuido son aquellas para las que el saldo neto, obtenido por diferencia entre el coste compensado por los pacientes atendidos en la comunidad y el coste compensado por los pacientes derivados a otras comunidades, resulta negativo.

Cuadro 2.1.B. Distribución del Fondo de cohesión sanitaria por comunidades autónomas. Desplazados extranjeros. Periodo 2002-2006

Comunidad autónoma	2002	2003	2004	2005	2006	Periodo 2002-2006
Andalucía	1.460.266	1.404.181	515.487	379.458	395.301	4.154.693
Aragón	260.493	311.301	157.126	82.300		811.220
Asturias	232.876	476.671	218.153	112.223	10.329	1.050.252
Islas Baleares	1.482.338	1.974.587	1.652.871	872.251	3.103.111	9.085.158
Canarias	943.273	3.633.669	908.107	1.417.117	9.221.021	16.123.187
Cantabria	110.604	167.936	399.323	99.094	179.528	956.485
Castilla y León	459.479	808.760	475.177	266.870		2.010.286
Castilla-La Mancha	93.759	112.535	92.590	44.952		343.836
Cataluña	1.824.783	2.746.942	2.266.612	905.284		7.743.621
Comunidad Valenciana	349.286	2.659.575	2.865.123	4.150.811	7.010.948	17.035.743
Extremadura	172.679	378.124	143.597	75.704	422.155	1.192.259
Galicia	1.448.376	1.890.913	1.118.906	662.127	1.761.342	6.881.664
Madrid	214.858	876.245	198.112	80.170		1.369.385
Murcia	882.101	505.543	629.102	110.528	1.690.538	3.817.812
Navarra	127.420	186.749	84.749	52.622		451.540
País Vasco	279.633	695.524	329.606	150.060		1.454.823
La Rioja	25.000	11.985	7.604	2.719		47.308
Ceuta	4.117	6.721	6.942	3.286		21.066
Melilla	3.310	28.813	7.767	4.377		44.267
Total	10.374.651	18.876.774	12.076.954	9.471.953	23.794.273	74.594.605

Importes en euros.

Fuente: Elaboración propia, en base a los datos facilitados por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Nota: Las comunidades autónomas para las que en el ejercicio 2006 no figura ningún importe distribuido son aquellas que, en virtud del nuevo criterio de reparto del Fondo aprobado por el Real decreto 1207/2006, de 20 de octubre, no han obtenido compensación.

La compensación en Cataluña por la asistencia sanitaria prestada a los pacientes desplazados de otras comunidades autónomas fue de 13,13 M€, en el año 2006, y de 8,38 M€, en el año 2002. Para el conjunto del periodo fiscalizado (2002-2006), el importe recibido por este concepto ha sido de 47,63 M€⁵.

En cuanto a la compensación por los pacientes desplazados extranjeros, Cataluña recibió en el periodo 2002-2006 un importe total de 7,74 M€, cuantía que representa un promedio del 10% del fondo total distribuido al conjunto de comunidades, teniendo en cuenta que en el año 2006, fruto de la nueva regulación establecida en el Real decreto 1207/2006, de 20 de octubre, no percibió ninguna compensación por este concepto.

5. El importe incluye la revisión de las cuantías distribuidas en los años 2002 y 2003, liquidada en el ejercicio inmediato siguiente con motivo de la actualización de los datos disponibles del CMBD, realizada exclusivamente en los años 2003 y 2004.

Así, el importe total de los recursos distribuidos en Cataluña con cargo al Fondo de cohesión sanitaria ha sido de 55,37 M€ en el periodo fiscalizado (cuadro 2.1.C).

Cuadro 2.1.C. Recursos distribuidos con cargo al Fondo de cohesión sanitaria. Cataluña. Periodo 2002-2006

Periodo	Compensación desplazados de otras comunidades			Compensación desplazados extranjeros	Total distribuido
	Liquidación inicial	Revisión	Liquidación definitiva		
Año 2002	8.381.330	-	8.381.330	1.824.783	10.206.113
Año 2003	9.249.929	590.474	9.840.403	2.746.942	12.587.345
Año 2004	8.179.361	(802.027)	7.377.334	2.266.612	9.643.946
Año 2005	8.904.669	-	8.904.669	905.284	9.809.953
Año 2006	13.126.451	-	13.126.451	0	13.126.451
Total	47.841.740	(211.553)	47.630.187	7.743.621	55.373.808

Importes en euros.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos que se incluyen en los documentos de aprobación del gasto para la distribución entre las comunidades autónomas del Fondo de cohesión sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Los importes que figuran liquidados en la Cuenta general de la Generalidad de los años 2004 y 2005 incluyen otros conceptos imputados en la partida presupuestaria que no corresponden al Fondo de cohesión sanitaria, por importe de 1,49 y 2,90 M€, respectivamente, sino que responden a liquidaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo en virtud de los programas para la financiación de políticas de prevención de la diabetes y el tabaquismo.

En los epígrafes 2.1.1 y 2.1.2 siguientes se analizan las particularidades que presenta la distribución de la compensación del Fondo de cohesión sanitaria en Cataluña durante el periodo fiscalizado, en función del origen de los pacientes desplazados que han sido atendidos y de las disposiciones que regulan el Fondo.

2.1.1. Distribución de la compensación por la asistencia sanitaria prestada a pacientes desplazados, residentes en otras comunidades autónomas

La compensación prevista en el Real decreto 1247/2002, de 3 de diciembre, para la atención a los pacientes desplazados residentes en otras comunidades autónomas incluye la asistencia programada prestada a los pacientes que, con derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, se desplacen a otra comunidad autónoma diferente de aquella en la que tienen la residencia habitual, con autorización expresa de la comunidad autónoma de origen y en coordinación con la comunidad autónoma de recepción, cuando la primera no tenga los servicios hospitalarios que se requieren, o los servicios sean manifiestamente insuficientes para atender a la población, y en todos los casos, para alguno de los 199 procesos o Grupos de Diagnóstico Relacionados (GDR)⁶, compensables en un 40% de su coste, incluidos en el anexo I, letra a, del Real decreto.

6. Los Grupos de Diagnóstico Relacionados constituyen un sistema de clasificación de episodios de hospitalización en que los pacientes se distribuyen en grupos de procesos o grupos de pacientes en los que se .../...

El requisito de derivación formal del paciente viene recogido en los reales decretos que regulan el Fondo de cohesión sanitaria, en los que se prevé la solicitud expresa de la comunidad autónoma de origen, la coordinación con la comunidad de recepción y el registro y validación de dichos trámites, así como la prestación efectiva de la asistencia, mediante el Sistema de información del Fondo de cohesión sanitaria (SIFCO).

Por otra parte, el Real decreto que regula el fondo de cohesión sanitaria prevé que la lista de procesos (GDR) compensables sea sometida a actualización periódica por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo, previo informe del Ministerio de Hacienda, en la medida en que los sistemas de información y la evidencia científica lo permitan y teniendo especialmente en cuenta la incorporación de procesos que requieren alta tecnología, tarea en la que tendrá un papel destacado la Comisión de seguimiento del fondo de cohesión sanitaria, constituida en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

También se prevé en el Real decreto 1247/2002, para los ciudadanos residentes en provincias limítrofes⁷ de otras comunidades autónomas, una compensación adicional con cargo al fondo por la atención sanitaria prestada por los 37 procesos hospitalarios (GDR) recogidos en el anexo II, cuya compensación se establece en el 40% de su coste.

Finalmente, el anexo I, letra *b*, del Real decreto 1247/2002 prevé la compensación con cargo al fondo para una lista de 16 técnicas y procedimientos especiales, en un 80% de su coste.

Para los demás procesos hospitalarios, técnicas y procedimientos especiales y ambulatorios no incluidos en el Real decreto 1247/2002, la financiación de la asistencia sanitaria prestada a los pacientes desplazados corre a cargo de la comunidad autónoma, sin compensación del Estado.

identifican pacientes similares desde un punto de vista clínico, y en los que se espera un consumo similar de recursos. De la lista de 653 GDR aprobados por el Ministerio de Sanidad y Consumo, son ejemplos los 'trastornos y lesiones espinales', 'la angina de pecho' o la 'quimioterapia', pero también los 'procedimientos sobre estómago, esófago y duodeno a menores de 17 años, con complicaciones' o los 'procedimientos quirúrgicos para la obesidad'.

Por otra parte, también permiten obtener los "pesos relativos", de forma que cada GDR lleva asociado un peso que representa el nivel de consumo de recursos (coste) atribuible a aquel grupo de pacientes, con relación al coste medio de todos los pacientes de hospitalización de agudos. Dicho de otro modo, un peso relativo de valor 1 equivale al coste medio del paciente hospitalizado (estándar). Estos pesos se obtienen a partir de la integración de la información sobre los costes hospitalarios, obtenidos por los sistemas de contabilidad analítica, con la información de los pacientes procedente delCMBD, sobre la base de la metodología establecida en el marco del proyecto Análisis y desarrollo de los GDR en el SNS y a partir de una muestra de altas representativa del conjunto de los hospitales del Estado español.

7. De acuerdo con la Instrucción 02/2003 del Catsalut, aprobada el 20 de junio de 2003, se consideraron territorios limítrofes en Cataluña las provincias de Castellón, Teruel, Zaragoza, Huesca y la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares.

De acuerdo con el Real decreto 1247/2002, la asignación a cada comunidad autónoma por la compensación de la asistencia sanitaria prestada a desplazados de otras comunidades autónomas es equivalente al saldo neto del coste compensable –calculado por la diferencia entre el coste compensable por la asistencia prestada a los pacientes atendidos de otras comunidades autónomas, y la asistencia prestada a los pacientes derivados a otras comunidades autónomas–, que es establecido de forma normalizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, en base a dos variables: los flujos de pacientes y los costes.

El Real decreto prevé que los flujos de pacientes entre comunidades autónomas se obtengan del sistema de información del Sistema Nacional de Salud, basado en los modelos de solicitudes de asistencia sanitaria programada fuera de la comunidad autónoma y los informes sobre esta que se incluyen en el anexo III del Real decreto.

Los costes se establecen en los anexos del Real decreto para cada uno de los procesos hospitalarios, medidos en términos de GDR, y de las técnicas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios. Para cada uno de estos costes medios, se determina también la parte compensable.

Anualmente, previo informe del Ministerio de Hacienda, el Ministerio de Sanidad y Consumo actualiza el coste de dichos procesos a partir de la última información disponible del coste por proceso, con el límite anual de crecimiento del índice de precios de consumo (IPC) publicado por el Instituto Nacional de Estadística o, en su defecto, el deflactor del consumo final doméstico que figure en las últimas previsiones macroeconómicas disponibles de los presupuestos generales del Estado.

En este sentido, en el año 2003 el Ministerio de Sanidad y Consumo aprobó la última lista de pesos españoles y el coste de los procesos atendidos para un total de 653 GDR, que ha servido de base para la actualización, mediante el IPC o el deflactor del consumo final doméstico, según los casos, de los costes medios compensables referidos a las distribuciones del Fondo de los años 2005 y 2006. La variación que, fruto de esta nueva lista aprobada, han sufrido los costes medios de los diversos GDR susceptibles de compensación es totalmente heterogénea, con incrementos o decrementos que no siguen una pauta lineal.

Las variables flujo de pacientes y coste medio por GDR base del cálculo de las cuantías distribuidas son las que se recogen en el cuadro siguiente, en cada uno de los años (cuadro 2.1.D).

Cuadro 2.1.D. Fuentes de datos disponibles para la distribución del Fondo de cohesión sanitaria. Periodo 2002-2006

Distribución del Fondo	Flujo de pacientes	Coste medio por GDR
Año 2002	CMBD 2000	CMBD 1999, actualizado a euros de 2002
Revisión 2002	CMBD 2001	CMBD 2001, actualizado a euros de 2002
Año 2003	CMBD 2001	CMBD 2001, actualizado a euros de 2003
Revisión 2003	CMBD 2002	CMBD 2002, actualizado a euros de 2003
Año 2004 (provisional)	CMBD 2002	CMBD 2001, actualizado a euros de 2004
Año 2004	CMBD 2002	CMBD 2002, actualizado a euros de 2004
Año 2005 (provisional)	CMBD 2003	CMBD 2002, actualizado a euros de 2005
Año 2005	CMBD 2003	CMBD 2003, actualizado a euros de 2005
Año 2006	CMBD 2004	CMBD 2003, actualizado a euros de 2006

Fuente: Distribución del Fondo de cohesión sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo.

La nueva regulación aprobada por el Real decreto 1207/2006, de 20 de octubre, homogeneiza el porcentaje correspondiente al coste medio compensable con cargo al Fondo, incrementándolo hasta el 80% para la totalidad de los procesos de hospitalización, que pasan a ser 184 GDR, y de los 31 procedimientos ambulatorios previstos en los anexos. Además, la nueva regulación elimina parcialmente⁸ el supuesto de compensación para los desplazados de provincias limítrofes, por una parte, e introduce un nuevo supuesto susceptible de compensación, constituido por la asistencia sanitaria a pacientes residentes en España, derivados entre comunidades autónomas, para su atención en centros, servicios y unidades de referencia del SNS.

Asimismo, la nueva regulación excluye de forma expresa la compensación con cargo al Fondo de cohesión sanitaria de la atención urgente que solicita el propio paciente de forma espontánea durante un desplazamiento a una comunidad autónoma diferente a la suya de residencia, que está garantizada, por los dispositivos asistenciales del SNS.

De este modo, la cuantía del fondo asignada a las comunidades autónomas en cada ejercicio se obtiene por la compensación de tres conceptos diferentes: Anexo I, letra *a*: pacientes desplazados de otras comunidades autónomas, por la atención sanitaria correspondiente a los procesos hospitalarios (GDR) expresamente previstos, establecida en el 40% de su coste total (80%, desde la nueva regulación del Fondo del año 2006); Anexo I, letra *b*: pacientes desplazados de otras comunidades autónomas, por la atención sanitaria correspondiente a técnicas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios expresamente previstos, que se establece en el 80% de su coste total, y Anexo II: pacientes desplazados, residentes en provincias limítrofes, por la atención sanitaria correspondiente a los procesos hospitalarios (GDR) adicionales expresamente previstos, establecida en el 40% de su coste total (supuesto que desaparece, parcialmente, en la nueva regulación del Fondo del año 2006) (cuadro 2.1.E).

8. El Real decreto 1207/2006 no incluye el supuesto particular de compensación por pacientes desplazados de provincias limítrofes. Asimismo, de los 37 GDR adicionales para los que, en este supuesto, preveía su compensación el Real decreto del año 2002, 11 se integran en el grupo de GDR compensables bajo el supuesto general (con el resto de pacientes desplazados de otras comunidades) con la regulación de 2006, mientras que los 26 restantes dejan de ser compensables.

Cuadro 2.1.E. Distribución del Fondo de cohesión sanitaria. Compensación a los desplazados de otras comunidades autónomas. Cataluña. Periodo 2002-2006

Año	Compensación procesos hospitalarios								Importe del coste total compensado <i>procedimientos especiales</i>	Importe total compensado	
	Pacientes residentes en otras comunidades autónomas, atendidos en Cataluña		Importe del coste de los pacientes atendidos (A)		Pacientes catalanes atendidos en otras comunidades autónomas		Importe del coste de los pacientes derivados (B)				Importe del coste total compensado*
	Por GDR del anexo I	Por GDR del anexo II	Por GDR del anexo I	Por GDR del anexo II	Por GDR del anexo I	Por GDR del anexo II	Por GDR del anexo I	Por GDR del anexo II			
Año 2002	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	8.381.330
Año 2003	2.557	162	20.142.301	877.720	790	9	4.405.334	42.637	6.628.820	2.621.109	9.249.929
Año 2004	2.519	181	19.300.676	959.726	792	10	4.730.422	48.284	6.192.678	1.986.682	8.179.360
Año 2005	2.443	164	21.079.700	1.054.690	887	17	5.688.514	87.334	6.543.417	2.361.253	8.904.670
Año 2006	1.747	-	18.068.025	-	376	-	3.712.763	-	11.484.210	1.642.242	13.126.452

Importes en euros.

Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos que se incluyen en los documentos de distribución del Fondo de cohesión sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Periodo 2002-2006.

* El coste total compensado por procesos hospitalarios se obtiene de la diferencia de las columnas (A) y (B), multiplicada por el porcentaje del coste admitido a compensación (el 40%, en los años de 2002 a 2005, y el 80%, en el año 2006).

n/d: No disponible.

En el año 2006, Cataluña fue compensada por la atención sanitaria prestada a 1.747 pacientes⁹ desplazados de otras comunidades autónomas. El coste total calculado por la asistencia sanitaria prestada a estos pacientes fue de 18,07 M€, cifra de la que era susceptible de compensación el 80%, es decir, la cuantía de 14,45 M€.

Por otra parte, en 2006 fueron compensados un total de 376 pacientes catalanes desplazados a otras comunidades autónomas. El coste asumido por el conjunto de comunidades autónomas por estos pacientes fue de 3,71 M€, cifra de la que era susceptible de compensación el 80%, es decir, la cuantía de 2,97 M€.

La diferencia entre las cuantías compensables en cada uno de los supuestos anteriores da como resultado la cuantía con derecho a compensación que fue finalmente liquidada en Cataluña, de 11,48 M€.

Hay que tener en cuenta que el número de pacientes que forman parte de los cálculos anteriores son los que son admitidos a compensación, y no el total de los pacientes desplazados efectivamente atendidos. Como se menciona más adelante, el Catsalut ha puesto de manifiesto que en el año 2006 no fue compensado con cargo al Fondo de cohesión sanitaria el coste de la asistencia sanitaria prestada a un total de 6.909 pacientes desplazados de otras comunidades autónomas.

El análisis de los importes compensados en Cataluña en el periodo 2002-2006 pone de manifiesto que el número de pacientes compensados se reduce –si bien aumenta el importe total de la compensación con cargo al Fondo–, lo que, en el caso del año 2006, es debido, principalmente, al incremento en el porcentaje del coste admitido a compensación (cuadro 2.1.E).

Actividad asistencial prestada y compensada

La asistencia sanitaria a los pacientes desplazados puede consistir en asistencia hospitalaria y de atención primaria (en sus cuatro vertientes: el hospital de día y la hospitalización domiciliaria, la consulta externa, las urgencias y las técnicas, tratamientos y procedimientos específicos), así como las actividades y los servicios sanitarios complementarios. El Fondo de cohesión sanitaria solo financia la actividad derivada de la hospitalización convencional y algunas técnicas y procedimientos especiales, mientras que no prevé la compensación de las urgencias, las consultas externas especializadas ni la cirugía mayor ambulatoria, entre otros.

El importe de esta asistencia no compensada queda reflejada, por ejemplo, en los datos facilitados por el Servicio Catalán de la Salud correspondientes a la actividad de los 54 centros de la Red Hospitalaria de Utilización Pública (XHUP) (excluidos los hospitales del ICS) en el ejercicio 2003, de acuerdo con los cuales el volumen de la actividad asistencial

9. De acuerdo con el criterio de distribución del Fondo de cohesión sanitaria, el flujo de pacientes del fondo distribuido en el año 2006 corresponde al CMBD del año 2004.

derivada de la atención a pacientes desplazados residentes en otras comunidades autónomas del Estado español fue de 5.685 altas, en lo que concierne a la hospitalización convencional, mientras que las visitas por consultas externas fueron 11.427, y las urgencias atendidas, 34.613.

Por otra parte, la regulación de las compensaciones establecidas no incluye la totalidad de los GDR compensables. Así, de los 653 GDR aprobados, el Real decreto 1247/2002, de 3 de diciembre, solo incluye una lista de 199 GDR compensables en un 40% de su coste total, correspondientes a procesos hospitalarios derivados de la asistencia sanitaria programada prestada a pacientes residentes en España; de 37 GDR adicionales compensables en un 40% de su coste total, correspondientes a la atención sanitaria prestada a ciudadanos residentes en provincias limítrofes de diferentes comunidades autónomas y, finalmente, una lista de 16 técnicas y procedimientos especiales compensables en un 80% de su coste total. Por lo tanto, el conjunto de los 236 GDR admitidos a compensación solo representa el 36% de todos los GDR existentes.

La nueva regulación del Fondo aprobada con el Real decreto 1207/2006, de 20 de octubre, prevé, por una parte, la compensación de 184 GDR por procesos con hospitalización, que representan el 28% de todos los GDR existentes, y por otra, la compensación de 31 procedimientos ambulatorios, a la vez que desaparece parte de la atención sanitaria prestada a ciudadanos residentes en provincias limítrofes como supuesto compensable. Como se ha mencionado con anterioridad, 11 de los 37 GDR que constituían el supuesto de compensación por pacientes de provincias limítrofes en la anterior regulación se han incorporado a la lista general, mientras que los 26 restantes han desaparecido.

Finalmente, los datos de actividad asistencial del año 2004 obtenidos del CMBD de los hospitales de agudos en Cataluña ponen de manifiesto que el número de contactos de hospitalización convencional atendidos en Cataluña en hospitales de la XHUP, correspondientes a pacientes desplazados de otras comunidades autónomas para los que no existe compensación con cargo al Fondo de cohesión sanitaria, era de 6.909, de los que 3.214 (el 46,5%) representan contactos atendidos por un grupo formado por los 54 GDR más frecuentes.

Requisitos formales para la compensación de los costes de la actividad prestada a los desplazados

El saldo a distribuir a las comunidades autónomas con cargo al Fondo de cohesión sanitaria se establece, por una parte, sobre la base de los costes (GDR) previstos y, por otra, de los flujos de pacientes entre territorios.

Para los flujos de pacientes, el Real decreto 1247/2002, de 3 de diciembre, establecía la necesidad de la existencia de autorización expresa de la comunidad autónoma de origen del paciente desplazado y de coordinación de esta con la comunidad de recepción.

A tales efectos, el citado Real decreto previó la implantación de un sistema de información para el registro y la validación de los procesos de derivación y prestación de la asistencia,

basado en modelos formales para la solicitud de asistencia sanitaria programada fuera de la comunidad autónoma y para la redacción de informes de la asistencia sanitaria prestada a estos pacientes, así como un sistema de códigos para su formalización.

El Sistema de información del Fondo de cohesión sanitaria (SIFCO) previsto en los reales decretos que regulan el Fondo para el registro y validación de los procesos de derivación y de prestación de la asistencia sanitaria no ha sido aún desarrollado por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Por este motivo, la fuente utilizada para la explotación y cálculo de las compensaciones a las comunidades autónomas por la asistencia sanitaria prestada a pacientes desplazados ha sido, en todo el periodo fiscalizado, el registro constituido por el Conjunto mínimo básico de datos, implantado formalmente en Cataluña en el año 1990.

La información de los tres registros que forman parte del CMBD incluye la actividad de la red de hospitales de agudos, de salud mental y de los recursos sociosanitarios. El objetivo fundamental de dichos registros es disponer de bancos de datos exhaustivos y válidos sobre morbilidad y actividad de la red sanitaria de Cataluña, y al mismo tiempo, ser útiles para conocer la patología atendida, la planificación sanitaria, la evaluación de recursos y la compra de servicios.

En el caso del registro correspondiente a la actividad de la red de hospitales de agudos, las actividades asistenciales incluidas son las de hospitalización convencional –la cual constituye la fuente de datos principal de la actividad sanitaria compensable con cargo al Fondo de cohesión sanitaria–, cirugía mayor ambulatoria, hospital de día y hospitalización domiciliaria. A pesar de que está prevista la codificación de los recursos de atención hospitalaria y especializada para las consultas externas, las urgencias y la cirugía menor ambulatoria, en la práctica aún no se procesa esta información para los desplazados de otras comunidades autónomas residentes fuera de Cataluña.

El hecho de que, por una parte, se compensen en la práctica, con cargo al Fondo de cohesión sanitaria, los casos no programados ante los que los centros sanitarios han prestado asistencia a pacientes desplazados no derivados o coordinados formalmente por las comunidades autónomas de origen y recepción, y por otra, que no se hayan puesto en marcha en el conjunto del territorio las aplicaciones previstas en la normativa, es la causa de que el Catsalut y demás servicios autonómicos de salud no tengan conocimiento previo de los pacientes de su comunidad que se desplazan a otras comunidades autónomas y reciben asistencia sanitaria, hasta que no reciben la facturación correspondiente del centro donde han sido atendidos.

Finalmente, entre la documentación adjunta a las propuestas de liquidación enviadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo a la comunidad autónoma no consta, en ningún caso, la información que permita contrastar y validar los costes compensados en concepto de la asistencia sanitaria prestada por técnicas y procedimientos especiales, cuya compensación se establece en el 80% del coste total (cuadro 2.1.E). Por este motivo, si bien el Servicio Catalán de la Salud comprueba sistemáticamente los datos de flujos de pacientes y de actividad prestada para el resto de los casos, no es así en el caso de dicho tipo de

asistencia, puesto que no dispone de la información de los enfermos catalanes atendidos por dicho concepto en otros territorios.

En este sentido, los responsables del Servicio Catalán de la Salud han manifestado que no han reclamado los datos al Ministerio porque serían difícilmente contrastables con la diferente clasificación con que figuran en el CMBD de Cataluña, a la vez que valoran como coherente la proporción anual que les ha sido asignada, sobre el total de los procesos hospitalarios compensables.

Identificación de los pacientes mediante la tarjeta sanitaria individual

Los modelos formales para la solicitud de asistencia sanitaria programada fuera de la comunidad autónoma y para la redacción de informes de la asistencia sanitaria prestada a estos pacientes, prevén, entre los datos que deben constar en ellos, la identificación del paciente a través del número que tiene asignado como usuario del SNS en la tarjeta sanitaria individual.

En Cataluña, la tarjeta sanitaria individual identifica y acredita al asegurado del Servicio Catalán de la Salud y es la clave de acceso a los centros, a los servicios y a las prestaciones del sistema sanitario público. En el supuesto de que el paciente se desplace a otras comunidades autónomas para recibir asistencia sanitaria constituye también un medio de identificación de su territorio de origen, a los efectos de los supuestos de compensación que incluye el Fondo de cohesión sanitaria.

La evolución del registro poblacional, en cuanto al número de asegurados con tarjeta sanitaria individual, en el periodo comprendido entre los años 2002 y 2006 muestra un incremento acumulado del número de tarjetas sanitarias de 209.082. En el año 2006 alcanzó la cifra total de 7.324.047.

2.1.2. Distribución de la compensación por la asistencia sanitaria prestada a pacientes desplazados, residentes en el extranjero

En el caso de desplazados a cargo de una institución de otro Estado, el Real decreto que regula el Fondo de cohesión sanitaria prevé la compensación de la atención sanitaria a ciudadanos desplazados en España en estancia temporal, respecto de los que, y en virtud de lo que disponen los reglamentos (CEE) número 1408/71, de 14 de junio, y 574/72, de 21 de marzo, del Consejo, o de los convenios suscritos por España en materia de Seguridad Social, tienen el derecho a que la asistencia sanitaria sea por cuenta de una institución de otro Estado.

En aplicación de lo que disponen los citados reglamentos comunitarios, la Instrucción 06/1996 aprobada por el Catsalut en el mes de noviembre de 1996, establece que las modalidades de prestaciones sanitarias otorgadas a los asegurados de los estados miembros del espacio económico europeo, durante su estancia temporal en Cataluña, serán las mismas que las de los asegurados del régimen general de la Seguridad Social española, tanto

en lo que concierne a los servicios normales y de urgencia y a los de internamiento hospitalario, como a la prescripción y adquisición de productos farmacéuticos.

La acreditación del derecho a esta asistencia sanitaria se efectúa mediante los formularios establecidos a tales efectos por la Unión Europea, o bien mediante los formularios pactados en los correspondientes convenios bilaterales suscritos por España. Asimismo, los gastos generados por la prestación de la asistencia sanitaria en un Estado diferente del competente se reembolsan entre los estados en los formularios de liquidación establecidos.

El Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) es el organismo competente sobre la gestión y la liquidación de los gastos originados por la prestación de la asistencia sanitaria a los desplazados residentes en otros estados, ya sea en aplicación de los reglamentos comunitarios de Seguridad Social, como de los convenios bilaterales¹⁰ que recogen el derecho a esta prestación. Así, la gestión del reconocimiento y liquidación económica de esta prestación se realiza en régimen descentralizado en las 52 direcciones provinciales del INSS.

Corresponde también al INSS la gestión y el control de los formularios de derecho y de la liquidación mencionados con anterioridad, así como la facturación y la recaudación del coste de la asistencia sanitaria prestada en España a los asegurados de otros países, por una parte, y el abono de la asistencia sanitaria prestada en otros estados a los asegurados españoles, por otra.

Con posterioridad, el Reglamento (CEE) 1408/71 ha sido modificado por el Reglamento (CE) 631/2004, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 31 de marzo de 2004, con el objetivo principal, por una parte, de armonizar los derechos en materia de asistencia sanitaria durante una estancia temporal en otro Estado miembro (con ello desaparece la diferencia de derechos, hasta entonces existente, en función del grupo de origen de la persona asegurada: trabajador, pensionista o estudiante) y por otra, la simplificación de los procedimientos necesarios para facilitar la introducción de la tarjeta sanitaria europea como único documento válido que sustituye los distintos formularios existentes que se utilizan para recibir asistencia sanitaria.

Los gastos generados por la asistencia médica se facturan entre instituciones sanitarias de los estados, y se abonan por su coste real.

Procedimiento de gestión de los créditos en situación acreedora y deudora

En el ámbito de sus competencias, los Servicios Centrales del INSS emiten las facturas relativas a los gastos originados en España por los asegurados de otros estados y, al mismo tiempo, son receptores de las facturas originadas en los diferentes países, por la asistencia prestada a los asegurados españoles.

10. En la fecha de 31 de diciembre de 2006, el Estado español tenía convenios bilaterales con Andorra, Brasil, Chile, Ecuador, Marruecos, Perú, Paraguay y Túnez.

La automatización del procedimiento de facturación se ha realizado con la elaboración de la aplicación informática *Fiss-web* (Facturación Internacional de Seguridad Social), la cual, en el marco de la gestión global de la asistencia sanitaria internacional (base de datos ASIA), pretende que, desde los centros de salud y los centros hospitalarios, se emitan las facturas automáticamente, con conexión a la base de datos del INSS.

Con la creación de la aplicación *Fiss-web*, el INSS ha querido crear un sistema que permita a las instituciones sanitarias de las comunidades autónomas conectarse vía Internet y almacenar los datos grabados en el *Fiss-web* directamente en la base de datos ASIA y proporcionar una herramienta que permita la exportación detallada de las facturas introducidas por cada servicio de salud adherido, al objeto de que puedan explotar dichos datos para sus necesidades.

Actualmente, las comunidades autónomas adheridas a la mencionada aplicación son Valencia, Andalucía, Islas Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Madrid, Murcia y Cataluña.

En el caso de Cataluña, a la fecha de finalización del trabajo de campo existían 95 centros conectados a la aplicación *Fiss-web* (66 de ellos eran centros de atención primaria), y a pesar de que el sistema no se encuentra aún consolidado, el Catesalut ha apreciado importantes avances, especialmente en regiones turísticas. Por otro lado, los problemas actuales que más han destacado los responsables de su gestión son la lentitud en la tramitación de los códigos de acceso al sistema y la necesidad de disponer de salidas de información específicas en la aplicación informática para poder hacer un correcto seguimiento.

Una vez facturada la asistencia sanitaria se pueden utilizar varios procedimientos particulares para gestionar los créditos, en función de las siguientes casuísticas:

- a) Países con los que existe acuerdo de agilización de créditos, en cuya virtud cada parte abona un anticipo en el plazo de seis meses, una vez recibida la facturación, consistente en un porcentaje sobre el total de la factura. El resto del crédito solo es abonado si procede, una vez revisado el total de la facturación enviada. Es el caso de los acuerdos formalizados por España con Francia, Bélgica, Italia, Países Bajos, Portugal, Suecia, Irlanda e Islandia.
- b) Países con los que no existe convenio de agilización. En estos casos se reembolsan los gastos a medida que se comprueban las facturas recibidas, sin que exista un plazo para hacerlo efectivo.
- c) Países con los que existen acuerdos de carácter particular para la gestión de los créditos. Son los casos de los acuerdos con Dinamarca y el Reino Unido.

De acuerdo con la información del INSS, el 15% de las facturas son habitualmente objeto de litigio entre las partes, y la resolución definitiva de cada facturación se demora durante años, según el caso de cada procedimiento particular.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que la recaudación nacional por la asistencia sanitaria prestada a los asegurados de otros estados en estancia temporal en España depende fundamentalmente de la facturación que realizan los servicios de salud de las comunidades autónomas. La labor del INSS es meramente gestora.

En el año 2006, por ejemplo, España facturó un total de 55,08 M€ por la asistencia sanitaria prestada a los extranjeros atendidos en territorio nacional admitidos a compensación, e ingresó la cifra de 43,50 M€, que representa el 78% del importe facturado durante aquel ejercicio (cuadro 2.1.F).

Cuadro 2.1.F. Saldo neto por la asistencia sanitaria prestada a los desplazados extranjeros en estancia temporal. Conjunto de comunidades autónomas. Periodo 2002-2006

Año de distribución	Importe ingresado por la asistencia sanitaria prestada a asegurados de otros estados	Importe abonado por la asistencia sanitaria prestada a los españoles en el extranjero	Saldo neto entre el importe ingresado / abonado	Entrada de turistas	Salida de turistas
2002	n/d	n/d	10.374.651	50.093.555	3.986.300
2003	33.407.683	14.530.911	18.876.772	52.326.767	3.748.093
2004	30.213.472	18.136.517	12.076.955	50.853.815	3.920.584
2005	33.692.835	24.220.882	9.471.953	52.429.832	4.600.099
2006	43.504.838	19.710.565	23.794.273	55.913.778	10.507.768

Importes en euros.

Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos del INSS, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, y en cuanto a los datos de turismo, de los publicados por el INE.

Nota: Las cifras de entrada y salida de turistas corresponden a las del año inmediato anterior al que figura en el cuadro como año de distribución, para hacerlas coincidir, puesto que el fondo distribuido en el año n por la asistencia sanitaria internacional corresponde a los importes facturados (devengados) en el año $n-1$.

n/d: No disponible

Las cuantías ingresadas por la asistencia prestada a pacientes extranjeros son superiores a las cuantías abonadas por la asistencia prestada a los españoles desplazados al extranjero, lo que se corresponde con el mayor volumen de entrada de turistas en el Estado español, respecto del volumen de la salida de turistas al extranjero. Sin embargo, la proporción que existe en la diferencia entre las entradas y salidas de turistas no se refleja en la mayor cuantía de los importes ingresados.

Una explicación a este hecho, relacionada con la facturación de este gasto real, reside en las tarifas aplicadas: el importe medio de la facturación emitida por los demás estados resulta significativamente superior al de las facturas emitidas por España en el periodo analizado, diferencia que, en parte, es atribuible a la falta de actualización de tarifas en el Estado español, como menciona el INSS en un informe emitido en abril de 2005. Según las cifras que analiza este informe, en 2003 el importe de la factura media pagada por el Estado fue de 427,35€, mientras que el importe de la factura media ingresada fue de 236,41 €, un 44,7% inferior (cuadro 2.1.G).

Cuadro 2.1.G. Asistencia sanitaria internacional. Facturación. España. Periodo 2002-2003

Año de liquidación del fondo	España acreedora			España deudora		
	Nº cargos emitidos	Importe facturación	Importe factura media	Nº cargos recibidos	Importe facturación*	Importe factura media
2003	137.498	26.196.916	190,53	49.883	20.616.185	413,29
2004	131.230	31.023.454	236,41	56.436	24.117.841	427,35

Importes en euros.

Fuente: INSS. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Informe de abril de 2005.

* En el caso de la facturación deudora (recibida), los importes que constan en el informe del INSS presentan una diferencia poco significativa con los importes rendidos por este concepto por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo, en la liquidación del Fondo de cohesión sanitaria (cuadro 2.1.H).

Nota: los datos del cuadro se refieren al año inmediato anterior al de distribución del Fondo de cohesión, puesto que el fondo distribuido en el año n por la asistencia sanitaria internacional se calcula sobre la base de los importes facturados (devengados) en el año $n-1$.

Debe señalarse que los importes facturados por las comunidades autónomas lo son por los precios que rigen en cada comunidad. En este sentido, el Catsalut ha manifestado que existe un diferencial de precios, respecto de los aplicados por los países extranjeros.

Distribución del Fondo de cohesión sanitaria en el periodo fiscalizado

De acuerdo con el Real decreto 1247/2002, de 3 de diciembre, el importe de la compensación a las comunidades autónomas por la asistencia sanitaria dispensada a asegurados procedentes de otros estados, durante su estancia temporal en España, es equivalente al saldo neto positivo del gasto real, que se obtiene por diferencia, en el ámbito nacional, entre el importe recaudado en concepto de prestaciones de asistencia sanitaria dispensada a ciudadanos en estancia temporal, por una parte, y el importe efectivamente pagado por España (cuando esta sea a cargo del Estado español) por la asistencia dispensada a los ciudadanos españoles durante su estancia temporal en otros estados, por otra, al amparo de la normativa de cada Estado.

La distribución posterior entre las comunidades autónomas de este saldo neto obtenido en el ámbito nacional se realiza de forma proporcional a la facturación que cada una presente ante el órgano competente del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales¹¹. En consecuencia, el criterio establecido para la distribución de las compensaciones atiende a la facturación emitida por las comunidades autónomas, pero no tiene en cuenta el gasto que los asegurados de cada una de ellas genera en sus desplazamientos al extranjero.

Por otro lado, debe tenerse en cuenta que los importes admitidos a compensación son aquellos que responden a la asistencia sanitaria prestada a los pacientes extranjeros, de acuerdo con lo que disponen los reglamentos comunitarios¹².

11. Texto modificado a raíz de la alegación número 10.

12. Texto modificado a raíz de la alegación número 11; anteriormente se decía: "para los GDR incluidos en la lista que figura en la normativa que regula el Fondo de cohesión".

Con la entrada en vigor del Real decreto 1207/2006, de 20 de octubre, se introduce una modificación en los criterios de reparto de la compensación por la que las únicas comunidades autónomas que tienen derecho a compensación son aquellas que presenten un saldo neto positivo de la diferencia en los importes correspondientes a las facturas emitidas a ciudadanos asegurados a cargo de otros estados, por una parte, y las cargadas por otros países a asegurados de la comunidad autónoma desplazados al extranjero, por otra, que será distribuido de forma proporcional al saldo neto de facturación (cuadro 2.1.H).

Cuadro 2.1.H. Asistencia sanitaria internacional. Facturación. España. Periodo 2002-2006

Año liquidación fondo	Recaudación/pago			Facturación		Compensación final en concepto de desplazados a cargo de otros estados* (AxB)
	Importe recaudado por la asistencia sanitaria prestada a asegurados de otros estados	Importe abonado por la asistencia sanitaria prestada a los españoles en el extranjero	Saldo neto entre el importe recaudado / abonado (A)	Importe total facturado por España	% facturado por Cataluña (B)	
2002	n/d	n/d	10.374.651	16.622.669	17,59%	1.824.783
2003	33.407.683	14.530.911	18.876.772	26.196.916	14,55%	2.746.942
2004	30.213.472	18.136.517	12.076.955	31.023.454	18,77%	2.266.612
2005	33.692.835	24.220.882	9.471.953	49.814.637	9,56%	905.284
2006	43.504.838	19.710.565	23.794.273	55.079.030	9,88%	0

Importes en euros.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos que se incluyen en los documentos de distribución del Fondo de cohesión sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Periodo 2002-2006.

Notas:

La distribución del saldo neto correspondiente al periodo 2002-2005 se realiza en proporción al porcentaje de facturación presentada por la comunidad autónoma.

n/d: No disponible.

* Las cuantías finalmente liquidadas presentan una pequeña diferencia con el resultado del producto del saldo neto (A) y el porcentaje que representa la facturación de Cataluña (facturas emitidas) sobre el total del Estado (B).

En el año 2002, la cuantía distribuida en Cataluña con cargo al Fondo de cohesión sanitaria, por la compensación asignada en concepto de la asistencia sanitaria prestada a los desplazados extranjeros a cargo de otros estados, fue de 1,82 M€, importe que le fue asignado en función del porcentaje que representaba la facturación de Cataluña sobre el total nacional, el 17,6%. En el año 2006, el porcentaje que representaba la facturación de Cataluña sobre el total nacional fue del 9,9%, cifra que contrasta con la de turistas en Cataluña, ya que en el periodo fiscalizado alrededor del 23,5% de las entradas de turistas en España tiene destino en Cataluña.

Por otro lado, en aplicación del nuevo criterio de reparto a partir del año 2006, Cataluña no ha recibido ninguna compensación con cargo al Fondo de cohesión por la asistencia sanitaria internacional prestada en el año 2006, dado que en ese año el saldo neto obtenido por la diferencia entre el importe de las facturas emitidas a ciudadanos asegurados en otros estados y el importe de las facturas cargadas por otros países a asegurados catalanes desplazados al extranjero ha resultado negativo (cuadro 2.1.I).

Cuadro 2.1.I. Asistencia sanitaria internacional. Variables de distribución del Fondo de cohesión sanitaria. Periodo 2002-2006

	Fondo distribuido 2002	Fondo distribuido 2003	Fondo distribuido 2004	Fondo distribuido 2005	Fondo distribuido 2006
España					
Importe de las facturas emitidas	16.622.669	26.196.916	31.023.454	49.814.637	55.079.030
Importe de las facturas recibidas	n/d	20.405.810	23.956.096	27.744.342	31.613.820
Saldo neto de facturación	n/d	5.791.106	7.067.358	22.070.295	23.465.210
Saldo neto importe pagado/recaudado (a distribuir)	10.374.651	18.876.772	12.076.955	9.471.953	23.794.273
Cataluña					
Importe de las facturas emitidas	2.923.739	3.812.167	5.822.505	4.761.043	5.443.815
Importe de las facturas recibidas	n/d	4.783.642	4.958.985	6.078.095	7.073.416
Saldo neto de facturación	n/d	(971.475)	863.520	(1.317.051)	(1.629.601)
% de facturación de Cataluña/España	17,59	14,55	18,77	9,56	9,88
Compensación asignada en la distribución	1.824.783	2.746.942	2.266.612	905.284	0

Importes en euros.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos que se incluyen en los documentos de distribución del Fondo de cohesión sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Periodo 2002-2006.

n/d: No disponible.

Así, del total del saldo neto a distribuir en 2006, que fue de 23,79M€ en todo el ámbito nacional, las comunidades autónomas de Aragón, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Cataluña, Madrid, Navarra, País Vasco y La Rioja y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla no recibieron ningún importe. Al mismo tiempo, se ha producido un incremento significativo de la facturación de otras comunidades autónomas entre los años 2002 y 2006, respecto de la facturación total del Estado español. Es el caso de la Comunidad Valenciana, que ha pasado de tener un peso relativo de la facturación del 3,4%, en el año 2002, al 24,3%, en 2006, o de Canarias, que ha pasado de facturar un 9,1% del total del Estado a también un 24,3%, en el año 2006.

2.2. FONDO PARA EL PROGRAMA DE AHORRO EN INCAPACIDAD TEMPORAL

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 4 de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, uno de los fondos específicos de financiación del bloque de competencias de gestión de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social es el constituido por el Programa de ahorro en incapacidad temporal.

Este fondo, cuya gestión corresponde a la Tesorería General de la Seguridad Social, financia la adopción de programas y medidas dirigidas al control del gasto relativo a la incapacidad temporal (IT)¹³ y a la mejora de la gestión de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social para estas contingencias.

13. De acuerdo con el Real decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto refundido de la Ley general de la Seguridad Social, se consideran situaciones determinantes de incapacidad temporal las siguientes:

a) Las debidas a enfermedad común o profesional y a accidente, sea o no de trabajo, mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social y se encuentre impedido para el trabajo, con una duración máxima de 12 meses, prorrogables por seis más cuando se presuma que durante ellos el trabajador puede ser dado de alta médica por curación. Así, agotado el plazo de 12 meses, el Instituto Nacional

.../...

Por otra parte, el Real decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio, prevé que las entidades gestoras de la Seguridad Social y las mutuas de accidentes de trabajo puedan establecer acuerdos de colaboración con el Instituto Nacional de Salud o los servicios de salud de las comunidades autónomas para el control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal.

A tal fin, el Real decreto 575/1997, de 18 de abril, estableció procedimientos comunes para la gestión y el control de la prestación por incapacidad temporal, tales como la forma de expedición de las declaraciones médicas de baja y alta; las obligaciones de los servicios públicos de salud, de las empresas y de los trabajadores; los actos de comprobación de la incapacidad temporal; el seguimiento y control de la prestación económica, o los plazos y prórrogas de esta situación, entre otros.

En el ámbito de Cataluña, la Ley 31/2002, de 30 de diciembre, de medidas fiscales y administrativas, creó el Instituto Catalán de Evaluaciones Médicas (ICAM), organismo autónomo de carácter administrativo, para que realizara la inspección, la evaluación y el seguimiento de los procesos médicos y sanitarios correspondientes a las prestaciones del sistema de la Seguridad Social en materia de incapacidades temporales, y también la realización de evaluaciones médicas de los trabajadores y trabajadoras con posibles incapacidades para ejercer determinadas actividades o las funciones propias de su puesto de trabajo.

El número total de bajas por incapacidad temporal registradas por el ICAM durante el periodo fiscalizado ha sido de 3.843.257, de acuerdo con el detalle que se presenta en el cuadro siguiente (cuadro 2.2.A).

Cuadro 2.2.A. Bajas por incapacidad temporal, por contingencias comunes. Cataluña. Periodo 2002-2006

Ejercicio	Número de bajas
2002	502.043
2003	674.946
2004	762.074
2005	914.194
2006*	990.000
Total	3.843.257

Fuente: Sistema Integrado de la Gestión de la Incapacidad Temporal (SIGIT). ICAM.

* Cifras provisionales.

de la Seguridad Social tendrá la competencia para reconocer la situación de prórroga expresa de seis meses, o bien para determinar la iniciación de un expediente de incapacidad permanente.

- b) Los periodos de observación por enfermedad profesional durante los que se prescriba la baja en el trabajo, con una duración máxima de seis meses, prorrogables por seis más cuando se estime necesario para el estudio y diagnóstico de la enfermedad.

La prestación económica en las diversas situaciones constitutivas de incapacidad temporal consiste en un subsidio equivalente a un 60% o 75% (según los casos) sobre la base reguladora, el cual se abonará, en caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional, desde el día siguiente al de la baja en el trabajo y mientras el beneficiario se encuentre en dicha situación. El salario íntegro correspondiente al día de la baja corre a cargo del empresario.

En caso de enfermedad común o de accidente no laboral, el subsidio se abonará, respectivamente, a partir del decimosexto día de la baja en el trabajo. El abono de la prestación al trabajador desde los días cuarto al decimoquinto de la baja, ambos incluidos, corren a cargo del empresario.

Cumplimiento de los convenios suscritos para el ahorro, la mejora y el control de la incapacidad temporal

La dotación consignada para el Fondo para el programa de ahorro en incapacidad temporal en el primer año de vigencia de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, fue de 240,40 M€, susceptible de incremento anual por medio de la Ley de presupuestos generales del Estado, a distribuir entre las comunidades autónomas, con o sin la gestión transferida, de acuerdo con su población protegida.

Las cifras liquidadas en Cataluña por la distribución de dicho fondo han sido de 35,26 M€, en el año 2006, y de 156,66 M€, en el conjunto del periodo 2002-2006 (cuadro 2.2.B).

Cuadro 2.2.B. Distribución del Fondo para la incapacidad temporal. Periodo 2002-2006

	Año 2002		Año 2003		Convenio 2004		Convenio 2005		Convenio 2006	
	Previsto	Deven-gado	Previsto	Deven-gado	Previsto	Deven-gado	Previsto	Deven-gado	Previsto	Deven-gado
España	258.458	258.458	263.628	263.628	268.900	268.900	274.278	274.278	279.764	279.764
Cataluña	43.765	13.129	44.640	13.392	45.553	45.553	47.254	36.808	48.572	32.542
Liquidación adicional						6.431		6.089		
Dotación adicional										2.716
Total Cataluña		13.129		13.392		51.984		42.897		35.258

Importes en miles de euros.

Fuente: Elaboración propia, a partir de la información facilitada por el Servicio Catalán de la Salud (Convenios IT e informe de seguimiento de los ingresos liquidados para Cataluña).

Con relación a los datos incluidos en la Cuenta general rendida, debe tenerse en cuenta que los derechos liquidados en el año 2002, 42,07 M€, y en el año 2003, 12,62 M€, fueron incorrectamente reconocidos en el presupuesto, antes de su devengo, puesto que los convenios para esos años no fueron formalizados hasta noviembre de 2004.

Por otro lado, al cierre del ejercicio 2006 existía un saldo de derechos reconocidos pendientes de cobro a presupuestos cerrados de importe 15,55 M€, con origen en el ejercicio 2002, que no correspondían a ningún derecho devengado por haber sido incorrectamente reconocidos, por lo que corresponde su baja en contabilidad.

Convenio 2002-2003

Con el fin de fijar los compromisos entre el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y la Comunidad Autónoma de Cataluña para la asignación del Fondo para la incapacidad temporal y su liquidación definitiva para los primeros años de vigencia del nuevo sistema de financiación, 2002 y 2003, ambas partes firmaron, en noviembre de 2004, el acuerdo para la liquidación de los recursos financieros asignados en esos años. La firma del acuerdo se produjo con retraso, ya que en su día la Generalidad de Cataluña no aceptó las condiciones propuestas en los respectivos convenios de los años 2002 y 2003.

El acuerdo establecía las actividades a realizar para la mejora y el control de la incapacidad temporal por contingencias comunes, y quedaba expresamente excluido el gasto de

incapacidad temporal por contingencias profesionales y el correspondiente a empresas autorizadas a colaborar voluntariamente en la gestión de la Seguridad Social.

La participación inicial de Cataluña en el fondo, calculada en base a la población protegida del territorio en el año 1999, quedó fijada en 43,77 M€, en 2002, y en 44,64 M€, en 2003. La liquidación de los mencionados importes se supeditó a los siguientes parámetros:

- a) En un 70%, al grado de cumplimiento de objetivos de racionalización del coste, medido en términos de reducción del coste de la incapacidad temporal, por afiliado y mes.
- b) En un 30%, al grado de cumplimiento del programa de actividades previsto.

En lo que concierne al primer parámetro (70%), la valoración del objetivo de racionalización del coste se encontraba sujeto a la consecución de un gasto anual fijado por la prestación económica señalada, en términos de coste por afiliado y mes, mientras que el segundo de los parámetros (30%) establece unos objetivos de actividad para la mejora de la gestión de la incapacidad temporal, como son la informatización de las declaraciones médicas de incapacidad temporal, la transmisión en línea de la información de estas declaraciones al INSS o la formación de los profesionales sanitarios en materia de incapacidad temporal.

En el caso de Cataluña, en el año 2002 la valoración del objetivo de racionalización del coste estaba sujeta a la consecución de un gasto por la prestación económica señalada de 21,73 €, y de 19,87 €, en el año 2003, en términos de coste por afiliado y mes, ratios que fueron establecidas tomando como situación de partida el coste medio por afiliado y mes registrado en el territorio durante el año 2001, de 23,59 €¹⁴.

Para medir la racionalización del gasto en términos homogéneos en los diferentes territorios, se estableció un coeficiente reductor que elimina la parte del coste de la incapacidad temporal proveniente del peso que las diferentes bases de cotización tienen en el gasto de las diferentes comunidades autónomas, y de este modo se obtuvo un indicador homogéneo para fijar la ratio coste por afiliado y mes, a alcanzar en cada año.

En cuanto al segundo parámetro, el 30% del crédito asignado a la comunidad autónoma con cargo al Fondo de ahorro de incapacidad temporal quedaba condicionado en el 26% al cumplimiento de las dos primeras actividades, para las cuales se estableció un calendario de implementación que finalizaba en junio de 2003, mientras que el resto del crédito, el 4%, se condicionó al cumplimiento de los objetivos de formación del 25% de los profesionales.

14. El coste medio por afiliado y mes en Cataluña, de acuerdo con lo que se establece en el convenio, es el resultado de dividir el promedio del gasto mensual de la prestación IT/INSS por contingencias comunes del año 2001 (31.053.700€) entre el número mensual de afiliados INSS, abarcando a los afiliados beneficiarios de la prestación contributiva por paro, también del ejercicio 2001 (1.316.142).

De acuerdo con los informes elaborados por el ICAM en relación con las actividades realizadas en los años 2002 y 2003, en enero de 2002 tuvo lugar la implementación del sistema informático GIT para poder transmitir en línea los partes de incapacidad temporal al INSS. Dicho sistema informático fue posteriormente ampliado a todos los centros de atención primaria y modernizado mediante su transformación en el Sistema de información de la gestión de la incapacidad temporal (SIGIT).

Por otra parte, y entre otras actividades, se formalizó la contratación de nuevos médicos inspectores-evaluadores y se diseñaron e impartieron, con la colaboración del Instituto de Estudios de la Salud, los cursos para la formación de los profesionales sanitarios en materia de incapacidad temporal.

Sin embargo, el acuerdo de liquidación formalizado con el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales el 3 de noviembre de 2004 puso de manifiesto que Cataluña no había realizado el objetivo de racionalización del gasto en los años 2002 y 2003, motivo por el que solo cobró la parte correspondiente al cumplimiento del programa de actividades, eso es, un 30% de los recursos inicialmente asignados, por importe de 13,13 M€, en el año 2002, y de 13,39 M€, en 2003.

Convenio 2004

Con fecha 14 de julio de 2004, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y la Comunidad Autónoma de Cataluña formalizaron el convenio para el año 2004, con una dotación inicial para Cataluña de 45,55 M€. La novedad que introducía este convenio fue la alteración de los porcentajes asignados a los parámetros de distribución del Fondo, de forma que la liquidación final de la dotación asignada a Cataluña quedó supeditada en un 30% al grado de cumplimiento de los objetivos de racionalización del coste de la incapacidad temporal, y en un 70% al grado de cumplimiento del programa de actividades.

Asimismo, el convenio preveía la realización de un anticipo en pago único, a cuenta del fondo del ejercicio correspondiente a la comunidad autónoma.

El objetivo del coste por afiliado y mes se fijó en 29,75 €. Los objetivos de actividad, que se mantuvieron respecto a los fijados en el convenio anterior, quedaron distribuidos en un 65%, en cuanto a la informatización y transmisión en línea de la información, y en un 5%, en lo que concierne a los objetivos de formación de los profesionales sanitarios y otros de colaboración y de información al INSS, por parte de los servicios públicos de salud de las comunidades autónomas.

En el año 2004, Cataluña cumplió el 100% de los objetivos establecidos en el convenio, motivo por el que le fue liquidado el importe íntegro de la dotación asignada a la Comunidad Autónoma en aquel ejercicio, 45,55 M€.

Convenio 2005

El convenio para el año 2005 fue formalizado el 6 de mayo de 2005, y situó el objetivo de racionalización del gasto en 29,58€, por afiliado y mes. Este coste a alcanzar significaba para Cataluña un esfuerzo del 10% en la convergencia con la comunidad autónoma que en el año 2004 presentaba el menor registro para este indicador, Extremadura.

Por otra parte, el 70% del crédito total asignado a Cataluña, 47,25 M€ para 2005, condicionado al cumplimiento del programa de actividades, quedó concretado en las siguientes actuaciones: en un 45%, en la informatización y transmisión vía telemática al INSS de la información con relación a la gestión de la incapacidad temporal; en un 10%, a la realización de reconocimientos médicos a los trabajadores, conducentes a su alta médica, y en un 15%, a la formación de los profesionales sanitarios y a la colaboración con el INSS y su información por parte de los servicios de salud pública de todos los territorios.

De acuerdo con lo dispuesto en el programa de actividades, el número mínimo de reconocimientos a trabajadores a realizar por parte de los servicios médicos del ICAM debía ser de 45.400, los cuales tenían que comportar al menos el 44,5% de las altas médicas de los procesos seleccionados.

En el ejercicio 2005, la liquidación definitiva para la Comunidad Autónoma fue de 36,81 M€, del total de la dotación que le fue inicialmente asignada, 47,25 M€, con motivo del cumplimiento parcial de los objetivos establecidos en el convenio. Esta minoración en la liquidación definitiva corresponde al cumplimiento parcial de los objetivos de racionalización del coste de la IT (50%), de informatización de procesos (84,53%) y de gestión de propuestas de alta (98,56%), de acuerdo con la información facilitada por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Convenio 2006-2008

El último convenio vigente en la fecha de finalización del trabajo de fiscalización fue formalizado en el mes de julio de 2006, con un periodo de vigencia de tres años, que finaliza el 31 de diciembre de 2008.

De acuerdo con el plan de actuaciones para el año 2006 para la mejora y la modernización de la gestión y el control de la incapacidad temporal y la racionalización del gasto derivado de la prestación, la participación de Cataluña en el fondo se estableció en 48,57 M€, a asignar de acuerdo con la misma proporción que en los años anteriores 2004-2005: en un 30%, en función del cumplimiento del objetivo de gasto, fijado en 32,14€ por afiliado y mes, y en un 70%, en función del programa de actividades establecido.

El objetivo de control del gasto fue fraccionado en dos, en función de la reducción de los factores del coste, por una parte, y de los días de baja¹⁵ de la incapacidad temporal por otra, con un peso del 15% cada uno. Por otra parte, el control de la incapacidad temporal tenía que suponer para Cataluña un esfuerzo de convergencia del 3%, respecto al valor del indicador registrado por Extremadura en el año anterior, ya que seguía siendo el valor más bajo.

A su vez, el cumplimiento del programa de actividades quedó destinado, en un 30%, a la informatización y transmisión vía telemática al INSS de la información con relación a la gestión de la incapacidad temporal; en un 20%, a la realización de reconocimientos médicos a trabajadores, conducentes a su alta médica; en un 10%, a la formación de los profesionales sanitarios y la colaboración con el INSS y a su información por parte de los servicios de salud pública de todas las comunidades autónomas, en un 10%, como nueva actividad, a la emisión por parte de la Inspección Médica del Servicio Público de Salud de informes trimestrales sobre el control del proceso de la incapacidad.

En relación con el objetivo de realización de reconocimientos médicos, el número mínimo de reconocimientos a trabajadores a realizar por parte de los servicios médicos del ICAM debía ser de 50.884, los cuales tenían que comportar por lo menos el 46% de las altas médicas de los procesos seleccionados.

En virtud de los requisitos de acreditación previstos en el marco del convenio para el periodo 2006-2008, el ICAM ha elaborado la primera memoria financiera y técnica sobre los resultados obtenidos en el año 2006, donde se presenta el detalle de las actividades de modernización y de mejora de la gestión y el control de la incapacidad temporal que se ha realizado en el ejercicio. Entre estas actividades se incluyen los avances en cuanto al SIGIT y, en general, en la incorporación de los diversos agentes sanitarios del servicio público de salud a los procesos de información y transmisión telemática; la actividad inspectora y la emisión de dictámenes por parte de los médicos contratados, en el proceso de control; la formación de los profesionales sanitarios, y la realización de 55.286 reconocimientos médicos a trabajadores, en materia de incapacidad temporal, que han comportado el 63% de las altas médicas de los procesos seleccionados, entre otros.

En la liquidación del fondo asignado en Cataluña en el año 2006 consta que la valoración del grado de cumplimiento del objetivo correspondiente al programa de actividades es del 89,79%, mientras que la valoración asignada al grado de cumplimiento del objetivo de racionalización del gasto es del 75%, desglosado este último en el cumplimiento del 100%, en lo que concierne al indicador del coste por afiliado y mes, y del 0%, en cuanto al indicador del número de días de baja por afiliado y mes.

15. Este objetivo pretende alcanzar una reducción en los días de baja consumidos por IT por los trabajadores protegidos en el INSS, a contar desde el mismo día de la emisión de la baja médica y hasta a la finalización del proceso de IT mediante la expedición del alta médica. El pleno cumplimiento de este objetivo (entendido como el 15% del crédito asignado) se estableció en el año 2006 en la consecución de una reducción del 2% en los días de baja.

De este modo, el cumplimiento por parte de Cataluña de los objetivos previstos en los convenios vigentes en el periodo 2002-2006 presenta una tendencia a la mejora, excepto en el cumplimiento del objetivo de informatización, que pasa del 100% en los años 2002 y 2003 al 76% en el año 2006 (cuadro 2.2.C).

Cuadro 2.2.C. Cumplimiento de los objetivos previstos en los Convenios IT. Cataluña. Periodo 2002-2006

Objetivo	Liquidación 2002	Liquidación 2003	Convenio 2004	Convenio 2005	Convenio 2006
Coste IT por afiliado y mes	0	0	100	50	100
Días IT por afiliado y mes	-	-	-	-	0
Informatización	100	100	100	84,53	76,20
Gestión propuestas alta	-	-	-	98,56	100
Otras actividades	100	100	100	100	100

Valores en porcentajes.

Fuente: Elaboración propia en base a los informes de actividades y memorias financieras y técnicas elaborados por el ICAM y de los documentos de liquidación del fondo remitidos por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, en cuanto al cumplimiento de los convenios para el ahorro de la incapacidad temporal formalizados con el INSS.

Así, en lo que concierne al indicador del coste de la incapacidad temporal, ha experimentado un crecimiento continuado a lo largo del periodo fiscalizado, de acuerdo con los valores disponibles, alrededor del 11,3%, desde un coste por afiliado y mes de 29,62 €, en el año 2004, hasta un coste de 32,97 €, en 2006 (cuadro 2.2.D).

Por otra parte, el indicador del número de días de incapacidad temporal, por afiliado y mes, la situación de partida en Cataluña para el establecimiento de dicho indicador fue la correspondiente al año 2005, con un promedio de trabajadores asegurados con el INSS de 1.584.293 y un cociente de días de IT por afiliado de 14,82. El promedio a nivel nacional era de 14,90 días de IT por afiliado, en el mismo año.

Cuadro 2.2.D. Valores de los indicadores de racionalización del gasto. Cataluña. Periodo 2002-2006

Año	Coste por afiliado y mes		Días por afiliado y mes	
	Objetivo	Valor conseguido	Objetivo	Valor conseguido
2002	21,73	-	-	-
2003	19,87	-	-	-
2004	29,75	29,62	-	-
2005	29,58	32,33	-	-
2006	32,14	32,97	14,52	16,17
2007	32,79	n/d	15,85	n/d

Importes en euros.

Fuente: Catsalut.

n/d: No disponible.

La fijación del objetivo del coste de la incapacidad temporal, por afiliado y mes, sobre la base del criterio de convergencia con su valor más bajo, registrado por la Comunidad Autónoma de Extremadura, podría poner en tela de juicio la idoneidad del criterio adopta-

do, dada la diferente composición socioeconómica y del mercado de trabajo de este territorio, respecto a la que presenta Cataluña.

Por otra parte, si la comunidad autónoma no alcanza el objetivo de reducción del 2% en los días de incapacidad temporal por afiliado, el convenio para el año 2006 prevé que le será liquidado el 50% del fondo correspondiente a este objetivo (eso es, el 7,5% del crédito asignado), en proporción al resultado conseguido por la comunidad autónoma puesto en relación con el valor del promedio de días referido a nivel nacional. En el caso de Cataluña, el valor del indicador conseguido en el año 2006 fue de 16,17 días, mientras que el valor del promedio nacional de ese año fue de 15,71 días.

Liquidaciones adicionales a la comunidad autónoma

El bajo grado de cumplimiento de los objetivos de los años 2004 y 2005 por parte de varias comunidades autónomas dio lugar a la liquidación de fondos adicionales en favor de Cataluña, en aplicación de las cláusulas séptima y octava de los convenios vigentes en los años 2005 y 2006, respectivamente.

En virtud de estas cláusulas, el incumplimiento íntegro de los objetivos de racionalización del gasto o del programa de actividades establecidos para el ejercicio inmediato anterior repercute en aquellas comunidades autónomas que hayan cumplido, al finalizar el primer semestre del año, al menos un 40% de los objetivos establecidos para ese año, y, por lo tanto, hayan dado lugar a un reparto complementario a su favor, en proporción a la participación inicial de cada una de ellas en el Fondo que se les asigna en el ejercicio.

En el año 2004, a Cataluña le correspondió una liquidación adicional de 6,43 M€, que fue satisfecha en el año 2005, y en el año 2005 una liquidación de 6,09 M€, satisfecha en 2006. En ambos casos, estas liquidaciones solo incluyeron la parte correspondiente al cumplimiento del objetivo de actividades, ya que el grado de cumplimiento del objetivo de racionalización del coste previsto para esos años no superó el 40% (cuadro 2.2.E).

Cuadro 2.2.E. Distribución del Fondo IT de resultados. Cataluña. Convenios 2004 y 2005

Conceptos	Liquidación fondo 2004		Liquidación fondo 2005	
	Previsión	Liquidación	Previsión	Liquidación
Fondo resultante sobrante total ejercicio anterior	53.326		50.103	
Fondo correspondiente a Cataluña:				
Objetivo racionalización gasto (30%)	2.756	0	2.609	0
Objetivo programa de actividades (70%)	6.431	6.431	6.089	6.089
Totales	9.187	6.431	8.698	6.089

Importes en miles de euros.

Fuente: Elaboración propia a partir de la información facilitada por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Dotaciones adicionales a la comunidad autónoma

Dado que el INSS no dispone de médicos inspectores en Cataluña, el Convenio del año 2006 incluyó una cláusula adicional por la que se aprobó una dotación anual adicional de 2,72 M€, destinada a compensar a la comunidad autónoma por los gastos derivados de la nueva contratación de médicos inspectores para las unidades médicas del ICAM.

El mencionado personal debía realizar los reconocimientos médicos a los trabajadores en los procesos de incapacidad temporal y realizar los informes preceptivos previos a la emisión de las resoluciones y dictámenes médicos de incapacidad permanente por parte del INSS, en aplicación de lo que dispone el artículo 128.1, letra a, de la Ley general de la Seguridad Social (según la redacción dada por la disposición adicional 48a de la Ley de presupuestos generales del Estado para el año 2006).

De acuerdo con la memoria financiera y técnica elaborada por el ICAM correspondiente al año 2006, y a fin de iniciar las nuevas actividades con los nuevos profesionales durante el año 2007, se pactó con la Comisión Central del Convenio y con la Dirección General del INSS un calendario para la difusión de la oferta pública de contratación de cuarenta y cinco médicos evaluadores, los criterios para su selección y su incorporación, dentro del último trimestre del año.

La contratación de este personal, que se encuentra actualmente colaborando en las tareas de control y gestión de la incapacidad temporal con el ICAM, se formalizó mediante un concurso público, por el que se cubrieron cuarenta y cinco puestos de trabajo para funcionarios interinos.

2.3. GARANTÍA DE ASISTENCIA SANITARIA

Como se ha señalado, el sistema de financiación prevé una cláusula de garantía de evolución de los recursos aplicados a la sanidad, por la que se establece que durante los primeros tres años del sistema de financiación (de 2002 a 2004) 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 asignado a la sanidad debe crecer, como mínimo, en la misma tasa que el PIB nominal. Dicha garantía, cuya aplicación finalizaba en el año 2004, fue prorrogada hasta la aprobación de un nuevo sistema de financiación autonómica, fruto del acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera adoptado después de la II Conferencia de Presidentes, que tuvo lugar en septiembre de 2005.

En los años 2002, 2003 y 2004 Cataluña ha recibido el importe correspondiente de la garantía de asistencia sanitaria por el hecho de que el índice de evolución del PIB nominal a precios de mercado en el periodo comprendido entre el año base del modelo de financiación (1999) y los respectivos años ha sido superior, en todos los casos, al índice de evolución de la financiación asignado a los servicios de asistencia sanitaria en idéntico periodo.

Así, en el periodo fiscalizado se ha compensado a la hacienda autonómica para alcanzar el índice de evolución mínimo garantizado en el importe de 35,39 M€, para el año 2002, 35,78 M€, para el año 2003, y 73,10 M€, para el año 2004, garantías que se han hecho efectivas en los años 2004, 2005 y 2006, respectivamente. En lo que concierne al año 2005, el cálculo de la garantía correspondiente a Cataluña, fruto de la prórroga de la disposición de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, acordada en la II Conferencia de Presidentes en septiembre de 2005, resultó ser nula, puesto que el índice de evolución de la financiación asignado a los servicios de asistencia sanitaria en el periodo 1999-2005 (1,5562) fue superior al índice de evolución del PIB nominal a precios de mercado en idéntico periodo (1,5293) para esta Comunidad Autónoma¹⁶ (cuadro 2.3.A).

Cuadro 2.3.A. Liquidación de la Garantía de asistencia sanitaria. Cataluña. Periodo 2002-2005

Concepto liquidado	2004	2005	2006	2007
Garantía de asistencia sanitaria 2002	35.385			
Garantía de asistencia sanitaria 2003		35.775		
Garantía de asistencia sanitaria 2004			73.099	
Garantía de asistencia sanitaria 2005				0
Total liquidado (o a liquidar) en el ejercicio	35.385	35.775	73.099	0
Valor definitivo liquidado en el conjunto comunid. autónomas	208.829	224.083	592.836	143.186
% de recursos sujetos a liquidación en Cataluña	16,9%	16,0%	12,3%	0,0%

Importes en miles de euros.

Fuente: Elaboración propia a partir de la información que se desprende de las liquidaciones definitivas de los mecanismos del sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común. Liquidaciones de los años de 2002 a 2005. Ministerio de Economía y Hacienda.

2.4. FONDOS DERIVADOS DE LA II CONFERENCIA DE PRESIDENTES

La Conferencia de Presidentes es un órgano de cooperación entre administraciones, cuyos miembros son el presidente del Gobierno y los 17 presidentes de las comunidades autónomas, además de Ceuta y Melilla. Desde su constitución, se ha reunido en tres ocasiones, el 28 de octubre de 2004, el 10 de septiembre de 2005 y el 11 de enero de 2007, con el fin de tratar aspectos o problemas comunes.

Uno de los mandatos de la primera de las reuniones fue el encargo a la Intervención General de la Administración del Estado de un informe de análisis del gasto sanitario del SNS al Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario, que fue presentado en el Pleno del Consejo de Política Fiscal y Financiera el 7 de septiembre de 2005. El informe, que analiza el periodo 1999-2003, intenta determinar cuáles son los factores que explican el volumen y

16. Como hecho posterior, con fecha de mayo de 2008, el Ministerio de Economía y Hacienda ha hecho pública la liquidación definitiva de los recursos financieros del sistema de financiación correspondiente al año 2006, de acuerdo con la cual el importe de la garantía de asistencia sanitaria correspondiente a Cataluña es nulo.

la evolución de los diferentes componentes del gasto sanitario de las comunidades y ciudades autónomas, con una relación final de propuestas orientadas a su racionalización.

Por otra parte, fruto del acuerdo tomado por el Consejo de Política Fiscal y Financiera en la sesión del 14 de septiembre de 2004, se constituyó un Grupo de Trabajo sobre Población, con el objetivo de analizar los preceptos de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, relativos a la población. El informe elaborado por este grupo concluyó, entre otros aspectos, que el crecimiento de la población había sido muy heterogéneo entre las diferentes comunidades, si bien este hecho no había dado lugar a la redistribución de los recursos entre ellas.

Otra de las cuestiones abordadas por este grupo tiene que ver con la aplicación práctica de las asignaciones de nivelación previstas en la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, que en el artículo 67 preveía la afectación del nivel de prestación público fundamental de sanidad cuando el incremento interanual de la población protegida en la comunidad autónoma superase, en más de tres puntos, el incremento del promedio nacional. En este sentido, el Grupo de Trabajo concluyó que en ninguna comunidad autónoma se había producido un crecimiento interanual de la población protegida superior en tres puntos a la media nacional durante el periodo comprendido entre los años 2002 y 2005, por lo que la aplicación práctica de las asignaciones previstas en el modelo de financiación no se ejecutó.

Sobre la base de los trabajos de estos grupos, en la segunda sesión de la Conferencia de Presidentes, celebrada en el año 2005, se presentaron una serie de medidas para la mejora de la financiación de la sanidad.

De acuerdo con los informes sobre los acuerdos tomados en la II Conferencia de Presidentes, las medidas consensuadas se concretaron en las siguientes:

- Primero, una aportación con cargo a los presupuestos generales del Estado en favor de las comunidades autónomas, por importe de 1.677 M€, desagregados en un conjunto de medidas:
 - *Medida 1.1)* 50 M€, para el Plan de calidad del Sistema Nacional de Salud, destinado a mejorar la eficiencia, reforzar la seguridad del paciente, potenciar las buenas prácticas en el ámbito clínico, promover avances en los sistemas de información y reducir desigualdades.

En cumplimiento de esta medida, Cataluña recibió en el año 2006 una aportación de 0,88 M€, en el marco de los convenios suscritos para prácticas seguras en centros sanitarios, y de 3,16 M€, en el marco de los convenios suscritos para la financiación de actividades relacionadas con la evaluación de tecnologías sanitarias.

En cuanto a la primera cuantía, a 15 de enero de 2007 quedaba pendiente de cobro el importe de 20.000 €. En lo que concierne a la segunda cuantía, de la que ha sido beneficiaria la Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas, al cie-

re del ejercicio 2006 se había cobrado el importe de 0,95 M€, y quedaba pendiente de cobro el importe de 2,21 M€ (el 70%).

- *Medida 1.2)* 500 M€ en concepto de dotación complementaria para la financiación de la asistencia sanitaria de 2006, que pasará a ser de 600 M€ en el año 2007. De acuerdo con el criterio de reparto adoptado en la sesión plenaria del Consejo de Política Fiscal y Financiera el 13 de septiembre de 2005, de conformidad con los criterios establecidos en la Ley 21/2001, de 27 de diciembre (población protegida y población mayor de 65 años), actualizados con la población del año 2004, Cataluña cobró 85,84 M€ en el año 2006.
- *Medida 1.3)* 55 M€, como dotación extraordinaria para las comunidades autónomas de las Islas Baleares y Canarias, para compensar las circunstancias del hecho insular.
- *Medida 1.4)* 45 M€, en concepto de dotación adicional al Fondo de Cohesión Sanitaria, que pasa de estar dotado con 54,09 M€ en el año 2005, a 99,09 en el año 2006. De esta dotación total, la cuantía distribuida en Cataluña con cargo al Fondo de Cohesión sanitaria del año 2006 fue de 13,13 M€.
- *Medida 1.5)* 500 M€ anuales, para dotar el Fondo específico que se destina al apoyo de todas las comunidades autónomas cuyos recursos para la financiación sanitaria crezcan por debajo del PIB nominal nacional (Fondo de garantía sanitaria).

La Ley 21/2001, de 27 de diciembre, preveía una garantía de financiación en este sentido únicamente para los tres primeros años del sistema, que finalizaban con la liquidación del ejercicio 2004. Este fondo presupuestario, pues, pretende mantener esta cláusula hasta la aprobación de un nuevo sistema de financiación autonómica.

El primer ejercicio que se ve afectado por esta medida es el de 2005.

Cataluña no recibió ningún importe por este concepto en 2007, dado que el índice de evolución de la financiación que se asignó a los servicios de asistencia sanitaria fue superior al del PIB nominal (cuadro 2.3.A).

- *Medida 2.1)* 200 M€, para compensar la asistencia sanitaria a residentes extranjeros, asegurados en otros estados. El Estado transfirió a Cataluña la cuantía de 13,91 M€ en el año 2006 por este concepto.
- *Medida 2.2)* 100 M€, para compensar las prestaciones sanitarias, farmacéuticas y recuperadoras derivadas de contingencias profesionales por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales cubiertos por el INSS, y no por mutuas.

De acuerdo con el informe de 31 de diciembre de 2006 de seguimiento de la implementación de las medidas de la II Conferencia de Presidentes, las únicas comunidades autónomas para las que el INSS había admitido como válidas las facturas enviadas por los correspondientes servicios públicos de salud, justificativas del gasto por las prestaciones asumidas en el ejercicio, fueron Andalucía, Murcia, Castilla-La Mancha y Madrid. El importe conjunto aceptado fue de 319.720 €.

Por otra parte, en referencia a las observaciones que constan en el presente informe, Cataluña ha hecho constar que envió el fichero de las facturas correspondientes entre los meses de diciembre de 2006 y enero de 2007, por un importe total de 32.188 €, a la vez que pone de manifiesto la falta de tiempo para adaptar sus sistemas de información y facturación a los procedimientos de remisión de datos sobre la facturación por contingencias profesionales. Asimismo, propone que, mientras no esté en pleno funcionamiento el SIFCO, se utilicen sistemas alternativos de reparto de los recursos previstos para compensar los accidentes de trabajo cubiertos por el INSS y el ISM, como sucede con la distribución del Fondo de cohesión sanitaria por desplazados, para la que se utilizan los datos del CMBD.

- *Medida 3)* 227 M€, derivados del aumento en los tipos impositivos de los tributos sobre alcoholes y tabacos. Esta medida fue implementada mediante la aprobación del Real decreto ley 12/2005, de 16 de septiembre.

El importe previsto para Cataluña en el marco de esta medida fue de 35,72 M€, de los que había recibido entregas a cuenta por importe de 35,01 M€ al cierre del ejercicio 2006 (el 98%). El importe restante queda sometido a la liquidación definitiva.

- Segundo, se acordó el incremento de los recursos disponibles por las comunidades autónomas para destinarlos a la reducción de la deuda sanitaria acumulada, mediante una mejora del sistema de liquidación definitiva del sistema de financiación, en una cuantía total de 1.365 M€ en el año 2005, y de 1.365 M€ más, en el año 2006 (medida 4). De acuerdo con lo previsto en el Real decreto ley 12/2005, de 16 de septiembre, en 2005 estos anticipos alcanzaron el 2% de la base de cálculo utilizada para la fijación inicial de las entregas a cuenta por tributos cedidos y por el Fondo de suficiencia del ejercicio, mientras que en 2006 los anticipos alcanzaron el 4% de la citada base de cálculo. Por otra parte, el seguimiento de la aplicación de los fondos al objeto previsto de reducción de la deuda sanitaria acumulada quedó incluido entre las actividades asignadas al Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario.

El cumplimiento de dicha medida supuso para Cataluña el cobro de un anticipo de 214,16 M€, en el año 2005, y de 464,94 M€, en 2006.

- Tercero, el plan de mejora de financiación sanitaria incluye el incremento de la capacidad normativa de las comunidades autónomas, con relación a los impuestos indirectos sobre las ventas minoristas de determinados hidrocarburos, la electricidad y sobre determinados medios de transporte (medida 5).
- Cuarto, a su vez las comunidades autónomas se comprometían a adoptar un conjunto de medidas de racionalización del gasto sanitario (medida 6).
- Finalmente, las medidas 7, 8, 9, 10 y 11 establecieron acuerdos en materia de comunidades forales, cartera básica de servicios sanitarios, análisis del gasto sanitario, grupos de trabajo sobre el sistema vigente de financiación y criterios de reparto territorial de las ayudas instrumentados mediante las medidas acordadas.

Así, en virtud de la implementación de las medidas adoptadas en la II Conferencia de Presidentes, la Sindicatura ha verificado que Cataluña ingresó 214,16 M€, en el año 2005, y 601,51 M€, en el año 2006 (cuadro 2.4.A).

Cuadro 2.4.A. Implementación de las medidas derivadas de la II Conferencia de Presidentes. Cataluña

Medida adoptada	Ejercicio 2005		Ejercicio 2006	
	Importe comprometido	Importe ingresado	Importe comprometido	Importe ingresado
Convenios suscritos para prácticas seguras en centros sanitarios, en el marco del Plan de calidad del SNS (<i>medida 1.1</i>)	-	-	882,09	862,09
Convenio suscrito entre el Instituto de Salud Carlos III y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Médicas, para la financiación de actividades relacionadas con la evaluación de tecnologías sanitarias (<i>medida 1.1</i>)	-	-	3.164,56	949,37
Transferencia en concepto de dotación complementaria para la financiación de la asistencia sanitaria (<i>medida 1.2</i>)	-	-	85.838,50	85.838,50
Transferencia para compensar el gasto real asumido por la prestación de asistencia sanitaria internacional (<i>medida 2.1</i>)	-	-	13.913,96	13.913,96
Incremento en la imposición indirecta: impuestos sobre alcohol, cervezas y productos intermedios y tabacos; impuesto sobre el valor añadido y fondo de suficiencia (<i>medida 3</i>)	-	-	35.722,68	35.008,22
Anticipos a cuenta de los impuestos cedidos a las comunidades autónomas y del Fondo de suficiencia, destinados a la financiación de la deuda sanitaria acumulada (<i>medida 4</i>)	214.162,75	214.162,75	464.935,81	464.935,81
Totales	214.162,75	214.162,75	604.457,60	601.507,95
Otros: Compensación por desplazados, con cargo al Fondo de cohesión sanitaria (<i>medida 1.4</i>) *	-	-	13.126,45	13.126,45

Importes en miles de euros.

Fuente: Elaboración propia, a partir de los informes de la Administración General del Estado al Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario, para el seguimiento de las medidas adoptadas en la II Conferencia de Presidentes.

* Fondo de cohesión sanitaria distribuido en el año 2006 (cuadro 2.1.E).

2.5. OTRAS ASIGNACIONES DEL ESTADO Y DE LA UNIÓN EUROPEA PARA LA FINANCIACIÓN DE PROGRAMAS

De acuerdo con la información de las memorias de los programas presupuestarios contenidos en la Ley de presupuestos generales del Estado, otra de las acciones importantes del Ministerio de Sanidad y Consumo en el ámbito de la política de cohesión sanitaria corresponde al diseño de las estrategias de salud para el tratamiento de determinadas enfermedades, para que se establecen estándares y se proponen modelos de actuación en los ámbitos de la promoción, la prevención, las prácticas clínicas, la rehabilitación y la reinserción social, los sistemas de información y la investigación.

Ejemplos de ello son la cardiopatía isquémica, la salud mental, la diabetes, la mejora de los sistemas de información sanitaria o la lucha contra el tabaquismo, el consumo de alcohol y el sida, para los que se diseñan las estrategias globales con la colaboración de las sociedades científicas, las comunidades autónomas y otros agentes sociales.

En este sentido, el Departamento de Salud ha recibido otras aportaciones destinadas a la financiación de programas, proyectos y planes en el ámbito de la sanidad pública, por importe total de 13,66 M€, en año 2006, y de un total de 46,46 M€ en el periodo 2002-2006 fiscalizado.

Estas aportaciones son fruto de los compromisos adquiridos durante el periodo 2002-2006 con la Unión Europea (0,53 M€) (cuadro 2.5.B)¹⁷; el Ministerio del Interior (Plan nacional sobre drogas: fondo de bienes decomisados, 1,17 M€); el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación (programa para la erradicación de enfermedades animales, 0,28 M€); el Instituto de Salud Carlos III (Convenio Centro de Medicina Regenerativa, con 6,04 M€, y Convenio Programa de estabilización investigadora, con 0,73 M€), y el Ministerio de Sanidad y Consumo (Plan nacional sobre drogas; Plan nacional del sida; Programa de prevención y promoción de la Salud; Programas prioritarios específicos en materia de drogodependencias; Prevención del VIH en centros penitenciarios; Planes integrales de salud; Uso racional del medicamento; Políticas de cohesión sanitaria y Estrategias de salud; Redes telemáticas de investigación cooperativa; Ayudas sociales a personas afectadas de hemofilia, y Conferencia euromediterránea de salud, por importe total de 37,70 M€) (cuadro 2.5.A).

17. Se ha introducido la referencia al cuadro 2.5.B en relación con la alegación 16.

Cuadro 2.5.A. Asignaciones del Estado para la financiación de programas de la sanidad. Periodo 2002-2006

Convenio	Plan nacional sobre drogas (a)	Plan nacional del sida	Programa de prevención y promoción de la salud (b)	Plan nacional sobre drogas: Fondo bienes decomisados (c)	Programas prioritarios específicos en materia de drogodependencias	Preven- ción VIH en centros peniten- ciarios	Planes integrales de salud (d)	Uso racional del medica- mento (e)	Políticas de cohesión y Estrategias de salud (f)	Convenio Centro de Medicina Regene- rativa (g)	Kits diagn. EEB (h)	Redes temáticas investig. cooperativ. (i)	Ayudas sociales a personas afectadas de hemofilia, virus de la hepatitis C	Organización de la Conferencia Euromedit. de Salud (Foro Euromed)	Convenio Programa estabilización investigadora (j)
Ejercicio 2002	1.969.174	790.151	375.865	210.000	309.000										
Ejercicio 2003	1.969.174	779.416	377.502	210.000	309.000							30.586			
Ejercicio 2004	2.335.283	772.887	380.454	282.731			1.438.769		1.485.752	500.000		19.957	3.119.252		
Ejercicio 2005	1.976.909	757.557	382.098	472.000	370.000	64.000			4.634.261	5.540.000	280.311	62.531		60.000	
Ejercicio 2006	997.470							10.841.000	845.031			13.514	234.395		730.000
Totales	9.248.010	3.100.011	1.515.919	1.174.731	988.000	64.000	1.438.769	10.841.000	6.965.044	6.040.000	280.311	126.588	3.353.647	60.000	730.000

Importes en euros.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por el Departamento de Salud. Periodo 2002-2006.

- (a) El Plan nacional de drogas que dirige, impulsa, coordina y supervisa el Ministerio de Sanidad y Consumo potencia los aspectos sanitarios de la problemática de la drogadicción y, muy especialmente, las actividades de prevención de las drogodependencias, unidas a las acciones para la asistencia, la reparación del daño y la reinserción de los drogodependientes. En este marco, el Ministerio aprobó la Estrategia nacional sobre drogas 2000-2008, revisada y redefinida en el año 2005.
- (b) Plan de trabajo conjunto entre la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo y Cataluña para el desarrollo de acciones relativas a programas de prevención y promoción de la salud, especialmente en el ámbito de las enfermedades emergentes y reemergentes y de especial relevancia.
- (c) Protocolo general de colaboración en materia de drogodependencias, suscrito con el Ministerio del Interior (Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre drogas), con cargo a los fondos de bienes decomisados por tráfico de drogas y otros delitos relacionados.
- (d) Compromisos formalizados con el Ministerio de Sanidad y Consumo, en el marco de la financiación de estrategias y Planes integrales de salud destinados a tres tipos de actuaciones: la prevención del tabaquismo y la deshabituación al tabaquismo; la promoción de hábitos de vida sin tabaco y la prevención y control del tabaquismo, y la seguridad de las actuaciones sanitarias.
- (e) Aportaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo para la financiación del programa de formación continua en el uso racional del medicamento para médicos del Sistema Nacional de Salud, con origen en las aportaciones de la industria farmacéutica al SNS.
- (f) En el año 2004, el Ministerio de Sanidad y Consumo acordó la distribución de los créditos para la financiación de políticas de cohesión a la prevención de la diabetes y el tabaquismo. En el año 2005, los compromisos de ingreso se desprenden del acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS adoptado en el mes de marzo, por el que la financiación de las políticas de cohesión y estrategias de salud se destinan a cuatro tipos de actuaciones: la prevención y el control del tabaquismo; la seguridad para pacientes y profesionales; la prevención de la diabetes, y el sistema de información sanitaria del SNS. En el año 2006, la financiación de las estrategias de salud se destinó al "Programa para la seguridad del paciente".
- (g) Aportaciones en el marco del convenio de colaboración entre el Departamento de Salud y el Instituto Carlos III para la investigación en medicina regenerativa.
- (h) Compromisos derivados de las Conferencias Sectoriales de Agricultura y Desarrollo Rural y Pesca, celebradas en abril de 2005, para la erradicación de enfermedades animales. En el año 2005, estas aportaciones se destinaron a la adquisición de kits para el diagnóstico de la encefalopatía espongiiforme bovina en los animales.
- (i) Aportaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo a cargo del Programa de promoción de la investigación biomédica y en Ciencias de la Salud, para la realización de proyectos de investigación en el marco del Plan nacional de I+D+i.
- (j) Convenio específico de colaboración entre el Instituto de Salud Carlos III y Cataluña en el marco del programa de estabilización de investigadores y de intensificación de la actividad investigadora en el SNS.

En cuanto a las aportaciones comprometidas por la Comisión Europea, el Departamento de Salud ha sido beneficiario en el periodo 2002-2006 del importe de 529.277 €, en el marco de los proyectos que se designan en cada caso (cuadro 2.5.B).

Cuadro 2.5.B. Generaciones de crédito con origen en aportaciones a cargo del presupuesto comunitario.

Proyecto	Año del acuerdo	Importe
Interating health promotion (70%)	2002	301.000
Proyecto Tactus (Instituto para la prevención de la adicción)	2002	3.958
Proyecto Viviendo con la dosis diaria (afectados VIH)	2003	4.848
Proyecto Usuarios de drogas en las prisiones europeas	2003	14.471
Proyecto EMPHA (prevención de enfermedades de salud mental)	2005	205.000
Total		529.277

Importes en euros.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por el Departamento de Salud.

Nota: Periodo 2002-2006

2.6. CÁLCULO DEL COSTE DE LA ASISTENCIA SANITARIA PRESTADA A LOS PACIENTES DESPLAZADOS DE OTRAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS, NO COMPENSADA POR EL ESTADO. EJERCICIO 2006

El Fondo de cohesión sanitaria se constituye con el fin de garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos a todo el territorio español y la atención a los ciudadanos desplazados procedentes de otros países, y por lo tanto, como mecanismo de compensación a las comunidades autónomas por los costes generados por los mencionados pacientes. Sin embargo, la cobertura prevista en el modelo de financiación para estos casos se ha manifestado parcial.

De acuerdo con el Real decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula el Fondo de cohesión sanitaria, la compensación se efectúa, en el caso de pacientes desplazados de otras comunidades autónomas, en un 80% del coste medio para el total de 215 GDR incluidos en sus anexos, y para los extranjeros, solo para los gastos de la asistencia sanitaria de hospitalización¹⁸. Por este motivo la compensación efectiva correspondiente al año 2006 se hizo, para el caso de los pacientes desplazados de otras comunidades autónomas, solo para 1.747 contactos¹⁹ (por importe, en términos de saldo neto una vez deducido el gasto de los pacientes catalanes derivados a otras comunidades, 376 contactos, de 13,13 M€).

De acuerdo con la información facilitada por el Catsalut, los datos de pacientes que figuran en el registro del CMBD sobre los que se ha efectuado la distribución del Fondo de cohe-

18. Texto modificado a raíz de la alegación número 17. Anteriormente se decía: "prestada por estos GDR incluidos en la lista".

19. Hasta el año 2002, la unidad de medida y de análisis de las actividades que constan en el registro del CMBD era el "alta". A partir de esa fecha se consideró oportuno cambiar dicho concepto por el de "contacto", más ajustado al tipo de actividades recogidas en el CMBD. Se considera un contacto cada vez que un enfermo accede a un hospital de agudos para recibir cualquier tipo de asistencia.

sión sanitaria del año 2006 señalan la existencia de 14.686 contactos, correspondientes a enfermos desplazados atendidos en Cataluña en centros sanitarios de la XHUP, procedentes de otras comunidades autónomas y del extranjero.

Entre ellos, 11.616 corresponden a contactos de hospitalización convencional; 750, a contactos de cirugía mayor ambulatoria y 2.320, a contactos de otros tipos de asistencia – principalmente, hospital de día y hospitalización domiciliaria– mientras que el Fondo de cohesión sanitaria solo incluye entre las actividades compensables las correspondientes a la hospitalización convencional.

De los contactos en régimen de hospitalización convencional, 8.656 (el 74,5%) corresponden a enfermos residentes en el Estado español (principalmente, en Aragón, Andalucía, Comunidad Valenciana, Baleares y Madrid), y el resto (2.960), a enfermos de otros países (principalmente, de la Unión Europea: Francia, Reino Unido, Alemania y Países Bajos). Entre los primeros, los costes de 6.909 contactos no fueron compensados con cargo al Fondo de cohesión sanitaria (el 79%),²⁰ por el hecho de no encontrarse incluidos en la lista de GDR que consta en el Real decreto que regula el fondo.

Debe añadirse también que, del total de estos 6.909 contactos no compensados, 2.264 (el 32,8%) se encontraban clasificados en el GDR con un peso relativo superior a 1, lo cual indica, teniendo en cuenta los criterios descritos en el epígrafe 2.1.1 del informe, que el coste o nivel de consumo de recursos atribuible a su grupo de pacientes se encuentra por encima del coste medio por paciente hospitalizado. Por otra parte, el 46% de los pacientes desplazados de otras comunidades autónomas no admitidos a compensación son contactos que han sido atendidos por uno de los 54 GDR más frecuentes.

La Sindicatura ha efectuado un cálculo del coste neto de la atención sanitaria prestada a los pacientes desplazados de otras comunidades autónomas, no compensada por el fondo de cohesión sanitaria del año 2006.

En cuanto a los pacientes atendidos en Cataluña por hospitalización convencional, el gasto no compensado ha sido calculado²¹ en el importe de 22,11 M€ en el año 2006 y corresponde a un total de 6.909 contactos (cuadro 2.6.A).

20. Texto modificado a raíz de la alegación número 19.

21. El cálculo del gasto por la asistencia sanitaria prestada a pacientes desplazados de otras comunidades autónomas se ha efectuado con el mismo criterio que utiliza el Fondo de cohesión sanitaria del año 2006:

- El '*volumen de actividad*' corresponde al número de contactos atendidos en los hospitales de la XHUP, para Grupos de diagnósticos relacionados (GDR) y para técnicas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios no compensables por el Fondo de cohesión sanitaria, de acuerdo con los datos del registro CMBD del año 2004, siguiendo el mismo criterio que el que se utiliza en la distribución del Fondo de cohesión sanitaria de 2006.
- El importe se ha obtenido por aplicación del coste actualizado en el año 2006 para los procesos hospitalarios, medidos en términos de Grupos de diagnósticos relacionados (GDR), y para las técnicas y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios (coste base del año 2003, actualizado con el IPC de 2004 -3,2%- , el IPC de 2005 -3,7%- y para 2006, por el índice deflactor del consumo privado final doméstico que figura en el Programa de estabilidad de España para el periodo 2005-2008 -2,8%-).

Por otro lado, en base a la información facilitada por el Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo, la Sindicatura ha calculado que un total de 2.617 contactos correspondientes a pacientes catalanes atendidos en centros de otras comunidades autónomas no fueron compensados por el Fondo de cohesión sanitaria del año 2006, cuyo gasto alcanzó la cifra de 7,72 M€.

Cuadro 2.6.A. Cálculo del volumen de la actividad sanitaria prestada y el gasto asumido por hospitalización convencional, por desplazados de otras comunidades autónomas residentes fuera de Cataluña, no compensados por el Fondo de cohesión sanitaria. Año 2006.

Asistencia sanitaria prestada	Desplazados de otras comunidades autónomas atendidos en Cataluña		Desplazados catalanes atendidos en otras comunidades		Saldo neto
	Volumen de actividad	Importe	Volumen de actividad	Importe	
Hospitalización convencional	6.909	22.109.798	2.617	7.718.414	14.391.384

Importes en euros.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por el Servicio Catalán de la Salud.

El saldo neto no compensado en Cataluña por la asistencia sanitaria prestada por hospitalización convencional a los pacientes desplazados de otras comunidades autónomas, de acuerdo con los datos de los párrafos anteriores, fue de 14,39 M€ en el año 2006.

Por otra parte, puesto que el importe compensado con cargo al Fondo de cohesión sanitaria de 2006, 13,13 M€ (cuadro 2.1.E), corresponde al 80% del coste medio soportado, el coste restante no compensado del 20% es de 3,28 M€.

Así, el coste total, en términos de saldo neto, por la asistencia hospitalaria convencional prestada por Cataluña a pacientes desplazados de otras comunidades autónomas en el año 2006 es de 30,80 M€, de forma que la parte no compensada, de 17,67 M€, representa el 57,4% sobre el coste total de esta asistencia.²²

Ahora bien, si bien la actividad de hospitalización convencional representaba el 67,2% del total de la facturación del Catsalut por la atención prestada a los pacientes desplazados, según datos del año 2002, y es la única admitida a compensación con cargo al Fondo de cohesión sanitaria, constituye sólo una parte de los costes totales por la asistencia sanitaria

22. Párrafo eliminado a raíz de la alegación número 20: "En lo que concierne a los pacientes desplazados extranjeros, y en base a la información facilitada por el Catsalut, la Sindicatura ha efectuado también un cálculo del coste correspondiente a la asistencia por hospitalización convencional prestada por Cataluña a los 2.504 contactos desplazados de otros países que no fueron financiados con cargo al Fondo de cohesión sanitaria del año 2006, por el hecho de no figurar incluidos en ninguno de los GDR admitidos a compensación. Este coste es de 7,37M€ en términos brutos; no es posible dar datos en términos netos dado que el sistema de liquidación que se rinde no permite extraer los datos correspondientes a los contactos catalanes atendidos en otros países."

prestada a estos pacientes. En este sentido, los pacientes desplazados pueden ser atendidos por otros tipos de asistencias incluidas en el CMBD, como son la cirugía mayor ambulatoria, el hospital de día y la hospitalización domiciliaria, y por otras actividades que no figuran registradas, como la prestación farmacéutica, la asistencia en salud mental, la asistencia sociosanitaria, la diálisis, el transporte sanitario medicalizado, el transporte sanitario, la asistencia extrahospitalaria y la asistencia primaria. Según datos del Catsalut, estas actividades representaban el 32,9% de la facturación por la asistencia a pacientes desplazados en el año 2002; destaca entre ellas la prestación farmacéutica.

A petición de la Sindicatura, el Catsalut ha facilitado la información correspondiente al gasto que representa la asistencia sanitaria prestada por Cataluña a los pacientes desplazados de otras comunidades autónomas por estas actividades no admitidas a compensación con cargo al Fondo de cohesión sanitaria, en términos de saldos brutos y solo para aquellas actividades de las que ha sido posible disponer de la información (la cirugía mayor ambulatoria, la prestación farmacéutica y otros tipos de asistencia, fundamentalmente la de hospital de día) (cuadro 2.6.B).

Cuadro 2.6.B. Cálculo del volumen de actividad sanitaria prestada y el gasto asumido por desplazados residentes fuera de Cataluña, no compensados por el Fondo de cohesión sanitaria (excepto hospitalización convencional). Año 2006

Asistencia sanitaria prestada	Desplazados de otras comunidades autónomas	
	Volumen de actividad	Importe
Cirugía mayor ambulatoria	632	1.169.781
Otros tipos de asistencia*	1.997	1.236.670
Prestación farmacéutica (en recetas)	699.574	9.047.612
Totales	702.203	11.454.063

Importes en euros.

Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos facilitados por el Servicio Catalán de la Salud.

* Corresponde, principalmente, a la actividad de hospital de día.

A pesar de que se encuentra prevista la codificación de los recursos de atención hospitalaria y especializada para las consultas externas, las urgencias y la cirugía menor ambulatoria, en la práctica no se procesa aún esta información para los desplazados de otras comunidades autónomas residentes fuera de Cataluña. Estas prestaciones, que no son estimables, formarían parte también de la actividad asistencial no compensada.

El importe total del coste de este tipo de asistencia prestada por Cataluña a los pacientes desplazados de otras comunidades autónomas que no es admitida a compensación con cargo al Fondo de cohesión sanitaria ha sido valorado en 11,45 M€, en el año 2006. Hay que tener en cuenta que para obtener el volumen neto de este cálculo deberían haberse deducido las cifras correspondientes a las mismas actividades prestadas por otras comunidades autónomas a los pacientes catalanes desplazados, de las que no se dispone de información.

3. CONCLUSIONES

El marco actual de la financiación de la sanidad catalana, cuya gestión constituye una competencia transferida a la Generalidad de Cataluña desde el año 1981, es el que aprobó 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. Este modelo supuso, por una parte, la integración de la sanidad a la financiación general de las comunidades autónomas, y por otra, el incremento del número de tributos cedidos, y en el caso de los impuestos ya cedidos, el incremento en el porcentaje de cesión.

El bloque de competencias de gestión de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social cuenta, además del Fondo general, que se financia con los recursos generales del sistema, con la Garantía de asistencia sanitaria, las Asignaciones de nivelación y dos fondos específicos de financiación: el Fondo de cohesión sanitaria y el Fondo del programa de ahorro en incapacidad temporal.

La Garantía de asistencia sanitaria constituye una cláusula de garantía de evolución de los recursos asignados a la sanidad, por la que el Estado garantizaba, durante los primeros tres años del sistema de financiación (de 2002 a 2004), que el índice de evolución de los recursos que corresponden a la sanidad en aquellas comunidades autónomas que tenían asumida la gestión de los servicios de asistencia sanitaria debía crecer, como mínimo, en la misma tasa que el PIB nominal. Su aplicación, que finalizó en el año 2004, fue prorrogada hasta la aprobación de un nuevo sistema de financiación autonómica, fruto del acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera adoptado después de la II Conferencia de Presidentes, que tuvo lugar en septiembre de 2005.

El Fondo de cohesión sanitaria se constituye con el fin de garantizar el principio de igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos en todo el territorio del Estado español, de forma que compensa a las comunidades autónomas por la asistencia sanitaria prestada a desplazados de otras comunidades autónomas. También financia a las comunidades autónomas por la atención sanitaria prestada a ciudadanos no residentes en el Estado español, procedentes de la Unión Europea o de países con los que España haya suscrito convenios de asistencia sanitaria recíproca.

El Fondo del programa de ahorro en incapacidad temporal financia la adopción de programas y medidas dirigidos al control del gasto relativo a la incapacidad temporal y a la mejora de la gestión de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social para dichas contingencias.

Además de estas fuentes y a la espera de la revisión del sistema de financiación, el Estado ha puesto en marcha medidas urgentes y adicionales, que se han hecho efectivas en el transcurso del periodo 2005-2007, fruto de los acuerdos tomados en la II Conferencia de Presidentes, de septiembre de 2005.

En el periodo 2002-2006, el importe total distribuido en Cataluña por ingresos en concepto del Fondo de cohesión sanitaria fue de 55,37 M€, de los que 47,63 M€ corresponden a la compensación por desplazados de otras comunidades y 7,74 M€, a la compensación por desplazados extranjeros; en concepto del Fondo del programa de ahorro de la IT, fue de 156,66 M€ y, en concepto de la Garantía de asistencia sanitaria, fue de 144,26 M€. En cuanto a las transferencias derivadas de los acuerdos de la II Conferencia de Presidentes, el importe comprometido en el periodo por el conjunto de medidas, excepto la medida 4, asciende a 139,52 M€, y en concepto de anticipos (medida 4) fue de 679,10 M€.

Por otra parte, el Departamento de Salud ha recibido otras aportaciones específicas durante el periodo fiscalizado, destinadas a la financiación de programas, proyectos y planes en el ámbito de la sanidad pública, fruto de los compromisos adquiridos con el Estado y la Unión Europea, en el marco de la política de cohesión sanitaria y el diseño de las estrategias de salud. El volumen de los compromisos de ingreso adquiridos en el conjunto del periodo fiscalizado fue de 46,46 M€.

Así, el volumen total de los recursos que han sido objeto de la presente fiscalización es de 1.221,37 M€ (cuadro 3.A).

Cuadro 3.A. Detalle del volumen de los recursos objeto de la fiscalización. Importes distribuidos. Periodo 2002-2006

Fuente de recursos	Ejercicio 2002	Ejercicio 2003	Ejercicio 2004	Ejercicio 2005	Ejercicio 2006	Periodo 2002-2006
Fondo de cohesión sanitaria	10.206	12.587	9.644	9.810	13.126	55.374
Fondo programa ahorro incapacidad temporal	13.129	13.392	51.984	42.897	35.258	156.660
Garantía de asistencia sanitaria	-	-	35.385	35.775	73.099	144.259
Medidas II Conferencia de Presidentes						
Medidas excepto medida 4	-	-	-	-	139.522	139.522
Medida 4 (anticipos)	-	-	-	214.163	464.936	679.099
Asignaciones del Estado	3.654	3.676	10.335	14.600	13.661	45.926
Asignaciones de la Unión Europea	305	19	-	205	-	529
Total	27.294	29.674	107.348	317.450	739.602	1.221.369

Importes en miles de euros.

Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos del Servicio Catalán de la Salud, del Departamento de Salud y del Departamento de Economía y Finanzas.²³

Ingresos registrados en la Cuenta general rendida

La Sindicatura ha verificado la contabilización de las cuantías que corresponden a los recursos de la sanidad pública catalana objeto de la fiscalización, la cual ha resultado satisfactoria excepto en cuanto a los importes del Fondo de cohesión sanitaria que constan en la Cuenta general rendida por la Generalidad de Cataluña en los años 2004 y 2005, dado que incluyen otros conceptos de ingreso imputados en la partida presupuestaria, por importe de 1,49 M€ y 2,90 M€, respectivamente. Los citados importes corresponden a liquidaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo en virtud de los programas para la financiación de políticas de prevención de la diabetes y el tabaquismo (cuadro 1.2.A y apartado 2.1).

23. Se ha introducido el texto: "Departamento de Economía y Finanzas" con motivo de la alegación número 21.

Por otra parte, y en cuanto al Fondo para el programa de incapacidad temporal, los derechos liquidados en la Cuenta general rendida en los años 2002 y 2003 fueron incorrectamente reconocidos en el presupuesto antes de su devengo, ya que los convenios para esos años no fueron formalizados hasta noviembre de 2004. Por otro lado, al cierre del ejercicio 2006 existía un saldo de derechos reconocidos pendientes de cobro a presupuestos cerrados de importe 15,55 M€, con origen en el ejercicio 2002, que no correspondían a ningún derecho devengado dado que fueron incorrectamente reconocidos, por lo que corresponde su baja en contabilidad (apartado 2.2).

Fondo de cohesión sanitaria

La compensación en Cataluña por la asistencia prestada a los pacientes desplazados de otras comunidades autónomas y del extranjero con cargo al Fondo de cohesión sanitaria fue de 13,13 M€, en el año 2006, y de 55,37 M€, en el conjunto del periodo fiscalizado (2002-2006) (cuadros 2.1.A y 2.1.B).

La cobertura de la asistencia sanitaria prestada por Cataluña a los pacientes desplazados, de otras comunidades autónomas, con cargo al Fondo de cohesión sanitaria se ha manifestado parcial por varios motivos: únicamente se compensa la actividad de hospitalización convencional, no toda la asistencia sanitaria prestada por esta actividad es admitida a compensación y, de la parte que es admitida a compensación, solo se financia el 40% de su coste (en el periodo 2002-2005) o el 80%, en el año 2006.

En el año 2006, con la entrada en vigor del nuevo Real decreto 1207/2006, de 20 de octubre, de regulación del fondo, se homogeneizó el porcentaje correspondiente al coste medio compensable con cargo al Fondo, incrementándolo hasta el 80% para la totalidad de los procesos de hospitalización y de los procedimientos ambulatorios previstos en los anexos, pero también se introdujeron modificaciones en los criterios de compensación que han perjudicado a algunas comunidades autónomas, entre ellas Cataluña. En este sentido, Cataluña no ha percibido compensación con cargo al Fondo de cohesión sanitaria por la asistencia sanitaria internacional en 2006. El porcentaje que representaba la facturación de la comunidad sobre el total nacional por este concepto era del 9,9%. Estas cifras contrastan con las de entrada de turistas en España, dado que alrededor del 23,5% de las entradas tiene su destino en Cataluña en el periodo fiscalizado.

Por otra parte, se ha observado que el importe medio de la facturación emitida por los demás estados por la asistencia sanitaria prestada a los pacientes desplazados del Estado español, 427,35 € en el año 2003, resulta significativamente superior al importe medio de las facturas emitidas por España por la asistencia sanitaria prestada a los pacientes desplazados extranjeros en el mismo año, 236,41 €.

Finalmente, a la fecha de finalización del trabajo de fiscalización el Ministerio de Sanidad y Consumo no había desarrollado el Sistema de información del Fondo de cohesión sanitaria (SIFCO), con el fin de registrar y validar formalmente los procesos de derivación y de pres-

tación de la asistencia sanitaria entre comunidades autónomas, ni tampoco los procedimientos para la designación y acreditación de los centros, servicios y unidades de referencia del SNS con cobertura en todo el territorio nacional, ambos previstos en los reales decretos que regulan el Fondo.

Fondo para el programa de ahorro de la incapacidad temporal

El importe asignado en Cataluña con cargo al Fondo para el programa de ahorro de la incapacidad temporal del año 2006 fue de 48,57 M€, de los que, y en cumplimiento de los objetivos fijados en el convenio formalizado para el ejercicio, le fue liquidado el importe de 35,26 M€. En el conjunto del periodo 2002-2006 fiscalizado, la cuantía total asignada en Cataluña fue de 229,78 M€, mientras que la liquidación total en función de los objetivos conseguidos en el periodo fue 141,42 M€, al que se añadió la liquidación adicional de 15,24 M€. El importe total recibido en el periodo fue de 156,66 M€ (cuadro 2.2.B).

La liquidación del Fondo de ahorro de la incapacidad temporal en el periodo fiscalizado se ha realizado en función del grado de cumplimiento por parte de Cataluña de dos parámetros: la reducción del coste y del número de días de la incapacidad temporal, por afiliado y mes, por una parte, y el cumplimiento del programa de actividades previsto, por otra. El control y seguimiento de los parámetros corresponde, en Cataluña, al ICAM y al Catsalut.

En 2004, Cataluña dio cumplimiento al 100% de los objetivos establecidos en el convenio, motivo por el que le fue liquidado el importe íntegro de la dotación asignada en ese ejercicio. En el resto de los años objeto de fiscalización las cuantías percibidas son inferiores a las inicialmente asignadas, con motivo del cumplimiento parcial de los objetivos establecidos (cuadro 2.2.C).

Garantía de asistencia sanitaria

Dado que, en el caso de Cataluña, el índice de evolución del PIB nominal a precios de mercado en el periodo comprendido entre el año base del modelo de financiación (1999) y los años 2002, 2003 y 2004, respectivamente, ha sido superior, en todos los casos, al índice de crecimiento de la financiación asignado a los servicios de asistencia sanitaria en idéntico periodo se ha compensado a la hacienda autonómica en todos estos años, en aplicación de la cláusula de garantía de asistencia sanitaria. La cuantía total liquidada en el periodo fiscalizado ha sido de 144,26 M€ (cuadro 2.3.A).

Posteriormente, la aplicación de esta cláusula de garantía fue prorrogada hasta la aprobación de un nuevo sistema de financiación autonómica, fruto del acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera adoptado tras la II Conferencia de Presidentes, de septiembre de 2005. Sin embargo, la cuantía liquidada en Cataluña en el año 2005 por este concepto resultó ser nula, puesto que el índice de crecimiento de la financiación de los servicios de

asistencia sanitaria en el periodo 1999-2005 (1,5562) fue superior al índice de evolución del PIB nominal a precios de mercado en idéntico periodo (1,5293), para esta Comunidad²⁴.

Fondos derivados de la II Conferencia de Presidentes

La Sindicatura ha verificado los importes que Cataluña ingresó en el año 2005, 214,16 M€, y en el año 2006, de 601,51 M€, en virtud de las medidas adoptadas en la II Conferencia de Presidentes, que tuvo lugar el 10 de septiembre de 2005. Dichos recursos han sido destinados a la financiación de la sanidad; sin embargo, la totalidad de los ingresos del año 2005, 214,16 M€, y una parte significativa de los ingresos del 2006, 464,93 M€ constituyen anticipos de la liquidación definitiva para Cataluña del sistema de financiación autonómica.

Al cierre del ejercicio 2006 solo quedaba pendiente de cobro el importe de 2,95 M€ de la cuantía total comprometida para el ejercicio (cuadro 2.4.A).

Otras asignaciones del Estado y de la Unión Europea para la financiación de programas

Durante el periodo fiscalizado, el Departamento de Salud ha recibido otras aportaciones destinadas a la financiación de programas, proyectos y planes en el ámbito de la salud pública, por importe total de 13,66 M€, en el año 2006, y de un total de 46,46 M€, en el periodo 2002-2006 fiscalizado.

Estas aportaciones son fruto de los compromisos adquiridos durante el periodo con el Ministerio del Interior, el Instituto de Salud Carlos III, el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Unión Europea (cuadros 2.5.A y 2.5.B).

Cálculo del coste de la asistencia sanitaria prestada a los pacientes desplazados, no compensada por el Estado

El Fondo de cohesión sanitaria se constituye como un fondo adicional para garantizar el principio de suficiencia en que se fundamenta la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, y al mismo tiempo, la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español, así como la atención prestada a los ciudadanos desplazados procedentes de otros países. Asimismo es un mecanismo de compensación a las comunidades autónomas por los costes generados por estos pacientes.

Sin embargo, la cobertura prevista en el modelo de financiación para estos casos se ha manifestado parcial por varios motivos: por una parte, porque no se admite a compensación la totalidad de las actividades que comprenden la asistencia sanitaria que presta la comunidad autónoma a los pacientes desplazados de otras comunidades autónomas, y

24. Como hecho posterior, con fecha de mayo de 2008, el Ministerio de Economía y Hacienda ha hecho pública la liquidación definitiva de los recursos financieros del sistema de financiación correspondiente al año 2006, de acuerdo con la cual el importe de la garantía de asistencia sanitaria correspondiente a Cataluña es nulo.

por otra, porque de la actividad de hospitalización convencional compensable no se admite a compensación el 100% del coste soportado. En este sentido, de los 653 GDR aprobados por la actividad de hospitalización convencional, el Real decreto 1247/2002 que regula el Fondo de cohesión sanitaria desde el año 2002 solo admite a compensación el 36% (porcentaje que pasa a ser del 28% con la nueva regulación del fondo a partir del año 2006). A la vez, de la parte que es admitida a compensación, solo se financia el 40% del coste (en el periodo 2002-2005) o el 80%, en el año 2006.

Por otra parte, existe un conjunto de actividades asistenciales que se prestan a estos desplazados que no son admitidas a compensación, como son la cirugía mayor ambulatoria, el hospital de día y la hospitalización domiciliaria; la prestación farmacéutica; la asistencia en salud mental; la asistencia sociosanitaria; la diálisis; el transporte sanitario medicalizado; el transporte sanitario; la asistencia extrahospitalaria y la asistencia primaria.

En el año 2006, del conjunto de 8.656 contactos por pacientes desplazados de otras comunidades autónomas atendidos en Cataluña, en virtud de la regulación del Fondo de cohesión sanitaria vigente, el Estado solo compensó 1.747, para los que, deduciendo el coste correspondiente a los pacientes catalanes derivados a otras comunidades autónomas, 376 contactos, resultó una compensación neta de 13,13 M€.

La Sindicatura ha calculado el coste no compensado en Cataluña por la atención prestada a los pacientes desplazados de otras comunidades autónomas atendidos en el año 2006 por hospitalización convencional. En base a la información facilitada por el Catsalut, el número de estos pacientes no admitidos a compensación alcanzó la cifra de 6.909 contactos, para los que la cuantía neta no compensada, una vez deducido el coste no admitido a compensación de los pacientes catalanes derivados a otras Comunidades, es de 14,39 M€ (cuadro 2.6.A).

Por otro lado, dado que el importe compensado con cargo al fondo de cohesión sanitaria de 2006, 13,13 M€ (cuadro 2.1.E), corresponde al 80% del coste medio soportado, el coste restante no compensado del 20% es de 3,28 M€.

Así, el coste total, en términos de saldo neto, por la asistencia hospitalaria convencional prestada por Cataluña a pacientes desplazados de otras comunidades autónomas en el año 2006 resulta de 30,80 M€, de forma que la parte no compensada, de 17,67 M€, representa el 57,4% sobre el coste total de esta asistencia.²⁵

Finalmente, a petición de la Sindicatura el Catsalut ha facilitado la información correspondiente al gasto que representa la asistencia sanitaria prestada por Cataluña a los pacientes

25. Texto suprimido a raíz de la alegación número 22: "En lo que concierne a los pacientes desplazados extranjeros, y en base a la información facilitada por el Catsalut, la Sindicatura ha calculado que los 2.504 contactos por pacientes desplazados de otros países atendidos en Cataluña por hospitalización convencional, no admitidos a compensación con cargo al Fondo de cohesión sanitaria del año 2006 por no figurar incluidos en los GDR previstos en la normativa, supusieron un coste, en términos brutos, de 7,37 M€".

desplazados de otras comunidades autónomas por las actividades no admitidas a compensación con cargo al Fondo de cohesión sanitaria, en términos de saldos brutos y solo para aquellas actividades de que ha sido posible disponer de la información. El coste asumido por las actividades de cirugía mayor ambulatoria, prestación farmacéutica y otros tipos de asistencia, fundamentalmente la de hospital de día, prestadas a estos pacientes en el año 2006, en términos de saldos brutos, es de 11,45 M€ (cuadro 2.6.B).

4. TRÁMITE DE ALEGACIONES

A los efectos previstos por el artículo 6 de la Ley 6/1984, de 5 de marzo, de la Sindicatura de Cuentas, modificada por la Ley 15/1991, de 4 de julio, y la Ley 7/2002, de 25 de abril, el presente informe de fiscalización fue enviado, en fecha 7 de marzo de 2008, a la consejera de Salud para que, en su caso, presentara las alegaciones correspondientes en los plazos establecidos.

En fecha 25 de marzo de 2008, la secretaria general del Departamento de Salud pidió una prórroga del plazo de presentación de alegaciones que la Sindicatura concedió hasta el 9 de abril de 2008.

A continuación se transcribe* el escrito enviado por la consejera de Salud, con registro de salida número 03369/3303/2008, de fecha 9 de abril de 2008, y con registro de entrada en la Sindicatura de Cuentas número 1296, de fecha 9 de abril de 2008:

Sr. D. Agustí Colom Cabau
Síndico
Sindicatura de Cuentas de Cataluña
Av. Litoral 12-14
08005 Barcelona

Apreciado síndico,

En respuesta a su escrito de 7 de marzo con relación al proyecto de informe de fiscalización número 39/2006-C, correspondiente a la Fiscalización de la financiación del sistema sanitario, ejercicios 2002-2006, le remito en documento adjunto nuestras alegaciones.

Cordialmente,

[Firma]

Marina Geli Fàbrega
Barcelona, 9 de abril de 2008

* El escrito original estaba redactado en catalán. Aquí figura una traducción al castellano de la transcripción.

COMENTARIOS AL PROYECTO DE INFORME 39/2006-C. FINANCIACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO EJERCICIOS 2002-2006.

1) páginas 19-20^[26] (2.1 Fondo de cohesión sanitaria).

El informe realiza una descripción del objetivo y características del Fondo de cohesión sanitaria que se ajusta estrictamente a la filosofía de los reales decretos que lo regulan, con lo cual se da a entender que las funciones y expectativas del Fondo son mucho más amplias e importantes de lo que han sido en la realidad, cuando incluso a medida que avanza el informe se realizan varios cálculos de todo el coste de desplazados que no está cubierto por el Fondo de cohesión sanitaria. Por todo ello, entendemos que dicho apartado descriptivo del informe debería remarcar que estas son las características que estrictamente recoge la normativa, mientras que la realidad del coste de la asistencia a los desplazados es mucho más amplia.

2) página 21 (Dos últimos párrafos).

Donde se explican los beneficios aportados al FCS por parte de la Administración central tras la II Conferencia de Presidentes, debería mencionarse que el incremento de recursos del FCS ha sido fruto de una mayor aportación del Estado en lo que concierne a los desplazados de CCAA, y en cuanto a los extranjeros ha sido consecuencia del esfuerzo de facturación realizado por las CCAA.

Por lo tanto, estaría bien añadir que no todo el incremento de recursos que ha experimentado el FCS ha sido consecuencia de la aportación adicional del Estado. Buena parte del crecimiento del FCS se debe al aumento del saldo de facturación de los extranjeros temporales, que no aporta el Estado, sino que se genera por el incremento de la facturación de las propias CCAA.

3) página 24 (cuadro 2.1.C.).

Hay un error tipográfico en la cifra de liquidación definitiva del FCS a otras CCAA del año 2002. La cifra correcta es 8.381.330 euros. La omisión, sin embargo, no afecta a los valores totales.

4) página 26 (segundo párrafo)

El Fondo de cohesión de desplazados de CCAA en el periodo 2002-2006 no ha utilizado como criterio de distribución los modelos de solicitud de asistencia y los informes de asistencia, sino que ha utilizado los datos del CMBD.

Por lo tanto, entendemos que sería más correcto clarificar en este segundo párrafo que, "A pesar de ello, de acuerdo con lo establecido por la disposición transitoria única del Real decreto de 2002, el cálculo tomará como referencia a los pacientes hospitalizados de acuerdo con los últimos datos disponibles en el conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria (CMBD)".

26. En el informe definitivo los números de página pueden haber cambiado ligeramente. (Nota de la Sindicatura)

5) página 29 (Actividad asistencial prestada y compensada).

En el sexto párrafo de la página 29 hay una descripción de los diferentes tipos de servicios sanitarios a los pacientes desplazados que no está completa. La asistencia sanitaria a los pacientes desplazados puede consistir en la atención primaria, atención hospitalaria (internamiento hospitalario, hospital de día, hospitalización domiciliaria, consulta externa, urgencias, técnicas y procedimientos específicos, etc.), recetas médicas, transporte sanitario y otros.

6) página 32 (primer párrafo).

Debería eliminarse el final del primer párrafo “...puesto que no dispone de la información de los enfermos catalanes atendidos por este concepto en otros territorios”.

La explicación precedente a este texto ya expone con claridad la problemática referente a la información de las técnicas y procedimientos especiales. El Ministerio de Sanidad la evalúa en proporción al resto de la asistencia hospitalaria; por lo tanto, dado que no aporta ningún detalle a las CCAA, no puede realizarse ninguna comprobación. Eso no tiene nada que ver con que Cataluña disponga de los datos de los catalanes atendidos en otros territorios. Entendemos que es un error en la redacción. Por lo tanto, pedimos que se elimine esta parte del texto porque produce cierta confusión en el conjunto de la exposición.

7) página 35 (Nota del cuadro 2.1.F.)

La nota a pie del cuadro que indica “fondo distribuido del año n” debería sustituirse por “fondo ingresado/abonado del año n”, ya que el desfase de un año entre las entradas y salidas de turistas entendemos que se produce con los ingresos y abonos y no con la distribución de recursos.

8) página 35 (último párrafo).

En el último párrafo de la página 35 deberían sustituir los términos “el importe de la factura media” por “el importe medio de una factura”.

9) página 36 (1º párrafo).

Podría ampliarse el primer párrafo de la página 36:

“El CatSalut ha manifestado que la diferencia entre la facturación de los extranjeros en España y la de España en el resto de países no obedece a la falta de actualización de las tarifas en el Estado español. En el caso de Cataluña, las tarifas se actualizan anualmente; por lo tanto no es un problema de actualización sino de que los costes reales que aplican los demás países son más elevados. En este sentido, el CatSalut ha propuesto que el Ministerio de Sanidad y Consumo apruebe unas tarifas únicas a aplicar por todas las CCAA para la asistencia prestada a extranjeros para paliar este desequilibrio entre la facturación emitida y recibida, tal y como ha hecho en el caso de los desplazados de otras CCAA.

10) página 36 (Distribución del FCS en el periodo fiscalizado. Segundo párrafo).

Sustituir “Ministerio de Sanidad y Consumo” por “Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales”.

11) página 36 (Distribución del FCS en el periodo fiscalizado).

La compensación por los extranjeros no se calcula a partir de la relación de los GDR incluidos en el Real decreto, como en el caso de los desplazados de CCAA, sino que, como se explica en el informe, obedece al resultado de la facturación recibida y emitida por la asistencia sanitaria internacional por aplicación de los reglamentos comunitarios.

Por lo tanto, se propone eliminar el último párrafo de la hoja 36 “Por otra parte, debe tenerse en cuenta que los importes admitidos....”.

12) página 40 y página 64 (Fondo para el Programa de ahorro en IT)

En el último párrafo de la página 40 y en el segundo párrafo de la página 61 de las conclusiones y en relación con el Fondo para el Programa de ahorro en IT, se comenta que existe un saldo de derechos reconocidos pendientes de cobro a presupuestos cerrados de importe 15,55 millones de euros de los que correspondía su baja en la contabilidad. Según el escrito del interventor general de Economía y Finanzas de 2 de abril de 2008, esta cantidad fue anulada en el año 2007 por resolución del consejero de Economía y Finanzas (se adjunta copia del escrito dirigido a la secretaria general del Departamento de Salud).

13) página 45 (Fondo programa de ahorro en IT).

En el cuadro 2.2.C, el grado de cumplimiento del indicador referente al número de días de IT por afiliado y mes del Convenio del año 2006 es cierto que es del 0%, pero en este caso según el convenio se liquida el 50% de los recursos asignados a este apartado.

Por lo tanto, creemos que debería añadirse una nota al pie del cuadro indicando que el convenio prevé que, si no se alcanza este indicador, se liquidará el 50%.

14) página 51 (primer párrafo).

Sustituir “SIFCO” por “CAPRI”.

15) página 53 (primer párrafo).

Las aportaciones recibidas por el Departamento a las que se refiere este punto no corresponden únicamente al ámbito de la salud pública.

Por lo tanto, creemos que debería eliminarse la palabra “pública” de la frase del primer párrafo de la página 53, quedando el redactado como “..... de programas, proyectos y planes en el ámbito de la salud, por importe total de...”.

16) página 53 (segundo párrafo).

Las aportaciones recibidas de la Unión Europea no quedan recogidas en el cuadro 2.5.A sino en el 2.5.B.

Por lo tanto creemos que hay dos opciones, eliminar el texto “...con la Unión Europea (0,53M€)...” o corregir el paréntesis del final del párrafo (cuadros 2.5 .y 2.5.B)”.

17) página 55 (Cálculo del coste de la asistencia sanitaria prestada a los pacientes desplazados no cubierta por el FCS).

Como hemos señalado en la página 45, la compensación por los extranjeros no se calcula a partir de la información de los GDR, sino que, como se explica en el informe, obedece al resultado de la facturación recibida y emitida por la asistencia sanitaria internacional.

Por lo tanto, debería eliminarse el final de la primera frase del segundo párrafo “...solo para los gastos de la asistencia sanitaria prestada por estos GDR incluidos en la lista”.

18) página 55 (Cálculo del coste de la asistencia sanitaria prestada a los pacientes desplazados no cubierta por el FCS).

Proponemos la eliminación del texto entre paréntesis del segundo párrafo del apartado 2.6 “(por importe, en términos de saldo neto una vez deducido el gasto de los pacientes catalanes derivados a otras comunidades, 376 contactos, de 13,13M€)”.

Suponemos que se produjo algún problema al redactar el texto, con lo que se aporta confusión al conjunto.

19) página 56 (Cálculo del coste de la asistencia sanitaria prestada a los pacientes desplazados no cubierta por el FCS).

Como hemos señalado en la página 45 y 55, la compensación por los extranjeros no se calcula a partir de la información de los GDR, sino que, como se explica en el informe, obedece al resultado de la facturación recibida y emitida por la asistencia sanitaria internacional.

Por lo tanto, debería eliminarse el párrafo “...en ambos casos por el hecho de no encontrarse incluidos en la lista de GDR que consta en el Real decreto que regula el fondo”.

20) página 57 (Cálculo del coste de la asistencia sanitaria prestada a los pacientes desplazados no cubierta por el FCS).

Como hemos señalado en las páginas 45, 55 y 56, la compensación por los extranjeros no se calcula a partir de la información de los GDR, sino que, como se explica en el informe, obedece al resultado de la facturación recibida y emitida por la asistencia sanitaria internacional.

Por lo tanto, no tiene sentido utilizar la misma metodología que en el caso de desplazados de CCAA, dado que con cargo a FCS – extranjeros solo se puede facturar lo que esté regulado por los reglamentos comunitarios. Debería eliminarse esta parte del cálculo.

21) página 60 (Cuadro 3.A).

Ni el Servicio Catalán de la Salud ni el Departamento de Salud disponen de información de los importes de “Garantía de asistencia sanitaria”. Por lo tanto, debería añadirse la fuente de esta información en el cuadro 3.A.

22) página 64 (CONCLUSIONES)

Debería eliminarse el penúltimo párrafo de la página 64, ya que, como ya hemos señalado anteriormente, la compensación por los extranjeros no se calcula a partir de la información de los GDR, sino que, como se explica en el informe, obedece al resultado de la facturación recibida y emitida por la asistencia sanitaria internacional.

Por lo tanto, no tiene sentido utilizar la misma metodología que en el caso de desplazados de CCAA, dado que con cargo a FCS – extranjeros solo se puede facturar lo que esté regulado por los reglamentos comunitarios.”

5. COMENTARIOS A LAS ALEGACIONES PRESENTADAS

Todas las alegaciones formuladas por la consejera de Salud al proyecto de informe de fiscalización 39/2006, referente a la *Financiación del sistema sanitario, ejercicios 2002-2006*, han sido analizadas y valoradas debidamente. La consideración de las alegaciones 2, 16 y 21 y del conjunto de las alegaciones referidas a la asistencia sanitaria prestada a los pacientes extranjeros desplazados ha conllevado modificaciones en la redacción del texto que se indica en cada caso. En cuanto al resto, no se ha alterado por entender que las alegaciones enviadas son explicaciones que confirman la situación descrita en el informe o porque no se comparten los juicios expuestos en ellas.

Sindicatura de Cuentas de Cataluña
Av. Litoral, 12-14
08005 Barcelona
Tel. +34 93 270 11 61
Fax +34 93 270 15 70
sindicatura@sindicatura.cat
www.sindicatura.cat

Elaboración del documento PDF: diciembre de 2009

Depósito legal de la versión encuadrada
de este informe: B-47966-2008