



CONSEJO DE CUENTAS
DE CASTILLA Y LEÓN

**FISCALIZACIÓN DEL ANÁLISIS Y EVOLUCIÓN DE LA DEUDA SANITARIA NO
IMPUTADA A PRESUPUESTO EN LA COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN**

PLAN ANUAL DE FISCALIZACIONES 2018



CONSEJO DE CUENTAS
DE CASTILLA Y LEÓN

ANDRÉS PÉREZ-MONEO AGAPITO, Secretario del Pleno, por Resolución del Presidente del Consejo de Cuentas de Castilla y León de 8 de enero de 2014,

CERTIFICO: Que el Pleno del Consejo de Cuentas de Castilla y León, en sesión celebrada el día 11 de septiembre de 2018, adoptó el Acuerdo 77/2018, cuyo acta está pendiente de aprobación, por el que se aprueba el INFORME DE FISCALIZACIÓN DEL ANÁLISIS Y EVOLUCIÓN DE LA DEUDA SANITARIA NO IMPUTADA A PRESUPUESTO EN LA COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN, correspondiente al Plan Anual de Fiscalizaciones para el ejercicio 2018, al que se han incorporado, de acuerdo con el art. 28.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo de Cuentas, las alegaciones formuladas y su tratamiento.

Asimismo, de conformidad con lo previsto en el artículo 28.3 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo de Cuentas, el Pleno acuerda la remisión del informe, las alegaciones y el tratamiento de las alegaciones a la Junta de Castilla y León, a la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, a las Cortes de Castilla y León y al Tribunal de Cuentas. Del mismo modo, acuerda su remisión a la Fiscalía del Tribunal de Cuentas.

Y para que conste, a los efectos oportunos, expido la presente certificación, con el visto bueno del Excmo. Sr. Presidente del Consejo de Cuentas de Castilla y León.

Vº Bº
EL PRESIDENTE
(Art. 21.5 de la Ley 2/2002, de 9 de abril)

Fdo.: Jesús J. Encabo Terry



ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	6
I.1. INICIATIVA DE LA FISCALIZACIÓN.....	6
I.2. MARCO NORMATIVO	6
I.2.1. NORMATIVA AUTONÓMICA	6
I.2.2. NORMATIVA ESTATAL	7
I.3. INFORMACIÓN DISPONIBLE DE LA DEUDA SANITARIA	8
I.3.1. EVOLUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES PENDIENTES DE IMPUTAR A PRESUPUESTO POR PARTE DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD.....	9
I.3.2. OBLIGACIONES DE PAGO SIN IMPUTAR A PRESUPUESTO, GENERADAS EN EL EJERCICIO 2016	10
I.3.3. OBLIGACIONES DE PAGO SIN IMPUTAR A PRESUPUESTO A 31/12/2016	11
I.3.4. LIQUIDACIÓN DEL PRESUPUESTO DE GASTOS DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD DEL EJERCICIO 2016.....	12
II. OBJETIVOS, ALCANCE Y LIMITACIONES	13
II.1. OBJETIVOS	13
II.2. ALCANCE	13
II.3. LIMITACIONES.....	15
II.4. TRÁMITE DE ALEGACIONES.....	15
III. RESULTADO DE LA FISCALIZACIÓN.....	16
III.1. EVOLUCIÓN DE LA DEUDA SANITARIA NO IMPUTADA A PRESUPUESTO.....	16
III.1.1. INTRODUCCIÓN	16



III.1.2. ANÁLISIS DEL CONTROL FINANCIERO PERMANENTE EJERCIDO SOBRE LAS DISTINTAS GERENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA, ESPECIALIZADA Y DE EMERGENCIAS	19
III.1.3. ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LA DEUDA SANITARIA DE 2011 A 2016	22
III.2. DOTACIONES PRESUPUESTARIAS	29
III.2.1. EVOLUCIÓN DE LAS DOTACIONES DEL PRESUPUESTO INICIAL DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA Y DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD	29
III.2.2. SUFICIENCIA PRESUPUESTARIA EN LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD. PRESUPUESTO INICIAL.....	32
III.2.3. MODIFICACIONES PRESUPUESTARIAS DE LAS DOTACIONES PARA ATENCIÓN SANITARIA. COMPARACIÓN CON LA COMUNIDAD AUTÓNOMA Y ANÁLISIS ECONÓMICO.....	37
III.2.4. SUFICIENCIA PRESUPUESTARIA DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD. PRESUPUESTO FINAL	43
III.2.5. DOTACIONES PRESUPUESTARIAS. COMPARATIVA CON OTRAS CC.AA.	44
III.2.6. PLANES ESPECIALES Y OTROS MECANISMOS EXTRAORDINARIOS PARA PALIAR EL DÉFICIT DE FINANCIACIÓN DEL GASTO SANITARIO EN LA COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN.....	46
III.3. TIPOS DE GASTO QUE COMPONEN LA DEUDA SANITARIA	52
III.3.1. ANÁLISIS DE LA COMPOSICIÓN DE LA DEUDA POR TIPO DE GASTO	52
III.4. DEUDA SANITARIA POR CENTROS DE GASTO	64



III.4.1. ANÁLISIS DE LA DISTRIBUCIÓN DE LA DEUDA POR CENTROS DE GASTO EN 2016 Y SU EVOLUCIÓN EN EL PERIODO 2011-2016	64
III.4.2. ANÁLISIS DE LA DISTRIBUCIÓN POR CENTRO DE GASTO Y ARTÍCULO EN EL PERIODO DE REFERENCIA.....	73
III.5. DATOS DE LA PRESTACIÓN SANITARIA EN CASTILLA Y LEÓN	78
III.5.1. ESTADÍSTICA DEL GASTO SANITARIO EN ESPAÑA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS	78
III.5.2. ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES RATIOS DE LA PRESTACIÓN SANITARIA EN CASTILLA Y LEÓN Y COMPARATIVA CON EL RESTO DE COMUNIDADES AUTONOMAS	94
IV. CONCLUSIONES	99
V. RECOMENDACIONES.....	106



ABREVIATURAS Y SIGLAS

artº	Artículo.
AT.	Atención.
BOCyL/Bocyl	Boletín Oficial de Castilla y León.
CA/CCAA	Comunidad Autónoma/Comunidades Autónomas.
CAP	Capítulo.
CFP	Control Financiero Permanente.
CISNS	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
EHA	Ministerio de Economía y Hacienda.
FFF	Fondo de Facilidad Financiera.
FFPP	Fondo para la Financiación de los Pagos a Proveedores.
FLA	Fondo de Liquidez Autonómico.
GAE/GAEs	Gerencia/s de Atención Especializada.
GAP/GAPs	Gerencia/s de Atención Primaria.
GES	Gerencia de Emergencias Sanitarias.
GRS	Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.
GSA	Gerencia de Salud de Área.
ICO	Instituto de Crédito Oficial.
IGACYL	Intervención General de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.
ISSAI-ES	Normas Profesionales para Entidades Fiscalizadoras Superiores.
MINHAFP	Ministerio de Hacienda y Función Pública.
PAG	Plan Anual de Gestión.
PIB	Producto Interior Bruto.
PTO	Presupuesto.



SACYL	Sanidad de Castilla y León.
SICCAL	Sistema de Información Contable de Castilla y León.
SNS	Sistema Nacional de Salud.

NOTA SOBRE LA UNIDAD MONETARIA

Se ha efectuado un redondeo, donde ha sido necesario, para mostrar dos decimales; los datos representan el redondeo de cada valor exacto y no la suma de los datos redondeados. Todos los importes están expresados en euros, excepto en los que expresamente se indique otra cosa.

I. INTRODUCCIÓN

I.1. INICIATIVA DE LA FISCALIZACIÓN

De conformidad con lo preceptuado en el artículo 90 del Estatuto de Autonomía de Castilla y León y en el artículo 1 de la Ley 2/2002, de 9 de abril, Reguladora del Consejo de Cuentas de Castilla y León, corresponde al Consejo la fiscalización externa de la gestión económica, financiera y contable del sector público de la Comunidad Autónoma y demás entes públicos de Castilla y León.

Esta previsión normativa tiene su desarrollo en el Plan Anual de Fiscalizaciones del Consejo de Cuentas para el ejercicio 2018, aprobado por la Comisión de Economía y Hacienda de las Cortes de Castilla y León en su reunión de 2 de marzo de 2018 (BOCyL número 50, de 12 de marzo de 2018), que incluye entre las actuaciones previstas la “Fiscalización del Análisis y Evolución de la Deuda Sanitaria no imputada a Presupuesto en la Comunidad de Castilla y León”.

De acuerdo con lo anterior, se va a realizar la “Fiscalización del análisis y evolución de la deuda sanitaria no imputada a presupuesto en la Comunidad de Castilla y León”.

I.2. MARCO NORMATIVO

Respecto de la gestión económica, financiera y contable de la Gerencia Regional de Salud y la prestación sanitaria, las principales normas aplicables durante el ejercicio fiscalizado son las siguientes:

I.2.1. NORMATIVA AUTONÓMICA

- Estatuto de Autonomía de Castilla y León, aprobado por Ley Orgánica 4/1983, de 25 de febrero, modificada por Ley Orgánica 11/1994, de 24 marzo, por Ley Orgánica 4/1999 de 8 de enero y por Ley Orgánica 14/2007, de 30 de noviembre.
- Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de Castilla y León.
- Ley 13/2001, de 20 de diciembre, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Castilla y León.
- Ley 7/2005, de 24 de mayo, de la Función Pública de Castilla y León.
- Ley 2/2006, de 3 de mayo, de Hacienda y Sector Público de la Comunidad de Castilla y León. (LHSP)

- Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León.
- Decreto 287/2001, de 13 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento General de la Gerencia Regional de Salud, modificado por el Decreto 81/2007, de 19 de julio, el Decreto 40/2011, de 7 de julio, el Decreto 10/2014, de 13 de marzo y el Decreto 47/2015, de 23 de julio. (Derogado)
- Decreto 24/2003, de 6 de marzo, por el que se desarrolla la estructura orgánica de los servicios periféricos de la Gerencia Regional de Salud. (Derogado)
- Decreto 36/2011, de 7 de julio, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad, modificado por Decreto 40/2016, de 10 de noviembre.
- Decreto 42/2016, de 10 de noviembre, por el que se establece la organización y funcionamiento de la Gerencia Regional de Salud.
- Orden SAN/204/2014, de 21 de marzo, por la que se establece la estructura orgánica de los servicios centrales de la Consejería de Sanidad y de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. (Derogada)
- Orden SAN/957/2016, de 17 de noviembre, por la que se establece la estructura orgánica de los servicios centrales de la Consejería de Sanidad y de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.
- Orden EYH/849/2016, de 27 de septiembre, por la que regulan las operaciones de cierre del ejercicio económico de 2016 y las de apertura del ejercicio 2017, en relación con la contabilidad de gastos públicos.
- Resolución de 8 de abril de 2011 de la Intervención General de la Administración de la Comunidad, por la que determina el procedimiento de remisión de información a la Intervención General para la formación de la Cuenta General de la Comunidad de Castilla y León.

I.2.2. NORMATIVA ESTATAL

- Ley Orgánica 8/1980, de Financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA), modificada por la Ley Orgánica 7/2001.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (LGS)

- Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- Real Decreto-Ley 4/2010, de 26 de marzo, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al Sistema Nacional de Salud.
- Ley 15/2010 de 5 de julio, de modificación de la Ley 3/2004, de 29 de diciembre, por la que se establecen medidas de lucha contra la morosidad en las operaciones comerciales.
- Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público. (Derogado)
- Real Decreto Ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011.
- Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera, modificada por L.O. 4/2012, de 28 de septiembre, L.O. 6/2016, de 14 de noviembre, L.O. 9/2013, de 20 de diciembre, L.O. 6/2015, de 12 de junio y L.O. 1/2016, de 31 de octubre.
- Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.
- Ley 48/2015, de 29 de octubre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2016.
- Real Decreto 1480/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad de Castilla y León de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud.

I.3. INFORMACIÓN DISPONIBLE DE LA DEUDA SANITARIA

La información sobre la deuda sanitaria que se resume a continuación ha sido extraída de los Informes de Fiscalización de la Cuenta General de los ejercicios 2011 a 2015 y de la información suministrada por la Intervención General de la Administración de la Comunidad para el Informe correspondiente al ejercicio 2016 que se está elaborando, y deriva de los Informes de Control Financiero Permanente en el ámbito de

CONSEJO DE CUENTAS DE CASTILLA Y LEÓN

Fiscalización del Análisis y Evolución de la Deuda Sanitaria no imputada a Presupuesto en la Comunidad de Castilla y León

la Gerencia Regional de Salud y del trabajo de los equipos de control financiero permanente del Servicio de Control Financiero del Sector Público.

También se incluye la Liquidación del Presupuesto de Gastos del ejercicio 2016 de la Gerencia Regional de Salud.

I.3.1. EVOLUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES PENDIENTES DE IMPUTAR A PRESUPUESTO POR PARTE DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD

	2011		2012		2013		2014		2015	
	Importe	%	Importe	%	Importe	%	Importe	%	Importe	%
Capítulo I	84.112.183,77	7,20	76.190.412,69	38,24	16.592.228,13	8,07	47.749.263,02	9,80	88.671.854,57	19,31
Capítulo II	1.068.561.939,67	91,41	110.425.216,16	55,42	158.939.703,23	77,30	413.982.445,12	84,95	345.049.219,15	75,13
Capítulo III	11.672.180,00	1,00	12.398.707,75	6,22	26.127.324,84	12,71	17.273.748,90	3,54	18.626.980,29	4,06
Capítulo IV	4.612.701,47	0,39	233.737,46	0,12	3.957.190,89	1,92	8.290.897,90	1,70	6.903.046,29	1,50
Capítulo VI	105,7	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.597,20	0,00	5.293,75	0,00
Total	1.168.959.110,61	100,00	199.248.074,06	100,00	205.616.447,09	100,00	487.297.952,14	100,00	459.256.394,05	100,00

CONSEJO DE CUENTAS DE CASTILLA Y LEÓN

Fiscalización del Análisis y Evolución de la Deuda Sanitaria no imputada a Presupuesto en la Comunidad de Castilla y León

I.3.2. OBLIGACIONES DE PAGO SIN IMPUTAR A PRESUPUESTO, GENERADAS EN EL EJERCICIO 2016

Gerencia	Artículo 12	Artículo 17	Artículo 20	Artículo 21	Artículo 22	Artículo 23	Artículo 26	Artículo 48	Total
Gae Aranda	1.819.586,16	4.629,63	47.234,99	3.010.236,30	104.706,16				4.986.393,24
Gae Ávila	5.683.098,05	14.455,63	555.147,10	8.380.571,44	1.054.907,84				15.688.180,06
Gae Burgos Yagüe	12.224.656,53	39.801,24	9.891,56	30.123.060,63	2.619.256,91				45.016.666,87
Gae El Bierzo	5.038.014,11	79.359,67	268.074,96	11.725.727,03	1.335,33				18.272.297,07
Gae León	14.296.043,43	26.648,29	553.112,63	32.182.321,29	10.563.246,26				57.625.796,18
Gae Medina	1.729.532,02	12.640,87	233.827,66	2.278.361,90	113.098,09				4.367.460,54
Gae Miranda	1.893.221,50	8.149,20	124.254,98	2.740.147,80	8.867,50				4.774.640,98
Gae Palencia	6.712.753,19	58.674,82	429.549,27	13.944.255,54	492.766,50				21.637.999,32
Gae Salamanca	15.692.036,86	295.260,34	1.256.400,42	35.544.240,68	943.418,13				53.731.356,43
Gae Segovia	4.382.131,15	33.045,71	118.511,43	12.051.933,52	859.405,77				17.445.027,58
Gae Soria	4.540.893,15	17.938,97	99.665,27	6.557.065,66	178.023,56				11.393.586,61
Gae Valladolid Clínico	11.184.988,34	36.151,61	1.068.671,03	35.530.975,82	4.388.653,59				52.209.440,39
Gae Valladolid Río Hortega	10.428.329,29	45.227,28	656.367,51	20.701.890,18	2.127.822,80				33.959.637,06
Gae Zamora	7.003.556,83	39.548,70	1.021.735,70	12.533.993,21	558.366,59				21.157.201,03
Total G. Atención Especializada	102.628.840,61	711.531,96	6.442.444,51	227.304.781,00	5.759,61		25.172.325,67		362.265.683,36
Gap Ávila	1.242.480,99	28.264,47	42.635,82	126.623,39					1.440.004,67
Gap Burgos	1.967.603,07	47.408,31	84.832,97	1.240.896,74	254,40		2.428,80	816.562,18	4.164.466,01
Gap El Bierzo	887.953,21	10.341,71	15.043,14	258.392,28			921,10	234.118,63	1.405.848,97
Gap León	1.957.365,73	31.094,81	46.486,98	979.292,50	34.967,93		62,15	465.544,53	3.515.673,58
Gap Palencia	1.128.709,76	21.724,75	19.195,71	626.324,91			3.038,67	483.010,02	2.279.027,30
Gap Salamanca	2.051.321,88	41.942,84	368.256,67	1.300.095,11				607.169,43	4.371.824,60
Gap Segovia	1.022.704,82	31.935,12	13.590,52	235.037,64					1.303.268,10
Gap Soria	737.475,05	31.896,00	36.247,95	345.454,96					1.151.073,96
Gap Valladolid Este	1.359.273,20	21.431,55	104.836,57	458.365,83			110,96	389.230,48	2.333.248,59
Gap Valladolid Oeste	582.035,88	32.837,70	128.524,68	580.503,02			11.346,43	404.079,56	1.739.327,27
Gap Zamora	1.241.277,95	25.596,71	87.750,05	435.791,70			1.006,60	244.737,59	2.036.160,60
Total G. Atención Primaria	4.479,54	14.178.201,54	947.401,06	6.586.778,08	35.222,33		18.914,71	3.644.452,42	25.739.923,65
G. Emergencias		1.644,00	18.590,28	119.566,71			2.820.547,08		2.960.348,07
Total G. Emergencias	4.479,54	116.807.042,15	1.037.649,93	234.011.125,79	40.981,94		28.011.787,46	3.644.452,42	390.965.955,08

CONSEJO DE CUENTAS DE CASTILLA Y LEÓN

Fiscalización del Análisis y Evolución de la Deuda Sanitaria no imputada a Presupuesto en la Comunidad de Castilla y León

I.3.3. OBLIGACIONES DE PAGO SIN IMPUTAR A PRESUPUESTO A 31/12/2016

Gerencia	Artículo 12	Artículo 17	Artículo 20	Artículo 21	Artículo 22	Artículo 23	Artículo 26	Artículo 48	Total
Gae Aranda		1.819.586,16	4.629,63	47.234,99	3.778.267,66		104.706,16		5.754.424,60
Gae Ávila		5.683.098,05	14.455,63	555.606,90	10.329.020,07		1.054.907,84		17.637.088,49
Gae Burgos Yagüe		12.224.656,53	39.801,24	10.374,65	37.405.020,41		3.103.899,29		52.783.752,12
Gae El Bierzo		5.038.014,11	79.359,67	271.760,94	13.595.732,03	1.335,33	1.159.785,97		20.145.988,05
Gae León		14.296.043,43	26.648,29	710.725,58	41.921.970,19	5.161,48	14.291.218,36		71.251.767,33
Gae Medina		1.729.532,02	12.640,87	252.307,11	2.799.123,97		113.098,09		4.906.702,06
Gae Miranda		1.893.221,50	8.149,20	124.254,98	3.397.477,49		8.867,50		5.431.970,67
Gae Palencia		6.712.753,19	58.674,82	474.621,17	16.084.416,78		501.670,66		23.832.136,62
Gae Salamanca		15.692.036,86	407.156,05	1.349.926,75	47.423.976,53		951.785,41		65.824.881,60
Gae Segovia		4.382.131,15	33.045,71	129.111,25	13.707.747,41		859.792,17		19.111.827,69
Gae Soria		4.540.893,15	17.938,97	100.391,27	7.832.086,03		342.133,04		12.833.442,46
Gae Valladolid Clínico		11.184.988,34	36.151,61	1.230.324,61	45.978.631,17		4.491.049,96		62.921.145,69
Gae Valladolid Río Hortega		10.428.329,29	49.576,34	764.883,62	24.871.490,55		2.545.135,24		38.659.415,04
Gae Zamora		7.003.556,83	39.548,70	1.191.248,90	16.312.051,29		970.186,57		25.516.592,29
Total G. Atención Especializada		102.628.840,61	827.776,73	7.212.772,72	285.437.011,58	6.496,81	30.498.236,26	0,00	426.611.134,71
Gap Ávila	:	1.242.480,99	28.264,47	44.209,62	127.494,58				1.442.449,66
Gap Burgos	4.479,54	1.967.603,07	47.408,31	84.832,97	1.240.896,74	254,40	2.428,80	816.562,18	4.164.466,01
Gap El Bierzo		887.953,21	10.341,71	15.043,14	258.392,28			234.118,63	1.405.848,97
Gap León		1.957.365,73	31.094,81	46.486,98	979.292,50	34.967,93	921,10	465.544,53	3.515.673,58
Gap Palencia		1.128.709,76	21.724,75	19.195,71	626.324,91		62,15	483.010,02	2.279.027,30
Gap Salamanca		2.051.321,88	41.942,84	368.256,67	1.316.270,85		3.038,67	607.169,43	4.388.000,34
Gap Segovia		1.022.704,82	31.935,12	13.590,52	235.037,64				1.303.268,10
Gap Soria		737.475,05	31.896,00	36.247,95	345.454,96				1.151.073,96
Gap Valladolid Este		1.359.273,20	21.431,55	104.836,57	458.365,83		110,96	389.230,48	2.333.248,59
Gap Valladolid Oeste		582.035,88	32.837,70	128.524,68	580.503,02		11.346,43	404.079,56	1.739.327,27
Gap Zamora		1.241.277,95	25.596,71	89.155,15	436.875,48		1.006,60	244.737,59	2.038.649,48
Total G. Atención Primaria	4.479,54	14.178.201,54	324.473,97	950.379,96	6.604.908,79	35.222,33	18.914,71	3.644.452,42	25.761.033,26
G. Emergencias			1.644,00	18.590,28	119.566,71		2.820.547,08		2.960.348,07
Total G. Emergencias			1.644,00	18.590,28	119.566,71	0,00	2.820.547,08	0,00	2.960.348,07
Total General	4.479,54	116.807.042,15	1.153.894,70	8.181.742,96	292.161.487,08	41.719,14	33.337.698,05	3.644.452,42	455.332.516,04

CONSEJO DE CUENTAS DE CASTILLA Y LEÓN

Fiscalización del Análisis y Evolución de la Deuda Sanitaria no imputada a Presupuesto en la Comunidad de Castilla y León

I.3.4. LIQUIDACIÓN DEL PRESUPUESTO DE GASTOS DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD DEL**EJERCICIO 2016.**

Capítulos	Presupuesto inicial	Modificaciones	Presupuesto definitivo	Obligaciones reconocidas	Pagos realizados	Obligaciones pendientes de pago
1. Gastos de personal	1.701.330.280,00	52.922.180,61	1.754.252.460,61	1.748.659.448,55	1.746.316.997,46	2.342.451,09
2. Gastos en bienes corrientes y servicios	881.392.835,00	214.459.450,60	1.095.852.285,60	1.071.207.673,22	973.813.502,54	97.394.170,68
3. Gastos financieros	0,00	9.117.908,18	9.117.908,18	9.109.692,69	9.109.692,69	0,00
4. Transferencias corrientes	521.964.919,00	118.321.035,32	640.285.954,32	639.733.132,25	638.182.087,21	1.551.045,04
TOTAL DE OPERACIONES CORRIENTES	3.104.688.034,00	394.820.574,71	3.499.508.608,71	3.468.709.946,71	3.367.422.279,90	101.287.666,81
6. Inversiones Reales	104.448.124,00	-33.202.896,62	71.245.227,38	68.359.888,90	56.076.518,19	12.283.370,71
7. Transferencias de capital	300.000,00	-276.235,00	23.765,00	23.765,00	23.765,00	0,00
TOTAL DE OPERACIONES DE CAPITAL	104.748.124,00	-33.479.131,62	71.268.992,38	68.383.653,90	56.100.283,19	12.283.370,71
8. Activos Financieros	936.314,00	0,00	936.314,00	371.860,70	371.860,70	0,00
9. Pasivos Financieros						0,00
TOTAL OPERACIONES FINANCIERAS	936.314,00	0,00	936.314,00	371.860,70	371.860,70	0,00
TOTAL	3.210.372.472,00	361.341.443,09	3.571.713.915,09	3.537.465.461,31	3.423.894.423,79	113.571.037,52

Fuente: Cuentas anuales de la Gerencia Regional de Salud.

II. OBJETIVOS, ALCANCE Y LIMITACIONES

II.1. OBJETIVOS

Se pretende realizar una auditoría operativa, con el objetivo de analizar el déficit de financiación existente, sus causas, evolución, consecuencias y un mejor conocimiento del mismo para una mejor planificación de las necesidades para hacer frente al gasto sanitario y su posible financiación. A tal efecto, se elaborará un informe en el que se expondrán los resultados del examen y comprobación de las cuentas e informes de control financiero permanente de la Gerencia Regional de Salud, centrándose en los objetivos que se indican a continuación:

- 1) Analizar la evolución de la deuda sanitaria no imputada al presupuesto de la Comunidad de Castilla y León y el control financiero permanente ejercido sobre las distintas Gerencias de Atención Primaria, Especializada y Emergencias.
- 2) Analizar las dotaciones presupuestarias y su evolución, en comparación con el presupuesto general de la Comunidad.
- 3) Analizar los tipos de gasto que inciden en mayor o menor medida en la existencia de ésta deuda (personal, farmacéutico, inversiones....)
- 4) Analizar qué centros de gasto son más deficitarios y contribuyen en mayor medida a la existencia de la deuda.
- 5) Analizar los ratios de la prestación sanitaria en Castilla y León y su comparativa con el resto de Comunidades Autónomas.

II.2. ALCANCE

Las actuaciones fiscalizadoras se han referido al periodo 2011-2016 sin perjuicio de las comprobaciones relativas a otros ejercicios que han podido estimarse necesarias para el adecuado cumplimiento de los objetivos propuestos.

Para la consecución de los objetivos planteados, los procedimientos aplicados han incluido todas las comprobaciones necesarias para fundamentar los resultados de la fiscalización.

Los trabajos realizados se han centrado en el análisis de los siguientes extremos:

- Respecto de la Evolución de la deuda sanitaria no imputada a presupuesto:

- Análisis del sistema de control financiero permanente ejercido sobre las distintas Gerencias de Atención Primaria, Especializada y Emergencias.
 - Analizar la evolución de la deuda sanitaria no imputada a presupuesto en el periodo 2011-2016.
 - Análisis y evolución de los intereses de demora generados por la deuda sanitaria, y su distribución por Centros de gasto.
 - Comparación del gasto sanitario no imputado con el presupuestado y con el obligado.
- Respecto de las dotaciones presupuestarias y su evolución:
- Analizar las dotaciones presupuestarias en el periodo 2011-2016 y su evolución, en comparación con el presupuesto general de la Comunidad, comprobando el incremento relativo del gasto sanitario.
 - Comparar las dotaciones presupuestarias de los distintos ejercicios con el gasto real del ejercicio anterior y el corriente.
 - Analizar las modificaciones presupuestarias tramitadas en los distintos ejercicios que modifiquen las dotaciones del gasto sanitario.
 - Planes especiales y otros mecanismos extraordinarios para paliar el déficit de financiación del gasto sanitario en la Comunidad de Castilla y León.
- Respecto a los tipos de gasto que inciden en mayor o menor medida en la existencia de esta deuda (personal, farmacéutico,...):
- Análisis de la composición de la deuda por tipo de gasto en el ejercicio 2016 y comparativa de los últimos cinco años.
- Respecto de los Centros de gasto que son más deficitarios y contribuyen en mayor medida a la existencia de la deuda:
- Analizar la distribución de la deuda por centros de gasto en 2016 y su evolución en el periodo 2011-2016.
 - Analizar la distribución por centro de gasto y artículo en el periodo de referencia.
- Respecto a los ratios de la prestación sanitaria en Castilla y León y su comparativa con el resto de Comunidades Autónomas:
-

- Estadística del Gasto sanitario en España por Comunidades Autónomas.
- Análisis de los principales ratios de la prestación sanitaria en Castilla y León y comparativa con el resto de Comunidades Autónomas.

El trabajo de campo finalizó en el mes de junio de 2018.

La comprensión adecuada del presente Informe requiere una lectura global del mismo. Cualquier abstracción hecha sobre un párrafo o epígrafe, podría carecer de sentido aisladamente considerada.

Los trabajos de fiscalización se han realizado de acuerdo con lo dispuesto en las ISSAI-ES (Nivel III) aprobadas por la Conferencia de Presidentes de las Instituciones Autonómicas de Control Externo el 16 de junio de 2014, y ordenada su aplicación por el Acuerdo 64/2014 del Pleno del Consejo de Cuentas. Supletoriamente se aplicarán los Principios y Normas de Auditoría del Sector Público, elaborados y aprobados por la Comisión de Coordinación de los Órganos Públicos de Control Externo del Estado Español.

Los cuadros insertados a lo largo del presente Informe, salvo que se especifique otra cosa, se han elaborado a partir de la información facilitada por la Comunidad.

II.3. LIMITACIONES

No han existido limitaciones que hayan afectado al alcance del trabajo de fiscalización realizado, habiendo adoptado el ente fiscalizado una actitud de colaboración.

II.4. TRÁMITE DE ALEGACIONES

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 25.4 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo de Cuentas, el Informe provisional se remitió al cuentadante para que, en el plazo concedido, formulara alegaciones.

Dentro del plazo concedido el Interventor General de la Administración de la Comunidad remite escrito por el que da traslado al Consejo de Cuentas de las alegaciones formuladas por la Gerencia Regional de Salud. Estas alegaciones se incorporan como Anexo a este Informe.

En relación con el contenido de las alegaciones y su tratamiento es preciso señalar que, salvo en los casos concretos que se estimen oportunos, no se formulan valoraciones respecto de las alegaciones que:

1. Confirman las deficiencias o irregularidades puestas de manifiesto en el Informe.
2. Plantean criterios u opiniones sin soporte documental o normativo.
3. Pretenden explicar, aclarar o justificar determinadas actuaciones, sin rebatir el contenido del Informe.
4. Señalan que las deficiencias o irregularidades se han subsanado con posterioridad al período fiscalizado.

Las alegaciones formuladas han sido objeto de análisis pormenorizado. Las admitidas han dado lugar a la modificación del Informe, haciendo mención de dicha circunstancia en nota a pie de página.

Se ha emitido informe motivado sobre las alegaciones formuladas, que ha servido de base para la estimación o desestimación de las mismas.

III. RESULTADO DE LA FISCALIZACIÓN

III.1. EVOLUCIÓN DE LA DEUDA SANITARIA NO IMPUTADA A PRESUPUESTO

III.1.1. INTRODUCCIÓN

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS) en cumplimiento del precepto constitucional sobre el derecho a la protección de la salud y la atención sanitaria de todos los ciudadanos, estableció un modelo sanitario de carácter público, universal, gratuito y financiado a través de impuestos. Su organización se configuró con la creación del Sistema Nacional de Salud (SNS) integrado por los servicios de salud de la Administración del Estado y los de las Comunidades Autónomas, que incluía todas las funciones y prestaciones sanitarias y que se coordinaba a través del Consejo Interterritorial del SNS, órgano creado a tal efecto con funciones de información, comunicación y coordinación de los diferentes servicios.

El traspaso de competencias en materia de sanidad a todas las comunidades autónomas en 2001, conllevó la necesidad de adoptar un modelo de financiación

integrado para garantizar la sostenibilidad financiera y reforzar la corresponsabilidad fiscal y la solidaridad entre Comunidades Autónomas. Como consecuencia de ello, a partir de 2002 serán las comunidades autónomas las que financiarán mayoritariamente la atención sanitaria, y, por tanto, deberán tomar decisiones sobre el presupuesto sanitario para su territorio, respetando siempre los mínimos acordados a escala nacional -a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS)- y el marco jurídico básico del SNS.

Debe enfatizarse que el sector sanitario es una pieza clave en el Estado de bienestar, uno de los principales cauces de redistribución de la riqueza, y uno de los factores que contribuyen a la mejora de los indicadores de salud y calidad de vida. Pero también es un sector con un alto peso en el análisis económico, tanto en términos absolutos (miles de millones de euros) como relativos (en relación con el PIB). Por eso este sector se encuentra en el punto de mira de la adopción de medidas de racionalización del gasto público que tienen como objetivo hacer del SNS un sistema sostenible financieramente.

En la Comunidad de Castilla y León, en el ámbito definido por la asunción de competencias en el Estatuto de Autonomía, se dicta la Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario, que tiene por objeto la regulación general de las actividades sanitarias en la Comunidad, la constitución del Sistema de Salud de Castilla y León y la creación de la Gerencia Regional de Salud, como instrumento institucional para la gestión de las competencias y recursos que se le encomienden. La Ley configuró a la Gerencia Regional de Salud como un Centro Directivo de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social dotándole, entre otras, de las funciones de dirección y gestión de los Servicios de Atención Primaria y Atención Especializada, y de coordinación de las actividades del Plan Socio-sanitario.

Desde entonces se han venido sucediendo numerosos cambios normativos que han afectado, de una u otra forma, a la estructura, organización y funcionamiento de la Gerencia Regional de Salud (destacando la reforma del Estatuto de Autonomía de Castilla y León mediante Ley Orgánica 4/1999, de 8 de enero y posteriormente por la Ley Orgánica 4/2007 y la Ley 8/2010, de 30 de agosto de ordenación del sistema de salud de Castilla y León)

El Título IV de esta Ley 8/2010 configura al Servicio de Salud de Castilla y León, denominado Gerencia Regional de Salud, como un organismo autónomo adscrito

a la Consejería competente en materia de sanidad, dotado de personalidad jurídica, patrimonio y tesorería propios, y con plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines. Y establece que tendrá por finalidad ejercer las competencias de administración y gestión de servicios, prestaciones y programas públicos sanitarios de carácter asistencial y de atención a la salud de la Comunidad de Castilla y León y aquellos otros que le encomiende la Administración de la Comunidad Autónoma conforme a los objetivos y principios de esta Ley.

La organización de la Consejería de Sanidad y de la propia Gerencia Regional de Salud han sido reguladas en el tiempo, modificándose para adecuar la estructura y funciones de sus órganos centrales y periféricos a la incorporación progresiva de las competencias en materia de sanidad y asistencia sanitaria a la Comunidad de Castilla y León. La última modificación se ha producido a través del Decreto 40/2016, de 10 de noviembre, por el que se modifica el Decreto 36/2011, de 7 de julio, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y del Decreto 42/2016, de 10 de noviembre por el que se establece la organización y funcionamiento de la GRS, así como por la Orden SAN/957/2016, de 17 de noviembre, por la que se desarrolla la estructura orgánica de los Servicios Centrales de la Consejería de Sanidad y de la GRS de Castilla y León.

En definitiva, a nivel organizativo la estructura del sistema autonómico de salud comprende una Consejería competente en materia de sanidad (actualmente la Consejería de Sanidad), que en el marco de la política sanitaria definida por la Junta de Castilla y León es la responsable de la regulación y la planificación en materia de política y atención sanitaria (estableciendo los criterios, directrices y prioridades de dicha política) y un servicio regional de salud que se encarga de la provisión de servicios, la GRS, que es un organismo autónomo adscrito a esa Consejería, dotado de personalidad jurídica, patrimonio y tesorería propios, y con plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines. Y todo ello, en palabras de las últimas modificaciones normativas, bajo los principios de racionalización de la organización, la simplificación administrativa y la eficiencia en la asignación de los recursos, con el objetivo de establecer el carácter horizontal y único para todo el Sistema Público de Salud de Castilla y León.

A la hora de abordar el análisis sobre la deuda de la GRS, hay que tener en cuenta que la principal fuente de datos han sido los informes de control financiero permanente emitidos por la Intervención General de la Administración de la

Comunidad, que no incluyen información de los Servicios Centrales de la GRS ni de las gerencias de salud, ya que su ámbito se limita a las GAPs, GAEs y GES.

La información, en ocasiones, se referirá exclusivamente a los centros sobre los que se realiza el control financiero permanente, y otras veces incluirá la totalidad de la GRS, e incluso la información del gasto sanitario consolidado (que engloba todas las entidades con actividad sanitaria). El hecho de que algunas comparativas puedan ser heterogéneas no permite efectuar conclusiones del todo claras desde un punto de vista informativo. De ahí que, se ha estimado oportuno desarrollar el análisis en cinco apartados diferentes, a efectos de intentar proporcionar una información global y, en la medida de lo posible, homogénea en cada uno de ellos.

Por último hay que señalar que la fiscalización no se refiere al gasto sanitario, sino a la deuda sanitaria, a pesar de que en ocasiones, dada su íntima vinculación, se realicen análisis con referencias al gasto. De ahí que tampoco se analice la financiación del gasto sanitario, lo que podría llevar a tratar del sistema de financiación autonómico o su posible modificación, lo que supondría un examen que no es objeto del alcance de esta auditoría.

III.1.2. ANÁLISIS DEL CONTROL FINANCIERO PERMANENTE EJERCIDO SOBRE LAS DISTINTAS GERENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA, ESPECIALIZADA Y DE EMERGENCIAS

Los informes de fiscalización de la Cuenta General de la Comunidad de Castilla y León de los últimos ejercicios, han puesto de manifiesto la existencia de un déficit de financiación del gasto sanitario en la Comunidad de Castilla y León. Efectivamente, existen obligaciones reconocidas por los distintos centros de gasto de la GRS, que se encuentran pendientes de imputar a presupuesto por falta de crédito en cada uno de los ejercicios que han sido objeto de análisis. Estas obligaciones constituyen la llamada deuda de la GRS. La evolución ha ido variando a lo largo del tiempo, alcanzando en 2011 su importe máximo, 1.168.959.110,61 €.

La LHSP determina en su artículo 9 que la gestión económico-financiera del sector público autonómico está sometida al control interno que se realizará por la Intervención General de la Administración de la Comunidad Autónoma mediante el ejercicio de la función interventora y del control financiero.

El artículo 271 de la LHSP establece que las actuaciones de control financiero permanente a efectuar en cada ejercicio y el alcance específico fijado para las mismas se determinarán en el Plan anual de control financiero permanente elaborado por la Intervención General de la Administración de la Comunidad Autónoma.

En base a estos preceptos, la IGACYL aprueba anualmente un Plan de Control Financiero Permanente.

En los Planes de los ejercicios 2011 a 2014 se señalaba que de acuerdo con los artículos 243, 267 y 269 de la LHSP, el control financiero permanente tenía por objeto la verificación de la situación y el funcionamiento en el aspecto económico financiero de las Gerencias de Atención Primaria, de Atención Especializada y de Emergencias Sanitarias para comprobar el cumplimiento de la normativa que les rige y, en general, que su gestión se ajusta a los principios de buena gestión financiera. Y por ello se pretendía:

- a) Verificar el cumplimiento de la normativa que resulte de aplicación a la gestión objeto de control.
- b) Verificar el adecuado registro y contabilización de las operaciones realizadas, y su fiel y regular reflejo en las cuentas y estados financieros.
- c) Evaluar que la actividad y los procedimientos objeto de control se realizan de acuerdo con los principios de buena gestión financiera.

En el Plan de 2015 el contenido inicial era el mismo que en los ejercicios anteriores, pero el alcance del trabajo fue modificado con fecha 4 de abril de 2016, en que se dictó la Instrucción de la IGACYL, relativa al alcance del plan anual de control financiero permanente del ejercicio 2015 sobre las gerencias de atención especializada, atención primaria y emergencias sanitarias. En dicha Instrucción se señalaba que el Servicio de Control Financiero del Sector Público, a quien corresponde la dirección y seguimiento del Plan de Control Financiero Permanente, ha puesto de manifiesto que el incremento sustancial de las vacantes en la dotación de algunos de los equipos de control financiero, asignados a las unidades de control financiero permanente, sobre todo, en lo que se refiere a puestos cuya participación es relevante en la ejecución de los trabajos de campo, hace necesario reducir el alcance del trabajo. Y por ello se elimina el punto referido a “verificar el adecuado registro y contabilización de las operaciones realizadas, y su fiel reflejo en las cuentas y estados financieros”.

En el Plan correspondiente a 2016 se indica que el control financiero permanente tendrá por objeto verificar el cumplimiento de la normativa que resulte de aplicación a la gestión objeto de control. Y fija el alcance del control en las áreas de gastos de personal, contratación, gastos financieros, existencias, inmovilizado e ingresos (si bien en el punto 2 del Anexo I, que detalla las áreas concretas en cada centro concreto, no se determina en ningún caso los gastos financieros).

La verificación del gasto pendiente de imputar al presupuesto, de acuerdo con lo anterior, no se contenía en los ejercicios 2015 y 2016 en los informes de control financiero permanente. No obstante, en los ejercicios 2015 y 2016 la Intervención General ha aportado un cuadro resumen donde se recogen las obligaciones pendientes de imputar a presupuesto a 31 de diciembre, por centro y artículo presupuestario.

Según información de la IGACYL, y siguiendo las recomendaciones del informe de la Cuenta General del ejercicio 2015, en 2018 esta situación va a cambiar, ya que en el Plan de control financiero permanente de 2018 se va a recoger, dentro de las actuaciones de control y el alcance específico, “la verificación del adecuado registro y contabilización de las operaciones realizadas, y su fiel reflejo en las cuentas y estados financieros”. Se ha constatado que en la Resolución de 15 de mayo de 2018 que aprueba el Plan de ese ejercicio, se ha recogido ese aspecto en la finalidad del control financiero permanente, cuyo alcance del trabajo se extiende a las áreas de: gastos de personal, gastos corrientes en bienes y servicios, gastos financieros, transferencias corrientes, inversiones reales, existencias, inmovilizado, ingresos y tesorería-anticipos de caja fija, conforme a lo indicado en el apartado 2 del Anexo I, aunque en algunos casos se ha limitado su alcance.

Los datos sobre las obligaciones pendientes de imputar que se corresponden con el artículo presupuestario 35, “Intereses de demora y otros gastos financieros”, en algunos ejercicios, han sido aportados directamente por la GRS, si bien existen discrepancias con la información con la que se contaba. También han aportado datos sobre gastos por intereses de demora generados en ejercicios anteriores que estaban pendientes de imputar y que han sido aplicados en el ejercicio corriente.

Respecto a los intereses de demora hay que señalar que de la información que consta en los informes de control financiero permanente se deduce que los centros (sobre todo las GAEs) no actúan con uniformidad. Con carácter general el artículo presupuestario 35 se gestiona desde los servicios centrales de la GRS y prácticamente

no se desconcentra crédito en cada Gerencia. A pesar de ello, algunas Gerencias resuelven expedientes por intereses de demora, generándose en ese momento la obligación (independientemente de que no exista crédito), y otras Gerencias no resuelven dichos expedientes (aun cuando el importe de los expedientes por intereses de demora podría ser mayor), por lo que la obligación no se genera como tal. La no existencia de crédito desconcentrado hace que prácticamente todas las resoluciones que haga un determinado centro entren a formar parte de las obligaciones pendientes de imputar a presupuesto (deuda), pero si el centro no realiza ninguna resolución, no existirá deuda en sentido estricto aunque el devengo de los intereses se haya producido y el importe pueda ser calculado. Por ello, la información de la deuda por intereses de demora que aparece en los informes de control financiero permanente por centros refleja unas diferencias muy grandes entre unos y otros (dependiendo de que unos centros resuelvan los expedientes y otros no), lo que puede llevar a una interpretación errónea de los datos.

Se ha constatado que la IGACYL anualmente elabora el informe general acerca de los resultados más significativos de la ejecución del Plan de Control Financiero Permanente y del Plan de Auditorías cuya ejecución le corresponde, a que hace referencia la letra i) del artículo 53 de la Orden EYH/966/2016, de 18 de noviembre, por la que se desarrolla la Estructura Orgánica de los Servicios Centrales de la Consejería de Economía y Hacienda.

III.1.3. ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LA DEUDA SANITARIA DE 2011 A 2016

El importe de la deuda (en millones de euros) de cada anualidad y la variación interanual, con su representación gráfica es el siguiente:

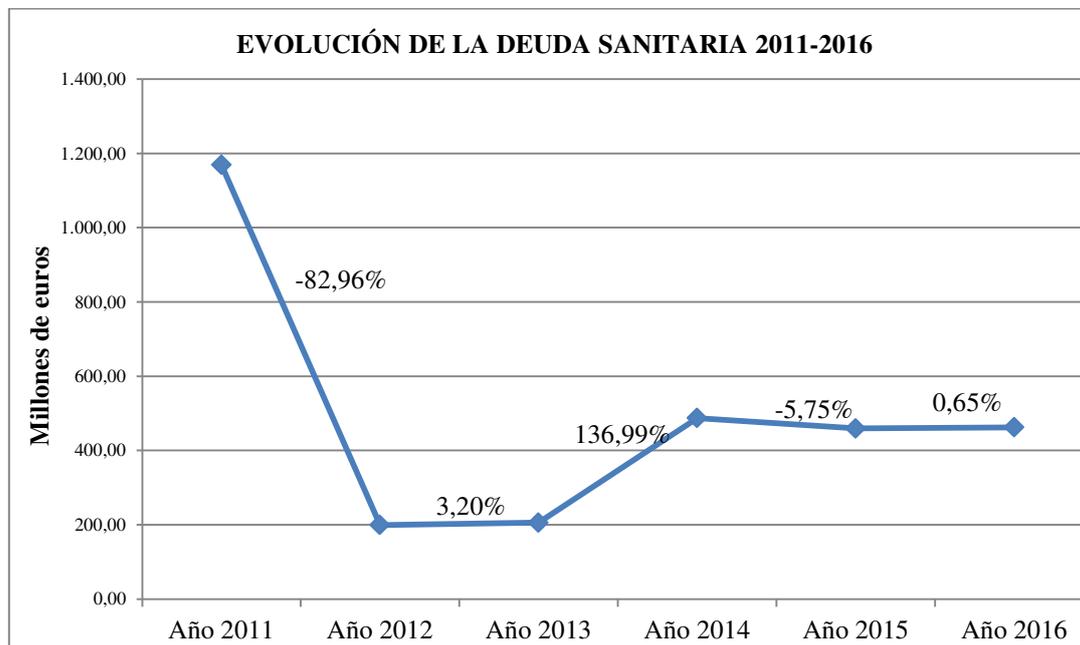
CUADRO Nº 1

EVOLUCIÓN DE LA DEUDA SANITARIA 2011-2016

	Ejercicio						Variación interanual				
	Año 2011	Año 2012	Año 2013*	Año 2014	Año 2015	Año 2016*	12/11	13/12	14/13	15/14	16/15
DEUDA	1.168,96	199,25	205,62	487,30	459,26	462,26	-82,96%	3,20%	136,99%	-5,75%	0,65%

*Incluye la información del artº 35 suministrada por la Gerencia Regional de Salud.

GRÁFICO N° 1



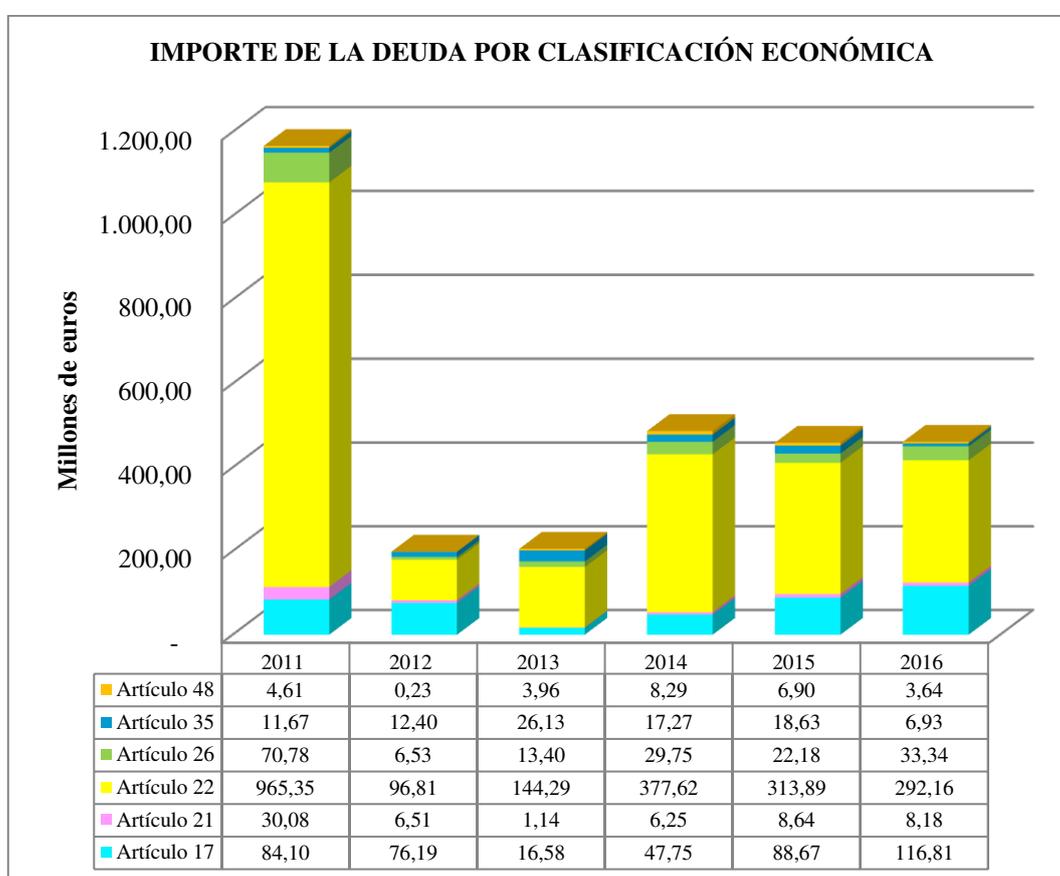
Como puede apreciarse en el cuadro y gráfico, en el ejercicio 2011 el importe de la deuda sanitaria era muy elevado (de hecho, alcanzó su máximo, que había venido aumentando desde los ejercicios anteriores). En el año 2012, año en que tuvo lugar la aplicación del mecanismo extraordinario de financiación de pago a proveedores, la deuda se redujo considerablemente, pero desde dicho ejercicio, de nuevo la deuda ha ido aumentando. En 2013 la deuda aumenta ligeramente, pero ya en 2014 aumenta considerablemente, un 136,99% con respecto al ejercicio anterior. En 2015 hubo una disminución del 5,75% con respecto al ejercicio 2014. En ese ejercicio se produjo la adhesión de la Comunidad Autónoma al Fondo de Facilidad Financiera, que permitió incrementar las dotaciones de crédito para financiar las amortizaciones de operaciones de endeudamiento y el déficit de ejercicios anteriores. En 2016 la deuda se ha mantenido prácticamente igual que en el ejercicio anterior, incrementándose un 0,65% y subsistiendo el problema de insuficiencia de crédito para financiar las obligaciones de la GRS.

Teniendo en cuenta la naturaleza del gasto que genera la deuda, de acuerdo con los códigos que definen la estructura económica desarrollada en las distintas órdenes por la que se dictan las normas para la elaboración de los Presupuestos, hay que señalar que es el capítulo 2, “Gastos corrientes en bienes y servicios” y más concretamente los artículos 22 “Material, suministros y otros” y 26 “Acciones en materia sanitaria”, el que

acumula el mayor importe. Le siguen el capítulo 1, “Gastos de personal” concretamente el artículo 17 “Cuotas y prestaciones a cargo de la Comunidad (la GRS en este caso)”, el capítulo 3 “Gastos financieros” artículo 35 “Intereses de demora y otros gastos financieros” y el capítulo 4 “Transferencias Corrientes”, artículo 48 “A familias e instituciones sin fines de lucro”.

La representación se muestra en el siguiente gráfico, donde aparecen los artículos presupuestarios más significativos, si bien el detalle más pormenorizado de los gastos que más peso tienen en la deuda se analizará en el apartado III.3.1.

GRÁFICO Nº 2



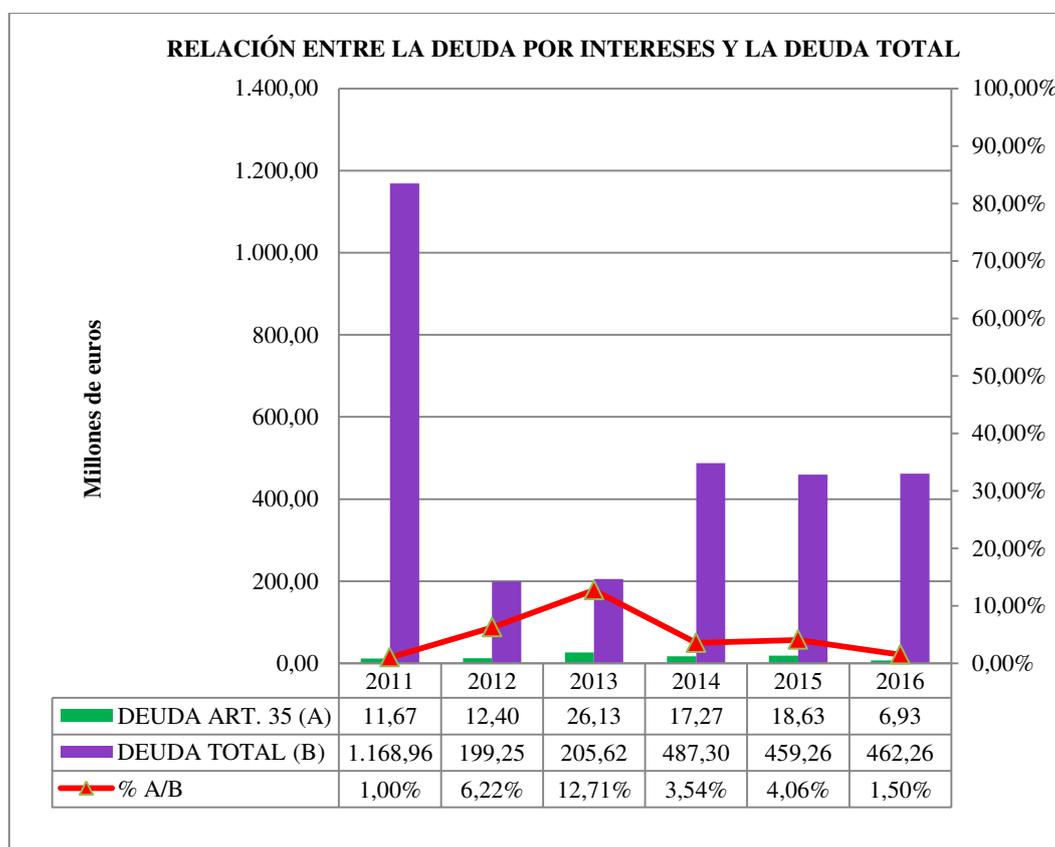
La insuficiencia presupuestaria ocasiona a la GRS unos gastos por intereses de demora, como consecuencia de los retrasos en los pagos a los acreedores y la consiguiente aplicación del artículo 216.4 del Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público (artículo actualmente derogado como todo el Real Decreto Legislativo, por Ley 9/2017, de 8 de noviembre, pero vigente en el periodo objeto de la auditoría) y de la Ley

3/2004, de 29 de diciembre, por la que se establecen medidas de lucha contra la morosidad en operaciones comerciales.

La dotación de crédito para los gastos por intereses de demora, imputados al capítulo 3 del presupuesto, artículo 35, también es insuficiente y conduce a que anualmente existan obligaciones pendientes de imputar que se corresponden con los gastos por intereses de demora y que, a su vez, forman parte de la deuda total.

En el gráfico siguiente se muestran la evolución de los datos de la deuda por intereses de demora de los años objeto de auditoría, de la deuda total y el porcentaje que supone la deuda por intereses respecto a la deuda total.

GRÁFICO Nº 3



La deuda por intereses de demora representa un porcentaje relativamente pequeño de la deuda pero no por ello poco importante.

Hay que señalar que el comportamiento de la deuda por intereses de demora es bastante errático, ya que su variación a lo largo de los años analizados no mantiene un patrón uniforme relacionado con las variables que deberían influir en su cuantificación, principalmente la deuda por obligaciones pendientes de imputar en los capítulos 2, 4 y 6

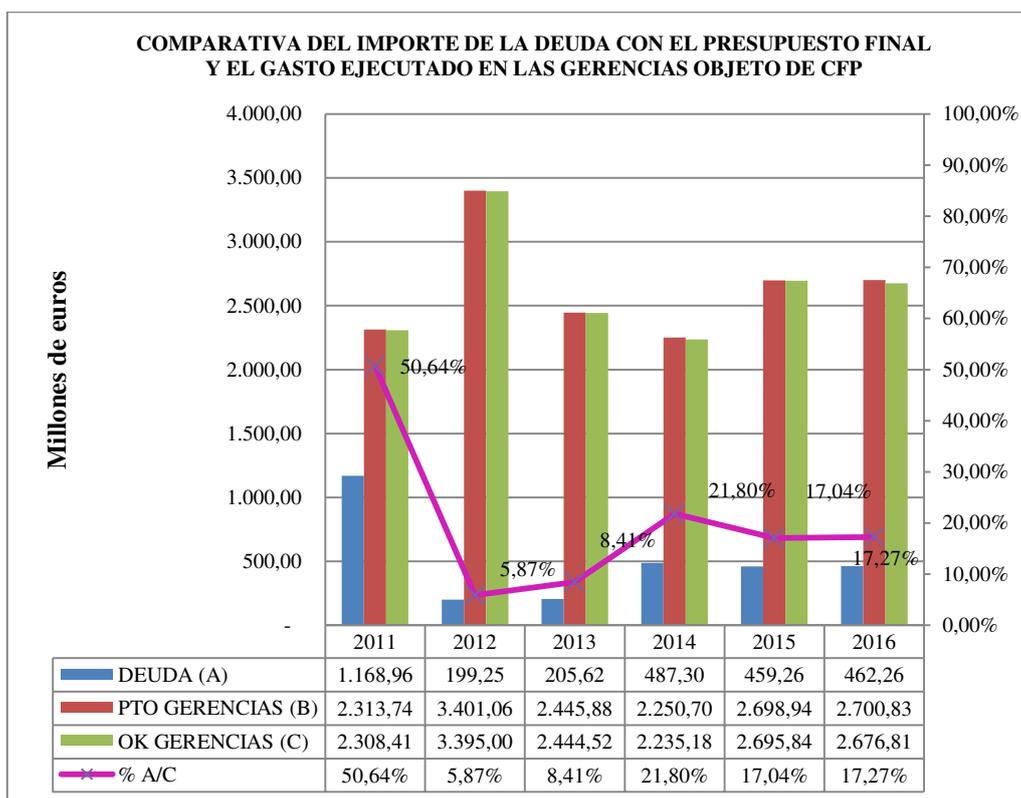
CONSEJO DE CUENTAS DE CASTILLA Y LEÓN

Fiscalización del Análisis y Evolución de la Deuda Sanitaria no imputada a Presupuesto en la Comunidad de Castilla y León

existente en cada momento. Como se ha comentado anteriormente el procedimiento para el reconocimiento y pago de los intereses de demora que se sigue en cada Gerencia de la GRS no es uniforme, lo que provoca el señalado comportamiento errático de la deuda.

Por último, se ha elaborado un gráfico donde se representa la evolución anual del importe de la deuda, del presupuesto final y del gasto ejecutado. Los datos del presupuesto final y del gasto ejecutado corresponden solo a los centros a que se refiere la deuda, es decir no incluye los servicios centrales de la GRS ni las Gerencias de Salud de Área.

GRÁFICO N° 4



La práctica coincidencia del importe del presupuesto final y de las obligaciones reconocidas indica que el grado de ejecución presupuestaria en las Gerencias es prácticamente total, alcanzando una cifra superior al 99% todos los años y moviéndose en una horquilla de 99,11% en 2016 y 99,94% en 2013.

Los años de mayor dotación presupuestaria son 2012 y 2015. Y es en esos años cuando el importe de la deuda se ha reducido con respecto al ejercicio anterior (como

puede verse en el gráfico número 1, donde las variaciones 2011/2012 y 2015/2014 son negativas, de -82,96% y -5,75% respectivamente).

El año 2012 es el de mayor dotación presupuestaria, ya que fue en ese año cuando tuvo lugar el procedimiento de pago especial a proveedores establecido en el Acuerdo 6/2012 del Consejo de Política Fiscal y Financiera de las Comunidades Autónomas, que supuso la cancelación de las obligaciones pendientes tanto del ejercicio 2011 como anteriores.

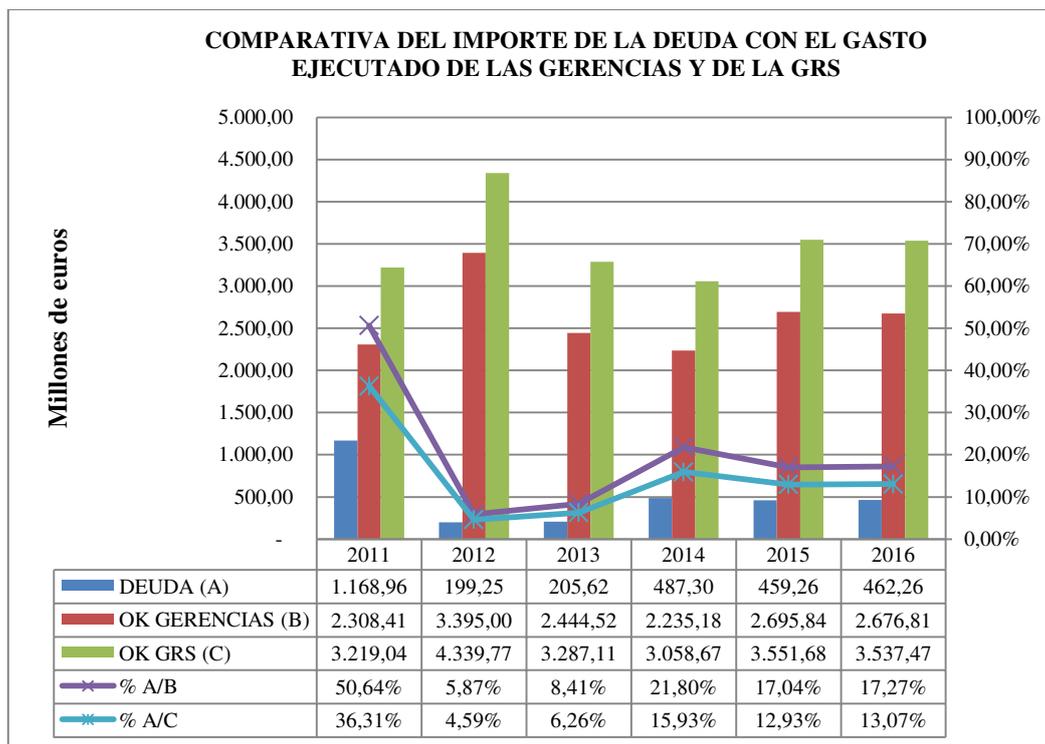
Las facturas abonadas a través del mecanismo extraordinario de pago a proveedores se financiaron con los créditos aprobados por la Ley 6/2012, de 28 de septiembre, de concesión de un crédito extraordinario y un suplemento de crédito, y objeto de contabilización independiente en el Sistema de Información Contable de Castilla y León (SICCAL), a través del fondo 05: “Mecanismo Extraordinario de Pago a Proveedores”.

En 2015 también se observa un incremento respecto al ejercicio anterior del gasto ejecutado. Y también en esta ocasión el incremento se debe a que en ese ejercicio se produjo la adhesión de la Comunidad Autónoma al Fondo de Facilidad Financiera que permitió incrementar las dotaciones de crédito para financiar las amortizaciones de operaciones de endeudamiento y el déficit de ejercicios anteriores. El análisis de los mecanismos extraordinarios de financiación que han supuesto una reducción del importe de la deuda se analizará en el apartado siguiente de forma más extensa.

El año de menor dotación presupuestaria es 2014, y supuso que la deuda generada en ese año sea más del doble que la del ejercicio anterior. Este año se produce un punto de inflexión que hace que la disminución conseguida en los dos ejercicios anteriores, auspiciada por el mecanismo de pago a proveedores, deje paso de nuevo, a partir de ese año, a un nivel de deuda significativo. De aquí se infiere que cuando el presupuesto y el gasto ejecutado se reduce, la deuda inevitablemente aumenta porque en este ámbito de actuación existen gastos que no pueden dejar de producirse.

Teniendo en cuenta que la ejecución presupuestaria en el ámbito de las Gerencias ronda el 100%, si se obvian los datos del presupuesto final, ya que son prácticamente coincidentes con la ejecución, y la comparación se realiza con el importe ejecutado en las Gerencias y el importe ejecutado en la GRS en su totalidad, los porcentajes en el segundo caso se reducen, si bien la tendencia es la misma.

GRÁFICO Nº 5



Se puede comprobar que la deuda en 2016 representa un 17,27% del gasto ejecutado en las Gerencias y un 13,07% del ejecutado en la GRS en su totalidad. Estos porcentajes han ido variando a lo largo de los ejercicios analizados, variando en función del presupuesto ejecutado y de la deuda del ejercicio anterior; así en 2011 el importe de la deuda alcanzaba el 50,64% en el primer caso y el 36,31% en el segundo y en 2012 el porcentaje se reducía al 5,87% y 4,59% respectivamente. El ejercicio en el que la deuda ha alcanzado su máximo, después de la reducción de 2012, ha sido en 2014, ya que como ya se ha comentado, el presupuesto y la ejecución presupuestaria se redujo y no pudo absorber la deuda que provenía del ejercicio anterior y la que se generó en el corriente.

De ahí la importancia de una dotación presupuestaria adecuada.

III.2. DOTACIONES PRESUPUESTARIAS

III.2.1. EVOLUCIÓN DE LAS DOTACIONES DEL PRESUPUESTO INICIAL DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA Y DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD

El presupuesto es, además de un exponente, un instrumento imprescindible de la política económica, la cual se desarrolla a través de las medidas concretas contenidas en él.

El análisis en este subapartado se ha centrado en la evolución anual del presupuesto de la GRS y del presupuesto consolidado de la CA de 2011 a 2016, así como la representatividad del gasto sanitario en el conjunto del presupuesto de la CA y una comparativa en las dotaciones de ambas entidades.

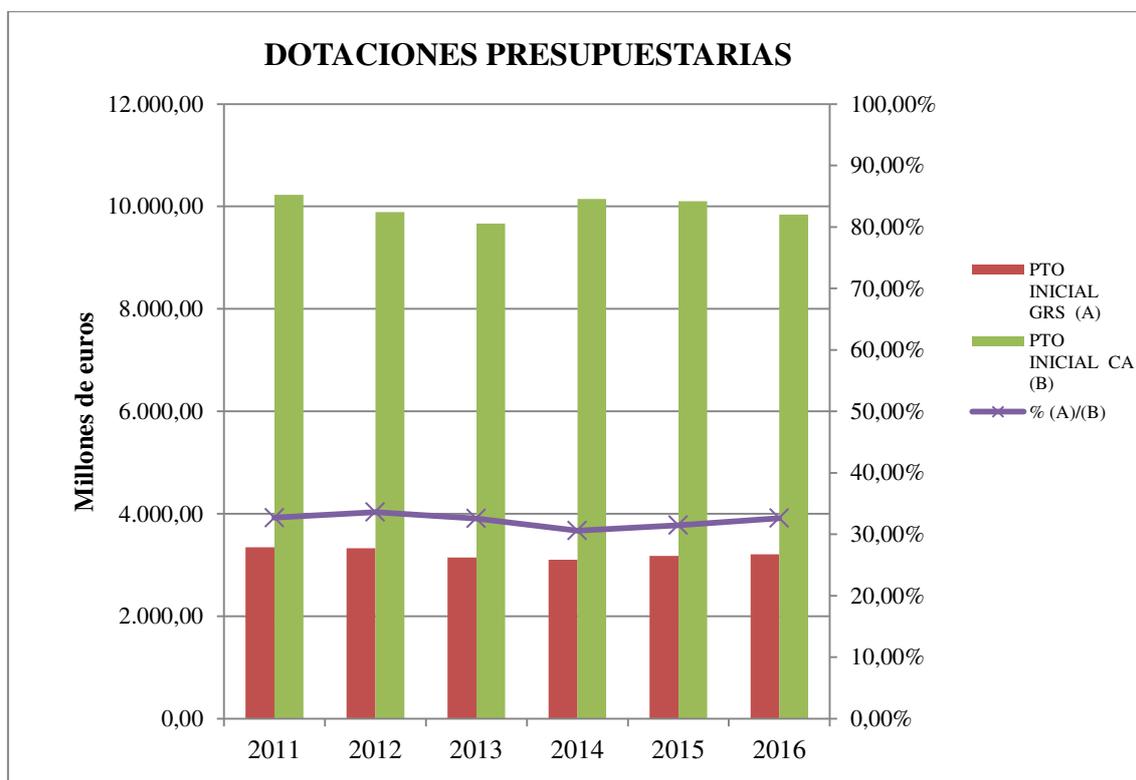
En el cuadro y gráfico siguiente se reflejan las cifras de todos los años:

CUADRO N.º 2

COMPARACIÓN DOTACIONES PRESUPUESTARIAS 2011-2016

ANUALIDAD	PRESUPUESTO INICIAL GRS (A)	PRESUPUESTO INICIAL CA (B)	% (A)/(B)	% INTERANUAL GRS	% INTERANUAL CA
2011	3.343.689.879,00	10.225.688.621,65	32,70	-1,30	-4,96
2012	3.324.730.380,00	9.889.818.556,06	33,62	-0,57	-3,28
2013	3.148.430.913,00	9.664.516.012,06	32,58	-5,30	-2,28
2014	3.103.267.522,00	10.143.800.196,69	30,59	-1,43	4,96
2015	3.179.200.439,00	10.101.656.030,31	31,47	2,45	-0,42
2016	3.210.372.472,00	9.842.072.621,37	32,62	0,98	-2,57

GRÁFICO N° 6



En todos los ejercicios analizados, el presupuesto de la GRS representa prácticamente una tercera parte del presupuesto consolidado de la CA moviéndose en una horquilla del 30,59% al 33,62%, siendo en los primeros años el porcentaje más alto y en 2014, sobre todo, y 2015 más bajo, con una tendencia al alza en 2016. El peso de la dotación presupuestaria de la GRS en los presupuestos de la Comunidad, analizado por capítulos, se muestra en el Anexo 1, donde aparecen tanto el importe como la representación porcentual. La evolución a lo largo del periodo 2011-2016 está caracterizada, en términos generales, por una cierta estabilidad. No obstante, si bien el peso relativo de los gastos de personal ha ido aumentando de manera continuada desde un 41,38% hasta llegar a un 47,59% en 2016, los gastos en bienes y servicios partiendo de una participación del 61,12% en 2011 han llegado a un 66,77% en 2016, aunque con altibajos en su evolución. Por lo que respecta a las transferencias corrientes, su peso relativo se ha visto reducido durante prácticamente todo el periodo analizado y, en el caso de las inversiones reales tras una disminución de su peso relativo en 2012 la tendencia ha sido de pequeños incrementos hasta alcanzar el 22,48% en 2016.

La variación interanual de la dotación presupuestaria de las dos entidades refleja lo siguiente:

Dotaciones presupuestarias de la CA

En el periodo 2011-2016, los presupuestos de la Comunidad disminuyen en todos los ejercicios respecto al ejercicio anterior, excepto en el año 2014 que se incrementa un 4,96% cambiando la tendencia de los años anteriores y, a partir de 2015, vuelve a una tendencia decreciente.

En la Comunidad Autónoma la mayor dotación presupuestaria desde que entraran plenamente en funcionamiento todos los instrumentos de disciplina previstos en la Ley 7/2012, de 24 de octubre, de estabilidad y disciplina presupuestaria, partiendo de la aprobación del techo de gasto no financiero para el ejercicio, y aplicando la denominada regla de gasto en la variación interanual del gasto, además de someter su elaboración al necesario cumplimiento de los objetivos de déficit y de deuda aprobados para la Comunidad, corresponde a 2014. En 2011 el presupuesto fue mayor pero las restricciones presupuestarias señaladas aún no estaban vigentes.

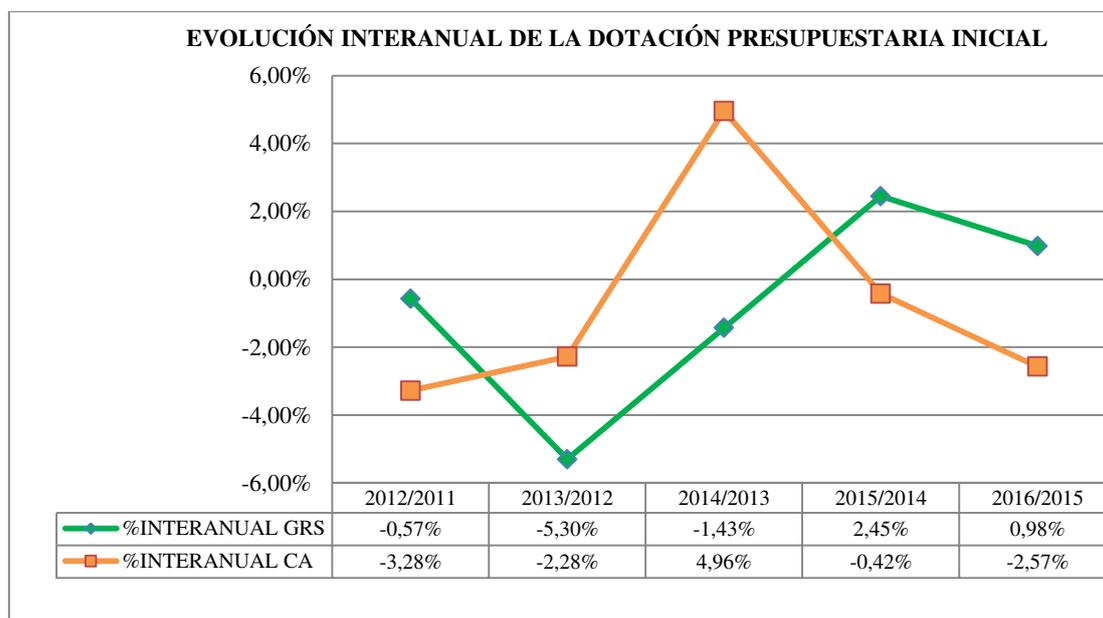
Dotación presupuestaria de la GRS

La dotación en la GRS ha sufrido una tendencia decreciente a nivel global hasta el año 2015. La mayor caída de la dotación presupuestaria respecto al año anterior tuvo lugar en el año 2013, representada con un 5,30% y continuó en 2014, aunque con una bajada menor, el 1,43%. En el año 2015 se experimentó un incremento del 2,45% y en 2016 aunque continúa la tendencia creciente, el incremento ha sido solo de un 0,98%.

El proyecto de Presupuestos Generales de la Comunidad para el 2013 hace referencia a que debido al ajuste realizado por el Estado en los fondos que recibe la Comunidad, descienden las transferencias a las Comunidades Autónomas destinadas a Sanidad (56,9%). Asimismo, se indica que para el programa de Salud Pública, se consigna un 7,64% menos que en el 2012, debido fundamentalmente a la reducción en un 70,67% de la inversión y, en menor medida, a la contención de gasto de personal.

La evolución de la dotación presupuestaria de las dos entidades, de la GRS y de la Comunidad Autónoma, que en términos porcentuales se refleja en el gráfico siguiente, pone de manifiesto una tendencia no homogénea a lo largo de los ejercicios analizados, lo que significa que no se puede establecer un paralelismo en la actuación de cada una de ellas. Hay que señalar que los factores que intervienen en la configuración del presupuesto tanto de la Comunidad Autónoma como de la GRS son diversos, numerosos y complejos, y no coincidentes.

GRÁFICO Nº 7



La evolución de las dos entidades ha mostrado ciclos de alzas y bajas. En los primeros ejercicios analizados la variación interanual tanto de la GRS como de la CA es negativa, pero mientras que la variación interanual de la CA tiene una tendencia ligeramente creciente, la variación de la GRS es decreciente de forma más acusada. Por otro lado la CA alcanza su mayor variación positiva en el ejercicio 2014 (2014/2013) para iniciar otra tendencia decreciente que continua hasta 2016 (2016/2015). La GRS no alcanza valores positivos hasta 2015 (2015/2014) manteniéndose en dicho valor al año siguiente.

III.2.2. SUFICIENCIA PRESUPUESTARIA EN LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD. PRESUPUESTO INICIAL

El presupuesto es el documento en el que se recoge la previsión anual de los ingresos y gastos que como máximo se pueden realizar en un ejercicio. El artículo 89 de la LHSP viene a definir el concepto cuando determina que los presupuestos constituyen la expresión cifrada, conjunta y sistemática de las obligaciones que, como máximo, puede contraer la Comunidad y los derechos que se prevea reconocer durante el correspondiente ejercicio.

Por otro lado, el presupuesto constituye uno de los instrumentos más importantes de la política económica, en el que se plasman los objetivos estratégicos de las distintas políticas a aplicar y los recursos asignados para su cumplimiento.

Las técnicas de previsión con que se elabora el documento presupuestario tienen gran importancia ya que una buena planificación tanto desde el punto de vista de los ingresos como de los gastos es fundamental en la elaboración y aprobación de los presupuestos. La eficiencia o racionalidad en la planificación del presupuesto implica la utilización de la información disponible en el momento de realizar la previsión para conseguir los objetivos estratégicos finales mencionados.

En este subapartado se analiza, para el periodo 2011-2016 y partiendo del presupuesto inicial, la suficiencia presupuestaria, es decir si la cuantía de las dotaciones presupuestarias es suficiente para cubrir la totalidad del gasto sanitario.

La GRS en todos los ejercicios del periodo objeto de análisis ha generado deuda debido a que el importe del gasto sanitario es muy superior a la dotación presupuestaria del organismo y esto se traduce en la generación de obligaciones pendientes de imputar a presupuesto por falta de crédito.

Previamente al análisis hay que realizar unas aclaraciones y definir a los efectos de este apartado los conceptos de gasto total y gasto real:

- Se considera gasto total de un ejercicio el gasto imputado en ese ejercicio (tanto si corresponde a gasto devengado en dicho ejercicio como si corresponde a ejercicios anteriores) más (+) las obligaciones pendientes de imputar del ejercicio (y que no se han imputado por falta de crédito).
- Se considera gasto real de un ejercicio el gasto devengado en dicho ejercicio, es decir incluye las obligaciones imputadas (reconocidas) en dicho ejercicio más (+) las obligaciones pendientes de imputar de dicho ejercicio y menos (-) las obligaciones que se han imputado en este ejercicio pero que corresponden al ejercicio anterior (que no fueron imputadas por falta de crédito en aquel ejercicio).

El análisis se ha planteado en términos de planificación presupuestaria, partiendo del gasto (total y real) del ejercicio anterior y comparándolo con la dotación presupuestaria inicial del ejercicio.

En el cuadro siguiente se analiza la relación entre el gasto sanitario (total y real) del ejercicio anterior respecto al crédito inicial aprobado por la GRS en el año corriente.

CUADRO N° 3

DOTACIONES PRESUPUESTARIAS Y GASTO TOTAL Y REAL DEL EJERCICIO ANTERIOR

EJERCICIO	GASTO TOTAL Ejercicio Anterior(A)	GASTO REAL Ejercicio Anterior (B)	PRESUPUESTO INICIAL Ej. Corriente (C)	%(C)/(A)	%(C)/(B)
2011	4.371.475.103,50	3.933.605.782,81	3.343.689.879,00	76,49	85,00
2012	4.387.999.513,99	3.992.756.955,06	3.324.730.380,00	75,77	83,27
2013	4.539.014.383,95	3.383.946.482,70	3.148.430.913,00	69,36	93,04
2014	3.492.722.445,98	3.293.451.184,74	3.103.267.522,00	88,85	94,23
2015	3.545.969.754,50	3.360.647.755,81	3.179.200.439,00	89,66	94,60
2016	4.010.938.458,39	3.613.362.272,38	3.210.372.472,00	80,04	88,85

Como se observa en el cuadro, las asignaciones presupuestarias de la GRS son siempre inferiores al gasto sanitario del ejercicio anterior, lo que indica que la planificación presupuestaria no se efectúa teniendo en cuenta el nivel de gasto de ejercicios anteriores.

La diferencia entre el presupuesto inicial y el gasto total del ejercicio anterior ha crecido de 2011 a 2013 y ha ido disminuyendo en los ejercicios siguientes, para volver a subir en el 2016, aunque esta diferencia es inferior a la existente en los primeros ejercicios analizados. Desde el punto de vista de la cobertura presupuestaria, se observa que en los primeros años de la evolución, el porcentaje rondaba el 75% para incrementarse en 2014 y 2015, llegando a acercarse al 90% y disminuir de nuevo en 2016, alcanzando el 80%.

Respecto al gasto real del ejercicio anterior la dotación presupuestaria de la GRS continua siendo inferior, si bien las diferencias se han reducido significativamente con respecto al gasto total. La evolución de las diferencias sigue la misma pauta, alcanzando en los ejercicios 2014 y 2015 una cobertura cercana al 95%.

Esto pone de manifiesto que como una parte importante de la asignación presupuestaria de cada ejercicio se destina a reconocer las obligaciones pendientes de ejercicios anteriores, al final del ejercicio la dotación es insuficiente y se genera la deuda.

En el siguiente cuadro se hace una última comparación que viene a ratificar la falta de cobertura presupuestaria en cada ejercicio. Así, se han comparado los gastos del

ejercicio corriente (el gasto sanitario total y real) con el presupuesto de ese mismo ejercicio corriente. La conclusión es similar a lo analizado tomando en consideración el ejercicio anterior, si bien los porcentajes varían.

CUADRO N° 4

DOTACIONES PRESUPUESTARIAS, GASTO TOTAL Y GASTO REAL

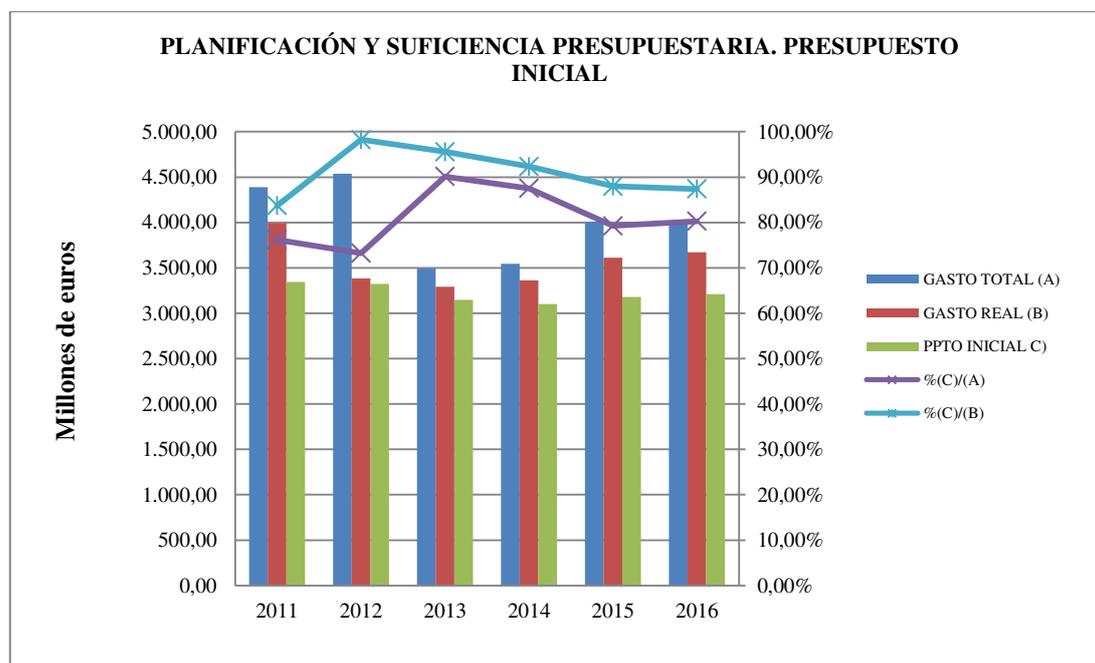
2011-2016

EJERCICIO	GASTO TOTAL (A)	GASTO REAL (B)	PRESUPUESTO INICIAL (C)	%(C)/ (A)	%(C)/ (B)
2011	4.387.999.513,99	3.992.756.955,06	3.343.689.879,00	76,20	83,74
2012	4.539.014.383,95	3.383.946.482,70	3.324.730.380,00	73,25	98,25
2013	3.492.722.445,98	3.293.451.184,74	3.148.430.913,00	90,14	95,60
2014	3.545.969.754,50	3.360.647.755,81	3.103.267.522,00	87,52	92,34
2015	4.010.938.458,39	3.613.362.272,38	3.179.200.439,00	79,26	87,98
2016	3.999.723.393,54	3.673.459.993,80	3.210.372.472,00	80,26	87,39

En el periodo analizado existe una inadecuada dotación presupuestaria inicial en la GRS, más acentuada en los primeros años, alcanzando, con respecto al gasto total, un 76,20% y un 73,25% en 2011 y 2012. Esa diferencia se reduce si se tiene en cuenta el gasto real. Es significativo el ejercicio 2012 donde el porcentaje sobre el gasto real alcanza el 98,25%. Esto es debido a que en ese año, por el mecanismo de pago a proveedores, se pagaron facturas que correspondían a ejercicios anteriores (y los gastos devengados en ejercicios anteriores no forman parte del gasto real). Precisamente por eso, la mayor cobertura, considerando el gasto total, se alcanza en 2013, año posterior a aquel en que la deuda se redujo drásticamente.

En el gráfico siguiente se presenta la información de manera resumida.

GRÁFICO N° 8



Como se observa en el gráfico, las asignaciones presupuestarias de la GRS son siempre inferiores al gasto sanitario (acentuándose en relación al gasto total). La diferencia entre el presupuesto inicial y el gasto total ha crecido de 2011 a 2012, disminuyó en 2013 y volvió a subir en los ejercicios siguientes, con una ligera disminución de nuevo en 2016. Con respecto al gasto real la menor diferencia se produce en el año 2012, y a partir de ahí comienza una tendencia alcista cada año. Desde el punto de vista de la cobertura presupuestaria, se observa que teniendo en cuenta el gasto total en los primeros años de la evolución, el porcentaje rondaba el 75% para incrementarse en 2013 y 2014, rondando el 90% y disminuir de nuevo en 2015 y 2016, alcanzando el 80%. La suficiencia presupuestaria considerando el gasto real es más alta, alcanzando en 2012 y 2013 unas cotas muy altas y con tendencia decreciente a partir de 2014, alcanzando el 88% en los dos últimos ejercicios de 2015 y 2016.

Teniendo en cuenta que el presupuesto inicial debe contener la consignación de créditos suficiente y adecuada para atender todos los gastos previsibles e ineludibles, calculados de forma realista, se puede concluir que el presupuesto de la GRS no actúa como instrumento de previsión.

Por otro lado, no solo existe una recurrente insuficiencia estructural de los créditos iniciales para dar cobertura a las obligaciones de cada ejercicio, sino que de forma permanente se genera gasto que excede las dotaciones presupuestarias iniciales.

III.2.3. MODIFICACIONES PRESUPUESTARIAS DE LAS DOTACIONES PARA ATENCIÓN SANITARIA. COMPARACIÓN CON LA COMUNIDAD AUTÓNOMA Y ANÁLISIS ECONÓMICO

Comparación con la Comunidad Autónoma

Las modificaciones presupuestarias constituyen un mecanismo a través del que se posibilita introducir cambios, más o menos sustanciales, en el contenido de los créditos de los presupuestos inicialmente aprobados, permitidos por la ley solo dentro de unos límites reglados y justificados. Por tanto, son un instrumento de flexibilidad que permite, adecuar el uso de los recursos a las necesidades coyunturales de la gestión.

La variación que han experimentado los presupuestos iniciales, tanto de la CA como de la GRS, como consecuencia de las modificaciones presupuestarias realizadas en cada uno de los ejercicios analizados, expresadas porcentualmente, se exponen en el cuadro siguiente. El importe de las modificaciones que han afectado a cada capítulo del presupuesto de gastos y el porcentaje que representa respecto del presupuesto inicialmente aprobado para cada capítulo figura en el Anexo 2.

Los datos del presupuesto inicial de la CA son agregados, no consolidados, por entender que son más representativos para esta comparación.

CUADRO N° 5

MODIFICACIONES PRESUPUESTARIAS GRS Y CA 2011-2016

EJERCICIO	GRS			CA		
	PRESUPUESTO (inicial) GRS (A)	MODIFICACIONES (B)	% (B/A)	PRESUPUESTO (inicial) CA (C)	MODIFICACIONES (D)	% (D/C)
2011	3.343.689.879,00	200.746.843,79	6,00	14.543.211.377,00	333.898.767,25	2,30
2012	3.324.730.380,00	1.117.560.840,95	33,61	14.085.723.755,99	2.420.410.902,59	17,18
2013	3.148.430.913,00	165.955.370,99	5,27	13.673.519.415,00	646.712.860,63	4,73
2014	3.103.267.522,00	20.548.092,55	0,66	14.122.721.797,00	218.162.051,56	1,54
2015	3.179.200.439,00	384.675.450,00	12,10	14.169.054.817,00	1.578.764.011,59	11,14
2016	3.210.372.472,00	361.341.443,09	11,26	13.614.934.482,00	567.396.468,22	4,17

Durante el periodo 2011-2016, tanto en la GRS como en la CA, las modificaciones presupuestarias totales han sido siempre positivas, esto es, se amplían las partidas de gasto con respecto a lo presupuestado inicialmente.

El porcentaje que las modificaciones representan sobre los créditos iniciales, en la GRS, ha pasado de un 6,00% en 2011 a un 11,26% en 2016 y en la CA ha pasado de un 2,30% en 2011, a un 4,17% en 2016, lo que significa que la GRS realiza más modificaciones presupuestarias que la Comunidad Autónoma en su conjunto, en términos porcentuales.

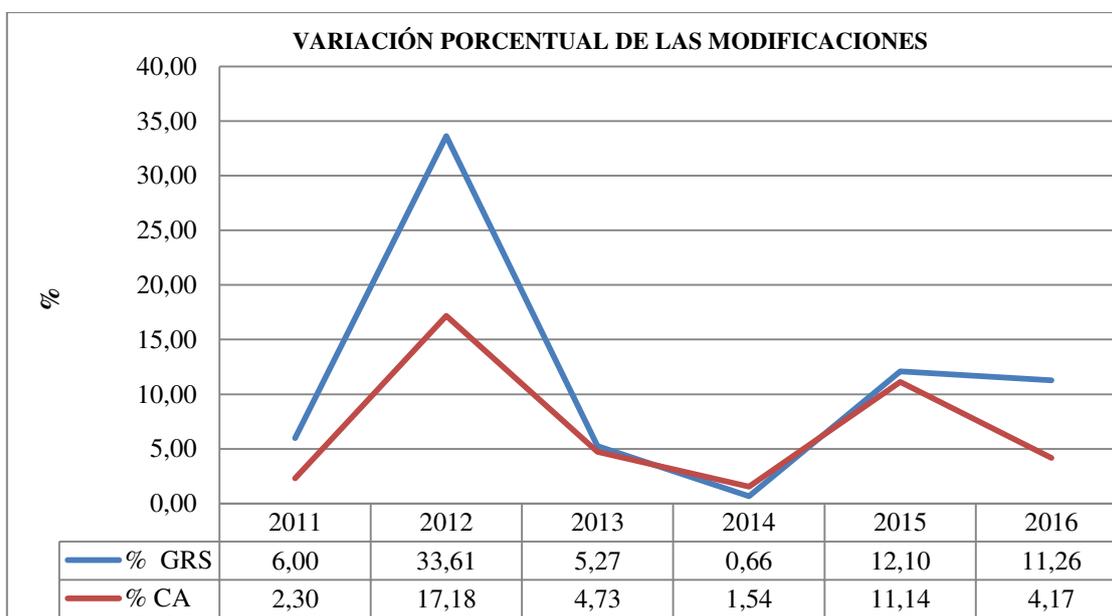
Los mayores porcentajes de variación sobre los créditos iniciales se han producido en 2012 (33,61% en la GRS y 17,18% en la CA), coincidiendo con la aprobación de la Ley 6/2012, de 28 de septiembre, de concesión de un crédito extraordinario y un suplemento de crédito para financiar las operaciones derivadas de la ejecución del mecanismo extraordinario de pago a proveedores previsto en el Acuerdo 6/2012, de 6 de marzo, del Consejo de Política Fiscal y Financiera, por importe total de 1.052.738.698,39 € y en 2015 (12,10% en la GRS y 11,14% en la CA), coincidiendo con la adhesión de la Comunidad Autónoma al compartimento de facilidad financiera, que supuso una inyección de más de 2.000 millones de euros a las arcas de la Comunidad.

En el ejercicio 2014 ha habido una evidente disminución del importe de modificaciones presupuestarias con respecto al ejercicio anterior, que será determinante

para el incremento de la deuda. Cabe indicar que en el ejercicio 2013 ya había disminuido el importe de las modificaciones en relación con las autorizadas en el ejercicio anterior. También es reseñable que en 2016 el importe de modificaciones ha alcanzado el 11,26% en la GRS, debido fundamentalmente al empleo de remanente de tesorería.

En el siguiente gráfico se representa esta relación porcentual entre el conjunto de modificaciones presupuestarias y el presupuesto inicial en la CA y en la GRS, poniéndose de manifiesto que la variación sobre los créditos iniciales es mayor en la GRS, acentuándose esa diferencia en 2012, debido fundamentalmente al incremento del crédito por el mecanismo de pago a proveedores y a que las obligaciones pendientes de imputar en un ejercicio han de ser reconocidas en el siguiente. Si las consignaciones iniciales tuvieran en cuenta dichas obligaciones, no habría que incrementar la dotación y las modificaciones presupuestarias tendrían la función para la que fueron concebidas, adecuarse a necesidades coyunturales, no estructurales.

GRÁFICO N° 9



Análisis económico de las modificaciones en la GRS

La evolución de la cuantía de las modificaciones presupuestarias de la GRS, desde el punto de vista de la clasificación económica del presupuesto, se muestra en el cuadro siguiente:

CUADRO N° 6

EVOLUCIÓN MODIFICACIONES GRS 2011-2016

CAPÍTULO	AÑO 2011		AÑO 2012		AÑO 2013		AÑO 2014		AÑO 2015		AÑO 2016		AÑOS 2011-2016	
	Imp.	%	Imp.	%	Imp.	%	Imp.	%	Imp.	%	Imp.	%	Imp.	%
Cap. 1	213,71	106,46	-9,45	-0,85	72,03	43,40	15,88	77,29	18,74	4,87	52,92	14,65	363,83	16,16
Cap. 2	-20,81	-10,37	1.103,28	98,72	76,93	46,35	-111,41	-542,21	287,83	74,82	214,46	59,35	1.550,28	68,88
Cap. 3	7,10	3,54	5,44	0,49	19,05	11,48	24,90	121,17	9,75	2,54	9,12	2,52	75,36	3,35
Cap. 4	0,00	0,00	-14,16	-1,27	20,21	12,18	94,70	460,88	98,07	25,49	118,32	32,74	317,14	14,09
Cap. 6	0,75	0,37	32,23	2,88	-21,55	-12,98	-3,72	-18,11	-29,61	-7,70	-33,20	-9,19	-55,10	-2,45
Cap. 7	0,00	0,00	0,22	0,02	-0,71	-0,43	0,20	0,97	-0,10	-0,03	-0,28	-0,08	-0,67	-0,03
Cap. 8	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Cap. 9	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL	200,75	100,00	1.117,56	100,00	165,96	100,00	20,55	100,00	384,68	100,00	361,34	100,00	2.250,84	100,00

Millones de euros.

El patrón de la evolución no es uniforme ni desde un punto de vista económico ni temporalmente.

Cuantitativamente, el mayor incremento experimentado ha sido en el capítulo 2 “Gastos corrientes en bienes y servicios” en el ejercicio 2012, como consecuencia del crédito extraordinario y suplemento de crédito regulados por la ya mencionada Ley 6/2012, destinados a financiar operaciones derivadas de la ejecución del mecanismo extraordinario de pago a proveedores que destinó solo para esta Entidad en este capítulo un importe de 978.358.835,02 €. También cabe mencionar la tendencia creciente experimentada en las modificaciones del capítulo 4 “Transferencias corrientes” desde el ejercicio 2013 hasta 2016, lo que supone que mediante modificaciones presupuestarias se están financiando gastos de capítulo 4, contribuyendo a reducir la posible deuda en este capítulo, en detrimento de otras áreas.

Los capítulos que concentran la mayor parte de las modificaciones en el periodo analizado son los capítulos 1, 2 y 4. Hay que resaltar que la totalidad de la dotación del capítulo 3 (Gastos financieros, intereses de demora) se produce vía modificación presupuestaria, lo que vuelve a poner de manifiesto la utilización excesiva de este mecanismo de modificación de crédito, ya que la entidad conoce la existencia de obligaciones pendientes de imputar en dicho capítulo. Los capítulos que han disminuido su dotación han sido los capítulos 6 y 7.

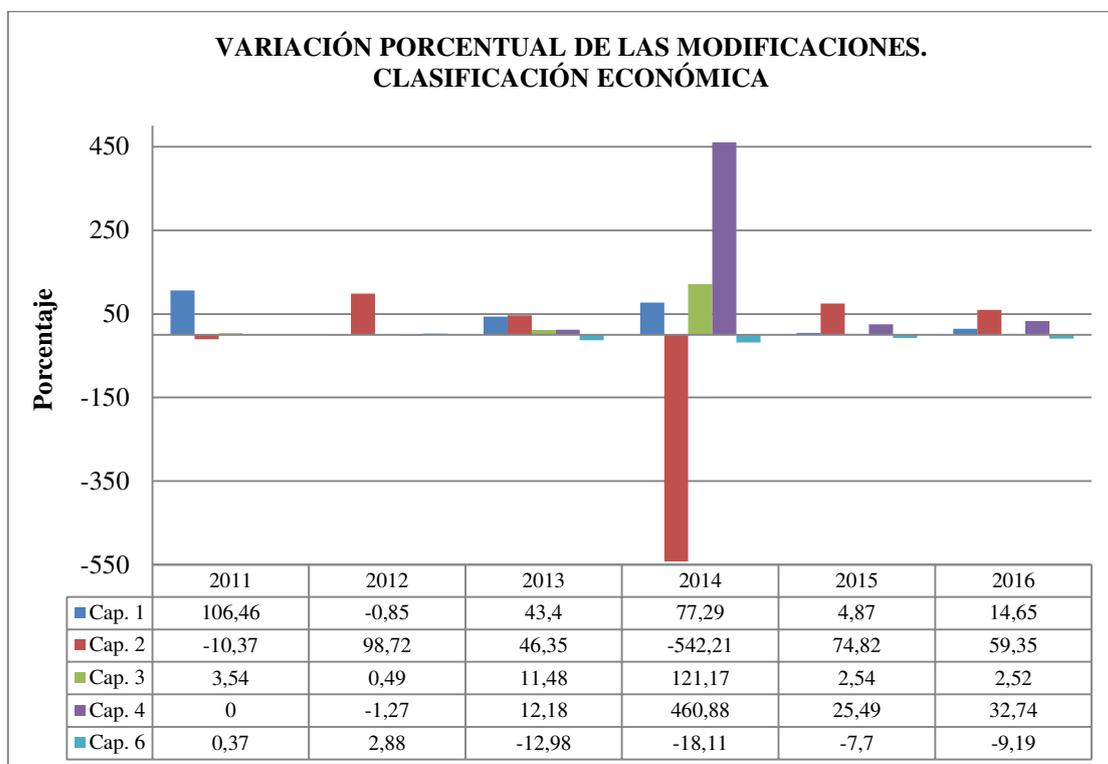
Por anualidades, los capítulos que han visto disminuir su presupuesto inicial como consecuencia de las modificaciones han sido en el ejercicio 2012 el capítulo 1 “Gastos de personal” y capítulo 4 “Transferencias corrientes”, en los ejercicios 2011 y 2014, el capítulo 2 “Gastos Corrientes en bienes y servicios” y, en los últimos cuatro años, el Capítulo 6 “Inversiones Reales”.

Porcentualmente, aunque no en términos absolutos, destaca el ejercicio 2014 donde se han realizado modificaciones que, globalmente, han incrementado la dotación presupuestaria inicial, sin embargo, el comportamiento por capítulos es heterogéneo. El capítulo 1 “Gastos de Personal” experimentó modificaciones al alza de escasa cuantía. En cambio, el capítulo 2, “Gastos Corrientes en Bienes y Servicios”, tuvo modificaciones a la baja de importe significativo. Las modificaciones del capítulo 4, “Transferencias Corrientes”, han aumentado considerablemente y, también en el capítulo 3, “Gastos financieros”, se observan modificaciones al alza.

En los datos analizados se pone de manifiesto el elevado impacto que las modificaciones presupuestarias han representado en el presupuesto en el periodo 2011 a 2016, lo que implica que una parte del presupuesto ejecutado no se corresponde, ni cuantitativa, ni cualitativamente, con lo inicialmente aprobado. Esta recurrente financiación adicional a través de las modificaciones actúa como factor distorsionador en la gestión de la GRS, ya que implica que mediante modificaciones presupuestarias se financien, en detrimento de otras áreas, gastos para la cobertura de necesidades que presentan consignaciones insuficientes pero que eran conocidas en el momento de la aprobación del presupuesto, en particular las derivadas de gastos de capítulo 2 y en menor medida de capítulos 4 y 1, que se presentan como los principales epígrafes destinatarios de las modificaciones. Esto es evidente en el año 2014 donde las modificaciones de capítulo 2 redujeron la dotación presupuestaria en 111.414.255,51 € (un -542,21% sobre el importe total de las modificaciones) y a final de año la deuda en dicho capítulo había pasado de 158.939.703,23 € a 413.982.445,12 €.

La representación gráfica se explica por sí misma.

GRÁFICO N° 10



III.2.4. SUFICIENCIA PRESUPUESTARIA DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD. PRESUPUESTO FINAL

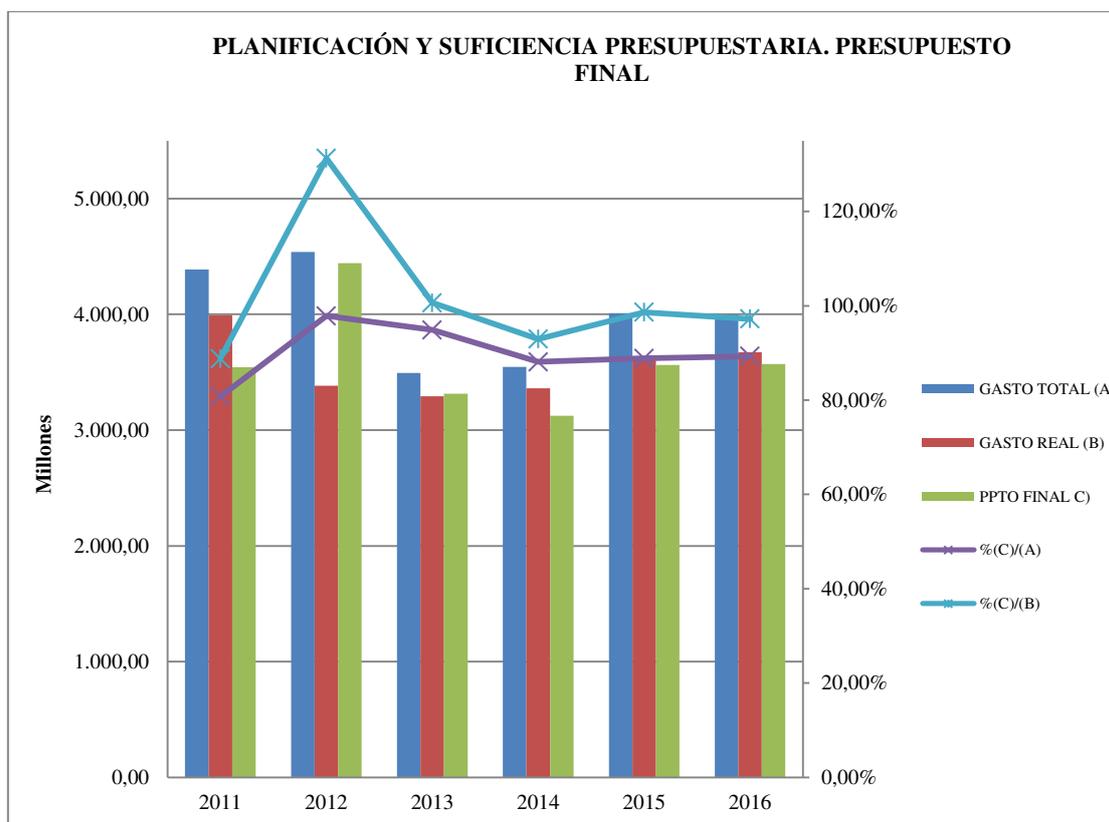
La insuficiencia estructural para dar cobertura a las obligaciones de cada ejercicio no solo se produce con los créditos iniciales, sino que de forma recurrente el gasto total también excede las dotaciones presupuestarias finales. A pesar del importe que se incrementa vía modificaciones presupuestarias, el presupuesto final tampoco alcanza a cubrir todos los gastos realizados por la GRS. Y eso es así por la existencia de la deuda, de las obligaciones pendientes de imputar que son reconocidas en el ejercicio siguiente y absorben créditos que serían necesarios para el ejercicio en que los gastos realmente se devengan.

En el siguiente cuadro y gráfico se hace una comparación similar al del subapartado III.2.2 pero con los créditos definitivos de cada anualidad, incorporadas las modificaciones, que viene a ratificar la falta de cobertura presupuestaria en cada ejercicio, pero la suficiencia presupuestaria es mayor que con respecto al presupuesto inicial.

CUADRO N° 7**DOTACIONES PRESUPUESTARIAS, GASTO TOTAL Y GASTO REAL****2011-2016**

EJERCICIO	GASTO TOTAL (A)	GASTO REAL (B)	PRESUPUESTO FINAL (C)	%(C)/ (A)	%(C)/ (B)
2011	4.387.999.513,99	3.992.756.955,06	3.544.436.722,79	80,78	88,77
2012	4.539.014.383,95	3.383.946.482,70	4.442.291.220,95	97,87	131,28
2013	3.492.722.445,98	3.293.451.184,74	3.314.386.283,99	94,89	100,64
2014	3.545.969.754,50	3.360.647.755,81	3.123.815.614,55	88,09	92,95
2015	4.010.938.458,39	3.613.362.272,38	3.563.875.889,00	88,85	98,63
2016	3.999.723.393,54	3.673.459.993,80	3.571.713.915,09	89,30	97,23

GRÁFICO N° 11



El análisis sobre la suficiencia presupuestaria también es similar al del subapartado III.2.2, si bien los porcentajes son superiores, al haberse incrementado el crédito. La diferencia porcentual se asemeja al incremento de las modificaciones, siendo más cercana en el caso del gasto real. No se pretende reiterar lo ya comentado, aunque sí hay que poner de manifiesto que en 2012 el presupuesto definitivo supuso el 131,28% sobre el gasto real y el 97,87% sobre el gasto total. Y fue en ese ejercicio cuando la deuda alcanzó el mínimo de todo periodo. A partir de ese momento deberían haberse reiterado los esfuerzos para contener el volumen de la deuda. Sin embargo el año 2014 el presupuesto se redujo (no así el gasto) y de nuevo los porcentajes volvieron a bajar, siendo ese año el que la deuda sufrió un incremento mayor. En los últimos años, 2015 y 2016, los créditos han vuelto a aumentar y la suficiencia tiende a acercarse al 100% teniendo en cuenta el gasto real.

III.2.5. DOTACIONES PRESUPUESTARIAS. COMPARATIVA CON OTRAS CC.AA.

La insuficiencia presupuestaria en sanidad no es exclusiva de la Comunidad de Castilla y León. El equilibrio entre la sostenibilidad de los servicios públicos de calidad

CONSEJO DE CUENTAS DE CASTILLA Y LEÓN

Fiscalización del Análisis y Evolución de la Deuda Sanitaria no imputada a Presupuesto en la Comunidad de Castilla y León

sobre los que descansa el sistema de bienestar y su financiación es una de las grandes cuestiones que habrá que solventar en un futuro y para la que ya se ha elaborado, para la revisión del modelo de financiación autonómica, un informe de la Comisión de Expertos en cumplimiento del acuerdo del Consejo de Ministros de 10 de febrero de 2017 y que tiene como antecedente la Conferencia de Presidentes celebrada el 17 de enero de ese mismo año.

En el siguiente cuadro se ha realizado una comparación del presupuesto inicial de las distintas comunidades autónomas en relación con el presupuesto sanitario. Los datos se han obtenido del Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas y corresponden al ejercicio presupuestario 2016. Se ha considerado “Presupuesto en atención sanitaria” el de todos los órganos que llevan a cabo prestaciones sanitarias y se ha considerado “Presupuesto inicial Consolidado” el presupuesto de cada Comunidad consolidado.

CUADRO N° 8

DOTACIONES PRESUPUESTARIAS 2016. COMPARATIVA CCAA

CCAA	PRESUPUESTO INICIAL AT. SANITARIA	PRESUPUESTO INICIAL CA CONSOLIDADO	% PRESUPUESTO AT. SANITARIA/PTO INICIAL
Andalucía	8.826.775,00	31.290.485,56	28,21
Aragón	1.802.290,00	5.129.958,00	35,13
Asturias	1.523.345,00	3.953.677,61	38,53
Baleares	1.392.211,00	4.240.896,70	32,83
Canarias	2.642.052,00	7.264.829,31	36,37
Cantabria	805.758,00	2.465.472,88	32,68
Castilla y León	3.308.487,00	9.843.699,24	33,61
Castilla-La Mancha	2.635.703,00	8.420.148,97	31,30
Cataluña	8.466.990,00	32.607.801,34	25,97
Comunidad Valenciana	5.909.145,00	17.561.478,48	33,65
Extremadura	1.577.223,00	5.197.428,06	30,35
Galicia	3.513.531,00	10.310.241,40	34,08
Madrid	7.449.915,00	20.139.609,31	36,99
Murcia	1.746.369,00	4.916.213,05	35,52
Navarra	988.433,00	4.005.305,03	24,68
País Vasco	3.497.306,00	10.995.489,51	31,81
La Rioja	365.872,00	1.337.122,83	27,36
TOTAL CCAA	56.451.405,00	179.679.857,29	31,42

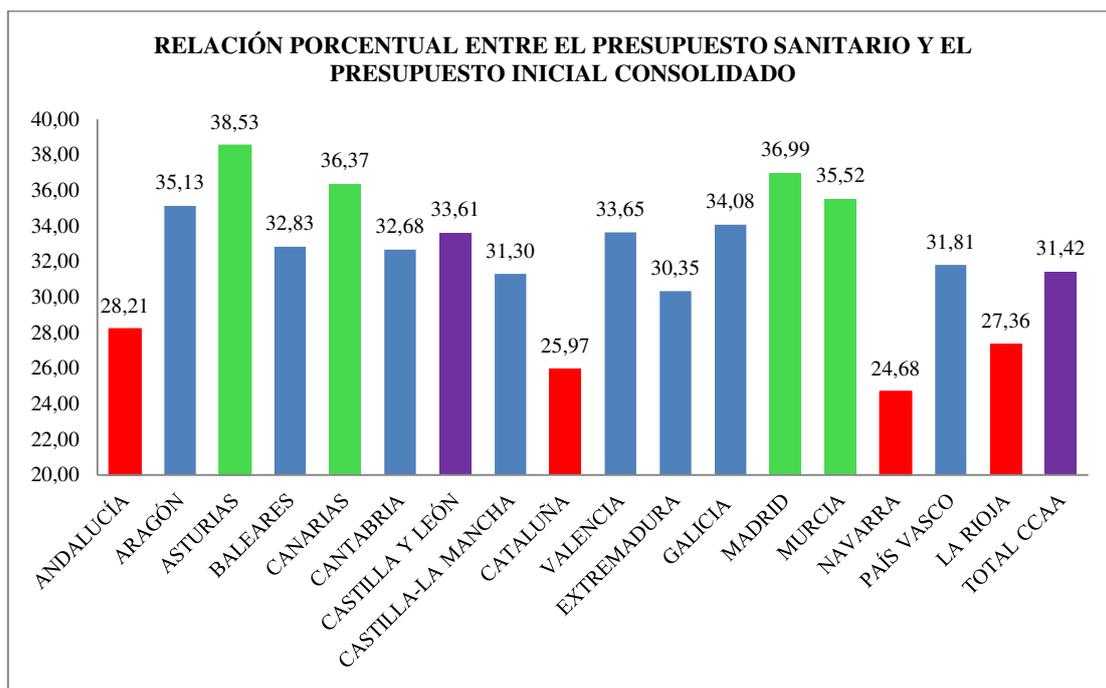
(Miles de euros) Fuente: MINHAFP

La media de todas las Comunidades alcanza un 31,42%, es decir las Comunidades Autónomas prevén al inicio de su ejercicio presupuestario que algo menos de 1/3 de los presupuestos consolidados serán dedicados a la atención sanitaria.

Los porcentajes oscilan entre el 24,68% de Navarra y el 38,53% de Asturias. Es decir entre la mayor y la menor existe una diferencia de casi 14 puntos porcentuales. Las Comunidades que menor porcentaje de sus créditos (con respecto al presupuesto total) dedican a la Sanidad son por este orden y después de Navarra, Cataluña, La Rioja y Andalucía. Y las que tienen el porcentaje más elevado son Asturias, Madrid, Canarias y Murcia. La Comunidad de Castilla y León está por encima de la media y alcanza un octavo puesto, con un porcentaje del 33,61%.

La representación gráfica es la siguiente:

GRÁFICO Nº 12



III.2.6. PLANES ESPECIALES Y OTROS MECANISMOS EXTRAORDINARIOS PARA PALIAR EL DÉFICIT DE FINANCIACIÓN DEL GASTO SANITARIO EN LA COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN

La Ley Orgánica 2/2012 de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera introdujo, en la Disposición adicional primera, la posibilidad de que las administraciones autonómicas y locales se acogieran a mecanismos de financiación

extraordinarios. En ese marco se crearon dos fondos: el Fondo para la Financiación de los Pagos a Proveedores (FFPP) por el Real Decreto-Ley 7/2012 y el Fondo de Liquidez Autonómica (FLA) por el Real Decreto-Ley 21/2012, si bien Castilla y León solo se acogió al primero de ellos.

En el caso del FFPP, los pagos a proveedores los realizaba el ICO y la financiación llegaba a las comunidades autónomas a través de préstamos con entidades de crédito. En cuanto al FLA, era el Estado el que en primera instancia captaba recursos en el mercado para después ofrecer préstamos a las comunidades autónomas. Estos recursos se destinaron prioritariamente a cubrir vencimientos de deuda pero también otro endeudamiento autorizado. El acceso a ambos mecanismos se condicionó a la presentación y aprobación de un plan de ajuste y al cumplimiento de los objetivos de estabilidad presupuestaria previstos en el mismo y, también se exigió que suministrasen mensualmente al Ministerio de Hacienda información detallada sobre el estado y evolución de sus finanzas para permitir el seguimiento de sus planes de ajuste.

En la actualidad, los mecanismos de financiación se rigen por el Real Decreto-Ley 17/2014, de 26 de diciembre, de medidas de sostenibilidad financiera de las comunidades autónomas y entidades locales y otras de carácter económico, siendo uno de los objetivos de esta norma, además de garantizar la sostenibilidad financiera de las Comunidades Autónomas adheridas, simplificar y reducir el número de fondos creados para financiar mecanismos de apoyo a la liquidez, mejorando la eficiencia en su gestión. De esta forma, se crea el Fondo de Financiación a Comunidades Autónomas estructurado en los siguientes compartimentos, que tienen características y condiciones propias:

- Facilidad Financiera
- Fondo de Liquidez Autonómico, al que se transfirió el patrimonio del Fondo de Liquidez Autonómico creado por el Real Decreto Ley 21/2012.
- Fondo Social
- Fondo en liquidación para la Financiación de los Pagos a los Proveedores de Comunidades Autónomas, al que se transfirió el patrimonio del Fondo para la Financiación de los Pagos a los Proveedores 2.

La Comunidad de Castilla y León, por Acuerdo de 5 de marzo de 2015, de la Junta se adhirió al Fondo de Facilidad Financiera (FFF), lo que permitió que con cargo

CONSEJO DE CUENTAS DE CASTILLA Y LEÓN

Fiscalización del Análisis y Evolución de la Deuda Sanitaria no imputada a Presupuesto en la Comunidad de Castilla y León

a los recursos del Fondo se formalizaran operaciones de crédito con la Comunidad Autónoma para atender sus necesidades financieras y permitió incrementar, dentro de los límites que se establecieron, las dotaciones de créditos del presupuesto.

La Administración del Estado ha concedido a lo largo del período 2012-2016 otras medidas de liquidez, tales como anticipos sobre la liquidación del sistema de financiación, aplazamiento del plazo de devolución de las liquidaciones negativas del sistema de financiación de los años 2008 y 2009, líneas ICO de vencimientos y aplazamientos de los cobros de principal de los préstamos formalizados.

Por tanto, gracias a estos mecanismos extraordinarios, en 2012, con el FFPP, y en 2015, con el FFF, la Comunidad Autónoma ha podido incrementar la financiación de sus servicios para hacer frente a sus obligaciones de pago en un momento de dificultad económica. En el siguiente cuadro se reflejan los importes dispuestos por la Comunidad de Castilla y León con cargo a las medidas de liquidez puestas a disposición de las Comunidades Autónomas por la Administración Central durante el periodo 2012/2016. Posteriormente se determinarán las cuantías dedicadas a gasto sanitario.

CUADRO N° 9

IMPORTE DE LOS MECANISMOS EXTRAORDINARIOS DISPUESTOS POR LA COMUNIDAD

EJERCICIO	FLA	Plan de Prov. de CCAA. Fase I	Plan de Prov. de CCAA. Fases II y III (t1)	Plan de Prov. de CCAA. Fase III (t2)	Facilidad Financiera	Fondo Liquidez	Fondo Social	Total
2012	0,00	1.052,41						1.052,41
2013	0,00	0,00	0,00					0,00
2014	0,00	0,00	0,00					0,00
2015					2.053,25	0,00	0,00	2.053,25
2016					0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL	0,00	1.052,41	0,00	0,00	2.053,25	0,00	0,00	3.105,66

(Millones de euros) Fuente: MINHAFP

Fondo de financiación a proveedores

En el ejercicio 2012, mediante Acuerdo de 29 de marzo de 2012, la Comunidad asumió los compromisos derivados de la adhesión al mecanismo extraordinario de financiación para el pago a proveedores, cuyas líneas generales fueron establecidas en el Acuerdo 6/2012 del Consejo de Política Fiscal y Financiera de 6 de marzo. En virtud de dicha adhesión, se remitió al Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas una relación certificada de obligaciones para su abono a los respectivos proveedores a través del Fondo para la financiación de los pagos a proveedores que se había creado por Real Decreto- Ley 7/2012, de 9 de marzo. La financiación de las operaciones derivadas de la ejecución del citado mecanismo extraordinario suponía incrementar los créditos para el conjunto de las entidades públicas de la comunidad por un importe de 1.052.236.491,75 €, lo cual se realizó con la aprobación de la Ley 6/2012, de 28 de septiembre, de concesión de un crédito extraordinario y un suplemento de crédito. En dicha Ley también se consignaron créditos destinados a la amortización anticipada de la deuda por importe de 502.206,64 €.

A través de este mecanismo de financiación las dotaciones de crédito del presupuesto de la GRS se incrementaron en 989.450.909,14 €, 180.529,91 € mediante un crédito extraordinario y 989.270.379,23 € mediante un suplemento de crédito. Por capítulos presupuestarios, los aumentos fueron: 600,00 € el capítulo 1; 978.358.835,02 € el capítulo 2; 2.127.887,12 € el capítulo 4 y 8.963.587,00 € el capítulo 6. La nueva dotación de crédito del presupuesto de la GRS no cubrió la totalidad de la deuda pendiente, pero los pagos realizados a proveedores a través del mecanismo de financiación supusieron una reducción de casi el 85% de dicha deuda, alcanzando algo más del 90% en el caso de los gastos del capítulo 2.

Fondo de facilidad financiera

El Real Decreto-Ley 17/2014 regula el compartimento de facilidad financiera, que aparece como un mecanismo adicional de financiación de los referidos en la Disposición adicional primera de la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera. A través de dicho compartimento, las Comunidades podrán solicitar financiación para los vencimientos relacionados con su endeudamiento, para las necesidades de financiación del déficit público, incluyendo las correspondientes a desviaciones de déficit de años anteriores pendientes de financiar, para financiar la anualidad que debe satisfacerse para abonar las liquidaciones negativas

provenientes del sistema de financiación y para aquellas operaciones financieras que acuerde la Comisión Delegada del Gobierno para Asuntos Económicos. El artículo 18.3 del Real Decreto determina que las disposiciones para atender necesidades de financiación del déficit público y las de las liquidaciones negativas se ajustarán a un calendario por tramos y se desembolsarán a favor de las Comunidades Autónomas adheridas, salvo las que financien desviaciones de déficit de años anteriores pendientes de financiar que se desembolsarán directamente en favor de los correspondientes proveedores de la Comunidad Autónoma, en los términos previstos por el Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, a través del Instituto de Crédito Oficial.

Respecto a la deuda sanitaria (y el resto de déficit de la Comunidad) será la Resolución de 24 de febrero de 2015, de la Secretaría de Estado de las Administraciones Públicas, la que establezca el procedimiento y condiciones para la financiación de desviaciones en el déficit público de años anteriores a 2015 pendientes de financiar.

Según la información del MINHAFP en Castilla y León se han abonado a través de pagos directos a los proveedores 108.420 facturas por un importe total de 832.025.840,00 €, de los que el 86% corresponde a gasto sanitario. Por año de contabilización, 369.706.680,00 € corresponderían a ejercicios anteriores a 2015 y 462.319.160,00 € al propio ejercicio 2015. Asimismo se han realizado pagos directos a la Comunidad para financiación del déficit por importe de 335.860.220,00 €.

Comparación entre CCAA

En el siguiente cuadro se muestra la cuantía que cada Comunidad Autónoma ha dispuesto a través de los mecanismos extraordinarios en este período 2012-2016.

CUADRO Nº 10

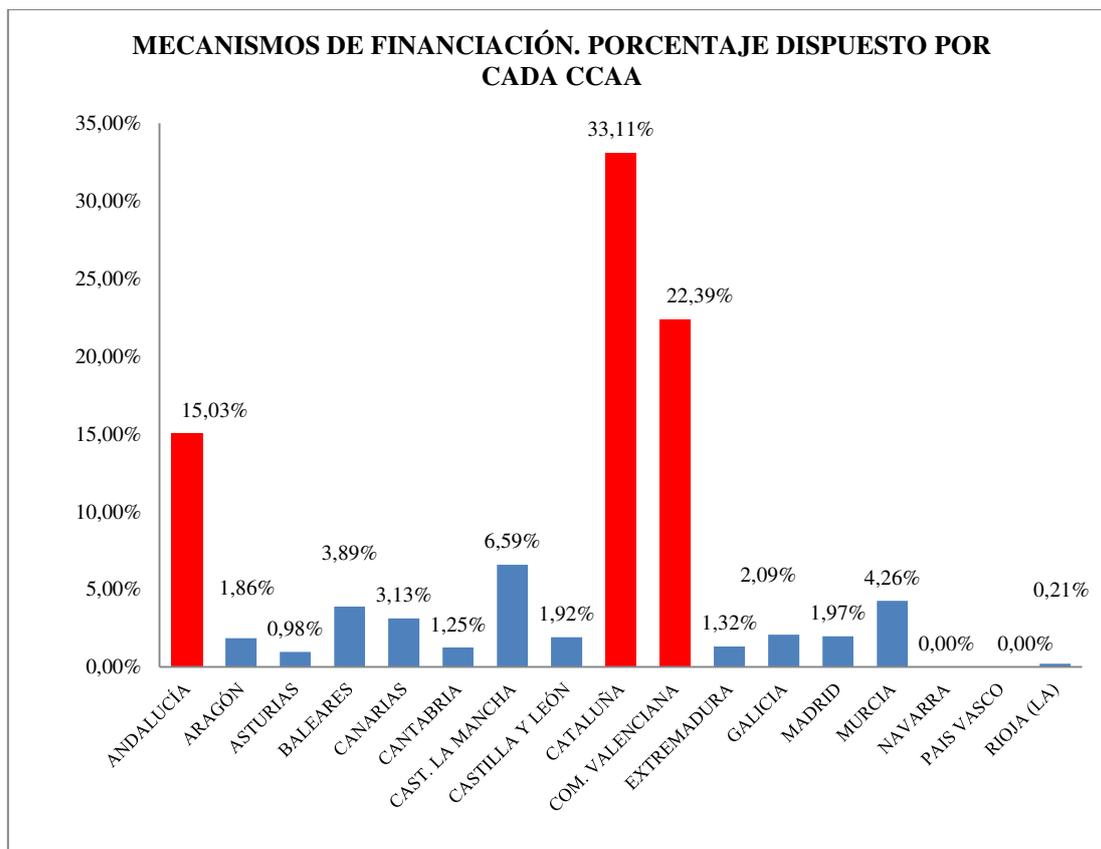
**IMPORTE TOTAL PERCIBIDO DE LOS MECANISMOS DE FINANCIACIÓN
 POR CCAA**

Comunidad Autónoma	2012	2013	2014	2015	2016	2012-2016
Andalucía	5.486,38	5.177,85	5.725,17	3.659,98	4.289,84	24.339,22
Aragón	428,95	9,94	73,85	1.483,37	1.020,23	3.016,35
Asturias	504,82	521,32	0,00	560,77	0,00	1.586,91
Balears (Illes)	1.313,28	1.133,25	1.434,14	1.194,34	1.228,02	6.303,03
Canarias	1.138,12	866,23	876,08	1.003,83	1.182,90	5.067,15
Cantabria	463,75	326,50	344,60	436,19	457,92	2.028,96
Cast. La Mancha	3.955,46	1.199,16	2.307,20	1.329,11	1.878,04	10.668,97
Castilla y León	1.052,41	0,00	0,00	2.053,25	0,00	3.105,66
Cataluña	8.685,04	12.983,64	10.189,36	11.689,19	10.069,02	53.616,25
Com. Valenciana	8.184,26	4.053,08	8.287,88	8.760,21	6.968,44	36.253,87
Extremadura	227,87	6,61	335,14	766,86	805,78	2.142,27
Galicia	0,00	0,00	0,00	1.567,40	1.816,21	3.383,61
Madrid	1.257,38	89,42	0,00	1.846,07	0,00	3.192,87
Murcia	1.574,26	1.097,97	1.611,85	1.157,41	1.464,96	6.906,45
Navarra	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
País Vasco	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Rioja (La)	70,81	0,00	0,00	272,88	0,00	343,69
TOTAL CCAA	34.342,80	27.464,96	31.185,28	37.780,86	31.181,37	161.955,26

(Millones de euros) Fuente: MINHAFP

La representación porcentual de lo que cada Comunidad Autónoma ha dispuesto a través de los mecanismos extraordinarios en este período 2012-2016 se refleja en el siguiente gráfico. Se puede apreciar que Cataluña, la Comunidad Valenciana y Andalucía han obtenido una financiación muy cuantiosa en comparación con las demás Comunidades.

GRÁFICO N° 13



III.3. TIPOS DE GASTO QUE COMPONEN LA DEUDA SANITARIA

III.3.1. ANÁLISIS DE LA COMPOSICIÓN DE LA DEUDA POR TIPO DE GASTO

La evolución de la Deuda en el periodo 2011-2016 teniendo en cuenta la naturaleza del gasto que la ha generado se muestra en el siguiente cuadro. Se ha optado por la clasificación económica porque es así como consta en los informes de control financiero permanente que elabora la IGACYL. Por tanto, se ha dividido por artículo presupuestario, de acuerdo con los códigos que definen la estructura económica desarrollada en las distintas resoluciones por la que se dictan las normas para la elaboración de los Presupuestos. En el Anexo nº 3 aparecen los datos con más detalle, con la representatividad de cada gasto y la evolución interanual.

CUADRO Nº 11

DISTRIBUCIÓN DEUDA SANITARIA NO IMPUTADA POR TIPO DE GASTO

Clas. Econ.	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2011-2016
Artículo 12	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,03
Artículo 17	84,10	76,19	16,58	47,75	88,67	116,81	430,10
Artículo 18	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01
Artículo 20	2,25	0,49	0,02	0,28	0,25	1,15	4,44
Artículo 21	30,08	6,51	1,14	6,25	8,64	8,18	60,81
Artículo 22	965,35	96,81	144,29	377,62	313,89	292,16	2190,12
Artículo 23	0,09	0,09	0,09	0,09	0,08	0,04	0,48
Artículo 26	70,78	6,53	13,40	29,75	22,18	33,34	175,98
Artículo 35	11,67	12,40	26,13*	17,27	18,63	6,93*	93,02
Artículo 48	4,61	0,23	3,96	8,29	6,90	3,64	27,64
Artículo 62	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01
Artículo 63	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Artículo 64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL	1.168,96	199,25	205,62	487,30	459,26	462,26	2.982,64

Millones de euros

*Información del artº 35 suministrada por la Gerencia Regional de Salud.

El artículo que más peso tiene en la Deuda, con una gran diferencia, en el total de todos los años es el 22, “Material, suministros y otros”, seguido del artículo 17 “Cuotas y prestaciones a cargo de la Comunidad”, el artículo 26 “Acciones en materia sanitaria”, el artículo 35 “Intereses de demora y otros gastos financieros”, artículo 21 “Reparaciones, mantenimiento y conservación” y el artículo 48 “Transferencias corrientes a familias e instituciones sin fines de lucro”.

La descripción de la naturaleza del gasto por artículo, de acuerdo con las resoluciones que regulan la clasificación económica de los gastos es:

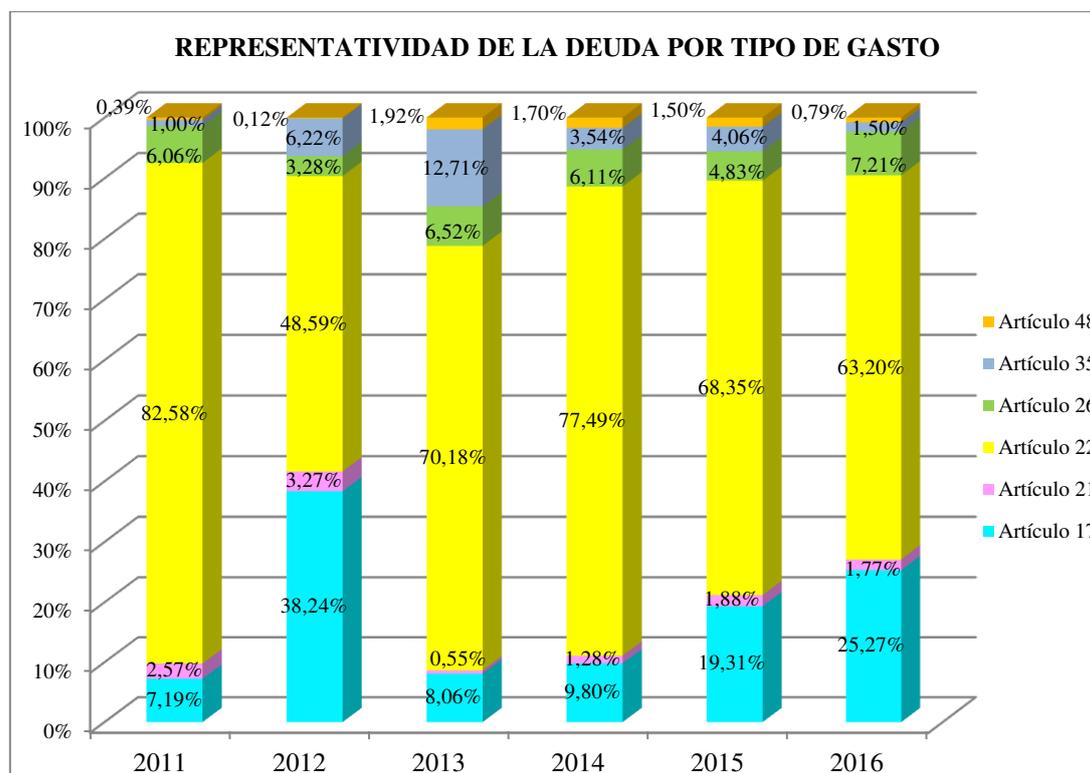
- Artículo 17. Agrupa los gastos que corresponden a las cuotas de los seguros sociales y prestaciones a cargo de la GRS (que luego se desagregará a nivel de

concepto o subconcepto presupuestario dependiendo de si corresponden a personal laboral, no laboral o a otras prestaciones)

- Artículo 21. Recoge los gastos de mantenimiento, reparaciones y conservación de infraestructura, edificios y locales, maquinaria, material de transporte y otro inmovilizado material.
- Artículo 22. Los conceptos, e incluso subconceptos, que se incluyen dentro de este artículo presupuestario son muy numerosos, y engloba gastos corrientes que pueden ser coincidentes al de otro departamento (material de oficina, comunicaciones, transportes, suministros de energía, agua, atenciones protocolarias) y gastos específicamente sanitarios (productos farmacéuticos, hemoderivados). De ahí que este nivel de desagregación no sea suficiente para determinar qué tipo de gasto influye más en la determinación de la deuda.
- Artículo 26. En principio la naturaleza del gasto puede ser indeterminada, ya que la denominación del artículo es “Acciones en materia sanitaria”. Sin embargo la desagregación posterior a nivel de concepto indica que fundamentalmente se incluyen gastos en servicios concertados entre la GRS y otras entidades.
- Artículo 35. Engloba los gastos por intereses de demora a satisfacer como consecuencia del incumplimiento de pago de las obligaciones en los plazos establecidos.
- El artículo 48. “Transferencias corrientes a familias e instituciones sin fines de lucro” también puede ser algo indeterminado, teniendo en cuenta que la clasificación económica no desagrega más que a nivel de concepto, con la misma denominación. No obstante en el caso concreto de la GRS recoge el coste de las recetas dispensadas para tratamientos a realizar fuera del recinto de las instituciones sanitarias (colegios de farmacéuticos), así como artículos entregados a los usuarios (vacunas, tiras reactivas, apósitos, absorbentes).

En el siguiente gráfico se muestra la representación porcentual de los artículos presupuestarios que mayor deuda tienen en relación con la deuda total, que como ya se ha comentado corresponden al artículo 22 y a distancia el artículo 17.

GRÁFICO N° 14



Lo más destacable es la gran diferencia que existe en 2012, año excepcional, con respecto a los demás ejercicios. Esto es debido a que ese año el gasto aumentó y la deuda disminuyó. Como se ha reiterado a lo largo del informe, en ese ejercicio tuvo lugar la aplicación del mecanismo extraordinario de financiación de pago a proveedores y la deuda existente en el artículo 22, fundamentalmente facturas de gastos corrientes, se redujo drásticamente, no sucediendo lo mismo en la deuda en el artículo 17, que disminuyó ligeramente en términos absolutos pero porcentualmente aumentó, al variar el art 22. En el ejercicio 2012 la representatividad del artículo 17 se incrementa pasando de un 7,19% en 2011 a un 38,24%, aunque en términos absolutos la cuantía disminuye de 84.102.484,72 € a 76.190.323,99 €. Y la del artículo 22 disminuye, pasando de un 82,58% en 2011 a un 48,59%, y en términos absolutos, de 965.352.356,42 € a 96.805.794,55 €. En 2013 la diferencia vuelve a ser significativa con respecto a 2012 dada la excepcionalidad de ese ejercicio, pero la representatividad de los distintos artículos presupuestarios va siendo más uniforme a lo largo de estos últimos 4 años de 2013 a 2016, con altibajos, por causas que dependen de múltiples factores, pero con una tendencia en la que resalta la alta representatividad del artículo 22, seguido del 17. El artículo 35 en ese ejercicio aumentó algo más de lo habitual, si bien como también se ha

comentado a lo largo del informe, los datos en este artículo pueden inducir a cierta distorsión de la realidad. En los 3 últimos ejercicios se aprecia una tendencia de reducción de los gastos del artículo 22, un marcado aumento de los del artículo 17 y cierta disminución de los artículos 35 y 48. En términos absolutos la diferencia de la deuda no es muy significativa en esos tres ejercicios, ya que en 2014 alcanzaba los 487,30 millones de euros, en 2015, los 459,26 millones y en 2016 los 462,26 millones. Sin embargo la naturaleza del gasto sí ha variado, siendo lo más llamativo la variación sufrida, por su alto incremento, del artículo 17 que va de un 9,80% a un 25,27% y en menor medida y sentido contrario la variación del artículo 22 y 48 que van de un 77,49% a un 63,20% y de un 1,70% a un 0,79%.

En relación con este incremento del artículo 17 hay que destacar que la deuda por las aportaciones de la GRS a los regímenes de la Seguridad Social del personal a su servicio se ha incrementado de manera notable en detrimento de los artículos 22 y 48. El convenio por el que se regulan las relaciones para el pago de las cuotas de seguridad social suscrito entre la Administración de la Comunidad y la Tesorería General de la Seguridad Social viene a determinar que se realicen unos pagos mensuales a cuenta y una liquidación a final de año que regulariza la situación de cada ejercicio. Los pagos se realizan a través de cuentas extrapresupuestarias pero eso no significa que no se deba proceder a su aplicación a presupuesto (la Orden de 26 de septiembre de 2000, de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que se regulan varios aspectos derivados del Convenio firmado el 25 de enero de 2000 con la Tesorería General de la Seguridad Social y se designa el Órgano de Coordinación previsto en el mismo, así lo señala). Sin embargo, la falta de crédito en este artículo no permite aplicar a presupuesto las cantidades pagadas extrapresupuestariamente, lo que conduce a que la deuda se genere. El convenio está previsto para dar agilidad y eficacia en la liquidación y pago de las cotizaciones, pero no para que el presupuesto no refleje la realidad del gasto. Como aspecto favorable hay que significar que la deuda del artículo 17 no genera intereses de demora, que sí generaría la deuda del artículo 22.

Respecto a la disminución, sobre todo a partir de 2016, de la deuda del artículo 35, hay que señalar que la Comunidad Autónoma, con objeto de reducir los plazos de pago a proveedores, suscribió en el mes de julio de 2016, acuerdos de colaboración con varias entidades de crédito (contratos de confirming), para gestionar el pago a proveedores de la GRS, de las facturas emitidas por el suministro de bienes y prestación

de servicios, por un importe máximo total de 450 millones euros (que correspondían a 2015 y 2016).

La entidad de crédito presta un servicio financiero y de gestión por el que ejecuta las órdenes de pago remitidas por la GRS y por el que también puede abonar las facturas en fechas anteriores a las previstas a aquellos proveedores que lo soliciten y cedan la titularidad del crédito de la misma. La Administración a su vez, puede optar por abonar total o parcialmente el importe de cada remesa de facturas en una fecha anterior a la prevista para su pago. El pago se realizará a la entidad financiera o a los proveedores según haya anticipado o no su cobro.

Las principales ventajas de este mecanismo de financiación para la GRS están principalmente en que incrementa su poder de negociación frente a los proveedores y le permite incrementar el plazo de pago sin tener que negociar individualmente con cada proveedor, a tipos de interés más ventajosos que el interés de demora regulado por la normativa, además las tareas de gestión y pago se reducen.

En definitiva, los convenios de colaboración firmados además de contribuir al cumplimiento del plazo máximo de pago previsto en la normativa de morosidad, han contribuido a reducir los intereses de demora que genera la deuda de la GRS. Se ha constatado que en 2017 y 2018 se han suscrito convenios similares.

Por último en relación con el control del gasto farmacéutico y sanitario, cabe poner de manifiesto que la Ley Orgánica 6/2015, de 12 de junio, de modificación de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de financiación de las Comunidades Autónomas y de la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera, también modificó, a través de su Disposición final primera, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, añadiendo en dicha ley el Título VII “Transparencia y sostenibilidad del gasto sanitario”. Así, el artículo 106 establece que “Las Comunidades Autónomas remitirán periódicamente al Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, para su seguimiento y publicación:

a) Los datos relativos a su gasto farmacéutico hospitalario, su gasto en productos farmacéuticos y sanitarios por recetas médicas u orden de dispensación y su gasto en productos sanitarios sin receta médica u orden de dispensación, de acuerdo con lo previsto en esta Ley.

b) Datos relativos al gasto en inversiones reales en el ámbito sanitario, especialmente en relación a equipos de alta tecnología sanitaria de uso hospitalario, así como otros datos significativos en relación al gasto sanitario.

c) Las medidas adoptadas, así como su grado de avance, para mejorar la eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario.”

Dentro del marco del apartado c) se produjo la suscripción por parte de la Comunidad de Castilla y León, del Protocolo con Farmaindustria de fecha 04/11/2015. El Protocolo pretende mantener un seguimiento sobre el gasto farmacéutico público, vinculando su crecimiento al del PIB, de forma que los pacientes puedan acceder a los mejores, más eficaces e innovadores fármacos disponibles y que el sector farmacéutico prosiga con su desarrollo industrial.

Desagregación a nivel de subconcepto. Ejercicio 2016

La desagregación a nivel de artículo permite determinar la naturaleza del gasto que más incide en la deuda, en los casos de los artículos 17, “Cuotas y prestaciones a cargo de la Comunidad”, 35 “Intereses de demora y otros gastos financieros” y 48 “Transferencias corrientes a familias e instituciones sin fines de lucro”, pero no así en los gastos de los artículos presupuestarios 21, 22 y 26, que engloban una gran variedad de ellos, algunos de los cuales son de carácter general y otros más específicamente relacionados con la asistencia sanitaria.

Los subconceptos más representativos englobados en esos artículos son los siguientes:

- Del artículo presupuestario 21. El importe de la deuda asciende a 8.181.742,96 €, de los cuales el 79,05%, es decir 6.467.939,00 €, corresponden al subconcepto 21300 “Maquinaria, instalaciones y utillaje”.
- Del artículo presupuestario 22. El importe de la deuda asciende a 292.161.487,08 €. El importe de los 9 subconceptos con mayor cuantía asciende a 282.521.598,69 €, el 96,70% de la deuda.
 - 22106. Suministros. Productos farmacéuticos, representa el 39,87%.
 - 22116. Suministros. Implantes, representa el 14,51%.
 - 22121. Suministros. Otro material sanitario, representa el 14,42%.

- 22117. Suministros. Material de laboratorio, representa el 12,32%.
 - 22114. Suministros. Hemoderivados, representa el 6,45%.
 - 22700. Trabajos realizados por otras empresas y profesionales Limpieza y aseo, representa el 5,06%.
 - 22100. Suministros. Energía eléctrica, representa el 2,36%.
 - 22102. Suministros. Gas y calefacción, representa el 1,20%.
 - 22115. Suministros. Instrumental y pequeño utillaje sanitario, representa el 0,51%.
- Del artículo presupuestario 26. El importe de la deuda asciende a 33.337.698,05 €. El importe de los 5 subconceptos con mayor cuantía asciende a 28.861.570,76 €, el 86,57% de la deuda.
- 26204. Conciertos con entidades privadas en atención especializada, representa el 45,33%.
 - 26301. Conciertos para programas especiales de hemodiálisis. Club de diálisis, representa el 17,12%.
 - 26403. Conciertos con centros o servicios de diagnóstico, tratamiento y terapias. Terapia de la insuficiencia respiratoria a domicilio. Otras terapias, representa el 10,70%.
 - 26401. Conciertos para terapia de la insuficiencia respiratoria a domicilio. Oxigenoterapia, representa el 9,49%.
 - 26302. Conciertos para programas especiales de hemodiálisis. Otras hemodiálisis en centros no hospitalarios, representa el 3,93%.

La representación de los subconceptos con más peso en la Deuda de la GRS en el ejercicio 2016, incluyendo los subconceptos de los artículos 17, 35 y 48 se muestra en el cuadro y gráfico siguientes. Dentro de “Otros” se han incluido todos los demás subconceptos con menor peso.

El 25,20% de la deuda corresponde al subconcepto 22106 “Productos farmacéuticos”, seguido del subconcepto 17100 “Seguridad Social personal laboral” con un 23,88%. Los subconceptos 22116, 22121 y 22117 también representan un porcentaje importante con un 9,17%, 9,12% y 7,79% respectivamente. Dentro del área de

CONSEJO DE CUENTAS DE CASTILLA Y LEÓN

Fiscalización del Análisis y Evolución de la Deuda Sanitaria no imputada a Presupuesto en la Comunidad de Castilla y León

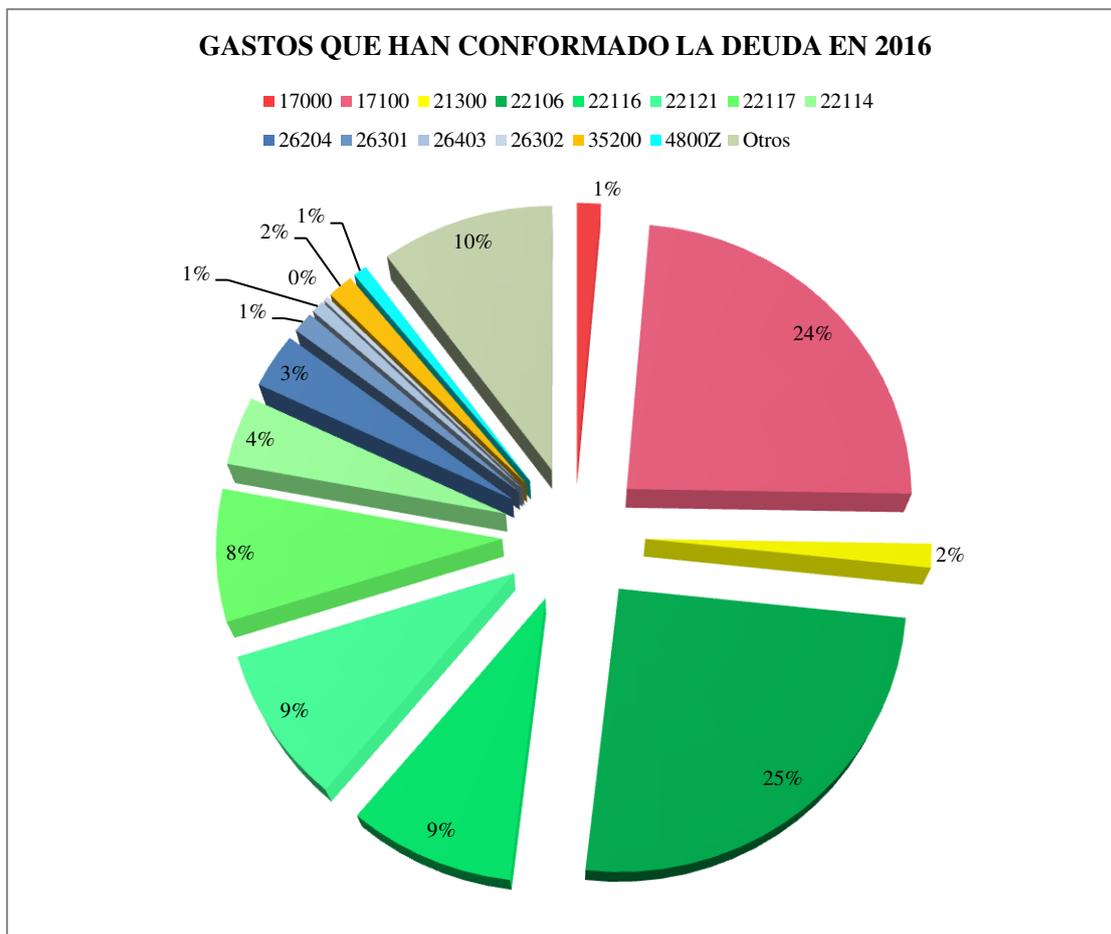
conciertos sanitarios la representatividad de la deuda disminuye pero el subconcepto 26204 “Conciertos con entidades privadas en atención especializada” alcanza el 3,27%. Por último también es destacable, aunque el porcentaje que representan es menor los subconceptos 35200 “Intereses de demora” con un 1,50% y el 4800z “Colegios farmacéuticos” con un 0,81%.

CUADRO N° 12

SUBCONCEPTOS CON MAYOR INCIDENCIA EN LA DEUDA SANITARIA

Subconcepto	Denominación	Importe	% sobre el Total
17000	Seguridad social personal laboral	6.428.884,67	1,39
17100	Seguridad social personal no laboral	110.378.157,48	23,88
21300	Mantenimiento. Maquinaria instalaciones y utillaje	6.467.939,00	1,40
22106	Suministros. Productos farmacéuticos	116.482.417,19	25,20
22116	Suministros. Implantes	42.386.911,02	9,17
22121	Suministros. Otro material sanitario	42.139.983,87	9,12
22117	Suministros. Material de laboratorio	35.989.852,81	7,79
22114	Suministros. Hemoderivados	18.851.262,43	4,08
26204	Conciertos Especializada	15.111.504,14	3,27
26301	Conciertos hemodiálisis. Diálisis	5.707.572,51	1,23
26403	Conciertos centros diagnóstico, trat y terap	3.566.697,61	0,77
26302	Conciertos hemodiálisis. No hospitalarios	1.311.043,52	0,28
35200	Intereses de demora	6.925.000,00	1,50
4800Z	Colegios farmacéuticos	3.753.505,69	0,81
Otros	Otros	46.757.200,29	10,11

GRÁFICO N° 15



En el Anexo 4, se presentan todos los subconceptos que están englobados en cada uno de los artículos presupuestarios que conforman la deuda.

En el Anexo 5 aparece definido cada subconcepto de acuerdo con la Resolución de 31 de agosto de 2015, de la Dirección General de Presupuestos y Estadística, por la que se establecen los Códigos que definen la estructura económica desarrollada en la Orden EYH/638/2015, de 27 de julio.

Actuaciones que influyen en la deuda

El peso de cada gasto de la Deuda está estrechamente ligado con la dotación existente para dichos gastos y con su ejecución ya que el crédito del presupuesto es insuficiente para la totalidad de las necesidades que debe atender. La deuda se genera principalmente porque los recursos no son suficientes para el mantenimiento de los gastos de asistencia sanitaria, que como parte de los servicios públicos fundamentales dentro del estado del bienestar tienen forzosamente que realizarse, independientemente

del importe de los créditos consignados en el presupuesto. Y hay ejercicios en los que hay que hacer frente a gastos inaplazables (por ejemplo en 2015 el gasto en bienes corrientes y servicios tuvo que incrementarse debido fundamentalmente al notable crecimiento del gasto en fármacos hospitalarios como consecuencia de nuevos fármacos contra el virus de la hepatitis C, en detrimento de otro tipo de gastos y generando deuda. O el gasto en material sanitario debido a la aplicación del tipo de IVA del 21%, frente al tipo reducido que se aplicaba a la mayor parte del material hasta el ejercicio anterior. O en el capítulo de gastos de personal, el pago de parte de la paga extra de los empleados públicos dejada de percibir en 2012). Pero el hecho de que los gastos sean inaplazables no significa que no puedan ser previsibles o que la gestión integral del gasto que incluye la planificación, presupuestación, ejecución y evaluación no pueda ser mejorada.

La GRS tiene cierta facultad, a través de las consignaciones presupuestarias iniciales y de las modificaciones presupuestarias, dentro de lo que el ordenamiento permite, de determinar qué gasto antepone a cual otro a la hora de su imputación presupuestaria. Es decir, tiene cierta discrecionalidad para determinar el peso de unos gastos frente a otros. Así, la deuda del artículo 48 siempre se ha mantenido en un porcentaje relativamente bajo, la del artículo 22 se está reduciendo en 2015 y 2016 y la del artículo 17 se ha incrementado en los últimos 3 ejercicios.

Conocer las partidas que más peso tienen en cada uno de los artículos presupuestarios que constituyen la deuda permite determinar posibles acciones que reduzcan dichos gastos, más allá del incremento de la dotación presupuestaria, siempre determinada por el déficit de financiación. No obstante, las medidas de racionalización deben aplicarse en relación con la totalidad del gasto y no tanto con el de la deuda, ya que como se ha comentado, la GRS tiene cierta discrecionalidad a la hora de determinar los tipos de gastos que van a configurar la deuda.

El crecimiento del gasto sanitario en todas las Comunidades autónomas, ya en 2007 hizo que el grupo de trabajo sobre gasto sanitario convocado a raíz de la II Conferencia de Presidentes formulara una serie de recomendaciones sobre medidas de racionalización del gasto sanitario, lo cual demuestra el interés en este tema.

En la GRS, según consta en el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016, la reducción del gasto se ha dirigido a los gastos de administración y servicios generales y de salud pública, ya que se considera que en los gastos de los subprogramas directamente asistenciales es más difícil conseguir esa reducción. Respecto a las

medidas de racionalización se ha procedido a una mayor coordinación en la planificación de los programas y actuaciones de salud para impulsar procesos de atención compartidos como el modelo de gestión integrada de atención primaria y atención especializada. Y, en el ámbito de la organización de la asistencia sanitaria en zonas limítrofes, se han acometido diversas iniciativas de cooperación con aquellas comunidades autónomas con las que Castilla y León tiene especiales vínculos, dada su estratégica posición territorial.

Existe un gran elenco de políticas planteadas en el tema de las actuaciones adecuadas para mejorar el gasto sanitario con mayor o menor efectividad, desde medidas macroeconómicas a microeconómicas y de incremento de la eficiencia, medidas de control de precios, rentas y recursos (con una adecuada planificación de recursos humanos con perspectiva a largo plazo, con un control de precios de los medicamento que contenga las estrategias de los proveedores en este ámbito), medidas de techos presupuestarios (con una asignación presupuestaria en función de costes históricos o en función de costes esperados y actividad prevista), medidas de establecimiento de copagos, compartiendo los costes con los usuarios, medidas de mejora de la eficiencia en los centros sanitarios (reorientación de la asistencia sanitaria hacia técnicas ambulatorias o externalizar servicios concretos que pueden ser prestados en mejores condiciones económicas y de eficiencia), medidas relativas a la gestión sanitaria y al proceso de suministros (racionalización en la gestión de compras, contención del gasto en prestación farmacéutica, fomento de políticas relativas al uso racional del medicamento, centrales de compras, economías de escala que supondría evolucionar desde procedimientos de contratación aislados a nivel local a mercados organizados para el conjunto de los servicios de salud). En este sentido, la Comunidad Autónoma ha de desplegar las medidas que estén en su ámbito competencial para favorecer un marco adecuado tendente a la racionalización del gasto sanitario y todos ello con el empleo de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en el proceso asistencial.

III.4. DEUDA SANITARIA POR CENTROS DE GASTO

III.4.1. ANÁLISIS DE LA DISTRIBUCIÓN DE LA DEUDA POR CENTROS DE GASTO EN 2016 Y SU EVOLUCIÓN EN EL PERIODO 2011-2016

La Ley 8/2010, de 30 de agosto de ordenación del sistema de salud de Castilla y León establece en su artículo 18 la ordenación funcional del sistema público de salud de esta Comunidad y en este sentido señala que las prestaciones sanitarias se ordenan funcionalmente de forma integral y coordinada en:

- a) Atención Primaria.
- b) Atención Especializada.
- c) Salud Pública.
- d) Atención de urgencia.
- e) Atención sociosanitaria correspondiente al Sistema Público de Salud.

El Decreto 42/2016, de 10 de noviembre, por el que se establece la organización y funcionamiento de la Gerencia Regional de Salud ha venido a abordar una reforma integral de dicha entidad que de forma única proporcione una visión completa de la misma, en cuanto a su naturaleza, funciones, estructura y organización tanto central como periférica y en este sentido en su artículo 15 regula las Gerencias de Asistencia Sanitaria, definiéndolas como la institución sanitaria que, en el ámbito del Área de Salud, asume de forma integrada la gestión de los recursos, prestaciones, planes y programas de atención sanitaria en los niveles de atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria y de protección de la salud. Las Gerencias de Asistencia sanitaria serán creadas mediante Decreto de la Junta de Castilla y León.

El propio Decreto crea en su Disposición Adicional Primera las Gerencias de Asistencia Sanitaria en las áreas de salud de Ávila, el Bierzo, Palencia, Segovia, Soria y Zamora y establece que en dichas áreas, el Gerente de Asistencia Sanitaria asume las funciones del Gerente de Salud de Área, Gerente de Atención Primaria y Gerente de Atención Especializada.

Los centros de gasto en los que se divide el presupuesto de la GRS en el periodo 2011-2016 son: Servicios centrales, GAES, GAPs, GES y GSA. No obstante en este apartado se analizarán los centros de gasto a los que se circunscriben los informes de

control financiero permanente emitidos por la IGACYL al ser dichos informes la principal fuente de datos de esta fiscalización, es decir las GAPs, GAEs y GES.

La ordenación sanitaria en la Comunidad de Castilla y León está estructurada en 11 áreas de salud. La gestión económica de la GRS se implementa a través del Plan Anual de Gestión (PAG). Cada ejercicio presupuestario se firma este documento de trabajo cuyo ámbito de aplicación es cada una de las once áreas de salud de Castilla y León y se configura en torno a una serie de objetivos e indicadores de actividad previendo una serie de acciones a desarrollar.

El PAG se constituye en la herramienta esencial para la gestión del gasto sanitario, pero también puede contribuir a su vez, indirectamente, a la generación de la deuda. A la buena gestión de los recursos por parte de cada centro de gasto hay que añadir una dotación acorde a sus necesidades reales, lo que determinará la suficiencia o insuficiencia financiera que, en última instancia, es lo que origina la deuda.

En el cuadro siguiente se muestran los datos de la evolución de la deuda por centros de gasto y el porcentaje que representa la deuda de cada centro sobre el total. En los Anexos 6 a 11 se muestran los datos con más detalle, por artículo presupuestario en cada uno de los centros.

En todo el periodo el total de las GAEs aglutinan el 94,08% de la deuda, frente a las GAPs, el 5,34% y la GES, el 0,58%. La diferencia es tan significativa que va a hacer que el análisis se centre mayoritariamente en las GAEs.

CUADRO N° 13

DISTRIBUCIÓN DEUDA SANITARIA POR CENTROS DE GASTO

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2011-2016	% 2011	% 2012	% 2013	% 2014	% 2015	% 2016	% 2011-2016
Gae Aranda	11,37	1,97	4,12	7,30	6,94	5,85	37,55	0,97	0,99	2,00	1,50	1,51	1,26	1,26
Gae Avila	57,42	8,13	10,59	25,17	21,44	18,16	140,91	4,91	4,08	5,15	5,17	4,67	3,93	4,72
Gae Burgos	156,42	33,14	30,99	57,41	55,35	53,64	386,95	13,38	16,63	15,07	11,78	12,05	11,60	12,97
Gae El Bierzo	51,88	6,98	9,99	21,88	18,77	20,67	130,18	4,44	3,50	4,86	4,49	4,09	4,47	4,36
Gae León	165,16	20,03	27,97	72,41	62,41	72,01	419,99	14,13	10,05	13,61	14,86	13,59	15,58	14,08
Gae Medina	8,58	1,03	1,34	3,99	4,54	4,95	24,43	0,73	0,52	0,65	0,82	0,99	1,07	0,82
Gae Miranda	11,46	2,08	2,95	6,55	7,27	5,59	35,90	0,98	1,04	1,44	1,34	1,58	1,21	1,20
Gae Palencia	57,74	10,84	10,15	26,35	25,48	24,33	154,89	4,94	5,44	4,94	5,41	5,55	5,26	5,19
Gae Salamanca	188,29	28,02	32,49	76,77	71,58	66,58	463,73	16,11	14,06	15,80	15,75	15,59	14,40	15,55
Gae Segovia	49,17	6,74	9,20	22,99	18,35	19,47	125,93	4,21	3,38	4,48	4,72	4,00	4,21	4,22
Gae Soria	33,85	8,89	5,70	15,91	12,77	13,05	90,17	2,90	4,46	2,77	3,26	2,78	2,82	3,02
Gae VA Clínico	141,34	15,66	21,27	49,60	57,20	63,65	348,72	12,09	7,86	10,34	10,18	12,45	13,77	11,69
Gae VA R. H.	117,38	16,19	17,23	44,49	42,92	39,40	277,62	10,04	8,13	8,38	9,13	9,35	8,52	9,31
Gae Zamora	63,89	12,11	11,22	28,43	27,65	25,89	169,19	5,47	6,08	5,46	5,83	6,02	5,60	5,67
TOTAL GAes	1.113,95	171,81	195,21	459,25	432,67	433,24	2.806,16	95,29	86,22	94,95	94,24	94,21	93,73	94,08
Gap Avila	3,67	1,94	0,23	1,53	1,56	1,45	10,38	0,31	0,97	0,11	0,31	0,34	0,31	0,35
Gap Burgos	7,92	3,72	1,08	3,82	3,22	4,20	23,96	0,68	1,87	0,53	0,78	0,70	0,91	0,80
Gap El Bierzo	2,86	1,42	0,14	1,50	1,13	1,42	8,47	0,24	0,71	0,07	0,31	0,25	0,31	0,28
Gap León	5,29	3,02	0,59	2,84	2,48	3,53	17,76	0,45	1,52	0,29	0,58	0,54	0,76	0,60
Gap Palencia	4,41	2,04	0,47	2,05	1,89	2,29	13,15	0,38	1,02	0,23	0,42	0,41	0,50	0,44
Gap Salamanca	7,79	4,04	1,01	3,37	3,91	4,41	24,53	0,67	2,03	0,49	0,69	0,85	0,95	0,82
Gap Segovia	3,10	1,75	0,40	1,71	1,59	1,33	9,87	0,27	0,88	0,19	0,35	0,35	0,29	0,33
Gap Soria	2,40	1,26	0,46	1,16	1,15	1,16	7,58	0,21	0,63	0,22	0,24	0,25	0,25	0,25
Gap VA Este	5,04	2,66	1,70	2,54	2,03	2,38	16,34	0,43	1,34	0,83	0,52	0,44	0,52	0,55
Gap VA Oeste	4,18	1,96	0,28	2,14	1,87	1,76	12,19	0,36	0,98	0,14	0,44	0,41	0,38	0,41
Gap Zamora	4,96	2,43	0,91	2,02	2,48	2,11	14,91	0,42	1,22	0,44	0,41	0,54	0,46	0,50
TOTAL GAPs	51,62	26,24	7,27	24,68	23,31	26,04	159,14	4,42	13,17	3,54	5,06	5,07	5,63	5,34
G. Emergencias	3,38	1,21	3,11	3,37	3,29	2,96	17,32	0,29	0,61	1,51	0,69	0,72	0,64	0,58
TOTAL EMERGENCIAS	3,38	1,21	3,11	3,37	3,29	2,96	17,32	0,29	0,61	1,51	0,69	0,72	0,64	0,58
TOTAL GENERAL	1.168,95	199,26	205,59	487,30	459,27	462,24	2.982,62	100,00						

Millones de Euros.

*Incluye la información del artº 35 suministrada por la Gerencia Regional de Salud.

GAES

Las GAES son los centros que concentran el mayor importe del presupuesto, del gasto, y de la deuda. En la Comunidad se han establecido dos demarcaciones asistenciales de atención especializada: Zona Oeste y Zona Este. La Zona oeste de atención especializada agrupa las áreas de salud de Ávila, El Bierzo, León, Salamanca y Zamora, mientras la zona este comprende las áreas de salud de Burgos, Palencia, Segovia, Soria, Valladolid Este y Valladolid Oeste.

La red de Atención Especializada de SACYL comprende 14 centros hospitalarios y 14 centros de especialidades médicas. Ocho de los catorce hospitales son complejos asistenciales, que agrupan varios edificios hospitalarios. Del conjunto de hospitales, tres son de tipo comarcal, seis de área y cinco hospitales de referencia.

Las especialidades con mayor demanda están disponibles en todos los hospitales, las que generan una necesidad asistencial intermedia se ofertan en los hospitales de área y, finalmente, las especialidades con menor demanda y que requieren una alta especialización o el uso de tecnología sofisticada se concentran en servicios de referencia con cobertura para varias áreas de salud, con el fin de asegurar una asistencia accesible, eficiente y de calidad.

La cartera de servicios se complementa con el equipamiento de alta tecnología adecuado para llevar a cabo las prestaciones asistenciales. Los servicios de referencia concentran los recursos diagnósticos y terapéuticos necesarios para la atención a patologías que precisan de alto nivel de especialización o complejidad tecnológica.

Como se ha señalado anteriormente, el contrato anual de gestión de cada GAE incluye un presupuesto que determina cuantitativamente las acciones que puede realizar ese centro. Una infravaloración del importe de las necesidades o una inadecuada gestión de los recursos conllevarán que el centro gaste por encima de lo que tiene presupuestado y genere deuda.

La representación gráfica de los datos en importe total y porcentual de las GAES se muestra en los gráficos siguientes. En términos absolutos y más visualmente en términos relativos, se comprueba que los 5 centros que mayor deuda concentran son, aunque no siempre en el mismo orden, Salamanca, León, Burgos, Valladolid Clínico y Valladolid Río Hortega. Y los que menos, Medina, Miranda, Aranda, Soria, Segovia y el Bierzo, tampoco siempre en ese orden.

GRÁFICO N° 16

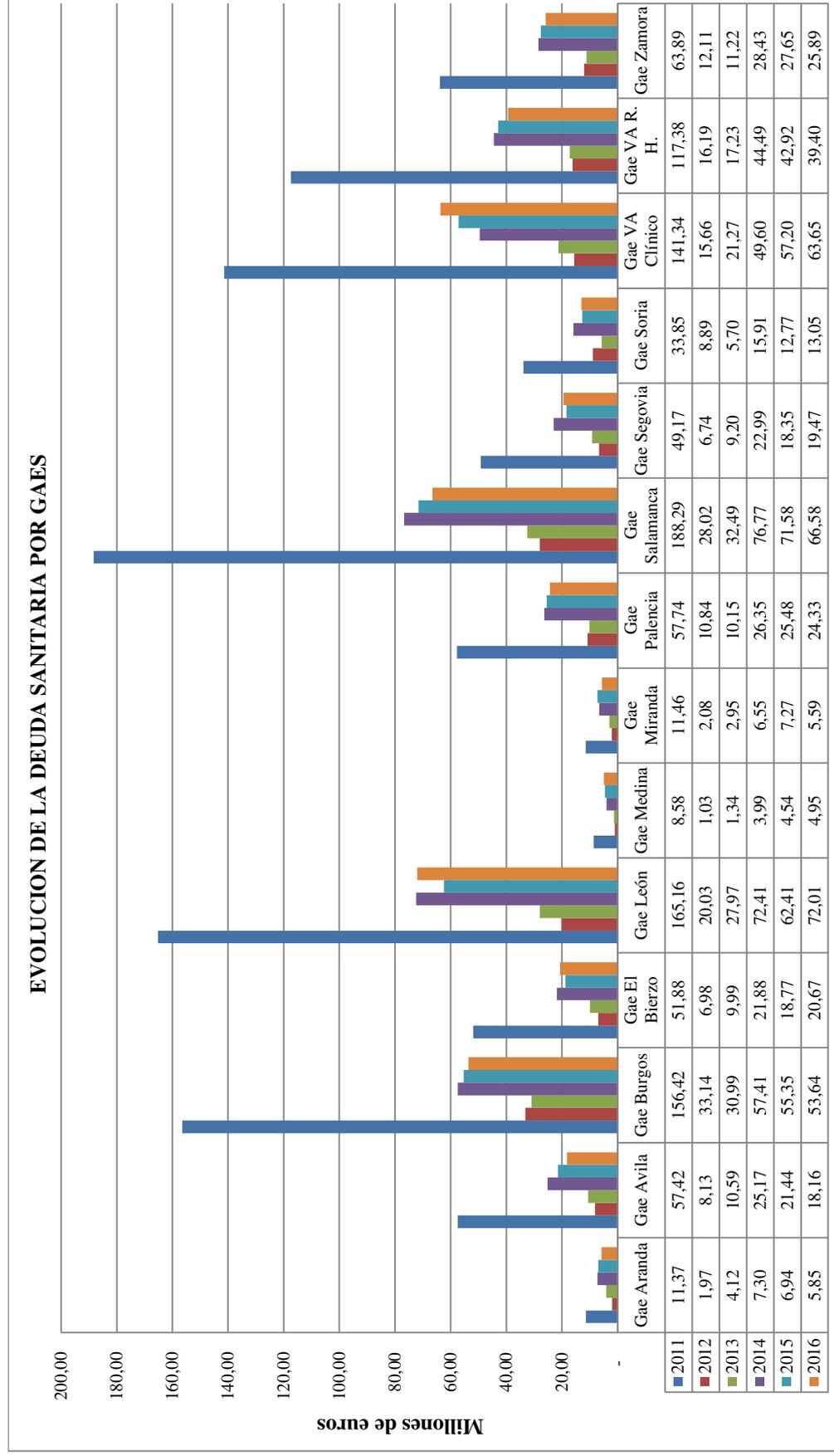
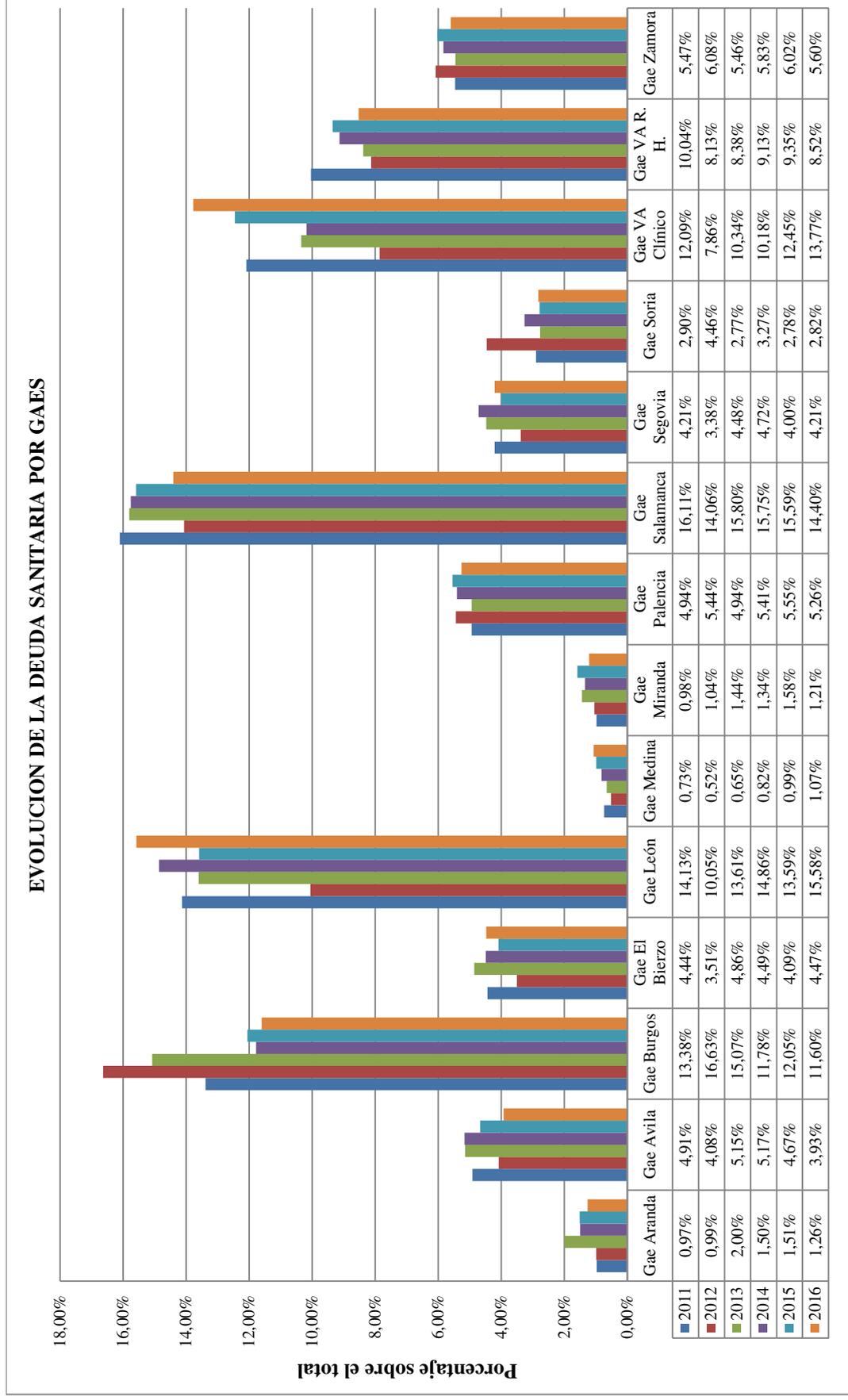


GRÁFICO N° 17



Respecto a la evolución interanual lo indicado a lo largo del informe para el conjunto de la deuda, se mantiene a nivel individual, si bien algunos ejercicios el comportamiento de algunas GAES se desvía de la regla general.

En 2011 y 2012 todos los centros mantienen la tendencia general, la deuda en 2011 es muy elevada y en 2012 se produce una reducción drástica. En 2013 a nivel global la deuda sufrió un ligero incremento y todos los centros siguen la misma pauta, aunque con variaciones de intensidad, excepto Burgos, Palencia, Soria y Zamora, donde la deuda disminuye. En 2014 todos los centros vuelven a secundar la tendencia general ya que se produce un incremento acentuado de la deuda en cada uno de ellos, si bien serán Medina, Soria, Palencia y León quienes aumenten la deuda por encima de la media y Aranda, Burgos, el Bierzo y Miranda quienes la aumentan por debajo de la media. La deuda más representativa en ese ejercicio es la de Salamanca, que coincide con la media en ese ejercicio. En 2015 y 2016 el comportamiento de los centros es algo más dispar en relación con la media de esos periodos. Así en 2015, la deuda se redujo un 5,75% y sin embargo en el Clínico de Valladolid, Medina y Miranda la deuda aumentó, alcanzando el 15,32%, 13,89% y 10,90% respectivamente. La reducción mayor se produjo en Segovia, Soria, Ávila, El Bierzo y León, con porcentajes que van de un -20,15% del primero a un -13,81% de León. En 2016 el nivel de la deuda prácticamente se mantuvo respecto al ejercicio anterior, aumentando un 0,65%. Sin embargo la conducta de los centros este año también es heterogénea. Así León y Clínico de Valladolid con incrementos del 15,39% y el 11,28% son los centros que están más alejados de la media. En sentido contrario se encuentran Miranda, Aranda y Ávila,

El porcentaje más alto de obligaciones pendientes de imputar se produce en las mismas GAES todos los años. Se examinarán con más detalle los 5 centros que acumulan la mayor cuantía de deuda y que también acumulan la mayor cuantía de gasto. La representación de la deuda en estos centros alcanza el 63,60% del total y la representación del presupuesto ejecutado el 48,87%.

Esos 5 centros, Salamanca, León, Burgos, Valladolid Clínico y Valladolid Río Hortega, son los centros con mayor deuda pero también son los centros que tienen mayor población a la que dan cobertura asistencial y en determinados casos son centros de referencia.

En definitiva, esos centros son los que más gasto sanitario gestionan. El gasto, a su vez, está en función de los recursos humanos con los que cuenta cada GAE, la

población que atiende y los centros asistenciales que dependen de cada uno. A título de ejemplo, la GAE de Burgos da cobertura a 262.794 personas, cuenta con 3.538 trabajadores e incluye los siguientes centros asistenciales: el Hospital Universitario, el Hospital Fuente Bermeja y el Hospital Divino Vallés, la GAE de Salamanca da cobertura a 335.985 personas, cuenta con 4.366 trabajadores e incluye los siguientes centros asistenciales: el Hospital Clínico, el Hospital de los Montalvos, Hospital Virgen del Castañar de Béjar, Hospital Virgen de la Vega y el Centro de Especialidades de Ciudad Rodrigo.

En los dos gráficos siguientes se refleja la representatividad de la deuda y del gasto de las 5 GAES. Se ha incluido cada uno de los años analizados y el acumulado 2011-2016.

Los 5 centros que más deuda aglutinan no tienen un comportamiento homogéneo a lo largo de la evolución interanual. El ranking va variando dependiendo del ejercicio presupuestario. El gráfico muestra que Salamanca es la GAE que más deuda ha generado en este periodo, seguido de León, Burgos y en menor medida, Valladolid Clínico y Valladolid Río Hortega. El centro con la tendencia más dispar es Burgos. Esos mismos 5 centros también aglutinan el mayor importe del gasto sanitario ejecutado. El comportamiento por centros en la evolución interanual es mucho más homogéneo. Así la variación de los 5 centros a lo largo de cada ejercicio presupuestario es prácticamente lineal. Salamanca es el centro que más presupuesto gasta, seguido de León, Burgos, Valladolid Clínico y Valladolid Río Hortega.

GRÁFICO N° 18

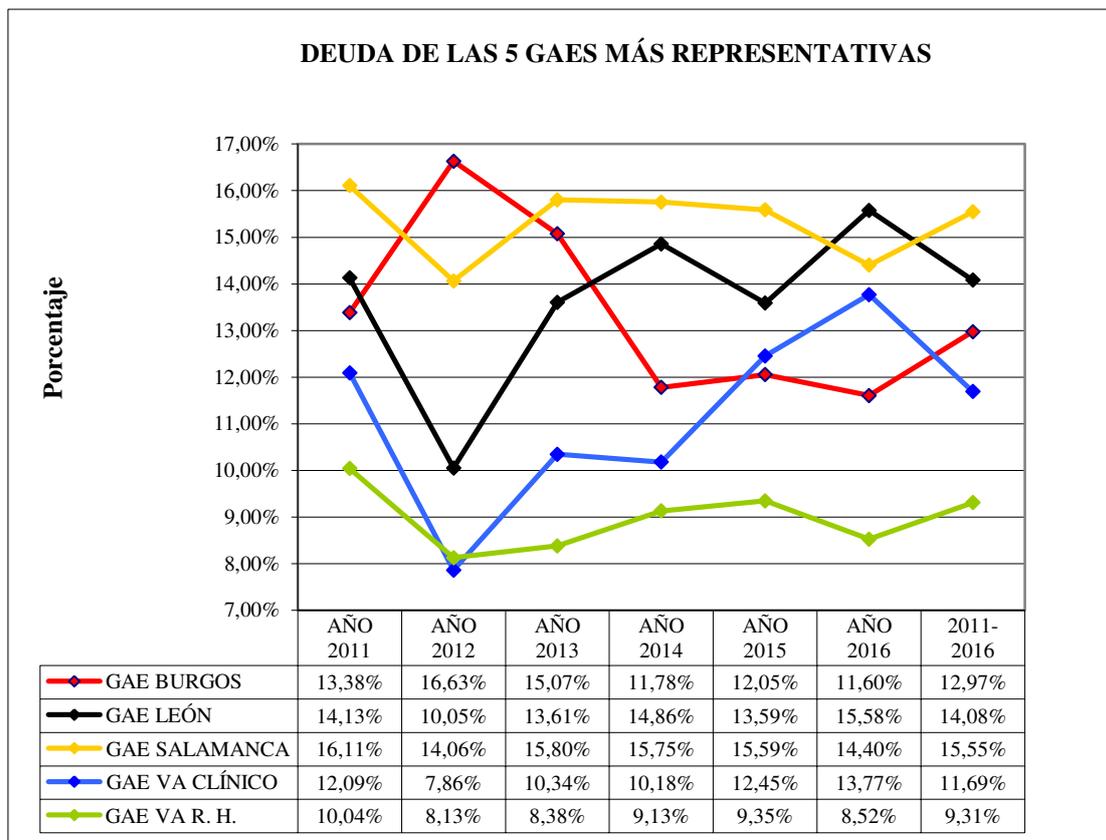
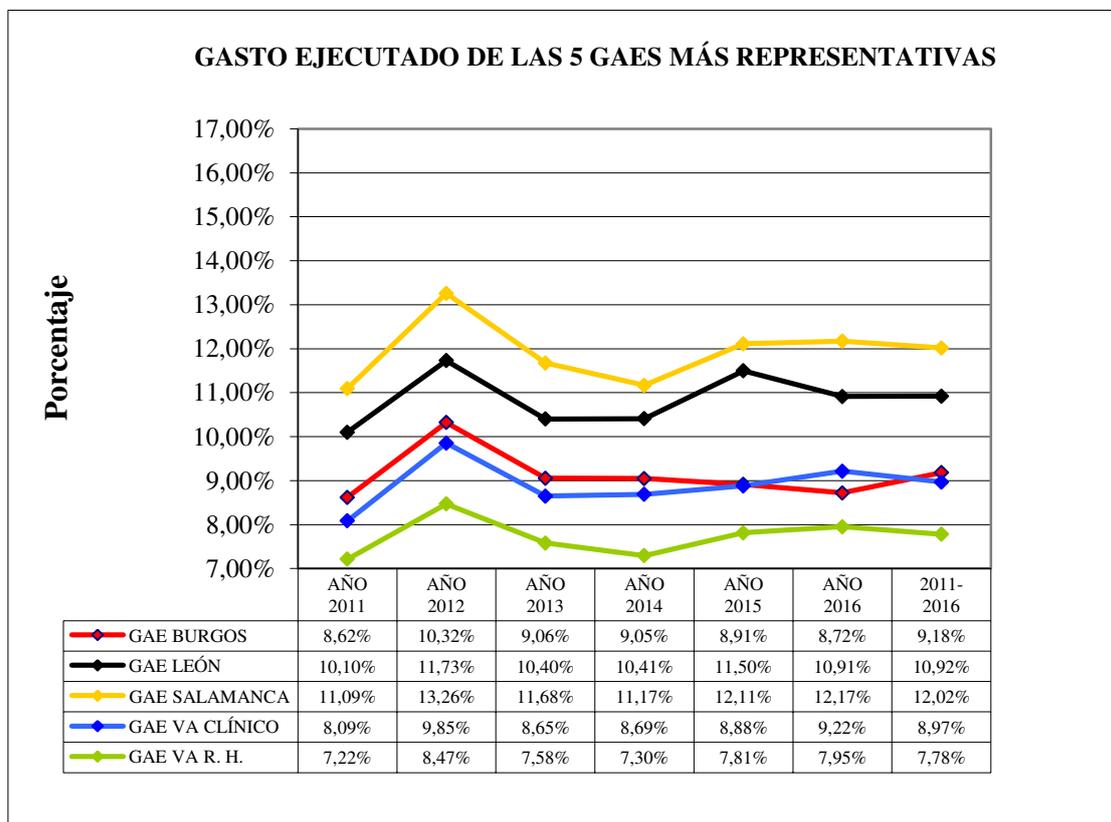


GRÁFICO N 19



El hecho de que en estos 5 centros esté concentrado el mayor importe de la deuda no debe ser interpretado en términos de buena o mala gestión de los centros. En la gestión de las GAEs intervienen múltiples y complejos factores y de una simplificación del análisis se podrían inferir unos resultados erróneos y nada ajustados a la realidad.

No se puede establecer un paralelismo entre el importe de la deuda y la gestión de un centro. No obstante de los gráficos se desprende que el comportamiento de los centros en relación con la deuda es muy desigual a lo largo del periodo analizado y sin embargo el comportamiento del gasto ejecutado es muy similar, lo que significa que la dotación presupuestaria, y por tanto el gasto ejecutado, no tienen en cuenta la deuda que mantiene cada centro.

Disponer de instrumentos eficaces para la evaluación de la gestión de los centros, con los indicadores adecuados y criterios objetivos y transparentes contribuye a un tratamiento diferenciado, que no desigual, de cada centro, según sus necesidades, a la hora de dotar los créditos para su gestión. En este sentido, la GRS ya cuenta con el PAG, por lo que sería acertado que aprovechara esa herramienta para adaptar las necesidades económicas de cada centro, maximizando el control presupuestario sin reducir la calidad asistencial.

III.4.2. ANÁLISIS DE LA DISTRIBUCIÓN POR CENTRO DE GASTO Y ARTÍCULO EN EL PERIODO DE REFERENCIA

Desde la perspectiva económica de los gastos, como puede verse en los Anexos 6 a 11 de cada uno de los ejercicios presupuestarios analizados, el mayor peso de la deuda recae sobre los artículos 22, 17 y 26. Y los 5 centros concentran el mayor importe en dichos artículos.

Se analizará el ejercicio 2016 para intentar desglosar a nivel de subconcepto, no solo de artículo presupuestario, los centros que más deuda han generado.

El total de la deuda en el artículo 22 ascendió a 292.161.487,08 €. El importe de la deuda de los 5 centros asciende a 197.601.088,85, el 67,63%. La distribución por subconceptos más representativos de los 5 centros de gasto es la siguiente:

CUADRO Nº 14

DEUDA ARTÍCULO 22

	22106	22114	22116	22121
	Farmacia	Hemoderivados	Implantes	Otro material sanit.
Gae Burgos	16.769.187,00	2.560.755,36	5.283.396,44	6.702.380,76
Gae León	16.260.586,59	2.456.352,99	6.965.096,94	5.707.428,99
Gae Salamanca	14.547.843,66	2.931.288,58	9.968.528,04	7.517.325,05
Gae VA Clínico	14.601.529,12	2.766.230,40	10.270.738,48	7.609.327,33
Gae VA R. H.	9.594.067,71	2.120.716,04	3.147.383,63	4.019.859,08
TOTAL	71.773.214,08	12.835.343,37	35.635.143,53	31.556.321,21
% sobre Art. 22	24,57	4,39	12,20	10,80

La mayor cuantía del total de las obligaciones pendientes de imputar, el 24,57%, corresponde a productos farmacéuticos, imputado en el subconcepto 22106 y la menor, el 4,39%, a los medicamentos hemoderivados, subconcepto 22114. La deuda correspondiente a prótesis e implantes y a otro material sanitario suponen el 12,20%, subconcepto 22116, y el 10,80%, subconcepto 22121, respectivamente.

El total de la deuda en el artículo 17 ascendió a 116.807.042,15 €. La mayor cuantía la ostenta Salamanca, seguida de León, Burgos, Valladolid Clínico y Valladolid Río Hortega. Hay que destacar que la representatividad de la deuda en este artículo por centros de gasto es bastante homogénea y está íntimamente relacionado con el importe de los gastos de personal ya que prácticamente todos los centros han dejado de imputar por falta de crédito los gastos de cotización a la seguridad social que se corresponden con los mismos meses (en 2016, desde julio a diciembre).

CUADRO Nº 15

DEUDA ARTÍCULO 17

	Artículo 17
Gae Burgos	12.224.656,53
Gae León	14.296.043,43
Gae Salamanca	15.692.036,86
Gae VA Clínico	11.184.988,34
Gae VA R. H.	10.428.329,29
TOTAL	63.826.054,45
% sobre total	54,64

El total de la deuda en el artículo 26 ascendió a 33.337.698,05 €. La distribución por subconceptos más representativos de los 5 centros de gasto es la siguiente:

CUADRO Nº 16

DEUDA ARTÍCULO 26

	26204	26301	26403
	Conciertos Entidades Privadas	Club diálisis	Terapia insuficiencia respiratoria. domicilio
Gae Burgos	763.778,84	564.661,20	863.996,64
Gae León	10.972.160,05	2.310.728,17	258.767,04
Gae Salamanca	243.949,07	205.461,44	493.105,19
Gae VA Clínico	1.120.014,87	1.339.137,86	425.474,17
Gae VA R. H.	867.762,79	916.653,53	205.168,55
TOTAL	13.967.665,62	5.336.642,20	2.246.511,59
% sobre Art. 26	41,90	16,01	6,74

El concepto 262 engloba los Conciertos con instituciones de atención especializada, y como se observa en el cuadro, los conciertos con entidades privadas, en el subconcepto 26204 es el que más deuda acumula, el 41,90%, seguido del subconcepto 263.01, Club de Diálisis, con el 16,01% y en menor cuantía del subconcepto 26403, Terapia de la insuficiencia respiratoria a domicilio, con el 6,74%.

GAPS

La deuda del total de las GAPS supone un 5,34% sobre el total de la deuda en el total de ejercicios objeto de análisis.

En este análisis, teniendo en cuenta que la representatividad de la deuda de las GAPS en relación con la deuda total es muy pequeña, la comparación de los artículos de los centros más representativos se realizará con la deuda de las GAPS, no sobre la deuda total. Los artículos presupuestarios con mayor deuda en el conjunto de las GAPS son el 17 “Cuotas y prestaciones a la seguridad social”, el 22 “Material, suministros y otros” y el 48 “Transferencias corrientes a familias e instituciones sin ánimo de lucro” aunque no siempre en todos los ejercicios por este orden. Exceptuando los ejercicios 2011 y 2012 que fueron excepcionales, el primero por el gran importe de deuda y el segundo por su gran disminución, hay que señalar que el artículo 17 ha ido aumentando cada ejercicio hasta situarse en 2016 en un 54,44% del importe total. En sentido contrario el artículo

CONSEJO DE CUENTAS DE CASTILLA Y LEÓN

Fiscalización del Análisis y Evolución de la Deuda Sanitaria no imputada a Presupuesto en la Comunidad de Castilla y León

22 desde 2014 muestra una tendencia bajista, situándose en un 25,36% del importe total. Y en la misma línea se sitúa el artículo 48, con una propensión a la baja en los 4 últimos ejercicios, pasando de un 54,33% en 2013 al 13,99% en 2016.

En todos los ejercicios el porcentaje más alto de obligaciones pendientes de imputar a presupuesto se produce en los mismos centros de gasto, aunque no en el mismo orden en todos los ejercicios presupuestarios. Los 5 centros con más deuda son Salamanca, Burgos, León, Valladolid Este y Zamora. En el siguiente cuadro se muestra el porcentaje que representa sobre la deuda total cada uno de los centros de gasto. La deuda total de esos 5 centros dependiendo de los años oscila entre el 59,12% en 2014 y el 72,70% en 2013. A nivel individual destaca Salamanca con un 15,41% del total del periodo, seguido de Burgos, León, Valladolid Este y Zamora. No obstante a lo largo de cada ejercicio el orden ha variado.

CUADRO N° 17

REPRESENTATIVIDAD DE LAS 5 GAPS EN LA DEUDA

	% 2011	% 2012	% 2013	% 2014	% 2015	% 2016	% 2011-2016
Gap Burgos	15,34	14,18	14,89	15,50	13,81	16,11	15,06
Gap León	10,25	11,52	8,15	11,50	10,66	13,57	11,16
Gap Salamanca	15,10	15,39	13,83	13,65	16,78	16,95	15,41
Gap Valladolid Este	9,76	10,15	23,35	10,28	8,69	9,15	10,27
Gap Zamora	9,60	9,27	12,47	8,20	10,63	8,10	9,37
TOTAL 5 GAPS	60,05	60,51	72,70	59,12	60,58	63,88	61,26
TOTAL DEUDA GAPS	100,00						

Al igual que sucede con las GAES, las distintas GAPS también difieren unas de otras respecto a la cobertura asistencial y los recursos humanos con los que cuentan. El siguiente cuadro, extraído de la información que aparece en los informes de control financiero permanente, resume de forma esquemática la población que atiende cada uno de los 5 centros con más deuda y el número de trabajadores a 31/12/2016.

CUADRO Nº 18

POBLACIÓN ATENDIDA POR LOS CENTROS

GAP	población atendida	trabajadores
Gap Burgos	357.000	1.298
Gap León	317.357	1.132
Gap Salamanca	335.985	1.311
Gap Valladolid Este	263.195	844
Gap Zamora	180.406	767

En 2016 el importe de la deuda de estos 5 centros en los artículos o subconceptos más representativos ha sido el siguiente.

CUADRO Nº 19

DEUDA DE LOS CENTROS POR ARTÍCULOS O SUBCONCEPTOS

Centro	Artículo 17	Sub. 22100	Sub. 22102	Sub. 22117	Sub. 22121	Sub. 22700	Artículo 48
Gap Burgos	1.967.603,07	160.184,40	118.036,18	178.945,95	70.309,41	664.068,83	816.562,18
Gap León	1.957.365,73	203.759,24	76.082,43	8.869,08	96.517,31	459.519,10	465.544,53
Gap Salamanca	2.051.321,88	153.395,32	38.398,77	113.503,10	175.588,22	824.868,98	607.169,43
Gap Valladolid Este	1.359.273,20	210.901,95	65.038,94	107.070,70	64.859,11	0,00	389.230,48
Gap Zamora	1.241.277,95	176.481,88	68.614,09	124.322,44	55.001,28	1.057,06	244.737,59
TOTAL	8.576.841,83	904.722,79	366.170,41	532.711,27	462.275,33	1.949.513,97	2.523.244,21

El tipo de gasto más relevante en la deuda de estas 5 GAPS, como se ha señalado con carácter general, lo encabezan las cotizaciones a la seguridad social. Posteriormente son los gastos en productos farmacéuticos los que le siguen y ya en menor medida los subconceptos del artículo 22, por este orden, “gastos en limpieza y aseo” (22700), “energía eléctrica” (22100) “material de laboratorio” (22117), “otro material sanitario” (22121) y “gas y calefacción” (22102).¹

Por último, señalar que la Gerencia de Emergencias Sanitarias es un servicio asistencial de la GRS, de ámbito autonómico, adscrito a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, que presta asistencia sanitaria extra hospitalaria de urgencias y emergencias.

¹ Párrafo modificado en virtud de alegaciones.

Junto con los órganos de administración de la Gerencia, se compone del Centro Coordinador de Urgencias (CCU) único para toda la Comunidad y de 23 Bases de Emergencias distribuidas a lo largo de toda la Comunidad. A 31 de diciembre de 2016, el centro contaba con 344 trabajadores.

La deuda de la Gerencia de Emergencias en el periodo analizado se concentra en el art. 26 “Conciertos relativos a acciones en materia sanitaria” (Servicios concertados de ambulancias; Traslados de enfermos. Otros medios de transporte). En 2016 el importe asciende a 2.961.158,35€, de los cuales el 95,25% corresponde el art. 26. En los ejercicios anteriores, el porcentaje que representaba dicho artículo en el total de la deuda es el siguiente, en 2015 el 85,81%, en 2014 el 83,82%, en 2013 el 85,62%, en 2012 el 1,49% y en 2011 el 50,05%.

III.5. DATOS DE LA PRESTACIÓN SANITARIA EN CASTILLA Y LEÓN

III.5.1. ESTADÍSTICA DEL GASTO SANITARIO EN ESPAÑA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Para completar el análisis de la deuda sanitaria, se van a analizar los principales indicadores de la prestación sanitaria en Castilla y León y su comparación con el resto de Comunidades Autónomas, calculando el gasto sanitario por habitante.

Para realizar este análisis se han utilizado los datos reflejados en la página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad que alcanzan hasta el año 2015.

Se ha tratado de ver la evolución del gasto sanitario público de 2011 a 2015 desagregado por Comunidades Autónomas, así como las variaciones interanuales de algunos indicadores del funcionamiento del sistema sanitario que suponen una parte predominante en la composición del gasto sanitario, como son el gasto en Atención Primaria, Atención Especializada, Farmacia y en remuneración de personal.

CUADRO Nº 20

GASTO SANITARIO PÚBLICO. CCAA.

CCAA		2011	2012	2013	2014	2015*
Andalucía	AN	9.442.263	9.222.669	8.811.921	8.737.071	9.157.678
Aragón	AR	2.050.725	2.043.354	1.655.999	1.899.341	1.948.107
Asturias Principado de	AS	1.720.684	1.655.199	1.520.277	1.517.404	1.601.767
Balears, Illes	IB	1.583.788	1.293.164	1.278.217	1.332.287	1.441.539
Canarias	CN	2.731.177	2.519.267	2.552.820	2.604.642	2.745.217
Cantabria	CB	767.087	1.046.218	801.168	802.019	827.207
Castilla y León	CL	3.331.929	3.455.191	3.391.466	3.164.010	3.580.906
Castilla-la Mancha	CM	3.067.039	2.612.747	2.505.812	2.517.165	2.672.117
Cataluña	CT	10.120.602	9.482.956	9.265.086	9.204.675	9.843.829
Comunitat Valenciana	VC	6.740.132	6.055.584	5.684.842	5.920.865	6.459.931
Extremadura	EX	1.692.857	1.555.519	1.542.614	1.587.760	1.639.029
Galicia	GA	3.668.224	3.530.254	3.558.716	3.553.445	3.808.454
Madrid Comunidad de	MD	8.418.057	7.665.513	7.402.709	7.422.903	7.937.588
Murcia Región de	MC	2.265.509	2.110.545	2.086.493	2.074.552	2.159.305
Navarra C. Foral de	NC	987.510	918.491	892.198	913.535	960.990
País Vasco	PV	3.566.168	3.448.823	3.394.440	3.429.506	3.531.083
La Rioja	RI	461.903	418.980	414.895	419.282	434.119
TOTAL		62.615.654	59.034.474	56.759.673	57.100.462	60.748.866

(Miles de euros)

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

*Datos provisionales

En el cuadro anterior se refleja que, en el periodo 2011-2015, el gasto público sanitario total de las CCAA ha disminuido en 1.866.788 miles de euros. Este gasto ha disminuido en todas las CCAA excepto en Canarias, Cantabria, Castilla y León y Galicia. Castilla y León es la Comunidad en la que más ha crecido el gasto sanitario, 248.977 miles de euros.

En Canarias, Castilla y León y Galicia el gasto público en sanidad en 2015 es el más alto del periodo analizado, en Cantabria esto se produce en el ejercicio 2012. En el

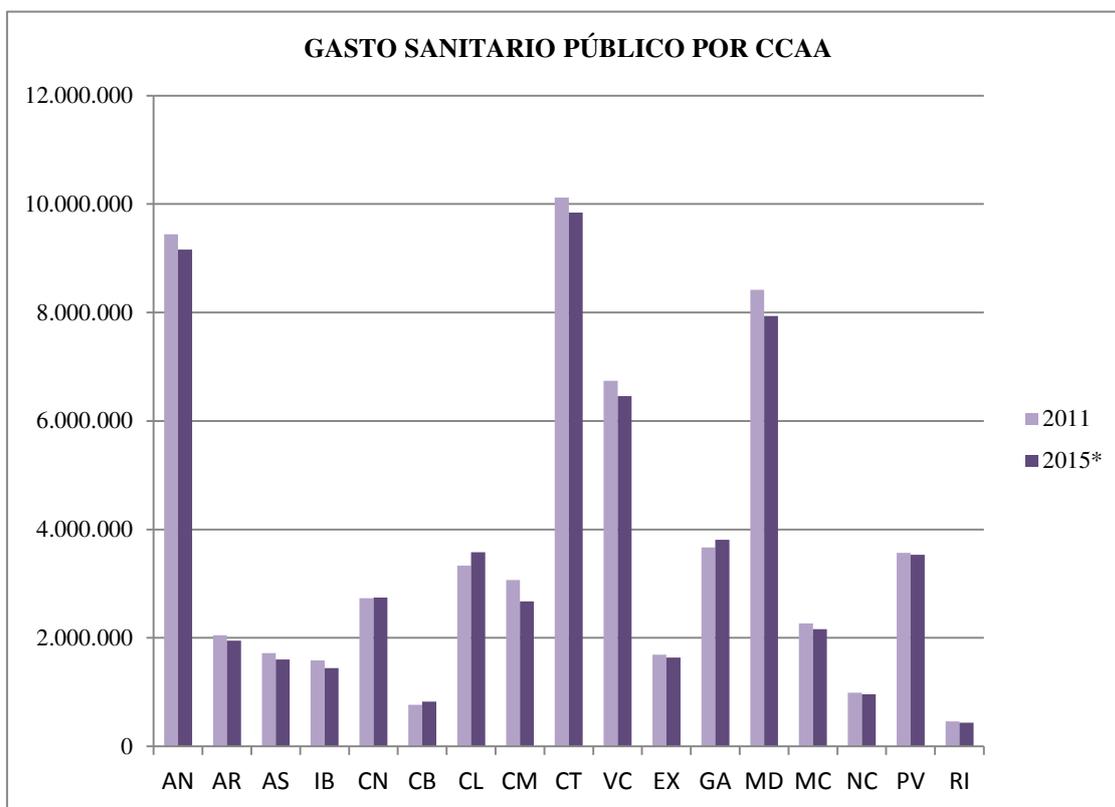
CONSEJO DE CUENTAS DE CASTILLA Y LEÓN

Fiscalización del Análisis y Evolución de la Deuda Sanitaria no imputada a Presupuesto en la Comunidad de Castilla y León

resto de las CCAA el gasto público sanitario más elevado del periodo es el del ejercicio 2011.

Considerando los datos del año 2015 un 54,98% del gasto sanitario público del total de las CCAA ha sido originado por cuatro comunidades autónomas: Cataluña, Andalucía, Valencia y Madrid. Por otro lado, la Rioja, Cantabria y Navarra son las comunidades con el gasto más bajo, en valores absolutos. Todos estos datos se muestran en el siguiente gráfico.

GRÁFICO N° 20



*Datos provisionales.

Un análisis más detallado muestra porcentualmente, en el siguiente cuadro, la variación respecto al año anterior del Gasto Sanitario de las CCAA de 2012 a 2015.

CUADRO Nº 21

VARIACIÓN INTERANUAL DEL GASTO SANITARIO POR CCAA

CCAA		2012/2011	2013/2012	2014/2013	2015/2014
		%	%	%	%
Andalucía	AN	-2,33	-4,45	-0,85	4,81
Aragón	AR	-0,36	-18,96	14,69	2,57
Asturias, Principado de	AS	-3,81	-8,15	-0,19	5,56
Baleares, Illes	IB	-18,35	-1,16	4,23	8,20
Canarias	CN	-7,76	1,33	2,03	5,40
Cantabria	CB	36,39	-23,42	0,11	3,14
Castilla y León	CL	3,70	-1,84	-6,71	13,18
Castilla-la Mancha	CM	-14,81	-4,09	0,45	6,16
Cataluña	CT	-6,30	-2,30	-0,65	6,94
Comunitat Valenciana	VC	-10,16	-6,12	4,15	9,10
Extremadura	EX	-8,11	-0,83	2,93	3,23
Galicia	GA	-3,76	0,81	-0,15	7,18
Madrid, Comunidad de	MD	-8,94	-3,43	0,27	6,93
Murcia, Región de	MC	-6,84	-1,14	-0,57	4,09
Navarra, C. Foral de	NC	-6,99	-2,86	2,39	5,19
País Vasco	PV	-3,29	-1,58	1,03	2,96
La Rioja	RI	-9,29	-0,97	1,06	3,54
TOTAL		-5,72	-3,85	0,60	6,39

El 2015 es el primer año del periodo analizado en el que el gasto público sanitario de todas las CCAA aumenta respecto al año anterior. En el año 2013 todas las CCAA experimentaron descensos en su gasto sanitario, a excepción de Canarias y Galicia.

Hay que destacar el incremento del 13,18% en el año 2015 en la Comunidad de Castilla y León.

En el siguiente cuadro se recogen los datos del gasto sanitario público por habitante de las distintas comunidades autónomas, así como su evolución.

CUADRO Nº 22

**EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO TERRITORIALIZADO,
POR HABITANTE PROTEGIDO**

CC.AA.		2011	2012	2013	2014	2015	Variación 2015/2011%
Andalucía	AN	1.184,14	1.190,69	1.149,70	1.111,12	1.147,09	-3,13
Aragón	AR	1.609,50	1.549,69	1.285,36	1.478,45	1.514,26	-5,92
Asturias, Principado de	AS	1.641,19	1.562,16	1.445,51	1.457,24	1.547,82	-5,69
Balears, Illes	IB	1.468,09	1.269,97	1.242,32	1.291,83	1.380,78	-5,95
Canarias	CN	1.354,67	1.300,45	1.344,58	1.354,77	1.417,20	4,62
Cantabria	CB	1.341,19	1.841,87	1.413,40	1.416,40	1.460,64	8,91
Castilla y León	CL	1.387,27	1.725,31	1.713,21	1.623,76	1.508,06	8,71
Castilla - La Mancha	CM	1.512,34	1.085,57	1.046,76	1.053,75	1.379,10	-8,81
Cataluña	CT	1.380,93	1.354,26	1.323,79	1.296,87	1.371,42	-0,69
Comunitat Valenciana	VC	1.366,46	1.308,71	1.242,11	1.285,17	1.395,00	2,09
Extremadura	EX	1.625,03	1.440,91	1.442,37	1.494,68	1.547,50	-4,77
Galicia	GA	1.379,87	1.310,14	1.338,30	1.340,71	1.440,20	4,37
Madrid, Comunidad de	MD	1.371,83	1.234,57	1.202,47	1.193,27	1.260,53	-8,11
Murcia, Región de	MC	1.622,13	1.528,21	1.505,74	1.488,70	1.536,58	-5,27
Navarra, C. Foral de	NC	1.576,06	1.650,78	1.522,57	1.497,08	1.552,98	-1,46
País Vasco	PV	1.661,47	1.561,50	1.570,41	1.583,12	1.618,47	-2,59
La Rioja	RI	1.490,10	1.342,34	1.331,31	1.353,42	1.400,36	-6,02
TOTAL		24.972,27	24.257,13	23.119,91	23.320,34	24.477,99	-1,98

(euros)¹

En el periodo 2011-2015, el gasto sanitario total por habitante para el conjunto de las CCAA pasa de 24.972,27 € a 24.477,99 €, es decir en cuatro años ha disminuido en 494,28 €. Después de dos años consecutivos de reducción, en el año 2014 y sobre todo en el 2015 se ha producido un incremento respecto al año anterior, con lo que la diferencia respecto al gasto por habitante de 2011 se ha reducido.

¹ Modificado en virtud de alegaciones.

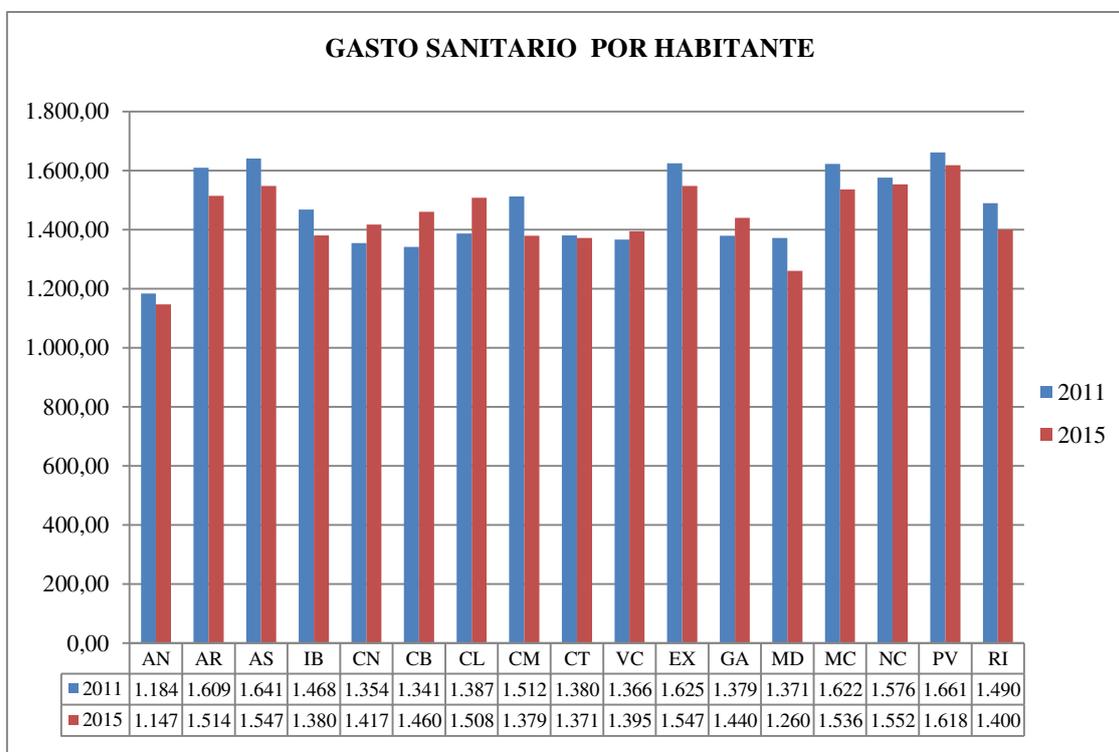
En cuanto a la comparativa del gasto sanitario total por habitante en las distintas comunidades autónomas respecto al año anterior se observa lo siguiente:

En el periodo 2011-2015, los gastos sanitarios por habitante disminuyen en todas las CCAA excepto en cinco, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Comunidad Valenciana y Galicia. Siendo la comunidad que más ha aumentado el gasto sanitario por habitante Cantabria con un 8,91% seguida de Castilla y León con un 8,71%. Por el otro lado, Castilla-La Mancha ha sido la comunidad que más ha disminuido el gasto por habitante, un 8,81%.¹

Las CC.AA. que reflejan los mayores niveles de gasto público sanitario por habitante a lo largo del periodo analizado son Cantabria (1.841,87 €) y Castilla y León (1.725,31 €) alcanzados en 2012, en contrapartida Andalucía muestra los niveles más bajos en todo el periodo.

A continuación se representan gráficamente esta evolución del gasto sanitario por habitante.

GRÁFICO N° 21



¹ Párrafo modificado en virtud de alegaciones.

En el siguiente cuadro se recogen las variaciones del gasto público sanitario por habitante respecto al año anterior del gasto sanitario de las CCAA de 2012 a 2015.

CUADRO N° 23

VARIACIÓN INTERANUAL DEL GASTO SANITARIO POR HABITANTE

CC.AA.		2012/2011 %	2013/2012 %	2014/2013 %	2015/2014 %
Andalucía	AN	0,55	-3,44	-3,36	3,24
Aragón	AR	-3,72	-17,06	15,02	2,42
Asturias, Principado de	AS	-4,82	-7,47	0,81	6,22
Baleares, Illes	IB	-13,50	-2,18	3,99	6,89
Canarias	CN	-4,00	3,39	0,76	4,61
Cantabria	CB	37,33	-23,26	0,21	3,12
Castilla y León	CL	24,37	-0,70	-5,22	-7,13
Castilla - La Mancha	CM	-28,22	-3,58	0,67	30,88
Cataluña	CT	-1,93	-2,25	-2,03	5,75
Comunitat Valenciana	VC	-4,23	-5,09	3,47	8,55
Extremadura	EX	-11,33	0,10	3,63	3,53
Galicia	GA	-5,05	2,15	0,18	7,42
Madrid, Comunidad de	MD	-10,01	-2,60	-0,77	5,64
Murcia, Región de	MC	-5,79	-1,47	-1,13	3,22
Navarra, C. Foral de	NC	4,74	-7,77	-1,67	3,73
País Vasco	PV	-6,02	0,57	0,81	2,23
La Rioja	RI	-9,92	-0,82	1,66	3,47
TOTAL		-2,86	-4,69	0,87	4,96

En el año 2012 se produce una caída del gasto sanitario por habitante en trece de las diecisiete CC.AA. Los mayores descensos los sufren Castilla-La Mancha (28,22%) seguido de Baleares (13,50%) y, por el lado contrario, el incremento más notable se produce en Cantabria (37,33%) y Castilla y León (24,37%).

En el año 2013, las CCAA que más descienden son Cantabria (23,26%) y Aragón (17,06%).

En el año 2015, el gasto sanitario por habitante aumenta en todas las CCAA, excepto en Castilla y León que disminuye un 7,13% continuando con la tendencia descendente iniciada en 2013.

En el cuadro y grafico siguientes se refleja la evolución del porcentaje de gasto sanitario dedicado por las Comunidades autónomas a la atención primaria en el periodo 2011-2015.

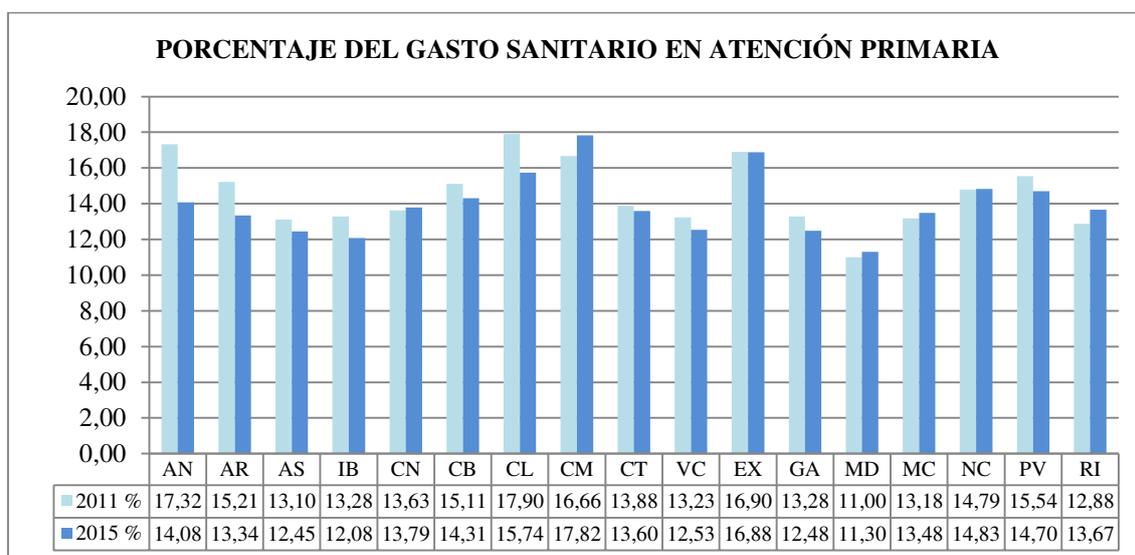
CUADRO N° 24

EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE GASTO SANITARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA

CC.AA.		2011	2012	2013	2014	2015
		%	%	%	%	%
Andalucía	AN	17,32	16,06	14,45	14,43	14,08
Aragón	AR	15,21	12,40	14,99	15,37	13,34
Asturias, Principado de	AS	13,10	12,07	17,54	13,18	12,45
Balears, Illes	IB	13,28	13,32	13,24	13,16	12,08
Canarias	CN	13,63	13,95	14,42	14,17	13,79
Cantabria	CB	15,11	10,52	14,33	14,32	14,31
Castilla y León	CL	17,90	16,30	17,09	17,55	15,74
Castilla-La Mancha	CM	16,66	16,49	17,15	15,44	17,82
Cataluña	CT	13,88	13,87	13,75	13,80	13,60
Comunitat Valenciana	VC	13,23	13,31	12,65	12,61	12,53
Extremadura	EX	16,90	16,76	17,25	17,01	16,88
Galicia	GA	13,28	12,96	12,77	12,75	12,48
Madrid, Comunidad de	MD	11,00	12,00	11,87	11,74	11,30
Murcia, Región de	MC	13,18	13,67	13,02	13,11	13,48
Navarra, C. Foral de	NC	14,79	15,31	15,67	15,50	14,83
País Vasco	PV	15,54	15,89	15,45	15,20	14,70
La Rioja	RI	12,88	13,12	13,92	14,34	13,67
España	ES	14,42	14,15	14,16	13,94	13,61

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

GRÁFICO N° 22



El porcentaje de gasto sanitario en atención primaria ha disminuido en el periodo analizado de un 14,42% a un 13,61%, siendo dispar el comportamiento de las distintas CCAA. Así mientras Andalucía ha disminuido el gasto en atención primaria en 3,24 puntos porcentuales, Castilla-La Mancha lo ha aumentado en 1,16 puntos porcentuales.

En Castilla y León el porcentaje del gasto sanitario en atención primaria ha disminuido, entre 2011 y 2015, en 2,16 puntos porcentuales. Sin embargo, es la tercera comunidad autónoma en cuanto a porcentaje de gasto sanitario destinado a atención primaria, después de Castilla -La Mancha y Extremadura, en el año 2015.

CUADRO N° 25 ¹

VARIACIÓN PORCENTUAL DEL GASTO DE ATENCIÓN PRIMARIA

CC.AA.		2011	2015	Variación	Variación
		%	%	2015/2011%	puntos porcentuales
Andalucía	AN	17,32	14,08	-18,71	-3,24
Aragón	AR	15,21	13,34	-12,29	-1,87
Asturias, Principado de	AS	13,10	12,45	-4,96	-0,65
Balears, Illes	IB	13,28	12,08	-9,04	-1,20
Canarias	CN	13,63	13,79	1,17	0,16
Cantabria	CB	15,11	14,31	-5,29	-0,80
Castilla y León	CL	17,90	15,74	-12,07	-2,16
Castilla - La Mancha	CM	16,66	17,82	6,96	1,16
Cataluña	CT	13,88	13,60	-2,02	-0,28
Comunitat Valenciana	VC	13,23	12,53	-5,29	-0,70
Extremadura	EX	16,90	16,88	-0,12	-0,02
Galicia	GA	13,28	12,48	-6,02	-0,80
Madrid, Comunidad de	MD	11,00	11,30	2,73	0,30
Murcia, Región de	MC	13,18	13,48	2,28	0,30
Navarra, C. Foral de	NC	14,79	14,83	0,27	0,04
País Vasco	PV	15,54	14,70	-5,41	-0,84
La Rioja	RI	12,88	13,67	6,13	0,79
España	ES	14,42	13,61	-5,62	-0,81

El gasto sanitario en Atención primaria está condicionado de manera relevante por la extensión que ocupa cada comunidad autónoma, la dispersión de los núcleos de población, así como por la pirámide poblacional. En este sentido, Castilla y León es la

¹ Cuadro modificado en virtud de alegaciones.

CONSEJO DE CUENTAS DE CASTILLA Y LEÓN

Fiscalización del Análisis y Evolución de la Deuda Sanitaria no imputada a Presupuesto en la Comunidad de Castilla y León

Comunidad Autónoma más extensa de España (casi un 20% de la superficie de España), la que presenta el mayor número de núcleos de población dispersos puesto que los 2.248 municipios que existen en Castilla y León suponen más de la cuarta parte de todos los municipios de España y, de ellos casi un 95% cuenta con menos de 2.000 habitantes, e incluso cerca del 30% tiene menos de 100 habitantes. (Datos del Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016, Estrategias y acciones destacables. Comunidad Autónoma de Castilla y León).

En cuanto al porcentaje del gasto sanitario público dedicado por las comunidades autónomas a la atención especializada, en el siguiente cuadro se recoge la evolución en el periodo 2011-2015.

CUADRO N° 26

EVOLUCIÓN PORCENTAJE DEL GASTO DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

CC.AA.		2011	2012	2013	2014	2015
		%	%	%	%	%
Andalucía	AN	57,72	61,80	61,20	62,18	63,96
Aragón	AR	59,53	63,81	58,68	61,21	64,09
Asturias, Principado de	AS	62,32	65,27	59,69	64,85	66,00
Balears, Illes	IB	64,98	65,55	64,99	66,82	68,82
Canarias	CN	60,29	60,83	61,78	62,21	63,30
Cantabria	CB	58,17	70,66	61,97	63,82	65,87
Castilla y León	CL	53,41	58,48	59,13	56,53	60,48
Castilla - La Mancha	CM	56,34	55,50	56,55	58,94	57,13
Cataluña	CT	61,07	62,70	63,54	64,27	64,96
Comunitat Valenciana	VC	58,64	60,35	62,44	62,19	62,59
Extremadura	EX	54,59	55,40	56,05	55,82	56,56
Galicia	GA	59,96	61,21	61,34	62,52	64,07
Madrid, Comunidad de	MD	70,43	68,80	68,98	69,57	70,96
Murcia, Región de	MC	61,43	61,96	60,95	62,15	63,17
Navarra, C. Foral de	NC	62,81	60,98	61,91	61,96	62,74
País Vasco	PV	61,28	61,79	62,98	64,12	65,00
La Rioja	RI	62,51	63,50	63,72	63,14	64,20
España	ES	60,77	62,40	62,40	63,17	64,39

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

La evolución del porcentaje de gasto sanitario destinado a la atención especializada muestra una tendencia creciente en el periodo 2011-2015, situándose en un 64,39% y oscilando por CCAA, entre el 56,56% de Extremadura y el 70,96% de la comunidad de Madrid.

CUADRO Nº 27

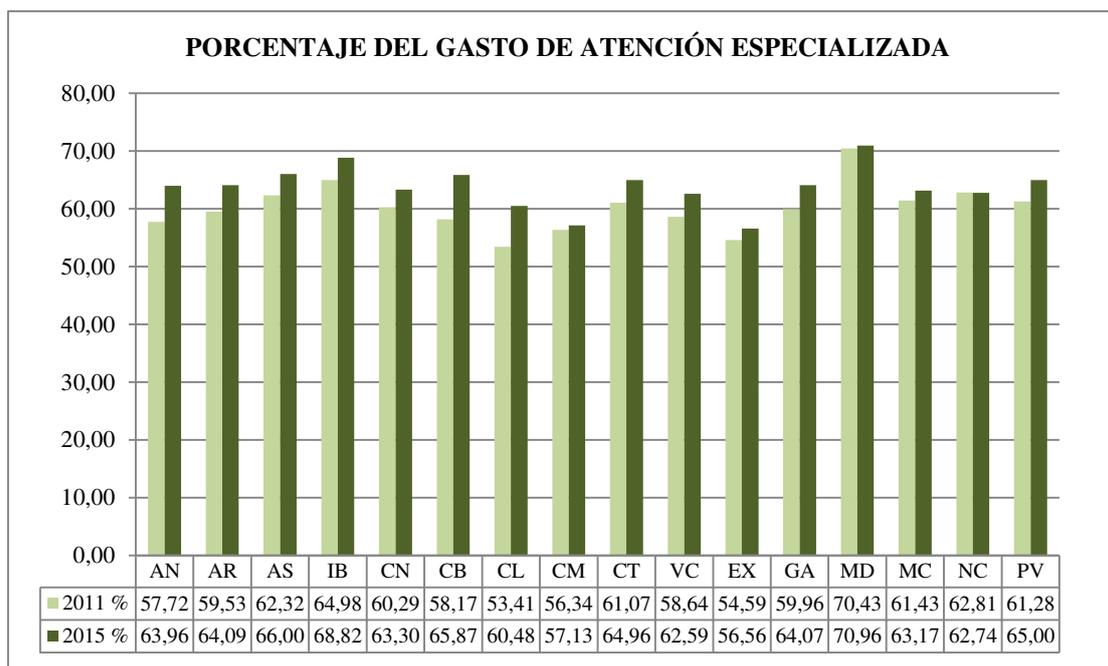
VARIACIÓN PORCENTUAL DEL GASTO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

CC.AA.		2011	2015	Variación 2015/2011	Variación puntos porcentuales
		%	%	%	
Andalucía	AN	57,72	63,96	10,81	6,24
Aragón	AR	59,53	64,09	7,66	4,56
Asturias, Principado de	AS	62,32	66,00	5,91	3,68
Balears, Illes	IB	64,98	68,82	5,91	3,84
Canarias	CN	60,29	63,30	4,99	3,01
Cantabria	CB	58,17	65,87	13,24	7,70
Castilla y León	CL	53,41	60,48	13,24	7,07
Castilla - La Mancha	CM	56,34	57,13	1,40	0,79
Cataluña	CT	61,07	64,96	6,37	3,89
Comunitat Valenciana	VC	58,64	62,59	6,74	3,95
Extremadura	EX	54,59	56,56	3,61	1,97
Galicia	GA	59,96	64,07	6,85	4,11
Madrid, Comunidad de	MD	70,43	70,96	0,75	0,53
Murcia, Región de	MC	61,43	63,17	2,83	1,74
Navarra, C. Foral de	NC	62,81	62,74	-0,11	-0,07
País Vasco	PV	61,28	65,00	6,07	3,72
La Rioja	RI	62,51	64,20	2,70	1,69
España	ES	60,77	64,39	5,96	3,62

En el cuadro anterior se refleja la diferencia en puntos porcentuales del gasto sanitario de cada CCAA destinado a Atención Especializada en el año 2015 respecto al 2011. Observamos que todas las CCAA han tenido incrementos, excepto Navarra que ha disminuido 0,07 puntos porcentuales su gasto en Atención Especializada. También destaca la comunidad de Castilla y León, que es la segunda en incremento con 7.07, después de Cantabria con 7,70 puntos porcentuales.

Al haber disminuido el gasto de personal, como veremos más adelante, este incremento se debe a los gastos farmacéuticos y de material sanitario en los centros hospitalarios fundamentalmente, debido a la introducción de nuevos fármacos y métodos curativos, con materiales de última generación, según información facilitada por la Gerencia Regional de Salud. Los datos anteriores quedan reflejados en el gráfico siguiente:

GRÁFICO N° 23



El porcentaje de gasto en farmacia (recetas) por comunidades autónomas, en el ejercicio 2015, oscila entre un 13,4% de Baleares y un 20,63% de Galicia y, su evolución en el periodo analizado es la siguiente.

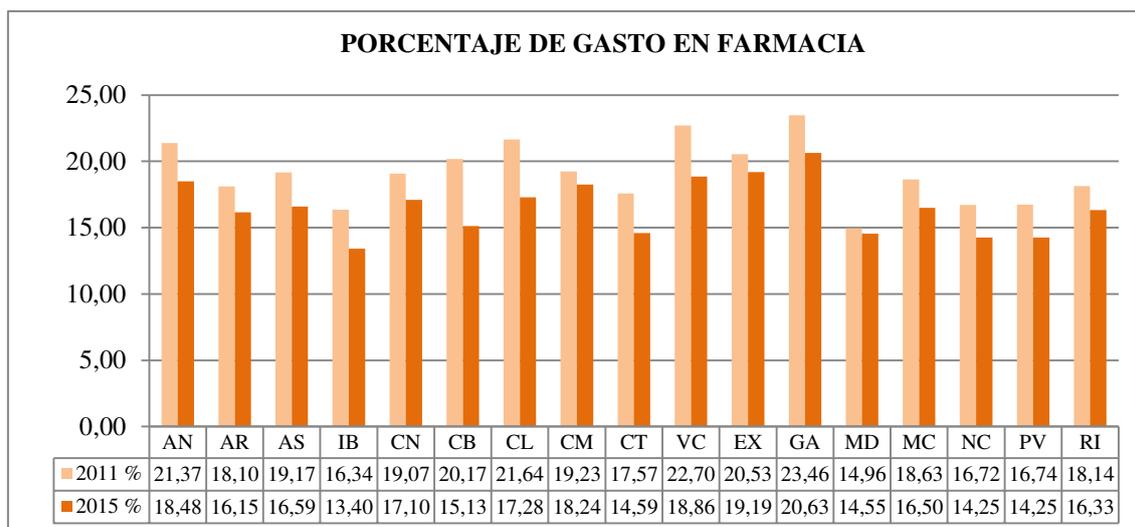
CUADRO N° 28

EVOLUCIÓN PORCENTAJE DEL GASTO DE FARMACIA

CC.AA.		2011 %	2012 %	2013 %	2014 %	2015 %
Andalucía	AN	21,37	18,71	21,45	20,08	18,48
Aragón	AR	18,10	16,17	18,50	16,20	16,15
Asturias, Principado de	AS	19,17	17,10	16,81	17,20	16,59
Baleares, Illes	IB	16,34	14,64	14,21	14,19	13,40
Canarias	CN	19,07	18,02	17,29	17,57	17,10
Cantabria	CB	20,17	13,15	15,96	16,27	15,13
Castilla y León	CL	21,64	18,38	17,01	18,79	17,28
Castilla - La Mancha	CM	19,23	19,97	18,50	18,84	18,24
Cataluña	CT	17,57	15,94	14,89	15,26	14,59
Comunitat Valenciana	VC	22,70	21,92	20,50	19,98	18,86
Extremadura	EX	20,53	19,54	18,61	19,35	19,19
Galicia	GA	23,46	22,70	22,87	21,85	20,63
Madrid, Comunidad de	MD	14,96	14,77	15,47	15,00	14,55
Murcia, Región de	MC	18,63	17,40	16,67	16,96	16,50
Navarra, C. Foral de	NC	16,72	15,39	14,20	14,54	14,25
País Vasco	PV	16,74	15,85	15,17	14,47	14,25
La Rioja	RI	18,14	17,07	16,25	16,64	16,33
España	ES	19,18	17,76	17,78	17,52	16,69

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

GRÁFICO N° 24



Si referenciamos el año 2005 con el 2011 podemos observar que si en el año 2011 eran seis comunidades autónomas con un porcentaje de gasto en farmacia superior al 20%, en 2015 solo una comunidad autónoma (Galicia) supera ese 20%. Entre las CCAA que dedican menos porcentaje de su gasto sanitario a farmacia están Baleares con un 13,40% y País Vasco y Navarra con un 14,25%.

Respecto a la evolución a lo largo del periodo analizado, 2011-2015, se aprecian descensos en todas las CCAA siendo Cantabria y Castilla y León las que muestran mayores descensos con respecto a 2011, con reducciones de 5,04 y 4,36 puntos porcentuales, respectivamente. En el lado opuesto se encuentra la comunidad de Madrid, donde el porcentaje de gasto experimentó un descenso de tan sólo 0,41 puntos porcentuales.

CUADRO N° 29

VARIACIÓN PORCENTUAL DEL GASTO DE FARMACIA

CC.AA.		2011 %	2015 %	Variación 2015/2011 %	Variación puntos porcentuales
Andalucía	AN	21,37	18,48	-13,52	-2,89
Aragón	AR	18,10	16,15	-10,77	-1,95
Asturias, Principado de	AS	19,17	16,59	-13,46	-2,58
Balears, Illes	IB	16,34	13,40	-17,99	-2,94
Canarias	CN	19,07	17,10	-10,33	-1,97
Cantabria	CB	20,17	15,13	-24,99	-5,04
Castilla y León	CL	21,64	17,28	-20,15	-4,36
Castilla - La Mancha	CM	19,23	18,24	-5,15	-0,99
Cataluña	CT	17,57	14,59	-16,96	-2,98
Comunitat Valenciana	VC	22,70	18,86	-16,92	-3,84
Extremadura	EX	20,53	19,19	-6,53	-1,34
Galicia	GA	23,46	20,63	-12,06	-2,83
Madrid, Comunidad de	MD	14,96	14,55	-2,74	-0,41
Murcia, Región de	MC	18,63	16,50	-11,43	-2,13
Navarra, C. Foral de	NC	16,72	14,25	-14,77	-2,47
País Vasco	PV	16,74	14,25	-14,87	-2,49
La Rioja	RI	18,14	16,33	-9,98	-1,81
España	ES	19,18	16,69	-12,98	-2,49

Otro de los indicadores del funcionamiento del sistema sanitario es el gasto en remuneración del personal. El porcentaje del gasto sanitario público dedicado por las comunidades autónomas a la remuneración del personal, como se observa en el cuadro siguiente, osciló entre el 56,83% de Castilla y León en 2011 y el 35,28% de Cataluña en 2012.

CUADRO Nº 30

EVOLUCIÓN PORCENTAJE DEL GASTO EN REMUNERACIÓN DE PERSONAL

CC.AA.		2011 %	2012 %	2013 %	2014 %	2015 %
Andalucía	AN	50,58	47,33	47,40	47,57	47,33
Aragón	AR	51,25	48,71	58,83	51,75	52,48
Asturias, Principado de	AS	45,28	44,87	49,25	49,16	48,07
Balears, Illes	IB	43,52	48,83	49,48	48,75	47,77
Canarias	CN	49,12	48,93	49,84	50,16	49,19
Cantabria	CB	52,25	35,92	47,89	48,71	48,74
Castilla y León	CL	56,83	50,11	52,66	54,81	49,30
Castilla - La Mancha	CM	51,92	51,18	52,16	52,16	50,55
Cataluña	CT	35,80	35,28	35,69	35,66	35,57
Comunitat Valenciana	VC	36,55	36,53	40,14	39,67	38,76
Extremadura	EX	49,81	50,22	52,00	51,46	51,10
Galicia	GA	47,98	46,70	46,29	46,23	44,42
Madrid, Comunidad de	MD	44,31	45,43	46,06	45,90	44,49
Murcia, Región de	MC	47,27	46,97	47,27	48,13	47,70
Navarra, C. Foral de	NC	49,31	52,10	52,62	52,01	50,56
País Vasco	PV	50,80	50,21	51,36	52,18	51,46
La Rioja	RI	46,91	47,35	48,19	48,79	47,14
España	ES	45,56	44,52	46,03	45,96	44,94

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Si consideramos la variación experimentada entre 2011 y 2015 por el porcentaje que cada CCAA dedica a personal sanitario, debemos destacar el incremento de 4,25 puntos porcentuales experimentado por Baleares frente a la disminución de 7,53 puntos porcentuales que ha disminuido en Castilla y León.

CUADRO Nº 31

VARIACIÓN PORCENTUAL DEL GASTO DE REMUNERACIÓN DE PERSONAL

CC.AA.		2011 %	2015 %	Variación 2015/2011 %	Variación puntos porcentuales
Andalucía	AN	50,58	47,33	-6,43	-3,25
Aragón	AR	51,25	52,48	2,40	1,23
Asturias, Principado de	AS	45,28	48,07	6,16	2,79
Balears, Illes	IB	43,52	47,77	9,77	4,25
Canarias	CN	49,12	49,19	0,14	0,07
Cantabria	CB	52,25	48,74	-6,72	-3,51
Castilla y León	CL	56,83	49,3	-13,25	-7,53
Castilla - La Mancha	CM	51,92	50,55	-2,64	-1,37
Cataluña	CT	35,8	35,57	-0,64	-0,23
Comunitat Valenciana	VC	36,55	38,76	6,05	2,21
Extremadura	EX	49,81	51,1	2,59	1,29
Galicia	GA	47,98	44,42	-7,42	-3,56
Madrid, Comunidad de	MD	44,31	44,49	0,41	0,18
Murcia, Región de	MC	47,27	47,7	0,91	0,43
Navarra, C. Foral de	NC	49,31	50,56	2,53	1,25
País Vasco	PV	50,8	51,46	1,30	0,66
La Rioja	RI	46,91	47,14	0,49	0,23
España	ES	45,56	44,94	-1,36	-0,62

Hay que destacar que la Comunidad de Castilla y León es la que más ha disminuido porcentualmente el gasto de personal en el total del gasto sanitario.

Si comparamos la evolución que ha tenido el gasto sanitario público del total de CCAA con el porcentaje de gasto sanitario que dichas comunidades destinan tanto a atención primaria como en atención especializada se observa que, mientras el gasto sanitario público total ha disminuido de 2011 a 2015 un 2,98%, el porcentaje de gasto destinado por las CCAA a atención primaria ha disminuido un 5,62% (en 0,81 puntos porcentuales) y el porcentaje en atención especializada ha aumentado en un 5,96% (3,62

puntos porcentuales). Esto indica que el gasto en atención especializada no solo supone una parte predominante en la composición del gasto sanitario, sino que en los últimos años no ha descendido de acuerdo con el descenso del gasto total. El gasto en farmacia y el gasto de personal también han disminuido en este periodo.¹

En resumen, el comportamiento en el período 2011-2015 de las tres principales funciones asistenciales ha sido dispar. Los servicios especializados se mostraron como los más dinámicos, experimentando un incremento de 3,62 puntos porcentuales. La farmacia, con un comportamiento opuesto, cedió 2,49 puntos durante el quinquenio. Por su parte, los servicios primarios de salud disminuyeron 0,81 puntos porcentuales su participación en el total del gasto.

El gasto en remuneración del personal ha disminuido en 0,62 puntos porcentuales desde 2011 a 2015.

En Castilla y León, el gasto en atención primaria ha disminuido en 2,16 puntos porcentuales en el periodo, sin embargo el de atención especializada ha aumentado en 7,07. El gasto en farmacia también ha disminuido en 4,36 y el de personal en 7,53 puntos porcentuales.

III.5.2. ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES RATIOS DE LA PRESTACIÓN SANITARIA EN CASTILLA Y LEÓN Y COMPARATIVA CON EL RESTO DE COMUNIDADES AUTONOMAS

Por lo que se refiere a indicadores de recursos y actividad se han considerado las siguientes variables por su relevancia en el gasto sanitario total de las CCAA.

Personal médico de atención primaria por 1000 personas asignadas.

En la siguiente tabla se recoge el número de Médicos de Familia de Atención Primaria en el conjunto de Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas por 1000 habitantes y su evolución en el periodo 2011-2015.

¹ Párrafo modificado en virtud de alegaciones.

CUADRO Nº 32

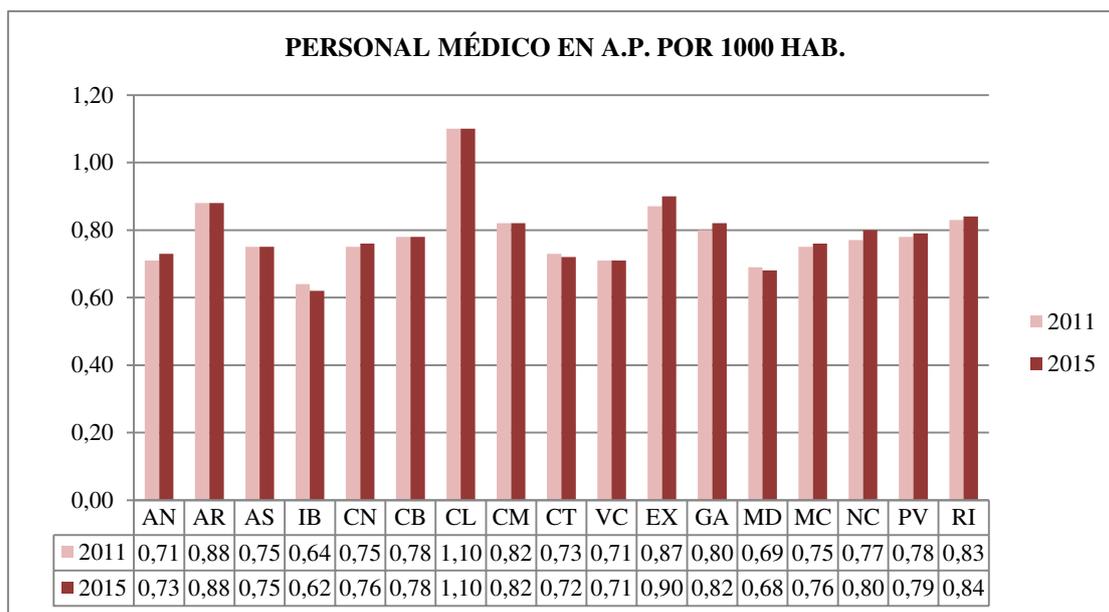
EVOLUCIÓN PERSONAL MÉDICO ATENCIÓN PRIMARIA POR 1000
PERSONAS ASIGNADAS

CC.AA.		2011	2012	2013	2014	2015	Variación 2015/2011
Andalucía	AN	0,71	0,73	0,72	0,72	0,73	0,02
Aragón	AR	0,88	0,90	0,89	0,88	0,88	0,00
Asturias, Principado de	AS	0,75	0,76	0,75	0,73	0,75	0,00
Balears, Illes	IB	0,64	0,64	0,64	0,63	0,62	-0,02
Canarias	CN	0,75	0,77	0,77	0,76	0,76	0,01
Cantabria	CB	0,78	0,79	0,79	0,78	0,78	0,00
Castilla y León	CL	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	0,00
Castilla - La Mancha	CM	0,82	0,82	0,82	0,82	0,82	0,00
Cataluña	CT	0,73	0,75	0,73	0,72	0,72	-0,01
Comunitat Valenciana	VC	0,71	0,75	0,74	0,75	0,71	0,00
Extremadura	EX	0,87	0,88	0,88	0,88	0,90	0,03
Galicia	GA	0,80	0,81	0,81	0,82	0,82	0,02
Madrid, Comunidad de	MD	0,69	0,70	0,69	0,68	0,68	-0,01
Murcia, Región de	MC	0,75	0,77	0,77	0,77	0,76	0,01
Navarra, C. Foral de	NC	0,77	0,77	0,77	0,80	0,80	0,03
País Vasco	PV	0,78	0,78	0,78	0,78	0,79	0,01
La Rioja	RI	0,83	0,83	0,83	0,83	0,84	0,01
España	ES	0,76	0,77	0,76	0,76	0,76	0,00

El número de médicos de atención primaria en las Comunidades Autónomas en 2015 es de 0,76 por 1.000 habitantes. En el periodo 2011-2015, el personal médico por 1.000 habitantes se ha mantenido prácticamente constante en todas las comunidades autónomas.

Castilla y León se sitúa muy por encima de la media (1,1), manteniendo esta tasa durante todo el periodo analizado. Las comunidades donde se registra un menor número de médicos de Atención primaria son Baleares y Madrid. No obstante, esta tasa debería de analizarse en relación con indicadores de la dispersión poblacional. Los datos anteriores se reflejan en el siguiente gráfico:

GRÁFICO N° 25



Personal médico en atención especializada por 1000 habitante.

En atención especializada las ratios de personal médico por habitante en las distintas comunidades autónomas se reflejan en el cuadro y gráfico siguientes.

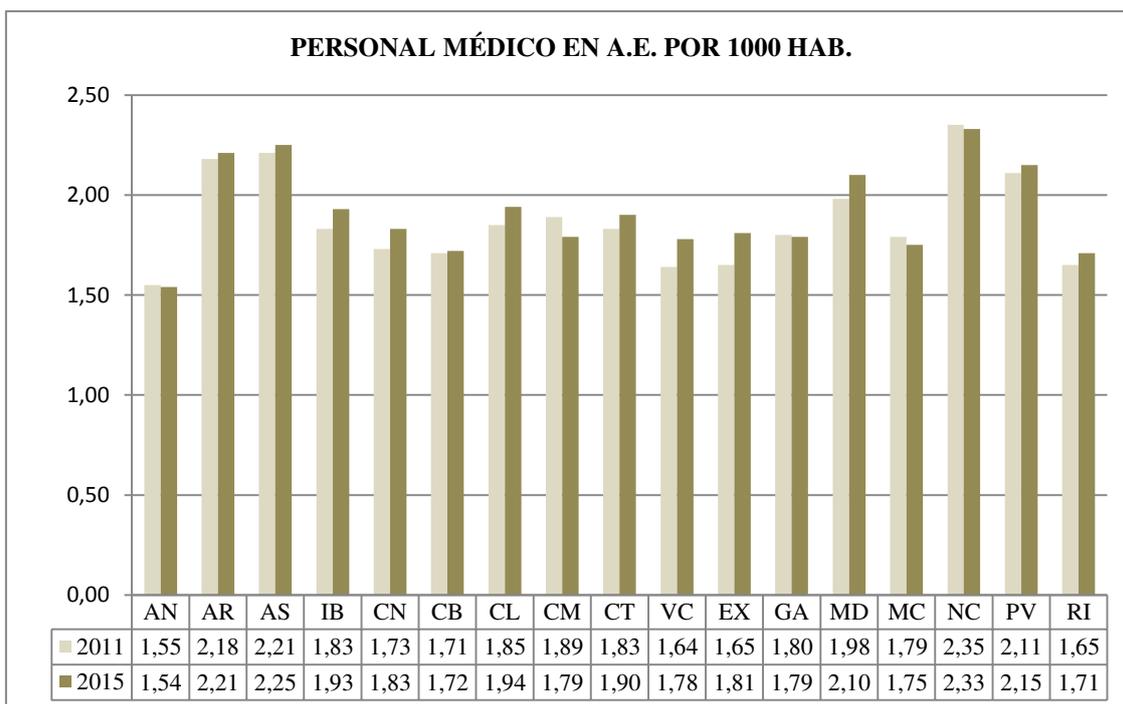
CUADRO N° 33

EVOLUCIÓN PERSONAL MÉDICO ATENCIÓN ESPECIALIZADA POR 1000 HABITANTES

CC.AA.		211	2012	2013	2014	2015	Variación 2015/2011
Andalucía	AN	1,55	1,54	1,54	1,53	1,54	-0,01
Aragón	AR	2,18	2,18	2,06	2,15	2,21	0,03
Asturias, Principado de	AS	2,21	2,18	2,16	2,15	2,25	0,04
Balears, Illes	IB	1,83	1,86	1,81	1,87	1,93	0,10
Canarias	CN	1,73	1,72	1,73	1,78	1,83	0,10
Cantabria	CB	1,71	1,69	1,67	1,76	1,72	0,01
Castilla y León	CL	1,85	1,89	1,80	1,86	1,94	0,09
Castilla - La Mancha	CM	1,89	1,77	1,72	1,74	1,79	-0,10
Cataluña	CT	1,83	1,83	1,76	1,84	1,90	0,07
Comunitat Valenciana	VC	1,64	1,67	1,64	1,68	1,78	0,14
Extremadura	EX	1,65	1,78	1,72	1,75	1,81	0,16
Galicia	GA	1,80	1,79	1,76	1,76	1,79	-0,01
Madrid, Comunidad de	MD	1,98	2,02	1,94	2,00	2,10	0,12
Murcia, Región de	MC	1,79	1,77	1,75	1,75	1,75	-0,04
Navarra, C. Foral de	NC	2,35	2,28	2,34	2,39	2,33	-0,02
País Vasco	PV	2,11	2,13	2,22	2,13	2,15	0,04
La Rioja	RI	1,65	1,70	1,65	1,68	1,71	0,06
España	ES	1,81	1,81	1,78	1,81	1,86	0,05

Observaciones generales: Incluye centros públicos y privados

GRÁFICO N° 26



En el gráfico anterior se observa como la variación de la tasa de médicos de atención especializada por habitante solamente ha disminuido en cinco comunidades autónomas. Castilla y León se mantiene por encima de la media en todo el periodo analizado.

Camas hospitalarias en funcionamiento por 1000 habitantes.

La dotación de camas hospitalarias utilizadas por el sector público en 2015 se estima en 2,98 camas por mil habitantes.

CUADRO N° 34

**EVOLUCIÓN CAMAS HOSPITALARIAS EN FUNCIONAMIENTO POR 1000
HABITANTES**

C.C.AA.		2011	2012	2013	2014	2015	Variación 2015/2011
Andalucía	AN	2,27	2,22	2,19	2,17	2,20	-0,07
Aragón	AR	3,77	3,68	3,63	3,67	3,68	-0,09
Asturias, Principado de	AS	3,39	3,39	3,31	3,25	3,26	-0,13
Baleares, Illes	IB	3,01	2,99	2,96	2,99	3,10	0,09
Canarias	CN	3,18	3,12	3,11	3,12	3,15	-0,03
Cantabria	CB	3,29	3,27	3,16	3,24	3,30	0,01
Castilla y León	CL	3,69	3,62	3,45	3,45	3,48	-0,21
Castilla - La Mancha	CM	2,54	2,31	2,19	2,21	2,30	-0,24
Cataluña	CT	3,96	3,93	3,76	3,81	3,83	-0,13
Comunitat Valenciana	VC	2,39	2,32	2,33	2,35	2,36	-0,03
Extremadura	EX	3,56	3,48	3,51	3,48	3,30	-0,26
Galicia	GA	3,48	3,48	3,36	3,31	3,35	-0,13
Madrid, Comunidad de	MD	2,95	2,89	2,86	2,86	2,81	-0,14
Murcia, Región de	MC	3,15	3,15	3,18	3,20	3,24	0,09
Navarra, C. Foral de	NC	3,82	3,54	3,40	3,37	3,33	-0,49
País Vasco	PV	3,63	3,60	3,40	3,37	3,35	-0,28
La Rioja	RI	2,98	2,95	3,13	3,20	3,21	0,23
España	ES	3,09	3,03	2,97	2,97	2,98	-0,11

Esta ratio ha seguido una pauta descendente entre 2011 y 2015 en todas las comunidades autónomas, excepto en Baleares, Cantabria, Murcia y La Rioja.

A lo largo de todo el período considerado se observa que Cataluña, Navarra, Aragón, Castilla y León y País Vasco registran el mayor número de camas por mil habitantes, en los ejercicios 2013 y 2014 entraría en este grupo Extremadura, mientras Andalucía, Castilla-La Mancha y la Comunidad Valenciana han mantenido las ratios más bajas. Castilla y León está por encima de la media todo el periodo, sí ha disminuido el número de camas por habitante en 2015 con respecto a 2011 en un 0,21.

IV. CONCLUSIONES

EVOLUCIÓN DE LA DEUDA SANITARIA NO IMPUTADA A PRESUPUESTO

1. En los informes generales que ha elaborado hasta 2014 la IGACYL acerca de los resultados más significativos de la ejecución del Plan de Control Financiero Permanente, y de la información facilitada por esta de 2015 y 2016, respecto del importe de la Deuda de la GRS se ha venido concluyendo que la información contable derivada de la gestión realizada por las Gerencias, contenida en los estados de Ejecución del Presupuesto, el Balance y la Cuenta del Resultado Económico-Patrimonial, se ve afectada por obligaciones pendientes de imputar al ejercicio corriente, así como por obligaciones de ejercicios anteriores que debieran imputarse al citado ejercicio. (Apartado III.1.2)
2. La serie anual de la evolución de la deuda de la GRS en el periodo 2011-2016 refleja un acusado descenso en 2012 respecto al año anterior motivado por la aplicación del mecanismo extraordinario de financiación de pago a proveedores, un aumento a partir de ese año, moderado en 2013 y más fuerte en 2014, y a partir de ahí, un mantenimiento prácticamente en los mismos valores, pese a que en 2015 sufrió una ligera disminución y en 2016 un pequeño incremento. En el año 2011 la deuda sanitaria era de 1.168,96 millones de euros, de los que 11,67 millones corresponden por intereses de demora, mientras que en 2016 eran 462,26 millones y 6,96 millones de euros respectivamente. (Apartado III.1.3)
3. La deuda sanitaria genera unos intereses de demora tales que la dotación presupuestaria no alcanza a cubrir la totalidad de su importe, de ahí que también exista deuda (obligaciones pendientes de imputar a presupuesto) por intereses de demora, que a su vez forma parte de la deuda total. En el periodo analizado el importe de la deuda por intereses representa un porcentaje relativamente pequeño en relación con la deuda total, que no obstante, no deja de ser importante para ser tomado en consideración. La evolución de la deuda por intereses de demora muestra un comportamiento errático, no manteniendo un patrón uniforme, que es debido fundamentalmente a que las Gerencias no siguen un procedimiento homogéneo en su tramitación. (Apartado III.1.3)

4. La casi total coincidencia del importe del presupuesto final y de las obligaciones reconocidas indica que el grado de ejecución presupuestaria en las Gerencias es prácticamente total, alcanzando una cifra superior al 99% todos los años y moviéndose en una horquilla de 99,11% en 2016 y 99,94% en 2013. Los años de mayor dotación presupuestaria son 2012 y 2015, y es en esos años cuando el importe de la deuda se ha reducido con respecto al ejercicio anterior (las variaciones 2011/2012 y 2015/2014 son negativas, de -82,96% y -5,75% respectivamente). (Apartado III.1.3)
5. El año de menor dotación presupuestaria es 2014, lo que hace que la deuda generada en ese año sea más del doble que la del ejercicio anterior. Este año se produce un punto de inflexión que hace que la disminución conseguida en los dos ejercicios anteriores, auspiciada por el mecanismo de pago a proveedores, deje paso de nuevo, a partir de ese año, a un nivel de deuda significativo. De aquí se infiere que cuando la dotación presupuestaria se reduce la deuda inevitablemente aumenta porque en este ámbito de actuación existen gastos que no pueden dejar de producirse. (Apartado III.1.3)
6. El incremento de la dotación presupuestaria y del gasto en el periodo 2011-2016 está vinculada a los mecanismos extraordinarios de financiación por parte de la Administración Central del Estado. A su vez, la reducción de la deuda está vinculada a ese incremento del crédito presupuestario y su ejecución. (Apartado III.1.3)

DOTACIONES PRESUPUESTARIAS

7. No se puede establecer un paralelismo en la actuación, en términos de dotación presupuestaria, entre la GRS y la Comunidad Autónoma en su conjunto, ya que la tendencia de cada de ellas a lo largo de los ejercicios analizados no es homogénea. El peso de la dotación presupuestaria de la GRS en los presupuestos consolidados de la Comunidad a lo largo del periodo 2011-2016 se caracteriza por una cierta estabilidad, si bien el peso relativo de los gastos de personal ha ido aumentando de manera continuada desde un 41,38% a un 47,59% en 2016 y los gastos en bienes y servicios partiendo de una participación del 61,12% en 2011 han llegado a un 66,77% en 2016, aunque con altibajos en su evolución. (Apartado III.2.1)

8. El presupuesto de la GRS no actúa como instrumento de previsión y control de su actividad. No sólo existe una insuficiencia estructural de los créditos iniciales para dar cobertura a las obligaciones de cada ejercicio, a pesar de conocerse el gasto real producido en ejercicios inmediatos anteriores, sino que de forma recurrente se genera gasto que excede las consignaciones presupuestarias, lo que constituye la deuda. (Apartado III.2.1 y III.2.2)
9. El porcentaje que las modificaciones representan sobre los créditos iniciales, en la GRS, ha pasado de un 6,00% en 2011 a un 11,26% en 2016 y en la CA ha pasado de un 2,30% en 2011, a un 4,17% en 2016, lo que significa una utilización reiterada de esta figura por parte de la GRS, bastante superior al de la Comunidad Autónoma en su conjunto, en términos porcentuales. (Apartado III.2.3)
10. Cuantitativamente los mayores incrementos producidos en el presupuesto inicial de la GRS tienen una relación directa con las inyecciones de dinero por parte de la Administración del Estado, dada la insuficiencia de financiación que presentan las Comunidades Autónomas. (Apartado III.2.3)
11. La recurrente financiación adicional a través de las modificaciones, excepto en los casos de financiación extraordinaria, actúa como factor distorsionador en la gestión de la GRS, ya que implica que mediante modificaciones presupuestarias se financien, en detrimento de otras áreas, gastos para la cobertura de necesidades que presentan consignaciones insuficientes pero que eran conocidas en el momento de la aprobación del presupuesto. (Apartado III.2.3)
12. Los principales epígrafes destinatarios de las modificaciones que complementan sus dotaciones iniciales son los que se derivan de gastos corrientes, de seguridad social de personal y farmacia no hospitalaria. (Apartado III.2.3)
13. El porcentaje que representa el Presupuesto del gasto sanitario en las distintas Comunidades Autónomas supone algo menos de la tercera parte del Presupuesto consolidado de la Comunidad. En Castilla y León lo supera con un 33,61%. (Apartado III.2.5)
14. La Comunidad de Castilla y León se acogió a mecanismos de financiación extraordinarios en virtud de la posibilidad establecida en la Ley Orgánica 2/2012 de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera, en 2012 a través del

FFPP, y en 2015 a través del FFF. En 2012 gran parte del importe del que dispuso la Comunidad Autónoma se destinó a financiar el déficit sanitario. En 2015 el importe fue menor porque el destino del fondo iba dirigido además de a financiar ese déficit, a otros problemas de financiación. (Apartado III.2.6)

15. La cuantía que Castilla y León ha dispuesto a través de los mecanismos extraordinarios en este período 2012-2016, 3.105,66 millones de euros, es muy inferior a la de Comunidades como Cataluña, la Comunidad Valenciana o Andalucía, que han dispuesto de 53.616,25 millones de euros, 36.253,87 millones de euros y 24.339,22 millones de euros, respectivamente. (Apartado III.2.6)

TIPOS DE GASTO DE LA DEUDA SANITARIA

16. El artículo que más peso tiene en la composición de la deuda sanitaria, con una gran diferencia, a lo largo de todos los años es el 22 “Material, suministros y otros”, seguido del artículo 17 “Cuotas y prestaciones a cargo de la Comunidad”, con un 63,20% y un 25,27% del total de la deuda en el ejercicio 2016. (Apartado III.3.1)
17. En los 3 últimos ejercicios se aprecia una tendencia de reducción de los gastos del artículo 22, un marcado incremento de los correspondientes al artículo 17 y cierta disminución de los de los artículos 35 y 48 como componentes de la deuda. La no imputación presupuestaria, aunque sí extrapresupuestaria, de los gastos por las aportaciones de la GRS a los regímenes de la Seguridad Social del personal a su servicio y la formalización de los contratos de confirming, que favorecen el cumplimiento del plazo máximo de pago previsto en la normativa de morosidad y reducen los intereses de demora, han contribuido a ello. (Apartado III.3.1)
18. Dentro del artículo 22, el subconcepto 22106 “Suministros. Productos farmacéuticos”, supone el 39,87% del total de la deuda del mismo en 2016, seguido del 22116 “Suministros. Implantes”, con un 14,51% y del 22121 “Suministros. Otro material sanitario”, con el 14,42%. En el artículo 26, el subconcepto 26204 “Conciertos con entidades privadas”, representa el 45,33% del total de la deuda del mismo. (Apartado III.3.1)

19. La GRS tiene cierta facultad, a través de las consignaciones presupuestarias iniciales y de las modificaciones presupuestarias, de determinar qué gasto antepone a cual otro a la hora de su imputación presupuestaria. Así, la deuda del artículo 48 siempre se ha mantenido en un porcentaje relativamente bajo, la del artículo 22 se está reduciendo en 2015 y 2016 y la del artículo 17 se ha incrementado en los últimos 3 ejercicios. No obstante, existen gastos que deben realizarse de manera inaplazable en un determinado ejercicio y que influyen en la generación de la deuda. (Apartado III.3.1)
20. En la GRS, según consta en el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016, la reducción del gasto se ha dirigido a los gastos de administración y servicios generales y de salud pública, ya que se considera que en los gastos de los subprogramas directamente asistenciales es más difícil conseguir esa reducción. Respecto a las medidas de racionalización se ha procedido a una mayor coordinación en la planificación de los programas y actuaciones de salud para impulsar procesos de atención compartidos como el modelo de gestión integrada de atención primaria y atención especializada. También se ha reducido el gasto farmacéutico (recetas) gracias a las diversas medidas puestas en marcha en los últimos años de racionalización del uso del medicamento y del gasto farmacéutico. (Apartado III.3.1)

DISTRIBUCIÓN DE LA DEUDA POR CENTROS DE GASTO

21. La ordenación sanitaria en la Comunidad de Castilla y León está estructurada en 11 áreas de salud. La gestión económica de la GRS se implementa a través del Plan anual de Gestión (PAG). El PAG se constituye en la herramienta esencial para la gestión del gasto sanitario. A la buena gestión de los recursos por parte de cada centro de gasto hay que añadir una dotación acorde a sus necesidades reales, lo que determinará la suficiencia o insuficiencia financiera que, en última instancia, es lo que origina la deuda. (Apartado III.4.1)
22. En todo el periodo analizado, el total de las Gerencias de Atención Especializada aglutinan el 94,08% de la deuda, frente a las Gerencias de Atención Primaria, el 5,34% y la Gerencia de Emergencias, el 0,58%. (Apartado III.4.1)
23. Las Gerencias de Atención Especializada son los centros que concentran el mayor importe del presupuesto, del gasto y de la deuda. Respecto a la evolución

interanual lo indicado para el conjunto de la deuda, se mantiene a nivel individual, si bien algunos ejercicios el comportamiento de algunas GAEs se desvía de la regla general y tienen un comportamiento dispar. (Apartado III.4.1)

24. El porcentaje más alto de obligaciones pendientes de imputar se produce en las mismas cinco GAEs todos los años. La representación de la deuda en estos centros alcanza el 63,60% y la representación del presupuesto ejecutado el 48,87%. Esos 5 centros, Salamanca, León, Burgos, Valladolid Clínico y Valladolid Río Hortega, son los centros con mayor deuda pero también son los centros que tienen mayor población a la que dan cobertura asistencial y en determinados casos son centros de referencia. No tienen un comportamiento homogéneo a lo largo de la evolución interanual. El ranking va variando dependiendo del ejercicio presupuestario. Salamanca es la GAE que más deuda ha generado en este periodo, seguido de León, Burgos y en menor medida, Valladolid Clínico y Valladolid Río Hortega. (Apartado III.4.1)

25. El hecho de que en estos 5 centros esté concentrado el mayor importe de la deuda no debe ser interpretado en términos de buena o mala gestión de los centros. En la gestión de las GAEs intervienen múltiples y complejos factores y de una simplificación del análisis se podrían inferir unos resultados erróneos y nada ajustados a la realidad. El comportamiento de los centros en relación con la deuda es muy desigual a lo largo del periodo analizado y sin embargo el comportamiento del gasto ejecutado es muy similar, lo que significa que la dotación presupuestaria, y por tanto el gasto ejecutado, no tienen en cuenta la deuda que mantiene cada centro. (Apartado III.4.1)

26. Los 5 centros que acumulan el mayor importe de la deuda, lo concentran en los artículos 22 “Material, suministros y otros”, 17 “Cuotas y prestaciones a cargo de la Comunidad” y 26 “Acciones en materia sanitaria”. El total de la deuda en el artículo 22 ascendió a 292.161.487,08 €. El importe de la deuda de los 5 centros mencionados asciende a 197.601.088,85, el 67,63%. El total de la deuda en el artículo 17 ascendió a 116.807.042,15 €, y estos 5 centros tienen un 54,64% del total. En el artículo 26 concentran el 76,14% del total. (Apartado III.4.2)

27. En referencia a la deuda de las Gerencias de Atención Primaria, supone un 5,34% sobre el total de la deuda en el total de ejercicios objeto de análisis. Los 5 centros con más deuda son las GAP de Salamanca, Burgos, León, Valladolid

Este y Zamora. La deuda total de esos 5 centros sobre el total de la deuda de las GAPs, oscila entre el 59,12% en 2014 y el 72,70% en 2013. A nivel individual destaca Salamanca con un 15,41% del total del periodo, seguido de Burgos, León, Valladolid Este y Zamora. No obstante a lo largo de cada ejercicio el orden ha variado. (Apartado III.4.2)

28. Los artículos presupuestarios con mayor deuda en Atención Primaria son, no en todos los ejercicios por este orden, el 17 “Cuotas y prestaciones a cargo de la Comunidad”, 22 “Material, suministros y otros” y 48 “Transferencias corrientes a familias e Instituciones sin ánimo de lucro”. (Apartado III.4.2)
29. La deuda de la Gerencia de Emergencias en el periodo analizado se concentra en el art. 26 “Conciertos relativos a acciones en materia sanitaria” (Servicios concertados de ambulancias; Traslados de enfermos. Otros medios de transporte). (Apartado III.4.2)

DATOS DE LA PRESTACIÓN SANITARIA EN CASTILLA Y LEÓN

30. Castilla y León ha aumentado el gasto sanitario en el periodo 2011-2015 en unos 248.977 miles de euros, siendo una de las únicas cuatro Comunidades Autónomas en las que ha aumentado. En relación al gasto público por habitante, la Comunidad de Castilla y León es la segunda en el incremento de dicho gasto en el periodo con un 8,71%, por detrás de Cantabria con un 8,91%. (Apartado III.5.1)
31. En cuanto al gasto en Atención Primaria, ha disminuido en el global de las Comunidades Autónomas. En Castilla y León ha disminuido en 2,16 puntos porcentuales en referencia al total del gasto sanitario. En cambio el gasto en Atención Especializada ha aumentado en 7,07 puntos porcentuales en Castilla y León y en 3,62 en la media de las Comunidades Autónomas, debido fundamentalmente al gasto en productos farmacéuticos y material sanitario. (Apartado III.5.1)
32. Por lo que se refiere a los componentes del gasto sanitario, el gasto en farmacia (recetas) ha disminuido en 2,49 puntos porcentuales de media en el global de las Comunidades Autónomas, siendo en 4,36 la disminución en Castilla y León. En cuanto al gasto de personal, ha disminuido su participación en el total del gasto

sanitario en 7,53 puntos porcentuales en Castilla y León y en 0,62 en el global de las Comunidades Autónomas. (Apartado III.5.1)

33. En cuanto al Personal médico de Atención Primaria por mil personas asignadas, en Castilla y León se ha mantenido un ratio de 1,10 a lo largo del periodo analizado, muy superior a la media de las Comunidades Autónomas que es de 0,76. En cuanto a la Atención Especializada, Castilla y León ha subido ligeramente su ratio en el periodo 2011-2015, pasando de 1,85 a 1,94, y se mantiene por encima de la media en 2011 (1,81) y en 2015 (1,86). (Apartado III.5.2)

34. En relación con las camas hospitalarias por 1000 habitantes, Castilla y León ha pasado de 3,69 en 2011, a 3,48 en 2015, con una disminución de 0,21. No obstante siempre ha estado bastante por encima de la media de las Comunidades Autónomas, 3,09 en 2011 y 2,98 en 2015. (Apartado III.5.2)

V. RECOMENDACIONES

1. La Gerencia Regional de Salud debería tener en cuenta a la hora de dotar los créditos en la elaboración de sus presupuestos el importe del gasto real del ejercicio anterior y la previsión del ejercicio corriente, así como el importe de los gastos pendientes de imputar de ejercicios anteriores.

1

2. La GRS cuenta con un instrumento de gestión muy potente, el Plan Anual de Gestión, por lo que sería acertado que aprovechara esa herramienta para adaptar las necesidades económicas de cada centro, maximizando el control presupuestario sin reducir la calidad asistencial y a su vez realizara la evaluación de la gestión de los centros, con los indicadores adecuados y criterios objetivos y transparentes. El disponer de instrumentos eficaces para la evaluación de la gestión de los centros, con los indicadores adecuados y criterios objetivos y transparentes contribuye a un tratamiento diferenciado, que no desigual, de cada centro, según sus necesidades, a la hora de dotar los créditos para su gestión.

¹ Recomendación eliminada en base a alegaciones.

3. La Comunidad debería desplegar las medidas que estén en su ámbito competencial para favorecer la reasignación racional y eficiente de recursos, priorizando unos ámbitos sobre otros y establecer un marco adecuado tendente a la racionalización del gasto sanitario y todos ello con el empleo de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en el proceso asistencial. Las medidas de racionalización deberían aplicarse en relación con la totalidad del gasto y no tanto con el relacionado con la deuda.
4. En el marco de las negociaciones del nuevo sistema de financiación autonómica, la Comunidad debería plantear las necesidades reales de financiación de la atención sanitaria en Castilla y León, incrementando las dotaciones presupuestarias y de este modo evitar que se genere la deuda sanitaria en la Gerencia Regional de Salud.

ANEXOS ECONÓMICO FINANCIEROS

Anexo 1.- Representatividad de la dotación presupuestaria de la Gerencia Regional de Salud en los Presupuestos de la Comunidad Autónoma.

Anexo 2.- Modificaciones del Presupuesto de gastos por capítulos de la Gerencia Regional de Salud y de la Comunidad.

Anexo 3.- Distribución de la deuda sanitaria no imputada por tipo de gasto.

Anexo 4.- Deuda por subconceptos no imputada a presupuesto. Ejercicio 2016.

Anexo 5 Clasificación económica de los gastos de la Gerencia Regional de Salud.

Anexo 6.- Deuda de la Gerencia Regional de Salud. Ejercicio 2011.

Anexo 7.- Deuda de la Gerencia Regional de Salud. Ejercicio 2012.

Anexo 8 Deuda de la Gerencia Regional de Salud. Ejercicio 2013.

Anexo 9.- Deuda de la Gerencia Regional de Salud. Ejercicio 2014.

Anexo 10.- Deuda de la Gerencia Regional de Salud. Ejercicio 2015.

Anexo 11.- Deuda de la Gerencia Regional de Salud. Ejercicio 2016.

REPRESENTATIVIDAD DE LA DOTACIÓN PRESUPUESTARIA DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD EN LOS PRESUPUESTOS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA

	AÑO 2011			AÑO 2012			AÑO 2013			AÑO 2014			AÑO 2015			AÑO 2016		
	Presupuesto Inicial GRS (A)	Presupuesto Inicial CA (B)	A/B	Presupuesto Inicial GRS (A)	Presupuesto Inicial CA (B)	A/B	Presupuesto Inicial GRS (A)	Presupuesto Inicial CA (B)	A/B	Presupuesto Inicial GRS (A)	Presupuesto Inicial CA (B)	A/B	Presupuesto Inicial GRS (A)	Presupuesto Inicial CA (B)	A/B	Presupuesto Inicial GRS (A)	Presupuesto Inicial CA (B)	A/B
Cap 1	1.612.344,79	3.896.046,88	41,38%	1.703.992,78	3.915.218,42	43,52%	1.643.492,88	3.802.455,69	43,22%	1.673.019,09	3.846.895,39	43,49%	1.676.664,32	3.860.053,83	43,44%	1.701.330,28	3.575.002,91	47,59%
Cap 2	738.286,58	1.207.973,84	61,12%	873.717,69	1.322.112,05	66,08%	869.728,03	1.358.785,78	64,01%	844.728,03	1.346.633,21	62,73%	876.392,84	1.392.674,88	62,93%	881.392,84	1.320.005,56	66,77%
Cap 3	0,00	235.393,89	0,00%	115,92	336.501,15	0,03%	0,00	432.357,82	0,00%	0,00	464.468,33	0,00%	0,00	406.332,22	0,00%	0,00	330.204,92	0,00%
Cap 4	799.956,40	2.561.219,85	31,23%	669.286,26	2.390.878,36	27,99%	562.371,31	2.175.304,99	25,85%	502.349,42	2.124.631,62	23,64%	521.371,53	2.173.805,67	23,98%	521.964,92	2.550.009,18	20,47%
Cap 6	185.250,42	943.013,89	19,64%	71.247,72	534.354,66	13,33%	69.995,56	496.854,09	14,09%	81.402,54	517.772,27	15,72%	103.535,43	518.829,62	19,96%	104.448,12	464.730,06	22,48%
Cap 7	6.915,39	1.032.297,16	0,67%	5.433,69	770.219,31	0,71%	1.906,82	634.123,24	0,30%	832,13	605.838,45	0,14%	300,00	644.252,30	0,05%	300,00	668.393,17	0,04%
Cap 8	936,31	174.468,83	0,54%	936,31	314.808,13	0,30%	936,31	303.770,32	0,31%	936,31	248.907,51	0,38%	936,31	297.118,37	0,32%	936,31	61.917,80	1,51%
Cap 9	0,00	175.274,28	0,00%	0,00	305.726,47	0,00%	0,00	460.864,10	0,00%	0,00	988.633,41	0,00%	0,00	808.589,14	0,00%	0,00	871.809,01	0,00%
TOTAL	3.343.689,88	10.225.688,62	32,70%	3.324.730,38	9.889.818,56	33,62%	3.148.430,91	9.664.516,01	32,58%	3.103.267,52	10.143.800,20	30,59%	3.179.200,44	10.101.656,03	31,47%	3.210.372,47	9.842.072,62	32,62%

Fuente: Elaboración propia

CONSEJO DE CUENTAS DE CASTILLA Y LEÓN

Fiscalización del Análisis y Evolución de la Deuda Sanitaria no imputada a Presupuesto en la Comunidad de Castilla y León

Anexo 2

MODIFICACIONES DEL PRESUPUESTO DE GASTOS POR CAPÍTULOS DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD Y DE

LA COMUNIDAD AUTÓNOMA

A) GERENCIA REGIONAL DE SALUD

CAPÍTULO	AÑO 2011			AÑO 2012			AÑO 2013			AÑO 2014			AÑO 2015			AÑO 2016		
	PTO inicial (A)	Modificaciones (B)	% B/A	PTO inicial (A)	Modificaciones (B)	% B/A	PTO inicial (A)	Modificaciones (B)	% B/A	PTO inicial (A)	Modificaciones (B)	% B/A	PTO inicial (A)	Modificaciones (B)	% B/A	PTO inicial (A)	Modificaciones (B)	% B/A
Cap 1	1.612.344.785,00	213.713.215,00	13,25%	1.703.992.778,00	-9.450.846,00	-0,55%	1.643.492.883,00	72.031.849,37	4,38%	1.673.019.093,00	15.882.349,65	0,95%	1.676.664.324,00	18.737.946,17	1,12%	1.701.330.280,00	52.922.180,61	3,11%
Cap 2	738.286.581,00	-20.813.215,00	-2,82%	873.717.691,00	1.103.282.811,08	126,27%	869.728.031,00	76.928.344,15	8,85%	844.728.031,00	-11.414.255,51	-1,31%	876.392.835,00	287.827.711,55	32,84%	881.392.835,00	214.459.450,60	24,33%
Cap 3	0,00	7.100.000,00	-	115.924,00	5.440.000,00	4692,73%	0,00	19.046.094,20	-	0,00	24.898.995,99	-	0,00	9.752.972,69	-	0,00	9.117.908,18	-
Cap 4	799.956.398,00	0,00	0,00%	669.286.264,00	-14.157.671,70	-2,12%	562.371.314,00	20.207.151,75	3,59%	502.349.420,00	94.702.874,14	18,85%	521.371.534,00	98.065.168,56	18,81%	521.964.919,00	118.321.035,32	22,67%
Cap 6	185.250.415,00	746.843,79	0,40%	71.247.717,00	32.231.357,57	45,24%	69.995.555,00	-21.547.382,63	-30,78%	81.402.539,00	-3.721.841,72	-4,57%	103.535.432,00	-29.608.348,97	-28,60%	104.448.124,00	-33.202.896,62	-31,79%
Cap 7	6.915.386,00	0,00	0,00%	5.433.692,00	215.190,00	3,96%	1.906.816,00	-710.085,85	-37,27%	832.125,00	200.000,00	24,03%	300.000,00	-100.000,00	-33,33%	300.000,00	-276.235,00	-92,08%
Cap 8	936.314,00	0,00	0,00%	936.314,00	0,00	0,00%	936.314,00	0,00	0,00%	936.314,00	0,00	0,00%	936.314,00	0,00	0,00%	936.314,00	0,00	0,00%
Cap 9	0,00	0,00	-	0,00	0,00	-	0,00	0,00	-	0,00	0,00	-	0,00	0,00	-	0,00	0,00	-
TOTAL	3.343.689.879,00	200.746.843,79	6,00%	3.324.730.380,00	1.117.560.840,95	33,61%	3.148.430.913,00	1.65.955.370,99	5,27%	3.103.267.522,00	20.548.092,55	0,66%	3.179.200.459,00	384.675.450,00	12,10%	3.210.372.472,00	361.341.443,09	11,26%

B) COMUNIDAD AUTÓNOMA

CAPÍTULO	AÑO 2011			AÑO 2012			AÑO 2013			AÑO 2014			AÑO 2015			AÑO 2016		
	PTO inicial (A)	Modificaciones (B)	% B/A	PTO inicial (A)	Modificaciones (B)	% B/A	PTO inicial (A)	Modificaciones (B)	% B/A	PTO inicial (A)	Modificaciones (B)	% B/A	PTO inicial (A)	Modificaciones (B)	% B/A	PTO inicial (A)	Modificaciones (B)	% B/A
Cap 1	3.896.099.798,00	221.874.609,97	5,69%	3.915.219.380,99	-110.241.129,51	-2,82%	3.802.461.854,00	57.805.080,73	1,52%	3.846.895.392,00	2.804.340,55	0,07%	3.860.053.833,00	81.621.229,46	2,11%	3.575.002.913,00	57.978.759,59	1,62%
Cap 2	1.218.797.003,00	12.226.964,96	1,00%	1.329.137.964,00	1.147.882.785,83	86,36%	1.364.655.268,00	111.756.149,36	8,19%	1.351.739.727,00	-93.135.309,93	-6,89%	1.399.272.156,00	296.037.039,29	21,16%	1.321.877.283,00	220.035.102,72	16,65%
Cap 3	235.396.565,00	209.179,84	0,09%	336.546.309,00	2.670.736,43	0,79%	432.417.010,00	13.198.916,76	3,05%	464.532.107,00	20.159.496,62	4,34%	406.434.886,00	-36.611.405,15	-9,01%	330.237.158,00	-47.187,65	-0,01%
Cap 4	6.446.560.397,00	74.977.737,90	1,16%	6.345.804.766,00	1.105.178.361,14	17,42%	5.944.565.500,00	315.733.353,04	5,31%	5.829.145.389,00	251.689.603,18	4,32%	5.971.911.782,00	628.543.441,86	10,52%	6.056.096.680,00	415.653.816,12	6,86%
Cap 6	943.844.477,00	37.418.066,75	3,96%	535.269.495,00	198.627.303,70	37,11%	477.056.678,00	63.691.466,52	13,35%	11.492.312.615,00	49.688.667,39	0,43%	519.162.697,00	-21.081.551,93	-4,06%	464.771.269,00	-79.389.073,65	-17,08%
Cap 7	1.452.770.027,00	-20.088.057,90	-1,38%	1.003.211.246,00	78.734.846,85	7,85%	887.728.693,00	82.237,018,33	9,26%	874.757.221,00	-14.434.139,52	-1,65%	906.280.802,00	349.150.703,06	38,53%	933.222.371,00	-35.982.960,33	-3,86%
Cap 8	174.468.826,00	3.423.704,40	1,96%	314.808.126,00	900.000,00	0,29%	303.770.316,00	2.017.288,00	0,66%	248.907.513,00	40.008.500,00	16,07%	297.118.368,00	-10.722.710,00	-3,61%	61.917.795,00	-10.852.829,00	-17,53%
Cap 9	175.274.284,00	3.856.621,33	2,20%	305.726.469,00	-3.331.901,85	-1,09%	460.864.096,00	273.587,89	0,06%	988.670.294,00	-38.619.106,73	-3,91%	808.820.293,00	291.827.265,00	36,08%	871.809.013,00	840,42	0,00%
TOTAL	14.543.211.377,00	333.898.767,25	2,30%	14.085.723.755,99	2.420.410.902,59	17,18%	13.673.519.415,00	646.712.860,63	4,73%	25.096.960.258,00	218.162.051,56	0,87%	14.169.054.817,00	1.578.764.011,59	11,14%	13.614.934.482,00	567.396.468,22	4,17%

Fuente: Elaboración propia

DISTRIBUCIÓN DE LA DEUDA SANITARIA NO IMPUTADA POR TIPO DE GASTO

Artículo	2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	Importe	Porcentaje s/importe total	Importe	Porcentaje s/importe total	Importe	Porcentaje s/importe total	Importe	Porcentaje s/importe total	Importe	Porcentaje s/importe total	Importe	Porcentaje s/importe total
12	9.699,05	0,00%	88,70	-99,09%	5.368,52	0,00%	3.009,38	-43,94%	2.620,02	0,00%	4.479,54	0,00%
17	84.102.484,72	7,19%	76.190.323,99	-9,41%	16.581.259,22	8,06%	47.745.468,83	187,95%	88.669.010,89	19,31%	116.807.042,15	25,27%
18	0,00	0,00%	0,00	0,00%	5.600,39	0,00%	784,81	-85,99%	223,66	0,00%	0,00	0,00%
20	2.249.370,22	0,19%	489.070,94	-78,26%	20.678,06	0,01%	276.856,24	1238,89%	250.319,90	0,05%	1.153.894,70	0,25%
21	30.082.280,28	2,57%	6.510.279,28	-78,36%	1.140.888,47	0,55%	6.253.615,95	448,14%	8.644.803,76	1,88%	8.181.742,96	1,77%
22	965.352.356,42	82,58%	96.805.794,55	-89,97%	144.294.318,65	70,18%	377.615.582,93	161,70%	313.890.004,82	68,35%	292.161.487,08	63,20%
23	93.534,99	0,01%	88.605,88	-5,27%	87.655,28	0,04%	86.256,05	-1,60%	83.206,54	0,02%	41.719,14	0,01%
26	70.784.197,76	6,06%	6.531.465,51	-90,77%	13.396.162,77	6,52%	29.750.133,95	122,08%	22.180.884,13	4,83%	33.337.698,05	7,21%
35	11.672.180,00	1,00%	12.398.707,75	6,22%	26.127.324,84	12,71%	17.273.748,90	-33,89%	18.626.980,29	4,06%	6.925.416,19	1,50%
48	4.612.701,47	0,39%	233.737,46	-94,93%	3.957.190,89	1,92%	8.290.897,90	109,51%	6.903.046,29	1,50%	3.644.452,42	0,79%
62	105,70	0,00%	0,00	-100,00%	0,00	0,00%	0,00	-	4.961,00	0,00%	0,00	0,00%
63	0,00	0,00%	0,00	-	0,00	0,00%	1.597,20	-	0,00	0,00%	0,00	0,00%
64	0,00	0,00%	0,00	-	0,00	0,00%	0,00	-	332,75	0,00%	0,00	0,00%
Total	1.168.959.110,61	100,00%	199.248.074,06	-82,96%	205.616.447,09	100,00%	487.297.952,14	136,99%	459.256.394,05	100,00%	462.257.932,23	100,00%

Fuente: Elaboración propia

DEUDA POR SUBCONCEPTOS NO IMPUTADA A PRESUPUESTO.

EJERCICIO 2016

Subconcepto	Denominación	Importe
12000	RETRIBUCIONES BÁSICAS	4.479,54
17000	SEGURIDAD SOCIAL PERSONAL LABORAL	6.428.884,67
17100	SEGURIDAD SOCIAL PERSONAL NO LABORAL	110.378.157,48
18000	CURSO DE FORMAC.	0,10
20200	ARRENDAMIENTOS EDIFICIOS	2.386,56
20300	ARRENDAMIENTO PET DIC-15	435.374,14
20400	ALQ.CONTENED. cambio contenedor	1.106,59
20500	ARRENDAMIENTOS Y ENSERES	3.762,33
20600	ARREND EQUIP. PROC. INF.	608.243,58
21000	MANTENIMIENTO JARDINES. MNTTO C.SALUD Y GERENCIA	2.903,66
21200	MANTENIMIENTO	903.163,60
21300	REP.MANT.MAQ.INST.UTILLAJ	6.467.939,00
21400	2SER-ELEMENTOS DE TRANSP	9.020,93
21500	REPARAC. MOBILIARIO CLINI	17.898,31
21600	EQUIPOS PROC. INFORMACION	814.342,54
22100	SUMIN. ENERGIA ELECTRICA. GAS NATURAL COMERCIALIZAD	6.892.421,75
22101	CONTRATO ABASTEC.AGUA. ALCANTARILLADO	22.865,13
22102	GAS. GASOLEO CALEFACCIÓN	3.497.533,78
22103	GASOLEO	13.918,83
22104	VESTUARIO	1.592,81
22105	MAT.LABOR.+ MAT.ALIMENTAC	620.961,27
22106	P.FARMACEUTICOS	116.482.417,19
22108	M.DEP.DIDACT.Y CULTURAL	292,76
22109	LENCERÍA almacén 15	18.881,20

CONSEJO DE CUENTAS DE CASTILLA Y LEÓN**Fiscalización del Análisis y Evolución de la Deuda Sanitaria no imputada a Presupuesto en la Comunidad de Castilla y León**

22111	REPU.MAQU.UTILL.Y E.TRANS	164.462,41
22112	SUM. MATER. ELECTRON	170.609,00
22114	HEMODERIVADOS	18.851.262,43
22115	INSTRUMENTAL Y PEQUEÑO UT	1.485.546,13
22116	IMPLANTES	42.386.911,02
22117	MATERIAL LABORATORIO	35.989.852,81
22118	OTRO MATERIAL SANITARIO.MATERIAL RADIOLOGIA	5.463,73
22119	MEDICINA NUCLEAR	951.727,74
22121	O MAT SANIT	42.139.983,87
22199	OTROS SUMINISTROS	87.660,31
22201	COMU.POSTALES Y TELEGRA.	96.743,35
22300	TRANSPORTES, TAXI, PORTES	137.986,06
22502	TASAS I.T.V.	89,59
22503	OTRAS TASAS. TASA TRAT/ELIM RES. SOLID. AGUA/ALCANTARILL	1.692,92
22606	REUNIONES,CONFEREN.CURSOS	38,50
22607	GASTO PROCESO SELECTIVO	78,27
22608	PUBLICACIONES anuncio BOE	4.647,91
22699	OTROS SUMINISTROS. SANCIÓN TRIBUTARIA, PEAJE AUTOPISTA	1.887,84
22700	MAT. LIMPIEZA. RECOGIDA Y TRAT. RESIDUOS	14.795.669,71
22701	VIGILANCIA, SEGURIDAD	988.451,92
22703	POSTALES Logística Dic-15	2.503,59
22704	CUSTODIA, DEPOSITO Y ALM.	253.319,41
22706	ESTUD.Y TRABAJOS TECNICOS	918.544,06
22799	SUMINISTRO TARJETA SANITA. OTROS	764.721,19
23000	DIETA 23-24/11/16	1.332,77
23100	GASTOS MENORES.DIETA LEON 18/01. LOCOMOCIÓN	4.503,11
26202	CONC.ENTES.TERRI.DIPUTA.	217.335,20
26204	CONCIERTOS DICIEMBRE-15	15.111.504,14

CONSEJO DE CUENTAS DE CASTILLA Y LEÓN**Fiscalización del Análisis y Evolución de la Deuda Sanitaria no imputada a Presupuesto en la Comunidad de Castilla y León**

26301	ART 26 CONC DIALIS BEJAR	5.707.572,51
26302	LUZ 4ºT/2015	1.311.043,52
26401	362/16	3.164.752,98
26402	I.RESP.A DOM.OXIG.AER.O.T	194.071,16
26403	CONCIERTOS .INSUF.RESPIRA.DOMICILIARIA	3.566.697,61
26404	RESONANCIAS DIC. CONCIERTOS	494.413,09
26405	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. RUBER INTERNACIONAL	100.453,88
26406	CONCIERTOS PARA TECNICAS DE DIAGNOST	96.094,78
26407	LOGOPEDIA .REHABILITACION AMBULATORI	46.850,46
26409	SEPTBRE/16 RADIOTERAPIA. JUNIO/16 CONSULTAS	34.696,29
26500	AMBU SALAMANCA DIC-15	972.812,44
26701	OTRO SERV. ASIST. SANIT	341.529,85
26702	VINCULADOS JULIO 16	275.444,69
62300	MAQUINARIA. INVERSIONES 2016.monitor const.vitales	130.388,37
63300	INVERSIONES 2016-MONITOR	0,02
63600	INVERSION MOBILIARIO	0,07
64000	INVESTIGACION. PROYECTO GRS/1192/B/15	14.241,23
64500	SOFTWARE TURNOS D HOSPIT.GESTION LLAMADAS/OCTUBRE	71.027,15
64900	INVERSIONES INMOV. INMATE- INVESTIGACIÓN	366,70
35200	INTERESES DE DEMORA Y OTROS GASTOS FINANCIEROS	6.925.416,19
4800Z	FARMACIA. MEDICAMENTOS EXTRANJEROS.	3.753.505,69

Fuente: Elaboración propia

Nota: El importe de la suma de los artículos no coincide exactamente con el cuadro 11 y el Anexo 3 porque la fuente de este cuadro ha sido el saldo de la cuenta 409, "Acreedores por operaciones pendientes de aplicar a presupuesto". Existe una diferencia de 5.967.518,06 €.

CLASIFICACIÓN ECONÓMICA DE LOS GASTOS DE LA GERENCIA

REGIONAL DE SALUD

Subconcepto	Descripción
170.00	Seguridad Social personal laboral. Se incluyen las aportaciones a los regímenes de la Seguridad Social del personal laboral.
171.00	Seguridad Social personal no laboral. Se incluyen las aportaciones a los regímenes de la Seguridad Social del personal no laboral.
213.00	Maquinaria, instalaciones y utillaje. A este subconcepto se imputan los gastos de mantenimiento, reparaciones y conservación de maquinaria y otro inmovilizado material y comprende gastos tales como conservación y reparación, tarifas por vigilancia, revisión, conservación y entretenimiento en máquinas e instalaciones y gastos de mantenimiento o de carácter análogo.
221.06	Productos farmacéuticos. Esta partida recoge el crédito asignado para el consumo de medicamentos. Se excluye el coste para la Seguridad Social de las recetas dispensadas para tratamientos a realizar fuera del recinto de las instituciones sanitarias que se imputarán, en todo caso, al subprograma 312A01.
221.16	Implantes. Incluirá las dotaciones para prótesis quirúrgicas fijas adquiridas para su implantación.
221.21	Otro material sanitario. Adquisición de otro material sanitario, tal como: catéteres, sondas, drenajes, colectores, material de curas, suturas, apósitos, material de diálisis, material desechable que no sea de laboratorio, desinfectantes de instrumental quirúrgico, etc. Se excluye el coste de la sangre y el de los medicamentos consumidos, que tienen atribuidas rúbricas específicas.
221.17	Material de laboratorio. Adquisición de material general de laboratorio, reactivos, así como material desechable, desinfectantes, etc.
221.14	Hemoderivados. Esta partida contempla los gastos destinados a la adquisición de medicamentos hemoderivados.
227.00	Trabajos realizados por otras empresas y profesionales Limpieza y aseo. Son gastos que correspondan a actividades que siendo de la competencia de los organismos públicos se ejecuten mediante contrato con empresas externas o profesionales independientes Gastos de esta naturaleza, incluidos los gastos de recogida de basuras y residuos.
221.00	Energía eléctrica. Gastos de electricidad.
221.02	Gas y calefacción. Gastos de gas y calefacción.
221.15	Instrumental y pequeño utillaje sanitario. Se consignará el crédito necesario para la primera adquisición y reposición del utillaje y pequeño instrumental sanitario, cuya vida útil no se agote con el primer uso, ni supere la duración de un ejercicio económico y que, por su naturaleza y coste, no se considere sujeto a amortización como, por ejemplo: tijeras, bisturís, pinzas, cizallas, fonendoscopios, etc.
262.04	Conciertos con entidades privadas en atención especializada.
263.01	Conciertos para programas especiales de hemodiálisis. Club de diálisis.
263.02	Conciertos para programas especiales de hemodiálisis. Otras hemodiálisis en centros no hospitalarios.
264.01	Conciertos para terapia de la insuficiencia respiratoria a domicilio. Oxigenoterapia.
264.03	Conciertos con centros o servicios de diagnóstico, tratamiento y terapias. Terapia de la insuficiencia respiratoria a domicilio. Otras terapias.
352.00	Intereses de demora. Son intereses de demora a satisfacer como consecuencia del incumplimiento de pago de las obligaciones en los plazos establecidos.
480.OZ	El coste de las recetas dispensadas para tratamientos a realizar fuera del recinto de las instituciones sanitarias (colegios de farmacéuticos), así como artículos entregados en los centros a los usuarios (vacunas, tiras reactivas, apósitos, absorbentes).

Fuente: Elaboración propia. Código de clasificación económica de los gastos.

CONSEJO DE CUENTAS DE CASTILLA Y LEÓN

Fiscalización del Análisis y Evolución de la Deuda Sanitaria no imputada a Presupuesto en la Comunidad de Castilla y León

Anexo 6

DEUDA DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD. EJERCICIO 2011

Gerencia	Artículo 12	Artículo 17	Artículo 20	Artículo 21	Artículo 22	Artículo 23	Artículo 26	Artículo 35	Artículo 48	Artículo 62	Total
Gae Aranda		1.036.258,31	68.771,27	363.474,56	9.288.332,91		396.218,84	213.562,22			11.366.618,11
Gae Ávila		3.381.237,05	3.840,02	1.563.083,80	47.328.582,53		5.139.450,63				57.416.194,03
Gae Burgos Yagüe		7.841.479,94	151.458,46	2.197.230,29	127.524.645,60		13.819.218,42	4.890.228,16			156.424.260,87
Gae El Bierzo		2.938.868,29	6.348,02	635.339,18	44.195.096,54		4.105.897,88				51.881.549,91
Gae León		5.835.129,21	456.845,19	3.917.290,58	142.256.930,73		12.692.684,97				165.158.880,68
Gae Medina		662.000,23	10.797,00	520.502,39	7.143.767,95		241.242,00				8.578.309,57
Gae Miranda		1.399.931,91	4.340,20	319.703,48	9.185.497,29		232.448,35	314.377,97			11.456.299,20
Gae Palencia	9.197,96	4.056.245,13	68.156,10	1.848.846,91	47.618.393,97	185,00	2.384.275,35	1.759.694,90			57.744.993,32
Gae Salamanca		17.158.026,40	961.869,80	4.629.214,76	160.240.161,69		5.301.443,20				188.290.715,85
Gae Segovia		2.328.909,50		1.357.880,41	42.578.455,98		2.907.520,69			105,70	49.172.766,58
Gae Soría		3.389.534,31		1.183.331,78	26.483.319,29		1.632.153,22	1.162.846,52			33.851.290,82
Gae Valladolid Clínico		4.170.867,91	185.232,03	3.098.012,79	123.078.779,90		10.808.696,54				141.341.589,17
Gae Valladolid Río Hortega		8.050.914,24	39.593,92	3.100.681,13	101.828.381,21	174,05	4.361.837,99				117.381.582,54
Gae Zamora		4.741.654,82	236.975,97	2.895.513,45	47.960.748,45		4.977.701,78	3.074.329,73			63.886.924,20
Total G. Atención Especializada	9.197,96	66.991.057,25	2.194.227,98	27.630.105,51	936.711.094,04	359,05	69.000.789,86	11.415.039,50	0,00	105,70	1.113.951.976,85
Gap Ávila		1.236.405,23	15.168,77	129.837,56	1.609.836,10	273,38	3.984,12		675.976,26		3.671.481,42
Gap Burgos	501,09	2.972.746,07		352.049,12	3.882.852,83	211,74	5.827,37	93.349,38	612.015,58		7.919.553,18
Gap El Bierzo		815.310,76		147.664,98	1.656.915,40		120,52		242.423,09		2.862.434,75
Gap León		1.889.005,21	1.285,02	120.420,00	3.036.240,38	39.193,42	344,03		206.757,12		5.293.245,18
Gap Palencia		1.699.633,16		155.655,53	2.051.303,13	35.260,40	5.383,22	31.441,02	435.505,61		4.414.182,07
Gap Salamanca		1.884.700,79		386.471,52	5.266.244,51	110,64	5.668,55		250.662,38		7.793.858,39
Gap Segovia		942.334,53	21.718,11	174.487,55	1.327.571,06	18.087,98	3.341,32	16.913,36	628.982,60		3.098.435,17
Gap Soría		1.052.716,02		79.255,30	1.030.026,59		19.555,77		198.111,85		2.395.111,10
Gap Valladolid Este		1.385.389,93		362.589,82	2.923.618,16		42.267,15		345.431,59		5.036.585,27
Gap Valladolid Oeste		1.185.470,75	12.278,85	216.778,54	2.275.506,67		4.656,17	115.436,74	565.806,80		4.183.330,55
Gap Zamora		1.164.604,66	890,29	194.758,04	2.911.777,09	38,38					4.957.968,17
Total G. Atención Primaria	501,09	16.228.317,11	51.341,04	2.319.967,96	27.971.891,92	93.175,94	91.148,22	257.140,50	4.612.701,47	0,00	51.620.185,25
G. Emergencias		883.110,35	4.001,20	132.206,81	669.370,46		1.692.259,68				3.380.948,50
Total G. Emergencias	0,00	883.110,35	4.001,20	132.206,81	669.370,46	0,00	1.692.259,68	0,00	0,00	0,00	3.380.948,50
Total general	9.699,05	84.102.484,71	2.249.570,22	30.082.280,28	965.352.356,42	93.534,99	70.784.197,76	11.672.180,00	4.612.701,47	105,70	1.168.959.110,61

Fuente: Elaboración propia. Informes de control financiero permanente de la IGACYL.

CONSEJO DE CUENTAS DE CASTILLA Y LEÓN

Fiscalización del Análisis y Evolución de la Deuda Sanitaria no imputada a Presupuesto en la Comunidad de Castilla y León

Anexo 7

DEUDA DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD. EJERCICIO 2012

Gerencia	Artículo 12	Artículo 17	Artículo 20	Artículo 21	Artículo 22	Artículo 23	Artículo 26	Artículo 35	Artículo 48	Total
Gae Aranda		600.141,42	558,62	6.158,54	1.052.160,93		72.301,00	240.779,26		1.972.099,77
Gae Avila		3.162.926,49	90.610,16	342.085,89	4.119.906,08	61,56	412.063,53			8.127.653,71
Gae Burgos Yagüe		7.133.254,76	13.192,27	53.712,14	18.068.298,25		1.425.038,45	6.442.865,04		33.136.360,91
Gae El Bierzo		2.744.400,60		192.317,50	3.829.724,88		217.786,67			6.984.229,65
Gae León		7.252.328,23	93.026,92	913.294,70	11.152.111,26		617.985,08			20.028.746,19
Gae Medina		604.728,81	8.135,40	36.573,24	384.522,40					1.033.959,85
Gae Miranda		945.109,00	0,00	114.994,20	779.184,44		6.248,00	231.495,72		2.077.031,36
Gae Palencia		3.658.603,79	1.270,50	267.844,76	5.879.927,07	274,92	374.361,86	654.893,27		10.837.176,17
Gae Salamanca		8.186.764,23	132.866,98	1.178.214,84	15.642.870,23		671.753,05	2.210.239,36		28.022.708,69
Gae Segovia		2.950.081,86		229.893,26	3.490.978,21		70.209,44			6.741.162,77
Gae Soria		2.423.201,89		780,45	4.747.920,53		157.153,77	1.559.109,90		8.888.166,54
Gae Valladolid Clínico		5.575.553,15		656.125,21	8.865.513,62		560.040,42			15.657.232,40
Gae Valladolid Río Hortega		5.558.860,76	8.674,07	942.794,89	8.599.488,62		1.081.251,27			16.191.069,61
Gae Zamora		4.002.242,34	61.350,37	855.457,55	5.598.995,79	1.014,79	827.936,93	766.494,31		12.113.492,08
Total G. Atención Especializada	0,00	54.798.197,33	409.685,29	5.790.247,17	92.211.602,31	1.351,27	6.494.129,47	12.105.876,86	0,00	171.811.089,70
Gap Avila		1.746.696,36	33.270,50	10.994,03	136.799,78	268,59	964,41		7.721,28	1.936.714,95
Gap Burgos	88,70	2.820.841,59		73.429,25	767.220,38	233,72		58.123,94		3.719.937,58
Gap El Bierzo		1.206.195,28		17.154,33	162.548,01				30.354,30	1.416.251,92
Gap León		2.754.705,68	624,53	4.469,03	223.097,71	36.095,68	832,34		2.516,99	3.022.341,96
Gap Palencia		1.621.312,80	23.370,93	4.499,54	318.873,65	34.720,50		36.891,86		2.039.669,28
Gap Salamanca		2.781.611,05		67.931,27	992.529,67	450,58	7.200,01		186.189,57	4.035.912,15
Gap Segovia		1.373.479,54	9.086,00	5.147,99	359.333,81		84,73			1.747.132,07
Gap Soria		1.025.903,94		65.327,29	111.120,86	13.914,24	86,56	33.160,42	6.269,18	1.255.782,49
Gap Valladolid Este		2.028.908,80		356.185,61	277.551,95					2.662.646,36
Gap Valladolid Oeste		1.611.231,67		40.963,11	300.671,57		9.582,43			1.962.448,78
Gap Zamora		1.667.435,68		38.674,32	558.330,89		585,56	164.654,67	686,14	2.430.367,26
Total G. Atención Primaria	88,70	20.638.322,39	66.351,96	684.775,77	4.208.078,28	85.683,31	19.336,04	292.830,89	233.737,46	26.229.204,80
G. Emergencias	0,00	753.804,27	13.033,69	35.256,34	386.113,96	1.571,30	18.000,00			1.207.779,56
Total G. Emergencias	0,00	753.804,27	13.033,69	35.256,34	386.113,96	1.571,30	18.000,00	0,00	0,00	1.207.779,56
Total general	88,70	76.190.323,99	489.070,94	6.510.279,28	96.805.794,55	88.605,88	6.531.465,51	12.398.707,75	233.737,46	199.248.074,06

Fuente: Elaboración propia. Informes de control financiero permanente de la IGACYL.

CONSEJO DE CUENTAS DE CASTILLA Y LEÓN

Fiscalización del Análisis y Evolución de la Deuda Sanitaria no imputada a Presupuesto en la Comunidad de Castilla y León

Anexo 8

DEUDA DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD. EJERCICIO 2013

Gerencia	Artículo 12	Artículo 17	Artículo 18	Artículo 20	Artículo 21	Artículo 22	Artículo 23	Artículo 26	Artículo 35	Artículo 48	Total
Gae Aranda		609.592,55		558,62	5.789,12	3.063.292,10		75.918,76	361.371,30		4.116.522,45
Gae Ávila		0,00		0,00	39.461,90	9.278.162,45		342.710,40	932.410,34		10.592.745,09
Gae Burgos Yagüe		2.280.723,40		7.273,84	21.268,38	24.619.362,20		1.350.894,29	2.714.329,20		30.993.851,31
Gae El Bierzo		891.766,11		0,00	0,00	7.294.847,25		467.677,65	1.332.847,08		9.987.138,09
Gae León		2.470.806,43		1.673,52	112.741,66	19.835.185,31	3.375,20	2.013.345,62	3.537.248,33		27.974.376,07
Gae Medina		300.656,43				709.512,65			331.397,55		1.341.566,63
Gae Miranda		338.851,69		537,78	15.004,12	2.242.093,29		67.587,35	289.264,29		2.953.338,52
Gae Palencia		422.207,02		0,00	48.626,81	7.396.740,73	264,23	697.053,08	1.583.269,60		10.148.161,47
Gae Salamanca	2.601,87	2.658.282,08		9.614,64	512.966,02	23.070.028,99		1.696.564,85	4.544.566,01		32.494.624,46
Gae Segovia		999.778,64		0,00	7.192,32	7.015.465,58		276.039,88	905.894,15		9.204.370,57
Gae Soria		22.428,34				3.951.124,98		810.572,02	911.597,67		5.695.723,01
Gae Valladolid Clínico		1.858.795,56	5.600,39	514,76	188.484,27	14.650.328,22		1.279.959,35	3.285.589,63		21.269.272,18
Gae Valladolid Río Hortega		1.839.015,83			78.174,36	12.326.725,13	1.839,51	712.066,99	2.270.011,85		17.227.833,67
Gae Zamora		1.086.766,20		504,90		6.525.386,58		926.600,89	2.682.899,24		11.222.157,81
Total G. Atención Especializada	2.601,87	15.779.670,28	5.600,39	20.678,06	1.029.708,96	141.978.255,46	5.478,94	10.716.991,13	25.682.696,24	0,00	195.221.681,33
Gap Ávila					25.346,90	46.625,13		2.743,87	7.857,93	148.504,14	231.077,97
Gap Burgos	2.766,65				45.193,97	42.160,90	281,42		96.940,56	897.322,29	1.084.665,79
Gap El Bierzo					1.864,91	22.989,79	31,54		18.433,70	99.875,62	143.195,56
Gap León					776,39	69.143,05	36.063,76	553,14	41.957,29	445.406,22	593.899,85
Gap Palencia					1.255,02	29.138,18	29.157,14	62,15	20.002,39	391.677,48	471.292,36
Gap Salamanca					3.464,91	477.490,49		5.514,94	49.278,60	471.867,83	1.007.616,77
Gap Segovia					1.449,87	169.264,66		1.293,38	21.652,04	210.418,67	404.078,62
Gap Soria					4.808,30	167.768,99	16.642,48		10.462,91	260.403,32	460.086,00
Gap Valladolid Este		801.588,94				350.370,42			54.947,64	494.037,61	1.700.944,61
Gap Valladolid Oeste					21.266,14	142.750,68		4.981,16	16.080,48	93.246,45	278.324,91
Gap Zamora					4.947,43	351.593,18			107.015,06	444.431,26	907.986,93
Total G. Atención Primaria	2.766,65	801.588,94	0,00	0,00	110.373,84	1.869.295,47	82.176,34	15.148,64	444.628,60	3.957.190,89	7.283.169,37
G. Emergencias	0,00				805,67	446.767,72		2.664.023,00			3.111.596,39
Total G. Emergencias	0,00	0,00	0,00	0,00	805,67	446.767,72	0,00	2.664.023,00	0,00	0,00	3.111.596,39
Total general	5.368,52	16.581.259,22	5.600,39	20.678,06	1.140.888,47	144.294.318,65	87.655,28	13.396.162,77	26.127.324,84	3.957.190,89	205.616.447,09

Fuente: Elaboración propia. Informes de control financiero permanente de la IGACYL.

CONSEJO DE CUENTAS DE CASTILLA Y LEÓN

Fiscalización del Análisis y Evolución de la Deuda Sanitaria no imputada a Presupuesto en la Comunidad de Castilla y León

Anexo 9

DEUDA DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD. EJERCICIO 2014

Gerencia	Artículo 12	Artículo 17	Artículo 18	Artículo 20	Artículo 21	Artículo 22	Artículo 23	Artículo 26	Artículo 35	Artículo 48	Artículo 63	Total
Cae Aranda		315.668,28		3.135,93	100.122,62	5.969.568,12		249.961,88	662.469,53			7.300.926,36
Cae Ávila		2.333.612,41		370.397,00	370.397,00	20.931.838,78		1.533.591,26				25.169.439,45
Cae Burgos Yagüe		4.109.781,16		2.790,20	24.996,37	43.147.256,15		3.015.350,61	7.105.856,92			57.406.031,41
Cae El Bierzo		912.086,67	463,77		52.134,89	19.397.979,50	760,94	1.521.089,20				21.884.514,97
Cae León		7.747.818,59			729.376,03	56.530.262,09	1473,46	7.397.182,94				72.406.113,11
Cae Medina		642.281,30		2.214,30	161.715,43	3.074.969,71		107.078,52				3.988.259,26
Cae Miranda		353.543,79		608,58	95.559,24	5.267.482,22		135.050,17	701.043,51			6.553.287,51
Cae Palencia		2.561.219,34		11.940,81	528.874,31	19.587.813,27		1.108.795,76	2.553.817,83			26.352.461,32
Cae Salamanca		5.852.437,61		232.044,59	1.570.199,65	65.933.544,97		3.108.396,27	74.555,88			76.771.178,97
Cae Segovia		2.051.465,41			287.461,10	19.114.720,43		1.532.495,59				22.986.142,53
Cae Soria		813.882,69		87,80	225.813,98	11.847.405,41		1.207.349,74	1.816.540,16			15.911.079,78
Cae Valladolid Clínico		4.023.652,55		4.088,19	907.783,00	40.804.109,78		3.859.555,44				49.599.188,96
Cae Valladolid Río Hortega		5.808.094,02			436.262,81	36.131.574,69	2.796,70	2.115.335,05				44.494.063,27
Cae Zamora		2.666.614,79				21.683.550,82			4.078.348,65			284.28514,26
Total G. Atención Especializada	0,00	40.192.158,61	463,77	256.910,40	5.490.696,43	369.422.075,94	5.031,10	26.891.232,43	16.992.632,48	0,00	0,00	459.251.201,16
Gap Ávila		591.777,97			24.077,23	357.261,34		4.294,23				1.531.379,63
Gap Burgos	3.009,38	991.740,85			131.111,40	1.317.367,15	367,22		503,45			3.824.726,16
Gap EL Bierzo		422.793,51	321,04		52.372,85	475.658,63						1.504.631,47
Gap León		943.313,96		19.770,02	42.527,01	1.135.328,82	34.295,15	2.261,17				2.837.321,08
Gap Palencia		545.800,20			119.839,41	624.238,33	31.604,17		44.125,06			2.047.904,29
Gap Salamanca		993.144,89			84.643,69	1.207.618,78		11.215,90			1.597,20	3.368.809,82
Gap Segovia		475.740,62		175,82	24.573,03	517.544,38		471,56				1.705.648,20
Gap Soria		358.863,67			20.468,79	365.792,30	14.958,41		59.543,79			1.161.860,48
Gap Valladolid Este		776.059,67			114.497,72	726.400,54		718,02				2.535.816,81
Gap Valladolid Oeste		564.503,07			69.829,85	667.261,12		16.329,14				2.136.531,31
Gap Zamora		591.339,38			33.784,30	597.439,53			176.944,12			2.023.487,49
Total G. Atención Primaria	3.009,38	7.255.077,79	321,04	19.945,84	717.725,28	7.991.910,92	81.224,95	35.290,02	281.116,42	8.290.897,90	1.597,20	24.678.116,74
G. Emergencias		298.232,43			45.194,24	201.596,07		2.823.611,50				3.368.634,24
Total G. Emergencias	0,00	298.232,43	0,00	0,00	45.194,24	201.596,07	0,00	2.823.611,50	0,00	0,00	0,00	3.368.634,24
Total General	3.009,38	47.745.468,83	784,81	276.856,24	6.253.615,95	377.615.582,93	86.256,05	29.750.133,95	17.273.748,90	8.290.897,90	1.597,20	487.297.952,14

Fuente: Elaboración propia. Informes de control financiero permanente de la IGACYL.

DEUDA DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD. EJERCICIO 2015

Gerencia	Artículo 12	Artículo 17	Artículo 18	Artículo 20	Artículo 21	Artículo 22	Artículo 23	Artículo 26	Artículo 35	Artículo 48	Artículo 62	Artículo 64	Total
Gae Aranda		1.431.506,31		788,97	81.358,48	4.489.489,04		178.057,64	762.375,22				6.943.575,66
Gae Ávila		4.482.084,32		1.251,06	361.717,82	15.720.188,60		874.470,60					21.439.712,40
Gae Burgos Yagüe		9.839.673,43		9.193,51	2.814,59	34.538.623,24		3.152.775,91	7.808.528,87				55.351.609,55
Gae El Bierzo		3.895.656,09	223,66	1.640,28	54.871,51	13.839.939,36		975.106,74					18.767.437,64
Gae León		11.008.251,16		9.675,00	1.046.208,95	45.061.966,21	4.102,63	5.278.563,41					62.408.767,36
Gae Medina		1.344.588,09			140.279,79	2.931.612,41		125.677,01					4.542.157,30
Gae Miranda		1.498.916,99		23,09	82.764,10	4.705.176,66		153.762,63	822.090,92		4.961,00		7.267.695,39
Gae Palencia		5.284.606,56		19.453,24	349.067,44	16.352.577,70		669.709,52	2.800.896,72				25.476.311,18
Gae Salamanca		12.406.348,67		148.957,41	1.769.651,81	55.419.070,06		1.835.108,32					71.579.136,27
Gae Segovia		4.057.870,86		258,50	48.411,72	13.503.265,24		553.006,75					18.354.701,03
Gae Soria		3.413.539,85		1.932,26	1.605.304,39	43.805.905,09		241.978,89	1.924.328,52				12.767.816,89
Gae Valladolid Clínico		8.674.192,12		8.600,31	558.884,27	32.668.978,27		3.112.532,16					57.199.866,02
Gae Valladolid Río Hortega		8.058.497,74		3.777,01	1.087.906,88	16.321.949,55		1.628.628,92				332,75	42.923.922,26
Gae Zamora		5.518.796,37		4.710,89	170.712,41	248.651,27	19,38	2.004,78	4.173.114,43				27.651.337,85
Total G. Atención Especializada	0,00	80.914.528,56	223,66	205.550,64	7.429.799,93	306.498.040,84	4.102,63	19.325.172,11	18.291.334,68	0,00	4.961,00	332,75	432.674.046,80
Gap Ávila	2.620,02	614.805,69		4.710,89	170.712,41	248.651,27	19,38	2.004,78	4.173.114,43				1.559.290,87
Gap Burgos		997.948,18		98.684,63	22.329,69	929.776,06		2.924,86	19.529,82				3.217.116,56
Gap EL Bierzo		437.786,56		3447,24	22.329,69	331.779,31		334.178,49					1.129.521,29
Gap León		964.128,96		8534,02	85.777,45	779.693,33	34.006,16	3.638,45					2.483.598,16
Gap Palencia		553.851,83		4344,82	137.173,64	564.100,97	30.812,37	1.784,95	52.578,28				1.889.861,82
Gap Salamanca		1.165.801,87		13.980,95	191.724,91	1.497.394,50		9.520,15					3.908.844,96
Gap Segovia		486.284,65			52.354,21	549.710,88		1.088,25					1.589.341,58
Gap Soria		366.460,75			47.913,96	442.613,95	14.266,00		62.804,24				1.145.882,11
Gap Valladolid Este		702.978,93		6340,29	142.103,49	581.717,48		387,85					2.025.235,12
Gap Valladolid Oeste		579.173,61		124.022,28	124.022,28	472.212,89		10.570,05					1.869.300,60
Gap Zamora		610.094,44		3411,05	123.300,47	821.985,67		3.245,60	200.733,27				2.477.405,88
Total G. Atención Primaria	2.620,02	7.479.315,47	0,00	44.769,26	1.196.097,14	7.219.636,31	79.103,91	35.164,94	335.645,61	6.903.046,29	0,00	0,00	23.295.398,95
G. Emergencias		275.166,86			18.906,69	172.327,67		2.820.547,08					3.286.948,30
Total G. Emergencias	0,00	275.166,86	0,00	0,00	18.906,69	172.327,67	0,00	282.0547,08	0,00	0,00	0,00	0,00	3.286.948,30
Total General	2.620,02	88.669.010,89	223,66	250.319,90	8.644.803,76	313.890.004,82	83.206,54	22.180.884,13	18.626.980,29	6.903.046,29	4.961,00	332,75	459.256.394,05

Fuente: Elaboración propia. Informes de control financiero permanente de la IGACYL.

CONSEJO DE CUENTAS DE CASTILLA Y LEÓN

Fiscalización del Análisis y Evolución de la Deuda Sanitaria no imputada a Presupuesto en la Comunidad de Castilla y León

Anexo 11

DEUDA DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD. EJERCICIO 2016

Gerencia	Artículo 12	Artículo 17	Artículo 20	Artículo 21	Artículo 22	Artículo 23	Artículo 26	Artículo 35	Artículo 48	Total
Gae Aranda		1.819.586,16	4.629,63	47.234,99	3.778.267,66		104.706,16	91.445,90		5.845.870,50
Gae Ávila		5.683.098,05	14.455,63	555.606,90	10.329.020,07		1.054.907,84	525.371,80		18.162.460,29
Gae Burgos Yagüe		12.224.656,53	39.801,24	10.374,65	37.405.020,41		3.103.899,29	858.141,85		53.641.893,97
Gae El Bierzo		5.038.014,11	79.359,67	271.760,94	13.595.732,03	1.335,33	1.159.785,97	527.336,92		20.673.324,97
Gae León		14.296.043,43	26.648,29	710.725,58	41.921.970,19	5.161,48	14.291.218,36	760.107,25		72.011.874,58
Gae Medina		1.729.532,02	12.640,87	252.307,11	2.799.123,97		113.098,09	42.439,45		4.949.141,51
Gae Miranda		1.893.221,50	8.149,20	124.254,98	3.397.477,49		8.867,50	160.508,58		5.592.479,25
Gae Palencia		6.712.753,19	58.674,82	474.621,17	16.084.416,78		501.670,66	499.322,80		24.331.459,42
Gae Salamanca		15.692.036,86	407.156,05	1.349.926,75	47.423.976,53		951.785,41	750.566,44		66.575.448,04
Gae Segovia		4.382.131,15	33.045,71	129.111,25	13.707.747,41		859.792,17	358.693,73		19.470.521,42
Gae Soria		4.540.893,15	17.938,97	100.391,27	7.832.086,03		342.133,04	221.471,50		13.054.913,96
Gae Valladolid Clínico		11.184.988,34	36.151,61	1.230.324,61	45.978.631,17		4.491.049,96	730.652,59		63.651.798,28
Gae Valladolid Río Hortega		10.428.329,29	49.576,34	764.883,62	24.871.490,55		2.545.135,24	745.229,92		39.404.644,96
Gae Zamora		7.003.556,83	39.548,70	1.191.248,90	16.312.051,29		970.186,57	368.875,47		25.885.467,76
Total G. Atención Especializada	0,00	102.628.840,61	827.776,73	7.212.772,72	285.437.011,58	6.496,81	30.498.236,26	6.640.164,20	0,00	433.251.298,91
Gap Ávila		1.242.480,99	28.264,47	44.209,62	127.494,58			10.369,64		1.452.819,30
Gap Burgos	4.479,54	1.967.603,07	47.408,31	84.832,97	1.240.896,74	254,40	2.428,80	30.936,14	816.562,18	4.195.402,15
Gap EL Bierzo		887.953,21	10.341,71	15.043,14	258.392,28			12.696,94	234.118,63	1.418.545,91
Gap León		1.957.365,73	31.094,81	46.486,98	979.292,50	34.967,93	921,10	18.856,40	465.544,53	3.534.529,98
Gap Palencia		1.128.709,76	21.724,75	19.195,71	626.324,91			9.360,53	483.010,02	2.288.387,83
Gap Salamanca		2.051.321,88	41.942,84	368.256,67	1.316.270,85			26.208,34	607.169,43	4.414.208,68
Gap Segovia		1.022.704,82	31.935,12	13.590,52	235.037,64			25.702,73		1.328.970,83
Gap Soria		737.475,05	31.896,00	36.247,95	345.454,96			10.483,63		1.161.557,59
Gap Valladolid Este		1.359.273,20	21.431,55	104.836,57	458.365,83		110,96	49.697,65	389.230,48	2.382.946,24
Gap Valladolid Oeste		582.035,88	32.837,70	128.524,68	580.503,02		11.346,43	17.966,97	404.079,56	1.757.294,24
Gap Zamora		1.241.277,95	25.596,71	89.155,15	436.875,48		1.006,60	72.162,74	244.737,59	2.110.812,22
Total G. Atención Primaria	4.479,54	14.178.201,54	324.473,97	950.379,96	6.604.908,79	35.222,33	18.914,71	284.441,71	3.644.452,42	26.045.474,97
G. Emergencias			1.644,00	18.590,28	119.566,71		2.820.547,08	810,28		2.961.158,35
Total G. Emergencias	0,00		1.644,00	18.590,28	119.566,71	0,00	2.820.547,08	810,28	0,00	2.961.158,35
Total General	4.479,54	116.807.042,15	1.153.894,70	8.181.742,96	292.161.487,08	41.719,14	33.337.698,05	6.925.416,19	3.644.452,42	462.257.932,23

Fuente: Elaboración propia. Informes de control financiero permanente de la IGACYL.

ILMO. SR. INTERVENTOR GENERAL
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA
COMUNIDAD

Asunto: alegaciones al informe provisional sobre "FISCALIZACIÓN DEL ANÁLISIS Y EVOLUCIÓN DE LA DEUDA SANITARIA NO IMPUTADA A PRESUPUESTO EN LA COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN".

Examinado el informe provisional remitido a la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León de "Fiscalización del análisis y evolución de la deuda sanitaria no imputada a presupuesto en la Comunidad de Castilla y León" se realizan las alegaciones que se detallan a continuación, si bien con carácter previo este organismo quiere manifestar que comparte las conclusiones del informe relativas a una insuficiencia estructural de sus créditos iniciales para dar cobertura a las obligaciones de cada ejercicio, de donde resulta la existencia de obligaciones pendientes de imputar a presupuesto, aunque no comparte, como se expondrá más adelante, que esté en sus manos la corrección de esta anomalía.

Asimismo, también como consideración previa, hemos de manifestar que las cifras de gasto real que se contienen en el informe, y en consecuencia las de obligaciones pendientes de imputar a presupuesto, no coinciden con exactitud con las que maneja este organismo, lo que resulta normal si tenemos en cuenta que el gasto real no es un dato contable que se encuentre en un sistema de información (al contrario que, por ejemplo, la ejecución presupuestaria) sino una magnitud sujeta a criterios interpretativos. Por este motivo de entender que no existe una cifra incontrovertida de gasto real, y dado que además las diferencias con los importes que maneja este organismo son en términos relativos de escasa importancia, por lo que las conclusiones a las que se puede llegar son exactamente las mismas, no se entra a discutir las cifras contenidas en el informe, a pesar de no asumirlas como propias.

- La primera de las alegaciones se refiere a las afirmaciones contenidas en varios puntos del informe (páginas 21, 24 o 25), de que los centros de la Gerencia Regional de Salud no actúan con uniformidad en la resolución de las reclamaciones de intereses de demora, de donde resultan datos muy dispares de deuda por este concepto entre unos centros y otros, motivo por el que la segunda de las recomendaciones va dirigida a que este organismo "debería regular el


Pso. de Zorrilla, 1 - 47007 Valladolid. Tel.: 983 413600

1



DOCUMENTO FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE
Localizador: 41524348495641AE673CDGA2812DB9C3 · Fecha Copia: 23/07/2018 12:35:55
Firmado por:
DIRECTOR ECONOMICO PRESUPUESTARIO Y FINANCIERO:
Fecha Firma: 2018-07-23 11:26:56. JOSE ANGEL AMO MARTIN

Accede a la página web: <https://cofi.saludcastillayleon.es> para visualizar el documento original

procedimiento para el reconocimiento de los intereses de demora a realizar por los distintos centros de ella dependientes, estableciendo los criterios a seguir por los mismos para unificar dicha tramitación". Al respecto se pone en su conocimiento que si bien esta situación podría en efecto existir en los ejercicios objeto del análisis (2011 a 2016), ya no persiste en la actualidad ya que mediante instrucción de fecha 12 de abril de 2016 se unificó la forma de proceder de los centros, anticipándonos por tanto de alguna manera a la recomendación de ese Consejo, en el sentido de recordarle la imposibilidad de resolver un procedimiento de exigencia de intereses de demora sin contar previamente con el crédito adecuado y suficiente. De este modo, ya no existen resoluciones reconociendo intereses de demora que no cuenten con el oportuno respaldo presupuestario, por lo que se sigue el criterio de considerar que no existe deuda en este concepto ya que las obligaciones o bien surgen de resoluciones que cuentan con crédito al efecto, o bien de sentencias judiciales que, al igual que aquellas, se obligan y abonan inmediatamente. Adicionalmente, cabe destacar que la Gerencia Regional de Salud viene trabajando en los últimos años y con diferentes estrategias en la reducción de los intereses devengados por demora en los pagos a los proveedores de bienes y servicios. Prueba de la importancia que el organismo autónomo ha otorgado a este aspecto de la gestión, a pesar de que como señala ese Consejo representa un porcentaje relativamente pequeño de la deuda, se pone de manifiesto en la reducción que han experimentado en el período de referencia las obligaciones reconocidas en el artículo 35 del presupuesto de gastos.

- Aparentemente las cifras que se contienen en el penúltimo párrafo de la página 29 del informe, concernientes al peso relativo de los distintos capítulos de gasto en el presupuesto de la Gerencia Regional de Salud, son erróneas, ya que el peso relativo de los gastos de personal no ha aumentado desde un 41,38% hasta un 47,59% en 2016, sino de un 48,22 a un 52,99 %, y tampoco coinciden los datos de participación de los gastos en bienes y servicios ni del peso relativo de las inversiones. Se facilita anexo con los datos correctos de estas magnitudes. Se incluyen también en anexo algunas consideraciones y/o posibles errores en el apartado III.5 del informe provisional.
- En la página 56, al referirse a las ventajas de los convenios celebrados entre la Comunidad y diversas entidades financieras para gestionar el pago a proveedores de la Gerencia se omite la que es posiblemente la principal de ellas. Y es que no sólo los intereses recogidos en el convenio son inferiores a los moratorios previstos en la Ley, sino que gracias al mecanismo convenido se evita la posible reclamación de aquellos intereses devengados hasta el momento en que se produce la cesión de las facturas a las entidades financieras, surgiendo sólo la


Pso. de Zorrilla, 1 - 47007 Valladolid, Tel.: 983 413600

2



DOCUMENTO FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE

Localizador: 41524348495641AE673CD6A2812DB9C3 - Fecha Copia: 23/07/2018 12:35:55

Firmado por:

DIRECTOR ECONOMICO PRESUPUESTARIO Y FINANCIERO:

Fecha Firma: 2018-07-23 11:26:56. JOSE ANGEL AMO MARTIN

obligación de abonar los intereses, y efectivamente a un tipo inferior, que se devengan entre el momento de la cesión de la factura a la entidad financiera y el momento del pago a ésta.

- No se puede compartir la afirmación contenida en la página 64 de que *"El PAG (...) también puede contribuir a su vez, indirectamente, a la generación de la deuda. A la buena gestión de los recursos por parte de cada centro de gasto hay que añadir una dotación acorde a sus necesidades reales, lo que determinará la suficiencia o insuficiencia financiera que, en última instancia, es lo que origina la deuda."* El importe asignado a un centro en el Plan Anual de Gestión constituye su objetivo o techo máximo de gasto, dirigido a optimizar su gestión y asegurar la sostenibilidad del sistema sanitario, sin que se corresponda con exactitud con el montante de sus disponibilidades presupuestarias, siendo ésta la magnitud, ajena al PAG, de la que depende la existencia o no de deuda. Globalmente, la suma de los objetivos de gasto de todos los centros de la Gerencia Regional de Salud constituye, como institución, su objetivo de gasto máximo. El origen de la deuda de este organismo autónomo pivota en la insuficiente dotación presupuestaria global y no en el reparto entre centros de las disponibilidades de crédito.
- La deuda que las Gerencias de Atención Primaria generan con cargo al artículo 48 de su estado de gastos no se corresponde con gastos en Colegios Farmacéuticos, como se alude en la página 76, sino a productos farmacéuticos que se adquieren a otros proveedores y que se entregan directamente a los usuarios sin pasar por la oficina de farmacia. De hecho, en virtud de los términos previstos en el Concierto Farmacéutico suscrito con el Consejo de Colegios Profesionales de Farmacéuticos de Castilla y León, el pago a los Colegios por su colaboración en la prestación farmacéutica a través de las oficinas de farmacia se efectúa antes del día 20 de cada mes, lo que de ordinario supone el pago en un plazo inferior a 20 días, sin que exista o haya existido deuda alguna por esta prestación.
- En cuanto a la primera de las recomendaciones, y como ya se adelantó, la Gerencia Regional de Salud comparte la necesidad de que en sus presupuestos se habiliten los créditos necesarios tanto para hacer frente a las previsiones de gasto del ejercicio como a las obligaciones pendientes de ejercicios anteriores, sin perjuicio de desplegar en su ámbito competencial todas las medidas que favorezcan la eficiente utilización de los recursos. Sin embargo, las decisiones sobre las dotaciones presupuestarias tanto iniciales como finales exceden, como sabe ese Consejo de Cuentas, del ámbito de gestión del organismo autónomo.

La suficiente dotación de recursos económicos para la financiación de la sanidad



Pso. de Zorrilla, 1 - 47007 Valladolid. Tel.: 983 413600

3



DOCUMENTO FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE

Localizador: 41524348495641AE673CD6A2812DB9C3 - Fecha Copia: 23/07/2018 12:35:55

Firmado por:

DIRECTOR ECONOMICO PRESUPUESTARIO Y FINANCIERO:

Fecha Firma: 2018-07-23 11:26:56. JOSE ANGEL AMO MARTIN

pública, así como la adecuada ponderación, en el nuevo Modelo de Financiación de las Comunidades Autónomas de Régimen Común y Ciudades con Estatuto de Autonomía, de los factores determinantes en Castilla y León del coste de prestación del servicio sanitario: extensión territorial, dispersión, baja densidad, envejecimiento y sobre-envejecimiento de la población y evolución técnica y tecnológica son cuestiones que reiteradamente se demandan desde este departamento.

Con esta misma fecha, y siguiendo sus indicaciones, se envían estas mismas alegaciones en formato Word a la dirección de correo gonmarji@icvl.es

Valladolid, a 20 de julio de 2018
EL DIRECTOR ECONÓMICO, PRESUPUESTARIO
Y FINANCIERO

José Ángel Amo Martín.


Pso. de Zorrilla, 1 - 47007 Valladolid. Tel.: 983 413600

4



DOCUMENTO FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE
Localizador: 41524348495641AE673CD6A2812DB9C3 - Fecha Copia: 23/07/2018 12:35:55
Firmado por:
DIRECTOR ECONOMICO PRESUPUESTARIO Y FINANCIERO:
Fecha Firma: 2018-07-23 11:26:56. JOSE ANGEL AMO MARTIN

Acceda a la página web: <https://cofi.saludcastilayleon.es> para visualizar el documento original



Junta de Castilla y León
Consejería de Sanidad



Gerencia Regional de Salud

ANEXO
PRESUPUESTO INICIAL DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD POR CAPÍTULO DE GASTO

	2011	PESO DEL CAPÍTULO	2012	PESO DEL CAPÍTULO	2013	PESO DEL CAPÍTULO	2014	PESO DEL CAPÍTULO	2015	PESO DEL CAPÍTULO	2016	PESO DEL CAPÍTULO
	1.612.344.785	48,22%	1.703.992.778	51,25%	1.643.492.883	52,20%	1.673.019.093	53,91%	1.676.664.324	52,74%	1.701.330.280	52,99%
	738.286.581	22,08%	873.717.691	26,28%	869.728.031	27,62%	844.728.031	27,22%	876.392.835	27,57%	881.392.835	27,45%
	-	0,00%	115.924	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
	799.956.398	23,92%	649.286.264	20,13%	562.371.314	17,86%	502.349.420	16,19%	521.371.534	16,40%	521.964.919	16,26%
	185.250.415	5,54%	71.247.717	2,14%	69.995.555	2,22%	81.402.539	2,62%	103.535.432	3,26%	104.448.124	3,25%
	6.915.386	0,21%	5.433.692	0,16%	1.906.816	0,06%	832.125	0,03%	300.000	0,01%	300.000	0,01%
	936.314	0,03%	936.314	0,03%	936.314	0,03%	936.314	0,03%	936.314	0,03%	936.314	0,03%



CONSIDERACIONES APARTADO III.5

- En el Apartado III.5.1 se contiene un análisis de la deuda sanitaria, realizada a partir de los datos de gasto sanitario público publicados por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Se señala en el informe provisional de ese Consejo que se han utilizado los datos reflejados en la web del Ministerio que alcanzan hasta el año 2015. Se informa, por si resultara de interés ampliar la serie de datos, que desde el mes de abril de 2018 se encuentran disponibles los datos de gasto sanitario público del año 2016.

Asimismo, se advierten algunos posibles errores:

- En los totales del cuadro 22, y en la afirmación que se realiza a continuación en la página 81, se suma el gasto sanitario por habitante en cada una de las comunidades autónomas, en lugar de establecer un promedio ponderado. Los datos están expresados en euros y, sin embargo, la nota al pie del cuadro nº 22 reza *"millones de euros"*.
- En el primer párrafo de la página 82 se señala que *"Madrid ha sido la comunidad que más ha disminuido el gasto por habitante, un 8,81"*. Sin embargo, en el cuadro nº 22, tal porcentaje corresponde a la comunidad autónoma de Castilla-La Mancha.
- Los porcentajes totales del cuadro nº 23 se han calculado sobre la suma del gasto por habitante y no sobre el promedio ponderado del gasto por habitante en las diferentes comunidades autónomas.
- En el cuadro nº 25, los datos de la columna *"Variación 2015/2011%"* están referenciados a tanto por uno y no a tanto por ciento. En la página 92 se utiliza este dato señalando que *"el porcentaje de gasto destinado por las CCAA a atención primaria ha disminuido un 0,06%"*, porcentaje que en realidad está expresado en tanto por uno (siendo del 5,6%, en términos porcentuales).
- En el Apartado III.5.2 se contiene un análisis de las principales ratios de la prestación sanitaria en Castilla y León y comparativa con el resto de comunidades autónomas. En el caso de los cuadros relativos a la evolución del personal médico se informa, por si fuera de interés ampliar la serie, de la disponibilidad de datos referidos a 2016.





CONSEJO DE CUENTAS
DE CASTILLA Y LEÓN

**TRATAMIENTO DE LAS ALEGACIONES AL INFORME PROVISIONAL DE
FISCALIZACIÓN DEL ANÁLISIS Y EVOLUCIÓN DE LA DEUDA SANITARIA NO
IMPUTADA A PRESUPUESTO EN LA COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN**

PLAN ANUAL DE FISCALIZACIONES 2018



ÍNDICE

I. ALEGACIONES DE LA GRS	3
I.1. CONSIDERACIONES PREVIAS	3
I.2. ALEGACIONES.....	4
I.3. CONSIDERACIONES APARTADO III.5.....	14



ACLARACIONES

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 25.4 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo de Cuentas, el Informe provisional se remitió a los cuentadantes para que, en el plazo concedido, formularan alegaciones.

Dentro del plazo concedido, el Interventor General de la Administración de la Comunidad remite escrito por el que da traslado al Consejo de Cuentas de las alegaciones formuladas por la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

En las alegaciones formuladas se introduce en texto cursiva el párrafo a que hace referencia la alegación realizada.

El contenido de la alegación figura en tipo de letra normal, o cursiva en los casos en que se hace referencia o se introduce algún párrafo del Informe provisional u otro texto extraído de otros informes.

La contestación a las alegaciones realizadas se hace en tipo de letra negra.

Las referencias de las páginas están hechas con relación al Informe provisional.



I. ALEGACIONES DE LA GRS

I.1. CONSIDERACIONES PREVIAS

Examinado el informe provisional remitido a la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León de “Fiscalización del análisis y evolución de la deuda sanitaria no imputada a presupuesto en la Comunidad de Castilla y León” se realizan las alegaciones que se detallan a continuación, si bien con carácter previo este organismo quiere manifestar que comparte las conclusiones del informe relativas a una insuficiencia estructural de sus créditos iniciales para dar cobertura a las obligaciones de cada ejercicio, de donde resulta la existencia de obligaciones pendientes de imputar a presupuesto, aunque no comparta, como se expondrá más adelante, que esté en sus manos la corrección de esta anomalía.

Asimismo, también como consideración previa, hemos de manifestar que las cifras de gasto real que se contienen en el informe, y en consecuencia las de obligaciones pendientes de imputar a presupuesto, no coinciden con exactitud con las que maneja este organismo, lo que resulta normal si tenemos en cuenta que el gasto real no es un dato contable que se encuentre en un sistema de información (al contrario que, por ejemplo, la ejecución presupuestaria) sino una magnitud sujeta a criterios interpretativos. Por este motivo de entender que no existe una cifra incontrovertida de gasto real, y dado que además las diferencias con los importes que maneja este organismo son en términos relativos de escasa importancia, por lo que las conclusiones a las que se puede llegar son exactamente las mismas, no se entra a discutir las cifras contenidas en el informe, a pesar de no asumirlas como propias.

Contestación a las consideraciones

Las consideraciones, por una parte, señalan la conformidad con lo establecido en el Informe y por otra, en la no conformidad, señalan que se argumentará en las distintas alegaciones. De ahí que para estas consideraciones previas no se realice una contestación específica, haciéndose una remisión a cada alegación concreta.



I.2. ALEGACIONES

Párrafo de referencia (páginas 21, 24 o 25)

Respecto a los intereses de demora hay que señalar que de la información que consta en los informes de control financiero permanente se deduce que los centros (sobre todo las GAEs) no actúan con uniformidad. Con carácter general el artículo presupuestario 35 se gestiona desde los servicios centrales de la GRS y prácticamente no se desconcentra crédito en cada Gerencia. A pesar de ello, algunas Gerencias resuelven expedientes por intereses de demora, generándose en ese momento la obligación (independientemente de que no exista crédito), y otras Gerencias no resuelven dichos expedientes (aun cuando el importe de los expedientes por intereses de demora podría ser mayor), por lo que la obligación no se genera como tal. La no existencia de crédito desconcentrado hace que prácticamente todas las resoluciones que haga un determinado centro entren a formar parte de las obligaciones pendientes de imputar a presupuesto (deuda), pero si el centro no realiza ninguna resolución, no existirá deuda en sentido estricto aunque el devengo de los intereses se haya producido y el importe pueda ser calculado. Por ello, la información de la deuda por intereses de demora que aparece en los informes de control financiero permanente por centros refleja unas diferencias muy grandes entre unos y otros (dependiendo de que unos centros resuelvan los expedientes y otros no), lo que puede llevar a una interpretación errónea de los datos.

....

Hay que señalar que el comportamiento de la deuda por intereses de demora es bastante errático, ya que su variación a lo largo de los años analizados no mantiene un patrón uniforme relacionado con las variables que deberían influir en su cuantificación, principalmente la deuda por obligaciones pendientes de imputar en los capítulos 2, 4 y 6 existente en cada momento. Como se ha comentado anteriormente el procedimiento para el reconocimiento y pago de los intereses de demora que se sigue en cada Gerencia de la GRS no es uniforme, lo que provoca el señalado comportamiento errático de la deuda.



1ª Alegación realizada

La primera de las alegaciones se refiere a las afirmaciones contenidas en varios puntos del informe (páginas 21, 24 o 25), de que los centros de la Gerencia Regional de Salud no actúan con uniformidad en la resolución de las reclamaciones de intereses de demora, de donde resultan datos muy dispares de deuda por este concepto entre unos centros y otros, motivo por el que la segunda de las recomendaciones va dirigida a que este organismo *“debería regular el procedimiento para el reconocimiento de los intereses de demora a realizar por los distintos centros de ella dependientes, estableciendo los criterios a seguir por los mismos para unificar dicha tramitación”*. Al respecto se pone en su conocimiento que si bien esta situación podría en efecto existir en los ejercicios objeto del análisis (2011 a 2016), ya no persiste en la actualidad ya que mediante instrucción de fecha 12 de abril de 2016 se unificó la forma de proceder de los centros, anticipándonos por tanto de alguna manera a la recomendación de ese Consejo, en el sentido de recordarles la imposibilidad de resolver un procedimiento de exigencia de intereses de demora sin contar previamente con el crédito adecuado y suficiente. De este modo, ya no existen resoluciones reconociendo intereses de demora que no cuenten con el oportuno respaldo presupuestario, por lo que se sigue el criterio de considerar que no existe deuda en este concepto ya que las obligaciones o bien surgen de resoluciones que cuentan con crédito al efecto, o bien de sentencias judiciales que, al igual que aquellas, se obligan y abonan inmediatamente. Adicionalmente, cabe destacar que la Gerencia Regional de Salud viene trabajando en los últimos años y con diferentes estrategias en la reducción de los intereses devengados por demora en los pagos a los proveedores de bienes y servicios. Prueba de la importancia que el organismo autónomo ha otorgado a este aspecto de la gestión, a pesar de que como señala ese Consejo representa un porcentaje relativamente pequeño de la deuda, se pone de manifiesto en la reducción que han experimentado en el período de referencia las obligaciones reconocidas en el artículo 35 del presupuesto de gastos.



Contestación a la alegación

La alegación ratifica lo señalado en el Informe respecto al periodo analizado.

También señala que “mediante instrucción de fecha 12 de abril de 2016 se unificó la forma de proceder de los centros, anticipándonos por tanto de alguna manera a la recomendación de ese Consejo.”

La instrucción ha sido aportada, previo requerimiento, en este trámite de alegaciones. Se ha constatado que la instrucción mencionada modifica otra instrucción anterior, de 2005, y que efectivamente el procedimiento está regulado si bien algunas cláusulas han quedado obsoletas por las continuas modificaciones normativas.

Se admite la alegación y se elimina la recomendación número 2, reenumerándose las recomendaciones siguientes.

Párrafo de referencia (página 29)

En todos los ejercicios analizados, el presupuesto de la GRS representa prácticamente una tercera parte del presupuesto consolidado de la CA moviéndose en una horquilla del 30,59% al 33,62%, siendo en los primeros años el porcentaje más alto y en 2014, sobre todo, y 2015 más bajo, con una tendencia al alza en 2016. El peso de la dotación presupuestaria de la GRS en los presupuestos de la Comunidad, analizado por capítulos, se muestra en el Anexo 1, donde aparecen tanto el importe como la representación porcentual. La evolución a lo largo del periodo 2011-2016 está caracterizada, en términos generales, por una cierta estabilidad. No obstante, si bien el peso relativo de los gastos de personal ha ido aumentando de manera continuada desde un 41,38% hasta llegar a un 47,59% en 2016, los gastos en bienes y servicios partiendo de una participación del 61,12% en 2011 han llegado a un 66,77% en 2016, aunque con altibajos en su evolución. Por lo que respecta a las transferencias corrientes, su peso relativo se ha visto reducido durante prácticamente todo el periodo analizado y, en el caso de las inversiones reales tras una disminución de su peso relativo en 2012 la tendencia ha sido de pequeños incrementos hasta alcanzar el 22,48% en 2016.



2ª Alegación realizada

Aparentemente las cifras que se contienen en el penúltimo párrafo de la página 29 del informe, concernientes al peso relativo de los distintos capítulos de gasto en el presupuesto de la Gerencia Regional de Salud, son erróneas, ya que el peso relativo de los gastos de personal no ha aumentado desde un 41,38% hasta un 47,59% en 2016, sino de un 48,22 a un 52,99 %, y tampoco coinciden los datos de participación de los gastos en bienes y servicios ni del peso relativo de las inversiones. Se facilita anexo con los datos correctos de estas magnitudes. Se incluyen también en anexo algunas consideraciones y/o posibles errores en el apartado III.5 del informe provisional.

Contestación a la alegación

Los datos que aparecen en el Informe son correctos. La alegación hace referencia exclusivamente al presupuesto de la GRS y al peso que tiene cada capítulo en relación con el total del presupuesto. Sin embargo el apartado del Informe está relacionando los presupuestos de la GRS y de la Comunidad Autónoma en su conjunto (el cuadro nº 2 por ejemplo se denomina “Comparación dotaciones presupuestarias 2011-2016”), para ver el peso de la dotación presupuestaria de la GRS en los presupuestos de la Comunidad (en el Anexo 1 en la columna denominada A/B se determina el cálculo realizado). En este sentido, si bien los datos de la alegación también son correctos, no así la interpretación que de ellos se ha querido analizar en el Informe.

Respecto a las consideraciones y/o posibles errores en el apartado III.5 del Informe Provisional, serán tratados posteriormente.

No se admite la alegación, ya que no desvirtúa el contenido del Informe.

Párrafos de referencia (páginas 55 y 56)

Respecto a la disminución, sobre todo a partir de 2016, de la deuda del artículo 35, hay que señalar que la Comunidad Autónoma, con objeto de reducir los plazos de pago a proveedores, suscribió en el mes de julio de 2016, acuerdos de colaboración con varias entidades de crédito (contratos de confirming), para gestionar el pago a proveedores de la GRS, de las facturas emitidas por el suministro de bienes y



prestación de servicios, por un importe máximo total de 450 millones euros (que correspondían a 2015 y 2016).

La entidad de crédito presta un servicio financiero y de gestión por el que ejecuta las órdenes de pago remitidas por la GRS y por el que también puede abonar las facturas en fechas anteriores a las previstas a aquellos proveedores que lo soliciten y cedan la titularidad del crédito de la misma. La Administración a su vez, puede optar por abonar total o parcialmente el importe de cada remesa de facturas en una fecha anterior a la prevista para su pago. El pago se realizará a la entidad financiera o a los proveedores según haya anticipado o no su cobro.

Las principales ventajas de este mecanismo de financiación para la GRS están principalmente en que incrementa su poder de negociación frente a los proveedores y le permite incrementar el plazo de pago sin tener que negociar individualmente con cada proveedor, a tipos de interés más ventajosos que el interés de demora regulado por la normativa, además las tareas de gestión y pago se reducen.

En definitiva, los convenios de colaboración firmados además de contribuir al cumplimiento del plazo máximo de pago previsto en la normativa de morosidad, han contribuido a reducir los intereses de demora que genera la deuda de la GRS. Se ha constatado que en 2017 y 2018 se han suscrito convenios similares.

3ª Alegación realizada

En la página 56, al referirse a las ventajas de los convenios celebrados entre la Comunidad y diversas entidades financieras para gestionar el pago a proveedores de la Gerencia se omite la que es posiblemente la principal de ellas. Y es que no sólo los intereses recogidos en el convenio son inferiores a los moratorios previstos en la Ley, sino que gracias al mecanismo convenido se evita la posible reclamación de aquellos intereses devengados hasta el momento en que se produce la cesión de las facturas a las entidades financieras, surgiendo sólo la obligación de abonar los intereses, y efectivamente a un tipo inferior, que se devengan entre el momento de la cesión de la factura a la entidad financiera y el momento del pago a ésta.



Contestación a la alegación

La alegación pone de manifiesto que los convenios firmados con las entidades financieras evitan la posible reclamación de los intereses devengados hasta el momento en que se produce la cesión de las facturas a las entidades financieras, surgiendo solo la obligación de abonar los intereses que se devenguen entre el momento de la cesión de la factura y el momento de su pago.

En el apartado del Informe a que se refiere la alegación “Análisis de la composición de la deuda por tipo de gasto” se ha analizado qué tipos de gasto conforman el global de la deuda (entre los que se incluyen los del artículo 35 “intereses de demora”) así como, de manera sucinta, medidas o actuaciones que se han implementado para mejorar el importe total de dicha deuda. Para este caso, se considera que en el párrafo del Informe que reza “En definitiva, los convenios de colaboración firmados además de contribuir al cumplimiento del plazo máximo de pago previsto en la normativa de morosidad, han contribuido a reducir los intereses de demora que genera la deuda de la GRS”, ya quedan recogidas las ventajas de la herramienta utilizada, ya que el análisis tampoco se ha centrado en determinar las cuantías concretas del “ahorro” en ese caso concreto, lo que habría conllevado la toma en consideración de las ventajas, o en su caso, desventajas, del mencionado convenio, por lo que se considera que no es necesario un desarrollo mayor de esta cuestión.

No se admite la alegación, ya que no desvirtúa el contenido del Informe.

Párrafos de referencia (página 64)

La ordenación sanitaria en la Comunidad de Castilla y León está estructurada en 11 áreas de salud. La gestión económica de la GRS se implementa a través del Plan Anual de Gestión (PAG). Cada ejercicio presupuestario se firma este documento de trabajo cuyo ámbito de aplicación es cada una de las once áreas de salud de Castilla y León y se configura en torno a una serie de objetivos e indicadores de actividad previendo una serie de acciones a desarrollar.

El PAG se constituye en la herramienta esencial para la gestión del gasto sanitario, pero también puede contribuir a su vez, indirectamente, a la generación de la

Tratamiento de las alegaciones



deuda. A la buena gestión de los recursos por parte de cada centro de gasto hay que añadir una dotación acorde a sus necesidades reales, lo que determinará la suficiencia o insuficiencia financiera que, en última instancia, es lo que origina la deuda.

4ª Alegación realizada

No se puede compartir la afirmación contenida en la página 64 de que “*El PAG (...) también puede contribuir a su vez, indirectamente, a la generación de la deuda. A la buena gestión de los recursos por parte de cada centro de gasto hay que añadir una dotación acorde a sus necesidades reales, lo que determinará la suficiencia o insuficiencia financiera que, en última instancia, es lo que origina la deuda.*” El importe asignado a un centro en el Plan Anual de Gestión constituye su objetivo o techo máximo de gasto, dirigido a optimizar su gestión y asegurar la sostenibilidad del sistema sanitario, sin que se corresponda con exactitud con el montante de sus disponibilidades presupuestarias, siendo ésta la magnitud, ajena al PAG, de la que depende la existencia o no de deuda. Globalmente, la suma de los objetivos de gasto de todos los centros de la Gerencia Regional de Salud constituye, como institución, su objetivo de gasto máximo. El origen de la deuda del organismo autónomo pivota en la insuficiente dotación presupuestaria global y no en el reparto entre centros de las disponibilidades de crédito.

Contestación a la alegación

La alegación señala que “el importe asignado a cada centro en el Plan Anual de Gestión constituye su objetivo o techo máximo de gasto, dirigido a optimizar su gestión y asegurar su sostenibilidad” y que “el origen de la deuda del organismo pivota en la insuficiente dotación presupuestaria global y no en el reparto entre centros de las disponibilidades de crédito”. Es cierto, y se ha señalado en el Informe en varias ocasiones, que el presupuesto de la GRS es insuficiente para las necesidades del organismo (teniendo en cuenta el gasto realizado, que es superior a la dotación presupuestaria), pero no es menos cierto que la gestión pública debe ir enfocada a la correcta y, sobre todo en este caso, eficiente administración de los recursos. El hecho de que, como indica la alegación, exista una insuficiente dotación global, no debe servir como pretexto para no



evaluar (además de en términos de calidad sanitaria, en términos cuantitativos, de presupuesto) a cada uno de los centros y proponer herramientas que fomenten el incremento de la efectividad, o correcciones, en su caso. Achacar la deuda solo a la dotación presupuestaria, sin tomar en consideración la importancia de la gestión pública, sería simplificar demasiado la argumentación. De ahí que en el Informe se haya considerado que el PAG, como herramienta de gestión sustancial, también contribuye en cierta medida a la generación de la deuda y debe contribuir a la disminución de la misma.

No se admite la alegación, ya que no desvirtúa el contenido del Informe.

Párrafo de referencia (página 76)

El tipo de gasto más relevante en la deuda de estas 5 GAPs, como se ha señalado con carácter general, lo encabezan las cotizaciones a la seguridad social. Posteriormente son los gastos en Colegios Farmacéuticos los que le siguen y ya en menor medida los subconceptos del artículo 22, por este orden, “gastos en limpieza y aseo” (22700), “energía eléctrica” (22100) “material de laboratorio” (22117), “otro material sanitario” (22121) y “gas y calefacción” (22102).

5ª Alegación realizada

La deuda que las Gerencias de Atención Primaria generan con cargo al artículo 48 de su estado de gastos no se corresponde con gastos en Colegios Farmacéuticos, como se alude en la página 76, sino a productos farmacéuticos que se adquieren a otros proveedores y que se entregan directamente a los usuarios sin pasar por la oficina de farmacia. De hecho, en virtud de los términos previstos en el Concierto Farmacéutico suscrito con el Consejo de Colegios Profesionales de Farmacéuticos de Castilla y León, el pago a los Colegios por su colaboración en la prestación farmacéutica a través de las oficinas de farmacia se efectúa antes del día 20 de cada mes, lo que de ordinario supone el pago en un plazo inferior a 20 días, sin que exista o haya existido deuda alguna por esta prestación.



Contestación a la alegación

En el Informe se han analizado los tipos de gasto que conforman la deuda sanitaria. Y se ha descrito la naturaleza del gasto por artículo, de acuerdo con las resoluciones que regulan la clasificación económica de los gastos. En el caso del artículo 48 se ha señalado:

El artículo 48. “Transferencias corrientes a familias e instituciones sin fines de lucro” también puede ser algo indeterminado, teniendo en cuenta que la clasificación económica no desagrega más que a nivel de concepto, con la misma denominación. No obstante, en el caso concreto de la GRS recoge el coste de las recetas dispensadas para tratamientos a realizar fuera del recinto de las instituciones sanitarias (colegios de farmacéuticos), así como artículos entregados a los usuarios (vacunas, tiras reactivas, apósitos, absorbentes).

En la página 76 se ha intentado sintetizar la denominación del artículo 48 “Transferencias corrientes a familias e instituciones sin fines de lucro” como “los gastos en Colegios Farmacéuticos” dado que esa es la expresión que suele aparecer en SICCAL, pero en ningún caso se ha querido indicar que de la amalgama de gastos que se recogen en ese artículo presupuestario, la mayoría de la deuda se referían a los gastos de los colegios. De ahí que en aras de una mejor comprensión del Informe y para evitar una interpretación errónea se sustituye la expresión “Colegios Farmacéuticos” por “productos farmacéuticos”, quedando el párrafo de la siguiente manera:

“El tipo de gasto más relevante en la deuda de estas 5 GAPs, como se ha señalado con carácter general, lo encabezan las cotizaciones a la seguridad social. Posteriormente son los gastos en productos farmacéuticos los que le siguen y ya en menor medida los subconceptos del artículo 22, por este orden, “gastos en limpieza y aseo” (22700), “energía eléctrica” (22100) “material de laboratorio” (22117), “otro material sanitario” (22121) y “gas y calefacción” (22102).”

Se admite la alegación y se sustituye la expresión en el sentido indicado.



Párrafo de referencia (página 105)

La Gerencia Regional de Salud debería tener en cuenta a la hora de dotar los créditos en la elaboración de sus presupuestos el importe del gasto real del ejercicio anterior y la previsión del ejercicio corriente, así como el importe de los gastos pendientes de imputar de ejercicios anteriores.

6ª Alegación realizada

En cuanto a la primera de las recomendaciones, y como ya se adelantó, la Gerencia Regional de Salud comparte la necesidad de que en sus presupuestos se habiliten los créditos necesarios tanto para hacer frente a las previsiones de gasto del ejercicio como a las obligaciones pendientes de ejercicios anteriores, sin perjuicio de desplegar en su ámbito competencial todas las medidas que favorezcan la eficiente utilización de los recursos. Sin embargo, las decisiones sobre las dotaciones presupuestarias tanto iniciales como finales exceden, como sabe ese Consejo de Cuentas, del ámbito de gestión del organismo autónomo.

La suficiente dotación de recursos económicos para la financiación de la sanidad pública, así como la adecuada ponderación, en el nuevo Modelo de Financiación de las Comunidades Autónomas de Régimen Común y Ciudades con Estatuto de Autonomía, de los factores determinantes en Castilla y León del coste de prestación del servicio sanitario: extensión territorial, dispersión, baja densidad, envejecimiento y sobre-envejecimiento de la población y evolución técnica y tecnológica son cuestiones que reiteradamente se demandan desde este departamento.

Contestación a la alegación

Como establecen las Normas de Auditoría del Sector Público, las recomendaciones contenidas en un informe de fiscalización se formulan por el órgano de fiscalización sobre la base de las pruebas efectuadas y la información obtenida en el transcurso de la fiscalización y pretenden, en el caso de las auditorías operativas como es el caso, proponer mejoras en los procedimientos de gestión llevados a cabo por el ente fiscalizado.

Con carácter general las recomendaciones efectuadas derivan de las



conclusiones expuestas en el Informe, y éstas a su vez de los resultados del trabajo. En la medida en que en el presente documento ya se han tratado las alegaciones formuladas por el ente fiscalizado a dichos resultados, no procede volver a contestar las alegaciones a las recomendaciones.

Por tanto, si bien la alegación ratifica y comparte lo señalado en el Informe, la postura concreta del ente fiscalizado será analizada por el Consejo de Cuentas en el seguimiento de las recomendaciones tal y como exige el artículo 30 de su reglamento de organización y funcionamiento.

I.3. CONSIDERACIONES APARTADO III.5

En el Apartado III.5.1 se contiene un análisis de la deuda sanitaria, realizada a partir de los datos de gasto sanitario público publicados por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Se señala en el informe provisional de ese Consejo que se han utilizado los datos reflejados en la web del Ministerio que alcanzan hasta el año 2015. Se informa, por si resultara de interés ampliar la serie de datos, que desde el mes de abril de 2018 se encuentran disponibles los datos de gasto sanitario público del año 2016.

Asimismo, se advierten algunos posibles errores:

- En los totales del cuadro 22, y en la afirmación que se realiza a continuación en la página 81, se suma el gasto sanitario por habitante en cada una de las comunidades autónomas, en lugar de establecer un promedio ponderado. Los datos están expresados en euros y, sin embargo, la nota al pie del cuadro nº 22 reza “millones de euros”.
- En el primer párrafo de la página 82 se señala que “Madrid ha sido la comunidad que más ha disminuido el gasto por habitante, un 8,81”. Sin embargo, en el cuadro nº 22, tal porcentaje corresponde a la comunidad autónoma de Castilla-La Mancha.
- Los porcentajes totales del cuadro nº 23 se han calculado sobre la suma del gasto por habitante y no sobre el promedio ponderado del gasto por habitante en las diferentes comunidades autónomas.



- En el cuadro nº 25, los datos de la columna “Variación 2015/2011%” están referenciados a tanto por uno y no a tanto por ciento. En la página 92 se utiliza este dato señalando que “el porcentaje de gasto destinado por las CCAA a atención primaria ha disminuido un 0,06%”, porcentaje que en realidad está expresado en tanto por uno (siendo del 5,6%, en términos porcentuales).
- En el Apartado III.5.2 se contiene un análisis de las principales ratios de la prestación sanitaria en Castilla y León y comparativa con el resto de comunidades autónomas. En el caso de los cuadros relativos a la evolución del personal médico se informa, por si fuera de interés ampliar la serie, de la disponibilidad de datos referidos a 2016.

Contestación a las consideraciones sobre el apartado III.5

Respecto a los datos reflejados en el Informe, se ha utilizado la página web del Ministerio de Sanidad en la que se recogen, por “indicadores básicos”, cada una de las anualidades, hasta 2015. Los datos de 2016 aparecen en la estadística del gasto sanitario público (2016) de manera separada, no estando consolidados con los anteriores, por lo que es dudosa su posible comparación. Se consideró que los datos que aparecen en el Informe eran suficientes para el objetivo perseguido.

En consecuencia, no se tiene en cuenta la sugerencia realizada por el ente fiscalizado.

Respecto a los posibles errores a que se refiere la alegación, se ha comprobado que respecto a los puntos 1, 2 y 4 lo manifestado en la alegación es correcto. Por ello:

- **Se modifica la nota al pie del cuadro nº 22 sustituyendo “*millones de euros*” por “*euros*”.**
- **En el primer párrafo de la página 82 se sustituye “Madrid” por “Castilla-La Mancha”.**
- **Respecto a los porcentajes totales del cuadro nº 23 se consideran correctos.**



- Respecto al cuadro nº 25 se modifican los porcentajes de la columna de “Variación 2015/2011%”, así como la expresión de la página 92 donde se hace mención a los resultados de dicha columna. En este sentido el cuadro nº 25 queda de la siguiente manera:

CUADRO N° 25

VARIACIÓN PORCENTUAL DEL GASTO DE ATENCIÓN PRIMARIA

CC.AA.		2011 %	2015 %	Variación 2015/2011%	Variación puntos porcentuales
Andalucía	AN	17,32	14,08	-18,71	-3,24
Aragón	AR	15,21	13,34	-12,29	-1,87
Asturias, Principado de	AS	13,10	12,45	-4,96	-0,65
Baleares, Illes	IB	13,28	12,08	-9,04	-1,20
Canarias	CN	13,63	13,79	1,17	0,16
Cantabria	CB	15,11	14,31	-5,29	-0,80
Castilla y León	CL	17,90	15,74	-12,07	-2,16
Castilla - La Mancha	CM	16,66	17,82	6,96	1,16
Cataluña	CT	13,88	13,60	-2,02	-0,28
Comunitat Valenciana	VC	13,23	12,53	-5,29	-0,70
Extremadura	EX	16,90	16,88	-0,12	-0,02
Galicia	GA	13,28	12,48	-6,02	-0,80
Madrid, Comunidad de	MD	11,00	11,30	2,73	0,30
Murcia, Región de	MC	13,18	13,48	2,28	0,30
Navarra, C. Foral de	NC	14,79	14,83	0,27	0,04
País Vasco	PV	15,54	14,70	-5,41	-0,84
La Rioja	RI	12,88	13,67	6,13	0,79
España	ES	14,42	13,61	-5,62	-0,81

Asimismo, se sustituye, en el último párrafo de la página 92 la expresión “*el porcentaje de gasto destinado por las CCAA a atención primaria ha disminuido un 0,06% (en 0,81 puntos porcentuales)*” por “*el porcentaje de gasto destinado por las CCAA a atención primaria ha disminuido un 5,62% (en 0,81 puntos porcentuales)*”.