

2.2.- FINANCIAMENTO DO GASTO SANITARIO PÚBLICO



Este capítulo do informe do CES-Galicia sobre a situación sanitaria está dividido nas tres seccións descritivas seguintes:

- 1) Evolución do gasto sanitario en Galicia.
- 2) O financiamento da sanidade pública en Galicia como resultado dun modelo de financiamento da sanidade autonómica.
- 3) O financiamento do gasto sanitario en Galicia. Execución presupostaria

Evolución do gasto sanitario en Galicia

Un rasgo común a tódolos países avanzados é que a participación do gasto público sanitario no gasto sanitario total é maioritaria, coa única excepción dos Estados Unidos, onde o financiamento privado é máis elevado que o público. O rango en que se move a participación do gasto público sanitario na actividade económica oscila entre o 5,5% e o 8,5% do PIB nacional nos países considerados, tal e como se aprecia **no cadro 2.2.1.**

A pesar de terse rexistrado unha certa estabilidade ata finais dos anos oitenta, entre 1990 e 1995, ese indicador de gasto relativo aumentou en tódolos países da mostra, agás en Italia. O crecemento da participación do gasto público na produción de bens e servizos foi, especialmente, elevado nos Estados Unidos, Alemaña e Francia e máis moderado nos demais países da Unión Europea, nos cales o seu crecemento agregado foi de 0,7 puntos porcentuais no período, sendo esta variación igual á rexistrada por España e o Reino Unido.

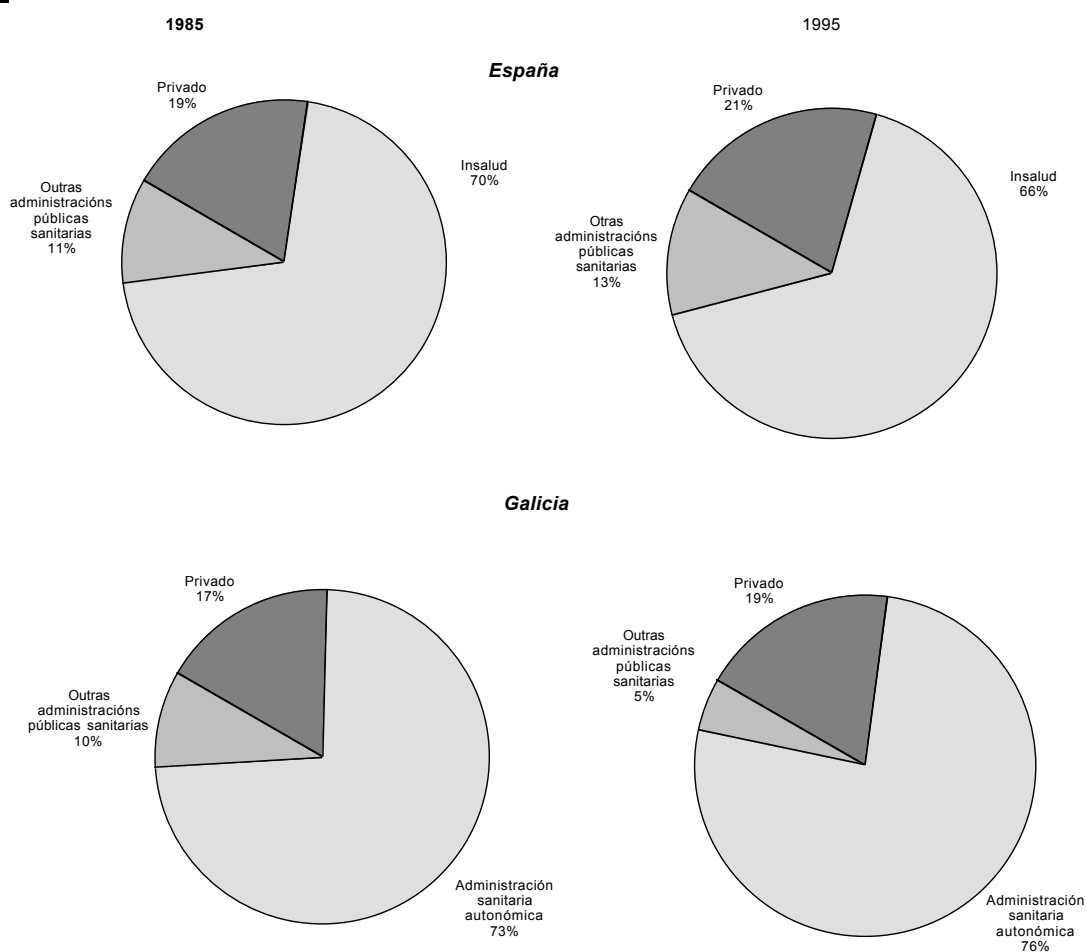
No período comentado anteriormente, a participación do gasto público no PIB de Galicia aumentou en 1,0 puntos porcentuais, que representa un ritmo de crecemento maior que o rexistrado tanto en España como na Unión Europea.

O gasto sanitario privado, coa notable excepción dos Estados Unidos, mantense na actualidade entre o 1% e o 2,5% do PIB nos países considerados, menos da tercei-

Cadro 2.2.1**Gasto sanitario nos principais países desenvolvidos 1980-1995: porcentaxe sobre o PIB**

	1980		1985		1990		1995	
	Público	Total	Público	Total	Público	Total	Público	Total
Estados Unidos	3,9	9,2	4,4	10,5	5,2	12,4	6,6	14,2
Xapón	4,6	6,6	4,7	7,0	4,7	7,0	5,7	7,2
Unión Europea -15	6,0	7,0	6,1	7,3	6,2	7,5	6,9	8,4
Alemaña	6,3	8,4	6,4	8,7	5,9	8,3	8,2	10,4
Francia	6,0	7,6	6,5	8,5	6,6	8,8	7,7	9,8
Italia	5,6	6,9	5,4	7,0	6,0	7,5	5,4	7,7
Reino Unido	5,2	5,8	5,2	6,0	5,2	6,2	5,9	6,9
España	4,5	5,7	4,6	5,7	5,3	6,6	6,0	7,6
Galicia	n.d	n.d	4,3	5,2	5,4	6,5	6,4	7,9

Fonte: elaboración propia a partir de OCDE, *Health Data 97*

Gráfico 2.2.1**Distribución do gasto sanitario total entre sectores institucionais: 1985-95**

ra parte, en termos medios, do que representa o gasto sanitario público.

Nos últimos cinco anos, este indicador presenta unha evolución dispar nos diferentes países, aumentando no conxunto da Unión Europea en 0,2 puntos porcentuais. O maior crecemento rexístrase no caso de Italia, con 0,8 puntos porcentuais, mentras que en España e en Galicia produciuse un crecemento lixeiramente superior ó da Unión Europea, 0,3 e 0,4 puntos porcentuais, respectivamente, e no resto de países da mostra este tipo de gasto contívose e, incluso, descendeu apreciablemente en Xapón. Nos Estados Unidos, o gasto sanitario privado supón, na actualidade, cerca do 8% do PIB, moi por riba do gasto sanitario público, do cal a súa participación é similar á rexistrada nos demais países considerados.

En 1985 (ver **gráfico 2.2.1.**), o gasto sanitario total en España representaba o 5,7% do PIB; desa participación, 1,1 puntos porcentuais, un 19,3% do gasto total, correspondían ó gasto privado, entendido como o conxunto dos pagos efectuados polas familias e as entidades sen ánimo de lucro¹, e os 4,6 puntos porcentuais restantes ó público, destacando con 4 puntos, un 70,2% do gasto total, a participación do Instituto Nacional da Saúde (Insalud). A diferenza entre o gasto público total e o correspondente ó Insalud, 0,6 puntos porcentuais que equivalen a un 10,5% do gasto total, corresponde ó gasto efectuado por outras Administracións públicas centrais ou territoriais.

Nese mesmo ano, o sistema sanitario de Galicia representa o 5,2% do PIB, 0,5 puntos porcentuais menos que a participación media en España.

Por sectores institucionais, o 83% do gasto total, realizado en Galicia, era público, correspondendo un 73% á Administración sanitaria autonómica e un 10% a outras administracións públicas sanitarias,

mentras que o 17% restante era privado. En termos relativos, isto implicaba que o sector público tivese en Galicia unha participación dous puntos porcentuais maior que no resto de España.

En 1995, o gasto sanitario total español representaba un 7,6% do PIB anual. Respecto a 1985, o gasto sanitario privado creceu en 0,5 puntos porcentuais, situándose no 1,6% do PIB, un 21% do gasto total. En relación con igual período, o gasto sanitario público aumentou en 1,4 puntos porcentuais, que equivalían ós 6,0 puntos porcentuais restantes de participación no PIB. Neste mesmo ano, destaca o gasto efectuado polo Insalud, que ascendeu a 3,5 billóns de pesetas, representando un 5,1% do PIB ou un 66,5% do gasto sanitario total.

Para Galicia, o gasto sanitario total representaba o 7,9% do PIB de 1995. Respecto a 1985, ano no que Galicia aínda non tiña transferidas as competencias en materia sanitaria e era, polo tanto, territorio Insalud, o gasto sanitario privado creceu en 0,6 puntos porcentuais, representando o 1,5% do PIB, un 19% do gasto total. En relación co mesmo período, o gasto sanitario público creceu 2,1 puntos porcentuais, situándose no 7,9% do PIB, un 81% do gasto total.

Sen embargo, en 1995, Galicia presenta unha distribución institucional do gasto sanitario total algo distinta á participación media no resto de España.

Mentras que o sector privado é practicamente similar, un 21% no caso de España e un 19% no de Galicia, é no sector público donde se pode apreciar certa diferenza. Esta prodúcese polo diferente peso da Administración rectora, que é dun 66% en España e dun 76% en Galicia, e a distinta participación doutras administracións públicas, un 13% en España e un 5% en Galicia.

Dos datos anteriores despréndese unha dinámica do gasto sanitario relativo que pode caracterizarse como dun crecemento

Cadro 2.2.2.**Evolución do gasto do Insalud 1981-1996 : presuposto liquidado**

(en miles de millóns de pesetas)

	1981	1983	1985	1987	1989	1991	1993	1995	1996	% 81-87	% 89-96
Gastos de persoal	281,7	387,2	473,4	663,2	467,4	515,6	618,7	627,6	660,3	15,3	5,1
Gasto corrente	210,2	309,8	299,2	341,5	247,5	247,7	368,8	358,6	377,3	8,4	6,2
Concertos	119,9	223,0	192,2	172,9	109,4	110,5	143,1	136,2	150,8	6,3	4,7
Outros	90,3	86,8	107,0	168,6	138,1	137,2	225,8	222,4	226,4	11,0	7,3
Transferencias correntes	133,4	181,9	199,7	249,9	1024,1	1443,8	1995,1	2287,2	2450,4	11,0	13,3
a CC.AA.	-	-	-	-	776,4	1144,6	1573,5	1853,4	1956,5	-	14,1
Farmacia (rec. médicas)	122,9	169,9	188,5	231,4	170,6	195,4	244,0	253,3	299,6	11,1	8,4
Outras	10,5	12,0	11,3	18,5	77,1	103,7	137,6	180,6	194,3	9,9	14,1
Outros gastos correntes	6,0	6,1	8,1	7,8	15,4	15,6	8,9	0,1	0,3	4,5	-43,2
Operacións correntes	631,3	885,0	980,5	1262,4	1754,4	2222,7	2951,5	3273,5	3488,3	12,2	10,3
Operacións de capital	23,7	28,5	35,2	45,3	41,4	36,7	39,5	41,0	37,7	11,3	-1,3
Total	655,0	913,6	1015,7	1307,6	1795,8	2259,4	2991,1	3314,5	3526,0	12,2	10,1
Total en % do PIB	4,32	4,63	3,98	4,05	4,47	4,51	5,06	5,12	5,05		
Total Neto	655,0	913,6	1015,7	1307,6	1019,5	1114,7	1417,5	1461,0	1569,5	-	6,4

Fonte: elaboración propia a partir de datos do Ministerio de Sanidad y Consumo

Cadro 2.2.3.**Gasto real e gasto por habitante 1982-1997: SNS en Galicia**

(en pesetas correntes)

	Gasto real (1)	% variación	Gasto por habitante (2)	Admon. rectora
1982	41.155		14.636	
1983	45.529	10,63	16.191	I
1984	51.342	12,77	18.259	N
1985	59.674	16,23	21.222	S
1986	67.112	12,46	23.594	A
1987	74.515	11,03	26.196	L
1988	89.386	19,96	31.424	U
1989	109.797	22,83	38.600	D
1990	134.195	22,22	47.177	
1991	150.676	12,28	55.159	
1992	180.222	19,61	65.975	S
1993	200.522	11,26	73.406	E
1994	207.892	3,68	76.104	R
1995	231.922	11,56	84.901	G
1996	257.326	10,95	93.825	A
1997	274.632	6,73	100.135	S

(1) en millóns de pesetas

(2) en pesetas

Ata 1989 só obrigas recoñecidas. No período 1990-1996 gasto real

Poboación de dereito: Censo 1981, Padrón 1986, Censo 1991 e Padrón 1996

Fonte: Consellería de Sanidade, División de Recursos Económicos,
Bases para a elaboración do Plan de Saúde de Galicia

moderado, no que destaca o avance relativamente máis rápido do gasto privado e do gasto das administracións públicas no Insalud. Este último, ver **cadro 2.2.2.**, reflicte o desenvolvemento dos sistemas territoriais

de saúde a partir de 1988, *transferencias a comunidades autónomas*, aínda que modestamente, xa que o proceso de transferencias sanitarias ten un forte reflexo económico no gasto do Insalud. O denominado

Gasto por habitante 1995-96 comparación entre zonas territoriais**Cadro 2.2.4.**

(en pesetas correntes)

		Zonas territoriais		Galicia (*)	
				(zona en %)	
		1995	1996	1995	1996
Insalud xestión directa		87.960	95.012	96,5	98,8
	Madrid	91.483	97.750	92,8	96,0
Insalud xestión transferida		92.350	98.803	91,9	95,0
	Cataluña	89.697	93.683	94,7	100,2
	País Vasco	101.826	108.895	83,4	86,2
	Galicia	84.901	93.825	100,0	100,0

(*) porcentaxes de Galicia respecto das outras zonas territoriais sinaladas no cadro

Fonte: elaboración propia a partir de datos do Insalud

territorio Insalud quedou considerablemente diminuído, pasando a ser, aproximado polo total neto aínda que a través desta institución segue fluíndo a maior parte do gasto sanitario español, nunha primeira instancia.

Na actualidade, máis da metade do seu gasto total destínase a transferencias ás comunidades autónomas con competencias sanitarias, das que o seu importe destínase por parte destas a financia-lo groso dos servicios sanitarios que prestan. Á hora de traza-la aplicación final dos fondos a unhas ou outras partidas funcionais, a falla de información dispoñible é patente e non permite, polo tanto, efectuar unha distribución detallada do gasto final total.

O gasto total do Insalud correspondente a 1996, 3,5 billóns de pesetas, representaba o 83% do gasto sanitario público español e, a pesar de que non deixou de crecer en niveis, durante longos períodos de tempo permaneceu estabilizado como porcentaxe do PIB (ver **cadro 2.2.2.**). A súa distribución funcional mostra moi nitidamente o rasgo anteriormente mencionado relativo ó proceso de transferencias sanitarias ás comunidades autónomas.

En efecto, en 1988 iníciase, desde o punto de vista económico, este proceso. Rapidamente, as transferencias do Insalud

crecen polo proceso de descentralización á vez que diminúen os gastos de farmacia por reembolso de recetas, os gastos de persoal e os gastos en bens e servicios, especialmente os debidos a concertos hospitalarios. O Insalud reduciu considerablemente o seu papel como axente do gasto sanitario final, canalizando ás comunidades autónomas con competencias sanitarias un volume de recursos financeiros moi superior ó seu propio gasto neto.

Actualmente, o gasto sanitario da Comunidade Autónoma de Galicia non presenta uns rasgos cuantitativos moi diferentes ó realizado en España o nos demais países da Unión Europea. Naturalmente, é importante non olvidar que, dado o nivel relativo do seu PIB per cápita, as prestacións sanitarias por persoa serán máis baixas que as prestacións outorgadas en países cun maior PIB per cápita.

En resumo, pódese dicir que, durante o período comentado, con algunha excepción xa sinalada, en tódolos países prodúcese un aumento do gasto sanitario público e, en Galicia, ó igual que ocorre noutras zonas, aumenta tamén o gasto sanitario privado, ambos con relación ó PIB.

Outra maneira complementaria de ver e estudar a evolución dos recursos sanitarios obtéñense a partir do análise do gasto por

Cadro 2.2.5.**Evolución do gasto público sanitario 1980-96: descomposición nos seus factores determinantes**

(taxas anuais de crecemento acumulativo)

	E s p a ñ a			G a l i c i a	
	Periodo 1 1980-86	Periodo 2 1987-96	Periodo 3 1980-96	Periodo 2 1987-1996	Periodo 3 1980-96
Gasto sanitario público nominal	13,07	13,20	13,10	13,99	13,60
Indice de prezos de servizos sanitarios	11,25	5,47	7,85	5,47	7,85
Gasto Sanitario público real	1,75	6,53	5,13	8,22	5,50
Factor demográfico (1)	0,88	0,80	0,82	0,94	0,90
Pob <65 (P1)	0,29	-0,22	0,01	0,08	0,13
Pob >65 (P2)	2,44	2,70	2,60	2,86	2,69
Taxa de cobertura sanitaria (2)	2,34	0,48	1,21	0,49	1,16
Prestación real media por persona	-1,61	5,94	2,85	6,60	3,16

(1) axustado como P1+3,P2. Esta hipótese é definida no estudo a) citado posteriormente e significa que o consumo dos maiores de 65 anos é, estatisticamente, 3,3 veces o realizado polo resto da poboación

(2) medida como porcentaxe da poboación protexida

Fonte: Ministerio de Sanidad y Consumo. Elaboración propia a partir das metodoloxías empregadas nos estudos seguintes: a) Blanco, A. y de Bustos, A. (1996): "El gasto sanitario público en España: Diez años de Sistema Nacional de Salud. Un método de análisis basado en la Contabilidad Nacional y previsiones hasta el año 2000 ". Dirección General de Planificación del Ministerio de Economía y Hacienda, Doc. de Trabajo nº 96003. b) Barea, J. y Fuentes Quintana, E. (1997): "El déficit público de la democracia española", *Papeles de Economía Española*, nº 68, FIES. c) López i Casanovas, G. (1997): "Financiación y gasto sanitario público: Evolución reciente. *Economistas*, nº 74 .

habitante tanto en termos dinámicos como relativos.

Segundo o **cadro 2.2.3.**, que recolle o gasto sanitario público real² en Galicia para o período 1982-1997, esta variable nominal creceu a ritmos sensiblemente maiores que o da inflación como se pon de manifesto, no **cadro 2.2.5.**, pola comparación entre o crecemento corrente e os prezos, dando lugar a unha variación do gasto en pesetas constantes, que miden capacidade real de compra, significativamente positiva. A evolución do gasto público real é o resultado de ter aplicado varios modelos de financiamento durante o período, tal e como se indicará no epígrafe seguinte.

A dinámica do gasto público real por habitante, que, nunha gran medida, tamén foi definida polos modelos citados, tamén

foi superior ó propio crecemento da poboación, debido principalmente, ó incremento dos tramos de poboación de maiores de 65 anos e máis anos de idade.

En termos relativos, de acordo coa información dispoñible para os anos 1995 e 1996, que figura no **cadro 2.2.4.**, o gasto por habitante en Galicia foi inferior á media das áreas de Xestión Directa e Transferida.

Esa variable de gasto relativo foi respectivamente en 1995 e 1996, un 1,3% menor en Galicia que no territorio de Xestión Directa (IXD). En termos da Comunidade de Madrid, que é a de maior volume de gasto no IXD, para eses mesmos anos, o gasto per cápita en Galicia foi un 7,2% e un 4,1% inferior, respectivamente.

Para igual período de tempo, respecto ó

agregado Insalud Xestión Transferida (IXT), o gasto por habitante foi un 8,0% e un 5,0% menor, respectivamente. En relación con Cataluña, o gasto per cápita de Galicia superaba ó desa comunidade nun 0,2%. Respecto ó País Vasco, o gasto per cápita de Galicia foi un 16,6% e un 13,8% menor nos anos 1985 e 1996, respectivamente.

O proceso de converxencia do gasto sanitario por habitante realizado en Galicia, en termos do efectuado noutras zonas de gasto, continuou en 1997. Neste sentido, mantívose o diferencial respecto a Cataluña, 0,86%, e reduciuse o existente co País Vasco ata o 10,75%.

En economía da saúde, os estudos empíricos sinalan que as causas do aumento referido do gasto por habitante son variadas e complexas, poidendo sinalarse, entre as máis importantes, as seguintes:

- a) A extensión da cobertura e dos propios servizos sanitarios.
- b) O aumento dos prezos nos produtos e servizos sanitarios.
- c) A intensificación ou o encarecemento das tecnoloxías sanitarias.
- d) O aumento da incidencia das diversas tipoloxías.
- e) O aumento da proporción de poboación que utiliza máis intensamente os servizos sanitarios.

Por conseguinte, unha vez enumerada esa pluralidade de elementos relacionados co gasto, no caso de que se queira coñecer a importancia relativa de cada un destes factores na determinación do gasto agregado, é necesario realizar un exercicio numérico, que permita concreta-a significación desa participación relativa na evolución futura do gasto sanitario galego.

Perspectivas de evolución futura

Precisamente, para determinar cunha maior precisión a ponderación dos elementos citados anteriormente na evolución do gasto sanitario, que, debido á dispoñibili-

de estatística, se aproxima co gasto público efectuado na comunidade autónoma, realizouse un exercicio empírico dos que os seus resultados pasan a describirse a continuación.

Como se pon de manifesto na análise de descomposición factorial mostrado no **cadro 2.2.5.**, os datos parecen confirmar que, no período 1980-1996, a evolución rexistrada polo gasto sanitario público (GSP) en Galicia e en España estivo marcada por dúas etapas distintas, que se identifican por un cambio significativo na importancia relativa dos factores considerados na determinación de dita evolución. Aínda que para o primeiro período, que se estende ata 1986, ano en que entra en vigor a Lei Xeral de Sanidade, non se dispón dos datos estatísticos suficientes para obter de forma individual as evolucións de España e Galicia, nembargantes, debido a que o proceso descentralizador sanitario non tivo un gran desenvolvemento nestes anos, podería supoñerse, sen medo a cometer un gran error, que as evolucións de España e Galicia tiveron unhas características similares.

Como indica o **cadro 2.2.5.**, neste primeiro período, o comportamento dos prezos sanitarios foi a variable que, nunha maior medida, determinou a evolución do GSP.

En concreto, tal e como se desprende dos resultados obtidos, pode dicirse que o 86% desta evolución produciuse por un proceso de crecemento dos prezos, sen dúbida, inducido polas posibilidades de recurso ó crédito ampliable e a utilización do financiamento con sobrecoste, que serán comentadas no epígrafe seguinte.

A outra variable que explica o crecemento do gasto público sanitario neste período é a taxa de cobertura sanitaria. Este feito é consecuencia do proceso de universalización, producido polo cambio de mode-

lo sanitario, que pasa dun sistema de Seguridade Social a un Sistema Nacional de Saúde. En 1980, no conxunto do territorio Insalud, un 20% da poboación non tiña dereito á asistencia sanitaria da Seguridade Social. Había entón unha sanidade para a poboación sen recursos –a Beneficencia– e outra –a Seguridade Social– para os traballadores e pensionistas e os seus familiares.

En 1986, a universalización da protección sanitaria avanzara 16 puntos, situándose no 96,1% da poboación e significando a incorporación de, aproximadamente, cinco millóns de persoas ó concepto de poboación protexida.

No segundo período, que vai desde 1987 a 1996, o compoñente principal do GSP pasou a ser a prestación real media, que rexistrou unhas intensidades algo diferentes nos casos de España e Galicia. En efecto, en España, a prestación significou un 45% do gasto nominal e un 91% do gasto real, mentras que en Galicia a prestación real representou un 47% do gasto nominal e un 80% do gasto real. Este aumento da prestación real media recolle tanto unha maior utilización dos servizos sanitarios como un uso máis intensivo dos mesmos por parte dos cidadáns.

Detrás dese incremento de consumo de servizos sanitarios atópanse variables tan importantes como o envellecemento da poboación efectiva; o tratamento de novas patoloxías; a introducción de novas tecnoloxías de diagnose e tratamento e, incluso, cando fosen factibles, as esixencias dos usuarios respecto á liberdade de elección e á mellora das condicións hosteleiras da prestación do servizo.

Durante este período, aínda que non pode dicirse que o crecemento dos prezos fose despreziable, pois significou un 41% e un 39 % do incremento do gasto nominal nos casos de España e Galicia, respectivamente, sen embargo, é clara a redución do peso da inflación no gasto público, do cal o

seu ritmo de crecemento diminuíu un 49% respecto ó período anterior.

Outra variable significativa na explicación do crecemento do gasto sanitario, que tivo unha importancia algo distinta en España e en Galicia, explicando un 16% e un 11% do gasto real respectivo, foi o factor demográfico, no que se recolle a taxa media anual de variación da poboación que potencialmente pode acceder á prestación correspondente.

Neste sentido, parece oportuno facer unha reflexión sobre esa potencialidade, realizando unha aproximación á mesma mediante un exame da estatística recollida no **cadro 2.2.6.a.** sobre a prestación farmacéutica, que sintetiza unha gran parte dos argumentos expostos nesta sección.

Nese cadro, pode apreciarse que a poboación maior de 64 anos en Galicia supón un 16,5% e un 16,4% da poboación total existente no ano 1997 e no período 1994-97, respectivamente. Para os mesmos períodos de tempo, ese ratio foi maior en Galicia que en calquera das comunidades pertencentes á zona IXT, ó Insalud Xestión Directa, 14,8%, e ó agregado total, 13,7% nos dous períodos.

Este feito diferencial é importante porque as persoas de idade avanzada presentan unha maior incidencia das patoloxías e unha alta porcentaxe das mesmas son de carácter crónico, o que supón unha maior demanda de servizos sanitarios e de medicamentos, en particular. Isto último, desde unha perspectiva do gasto, aproxímase en economía da saúde por unha relación estatística que recoñece, para ese segmento de poboación, un consumo, aproximadamente, 3,3 veces maior que o realizado polo resto da poboación.

Según o **cadro 2.2.6.a.**, en comparación coas comunidades autónomas do IXT, o IXD e o total nacional, pódese observar que a porcentaxe de poboación maior de 64

Gasto en farmacia extrahospitalaria e gasto por habitante nas CC.AA. e no Insalud xestión directa 1994-97**Cadro 2.2.6.a.**

Ambito territorial	Poboación de dereito	Gasto total (1)	% variación		Gasto por habitante (2)		% Poboación >64 anos	
			97/96	97/94	1997	94-97	1997	94-97
Cataluña	6.059.494	145.750.114	6,8	10,6	24.053	23.480	14,2	14,2
País Vasco	2.104.041	41.503.581	6,4	11,7	19.726	19.660	12,7	12,7
Andalucía	6.940.522	158.847.879	4,2	7,3	22.887	22.600	14,4	13,5
Navarra	519.277	10.932.408	4,8	9,0	21.053	20.802	15,7	15,6
Com. Valenciana	3.857.234	102.198.862	5,2	10,3	26.495	26.333	14,1	13,8
Canarias	1.493.784	31.910.325	7,5	12,1	21.362	21.150	9,6	9,5
Galicia	2.731.669	61.424.814	8,3	10,6	22.486	21.597	16,5	16,4
Insalud xestión directa	15.109.647	304.221.834	4,2	9,2	20.134	20.610	14,8	14,8
Total (3)	38.815.668	856.789.817	5,4	9,5	22.073	21.907	13,7	13,7

(1) gasto efectivo sen desconto, en miles de pesetas

(2) en pesetas de 1997

(3) Inclúe tódalas CC.AA. transferidas e Insalud xestión directa

Fonte: elaboración propia a partir de datos do Sergas, División de Farmacia e Produtos Sanitarios; INE, *Censo 1991*, e Insalud, *Resumen de facturación de recetas médicas*

Evolución do gasto farmacéutico e o gasto por receita 1990-97: taxas de variación anuais**Cadro 2.2.6.b.**

	(en %)					
	91/90	92/91	93/92	94/93	95/94	96/95
Gasto	17,8	15,4	10,7	10,4	12	11,4
Gasto/receita	16,6	13,1	11,5	9,1	6,1	5,9

Fonte: elaboración propia a partir de datos do Sergas, División de Farmacia e Produtos Sanitarios; INE, *Censo 1991*, e Insalud, *Resumen de facturación de recetas médicas*

anos en Galicia é a máis importante do estado español.

Sen embargo, a pesar deste ratio, o gasto por habitante en 1997, aínda que superou a media do IXD e a media nacional, é menor ó rexistrado en Valencia, Cataluña e Andalucía.

Outra información ofrecida polo **cadro 2.2.6.a.**, é que, aínda que as taxas de crecemento real son importantes, o gasto farmacéutico está rexistrando unha desaceleración significativa, como unha consecuencia das políticas de consolidación presupostaria que se están executando na actualidade.

A evidencia, nese sentido, ofrécese no **cadro 2.2.6.b.**, no que se recollen as taxas de variación na Comunidade Autónoma desde 1991. Como se pode apreciar, hai unha clara tendencia á redución dos ritmos

de crecemento, pasando do 17,8% e o 15,4% dos anos 1991 e 1992, respectivamente, a taxas do 10,7 e 0 10,4 nos anos 1993 e 1994, respectivamente. Malia que esa tendencia se rompe en 1995, os descenso continúan producíndose a partir de 1996.

Esta tendencia aínda é máis clara se se emprega a segunda das ratios incluída no **cadro 2.2.6.b.** En efecto, o crecemento do gasto por receita non deixou de reducirse dende 1991, acadando, en 1997, o ritmo de crecemento máis baixo do período, cun 5,9% de variación anual.

Finalmente a evidencia obtida fai preguntarse cal será o factor determinante do gasto futuro. A importancia de resolver esta cuestión estriba en que vai permiti-la identificación do principal elemento explicativo da evolución futura do GSP.

A forte sensibilidade actual da evolución

do GSP respecto á prestación real media implica que o factor utilización adquira unha importancia decisiva xa que, unha vez realizada a universalización da cobertura, tal e como sinala a literatura empírica, ésta pasará a depender dalgunha combinación das variables seguintes:

- a) A capacidade de resolución do sistema á hora de selecciona-las alternativas asistenciais dispoñibles ó menor custo posible.
- b) O nivel de frecuentación dos servizos.
- c) A evolución na intensidade dos cuidados asistenciais e/ou na intensidade relativa da tecnoloxía utilizada por episodio asistencial.
- d) A aparición de tecnoloxías con distinto alcance nos aspectos relacionados coas capacidades de tratamento.

Para o caso particular de Galicia, ademais dos factores suñados anteriormente, convén non esquecerse de que o desenvolvemento do modelo de atención primaria é un factor adicional de incidencia na evolución futura do gasto farmacéutico.

Esto débese a que desenvolver a atención primaria cun maior achegamento deste servizo á poboación e mellorar o nivel de vida dos cidadáns implica unha maior demanda de servizos, que se traducen nun aumento directo do gasto.

O financiamento da sanidade pública en Galicia como resultado dun modelo de financiamento da sanidade autonómica

Calquera análise do modelo actual de financiamento do sistema sanitario público dunha comunidade autónoma como a galega require un estudo ordenado dos principais acontecementos que contribuíron a darlle o seu deseño actual, co obxecto de poder entender con claridade tanto a súa evolución dinámica, que estivo inmersa nun proceso de descentralización da Administración sanitaria, como a forma en que se determina a participación final no gasto

público sanitario da Comunidade Autónoma de Galicia.

O financiamento da sanidade autonómica antes da Lei Xeral de Sanidade de 1986.- Unha vez promulgada a Lei Orgánica de Financiamento das Comunidades Autónomas (LOFCA) en 1980, cabería esperar que o financiamento de calquera servizo transferido ás comunidades autónomas siguiera os cauces establecidos en dita norma. Sen embargo, a asistencia sanitaria do sistema da Seguridade Social que se ía cedendo ás comunidades autónomas tivo o seu propio e específico mecanismo de financiamento, baseado en transferencias condicionadas provintes do presuposto de gastos do Insalud (Instituto Nacional da Saúde, creado polo Real Decreto Lei 36/1978, de 16 de novembro). A falla, por aquel entón, dunha norma de ámbito xeral facilitou a posibilidade de que existiran diferencias de financiamento entre as comunidades que recibiron competencias nesa época.

Só houbo dúas comunidades ás que se traspasaron con anterioridade á promulgación da Lei 14/86 de 25 de abril, Xeral de Sanidade, competencias en servizos sanitarios. Éstas foron Cataluña (Real Decreto 1517/1981, de 8 de xullo) e Andalucía (Real Decreto 400/1984, de 22 de febreiro), determinándose o financiamento das competencias transferidas a partir dos acordos que, sobre o custo efectivo de tales servizos, estableceron as súas respectivas comisións mixtas.

A dependencia orgánica e presupostaria do Insalud respecto ó Ministerio de Traballo e Seguridade Social, e o feito de que os presupostos da Seguridade Social non reflectisen, durante este período, as cifras correspondentes ó Insalud transferido, dificultan o exacto coñecemento dos aspectos cuantitativos desta etapa e, por tanto, a análise económica dos potenciais problemas de insuficiencia e/ou de falla de equidad.

Sen embargo, tódalas análises coinciden en que ese mecanismo xeraba unha clara insuficiencia financeira para as comunidades. Unha boa proba diso é a habilitación de fondos, realizada pola Lei 3/1983, de 29 de xuño, para atende-las insuficiencias xeradas nos exercicios anteriores, que constituíron a primeira operación de saneamento da débeda acumulada pola sanidade autonómica. Entre as razóns que se aduciron para explica-las causas de tal insuficiencia, atópase o carácter de crédito ampliable das prestacións farmacéuticas, que a partir de aquí foi un elemento de negociación presente en tódalas reformas do sistema asistencial presentadas desde entón.

En calquera caso, desde unha perspectiva actual, cabe afirmar que o volume global dos servizos traspasados non foi demasiado grande, xa que as estimacións³ o sitúan no 8%, en 1983, e no 1 %, en 1985, respecto ó gasto sanitario público total. Outro rasgo destacable, desde consideracións institucionais, é que a consolidación da xestión autonómica da sanidade ocupou boa parte deste período. En efecto, iso ponse de relieve na Lei de Administración Institucional da Sanidade, pola que se crea o Instituto Catalán da Saúde en xullo de 1983 (Lei 12/83 da Generalitat de Cataluña), mentras que o Servicio Andaluz de Saúde nace en maio de 1986 (Lei 8/1986 da Junta de Andalucía).

O financiamento da sanidade autonómica entre 1986 e 1994.- En 1986, por acordo do Consello de Política Fiscal e Financeira de 7 de novembro, apróbase o método de financiamento das comunidades autónomas de réxime común para o período 1987-1991, no que, entre outras decisións, óptase pola continuidade do específico sistema de financiamento da sanidade autonómica ó que se fixo referencia na sección anterior.

Nesta ocasión, unha das razóns aducidas para non integra-los servizos sanitarios

da seguridade social no modelo xeral de financiamento autonómico foi a moi recente aprobación da propia Lei Xeral de Sanidade de 25 de abril de 1986.

A ese argumento poden añadirse outros dous á hora de xustifica-lo mantemento dun financiamento baseado en transferencias condicionadas. Por unha parte, a especial orixe dos fondos cos que se financiaba o sistema sanitario da seguridade social, con predominio das cotizacións sociais, que supoñían o 75% dos ingresos totais do Insalud nos presupostos de 1986. Por outra parte, o contido do artigo 82 da Lei Xeral de Sanidade, que di que *“o financiamento destes servizos transferidos realizarase seguindo o criterio de poboación protexida”*.

A Lei abre a porta a diferentes modos de financia-la sanidade autonómica. Por unha parte, a disposición adicional primeira establece un sistema distinto ó xeral para as comunidades forais, que finalmente se concreta nun índice de imputación do gasto sanitario similar ó dos seus respectivos cupos, tal e como sucedeu nos traspasos de competencias do Insalud realizados ó País Vasco (Real Decreto 1536/87, de 6 de novembro) e a Navarra (Real Decreto 1680/90, de 28 de decembro).

Por outra parte, no caso das comunidades de réxime común, aparecen diferencias no método de cálculo das contías a transferir desde o presuposto do Insalud a cada comunidade autónoma.

En efecto, o anterior ponse claramente de manifesto cando se ten en conta o mecanismo de financiamento previsto para este período, que se desglosa según o esquema seguinte:

a) O presuposto total do Insalud, elaborado polo Ministerio de Traballo e Seguridade Social, desglósase en dous grandes bloques. Por un lado, os gastos previstos para cubrir a asistencia sanitaria en tódolos servizos que non foran transferidos ás comu-

nidades autónomas, ó que se denomina Insalud-Xestión Directa. Por outro lado, o resto de presuposto, chamado Insalud-Xestión Transferida.

b) A contía do Insalud-Xestión Transferida distribúese entre as comunidades autónomas combinando os criterios de custo efectivo do servizo transferido e de poboación protexida. Se a cantidade, fixada no seno das comisións mixtas como custo efectivo do servizo, non coincidise coa cifra que a esa comunidade lle correspondera en función da súa porcentaxe relativa de poboación protexida, a Lei establece un período de adaptación de dez anos, no que as diferencias se irán eliminando a razón dun 10% anual.

Tal forma de determina-los presupostos iniciais de cada un dos xestores da asistencia sanitaria prestada pola seguridade social podería ter algunha xustificación nun contexto de predominio relativo do gasto asignado ó Insalud-Xestión Directa, pero non parecería ter sentido na nova situación na que o presuposto do Insalud-Xestión Transferida era maior ó de Xestión Directa. Esta é a causa principal que motivou a reforma de 1994, ano no que a parte de Xestión Directa era inferior ó 40% do presuposto total do Insalud⁴.

Ademais dos traspasos citados, ata o momento, neste período, seguindo un orden cronolóxico, tamén se transferiron as competencias do Insalud á Comunidade Valenciana (Real Decreto 1612/87, de novembro), Galicia, (Real Decreto 1679/90, de 28 de decembro) e Canarias (Real Decreto 446/94, de 11 de marzo).

No caso de Galicia, cabe citar aquí que o Servizo Galego de Saúde (Sergas) foi creado por Lei 1/1989, de 2 de xaneiro, e adscrito á Consellería de Sanidade e Servizos Sociais. Este organismo autónomo ten como finalidade a xestión dos servizos sanitarios de carácter público dependentes da Comunidade Autónoma, entre os que

destacan os transferidos en xaneiro de 1991 procedentes do Insalud. Así mesmo, corresponde ó Sergas a coordinación integral de tódolos servizos sanitarios e asistenciais existentes en Galicia, no ámbito da súa competencia.

Desde unha óptica financeira e xerencial modernas, non é eficiente que o referente para a fixación dos presupostos do conxunto do Insalud fose un axente que só xestionaba o 40% do total e que, en certa maneira, obrigaba coas súa previsións ós xestores doutro 60%, que se vían ademais impossibilitados para planifica-las súas actuacións, xa que tiñan que esperar, para coñecer as súas dotacións presupostarias, a que o Insalud cerrase os seus presupostos. Así mesmo, a dobre dependencia institucional que desde a súa creación, viña tendo o Insalud, non parecía facilita-las relacións entre a presupostación e a xestión dos seus gastos.

Desde unha perspectiva de suficiencia financeira, este sistema pode funcionar de forma correcta, únicamente, cando as previsións son axustadas á realidade, e a execución do gasto se aten estrictamente ó presupostado. Pero o que sucedeu durante todos estes anos foi exactamente o contrario. As desviacións presupostarias, isto é, as diferencias entre o previsto e o liquidado, foron a norma e non a excepción, e a importancia das súas cifras queda recollida no **cadro 2.2.7**.

Esas desviacións son indicadores de dúas tendencias destacables. A primeira é a carencia dun modelo satisfactorio de xestión eficiente dos recursos sanitarios, xa que, nestas circunstancias, os responsables do gasto se instalan na cultura do crédito ampliable.

A segunda pon de manifesto a existencia de problemas crónicos de tesourería nas Comunidades Autónomas. Porque unha vez detectada, por parte do Insalud-Xestión Directa, a insuficiencia dos recur-

Evolución da desviación presupuestaria do Insalud 1986-1994: porcentaxe sobre o presuposto inicial**Cadro 2.2.7.**

1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
10,08	13,21	10,87	14,09	11,61	12,68	14,37	15,26	13,92

Fonte: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social

Liquidación de débedas acumuladas polo Insalud en exercicios anteriores**Cadro 2.2.8.**

Ámbito territorial	millóns de pesetas	% da débeda total	% de participación no gasto 1992
Andalucía	93.878	16,73	17,47
Cataluña	85.442	15,23	15,90
Galicia	33.102	5,90	5,99
Valencia	54.704	9,75	10,18
Navarra	8.598	1,53	1,60
Pais Vasco	33.611	5,99	6,24
Insalud xestión transferida	309.335	55,13	57,38
Insalud xestión directa	251.787	44,87	42,62
Total	561.122	100,00	100,00

Fonte: Ministerio de Sanidad y Consumo

Participación do Insalud transferido no agregado Insalud 1986-1994**Cadro 2.2.9.**

(en %)								
1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
33,38	31,68	48,43	47,07	54,61	55,84	55,74	56,21	60,35

Fonte: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social

sos inicialmente presupostados, que era solucionada pola vía da ampliación de créditos, as Comunidades autónomas recibían as cantidades correspondentes, segundo a súa participación no presuposto inicial do conxunto e non sobre a base das súas respectivas e reais desviacións, unha vez que se pechara o exercicio contable do Insalud-Xestión Directa, é dicir, como mínimo ó exercicio seguinte a aquel en que se producía a desviación.

Por tanto o modelo era ineficiente debido a que, por un lado, determinaba que as Comunidades Autónomas recibieran financiamento suplementario en función do desfase global, non téndose en conta as súas propias desviacións presupostarias, e, por outro lado, plantexaba problemas de liquidez ás comunidades, que recibían os fon-

dos adicionais cun considerable retraso sobre o momento de realización do gasto.

Esta última razón facía que o modelo estivese abocado á ficción contable, posto que sempre habería supostos relacionados con gastos pendentes de contabilización e facturas a provedores pendentes de pago. Isto supuxo ás comunidades tanto un aumento notable dos prezos de adquisición de material sanitario –debido a que nunha situación como a descrita os provedores cargan un sobrecusto porque saben que tardarán en cobrar as súas facturas– como unha difícil cuantificación da débeda acumulada polo sistema sanitario público.

Como feito relevante, cabe sinalar que, neste período, as desviacións presupostarias se xeraron maioritariamente nas pres-

tacións farmacéuticas, que representan arredor do 55% das desviacións globais de cada ano. Precisamente, un dos obxectivos da Lei do Medicamento de 1991 foi a racionalización do uso dos fármacos, pretendéndose con esta medida tanto unha redución da factura sanitaria por este concepto como a obtención dunhas menores desviacións presupostarias do gasto público en prestacións farmacéuticas.

Unha proba evidente das deficiencias que xeraba este sistema son as sucesivas operacións de saneamento e liquidación das débedas acumuladas polo Insalud. Así, á xa citada Lei 3/1983 do anterior período, uneuse a habilitación dun crédito extraordinario por un importe de 271.719 millóns de pesetas en 1989, e outro cunha contía de 561.122 millóns en 1992, formalizado no Real Decreto Lei 6/92, de 13 de novembro⁵. A distribución desta última operación, pola que se liquidan as débedas acumuladas durante os exercicios anteriores, se recollen no **cadro 2.2.8**.

Ata 1992, de acordo coas porcentaxes de participación no agregado Insalud, que se recollen no **cadro 2.2.9**, a ponderación media do Insalud transferido foi do 46,68, o que permite deducir que a débeda acumulada foi relativamente máis importante no Insalud-Xestión Directa que nas comunidades autónomas, se se compara a participación activa na débeda coa porcentaxe do gasto atribuído en 1992 a cada un.

Finalmente, cabe destacar que o Sistema Nacional de Saúde, tal como se diseña na Lei Xeral de Sanidade de 1986, establece a universalización da asistencia sanitaria no seu artigo 53, e isto facía previsible que, se non se adoptaban outras medidas de política fiscal, acabaría sendo necesario separar a asistencia sanitaria das cotizacións á Seguridade Social.

Tal *necesidade* viuse reafirmada co tempo, e finalmente adquiriu categoría normativa coa separación entre as prestacións

contributivas e non contributivas establecidas nos Presupostos Xerais do Estado para 1989. Desta forma, o financiamento directo do Insalud, a través do Presuposto do Estado, pasou do 25% en 1986 ó 75% en 1994, mentras que o financiamento con cargo ó presuposto da Seguridade Social, mediante cotizacións, seguiu o camiño inverso, pasando do 75% en 1986 ó 25% en 1994. Por outra parte, a importancia relativa do Insalud-Xestión Transferida, foi crescendo durante todo este período, de forma que, ó final do mesmo, é maior que a parte de Xestión Directa, como indica o **cadro 2.2.9**.

A partir das consideracións anteriores, pode afirmarse que, en termos resumidos, a sanidade pública española, ó final desta etapa, se caracteriza por ser un sistema descentralizado, cunha elevada independencia funcional e financeira da Seguridade Social, e dotado dun mecanismo específico para financiar a sanidade pública autonómica.

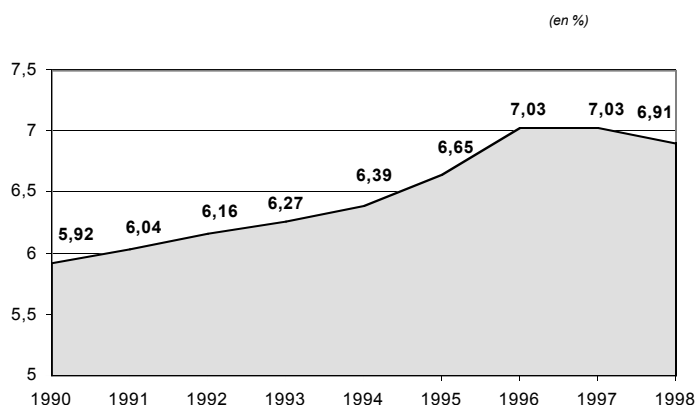
O financiamento da sanidade autonómica no cuatrienio 1994-1997.- Os acordos do Consello de Política Fiscal e Financeira de 20 de febreiro de 1992, polos que se estableceron os mecanismos de financiamento das comunidades autónomas de réxime común para o quinquenio 1992-1997, manteñen o financiamento da sanidade á marxe do sistema xeral baseado na participación das comunidades autónomas nos ingresos do Estado, e crearon, no seu apartado V, un grupo de traballo *“que examinará as disfuncións que os procesos de presupostación e liquidación dos gastos das prestacións sanitarias introducen no financiamento das comunidades autónomas”*.

Froito do labor deste grupo e das deliberacións sobre os seus informes foi o acordo do Consello de Política Fiscal e Financeira de 21 de setembro de 1994, adoptado por unanimidade das partes implicadas, polo que se aproba o novo modelo de financiamento da sanidade para o período 1 de xaneiro de 1994- 31 de decembro de 1997.

Distribución territorial do presuposto sanitario en función da poboación protexida: coeficiente 1994**Cadro 2.2.10.**

Ambito territorial	Poboación Censo 1991	Protección externa	Poboación protexida	Coefficiente de 1994
Andalucía	6.940.522	451.909	6.488.613	17,72
Cataluña	1.493.784	81.011	1.412.773	3,86
Galicia	6.059.494	206.297	5.853.197	15,99
Comunidade Valenciana	2.731.669	159.785	2.571.884	7,03
Navarra	3.857.234	183.488	3.673.746	10,03
País Vasco	519.277	17.156	502.121	1,37
Insalud xestión transf.	2.104.041	75.514	2.028.527	5,54
Insalud xestión directa	23.706.021	1.175.160	22.530.861	61,54
Total	15.166.247	1.085.613	14.080.634	38,46

Fonte: Ministerio de Sanidad y Consumo

Evolución da participación do Sergas nos presupostos do Insalud 1990-98**Gráfico 2.2.2.**

Fonte: Presupostos da Comunidade Autónoma. Xunta de Galicia.

O novo modelo, que supuxo unha modificación normativa do artigo 82 da Lei Xeral de Sanidade de 1986, se desenvolve a partir de catro cuestións fundamentais:

1) O compromiso de mante-la xeralidade e o nivel de prestacións do sistema público de asistencia sanitaria.

2) A vontade política de chegar a unha solución de consenso entre tódalas partes implicadas: ministerios de Economía e Facenda; Sanidade e Consumo; Traballo e Seguridade Social; e tódalas Comunidades autónomas representadas no Consello de Política Fiscal e Financeira.

3) A necesidade de impedir que o crecemento do gasto sanitario puxera en perigo o cumprimento dos compromisos de déficit e endebedamento fixados no Tratado de Maastricht.

4) A necesidade de dotar ás comunidades autónomas dun marco de estabilidade financeira a medio prazo, que lles permitira planificar as súas actuacións en materia sanitaria, dentro duns escenarios de financiamento que asegurasen a suficiencia.

Estas consideracións son as que deron lugar ó novo modelo citado anteriormente, que se concretou seguindo o procedemento seguinte:

1) No ano base de 1993 fixouse a contía do gasto efectivo realizado polo Insalud. A cifra finalmente aceptada foi de 2.857.481.407.000 pesetas, correspondente á liquidación presupostaria máis a estimación das débedas do Insalud para ese ano.

Cadro 2.2.11.**Operacións da revisión do modelo de financiamento da sanidade autonómica en novembro de 1997**

Concepto	millóns de pesetas	%
Presuposto inicial	3.729.396,5	95,558
Aforro en gasto incapacidade transitoria	40.000,0	1,025
Compensación poboación	20.444,4	0,524
Compensación desplazados	47.918,4	1,228
Aforro gasto farmacéutico	65.000,0	1,665
Total	3.902.759,3	100,000

Fonte: Acordo do Consejo de Política Fiscal y Financiera do 27 de novembro de 1997

2) En cada un dos anos do cuatrienio 1994 a 1997, a taxa de crecemento presupostario do Insalud será igual á do PIB nominal previsto para o conxunto da economía nacional. É dicir, se entende que os gastos sanitarios han de crecer ó mesmo ritmo que o PIB nominal. Este criterio fai que, en 1994, o presuposto inicial do Insalud fose de 3.022.559.058.000 pesetas, ó aplicarse unha taxa de crecemento nominal do 5,1% sobre a contía do ano base.

3) Á cifra obtida no punto anterior se lle resta o importe estimado na normativa que regula a racionalización e redución do gasto farmacéutico as melloras na xestión sanitaria pública. O importe resultante constitúe o presuposto definitivo do Insalud. En 1994, a redución efectiva foi de 90.710.000.000 pesetas, que determinaba un presuposto final de 2.931.849.058.000 de pesetas.

4) O presuposto definitivo así obtido distribúese entre o Insalud-Xestión Directa e as comunidades autónomas con competencias na materia a partir do parámetro denominado poboación protexida, calculada sobre a base da poboación de dereito do censo de marzo de 1991 do Instituto Nacional de estadística, e deducindo do mesmo a poboación correspondente ó Mutualismo Administrativo (Muface, Mugeju, Isfas e Munpal) que no está integrado no réxime sanitario xeral da seguridade social. O resultado

destes cálculos⁶, para o ano 1994, reflíctese no **cadro 2.2.10**.

5) Dado que os novos coeficientes de reparto non coincidían cos que se viñan anteriormente considerando para cada comunidade, arbítrase unha adaptación progresiva durante o cuatrienio. En xeral, pode dicirse que a solución adoptada apenas variou os coeficientes aplicados entre 1994 e 1997.

6) Ás cifras resultantes da aplicación desas porcentaxes se lles engade a cantidade que en concepto de compensación por gastos de atención ós desplazados fóra do territorio da súa comunidade autónoma, con anterioridade ó 31 de decembro de 1994, corresponda a cada comunidade. No acordo de 21 de setembro de 1994, estableceuse un compromiso para a instrumentación dun sistema de compensación por desplazados, baseado na facturación dos gastos orixinados a partir do 1 de xaneiro de 1996. Isto supuxo que ó varíalas cifras presupostarias de cada comunidade, a porcentaxe efectiva que cada unha delas supón respecto ó total non coincida co obxectivo legal introducindo unha fonte de discrepancia na interpretación e presentación da situación relativa de cada comunidade.

7) Os créditos asignados ós presupostos do Insalud perden o seu carácter de ampliables e, en consecuencia, as insuficiencias presupostarias que poide-

ran presentarse requiren, a partir de 1994, a tramitación dun crédito extraordinario ou dun suplemento de crédito. A intención desta medida é disciplinala xestión da sanidade pública e desterrala cultura do crédito ampliable e as súas consecuencias, traspasando ás propias comunidades parte da responsabilidade das desviacións presupostarias xeradas nos seus territorios.

8) A pesar das correccións efectuadas, permanece unha certa vinculación entre o desempeño xerencial do Insalud-Xestión Directa e as dispoñibilidades monetarias das comunidades autónomas para financiar a súa sanidade. Isto é así porque no acordo de 1994 aparece unha garantía de suficiencia, pola que se o crecemento do gasto do Insalud-Xestión Directa fose superior ó do PIB nominal, hase de tramitar un crédito extraordinario –ou un suplemento de crédito– para cubri-la diferenza. O importe do mesmo repartiríase automaticamente entre todas as Comunidades autónomas, en función da porcentaxe de participación de cada unha, independentemente da existencia ou non de desviacións nas súas contas presupostarias.

9) Establécese un mecanismo de revisión automática e liquidación no primeiro trimestre do ano seguinte, para as diferenzas que sexan motivadas polas variacións entre a taxa de crecemento prevista do PIB nominal, que se toma como referencia para establecer os presupostos do Insalud, e a taxa de crecemento efectiva do PIB nominal ó final do ano.

10) Finalmente, o acordo establece unha serie de compromisos referidos á normalización da información contable e a súa dispoñibilidade.

En xeral, pode afirmarse que o modelo de financiamento da sanidade transferida satisfaceu as demandas das Comunidades autónomas, sendo unanimemente aceptado por todas elas, aínda que non sen algunhas críticas, tal e como se foi sinalando na descrición.

No caso de Galicia, resumidamente, o modelo de financiamento, comentado ata o momento, se traduciu, ver **gráfico 2.2.2.**, nunha evolución dos recursos que acadou o seu máximo nivel no ano 1996, no que se completou o proceso de converxencia da participación no presuposto do Insalud á porcentaxe de poboación protexida, fixada no 7,03%.

Como se pon de manifesto nese **gráfico 2.2.2.**, é en 1996 cando, por primeira vez, Galicia recibe do Insalud, para o financiamento dos seus servizos sanitarios, unha cantidade equivalente á media *per cápita* española. Esa cifra supuña 91.383 pesetas por cada galego con dereito a atención do Sergas, o que ascendía a un importe de 235.026.491 pesetas, cun incremento do 13,28% sobre 1995.

Non obstante, como pode apreciarse no **cadro 2.2.3.**, as cifras efectivamente liquidadas en 1996 foron maiores como consecuencia das aportacións da Comunidade Autónoma e das operacións relacionadas cos procesos de transferencia dos hospitais das Corporacións Locais e do Instituto Social de la Marina.

Malia ese datos positivos que viñan a cumprimentar unha reivindicación histórica da sanidade pública de Galicia⁷, hai que ter presente que, se a equiparación media do gasto sanitario se tivera producido en 1991, ano en que se transfiriron as competencias do Insalud, Galicia tivera disposto de 92.943 millóns de pesetas de financiamento adicional.

Eso significa que as aportacións económicas do Sistema Nacional de Salud a Galicia se tiveran incrementado en 22.358 millóns en 1991, 21.581 en 1992, 20.779 en 1993, 16.454 en 1994 e 11.770 millóns en 1995. A suma destas cifras son os 92.943 millóns de pesetas, citados anteriormente, que se deixaron de percibir neses 5 anos.

No ano 1997, mantense esa mesma

Cadro 2.2.12.***Distribución territorial do presuposto sanitario en función da poboación protexida: modelo novembro 1997***

Ambito territorial	Poboación de dereito 1991	% 1991	Poboación de dereito 1996	% 1996
Andalucía	6.940.522	17,855	7.234.873	18,238
Canarias	1.493.784	3,843	1.606.534	4,050
Cataluña	6.059.494	15,588	6.090.040	15,352
Galicia	2.731.669	7,027	2.742.622	6,914
Comunidade Valenciana	3.857.234	9,923	4.009.329	10,107
Navarra	519.227	1,336	520.574	1,312
País Vasco	2.104.041	5,413	2.098.055	5,289
Insalud xestión transferida	23.706.021	60,984	24.302.027	61,261
Insalud xestión directa	15.166.274	39,016	15.367.367	38,739
Total	38.872.268	100,000	39.669.394	100,000

Fonte: INE e R.D. 1645/97

Cadro 2.2.13.***Coefficiente de participación dos distintos ámbitos territoriais no presuposto sanitario desde novembro de 1997***

Ambito territorial	Poboación de dereito 1991	Protección externa	Poboación protexida	Coefficiente resultante
Andalucía	7.234.873	460.198	6.774.675	18,0708
Canarias	1.606.534	81.742	1.524.792	4,0672
Cataluña	6.090.040	185.576	5.904.464	15,7496
Galicia	2.742.622	151.153	2.591.469	6,9125
Valencia	4.009.329	175.823	3.833.506	10,2255
Navarra	520.574	16.629	503.945	1,3442
País Vasco	2.098.055	56.548	2.041.507	5,4455
Insalud xestión transferida	24.302.027	1.127.669	23.174.358	61,8155
Insalud xestión directa	15.367.367	1.052.142	14.315.225	38,1845
Total	39.669.394	2.179.811	37.489.583	100,0000

Fonte: Acordo do C.P.F.F., do 27 de novembro de 1997

Variación das porcentaxes relativas de participación no gasto sanitario por ámbitos territoriais 1994-97

Cadro 2.2.14.

Ambito territorial	(1) Poboación protexida 1994	(2) porcentaxe relativa 1994	(3) Poboación protexida 1997	(4) porcentaxe relativa 1997	(5) Diferencia poboación (3)-(1)	(6) Diferencia (4)-(2)
Andalucía	6.488.613	17,7229	6.774.675	18,0708	286.062	0,3479
Canarias	1.412.773	3,8588	1.524.792	4,0672	112.019	0,2084
Cataluña	5.853.197	15,9873	5.904.464	15,7496	51.267	-0,2377
Galicia	2.571.884	7,0248	2.591.469	6,9125	19.585	-0,1123
Comunidade Valenciana	3.673.746	10,0344	3.833.506	10,2255	159.760	0,1911
Navarra	502.121	1,3715	503.945	1,3442	1.824	-0,0273
País Vasco	2.028.527	5,5407	2.041.507	5,4455	12.980	-0,0952
Insalud xestión transferida	22.530.861	61,5404	23.174.358	61,8155	643.497	0,2751
Insalud xestión directa	14.080.634	38,4596	14.315.225	38,1845	234.591	-0,2751
Total	36.611.495	100,0000	37.489.583	100,0000	878.088	0,0000

Fonte: INE, Acordo do C.P.F.F. do 27 de novembro de 1997 e elaboración propia

Comparación das variacións na porcentaxe relativa de poboación protexida e o financiamento por ámbitos territoriais

Cadro 2.2.15.

Ambito territorial	6. Diferencia porcentaxe (4)-(2)	Cantidades (en millóns de pesetas)
Andalucía	0,3479	0,00
Canarias	0,2084	0,00
Cataluña	-0,2377	7454,60
Galicia	-0,1123	3716,90
Comunidade Valenciana	0,1911	0,00
Navarra	-0,0273	830,50
País Vasco	-0,0952	2998,00
Insalud xestión transferida	0,2751	15000,00
Insalud xestión directa	-0,2751	5444,40
TOTAL	0,0000	20444,40

Fonte: INE, Acordo do C.P.F.F. do 27 de novembro de 1997 e elaboración propia

porcentaxe de participación e os ingresos comezan a evolucionar según a variación experimentada polo PIB, de conformidade co previsto no acordo sinalado de 1994.

É importante sinalar que, desde o punto de vista metodolóxico, a maior discrepancia que algúns estudosos formularon ó modelo utilizado é a relativa á utilización do criterio de poboación como base do reparto, sen introducir ningunha ponderación referida á estrutura da poboación protexida, que permitiría corrixir composicións diferenciais como a sinalada no epígrafe anterior para Galicia no segmento poblacional de maiores de 64 anos. En efecto, a literatura da economía da sanidade sinala, con claridade, que os gastos de asistencia sanitaria teñen unha correlación estreita coa idade da poboación asistida, recomendando que este parámetro debería incluírse nunha estimación correcta das diferenzas territoriais á hora de determina-las necesidades específicas de gasto sanitario.

Por outra parte, esa literatura sinala tamén a correlación existente entre demanda de asistencia sanitaria, que se traducen en necesidades de gasto e nivel de renda. Se se considera esta vinculación, podería ser máis conveniente uni-lo crecemento do presuposto sanitario de cada territorio ó crecemento do PIB regional, en vez de referilo homoxeneamente ó do PIB nacional.

Aquí é importante destacar que, así mesmo, existe correlación entre asistencia sanitaria e factores de risco, entre os que destacan elementos relacionados coa saúde pública, como poden ser alcantarillado, abastecemento de auga, tratamento de residuos e verquidos, etc., máis ou menos ligados ó grao de organización urbana e de dispersión poboacional que quizá deberían incluírse como variables no cálculo das necesidades de gasto. Pero non se vai a profundizar máis nestas cuestións empíricas, que son dunha gran complexidade, dado o propósito descriptivo deste apartado,

aínda que é útil a súa mención para considerar lóxica a resolución aprobada polo Parlamento de Galicia, no debate do Estado da Autonomía de 1995, co que se instaba á modificación do actual sistema de financiamento sanitario, co obxecto de que teñan en conta aspectos ponderables básicos tan fundamentais para a realidade galega como son a dispersión e o avellentamento da poboación.

Por último, outra debilidade estrutural do modelo de financiamento da sanidade autonómica, pese ó automatismo que proporciona, é a alta vinculación do mesmo coa cifra relativa de poboación. Isto introduce suficientes elementos de discrecionalidade na determinación dos recursos finais de cada comunidade, que pode facer necesario a celebración de negociacións adicionais, fóra do modelo, sobre a concreción definitiva dos mesmos.

En relación con ese criterio baseado na cifra relativa de poboación, o descenso da poboación de dereito en Galicia fai que o coeficiente pase do 7,03% ó 6,91% en 1998 (véase **gráfico 2.2.2.**), debido á aplicación do novo sistema de financiamento, aprobado para o período 1998-2001, que será explicado no epígrafe seguinte.

A revisión do modelo de financiamento da sanidade autonómica de novembro de 1997.- Basicamente, o modelo aprobado polo Consello de Política Fiscal e Financeira na súa reunión do 27 de novembro de 1997, e que estará vixente no cuatrienio 1998-2001, supón, no esencial, a continuación do existente ata 1997 e a súa metodoloxía.

Por esta razón, aquí se sinalarán os principios⁸ básicos do novo sistema, desenvolvendo os contidos que impliquen cambios tanto na cifra global a repartir como na cantidade que corresponda a cada comunidade. Resumidamente, o esquema de funcionamento do modelo aprobado é o seguinte:

En primeiro lugar se determina a contía global do presuposto do Insalud. Para o primeiro ano do período, que será ademais o ano base para o cálculo da contía inicial nos restantes tres anos do cuatrienio, se parte da previsión de liquidación do presuposto de 1997, incrementado según a taxa de crecemento do PIB nominal, e cun engadido de 35.000 millóns de pesetas.

A continuación, súmanse 40.000 millóns de pesetas que proveñen de medidas dirixidas ó control do gasto por incapacidade transitoria. Engádense 20.444,4 millóns de pesetas por compensación por perdas de poboación e 47.918,4 millóns en concepto de compensación por gastos orixinados por desplazados e docencia.

Finalmente, súmanse tamén os 65.000 millóns de aforro que se estima xerarán as medidas de racionalización do gasto farmacéutico.

O total das operacións descritas anteriormente ascende a 3.902.759,3 millóns de pesetas (ver **cadro 2.2.11.**).

Sen embargo, é á hora de distribuír esta cifra global cando aparece o cambio máis significativo introducido polo novo modelo, que se efectúa da maneira seguinte: a suma dos dous primeiros conceptos, isto é, 3.769.396,5 millóns de pesetas, que representan o 96,583% do total, se distribúe directamente segundo a porcentaxe de poboación protexida, calculada sobre a base do padrón municipal de 1996. Os outros tres conceptos repártense en función de criterios particulares aplicables a cada un deles. Por tanto, a distribución dos fondos financeiros entre cada un deses catro tramos quedaría da forma seguinte:

1.- Tramo xeral. Unha vez aceptado como criterio xeral, ó igual que no anterior modelo, que o reparto do gasto sanitario público ha de se basear na poboación, se producirán alteracións ó cambia-lo ano de referencia poboacional que se utilice. Fixada a base no ano 1996, o Boletín Oficial do

Estado publicou o 1 de novembro o Real Decreto 1645/97, do 31 de outubro, polo que tales cifras se declaran oficiais a todos os efectos (ver **cadro 2.2.12.**).

Da comparación entre 1991 e 1996, anos seleccionados como referencia, se observa que ningún axente xestor tivo diminucións da poboación de dereito, aínda que Cataluña, Galicia, Navarra, País Vasco e Insalud-Xestión Directa experimentaron unha diminución na porcentaxe relativa de poboación protexida. Como se apuntou antes, o sistema non utiliza directamente como porcentaxe de reparto a que se deriva do censo, posto que hai persoas que, pertencentes ó mutualismo administrativo, non reciben asistencia sanitaria do Insalud, polo que utiliza a poboación protexida. Se se fai a oportuna corrección, o resultado é o que se recolle no **cadro 2.2.13.**, que proporciona o coeficiente de participación no tramo de financiamento xeral.

2.- Tramo de compensación por perdas de poboación.- O modelo incorpora unha nova regra de garantía, según a cal, *“a perda de financiamento como consecuencia da variación da poboación protexida non poderá supoñer, para cada administración xestora, máis do 0,25 % dos seus recursos asignados no Proxecto de Lei dos Presupostos Xerais do Estado para 1998”*.

A dotación do fondo é de 20.444,4 millóns de pesetas e a súa distribución cabería esperar que se fixera según as perdas relativas de poboación protexida. Pero se se utilizan as cifras de poboación protexida de cada axente xestor nos anos 1994 e 1997 obsérvase que, ó igual que sucedía coa poboación de dereito, ningún axente xestor perde poboación protexida, aínda que si existe unha modificación das porcentaxes relativas, tal e como se indica no **cadro 2.2.14.**

En resumo, coa aplicación deste mecanismo, algúns xestores perden peso relativo fronte a outros, aínda que a súa poboación

protexida crecera. Ou, se se prefire, o que pasou entre 1991 e 1996, sencillamente é que a poboación protexida duns territorios creceu a unha taxa maior que a doutros, e o modelo aprobado en novembro de 1997 concedería, sorprendentemente, máis diñeiro a xestores implantados en comunidades nas que este concepto menos creceu.

A explicación deste aparente paradoxo ponse de manifesto coa utilización do punto de vista agregado: o conxunto Insalud-Xestión Transferida nin perdeu poboación nin reduciu a súa porcentaxe de participación, senón que aumentou un 0,2751%. ¿Como pode recibir financiamento este agregado en concepto de perda de poboación, se nin en termos absolutos nin relativos experimentou tal perda?

O único argumento compatible con ese feito certo é que o modelo considere que os gastos deben crecer a medida que aumenta a poboación protexida, pero non deben diminuír, senón tamén incrementarse, cando a poboación protexida decrece.

Desta maneira, se recoñece que o modelo instrumentado na actualidade admite unha dobre interpretación: ou ben ten como obxectivo o mantemento de cotas de gasto relativo entre territorios ou ben se trata de introducir no sistema de financiamento da sanidade autonómica un mecanismo similar ó que, nas revisións do sistema xeral de financiamento autonómico, garantiza que ningunha comunidade recibe menos financiamento co novo método que a recibida co anterior.

En calquera caso, sería desexable que se formalizara expresamente o obxectivo pretendido. Desta maneira quedaría claro que, a partir de agora, as revisións cuatrienais o quinquenais dos métodos de financiamento autonómico, entendéndose aquí comprendidos os aplicados no financiamento da sanidade, van a consolidar financeiramente o realizado ata ese momento.

A asimilación deste tramo de compensa-

ción por perdas de poboación cunha garantía de mantemento do nivel de gasto sanitario fase aínda máis nítida cando se comparan as variacións na porcentaxe relativa de poboación protexida co financiamento que percibe cada ente xestor, tal como se recolle no **cadro 2.2.15**.

En calquera outro caso non resultaría comprensible que ante unha perda de posición relativa de 0,2751%, se reciba unha compensación de 5.444,4 millóns de pesetas, e que unha perda de 0,2377%, reciba 7.454,6 millóns de pesetas, ou que unha redución de 0,0952% reciba unha compensación de 2.998,0 millóns, a non ser, como se acaba de sinalar, que se queira garantir o volume previo de gasto sanitario de cada comunidade, con certa independencia das necesidades de gasto que expresa a súa cifra de poboación protexida.

3.- Tramo por compensación por asistencia a desplazados e gastos de docencia.- Neste punto, o acordo do Consello de Política Fiscal e Financeira non proporciona apenas información nin da forma de obtención da cifra global nin dos criterios utilizados para o reparto, polo que a descrición queda limitada a recolle-las contías que corresponden a cada comunidade.

4.-Tramo por distribución do aforro previsto por redución do gasto farmacéutico.- En tódalas revisións habidas no sistema de financiamento da sanidade sempre se pretendeu reduci-las desviacións nesta partida presupostaria. De novo agora se recolle a práctica que xa introducira o presuposto do Insalud para 1997: que os aforros xerais no sistema sanitario revirtan ó propio sistema, en vez de contribuír á redución do déficit público. En efecto, nos presupostos de 1997 estimáronse uns aforros de 70.000 millóns de pesetas, procedentes de medidas de conxelación salarial (44.500 millóns), dun novo acordo con Farmaindustria (4.500 millóns); e da modificación das marxes comerciais da cadea de distribución de produtos farmacéuticos (21.000

Fondos proporcionados a cada Administración xestora segundo a súa procedencia

Cadro 2.2.16.

Ambito territorial	1. Fondo xeral	2. Fondo de "pérdida de poboación"	3. Fondo de "desplazados" e docencia	4. Fondo de "aforro farmacéutico"	Total	% participación no gasto total	Gasto por habitante (1)
	(1)+(2)+(3)+(4)						
Andalucía	681.160,9	0,0	12.334,2	11.746,0	705.241,1	18,0703	104.100
Canarias	153.310,5	0,0	1.099,7	2.643,7	157.053,9	4,0242	103.000
Cataluña	593.665,3	7.454,6	23.373,2	10.237,2	634.730,3	16,2636	107.500
Galicia	260.559,7	3.716,9	1.566,0	4.493,1	270.335,7	6,9268	104.318
Comunidade Valenciana	385.440,5	0,0	3.314,1	6.646,6	395.401,2	10,1313	103.143
Navarra	50.669,2	830,5	138,1	873,7	52.511,5	1,3455	104.201
País Vasco	205.263,7	2.998,0	538,5	3.539,6	212.339,8	5,4408	104.011
Insalud xestión transferida	2.330.069,8	15.000,0	42.363,8	40.179,9	2.427.613,5	62,2025	104.754
Insalud xestión directa	1.439.326,7	5.444,4	5.554,6	24.820,1	1.475.145,8	37,7975	103.047
Total	3.769.396,5	20.444,4	47.918,4	65.000,0	3.902.759,3	100,0000	104.102

(1) gasto por habitante/ano=fondos totais/poboación protexida 1997 (en pesetas)

Fonte: INE e Acordo do Consejo de Política Fiscal y Financiera do 27 de novembro de 1997

Importancia relativa do criterio de poboación protexida na asignación de fondos para a sanidade pública

Cadro 2.2.17.

Ambito territorial	1. Porcentaxe de poboación protexida	2. Porcentaxe en gasto total	Diferencia
	(2)-(1)		
Andalucía	18,0708	18,0703	- 0,0005
Canarias	4,0672	4,0242	- 0,0430
Cataluña	15,7496	16,2636	0,5140
Galicia	6,9125	6,9268	0,0143
Valencia	10,2255	10,1313	- 0,0942
Navarra	1,3442	1,3455	0,0013
País Vasco	5,4455	5,4408	- 0,0047
Insalud xestión transferida	61,8155	62,2025	0,3870
Insalud xestión directa	38,1845	37,7975	- 0,3870
TOTAL	100,0000	100,0000	- 0,0000

Fonte: INE e Acordo do Consejo de Política Fiscal y Financiera do 27 de novembro de 1997

Gasto real do Sergas 1997: distribución por programas e capítulos

Cadro 2.2.18.

(en millóns de pesetas)

Programas	Capítulos						Total	rol. del gasto total	
	1 gastos de persoal	2 gasto corrente en bens e servizos	4 transferencias correntes	6 investimentos reais	7 transferencias de capital	8 activos financeiros		% 1997	media 1994-96
Saúde pública	2.683.177	-	7.280	4.291	-	-	2.694.748	1,0	1,6
Atención primaria de saúde	31.580.059	2.543.766	61.325.308	3.110.050	124.165	-	98.683.348	35,9	35,3
Atención especializada	86.493.515	66.887.886	1.213.620	9.437.034	33.000	245.515	164.310.570	59,8	59,6
Dirección e servizos xerais	2.612.176	631.511	13.246	1.791.622	-	285.870	5.334.425	1,9	1,8
Formación do persoal sanitario	3.570.006	-	-	38.561	-	-	3.608.567	1,3	1,7
Servicio Galego de Saúde	126.938.933	70.063.163	62.559.454	14.381.558	157.165	531.385	274.631.658	100,0	100,0
% sobre total en 1997	46,2	25,5	22,8	5,2	0,1	0,2	100,0		
% sobre total periodo 1994-96	47,3	25,8	22,0	4,6	0,1	0,2	100,0		

Fonte: Sergas, División de Recursos Económicos

millóns), que non minoraron o presuposto inicial de 1997, senón que se mantiveron nel.

En tal liña, o acordo de 1997 estima posible unha redución do gasto farmacéutico de 65.000 millóns de pesetas, que se manteñen dentro do presuposto total, e que se distribúen entre as administracións xestoras.

Ó igual que sucedía co subfondo anterior, dada a ausencia de información respecto ós criterios de cuantificación utilizados, unicamente cabe reflecti-las súas cifras.

En resumo, a distribución dos importes correspondentes ós catro subfondos comentados, proporciona a cada Administración xestora as cifras que recolle o **cadro 2.2.16**.

Finalmente, o novo modelo reparte o 96,583% do total en función da poboación protexida e o 3,417% restante en función dos outros criterios. En comparación co período anterior, 1994-1997, que só distribuía o financiamento según a poboación protexida, está claro que se reduce a importancia relativa do criterio da poboación protexida na asignación de fondos presupostarios para a sanidade pública de cada Administración xestora, da que a súa cuantificación aparece no **cadro 2.2.17**.

O financiamento do gasto sanitario en Galicia. Execución presupostaria

Tal como se indicaba na sección primeira, en Galicia, dunha maneira similar ao que sucede no resto do Estado, aproximadamente 4/5 partes do financiamento do sistema sanitario son de provisión pública e só 1/5 parte é provista polo sector privado.

En termos do presuposto consolidado da Comunidade Autónoma de Galicia, o financiamento do ben público sanidade supuxo, en 1996 e 1997, un consumo do

32% do gasto previsto en dito documento, correspondendo un 98% do mesmo ó Sergas.

En España, o financiamento da asistencia sanitaria prestada por medio do Insalud foi modificado pola Lei 37/1988, de Presupostos Xerais do Estado para 1989. Ata ese momento, o Insalud se financiaba co presuposto de recursos do sistema da Seguridade Social, que se nutría, principalmente, das cotizacións á Seguridade Social de empresarios e traballadores e das transferencias recibidas do Presuposto do Estado.

A partir do Presuposto de 1989, o Insalud comezou a financiarse, fundamentalmente, a partir dunha aportación finalista do Estado e, en segundo termo, por cotizacións sociais.

O carácter universalista que a asistencia sanitaria pública ten en España reforzou a participación das transferencias no financiamento. Neste sentido, a participación das transferencias no financiamento incrementouse notablemente no trienio 1995-1997. No primeiro destes anos, a aportación finalista do Estado foi do 77,35% dos recursos do Insalud; en 1996, o 82,82%; e, finalmente, en 1997, o 91,85% do total.

No mesmo período, as cotizacións sociais seguiron o camiño inverso, posto que en 1995 e 1996 significaron, respectivamente, o 20,43% e o 15,11% do gasto total, mentras que en 1997 reduciron a súa participación ata o 5,98% do gasto citado.

En canto á estrutura das fontes de financiamento do Sergas en Galicia, aproximadamente, éstas se corresponden nun 98% con transferencias correntes do Insalud, seguidas polo capítulo 3 de taxas, prezos e outros ingresos, un 15%, e finalmente, o 0,5% restante pertencía ó capítulo 7 de transferencias de capital.

Unha análise que permite apreciar a forma en que o presuposto se relaciona coa

actividade sanitaria obtense a partir do seguemento da execución presupostaria por programas. Coñece-la evolución deste instrumento permite obter información relacionada, por unha banda, coa saúde pública, actividade orientada á atención da saúde colectiva, e, pola outra banda, co financiamento e xestión da asistencia sanitaria dedicada a atender a saúde individual nas súas vertientes de atención primaria, atención especializada e prestación farmacéutica.

Para determina-la importancia de cada un deses programas, no **cadro 2.2.18.**,

NOTAS DO CAPÍTULO 2.2.

¹ No sistema sanitario español, o gasto sanitario privado inclúe tanto os pagos directos, por conceptos tales como as compras en farmacia, as consultas privadas e a realización de hospitalizacións e probas diagnósticas, como os indirectos, as primas satisfeitas pola compra de pólizas de recursos sanitarios.

² A denominación gasto sanitario público *real* é empregada oficialmente polo Servicio Galego de Saúde (Sergas) na súa Memoria anual. Nembargantes, é conveniente aclarar que neste caso a utilización do termo *real* fai referencia a que é gasto liquidado pero non ó feito de ser unha variable deflata-da e, por tanto, medida en pesetas constantes ó seu ano base.

³ Comisión de Análise e Evaluación do Sistema Nacional de Saúde 1991: *Informe y recomendaciones*, Madrid, 1991.

⁴ O Insalud depende do Ministerio de Traballo e Seguridade Social para todo o relacionado co proceso de presupostación (Dirección Xeral de Réxime Económico da Seguridade Social) e pagamentos (Tesorería Xeral da Seguridade Social), mentres que depende do Ministerio de Sanidade no relacionado cos plans de asistencia e a xestión dos seus recursos.

⁵ O RDL 6/92 asignou os 561.122 millóns de pesetas ós exercicios presupostarios de 1992, 1993 e 1994, na proporción 50%, 25% e 25%, respectivamente.

⁶ Navarra e o País Vasco non participansegún o coeficiente aquí reseñado, senón de acordo co índice de imputación dos seus cupos: 1,60 e 6,24, respectivamente. A diferenza monetaria que xurde da aplicación de ditas porcentaxes axústase directamente, a través de minoracións nos seus cupos, con cargo ós Presupostos do Estado.

⁷ Xunta de Galicia (1996): *Líneas estratégicas y programas sanitarios para 1996*, páx. 20.

⁸ Unha enumeración dos principios incluíría os de suficiencia estática, homoxeneidade distributiva, suficiencia dinámica, satisfacción da demanda de servizos, eficiencia na aplicación de recursos, equidade na distribución dos custos do sistema e equilibrio financeiro.

recóllese a distribución do gasto liquidado por programas e capítulos. Na penúltima columna do mesmo, pódese observar que do gasto total realizado en Galicia, durante 1997, un 1% ,2,7 miles de millóns de pesetas, correspondeu a saúde pública; un 13,6%, a atención primaria, 37,4 miles de millóns de pesetas, unha vez deducido o importe do capítulo 4, que recolle a prestación farmacéutica; un 59,8%, 164,3 miles de millóns de pesetas, correspondeu a atención especializada; un 22,3%, 61,3 miles de millóns, adicouse á prestación farmacéutica; e, por último, o 3,2% restante, 8,9 miles de millóns, destinouse a outros gastos de dirección, servizos xerais e formación do persoal sanitario.

A última columna está destinada a compara-lo último ano dispoñible coa evolución media do período 1994-96, co obxecto de apreciar onde se produciron os cambios reseñables nos ritmos de crecemento dos distintos programas. A realización deste exercicio permite apreciar que o avance do gasto na atención primaria, 0,6 puntos porcentuais, e na especializada, 0,2 puntos, se produciu a costa da redución do gasto en saúde pública, 0,66 puntos porcentuais, e noutros programas, 0,2 puntos porcentuais.

No presuposto de 1997, os gastos de persoal, os destinados á concertación da prestación de servizos con medios alleos e a prestación farmacéutica concentran a maior parte do 6,72% de crecemento do presuposto liquidado respecto a 1996.

Os gastos de persoal aumentan a un ritmo do 4,79%, explicando o 33,5% da variación presupostaria; o financiamento da concertación aumentou a unha taxa do 14,3%, atribuíndose o 9,8 da variación e, finalmente, a prestación farmacéutica creceu a unha taxa do 10,8% anual, que xustificando o 35,8% da variación do presuposto liquidado.

Sen embargo, a participación no gasto total dos capítulos 1 e 2 se reduciu no perío-

odo estudiado. En efecto, os gastos de persoal pasaron dunha participación media do 47,3% ó 46,2% do gasto total en 1997, mentras que o gasto corrente en bens e servizos tamén reduciu a súa ponderación, aínda que cunha intensidade moito menor que a rexistrada no capítulo 1, ó pasar do 25,8% de media ó 25,5% en 1997.

Polo contrario, aumentaron a súa participación no gasto total os dous capítulos seguintes no **cadro 2.2.18**. Por un lado, o capítulo 4 de transferencias correntes, no cal a súa participación se incrementa do 20,0% en media ó 22,8% en 1997, debido, principalmente, á evolución do capítulo 4 do programa de atención primaria, no que se recolle a prestación farmacéutica, que pasou do 20,9% e do gasto total medio ó 22% do gasto total en 1997, mentras que en termos da absorción de recursos do capítulo incrementouse do 96,4% de media ó 98% en 1997. Pola outra banda, o capítulo 6 de investimentos reais, debido, fundamentalmente, ó peso das novas construcións, aumentou a súa participación desde o 4,6% do gasto total medio ó 5,2% do gasto total en 1997.■