

### Unidad responsable de la Estadística de Gasto Sanitario Público

**Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión.** Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección. Secretaría General de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Política Social.

### Equipo de trabajo

**Subdirector General:** Jorge Juan Relaño Toledano **Desarrollo y Gestión del proyecto:** María Luisa García Calatayud, José María Lillo Fernández de Cuevas. **Documentación y Análisis de la información:** Carlos Grossón Miguel, Paloma de Vega Meño, Patricio Santamaría. **Secretaría y textos:** Soledad Pinedo Barros, Esperanza Gómez Plaza.

### Colaboradores en las CC.AA.

**Andalucía:** Francisco de la Fuente Serrano. **Aragón:** José María Abad Díez. **Asturias:** Raquel Páramos Escapa y Juan José Álvarez Fernández. **Baleares:** Francesc José Moranta Mulet, María Munar Ferrer. **Canarias:** Juan Luis Olmedo Guerrero, Juan Andrés Hernández Díaz. **Cantabria:** Juan Gregorio González Perez y Javier Arce. **Cataluña:** Francesc Martínez Asensio, Rosa Vidal Álvarez, Rafael Alonso Guerrero Moreno. **Castilla-La Mancha:** María del Carmen Ruiz Molina. **Castilla y León:** Isabel Moreda Alvarez, Juan Antonio de la Fuente Ortega. **Comunidad Valenciana:** Carmen Aguado Jiménez Carmen María Sánchez Matéu y David Enriquez Torres. **Extremadura:** Domingo Muriel Bernal. **Galicia:** Manuel José López López, **La Rioja:** Esther Ortega Alamos. **Melilla:** José Antonio Castillo Martín. **Madrid:** Vicente Losada Martín, Jesús Fuentes. Beatriz Gómez Mayor. **Murcia:** Francisco Giménez García. M<sup>a</sup> Angeles Martínez Portillo Álvarez, **Navarra:** Angel Larrea Andreu. **País Vasco:** J.Ramón Olabarrieta Zabala, Iñaki de Pablos Vaca.

### Administración Central y Mutualismo Administrativo

**Departamento:** Pilar Jiménez Rosado. **Instituto de Salud Carlos III:** Elvira Hernández Alvarez. **Ministerio de Defensa:** Adolfo Gómez Pastor. **Ministerio del Interior:** Rosa María Vázquez Bello, **Ministerio de Administraciones Públicas:** Reyes Feito Castellano. **Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales:** Manuel Crevillen Campoy. **Ministerio de Economía y Hacienda.-D. G. de Coordinación Financiera con las CCAA.:** Cristina Herrero Sánchez, Raquel Carrasco Pérez de Mendiola, **MUFACE:** Félix Lucio Arranz, **ISFAS:** Carmen Briones González, Antonio Ramos Melego. **MUGEJU:** Blanca de Blas Saleté y José Luis Galvez Vozmediano. **Instituto Nacional de Gestión Sanitaria :** Francisco Jiménez Báez. **Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios:** Ricardo José Arias Guaita. **Organización Nacional de Trasplantes:** Susana Martín Fernández.

### Nota del actual equipo de trabajo

Es necesario subrayar que, a lo largo del dilatado periodo de tiempo que abarca la información ofrecida en esta publicación, distintos equipos de trabajo han intervenido en la realización de la estadística. Por tanto, la serie se nutre de las aportaciones de muchas personas no incluidas en esta página que aparecen relacionadas en las ediciones anteriores de la Estadística de Gasto Sanitario Público, conste aquí nuestro agradecimiento a todas ellas.

## **O. INTRODUCCIÓN**

### **I. MARCO CONCEPTUAL**

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

### **II. METODOLOGIA DE LA EGSP**

- II.1 MÉTODO DE ESTIMACIÓN Y CONCEPTOS BÁSICOS
- II.2 CORRELACIONES ENTRE EGSP Y CONTABILIDAD NACIONAL
- II.3 CORRELACIONES EGSP Y EL SISTEMA DE CUENTAS DE SALUD (SCS)
- II.4 LAS CUENTAS SATÉLITE

### **III. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DE LA CUENTA SATELITE**

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

### **IV. FUENTES.**

### **V. AGENTES DE GASTO.**

## **O. INTRODUCCIÓN**

La Estadística de Gasto Sanitario Público, que viene produciéndose desde 1994, sufrió un cambio de enfoque significativo que conviene recordar antes de pasar a exponer su marco metodológico, marco que, si bien se ha ido afinando y puliendo a lo largo del periodo que abarca la investigación, sustancialmente se ha mantenido en las mismas coordenadas planteadas en su inicio.

A partir de la edición de 2006 las cuentas del gasto sanitario público se presentan de acuerdo con el principio contable de devengo –gasto real o efectivo en el lenguaje presupuestario- frente a la forma en que mayoritariamente se venían realizando en etapas anteriores y que recogían los gastos de acuerdo con el principio de caja: liquidaciones presupuestarias.

De esta forma la EGSP se alinea con los principios del SEC 95 que establece el devengo como forma de contabilizar las magnitudes de gasto en las Cuentas Nacionales, al tiempo que recoge y aplica la propuesta prioritaria contenida en el primer Informe para el análisis del gasto sanitario elaborado por el Grupo de Trabajo creado por la I Conferencia de Presidentes Autonómicos<sup>1</sup>.

Por tanto, al igual que en la anterior, en esta edición de la estadística se presentan dos series distintas, que recogen esta nueva situación:

- La serie histórica 1988-2005 que mantiene los gastos en términos de liquidaciones presupuestarias, y que aportará siempre el valor que le da el extenso periodo que abarca y la homogeneidad de su metodología a lo largo del mismo.
- La nueva serie, 2002-2008, que ya incorpora el principio de devengo.

## **I. MARCO CONCEPTUAL**

### **I.1 REFERENCIAS METODOLOGICAS**

La Estadística del Gasto Sanitario Público (EGSP) tiene sus principales referencias metodológicas en la Contabilidad Nacional y, en concreto, en el Sistema Europeo de Cuentas vigente (SEC95) que le ha proporcionado un marco estable y armónico. El SEC95 ha demostrado su pertinencia como un sistema europeo de cuentas nacionales coherentes con el

---

<sup>1</sup> Instituto de Estudios Fiscales, julio de 2005

Sistema de Cuentas Nacionales de las Naciones Unidas (SCN-93) habiendo alcanzado su objetivo básico: la necesaria armonización conceptual para la comparabilidad y estimación de las variables macroeconómicas, exigida por la existencia de un recurso propio de la Unión Europea basado en el PNB y destinada, además, a facilitar el avance hacia una política económica común.

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

La armonización, ya conseguida en las economías europeas de las variables que definen la Contabilidad Nacional, se planteó como objetivo clave en relación con las clasificaciones y variables que definen los gastos en sanidad a partir de la publicación del Manual del Sistema de Cuentas de la Salud<sup>2</sup>(SCS). Este Manual ha establecido un amplio marco de conceptos y normas, señalando de forma clara cuales son las fronteras de los conceptos de asistencia sanitaria y salud y estableciendo tres clasificaciones tipo para las tres ópticas con las que se acerca a la delimitación del gasto sanitario: Funcional, de proveedores y de fuentes de financiación.

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

Así, España participó, junto con otros doce países, en el primer trabajo del secretariado de la OCDE sobre la implementación en 13 países del Manual SCS, realizando una primera aproximación a las Cuentas de la Salud para los años 1999-2001<sup>3</sup>. En el ámbito interno el Grupo de Estadísticas de Gasto Sanitario de la Subcomisión de Sistemas de Información sanitaria, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, viene trabajando, como uno de sus objetivos prioritarios, en el diseño y la puesta en marcha de un sistema que permita obtener la información necesaria para institucionalizar las Cuentas de la Salud en España.

Por el momento, y gracias a las estimaciones y ponderaciones que las CCAA aportan desde 2004 sobre la distribución del gasto de sus respectivos territorios y a la integración de datos de otras operaciones estadísticas producidas por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el marco del Plan Estadístico Nacional, se puede enviar a los organismos internacionales (OCDE, EUROSTAT, OMS) estimaciones del gasto sanitario público en términos SCS.<sup>4</sup>, (Ver apartado II.3 sobre las correlaciones de SCS y EGSP)

Pero hay que señalar que actualmente se está produciendo un ambicioso proceso de revisión del Manual de SCS que busca conciliar la teórica riqueza informativa de unas clasificaciones muy detalladas y pormenorizadas del gasto con la realidad estadística y las posibilidades de obtener estimaciones consistentes, coherentes y comparables de los países miembros de las tres organizaciones internacionales citadas. Asimismo, y esto acerca el SCS a la filosofía de las Cuentas satélites, la revisión plantea como objetivo a conseguir la armonización de los datos SCS con las Cuentas Nacionales

---

<sup>2</sup> “A System of Health Accounts”. Versión 1.0. París. OECD 2000. Versión española: “Sistema de Cuentas de Salud”. Banco Interamericano de Desarrollo – OCDE 2002.

<sup>3</sup> SHA-Based Health Accounts in 13 OECD Countries: Country Studies. Spain. National Health Accounts 2001. Jorge Relaño Toledano and María Luisa García Calatayud. OECD Health Technical papers.

<sup>4</sup> Joint questionnaire SHA 2003.2006. OCDE,EUROSTAT Y OMS

## 1.2 DELIMITACIÓN DEL ÁMBITO FUNCIONAL

Las fronteras de definición del ámbito de la Estadística de Gasto Sanitario Público, en tanto que Cuenta Satélite de la Contabilidad Nacional, están marcadas por la Clasificación de las Funciones de las Administraciones Públicas (CFAP), más conocida por sus siglas inglesas: COFOG (Classification of Functions of Government). La COFOG, revisada por el Grupo de Trabajo de Cuentas Nacionales de la OCDE, aprobada por la Comisión de Estadísticas de las Naciones Unidas, y publicada en 1999, recoge diez funciones, de las cuales la 07 es la relativa a Salud, que queda definida de la siguiente manera:

*"07. Salud"*

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

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

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

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

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

## 1.3 DELIMITACIÓN DEL ÁMBITO SECTORIAL

El SEC 95 define seis sectores institucionales: Sociedades no financieras, Instituciones financieras, Administraciones Públicas, Hogares, Instituciones sin fines de lucro al servicio de los Hogares (ISFLSH) y Resto del Mundo. De acuerdo con ello, el ámbito sectorial de la EGSP se corresponde con el sector institucional de las Administraciones Públicas, que incluye todas

aquellas unidades institucionales que son productores no de mercado cuya producción se destina bien al consumo colectivo bien al consumo individual y que se financian, principalmente, mediante pagos obligatorios efectuados por unidades pertenecientes al resto de los sectores institucionales.

Las Unidades institucionales que incluyen las administraciones públicas son:

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

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

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

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

Por tanto, hay que señalar que la EGSP no recoge el gasto sanitario público que pueda producirse en aquellas unidades institucionales cuya actividad principal no sea la sanidad y no desarrollen programas incluidos en la función Sanidad de los PGE (actual función 31). Es decir que queda fuera del cómputo del gasto la atención sanitaria prestada en instituciones públicas de servicios sociales en relación con el conjunto de las prestaciones de atención sociosanitaria definidas, para el ámbito sanitario, por la Ley de Cohesión y Calidad del SNS ( Ley 16/2003):

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

De acuerdo con las características atribuidas a las cuentas satélite (párrafo 21.4 del SCN93<sup>5</sup>) estas intentan proporcionar información adicional, de carácter funcional o transversal, sobre determinados aspectos sociales y, para ello, pueden utilizar conceptos, clasificaciones y marcos contables complementarios o alternativos en el marco conceptual de las cuentas nacionales.

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

---

<sup>5</sup> *The System of National Accounts 1993*. Naciones Unidas, Unión Europea, Fondo Monetario Internacional, OCDE y Banco Mundial.

## II. METODOLOGIA DE LA EGSP

### II.1 MÉTODO DE ESTIMACIÓN Y CONCEPTOS BÁSICOS.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La siguiente tabla recogida del propio texto<sup>6</sup> del SEC-95, describe las relaciones entre los diversos conceptos utilizados, y en ella se señala (trama) el campo de investigación de esta estadística:

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

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

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

<sup>6</sup> Reglamento (CE) nº 2223/96 del Consejo, de 25 de junio de 1996, relativo al sistema de cuentas nacionales y regionales de la Comunidad (3.86)

## II.2 CORRELACIONES ENTRE EGSP Y CONTABILIDAD NACIONAL

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

- **Por los distintos enfoques de agregación de productos y ramas de actividad:** Por un lado, en la clasificación por productos de las Tablas de Origen y Destino (TOD) existen determinadas rubricas no identificadas directamente como sanitarias, por ejemplo los *Servicios de comercio*, que incluyen componentes de producción sanitaria – los márgenes comerciales de las compras de las AAPP al sector privado, como es el caso de farmacia. Por otro lado, en la clasificación por ramas de actividad tampoco existe una correspondencia directa ya que la sanidad no de mercado se encuentra englobada en una rúbrica más amplia denominada: "*Actividades sanitarias y veterinarias, servicios sociales de no mercado de las AAPP*".
- **Por cuestiones relacionadas con las fronteras de gasto sanitario:** Es el caso de los componentes del consumo colectivo. Para la EGSP el consumo colectivo de administración, investigación y algunos conceptos de formación del personal sanitario es considerado como gasto sanitario, mientras que en Contabilidad Nacional estos consumos de carácter colectivo son imputados directamente a las grandes rúbricas de ramas de actividad en que se encuadran los mismos, quedando como gasto en consumo final en servicios sanitarios, de mercado y no de mercado, la parte estrictamente asistencial, esto es, aquella susceptible de ser ofrecida a los hogares de forma individual.
- **Por diferencias entre el modo de valoración:** Este aspecto se manifiesta, fundamentalmente, en la distinta valoración de la producción pública y se concreta en dos problemas de inclusión/exclusión:
  - **Consumo de capital fijo.** La producción de bienes y servicios implica un desgaste de los bienes de capital que, en la producción de mercado, se incorpora al precio mediante las dotaciones para amortización. La Contabilidad Nacional contempla el consumo de capital fijo como un componente que debe incorporarse a la producción pública. La cuantía de este consumo es precisamente la diferencia entre los importes brutos y netos de las macromagnitudes del sistema.

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

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

- **Producción de mercado que realizan las Administraciones Públicas.** Este concepto recoge aquellos servicios que las AAPP prestan, en condiciones de mercado, a otros agentes institucionales. La cuantía de estas ventas debería disminuir el valor de

la producción pública, para ajustarla al valor de los bienes y servicios no de mercado. Tendría dos componentes principales:

- ✓ Ingresos de las AAPP por servicios prestados a terceros privados.
- ✓ Diferencia entre el valor de la producción de los entes públicos que actúan en el mercado y el importe de las compras o transferencias recibidas de las AAPP.

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

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

El efecto conjunto sobre la cifra global del gasto no se estima como significativo, al ser las dos variables de signo opuesto y – de acuerdo con estimaciones muy preliminares– de no muy diferente magnitud.. El avance que sobre la composición y cuantía de las ventas de servicios sanitarios de los agentes públicos al sector privado se está realizando en el seno del Grupo de Trabajo de Gasto Sanitario, permite ser optimistas en cuanto a la posible depuración de estos aspectos en que la valoración de producción pública de la EGSP se distancia de los principios de Contabilidad Nacional.

### II.3 CORRELACIONES EGSP Y SCS.

Como ya se ha dicho la EGSP es la base estadística para implementar el Sistema de Cuentas de Salud en lo que se refiere al gasto financiado por el sector público. Las clasificaciones funcionales de ambas estadísticas difieren, fundamentalmente, en lo que se refiere al tratamiento que el SCS realiza de las funciones asistenciales, a las que incorpora un segundo nivel de desagregación en función de los modos de producción. El Manual del Sistema de Cuentas de la Salud (SCS) que establece el marco conceptual y metodológico de la elaboración de las estadísticas de gasto sanitario está siendo objeto de un profundo proceso de revisión, por lo que los comentarios que siguen hacen referencia a la versión actual del mismo.

Pero las diferencias que afectan a la cuantía total del gasto estimado se refieren más a cuestiones conceptuales y de fronteras de gasto, por lo que no hay que olvidar que:

- Desde el punto de vista funcional el SCS deja fuera del computo del gasto sanitario – incluyéndolo entre las funciones relacionadas - funciones que la EGSP considera incluidas, y estas son :
  - Investigación
  - Formación
- Respecto a los cuidados de larga duración hay que señalar que el nuevo enfoque dado por EUROSTAT y OCDE amplía sensiblemente el que recogía inicialmente el Manual de Cuentas de Salud. La nueva dimensión de este epígrafe de la clasificación funcional SCS incorpora además de los cuidados estrictamente sanitarios los llamados cuidados personales necesarios para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria.

La frontera funcional del gasto, por tanto, se separa de la metodología EGSP, y los gastos en cuidados de larga duración constituyen, sin duda, el elemento diferenciador de ambas series que más peso tiene en los resultados.

- Desde el punto de vista económico, también hay una diferencia conceptual importante. La EGSP recoge, como ya hemos apuntado, el gasto en consumo final de las AAPP, y por tanto no incorpora aquellos gastos en salud que las empresas

efectúan como parte de su proceso productivo; gastos que la Contabilidad Nacional recoge como consumos intermedios de las mismas.

Esta matización hace referencia a la inclusión, en SCS, de los gastos de salud laboral. Esta diferencia de enfoque para el caso español, es todavía metodológica, por cuanto no se ha incorporado a los datos del cuestionario conjunto ninguna estimación de los mismos. Por tanto esta disparidad de criterios no se ha plasmado en diferencias de cifras entre EGSP y SCS.



#### II.4 LAS CUENTAS SATÉLITE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## FIGURA 1

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

### III. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DE LA CUENTA SATELITE

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

#### III.1 CLASIFICACIÓN ECONÓMICA DE LA PRODUCCIÓN PÚBLICA

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

- **Remuneración del personal**

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

- **Consumo intermedio e impuestos**

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

- **Consumo de capital fijo**

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

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

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

### III.2 CLASIFICACIÓN FUNCIONAL

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

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

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

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

- **Servicios hospitalarios**

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

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

- **Servicios especializados**

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

- **Servicios primarios de Salud**

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

En consecuencia, quedan comprendidos los gastos efectuados en:

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

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

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

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

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

- **Salud Pública**

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

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

- **Investigación y Formación**

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

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

- **Gastos de Administración general**

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

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

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

- **Farmacia**

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

- **Traslado de enfermos**

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

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

- **Prótesis y aparatos terapéuticos**

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

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

#### IV. FUENTES

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

##### ADMINISTRACIÓN CENTRAL

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

##### SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

- *Cuentas y Balances de la Seguridad Social. Entidades gestoras y Tesorería General de la Seguridad Social. Intervención General de la Seguridad Social. Secretaría de Estado de la Seguridad Social. MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES.*

- *Cuentas y Balances de la Seguridad Social. Tesorería General y Estados Agregados de Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. Intervención General de la Seguridad Social. Secretaría de Estado de la Seguridad Social. MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES.*
- *Seguridad Social. Cuentas del Ejercicio. Fundaciones Constituidas al amparo de la Ley 15/1997 de 25 de abril sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES.*

#### **MUTUALIDADES DE FUNCIONARIOS**

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

#### **COMUNIDADES AUTÓNOMAS**

- La información del gasto sanitario de las Comunidades Autónomas se ha recogido, a partir de 1994 para las comunidades que ya tenían en esa fecha la gestión transferida, y a partir de 1997 para las que obtuvieron las transferencias en 2001, directamente de las fichas diseñadas para ese fin y cumplimentadas por los departamentos responsables de cada una de ellas.

#### **CIUDADES AUTÓNOMAS**

- *Cuenta general de la Ciudad Autónoma de Ceuta. Consejería de Sanidad, Consumo y Deportes.*
- *Cuenta general de la Ciudad Autónoma de Melilla. Consejería de Sanidad.*

#### **CORPORACIONES LOCALES**

- *Liquidación de los presupuestos entidades locales y ciudades autónomas. Dirección General de Coordinación con las Haciendas Territoriales. Secretaría de Estado de Hacienda. MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA.*
- *Estadísticas de establecimientos sanitarios con régimen de internado. Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO-INE.*

### **V. AGENTES DE GASTO**

A continuación se relacionan todos aquellos agentes de gasto sanitario público cuyos gastos son computados en esta estadística:

#### **ANDALUCIA**

CONSEJERIA DE SALUD  
ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PUBLICA,S.A.  
E. P. EMERGENCIAS SANITARIAS,S.A.  
E. P. HOSPITAL DE LA COSTA DEL SOL  
SERVICIO ANDALUZ DE SALUD  
E.P. HOSPITAL DE PONIENTE (ALMERÍA)

E.P. HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR  
C.ASUNTOS SOCIALES.-Plan s/Drogodependencias.

**ARAGON**

CONSEJERIA DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCAIL.  
SERVICIO ARAGONES DE LA SALUD.  
INSTITUTO ARAGONES DE CIENCIAS DE LA SALUD.  
INGESA.PERIODO TRANSITORIO.  
BANCO DE SANGRE Y DE TEJIDOS.  
Consortio Aragonés de Alta Resolución

**PRINCIPADO DE ASTURIAS**

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

**ISLAS BALEARES**

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
SERVICIO BALEAR DE LA SALUD  
GESTIÓN SANITARIA DE MALLORCA  
FUNDACION HOSPITAL DE MANACOR  
FUNDACION HOSPITAL SON LLATZER  
SERVEI DE SALUT DE LES ILLES BALEARS  
F.P.HOSPITAL COMARCAL DE INCA.

**CANTABRIA**

CONSEJERIA DE SANIDAD.  
SERVICIO CANTABRO DE SALUD  
FUNDACIÓN PÚBLICA MARQUÉS DE VALDECILLA

**CANARIAS**

CONSEJERIA DE SANIDAD Y ASUNTOS SOCIALES  
INST. CANARIO DE HEMODONACION Y HEMOTERAPIA  
SERVICIO CANARIO DE SALUD  
GESTIÓN SANITARIA DE CANARIAS  
CONSORCIO SANITARIO DE TENERIFE

**CATALUÑA**

DEPARTAMENTO DE JUSTICIA C.A. CATALUÑA  
AGENCIA DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA MÉDICA  
DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL  
ENERGETICA DE INSTALACIONES SANITARIAS, S.A.  
GESTION DE SERVICIOS SANITARIOS S.A. LERIDA  
GESTION Y PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD  
INSTITUTO DE ASISTENCIA SANITARIA  
INSTITUTO CATALAN DE LA SALUD  
INSTITUTO DE DIAGNOSTICO POR LA IMAGEN  
INSTITUTO DE ESTUDIOS DE LA SALUD  
SERVICIO CATALAN DE LA SALUD  
SISTEMAS DE EMERGENCIAS MEDICAS, S.A.  
CENTRO DE TRANSFUSIÓN Y BANCO TEJIDOS  
INSTITUTO CATALÁN DE ONCOLOGÍA  
PARC SANITARI PERE VIRGILI  
AGENCIA CATALANA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA  
INSTITUTO CATALÁN DE EVALUACIONES MÉDICAS

CONSORCIO HOSPITALARIO DE VIC  
CORPORACION SANITARIA PARC TAULÍ DE SABADELL  
CONSORCIO SANITARIO DE BARCELONA  
CONSORCIO SANITARIO DE TERRASSA  
CONSORCIO SANITARIO INTEGRAL  
CONSORCIO SANITARIO ALT PENEDES  
CONSORCIO SANITARIO DEL MARESME  
CONSORCIO SANITARIO DE LA ANOIA  
CONSORCIO DEL LABORATORIO INTERCOMARCAL DE ALT PENES, ANOIA Y GARRAF  
CONSORCIO SANITARIO DE MOLLET DEL VALLÉS  
CONSORCIO SANITARIO DE MARESME I LA SELVA

UDIAT. DIAGNOSTICO S.A.

LOGAROTME SERVICIOS LOGÍSTICOS AIE  
CONSORCIO ATENCION PRIMARIA DE SALUD DEL EIXAMPLE (CAPSE)  
CONSORCIO CASTELLDEFELS AGENTES DE SALUD (CASAP)

#### **CASTILLA Y LEON**

CONSEJERIA DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
COMISIONADO REGIONAL PARA LA DROGA  
CENTRO REGIONAL DE HEMOTERAPIA Y HEMODONACION.

#### **CASTILLA-LA MANCHA**

CONSEJERÍA DE SANIDAD  
SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA - LA MANCHA

#### **EXTREMADURA**

CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL  
SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD

#### **GALICIA**

CONSEJERIA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
CENTRO DE TRANSFUSIONES DE GALICIA  
SERVICIO GALLEGO DE SALUD  
SOCIEDAD PÚBLICA MEDTEC  
FUNDACIÓN PÚBLICA HOSPITAL DE VERÍN  
INSTITUTO GALEGO DE OFTALMOLOGÍA  
FUNDACIÓN PÚBLICA HOSPITAL VIRXE DA XUNQUEIRA  
FUNDACIÓN PÚBLICA HOSPITAL BARBANZA  
FUND. PÚB. ESCOLA GALEGA DE ADMÓN. SANITARIA  
FUND. PÚB. FORO PERM. GALLEGO-IBEROAM. DE LA SALUD  
F.P.URXENCIAS SANITARIAS DE GALICIA.-061  
F.P.HOSPITAL DE SALNÉS  
FUNDACION PUBLICA GALEGA DE MEDICINA XENOMICA

#### **LA RIOJA**

CONSEJERÍA DE CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL  
SERVICIO RIOJANO DE SALUD  
FUNDACION HOSPITAL DE CALAHORRA  
FUNDACION RIOJA SALUD

**MADRID**

CONSEJERÍA DE SALUD  
SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD  
AGENCIA ANTIDROGA C.A.M.  
INSTITUTO MADRILEÑO DE LA SALUD  
FUNDACION HOSPITAL DE ALCORCON  
INSTITUTO DE SALUD PUBLICA  
AGENCIA DE FORMACION LAIN ENTRALGO  
H.FUENLABRADA  
INSTITUTO DE NUTRICION Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS  
NUEVOS HOSPITALES

**REGIÓN DE MURCIA**

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y ASUNTOS SOCIALES  
SERVICIO REGIONAL DE SALUD

**NAVARRA**

DEPARTAMENTO DE SALUD  
SERVICIO NAVARRO DE SALUD

**PAIS VASCO**

DEPARTAMENTO DE SANIDAD  
TECNOLOGIA SANITARIA DE EUSKADI  
SERVICIO VASCO DE SALUD  
D.DROGODEPENDENCIAS

**VALENCIA**

CONSEJERIA DE SANIDAD Y CONSUMO

**CEUTA**

CONSEJERIA DE SANIDAD, CONSUMO Y DEPORTES

**MELILLA**

CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL Y SANIDAD

**ADMINISTRACIÓN CENTRAL****Mº. ADMINISTRACIONES PUBLICAS****Mº. DE DEFENSA****MINISTERIO DE INTERIOR****Mº. SANIDAD Y CONSUMO**

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO  
INSTITUTO CARLOS III  
AGENCIA ESPAÑOLA DEL MEDICAMENTO  
AGENCIA ESPAÑOLA DE SANIDAD ALIMENTARIA  
Fundación Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares Carlos III  
Fundación Centro de Investigación de Enfermedades Neurológicas  
Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III  
Fundación para el desarrollo de la Investigación en Genómica y Proteómica  
Fundación Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas Carlos III  
Centro Nacional de Trasplantes y Medicina Regenerativa

**M°. DE ECONOMÍA Y HACIENDA  
M°. EDUCACIÓN Y CULTURA**

**MUTUALIDADES FUNCIONARIOS  
INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS  
MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS  
MUTUALIDAD GENERAL JUDICIAL**

**SEGURIDAD SOCIAL  
INSTITUTO NACIONAL DE GESTION SANITARIA  
INSTITUTO SOCIAL DE LA MARINA  
MUTUAS PATRONALES DE ACCIDENTES DE TRABAJO**