



### III. Documentación



## Presentación

José Sánchez Maldonado

J. Salvador Gómez Sala

Universidad de Málaga

Desde principios de los ochenta, el rasgo más característico que presenta el gasto sanitario público en nuestro país, por lo que respecta a su financiación, aparece concretado en sus continuos problemas de insuficiencia. La manifestación más clara de este hecho se encuentra en la tendencia secular a la infrapresupuestación por parte del Insalud, que ha generado un continuo proceso de liquidaciones presupuestarias anuales muy por encima de los presupuestos iniciales y que han hecho necesaria la puesta en marcha, hasta la fecha, de cuatro procesos de saneamiento (1983, 1989, 1992 y 1994), con un coste aproximado de un billón de pesetas.

Asimismo, se argumenta que, pese al crecimiento continuado del gasto público sanitario desde principios de la década de los ochenta, una serie de factores no permiten ser demasiado optimistas en cuanto a su posible desaceleración. Dichos factores van desde las expectativas ciudadanas acerca de las posibilidades del sistema sanitario, o las de negocio del complejo suministrador sanitario, hasta las aspiraciones de los profesionales a ver crecer sus rentas y desarrollar con escasas restricciones la práctica sanitaria cotidiana.

Como ha escrito, López Casasnovas (1996)<sup>1</sup>, "la confluencia de ambos aspectos (insuficiencia financiera con sospechas de deficiente gestión, y mantenimiento de factores que impulsan el gasto) genera incertidumbre sobre el futuro de nuestro sistema sanitario, y hace muy complejo su abordaje".

En este contexto de insuficiencias, por una parte y, de fuertes restricciones presupuestarias por otra, ha venido desarrollándose la financiación de la sanidad pública, que durante 1997 tuvo que abordar de nuevo la cuestión de la financiación regional, dado que en este año terminó la

1. López Casasnovas, G. (1996): "Los problemas de la financiación sanitaria", Cuadernos de Información Económica. nº 113-114.

vigencia del acuerdo de 1994, alcanzándose finalmente en noviembre pasado uno nuevo para el período 1998-2001<sup>2</sup>.

El documento que se produce en esta sección recoge el citado acuerdo, sobre el que podríamos estar tentados de establecer las siguientes consideraciones:

1. La financiación de la asistencia sanitaria debe seguir su tendencia actual y tratar de alcanzar lo antes posible su total cobertura vía impuestos, fijada en principio para el año 2001. Las medidas de racionalización y mejora del gasto sanitario deben desvincularse de la discusión sobre la financiación del sistema de salud en nuestro país, su inclusión en el debate sólo puede añadir confusión al mismo. Asimismo, la justificación de las posibles medidas de racionalización deben encuadrarse dentro del proceso de mejora de la eficiencia del sector público en la prestación de servicios, y no escudarse en los problemas financieros para conseguir minimizar el coste político de la puesta en marcha de determinadas actuaciones de política sanitaria.

2. No existen razones de peso, tanto de orden teórico como práctico que justifiquen un tratamiento separado de la financiación territorial de la sanidad, frente al resto de las competencias descentralizadas. Por consiguiente se aboga por su inclusión dentro del sistema de financiación autonómica, sobre todo, una vez que se haya generalizado el traspaso de las transferencias sanitarias al conjunto de las Comunidades Autónomas de Régimen Común.

3. En relación a la cuantía de gasto público que se va a destinar a la asistencia sanitaria y por ende a la determinación del fondo que va a servir de base de reparto entre las respectivas Comunidades Autónomas y el Insalud Gestión Directa, podemos apuntar lo siguiente:

- Deben considerarse a efectos del reparto no sólo los recursos provenientes de las transferencias de la seguridad social sino el

2. Sobre la financiación territorial de la sanidad se pueden ver entre otros los siguientes trabajos: López Casanovas, G. Corona, J.F., y Figueres, J. (1992): "Estudio del Sistema de Financiación Autonómica de la Sanidad", *Fulls Economics*, Llibres nº 3, Departament de Sanitat i Seguritat Social, Generalitat de Catalunya; López Casanovas, G y Ortun, V. (1996): *El Sistema Sanitario Español. Algunas reflexiones relativas al futuro de la descentralización sanitaria*, Barcelona, mimeo; Monasterio, C. (1997): "Algunas reflexiones relativas al futuro de la descentralización sanitaria", *Mimeo*; Sanfrutos, N. (1997): "La financiación de la sanidad en España: Análisis del modelo de reparto de los recursos entre las gestoras de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social", *mimeo* y Sánchez Maldonado, J. (dir.) (1990): "La financiación del gasto sanitario". Junta de Andalucía, Sevilla, *Mimeo*.

total de gasto sanitario público con independencia de la fuente financiera y las distintas redes patrimoniales. Es decir, considerar el gasto de AISNA, sanitarios locales, hospitales universitarios (con estatutos especiales), gasto sanitario local, etc.

- El cálculo del fondo a distribuir debe partir de bases presupuestarias realistas, para lo cual se podrían utilizar los resultados arrojados por las últimas liquidaciones sobre las que se dispongan de datos finales.
- Debe profundizarse en el conocimiento real de la deuda existente a finales de 1997 en los distintos Servicios Regionales de Salud, así como diseñar el procedimiento de saneamiento de la misma. Ahora bien, habría que establecer algún mecanismo que evitara el reconocimiento automático de la deuda total acumulada por las respectivas Comunidades, dado que ello significaría, por un lado, primar a las instituciones que hayan llevado a cabo en el pasado una política presupuestaria más relajada en materia de gasto sanitario, y por otro, incentivar en el futuro estos comportamientos expansivos. En este sentido, por ejemplo se podría penalizar la excesiva desviación del gasto real sobre el presupuestado no cubriendo los incrementos de gasto por encima de la medida del Estado.
- Debe cuestionarse la deducción de la base de reparto de los gastos correspondientes a los Centros Nacionales (Silicóticos de Oviedo, Parapléjicos de Toledo y Centro de Dosimetría de Valencia), reevaluando en que medida responden efectivamente a su carácter Estatal.

4. En relación al criterio utilizado para la distribución territorial de los recursos financieros destinados a la asistencia sanitaria se propone la población de derecho de cada Comunidad Autónoma. En las circunstancias actuales, dado el carácter universal de la prestación sanitaria y su financiación vía impuestos, tiene poco sentido restar de la población censal a los colectivos protegidos por el mutualismo administrativo y mantener el criterio de población protegida.

Por otra parte, el criterio de igual financiación per cápita, se revela como un criterio transparente, escasamente manipulable y estrechamente relacionado con el objetivo básico de la política sanitaria en nuestro país, cual es, la garantía universal de las prestaciones sanitarias.

5. En cuanto a la regla de evolución temporal de la base de reparto podría pensarse en la tasa de variación del PIB nominal corregida por un

factor multiplicador algo inferior a la unidad en el caso de una recesión (definida en los mismos términos que el Pacto de Estabilidad suscrito por los que entren en la Unión Monetaria Europea) y ligeramente superior a la unidad cuando la evolución del PIB sea positiva. Este ajuste permitiría por un lado contribuir al control del gasto y del déficit público y por otro aumentar levemente la participación del gasto sanitario en términos del PIB en épocas de crecimiento lo que es coherente con el hecho de que el gasto sanitario público en España es todavía inferior a la media de los países de nuestro entorno.

CONSEJO DE POLÍTICA FISCAL Y FINANCIERA  
FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SANIDAD  
EN EL PERÍODO 1998-2001

27 de noviembre de 1997

ACUERDO PRIMERO  
SISTEMA DE FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SANIDAD  
PARA EL CUATRIENIO 1998-2001

I. DESARROLLO HISTÓRICO DEL SISTEMA

El sistema de financiación de los servicios de sanidad se inició con motivo del proceso de asunción por las Comunidades Autónomas de las competencias de gestión de dichos servicios, que comienza en 1981 con su traspaso a la Generalidad de Cataluña. El tiempo transcurrido desde entonces puede dividirse en dos fases:

1. Un período inicial de doce años, que abarca hasta 1993.
2. El cuatrienio 1994-1997.

En el período inicial, el sistema de financiación presenta tres características o notas distintivas:

- a) El desarrollo paulatino del proceso de traspaso de servicios a las siete Comunidades Autónomas cuyos respectivos Estatutos les atribuían la competencia para asumir la gestión de los servicios. Este proceso concluye en 1994 con la aprobación del acuerdo de traspaso a la Comunidad Autónoma de Canarias.
- b) La heterogeneidad del criterio en la asignación territorial de los recursos, inducida por el imperativo de tomar como punto de partida el gasto real en cada territorio en el momento del traspaso (coste histórico), con la finalidad de encontrar una solución de continuidad y evitar bruscas alteraciones en la dotación de medios.
- c) La aparición, en ocasiones, de tensiones presupuestarias, originadas por diferencias coyunturales entre la dinámica de los gastos y los recursos, con la consiguiente necesidad de acometer medidas específicas y extraordinarias con el objetivo de restablecer el equilibrio presupuestario del sistema.

En 1994, el Consejo de Política Fiscal y Financiera informó favorablemente el acuerdo sobre el Sistema de Financiación de la Sanidad, con vigencia hasta el 31 de diciembre del presente año 1997. Este acuerdo se instrumentó posteriormente mediante acuerdos bilaterales entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas.

En el contexto de esta revisión del sistema se abordaron las cuestiones apuntadas, adoptándose medidas sobre ellas en un doble sentido:

- a) En orden a la homogenización en la asignación de los recursos, mediante el establecimiento de sendas de aproximación al criterio general, de población protegida, recogido en la Ley General de Sanidad, y



- b) Para la eliminación de las tensiones presupuestarias, adoptando como criterio de suficiencia dinámica del sistema la evolución de los recursos con arreglo al PIB nominal.

## II. SITUACIÓN ACTUAL

El acuerdo de 1994, que se fundamentó en las líneas de actuación anteriormente señaladas, supuso un avance importante en la financiación sanitaria aunque no alcanzó plenamente los objetivos deseados.

El transcurso del tiempo ha puesto de manifiesto otras cuestiones, de tal forma que en este momento es necesario acometer:

- a) La necesidad de adecuar los gastos del sistema en consumos específicos a niveles medios respecto a nuestro entorno geográfico y a tasas de evolución acordes con su naturaleza.
- b) El ajuste de los gastos sociales asociados a la presentación de los servicios sanitarios a sus necesidades reales, mediante la mejora de éstos en dotaciones y la planificación de actuaciones de control.
- c) La necesidad, en determinados casos, de racionalizar la adscripción de los recursos del sistema a algunos programas de gastos, para conseguir que puedan cumplirse con eficacia todas las prestaciones propias del mismo.

En consecuencia, todas las cuestiones anteriores se encuentran pendientes de solución.

Desde esta perspectiva, parece claro que el sistema de financiación de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social debe ser objeto de reforma, el nuevo modelo debe acometer las cuestiones señaladas, con la finalidad de alcanzar un funcionamiento satisfactorio de los servicios y mejorar su nivel de calidad.

Como medida previa, en 1997 se adoptaron medidas de ahorro, por un importe estimado de 70.000 millones de pesetas, que se han traducido en una mayor capacidad de cobertura financiera del sistema.

Posteriormente, el Consejo de Política Fiscal y Financiera, en su reunión del mes de septiembre pasado, acordó la creación del Grupo de Trabajo, y le encargó la elaboración de la propuesta sobre la financiación de la Sanidad para el período 1998-2001, que ahora se eleva a su consideración.

## III. ÁMBITO DE LA REFORMA

La propuesta de reforma del sistema de financiación de los servicios sanitarios tiene que abordar y desarrollar las siguientes cuestiones:

- a) La suficiencia de partida, es decir, el volumen de recursos que deben dotarse para la financiación de los servicios sanitarios del INSALUD, a nivel estatal, en el ejercicio de 1998.
- b) La distribución de los recursos, tanto entre las Administraciones gestoras como su asignación a fondos finalistas para la cobertura financiera de programas específicos de gasto cuya inclusión en la masa general no sea aconsejable.
- c) Las reglas o criterios a aplicar para determinar la evolución temporal de los recursos del sistema a lo largo del cuatrienio, que en cualquier caso, deberá eliminar tensiones presupuestarias y asegurar la adecuación entre la finan-

ciación resultante de su aplicación y el crecimiento de las necesidades de gasto en función de los diversos factores que las determinan.

- d) El establecimiento de objetivos de ahorro en el gasto asociado a la presentación de los servicios sanitarios, con la finalidad de alcanzar los niveles adecuados de las prestaciones sociales y posibilitar, de este modo, un incremento en la dotación de recursos del sistema sanitario.
- e) La adopción de medidas encaminadas a conseguir niveles óptimos de utilización de los servicios sanitarios, a fin de eliminar o disminuir los gastos o consumos que no resulten necesarios para los fines de la salud que constituyen su objeto.

#### IV. PRINCIPIOS BÁSICOS DEL SISTEMA

Los principios básicos del nuevo sistema de financiación de la sanidad son los siguientes:

- 1º *Suficiencia estática*. La aplicación de este principio conlleva el señalamiento de un volumen inicial de recursos, en el primer año del período, que responda a las necesidades reales de gasto del sistema.
- 2º *Homogeneidad distributiva*. El criterio de distribución de los recursos debe tener validez universal.
- 3º *Suficiencia dinámica*. La regla de evolución de los recursos del sistema tiene por finalidad garantizar la cobertura del crecimiento del gasto sanitario en cada uno de los ejercicios del cuatrienio.
- 4º *Satisfacción de la demanda de servicios*, tanto respecto a su prestación en régimen normal, como a la que sea necesaria por razones de demanda de naturaleza particular o específica.
- 5º *Eficiencia en la aplicación de recursos*. Este principio exige el establecimiento y ejecución de planes de control del gasto encaminados a eliminar el fraude en la percepción de las prestaciones sociales, destinando recursos provenientes de esos planes al incremento de la dotación de los servicios sanitarios.
- 6º *Equidad en la distribución de los costes del sistema*, con el objetivo de garantizar una adecuada correspondencia entre determinados gastos del sistema y el cumplimiento de los fines de atención a la salud que le son propios. En esta línea se plantean las medidas de racionalización del gasto que, en su caso, puedan resultar más efectivas.
- 7ª *Equilibrio financiero*, que garantiza a cada administración gestora que la incidencia en la financiación de la variable de distribución no pueda sobrepasar determinados límites, con la finalidad de asegurar su capacidad de financiación sin oscilaciones significativas.

Esta garantía se define del modo siguiente: la pérdida de financiación como consecuencia de la variación de la población protegida, no podrá suponer, para cada administración gestora, más del 0,25 por ciento de sus recursos asignados en el Proyecto de Ley de los Presupuestos Generales del Estado para 1998.

#### V. SUFICIENCIA DE RECURSOS

La suficiencia de partida del sistema se concreta en la determinación de la masa de recursos que se asignan en el primer año del período, que es el ejercicio de 1998.

Dicha determinación se efectúa mediante el procedimiento de computar, en el sentido que proceda, las siguientes partidas.

- a) Como cifra de referencia inicial se parte del gasto presupuestado para el sistema en el año 1998, según el Proyecto de Ley de Presupuestos Generales del Estado en tramitación en las Cortes Generales.  
Esta partida asciende a 3.769.396,5 millones de pesetas, incluye, con relación a lo que resultaría de una prórroga del modelo vigente, recursos adicionales por importe de 25.000 millones de pesetas para mejoras del sistema.
- b) Un importe adicional, para incrementar la garantía de cobertura de la cifra inicial anteriormente expresada, de 10.000 millones de pesetas.
- c) Los recursos que se derivan de la aplicación de las medidas que se contengan en los convenios que se suscriban con las Administraciones gestoras para la consecución de las finalidades previstas en el epígrafe VIII de este documento, que se regulan en el Acuerdo segundo.  
El importe de estos recursos asciende a 40.000 millones de pesetas.
- d) La dotación necesaria para asegurar una financiación mínima en cada administración gestora por la incidencia de la variable población (regla VIII Epígrafe IV).  
El importe de esta dotación asciende a 20.444,4 millones de pesetas.
- e) La financiación de los gastos extraordinarios, originados por docencia y asistencia hospitalaria a los residentes en otros territorios, que alcanzan, para el conjunto del sistema, un importe de 47.918,4 millones de pesetas.

Adicionalmente, la capacidad de cobertura financiera del sistema aumentará como consecuencia de las medidas de racionalización del gasto que se adopten, que se estiman en 65.000 millones de pesetas.

En el caso de que fuese necesario, por motivos excepcionales, tramitar un Proyecto de Ley de concesión de crédito extraordinario, (o simplemente de crédito) al Presupuesto de gastos del INSALUD, éste deberá comprender el importe global adecuado, incluidas las partidas correspondientes a todas las Administraciones gestoras.

Además, toda medida normativa del Gobierno, que pueda determinar un incremento significativo del gasto en el sistema sanitario, deberá ir acompañada de una memoria económica, que se someterá a deliberación e informe del Consejo de Política Fiscal y Financiera, que, en su caso, podrá recomendar la adopción de las medidas que considere oportunas.

## VI. DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS

Los criterios de distribución de los recursos tienen como objetivo garantizar la suficiencia financiera para cada agente gestor del servicio o, en su caso, en cada programa de gasto.

De acuerdo con ello, la distribución de los recursos globales se efectúa con arreglo a dos criterios diferentes:

- 1) Atendiendo a los sujetos destinatarios o administraciones gestoras, por aplicación de variables de distribución.
- 2) Según finalidades o programas de gasto, mediante la división de los recursos del sistema entre los fondos que se establecen.

### VI.1. Variables

La distribución entre administraciones gestoras de las partidas que constituyen los recursos financieros se efectúa mediante la aplicación de las variables que se señalan a continuación:

- a) El fondo destinado a la cobertura de las prestaciones generales se distribuye en atención al criterio de población protegida, determinada a partir de los últimos datos sobre población de derecho aprobados por el INE (1996) y los colectivos no protegidos, según informes emitidos al efecto por las respectivas Mutualidades (MUFACE, ISFAS y MUGEJU).  
El valor para cada administración gestora de la variable población de derecho en el año 1996, los colectivos no protegidos y la población protegida resultante de ambas magnitudes, se reflejan en el Cuadro 1.1. del anexo de datos estadísticos.  
En los Cuadros 1.2 y 1.3 figuran también los valores de la variable población en 1991 y su evolución entre 1991 y 1996.
- b) El fondo finalista o de objetivos específicos atiende a la cobertura de la modulación financiera, definida en la regla 7ª del epígrafe IV.  
Este fondo se aplicará también, con base en los criterios o índices que, según los estudios realizados, reflejan el saldo financiero, de cada administración gestora, a los gastos por docencia y asistencia hospitalaria a no residentes. En el supuesto de saldo deudor se le asigna valor cero.
- c) Los ahorros resultantes de las medidas que se adopten se producirán según su incidencia real. No obstante, en principio, se asignan según población protegida.

### VI.2. Fondos

La distribución de los recursos atendiendo a su finalidad constituye uno de los cambios que introduce el sistema para el período 1998-2001. En el año inicial 1998, se dotarán dos fondos:

- 1º El fondo general, destinado a la cobertura de las prestaciones generales.
- 2º El fondo de atenciones específicas, que garantiza una financiación mínima y deberá dar cobertura a las necesidades financieras originadas por docencia y asistencia hospitalaria a no residentes.

Los recursos del sistema se asignarán aplicando las siguientes reglas:

- 1ª El fondo general se determinará computando los importes resultantes de los apartados a), b) y c), recogidos en el epígrafe V. –Suficiencia de recursos–.  
La inclusión en este fondo general de los recursos cuya dotación obedece a la aplicación de las medidas de control del fraude en prestaciones sociales, se efectúa sin perjuicio de la sujeción de su disposición a la formalización de los respectivos convenios y a las reglas que se establezcan en los planes respectivos.  
La cuantía del fondo general en 1998, conforme a lo anterior, asciende a un importe total de 3.769.395,5 millones de pesetas.  
La distribución de este fondo en el ejercicio de 1998 entre las administraciones gestoras (INSALUD gestión directa y Comunidades Autónomas), se refleja en el Cuadro número 1 del anexo de financiación.

Los recursos del Fondo general se destinarán por las administraciones gestoras a la cobertura de los gastos del sistema ocasionados por la asistencia sanitaria de la población, atendiendo a criterios de equidad y accesibilidad, y en el marco de las prestaciones reconocidas por el sistema.

- 2ª El fondo de atenciones específicas se determina computando los importes resultantes de los apartados d) y e), recogidos en el epígrafe V. –Suficiencia de recursos–.

El importe del mismo asciende a 68.362,8 millones de pesetas. Su distribución entre las administraciones gestoras (INSALUD gestión directa y Comunidades Autónomas), se refleja en los cuadros número 3.1 y 3.2 del anexo de financiación.

La finalidad de los recursos del Fondo específico es cubrir las siguientes necesidades:

- La garantía de una financiación mínima a las administraciones gestoras cuya población haya experimentado una minoración significativa.
- Los gastos de docencia que se producen por la existencia de centros acreditados como unidades docentes para la información sanitaria especializada.
- Los gastos producidos por asistencia sanitaria hospitalaria a pacientes de otros territorios.

- 3ª El resultado de las medidas de ahorro, estimadas según población protegida, figura en el cuadro número 2 del anexo de datos estadísticos.

#### VII. SUFICIENCIA DINÁMICA

La aplicación del principio de suficiencia dinámica tiene por objeto adecuar el crecimiento interanual de los recursos al de las necesidades de gasto del sistema. A tales efectos, se debe tener en cuenta tanto la evolución de la economía y su capacidad real para asignar recursos a la cobertura de los servicios públicos como los distintos factores que influyen en la evolución del gasto sanitario.

De acuerdo con esta circunstancia se considera que los recursos del sistema sanitario (fondo general y fondo de atenciones específicas) evolucionarán durante el período 1998 a 2001 según el índice de incremento del PIB nominal.

#### VIII. PROGRAMA DE AHORRO EN INCAPACIDAD TEMPORAL

La adopción de programas y medidas dirigidas al control del gasto relativo a la incapacidad temporal (IT) así como la mejora de la asistencia sanitaria para hacer frente a estas contingencias, permite prever una tasa de ahorro suficiente en el conjunto del Estado para incrementar los recursos del fondo general de financiación sanitaria en un importe global de 40.000 millones de pesetas.

Las reglas generales de aplicación de estas actuaciones, que se formalizarán mediante la suscripción de convenios bilaterales, establecerán los objetivos a alcanzar y las actuaciones de control e inspección de los procesos de incapacidad temporal que deberán llevarse a cabo por las administraciones gestoras.

Las bases generales de los programas se recogen en el acuerdo segundo.

#### IX. MEDIDAS DE AHORRO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

El crecimiento del gasto de farmacia presenta una trayectoria alcista respecto de los demás gastos corrientes del sistema, y revela la necesidad de adoptar medidas que racionalicen el consumo de los medicamentos, adecuándolo a las necesidades reales de la salud de la población y eliminando o desincentivando los consumos innecesarios.

Respecto a ello, el Consejo de Política Fiscal y Financiero considera que:

- 1º Las medidas en este sentido deberían dirigirse, preferentemente, al desarrollo de una política activa de genéricos y a restringir la financiación pública para los medicamentos de escaso valor terapéutico. Estas medidas deberán producir un ahorro en el gasto farmacéutico de 65.000 millones de pesetas.
- 2º Las medidas que se adopten por el Gobierno deben ser previamente deliberadas e informadas por el CIS.

Asimismo, en el primer semestre de cada año el Gobierno efectuará una valoración referida al año anterior del impacto producido por las medidas de ahorro para garantizar el cumplimiento de los objetivos que se persiguen. El Gobierno planteará en su caso, al Consejo de Política Fiscal y Financiera, las medidas oportunas en orden a la adecuada cobertura de las necesidades de gasto del sistema.

#### X. REGLAS DE EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA

La ejecución presupuestaria del sistema comprende, para cada ejercicio del cuatrienio, las entregas a cuenta que se efectúen en su transcurso y la liquidación definitiva que se realice en el siguiente.

##### *X.1. Entregas a cuenta*

El importe de los créditos a consignar en cada ejercicio, en concepto de entregas a cuenta de la liquidación definitiva del mismo, para el fondo general y el fondo específico, se determinará aplicando a la dotación respectiva del año 1998 el índice de incremento del PIB nominal, al coste de los factores, entre 1998 y el ejercicio correspondiente, determinado conforme a la previsión sobre el mismo que se recoja en el proyecto de Ley de Presupuestos Generales del Estado del repetido ejercicio.

Las entregas a cuenta de los créditos correspondientes al fondo general se harán efectivas por dozavas partes mensuales, y formalizado el respectivo convenio comprenderán la parte correspondiente a la dotación para aplicación de medidas de control del fraude en prestaciones sociales.

Las entregas a cuenta de los créditos correspondientes al fondo específico se harán efectivas por dozavas partes mensuales.

##### *X.1. Liquidaciones definitivas*

Las liquidaciones definitivas de la financiación de cada ejercicio del cuatrienio, del fondo general y del fondo específico, se practicarán en el tercer trimestre del ejercicio siguiente, según las reglas que a continuación se recogen:

- 1ª De la financiación de cada Administración gestora correspondiente al fondo general en el año 1998 se deducirá la parte correspondiente a la dotación para aplicación de medidas de control del fraude en IT.

A la diferencia resultante, que refleja la financiación de cada Administración gestora por el fondo general no sujeta a la liquidación separada, se le aplicará el índice de incremento del PIB nominal, al coste de los factores, entre el año 1998 y el año que es objeto de la liquidación.

- 2ª La financiación de cada Administración gestora por el fondo específico se liquidará aplicando a la dotación asignada por el mismo en el año 1998 el índice de incremento del PIB nominal, al coste de los factores, entre dicho año 1998 y el año que es objeto de la liquidación.
- 3ª La financiación de cada Administración gestora correspondiente al fondo general, en cuanto a la parte correspondiente a la dotación para aplicación de medidas de control del fraude en IT, se liquidará aplicando a la dotación previa cosignada en 1998 el índice de incremento del PIB nominal, al coste de los factores, entre dicho año 1998 y el año que es objeto de la liquidación. La cifra resultante de esta operación se liquidará a su vez, aplicando las reglas aprobadas al efecto en el respectivo convenio, cuyo modelo se recoge como anexo en el Acuerdo segundo.
- 4ª De las cifras resultantes de las liquidaciones reseñadas en las reglas 1ª, 2ª y 3ª anteriores se restarán los importes respectivos de las entregas efectuadas a cuenta de las mismas, y los saldos resultantes se regularizarán en la primera entrega a cuenta que se haga efectiva tras su práctica.

#### XI. PERÍODO DE VIGENCIA

La vigencia del presente Modelo de financiación de los servicios de sanidad concluirá el 31 de diciembre del año 2001.

## ANEXO DE DATOS ESTADÍSTICOS

## CUADRO NÚMERO 1

**1.1 DETERMINACIÓN DE LA POBLACIÓN PROTEGIDA EN 1996**

Administración Gestora	Población de derecho	Colectivos no protegidos	Población protegida	
			Absoluta	Relativa
Cataluña	6.090.040	185.576	5.904.464	15,7496
Galicia	2.742.622	151.153	2.591.469	6,9125
Andalucía	7.234.873	460.198	6.774.675	18,0708
Valencia	4.009.329	175.823	3.833.506	10,2255
Canarias	1.606.534	81.742	1.524.792	4,0672
País Vasco	2.098.055	56.548	2.041.507	5,4455
Navarra	520.574	16.629	503.945	1,3442
Total INSALUD Gestión transferida	24.302.027	1.127.669	23.174.358	61,8155
INSALUD Gestión directa	15.367.367	1.052.142	14.315.225	38,1845
TOTAL INSALUD	39.669.394	2.179.811	37.489.583	100,0000

Fuentes

Población de derecho en 1996. Padrón referido a 1-5-1996 (B.O.E. 1-11-1996)

Colectivos no protegidos en 1996. Informes de MUFACE, ISFAS y MUGEJU referidos a noviembre de 1996.

## CUADRO NÚMERO 1

**1.2 DETERMINACIÓN DE LA POBLACIÓN PROTEGIDA EN 1991**

Administración Gestora	Población de derecho	Colectivos no protegidos	Población protegida	
			Absoluta	Relativa aplicable en 1998
Cataluña	6.059.494	206.297	5.853.197	15,990
Galicia	2.731.669	159.785	2.571.884	7,030
Andalucía	6.940.522	451.909	6.488.613	17,720
Valencia	3.857.234	183.488	3.673.746	10,030
Canarias	1.493.784	81.011	1.412.773	3,892
País Vasco	2.104.041	75.514	2.028.527	5,540
Navarra	519.277	17.156	502.121	1,370
Total INSALUD Gestión transferida	23.706.021	1.175.160	22.530.861	61,572
INSALUD Gestión directa	15.166.247	1.085.613	14.080.634	38,428
TOTAL INSALUD	38.872.268	2.260.773	36.611.495	100,000



## CUADRO NÚMERO 1

**1.3 EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN PROTEGIDA ENTRE 1991 Y 1996**

Administración Gestora	Población protegida -Habitantes-		Población protegida -Valor relativo-		Diferencia (1996-1991)
	1991	1996	1991	1996	
Cataluña	5.853.197	5.094.464	15,9900	15,7496	-0,2404
Galicia	2.571.884	2.591.469	7,0300	6,9125	-0,1175
Andalucía	6.488.613	6.774.675	17,7200	18,0708	0,3508
Valencia	3.673.746	3.833.506	10,0300	10,2255	0,1955
Canarias	1.412.773	1.524.792	3,8920	4,0672	0,1752
País Vasco	2.028.527	2.041.507	5,5400	5,4455	-0,0945
Navarra	502.121	503.945	1,3700	1,3442	-0,0258
Total INSALUD Gestión transferida	22.530.861	23.174.358	61,5720	61,8155	0,2435
INSALUD Gestión directa	14.080.634	14.315.225	38,4280	38,1845	-0,2435
TOTAL INSALUD	36.611.495	37.489.583	100,0000	100,0000	0,0000

## CUADRO NÚMERO 2

**FINANCIACIÓN DE LA SANIDAD****HIPÓTESIS DE DISMINUCIÓN DEL GASTO  
SEGÚN POBLACIÓN PROTEGIDA**

Millones de pesetas 1998

Administración gestora	Importe
Cataluña	10.237,2
Galicia	4.493,1
Andalucía	11.746,0
Valencia	6.646,6
Canarias	2.643,7
País Vasco	3.539,6
Navarra	873,7
Total INSALUD Gestión transferida	40.180,0
INSALUD Gestión directa	24.820,0
TOTAL INSALUD	65.000,0

ANEXO DE FINANCIACIÓN  
 CUADRO NUMERO 1  
**FINANCIACIÓN DE LA SANIDAD**  
**ESQUEMA DEL NUEVO SISTEMA**  
**VOLUMEN TOTAL Y DISTRIBUCIÓN**  
**DEL FONDO GENERAL**

Millones de pesetas 1998

Administración Gestora	Total fondo general * (1)
Cataluña	593.665,3
Galicia	260.559,7
Andalucía	681.160,9
Valencia	385.440,5
Canarias	153.310,5
País Vasco	205.263,7
Navarra	50.669,2
Total INSALUD Gestión transferida	2.330.069,8
INSALUD Gestión directa	1.439.326,7
<b>TOTAL INSALUD</b>	<b>3.769.395,5</b>

*Incluye 40.000 MP, asociados al control del gasto en IT.*

CUADRO NÚMERO 2  
**FINANCIACIÓN DE LA SANIDAD**  
**ESQUEMA DEL NUEVO SISTEMA**  
**DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS**  
**ASOCIADOS AL CONTROL DEL**  
**GASTO EN IT**

Millones de pesetas 1998

Administración gestora	Importe (1)
Cataluña	6.299,0
Galicia	2.765,0
Andalucía	7.228,3
Valencia	4.090,2
Canarias	1.626,9
País Vasco	2.178,2
Navarra	537,7
Total INSALUD Gestión transferida	24.762,2
INSALUD Gestión directa	15.273,8
<b>TOTAL INSALUD</b>	<b>40.000,0</b>

CUADRO NÚMERO 3  
**3.1 FINANCIACIÓN DE LA SANIDAD**  
**ESQUEMA DEL NUEVO SISTEMA VOLUMEN**  
**TOTAL Y DISTRIBUCIÓN DEL FONDO FINA-**  
**LISTA –MODULACIÓN FINANCIERA–**

Millones de pesetas 1998

Administración gestora	Importe
	(1)
	7.454,6
Galicia	3.716,9
Andalucía	0,0
Valencia	0,0
Canarias	0,0
País Vasco	2.998,0
Navarra	830,5
Total INSALUD Gestión transferida	15.000,0
INSALUD Gestión directa	5.444,4
<b>TOTAL INSALUD</b>	<b>20.444,4</b>

CUADRO NÚMERO 3  
**3.2 FINANCIACIÓN DE LA SANIDAD**  
**ESQUEMA DEL NUEVO SISTEMA VOLU-**  
**MEN TOTAL Y DISTRIBUCIÓN**  
**DEL FONDO FINALISTA**  
**–ASISTENCIA HOSPITALARIA–**

Millones de pesetas 1998

Administración gestora	Importe
	(1)
Cataluña	23.373,2
Galicia	1.566,0
Andalucía	12.334,2
Valencia	3.314,1
Canarias	1.099,7
País Vasco	538,5
Navarra	138,1
Total INSALUD Gestión transferida	42.363,8
INSALUD Gestión directa	5.554,6
<b>TOTAL INSALUD</b>	<b>47.918,4</b>

*Asistencia por docencia y desplazados*

**CUADRO NÚMERO 4**  
**FINANCIACIÓN DE LA SANIDAD**  
**ESQUEMA DEL NUEVO SISTEMA VOLUMEN Y**  
**DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS TOTALES**

Millones de pesetas 1998

Administración gestora	Financiación por el fondo general	Financiación por el fondo específico		Total recursos (3)=(1)+(2)
		Modulación financiera	Asistencia hospitalaria	
Cataluña	593.665,3	7.454,6	23.373,2	624.493,2
Galicia	260.559,7	3.716,9	1.566,0	265.842,6
Andalucía	681.160,9	0,0	12.334,2	693.495,1
Valencia	385.440,5	0,0	3.314,1	388.754,6
Canarias	153.310,5	0,0	1.099,7	154.410,2
Pais Vasco	205.263,7	2.998,0	538,5	208.800,1
Navarra	50.669,2	830,5	138,1	51.637,8
Total INSALUD Gestión transferida	2.330.069,8	15.000,0	42.363,8	2.387.433,5
INSALUD Gestión directa	1.439.326,7	5.444,4	5.554,6	1.450.325,7
<b>TOTAL INSALUD</b>	<b>3.769.396,5</b>	<b>20.444,4</b>	<b>47.918,4</b>	<b>3.837.759,3</b>

**CUADRO NÚMERO 5**  
**FINANCIACIÓN DE LA SANIDAD**  
**ESQUEMA DEL NUEVO SISTEMA**  
**CAPACIDAD DE FINANCIACIÓN TOTAL**

Administración Gestora	Financiación por el presupuesto del INSALUD	Hipótesis de disminución del gasto farmacéutico
	(1)	(2)
Cataluña	624.493,2	10.237,2
Galicia	265.842,6	4.493,1
Andalucía	693.495,1	11.746,0
Valencia	388.754,6	6.646,6
Canarias	154.410,2	2.643,7
Pais Vasco	208.800,1	3.539,6
Navarra	51.637,8	873,7
Total INSALUD Gestión transferida	2.387.433,5	40.180,0
INSALUD Gestión directa	1.450.325,7	24.820,0
<b>TOTAL INSALUD</b>	<b>3.837.759,3</b>	<b>65.000,0</b>

## ACUERDO SEGUNDO REGLAS PARA LAS ACTUACIONES DE CONTROL DEL GASTO EN LAS PRESTACIONES POR INCAPACIDAD TEMPORAL (IT)

### I. SITUACIÓN DE PARTIDA

Las prestaciones económicas causadas por la incapacidad temporal (en adelante IT) han experimentado un crecimiento acelerado, llegando en el último ejercicio liquidado a rebasar con amplitud la cifra de 500.000 millones de pesetas.

Los datos disponibles, así como la evolución y la distribución de las cifras relativas a estas prestaciones, permiten afirmar que existe un importante nivel de gasto que puede considerarse indebido, es decir, que no tendría que producirse si las prestaciones se limitaran a la cobertura de las necesidades correctamente definidas, es decir, las derivadas de situaciones reales de incapacidad con una duración adecuada.

A esta primera consideración, de índole puramente económica, hay que unir dos, de carácter competencial.

La primera de ellas es que el gasto asociado a la IT cuya reducción es posible se produce en una esfera administrativa diferente de la del órgano cuya actuación lo desencadena. El gasto se produce en la órbita del INSS, y el órgano que origina su aparición es el INSALUD.

La segunda se refiere a la pluralidad de Administraciones Públicas con competencia sobre los servicios del INSALUD: las Comunidades Autónomas con competencias asumidas (País Vasco, Cataluña, Galicia, Andalucía, Valencia, Canarias y Navarra) y el propio INSALUD (gestión directa).

### II. OBJETIVO

A partir de estas premisas, se considera necesario acometer programas de actuación de las Administraciones gestoras de los servicios sanitarios, para alcanzar una reducción del gasto en IT.

Estos programas se deberán reflejar en Convenios bilaterales cuyas condiciones generales serán las siguientes:

#### *II.1. Bases generales de los Convenios*

Los Convenios para el control de las situaciones de IT, se ajustarán a las siguientes bases:

- Importe del fondo: 40.000 millones de pesetas en 1998, actualizables en los demás años del cuatrienio. Se destinará anualmente un 10% a actividades y programas sanitarios de seguimiento y control de la IT, y un 90% en función de los resultados en el ahorro efectivo en la prestación por IT para el INSS.
- Asignación de los créditos: Al INSALUD y a las Comunidades Autónomas en función de los coeficientes de población protegida establecidos en el nuevo Acuerdo de financiación. Se liquidarán anualmente los créditos en proporción a los objetivos de actividad y ahorro alcanzados.
- Objetivos de actividad: La puesta en práctica de un programa de medidas de evaluación, seguimiento y control sanitario de la IT, coordinado a nivel estatal por el Consejo Interterritorial, que incluirá una especial colaboración de los Servicios de Salud con el INSS.

Adicionalmente, los respectivos Servicios de Salud podrán mejorar, en el ámbito de sus competencias, las prestaciones sanitarias asociadas a situaciones de IT.

- Objetivos de ahorro: El ajuste de los costes anuales de la IT por Comunidades Autónomas se fija en proporción a su situación relativa respecto a la media nacional.

Se tendrá como parámetro a ajustar el coste afiliado/mes corregido para evitar los efectos de las diferentes bases de cotización por Comunidades Autónomas.

### *II.2 Aspectos esenciales de los Convenios*

Los Convenios recogerán necesariamente las siguientes cuestiones:

- a) Administraciones Públicas intervinientes, facultades y obligaciones respectivas.
- b) Definición de las actividades y objetivos económicos.
- c) Servicios implicados.
- d) Valoración y participación en resultados.

Las Administraciones Públicas que deben adoptar al programa de actuación y tienen la competencia para aplicar las medidas contenidas en el mismo son las que tienen a su cargo la prestación de los servicios sanitarios de la Seguridad Social:

El INSALUD, respecto al territorio de su gestión directa.

Las Comunidades Autónomas que han asumido las competencias en materia de sanidad de la Seguridad social.

Dado el objetivo de los convenios y los servicios que se implican en la aplicación de los mismos, deberán ser Administraciones Públicas intervinientes, además de las Administraciones gestoras de los servicios sanitarios, los Ministerios de Sanidad y Consumo, Trabajo y Seguridad Social y Economía y Hacienda.

La finalidad de los Convenios es promover tanto la actividad de seguimiento y control sanitario de las prestaciones por IT, como conseguir los objetivos económicos de ahorro en la prestación que anteriormente se han señalado.

Habida cuenta de que las condiciones de cada territorio se diferencian por determinadas peculiaridades, con influencia en la situación de IT, los objetivos anteriores deben ponderarse atendiendo al nivel real del gasto por IT en el respectivo territorio, de acuerdo a los ajustes relativos que se establezcan, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Los servicios que deben realizar las actuaciones son los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas gestoras y los del INSALUD-gestión directa, en sus respectivos territorios.

### III. SEGUIMIENTO DE LA APLICACIÓN DE LOS CONVENIOS.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud cuantificará los objetivos económicos que deba alcanzar cada Administración Gestora, y su evolución en el cuatrienio 1998-2001, de acuerdo con los objetivos generales de ajuste de la prestación por Incapacidad Temporal, que se recogen en el epígrafe II.1. -Bases Generales de los Convenios- de este documento.

Para efectuar el seguimiento de la aplicación de los Convenios, tanto en lo referente a la ejecución de tareas, como de consecución de objetivos económicos como se

recogen en los citados Convenios, se constituirá una Comisión de Seguimiento, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

#### IV. MODELO GENERAL DE CONVENIO

Como Anexo se recoge a continuación el modelo general de Convenio.

### ACUERDO QUINTO APLICACIÓN DE LA GARANTÍA DE FINANCIACIÓN MÍNIMA A LOS TRASPASOS DE SERVICIOS

CONVENIO POR EL QUE SE ESTABLECE EL PROGRAMA DE  
ACTUACIONES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ..... PARA EL CONTROL SANITARIO DE  
LA INCAPACIDAD TEMPORAL, Y SE FIJAN LOS OBJETIVOS ANUALES DE AJUSTE EN EL  
COSTE GLOBAL DE ESTA PRESTACIÓN PARA EL CUATRIENIO 1998/2001

Uno de los componentes del Acuerdo de Financiación Sanitaria para el cuatrienio 1998/2001, suscrito en el seno del Consejo de Política Fiscal y Financiera, de 27 de noviembre de 1997, es la constitución de un fondo para la mejora de gestión y lucha contra el fraude en la incapacidad temporal, que asciende en 1998 a 40.000 millones de pesetas (en adelante fondo).

La liquidación definitiva de dicho fondo a los distintos Servicios de Salud, se efectuará en función de la realización de determinadas actividades de control y la consecución de unos objetivos de ajuste en el coste global de esta prestación para el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Al objeto de fijar los compromisos respectivos del Estado y de la Comunidad Autónoma de ..... por lo que se refiere a la asignación de créditos y a los objetivos de este fondo, se suscribe el presente Convenio, con arreglo a lo siguiente:

#### 1. ÁMBITO

El presente Convenio tiene como finalidad establecer las actividades de seguimiento, evaluación y control que en materia de incapacidad temporal corresponde realizar por el Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma de....., en desarrollo de los compromisos contraídos en el Acuerdo de Financiación Sanitaria 1998/2001, aprobado por el Consejo de Política Fiscal y Financiera, de 27 de noviembre, así como fijar los objetivos de ajuste del coste de esta prestación en 1998 y años sucesivos, objetivos a cuya consecución se deberá orientar las iniciativas del Servicio de Salud.

#### 2. RECURSOS FINANCIEROS

La participación inicial de la Comunidad Autónoma de..... en el fondo asciende, en cada ejercicio del cuatrienio, al..... % del importe total del mismo.

Los créditos resultantes de la participación se asignarán del siguiente modo:

- a) El 10% por la realización de las actividades y programas de seguimiento y control de IT que se comprometen a realizar los Servicios sanitarios, de acuerdo a lo establecido en la cláusula 3.
- b) El 90% restante en función de la reducción efectiva de los costes de la prestación por IT para el Instituto Nacional de la Seguridad Social, que se obtengan según los parámetros que se establecen en la cláusula 4 de este Convenio.

### 3. ACTIVIDADES DE CONTROL SANITARIO DE LA IT

Al objeto de alcanzar los objetivos de lucha contra el fraude y racionalización de los costes de la prestación por incapacidad temporal, se establece un programa de medidas de evaluación, seguimiento y control, que corresponde ejecutar al Servicio de Salud, que figura detallado en el apéndice de actividades. Los resultados de dicho programa servirán de base para la liquidación definitiva del 10% ligado a actividad.

La citada liquidación definitiva se practicará anualmente, con carácter acumulativo, de modo que cada una comprenderá todos los ejercicios del cuatrienio transcurridos hasta su práctica, tanto en relación a los objetivos a alcanzar como a los recursos económicos y financieros y a los demás términos que se computen en la citada liquidación.

### 4. REDUCCIÓN DE COSTES DE LA PRESTACIÓN POR IT

La liquidación del 90% del crédito ligado a la consecución del objetivo económico se efectuará conforme a los resultados en los objetivos de ahorro en el coste de esta prestación para el Instituto Nacional de la Seguridad Social, que se recogen en el cuadro de datos adjunto.

En iguales términos que se han reseñado respecto del 10%, la citada liquidación definitiva se practicará anualmente, pero tendrá carácter acumulativo.

Los objetivos de ahorro se fijan en función de la situación actual de coste de dicha prestación, medidos según los datos obrantes en el INSS a finales del mes de octubre de 1997.

Se fija como parámetro de referencia, a cuya reducción han de contribuir el Servicio sanitario, el coste por afiliado/mes, que asimismo figura en el cuadro adjunto.

Este esfuerzo de ajuste se establece en proporción a la situación relativa de cada territorio respecto al importe medio por afiliado/mes, en 1997, del conjunto estatal que, a su vez, se proyecta a lo largo de los cuatro años del Acuerdo, a fin de recoger en el cuadro adjunto los objetivos de ahorro y de esfuerzo adicionales de 1998 hasta el año 2001.

### 5. COORDINACIÓN, VERIFICACIÓN Y CONTROL

La competencia para la interpretación y aplicación del Convenio la ejercerá una Comisión de Seguimiento en el seno de la Comisión de Gestión del Sistema Nacional de Salud, nombrada al efecto por el Consejo Interterritorial.

Serán funciones de esta Comisión de Seguimiento las siguientes:

- Efectuar una valoración de los resultados, con periodicidad trimestral, informando a las partes que suscriben el convenio.
- Ejercer las funciones de control del cumplimiento de este Convenio y, en su caso, las de arbitraje que resulten procedentes.
- Conocer los distintos programas de actividad para el control de la prestación, proponiendo, en su caso, las orientaciones precisas y que la experiencia aconseje para mejorar la gestión y el control de la prestación.
- Examinar la validez y fiabilidad de los sistemas de información establecidos, contrastando y verificando, si resulta procedente, los datos obtenidos de las distintas fuentes.
- Vigilar la eficacia del intercambio de información sobre perceptores de la prestación entre el INSS y el Servicio de Salud.



- Conocer los indicadores básicos de actividad de control y de situación de la prestación correspondiente al Servicio de Salud y al INSS.
- Conocer y evaluar el informe de seguimiento trimestral de los distintos programas especiales de actividades para el control de la prestación.
- Examinar los resultados del seguimiento de la aplicación de la normativa vigente en materia de IT, singularmente en lo referido a las previsiones en la Orden Ministerial de 19 de junio de 1997, valorando las incidencias que se produzcan y recogiendo las observaciones y sugerencias que se formulen para el mejor cumplimiento de la norma.
- Como función primordial, la Comisión de Seguimiento determinará el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos a la Comunidad Autónoma y, conforme a los parámetros seleccionados, informará de los créditos definitivos procedentes en cada caso. Las liquidaciones anuales que se efectúen habrán de ser certificadas por la Comisión de Seguimiento.  
En todo caso, el órgano de seguimiento podrá impulsar los instrumentos de verificación necesarios para la validación de la información en los casos que planteen alguna duda o discrepancia.

El presente Convenio, viene a sustituir al Concierto Marco entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, suscrito el 15 de octubre de 1996 y ratificado por el Pleno del Consejo Interterritorial de 28 de octubre de 1996. En tanto sustituye dicho Concierto Marco, quedará, asimismo, sin validez el Convenio bilateral suscrito con el Instituto Nacional de la Seguridad Social, en lo relativo al control de la incapacidad temporal.

Por lo que se refiere a las actividades de colaboración previstas en dicho Convenio, se estará a lo dispuesto en el punto 8 del apéndice de actividades.

#### APÉNDICE DE ACTIVIDADES DE CONTROL SANITARIO DE LA IT

##### ACTIVIDADES DE CONTROL SANITARIO DE LA IT

Como requisito para la liquidación definitiva a la Comunidad Autónoma del crédito que corresponda por actividad de control de Incapacidad Temporal, el Servicio de Salud y el INSS habrán de realizar, en términos generales, las siguientes actividades:

- 1.º Elaboración y presentación de un programa especial de actividades, que incluya, dentro de un plan cuatrienal, la formulación de objetivos de actividad y resultados, medidas y actuaciones encaminadas a la mejora de la gestión, evaluación y control de la prestación.
- 2.º Establecimiento de un sistema de información homologado para la gestión y control de la prestación.
- 3.º Implantación de los procedimientos necesarios para el intercambio o cesión de información sobre los perceptores de la prestación.
- 4.º Desarrollo de un conjunto básico de datos que facilite la información necesaria para el conocimiento preciso de la situación de la prestación en su ámbito y que, en todo caso, habrá de incluir, junto a los indicadores más generales de la prestación (incidencia, prevalencia, duración media y días de incapacidad/afiliado/mes) aquéllos otros que determine el Grupo de

Trabajo de Coordinación de la Inspección en el Sistema Nacional de Salud. El Servicio de Salud informará mensualmente al mencionado Grupo de Trabajo de la evolución de los datos e indicadores genéricos establecidos. EL INSS, por su parte, habrá de aportar al Servicio de Salud, con una periodicidad trimestral, la información necesaria para el análisis de la situación en su territorio y que, en todo caso, incluirá el número de afiliados por regímenes y el coste medio por afiliado y mes en cada ámbito particular. Con independencia de lo antes expresado, el INSS se compromete a hacer llegar toda la información del conjunto del Estado relativa a la evolución de la IT, en aras a garantizar una máxima transparencia.

- 5º Designación de coordinadores de Incapacidad Temporal en los distintos niveles de organización asistencial sanitaria (provincial, área de Inspección, gerencia y equipo de atención primaria), respetando en todo caso la organización que le es propia a la Comunidad Autónoma, mediante sus servicios de inspección u órganos que asuman sus competencias.
- 6º Desarrollo de actividades de información en materia de Incapacidad Temporal a los profesionales de Atención Primaria que tienen relación con la prestación.
- 7º Desarrollo de programas especiales monográficos de revisión de la Incapacidad Temporal para procesos clínicos específicos, cuyas condiciones se fijarán por acuerdo entre el INSS y el Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma.
- 8º Elaboración y presentación a la Comisión de Seguimiento, constituida al efecto, de un informe trimestral, conforme a las pautas de su programa especial de actividades para el control de la prestación, que habrá de incluir una evaluación de resultados de la aplicación de las recientes disposiciones en relación con la materia, singularmente los referidos a las previsiones contenidas en la Orden Ministerial de 19 de junio de 1997.
- 9º El programa especial de seguimiento de las actividades referido en el número 1º anterior se habrá de realizar utilizando, como mínimo, los datos siguientes:

Actividad	Criterios de valoración
Presentación del programa especial para el control de la prestación	-Presentación ante la Comisión de Seguimiento en el plazo habilitado al efecto
Información de la gestión y del control de la incapacidad temporal. Existencia de dotación tecnológica en cada Unidad de Inspección o similar, así como un programa compatible de gestión de incapacidad temporal	-Nº total de áreas de inspección. -Nº de áreas de inspección dotadas.
Cesión de datos sobre perceptores de la prestación.	-Nº de perceptores de IT autorizados para desplazarse por Comunidades Autónomas. -Nº de cesiones realizadas
Epidemiología de la prestación. Conjunto básico de datos para el conocimiento preciso de la prestación	-Incidencia de bajas y nº de altas producidas mensualmente. -Prevalencia. -Duración media global y por regímenes. -Días IT/afiliado/mes.
Designación de coordinadores de incapacidad temporal en la organización asistencial.	-Nº de coordinadores designados y nivel en el que actúan (territorial, área de inspección, gerencia y equipo de atención primaria).
Formación de los profesionales sanitarios en materia de incapacidad temporal.	-Nº de cursos y otras actividades de formación.
Programas monográficos de revisión de pacientes en incapacidad temporal	-Prevalencia a fin de mes del proceso clínico analizado. -Nº de pacientes de ese proceso controlados por inspección. -Nº de altas producidas tras el control.

Estas actividades estarán sometidas a verificación, seguimiento y control en los términos que establezcan la Comisión regulada en la cláusula 5 del Convenio.

#### CUADRO DE DATOS

DATOS DE PARTIDA (1997)<sup>1</sup>

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE.....

Importe/mes por afiliado (bruto):

Importe/mes por afiliado (corregido):

Gasto total anual:

Porcentaje de diferencia entre la Comunidad Autónoma y la media estatal:

1. Situación actual del coste de la prestación por IT obrantes en el Instituto Nacional de la Seguridad Social a finales de octubre de 1997. Estos datos se proyectan a nivel anual a los efectos correspondientes.

OBJETIVOS ECONÓMICOS (1998/2001)<sup>2</sup>

Porcentaje de reducción en 1998, del importe/mes por afiliado (corregido):  
 Importe/mes afiliado (corregido) resultante en 1998:  
 Montante del ahorro estimado para 1998:  
 Porcentajes de reducción para la Comunidad Autónoma del importe por afiliados/mes (corregido) en los restantes ejercicios del cuatrienio:

1999:	(- %)
2000:	(- %)
2001:	(- %)

(acumulado del período)

Objetivos de ahorro para las Comunidades Autónomas en los restantes ejercicios del cuatrienio:

1999:	(- %)
2000:	(- %)
2001:	(- %)

### ACUERDO TERCERO REGLA ESPECIAL PARA LA EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA DE LAS ENTREGAS A CUENTA POR EL FONDO GENERAL PARA 1998

El nuevo sistema de financiación de los servicios de sanidad, recogido en el Acuerdo primero, supone un esfuerzo importante en la aportación de nuevos recursos, con el objeto de alcanzar el equilibrio entre las necesidades de gasto y los ingresos del sistema.

Por otra parte, la vigencia cuatrienal del nuevo modelo conlleva que la afloración efectiva de los recursos adicionales comience a producirse en el año 1998.

Sin embargo, se considera necesario poder adoptar, sin demora, medidas encaminadas a mejorar las dotaciones de medios de los servicios sanitarios, que se consideren prioritarios, con objeto de adecuarlos a las necesidades de funcionamiento que posibiliten un rendimiento más eficaz desde el mismo momento de iniciación del cuatrienio.

En virtud de ello, el Consejo de Política Fiscal y Financiera considera que procede efectuar la siguiente recomendación al Gobierno:

- Se fija como parámetro de referencia en el control de la IT, a cuya reducción han de contribuir los servicios sanitarios, el coste por afiliado/mes de la Comunidad Autónoma. Toda vez que en el coste de la prestación económica por IT incide, de modo significativo, las cuantías de las bases de cotización –según los diferentes ámbitos territoriales–, se procede a la corrección de tal indicador en todas las Comunidades Autónomas para obtener una referencia respecto al conjunto estatal. El esfuerzo de ajuste que corresponde a la Comunidad Autónoma para obtener una referencia respecto al conjunto estatal. El esfuerzo de ajuste que corresponde a la Comunidad Autónoma se determina en proporción a su situación relativa respecto al conjunto estatal. Las cifras aplicables, en cada ejercicio, evolucionarán por lo que respecta a los objetivos de ahorro en función de las bases de cotización y número de afiliados, en cuanto al fondo, en función del PIB nominal. La comprobación y ajuste de los datos se efectuará por la Comisión de Seguimiento prevista en la cláusula 5ª del Convenio.

"En el menor plazo posible, y al objeto de que las Entidades gestoras de la Sanidad puedan adecuar sus medios a las necesidades de funcionamiento que exigirá el nuevo modelo sanitario a partir de 1 de enero de 1998, el Gobierno debe adoptar las medidas necesarias para que se transfiera al INSALUD, dentro del ejercicio 1997, el importe de 40.000 millones de pesetas, a cuenta de la financiación que proceda transferirle en el ejercicio de 1998 por aplicación del nuevo modelo de financiación de la asistencia sanitaria, recogido en el Acuerdo primero.

Este importe será transferido, a su vez, por el INSALUD a las Comunidades Autónomas con gestión transferida, con el mismo carácter de entrega a cuenta, en cuantía proporcional a la financiación total que han de recibir en el ejercicio de 1998 por el nuevo modelo del sistema de financiación de los servicios sanitarios."

El importe que se haga efectivo en 1997 se regularizará en 1998, mediante deducción del mismo, por dozavas partes, en las entregas a cuenta que se hagan efectivas en 1998."

#### ACUERDO CUARTO MEDIDAS DE MEJORA DE LA GESTIÓN

La reforma del sistema de financiación del Sistema Nacional de Salud, que se recoge en el acuerdo primero, supone un paso decisivo en la suficiencia financiera del sistema, y debe reflejarse, dentro del período al que alcanza su vigencia, en la mejora de la gestión de los servicios sanitarios.

Entre los objetivos a alcanzar en este orden destacan esencialmente dos:

- a) La duración media del período necesario para prestar a los beneficiarios los servicios de salud especializados, especialmente en cuanto a las intervenciones quirúrgicas (listas de espera).
- b) La acreditación de todos los centros hospitalarios, en cuanto al control de calidad exigido para la misma.

En este contexto, el Consejo de Política Fiscal y Financiera entiende que es deseable el conseguir estos objetivos en el más breve plazo posible, por lo que aprueba la siguiente recomendación:

"En el año 1999 se procederá a efectuar una valoración de los resultados conseguidos en los objetivos señalados en las letras a) y b) anteriores, y en el caso de que los mismos reflejen un avance significativo, se incrementarán los recursos financieros del sistema en un importe de 25.000 millones de pesetas, que se integrará en el fondo general por población protegida."

#### ANEXO DE MODELO DE CONVENIO

La aplicación del principio de equilibrio financiero, recogido en el apartado 7º del epígrafe IV, se hará extensiva a las Comunidades Autónomas que asuman las competencias en materia de Sanidad de la Seguridad Social, mediante la incorporación en la valoración del traspaso de la cantidad que resulte según la siguiente fórmula:

$$\text{Importe} = \{PGE_{98} (PP_a - PP_r) - 0,0025 \cdot F_{98}\} \cdot I_a$$

Siendo

$PGE_{98}$  = 3.719.396,5 millones de pesetas.  
 $PP_a$  = Población protegida relativa de la Comunidad Autónoma según el sistema de financiación del período 1994-1997.  
 $PP_n$  = Población protegida relativa de la Comunidad Autónoma según el sistema de financiación del período 1998-2001.  
 $PP_{98}$  =  $PGE_{98} \cdot PP_a$   
 $I_a$  = Valor del índice de evolución del sistema de financiación de los servicios sanitarios (*PIB* nominal), acumulado entre el año 1998 y el año en que tenga efectividad inicial el acuerdo de traspaso de servicios.

ACUERDO SEXTO  
APLICACIÓN DEL ACUERDO SOBRE EL SISTEMA DE FINANCIACIÓN  
DE LOS SERVICIOS DE SANIDAD PARA EL CUATRIENIO 1998-2001  
A LAS COMUNIDADES DE RÉGIMEN FORAL

Se acuerda añadir un nuevo epígrafe XII al documento contenido en el Acuerdo primero, del siguiente tenor literal:

XII. APLICACIÓN DEL SISTEMA DE FINANCIACIÓN A LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS DE RÉGIMEN FORAL.

La Comunidad Autónoma del País Vasco y la Comunidad Foral de Navarra quedan excepcionadas de la aplicación del presente sistema, habida cuenta de que la financiación de la sanidad de estas Comunidades viene definida por la Ley General de Sanidad, los específicos regímenes de Concierto y Convenio Económico y los correspondientes Reales Decretos de transferencia.