



**CONSEJO DE CUENTAS**  
**DE CASTILLA Y LEÓN**

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

---

**PLAN ANUAL DE FISCALIZACIONES 2018**



## ÍNDICE

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



## **ACLARACIONES**

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

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

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

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

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

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



## **I. ALEGACIONES DE LA GRS**

### **I.1. CONSIDERACIONES PREVIAS**

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

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

#### **Contestación a las consideraciones**

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



## **I.2. ALEGACIONES**

### **Párrafo de referencia (páginas 21, 24 o 25)**

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

....

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



### **1ª Alegación realizada**

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



### **Contestación a la alegación**

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

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

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

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

### **Párrafo de referencia (página 29)**

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



## **2ª Alegación realizada**

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

## **Contestación a la alegación**

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

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

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

## **Párrafos de referencia (páginas 55 y 56)**

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





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

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

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

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

### **3ª Alegación realizada**

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



### **Contestación a la alegación**

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

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

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

### **Párrafos de referencia (página 64)**

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

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

Tratamiento de las alegaciones



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

#### **4ª Alegación realizada**

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

#### **Contestación a la alegación**

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



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

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

**Párrafo de referencia (página 76)**

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

**5ª Alegación realizada**

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



### **Contestación a la alegación**

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

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

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

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

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



### **Párrafo de referencia (página 105)**

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

### **6ª Alegación realizada**

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

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

### **Contestación a la alegación**

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

**Con carácter general las recomendaciones efectuadas derivan de las**



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

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

### **I.3. CONSIDERACIONES APARTADO III.5**

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

Asimismo, se advierten algunos posibles errores:

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



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

### **Contestación a las consideraciones sobre el apartado III.5**

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

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

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

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





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

CUADRO Nº 25

**VARIACIÓN PORCENTUAL DEL GASTO DE ATENCIÓN PRIMARIA**

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

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