

---

## Financiación de la Sanidad Pública Balear

F.J. Moranta Mulet

---

### Introducción

Tras la firma del traspaso de las funciones y servicios del INSALUD a la Comunitat Autònoma de les Illes Balears en el 2002 junto con el acuerdo de política fiscal y financiera del nuevo modelo financiación de las Comunidades Autónomas se creó un nuevo escenario para la cobertura la asistencia sanitaria de la seguridad social.

El nuevo modelo tenía vocación de permanencia, permitiendo que las Comunidades Autónomas pudieran realizar una planificación a largo plazo con mayor certidumbre y seguridad, Estabilidad, para dar continuidad y seguridad a las CCAA y permitir la planificación a largo plazo.

Este acuerdo se basa entre otros en los siguientes principios :

- 1) **Suficiencia**, para garantizar los recursos suficientes para las CCAA puedan atender adecuadamente la prestación de los servicios asumidos.
- 2) **Autonomía** supone una ampliación de la responsabilidad fiscal para ampliar la capacidad de decisión tanto en lo que respecta a la forma de obtención de sus recursos como a las condiciones de la prestación de sus servicios.
- 3) **Solidaridad** para garantizar que las CCAA pudieran prestar sus servicios en condiciones equivalentes, con independencia de las distintas capacidades de obtención de recursos tributarios, mediante la determinación de las necesidades totales y la implantación de denominado fondo de suficiencia.

### Realidad económica y red sanitaria

El sistema sanitario balear empezó su andadura a partir de la entrada en vigor de la Ley autonómica 4/1992, de 15 de julio, mediante el Servicio Balear de la Salud (SERBASA), creado como ente público. La Ley 4/1992 fue derogada por la Ley autonómica 5/2003, de 4 de abril, de salud, que configura el sis-

tema sanitario público balear —denominado a partir de ese momento Ib-salut— como un ente público de carácter autónomo dotado de personalidad jurídica propia y patrimonio propios .

Entre estas dos leyes se produce un hecho trascendental: el traspaso de las competencias sanitarias a las Islas Baleares, plasmado en el Real decreto 1478/2001, de 27 de diciembre 2001. El Ib-salut hereda, pues, una organización sanitaria con el mayor déficit estructural y financiero, ya que las Islas Baleares son la única comunidad autónoma con un gasto per capita inferior a 600 € y con un diferencial de 100 € respecto a la media del estado (según datos del año 2000).

Además, Baleares deben hacer frente a una de las materias más importantes que conforman el estado del bienestar y que han supuesto un cambio radical del parque de infraestructuras —que en buena medida había quedado desfasado—, por lo que el proceso de transferencia se hace más traumático.

En el periodo de 2002 a 2007 se han inaugurado tres centros hospitalarios, y está previsto abrir casi treinta centros de salud y construir dos nuevos hospitales en el periodo de 2004 a 2010 (el primero sustituirá al actual Hospital Universitario Son Dureta, con más de 50 años de servicio, y el segundo complementará al actual Hospital Can Misses, de Ibiza) todo ello encaminado incrementar el nivel de salud de la población con los medios necesarios para que esta atención se preste en las mejores condiciones posibles.

### Presupuesto iniciales

Desde las transferencias la CAIB ha apostado por la política social , lo que ha supuesto intentar adecuar la financiación de la sanidad para dar cobertura a las necesidades reales de la población. Este hecho, ha posibilitado disponer de las partidas necesarias, pero en algunos años no suficientes, para que el Servicio de Salud haya podido cumplir su misión de proveer de la asistencia sanitaria a los ciudadanos y, también, acometer las inversiones en materia de infraestructuras para modernizar la dotación de hospitales y centros de salud de la red sanitaria pública.

El presupuesto del IBSALUT de las Islas Baleares ha pasado de 655 millones en el año 2003, a 1.060 en el año 2007, crecimiento que ha sido del 61'8% en términos porcentuales. En el último año de la legislatura, el Servicio de Salud gestiona el 36'2% de los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma, lo que confirma la prioridad para ofrecer a los ciudadanos una sanidad pública accesible, cercana, eficiente, equitativa y de mayor calidad. Para que la Consejería de Salud y Consumo haya podido disponer del presupuesto necesario para atender las demandas de los usuarios, las arcas autonómicas han realizado un esfuerzo continuado para suplir las carencias derivadas de la aportación en materia sanitaria del Gobierno central, tal y como establece el Sistema de Financiación Autonómica que se acordó en julio de 2001 y que está vigente desde enero de 2002 ( con las actualizaciones realizadas los últimos años), cuando la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares asumió las competencias de sanidad.

El Sistema de Financiación Autonómica se cerró para las Islas Baleares sobre una base de población de unas 822.000 personas, es decir, el número de habitantes que había en el año 1999, mientras que en enero de 2007 el número de residentes en Baleares era de más de un millón de personas. Este desfase poblacional se ha traducido durante los últimos años en una merma de la aportación económica del Gobierno central para sufragar los gastos de la sanidad.

	Aportación del Estado	Aportación del Gobierno	Presupuesto Global
2005	735 mill. €	215 mill. € (22,6%)	950 mill. €
2006	801 mill. €	203 mill. € (20,2%)	1.004 mill. €
2007	909 mill. €	146 mill. € (13,7%)	1.060 mill. €

La evolución de los presupuestos iniciales CAIB y los de sanidad a lo largo del periodo 2003/ 2007 y el peso de salud respecto a la CAIB han sido los siguientes:

Pressuposts Generals de la CAIB					
	caib	%inc.	salut	%inc.	%salut
2003	1.796.610.000,00		667.834.942,00		37,17%
2004	1.859.185.680,00	3,48%	688.482.330,00	3,09%	37,03%
2005	2.587.788.967,00	39,19%	912.120.098,00	32,48%	35,25%
2006	2.713.974.461,00	4,88%	1.026.234.470,00	12,51%	37,81%
2007	2.894.384.696,00	6,65%	1.083.533.749,00	5,58%	37,44%

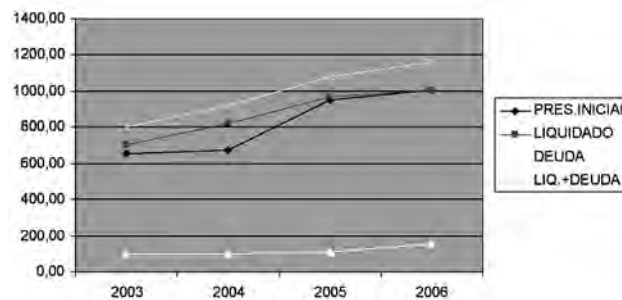
Datos : pressupost CAIB (datos consolidados conselleria de Salut i consum)

Como puede apreciarse los incrementos han ido paralelos a los de la propia comunidad autónoma creciendo estos últimos cinco años mas del 60%, y ges-

tionando mas del 37% del presupuesto general de la CAIB.

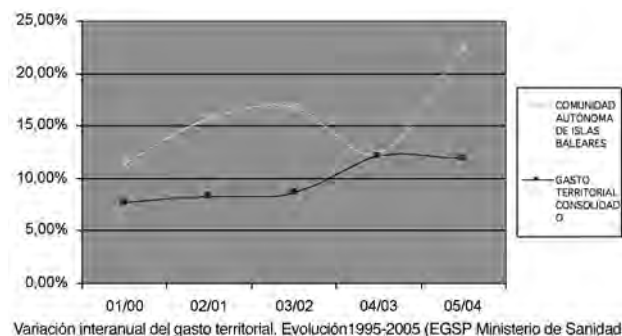
### Presupuestos liquidados

Si la comparación la centramos en el propio IBSALUT y cotejamos los datos reales de cierre de estos ejercicios, la evolución del presupuesto, del gasto y de la deuda en el periodo de 2003 a 2006 ha sido la siguiente:



El gasto sanitario en el periodo inmediato a la transferencia ha crecido más del 50 % en los últimos cuatro años. Comparando este dato con los de la media del estado, se aprecia que las variaciones interanuales del gasto en sanidad en las Islas Baleares han sido muy superiores en el periodo posterior a la transferencia (2001-2005).

Si realizamos el comparativo de gasto liquidado según fuentes del propio ministerio de sanidad en Baleares se han producido incrementos sustanciales respecto de la media del estado en todos los años exceptuando el 2004 que se equiparó con la media nacional.



Variación interanual del gasto territorial. Evolución 1995-2005 (EGSP Ministerio de Sanidad)

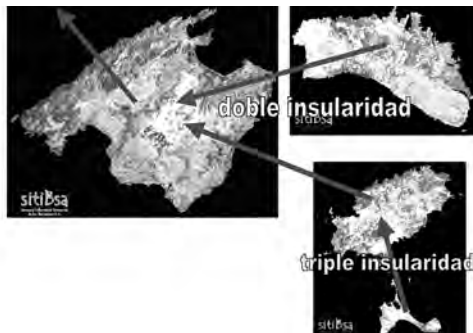
### Los hechos diferenciales

Los hechos diferenciales de las Islas Baleares que han incidido en el incremento del gasto sanitario se pueden resumir así:

**La insularidad:** elemento caracterizador principal y determinante de la prestación sanitaria en las Islas Baleares, cuya repercusión en el acuerdo de política fiscal y financiera suscrito en 2001 recogía un 0,5 % —insuficiente y desproporcionado— en el reparto con la Comunidad Autónoma de Canarias (25 % para las Islas Baleares, 75 % para las Canarias).

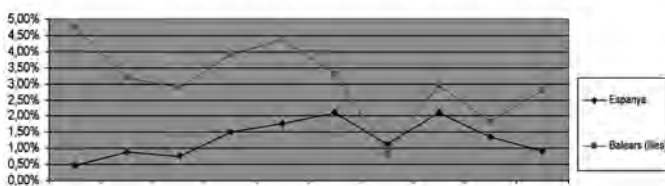
Componentes del coste de insularidad :

- El coste de las operaciones de transporte de mercancías,
- El coste de las operaciones de transporte de viajeros
- El coste de oportunidad por falta de alternativas de transporte es otro aspecto del coste de insularidad.
- Costes de distribución.
- También, se podría hacer referencia a los llamados “costes invisibles” o “costes no cuantificables”. Así por ejemplo, los tiempos perdidos en los procesos productivos por causa de la insularidad.



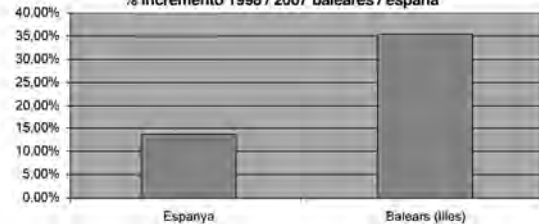
**El crecimiento poblacional:** en los últimos años se ha pasado 760.379 habitantes en 1996 a alcanzar los 1.029.139 habitantes en el 2007, (según cifras del Instituto Balear de Estadística) sobre todo debido a los movimientos migratorios

% crecimiento interanual población balear/españa



El incremento en estos últimos 9 años en la CAIB ha sido de más del 35% a diferencia de 13,7% de la media del estado.

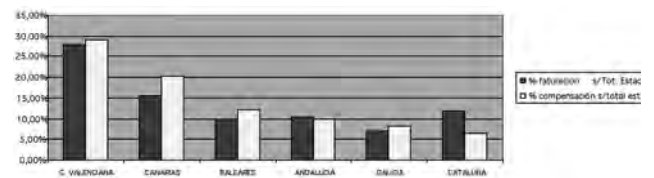
% incremento 1998 / 2007 baleares / españa



**La industria turística:** aunque genera el 70 % del PIB, supone una gran afluencia de visitantes con necesidades sanitarias y una población flotante de trabajadores, lo cual incrementa la oscilación demográfica. Tampoco hay que olvidar la incipiente (pero importante) aparición del llamado turismo asistencial.

En lo que respecta a la atención de los desplazados la Ley 21/2001 creó el Fondo de Cohesión Sanitaria, con la finalidad de ‘garantizar la atención a ciudadanos desplazados procedentes de países de la Unión Europea o de países con los que España tenga suscritos convenios de asistencia sanitaria recíproca’.

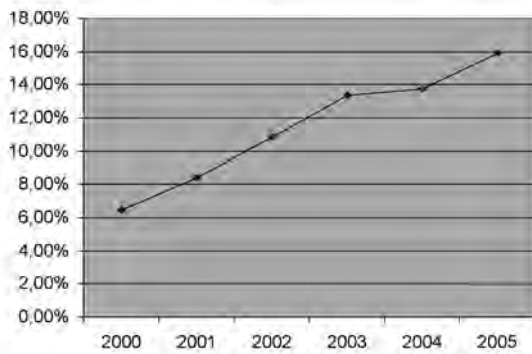
Baleares es la 3ª comunidad en recibir fondos de cohesión que representa un 12 % sobre el total de los importes compensados. En los primeros años la compensación se realizaba por el saldo neto positivo correspondiente al gasto real resultante de la diferencia entre el importe recaudado y el pagado por España por ciudadanos de la Comunidad Autónoma en otros Estados, esta compensación era manifiestamente injusta por lo que a requerimiento de las CCAA afectadas entre las que se encontraba Baleares, se procedió a cambiar el criterio de reparto. El Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) es el organismo competente para la gestión y liquidación de los gastos originados., en los dos últimos ejercicios esta compensación se realiza comunidad a comunidad los que se traduce en una mayor financiación. El siguiente cuadro muestra las 6 CCAA que representan mas del 80% de la facturación del estado y los porcentajes de compensación recibidos por esta actividad, como puede apreciarse el efecto de cambio de criterio en los dos últimos años es significativo tanto para canarias como para Baleares.



**La creciente población de inmigrantes a largo plazo:** procedentes de los países europeos, hacen de las Islas Baleares su destino como segunda residencia, a menudo con vistas a la jubilación. La evolución de residentes extranjeros en Baleares tiene una tendencia al alza muy importante que implica un aumento en costes sanitarios muy relevante, más aun cuando se trata de residentes de edad elevada que tienen una incidencia mas elevada en el consumo de prestaciones sanitarias.



evolució del % de residents estrangers



En resumen, estos cuatro hechos diferenciales son los causantes en buena medida de un aumento muy importante de la demanda de servicios sanitarios públicos y en consecuencia del gasto sanitario.

### Financiación de los servicios sanitarios (modelo y realidad)

La manera de asignar los recursos financieros a los agentes del sistema sanitario quedó plasmada en el documento de propuestas estratégicas del Ib-salut, publicado en mayo de 2002, en el que se pusieron las bases para un sistema de pago a proveedores sustentado en el contrato de servicios entre el financiador/comprador y los proveedores como instrumento fundamental que establece las condiciones de compra de servicios.

Un modelo basado en la diferenciación de funciones, necesariamente obliga a recordar la existencia de cuatro agentes distintos: el financiador o Autoridad Sanitaria, el comprador de servicios, los provisosores de servicios y el usuario. El desarrollo de este modelo aconseja la división de las funciones de la organización en tres grandes áreas:

Funciones Corporativas	Funciones de Compra	Funciones de Provisión
Responsabilidad de garantizar la equidad, calidad y eficiencia	Responsabilidad de garantizar la prestación sanitaria	Responsabilidad de los factores de provisión
Planificación estratégica	Planificación táctica	Planificación operativa
Acreditación Homologación Sistemas de información Impulso de mejoras de Gestión Plan de Calidad	Compra de servicios por medio de contratos a centros públicos y privados	Política de Recursos Humanos Desarrollo directivo Seguimiento presupuestario

• **Función corporativa.** Una de las funciones centrales del IBSALUT ha sido la consolidación formal y normativa del proceso del cambio organizativo, una de las funciones corporativas fundamentales ha sido la de garantizar las prestaciones a los ciudadanos de la CAIB. En este sentido, si bien las prestaciones a que da derecho el SNS están definidas con carácter general por Decreto. Asimismo a lo largo de esta últi-

ma década se ha procedido a la puesta en marcha de nuevas prestaciones tan importantes como el PADI, la ley de garantías de demora, o la implnatación del programa de neuroreflexoterapia con la Fundación KOVACS.

• **La función de compra** tiene como objetivo esencial el desarrollo de los instrumentos de contratación de servicios y productos sanitarios, mediante la selección de los proveedores más eficientes en calidad y precio, asegurando que el paciente sea atendido en todo caso en las mejores condiciones y dentro del marco presupuestario fijado por el financiador. De acuerdo con lo explicitado, deberán cumplirse las siguientes requisitos:

- Equidad en el acceso.
- Cobertura de las prestaciones del Sistema.
- Garantías de calidad en la prestación.
- Adecuación a la financiación fijada para su población adscrita.

• **La función de provisión.** La diferenciación entre compra y provisión implica la introducción instrumentos contractuales.

La existencia de contratos programa o contratos de gestión, puede aportar herramientas de planificación indicativa que ayuden a explicitar el intercambio entre financiación y actividad. La función contractual debe concebirse de una manera relacional, a medio plazo (y no sólo anual), evitando la prolijidad en las cláusulas e ítems de actividad, buscando sistemas sencillos de gestión.

La diferenciación entre las funciones de compra y provisión ha llevado a una paulatina dotación de autonomía de gestión a los centros sanitarios. Este proceso, se ha realizado con las cautelas necesarias para garantizar el buen fin del cambio organizativo. Aunque los provisosores reales son los centros de Atención Primaria y Atención Especializada, hay funciones de provisión que están ubicadas a nivel de los servicios centrales precisamente para coordinar, facilitar y velar por el correcto desarrollo de los factores de provisión (recursos humanos, económicos y financieros). El incremento de centros con herramientas de gestión propias y con órganos de gobierno autónomos configuran nuevas relaciones con la organización de los servicios centrales, así pues, la adaptación de la función de provisión deberá desarrollarse con una proyección de futuro suficiente para dar cobertura a la transformación de competencias y a la aparición de nuevas relaciones.

## Modelo

Los aspectos más relevantes del modelo implantado han sido los siguientes:

- Se ha incentivado la utilización eficiente de los recursos sanitarios, con lo cual se ha garantizado la calidad del servicio y la equidad del sistema.
- Se han impulsado o desestimado determinadas líneas de producto, según los criterios de planificación sanitaria.
- Se ha eliminado la financiación adicional al sistema, que podía generar incentivos perversos.
- Se han promovido mejoras en los sistemas de información, de control de costes y de contabilidad financiera.

## Sistema de pago

El sistema de pago a los centros de l'Ib-salut se ha basado en el hecho de que son limitados los recursos del sistema para financiar la compra de la actividad. Además, el sistema de pago se ha diseñado bajo la premisa de repartir estos recursos de la manera más eficiente posible entre los proveedores y entre las líneas de producto. Todo ello implica que:

– Se han implantado unos sistemas de información suficientemente desarrollados para poder medir la actividad (plataforma ERP/ANALITICA) nos encontramos en el momento más idóneo para abarcar este proyecto como consecuencia del gran número de sistemas de información que se han puesto en marcha en diversos ámbitos dentro del Servei y que facilitan el poder obtener una información ágil, fiable y homogénea que nos va a ayudar a diseñar un sistema de soporte a Decisiones estratégicas. Entre estos proyectos destacan: proyecto integral ERP logístico-eco-financiero (plataforma sap), ESIAP ( asistencial en primaria ), informatización receta ELECTRONICA, homologación de sistemas asistenciales en todos los centros, proyecto FIC (Factoría Información corporativa), (Data Warehouse), informatización código asignación a paciente, y por supuesto a SAVAC consultores como implantadores de su sistema de información que gestiona costes sanitarios GESOCOT.

– Se han desarrollado instrumentos contables de gestión que vinculan los costes con la actividad para impulsar la utilización de la Información asistencial y económica como medio esencial para la obtención de indicadores fundamentales que faciliten la gestión y elaboración de los Cuadros de Mando tanto a nivel de Servicios Centrales como Gerencias, Unidades de

Gestión, Jefaturas de Servicio, etc.. con el objeto de disponer de información relevante para la toma de decisiones estratégicas.

– El conjunto de recursos dirigidos a financiar los productos de la actividad sanitaria es cerrado; el sistema plantea como objetivo obtener el máximo de producto sanitario con los recursos disponibles. El Contrato de Gestión es el instrumento utilizado por ib-salut para establecer las actividades a realizar por cada uno de sus Centros y los recursos de que dispone para ello, así como el marco y dinámica de sus relaciones. Es la expresión del rigor de las actuaciones de los gestores públicos en su responsabilidad, sin menoscabo de aquellos aspectos que por su carácter de necesidad social deban ser asumidos independientemente de su coste y nivel de eficiencia.

– Los recursos financieros asignados a nuestros centros a través del Contrato de Gestión han constituido el marco y límite en el que se ha de desarrollado el conjunto de la actividad que los centros tienen encomendada. El ib-salut incentiva así de forma especial el establecimiento de objetivos comunes de Coordinación Asistencial entre Hospitales y Gerencia de Atención Primaria. Los centros han implementado la información definida en el Contrato de Gestión para su evaluación y seguimiento y una vez finalizado el ejercicio y dentro del primer cuatrimestre del ejercicio siguiente, la memoria anual del hospital, en la que se reflejan diferentes aspectos contemplados en el Contrato de Gestión, así como las actividades y resultados obtenidos.

## Conclusiones

Una vez definida la problemática de financiación de la sanidad Pública en Baleares, la manera de afrontar los puntos más importantes para la organización del IBSALUT en cuanto a la definición del modelo actual de financiación se ha desarrollado bajo las premisas siguientes:

1. Participación en la definición del entorno financiero y en el análisis y la revisión de las fuentes de financiación de l'Ib-salut.
2. Introducción de cambios en los instrumentos de elaboración de presupuestos de l'Ib-salut
3. Análisis y revisión de los controles presupuestarios de l'Ib-salut.

4. Sanidad como fuente de ingresos, facturación a terceros.

5. Análisis y revisión de los mecanismos, los criterios y el modelo de pago a los proveedores y de financiación de los centros.

6. Implantación de sistemas de información para medir la actividad y desarrollo de instrumentos de contabilidad de gestión (presupuestos prospectivos ligados a la actividad) y de control de costes.

El reto que se plantea el IBSALUT para la evolución inmediata de la financiación sanitaria de nuestros centros deberá afrontar entre otras las características siguientes:

– Análisis de una base capitativa modulada por la actividad.

– Profundizar, una vez puestas en marcha las herramientas de gestión pertinentes, las vías para ser sensible a la casuística en cada uno de nuestros centros: hay que diferenciar la complejidad de los procesos e identificar los ingresos innecesarios y los potencialmente ambulatorios.

– Modular la actividad, en el sentido de que es necesario establecer los mecanismos de incentivación o desincentivación de la actividad según las necesidades de la población y el conjunto del área de influencia de cada centro.

– Debe tener homogeneidad, claridad y facilidad de interpretación, en el planteamiento de las relaciones entre IBSALUT y los centros de los dependientes.

– Se han de instrumentalizar las formulas que permitan incentivar las áreas o las líneas de producto de interés estratégico.

## Bibliografía

Gaspar Tamborero “Propostes estratègiques del Servei de Salut de les Illes Balears” pag 84-90 , editat per l’IBSALUT en maig 2002.

López i Casasnovas G , “ Diagnóstico de situación y pronóstico de la evolución futura de la financiación y gasto de la sanidad española”, Papeles y memorias de la real academia de ciencias morales y políticas española V nº76. Pp 65-97

Rey del Castillo, Javier “Descentralización de los servicios sanitarios”1998 Escuela andaluza de Salud pública

Lopez i Casasnovas G y Casado D. 1998, “La financiación de la sanidad pública española: Aspectos macroeconómicos e incidencia en la descentralización fiscal” , Presupuesto gasto público, Ministerio de Economía y Hacienda.

López i Casasnovas G 1998, “Financiación Autónoma y gasto sanitario público en España”, Papeles de Economía española v nº76. Pp 2 -14

Memoria del CES sobre Economía el treball i la societat de les Illes Balears . Les illes balears en xifres, IBAE institut balear d’estadística

Roselló Rausell, José Antonio “ El nou sistema de finançament de les Comunitats Autònomas aplicat a les Illes Balears” Revista Cojuntura 2015 num.5(juliol/octubre 2002).

Sánchez Maldonado José, Gómez sala J 1998 “ La financiación territorial de la Sanidad : especial referencia a España” Papeles de Economía española v nº76. Pp19 -47

Pressupost Generals de la CAIB años 2001/2002/2003/2004/2006/2007.

Consejo de política fiscal y financiera Sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de Régimen Comun. Madrid 30 de Noviembre del 2001.

Argente, Miquel, 2002 “El nou sistema de finançament de la sanitat a partir de l’any 2002” Fulls econòmics del sistema sanitari, nro 36 pag.6-8.

Monográfico “Las transferencias Sanitarias” Fundación Signo Vol.3.

López i Casasnovas G 1998, “La financiación Autónoma de la sanidad. Algunas afirmaciones valoraciones y constataciones”, Gaceta sanitaria 2000 nro. 14 Pag 300-3005.

IBAE Instituto Balear de estadística. Distintas publicaciones. Conselleria d’Economía i Hisenda. Palma.

López i Casasnovas G 1998, “ Reflexiones sobre el futuro del estado del bienestar- Los servicios de Salud como compromiso entre el alcance de las prestaciones su calidad y su coste” Depto, de Economía de la UPF i CRES.