

Modelo de financiación sanitaria capitativa ajustada, caso Canarias

CONRADO DOMÍNGUEZ TRUJILLO

Director del Servicio Canario de Salud

LUIS MÁRQUEZ LLABRÉS

Director General de Recursos Económicos

ANA MARÍA PÉREZ ALFONSO

Jefa del Servicio de Análisis Económicos

Recibido: Noviembre 2018

Aceptado: Noviembre 2018

Resumen

El presente estudio se centra en determinar y cuantificar los factores y variables que están influyendo en el gasto sanitario de la Comunidad Autónoma de Canarias derivadas de las condiciones de fragmentación insular y ultraperiferia de su territorio, y que deben ser estructuralmente incluidos en el sistema de financiación del SNS. Para ello, se propone un modelo de financiación para las Gerencias del Servicio Canario de la Salud (SCS), que reconozca la casuística específica de la región y aporte mayor equidad en la distribución de los recursos.

Palabras clave: financiación capitativa, gasto sanitario, modelo.

Clasificación JEL: I18.

Abstract

The focus of this study is to establish and quantify the factors and variables that are influencing the sanitary cost of the Canary Islands region, derived from the fragmentation and ultra-peripheral conditions of the territory, which must be structurally included in the NHS financing system. Likewise, a financing model for the Management Office of the Canarian Health Service is proposed which recognizes the specific casuistry of the region and gives higher equity in the resources distribution.

Key words: capitativa financing, health expenditure, model.

JEL Classification: I18.

1. Introducción

En el año 2005 el Instituto de Estudios Fiscales publica «Informe para el Análisis del Gasto Sanitario»¹. En el mismo se recoge un análisis exhaustivo de los factores que explican todos los componentes que afectan a la eficacia y eficiencia del gasto sanitario, entre otros.

¹ Jorge Juan Relaño Toledano, Vicente Gómez Juanes, María Luisa García Calatayud, José María Lillo Fernández de Cuevas, Teresa Morales Ibáñez, Carlos Grossón Miguel, Paloma de Vega Meño, Patricio Santamaría, Soledad Pinedo Barros, Esperanza Gómez Plaza, y colaboradores de las CCAA. Ministerio de Sanidad, Servicios

Dicho informe nace como encargo de la Conferencia de Presidentes² y para ello se constituye un Grupo de trabajo liderado por la Intervención General del Estado (IGAE) y constituido por miembros del Ministerio de Economía y Hacienda y Ministerio de Sanidad y Consumo, conjuntamente con representantes de las Comunidades Autónomas. Dicho informe tuvo su continuación en el siguiente análisis realizado en el año 2007³ también elaborado por dicho Grupo de Trabajo.

Es fruto de esas reuniones, que cuentan con la participación de la Comunidad Autónoma de Canarias, en el que utilizando como base la metodología existente en el Estado para repartos presupuestarios regionales basados en la distribución poblacional, el Servicio Canario de la Salud, a través de la Dirección General de Recursos Económicos (Servicio de Estudios y Análisis Económico⁴) inicia un proceso evolutivo del modelo estatal, que culmina con la elaboración de una metodología propia que tiene en cuenta las particularidades de las islas en la distribución del presupuesto sanitario.

Históricamente la utilización incrementalista en la elaboración del presupuesto no había sido suficiente para recoger aquellas circunstancias específicas que presentan los centros de gasto de cada una de las islas por lo que se trabajó en un modelo con la incorporación de la población en primer lugar como variable de reparto. Dicho modelo ha sido capaz de recoger otras variables que complementan la que supone el principal factor de reparto como es la población ajustada al perfil de gasto por tramos de edad, añadiéndose posteriormente otras no sólo demográficas, vinculadas a especificidades de las islas (asistencia a no residentes, o nivel de concertación), sino también de dispersión (indemnización por residencia y consultorios locales y periféricos) e incluso de complejidad (peso total por Grupo Relacionado por Diagnóstico-GRD) en los procesos asistenciales de los centros sanitarios.

En la actualidad, dicho modelo se viene aplicando en los presupuestos de los centros sanitarios de forma parcial, aunque progresiva, lo que permite realizar autoevaluaciones y correcciones en el mismo. Se ha creado un grupo de trabajo interno entre la Dirección General de Recursos Económicos y las Direcciones de Gestión de los centros sanitarios (Gerencias de Atención Primaria y Especializada), para evaluar los resultados y modificar, incorporar o suprimir las variables de interés, y sobre todo ha permitido transparentar los repartos intrarregionales en la Comunidad Autónoma de Canarias en la medida de dotar al SCS de una herramienta que permite reducir la discrecionalidad en los repartos de las dotaciones presupuestarias.

Sociales e Igualdad 2006. Nota Metodológica de la Unidad responsable de la Estadística de Gasto Sanitario Público.

² Grupo de trabajo de la Conferencia de Presidentes para el análisis del gasto sanitario. Instituto de Estudios Fiscales. Ministerio de Economía y Hacienda y Ministerio de Sanidad y Consumo. Julio 2005. Informe para el Análisis del Gasto Sanitario.

³ Grupo de trabajo de la Conferencia de Presidentes para el análisis del gasto sanitario. Instituto de Estudios Fiscales. Ministerio de Economía y Hacienda y Ministerio de Sanidad y Consumo. Septiembre 2007. Informe para el Análisis del Gasto Sanitario.

⁴ Asiste como miembro del Grupo de trabajo para la elaboración del Informe para el Análisis del Gasto Sanitario, D. Juan Luis Olmedo Guerrero que además fue Jefe de Servicio de Estudios y Análisis Económico de la DGRREE del SCS e impulsor de la metodología del proyecto en esta Comunidad. El resto de los miembros representantes del GT fueron el Director General de Recursos Económicos en ese período (D. Alberto Mario Pazos Asstrar) y el Director de Planificación y Presupuesto del Gobierno de Canarias (D. Gabriel Megías Martínez).

Asimismo, destaca la incorporación en el modelo de financiación, de una variable de resultado modulado por indicadores de salud y su cumplimiento por parte de las Gerencias a través del Programa de Gestión Convenida (contrato programa donde se pactan los objetivos entre la Dirección del SCS, Dirección de Área y Dirección del Centro⁵) aunque en este caso se trate de complementar la toma de decisiones para el correspondiente reparto del presupuesto, al ser una variable que no es válida para reducir desigualdades pero sí para incluir incentivos en el cumplimiento de objetivos.

2. Metodología

El modelo persigue un sistema de financiación de los proveedores sanitarios públicos de la Comunidad Autónoma de Canarias que sea ágil y dé cabida a las premisas de suficiencia, igualdad, y equidad horizontal. El modelo tiene como punto de partida un sistema tradicional de reparto del crédito presupuestario basado en la población ajustada por perfiles de gasto por edad y la complejidad hospitalaria. No obstante, este sistema ha resultado limitado al no considerar otras variables de gasto sanitario que intervienen en la prestación del servicio y que no se están teniendo en cuenta en la dotación presupuestarias de cada gerencia, algunas de ellas derivadas del condicionante insular y fragmentado del territorio. Por ello, mediante el actual modelo se propone la introducción de nuevas variables y ajustes que permitan alinear la financiación de los proveedores con sus necesidades reales.

En el método propuesto se pueden considerar las siguientes Fases:

1º Fase: definir las variables de gasto asociadas a la prestación del servicio sanitario que están incidiendo en el gasto real de las instituciones sanitarias públicas en Canarias.

2º Fase: establecer el peso y participación de cada una de estas variables en el gasto total sanitario público, y definir los parámetros para su distribución entre las gerencias del SCS. El peso de las variables se determina cada año en función del comportamiento en el ejercicio inmediatamente anterior, lo que permite ir adaptando la financiación a los costes y resultados obtenidos por cada centro.

3º Fase: aplicar las ponderaciones de reparto por variable y gerencia obtenidas al presupuesto asignado.

4º Fase: medir el resultado del modelo a través de la dispersión de la financiación per cápita entre las diferentes áreas de salud, y su comparativa con el modelo de financiación anterior.

5º Fase: Complementar el crédito resultante con el reparto por gerencias de una porción del crédito asignado para la gestión de la asistencia sanitaria a través de indicadores de resultados en salud.

⁵ El Programa de Gestión Convenida (PGC) es el instrumento por el cual se fijan con los órganos de prestación de servicios sanitarios, los objetivos sanitarios a alcanzar, la dotación de los recursos, los plazos para ser alcanzados y los incentivos (Artículo 70 de la Ley 11/1994, de 26 de julio de Ordenación Sanitaria de Canarias).

2.1. Definir las variables que están incidiendo en el gasto real de las instituciones sanitarias públicas de Canarias y su participación en el reparto del crédito asignado

Para la concreción de las variables de gasto a considerar en el modelo, se constituyó un grupo de trabajo formado por representantes de la Dirección General de Recursos Económicos y los Directores de Gestión de las instituciones sanitarias del Servicio Canario de la Salud, con objeto de reflexionar y definir las variables medibles que están determinando con mayor incidencia el gasto sanitario público en Canarias. Como resultado de tal reflexión se definieron los siguientes factores y variables a partir de las cuales se edificó el modelo de financiación.

VARIABLES DE COSTES QUE FORMAN PARTE DEL MODELO DE FINANCIACIÓN	
FACTORES DEMOGRÁFICOS	TSI ajustadas por perfiles de gasto por edad
	Asistencia sanitaria a no residentes
	Asistencia Sanitaria Concertada
FACTORES DE DISPERSIÓN	Indemnización por residencia
	Consultorios locales o periféricos
FACTORES DE COMPLEJIDAD	Peso Total GRD

Factores demográficos

✓ TSI ajustada por perfiles de gasto por edad

Los perfiles de gasto por edad han sido utilizados por la Unión Europea (Comité de Política Económica) para medir el impacto de la estructura demográfica y la evolución del gasto sanitario⁶. Por tanto, es una variable internacionalmente aceptada como medida del gasto sanitario.

Para su medición se ha tomado como base el número de tarjetas sanitarias (población protegida) adscrita a cada uno de los centros sanitarios, estructuradas en 7 tramos de edad: de 0 a 4, de 5 a 14, de 15 a 44, de 45 a 54, de 55 a 65, de 65 a 74 y más de 75.

En la consecución de la población equivalente ajustada por perfiles de gastos se aplica el modelo establecido por el Ministerio competente en materia de Sanidad, consistente en determinar los costes sanitarios por edad en las actividades de Hospitalaria, Farmacia, Asistencia Ambulatoria, Traslado y prótesis y Administración y Salud Pública⁷.

⁶ EPC/ECFIN/655/01-EN final: Budgetary challenges posed by aging populations.
⁷ Grupo de Trabajo sobre Envejecimiento de la Población y Sostenibilidad de la Unión Europea European Commission. The 2009 ageing report: underlying assumptions and projection methodologies. European Economy 7/2008. (Consultado el 5/12/2011.) Disponible en: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication13782_en.pdf

El coste de estos servicios sanitarios se obtiene de la información proporcionada por el Sistema de Cuentas de Salud⁸, la Estadística de Gasto Sanitario Público⁹ y de la información por CMBD y GRD disponibles en los sistemas de contabilidad de costes.

Bajo la premisa de que la población modulada por las necesidades de gastos por edad se configura como el criterio básico en el modelo de financiación, se ha considerado como la variable de mayor peso, y su ponderación viene determinada por el porcentaje resultante de descontar al 100% de la financiación, la participación del resto de las variables.

El reparto de la financiación entre las Gerencias por esta variable se realiza en función del porcentaje del número de tarjetas sanitarias ajustada por perfiles de gasto que cada Gerencia representa sobre el total del SCS.

✓ Asistencia sanitaria concertada

En el Sistema Canario de la Salud, los pacientes adscritos a una Gerencia que no son atendidos por éstas sino derivados a centros privados con asistencia sanitaria concertada son financiados no por los créditos de las Gerencias, sino por los adscritos a las Direcciones de Área¹⁰. Por tanto, se acuerda aplicar al proveedor público un ajuste en su número de tarjetas sanitarias por aquellos casos que, al no ser atendidos por éstos, no soportan su coste. El ajuste a las TSI se realiza de forma inversamente proporcional al peso de cada Gerencia en el gasto total incurrido por el SCS consecuencia de sus derivaciones.

El resultado es una nueva distribución del número de tarjetas sanitarias asignadas a cada Centro ajustada por perfiles de gasto por edad y por derivación de pacientes a los centros sanitarios privado concertados.

✓ Asistencia sanitaria a no residentes

La atención sanitaria prestada al turismo nacional e internacional adquiere en Canarias una gran relevancia cuyo volumen requiere ser considerado como variable específica en el gasto sanitario público¹¹.

Los datos de la asistencia sanitaria prestada a la población flotante que reside temporalmente en el territorio se configuran a partir del volumen de facturación que se realiza por dicha asistencia. El peso que se le da a esta variable se obtiene del porcentaje que los

⁸ «A System of Health Accounts W. Versión 1.0. París. OECD 2000. Versión española: «Sistema de Cuentas de Salud». Banco Interamericano de Desarrollo – OCDE. 2002.SHA-Based Health Accounts in 13 OECD Countries: Country Studies. Spain. National Health Accounts 2001. Jorge Relaño Toledano and María Luisa García Calatayud. OECD Health Technical papers.

⁹ Nota metodológica y resultados de la ESGSP disponible en: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>.

¹⁰ El artículo 62 y siguientes de la Ley 11/1994, de 26 de julio de Ordenación Sanitaria de Canarias, dispone que el Servicio Canario de la Salud se organiza territorialmente en demarcaciones denominadas Áreas de Salud, como mínimo una por isla, encargados de asumir la responsabilidad de la financiación de las actuaciones sanitarias en su ámbito territorial.

¹¹ La liquidación realizada por el Instituto Nacional de la Seguridad Social en el año 2018 en concepto de cuota global y gasto real por la asistencia sanitaria prestada por Canarias a extranjeros, una vez compensado el saldo del Fondo de Cohesión Sanitaria, arroja un saldo a percibir de 29.098.466,41 €.

ingresos por asistencia sanitaria a pacientes no residentes en Canarias suponen sobre el total del crédito inicial en los capítulos 1 «Gastos de personal» y 2 «Gastos en bienes corrientes y servicios» del presupuesto de gasto de las Gerencias del SCS, y el reparto del crédito entre las Gerencias se realiza de forma directamente proporcional al dinero que recaudan por este concepto.

Factores de dispersión

✓ Indemnización por residencia

Esta variable de gasto viene derivada del concepto retributivo de indemnización por residencia que tiene la finalidad de compensar la residencia lejana al territorio peninsular. Esta compensación es mayor en las islas no capitalinas que en las capitalinas, por lo que las Gerencias de Servicios Sanitarios de las islas menores soportan un mayor coste en las retribuciones del personal.

El peso de esta variable viene determinado por el porcentaje que representan el exceso que asumen las islas no capitalinas por el abono del «Plus de residencia isla menor» respecto al importe total del crédito destinado al capítulo 1 «Gastos de personal» para las gerencias del SCS. De igual forma el reparto del crédito entre las Gerencias de las islas menores se define por el porcentaje que representa ese exceso en cada Gerencia¹².

✓ Número de consultorios locales o periféricos

Esta variable es propia de las gerencias de atención primaria y trata de reflejar el exceso de gasto derivado del poco margen de maniobra en la tasa de cobertura por absentismo en los consultorios locales o periféricos con menos de 3 médicos de familia. Esa tasa de cobertura se ha fijado en 100% para los centros con un médico de familia, el 90% para los centros con dos médicos de familia y del 70% en los centros con 3 médicos de familia.

Su peso viene determinado por la proporción que supone las necesidades de cubrir sustituciones y eventualidades en Centros asistenciales con ≤ 3 médicos de familia resultante de aplicar dichos baremos respecto a la media del número total de sustitutos y eventuales contratados por las Gerencias de Atención Primaria del SCS en un año.

El reparto del crédito resultante entre las gerencias de atención primaria se realiza en proporción al número de centros asistenciales con ≤ 3 médicos de familia por Área de Salud respecto al total de centros sanitarios de atención primaria¹³.

¹² El abono de la indemnización por residencia para determinadas zonas geográficas del territorio español, se estableció por Decreto del Ministerio de Hacienda 361/1971, de 18 de febrero, sobre indemnización por residencia, viene recogido en la Ley de Presupuesto de la Comunidad Autónoma de cada año, y está cofinanciados por Fondos FEDER en un 85%.

¹³ Actualmente se encuentra en fase de estudio la sustitución de esta variable por los índices de dispersión geográfica asignados a cada centro de atención primaria y que determina parte de la retribución que percibe el personal sanitario por este concepto.

Factor de complejidad hospitalaria

La variable de Complejidad Hospitalaria es la otra variable junto con la población, que se aplicaba en el modelo de financiación anterior. Se obtiene del peso total de los GRD de cada Hospital, y su participación en el total del crédito asignado se calcula por la ponderación del coste total GRD sobre el gasto real de las Gerencias de Atención Especializada en los capítulos 1 «Gastos de personal» y 2 «Gastos en bienes corrientes y servicios» del presupuesto de gastos.

El reparto del crédito asignado por esta variable entre las Gerencias se realiza en función del porcentaje que representa el peso del GRD de cada Gerencia respecto al total del SCS.

2.2. Aplicar distribución del presupuesto asignado a las Gerencias

Al crédito asignado en los presupuestos para la asistencia sanitaria, se aplica en primer lugar una primera asignación por programa entre Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE). Para ello, se tiene en cuenta la distribución histórica tanto del SCS como en el resto de las CCAA y aplicando factores de corrección que diseñen la modalidad asistencial (en los últimos años con impulso de la AP)¹⁴.

Una vez establecido el reparto entre AP y AE, se aplican los factores de ponderación específicos de cada variable, y el crédito resultante para cada una de ellas se distribuye entre las Gerencias en función del criterio de reparto establecido.

	Variables	Ponderación sobre crédito asignado a Asistencia Sanitaria AE y AP	Reparto entre Gerencias
FACTORES DEMOGRÁFICOS	TSI ajustadas por perfiles de gasto por edad (AP Y AE)	El porcentaje resultante una vez aplicado el peso del resto de las variables hasta alcanzar el 100% del crédito asignado.	Porcentaje del número de tarjetas sanitarias por perfiles de gasto de cada Gerencia respecto al total del SCS.
	Asistencia sanitaria a no residentes (AP y AE)	Porcentaje de los ingresos por asistencia sanitaria a pacientes no residentes sobre el total del crédito inicial en los capítulos 1 y 2 del presupuesto de gastos de las Gerencias	Directamente proporcional al dinero que recaudan por este concepto.
	Asistencia Sanitaria Concertada (AE)	Se aplica como ajuste al número de tarjetas sanitarias equivalentes según perfiles de gasto por edad.	Inversamente proporcional al porcentaje de gasto que representa cada Gerencia en el coste total por este concepto

¹⁴ En 2018 la distribución del peso entre ambos niveles ha sido: Gerencias Atención Primaria un 26,31% y las Gerencias de Atención Especializada un 73,69%.

FACTORES DE DISPERSIÓN	Indemnización por residencia (AE y AP)	Porcentaje del exceso por «Plus de residencia isla menor» respecto al total del crédito destinado gastos de personal de las gerencias del SCS	Porcentaje del exceso del «Plus de residencia isla menor» de cada Gerencia en isla menor, respecto el exceso total del SCS
	Consultorios locales o periféricos (AP)	Porcentaje de las necesidades de sustituciones y eventualidades en Centros asistenciales con ≤ 3 médicos de familia respecto a la media del total de sustitutos y eventuales de las Gerencias de Atención Primaria del SCS	Proporción del número de centros asistenciales con ≤ 3 médicos de familia por Área de Salud respecto al total de centros sanitarios de atención primaria
FACTOR DE COMPLEJIDAD	Peso Total GRD (AE)	Ponderación del coste total GRD sobre el gasto real de las Gerencias de Atención Especializada en los capítulos 1 y 2 del presupuesto de gastos.	Porcentaje que representa el peso del GRD de cada Gerencia respecto al peso total en el SCS.

2.3. Determinar la bondad del modelo

La bondad del modelo se determina a través de la desviación estándar del gasto por habitante protegido ajustado por tramos de edad resultante tras la aplicación de este sistema de reparto, y se compara para grupos homogéneos de proveedores sanitarios, con la obtenida por el crédito asignado en la Ley de Presupuestos de la Comunidad Autónoma para esas Gerencias mediante el procedimiento anterior. La desviación estándar nos permite obtener una medición objetiva de la dispersión de la financiación per cápita, de tal forma que un menor valor de este indicador para el nuevo modelo proporciona evidencia de que el sistema de financiación propuesto aporta más igualdad y equidad en la distribución de los recursos, que el modelo anterior.

2.4. Indicadores de resultados¹⁵

En el primer año de puesta en marcha del modelo se ha establecido que un 5% del presupuesto total asignado a las Gerencias del SCS se reparta mediante la aplicación del comportamiento de indicadores que midan resultados en salud. Para ello se ha tomado como referencia la medición de los outcomes pactados con las Gerencias a través de los contratos programa y definidos en los Planes de Gestión Convenida. Dichos outcomes incorporan información sobre el seguimiento de procesos asistenciales, actividades de prevención y promoción de la salud, implantación de protocolos, intervenciones en enfermedades específicas, situación de listas de espera, etc.

¹⁵ Ver documento de la Escuela Andaluza de Salud 2018. Financiación de Centros Sanitarios basada en resultados en salud. Consideraciones generales, barreras identificadas y recomendaciones.

3. Resultado

El Servicio Canario de la Salud posee actualmente 11 gerencias sanitarias distribuidas en un total de 7 áreas de salud¹⁶. Sobre la ejecución del modelo descrito se muestran en la Tabla 1 los resultados obtenidos tras aplicar la metodología con la siguiente ponderación de las variables, tanto en atención especializada como en atención primaria.

Tabla 1
Distribución en AE y AP de la ponderación de las variables del Modelo

<u>DISTRIBUCIÓN ATENCIÓN ESPECIALIZADA</u>	
Variables	Ponderación
Por TSI Ajustada	61,33
Por complejidad (AE)	35,23
Por turismo	2,51
Plus de Residencia	0,93
Cumplimiento PGC*	0,00
Total	100,00
<u>DISTRIBUCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA</u>	
Variables	Ponderación
Por TSI Ajustada	97,32
Por turismo	0,32
Plus de Residencia	0,82
Por Dispersión	1,54
Cumplimiento PGC*	0,00
Total	100,00

* Se puede observar que la variable de resultado («cumplimiento PGC») no se le asignan los puntos por su componente de complementariedad en el reparto final. El resto de las variables presentan un resultado en el peso ajustado a la metodología descrita.

Fuente: Elaboración propia.

¹⁶ Estructura de centros del SCS (Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud):

Complejos Hospitalarios (CH)	CH Universitario de Canarias
	CH Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín
	CH Universitario Insular, Materno-Infantil
	CH Universitario Ntra. Sra. de Candelaria
Gerencia Servicios Sanitarios (GSS)	GSS de Lanzarote
	GSS de Fuerteventura
	GSS de La Palma
	GSS de La Gomera
	GSS de El Hierro
Gerencia de Atención Primaria (GAP)	GAP de Gran Canaria
	GAP de Tenerife

El modelo resultante ha sido calculado sobre los gastos de personal (Capítulo 1) aunque de la misma forma pudiera utilizarse para un reparto del gasto corriente de compra de bienes y servicios (Capítulo 2) o en inversiones reales (Capítulo 6).

Se detalla en la tabla 2 las dotaciones iniciales del Capítulo 1 de los diferentes Centros (en euros), del Presupuesto en 2018. El número de tarjetas sanitarias ajustadas a 30 de abril de 2018 se divide por estas dotaciones para obtener la per cápita sobre créditos iniciales. Si se utiliza el modelo para el reparto se obtiene una nueva per cápita para las dotaciones de los diferentes centros.

Tabla 2
Reparto de los créditos iniciales del Capítulo 1 en euros. Financiación per cápita según Presupuesto y Financiación per cápita según Modelo

CRÉDITOS CAPÍTULO 1. En Euros					
Gerencia	CI 2018	TSI Ajustada a 30-04-2018	Per cápita s/ C.I. 2018	Reparto S/ modelo	Per cápita s/ Modelo
Centro Hospitalario 1	174.417.413,00	348.786,85	500,07	169.296.464,68	485,39
Centro Hospitalario 2	239.041.234,00	460.737,84	518,82	217.482.044,28	472,03
Centro GSS 3	89.092.022,00	129.515,43	687,89	88.251.420,66	681,40
Centro GSS 4	64.764.057,00	92.077,45	703,36	61.514.603,71	668,07
Centro Hospitalario 5	198.797.608,00	392.586,52	506,38	188.569.980,17	480,33
Centro Hospitalario 6	219.640.217,00	474.929,57	462,47	225.298.867,65	474,38
Centro GSS 7	65.321.972,00	80.837,03	808,07	56.612.467,15	700,33
Centro GSS 8	19.725.779,00	17.904,55	1.101,72	12.065.704,42	673,89
Centro GSS 9	12.367.579,00	10.195,75	1.213,01	6.631.827,48	650,45
Centro AP 10	146.332.784,00	976.453,43	149,86	137.124.654,71	140,43
Centro AP 11	149.986.273,00	1.031.117,57	145,46	147.664.556,19	143,21
				1.310.512.591,10	
Reparto por Resultado				68.974.346,90	
Total, Crédito	1.379.486.938,00			1.379.486.938,00	

Fuente: Elaboración propia. Presupuesto 2018 SCS.

Tabla 3
Desviación estándar comparada con el modelo.

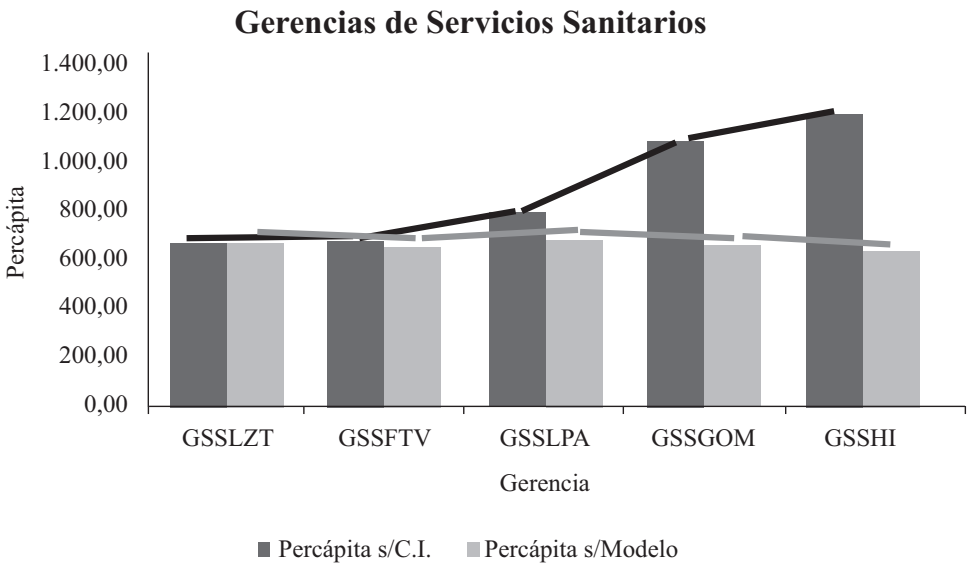
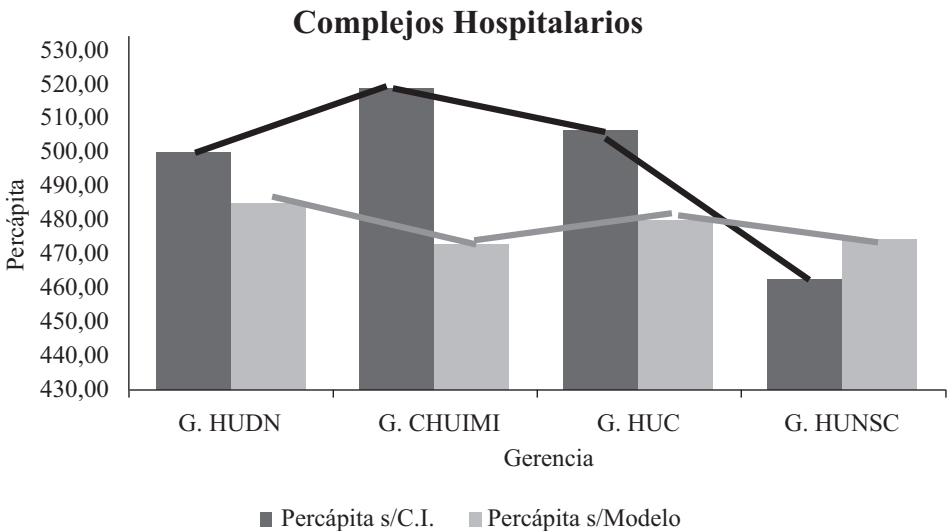
Desviación Estándar	Per cápita s/C.I.	Per cápita s/ Modelo
Complejos Hospitalarios	21,01	5,21
Gerencias de Servicios Sanitarios	214,82	16,34
Gerencias de Atención Primaria	2,20	1,39

Fuente: Elaboración propia.

Se pueden observar diferencias significativas al aplicar la metodología de la financiación capitativa ajustada en Canarias, así como constatar una reducción de las desigualdades existentes en los presupuestos de los centros sanitarios, aunque su utilización sea todavía parcial.

Las desviaciones estándar son significativamente menores al utilizar el modelo de financiación propuesto, tal y como se observa en la tabla 3 anterior y en los gráficos 1 y 2 siguientes.

Gráfico 1 y 2
Dispersión financiación per cápita. Complejos Hospitalarios y Gerencias de Servicios Sanitarios. SCS



4. Conclusiones

El modelo de financiación de las Gerencias del Servicio Canario de la Salud (SCS) presentado en el presente estudio complementa el principal factor de reparto como es la población ajustada al perfil de gasto por tramos de edad, añadiéndose otras variables derivadas de factores demográficos, (asistencia a no residentes, o nivel de concertación), factores de dispersión (indemnización por residencia y consultorios locales y periféricos) y complejidad, vinculadas a las especificidades geográficas y de gestión del territorio insular y fragmentado de Canarias, que determinan el gasto sanitario en esta Comunidad Autónoma.

Como resultado de tal incorporación se consigue un modelo de financiación con una menor dispersión del gasto sanitario por habitante protegido ajustado por tramos de edad que el tradicional modelo de reparto de crédito reflejado en anteriores Leyes de Presupuesto, aportando al sistema mayor igualdad en la distribución de los recursos entre las Gerencias del SCS y mayor equidad entre los usuarios del servicio.

Al mismo tiempo introduce objetividad y reduce la discrecionalidad en la toma de decisiones en la asignación de las dotaciones presupuestarias, sin perder la flexibilidad para adaptarse a las nuevas exigencias de gastos o nuevos comportamientos de gestión en términos de resultados en salud.

La metodología permite introducir otros criterios que para determinados procedimientos de asignación de recursos pudieran ser aconsejables al recoger «nuevas fórmulas de financiación» asociadas a metodologías como las descritas. Para ello en el Apéndice se describe una aplicación práctica «los presupuestos participativos»¹⁷ establecido en Canarias durante 2018 en el que mediante la participación de los agentes sociales de las islas se reparte una bolsa común para el reparto de «bolsas presupuestarias» en las diferentes islas.

Finalmente sería deseable que en el Estado se tuviera en cuenta esta metodología y los resultados obtenidos, así como su valoración e inclusión en la financiación global del SNS. Un Grupo de Trabajo similar en su funcionamiento al constituido en el año 2005 pueden servir para canalizar tanto el análisis como las propuestas de mejora.

Apéndice. Los Presupuestos participativos en 2018

El proceso de presupuestos participativos puesto en marcha por la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias durante 2018 surge de un periodo previo de reflexión colectiva que condujo a la suscripción, durante el 15 de diciembre de 2017, del «Compromiso para la Mejora de la Sanidad Pública de Canarias».

¹⁷ Presupuesto Participativo:

Ganuza, E. y Gómez, B. (2008). «Control político y participación en democracia: los presupuestos participativos». *Estudios de progreso*. Fundación Alternativas.

Blanco, I. y Ballester, M. (2011). «¿Participar para transformar? La experiencia de los Presupuestos Participativos en la ciudad de Barcelona». *Gestión y Análisis de Políticas Públicas*, núm. 5, pp. 117-144.

Pineda, C. (2004). «Posibilidades y condicionamientos de los presupuestos participativos». *Revista Temas para el Debate*, núm. 113.

Este Compromiso impulsado por la Consejería y secundado por los principales agentes implicados en el ámbito de la salud, entre ellos, las organizaciones sindicales más representativas de ámbito sanitario, los colegios de profesionales y las asociaciones de pacientes, ha permitido la creación de un marco común de actuación para la mejora de los servicios públicos de salud en la comunidad autónoma.

Bajo el paraguas del Compromiso se acordó consignar, para el ejercicio 2018, una partida de 2 millones de euros con los que poner en marcha la primera experiencia de la Consejería de Sanidad y del Servicio Canario de la Salud en la conformación de un presupuesto público a partir de la participación directa de los ciudadanos, que podían presentar proyectos de inversión, relativos a la ejecución o mejora de las infraestructuras sanitarias y a la adquisición de equipamientos sanitarios, siempre que dichos proyectos resultaran técnica y económicamente viables y se pudiesen ejecutar en el corto plazo.

La cuantía presupuestaria se distribuyó por ámbito geográfico entre las siete islas, atendiendo tanto a criterios cuantitativos como cualitativos. Tal y como puede observarse en la tabla 4, por un lado, se distribuyó el 50% en una cuantía fija para cada una de las islas, asignándose el 50% restante en función del número de tarjetas sanitarias individuales ajustadas por complejidad de cada Área de salud.

Tabla 4
Reparto dotación presupuestaria Presupuesto Participativo. En Euros

Áreas de Salud	Cuantía fija por isla	Presupuesto ajustado por complejidad	Total por isla
Gran Canaria	142.857,14 €	406.376,78 €	549.233,92 €
Fuerteventura	142.857,14 €	43.174,37 €	186.031,51 €
Lanzarote	142.857,14 €	62.725,11 €	205.582,25 €
Tenerife	142.857,14 €	434.036,80 €	576.893,94 €
La Palma	142.857,14 €	40.572,15 €	183.429,29 €
El Hierro	142.857,14 €	4.718,49 €	147.575,63 €
La Gomera	142.857,14 €	8.396,32 €	151.253,46 €
TOTAL	1.000.000,00 €	1.000.000,00 €	2.000.000,00 €

Fuente: Servicio Canario de la Salud.

El proyecto se ejecutó en cinco fases diferenciadas: presentación de propuestas por parte de la ciudadanía, evaluación técnica interna de los proyectos presentados, periodo de votación de los proyectos que superaron la fase de evaluación, aprobación de los proyectos más votados y ejecución de los proyectos.

Todo el proceso se desarrolló con el apoyo de recursos TIC, creándose a tal efecto un sitio Web que ha permitido implementar las fases anteriormente mencionadas.

Se recibió en la fase de presentación de propuestas un total de 85 proyectos. Dichos proyectos contenían en muchos de los casos más de una propuesta de inversión, por lo que, tras un primer escrutinio, se contabilizaron un total de 53 propuestas relacionadas con la

adquisición de nuevo equipamiento, 33 propuestas relativas a la mejora y creación de nuevas infraestructuras sanitarias, y 5 propuestas de recursos educativos y mejoras TIC. Las propuestas se distribuyeron por islas conforme se establece en la tabla 5.

Tabla 5
Número de Propuestas por áreas

Áreas de Salud	Propuestas de equipamiento	Propuestas de Infraestructura	Propuestas de recursos educativos y mejoras TIC
Gran Canaria	9	6	1
Fuerteventura	11	3	3
Lanzarote	5	5	-
Tenerife	5	3	1
La Palma	4	4	-
El Hierro	12	11	-
La Gomera	7	1	-
TOTAL	53	33	5

Fuente: Servicio Canario de la Salud

El proceso de evaluación interna por parte de los técnicos del Servicio Canario de la Salud redujo el número de propuestas sometidas a votación hasta las 45, una vez eliminadas aquéllas que no cumplían con alguno de los requisitos previamente establecidos por la convocatoria, y tras agregarse en una sola las propuestas con un alto grado de coincidencia.

En cuanto al periodo de votación, este estuvo abierto durante un plazo de 14 días, pudiendo ejercitar, en sus respectivas áreas de salud, el derecho a voto todos los usuarios mayores de 18 años, que podrían votar, sin limitación alguna, tantas propuestas como estimasen conveniente dentro su isla. Al final del periodo de votación se registraron 1.841 votantes únicos y 8.106 propuestas votadas, distribuyéndose por islas conforme se establece en la tabla 6.

Tabla 6
Votos en las propuestas. Presupuestos Participativos. 2018

Áreas de Salud	Votantes únicos	Propuestas votadas
Gran Canaria	169	610
Fuerteventura	519	3.544
Lanzarote	44	151
Tenerife	535	1.995
La Palma	376	1.133
El Hierro	138	484
La Gomera	60	189
TOTAL	1.841	8.106

Fuente: Servicio Canario de la Salud.

Como resultado de todo este proceso, fueron aprobadas, gracias a la participación ciudadana, diversas inversiones de alcance insular y local, destacando propuestas como la adquisición de nuevo equipamiento hospitalario en áreas materno-infantiles, la mejora de infraestructuras destinadas a padres y cuidadores en el ámbito materno-infantil, la implementación de procedimientos innovadores de rehabilitación infantil, la dotación de nuevas infraestructuras para el tratamiento de pacientes oncológicos, psiquiátricos y de cuidados paliativos, la ampliación de infraestructuras para pacientes geriátricos, la ampliación y rehabilitación de infraestructuras locales, la mejora de los recursos TIC o el desarrollo de nuevas herramientas socioeducativas.

En los resultados obtenidos, cabe también observar como el impacto de los presupuestos participativos en la ciudadanía no ha sido homogéneo en todos los ámbitos insulares; al contrario, se percibe un mayor grado de aceptación del proceso dentro de las islas no capitalinas, tanto a la hora de presentar propuestas como durante el procedimiento de votación.

Este grado superior de aceptación de los presupuestos participativos en los territorios de menor población puede responder, entre otras causas, al menor nivel de desarrollo de la red asistencial de dichos territorios, en los que la población se encuentra más fragmentada y donde no se dispone de centros hospitalarios de tercer nivel. Por tanto, los presupuestos participativos se constituyen como un mecanismo eficaz para la compensación de aquellos territorios con menor nivel de población o mayor grado de dispersión, en los que, lógicamente, las políticas públicas tienen un grado de penetración menos intenso.

Tabla 7
Porcentajes de propuestas por tarjetas sanitarias.

Áreas de Salud	Número total de tarjetas sanitarias*	Nº de propuestas presentadas por cada 1.000 tarjetas sanitarias	Número de votantes por cada 1.000 tarjetas sanitarias
Gran Canaria	804.572	0,02	0,21
Fuerteventura	106.130	0,18	4,89
Lanzarote	141.422	0,06	0,31
Tenerife	867.960	0,01	0,62
La Palma	74.883	0,07	5,02
El Hierro	9.147	2,08	15,09
La Gomera	16.718	0,48	3,59
TOTAL	2.020.832	0,04	0,91

*Noviembre de 2018

Fuente: Servicio Canario de la Salud

En conclusión, la participación ciudadana ha contribuido a perfeccionar la política pública dentro del ámbito sanitario, mejorando la capacidad de diagnóstico de problemas colectivos a través de la implicación directa de los usuarios en la toma de decisiones, que han aportado en muchos de los casos soluciones creativas e innovadoras. Esto genera una corriente de corresponsabilidad y receptibilidad por parte de la ciudadanía hacia las políticas públicas implementadas, lo que, a la postre, permite mejorar los niveles de calidad democrática.