

# seu-2

LA SANIDAD EN EUROPA (FASE 2)

[www.madrimasd.org](http://www.madrimasd.org)



IV PRICIT 2005-2008  
Plan Regional de Ciencia y Tecnología  
de la Comunidad de Madrid



# seu-2

LA SANIDAD EN EUROPA (FASE 2)

## AUTORES

Academia Europea de Ciencias y Artes

**Pedro García Barreno**

**Francisco José Rubia Vila**

**José María Segovia de Arana**

**Alfredo Macho**

**Alfonso Flórez**



ACADEMIA EUROPEA  
DE CIENCIAS Y ARTES



La Suma de Todos

 CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN  
**Comunidad de Madrid**

[www.madrid.org](http://www.madrid.org)

*Sistema*  
**madriod**

**EDITA**

Comunidad de Madrid  
Consejería de Educación  
Dirección General de Universidades e Investigación

**DISEÑO**

base12 diseño y comunicación, s.l.

**IMPRIME**

Elecé Industria Gráfica, s.l.

**DEPÓSITO LEGAL**

M-29.260-2007

# seu-2

LA SANIDAD EN EUROPA (FASE 2)

# SUMARIO

PRESENTACIÓN .....	6
PERSPECTIVA ESPAÑOLA.....	11
capítulo I	
LA TRANSICIÓN MÉDICO-SANITARIA ESPAÑOLA .....	12
José María Segovia de Arana	
capítulo II	
SISTEMA NACIONAL DE SALUD .....	20
· Sistema Nacional de Salud, ¿Patrimonio Único? César Antón Beltrán (21)	
· La asignación de recursos y la investigación biomédica Juan José Artella Herrero (26)	
· Desde el compromiso de las transferencias Josep María Bonet Bertomeu (33)	
· Los diversos marcos de la Sanidad Enrique Castellón Leal (42)	
· La salud: un bien básico Javier Claros González (46)	
· La decadencia del Sistema Nacional de Salud Enrique Costas Lombardía (50)	
· Los últimos 20 años de los Centros Sanitarios en España Víctor Conde Rodelgo (55)	
· Nuevos modelos de Gestión. Una visión retrospectiva Juan José Equiza Escudero (72)	
· Reseña en primera persona Guillermo Fernández Vara (81)	
· La gestión organizativa del Sistema Nacional de Salud Alfonso Flórez Díaz (84)	
· La calidad en el entorno hospitalario. Calidad e incentivos Vicente Gil Suay (87)	
· Los sistemas de información sanitaria en el marco de un Sistema Nacional de Salud descentralizado Vicente Gil Suay (95)	

- Obras y hospitales. Una misma realidad  
Mario González González (100)
- La aportación del directivo hospitalario. Análisis de una controversia  
Ricardo Herranz Quintana (106)
- Los hospitales enredados  
Carlos J. Jiménez Pérez (112)
- La Sanidad ¿patrimonio único?  
Gaspar Llamazares Trigo (119)
- El dilema de un gerente de hospital. Una trayectoria y un equilibrio necesarios  
Alfredo Macho Fernández (125)
- Sanidad y Democracia  
Carmen Martínez Aguayo y Manuel García Encabo (133)
- Política sanitaria autonómica y cohesión territorial  
M<sup>a</sup> Jesús Montero Cuadrado (144)
- Las Comunidades Autónomas y la Solidaridad interterritorial, bases para la política sanitaria  
Ana María Pastor Julián (149)
- Lo público y lo privado en Sanidad  
Calos Pérez Espuelas (152)
- El Sistema Nacional de Salud de los ciudadanos y de los trabajadores  
Jesús Pérez Martínez (158)
- Perspectiva histórica sobre la Calidad de la Atención Sanitaria: evolución.  
Tendencias y métodos  
Paz Rodríguez Pérez (162)
- Las tareas pendientes en política sanitaria  
Pedro Sabando Suárez (167)
- La dirección profesionalizada del hospital y la participación de los profesionales:  
una necesidad acuciante  
José Luís de Sancho Martín (174)
- El Sistema Nacional de Salud y las Políticas de Recursos Humanos:  
Análisis (crítico) y perspectivas de Futuro  
José Luís de Sancho Martín (179)
- Financiación y futuro, claves para un equilibrio  
Rafael Sariego García (183)
- Gestión clínica. Ventajas e inconvenientes  
José Luis Temes Montes (189)

## Presentación

ALFREDO MACHO FERNÁNDEZ  
ALFONSO FLÓREZ DÍAZ

seu-2



LA SANIDAD EN EUROPA (FASE 2)

Fruto de la inquietud de compartir trabajo con tantos profesionales de la Sanidad Pública, de recibir un sin fin de pareceres de tantas y tantas cuestiones que están bien o mal, de la asistencia a reuniones y foros de trabajo donde la digresión de “si se hubiese hecho tal o cual cosa” conduce a un irremediable “total para qué”, parece necesario, tras casi cinco años de andadura en competencias transferidas a las comunidades Autónomas y de veinticinco años de gestión hospitalaria, editar alguna recopilación de artículos de opinión.

Con los títulos orientativos de “los hospitales tras veinticinco años de gestión” y “el Sistema Nacional de Salud, ¿patrimonio único?”, los doctores Alfredo Macho Fernández y Alfonso Flórez Díaz consiguieron, bajo el auspicio de la revista Arbor y de la Academia Europea de Ciencias y Artes una recopilación de artículos que, elaborados por autores expertos en sus respectivos temas, en este momento sirven de contrapunto, en cuanto perspectiva española, a la perspectiva europea sobre lo que se ha denominado “Salud es riqueza”.

Los artículos recogidos exponen el juicio de los autores sobre las deficiencias detectadas y las incertidumbres, así como propuestas y soluciones que puedan aportar medidas coherentes hacia la perdurabilidad y fortaleza del S. N. S., con las garantías del consenso social necesario para que perduren sobre los periodos legislativos y, con ello, asegurar un servicio al que los ciudadanos no están dispuestos a renunciar. Que sean responsables ineludibles el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Consejo Interterritorial, no exime de corresponsabilidad a las Organizaciones sindicales, Sociedades profesionales y otras entidades involucradas en la tarea sanitaria. Tampoco a los actores involucrados en la primera línea del Sistema: los hospitales que asumen la ejecución de gran parte de los contenidos del S. N. S.

La gestión no es patrimonio de una profesión, como parece desprenderse al utilizar el término los “gestores”, sino que es una cualidad que debe estar presente, en mayor o menor medida, en el quehacer profesional de quién trabaja en una organización y es responsable de la utilización de recursos. En las organizaciones sanitarias, muchas personas utilizan recursos, poseen un alto nivel de cualificación y sus decisiones tiene un gran impacto económico y social. Por tanto no debería ser pretencioso conseguir su complicidad y su compromiso a fin de lograr una óptima gestión de las instituciones. Es decir, nadie que utilice recursos debería permanecer ajeno a su buena gestión. Tras más de una veintena de años de gestión sanitaria parece unánimemente aceptado que este enfoque está llegando a su madurez, y ya no resulta tan extraño encontrar buenos profesionales sanitarios que, a sus cualidades científico-técnicas, suman capacidades gestoras, fruto más de la propia convicción y compromiso que de exigencias o imposiciones externas.

De la lectura de los artículos seleccionados, se desprende la necesidad de una nueva revitalización del Sistema Nacional de Salud, identificando problemas que aseguren la accesibilidad de todos los ciudadanos a un servicio que sea equitativo y solidario, con unos rangos de calidad acordados y para todo el Estado. Asimismo, parece interesante resaltar que en el

inventario de debilidades que tiene el S. N. S., la “insuficiencia financiera” gravita sobre todos los otros problemas que, sin embargo, exigen, en otro contexto, una mayor prioridad de resolución que el financiero. Problemas que derivan de una historia con un crecimiento impulsivo (entre los años 1982 – 1990) que exigía un aumento de recursos humanos, tecnológicos, arquitectónicos,... etc. Ello, en un contexto en el que el desarrollo de la ciencia médica en los procedimientos de diagnóstico y de tratamiento, evolucionaba mucho más rápido que los procesos organizativos. A su vez, las transferencias a las CC. AA. impulsaron inercias patrocinadoras de políticas organizativas y de inversiones cautivas que, según pasa el tiempo, se hacen más difíciles de armonizar y de pautar líneas de convergencias entre los diferentes sistemas sanitarios establecidos en ellas.

Sin duda, el Ministerio de Sanidad y Consumo, con los instrumentos legales a su alcance, se encuentra en la encrucijada de la Ley General de Sanidad, de la Ley de Cohesión y de las competencias de la Comunidad Europea, y el conjunto de problemas históricos tiene un estrecho marco de actuación para establecer diálogos de cohesión y de armonización en el seno de la Comisión Interterritorial. De las posibles negociaciones de transferencias financieras a las CC.AA. a cargo de los Presupuestos Generales del Estado, ¿podría lograrse más cohesión? Todos los autores apuestan porque el S. N. S. sea un “patrimonio único”, pero camino arduo el de aunar voluntades, el de encontrar “el momento político” donde se desarrollen negociaciones con todos los agentes implicados, con la representación necesaria y donde la financiación quede en otro apartado diferente al de la generosidad de conciliar, de perder para ganar una Sanidad que sea “ese todo”, de todos los españoles, en la confianza de alcanzar un importante Pacto de Estado. Pero los autores reconocen que el aguijón constante de la sanidad en el Parlamento no da votos y en todos los casos los resta.

“¿En qué medida estamos los políticos dispuestos a gastar parte de nuestro crédito electoral por adoptar medidas duras en el sector sanitario y no me refiero al copago, me refiero a asumir confrontaciones importantes con grandes corporaciones financieras, industriales, profesionales o sindicales, si ello fuera de interés general?”. La necesidad advertida de complementar la Ley General de Sanidad de 1986 con la Ley de Calidad y Cohesión del Sistema Nacional de Salud, que debería articularse mediante la recíproca lealtad institucional del Consejo Interterritorial. Pero en realidad esto no está ocurriendo, y mientras esto no ocurra la sanidad se verá forzada a recorrer trayectos que pueden quedar cautivos, no tan sólo en las políticas autonómicas, sino en las políticas locales, pues no tan sólo la sanidad es un bien social indiscutible, sino que no olvidemos su otro aspecto de redistribución de riqueza.

En el contraste general se aprecia que los instrumentos para asegurar la calidad sanitaria en el conjunto de las CC. AA. no está aún desarrollado; que las transferencias financieras de las comunidades al sector privado están creando un hábito difícilmente controlable tanto en la cali-



dad como en los desajustes que pueden producirse a costa del deterioro del Sector Público, mermando posibilidades a la Atención Primaria y Especializada. Es necesaria una “Ley General de Sanidad del siglo XXI”. El sector no admite huidas hacia delante ni reparaciones cosméticas. La realidad de las necesidades de la sociedad española ya es muy diferente a la de los años 80, y el panorama asistencial y de los profesiones necesita una nueva visión cierta, por ello es recomendable negociar, pactar por encima del horizonte de cuatro años de legislación.

Por su parte, el ámbito hospitalario estudia y analiza el camino recorrido, su aportación a la Sociedad del Bienestar y, en el contexto del S. N. S., su papel en el proceso de transferencias. La homogeneidad de las soluciones y la flexibilidad necesaria para llevarlas a la práctica y contribuir a la modernización de nuestros centros, son aspectos que coinciden con las soluciones propuestas en el contexto general. También, la calidad asistencial, los sistemas de información, la investigación, la gestión clínica y las funciones directivas, completan el panorama discutido.



PERSPECTIVA ESPAÑOLA

seu-2



LA SANIDAD EN EUROPA (FASE 2)

Capítulo I

LA TRANSICIÓN MÉDICO-SANITARIA  
ESPAÑOLA

JOSÉ MARÍA SEGOVIA DE ARANA

seu-2



LA SANIDAD EN EUROPA (FASE 2)

## 1. Introducción

Entre los grandes cambios producidos en la sociedad española durante las últimas décadas destacan los correspondientes a la Medicina y a la asistencia médica. La transformación ha sido muy profunda y afecta al sentido mismo de la Medicina. Se ha pasado de la simple relación del médico con su enfermo, de tipo paternalista y protector a un concepto de Sanidad moderna en el que la Medicina, la asistencia y los profesionales sanitarios son solo una parte de un conjunto que afecta a la sociedad entera, tanto a políticos como a economistas, educadores, etc. todos los cuales participan en la estructura de la Sanidad moderna.

El cambio comienza en las últimas décadas del pasado siglo acelerado en los años siguientes. La transformación, naturalmente, no ha empezado con la Constitución, pero a partir de ésta se van consolidando las tendencias muy positivas que se habían iniciado con anterioridad y se producen cambios fundamentales en el sistema asistencial que se consolidan con la Ley General de Sanidad en 1986.

La Sanidad es escenario de las actividades más complejas y de mayores responsabilidades, tanto para el individuo como para la sociedad y sus gobiernos. Los componentes de la Sanidad moderna son numerosos: la Medicina curativa, la preventiva, la rehabilitadora, el desarrollo del hospital, la estructura de la profesión médica y de las demás profesiones sanitarias y sus contenidos, la gestión sanitaria, la economía de la salud, los aspectos legales y éticos y ahora la Medicina genómica y la predictiva.

Cuando la asistencia médica era simple y en la que el médico se entendía directamente con su enfermo en los distintos niveles sociales y económicos, políticamente la administración solo se ocupaba de la salud pública y de la asistencia benéfica para los indigentes y desheredados de la fortuna que se realizaba en hospitales, consultorios, dispensarios, etc. tanto en los ayuntamientos como en las diputaciones provinciales. Existía una Dirección General de Sanidad en el Ministerio de la Gobernación, la práctica médica no benéfica era de tipo privado y no tenía porqué ser organizada y regulada por los gobiernos. La Medicina era una profesión liberal dentro de un Estado liberal. Los colegios profesionales de médicos, enfermeras, farmacéuticos, etc. establecían normas de funcionamiento dando orientaciones de tipo deontológico.

A medida que la Medicina va avanzando en sus contenidos científicos y tecnológicos y la sociedad adquiere mayor complejidad y desarrollo, el panorama asistencial se va transformando de una manera paulatina aunque de forma muy decisiva y radical. La Medicina como afirmaba Virchow, el padre de la patología celular, a finales del siglo XIX, es una actividad social que por su eficacia cada vez mayor y sus costes cada vez más altos tiene que ser regulada por la sociedad a través del Estado. Los trabajadores son los primeros que empiezan a ser protegidos por el Seguro Obligatorio de Enfermedad el cual se instaura en 1942 y empieza a ser efectivo en 1944, siguiendo las directrices de las cajas de enfermedad que en Alemania puso en marcha Bismarck a finales del siglo XIX.

En 1963 aparece la Seguridad Social en la cual junto a las prestaciones sanitarias se incluye otro tipo de prestaciones sociales como son el subsidio de desempleo, jubilación, pensiones, etc. En la década de los años sesenta la Medicina científica ya tenía un considerable poder y podía ofrecer más prestaciones a los ciudadanos de un país, naturalmente exigiendo mayores esfuerzos. Era preciso transformar las estructuras e incorporar las nuevas ideas. Lo primero que aparece en el panorama es el hospital moderno que ya no podía ser, como había ocurrido a lo largo de toda la historia de la Medicina, el refugio de los pobres y desheredados de la fortuna, sino el sitio donde se materializaba la Medicina objetiva, cada vez más eficaz, escenario del lanzamiento de las nuevas especialidades, y del desarrollo de las nuevas técnicas y de las nuevas mentalidades del profesional sanitario. Esto comenzó a producirse en los hospitales llamados hasta ese momento residencias de la Seguridad Social. La Medicina moderna con bases científicas y objetivas se difunde rápidamente.



te, con eficacia, en la red hospitalaria de la Seguridad Social española que económicamente potente, construye pronto un conjunto de nuevos hospitales en todo el país, bien dotados técnicamente y con profesionales sanitarios bien preparados. La asistencia médica que hasta ese momento protegía solamente a los trabajadores de la Seguridad Social y a sus familiares, llega un momento en el que se produce la universalización de la asistencia y se fija en la Constitución de una manera explícita: Así se manifiesta en el artículo 41 de la misma que literalmente dice: “Los poderes públicos mantendrán un régimen público de seguridad social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones sociales ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres”. Por su parte el artículo 43 dice lo siguiente: “1º. Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2º. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. 3º. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Así mismo facilitarán la adecuada utilización del ocio”.

El derecho a la protección de la salud está directamente vinculado al derecho fundamental a la vida, no solo para preservarla sino para promover las condiciones que la hagan posible o eviten la pérdida de la misma. No solo se tiene derecho a vivir, sino a vivir sano en condiciones adecuadas de calidad. Cuando la enfermedad aparece debe ser combatida por los poderes públicos con todos los medios a su alcance. Nadie está obligado al sufrimiento aunque haya que resignarse a padecerlo. Esto constituye la fundamentación ciudadana del propio Estado, es decir “fundamento del orden político y de la paz social” (Art. 10.1. de la Constitución).

Esta vigencia de los derechos fundamentales obligó a un gran esfuerzo de adaptación de las estructuras administrativas a los nuevos fines que el Estado tenía que cumplir. Hasta esos momentos no había habido una organización ministerial sanitaria, ya que la asistencia médica, lo mismo que la educación, era una actividad principalmente privada, sin más componente público que la progresiva presencia de la esfera local (hospitales provinciales y municipales) y una intervención marginal de la Administración Central bajo la etiqueta de “Beneficencia General del Estado”. Era preciso hacer entonces un gran esfuerzo de adaptación de las estructuras administrativas a los nuevos y muchos más amplios fines que el Estado tenía que cumplir. Este fue el fundamento de la creación del Ministerio de Sanidad que al principio se denominó también de Seguridad Social.

Fue una fortuna que la modernización de la asistencia médica y su progresiva extensión a toda la sociedad española se estuviera ya realizando en el ámbito de la Seguridad Social. Si la Administración pública a través de su recién creado Ministerio de Sanidad hubiera pretendido realizar la adecuación de la asistencia sanitaria a las exigencias de la Medicina moderna, al derecho a la salud de los ciudadanos y a poner en marcha para todos las prestaciones sanitarias básicas, hubiera sido una tarea tremendamente difícil, casi imposible, ya que las organizaciones públicas sanitarias respondían a patrones confeccionados en gran parte en el siglo XIX y primeras décadas del XX, en manos de fuerzas tradicionales que se resistían a la nueva realidad de un Estado social. El hecho de disponer del funcionamiento bien establecido del sistema asistencial sanitario de la Seguridad Social permitió conseguir con relativa facilidad la estatalización progresiva de toda la asistencia sanitaria española, pasando de la fórmula de un sistema sanitario de Seguridad Social para los trabajadores, financiado por las cuotas de patronos y obreros, a un sistema de Servicio Nacional de Salud con universalización de la asistencia y con financiación pública por los presupuestos generales del Estado. En 1980 el Congreso de los diputados aprobó las “Líneas generales de la asistencia sanitaria” y una Ley de Trasplantes que fue la base del Plan Nacional de Trasplantes de órganos. En 1986, se promulga la Ley General de Sanidad



que consolida legalmente la transición del sistema asegurador de la Seguridad Social a un Servicio Nacional de Salud consecuente con el derecho fundamental de todos los ciudadanos a la protección de su salud que comprende no solo el tratamiento de las enfermedades cuando éstas se han producido sino también y fundamentalmente, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

Desde la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad se han aprobado numerosas normas reglamentarias que han ido dando desarrollo y aplicación a las previsiones de dicha ley. Así se ha promulgado el traspaso de las competencias sanitarias a todas las comunidades autónomas, se ha puesto en marcha la Ley del Medicamento, la ordenación de las prestaciones sanitarias se establece en un Real Decreto publicado en enero de 1975 y recientemente se han promulgado las leyes de ordenación de las profesiones sanitarias y de cohesión del Servicio Nacional de Salud.

## 2. Salud actual de los españoles

En general y en comparación con épocas anteriores puede considerarse que en la actualidad la salud de los españoles es buena habiéndose cumplido gran parte de los postulados de la famosa declaración de la OMS de "Salud para todos en el año 2000".

Uno de los logros más notable es el extraordinario descenso de la mortalidad infantil que en las primeras décadas del siglo XX llegó a ser de 300 por 1000 (un niño de cada tres moría antes de un año y uno de cada dos, antes de los 5 años) y que en la actualidad es de 5,5 por mil nacimientos. La mortalidad materna que era muy alta, ya que muchas mujeres perdían la vida durante el parto o por las complicaciones infecciosas del mismo, es en la actualidad prácticamente inexistente.

El descubrimiento de los antibióticos y su empleo masivo ha permitido controlar enfermedades infecciosas que antes causaban muchas muertes, como neumonías en los ancianos, bronquitis, fiebre tifoidea, brucelosis, etc. habiéndose erradicado el paludismo, la poliomielitis, las epidemias de cólera y prácticamente la sífilis. La tuberculosis, que ha sido la gran enfermedad histórica del mundo moderno, especialmente la pulmonar, ha perdido su penetración y su difusión social aunque aparecen brotes de especial virulencia en inmunodeprimidos.

Se ha ido produciendo una transición epidemiológica con el predominio progresivamente creciente de las llamadas enfermedades complejas como son los procesos cardiovasculares, las diversas formas de cáncer, afecciones neurodegenerativas, obesidad, diabetes, etc.

Los accidentes de tráfico y los de trabajo ocupan un lugar importante en la mortalidad general.

Otro indicador de la salud colectiva lo constituye las expectativas de vida al nacer que a comienzo del siglo XX en España eran parecidas a las del resto de los países europeos y se cifraban en los 34 años (33,8 años para los hombres y 35,7 años para las mujeres). Las expectativas de vida en el momento actual son de 82 años para las mujeres y de 76,7 años para los hombres. Paralelamente al aumento de las expectativas de vida y a la disminución de la mortalidad infantil se está produciendo un envejecimiento progresivo de la población. Hoy día la proporción de personas mayores de 65 años es de un 15% aproximadamente y se calcula que en el año 2046 ésta proporción llegará a ser de un 30%.

Un indicador más de la salud de los españoles es el aumento de la talla que se ha producido en las últimas décadas y que representa un promedio de 10-12 cm. sobre la que tenían los jóvenes de la misma edad en los comienzos del siglo.

Como problemas que deben ser afrontados enérgicamente con medidas de promoción de la salud y una constante educación sanitaria de la población se citan la lucha contra el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, y los desequilibrios en la alimentación.

### 3. Factores del cambio

Aunque son muchas las causas que han producido la gran transformación de la sociedad española y concretamente de su estado de salud con fines de exposición pueden señalarse los factores siguientes:

- a) Los progresos científicos y tecnológicos de la Medicina.
- b) La colectivización de la asistencia médica.
- c) Los cambios de la sociedad española.

#### a) Progresos científicos y tecnológicos de la Medicina

El desarrollo científico de la Medicina va sustituyendo el empirismo y la ignorancia de otros tiempos por el descubrimiento de hechos objetivos suministrados por la observación clínica, la anatomía patológica, la fisiopatología, la microbiología, la bioquímica, la inmunología, la biología molecular, la genética, etc. La Medicina se nutre de los avances de las disciplinas surgidas de su propio seno y se apoya en otras ciencias como la física, las matemáticas, la informática, la electrónica, que favorecen su progreso especialmente el tecnológico. Los conocimientos médicos crecen en progresión geométrica. En la investigación científica se ha generado un círculo de aceleración en el que los conocimientos científicos conducen a un rápido desarrollo tecnológico y este facilita y acelera nuevos descubrimientos.

Los avances espectaculares de la Medicina han conducido a la introducción masiva de nuevas técnicas para el diagnóstico clínico y el tratamiento. La gran cantidad de información suministrada a los clínicos sobre la enfermedad del paciente ha hecho que el diagnóstico hoy día, como ejercicio intelectual, se esté convirtiendo gradualmente en un acto de observación y de relación lógica más que de un proceso deductivo. En la moderna Medicina basada en la tecnología, especialmente en la que se practica en los grandes centros hospitalarios, las exploraciones solicitadas han dejado de ser complementarias al diagnóstico previo para convertirse en datos objetivos directos que apenas dejan sitio para la deducción.

En Medicina, a diferencia de lo que había ocurrido anteriormente, cada descubrimiento tiene una aplicación casi inmediata por lo que la renovación de instalaciones o la sustitución de unos medicamentos por otros más eficaces, se exige continuamente por médicos y enfermos. Toda maravilla parece natural y apenas produce admiración. Los médicos aumentan su capacidad diagnóstica mediante numerosos análisis de laboratorio que se ofrecen con profusión y con las diversas expresiones del diagnóstico de imagen (tomografía por computadores, ecografía, resonancia magnética nuclear, tomografía con emisión de positrones, etc.), todo lo cual contribuye activamente a la exteriorización de los fenómenos internos tanto en la salud como en la enfermedad.

Todas estas técnicas se localizan preferentemente en el hospital moderno donde surgen nuevas especialidades con un trabajo multidisciplinario de los distintos servicios y departamentos y una cooperación entre los mismos. El hospital se convierte así en el centro de atracción de médicos y de pacientes que lo consideran el exponente de la Medicina confiable moderna.



## b) La colectivización de la asistencia médica

La gran evolución social que se fue produciendo en el segundo tercio del siglo XX, especialmente después de la II guerra mundial, hizo que la salud que era un problema individual, se fuera transformando en un problema colectivo que afecta a toda la sociedad, la cual se preocupa del estado de salud y de enfermedad de cada ciudadano. Surge de esta manera el derecho a la protección de la salud y a los cuidados de la enfermedad cuando ésta se manifiesta como el último de los derechos humanos adquiridos lo que da lugar a la instauración y complejidad de los modernos servicios sanitarios.

Las características de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social española que sirvieron de base para estructurar el Servicio Nacional de Salud tras su creación con la Constitución de 1978, quedan sintetizados en el Informe de la Comisión de Análisis de Evaluación del Sistema Nacional de Salud (Informe Abril), publicado en 1991 y en el que se decía que “el Sistema Nacional de Salud, tanto en su situación actual como en su evolución histórica ha contribuido de forma decisiva a la mejora de salud de la población y a la corrección de las desigualdades sociales asistenciales. El S.N.S. tiene un dispositivo público de servicios y prestaciones de los más extensos del mundo y cubre a toda la población española, con un esfuerzo económico y niveles de calidad técnica y profesional equiparables a los países de nuestro entorno” y añadía posteriormente: “los indicadores generales de salud de la población como las expectativas de vida y las cifras de mortalidad infantil resisten favorablemente la comparación con los indicadores correspondientes de las naciones europeas. La universalización de la asistencia constituye un hito social. La financiación mayoritariamente pública ha permitido la equidad básica de acceso a los servicios. La Seguridad Social ha hecho posible una asistencia hospitalaria de calidad, la formación de médicos especialistas y enfermeras de primer nivel y el progreso de la investigación clínica”.

La completa colectivización de la asistencia y los altos niveles de la misma condujeron a suprimir por primera vez en la historia la injusta separación que existía entre Medicina de pobres y Medicina de ricos, logrando una equidad en la asistencia médico-sanitaria desconocida hasta entonces.

La Seguridad Social en España ha activado sectores enteros de la economía principalmente en el terreno sanitario como es la construcción de hospitales, el equipamiento instrumental de los mismos, la industria química farmacéutica, etc.

Además de su eficacia asistencial la Medicina impulsada por la Seguridad Social ha originado otros cambios importantes como son la especialización del médico con gran desarrollo de las especialidades médicas y quirúrgicas, favorecidas por la revolución tecnológica y por la implantación del sistema formativo posgraduado de médicos internos y residentes (MIR). Igualmente se ha potenciado la investigación médica con la creación del Fondo de Investigaciones Sanitarias que comenzó a financiar proyectos de investigación biomédica y la formación de investigadores que posteriormente habrían de ocupar puestos en los diferentes hospitales.

## c) Los cambios producidos en la sociedad española

Es unánime el reconocimiento de los cambios sociológicos producidos en España en los últimos años que sin ninguna duda han sido los más profundos de toda su historia. Aunque es difícil y arriesgado generalizar sobre los caracteres y cuantías de los mismos existen unos cuantos indicadores que parecen comunes a la gran variedad de costumbres de las diversas regiones y comunidades.

La generación actual de españoles disfruta de un nivel de vida superior al de generaciones precedentes. Actualmente, la clase media representa un 66-70% de la población en tanto que solo constituía el 12%



en 1933. La población activa se ha desplazado desde la agricultura hacia las zonas de industrias y de servicios. En 1960 los trabajadores españoles en el sector agrícola constituían el 42% de la población activa, mientras que en la estadísticas de 1990 señalan solo un 12% de población agrícola, un 26% para industria y un 62% en servicios. La renta nacional española nos sitúa hacia el décimo país entre los del mundo, el undécimo en producción industrial y el segundo en turismo. Otro fenómeno sociológico ha sido el de la incorporación de la mujer al trabajo fuera del hogar e igualmente su incorporación masiva a la Universidad que constituyen un fenómeno destacado de la sociología española. Los niveles de vida de la población han aumentado considerablemente aunque existen zonas más desarrolladas que otras.

Se ha producido un notable incremento en la demanda de asistencia médica derivada en gran parte del aumento de los niveles de vida pero basada también en una mayor confianza en la Medicina de la que se esperan auténticos milagros desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico. Cuenta también en esta mayor demanda la mayor facilidad de acceso a la asistencia médica por la colectivización de la misma, su universalización y gratuidad. Ha de señalarse también el neo-hedonismo de la sociedad actual que impulsa a disfrutar la vida lo mejor posible, libres de molestias, insuficiencias y enfermedades. La mujer y el hombre de hoy soportan menos las incomodidades y los sufrimientos que las generaciones anteriores. La antigua resignación se ha transformado en exigencia social. El envejecimiento progresivo de la población contribuye también de forma notable al aumento de la demanda de asistencia sanitaria ya que estadísticamente se ha demostrado que una persona cuya edad es superior a los 65 años consume cinco veces más asistencia que un adulto joven.

Otros factores sociológicos que de alguna manera influyen en el aumento de la demanda asistencial son la quiebra de los valores familiares, el aumento de la insolidaridad social, el frecuente incremento de la ansiedad y de los síntomas de los desequilibrios emocionales, todo lo cual conduce a un trato más duro y desconfiado entre los miembros de la sociedad. Es conocido que los mayores niveles de ansiedad y desajustes emocionales del cuerpo social, se traducen frecuentemente en somatización de los síntomas que buscan equivocadamente su solución en la asistencia médica.

Dentro de los cambios sociológicos hay que considerar también el referido concepto de servicio público que se da a la asistencia médica, exigiendo el usuario no solamente eficacia en las prestaciones que se le dan sino también la satisfacción por el servicio recibido. La relación médico-enfermo, tradicionalmente de tipo paternalista y protector pasa a convertirse en una relación entre adultos en la que se exige la explicación de las conductas diagnósticas y terapéuticas que se proponen las cuales para ser realizadas necesitan el consentimiento previo (el llamado "consentimiento informado") al menos para aquellos actos que revisten ciertos rasgos de riesgo o peligrosidad. Espontáneamente van aumentando las reclamaciones de tipo judicial por "mala práctica" lo cual es expresión entre otras cosas de las desmitificación progresiva de la Medicina y del médico. Todas estas circunstancias influyen muy profundamente en las profesiones sanitarias y especialmente en el médico que es en cierto modo el administrador de los recursos tanto clínicos como terapéuticos y económicos de la asistencia médico sanitaria del Sistema Nacional de Salud.

#### 4. Futuro de la asistencia médica

Los factores que han contribuido al desarrollo de la asistencia médico-sanitaria en España seguirán actuando en España según las circunstancias de cada momento. La Medicina esta siempre en movimiento con un dinamismo cada vez más acelerado.

Desde el punto de vista del progreso de la Medicina, se perfilan dos horizontes cada vez con mayor fuerza, que son por un lado la Medicina genómica y por otro las neurociencias.



El conocimiento del genoma humano va a dar lugar a una auténtica revolución en nuestros conocimientos médicos abriendo inmensas posibilidades de actuación en el diagnóstico preciso de las causas y mecanismos de las enfermedades así como en las respuestas de cada individuo a los factores ambientales que condicionan decisivamente los estados de salud y de enfermedad. La Medicina predictiva, la Fármaco-genética que estudia las respuestas personales a los diferentes fármacos y la Fármaco-genómica que permite elaborar medicamentos personalizados, son solo algunos de los numerosos aspectos nuevos de la Medicina.

Las neurociencias, en sus diferentes áreas clínicas y de investigación, están descubriendo apasionantes aspectos en el funcionamiento del cerebro humano, acelerados a partir de la “década del cerebro” iniciada en los años noventa del pasado siglo.

El estudio de las llamadas enfermedades complejas (cáncer, procesos cardiovasculares, enfermedades neurodegenerativas, esquizofrenia, diabetes, obesidad, etc.) recibirá sin duda nuevos impulsos que conduzcan al mejor conocimiento de las mismas.

Los logros de la cirugía serán cada vez más espectaculares, así como las modernas técnicas de trasplantes de órganos, terapia génica, etc.

La colectivización de la asistencia médica sanitaria, consecuencia del derecho humano a la conservación de la salud y a los cuidados de la enfermedad es una conquista irreversible de las sociedades modernas como la española. Sin embargo, el gran problema del sistema asistencial, tanto en nuestro país como en el resto de los países desarrollados es el económico. Las prestaciones sanitarias que han demostrado su eficacia crecen continuamente y cada vez son más costosas. Siempre existirá un desfase entre las ofertas de posibles prestaciones y la insuficiencia de los recursos económicos para acceder a las mismas por todos los ciudadanos. La autoridad real del médico tanto profesional como social, junto a la auténtica educación sanitaria de la población, podrán mitigar la gravedad del problema que necesariamente tendrá que afrontar en algún momento la financiación parcial y selectiva de algunas de las prestaciones por parte de los beneficiarios de las mismas.

La Medicina actual va orientando su estructura y funcionamiento preferentemente hacia el enfermo y en gran parte también hacia el individuo sano. La relación médico enfermo se establece sobre una relación entre adultos de la que derivan aspectos nuevos de información y comunicación, de asociaciones de pacientes, de reivindicaciones legales, de consideraciones éticas nuevas, etc. El llamado “consumerismo” y la informática médica son también facetas actuales de la Medicina en los países desarrollados.

Dentro de este panorama actual de la asistencia médica al que nos ha llevado una rápida transición científica cultural y social persiste la necesidad de impulsar cada vez más la investigación médica en sus diferentes modalidades y el necesario replanteamiento de la formación de los profesionales de la salud que han de adaptarse en su relación con la sociedad y con el enfermo a las nuevas circunstancias de la Medicina.

Todas estas consideraciones suponen un cambio urgente y profundo en la mentalidad y en la conducta de los protagonistas de la moderna Sanidad española: Los políticos tienen que ir adaptando las estructuras y el funcionamiento de la asistencia a la nueva realidad demográfica y epidemiológica de la sociedad española; la formación de los médicos y de las demás profesiones sanitarias tienen que adaptarse a las nuevas formas de la práctica profesional; la relación médico-enfermo ha de ser contemplada con una visión distinta de la tradicional; hay que reforzar la educación sanitaria de la población para estimular estilos de vida saludables y para que la asistencia médico-sanitaria sea percibida socialmente como un bien común respetable.



## Capítulo II

# SISTEMA NACIONAL DE SALUD

seu-2



LA SANIDAD EN EUROPA (FASE 2)

## Sistema Nacional de Salud, ¿Patrimonio Único?

CESAR ANTÓN BELTRÁN

CONSEJERO DE SANIDAD. JUNTA DE CASTILLA-LEÓN

La Comunidad de Castilla y León recibió las transferencias sanitarias en un escenario diferente al que se habían producido con anterioridad. Los elementos que determinaban estas diferencias, sin ánimo de ser exhaustivos eran los siguientes:

- Por primera vez las transferencias iban ligadas a un nuevo modelo de financiación que se presumía estable, cuando hasta la fecha los modelos previos se planteaban dentro de un escenario temporal.
- El nuevo modelo de financiación integraba la financiación sanitaria dentro de la financiación global de la Comunidad Autónoma.
- Se realizaban transferencias simultáneamente a diez Autonomías.
- En la práctica las transferencias suponían la desaparición del INSALUD.

Este conjunto de situaciones planteaba una serie de incertidumbres de cara al futuro, que podían resumirse en dos:

- Suficiencia del nuevo modelo de financiación
- La forma en que se establecerían las relaciones entre Comunidades Autónomas y entre éstas y el Ministerio de Sanidad y Consumo en un modelo sanitario descentralizado.

Es cierto que las transferencias sanitarias suponían además oportunidades para Castilla y León. Gestionar servicios públicos en un ámbito descentralizado permite dar respuestas específicas a necesidades concretas de la población a la que van dirigidos éstos.

Tradicionalmente la gestión del INSALUD tendía a buscar una homogeneidad entre los distintos territorios en que prestaba asistencia sanitaria. Esta búsqueda de criterios comunes se plasmaba en los diferentes indicadores de gestión que establecía y que a la postre dificultaban dar respuestas diferenciadas. Por otra parte determinado tipo de recursos asistenciales y prestaciones se prestaban con un modelo centralizado, muy eficiente desde el punto de vista de empleo de recursos, pero que obligaba a desplazamientos constantes de los ciudadanos. Este último criterio planteaba diferencias importantes en la dotación de determinadas prestaciones y recursos de los denominados de tercer nivel, referencia o superespecialización en las distintas Comunidades Autónomas.

Pero la realidad de Castilla y León casa mal con un modelo centralizado. En una extensión de 94.224 Km<sup>2</sup>, la mayor de todas las Comunidades Autónomas, lo cual supone el 18,6 % de la superficie española, conviven 2.493.918 habitantes ( el 5,77 % de la población existente en España, con datos del Padrón correspondientes a 1 de enero de 2004). Así, mientras la densidad de población media del territorio nacional es de 85 habitantes / Km<sup>2</sup>, en Castilla y León es 26 habitantes / Km<sup>2</sup>. Tres veces inferior.

Además, esta densidad media se reduce a 15 habitantes / Km<sup>2</sup> en el medio rural. La población reside en 2.248 municipios (el 27,7 % de los municipios nacionales), de los cuales el 74 % tienen menos de 500 residentes (el 47 % en España, o el 36 % si descontamos los correspondientes a Castilla y León).

Es decir, a la baja densidad de población se une la dispersión de ésta en múltiples núcleos, situación que supone dificultades importantes a la hora de prestar una serie de servicios públicos y entre ellos los sanitarios.

Además nuestra región, pese a la fama que tiene respecto a una orografía con escasos relieves - la meseta castellana - se encuentra rodeada por montañas y con un nivel medio de altitud superior al resto del territorio español (31,6 % de su territorio por encima de los 1.000 metros, frente al 18,4 % del territorio nacional), lo cual supone una climatología rigurosa.

El conjunto de estas situaciones enmarca el mayor reto que tiene la sanidad en Castilla y León y que es el de la ACCESIBILIDAD.

Es preciso, y nuestros ciudadanos cada vez lo demandan más, llegar con el mayor número de servicios sanitarios a los lugares en que estos residen. Esta situación conlleva que, en muchos casos, haya que primar la accesibilidad frente a la eficiencia y que el coste de la prestación se incremente. Aún en el caso de poder establecer servicios de referencia para un conjunto de poblaciones es preciso tener en cuenta que el coste del transporte sanitario también es mayor, determinado por las grandes distancias existentes entre núcleos de población y hospitales de referencia y que en bastantes casos superan los 100 kilómetros de distancia.

Por otra parte, la movilidad de muchas personas del medio rural se encuentra limitada, hecho ligado sobre todo al mayor envejecimiento que existe en este medio, que en líneas generales podríamos decir que tiene tasas de envejecimiento dobles a las del medio urbano y por tanto un mayor incremento del grado de dependencia o discapacidad de las personas.

Otra de las características de nuestra región, ya apuntada antes, es la del grado de envejecimiento existente. La edad de la población condiciona en gran parte las necesidades de asistencia sanitaria y por tanto el que exista un mayor envejecimiento relativo de la población en Castilla y León supone la necesidad de incrementar el gasto sanitario. El índice de envejecimiento es superior al 22 % (población de más de 65 años sobre el total de habitantes), con provincias, como Soria, que supera el 26 %, o como Zamora, con índices superiores al 27 %, en tanto que la media nacional se encuentra en cifras cercanas al 17 %.

La influencia del factor envejecimiento en la actividad sanitaria ha sido estudiada por diferentes autores, y supone que la población de mayores de 65 años consume el doble del número de consultas e intervenciones quirúrgicas que los menores de esta edad. En el caso de tener en cuenta los ingresos hospitalarios, el consumo de recursos es más de cuatro veces superior a lo consumido por el grupo de menores de 65 años.



Con el fin de dar respuesta a este tipo de situaciones la Junta de Castilla y León planteó un programa de legislación basado en 6 líneas estratégicas:

1. Un Sistema Autosuficiente. Con el objetivo común de mejorar la salud colectiva e individual. Traduce la aspiración de ser capaces de proporcionar los servicios sanitarios que nuestra población necesita, dentro de la Comunidad Autónoma.

Las actuaciones integradas en esta línea estratégica tienen que ver con la ampliación de la cartera de servicios con diferentes prestaciones, entre las cuales destacamos las siguientes:

- Atención bucodental, no solo enfocada en el segmento de población infantil. También se plantean programas en colectivos de personas con discapacidad, mayores, y en el embarazo.
- Cuidados Intensivos pediátricos, de los cuales nuestra Comunidad Autónoma carecía y que se implantarán en dos hospitales.
- Incremento importante en los recursos destinados a los pacientes oncológicos y muy especialmente del número de aceleradores lineales.
- Desarrollo importante de los recursos de asistencia psiquiátrica considerados de tercer nivel (Unidades específicas para trastornos duales, Hospitalización infanto-juvenil, Centros de Día y Unidades de Convalecencia Psiquiátrica).
- Detección precoz de la hipoacusia infantil, programa destinado a todos los recién nacidos de Castilla y León.

Pero la autosuficiencia debe también entenderse desde el punto de vista de las infraestructuras en las cuales se realizan las prestaciones sanitarias. Estamos hablando de los hospitales, centros de salud y consultorios locales.

Todos los hospitales se encuentran o tendrán a lo largo de estos años diferentes fases de construcción o reforma. Se actuará sobre 59 Centros de Salud (32 de ellos de nueva construcción) y se reformarán más de 1.100 Consultorios Locales.

Otro de los retos relacionados con la autosuficiencia es el de atención a la dependencia, planteada como una red asistencial en que se integre progresivamente la atención a las necesidades sanitarias y sociales del ciudadano.

2. La segunda línea deriva directamente de las características demográficas antes señaladas. Estamos refiriéndonos a la Accesibilidad. Dentro de esta línea nos referimos a actuaciones encaminadas a amortiguar el efecto pernicioso que tienen las variables sociodemográficas en la forma en que se presta la asistencia sanitaria, como son:
  - El fomento de la atención especializada en el medio rural, bien con la dotación de Centros de Especialidades en zonas periféricas o alejadas de los hospitales de referencia de la región (Valle de Laciana, Benavente, Ciudad Rodrigo, Valle del Tietar, Merindades y Montaña Palentina), bien con el desplazamiento de especialistas a determinados Centros de Salud.



- Otra actuación importante es la relacionada con la atención y el transporte sanitario de carácter urgente y la atención a las emergencias. En este sentido se ha planteado la extensión al medio rural de las Unidades Medicalizadas de Emergencias (UMEs), de tal modo que de las 22 existentes en la actualidad, 12 se encuentran afectadas a zonas rurales. Por otra parte se dispone de cuatro helicópteros medicalizados, que permiten cubrir el territorio de la Comunidad Autónoma en isócronas aceptables.
  - La accesibilidad también se contempla desde el punto de vista de facilitar las prestaciones sanitarias en el ámbito temporal. En este sentido quizás la actuación más relevante sea la aprobación de un Plan de Reducción de Listas de Espera (LE), con vigencia hasta el año 2007, y cuyos objetivos son: LE quirúrgica < 100 días; LE consultas externas < 30 días, y LE pruebas diagnósticas < 20 días. Plan que se verá reforzado en breve con la aprobación de un Decreto que garantice los plazos respecto a la prestación quirúrgica.
  - Actuaciones encaminadas a facilitar desde un punto de vista temporal el acceso a otras prestaciones tiene que ver con la ampliación en el funcionamiento en horario de tarde de los Centros de Salud que radiquen en municipios de más de 10.000 habitantes, o la implantación del triage o clasificación por niveles de urgencia en todos los servicios de urgencia de nuestros hospitales.
3. Se busca, dentro de la tercera línea estratégica, un compromiso con la calidad. Los diferentes Planes de Gestión de Área, contemplan actuaciones en este sentido, pero hay que dar un paso más, dentro de lo que sería integrar los aspectos de calidad en el trabajo diario y establecer la mejora continua como filosofía general de trabajo, estamos hablando de crear una Agencia para la Calidad y Acreditación del Sistema Sanitario.
  4. Otra línea fundamental es conseguir una verdadera participación de los profesionales en el sistema, con corresponsabilidad en la toma de decisiones. Aquí las actuaciones tienen que ver el modelo de recursos humanos que se desea para esta Autonomía. Un modelo basado en la mejora de la competencia profesional, con programas de formación continua. Un modelo que estimule la motivación y el compromiso, favoreciendo la estabilidad en el empleo y con el diseño de una carrera profesional. En fin, un modelo que además permita la participación de la sociedad, fomentando los Consejos de Salud de Zona.
  5. En el terreno de la Salud Pública, las actuaciones más novedosas tienen que ver con la creación de la Agencia de Protección de la Salud y Seguridad Alimentaria. Dando respuesta a una demanda social creciente que tiene que ver con la repercusión que tienen sobre nuestra salud las condiciones del ecosistema. La influencia que sobre éste tiene la población justifica el control y la vigilancia sobre los agentes físicos, químicos y biológicos.
  6. El sistema sanitario debe ser además innovador, sobre todo si tenemos en cuenta que es uno de los sectores en que el cambio es una constante. Actuaciones relacionadas con el empleo y difusión en el entorno de trabajo de las tecnologías de la información y telecomunicaciones permiten además dar una respuesta al reto de la accesibilidad, de modo que el médico de familia disponga de la información clínica relevante para la toma de decisiones.
    - La informatización de los Centros de Salud, con una aplicación de desarrollo propio, es clave en ese sentido.

- Pero también existen otras actuaciones relacionadas con técnicas Telemédicas, que permiten, bien un acercamiento de las posibilidades diagnósticas, bien la realización de interconsultas entre el Médico de Familia y diferentes especialistas. La Telemedicina tiene su campo esencial en las Zonas Básicas de carácter rural (aproximadamente el 70 % de las Zonas Básicas de nuestra región).

En las páginas anteriores se han señalado una serie de factores que determinan una respuesta diferenciada a los problemas sanitarios respecto a otras Autonomías, respuesta que se plantea desde las 6 líneas estratégicas que definen las actuaciones en materia sanitaria de la Consejería de Sanidad.

Existe otra serie de factores, no tan evidentes como los antes señalados, que también dejan sentir su influencia en un modelo sanitario descentralizado y que merecen ser detallados, aunque sea sucintamente y desde la experiencia que da la gestión sanitaria, más que desde aspectos objetivables.

Las transferencias dejan sentir, en la gestión de los servicios sanitarios, lo que se ha denominado en llamar “efecto cercanía”. Con él se quiere señalar la existencia de una serie de demandas de prestación de determinados servicios, que obviando, en muchos casos, el componente de planificación y gestión se presentan como una decisión de naturaleza estrictamente “política”. Este efecto es más patente en Autonomías de carácter pluriprovincial, especialmente cuando existe un peso equiparable entre las distintas provincias o ciudades.

Otro efecto, es el que podríamos definir como “mimetismo” con otras Comunidades Autónomas. Castilla y León se encuentra rodeada por nueve Autonomías, que en el ejercicio de sus competencias sanitarias y de su realidad sociodemográfica, plantean diferentes prestaciones o establecen prioridades diferentes. Existe una cierta tendencia a solicitar prioridades o prestaciones que si bien pueden tener su justificación en una determinada Comunidad Autónoma, no la tengan en otra.

Por último, un modelo sanitario como el nuestro, precisa de un determinado nivel de coordinación, que podemos afirmar está en sus inicios. La coordinación es necesaria para garantizar una serie de prestaciones de carácter superespecializado, que deben prestarse con criterios de referencia para diferentes regiones. La coordinación también es necesaria a la hora de establecer nuevas prestaciones o la política farmacéutica y para su desarrollo sigue siendo importante el papel del Ministerio de Sanidad. Claro está, que las decisiones que puedan tomarse a este nivel tienen un reflejo en el gasto que se efectúa en las Autonomías y por tanto deben conllevar una financiación adecuada, lo demás es “invitar a que pague otro” y en Castilla y León esto ha sucedido más de lo deseable en los últimos tiempos.



# La asignación de recursos y la investigación biomédica

JUAN JOSÉ ARTELLS HERRERO

ECONOMÍA Y SALUD, S. L.

## 1. Introducción

Las conclusiones de un reciente seminario sobre modernización de la estrategia y la gestión de investigación biomédica en el Sistema Nacional de Salud han contribuido a poner de manifiesto la importancia del análisis económico para la comprensión de los procesos de asignación de recursos y priorización de la investigación realizada con fondos públicos.

Los investigadores, gestores y clínicos participantes en el mencionado Seminario establecieron las siguientes coincidencias en relación al posicionamiento estratégico y la relevancia social de la actividad de investigación biomédica pública:

- Se trata de un producto específico y diferenciado de la asistencia.
- La necesidad de priorizar la investigación que se realiza en el Sistema Nacional de Salud de modo congruente con los Objetivos de Salud, el modelo epidemiológico actual y su evolución previsible, generando conocimiento útil para los dispositivos asistenciales.
- Con la finalidad de rendición pública de cuentas y control democrático la financiación pública de la investigación debe ser facilitada a los ciudadanos de forma transparente y suficientemente pormenorizada al objeto de que la consecución de los objetivos estratégicos sea verificable.
- La información actual no permite conocer debidamente la dimensión agregada del esfuerzo nacional en investigación ni la evolución de la asignación del gasto en infraestructura, formación, gastos corrientes y gastos compartidos con la asistencia sanitaria.
- La introducción sistemática y regular de auditorias y procedimientos de evaluación independiente y externa a los centros y núcleos de actividad investigadora, así como la publicación sin restricciones de los resultados.

La gestión de la investigación realizada principalmente en los hospitales de nuestro sistema público se percibió como una condición «sine qua non» para su viabilidad y su competitividad sostenibles. A este respecto se registró un importante consenso por lo que se refiere a:

- La investigación biomédica ha de gestionarse de manera específica y diferenciada en organizaciones unitarias cuya dirección debe situarse en el máximo nivel directivo del hospital.
- Debe facilitarse el desarrollo de infraestructuras de apoyo a la investigación de uso transversal frente a su exclusivización por grupos (personas vinculadas al hospital).
- Debe darse un tratamiento prioritario al conocimiento permanente de los costes específicos de la investigación con un riguroso deslindamiento de los costes asistenciales.
- Deben generalizarse las experiencias positivas de nuevas formas organizativas como las fundaciones y las fórmulas asociativas de organismos complementarios para obtener economías de escala y mayor competitividad internacional.

Las anteriores formulaciones de lo que podría denominarse una «nueva frontera» para la investigación biomédica en España comparten como concepción común la necesidad de que la investigación sea relevante para los problemas cruciales de nuestra sanidad y de que la *elección* entre las posibles alternativas de utilizar dinero público, altas competencias profesionales, recursos y la cooperación de los pacientes sea conocida, transparente y contestable.

Y para estos propósitos el conocimiento del valor de la investigación, su coste específico y su coste de oportunidad así como la gestión anticipada del riesgo de elegir dominios tecnológicos y líneas de investigación, constituyen aportaciones distintivas del análisis económico.

El propósito de esta reflexión, pretende, a tenor de lo referido, sugerir referentes -desde la perspectiva del análisis económico- para el análisis estratégico y para el diseño de instrumentos e incentivos de mejora de la articulación entre financiadores, proveedores, evaluadores y usuarios de la investigación biomédica.

## 2. Pluralidad y rivalidad de valores en el proceso de investigación

El análisis económico es pertinente y aporta información en la comprensión de transacciones entre sujetos con pluralidad (y rivalidad) de intereses y preferencias. A título de ejemplo la definición de rendimiento o impacto multidimensional del proceso de realización y el resultado de la investigación sugerido por Buxton puede ser ilustrativo.

Desde la perspectiva de los directivos del sistema sanitario y de sus usuarios, el rendimiento de la investigación incluye la noción de coste de oportunidad y contempla tanto procesos de mejora de la calidad asistencial como de ahorro potencial de recursos, mejora en el acceso universal y, especialmente, la contribución significativa a mejorar la salud individual y colectiva.

Esta pluralidad de valoraciones y preferencias supone, en un sistema participativo con asignación colectiva de recursos, el requerimiento de explicitación de las prioridades de investigación y la transparencia en relación a la elección de las alternativas organizativas y los objetivos socialmente más eficientes.



La modelización del rendimiento de la investigación se ha basado en un esquema de análisis *input - output*, para formalizar las fases de mayor significado estratégico en la cadena de valor de la investigación y su proceso de producción y aplicación.

La primera fase, ocurre con antelación al inicio del proceso de desarrollo de los proyectos y supone la identificación y valoración de necesidades de investigación y la priorización relativa de las mismas con arreglo a criterios definidos y explícitos. La fase «Propuestas, Selección y Encargo» refleja el proceso de valoración y negociación entre los financiadores responsables de la «compra» y los grupos de investigadores en torno a las líneas, objetivos y transferibilidad propuestos por los primeros.

Las fases correspondientes al desarrollo de los proyectos contratados enfatizan la importancia de los recursos -especialmente los intangibles relacionados con la experiencia y competencias profesionales así como la disponibilidad de una infraestructura tecnológica apropiada - los *procesos* - de cuyo avance pueden derivarse resultados directos en términos de cambios en las prácticas de los clínicos que toman parte en los proyectos- y los resultados primarios cuya valoración y valor añadido suelen reflejar por medio de la contabilización de los impactos bibliométricos de su publicación y difusión en la comunidad científico-técnica.

El modelo subraya la importancia de las formas de evaluación y difusión de los resultados desde la perspectiva de su *aplicabilidad*. Las fases de transferencia y de aplicación ponen de manifiesto la importancia de los *resultados secundarios* - influencia en la reformulación de políticas sanitarias, objetivos de salud y decisiones administrativas, innovación de la base científica de la evidencia para la contratación de servicios sanitarios, revisión de protocolos, etc. - con especial énfasis en la modificación observable de actitudes, comportamientos y prácticas clínicas. La fase referida al impacto o resultados finales supone la visualización del valor añadido de la cadena de valor en términos de por ejemplo, «ganancia colectiva en salud» en la medida en que sea posible establecer una asociación satisfactoria con la aportación de los resultados del proceso de investigación.

El conocimiento de la complejidad y la multiplicidad de las transacciones entre los diversos agentes en el proceso de investigación biomédica permite comprender la importancia de las interrelaciones que presiden el funcionamiento de esta actividad en el seno de las organizaciones asistenciales y desactivar la persistencia de concepciones sesgadas acerca de la «propiedad» de la investigación y en consecuencia modernizar su gestión y concepción estratégica. La implantación de «contratos-programa» entre los hospitales terciarios y los grupos de investigación o fundaciones «ad hoc» supone una nueva fórmula de corresponsabilización y de autogestión de los hospitales con la imprescindible motivación e impulso creativo de la investigación, que requiere exploración y desarrollo.

### 3. Cambio organizativo y sostenibilidad de la actividad investigadora en los hospitales

Otro ejemplo acerca de la aportación distintiva del análisis económico a la comprensión de las relaciones específicas de la investigación con el entorno organizativo en el que tiene lugar, se refiere a la previsión del impacto de determinadas opciones de reforma del sistema sanitario.

De hecho las reformas de los sistemas sanitarios basadas en el desarrollo o la introducción de la gestión descentralizada del aseguramiento público, con mecanismos de competencia e incentivos de



mercado puede suponer una amenaza para el «statu quo» de la sostenibilidad de la financiación y la actividad investigadora en los hospitales. En la medida en que desconcentra la función de «compra de servicios» y se asume por la Atención Primaria, afloran conflictos en relación a quién direcciona el flujo de pacientes: no hay investigación biomédica sin pacientes.

En Estados Unidos, por ejemplo, la transición de la oferta hegemónica de seguro sanitario, basada en tarifas por acto médico, a la creciente implantación de la medicina gestionada ha generado preocupación por sus efectos sobre la viabilidad de la investigación clínica realizada en los hospitales universitarios. El cambio de configuración en el mercado asistencial, a consecuencia del desarrollo de la medicina gestionada, ha supuesto una transformación de la cuota de mercado de los hospitales terciarios, la limitación de las autorizaciones y de la derivación de pacientes para experimentos y proyectos de investigación.

En el *National Health Service* (NHS) del Reino Unido la percepción anticipada del impacto potencial para la estabilidad de la financiación de la investigación en los hospitales como consecuencia de la elección de proveedor asistencial por el médico de familia (GP), fue una de las razones subyacentes en las reformas que dieron lugar en 1991 a la actual Estrategia de I+D del NHS.

En el sector privado, se registra consenso acerca de que los financiadores -aseguradores, organizaciones de medicina gestionada, etc.,- no tienen por qué afrontar los costes «extra» atribuibles a la investigación biomédica (fármacos y procedimientos experimentales, medios diagnósticos, gestión de datos, tiempo de personal asociado a la investigación, etc..) y sí en cambio hacerse cargo de los costes de la asistencia -no experimental- apropiada, probada y efectiva de sus asegurados y pacientes.

Lo referido ilustra el valor de una visión completa de las interacciones entre la dimensión asistencial y la investigación en la consideración estratégica de los cambios organizativos de los sistemas sanitarios públicos y privados.

## 4. Perspectiva económica de la investigación biomédica

Hace más de cuarenta años el premio Nobel de Economía K. J. Arrow señaló los principales atributos económicos de la producción de investigación y de la distribución de sus resultados en condiciones de incertidumbre, asimetría de información, opciones alternativas y costes de oportunidad. Lo que sigue se refiere exclusivamente a los que aportan mayor significación al análisis estratégico y de los procesos de priorización.

### 4.1 Producción conjunta

En primer lugar la investigación que se realiza en los hospitales constituye una actividad singular con características de producción conjunta. Los costes del tratamiento de los pacientes de difícil demarcación de los costes generados exclusivamente por la investigación, plantean una conocida dificultad analítica de la distinción entre el coste de la lana y el coste de la oveja.

Pese a las mencionadas dificultades académicas, la investigación biomédica como producto hospitalario específico no está exenta de un tratamiento de contabilidad analítica que permita conocer y ana-

lizar su contribución a la consecución de los objetivos corporativos del centro hospitalario y a la gestión activa de su relevancia, calidad y productividad, de manera diferenciada.

## 4.2 La investigación biomédica como bien público

La investigación financiada y realizada con fondos públicos participa de las características de los bienes públicos interviniendo la Administración en sustitución del mercado, para producir un servicio de utilización no excluyente y consumo colectivo no rival.

Una vez «producida», sus resultados están a disposición de la sociedad sin exclusiones a un coste de producción prácticamente nulo (aunque su *acceso* y *utilización* tengan un coste).

Es de especial relevancia que la naturaleza «pública» del «bien» investigación deriva del carácter técnico de su demanda y no de la organización de su producción. A pesar de que la información y el conocimiento aportado por la investigación son apropiables mediante patentes, el sector público parece valorar más la publicación y difusión sin restricciones de los resultados tal vez como mecanismo efectivo de control de calidad -vía *peer review*- y como soporte de la productividad de la futura investigación.

La naturaleza de bien público de la investigación tiene como implicaciones tres cuestiones decisivas para la relevancia social y el control democrático: la explicitación suficiente de los criterios en que se basa la priorización o expresión de la *demanda colectiva* de investigación, la creación de instrumentos aceptables de valoración de proyectos y de su uso de recursos y el establecimiento transparente del nivel agregado de financiación.

Como común denominador de estas dimensiones de apreciación de la eficiencia pública en la asignación de recursos destaca el dilema acerca del nivel de descentralización de las decisiones de selección y dotación de recursos para proyectos de investigación competitivos.

## 4.3 «Necesidad» de investigación biomédica

También como secuela de la naturaleza de bien público de la investigación, la *necesidad* definida por expertos - la propia comunidad de investigadores, por ejemplo - sustituye a la preferencia individual como criterio de asignación de recursos, cobrando un valor central la valoración de la calidad y la relevancia científico-técnica de las aportaciones de la investigación y la evaluación «inter-pares» basada en la relación de agencia que se establece entre la sociedad y la comunidad científica, que mantienen posiciones asimétricas en cuanto a la posesión de información relevante y la actuación difícilmente verificable del investigador.

Sin embargo la anterior noción de necesidad -basada enteramente en los valores, criterios e intereses de los propios investigadores- ha abierto paso a un nuevo concepto más equilibrado.

Sus criterios de asignación de recursos consideran explícita y simultáneamente las siguientes dimensiones: una descripción suficiente de la existencia de oportunidades de avance en el conocimiento o en la aportación de evidencia relevante y novedosa; la constatación verificable de la existencia de potencial para la contribución positiva de los recursos existentes -humanos y tecnológicos- a la consecución

ción de los objetivos establecidos y el coste de oportunidad de las alternativas de investigación relevantes, así como la explicitación del criterio de dilucidación entre las mismas (8),

#### 4.4 Necesidad inducida por la Oferta

Otra característica económica de la investigación biomédica consiste en el papel dominante que tradicionalmente han jugado los propios investigadores (o sus formas organizativas) como formuladores de la «necesidad» de investigación: estableciendo lo que es investigable de lo que no lo es, desarrollando protocolos, decidiendo acerca de la distribución de responsabilidades, cargas de trabajo y uso de recursos y evaluando la calidad de los procesos y productos de la investigación de manera notablemente endogámica. En ausencia de intervenciones correctoras, los inventivos de esa situación pueden llevar a la identificación de lo que «se necesita» con la particular opción tecnológica y los intereses y agendas de los propios investigadores.

El avance en la rendición de cuentas y la relevancia social de la investigación por medio de la explicitación transparente de objetivos y prioridades se complementa con la dinámica correctora de los «cuasi mercados» - separación de financiadores públicos, priorizadores y proveedores - al objeto de contrarrestar la inducción de la necesidad de investigación por parte de la oferta.

#### 4.5 Reputación, riesgo y especificidad de activos

En la competencia de los centros y equipos de investigación por el reconocimiento y la financiación de sus proyectos, la *reputación* -compromiso con un determinado dominio investigador y conocimientos focales («core»)- constituye una característica singular de diferenciación competitiva que se refiere tanto al mantenimiento de la confianza de la sociedad como en el rechazo de comportamiento oportunistas.

La incertidumbre y la imprevisibilidad de la maduración de la investigación suponen un fuerte componente de riesgo, cuya gestión eficiente significa tanto la desincentivación de la selección adversa - disminución de la productividad debido a la desmotivación de los investigadores- como el «pooling» de riesgos -asociado tanto a la integración o asociación de infraestructuras para lograr tamaños críticos como a la diversificación óptima del portafolio de investigación.

Como ha puesto de manifiesto recientemente el *National Center of Research Resources* (NCRR) las tendencias dominantes del futuro inmediato de la investigación biomédica -medicina molecular -pasan por la disponibilidad de infraestructuras cuyo coste hace imperativo sacar el mayor provecho de las economías de escala, el uso compartido de recursos y competencias y las alianzas estratégicas entre centros de investigación complementarios y sinérgicos.

Finalmente conviene tener en cuenta como singularidad de las organizaciones de investigación biomédica, la *especificidad de los activos* asociados a la misma. Tanto la infraestructura, con rápidos ritmos de obsolescencia -como el mantenimiento de las competencias de los investigadores. La transformación que está teniendo lugar en la dependencia de la investigación biomédica de nuevas disciplinas - ingeniería biomédica, genética molecular, biología estructural, nuevas tecnologías -bioinformática, modelización computerizada - e instrumentación de la manipulación genética, señala tanto una



rápida transición de la «administración» a la «gestión» integrada de la investigación, como la necesidad de la asignación de recursos con una perspectiva estratégica óptima.

El Congreso y la Oficina de Gestión y Presupuesto de los EE.UU., están desarrollando la «*Research and the Government Performance and Results Act*», que establece como requisito obligatorio para todas las instituciones y agencias federales de financiación y promoción de investigación, el establecimiento y publicitación de sus objetivos estratégicos, el comportamiento de su gestión y evaluación de sus infraestructuras, procesos y resultados.

## 5. Conclusiones

La Economía de la Salud permite mejoras específicas del bagaje instrumental en el análisis estratégico de la investigación biomédica.

La noción de «bien público» exige la explicitación de objetivos, alternativas y coste de oportunidad en el análisis de los procesos de priorización del gasto, cuya compleja cadena de valor -puesta de manifiesto por el análisis *input-output*- requiere la mayor transparencia.

El análisis de las formas organizativas del sistema sanitario pone de manifiesto hasta qué punto cambios en la distribución de la titularidad de responsabilidades en la financiación, gestión y provisión asistencial suponen una amenaza potencial para la viabilidad organizativa y financiera del «statu quo» de la investigación en los hospitales.

El uso del análisis económico en el diseño de intervenciones de gestión supone una transformación sin precedentes en la disponibilidad de información de mayor calidad para la fundamentación del posicionamiento estratégico de las organizaciones asistenciales de producción de conocimiento biomédico.



## Desde el compromiso de las transferencias

JOSEP MARÍA BONET BERTOMEU

EX-DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD.  
MINISTERIO DE SANIDAD

### 1. Introducción

En Enero de 2002, los Servicios Sanitarios gestionados por el INSALUD fueron transferidos a las diez Comunidades Autónomas que todavía no los habían recibido. Se completó así el mapa territorial de Servicios de Salud Autonómicos, si exceptuamos Ceuta y Melilla que siguen gestionados por la Administración Central.

Habiendo transcurrido más de tres años desde aquella fecha se puede ver con cierta perspectiva aquel proceso, algunos de sus componentes y aportar así algo al momento que vive nuestro sistema, siempre con ánimo de enriquecer el debate.

Las reflexiones en este sentido se pueden considerar oportunas por coincidir en un momento singular, en el que nuestro sistema tiene en su agenda importantes retos para decidir su futuro: la financiación, el papel del ciudadano y del profesional en la configuración del sistema, los futuros escenarios,...

Trataré, en consecuencia de recordar alguno de los antecedentes del proceso, para posteriormente referirme al futuro inmediato e intentar así contribuir en algo en la elaboración de propuestas para su abordaje.

En la construcción del llamado Estado de las Autonomías, aparece de forma recurrente quien cuestiona en mayor o menor grado las decisiones que permiten avanzar hacia un mayor grado de descentralización de competencias, como es el caso de las transferencias sanitarias. Para explicar bien el proceso transferencial y la disolución del INSALUD es necesario un análisis preliminar de los orígenes del sistema sanitario. Las necesarias referencias las encontramos en nuestro marco constitucional, pues explican bien la configuración actual. La Constitución Española, en su art. 43 reconoce el derecho de protección a la salud y encomienda a los poderes políticos organizar y tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. El sistema, como característica definitoria, se asienta sobre la configuración del modelo de aseguramiento único que de un modelo de Seguridad Social evoluciona posteriormente hacia un modelo de Sistema Nacional de Salud financiado en su mayor proporción a través de los presupuestos generales.

Es en el título VIII del Texto Constitucional donde se define la ordenación territorial del Estado en la que se posibilita la asunción de competencias en materia de sanidad. El Estado se reserva la regulación de las bases y la coordinación general de la sanidad.

Estas previsiones constitucionales fueron desarrolladas por la Ley General de Sanidad, Ley 14/86, estableciéndose los principios básicos que configuran el Sistema Nacional de Salud:

- Carácter público, universal, y gratuito
- Derechos y deberes de los ciudadanos y de los poderes públicos
- La descentralización política de la sanidad
- La integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el SNS
- La organización en áreas de salud
- Desarrollo del Modelo de Atención Primaria

Se puede interpretar en consecuencia, que la configuración actual del Sistema Sanitario español es el resultado de esta integración de la totalidad de los Servicios de Salud autonómicos transferidos, fruto de un proceso de descentralización política de la sanidad que en conjunto ha llevado más de 20 años.

## 2. El Proceso Transferencial

Las transferencias de las competencias en la gestión de los servicios de salud tienen características diferentes según pertenezcan a la primera etapa (1981-1994), o al proceso más reciente 2002. Las primeras a su vez fueron diferentes en cada caso. Entre la primera, Cataluña, y la última Canarias transcurrieron quince años, se realizaron transferencias a siete Comunidades Autónomas siendo diferentes las correlaciones de fuerzas políticas prácticamente en todas ellas.

Las transferencias se acompañaron además de las respectivas negociaciones financieras entre la Administración Central del Estado y la Autónoma. Como hoy sabemos, salvo en el caso de las Comunidades Forales, los resultados de la negociación no aportaron la estabilidad y sostenibilidad que habría cabido esperar en procesos de negociación bilaterales.

En las transferencias de 2002, los procesos se iniciaron con la modificación en 1998 de los Estatutos de Autonomía en cada una de las diez Comunidades Autónomas con servicios hasta ese momento gestionados por el INSALUD, haciéndose así formalmente competentes a partir de ese momento para recibir las transferencias. Se expresó así la clara voluntad de planificar y gestionar sus propios servicios en cada territorio autonómico independientemente del partido gobernante en cada caso.

En el año 2001 finalizaba la vigencia de la fórmula de financiación de la Sanidad, hasta entonces de carácter finalista y estable en cada escenario plurianual. Es conocida una cierta controversia acerca de la idoneidad de seguir con la financiación finalista de los Servicios de Salud aunque mejorando sus componentes y características de la formulación, o bien ir a la fórmula de financiación general de la Administración Autónoma contemplada en la LOFCA. La valoración de una y otra debería llevar a identificar aquella que además de mejorar el déficit presupuestario diera más estabilidad al sistema, generara menos incertidumbres para el siguiente período, y fuera en definitiva más aceptable para cada uno de los ámbitos territoriales. La coincidencia a fin de 2001 entre el fin de la vigencia de la fórmula para la financiación de la sanidad con el de la vigencia de la financiación de las Comunidades Autónomas fue decisiva para optar por el nuevo modelo, hoy vigente, que incluye la financiación de la sanidad en la financiación general de las comunidades autónomas. Sin duda, esta decisión se vio reforzada con el escenario pretransferencial de aquel momento, pues podía por primera vez diseñarse un escenario que englobara al total de Servicios de Salud en la financiación autonómica sin vincular-

los con servicios de la Administración General del Estado, en escenarios estables de corresponsabilidad de las diferentes administraciones. Cabe añadir que una vez desaparecido el INSALUD la formulación finalista perdía parte importante de su sentido.

Así, a diferencia de los procesos anteriores, las transferencias se hicieron en bloque y tras haberse aprobado con meses de antelación, en el Consejo de Política Fiscal y Financiera, la financiación de las Comunidades Autónomas con la sanidad incorporada, por lo que la negociación bilateral en materia sanitaria quedó de hecho desvirtuada.

En su última etapa el INSALUD había continuado con la estrategia de años precedentes de la nivelación de servicios, es decir, en la senda de disminuir las diferencias entre los territorios de gestión directa en términos de gasto corriente y de inversión per cápita. Esta fue desde su creación en 1978 una de las constantes en la gestión del Instituto. Ello fue posible gracias a gestionar la información territorializada y sometida a un constante *benchmarking*, de información estructural y de producción. Como se sabe, tanto el propio INSALUD gestión directa como los Servicios Autonómicos de Salud, utilizaron la información para poder comparar sus avances y también sus dificultades.

Los grandes paradigmas que definieron el modelo de atención hace ya 20 años permitieron el desarrollo de unas estrategias de atención a la población y la consolidación de una red de servicios que en conjunto constituyen ese patrimonio único en relación a otros sistemas sanitarios de nuestro entorno inmediato.

La asunción de competencias por parte de las autonomías no debería ser impedimento para reconocer en el INSALUD elementos que configuraron un organismo gestor que aún hoy podría ser referente para el conjunto del sistema, entre los cuales se podría destacar:

- Eficiencia, a través de instrumentos como los contratos programas, contratos de gestión para la asignación de recursos, control del gasto, contención del déficit,..
- Definiciones de cartera de servicios en base a necesidad y equilibrio territorial
- Bajos coste de transacción en sus competencias como Servicios Centrales de un territorio extenso
- Avance importante en la separación de funciones entre el ámbito político y el gestor, con profesionalización de la gestión y contención de la "interferencia" política en los ámbitos de gestión de los centros, hospitales y atención primaria, logrando un equipo de gestores bien cohesionado
- Profundización a lo largo de los años en la adecuación de perfiles a los puestos y en la formación continuada contribuyendo a elevar un alto grado de conocimiento experto en el sector
- Desarrollo y consolidación de Sistemas de Información, que han permitido su utilización como referente incluso hasta este momento (CMBD INSALUD 2001) a falta de nuevos referentes globales

Nuestro Sistema Sanitario sigue siendo tres años después de haber sido transferidos la totalidad de los servicios, no sólo un muy eficaz sistema de atención a las necesidades de salud de los ciudadanos sino uno de los principales mecanismos de cohesión social, y de redistribución de riqueza del país.

Si hoy alguien planteara la existencia de amenazas sobre nuestro sistema, éstas lo serían sobre lo que efectivamente podemos considerar como patrimonio para todos los ciudadanos de este país, independientemente de su origen, lugar de trabajo o residencia.

La retórica que se observa con cierta frecuencia como defensa del sistema, podría desenfocar la atención sobre otras dimensiones de la problemática, o transmitir mensajes equívocos, que actuarán a la larga como amenazas más sutiles pero igualmente perniciosas para el sistema. El ciudadano y los pro-

fesionales deberían poder relacionarse con la administración en base a una relación madura, superando viejos paternalismos ilustrados. De nuevo, como vemos con acontecimientos recientes, las necesidades de los ciudadanos deberían ser las que marcaran la evolución del sistema, y no agendas, si no ocultas sí poco transparentes, de dudoso valor en la oportunidad, adecuación o aceptabilidad para el ciudadano desvirtuando así el valor de la democracia representativa.

En este sentido, creo necesario reformular los principios de avance del sistema en base a la responsabilidad del ciudadano, y de los profesionales, que deberían disponer de mejores espacios de encuentro con los ámbitos de la Política (*policy*) y administración de servicios.

La capacidad de aportar elementos de impulso a los componentes del sistema de atención a la salud, parte necesariamente de un adecuado análisis del momento, en el espacio y en el tiempo, con todos los actores: ciudadanos, profesionales, gestores y políticos. Estos últimos con la responsabilidad que tienen ante los ciudadanos de nuestro país que priorizan en los primeros lugares a la Sanidad dentro de lo que debería ser la responsabilidad política.

No se trata aquí, ni sería yo el más indicado, de hablar de las deficiencias del proceso transferencial, de las consecuencias sobre el conjunto del Sistema Nacional de Salud, o de lo que se podría haber hecho y no se hizo, o de lo que se hizo y no debiera haberse hecho. Sería este, a mi modo de ver, un ejercicio estéril.

La transferencia ha logrado acercar las decisiones al ciudadano, y mejorar por tanto la relación entre administradores, ciudadanos y profesionales.

Mencionaré tan solo alguno de los elementos que, bien adquirieron cierta relevancia en el último año del INSALUD, aunque su influencia en el proceso de transferencias fuera tangencial.

Los **nuevos modelos de gestión**: Se denominaron así a las nuevas formas jurídicas bajo las cuales se organizaba la gestión de los nuevos hospitales públicos. En Cataluña existían ya formulaciones diferentes al marco común de gestión administrativa y de los Estatutos de Seguridad Social en el resto del Estado, pero estaban en relación al propio origen de los hospitales, que los diferenciaba de aquellos de Seguridad Social. En Andalucía se habían desarrollado servicios bajo la fórmula jurídica de empresa pública que aportaba elementos innovadores frente a las fórmulas tradicionales de gestión en el marco administrativo. En Galicia, y más tarde en el INSALUD, se desarrollaron Fundaciones para la gestión de nuevos hospitales. En la Comunidad Valenciana es conocida la fórmula de Concesión para la explotación de hospitales en régimen privado por sociedades, en las que participa una aseguradora privada, para la atención a una población determinada.

Años atrás (1991) el Informe "Abril" para la modernización del Sistema Nacional de Salud ya recomendaba la incorporación de nuevas fórmulas y nuevos instrumentos para la gestión de los servicios de salud. Pese a que tan solo se aplicaron estas formulaciones a los hospitales de nueva creación, la experiencia, a falta de una evaluación objetiva, podría considerarse como aceptable. Eso sí, independientemente de la fórmula jurídica utilizada. Si esta fuera la hipótesis, podríamos aventurar los elementos que los ciudadanos aprecian en la mejora de los servicios y qué relación tiene ésta con la formulación jurídica, con el instrumento, que lo hace posible. Lo mismo podríamos aplicar en lo referente a los profesionales. Llamaba la atención entonces cómo se contraponían las opiniones y valoraciones acerca de los diferentes modelos dependiendo de la opción política y su opción de modelo. Pese a las diferencias de marco jurídico existentes, se podría decir que cualquiera de los dos principales modelos contrapuestos – la empresa pública y la fundación – eran igualmente válidos y similares para los fines



de un hospital público, pudiéndose así mismo observar similares déficit en uno y en otro. Habiendo sido gestor de ambos modelos, recalcaría sus similitudes, pero especialmente su principal virtud como es el aportar nuevos instrumentos, nuevas fórmulas organizativas, valores, flexibilidad, que en conjunto faciliten un mejor entorno de trabajo para los profesionales y redunde en una mejor atención, más eficaz, más digna, y confortable. Todo ello condicionó en cierta medida el desarrollo de nuevas fórmulas de gestión en el último año del INSALUD. Los dos nuevos hospitales que entraron en funcionamiento en ese periodo lo hicieron bajo la fórmula de fundación (Ley 30), ya que no afectaba a personal previamente vinculado al Sistema.

No obstante, la asignatura pendiente se mantuvo en la aplicación de los instrumentos de transformación de los hospitales tradicionales del INSALUD. El Decreto 29/2000 que posibilitaba esta transformación en las llamadas equívocamente Fundaciones Públicas, no se llegó a aplicar en este sentido. En un escenario transferencial un proceso de cambio de estas características no podía o no debía ser iniciado por la administración que, aunque sin duda legítima para hacerlo, iba a transferir los servicios en el mejor de los casos al final del proceso si no a medio camino en la transformación, con las repercusiones que podía comportar para el personal del centro, patronato e instrumentos de gestión.

El **proceso de consolidación del personal interino**, que como se sabe fue regulado por Ley, fue generado por una circunstancia excepcional, como es el no poder satisfacer en catorce años el derecho a la adjudicación de plazas estatutarias a una importante proporción de profesionales de los hospitales pese a venirlas ocupando con carácter interino. La normativa vigente o su utilización no fue por tanto un instrumento adecuado al fin de generar estabilidad en el empleo. El volumen y calidad del problema, en un escenario pretransferencial se convirtió en una exigencia al INSALUD de solución del problema. Alguien podría pensar que la consolidación estatutaria fue inadecuada frente a la “otra gran opción” como habría sido la laboralización. Sería muy largo el relacionar los motivos por los que no se optó por esta solución, pues fueron amplios y diversos, pero mencionaré el que quizás pueda entenderse mejor. La laboralización, si se pudiera plantear como la fórmula más adecuada para el Sistema debería plantearse como una solución estratégica, explícita, y bien evaluada, no como instrumento para solucionar un problema en el marco estatutario.

### 3. Retos del futuro

La oferta de servicios no ha dejado de aumentar, en términos de oferta instalada más accesible a la población (mayor número de hospitales y centros de salud,..), incorporación de tecnología en electromedicina o farmacia,... y efectivamente podemos reconocer entre las cualidades de nuestro Sistema de Salud:

- la inmediatez de la atención
- la capacidad resolutive
- la creciente capacidad de absorción de nuevas demandas
- la innovación tecnológica
- el papel del sistema en la redistribución de riqueza
- favorecedor de la cohesión social

Todo ello debería preservarse en cualquiera de los escenarios previsibles de futuro, para lo cual deberá abordarse adecuadamente uno de los mayores retos, la **sostenibilidad** del sistema sanitario

## 4. Mejora de la Financiación y Mejora de la Eficiencia

En la actualidad, la mejora del Sistema de Financiación se ha convertido en el eje central del debate político en el ámbito del salud. Parecería en ocasiones que con una mejora en la financiación quedan resueltos los problemas del sistema. En paralelo podrían pasar por alto componentes del modelo de salud, de gran calado en términos de salud o de bienestar social, y con evidente repercusión en los componentes del gasto. Las dificultades financieras, aunque importantes y objetivas, no deberían tampoco ocultar ineficiencias del sistema que deberíamos corregir. Deberían mantenerse los niveles de exigencia en la gestión de servicios y la evaluación de sus resultados con la implantación de instrumentos de gestión, para lo cual debería mantenerse los niveles de exigencia y adecuación de perfiles profesionales a los gestores del sistema.

En la evolución reciente de nuestro sistema sanitario el problema de la suficiencia financiera ha estado siempre presente aunque con grados de intensidad variables. De hecho con la vigencia de la anterior fórmula de financiación del INSALUD y de los Servicios Autonómicos de Salud transferidos excepto los de régimen foral, se podía observar cómo al inicio de cada período, y tras la correspondiente negociación, la aportación financiera suponía en efecto una inyección de recursos adicionales que permitían financiar programas nuevos en el período, pero también financiar servicios ya consolidados. La pretendida suficiencia financiera al inicio era seguida en años sucesivos de crecimientos del gasto a un ritmo superior al PIB, saturando la capacidad financiera y superándola al final del período con la correspondiente generación de déficit.

Pero quizás conviene recordar que incluso en los años 80, cuando todavía no estaban vigentes fórmulas estables de financiación del INSALUD, la incorporación de instrumentos de gestión (Unidades de medida de la producción intermedia, Contratos de gestión, Codificación de los procedimientos,..) en nuestros hospitales, o una planificación de recursos muy rigurosa en Atención Primaria de Salud, permitieron sostener el sistema de salud aún en escenarios muy desfavorables. Debemos añadir, por su importancia en aquel momento pero también porque marcó con claridad la gestión corporativa, los esfuerzos de los ámbitos profesionales en incorporar los conceptos e instrumentos de la gestión clínica, con la interiorización de los conceptos de coste por parte de los profesionales de la salud, la selección adecuada de gestores de servicios de salud y la formación de éstos en conceptos de gestión de servicios públicos. Son todos ellos claros ejemplos de cómo la mejora de la financiación debe ir acompañada de medidas corporativas en los servicios de salud encaminadas a la mejora de la eficiencia.

La transferencia de los servicios de salud a todas las Comunidades Autónomas, excepto Ceuta y Melilla, pudo presuponer:

- En unos casos, la voluntad de contar con todos los servicios especializados y disponer de toda la tecnología para poder desarrollar todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Esto es, sin necesidad de derivar a su población a ninguna otra Comunidad Autónoma.
- En otros, singularmente Madrid y Cataluña, la necesidad de que se financiaran los servicios hospitalarios de referencia, hasta ese momento de nivel nacional, que podían ser utilizados por ciudadanos de otras comunidades autónomas y en consecuencia alguien debía sufragar el gasto incurrido.

Efectivamente, el nuevo escenario, que traía consigo un nuevo marco de relaciones entre Comunidades Autónomas y entre éstas y la Administración Central del Estado, dio lugar a la creación del fondo de cohesión social y a la propia Ley 16 / 2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. A pesar



de haber logrado tácitamente una identificación entre todos los 17 servicios de salud y evitar así su impermeabilización para los ciudadanos, tanto por su cuantía como por los criterios de reparto parecería oportuno replantear su formulación, en el marco actual del debate sobre financiación de la sanidad.

En el mismo sentido, los mecanismos de financiación de la atención a ciudadanos comunitarios (residentes, transeúntes, turistas,..) merecería mejor atención ya que los prestadores de servicios, aquellos que incurren en el gasto, son las Comunidades Autónomas, aunque afecta a todas ellas de forma muy desigual. El receptor de los fondos es la Administración del Estado (Ministerio de trabajo/INSS). En consecuencia los incentivos para una correcta facturación por parte de los servicios donde se realiza la prestación o para las administraciones autonómicas, son inexistentes. Las características de nuestro sistema, y la facilidad de acceso a los servicios de Hospitales y de Atención Primaria para los extranjeros, incluso para recibir prescripciones farmacéuticas, podría estar generando perversiones muy costosas a algunas Comunidades Autónomas sin que se esté cuantificando la compensación financiera o la corrección en su caso de los gastos soportados.

Todo ello debería ir en consonancia con los necesarios ajustes post-transferenciales de las Consejerías o Departamentos de salud, Servicios Autonómicos y Organizaciones territoriales. Sería oportuno realizar un **Plan de Servicios** bien para el conjunto del territorio autonómico, bien para áreas concretas que requieren de reformulaciones por cambios demográficos importantes o por presiones externas al propio ámbito de los servicios de salud de titularidad pública, evitando así incrementalismo y crecimientos desordenados insostenibles.

Se deberían **reformular las estrategias** de nuestros centros sanitarios, a ser posible tras la evaluación de los planes estratégicos que con toda seguridad se realizaron en los últimos años. Nos encontraremos en muchos casos en los que realmente no ha habido un seguimiento del grado de consecución de las estrategias formuladas o de los resultados relacionados con éstas. Por esta razón la nueva definición, implantación y gestión de las estrategias debería enlazarse con objetivos, iniciativas e indicadores que permitan su seguimiento y el conocimiento a cerca del grado de consecución de resultados.

La evolución de los Sistemas públicos de prestación de servicios de salud tiene como meta la atención a la salud de los ciudadanos en su sentido más amplio. Las medidas que se han comentado serán necesarias para la mejora de la eficiencia, lo deben ser sin menoscabo de la calidad de la prestación.

La mejora de la calidad debería empezar por hacer accesibles a los ciudadanos **información de cada centro sobre los resultados** en las principales prestaciones sanitarias y su propia gestión. Con ello se lograría aportar más información y sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios.

En este sentido es compatible con la actual tendencia de desarrollo empresarial hacia la **sostenibilidad o desarrollo de la cultura corporativa** en las empresas excelentes: La eficiencia, la necesidad de incorporar a los ciudadanos en las decisiones de las políticas sanitarias, una política social adecuada y comprometida.

#### 4. La red de conocimiento y la red de servicios

En los últimos años se ha interiorizado en nuestro país, y es en consecuencia una realidad, la necesidad de desarrollar redes de conocimiento en el campo de la investigación. Sería recomendable avanzar en la **configuración del Sistema en Red**, con la riqueza que ello supone intrínsecamente, para



permitir compartir conocimiento y favorecer el desarrollo profesional frente al clásico desarrollo de los servicios con estructuración de carácter piramidal.

La información acerca de la actividad asistencial o de la gestión de servicios, o en relación a las características y modalidades de atención y los instrumentos utilizados son materias que se mantienen en compartimentos estancos, celosamente guardados, en sus respectivos ámbitos. Sin duda el *benchmarking* ha ayudado a avanzar en los servicios de salud razón por la cual sería deseable avanzar en el debate acerca de los servicios, sus modalidades y sus instrumentos con el ánimo de generar mecanismos para compartir la información que puede ayudar a mejorar aprendiendo de lo que otros ya han desarrollado. Deberíamos potenciar el actual Instituto de Información Sanitaria bajo un enfoque hacia la información compartida a cerca de servicios, instrumentos y resultados que a la vez facilite el acceso de esta información a los ciudadanos. Sería deseable que esto nos permitiera la publicación sistemática en Internet de los datos útiles para su uso por los servicios de salud y sus diferentes niveles asistenciales, con un cierto grado de estandarización para permitir la comparabilidad y la usabilidad. Permitiría mejorar los niveles actuales de debate sobre el futuro de nuestro sistema de salud y adecuar los desarrollos tecnológicos (TIC) de forma armónica.

## 5. Ciudadanos, Profesionales y Administración

Deberíamos contribuir, como se ha mencionado con anterioridad, a identificar mejor los espacios de **corresponsabilidad y encuentro entre los ciudadanos, los profesionales y la administración** para mejorar el debate social en todos sus componentes: La sostenibilidad del sistema, el acceso a prestaciones, la redistribución, equidad y cohesión social. Los niveles alcanzados por nuestras organizaciones sanitarias, la incorporación tecnológica, el conocimiento médico acreditado, los resultados en términos de salud, y la valoración que de todo ello tienen los ciudadanos, reclaman un nuevo impulso en términos organizativos que adecue la organización a los profesionales y los dote de mejores instrumentos para realizar mejor su función.

Hemos visto cómo en ocasiones déficit organizacionales o de modelo, son suplidos con iniciativas de profesionales que estando al nivel de las circunstancias dan una respuesta adecuada a las necesidades de los ciudadanos. Podríamos pensar que es necesario mejorar el marco de relación y el equilibrio existente entre ciudadanos, administración y profesionales. Cuando se potencia una de las líneas relacionales en detrimento de las otras, por oportunismo, demagogia o desconexión de la realidad de los ciudadanos según el caso, el sistema pierde su equilibrio y afecta a todos sus componentes y sin duda a los resultados:

- Desafección en los responsables políticos
- Efectos acomodaticios de los gestores
- Desincentivación profesional
- Escepticismo en los ciudadanos

La necesaria identificación de los servicios a prestar y su interrelación, independientemente de la titularidad de los servicios requerirá una adecuada organización de ámbito territorial. El modelo organizativo debe ser el adecuado para transmitir las políticas en atención a la salud, en investigación, en desarrollos tecnológicos, gestión del conocimiento, desarrollo profesional, y en los instrumentos y modalidades de gestión. Los centros sanitarios deberían dotarse de los instrumentos de gestión adecuados,

independientemente de su titularidad, que les permita mejorar su autonomía de gestión y optimización de resultados. Esto implica un cierto grado de descentralización en busca de niveles más efectivos en la gestión sin que ello implique necesariamente cambios en su personalidad jurídica.

No obstante sí parece inaplazable la:

- identificación de órganos de gobierno con presencia territorial para cada centro, que permita la definición adecuada de las normas de funcionamiento interno,
- las relaciones estables con el financiador,
- la definición de estrategias,
- garantía de sostenibilidad (financiera, social, ambiental),
- rendición pública de cuentas y
- resultados en términos de salud, a disposición de los ciudadanos.

Todo ello de acuerdo a la necesidad y al nivel y disponibilidad del conocimiento y las tecnología médicas.

Sin falsos temores podríamos encontrar la solución si fuéramos conscientes del estado actual del sistema, de su diagnóstico. De lo contrario podría hacerse de la ausencia virtud, la omisión, la inacción puede ser en ocasiones quien sustituya, por inexistente, a la política (*policy*).

Hoy tenemos a nuestra disposición potentes instrumentos en sistemas de información que en manos de nuestros profesionales permitirán:

- una gestión clínica efectiva con optimización de recursos y que posibilite la evaluación de los recursos empleados
- utilización de guías de práctica clínica
- acceso a los ítems del paciente desde cualquier punto
- nuevas tecnologías que permitan nuevos espacios relacionales entre el ciudadano y el médico/organización de salud

En relación a los gestores del sistema creo que se hace cada vez más necesario un recambio generacional manteniendo la exigencia de los elevados perfiles profesionales que han venido siendo la característica fundamental en los años de desarrollo de nuestro sistema, y que no debería verse comprometida por la cercanía que, en el escenario transferido, existe entre políticos y gestores a nivel local. Para reforzar lo anterior, debería retomarse la senda de la formación de directivos en habilidades gestoras, en negociación, innovación, dirección de equipos,...

Por último, la defensa de nuestro Sistema Nacional de Salud debería llevarnos a la búsqueda de nuevas formulaciones, su debate y la necesaria evaluación rigurosa. Con la distancia podemos ver hoy multitud de elementos que han hecho evolucionar al sistema en una buena dirección y con parámetros de gasto asumibles para nuestro nivel de renta. Debemos pues seguir avanzando en la sostenibilidad, con instrumentos innovadores, que permitan a los profesionales dar a los ciudadanos la atención sanitaria que se merecen y exigen.



## Los diversos marcos de la Sanidad

ENRIQUE CASTELLÓN LEAL

La Constitución, en cuanto a las funciones sanitarias que pueden ser objeto de transferencias, distingue dos grandes campos formados, de una parte, por la sanidad e higiene, es decir lo que comprende la salud pública, y de otra parte, la seguridad social con su gran dispositivo asistencial. La sanidad e higiene podía ser asumida por todas las Comunidades Autónomas, en tanto que la asistencia sanitaria, en un primer momento, sólo podía ser competencia de las Comunidades llamadas de primer grado o asimiladas, aunque en la actualidad ya alcanza a todas las Comunidades Autónomas.

Respecto a esta división y su correspondiente grado de asunción de competencias por parte de las Comunidades Autónomas, debe entenderse que, aunque puede obedecer a razones técnicas, tiene un indudable contenido político, ya que la salud pública es una parcela de gran trascendencia que implica la condición de autoridad sanitaria, pero que tiene escaso contenido presupuestario, en tanto que la asistencia sanitaria no tiene ese sustrato de autoridad, pero arrastra gran volumen económico y una destacada carga social.

La sanidad e higiene ha sido ya, desde hace bastante tiempo, transferida a todas las Comunidades Autónomas, por lo que se trata de un proceso cerrado sobre el que no parece oportuno ni de interés profundizar más en él; sin embargo la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, sólo ha sido transferida a siete Comunidades Autónomas, con lo cual todavía se trata de una cuestión pendiente, demasiado dilatada en el tiempo, sobre la que aún es necesario trabajar.

En cualquier traspaso de funciones y servicios a Comunidades Autónomas, independientemente de la gran carga política que conlleva, que es indudable y creo que a nadie escapa, la negociación prácticamente se basa en dos cuestiones fundamentales: la identificación de los recursos humanos y materiales objeto de la transferencia y la financiación correspondiente para afrontar esos recursos, continuar con el servicio que se traspasa y atender a las posibles carencias dentro del propio ámbito territorial correspondiente. No obstante, cuando la referencia es la sanidad, estas dos cuestiones alcanzan una mayor trascendencia, por el gran volumen económico y de recursos que la atención sanitaria requiere y por su rápida evolución, que sin duda supone un constante incremento de presupuestos para atender a las expectativas sociales, que no siempre pueden ser planificadas. Al respecto, recordemos que las transferencias de la asistencia sanitaria a Andalucía han sido las de mayor carga económica y de personal que se han efectuado hasta la fecha en cualquier materia.

Con todo, es sin duda la financiación el gran caballo de batalla de las transferencias de la asistencia sanitaria.



Pues bien, en este marco competencial mínimamente esquematizado en los párrafos anteriores, el proceso de transferencias de la asistencia sanitaria comienza, antes de publicarse la LGS, con Cataluña mediante el Real Decreto 1517/1981, de 8 de julio. El hecho de producirse en el inicio del proceso transferencial, con anterioridad a los Pactos Autonómicos y también a la metodología de valoración del coste de los servicios, aprobada por el Consejo de Política Fiscal y Financiera al año siguiente, condujo a la cesión de créditos presupuestarios asociados a los servicios que se traspasaban, basados en una previsión poco objetiva y a la larga proclive a la discusión, como después hemos podido apreciar.

Posteriormente, en el año 1984, se traspasa a Andalucía la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, con un régimen financiero ya más elaborado, en la línea más tarde prevista por la LGS, pero que aplica el coste de los servicios hasta 1993, en que la Comunidad Autónoma presenta una reclamación y, con efectos retroactivos desde el año 1986, se aplica el acercamiento a población protegida según Censo de 1991.

Casi cuatro años después del traspaso a Andalucía, a finales de 1987, se producen las transferencias al País Vasco y a la Comunidad Valenciana, con la asignación de recursos recogida en la LGS, que ya se encontraba en vigor, aunque, lógicamente, es diferente para el País Vasco en virtud de su régimen foral.

Nos encontramos, pues, con que en esos momentos, con cuatro Comunidades transferidas, coexistían, también, cuatro sistemas diferentes de asignación de recursos, lo que, sin duda, podía producir diferentes marcos de actuación. Esta situación tenía consecuencias económicas claras, ya que, por ejemplo, aunque el criterio de reparto de recursos que determina la LGS es el de población protegida, interpretada como población de derecho según censo, Cataluña gozaba de un porcentaje inicial de créditos transferibles del 16,3%, superior al 15,81 que le correspondía según población censal de 1981, y Andalucía obtenía un 17,47%, por encima del 17,09% que hubiera percibido según población protegida.

Más tarde y de nuevo con grandes diferencias temporales, a finales de 1990, se realizan los traspasos a Galicia y a la Comunidad Foral de Navarra y, en 1994, a Canarias utilizando, ya, los criterios de financiación de la LGS, si bien en el caso especial de Navarra, por su régimen foral, el porcentaje de recursos a asignar es el índice de imputación de su Cupo, de acuerdo con su Convenio Económico vigente en cada momento.

En todo este dilatado e inconcluso proceso, la financiación de la asistencia sanitaria transferida a las Comunidades Autónomas fue excluida de la LOFCA, quedando regulada, entonces, por lo previsto en la Ley General de Sanidad, en su artículo 82, que determina que se realizará siguiendo el criterio de población protegida y que la desviación, positiva o negativa, entre el porcentaje del gasto sanitario en el momento inicial y el porcentaje de la población protegida, será anulada en 10 años, a un 10% anual.

Esta última previsión responde al hecho objetivo de que las transferencias se habían iniciado con anterioridad a la LGS y, además, prácticamente en cada caso se había utilizado un procedimiento de financiación diferente, lo que daba lugar a que casi cada Comunidad Autónoma, para gestionar los servicios recibidos, dispusiera de fondos procedentes de parámetros diferentes entre sí.

La solución a esta diversidad de sistemas podría haber estado en la utilización de la financiación básica según la LOFCA, aunque se decidió, de forma fundamentada, excluir a la asistencia sanitaria de este procedimiento común, por diversas causas, entre las que podrían considerarse como principales: la universalidad de los servicios sanitarios públicos; la competencia exclusiva del Estado sobre el régimen económico de la Seguridad Social; la independencia de la Hacienda Pública estatal del sistema financiero de la Seguridad Social, en el cual rige el principio de caja única; y el riesgo de que una par-

tición del Sistema de Seguridad Social, al territorializar los ingresos y pagos pudiera debilitar el principal instrumento de solidaridad existente entre los ciudadanos, que en modo alguno debe perderse.

Sin embargo, y además del hecho trascendente de que, actualmente la sanidad se financia vía presupuestos generales del Estado, sin intervención de las cotizaciones a la seguridad social, también existen otros motivos de destacado peso, que podrían oponerse a esa diferenciación en la financiación, tales como:

- Los desajustes de las Comunidades Autónomas que poseen servicios transferidos de la Seguridad Social, al recibir los créditos correspondientes de acuerdo con los presupuestos iniciales de la Entidad Gestora transferente, que pueden, como sucedió en muchas ocasiones, producir desviaciones que tardan en repercutirse en su financiación.
- La falta de autonomía financiera real que se produce en este campo lo que dificulta la planificación del gasto y, consecuentemente, la gestión de las competencias, debiendo recurrir, en muchos casos, al endeudamiento interno.
- La dificultad de evaluar, en términos de eficiencia económica, coste de oportunidad de asignar mayores o menores recursos a la asistencia sanitaria respecto a otros servicios.
- Las deseconomías de escala producidas por la subsistencia simultánea de una doble estructura financiera y de gestión.

En relación con esta última cuestión, es oportuno recordar que el Acuerdo Parlamentario para la Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud, en el apartado dedicado a la Financiación entre sus recomendaciones incluye la de «instar al Consejo de Política Fiscal y Financiera a abordar, durante el período de vigencia del nuevo acuerdo de financiación, la incorporación posterior de la financiación sanitaria en la financiación autonómica sobre la base de criterios integración progresiva y corresponsabilidad fiscal».

Por otro lado, en términos generales y con la excepción de Navarra y del País Vasco, la financiación proviene de aplicar a cada Comunidad Autónoma con competencia asistencial, un porcentaje del presupuesto del INSALUD después de restar los gastos correspondientes a centros nacionales, el Fondo de Investigación Sanitaria y los ingresos propios. Este sistema, que es el que ha venido utilizándose, ha recibido, especialmente desde el ámbito de las propias Comunidades, diversas aportaciones que, fundamentalmente, se basan en que no reducen las desigualdades existentes en la dotación de servicios en la situación ni las diferencias en el gasto per cápita, ni los cambios en la estructura social, ni los movimientos poblacionales, tanto interiores como exteriores. Además, puede producir retrasos en la recepción de determinados fondos cuando en el INSALUD se producen desviaciones presupuestarias y requiere también, para su correcta aplicación, de un procedimiento de facturación de servicios entre Comunidades Autónomas, que todavía no ha sido elaborado.

Por ello, en 1994, el Consejo de Política Fiscal y Financiera informó favorablemente el acuerdo sobre el Sistema de Financiación de la Sanidad, con vigencia hasta el 31 de diciembre de 1997. Este acuerdo se instrumentó posteriormente mediante acuerdos bilaterales entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas y, en el contexto de esta revisión del sistema, se adoptaron medidas básicamente en un doble sentido: homogeneización en la asignación de recursos, aproximándola al criterio general de población protegida de la LGS, y evolución de los recursos con arreglo al PIB nominal. Sin duda, este acuerdo supuso un avance importante en la financiación sanitaria, aunque no alcanzó plenamente los objetivos deseados.

En consecuencia, a la finalización de la vigencia de este acuerdo, se formalizó un nuevo modelo de financiación para el período 1998-2001, que, aprobado por el Consejo de Política Fiscal y Financiera es el que actualmente se encuentra en vigor. En este nuevo acuerdo se establecen, como principales novedades: que el criterio de distribución de los recursos debe tener validez universal; exigencia de ejecutar planes de control del gasto para eliminar el fraude en las prestaciones sociales, cuyo resultado incrementará la dotación de los servicios sanitarios; establecimiento de determinadas variables de distribución de recursos; y garantía de que esas variables no puedan sobrepasar determinados límites, al objeto de asegurar que la capacidad de financiación no tenga oscilaciones significativas.

Este es el modelo de financiación en el que nos movemos actualmente, pero en el marco de las previsiones del Gobierno, de transferencia de las funciones y servicios del INSALUD a las Comunidades Autónomas que no han recibido los traspasos todavía, cerrándose con ello la descentralización del mapa sanitario español, parecería conveniente abrir un debate estricto sobre nuevas formas de asignación de recursos.

Estas formas de asignación tienen, en primer lugar, que atender, ante la plena transferencia de la gestión a todas las Comunidades Autónomas, a determinadas condiciones que abarquen desde la imprescindible infraestructura sanitaria, a consideraciones tales como un fondo de compensación interterritorial o variables como la estructura de la población a atender, el nivel socioeconómico, la accesibilidad a los recursos, la morbimortalidad, la docencia y la investigación.

En relación con la dotación de infraestructura y recursos sanitarios, el esfuerzo que se ha hecho a lo largo de la pasada legislatura ha sido considerable. El INSALUD ha invertido en los últimos cuatro años más de un cuarto de billón de pesetas en la creación de nuevas estructuras sanitarias o renovación de las existentes, lo cual ha supuesto un incremento del 72,4% en los tres primeros años de aplicación del nuevo modelo de financiación, sobre los tres primeros del modelo anterior (1994-1996). Pero, además y esto es lo más importante, gran parte de estas inversiones se han destinado a corregir desequilibrios territoriales en Comunidades Autónomas que históricamente habían tenido un menor gasto por persona. En Extremadura, Castilla y León, Baleares, Murcia y Castilla-La Mancha se ha hecho un esfuerzo inversor especialmente intenso y superior al de la media del INSALUD.

Esta situación y el hecho de que el Acuerdo de Financiación vigente ya recoge un fondo económico cuyo criterio de reparto no es de carácter poblacional, sino que su finalidad es compensar a las distintas Comunidades Autónomas de los costes originados por la existencia de centros acreditados con unidades docentes y la atención a pacientes desplazados, conducen a pensar que las próximas transferencias a realizar se llevarán a cabo en el marco de una asignación de recursos diferente, que deberá reflejarse en un nuevo acuerdo de financiación cuando a finales del año 2001 concluya la vigencia del actual.

No obstante, tanto en ese momento, como incluso antes, seguirá el debate acerca de la idoneidad de incorporar la financiación sanitaria al modelo común. Con este sistema la sanidad estaría integrada en la financiación general de las Comunidades Autónomas, posibilitándose con ello mayores cotas de responsabilidad en el gasto y un mayor grado de planificación del gasto de acuerdo con las necesidades y los recursos dentro de cada Comunidad Autónoma.

Esta idea, como ya ha sucedido en ocasiones anteriores, sin duda estará presente, directa o indirectamente, en las negociaciones que se lleven a cabo para la firma del próximo acuerdo de financiación, que será de gran trascendencia porque tendrá lugar en un momento de plena transferencia o muy cercano a él y, como hemos dicho al principio, la clave de los procesos transferenciales es la asignación de recursos económicos.

## La Salud: un bien básico

JAVIER CLAROS GONZÁLEZ

DIRECTOR GERENTE DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA SANITARIA III,  
AVILÉS. SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

### 1. De dónde venimos

Con las últimas transferencias, a principios del año 2002, se cerró un proceso que se había iniciado años atrás en las Comunidades Autónomas llamadas históricas. Con ellas se repitió el tan manido dicho de “los árboles no dejan ver el bosque”, siendo los árboles en este caso la Atención Especializada (AE) y el bosque la Atención Primaria (AP). Una vez más, el sustrato del que se alimenta la AE, es decir, la AP (puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud, elemento distribuidor y dinamizador del mismo), es considerada a la hora de las transferencias económicas como la Cenicienta del sistema.

Con todo ello, lo que se pone en peligro es la reforma de 1984 (R.D. 137/84 Estructuras Básicas de Salud) por la que se crearon las Áreas de Salud, las Zonas Básicas de Salud y se apostó por la AP, así como el desarrollo de la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria nacida al albor de la Declaración de Alma-Ata (allá por 1978), en la que se definía la AP cómo el “eje del sistema sanitario”.

### 2. Dónde estamos

Tres años después de haberse finalizado las transferencias sanitarias, nos encontramos con la reforma de 1984 sin concluir; es cierto que tenemos un Servicio Nacional de Salud eficaz con un nivel de gastos bajo (por debajo de la media europea) y con una atención de calidad (según la OMS, entre los 10 primeros del mundo) pero con graves problemas de financiación en AP, con disminución del porcentaje del PIB en los 10 últimos años y aumento en las prestaciones y en la población protegida, lo que se traduce en masificación, listas de espera e incremento del gasto farmacéutico; mientras que en AE y gasto de farmacia nos acercamos en los últimos 10 años a niveles europeos. Este retraso respecto a los países europeos, a la vez que el gasto farmacéutico crece sin control, es indicativo de lo que pasa en un país no rico que gasta poco en Sanidad. Lo que se propone es no sólo detener el gasto farmacéutico, sino invertirlo como más adelante analizaré. Éste debe ser el primer reto de la Sanidad Pública en las CCAA.

Estamos, por tanto, al borde de la cuarta operación de saneamiento desde 1985. No sólo debemos estudiar la financiación *per cápita* (teniendo en cuenta el envejecimiento de la población y la disper-

sión de la misma), sino también dar solución a las desigualdades entre las CCAA, pactando una cartera mínima de servicios común a todas las CCAA y una financiación que la haga posible. Cualquier nuevo servicio que se incorpore a la cartera deberá ir acompañado de la financiación correspondiente sin descartar el “copago”, palabra maldita pero real que debe llevar a la unión de los distintos partidos políticos en pos de un compromiso con la viabilidad del Sistema Sanitario y más aún cuando ya es latente la necesidad de establecer prestaciones socio-sanitarias, dado el envejecimiento y dependencia de una parte importante de los ciudadanos.

### 3. Hacia dónde vamos

#### 3.1 Deficiencias y soluciones

En AP, debido a las características de la organización de los equipos (ya que es la puerta de entrada del usuario al Sistema Sanitario), una fortaleza no trabajada se convierte en una debilidad, así como una debilidad estudiada puede llevarnos, con más o menos esfuerzo y aprovechando las oportunidades, a una fortaleza; esto lo explica la accesibilidad del usuario al Sistema Sanitario en AP, accesibilidad que siendo en si una fortaleza, se transforma en una debilidad si no sustituimos en la medida de lo posible las visitas a demanda (frecuentación) por las visitas concertadas-programadas. En la actualidad, paradójicamente, no sólo no las controlamos sino que las aumentamos con visitas de complacencia o innecesarias por el afán de controlar factores de riesgo que el usuario no se compromete a corregir; si sus estilos de vida no son adecuados poco podremos hacer por su salud por más que lo hagamos acudir a nuestras consultas médicas y de enfermería.

#### 3.2 Entre las deficiencias encontramos:

##### A. Estructura

###### A.1. Física:

- Ineficaz distribución de los recursos humanos, con cupos desajustados, primando la accesibilidad (consultorios periféricos con un equipo médico-DUE) sobre la eficiencia. En zonas urbanas cupos no zonificados ni uniformes.
- Desmotivación de los profesionales tras años comprometidos con el Sistema de Salud.

###### A.2. Material

- Tras un esfuerzo inicial en construcción de Centros de Salud, se aprecia una falta de previsión tanto en renovación de instrumental tecnológico como de inversión en mantenimiento y mejoras en los centros.
- Falta de inversiones en nuevas tecnologías.

##### B. Organización

- Agenda rígida en consultas.
- Masificación de las consultas.
- Poco tiempo dedicado a consulta concertada-programada por no poder controlar la demanda.
- Listas de espera en fechas clave.
- Enfoque puramente asistencial-curativo.
- Poco desarrollo de las actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y educación para la salud, siendo estas actividades mayoritariamente voluntarias.

- Poca previsión, con una población cada vez más envejecida y portadora de enfermedades crónicas.
  - Demanda cada vez mayor de prestaciones más sociales que sanitarias.
  - Limitación de acceso a nuevos recursos tecnológicos.
- C. Financiación capítativa cuando debería ser en función de la cartera de servicios, envejecimiento de la población y dispersión de la misma.
- D. Gasto farmacéutico en crecimiento exponencial año tras año.
- E. Cartera de servicio desigual entre las CC.AA.
- F. Participación ciudadana escasa o nula, con lo que es difícil que el usuario se comprometa con el Sistema de Salud y lo vea más como un bien de consumo que como un bien básico.
- G. Deficiente coordinación entre AP y AE.

### 3.3 Como soluciones proponemos:

- Consolidar los puestos de trabajo agilizando los traslados y las oposiciones (como máximo deben ser cada dos años).
- Definir lo que es puesto de trabajo rural y urbano, así como sus características específicas, retribuciones y puntuación para la promoción de los trabajadores.
- Delimitar el tamaño de los equipos (no debe superar las 20-25 personas), así como definir las Unidades Básicas Asistenciales (dos médicos, un DUE, y un auxiliar administrativo como un modelo a discutir).
- Edificios físicos atractivos, funcionales y con planes de renovación y mantenimiento.
- Agendas gestionadas y abiertas que primen lo concertado sobre la demanda.
- Informatización con historia clínica unificada AP-AE, receta electrónica, gestión desde AP de las derivaciones a AE.
- Catálogo de pruebas diagnósticas, perfiles definidos, resultados de la analítica en línea en el día.
- Guías clínicas y de prescripción elaboradas por las sociedades científicas y consensuadas para darles credibilidad y compromiso de cumplimiento.
- Definir funciones de Enfermería, con más peso de las actividades de Promoción, Prevención y Educación para la Salud.
- Capacidad de respuesta a la demanda en horario del centro, evitando la derivación al Servicio de Urgencias.
- Financiación que tenga en cuenta el envejecimiento de la población y la dispersión de la misma. Los nuevos servicios que asuma la AP deben venir con su financiación correspondiente invirtiendo el actual hospitalocentrismo (mientras que en Europa 2 de cada 4 profesionales trabajan en AP, en España 3 de cada 4 trabajadores lo hacen en AE).
- Incentivación-productividad de los trabajadores no exclusivamente económica.
- Desarrollo de la carrera profesional.
- Política de recursos humanos.
- Gasto farmacéutico donde prime la relación prescripción/precio con incremento en la prescripción de fármacos genéricos, se tienda a disminuir el consumo de fármacos y a comprometer al usuario por mejorar sus estilos de vida, así como no financiar los fármacos que no aportan nada o de baja utilidad terapéutica.
- Cartera de servicios mínima unificada para todas las CC.AA.

- Programas de docencia e investigación.
- Formación continuada obligatoria.
- Mejor entendimiento y comunicación entre los gestores y los clínicos.
- Desarrollar la participación ciudadana, único vínculo que llevará al usuario a considerar el sector salud como un bien básico y no un bien de consumo (cada vez es más frecuente, ante el incremento de la frecuentación, la anécdota del médico que, echando en falta al paciente que acudía todas las semanas a su consulta, al fallar una visita y preguntarle en la siguiente qué le había pasado la semana anterior, obtiene por respuesta “es que estuve enfermo”).
- Coordinar la AP con la AE, no con la tentación de implantar las gerencias únicas, sino con la creación de comisiones de trabajo a nivel de direcciones (médicas, de enfermería, unidades de apoyo, unidades administrativas, etc.) que sean operativas y resolutivas.

#### 4. Conclusión y epílogo

Como conclusión, podemos definir los siguientes retos para la AP en un futuro a corto plazo:

- Mayor financiación.
- Mejor planificación de los recursos.
- Nueva organización de los servicios.
- Pacto entre gestores y clínicos.
- Informatización y sistemas de información.
- Desarrollo de la carrera profesional.
- Coordinación entre AP y AE.

Y como epílogo dejamos para la reflexión:

- “La AP no debe ser considerada como un filtro, sino como la puerta de entrada de los usuarios al Servicio de Salud, dentro del cual debe seguir a los mismos”.
- “El éxito de la organización es saber adaptarse continuamente al cambio”.
- “Hacer caso a las encuestas de satisfacción y no olvidar que la evaluación en Salud no puede paralizar la acción”.
- “El envejecimiento lleva a una mayor comorbilidad y yatrogenia”.
- “Internet está cambiando el modelo de relación médico-paciente”.
- “El informe abril de 1991 sigue vigente en muchos de sus puntos”.
- “La gestión es la puesta en ejecución de unos métodos logísticos más o menos validados, sobre los que el sentido común actúa como un gran catalizador”.

## La decadencia del Sistema Nacional de Salud

ENRIQUE COSTAS LOMBARDÍA

ECONOMISTA. EX-VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (COMISIÓN ABRIL)

El Sistema Nacional de Salud no es, como oficialmente se enseña, un todo ramificado o descentralizado, sino un mosaico compuesto por 17 “todos”, los 17 servicios sanitarios autonómicos, cada uno de ellos con poder estatutario para configurarse a sí mismo como entidad propia, sin interferencias de la administración central. Servicios casi soberanos, diferentes en criterios de asistencia y pautas administrativas, refractarios a su coordinación y cohesión, y hasta desconocidos entre sí. Cada uno responde sólo ante los ciudadanos votantes de su comunidad, y está ensimismado en sus ambiciones (su política, sus posibles votos) en busca del provecho partidista propio, y desinteresado del Sistema Nacional (en la nación no están los votos autonómicos), salvo en su condición de potencial fuente de fondos. En fin, un Sistema Nacional de Salud invertebrado, sin facultad normativa ni capacidad para fijar su estrategia frente al futuro, ya reducido de hecho a simple ente teórico; y unos servicios sanitarios regionales que, con enorme peso relativo en las finanzas de las comunidades y muy cercanos por su función a los ciudadanos votantes, adquieren especial relevancia en la afirmación de las autonomías y son por ello objeto preferente de las pugnas políticas (ahí está el Consejo Interterritorial, instancia superior coordinadora del Sistema, roto e inutilizado por las tácticas de los partidos).

Este Sistema/mosaico politizado no ha enmendado ni aún detenido el progresivo deterioro de la sanidad pública. Las más graves deficiencias advertidas en el Informe Abril, hace casi 15 años, persisten fortalecidas: el endeudamiento oculto aumenta, la desinformación ha llegado a convertir el Sistema en una mole de ignorancia, sigue sin corregirse la desatención al personal sanitario, el gasto farmacéutico galopa, la ineficiencia es alta, la calidad asistencial no interesa, se ha agrietado la equidad, hay un empobrecimiento intelectual del Sistema y se ha generalizado una inexplicable despreocupación por su futuro en un mundo de mercados globalizados. Comento cada una de ellas:

### 1. Endeudamiento oculto

Casi todos los servicios sanitarios autonómicos exceden año tras año, ocultamente, sus presupuestos y, más pronto o más tarde, en cuanto el momento político es propicio, afloran el déficit acumulado y lo endosan al Estado. Es una pauta antigua y segura: en las dos últimas décadas, con distintos métodos de financiación, han sido frecuentes, si no periódicas las operaciones de saneamiento del Sistema.

Las comunidades autónomas entienden que este endeudamiento permanente (y hasta hoy siempre liquidado con generosidad) es la inevitable secuela de una, dicen, insuficiencia financiera que padece el Sistema. Juzgan que España destina a la sanidad pública relativamente poco dinero, menos del que correspondería a su posición en el mundo industrializado (el porcentaje “sanitario” del PIB es inferior a la media europea, alegan como prueba irrefutable), y la asistencia que prestan los servicios autonómicos a las crecientes necesidades médicas sólo puede mantenerse generando deuda. El derecho de los españoles al libre acceso a la asistencia sanitaria estaría peligrosamente sostenido por el déficit. Acrecentar el flujo financiero del Sistema resultaría, pues, un deber del Estado que cada día se sentiría más incumplido y más urgente (algunos hasta lo cuantifican: un aumento equivalente al 1% del PIB; no dicen, ni puede explicarse, por qué es el 1% y no el 0,5 ó el 2%).

¿Necesita efectivamente el Sistema Nacional de Salud, o sea, los servicios sanitarios autonómicos, más dinero? Sin duda. La demanda médica es indefinidamente expansible (se ha dicho que en medicina siempre puede hacerse una cosa más) y está muy avivada por la incesante progresión de la tecnología, las expectativas de los ciudadanos y otros factores. En sanidad, nunca bastante es bastante, como en un pozo sin fondo. Wildavsky enunció esto como una ley económica: “el gasto sanitario alcanza en todo caso el nivel de los fondos disponibles, por muy alto que ese nivel sea”. Pero es obvio que los limitados recursos financieros del estado no pueden seguir la acelerada demanda médica. Esa insuficiencia financiera tan denunciada no se debe a que las cantidades presupuestadas para sanidad sean inferiores a unas concretas obligaciones previstas, sino a que el Sistema, encerrado por los políticos en la irrealidad, está comprometido en derecho a proveer asistencia sin fin: dar todo o casi todo a todos en toda ocasión a precio cero en el momento del servicio, como si los textos legales o la solidaridad social o los fines humanitarios de la medicina hubieran mágicamente liberado a la sanidad pública de la escasez natural. Presidido por esta ficción ¿cómo evitar que el Sistema sufra de insuficiencia financiera? ¿Dónde puede encontrarse dinero suficiente para pagar lo imposible? Cualquier nuevo método o vía de financiación o aumento de la aportación del Estado sólo puede tener efectos temporales; será una tregua, no una solución: proporcionará más dinero, pero irremediamente muy pronto reaparecerá la deuda, intervendrá la política y se instalará otra vez el ciclo déficit/saneamiento/déficit que mina la sanidad pública.

El sostenimiento del Sistema requiere antes que nada encajarlo en la realidad, limpiarlo de la superstición del romanticismo. El problema financiero del Sistema es el propio Sistema tal como está, en una situación artificial, de provisionalidad continua, que permite a los políticos justificar con la falta de dinero (siempre la insuficiencia financiera) los fallos asistenciales y de funcionamiento, y retrasar la adopción de incómodas medidas de afianzamiento y modernización. Entre ellas, una forma de financiación que pueda hacer comprender a los ciudadanos españoles la insuficiencia irremediable del dinero público para hacer frente a un hiperconsumo sanitario sin límites naturales y muy politizado.

## 2. Desinformación casi absoluta

Únicamente los servicios sanitarios autonómicos están en condiciones de contar y medir la actividad y el gasto asistenciales, cada uno los suyos. De modo que la información del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud se produce fragmentada por comunidades (excepto la relativa a la prestación farmacéutica, que todavía concentran y tramitan por mucho dinero los colegios de farmacéuticos) y es propiedad de los respectivos servicios autonómicos. En la práctica, cada uno de ellos puede decidir qué hechos económicos o actos clínicos registra y qué datos retiene o cede, y a quién y cuándo los cede. Hasta ahora, los servicios autonómicos de salud, sin incentivos ni compromisos que debieran haberse establecido en los acuerdos de transferencias, envueltos en una red de intereses y recelos (de parti-

dos nacionales y nacionalistas, de gobiernos autonómicos y sus oposiciones, parlamentos, administración central) y temerosos de posibles comparaciones o interpretaciones, esconden o difuminan con retrasos sus datos de actividad y costes de tal modo que el Sistema Nacional de Salud ha perdido también su representación estadística. El mandato de la Ley de Cohesión y Calidad (“las comunidades autónomas...aportarán a este sistema de información los datos necesarios”, artículo 50.5) se deshace como papel mojado en las complicadas, si no conflictivas, relaciones políticas de la Administración Central con las autonomías. Hace algunos meses, la Ministra de Sanidad y Consumo notificó por primera vez la cantidad total de enfermos en lista de espera en España, pero advirtió que no diría el número en cada comunidad autónoma para evitar su uso partidista. Seguramente, la Ministra no hubiera obtenido las listas sin prometer ese silencio. Es decir, nuestro Sistema no puede soportar la transparencia, y es una mole de ignorancia: nadie sabe con el debido rigor cuánto se hace, cómo se hace, ni incluso cuál es su gasto real (probablemente, considerado el endeudamiento permanente de los servicios autonómicos, muy superior al 5,4% del PIB que se maneja).

### 3. La desatención al personal sanitario

El Sistema Nacional de Salud es, en términos empresariales, una compañía de servicios de mano de obra intensiva y especializada. Más del 53% de su gasto corresponde a sueldos, salarios y complementos. Además, los médicos tienen ligada a su exclusiva competencia técnica concedida por la sociedad, el poder económico real de la empresa: sus decisiones clínicas determinan los gastos. Son los médicos, y no los gerentes o directivos, quienes asignan gran parte de los recursos de la entidad. Es obvio, por tanto, que cualquier proyecto de mejora o de simple mantenimiento del Sistema está subordinado a una adecuada actitud del personal sanitario.

Sin embargo, pasmosamente, el Sistema desatiende al personal, lo maltrata: no ha establecido incentivos profesionales, paga mal a todos los trabajadores (la cuantía de sus sueldos es de las más bajas de los sistemas europeos) e igual al preparado que al incompetente, al que se entrega a su función y estudia para estar al día que al remolón y desfasado. El Sistema Nacional de Salud es una empresa laboralmente perversa: fomenta la mediocridad o indolencia de sus empleados y expulsa el celo, el mérito y la excelencia. La reforma de tan aberrante política de personal constituye una precondición para el digno sostenimiento de la sanidad pública española.

### 4. El galope del gasto farmacéutico

En 2004, el gasto farmacéutico público total ascendió a unos 12.200 millones de euros (9.513 millones en farmacias y 2.687 millones estimados en hospitales), más de 2 billones de pesetas (1 billón 582.000 millones en farmacias y 447.000 millones en hospitales), y absorbió más de la tercera parte de los recursos económicos del Sistema. Desde hace años, el gasto farmacéutico crece a una tasa anual media de dos dígitos, muy superior al incremento del PIB nacional y de los presupuestos de la sanidad pública. La política de entretenimiento o de hacer que se hace seguida hasta ahora por los sucesivos gobiernos, aplica medidas cuidadosamente elegidas más por su efecto político que por su efectividad. El desmedido gasto farmacéutico es, de hecho, un derroche consentido que oprime a la asistencia primaria y hospitalaria de tal modo que ya constituye un impedimento crítico para el desarrollo del Sistema.



## 5. Ineficiencia grave

La eficiencia, que aquí podríamos definir como alcanzar el fin asistencial al menor coste, es un imperativo moral: los recursos obtenidos de los ciudadanos y usados para proveer bienes o servicios públicos deben rendir al máximo valor del dinero. Particularmente en sanidad, donde la finitud de los recursos, como dice Alan Williams, determina que la explícita decisión de dedicarlos a un paciente suponga inevitablemente la implícita decisión de negarlos a otro.

En el Sistema Nacional de Salud, sin embargo, son muchos los factores (rigidez administrativa, irresponsabilidad burocrática, politización, incentivos perversos, desinformación, falta de conciencia del coste) que ahogan la eficiencia. Un dato: el 86% aproximadamente de los recursos financieros del Sistema es absorbido por dos capítulos (personal, 53%, y consumo farmacéutico, 33% o más) que se mantienen desde hace años en la insensatez y el despilfarro. El 86% de los fondos de la sanidad pública se gestionan muy mal o no se gestiona.

## 6. Desinterés por la calidad

Medir la calidad es una acción revulsiva: fustiga la rutina asistencial, descubre el grado de eficiencia clínica, introduce un cierto grado de objetividad en la asignación de los recursos y pone en tela de juicio el funcionamiento y hasta la estructura del sistema sanitario. Al establecer unos índices de calidad se promete de manera tácita un nivel de asistencia concreto y por tanto exigible. La medida pública de la calidad revela en el acto las faltas del Sistema y conmina a dar respuestas inmediatas.

Se comprende que instaurar controles de calidad sea espinoso para los políticos, pero es ya un deber social sin excusas. Razones éticas, de seguridad clínica y de eficiencia económica reclaman unos índices de calidad, probablemente el único modo de evitar que el derecho constitucional de protección a la salud tienda en la práctica a degradarse. El Reino Unido ha creado, en 1999, la *Comision for Health Improvement*, formada por personalidades independientes de la sociedad civil, para mejorar la calidad de la asistencia en el *National Health Service*. En España, la calidad en general, no es, no puede ser, la debida (el Sistema desdeña la mejora de la habilidad y de los conocimientos y afanes profesionales del médico), y la mayor o menor bondad de la asistencia queda en manos del azar, sin revisión posterior. Depende de qué hospital, qué equipo de especialistas, qué día y hasta qué hora el enfermo sea intervenido o tratado. La calidad global de nuestra asistencia es, además de mediocre, aleatoria y variable, o sea, peligrosa e injusta.

## 7. Grietas o roturas en la equidad

En la asistencia sanitaria, la equidad (entendida como igualdad de tratamiento en igual necesidad, e igualdad de acceso, cualesquiera que sean las circunstancias culturales, económicas y geográficas del enfermo) ha sido, sin duda, el principio creador de todos los sistemas de salud. El deber de preservar la equidad está inscrito en la entraña de la sanidad pública de todos los países industrializados. También en España la palabra equidad es usada con abundancia y entusiasmo por los políticos de todos los partidos; sin embargo, las desigualdades en recursos, gastos, endeudamiento y prestaciones entre los servicios sanitarios autonómicos quebrantan cada día más la equidad del Sistema Nacional de Salud. Diferencias que seguramente se acentuarán de realizarse los proyectos conocidos el Gobierno para sufra-

gar la sanidad: en resumen<sup>1</sup>, ampliar y estimular la capacidad fiscal de las comunidades autónomas a fin de que cada una relacione su servicio sanitario con sus posibilidades y autonomía recaudatorias. Las ricas, más; las pobres, menos. La urdimbre que debiera sostener y engranar en la solidaridad el Sistema Nacional de Salud tiende a desaparecer.

## 8. Empobrecimiento intelectual

La enorme desinformación, el desánimo laboral y el paradójico y riguroso neocentralismo autonómico<sup>2</sup> hacen imposibles las comparaciones estadísticas y análisis o estudios elementales, con progresiva merma de los conocimientos del Sistema. Se ha perdido la conciencia de su evolución y hasta de sus riesgos. Además, la falta de emulación en el trabajo asistencial y el desprecio del mérito médico reduce la sabiduría clínica. Hay, sin duda, afortunadamente, médicos y grupos de médicos que se esfuerzan en seguir la marcha de la ciencia y su aplicación, pero el Sistema empuja hacia la rutina y la superficialidad. La sanidad pública española ha perdido calado intelectual en su ordenación, su funcionamiento y su asistencia. Lo pierde sin cesar.

## 9. Indiferencia ante el futuro

No parece que los próximos años vayan a ser fáciles para la sanidad pública. Además de las presiones habituales y siempre crecientes sobre la demanda y el gasto médicos (la fecundidad de la innovación tecnológica, los cambios epidemiológicos, las exigencias de mayor calidad asistencial, las expectativas sin fin de los ciudadanos), los sistemas de libre acceso universal se verán envueltos en nuevas y complejas circunstancias derivadas de la globalización de la economía. Un nuevo liberalismo, dice James A. Morone, se enfrenta en todas partes a la vieja solidaridad; los mercados claman cada vez más por la disciplina en el gasto público y será difícil mantener y más, aumentar la financiación por impuestos (la entrada en la moneda única europea ya obligó a moderar el gasto social). En un mundo de mercados globales, ¿qué lugar ocuparán los sistemas nacionales enraizados en la equidad social? Nuestra sanidad pública requiere una nueva evaluación de su estado actual que permita prever los peligros posibles. La indiferencia ante el porvenir es una frivolidad culpable de los rectores del Sistema Nacional de Salud.

Y una deficiencia final ajena al Sistema, que sustenta y agrava las antes comentadas, como muestras de su decadencia: los políticos instalados en el cómodo y ridículo discurso de “tenemos uno de los mejores y más baratos sistemas de salud del mundo”.

<sup>1</sup> EL PAIS, 24 de marzo de 2005, pag. 13.

<sup>2</sup> En especial, en los hospitales, en los que el neocentralismo autonómico ha multiplicado las intervenciones políticas y tiende a acaparar la gestión. Las herramientas informáticas, que debieran favorecer la dependencia y responsabilidad de los gestores, la proximidad regional de los centros y el vacío existente entre el poder político y la gerencia del hospital (ausencia de un consejo u otro organismo similar al “board” de los centros británicos), animan la intrusión de las autoridades sanitarias incluso en el día a día. Los hospitales pudieran llegar a ser terminales de una gestión centralizada en manos políticas.



## Los últimos 20 años de los Centros Sanitarios en España

VICTOR CONDE RODELGO

Con el objeto de comprender mejor la situación de los centros sanitarios en España en los últimos veinte años, es preciso referir aunque sea de forma muy resumida, la situación existente en este sector en la época próxima anterior a la que pretendemos abordar. De forma general y en relación con su adscripción patrimonial, hay que diferenciar de la Administración Central del Estado, los de las Corporaciones Locales, de la Seguridad Social, entidades benéfico-privadas o instituciones privadas, así como al conjunto de actividades privadas de los médicos y de otro personal sanitario.

Este empeño resulta relativamente fácil cuando lo que se analiza es el equipamiento y la evolución de los centros hospitalarios, pero no sucede lo mismo con los extrahospitalarios que ofrecen una gran variedad en cuanto a su actividad preferente -salud pública, asistencial o de otra naturaleza-, a su dependencia funcional, por su amplia distribución territorial, su elevado número, así como por el hecho de no disponer de catálogos o relaciones completas de estas instituciones.

### 1. Establecimientos sanitarios dependientes de la Administración Central

Como establecimientos sanitarios subordinados a la Administración Central, se han contabilizado históricamente los centros adscritos al Ministerio de la Gobernación a través de las Direcciones Generales de Sanidad o de la Beneficencia General del Estado; al Ministerio de Educación representados, esencialmente, por los Hospitales Clínicos de las Facultades de Medicina; al Ministerio de Justicia con las instituciones asistenciales penitenciarias y a los Ministerios militares a través de la Sanidad diferenciada para cada uno de los ejércitos y, posteriormente, integrados en el Ministerio de Defensa.

En el sector público hay que sumar los centros del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), bajo la tutela del Ministerio de Trabajo y administrados por el Instituto Nacional de Previsión (INP), y posteriormente por el INSALUD" así como los adscritos a la Obra Sindical «18 de julio», que se integrará, más tarde, en el año 1976, en el referido INP, así como otros tutelados por este Departamento.

Los centros sanitarios del Ministerio de la Gobernación, funcionalmente adscritos a la Dirección General de Sanidad, quedaron encuadrados, todos ellos, en el Organismo autónomo «Administración Institucional de la Sanidad Nacional» (AISNA) de acuerdo con lo previsto en el Decreto-Ley de diciembre de 1972.



*NOTA 1. En el Organismo AISNA se integraron los centros del Patronato Nacional Antituberculoso y de las Enfermedades del Tórax, el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, Gran Hospital de la Beneficencia General del Estado, Hospital del Niño Jesús, Instituto Oftálmico Nacional, Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas, Instituto Nacional de Oncología, Instituto Leprológico y Leprosería Nacional de Trillo, Centro Nacional de Lucha contra las Enfermedades Reumáticas, Centros Maternales y Pediátricos, Hospitales Rurales y Centros de Urgencias de. pendientes de la Dirección General de Sanidad, Centro Nacional de Rehabilitación e Instituto Español de Hematología y Hemoterapia y 101 Centros Nacionales de Sanidad de Majadahonda. Se integrarían, igualmente, el Centro especial de Talavera de la Reina (Toledo), Hospital General de Soria y Clínicas Infantiles de Valencia y Sevilla.*

De acuerdo con lo dispuesto en esta normativa, se pueden también encomendar al citado Organismo autónomo, los Centros Comarcales y Subcomarcales de Sanidad, dispensarios, consultorios, centros de diagnóstico y de orientación terapéutica.

En el sector de la atención en salud pública, es preciso recordar la actividad desarrolla por las Jefaturas Provinciales de Sanidad en las que además del área de laboratorios, dispensaban atenciones preventivas en salud infantil, maternal, dermatología, oftalmología, odontología, veterinaria y el control farmacéutico, así como en ocasiones, el servicio de transfusión sanguínea.

Como ya se ha referido con anterioridad, dependiendo asimismo de la Administración Central se encuentran las instituciones asistenciales militares de tres Ejércitos, que disponen de una importante red hospitalaria e, igualmente, los Hospitales Clínicos y la Casa de Salud «Santa Cristina» y Escuela Oficial de Matronas adscritos al Ministerio de Educación, así como algunas unidades hospitalarias penitenciarias relacionadas con la Administración de Justicia.

Aunque la normativa básica deriva del Reglamento de Sanidad del año 1925, de acuerdo con lo dispuesto posteriormente en la Ley de Bases de Sanidad de 1944 y en la Ley de Régimen Local de 1955, las Corporaciones Locales -Diputaciones, Cabildos y Ayuntamientos-, regentaban un considerable número de hospitales con gran implantación provincial y local, destinados a la atención de los enfermos incluidos en los Padrones de Beneficencia o, simplemente, a ciudadanos carentes de recursos económicos.

En ocasiones, estos establecimientos asistenciales estaban vinculados con la docencia impartida por las Facultades de Medicina, bajo la denominación de hospitales provinciales y clínicos. Igualmente, las Corporaciones Provinciales se responsabilizan de la asistencia psiquiátrica en régimen de internado ya fuese con el mantenimiento de instituciones específicas propias, o bien, financiando la atención de estos pacientes en los centros de instituciones benéfico privadas.

La competencia sanitaria municipal centraba sus servicios en materia de salubridad e higiene de las localidades y, específicamente, se les atribuye a los ayuntamientos la asistencia médico-farmacéutica de las familias desvalidas. Mantienen las Casas de Socorro, los Laboratorios Municipales en los grandes Municipios, gestionan algunos centros asistenciales propios y tutelan o forman parte de los Patronatos de hospitales benéficos de ámbito local.

## 2. La atención sanitaria facilitada por la Seguridad Social

Un hecho absolutamente determinante de la organización de la asistencia sanitaria y del equipamiento institucional español, lo constituyó la implantación y el desarrollo del Seguro Obligatorio de Enferme-

dad (SOE), Creado por Ley de 14 de diciembre de 1942, inició su labor asistencial en 1944 siguiendo desde entonces una tendencia expansiva, facilitando atención sanitaria a un número de afiliados y población siempre creciente, proceso que se ha realizado sobre la base de agregar diferentes colectivos.

En el año 1945 se aprueba el Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias que no comienza a ejecutarse hasta el año 1948 y que recogía 16.114 camas de nueva construcción. A diferencia de lo ocurrido en otros países europeos, la Seguridad Social a través del INP (creado 1908), planifica y gestiona de forma paralela su propia organización sanitaria mediante centros de atención ambulatoria y hospitalaria -instituciones «abiertas» y «cerradas»-, denominando a los hospitales «Residencias Sanitarias», con una actividad más acorde con la que se realizaba en las clínicas privadas. Esta circunstancia determinó un avance sustancial en la cobertura territorial y en la mejora de la estructura y de la calidad de los centros asistenciales.

La asistencia sanitaria que da cobertura a sus afiliados se regula de forma general en la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1966, recogidos en el Texto refundido de 1974 y el nuevo de 1994. En relación con esta materia, es obligado referirse a la aprobación del «Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social», Decreto 3160/1966, de 23 de diciembre, y a la normativa sobre asistencia sanitaria de la Seguridad Social por el Decreto 2766/67, de 16 de noviembre, «Asistencia Sanitaria y Ordenación de los Servicios Médicos», que aún continúan siendo textos de referencia en la actualidad. El Estatuto del personal no sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social y el del personal auxiliar sanitario titulado y auxiliar de clínica, se aprobaron en 1971 y 1973 respectivamente.

El Reglamento General para el Régimen, Gobierno y Servicios de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social recogido en la Orden 7-7-1972, confirma una estructura distinta de ejercicio hospitalario, que ya se venía ejerciendo en algunos centros desde 1964, con el criterio de jerarquización de las distintas funciones en Secciones, Servicios y Departamentos, médicos y quirúrgicos, debidamente coordinados y con Servicios Generales comunes para toda la institución, con los mismos criterios de estructura.

*NOTA 2. Se clasifican los centros asistenciales de la Seguridad Social en cerrados y abiertos. Son instituciones cerradas u hospitales las siguientes: Ciudades Sanitarias, Residencias Sanitarias con Servicios Regionales, Residencias Sanitarias Provinciales, Residencias Sanitarias Comarcales. Son instituciones abiertas los Centros de Diagnóstico y tratamiento, Ambulatorios y Consultorios de Medicina General.*

La bonanza económica de la que goza la Seguridad Social por aquellos años determina que el programa de instalaciones hospitalarias siga un ritmo acelerado con la construcción y puesta en funcionamiento de numerosas instituciones, en las que se desarrolla la actividad asistencial bajo el reseñado modelo: el denominado «hospital jerarquizado», distinto al que se encontraba establecido en los hospitales de esta Entidad, los cuales también, progresivamente, irían integrando en esta modalidad, de tal forma que el sistema asistencial que se desarrolló en la década de los años 70, significó el del sistema público que giró en torno a la creación de una hospitalaria moderna de la que carecía nuestro país.

A finales del año 1976, se encontraban en funcionamiento 14 Ciudades Sanitarias que comprendían 49 Centros, 88 Residencias o Centros el resto de las provincias, todo ellos con un total de 41.582 camas. En ese momento se encontraban en construcción otras 33 Residencias Centros, con 11.303 camas.

Es preciso referir también que la Ley de Seguridad Social del año 1963 con la supresión del régimen de colaboración y la consiguiente desaparición de los Ambulatorios propiedad de las entidades colaboradoras obligó al INP a una especial dedicación en la construcción de este tipo de instituciones, de

tal forma que en el mencionado año las instituciones sanitarias abiertas o Ambulatorios totalizaban establecimientos: 4 Centros de Diagnóstico y Tratamiento, 277, 281 Ambulatorios provisionales, 290 Consultorios. En esta misma fecha se encontraban en programación 2 Centros de Diagnóstico y Tratamiento, 24 Ambulatorios y 125 Consultorios.

En cuanto al personal sanitario, el total de médicos en la Seguridad que ascienden en el año 1976 a 47.251, representan el 81,63% total de los existentes en España. Los médicos especialistas alcanzan el 64% sobre el total, con 30.199 facultativos.

En este año cerca del 84 por 100 de población se encuentra cubierta por la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

La financiación de la asistencia sanitaria facilitada por el INP se efectúa en el año que venimos refiriendo, en un 81,55% por cuotas trabajadores y empresarios, transferencias el 12,52%, alcanzando aportación del Estado el 0,63% del total de los recursos. En los pactos de la Moncloa del año 1977, se acordó que la contribución del Estado a la financiación de la Seguridad Social se incrementase hasta alcanzar el 20% de su presupuesto. En el año 1981, esta contribución se fija en el 10,39% de los ingresos totales del sistema, la aportación de las empresas y de los trabajadores es, respectivamente, del 73,85% y del 13,14% del presupuesto de ingresos.

La asistencia en régimen de hospitalización a los beneficiarios, se hace efectiva en las instituciones sanitarias propias o en otras públicas o privadas previamente concertadas. La Seguridad Social no había orientado su política asistencial a la asistencia psiquiátrica, ni a la geriátrica, ni a la correspondiente a la patología infecciosa. El sistema de concertos con el resto del sector público para algunas de éstas u otros tipos de atenciones, significó el mantenimiento de unas tarifas claramente insuficientes, por lo que determinaba un esfuerzo financiero complementario favorable a la Seguridad Social y, al propio tiempo, el efecto negativo de la imposibilidad del perfeccionamiento técnico y funcional de sus propias instituciones.

El sistema de concertos con instituciones sanitarias, públicas o privadas, viene regulado por Resolución de la Secretaría de Estado para la Sanidad de 11 de abril de 1980, siguiendo la doctrina de carácter subsidiario y complementario de las prestaciones de servicios y actividades sanitarias desarrolladas por la seguridad social.

Bajo la jurisdicción del Ministerio de Trabajo, el Instituto Nacional de la Marina gestiona la asistencia sanitaria de los trabajadores del mar. Es responsable de la Sanidad Marítima de este colectivo y dispone de una red de servicios e instituciones asistenciales propios y concertados, los cuales, de forma progresiva, se están integrando actualmente en los servicios de salud de las Comunidades Autónomas con competencias en la asistencia sanitaria.

Las Mutuas Patronales son asociaciones de empresarios constituidas con la finalidad precisa y única de asumir mancomunadamente, mediante reparto, las responsabilidades asistenciales por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales. En consecuencia, dichas Mutuas Patronales colaboran en la gestión de los Seguros Sociales de acuerdo con lo previsto en el Reglamento de colaboración en la gestión de la Seguridad Social, de 6 de julio de 1967 y diciembre de 1995.

Por Ley de 27 de junio de 1975, se crea en la Seguridad Social el régimen especial de las Fuerzas Armadas, encomendándose la gestión del Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS), con perso-



alidad jurídica propia de derecho público y patrimonio propio para el cumplimiento de sus fines. En la misma fecha se crea la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), dependiente de la Presidencia de Gobierno y MUGEJU, para la Administración de Justicia.

Las prestaciones sanitarias son del mismo nivel que las correspondientes al régimen general de la Seguridad Social, y con las mismas modalidades de asistencia domiciliaria, ambulatoria, en régimen de internado y con carácter de urgencia. Desde 1982, sus beneficiarios pueden elegir para su asistencia, entre las que facilitan los institutos de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, o bien, las compañías privadas de seguros sanitarios.

Los Funcionarios de la Administración Local estaban protegidos por la Mutualidad Nacional de Previsión de Administración Local (MUNPAL), que desapareció bien entrado los años ochenta integrándose mayoritariamente su asistencia sanitaria en el régimen general.

### 3. El sector privado

El sector benéfico-particular, de titularidad religiosa o laica, disponían asimismo de un importante número de hospitales. Los laicos, representados por centros como los de la Cruz Roja, otras fundaciones de tutela municipal a los que hay que añadir un reducido número de hospitales vinculados con la Asociación de Lucha contra el Cáncer e instituciones de gran relevancia por lo que significan como referencia de la medicina española y que cuentan con una larga tradición, destacando entre ellos el Hospital de Valdecilla en Santander, El Hospital de la Santa Cruz y San Pablo Barcelona, Basurto en Bilbao y la Fundación Jiménez Díaz en Madrid posteriormente, la Clínica Universitaria de Navarra.

Cada uno de estos grupos de instituciones, debe su presencia en sector de la hospitalización a motivos diferentes. La consolidación de la Seguridad Social y la prestación directa de las atenciones a una población creciente, en buena medida en su propia red asistencial, así como el cambio en la legislación que regula la sanidad, hace que los fines fundacionales puedan verse afectados necesitando por tanto adaptarlos a las nuevas situaciones.

El sector privado constituido por entidades privadas, clínicas particulares, hospitales e instalaciones de entidades del seguro, etc., realizan acciones sanitarias preferentemente asistenciales a determinados colectivos afiliados a las mismas, sin perjuicio de atender en régimen circunstancial a personas no asociadas. La evolución del mercado del sector privado, ha venido marcada por la extensión del campo de aplicación de la Seguridad Social y por la aparición de una cierta demanda a consecuencia de la elevación del nivel de renta y de la presión de nuevos colectivos en este último sistema.

El Seguro Libre de Enfermedad se corresponde con sociedades de distinta naturaleza jurídica, con el objeto de dar una asistencia a determinados colectivos de población integradas por personas que voluntariamente se afilian, todo ello bajo el control del Estado. Según el Reglamento de la Comisaría de Asistencia Médica y Farmacéutica, de 7 de mayo de 1957, realiza la asistencia médica voluntaria y de régimen colectivo, a través de sociedades anónimas de seguros y mutualidades de libre creación y servicios asistenciales, organizados por empresas mercantiles o industriales, organismos oficiales o corporaciones a favor de sus personas. Están reguladas últimamente por la Ley 30/1995 de ordenación y supervisión de los Seguros Privados.



Con independencia de las posibles vinculaciones a distintos sectores del sistema sanitario, los médicos con capacidad legal para el ejercicio profesional, tienen derecho al ejercicio privado sin más requisitos que el estar debidamente colegiados en el Colegio Oficial correspondiente, con los derechos y deberes que se establecen y reconocen en la Ley de Colegios Profesionales y en el reglamento vigente de la Organización Médica Colegial, así como el respeto a la normativa vigente sobre incompatibilidades.

Los establecimientos farmacéuticos, la red de oficinas de farmacia existentes al inicio de la década de los ochenta, ascendía a 15.138 centros y en el año 1992 a 18.217, que suponía 2.146 habitantes por farmacia.

#### 4. La evolución de la situación hospitalaria

No es posible una comparación válida y concluyente entre los tipos de dispositivos hospitalarios del sector público dada la heterogeneidad manifiesta de los mismos, congruente en buena medida con los distintos fines atribuidos a los variados organismos señalando, no obstante, la existencia de defectos de coordinación y programación de los recursos institucionales entre los diferentes sectores señalados.

Con carácter general se refiere que en España, al igual que en resto de los países europeos así como de la mayoría de los desarrollados, los motores de la asistencia médico-sanitaria han sido la socialización y el progreso científico y tecnológico de la medicina que, actuando en estrecha relación, influyen o condicionan los aspectos organizativos del sistema asistencial, su desarrollo y la ejecución de sus actividades, en la economía de la salud, la formación del personal sanitario, la manera de ejercer la medicina, en la ética profesional y en la educación sanitaria de la salud de la población.

El hospital moderno se configura, por tanto, como el resultado de la evolución científica de la Medicina con la introducción de las nuevas tecnologías; la organización de los hospitales en departamentos y servicios de las distintas especialidades médicas y quirúrgicas; la aportación de renovadas y adecuadas instalaciones técnicas e instrumentales y, fundamentalmente, de recursos humanos apropiados.

La introducción de la docencia y la investigación básica y clínica, han determinado asimismo nuevas y complejas funciones, cambios en la organización y estructuras, y, consecuentemente, el incremento del prestigio de los hospitales que han pasado a ser el lugar de referencia de la Medicina moderna.

Las áreas de consultas externas y urgencias han experimentado singulares transformaciones, en ocasiones desbordadas por la demanda, en especial estas últimas, que es el servicio de elección para la atención inmediata de todas las situaciones graves o supuestamente urgentes de la comunidad.

El gran desarrollo de la especialización médico-quirúrgica y la aparición de nuevas especialidades junto con la actualización de las existentes, la exigencia y demanda de personal especializado, determinaron la necesidad de iniciar un nuevo modelo de formación. La instauración del Programa de Médicos Internos y Residentes en 1972 -del que ya existían antecedentes en algunas instituciones, la regulación recogida en la normativa específica de 1978 sobre especialidades médicas (Real Decreto 2015/1978, de 15 julio), y el Real Decreto 127/84, de 11 de enero que ordena la formación médica especializada y la obtención del título de especialista, ofrecen una visión moderna y homologable al resto de los países de la UE.

Por otra parte, los profesionales de la Medicina han de ejercer en el hospital con criterios de cooperación y de responsabilidad en el funcionamiento del servicio con el resto del equipo profesional que lo



conforma. En la Enfermería se produjeron, igualmente, importantes modificaciones y avances en su formación y ejercicio profesional con el reconocimiento de sus estudios como universitarios: Diplomados en Enfermería y con la unificación de los colegios profesionales de practicantes, enfermeras y matronas.

De forma progresiva se han ido incorporando nuevos profesionales a la actividad hospitalaria: farmacéuticos, físicos, químicos, psicólogos, biólogos, economistas y técnicos especialistas de formación profesional en diversas ramas sanitarias.

También en esta época, se inicia la investigación clínica y básica en estos centros. Es obligado referirse a los aportes que en este campo supuso en España el establecimiento del Fondo de Descuento Complementario de la Industria Farmacéutica y, posteriormente, en 1980, el Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social (FISS), con las ayudas a la formación de investigadores, ampliación de estudios en el extranjero, financiación de proyectos y de publicaciones, congresos y reuniones científicas.

Últimamente han tomado en parte el relevo la Comisión Interministerial de Ciencia y Tecnología, Las Comunidades Autónomas, ciertas Fundaciones Privadas, el Plan Nacional I+D, los Programas Marco de la Unión Europea o el desarrollo de lo previsto en la Ley General de Sanidad en esta materia.

Como resumen de esta introducción, cabe señalar que el estado previo al inicio de las transferencias de los centros sanitarios asistenciales a las CC.AA, es la que se refleja en los cuadros que se exponen a continuación que ofrece la situación hospitalaria en el año 1981 y que evidencia tanto la cuantía de las instituciones como la adscripción patrimonial de los establecimientos.

Los hospitales de la Administración Central representan el 23 por 100 de los establecimientos y el 44 por 100 de las camas en funcionamiento. En ellos, se asistieron 1,8 millones de pacientes, de los cuales 1,4 millones (78%), lo fueron en los del INSALUD que, a su vez, significaban el 40 por 100 del total de los ingresos y el 27,7 por 100 de las estancias producidas en total del dispositivo asistencial con régimen de internamiento.

Los de las Administración Local con un 15,7 por 100 de los establecimientos, disponían del 23,4 por 100 de las camas, en los que se produjeron el 11 por 100 de los ingresos y el 25 por 100 de las estancias, justificadas estas por la cronicidad de los enfermos y, fundamentalmente, por depender de ella un importante número de camas psiquiátricas.

El sector privado, benéfico privado y privado, dispone de 645 establecimientos, el 61 por 100 del total, con 63.598 camas (32,8% del total) en las que tuvieron cabida el 36,8 por 100 de los ingresos y 33 por 100 de las estancias.

Dentro de este último sector resulta más significativo el referirse .exclusivamente a los hospitales privados, particulares, que con 487 establecimientos suponen el 46,2 por 100 del total y el 19,2 por 100 de las camas en funcionamiento (37.218 camas), en los que ingresaron el 25 por 100 de los pacientes atendidos en este medio hospitalario y determinaron el 18,1 por 100 de las estancias.

*NOTA 3. Los centros especiales los constituyen: Centro Nacional de Especialidades Quirúrgicas «Ramón y Cajal», Clínica «Puerta de Hierro, Centro Nacional de Especialidades Quirúrgicas «Pabellón 8» de la Universidad Complutense, Centro Nacional de Silicosis, Centro Médico «Marqués de Valdecilla, Centro Nacional de Rehabilitación de Paraplégicos.*

Los hospitales ajenos financiados y gestionados por el INSADl se corresponden con: Hospital Universitario San Cecilio de Grana Hospital Universitario de Sevilla, Hospital Universitario de Zaragoza, Gran Hospital de Estado en Madrid, Hospital del «Niño Jesús» de Madrid, Hospital Universitario «San Carlos» en Madrid, Hospital Central de la Cruz Roja Española en Madrid, Centro de Quemados de la Cruz Roja en Madrid, Hospital de la Cruz Roja en Melilla, Hospital Universitario de Salamanca, Hospital Universitario y Residencia Maternal en Valladolid, Hospital Universitario de Valencia.

## 5. La creación del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, Promulgación de la Constitución Española de 1978

Una de las primeras acciones emprendidas por el Gobierno tras las elecciones de 1977, fue la creación, en el mismo año, del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.

Teóricamente, supuso la unificación en un único Departamento de las competencias sanitarias que se encontraban dispersas en la Administración Española.

Desde el Ministerio se va a impulsar una amplia serie de actuaciones que, sin implicar una reforma general de la Sanidad, son planteamientos en gran medida nuevos. Se promulgan una serie de decretos que se adoptan con evidente precipitación, como confirmará el Tribunal Supremo, al anular dos de ellos por defectos de procedimiento y elaboración: Normativas sobre presupuestos e indicadores de rentabilidad en los hospitales; Gobierno y Administración de los hospitales y garantías de los usuarios. Junto a ellos se elaboró la confección del «Mapa Sanitario del Territorio Nacional».

En el año 1978 se aprueba el Real Decreto Ley- 36/1978 que recoge la escisión del Instituto Nacional de Previsión dando lugar a tres entes para la gestión separada de las prestaciones económicas, la asistencia sanitaria y los servicios complementarios de la Seguridad Social: el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) y el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) que junto con la Tesorería General configuran el nuevo panorama de la Seguridad Social.

El Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), se constituye como órgano ejecutivo de la política sanitaria de la Seguridad Social, a quien corresponde el desarrollo de las funciones y actividades precisas para garantizar las prestaciones sanitarias. Asimismo asume las funciones propias de la medicina del trabajo que se realiza por el Instituto Nacional de Medicina y Seguridad en el Trabajo, la Clínica de Enfermedades Profesionales, la Organización de los Servicios Médicos de Empresa y el Instituto Territorial de Higiene y Seguridad en el Trabajo.

Hay que señalar igualmente, que el Pleno del Congreso de los Diputados impulsó en mayo de 1980 una Resolución de Reforma Sanitaria, que al carecer de fuerza normativa, expresaba simplemente un deseo o aspiración de la Cámara en relación con la materia sanitaria. Se trataba de un texto ambiguo que difícilmente podía ser base suficiente para la reforma global de la Sanidad. En cualquier caso fue el primer pronunciamiento de las Cortes sobre esta materia.

Circunstancia de absoluta trascendencia y de total repercusión en la Administración Sanitaria, lo constituyó la aprobación y promulgación de la Constitución Española del año 1978. Se define un «Estado Social y «Democrático de Derecho», que se organiza sobre la base de un amplio reconocimiento de las



Autonomías Territoriales. El Título 1 determina los Derechos y los Deberes fundamentales de los ciudadanos; el Capítulo II, recoge los principios rectores de la política social y económica, en donde se encuentran encuadrados todos los mandatos constitucionales que hacen referencia a la calidad de la vida y, como componente de ésta, la Salud (Artículos 39, 40, 41, 43, 44, 45, 47, 49, 50, 51).

La Organización Territorial del Estado se establece en el Título VIII, así como los principios de autonomía para la gestión de sus intereses. El Capítulo III -De las Comunidades Autónomas-, especifica las competencias y las obligaciones a repartir entre la Administración Central (Artículo 149) y las Administraciones Autonómicas (Artículo 148).

## 6. La evolución de los centros sanitarios durante los últimos veinte años

El proceso de transferencia en materia sanitaria se había iniciado ya en 1977 a los que se denominaron "Entes Preautonómicos".

Sucesivamente se perfeccionaron y completaron aquellas transferencias con la publicación de los respectivos Estatutos y la constitución efectiva de la totalidad de las Comunidades Autónomas. Así pues, una vez aprobados los Estatutos Autonómicos de las diecisiete CC.AA, recibieron las competencias de Sanidad e Higiene, esto es: salud pública y autoridad sanitaria, así como el personal, centros y servicios. En el año 1979 lo fueron a Asturias, Canarias, Cataluña, Extremadura y País Vasco; en 1980, Baleares, Comunidad Valenciana, Galicia y Murcia; en 1981, Andalucía y Castilla y León; en 1982, Aragón, Cantabria y Castilla La Mancha; en 1984, Madrid y la Rioja, y, en 1985, Navarra.

La progresiva integración a las distintas redes asistenciales se inició con la transferencia a las CC.AA que lo desearon, de los hospitales y centros asistenciales vinculados al Ministerio de Sanidad a través de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISN). En 1980, Cataluña y el País Vasco; en 1982, Aragón, Asturias, Baleares, Castilla La Mancha, C. Valenciana, Extremadura y Murcia; en 1985, Andalucía, Castilla y León, Galicia y Madrid. El resto de hospitales este organismo que no fueron asumidos por las CC.AA, se integraron en la red asistencial del INSALUD de acuerdo con lo previsto en el artículo 93 de la Ley de Presupuestos Generales para el año 1985. Además, la disposición adicional vigésima tercera de la citada Ley, determina la integración de los Hospitales Clínicos Universitarios, pendientes del Ministerio de Educación y Ciencia, en la red hospitalaria de la Seguridad Social (Ambas integraciones se materializaron mediante lo dispuesto en el R.D. 187/1987, de 23 de enero y en la Orden de 13 septiembre de 1985, y por otras normativas específicas).

Por otra parte, las CC.AA uniprovinciales tuvieron que hacerse cargo de los centros y servicios vinculados a sus respectivas Diputaciones Provinciales. En las restantes Comunidades, pluriprovinciales, la integración de los hospitales -generales o psiquiátricos- en sus propios servicios de salud, han seguido un camino distinto de acuerdo con lo que establecen sus estatutos de autonomía y la evolución de las redes de asistencia sanitaria.

En el año 1981 se inicia la transferencia del INSALUD a la Comunidad Autónoma de Cataluña. En la actualidad, sólo siete de han recibido las transferencias de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, las que accedieron a la autonomía por la vía del Artículo 151 de la Constitución y, con carácter excepcional, las asimiladas, de acuerdo con una Ley orgánica específica anexa a su Estatuto de Autonomía correspondiente, por las Comunidades Autónomas de Valencia y Canarias, que accedieron a la auto-

mía por la vía del Artículo 143, debiendo las restantes que accedieron a la autonomía por esta vía, esperar a que se cumplan las previsiones constitucionales. Así, en 1984 se transfirió a Andalucía; en 1987, a la C. Valenciana y País Vasco; en 1990 a Galicia y Navarra, y en 1994, a Canarias.

El INSALUD, por tanto, se responsabiliza de la gestión de los servicios asistenciales de aquellas CC.AA, a quienes no se les ha transferido estas competencias, que se extiende en la actualidad a algo menos del 40 por 100 de la población.

Las Comunidades Autónomas comienzan a ejercer en este período junto a las competencias de “ejecución” sobre la Sanidad, las de “desarrollo legislativo” de esta materia a través de la elaboración de una normativa propia legal y reglamentaria. Crean y estructuran los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. Las leyes de constitución de los respectivos servicios de salud se han producido entre los años 1983 y 1994, quedando de ellas pendientes de aprobación.

Como ejemplo de la evolución que han seguido en esta materia las distintas Comunidades Autónomas, cabe referirse a lo acontecido en Cataluña que, en 1983, creó el Instituto Catalán de la Salud prestando servicios directamente en los hospitales propios, que son los hospitales que se transfirieron. Además asumió dos funciones añadidas: la planificación sanitaria y la financiación del sector concertado. En 1990, se promulgó la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña.

Desde 1981, existe en esta Comunidad un sistema mixto de previsión de los servicios de asistencia sanitaria, con una separación previa de la función de financiación de la previsión. Hay que señalar como hecho diferencial en Cataluña, que el 50 por ciento de la oferta sanitaria no era pública. En este contexto, la Red Hospitalaria de Utilización Pública de Cataluña (XHUP), se encuentra integrada por instituciones de titularidad múltiple: Instituto Catalán de la Salud, Unión Catalana de Hospitales, Consorcio Hospitalario de Cataluña, del IMAS (Hospitales Municipales de Barcelona) además del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo y el Hospital Clínico de Barcelona. Incluye, además, a todos aquellos centros que tradicionalmente habían prestado asistencia concertada, fuesen públicos o privados.

*NOTA 4. En esta materia de ordenación de la asistencia especializada y órganos de dirección de hospitales hay que recordar el Decreto 105/86 de la Comunidad Autónoma de Andalucía; el 148/91 de la de Galicia; el 31/87 de la de Madrid; el 69/86 de Murcia; el 443/91 de Navarra, el 194/96 del País Vasco, el 27/92 de la Rioja y el 186/96 de la Comunidad Valenciana.*

La potenciación de la atención primaria prestada por la Seguridad Social se hace a través de distintas normativas promulgadas en el año 1992 y que culminan en el ámbito del INSALUD con el Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud, que viene a crear las demarcaciones territoriales denominadas Zonas de Salud, en cuyo marco operan los Centros de Salud. La cobertura por los Equipos de Atención Primaria alcanzaba en toda España en el año 1994, al 61 por 100 de la población, con notables diferencias entre las Comunidades Autónomas: del 87% en Castilla-La Mancha y el 42% en Cataluña.

Una nueva normativa en materia de hospitales, que se proyecta también sobre los centros del INSALUD, lo constituye la Orden de 28 de febrero de 1985, sobre los órganos de dirección de los hospitales y dotación de su personal, regulando la provisión de los cargos y puesto correspondiente, que fue declarada nula por sentencia del Tribunal Supremo en 1996, pero la materia objeto de regulación se recoge en el nuevo Reglamento de Estructura, Ordenación y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el INSALUD, aprobado por R.D. 521/1987 de 15 de abril, que viene a sustituir al Reglamento de Instituciones Sanitarias del año 1972.

En el panorama sanitario de los años que estamos exponiendo, es preciso referirse a las repercusiones que ha tenido en el ejercicio del personal sanitario, el desarrollo de la Ley de incompatibilidades, y la aprobación de la Ley General para la Defensa de los Consumidores. Aunque, en principio, podría sugerirse que esta última disposición tuviese escasa proyección sobre la asistencia sanitaria, lo cierto es que, en ocasiones, su contenido es utilizado como referencia y apoyo legal de numerosas sentencias dictadas por los jueces, junto con el contenido de los artículos 9 y 10 de la Ley General de Sanidad -derechos y obligaciones de los usuarios- por reclamaciones de mala práctica y negligencias médicas.

## 7. La aprobación de la Ley General de Sanidad

A finales de 1982, después de las elecciones generales del 28 de octubre, se produce el relevo en la Sanidad por el Partido Socialista. El período 1982-1986, culminará con la aprobación de la Ley General de Sanidad.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad -se trata de una ley básica o Ley de Bases- viene a responder a una necesidad que se había dejado sentir desde hacía muchos años. Era además precisa, debido a la evolución social y sanitaria, la transformación legislativa experimentada en nuestro país para articular la acción pública en el marco de un Estado descentralizado, cuestión en la que coincidían todos los Grupos Parlamentarios, y que estaba incluida en el programa electoral del PSOE. Se abandona la idea del Servicio Nacional de Salud único para toda la nación, que se juzga incompatible con la estructura autonómica del Estado y en su lugar aparece la referencia al Sistema Nacional de Salud.

Señalan los analistas del contenido de la Ley, a nuestro juicio acertadamente, que en realidad difícilmente se puede decir que la LGS opere en sí misma una reforma global de la Sanidad, pero viene a actuar, eso sí, en línea con una serie de planteamientos y reformas que ya se habían ido penetrando con anterioridad en nuestra Administración Sanitaria. Contiene a su vez, un amplio programa de acción para el futuro, pero en todo caso, en una clara línea de continuidad con lo existente.

El principal logro en su haber consiste, en realidad, en la creación de un marco general -organizativo y competencial- necesario para la acción pública sanitaria del Estado descentralizado, partiendo para ello de una concepción global de la Sanidad y tratando de compatibilizar la autonomía con la existencia de un único sistema sanitario que atienda los valores de igualdad y solidaridad, creando un cuadro de referencia tanto para el desarrollo de una acción sanitaria por las Comunidades Autónomas como para el ejercicio de las competencias estatales.

La Ley General de Sanidad, ordena en su Título III el sistema sanitario público de tal forma que todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud se integrarán en el Sistema Nacional de Salud, que se entiende con el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, en los términos establecidos en la Ley.

Por tanto, en cada CCAA se constituirá un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones y Ayuntamientos y cualesquiera otras administraciones territoriales intracomunitarias, que estará gestionado bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma.

El Capítulo Tercero de la Ley -De las Áreas de Salud- establece entre los artículos 56 a 69, la organización territorial de estas Áreas y de las Zonas básicas de Salud, como marco territorial de la atención primaria, en donde se desarrollan las actividades sanitarias los Centros de Salud. Los artículos 66 y 67, señalan que los hospitales generales del sector privado que lo soliciten serán vinculados al Sistema Nacional de Salud, mediante convenios singulares.

Como consecuencia de lo dispuesto, se ha ido pasando de un sistema asistencial basado en tres niveles -primaria, especializada extrahospitalaria y hospitalaria- a otro de dos niveles: atención primaria y atención especializada, aunque existen una serie de particularidades.

En materia de Financiación Sanitaria, la Ley General de Sanidad en su artículo 82, establece los criterios de asignación de recursos a las Comunidades que tuvieran competencias para asumir las funciones de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, la financiación de estos servicios transferidos se realizará siguiendo el criterio de población transferida. No obstante la propia Ley contempla la aplicación de un período transitorio de 10 años de acercamiento del criterio de coste de los servicios, que es el que debe aplicarse en el momento en que se realiza la transferencia, hasta el criterio de población protegida al cual se debe converger.

Con la aprobación del Real Decreto de 1088/89 con la incorporación de colectivos no cubiertos por el Sistema de Seguridad Social y por tanto sin cobertura sanitaria, se incrementan las dificultades para la determinación de población protegida, por lo que el criterio aplicado ha sido de coste efectivo de los servicios transferidos hasta alcanzar el criterio poblacional y de acercamiento a población protegida según los distintos censos.

El Modelo de financiación sanitaria aplicado durante el período 1994-1997, fue aprobado por el Pleno de Política Fiscal y Financiera en su reunión celebrada el 21 de septiembre de 1994, y el aprobado por el referido Consejo, en noviembre de 1997 para los años 1998-2001. Las características fundamentales de este último modelo contemplan la aportación de recursos adicionales al Acuerdo de Financiación del año 1998, la garantía del equilibrio financiero vinculado a la tasa de variación del PIB nominal, la articulación del Modelo de Financiación 1998-2001 en Fondos, Criterios de distribución de los recursos y Programas de Racionalización del Gasto.

Hay que referir en este apartado la aportación del Estado a la financiación de la asistencia sanitaria pública de tal forma, que en el año 1997 alcanzó el 70,20% de su importe, aumentándose el porcentaje hasta llegar al 91,9% en 1997 y en el pasado año de 1999, prácticamente su totalidad lo fue con cargo a los presupuestos generales.

## 8. Análisis de la evolución del equipamiento y de la actividad hospitalaria

Existen evidentes diferencias en el equipamiento hospitalario de las distintas Comunidades Autónomas, tanto en su cuantía global como en la distribución entre la dependencia pública y privada de los centros camas. Se ha producido una disminución muy significativa en el de centros hospitalarios, pasando respectivamente de 1.287 en 1972 a 799 en 1997, pero ha mejorado sensiblemente la accesibilidad tipo de asistencia debido a la construcción de nuevos hospitales las áreas metropolitanas de las grandes ciudades y los de ámbito comarcal.

Las circunstancias que justifican esta disminución del número de hospitales han sido el cierre o desafectación del Catálogo de un gran número de establecimientos de carácter asilar destinados a la atención social de personas de la tercera edad, al cierre de un importante número de establecimientos privados de escasa entidad asistencial y al agrupamiento de éstos establecimientos en complejos hospitalarios cuando, con anterioridad, se contabilizaban de forma independiente. Obviamente se incrementó el tamaño medio de los centros hospitalarios.

Aunque no de una forma tan manifiesta, ha disminuido asimismo, el número de camas instaladas, de 177.385 en 1972, y 202.969 en el 1981 a 166.276 en 1997, de acuerdo con lo que refleja el último Catálogo Nacional de Hospitales.

La cuantía de las camas creadas en los nuevos hospitales, no ha compensado a las de los establecimientos que se desafectaron y a las que se suman las reducidas en los grandes centros hospitalarios con el objeto de agilizar su función, modernizar sus instalaciones, mejorar la actividad asistencial o dar cabida a nuevas áreas funcionales o de asistencia ambulatoria.

La disponibilidad de camas por 1.000 habitantes ha evolucionado desde 5,3 camas en 1972; 5,13 en 1981; 4,56 en 1985; 4,26, en 1990 y 3,94 en 1995. Este descenso no ha sido tan acusado en las camas de agudos, que de 3,40 camas por 1.000 habitante en 1992 se pasa a 3,09 en 1994, lo que significa que se han mantenido relativamente estable.

En la actividad desarrollada por los hospitales ha aumentado, discretamente, el número de altas que en los últimos años alcanzan más de 4 millones; se ha mantenido el número de estancias entre 45 y 50 millones y se ha incrementado de forma espectacular el número consultas externas. La fuerte presión de la atención de urgencias determina que más de la mitad de los ingresos hospitalarios se produzcan desde éste área asistencial, representando un 13, 38 por 100 de los pacientes que son atendidos con este carácter.

Se ha incrementado, igualmente, el personal que trabaja en los hospitales. En el año 1981 lo hacían 278.582 personas que suponía 1,44 personas cama, correspondiendo al sector público el 72,5. En el año 1995, su cuantía ascendía a 370.244 correspondía al sector público, 2,22 persona cama. En este período de tiempo el personal de los hospitales se incrementó en un 42,6 por 100.

En los indicadores del funcionamiento hospitalario global, se manifiesta en un progresivo incremento de la frecuentación hospitalaria y de tasa de ocupación, el descenso de la estancia media y, consecuentemente, un incremento de la rotación enfermo/cama.

En los aspectos cualitativos de la función hospitalaria, como ya se ha señalado con anterioridad, en las últimas décadas se ha producido una decisiva transformación en la organización y funcionamiento de la asistencia médica con la mejora de la calidad. El hospital ha adquirido una complejidad creciente de servicios, instalaciones y de las funciones que desarrolla, con el aumento de personal cualificado, así como una carrera de costes crecientes. Se han implantado nuevos organigramas con la diversificación de áreas y zona funcionales, nuevas tecnologías que evitan los ingresos y favorecen la atención externa así como, en ocasiones, la introducción de guías o protocolos en proceso asistencial.

La cobertura sanitaria pública en 1982 incluía al 84,5 por 100 de población, en 1991, siendo este porcentaje era superior al 98 por 100. La última Encuesta Nacional de Salud de España que corresponde al año 1997, el 94,8 por 100 de los encuestados son titulares o beneficiarios de la Seguridad

Social; el 2,3 por 100 a Mutualidades del Estado acogidas a la Seguridad Social; Mutualidades del Estado acogidas a un seguro privado, el 2,3% acogidas a un seguro privado. Se produce un claro solapamiento en la cobertura de la asistencia sanitaria por cuanto que un 8,9 por 100 de las contestaciones recogidas manifiestan disponer de un seguro médico privado, concertado individualmente y el 2 por 100 de un Seguro médico concertado por su empresa.

En cuanto a los centros benéfico-privado o privados, se puede observar la marcada especialización de los centros de la Iglesia en la asistencia psiquiátrica, representando el 34,4% de las camas de esta especialidad, la reducida capacidad media, la importancia de los centros quirúrgicos de pequeñas dimensiones y la desigualdad en el de las clínicas privadas en el territorio nacional.

Los centros hospitalarios no públicos ascienden en el año 1995 a 458, los cuales contabilizan un total de 50.112 camas, en los que se produjeron 1,3 millones de ingresos, 14 millones de estancias, 7,5 millones de consultas externas y 3,7 millones de urgencias. Los exclusivamente privados, que representan el 19,5 por 100 de las camas, asistieron al 21,5% de los ingresos, que determinaron el 17,51 % estancias, el 14,8% de las consultas externas y el 15,63% de urgencias.

En el último Catálogo de Hospitales correspondiente a finales del 1997, el número de hospitales ascendía a 799. En el sector extrahospitalario se ha instaurado un gran número de servicios o centros que además de los Centros de Salud y Consultorios ya referidos, se relacionan, entre otros, las Salas de fisioterapia, Unidades de psicoprofilaxis obstétrica, Unidades de Salud Mental, Unidades de Medicina laboral, centros de orientación familiar, Centros de Día, Servicios especiales de urgencia, Centros de atención continuada, Servicios normales de urgencia, etc.

## 9. La situación actual en la gestión de los hospitales

La creciente competitividad mundial, condicionada por las diferencias en los costes y estructuras laborales y en la productividad, la crisis económica y socio-laboral acaecida en los años setenta y, en nuestro entorno, las exigencias en el proceso de convergencia entre los países la UE acordado en Maastricht, son algunas de las circunstancias que han determinado profundos cambios en los esquemas económicos en los países industrializados.

En las últimas décadas, están obligando a una mayor disciplina presupuestaria y a una regulación y reducción del déficit público que, lógicamente, comprometen la cobertura de las crecientes demandas de los sistemas de atención social e incluso su mantenimiento en los niveles actuales.

Con carácter general existe un consenso generalizado sobre la necesidad de continuar manteniendo el Estado de Bienestar aunque, últimamente, en algunos medios se empieza a hablar de pasar a la Sociedad del Bienestar, concepto que implicaría una mayor participación y preocupación de la Sociedad en su permanencia.

Se reconoce que el Estado de Bienestar es una conquista del sistema democrático y que, en consecuencia, debe mantenerse, partiendo de la base de que el objetivo último del mismo consiste en colaborar en la consecución de la Economía del Bienestar, como un medio de alcanzar cotas más elevadas de bienestar social y no como un fin en sí mismo.

El análisis de la evolución del gasto en sanidad en las últimas décadas pone de manifiesto que a partir de la crisis del año 1973-74, determinada por la subida de los precios del petróleo y de las materias primas así como otros problemas estructurales de la actividad económica mundial, se produjo una reducción de la tasa de crecimiento del PIB. La totalidad de los países desarrollados se enfrentaron a una insuficiencia de recursos para atender el gasto público. La inercia de demandas de atenciones sociales crecientes, y las sanitarias en concreto, obligaron a adoptar medidas de variada naturaleza para la contención del gasto social en general y del sanitario, en particular.

Entre las medidas adoptadas para la contención del gasto, cabe destacar el estudio y valoración de los sistemas sanitarios establecidos en los distintos países y la aportación de propuestas de modificaciones o de actuaciones restrictivas concretas.

Es preciso referirse a la inquietud suscitada en este sector a nivel internacional: Reforma Blüm y Seehofer (1992), en Alemania; Informe Abril (1991) en España; Informe Dunning y Plan Dekker en Holanda (1988-1991); Plan Griffiths y el Libro Blanco de la Reforma *Working for Patients* en el Reino Unido; Informe Dogmar en Suecia; además habría que citar las reformas adoptadas en Canadá y los intentos fallidos en los Estados Unidos (Plan Clinton).

En España, la Comisión Evaluadora del Sistema Nacional de Salud, «Comisión Abril», aprobó un conjunto de 64 recomendaciones orientadas a la organización y gestión del Sistema Nacional de Salud y para la reforma de la asistencia sanitaria pública.

De entre éstas cabe destacar las siguientes referidas a la gestión de la asistencia: la descentralización, el separar la financiación de los servicios de la previsión, flexibilidad de personal, reforzar los sistemas de información, la evaluación de los avances tecnológicos, mayor calidad de los servicios, contratación externa de servicios, previsión pública y privada, estrategias de gestión y la distinción entre la atención sanitaria y la social.

La «Comisión Abril» se ofreció como un especial lugar de encuentro para el análisis de la situación de la sanidad española y para emitir importantes propuestas, que si bien no fueron admitidas formalmente por la Administración, han supuesto un buen lugar de referencia para las iniciativas que se han adoptado posteriormente.

El grado de implantación de las reformas, y muy particularmente las que afectan a la organización y gestión de los proveedores sanitarios es muy variable entre los países, dependiendo de la capacidad de conseguir recursos políticos y sociales para afrontar los cambios y superar la rigidez estructural de la que se parte históricamente.

En la gestión sanitaria actual, se están introduciendo nuevos conceptos y modelos a través de mecanismos de descentralización y competitividad con la introducción del denominado “mercado interno” dotándolo de un sentido empresarial y diferenciando la financiación, la gestión de la demanda y la compra de servicios, de la previsión o suministradores de los mismos a los usuarios o clientes.

A este fin, se configuran distintas figuras administrativas: fundaciones, empresas públicas, consorcios y, en algún caso reciente, concesión administrativa, que permiten mayor autonomía, dinamismo y agilidad, introduciéndose en lo que se denomina «competencia gestionada».

Señalan los expertos como aspectos comunes de estos procesos la importancia de la autonomía de los hospitales y de otros proveedores sanitarios, el desarrollo de la gestión clínica, la orientación de servicios hacia la calidad, la recuperación del protagonismo de los usuarios, y el énfasis creciente en la efectividad de la práctica clínica y la medicina basada en la evidencia.

Como primer paso se pusieron en marcha los contratos-programas o contratos de gestión, los acuerdos entre los centros y el ente gestor con el fin de lograr el cumplimiento de los objetivos asistenciales. En el sector hospitalario en el ámbito del INSALUD, se introdujo la Unidad Ponderada Asistencial (UPA), y otras de naturaleza similar (UBA, EVA) en otras entidades gestoras, como medidas de la actividad hospitalaria.

El objetivo es ir aplicando sistemas de medición que caractericen mejor la producción hospitalaria, basados en la combinación de los casos tratados (*case-mix*), grupos relacionados por el diagnóstico (GRD), categorías de gestión de pacientes (PMC), etc.

Para poder avanzar en este sentido, es preciso disponer de una información básica sobre los diagnósticos y procedimientos, como la que ofrece el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), junto a una adecuada contabilidad analítica.

Aunque aduciendo razones de urgencia, ya se había adelantado el INSALUD con el Decreto-Ley en el año 1996 y con la Ley 1997 de 15 de abril, (sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud y el Acuerdo de la Subcomisión Parlamentaria para la Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud). Aconsejan medidas de gestión que ya algunas CC.AA habían ido poniendo en marcha al amparo de su legislación específica, con la posibilidad de gestionar los servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud «directa o indirectamente a través de la constitución de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho».

La creación de las Fundaciones Públicas Sanitarias en el ámbito del INSALUD, de acuerdo con lo expuesto sobre este asunto por el titular del Ministerio de Sanidad y Consumo en la Comisión del Senado del 10 de diciembre de 1998, «están orientadas a la mejora de la gestión y la eficiencia del sistema sanitario público a través de nuevas formas de gestión que posibiliten una verdadera y real autonomía de gestión en los centros sanitarios y, por ende, a garantizar la salvaguardia del propio sistema».

En la referida intervención, se señaló que ya diversas Comunidades Autónomas habían creado entidades singulares -los entes públicos sujetos al Derecho Privado en el País Vasco, la transformación del Sistema Catalán de Salud en un ente público de naturaleza institucional- y a configurar de un modo variado sus centros públicos.

Se destacó asimismo que Andalucía dispone de una fundación y tres empresas públicas, Canarias de una empresa pública, Cataluña de cuatro fundaciones, nueve empresas públicas y once consorcios. Galicia de cinco fundaciones y una empresa pública, el País Vasco dos empresas públicas; hay una fundación en Asturias y otra en Murcia, una empresa pública en Baleares y tres consorcios en Castilla y León. De hecho en mayo de 1999 existían en funcionamiento 14 fundaciones hospitalarias, 17 empresas públicas, 17 consorcios y una concesión administrativa.

Las características de las fundaciones públicas sanitarias, como pone en evidencia el Art. 111 de la Ley de Acompañamiento a los Presupuestos Generales del Estado para el año 1999, tratan de estable-



cer una personificación jurídico-política adecuada a las circunstancias de las instituciones sanitarias públicas existentes, que garanticen especialmente el régimen estatutario del personal.

Recientemente se ha publicado el Real Decreto 29/2000, de 14 enero, sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de Salud, que tiene como objeto el desarrollo reglamentario de las referidas Ley 15/1997 y artículo 111 de la Ley 50/98, que será de aplicación a los centros, servicios y establecimientos sanitarios de protección de salud o de atención sanitaria gestionados por el Instituto Nacional de la Salud, que adopten cualquier tipo de gestión a través de fundaciones, constituidas al amparo de la Ley 30/1994, consorcios, sociedades estatales y fundaciones públicas sanitarias.

Llama la atención cómo últimamente los distintos Servicios de Salud prosiguen extendiendo la gestión clínica tanto en la asistencia especializada como en la primaria, bajo las formas de unidades de gestión o institutos.

Como resumen y en términos generales se puede señalar que existe un consenso ampliamente extendido, que la salud en España y estado de nuestros centros y servicios sanitarios, sigue siendo buena en términos generales, si lo comparamos con el que cabría esperar de nuestro nivel económico y de desarrollo. La posibilidad de acceso a los servicios en condiciones de igualdad y gratuidad se extiende a prácticamente toda la población, con un amplio catálogo de prestaciones.

El aumento de la tasa de cobertura; el envejecimiento de la población con el incremento de la esperanza de vida; los avances tecnológicos tanto en el equipamiento como en la práctica médica y los nuevos medicamentos; la mejoría en lo que convencionalmente se denomina «prestación real media» -cantidad y calidad de los servicios que presta el sistema-; la evolución de los costes de los factores y la productividad de las organizaciones sanitarias; los cambios en el patrón de morbilidad de los ancianos con incapacidades funcionales y de personas mayores dependientes, obviamente demandarán de forma progresiva, una mayor preocupación y aportación presupuestaria para este gasto social - sanitario y cuidados sociales-, que determinará sustanciales cambios en la organización, ordenación, funcionamiento, tipos, distribución y dependencia de los centros sanitarios en el futuro.



## Nuevos modelos de gestión. Una visión retrospectiva

JUAN JOSÉ EQUIZA ESCUDERO

GERENTE. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO SAN CARLOS. MADRID

### 1. Introducción

Hablar de nuevos modelos de gestión, es abrir la puerta a un tema controvertido que ha generado, y genera, un acalorado debate sustentado más en una supuesta intencionalidad, la privatización de los servicios públicos, que en su contenido. Hoy nadie discute ya la necesidad de cambio en las organizaciones para adaptarse a las nuevas realidades económicas, políticas y sociales.

La crisis del petróleo en los años setenta no hizo sino dar paso a un cambio de tendencia en los sistemas económicos que afectaban de lleno al mundo empresarial, pero también a los Servicios Públicos.

El Fondo Monetario Internacional (FMI) le pone fecha a la crisis que Anthony Crosland (1976) resume en la expresión «la fiesta ha terminado», señalando también el cambio de tendencia para los servicios públicos, La universalización de las prestaciones y el crecimiento económico sostenido para mantenerlas son asunciones puestas en entredicho.

Desde esa fecha, hemos asistido a cambios de gran magnitud en el mundo de la gestión en general y de la sanidad en particular. Hoy en un momento en el que las reflexiones parecen estar dirigidas hacia la adivinación del futuro, hacia la búsqueda de respuestas sobre ¿Cómo será la gestión sanitaria en los próximos años?, en este artículo trataré de dar una visión de la evolución en la gestión en los hospitales públicos, en los hospitales de la red INSALUD, haciendo un breve recorrido sobre los aspectos más relevantes, desde aquel «Nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria» acuñado en los años ochenta, hasta los «Nuevos Modelos de Gestión» de hoy.

Se trata de una reflexión sobre nuestro pasado inmediato. Pues si bien el futuro debe inspirarse en el mundo que ha de venir, también las ideas que interpretan el futuro se basan y están influidas por el mundo de siempre. También el futuro tiene su historia.

### 2. Mercado y gestión. En busca de un paradigma

Los años ochenta pues, fueron años de cambio en los que el mundo empresarial busca nuevas fórmulas de gestión que ayuden a «hacer más por menos»; la competitividad es el marco en el que se establecen las nuevas reglas del juego. La forma tradicional de acción cede paso a nuevas actuaciones, es el Paradigma de la Eficiencia. La gestión y los gestores son objeto de atención, en esa década crecen



las publicaciones en las que teóricos y gurús de la gestión ofrecen recetas de cómo gestionar mejor y anticiparse al futuro.

La búsqueda de ventajas competitivas, y de la eficiencia, es la solución a los problemas. Michael Porter (1980), economista, viene a decir que la estrategia es, por encima de todo lo demás, la búsqueda de beneficios superiores a la media. Hace una síntesis de los conocimientos y técnicas para mejorar la rentabilidad que resume en cinco fuerzas competitivas. Posteriormente, en 1990, en otra de sus obras trata de explicar, en un análisis retrospectivo, las causas de las fusiones y agrupamientos sectoriales que en esos años se fueron produciendo.

#### *Fuerzas competitivas:*

- Incorporación de nuevos competidores.
- La amenaza de sustitutivos.
- El poder de negociación de los clientes.
- El poder de negociación de los proveedores.
- La rivalidad entre los competidores.

El japonés Kenichi Ohmae (1982) pone de manifiesto la necesidad de ser creativos para ser competitivos. Tom Peters y R. Waterman (1982) con su obra, *En Busca de la Excelencia*, se convierten en bestseller. Recogen y ofrecen a sus lectores, algunos criterios para anticiparse al futuro y lograr la excelencia en la empresa. Peters y Waterman describen para ello 8 reglas o puntos básicos.

#### *Principios de excelencia:*

1. Acción
2. Atención al cliente
3. Autonomía y espíritu emprendedor
4. Motivación orientada hacia la productividad
5. Colaboración
6. No cambiar lo que se hace bien
7. Eficiencia en los recursos
8. Autonomía controlada

Casi de forma simultánea, como si de proteger este nuevo enfoque se tratara y para evitar los problemas de discalidat que una visión centrada sólo en la eficiencia pudieran producirse, W Edwards Deming (1982) propone a las empresas otra estrategia para salir de la crisis, la calidad. Con su teoría de la calidad, lanza su mensaje a las empresas haciendo una reflexión sobre la procedencia de los beneficios. El razonamiento es: Si tienen clientes satisfechos, estos repiten sus compras, hablan excelencias de su producto y servicio y traen amigos con ellos. De esta forma, los beneficios de la empresa están asegurados. Ve la calidad como algo más que estadísticas. Sintetiza lo más importante de la calidad en 14 puntos. Entiende la calidad como una responsabilidad de todos. A esta estrategia se unirán otros autores, entre ellos J .M. Juran (1.988). Este describe la trilogía de la calidad, planificación, gestión y puesta en práctica, en su libro *Planning for Quality*.

#### *Puntos de calidad:*

- Hacer constar la intención de mejora.
- Adoptar la filosofía de calidad.
- Trabajar para la calidad.
- Minimizar costes.

- Mejorar procesos integrando planificación, producción y servicio.
- Facilitar el liderazgo.
- Eliminar temores.
- Romper barreras entre departamentos.
- Eliminar eslóganes.
- Eliminar cuotas numéricas.
- Eliminar objetivos numéricos.
- Creación del sentido de pertenencia.
- Establecer programas de formación.
- Integrar a toda la organización en el plan de mejora.

Es una época rica en publicaciones que tratan de ofrecer el conocimiento no sólo sobre aspectos concretos de gestión sino que ofrecen información sobre modelos organizativos, cultura organizacional etc. En ellas se reflejan los cambios que se están produciendo.

Una década después, estas teorías comienzan a ser cuestionadas y así, la planificación estratégica tiene también su espacio para la crítica. Henry Mintzberg (1994), viene a decir que la planificación estratégica es un ritual desprovisto de creatividad, y señala algunos errores de ésta. La supuesta capacidad de predicción es limitada, pues se parte de considerar que el futuro se parecerá al pasado (certeza esta artificial). Esa suposición podía ser válida en los años 60, cuando había estabilidad y los planificadores no estaban tan desvinculados de la realidad de la organización. En estos tiempos, decía, los planificadores están ocupados en recoger datos básicos (mercados y competidores) y se han alejado de los proveedores, de los clientes y de los empleados. En consecuencia, lo que se produce es una disociación entre el pensamiento y la acción.

G. Hamel y C.K. Prahalad (1994) piensan que cada época tiene su propia interpretación y su propia visión sobre los hechos. La dificultad de las estrategias, no es su creación sino su puesta en práctica. Una organización debe esforzarse en mejorar y en diferenciarse de sus competidoras. El crecimiento se deriva de la diferencia, aunque señalan que hay tantas formas de crecer como de menguar, una organización puede fusionarse con otra, pero «dos borrachos no hacen una persona sensata». Es el tiempo de las grandes fusiones, de la externalización de servicios etc.

A la gestión científica, la ingeniería industrial, la mejora de los procesos empresariales, se suma, nueva y mejorada, la reingeniería. Janes Champy y Michael Hammer (1.993), proponen la redefinición de los procesos para su mejora. Aunque no es una idea nueva, el lenguaje y el momento son oportunos. En un entorno altamente competitivo, con una explosión de la tecnología de la información, las organizaciones se ven obligadas a reconsiderar sus procesos anquilosados e ineficaces. Este proceso va a permitirles trasladar a la práctica, las nuevas realidades y formas de hacer.

Como en casi todos los casos, esta idea también fue criticada y comparada con la que utilizó el Presidente Mao, bajo el lema «destruir para construir», para llevar a cabo la revolución cultural en China, tratando de borrar el pasado.

Es la hora de un nuevo paradigma, el Paradigma del Cliente. El esfuerzo renovador e innovador tiene un objetivo claro, satisfacer las demandas del cliente adaptando la organización y sus procesos a esa nueva realidad.

### 3. ¿Cómo afecta esta situación al Sector Público?

Naturalmente, estas circunstancias económicas generan crisis no sólo en las organizaciones empresariales, que se ven obligadas a diversificar su negocio, a fusionarse con otras para ser más competitivas, afectan también a la política y a la sociedad. En consecuencia, los Servicios Públicos desarrollados en los años cincuenta y sesenta sobre la base de un crecimiento sostenido del gasto público, se ven afectados también.

### 4. La eficiencia en el sector público

En los años ochenta, como consecuencia de la crisis económica descrita, en las Administraciones Públicas, el Paradigma Tradicional se ha ido rompiendo para dar paso al Paradigma de la Eficiencia. Es necesario controlar el gasto público que supera ya el 45% del PIB en la Unión Europea (U.E.).

Descentralización y privatización de Empresas Públicas, son las tendencias que recorren Europa como una ola. Se traspa la actividad a un mercado, con propiedad privada, aunque a menudo es un mercado regulado. No se pretende eliminar la financiación o provisión pública, sino gestionar menos burocráticamente.

El término que comienza a circular «la Nueva Gestión Pública», es también un tema controvertido que despierta el debate Gestión Pública versus Gestión Privada. En realidad se trata de una vieja discusión sobre el carácter mediador de la Administración Pública y su relación con la Política, asignándole un papel claramente diferenciado del sector privado. Los procedimientos deben estar sujetos a reglas homogéneas y la ejecución de sus acciones a la transparencia.

Contrasta así, con el movimiento modernizador que trata de llevar a la gestión pública las técnicas y herramientas de la gestión privada que hagan posible la eficiencia. Sus propuestas eran:

#### *Nueva gestión pública:*

- Introducir modificaciones presupuestarias, destinadas a mejorar la transparencia, pero sobre todo y fundamentalmente a relacionar los costes, no con los recursos utilizados, sino con los resultados.
- Incentivación a los resultados.
- Introducir mecanismos de competencia interna.
- Separar las funciones de financiación y provisión.
- Descentralizar la provisión, facilitando la elección a los usuarios entre proveedores alternativos.

Estas propuestas desembocan en un nuevo paradigma, es el Paradigma del Cliente. Se parte del supuesto de que un buen sistema público, un buen gobierno, exige que el conjunto de sus organizaciones funcionen con eficiencia, con eficacia y con legitimidad. La asignación eficiente de recursos, la transparencia y rendición de cuentas sobre su utilización y la satisfacción del usuario, en su nuevo estatus de cliente, van a ser los principios básicos que orienten el nuevo paradigma.

¿Estos cambios se han vivido por igual en todas las Organizaciones Públicas? ¿En qué nivel de cambio están las Organizaciones Sanitarias?

En España, la incorporación al estado de Bienestar social ocurre algunos años más tarde que en los países desarrollados de nuestro entorno. Consecuentemente el gasto público está unos puntos por debajo del porcentaje de la UE., situándose en torno al 45% del PIB.



Aunque los cambios son generales, para todas las organizaciones, la Administración Sanitaria se ve afectada de forma muy especial, al ser sus organizaciones las que tienen más peso en el gasto. En los presupuestos de los Estados Europeo, más de la mitad del gasto público, se destina a políticas sociales (sanidad, pensiones etc.) alcanzando el gasto social entre el 20-30% del PIB en Europa. En España se sigue también esta tendencia aunque con porcentajes inferiores, situándose el gasto social entorno al 23% del PIB.

## 5. Bienestar y salud. Del paradigma tradicional a la eficiencia

Las reglas del juego establecidas, después de la segunda guerra mundial, dan como resultado el crecimiento de los Estados de Bienestar social, los cuales asumen el compromiso de hacer real la igualdad recogida en la Constitución de todos los países democráticos. Los Estados se convierten en grandes diseñadores de políticas cuyo objetivo no es otro que maximizar el bienestar social, corrigiendo los fallos de mercado y mejorando la eficiencia económica con su intervención a través de las políticas públicas.

Hay consenso entre los actores principales, políticos, ciudadanos y administradores, en un desarrollo incremental en los servicios públicos.

Esta prestación de servicios públicos se basa en el crecimiento sostenido del gasto público. Los años sesenta, años en los que se produce el crecimiento de los Estados de Bienestar, son años de bonanza económica. Existe una relación directa entre el nivel de renta y el gasto en salud. Los economistas parecen estar de acuerdo en que por un crecimiento económico de un 1%, el gasto sanitario se incrementa en más de 2% (Albi 2000). La sociedad elige democráticamente los contenidos del papel económico del Estado.

En estos primeros años, los niveles del gasto no son muy altos y la cantidad de servicios se determinan en un proceso de negociación entre técnicos y políticos. Existen dos ámbitos de poder claramente definidos, el político y el técnico. El político basa su fuerza, el poder, en el voto recibido de los ciudadanos, el cual le legitima para tomar las decisiones en nombre de la Comunidad. El técnico basa su fuerza en el conocimiento, él sabe como llevar a cabo el proceso de producción del servicio. Este conocimiento es el que determina que sean los profesionales los que guíen el proceso y definan qué prestaciones, cómo y con qué recursos se harán. La complejidad del ámbito sanitario conlleva una enorme influencia de los profesionales que prestan el servicio en los procesos de prestación, e incluso en los resultados. Son los productores de los servicios públicos, los profesionales, los que autorregulan su función con el acuerdo implícito de la sociedad.

Naturalmente, el poder de influencia lo utilizan en la definición del servicio, promoviendo como valores esenciales del mismo sus propios valores y realizando sus conocimientos y experiencia.

El Administrador juega un papel integrador entre esos dos ámbitos de poder, haciendo posible la traslación de la política a la acción concreta de prestación del servicio.

Como puede observarse, el ciudadano participaba escasamente ya que las expectativas de servicios públicos, al igual que el gasto, eran escasas. En España, recordemos, se desarrolla el Estado de Bienestar más tarde. El político podía encontrar dinero para nuevas políticas, nuevas prestaciones, sin tener que recortar el gasto de otros proyectos o competir por los recursos. En este Paradigma Tradicional, el político



decide, fija la política de los Servicios Públicos, el administrador asigna recursos y el técnico define y determina los procesos y los recursos necesarios.

El rendimiento de cuentas es también sencillo. Los profesionales o productores del servicio rinden cuentas a los políticos y éstos a los ciudadanos.

La gestión, el Administrador o Gestor, en esta etapa se limita a hacer de mediador entre las dos esferas de poder, sirviendo a los dos ámbitos. En realidad hasta bien entrados los años ochenta no se puede hablar de gestión en sentido estricto. En la cultura de los profesionales sanitarios, de los médicos, el objetivo, el eje fundamental de la actuación del equipo sanitario y por extensión del hospital como un todo, es el proceso asistencial. El conocimiento médico se centra fundamentalmente en la clasificación de enfermedades, diagnósticos y en las alternativas terapéuticas, olvidando a menudo otros procesos necesarios para la buena marcha del hospital, como son la organización y gestión de recursos y en consecuencia buenos también para los resultados de la asistencia y para el paciente.

De esta forma se va produciendo un aumento incrementalista de los Servicios Sanitarios públicos. El gasto promedio en Sanidad en la UE. llega en los años noventa en torno al 6% de P.I.B. y 1,8% el P.I.B. de gasto privado, siendo para España el 5,8% y 1,6% respectivamente.

## 6. Algunos problemas de crecimiento

A los cambios que el desarrollo de los Estados de bienestar produce de forma natural en la sociedad hay que añadir el bajo crecimiento económico, los cambios demográficos y tecnológicos y la democratización de la sociedad.

El bajo crecimiento económico, instalado de forma pertinaz en los años ochenta y principios de los noventa, ha generado un aumento del gasto social, a la vez que ha limitado la posibilidad del crecimiento de la fiscalidad, reduciendo los ingresos tributarios. El aumento de la esperanza de vida y la incorporación de nuevas tecnologías a la sanidad, ha dado lugar a un cambio importante en los procesos de morbi-mortalidad, produciendo un progresivo envejecimiento de la población incrementando el gasto sanitario. Por último, es importante señalar la transformación social y política ocurrida en nuestra sociedad a partir de la Constitución de 1978 en la que determinadas prestaciones, sanidad y protección social entre otras, constituyen un derecho. La Ley General de Sanidad de Abril de 1986 viene a hacer exigible ese derecho con la universalización de la prestación sanitaria. Comienza así un nuevo y rico período para la gestión sanitaria hasta entonces limitada a escasos procesos de ordenación y desarrollo de las organizaciones hospitalarias, de acuerdo con las demandas de los profesionales.

Los años ochenta en España son años de reforma en los que se trata de establecer un Sistema Sanitario homogéneo e introducir las técnicas y herramientas de gestión en los hospitales. Bajo la denominación de «Nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria» se describen las medidas que se llevarán a cabo para implantar el nuevo modelo de sistema sanitario (se pasa del modelo de Seguridad Social a Sistema Nacional de Salud) y también nuevo modelo asistencial (de un modelo curativo se pasa a un modelo integral en el que la promoción y la prevención de la salud también formarán parte de las actividades del sistema).

La gestión hospitalaria consistirá en:

- Determinar objetivos asistenciales y económicos para todos los centros.
- Creación de una infraestructura de información mínima y homologada para toda la red.
- Introducción sistemática del control de calidad.
- La humanización de la asistencia con la declaración del Código de Derechos y Deberes de los pacientes y la creación de los Servicios de Atención al Paciente para su instrumentalización práctica.

El trabajo en equipo y la dirección por objetivos serán las técnicas básicas de este nuevo modelo de gestión. El objetivo no es otro que introducir la cultura de empresa en las organizaciones sanitarias, carentes por completo de visión económica de la organización, secundando de esta forma el sentir popular «la salud no tiene precio», aunque, como pocos años después se evidenciará, tiene un alto coste.

Para controlar este coste y poder comparar el rendimiento entre los distintos centros establecen unos datos básicos que cada hospital debe recoger. Estos datos deben ser remitidos periódicamente, a mes vencido. Para poder comparar los resultados se establece una clasificación hospitalaria y establecen las tarifas económicas para cada tipo. El criterio para la clasificación es el ámbito territorial (H. Comarcales, Provinciales, y Regionales).

Poner en marcha este dispositivo no resulta fácil debido no sólo a la falta de cultura de gestión en los hospitales, sino también a la falta de dispositivos adecuados para ello.

La financiación está ligada a la ocupación de sus camas, es decir a las estancias causadas en los hospitales, en los que no existen unos parámetros asistenciales exigibles y cada hospital tiene una forma de actuación autónoma.

Las proyecciones de crecimiento de las prestaciones e incluso de los servicios responden a las necesidades profesionales más que a demandas de la población, todavía con expectativas poco desarrolladas. Sin embargo, pocos años más tarde, también la Sanidad en España queda bajo el influjo de la tendencia europea.

En 1990 se crea la «Comisión Abril» para el Análisis y Evaluación del Sistema Sanitario, el cual comienza ya a dar síntomas de expansión del gasto y falta de eficiencia.

Antes de terminar de implantar el modelo diseñado en la Ley General de Sanidad (1986) se ve la necesidad de cambiar el rumbo. En sus conclusiones, elaboradas un año después de su creación, la Comisión viene a decir que se debe mejorar la eficiencia del sistema y controlar el gasto. Son propuestas de esta Comisión: Cambiar la personalidad jurídica de los hospitales (pasarán a estar sometidas al derecho privado) y laboralizar al personal y ello como instrumento para agilizar la gestión y motivar a los profesionales. Evaluar la utilización de las nuevas tecnologías antes de ser incorporadas. Descentralizar la gestión y tantas otras que no vamos a enumerar. Solo añadiremos las propuestas que hace para controlar el gasto a través de la utilización racional de los recursos introduciendo un elemento disuasor como era “el «ticket moderador» mediante el cual se pagaría una cantidad, aunque fuera simbólica, cada vez que se accediera a la prestación.

En estas nuevas realidades el Paradigma Tradicional va siendo desplazado por el nuevo paradigma de la eficiencia.

El punto de partida de los cambios que se avecinan es la ineficiencia de las organizaciones públicas. Existe una especie de acuerdo en la afirmación de que las organizaciones sanitarias públicas, los hospitales, son



ineficientes debido a la falta de competencia, lo que unido a la seguridad/inamovilidad en el puesto de trabajo, sus profesionales acaban atendiendo a sus propios intereses a los que subordinarán todo lo demás.

El remedio, por tanto, es introducir mecanismos de mercado allí donde sea posible, estableciendo la competencia entre los distintos hospitales y también entre los distintos servicios de cada hospital. Naturalmente, para lograr esto se necesita una figura clara, con autoridad, capaz de presionar a la organización para que mejore los resultados, eliminando las barreras y facilitando los medios a los productores del servicio. Emerge así, con fuerza, la figura del Gestor con un nuevo papel, con formación y habilidad para conducir a estas complejas organizaciones hacia los nuevos objetivos, rompiendo rutinas y pautas de trabajo fijadas por los propios productores del servicio. Hay que buscar un nuevo equilibrio de poder entre políticos y técnicos, entre los profesionales y el resto del personal del Hospital.

Hay numerosos ejemplos que dan fe de esa mayor capacidad de presión de los gestores en busca de la eficiencia. En pocos años logra bajarse a la mitad los periodos de estancia, controlar y medir la producción hospitalaria. Las organizaciones fueron reestructuradas introduciendo mecanismos de planificación en la gestión y control del supuesto.

En un intento de hacer real la introducción de mecanismos de mercado, se separa la financiación de la provisión de los servicios.. Gerentes de Atención Primaria y Atención Especializada negocian como proveedores de los servicios que se prestan a la población con Insalud. Este actuará como financiador y comprador cuyo pago serán los presupuestos que recibirán a cambio. Se liga de esta forma actividad a recurso en los llamados «Contratos Programa», inicialmente, Contratos 1 de Gestión en la actualidad.

Cada año, los Gerentes de Atención Especializada y Atención Primaria, pactan los objetivos que deberá cumplir su organización. Esto obliga a su vez a que negocien con los profesionales la actividad que cada servicio desarrollará y los recursos que recibirá a cambio.

En esta década de los noventa los hospitales comienzan a utilizar, aunque tímidamente, algunas estrategias de gestión utilizadas en las organizaciones privadas, «Outsourcing», «just-in-time» etc.), incluso externalizando servicios. Esta práctica al igual que la subcontratación, levanta polémica en algunos casos que ven una amenaza al Estado de bienestar y temen que se convierta en lo que se ha dado en llamar el «Estado hueco» (Bozeman, 1993).

## 7. Nuevo paradigma para nuevas formas de gestión

Completar esta idea de mercado, de competencia, requería asimismo introducir un elemento esencial de éste, la elección y la consideración del usuario como cliente. Significa un cambio importante en la cultura de las organizaciones públicas orientándolas hacia el ciudadano, cada vez más concienciado de sus derechos y más dispuesto a exigirlos.

La orientación hacia el cliente es una consecuencia lógica de la aplicación de las técnicas de gestión privada. Por otro lado, se hace necesario reforzar la idea de calidad como instrumento que proteja al usuario, asegurando que aunque la consigna sea controlar el gasto, esto no ocurrirá a costa de la calidad del servicio que se le presta.

En toda Europa se comienzan a desarrollar las cartas de derechos del ciudadano (Sue Richards 1994). Son una evidencia del cambio que se ha ido produciendo en la gestión orientada hacia el cliente.

Para apalancar el cambio, las estrategias van a ser la descentralización y las políticas de personal. Se concretan en la agrupación de servicios como instrumento facilitador de una atención personalizada e integral que va a permitir no sólo una mayor calidad en la asistencia, sino la participación real y la motivación de los profesionales. La Gestión Clínica, Creación de Institutos, Fundaciones etc. ha comenzado a nivel micro, como paso previo, para la implantación a nivel macro como paso definitivo al nuevo paradigma del Cliente, en el que la eficiencia forme parte de la calidad.

## 8. Conclusiones

Como en todo cambio, conviene ser realista y tener en cuenta que los cambios de cultura son lentos. Si miramos la historia, los inventos mecánicos que transformaron la vida económica en la segunda mitad del Siglo XVIII en Inglaterra y algo después en el resto de Europa, no se aceptaron apaciblemente en sus inicios. El ejemplo más divulgado fue el producido en 1.811, cuando un grupo de ludditas destruyeron las máquinas textiles en Nottingham.

La resistencia de hoy al cambio no implica oposición a las nuevas formas de hacer, quizá lo que se ve en el cambio es una amenaza para sí mismos y para la supervivencia global del sistema.

Parafraseando a Toffier (1980) cuando una sociedad se ve asaltada por más de una ola de cambio y no es ninguna de ellas claramente dominante, la imagen de futuro queda rota, dificultando la identificación del sentido de los cambios, es entonces cuando surgen los conflictos.

No sé si la gestión debe ser reformada o no, sí parece claro que las Administraciones Públicas, los hospitales y, en consecuencia los gestores, debemos hacer algo para mejorar los resultados y adaptar nuestras organizaciones a la nueva realidad política, económica y social.

La sociedad española ha cambiado, pero nuestros hospitales siguen siendo fieles a los valores y a las prácticas de un mundo de base medicalizada, convirtiéndose en ocasiones en un factor de bloqueo a los cambios. Por un lado existe la necesidad de una intervención eficaz, sin ello el tejido social se resentiría; pero por otro lado se ve incapacitado para ello, perdidos en mil procesos e intervenciones cuyo sentido no se ve con claridad.

Hasta ahora el debate se ha centrado en la reforma y menos en la necesidad de conocer los puntos sensibles del sistema y apostar a favor de los actores capaces de jugar un juego diferente, y como tales actores, portadores de medios de cambio, de innovación y de modernización.

Debemos ser capaces de llegar a nuevas formas de gestionar, para ello, propongo una estrategia que apueste e invierta en el conocimiento de los hospitales, en las personas y en experimentación. Las formas son una buena plataforma para ello.



## Reseña en primera persona

GUILLERMO FERNÁNDEZ VARA

CONSEJERO DE SANIDAD Y CONSUMO. JUNTA DE EXTREMADURA

Hace casi diez años que me senté por primera vez en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Gobernaba por entonces en España el PSOE y lo haría hasta Marzo de 1996, era Ministra de Sanidad y Consumo una persona a la que quiero mucho y respeto más, M<sup>a</sup> Angeles Amador. Conoceré luego a cuatro ministros más, J.M. Romay, C.Villalobos, A.Pastor y E. Salgado. Era aquél un Consejo paritario Administración del Estado-Comunidades Autónomas. Allí me encontré con compañeros de los que mucho aprendí, José Luis García Arboleya, Iñaki Azcuna, Eduard Rius que había sustituido a Xavier Trías, José María Hdz Cochón...En aquellos momentos era un Consejo donde la mayoría de las CCAA, diez en total, teníamos las transferencias en materia de sanidad e higiene (es decir Salud Pública), planificación (Planes de Salud) y coordinación sanitarias, pero aún no las de asistencia sanitaria de la seguridad social, tal como se denominaban. A los efectos de esta última competencia nuestra voz allí era el INSALUD, que formaba parte del Consejo.

Hacía entonces nueve años de la Ley General de Sanidad. Allí se respiraba un aire que olía a Sistema Nacional de Salud. Nos quejábamos entonces los del “territorio Insalud” de que las grandes cuestiones-presupuestos, financiación, no se discutían allí. Con el tiempo descubrí que esas no eran las grandes cuestiones, que lo realmente importante es lo que allí se hablaba. Porque nosotros éramos gente de la sanidad, médicos en su mayoría, cuya obligación era construir cada día un modelo explícito en la mencionada Ley General de Sanidad y que no era la suma de partes sino MUCHO MAS que la suma aritmética de los Servicios de Salud. Allí no íbamos por entonces ninguno a contar lo de cada uno sino a hablar de lo de todos.

En el año 1997 se produce un hecho grave. Nos surge un brote de Meningitis C con un comportamiento muy parecido en toda España. Lo recuerdo como uno de los momentos más duros de mi vida en la política sanitaria. Ahí se produce la primera grieta seria a mi juicio en el Sistema Nacional de Salud. La respuesta no es uniforme y se permite que cada CA actúe, unos vacunando universalmente hasta los 19 años, otros selectivamente, otros... ¿Cómo si los virus o las bacterias conocieran de fronteras regionales o de estatutos de autonomía!¿Cabe aceptar como válida una estrategia de inmunizaciones “a la carta” en un país donde, en Semana Santa, se desplazan más de 20 millones de personas, por poner un ejemplo?

Aparece un segundo momento crítico a mi juicio, años 2000 y 2001. Se empiezan a detectar casos en España de la Encefalopatía Espongiforme Bovina o “enfermedad de las vacas locas”. El Ministerio de

Sanidad y el Consejo Interterritorial no están ni se les espera. El protagonismo lo asume el Ministerio de Agricultura. En el “conflicto” entre quien es responsable de la “producción” y quien lo es de la “salud” nos quedamos en un segundo plano. Brillante el trabajo de Manolo Lamela, Subsecretario entonces de Agricultura. Por aquellas fechas se nos convoca a todos por parte de la Ministra Villalobos y acudimos cuatro consejeros a la reunión a la que no asistió ni quien nos convocaba.

Hay un tercer momento difícil que ya no me atrevo a ponerle fecha en el calendario porque se desarrolla a lo largo de muchos años. Se trata de la aceptación en diferentes Leyes de Ordenación Sanitaria o de Salud, entre ellas la mía, de la existencia de Sistemas de Salud en las CCAA. ¿Cabe hablar de Sistemas o de subsistemas dentro del SNS?

Hay un cuarto momento trascendental que coincide con la transferencia de las competencias en materia de asistencia sanitaria de la seguridad social a las diez CCAA que faltábamos, quedándose el Insalud convertido en Ingresa como gestor de los centros y servicios de Ceuta y Melilla. Desde aquí mi homenaje al INSALUD, que junto al INSERSO y al INSSS fueron en sus inicios los más importantes instrumentos de modernización en aquella España que aspiraba a incorporarnos a las sociedades del bienestar de nuestro entorno europeo. A partir de las transferencias sanitarias, que nos igualaba a todos los que formábamos parte del Consejo Interterritorial del SNS en cuanto a responsabilidades, se produce un hecho relevante. Empezamos cada día a hablar más de “mis” problemas que de “nuestros” problemas, de mis soluciones que de nuestras soluciones, a conjugar más la primera persona del singular que la del plural. “A mí no me interesan tus problemas y tus soluciones, me interesan nuestros problemas y nuestras soluciones” he dicho en varias ocasiones en sesiones del CISNS. Lo comparo con el grupo de amigos que se hace una foto. Nuestro trabajo es casi como una foto fija pero llena de dinamismo. Creo que entonces dejamos de ver LA FOTO DEL GRUPO, en lenguaje figurado. Empezamos a preocuparnos más por como salíamos cada uno en la foto que por como salíamos todos en conjunto. Ese tránsito no lo supimos hacer bien. La foto del grupo se llama Sistema Nacional de Salud.

Hay un quinto momento complicado. Ana Pastor ha podido ser la Ministra que dejara una huella, una marca o una impronta más importante en la historia de nuestra sanidad. La Ley de Cohesión y Calidad, la Ley de Ordenación de las Profesiones y el Estatuto Marco, se esté o no de acuerdo totalmente con el conjunto de sus contenidos, son suficientes argumentos para ello. Me gustaría destacar aquí el papel que dos mujeres de mi partido, Consuelo Rumí y Matilde Valentín tuvieron en la oposición para contribuir con el SNS. Pero algo pasó en los últimos meses de la gestión de Pastor que provocó por nuestra parte la pérdida de la imprescindible sensación de pertenencia a una estructura común. El Consejo no era un sitio desde donde se resolvían los problemas sino desde donde se creaban. De un modelo de abajo arriba en los Planes Integrales de Salud hasta ese momento se pasó a un modelo de arriba abajo, creo modestamente que dentro de una visión inadecuada de la España de hoy. Era un Ministerio sin competencias en asistencia sanitaria, con otras muchas muy importantes, pero que desde la planificación se introducía en las decisiones estratégicas de las CCAA, pero sin permitir nunca que se hablara de cómo se financiaban los objetivos que se nos marcaban.

En sexto lugar me gustaría hacer una confesión. Nuestro abandono de la última reunión del CISNS de la legislatura anterior fue un error. Cuando tomamos la decisión no pensaba así, creía que era sólo una llamada de atención a una estrategia equivocada por parte del Ministerio. Cuando volvía a Extremadura no podía alejar de mi mente el análisis de la situación. Era final de legislatura y por tanto más simbólico que otra cosa. Pero empecé a pensar que era un error y a los dos días, un viernes por la noche, envié a Ana Pastor un mensaje al móvil que decía algo así: “intenta recomponer la situación, cuenta con mi ayuda para ello”. Me llamó y hablamos casi dos horas. En el fondo se



trataba de garantizar el funcionamiento del CISNS, de sus grupos de trabajo y comisiones, de la información necesaria, y aunque no hubo más reuniones del Pleno sabíamos que tras las elecciones volveríamos a las reuniones.

Y llegaron las elecciones, y hubo cambio de gobierno. Y el PP, con Ana Pastor a la cabeza, decidió devolver la bofetada al PSOE en la cara de la nueva Ministra. No asumieron la derrota y quienes habían apostado por un nuevo Consejo Interterritorial en la Ley de Cohesión dejaron de creer en él al pasar a la oposición. A Elena Salgado no se le concedieron 100 días. Creo que ni una hora.

Esta es la historia resumida de estos años. Nada pasa por casualidad. Soy de los que piensa que no es imprescindible, ni siquiera necesario, ser médico o de cualquier profesión sanitaria para ser ministro/a o consejero/a y estar en el Consejo Interterritorial del SNS. Lo realmente necesario, e imprescindible, es ser consciente de que estamos allí no representando a nuestra CA sino al Sistema Nacional de Salud en su conjunto. Y eso no ocurre o al menos no como a mí me gustaría. Con los años, el Consejo parece más un órgano de debate cuasiparlamentario que institucional.

Me gustaría que las cosas fueran de otra manera y trabajaré para que así sea. Confío mucho personalmente en quienes formamos parte del Consejo Interterritorial. Espero que sepamos todos lo que nos jugamos.



# La gestión organizativa del Sistema Nacional de Salud

ALFONSO FLOREZ DÍAZ

## 1. Introducción

En todo el territorio de la Sanidad Pública española (tanto en el entorno INSALUD como en las Comunidades transferidas), la gestión organizativa está ampliamente enriquecida de experiencias aisladas con la puesta en marcha de instrumentos de gestión, que en unos casos abarcan a toda la organización, los menos, y otros en los que solamente están involucrados profesionales con iniciativa propia, que desarrollan y/o desarrollaron estos instrumentos. En algunos casos perduran, por haberlos puesto en marcha con la participación de un colectivo significativo, por la existencia de un líder o por el apoyo de la Administración. En otros desaparecen por la inexistencia de estas condiciones, la falta de continuidad en los proyectos, la aceleración indebida para la obtención de resultados rápidos, y en definitiva por la de expertos en metodología organizacional.

En la actualidad no existe ningún modelo sanitario que satisfaga de forma general a la población, en la órbita de los Estados modernos y se contempla casi como una utopía, el conseguir unos estándares de satisfacción donde la población asistida y los profesionales coincidan de forma plena.

La necesidad de renovar la Organización de los Servicios Sanitarios Públicos, proviene de la misma dinámica de la evolución social, que recoge de forma amplia la Ley General de Sanidad. Todo ello ha implicado, en estas últimas dos décadas, una importante dotación presupuestaria que aunque quizás no suficiente, ha supuesto la creación de nuevos centros, contratación de personal, incorporación de nuevas tecnologías, etc., para lo cual este Servicio Público en la práctica no estará, ni está preparado, lo cual complica más su optimización organizacional.

El desafío técnico y práctico está en diseñar modelos integrales de “desarrollo organizacional”, a la medida de la demanda de nuestra sociedad asistida y sociolaboral, en la confianza de ir alcanzando secuencialmente, éxitos que satisfagan a sus protagonistas, los pacientes y profesionales del Sistema de Público de Salud, en el ánimo de ir alcanzando una operativa de equipos, de organización equilibrada en función de que “paciente-médico” tengan la capacidad plena del derecho a decidir, en la confianza de una organización que va a responder y a respetar esas decisiones.

## 2. Consideraciones Generales

Las organizaciones tienen vitalidad en tanto y en cuanto se autoincentivan para crear, para incorporar novedades desde los equipos y desde las personas que las componen. Es evidente que la pericia de sus gestores para saber coordinar estas iniciativas, tutelarlas y llevarlas al éxito, está en el hilo conductor de propiciar la formalización de lo positivo. De este modo, desde las estructuras más formales,



se debería premiar y reforzar a aquellos profesionales y equipos que trabajan a niveles informales con el reconocimiento que supone incorporar novedades a la cadena de valor. Los gestores tienen que tener la capacidad de valorar aquellas iniciativas que, siendo positivas, son factibles, y de propiciar el reconocimiento al esfuerzo de aquellos profesionales cuyas propuestas, aún no teniendo la maduración o el rigor suficiente, merecen que se les proporcione el marco que facilite su evolución. En resumen «afianzar lo positivo y positivizar lo negativo».

Desde esta perspectiva debe considerarse el futuro que se hace hacia delante, y de la historia, del pasado, se aprende para no cometer los mismos errores. De ese pasado es necesario obtener hechos concluyentes de observación y de estudio para la ponderación de sus resultados. De las experiencias habidas, y de forma muy general, se puede decir que ha habido demasiados cambios que “vienen desde arriba” y que muchos de ellos, la mayoría, fueron de marcado carácter aparentemente estructural y económico. Lo cual no quiere decir que no hallan sido un aprendizaje importante, de conocimiento de cuánto lo que se hace; y a partir de la limitación del gasto, dentro del ámbito de lo moral, no sería más conveniente dedicarlo a otra alternativa más rentable para los tratamientos de los .pacientes. Conjuntamente con lo económico, el sistema binario empezó a volcar datos que las organizaciones no han podido digerir a causa de que faltan otros aspectos muy importantes, intrínsecos a un servicio sanitario, la participación en el fundamento de la Misión inmediata de cada de los miembros en la organización. Y en ello se han perdido oportunidades importantes, de las que han salido frustraciones personales, de equipos y de organización, con un fuerte componente de resistencia a cualquier cambio.

Este resultado, permítase la expresión, de «emboscamiento», es producto de haber perdido excesivas oportunidades del «cambio organizativo» que han sido pilotadas sin los acompañamientos de metodología suficiente, contrasta con la capacidad científica de aprendizaje del sector sanitario, que evoluciona de forma vertiginosa en el conocimiento que se obtiene desde la investigación de la ingeniería genética, de la informática aplicada, de la farmacología, etc., donde el colectivo sanitario, directa o indirectamente, participa en esa evolución científica y tan positiva para la salud, que en periodos de tiempo muy cortos le resta importancia por su uso inmediato o por la aparición de otro hallazgo más importante. Lo cual nos indica de forma paradigmática que son organizaciones en un continuo aprendizaje, frente al mimetismo en la innovación y la mejora organizativa.

En el rango de conclusiones sería equívoco el efectuar comparaciones, pero es importante como paradigma de confrontación, no solamente en la generalidad de lo expuesto, sino en lo que ello significa diariamente, en el entorno con el paciente, en las instalaciones arquitectónicas, en los desajustes de tiempos de organización, etc.

### 3. Tendencias actuales en las necesidades de organización

Sabido es que una Empresa que se precie es la que proyecta su futuro, la que genera ideas de mejora continua. Es necesario conectar metodología que no sea dispersa, que es lo más homologada posible, y en la que esté inserta la participación de los componentes. Así mismo se hace necesario el dar valor formal a lo intangible; el paradigma de la numeración tiene que ser racionalizado y efectuar la ponderación imprescindible para valorar la sabiduría. El conocimiento de las organizaciones, y en concreto el contenido de los Servicios la Sanidad Pública, es demasiado importante para que no se formalice.

Sin duda la tarea es minuciosa, pero hay que involucrar en ella a todos los profesionales, no sólo médicos, sino a todos los estamentos. La tendencia actual, -que no las modas-, está en la horizontalización de las organizaciones, en su capacidad de informar fielmente, de dar cuanta información se necesite, pero veraz. Y en ello se incluye cual es la misión de la Empresa, de los equipos y de cada uno de los miembros de la organización. De lo anterior se desprende que los mandos intermedios están prácticamente en la operativa diaria. Es decir tiene que existir la menor distancia entre la dirección y la función operativa: (como máximo tres niveles de coordinación). Ello genera organizaciones transversales, que trabajan teniendo en cuenta los agentes colaterales.

En el servicio sanitario, la población asistida debe constituir la razón fundamental de su quehacer, no como pretexto sino con el convencimiento de que una adecuada definición de funciones y procesos, centrado en el paciente, será clave para la prestación de un buen servicio.

Para ello el análisis tiene que ser efectuado desde el paciente y sus inmediatos, Médicos y Enfermería. Es evidente que la distancia más corta es la línea recta de interrelación y las demás funciones de la organización tienen el cometido de velar para que esta línea recta no tenga ningún bucle es decir, «El Todo» en torno al eje definido desde la atención médica-enfermería al paciente.

En esta organización compleja todo interviene en todo, y todos los cruces de las líneas de función tienen su correlación. Para lo cual es imprescindible concebir personas que sean coordinadores y responsables de línea. De tal forma, que el eje central se encontrará protegido, envuelto, por la organización: Especialistas diagnósticos, de farmacia, de tratamientos, hostelería, compras, departamentos de personal, archivos, etc.

Este tipo de organización -tiende al objetivo «0 fallos»- persigue la coordinación de la calidad, el determinar las funciones de referencia de líneas de actuación, dar responsabilidades profesionales y objetivos concretos claros y conocidos, implicando una descentralización de la toma de decisiones y coordinando la gestión.

Como instrumentos de gestión de carácter general, son varios los que coadyuvan a esta puesta en común -técnicas cliente-proveedor, vías clínicas, unidades funcionales, etc...), pero todos ellos tienen que abarcar al conjunto de la organización para resolver el problema de todos. No es aconsejable la creación de «islotes de gestión»; siempre han creado problemas de agravios comparativos entre profesionales y equipos, de estas disfunciones lo que se obtiene es el agravio del paciente.

Esta propuesta de organización tiene un único equilibrio en su capacidad de sincronizarse y de adaptación para cada paciente en un entorno donde el objetivo final de la calidad asistencial está en «el inmediato». Una vez alcanzado esto, habremos conseguido los objetivos intermedios que estructuran la organización. Finalmente reseñar que problemas como la carrera profesional, política retributiva, etc. están implícitos en el desarrollo de este esquema de organización.



## La calidad en el entorno hospitalario. Calidad e incentivos

VICENTE GIL SUAY

GERENTE. HOSPITAL UNIVERSITARIO "LA FE" DE VALENCIA

### 1. Introducción

Es sabido que las profesiones sanitarias han mostrado a lo largo de su existencia una especial preocupación por la calidad de su trabajo y prueba de ello es el avance tan significativo que han experimentado las ciencias de la salud, sobre todo en las últimas décadas, liderando el mundo de las publicaciones científicas. Pero no es menos cierto que este desarrollo tan espectacular se ha producido en lo que se conoce como ámbito científico-técnico. Sin embargo no ha sido tanta la mejora producida en los aspectos que rodean a la traslación de esos avances a nuestros ciudadanos. Nos referimos, especialmente, a la percepción que por parte de ellos se produce de que la asistencia se ha deshumanizado. Superada con creces la etapa en que la medicina tenía que demostrar su capacidad de curar a los pacientes (asíntomas ahora a una etapa en la que la sociedad espera que *todo se cure*) los ciudadanos reclaman, legítimamente, un mejor trato, más información y participación en su proceso, mayor celeridad en la resolución de sus problemas, mayor confort, etc. ya que la posibilidad de curación se da por supuesta.

Es en este último aspecto, que podemos ligar a la calidad percibida, en el que debemos realizar un gran esfuerzo para estar a la altura de lo que nuestros clientes demandan y que permitirá a nuestras organizaciones mantenerse en el tiempo, en un entorno que cada vez se nos presenta más agresivo.

Precisamente, la necesidad de adaptarse a las nuevas exigencias de calidad en la prestación de la asistencia a nuestros ciudadanos es lo que nos ha llevado a implantar la cultura de la calidad, no sólo científico-técnica, en nuestras organizaciones.

Al igual que en otros sectores, pero quizás con evidente retraso respecto a ellos, el concepto y aplicación de la calidad en nuestros hospitales ha pasado por sucesivas etapas. Primero fue el Control de la Calidad, centrado en revisar si lo que realizábamos, en términos de resultado, era lo adecuado y esperado. Después, y ante la escasez de respuesta a la demanda obtenida con la introducción del Control de Calidad, se introduce el Aseguramiento de la Calidad, centrado en analizar si lo que realizamos lo hacemos como corresponde al estándar o norma establecida. Finalmente, se ha dado un paso definitivo al introducir la Calidad Total en nuestros centros. La Calidad Total abarca todos los aspectos de la organización y revisa desde el liderazgo y la estrategia, pasando por los procesos, a los resultados frente a los empleados, los clientes, la sociedad y, por supuesto, financieros. La Calidad Total nace a

partir de los años 50 en Japón, de la mano de los americanos Deming y Juran, discípulos de Shewhart, que desencadenan un amplio movimiento al que se incorporan otros prestigiosos autores como Ishikawa, Taguchi, Ohno, etc. El concepto y aplicación de la Calidad Total podemos decir que engloba al Aseguramiento y al Control de la Calidad en un todo que se extiende por toda la organización.

En las páginas siguientes vamos a recorrer lo que ha sido la aplicación de estos conceptos en nuestros hospitales y lo que puede aportar la calidad en la motivación de nuestros profesionales.

## 2. El control de la calidad

Definido el Control de la Calidad como el conjunto de técnicas y actividades, de carácter operativo, utilizadas para verificar los requisitos relativos a la calidad del producto o servicio, conviene recordar cómo se ha venido aplicando este concepto en nuestros hospitales.

Esta etapa se desarrolló en nuestros centros, fundamentalmente, a lo largo de los años 80 y principios de los 90 y supuso para muchos de ellos, o al menos para los considerados como grandes hospitales, la creación de las llamadas «Unidades de Control de la Calidad».

El papel de estas unidades fue variando en el tiempo. Al principio centraron su actuación en la recogida y evaluación de los principales indicadores de actividad del centro, elaborando informes apropiados para la gestión del hospital. Así se recogían los ingresos, estancias, estancia media, consultas, intervenciones, etc. y se analizaban las tendencias de dichos indicadores. Posteriormente, a estos indicadores se fueron añadiendo otros cuya finalidad era la de servir de alarma o reflexión sobre el nivel de calidad con el que la organización realizaba la actividad, añadiéndose indicadores como el porcentaje de fallecimientos, los reingresos, el porcentaje de necropsias, las úlceras por decúbito o más recientemente las tasas de infección nosocomial.

Como se puede apreciar, el énfasis se pone en el control del producto final, tal como había ocurrido en otros sectores de la producción en décadas anteriores, y la principal herramienta utilizada era la estadística. No obstante, con los últimos indicadores referidos, comienza a aparecer la necesidad de revisar la práctica clínica para comprobar si se ajusta o no a normas preestablecidas. Aparece en nuestro sistema sanitario la necesidad de revisar los procesos en lugar de revisar o controlar los productos finales y con ello la necesidad de «asegurar o acreditar» que se realizan con la máxima calidad.

Paralelamente a esta evolución se incorporan, dentro de las Unidades de Control de la Calidad, las llamadas Comisiones de Garantía de la Calidad. Estas comisiones nacen, fundamentalmente, de la necesidad percibida de crear grupos de expertos dentro del hospital que asesoren a la Dirección sobre las políticas a desarrollar en cada una de las áreas en las que se constituyen. Así nacen las comisiones de Tumores, Infecciones y Política Antibiótica, de Mortalidad, Farmacia, etc. La herramienta utilizada es, con frecuencia, la elaboración de protocolos y se podría decir que representan el primer esbozo de los grupos de mejora de un modelo de calidad total. Si bien es cierto que con la elaboración de los protocolos se ha mejorado en la limitación de la variabilidad de la práctica clínica, no es menos cierto que la orientación de los mismos ha sido, casi exclusivamente, hacia la calidad científico-técnica, relegando a un segundo plano otros aspectos de la calidad de gran importancia para los ciudadanos, para los financiadores del sistema o para los propios empleados. Éstas son, entre otras, las razones por las que el modelo de Control de la Calidad resulta insuficiente para conseguir la excelencia de la organización.



### 3. El aseguramiento de la calidad

Por Aseguramiento de la Calidad entendemos el conjunto de acciones, planificadas y sistemáticas, que son necesarias para proporcionar la confianza adecuada de que un producto o servicio va a satisfacer unos requisitos determinados de calidad. Para ello, es necesario que exista una «norma» o «estándar» explicitada y conocida que contenga, de forma precisa, los requisitos de calidad a cumplir, así como una agencia o ente externo a esa empresa que certifique que la norma o el estándar se ha alcanzado.

Dentro del mundo hospitalario el sistema de aseguramiento más conocido es el establecido por la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Joint Commission)* que desde 1951 viene elaborando estándares para acreditar a aquellos hospitales que cumplen todos los requisitos contenidos en la norma. Estos estándares han evolucionado desde más estructurales al principio a más funcionales en la actualidad, evaluando el conjunto del funcionamiento del hospital.

El estándar es la pieza básica de este sistema. Cada estándar va seguido de un «propósito» que explica el sentido de aquél. El conjunto estándar y propósito forman la base que sirve para la evaluación del hospital. Se evalúan catorce estándares agrupados en tres funciones:

- a) Función centrada en el paciente, con los estándares siguientes: Derechos del paciente, evaluación del paciente, asistencia al paciente, educación del paciente y su familia y continuidad de la asistencia.
- b) Funciones de la organización, con los estándares: Mejoras en los resultados de salud de los pacientes, liderazgo, gestión del entorno de la asistencia, gestión de los recursos humanos, gestión de la información, y vigilancia, prevención y control de la infección.
- c) Funciones de la Dirección que comprende los estándares de: Órganos de gobierno, cuadro médico y enfermería.

La acreditación, formalizada mediante la correspondiente certificación, que emite la *Joint Commission* tiene su mayor desarrollo en EEUU, en donde se inició, como se ha dicho, en los años cincuenta. También algunos hospitales europeos han optado por realizar sus procesos de mejora basándose en esta metodología de trabajo, incluyendo España donde la Fundación Avedis Donabedian es la encargada de realizar la correspondiente certificación de los centros.

Otro de los procedimientos de Aseguramiento de la Calidad, muy introducido en otros sectores de la producción, y de forma creciente en el sector sanitario, es el aseguramiento mediante la Norma ISO (*International Standard Organization*). Las más conocidas son la serie 9000. Al igual que el estándar, la norma proporciona una descripción de cómo una actividad o conjunto de actividades han de llevarse a cabo de modo que pueda obtenerse la excelencia en el resultado. La internacionalización de las normas o reglas refuerza y garantiza la confianza de los clientes y de la propia organización que las cumple. Las más conocidas son la 9001 y 9002. La 9001 recoge veinte apartados diferentes a revisar y que van desde la responsabilidad de la dirección en establecer políticas de calidad hasta el servicio posventa, pasando por un exhaustivo análisis de los procesos. La ISO 9002 es otra de las normas más utilizadas y sobre todo en el sector servicios. Destaca el papel de la dirección en el liderazgo y compromiso con la calidad y la orientación hacia la búsqueda de la satisfacción del cliente. Los recursos humanos, su motivación y adecuación son, junto a los recursos materiales, otro de los aspectos destacables. La interacción y en especial la comunicación entre los clientes, tanto externos como internos, cobra especial importancia.

En el H. U. La Fé se están desarrollando en la actualidad los trabajos necesarios para obtener la certificación por la Norma 9002 en tres áreas, la Unidad de Coagulopatías Congénitas, el Comité de Ensayos Clínicos y el proceso de suministro desde los almacenes generales.

No cabe duda que el propósito del Aseguramiento de la Calidad, como se puede observar, es doble. Por una parte, el aseguramiento interno con el que se trata de dar confianza a la dirección de la organización. De otra, el aseguramiento externo que pretende proporcionar confianza y satisfacción al cliente externo. El núcleo central del aseguramiento lo constituye la garantía de la calidad en todas y cada una de las fases del desarrollo del proceso.

#### 4. La calidad total. El modelo europeo de calidad total

Ya se comentó en la introducción que la evolución de la calidad ha pasado por el Control de la Calidad, centrado en comprobar los requisitos que un producto debía cumplir al final del proceso de fabricación y elaboración; aparece después el Aseguramiento de la Calidad que va más allá al asegurar que los procesos, y no sólo el resultado, se desarrollan de acuerdo con la norma; y finalmente, se introduce el concepto de Calidad Total en el que la organización se propone satisfacer todas las necesidades y expectativas de sus clientes, sus empleados, las entidades financiadoras y la sociedad en general.

La introducción de la Calidad Total en las organizaciones se basa en los llamados «Principios de la Calidad Total»:

- a) **Liderazgo:** La Dirección debe asumir el liderazgo en la gestión de la calidad y desplegarla en toda la empresa, de forma que se logre integrar la calidad en la cultura de toda la organización. La Dirección transmite esta cultura de la calidad y facilita los medios para su implantación: Comunicación, formación, recursos, etc.
- b) **Orientación al cliente:** La organización busca la satisfacción del cliente ganando su confianza y fidelidad, además de procurar adaptarse a los cambios en las necesidades de aquéllos ya que la satisfacción no es estática.
- c) **Participación de todas las personas:** Todos los empleados realizan actividades diarias que aportarán valor al cliente. Obtener la participación de todos y cada uno de los empleados es vital para que el proceso de mejora pueda llevarse a cabo y el cliente lo perciba. También los propios empleados se transforman en clientes internos al ser proveedores y receptores de procesos. Además, el trabajo en equipo es fundamental, propiciando las sinergias y las relaciones interdepartamentales.
- d) **Aplicación de la mejora continua a todas las actividades:** El concepto de mejora continua nace con Shewhart al describir su conocido ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act), extendido posteriormente por Deming: Planificar, identificando los procesos y analizando las áreas de mejora, estableciendo objetivos e indicadores a controlar. Hacer, es decir, realizar lo que se ha planificado. Comprobar, analizando si los resultados obtenidos responden a los objetivos marcados. Actuar o ajustar, corrigiendo las desviaciones producidas en los resultados e iniciando un nuevo ciclo hacia una nueva mejora del proceso

- e) **Gestión de la actividad en términos de proceso:** En lugar de gestionar la organización por funciones o departamentos, se gestiona por los diferentes procesos que se desarrollan en una organización, identificándolos, reorganizándolos, revisándolos y proponiendo las mejoras necesarias.
- f) **Gestión mediante indicadores:** Se evita la subjetividad de las opiniones y se sustituye por datos objetivos que permitan realizar la toma de decisiones.

Estos principios se desarrollan en diferentes modelos de Gestión de la Calidad Total de los que podríamos señalar, entre los más conocidos, el Modelo Deming (1951) implantado en Japón, el Modelo Malcom Balridge (1987), en los EEUU, y en Europa el Modelo Europeo de Gestión de la Calidad Total (1988), creado por la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad, más conocido por las siglas E.F.Q.M. y al que nos vamos a referir ahora.

El modelo promueve la autoevaluación de la organización siguiendo un análisis exhaustivo y sistemático de todas sus actividades. Si analizamos el esquema que la asistencia sanitaria ha venido siguiendo últimamente en la gestión de la calidad vemos que se ha basado en el propuesto por Donabedian y que se compone del análisis de la calidad de la estructura, del proceso y del resultado. Este esquema no difiere mucho del propuesto por el modelo EFQM que se puede decir que contiene dos núcleos fundamentales: Los *capacitadores* o *agentes* que incluye la revisión de todos los medios que se emplean para conseguir los resultados de la organización, y los *resultados* que abarca el análisis de lo que se debe conseguir y se está consiguiendo.

La revisión de los agentes del modelo incluye la revisión de los cinco criterios que lo componen:

- **Criterio 1:** Liderazgo. Analiza cómo los líderes desarrollan y facilitan la consecución de la misión y la visión, desarrollan los valores necesarios para alcanzar el éxito a largo plazo e implantan todo ello en la organización mediante las acciones y comportamientos adecuados, estando implicados personalmente en asegurar que el sistema de gestión de la organización se desarrolla e implanta.
- **Criterio 2:** Política y Estrategia. Cómo implanta la organización su misión y visión mediante una estrategia claramente centrada en todos los grupos de interés y apoyada por políticas, planes, objetivos, metas y procesos relevantes.
- **Criterio 3:** Personas. Cómo gestiona, desarrolla y aprovecha la organización el conocimiento y todo el potencial de las personas que la componen, tanto a nivel individual como de equipos o de la organización en su conjunto; y cómo planifica estas actividades en apoyo de su política y estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos.
- **Criterio 4:** Alianzas y Recursos. Cómo planifica y gestiona la organización sus alianzas externas y sus recursos internos en apoyo de su política y estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos.
- **Criterio 5:** Procesos. Cómo diseña, gestiona y mejora la organización sus procesos para apoyar su política y estrategia y para satisfacer plenamente, generando cada vez mayor valor, a sus clientes y otros grupos de interés.

Los resultados se valoran mediante el análisis de los cuatro criterios siguientes:

- **Criterio 6:** Resultados en los clientes. Analiza qué logros está alcanzando la organización en relación con sus clientes externos.
- **Criterio 7:** Resultados en las personas. Qué logros está alcanzando la organización en relación con las personas que la integran.
- **Criterio 8:** Resultados en la sociedad. Qué logros está alcanzando la organización en la sociedad, en el ámbito local, nacional o internacional (según resulte pertinente).
- **Criterio 9:** Resultados clave. Qué logros está alcanzando la organización con relación al rendimiento planificado.

Cada uno de los criterios se divide a su vez en subcriterios que deben tenerse en cuenta a la hora del análisis y que permite evaluar la totalidad del concepto expresado en el criterio. La evaluación del subcriterio, en el caso de los agentes, consiste en el análisis del enfoque, despliegue, y evaluación y revisión del enfoque y su despliegue; en el caso de los resultados, en cada subcriterio se analiza las tendencias, el logro de los objetivos, la comparación de los resultados con otras organizaciones (*benchmarking*), y si los resultados son consecuencia del enfoque y abarcan las áreas relevantes. Cada una de estos aspectos son puntuados, mediante una metodología rigurosa, en función de su consecución, obteniéndose para cada criterio una puntuación (la máxima es la contenida en cada recuadro) y con la suma de todos los criterios se obtiene la puntuación final de la autoevaluación. Esta puntuación es útil, no sólo porque proporciona un elemento de comparación entre las organizaciones, sino también, porque permite a la propia organización analizar su evolución en la mejora continua a lo largo del tiempo. Obviamente, las puntuaciones deben ser ratificadas por un equipo externo experto en la evaluación del modelo. Anualmente, la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad convoca unos premios de calidad para estimular a las diferentes organizaciones a la implantación del modelo y con ello contribuir al desarrollo de la Calidad Total. Hay que resaltar la «dureza» del modelo ya que las organizaciones que alcanzan estos premios y son consideradas excelentes se sitúan entre los 600 y 700 puntos sobre los 1000 potenciales. Puntuaciones de 300 a 400 puntos son consideradas aceptables siendo laboriosa la progresión a partir de dichas cifras.

Pero si es importante conocer la puntuación final, más importante resulta poder extraer del análisis los puntos débiles de la organización, lo que permite establecer diferentes planes de mejora a poner en marcha por todos los integrantes de la misma (modelo basado en la participación y trabajo en equipo). Estos planes de mejora deben priorizarse mediante la correspondiente matriz de priorización y desplegarse en todos los ámbitos de la organización. Cuando la implantación de los planes de mejora lo aconseje se podrá realizar una nueva autoevaluación que nos informará de los avances conseguidos y al mismo tiempo nos descubrirá nuevas áreas de mejora, entrando en una espiral de mejora continua de la calidad.

La aplicación de este modelo permite pasar de una Gestión Basada en la Dirección Por Objetivos a una Gestión Basada en la Calidad Total. La finalidad ya no es tanto la consecución de los objetivos sino que éstos se obtienen como consecuencia de la aplicación de una nueva filosofía basada en lograr la satisfacción de los clientes, de las personas de la propia organización, de los financiadores y de la sociedad en general con el mínimo coste.

En la actualidad son muchos los centros sanitarios de nuestro país que están aplicando este modelo de calidad total y para el lector interesado aconsejamos la lectura del número monográfico que la revista Calidad Asistencial dedicó a este tema (Rev. Calidad Asistencial, Abril 2000; 15: 129-191).

## 5. Calidad, motivación e incentivos

El conocimiento del modelo europeo de calidad nos permite adentrarnos por los mecanismos con los que la organización favorece a sus empleados, motivándolos y consiguiendo su alianza en la consecución de los objetivos. Una de las limitaciones principales que tiene el Control de la Calidad o el sistema de aseguramiento de la misma (aunque en menor grado) o, incluso, la Dirección Por Objetivos es la escasa atención que dedican a la motivación e implicación del personal. Centran su atención, según el caso, en el resultado final del producto, en la calidad del proceso o, en el último caso, en el logro de los objetivos, sobre todo a corto plazo. Por el contrario, el modelo europeo dedica una importancia capital a este tema que aborda en el criterio 1: Liderazgo, el 2: Política y estrategia, el 3: Personas y el 7: Resultados en las personas.

Así, en el criterio 1 el subcriterio 1d revisa la motivación, apoyo y reconocimiento de las personas de la organización por parte de los líderes de la misma. Valora hasta que punto los líderes se preocupan por comunicar la misión, visión, valores, política y estrategia, planes, objetivos y metas de la organización a las personas que la integran; si los líderes son accesibles y escuchan activamente y responden a las personas; si ayudan y apoyan a las personas a conseguir sus planes, objetivos y metas; si permiten y animan a la participación activa y si reconocen, oportuna y adecuadamente, los esfuerzos de individuos y equipos. El criterio 2 que analiza la política y estrategia de la organización, dedica el subcriterio 2a a revisar, entre otras actividades, si la organización comprende las necesidades y expectativas de los empleados y las incorpora en la estrategia de la propia organización. El criterio 3 se dedica por entero a revisar el factor recursos humanos de la organización. A lo largo de sus cinco subcriterios analiza si se planifican, gestionan y mejoran esos recursos buscando la implicación de las personas y sus representantes; si se selecciona de forma justa e imparcial a los mejores para incorporarse a los nuevos puestos; si se mejoran las estructuras organizativas dirigiéndolas hacia modelos más matriciales; si se desarrollan y utilizan planes de formación y desarrollo de habilidades; si se estimula el trabajo en equipo; si se evalúa el rendimiento de las personas y se ayuda a mejorarlo; si se fomentan los comportamientos creativos e innovadores; si se facilita a las personas de la organización a emprender acciones y se valora su eficacia; si se fomenta la comunicación ascendente y descendente y el diálogo; si existen recompensas, reconocimientos y se establecen beneficios sociales, como planes de pensiones, seguros, etc. El criterio 7 analiza la satisfacción que obtienen las personas de la organización como consecuencia del despliegue de las políticas contenidas en los criterios antes mencionados. En este punto es imprescindible el uso de herramientas como las encuestas, entrevistas personales o evaluaciones y mediante ellas conocer el grado de motivación y satisfacción de los empleados respecto de temas tan cruciales como el desarrollo de la carrera profesional, la asunción y delegación de responsabilidades, la igualdad de oportunidades, el reconocimiento, las condiciones de empleo, de seguridad e higiene en el trabajo, de seguridad en el puesto, de salario y beneficios, etc.

Sin duda que la aplicación de estas políticas en el entorno de los servicios sanitarios producirá un incremento de la motivación y satisfacción de quienes trabajamos en él al conseguir una mayor autoestima y nivel de realización personal que son, precisamente, el vértice de la conocida pirámide de necesidades de Maslow. En cuanto a los incentivos que el propio sistema establece para conseguir los objetivos podríamos decir que son más propios de la DPO que de una Gestión de la Calidad Total sin que ello suponga que la incentivación no tenga cabida en dicho modelo, pero estaríamos de acuerdo con Deming cuando señala que es poco eficiente incentivar a los trabajadores a conseguir aquello que, al depender de fases del proceso que no están bajo su control, difícilmente podrán conseguir. La incentivación debería dirigirse hacia la participación de los empleados en los diferentes planes de mejora que se obtienen al aplicar el modelo europeo en la organización.

En nuestro sistema sanitario existen no pocas limitaciones para llevar a cabo una gestión adecuada de los recursos humanos. Ejemplo de ello lo tenemos en el acceso al puesto de trabajo, mediante el concurso-oposición y con carácter vitalicio; el régimen estatutario y rígido que regula las relaciones de la empresa con los empleados y que se acompaña de un régimen retributivo no diferencial; diferentes retribuciones para algunos territorios autonómicos; incentivación por parte de otros agentes del sistema, especialmente industria farmacéutica y de equipamiento médico, lo que puede facilitar la introducción y uso de tecnología sanitaria que no tiene por qué coincidir con las necesidades e intereses del sistema, etc.

Frente a esta situación se han venido implantando algunas soluciones para que, aún dentro de un marco jurídico-administrativo tan rígido, se pueda lograr la introducción de acciones motivadoras-incentivadoras. En este sentido cabe señalar ejemplos como:

- La introducción del llamado «Contrato-Programa» que contempla, entre otros aspectos, la posibilidad de establecer una retribución variable en función de la productividad y consecución de objetivos y también, en algunos casos, la posibilidad de invertir los «ahorros» en la gestión del presupuesto en la adquisición de equipamiento, formación, etc.
- Introducción de un sistema de retribución diferente en las Fundaciones y Empresas Públicas Sanitarias. En estas instituciones, debido a que gozan de personalidad jurídica propia, la relación contractual se basa en el régimen laboral y permite establecer un sistema retributivo que reconoce una parte fija en función del grupo profesional al que se pertenece, un complemento de puesto de trabajo, diferente según la categoría de facultativo o personal sanitario o administrativo, etc., un complemento personal, en función de la realización de labores de gestión, guardias, etc. y un incentivo variable que se retribuirá en función de la consecución de una serie de objetivos de actividad, calidad y eficiencia.
- Desarrollo de la carrera profesional. Existen ejemplos en nuestro medio de propuestas de cambios en la carrera profesional en los que se sustituye el marco actual de Jefe de Servicio, Sección y Facultativo Especialista por una mayor gradación, estableciendo un mayor número de niveles, generalmente del I al V, y con diferentes requisitos de acceso y también de retribuciones ligadas a cada uno de ellos. Ejemplos de ellos los podemos encontrar en La Comunidad Foral de Navarra, el Hospital Gregorio Marañón de Madrid o el Hospital Clínico de Barcelona.
- Introducción de la Gestión Clínica, como cambio del modelo organizativo asistencial, pasando a estructuras más horizontales (matriciales) que sustituyan a la ya caduca verticalidad de la unidad asistencial. Este cambio organizativo permite transferir a la unidad mayor autonomía y capacidad de decisión, establecer una carrera profesional diferente, establecer objetivos de actividad y calidad específicos por áreas que además pueden servir de base para un sistema retributivo diferente.

En cualquier caso se hace necesario establecer una reflexión profunda sobre la situación actual y el futuro que deseamos y para ello será necesario recoger la opinión de todos los actores del sistema, financiadores, proveedores, profesionales y clientes con el objeto de conseguir la necesaria implicación de todos. El modelo europeo de calidad aparece a primera vista, y a juzgar por las experiencias desarrolladas, una vía sólida para conseguirlo.



# Los sistemas de información sanitaria en el marco de un Sistema Nacional de Salud descentralizado

VICENTE GIL SUAY

GERENTE. HOSPITAL UNIVERSITARIO «LA FE» DE VALENCIA

## 1. Introducción

Todas las organizaciones de los diferentes sectores productivos del país están realizando un esfuerzo importante para confeccionar e implantar su estrategia, marcando los objetivos que les permitan alcanzar una posición de ventaja en el mercado y conseguir, así, la visión que han definido. Para poner en marcha el despliegue de sus objetivos se ayudan de la identificación de una serie de indicadores que les informarán del grado de consecución de los mismos. Es lo que se conoce como el Cuadro de Mandos de una empresa u organización. Cuando este proceso incorpora objetivos e indicadores estratégicos y no sólo operativos, hablamos, en términos generales, de Cuadro de Mando Integral o Balance Scorecard (CMI o BSC). Los indicadores se convierten así en elementos transcendentales que toman “el pulso” diario a la evolución de la empresa. El sistema de información es el que facilita la obtención de los indicadores, su transmisión, análisis, comparación, etc., utilizando diferentes herramientas informáticas (software) para realizar estas tareas. Además garantiza la calidad, transparencia, vigencia, coherencia y disponibilidad de sus indicadores.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) es la organización encargada de promover, mantener y recuperar el estado de salud de los ciudadanos de nuestro país y de aquellos que, aún no siendo ciudadanos españoles, tienen derecho a las prestaciones sanitarias. Como organización, el SNS se debe dotar de una estrategia que asegure la consecución de lo que en términos de gestión conocemos como la visión, y establecer, primero, los objetivos estratégicos y, después, los indicadores que informen al sistema sobre la consecución de los objetivos.

Hasta aquí podríamos decir que en nada difieren las dificultades que tienen las organizaciones de otros sectores de las que tiene el SNS para establecer sus indicadores y los sistemas de información que los soportan. Sin embargo, la realidad política de nuestro país introduce un elemento diferenciador importante en el ámbito sanitario ya que nuestro SNS se sustenta sobre una estructura descentralizada compuesta por 17 Comunidades Autónomas (CCAA) con competencias sanitarias y un Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) que ha visto disminuir sus competencias de manera notable al finalizar el proceso transferencial, quedando éstas limitadas, en gran medida, a labores de coordinación entre las diferentes autonomías.

En este contexto es fácil pensar que cada comunidad autónoma establece su propia estrategia, objetivos e indicadores que no necesariamente serán similares a los de otra comunidad. A esta falta de homogeneidad de los diferentes indicadores del sistema, ¿o de los 17 sistemas?, se une la escasa o nula

disponibilidad de dichos indicadores, tanto para los ciudadanos (contribuyentes) como para los profesionales del sector, lo que impide la evaluación, comparación y aplicación de políticas de mejora.

## 2. Los antecedentes de la situación

Nuestro sistema sanitario, antes de la instauración de la democracia y, por supuesto, antes de la descentralización, tenía divididas sus competencias en varios departamentos sanitarios: los de Salud Pública en una Dirección General de Sanidad dependiente del Ministerio de Gobernación (o de Interior); los servicios sanitarios asistenciales agrupados bajo el Instituto Nacional de Previsión (INP, posteriormente INSALUD) dependiente del Ministerio de Trabajo y un tercer grupo constituido por los centros sanitarios dedicados a la lucha contra enfermedades especiales como la lepra, tuberculosis, etc., que se integraban bajo la llamada Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA) también dependiente del Ministerio de Gobernación-Interior.

Con la creación del Ministerio de Sanidad y Seguridad social en la era democrática (1977) se unifican los tres grupos de competencias citados. Sin embargo, poco tiempo después, en 1979, comienza a cederse a las CCAA competencias en materia de Salud Pública y de la gestión del AISNA. Antes de la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad y por tanto de la creación del SNS, ya se habían transferido competencias sanitarias a varias CCAA. Y es que la transferencia de los servicios sanitarios a las CA obedece más a razones de índole política y necesidad de desarrollo autonómico, que a necesidades de planificación sanitaria. Esto ha condicionado, incluso, un diferente ritmo transferencial que se inicia antes de la Ley General de Sanidad (1986) con las llamadas comunidades históricas y que ha culminado recientemente (2002) con la transferencia simultánea de competencias a diez CCAA que todavía eran gestionadas por el antiguo INSALUD. El carácter marcadamente político de este proceso hace difícil plantear la reversión de las competencias, aún en el supuesto de una disfuncionalidad de la distribución de competencias efectuada. No es razonable pensar que las CCAA cedan en un futuro competencias a favor de una gestión centralizada.

Así las cosas, no resulta difícil comprobar que la disponibilidad de los indicadores y de los sistemas de información, tanto en el ámbito central como autonómico, es escaso en este periodo y tampoco responden a la lógica que la existencia de una estrategia impone a dichos indicadores.

## 3. Situación actual

A mediados de la década de los 90 es notoria la necesidad de avanzar y mejorar en la elaboración de los indicadores del SNS y de los sistemas de información que los soportan, pero se hace evidente las dificultades que en un entorno de sanidad descentralizada representa esta tarea. La necesidad de culminar el trabajo transferencial al final de dicha década fija las prioridades del Ministerio, en detrimento del necesario establecimiento de instrumentos de coordinación en paralelo al proceso de descentralización y no resulta un ambiente propicio para el desarrollo de indicadores estratégicos del SNS.

Acabado el proceso de transferencias en 2002 se hace patente de una forma meridiana la necesidad de dotar al SNS de la suficiente cohesión que garantice la equidad del sistema, asegurando el acceso a las prestaciones y el derecho a la salud en condiciones de igualdad en todo el territorio nacional, la calidad en las prestaciones y la necesaria participación ciudadana que posibilite la consideración de sus expectativas y el respeto a la autonomía de sus decisiones. De esta forma nace la Ley de Cohesión y Calidad del SNS el 29 de Mayo de 2003 que contó con el voto favorable de todos los grupos parlamentarios del Congreso sin excepción.



Con esta Ley se dota al SNS por primera vez de una serie de estructuras que garanticen un sistema de información completo y de calidad que permita el análisis de los diferentes indicadores, la comparación de resultados y, en definitiva, la introducción de la mejora continua en el sistema. En su artículo primero establece el objeto de la misma que no es otro que el de establecer un marco legal para las acciones de *coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el SNS, así como la colaboración activa en la reducción de las desigualdades en salud*. Dichas acciones comprenden, entre otras: los sistemas de información y la calidad del sistema sanitario.

La Ley establece en su capítulo V las características y requisitos del sistema de información que garantizará la disponibilidad de la información y la comunicación recíproca entre las Administraciones sanitarias. Encarga al Consejo Interterritorial (CI) la fijación de objetivos y contenidos de dicha información, aspecto éste de suma trascendencia. El sistema de información sanitaria (SIS) contendrá información, entre otros aspectos, de: datos poblacionales, recursos humanos y materiales del sistema, *actividad desarrollada y resultados obtenidos*. El MSC, previo acuerdo del CI, establecerá la definición y normalización de datos y flujos, la selección de indicadores y los requerimientos técnicos necesarios para la integración de la información. Esta tarea de definición y normalización de los datos es fundamental, pues sin ella resultaría imposible garantizar la suficiente calidad del sistema y haría imposible la evaluación y, por tanto, la aplicación de medidas correctoras. Señala la norma que los usuarios del SIS serán las Administraciones Públicas Sanitarias, los gestores y profesionales de la salud y los ciudadanos, obviamente, bajo el cumplimiento de la legislación en materia de protección de datos de carácter personal. Se prevé para el uso de esta información la utilización de una red segura de comunicaciones que facilite y dé garantías de protección al intercambio de información entre sus integrantes.

En este capítulo también se hace mención a dos componentes importantes de la información sanitaria como son los datos clínicos y de salud individual y la tarjeta sanitaria. En cuanto a los primeros, se hace mención a la necesidad de permitir su acceso tanto a los interesados como a los profesionales que participen en su asistencia sanitaria y atribuye al MSC el establecer un procedimiento que permita el intercambio telemático de la información. Sin embargo, en estos momentos la ausencia de dicho procedimiento contrasta con el hecho de que no son pocas las CCAA que están aplicando diferentes modelos de historia electrónica, tanto en atención especializada como primaria, sin que se pueda acceder a su contenido desde un centro sanitario de otra CA. Es decir, que los datos clínicos de un paciente con historia electrónica en una CA resultan opacos para el médico que le atiende en otra CA como desplazado, con la consiguiente pérdida de calidad de la atención prestada. Algo similar sucede con la tarjeta sanitaria que, aunque disponible ya en algunas CCAA, no lo está en otras y, en aquellas en que existen, los datos que contienen no son homogéneos ni accesibles desde otra CA diferente a la propia. Del mismo modo que para la historia electrónica, el intento de normalizar este instrumento llega con retraso y supondrá un esfuerzo añadido al ya efectuado y con costes adicionales nada despreciables. Demasiadas ineficiencias para un entorno de racionalización del gasto sanitario.

Estos dos ejemplos sirven perfectamente para entender la débil situación en la que se encuentra nuestro SNS en cuanto a los SIS se refiere, ya que pone sobre la mesa las carencias en materia de coordinación y de estrategias comunes entre las diferentes Administraciones Públicas Sanitarias. Es más, en algunos casos existe un desmesurado afán diferenciador de unas CA respecto de otras, anticipándose a la necesaria coordinación entre ellas con el sólo propósito del rédito político. Llama la atención este comportamiento con los que encontramos en otros países de nuestro entorno con SNS como es el caso de la estrategia definida por el National Health System (NHS) para la incorporación de las tecnologías de la información en los próximos diez años. Para el Departamento de Salud británico, la



información y la comunicación en el NHS necesitan ser gestionadas y controladas en el ámbito nacional dado el papel estratégico que juega en la prestación sanitaria. No es un programa de tecnologías sino una forma diferente de trabajar y de prestar la asistencia. ¡Contará con una inversión para el periodo antes mencionado de nueve mil millones de euros!. El carácter integrado del plan y la fuerte financiación del mismo auguran, a priori, un éxito importante.

Volviendo a nuestro país, la ley contempla tres nuevos organismos de carácter central para reforzar el sistema de información, la calidad del SNS y prestar apoyo al CI. Estos son, el Instituto de Información Sanitaria, la Agencia de Calidad del SNS y el Observatorio del SNS.

El Instituto se encarga, fundamentalmente, de recabar, elaborar y distribuir la *información* que necesita el SNS de acuerdo con las directrices que establezca el CI.

Entre las funciones de mejora encargadas a la Agencia de Calidad del SNS destacan la elaboración de normas de calidad y seguridad, de *indicadores* que permitan comparar la calidad de los diversos centros y servicios, de guías de práctica clínica y del registro de buenas prácticas y de acontecimientos adversos.

El Observatorio del SNS, dependiente del MSC, debe proporcionar un análisis permanente del SNS en su conjunto mediante estudios comparativos de los servicios de salud de las CCAA, de la provisión de servicios, de la gestión sanitaria y de los *resultados*. También realizará funciones de análisis de las reformas sanitarias internacionales que puedan ser de interés al SNS.

La creación de estas tres estructuras abre una puerta de esperanza hacia la mejora de los SIS del SNS aunque convendrá delimitar mejor las funciones de alguno de ellos ya que se advierten solapamientos sobre el manejo y comparación de los indicadores.

En este entorno descentralizado el CI debe jugar un papel sólido, serio y responsable si queremos que se mantenga el principio de equidad que caracteriza a nuestro SNS. En lo referente a los SIS, el CI establecerá los criterios, sistemas y medios de relación que permitan la información recíproca en el SNS, otorgando así al Consejo un protagonismo absoluto en este apartado. Sin embargo, las actuaciones del mismo se circunscriben al nivel de *recomendaciones* dado el papel que nuestra Constitución otorga al régimen autonómico, en el que cada CA mantiene la independencia de sus decisiones en materia sanitaria. Los distintos avatares por los que esta transcurriendo esta importantísima institución no permite ser optimistas a la hora de esperar de ella una estrategia común por parte de las diferentes CCAA que la componen y, por ende, no permite ser optimistas a la hora de contar con un SIS que responda a las necesidades del despliegue de dicha estrategia. Como ejemplo basta citar las vicisitudes por las que ha transcurrido la información de las listas de espera quirúrgicas. Convertidas en materia de confrontación política que no de debate constructivo, ha sido sumamente laborioso llegar, en esta materia, a un consenso que permita ofrecer a los ciudadanos una información homogénea y de calidad. Si se ha tenido que recorrer tan largo periplo para un solo indicador, alcanzar el necesario consenso para el resto parece una tarea casi imposible. La excesiva politización de la gestión sanitaria lastra en exceso el necesario progreso de nuestro SNS que todavía goza de buena salud pero al que habrá que cuidar en el futuro si queremos que no pierda la privilegiada posición internacional que ahora ocupa. Estos hechos y los importantes retos a los que nos enfrentamos, entre otros la financiación deficitaria del SNS, el incremento de costes por el incremento del consumo y el encarecimiento de las nuevas tecnologías, la deficitaria prestación sociosanitaria, etc., hacen necesario un pacto político por la sanidad como se demanda desde diferentes estamentos de nuestra sociedad.



Las nuevas tecnologías permiten la transferencia de información mejorando de forma notable la homogeneización de ésta, independientemente de la fuente de origen. Este es el caso de los lenguajes XML o la invocación remota mediante webservice. Pero además, se debe realizar una tarea importante orientada a la utilización de estándares de comunicación que permitan, precisamente, el intercambio de ésta información, como por ejemplo, en el caso de la historia electrónica de salud, el uso de estándares HL7, CEN o DICOM.

#### 4. Mirando hacia el futuro

Como hemos podido ver hasta ahora nuestro SIS se caracteriza por manejar una enorme cantidad de datos sin que éstos sean homogéneos, la información ofrecida no es contrastable y los flujos de datos son muy complejos. Por otra parte, el SIS se ha desarrollado desde la óptica de resolver necesidades de información concretas a una determinada entidad, ya sea el MSC o las CCAA, no valorando las múltiples interrelaciones que existen entre todas ellas.

Si miramos hacia el futuro, el SNS debería incorporar la metodología que están utilizando todas las organizaciones que caminan hacia la excelencia y que no es otra que la utilización de una estrategia común a todo el sistema. Esto permitiría utilizar herramientas potentes para el despliegue de dicha estrategia como el CMI o BSC. El CMI permite orientar toda la organización, en este caso nuestro SNS, hacia la consecución de su visión. Los objetivos estratégicos de la organización recogen, para cada una de las cuatro perspectivas del CMI: Aprendizaje y crecimiento, Procesos Internos, Clientes y Financiera, las iniciativas y acciones para conseguirlos. Para monitorizar el grado de cumplimiento de los objetivos se establece un cuadro de indicadores que son los que transmiten el grado de “salud” del sistema. Los indicadores se convierten así en una herramienta al servicio de la estrategia y responden a las necesidades de los accionistas, en nuestro caso los ciudadanos y las autoridades sanitarias; de los clientes, en nuestro caso los pacientes y de las personas de la organización, en nuestro caso de los profesionales del sistema.

La empresa no es imposible y existen antecedentes de ello en otras partes del mundo. Basta con echar un vistazo al SIS del Gobierno de Ontario (Canadá), elaborado por el Canadian Institute for Health. El contenido del SIS está adaptado a un CMI pues responde a la planificación y despliegue de la estrategia de dicho gobierno. Sus indicadores están distribuidos entre las cuatro perspectivas de su CMI: Integración de sistemas y cambio (se corresponde con la perspectiva de aprendizaje y crecimiento), utilización clínica y resultados (perspectiva de procesos internos), satisfacción de los pacientes (perspectiva de clientes) y resultados financieros (perspectiva financiera). Merece la pena consultar la website: [www.hospitalreport.ca/pdf/2003/2003\\_AcFullReportEng.pdf](http://www.hospitalreport.ca/pdf/2003/2003_AcFullReportEng.pdf).

La ventaja de utilizar el CMI como sistema de información es que además de informar de la estrategia de una organización lo hace de los resultados que obtiene, tanto de la organización en su conjunto como de las diferentes partes que la componen, resultando aplicable a nuestro SNS de estructura descentralizada. Así, el CMI de todo el SNS y su conjunto de indicadores sería el resultado de la agregación de los diferentes CMI de las CCAA, dándole consistencia, coherencia, homogeneidad y, en definitiva, calidad a la información.

Para llegar a este grado de madurez del SIS será necesario abordar una política diferente en el seno de las instituciones sanitarias de país, el MSC y las diferentes CCAA. Esta política deberá gestarse en el Consejo Interterritorial dando cumplimiento a lo recogido en la Ley de Cohesión y Calidad del SNS en su artículo 71 sobre funciones del CI. Lástima que las funciones recogidas en dicho artículo figuren en forma de emitir recomendaciones cuando lo necesario sería obtener compromisos conjuntos de todos los entes que lo componen. De esta forma sería más fácil mantener la hasta ahora buena “salud” de nuestro SNS.

## Obras y Hospitales. Una misma realidad

MARIO GONZÁLEZ GONZÁLEZ

DIRECTOR GERENTE COMPLEJO HOSPITALARIO DE LEÓN.

SACYL. LEÓN, MARZO 2005

### 1. Introducción

Hospitales y obras equivale a hablar de una misma realidad. Todos los hospitales conviven habitualmente en una mayor o menor medida con obras en sus instalaciones y éstas representan una parte más de las situaciones que requieren una adecuada gestión y manejo por parte de los gestores sanitarios y de todos los trabajadores implicados.

A lo largo de las próximas reflexiones intentaremos abordar las principales problemáticas a las que nos enfrentamos con la presencia de obras en nuestros centros y nuestra visión sobre alternativas o planteamientos a realizar que permitan adecuar las dos partes de la cuestión, el funcionamiento del hospital y el respeto al cronograma de las obras. Por ello, intentaremos tocar temas que van desde los planteamientos iniciales administrativos al abordaje de la cuestión sobre nueva construcción o remodelación, o a los aspectos a considerar en la realización de una obra de estas características en un centro hospitalario. Asimismo se abordará brevemente un aspecto de crucial importancia en el planteamiento de la obra, como es el del seguimiento de dichas obras y la responsabilidad de las partes implicadas en el mismo.

### 2. Funciones a considerar en las obras hospitalarias

En el análisis de lo que representa un hospital, no debemos de olvidar los tres grandes grupos de actuación que conforman la actividad hospitalaria:

- La actividad asistencial, principio fundamental de la razón de ser del centro
- La actividad hostelera, incluyendo en este punto tanto lo derivado de las actividades de recepción y atención de pacientes, como la alimentación, lavandería,...
- La actividad gestora, con toda la organización de apoyo tanto administrativa como en la parte de servicios generales

Si bien es cierto que la actividad fundamental es la asistencial, resulta esencial tener en cuenta que la calidad de este tipo de servicios va directamente relacionado con el cuidado y calidad que preste-



mos a las otras dos áreas, por lo que resulta fundamental no sólo un adecuado planteamiento de las obras en su parte más directa de atención sanitaria sino también en las restantes áreas comentadas.

Dentro de la actividad asistencial creo que merece una mención aparte el área ambulatoria, siendo quizás la mayor evolución que se está produciendo dentro del mundo hospitalario el de la apertura hacia el exterior, intentando disminuir los procesos que requieren ingreso y aumentando la presencia de estructuras ambulatorias como puede ser la Cirugía Mayor Ambulatoria o los Hospitales de Día médico-quirúrgicos, además de la actividad clásica de las consultas externas. De ahí que cualquier proyecto de obra hospitalaria requiera una evaluación de la frecuentación prevista, necesidades de ingresos y adecuación ambulatoria. Todo lo anterior se debe plasmar en una mayor superficie dedicada a éstas áreas al tiempo que se observará una disminución de camas. Una correcta distribución de áreas hospitalarias susceptibles de utilizar ese hospital de día como pueden ser las áreas de endoscopia digestiva, broncoscopias o pruebas funcionales respiratorias por ejemplo, resultará fundamental, debiendo estudiarse y planificarse las circulaciones y distribuciones en dichas áreas, así como su ubicación respecto a otros servicios centrales como puede ser el área de quirófanos, unidad de cuidados intensivos y su situación respecto a las plantas.

Un aspecto fundamental a tener en cuenta es el de la correcta planificación y conexión de las diferentes superficies a nivel hospitalario y ambulatorio así como su correcta coordinación y adecuación con estructuras como son los servicios centrales y el área de urgencias. La planificación de los ejes de circulación a nivel hospitalario y la distribución de las diferentes áreas en bloques debe perseguir dos aspectos:

- Simplificación de circulaciones y racionalidad en su disposición
- Visión conjunta de lo que significa la actividad hospitalaria adecuando la distribución a las características especiales de cada área.

Un aspecto relevante en la arquitectura a desarrollar es todo lo que concierne al diseño y su vinculación con los futuros usuarios de la obra. De ahí que aspectos como la iluminación, la ventilación, la ubicación de los diferentes servicios, el tratamiento especial de aquellas zonas con un uso más intenso y los aspectos de confort en general tanto de usuarios como de los profesionales del centro merecen especial atención. Ahora bien, en el diseño de los centros debe ser considerado también de una manera importante la posible repercusión económica futura derivada de su mantenimiento circunstancia no siempre adecuadamente ponderada y que hace que podamos enfrentarnos en el futuro a costes difícilmente asumibles por el sistema sanitario si no se ha efectuado una adecuada previsión.

Dentro de este punto vamos a señalar por último la importancia de diseñar unos circuitos de comunicación adecuados y con posibilidades de expansión ya que sin duda esto va a representar el principal condicionante para el desarrollo hospitalario a lo largo de las próximas décadas. Los mecanismos de transmisión electroinformática del centro han sufrido a lo largo de los últimos años tales cambios que nos permiten prever que el desarrollo en este aspecto va a ser exponencial y determinante a lo largo del futuro más próximo.

### 3. Fases de planteamiento. Plan funcional

Uno de los aspectos fundamentales en cualquier obra que se emprenda en un hospital es el plan funcional, el cual debe recoger las necesidades reales del centro con un planteamiento claro de futuro ya que no debemos olvidar que planteamientos generales de remodelación total o nueva construcción en nuestro entorno no se pueden situar en torno a los 15 o 20 años. En multitud de ocasiones este planteamiento se deja en



mano de consultoras externas a la organización que, aunque no son ajenas en modo alguno a la realidad sanitaria, en muchas de las ocasiones no conocen la realidad, ni la cultura ni la idiosincrasia de cada hospital y del área en el que está situado, pudiendo dar lugar a planteamientos totalmente alejados de las necesidades reales del centro. De ahí que un plan funcional debe ser desarrollado desde dentro del propio centro con participación clara, aunque no masiva, de sus profesionales y siempre contando con la participación institucional de la organización sanitaria. Se deberá llegar a un punto que recoja al mismo tiempo las aspiraciones planteadas desde los diferentes servicios e instalaciones del hospital pero todo ello modulado por las posibilidades reales tanto económicas como arquitectónicas de cada situación.

Al mismo tiempo no debemos olvidar que el plan funcional pasará a convertirse en una pieza clave en el planteamiento a realizar por parte de los arquitectos encargados de la redacción del proyecto, razón por la cual el planteamiento debe ser lo más claro y preciso. Sin embargo, debemos considerar dicho plan como una orientación con posibilidades de cambio durante el periodo de redacción del proyecto ya que, desafortunadamente en la mayor parte de los casos, este proceso de redacción del plan funcional se encuentra muy distante en el tiempo de la redacción final por parte del equipo adjudicatario, lo que hace que, en aras de lograr un buen proyecto, necesite ciertos cambios e introducciones por lo que debería ser considerado no como un plan rígido sino como un planteamiento general de intenciones susceptible de albergar cambios. En muchas ocasiones dicho plan es considerado como algo finalista sin posibilidad de alteración, no debiendo ser entendido en tal sentido ya que no debemos olvidar que lo que se busca es la funcionalidad global del centro para lo cual se hace absolutamente necesaria la existencia de flexibilidad por parte de la organización que encarga el proyecto, el equipo de arquitectos responsable de su elaboración y el centro hospitalario implicado.

Los aspectos que deben ser planteados previamente van desde el correcto dimensionamiento de las necesidades hospitalarias a la reorganización de los servicios hospitalarios, el planteamiento de nuevos circuitos de funcionamiento, las circulaciones hospitalarias, el acercamiento a las necesidades de la población buscando una identificación del hospital con la sociedad, planteamientos de seguridad, medio ambiente y un sin fin de aspectos que en una obra de estas características deben ser tenidos en cuenta.

Una adecuada planificación inicial de lo que realmente pretendemos con la realización de la obra evitará en lo posible los desvíos presupuestarios que se producen, los cuales se sitúan en torno al 35% del presupuesto global según diversos estudios realizados, debido a la existencia de imprevistos que no han sido tenidos en cuenta de una manera adecuada en el planteamiento inicial de las obras.

Lo que sin duda alguna allanará posibles resistencias dentro de la propia organización es la participación de los profesionales en el proyecto, los cuales deben ser tenidos en cuenta como consultores internos del proyecto intentando adecuar los planteamientos arquitectónicos tanto a las necesidades reales de la propia especialidad como a las necesidades sentidas de los trabajadores. Al mismo tiempo, una adecuada comunicación dentro del área sanitaria dirigida a la población protegida en la cual se expliquen claramente la situación de las obras, el planteamiento a realizar, los plazos y los objetivos y resultados que se esperan alcanzar permitirá y facilitará la identificación de los usuarios con su hospital. Son éstos aspectos de la máxima importancia y que sin duda facilitarán mucho las cosas en el proceso de la obra a asumir ya que evitarán situaciones de incomprensión facilitando la comunicación con los usuarios.

#### 4. Remodelación versus nueva construcción

Es quizás la eterna pregunta al considerar un planteamiento de obra global y hospitales y es sin duda alguna, una pregunta de difícil respuesta debido a que son muchas las variables que pueden influir en



una decisión de este tipo; al mismo tiempo, no todas estas variables tienen el mismo peso en todas las situaciones que hasta el momento se han ido planteando en los diferentes casos en los que ha surgido este dilema. Así, aspectos como el coste, la ubicación, la accesibilidad, razones de oportunidad, influencias socio-sanitarias o políticas, circunstancias de idoneidad en el tiempo de la actuación... pueden hacer que la balanza se incline en uno u otro sentido.

No vamos a entrar, a lo largo del análisis que efectuaremos, en consideraciones estrictamente técnicas que entendemos conciernen de una manera más directa al equipo técnico encargado del proyecto en variables tales como el análisis del terreno disponible, consideraciones urbanísticas a tener en cuenta, ejes circulatorios y aspectos tecnológicos a tener en cuenta. De todas formas, sí merece la pena destacar que quizás el punto primordial que va a determinar la opción por una u otra alternativa es la posibilidad o no de reutilizar la estructura actual con la que contamos. Y cuando hablamos de reutilizar la estructura actual significa también valorar las posibilidades de adecuar dicha estructura a las nuevas necesidades que hoy día plantean los hospitales y a las perspectivas de futuro a medio y largo plazo; el modelo clásico de construcción con el que contábamos en España eran hospitales centrados en la hospitalización y los bloques de servicios centrales agrupados buscando la orientación hacia los pacientes ingresados. El planteamiento actual que orienta los centros fundamentalmente hacia las áreas ambulatorias y la disminución en la preponderancia de la hospitalización hace necesaria la potenciación de las áreas de admisión, servicios centrales de diagnóstico y tratamiento, los hospitales de día médico –quirúrgicos y la cirugía mayor ambulatoria, buscando en su dimensionamiento el confort que nos exigen los usuarios; de ahí que se haga necesario valorar si es posible la consecución de dichos objetivos en un proyecto de remodelación, ya que no siempre la reconversión de áreas de hospitalización en estas nuevas áreas es posible porque las características arquitectónicas a veces solo hacen posible su transformación en áreas de consultas externas.

Hay datos objetivos que merece la pena señalar derivados del estudio de ambas situaciones y que pueden condicionar la decisión final:

- El coste de la nueva construcción es sensiblemente superior a la remodelación, situándose el incremento entre un 20 y 25% superior.
- La experiencia demuestra que en un hospital de nueva construcción el número de metros cuadrados a construir por cama es superior al caso de una remodelación, cifra que puede estar alrededor de un 3-4% según los análisis realizados hasta el momento actual.
- La remodelación precisa de una superficie de actuación menor que en el caso de una nueva construcción.
- No debe de olvidarse un estudio del estado real del hospital a sustituir en caso de plantearse una nueva construcción, ya que deberán tenerse en cuenta también aspectos como son los costes de mantenimiento durante el plazo de construcción. Estas inversiones son en algunos casos realmente cuantiosas no obteniendo ningún “retorno” ya que los edificios no siempre son destinados finalmente a continuar con la labor sanitaria.
- Obviamente la remodelación de un centro requiere la existencia de cierta holgura, externa o interna, que posibilite la normal asistencia. Ello es consecuencia de las áreas “colchón” necesarias en el planteamiento de cualquier obra con objeto de que su interferencia sea lo menor posible con las zonas asistenciales del hospital; de ahí que la búsqueda de espacios en otros centros alternativos o en el propio centro resultará uno de los condicionantes a valorar ante la disyuntiva nueva construcción o remodelación.
- También debemos de tener muy presente que la nueva construcción evita los problemas de convivencia con las obras, aliviando las situaciones comprometidas que se pueden crear tanto con los trabajadores como con los usuarios como se señalaba anteriormente.



- En una remodelación se produce obviamente una reducción en los tiempos transcurridos hasta su utilización, lo que representa un ahorro importante de los costes si lo analizamos de forma parcial pero si el análisis se lleva a cabo de forma conjunta para todo el hospital resulta evidente que el tiempo de construcción en caso de un nuevo hospital es más corto y eficiente; es lógico y la práctica así lo demuestra que los tiempos se ven menos influenciados en el caso de construcción nueva ya que evitamos todos los condicionantes de traslados, reubicaciones, búsqueda de soluciones transitorias, etc.
- Es evidente que una nueva obra permite un planteamiento más racional en cuanto a un estudio más adecuado de las necesidades del área sanitaria sin encontrarse sometido a condicionantes de estructura arquitectónica, permitiendo también unas circulaciones y distribución sin ningún condicionante como puede ocurrir en el caso de una remodelación.
- Un aspecto a considerar es el derivado del incremento de gastos de capítulo II, gastos corrientes, en los procesos de remodelación, derivados de la necesidad de ir articulando soluciones transitorias a problemas que se van produciendo con la realización de las obras.
- A la hora de afrontar una posible solución a la alternativa de obra nueva o remodelación hay que considerar también el condicionante del solar disponible para la realización de la obra ya que se debe contemplar la posibilidad de remodelaciones y ampliaciones futuras no optando por soluciones que puedan hipotecar el desarrollo futuro del hospital.
- Hay que reconocer finalmente que la opción de remodelación ocasiona problemas laborales con mayores cargas de trabajo y problemas derivados de la existencia de la obra.

En resumen, cada opción tienes sus puntos débiles y sus puntos fuertes y cada opción debe ser convenientemente evaluada a la vista de todas las consideraciones que pueden influir de manera directa o indirecta en el proyecto. Sin embargo parece opinión unánime entre todos los expertos en el mundo relacionado con la arquitectura hospitalaria que un proceso de remodelación pierde cierta visión de futuro, la cual es más fácil de conferir cuando hablamos de una obra nueva, ya que la remodelación tiende a solucionar de forma más directa los aspectos presentes perdiendo muchas veces la necesaria perspectiva de futuro.

Cualquiera que sea la solución adoptada debe tener en cuenta para el futuro posibilidades reales de crecimiento, circunstancia en la que influirá en gran medida las posibilidades económicas y la disponibilidad de terreno adecuado que permita dicho planteamiento expansivo.

## 5. Seguimiento de las obras

Es éste un aspecto crucial para el correcto funcionamiento del proyecto, en el cual hay que tener en cuenta a todas las partes que participan en el proceso como son la entidad administrativa responsable de la contratación, el estudio de arquitectos adjudicatario, el propio hospital y la constructora o constructoras adjudicatarias del proyecto.

El seguimiento no debe limitarse de una manera exclusiva a la parte de obra sino que se requiere de una manera continua y coordinada la necesidad de control de posibles infecciones, situaciones que se ven favorecidas por el propio desarrollo de las obras, para lo cual nuevamente una adecuada planificación y unas políticas de comunicación correctas y adecuadas resultan vitales en el proceso. No se debe olvidar que los sistemas de refrigeración y las obras en los centros sanitarios, especialmente en casos de obras prolongadas como son las obras de remodelación global, son los principales causantes



de infecciones nosocomiales ya que el polvo se configura como el principal agente transmisor de dichos brotes. Labores de estancamiento de zonas, riego, o el aislamiento de pacientes y trabajadores son algunas de las actuaciones que nos permitirán minimizar la influencia negativa que pueden ocasionar dichas obras.

Esta importancia del seguimiento de las obras es la que ha establecido de una manera casi general en el planteamiento de obras hospitalarias que se han realizado hasta ahora, la creación de una Comisión de Seguimiento de Obras en la cual están representadas todas las partes, analizándose en la misma la evolución de la obra y los problemas que en ella pueden ir apareciendo permitiendo al mismo tiempo un aspecto tan importante como es la concreción de unos cauces de comunicación estables y predeterminados que permitan en última instancia el cumplimiento de los planes establecidos al tiempo que proporcionan la suficiente flexibilidad para permitir un análisis de las modificaciones o mejoras que se vayan considerando necesarias introducir sobre el planteamiento realizado inicialmente.

En esta comisión creo recae gran responsabilidad en la figura de la Gerencia del centro afectado por la realización de las obras, el cual debe ser el encargado de las labores de coordinación general y seguimiento puntual del avance de dichas obras. Esta labor liderada desde la gerencia debe contribuir en última instancia al logro del cumplimiento de los plazos previstos y a evitar al mismo tiempo interferencias con la labor asistencial que se esté llevando a cabo en el centro.

Un aspecto al que no siempre se le presta la atención en la medida que necesita es el derivado de la necesidad del control de la calidad del acabado de las obras, aspecto no siempre suficientemente controlado desde la propia constructora adjudicataria ni tampoco por el equipo de arquitectos responsable, lo que origina que, de no hacerse un adecuado control desde el hospital, se presenten en el futuro problemas no solamente estéticos sino incluso funcionales en algunas áreas del hospital.

En resumen, la participación del equipo directivo del hospital en todo el proceso de obra que afecte a su centro resulta fundamental ya que sin duda alguna es el único camino para lograr unos resultados aceptables con el menor impacto de dichas obras en el funcionamiento del centro, planteamientos que requieren aparte de una importante labor de esfuerzo e imaginación, una labor de comunicación y diseminación de información entre los trabajadores del hospital.

Por último, la labor no debe circunscribirse de manera única a la planificación o al seguimiento de las obras, debiendo también estar perfectamente planificado el equipamiento necesario para la puesta en marcha una vez concluida la fase arquitectónica, así como la planificación en términos de necesidades de personal al fin de todo el proceso.

Sin embargo, no debemos olvidar que por encima de todas las consideraciones anteriormente mencionadas, lo que parece claro es que se precisa efectuar un análisis en profundidad en todo el sistema sanitario de nuestra red asistencial a nivel arquitectónico, efectuando planteamientos claros de futuro para lo cual se hace necesario saber claramente qué es lo que queremos lograr y de qué manera. Y, por encima de todo, se hace imprescindible, máxime en la actualidad, valorar el resultado de las inversiones realizadas y su eficiencia.



## La aportación del directivo hospitalario. Análisis de una controversia

RICARDO HERRANZ QUINTANA

DIRECTOR DE GESTIÓN Y SERVICIOS GENERALES DEL HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. GERENTE DEL HOSPITAL  
NTRA. SRA. DE LA CONCEPCIÓN

### 1. Introducción: marco general

Formamos parte de una *Administración Sanitaria* prestadora de servicios que pretendemos de *calidad*, así hablamos de “calidad total”, calidad del “producto hospitalario” considerado en su conjunto y no como calidad en uno o varios de los elementos que lo integran. Entiendo que el Hospital ofrece un servicio sanitario, *integrado por múltiples componentes*, sanitarios, hosteleros, informativos, etc., analizables por separado, pero necesariamente integrados a la hora de valorar el servicio que nuestras Instituciones prestan a sus usuarios.

Administración, además, regida por principios de *eficiencia* en la asignación de recursos. Pretendemos prestar unos servicios suficientes en cantidad y adecuados en calidad, pero que no se pueden producir de cualquier manera, ni a cualquier precio. Los recursos no son ilimitados y cuando los empleamos en la cobertura de determinadas necesidades, necesariamente deberemos dejar otras sin atender, lo que nos obliga al máximo rigor en su gestión.

La Administración habrá de ser, también, *transparente* en la gestión. La toma de decisiones sobre la asignación de recursos públicos, obliga a tomar en consideración unos principios básicos, establecidos legalmente y que garantizan la transparencia y objetividad con que debemos operar en todo momento.

Necesitamos una Administración *competente*. Lógicamente, las personas encargadas de la gestión de los recursos públicos, deben contar con la competencia personal y las competencias profesionales necesarias para que su labor pueda alcanzar el buen fin que todos deseamos.

¿Cuál, en estas circunstancias, es el papel de la “función directiva” en las organizaciones sanitarias?

### 2. Consideraciones iniciales-preguntas insolentes

¿Por qué las encuestas de clima social, realizadas entre los empleados de los centros sanitarios, suelen revelar una razonable, cuando no intensa, identificación con la Institución, a la par que una escasa o nula identificación con la Dirección?

¿Es la Dirección, entonces, un “intruso”, un “estorbo”, un “advenedizo”, indeseado por la mayoría de los elementos de la organización? En el mejor de los casos, ¿“un mal necesario”?

¿Tiene la Dirección, quienes desempeñan los puestos directivos, alguna idea sobre cómo es considerada y/o percibida por quienes la promueven y por quienes la «soportan»? ¿Tenemos claro “por qué y para qué estamos aquí”?

¿Que relación tiene la Dirección con la *oficina del seguidor*? ¿Existe una correcta relación entre lo que se espera de un directivo y los *medios* de que dispone para conseguirlo?

¿Tiene todo lo anterior algo que ver con la enorme *inestabilidad laboral* existente en el colectivo de directivos hospitalarios?

A lo largo del presente trabajo, pretendo sentar unas bases conceptuales mínimas, que permitan aportar contestaciones constructivas y de futuro a estas preguntas tan insolentes y malintencionadas.

### 3. La dirección en la organización

La Dirección es uno de los elementos más INESTABLES, desde el punto de vista de su consolidación dentro del hospital, de la organización hospitalaria, lo que *hace presuponer* de alguna manera, su precaria identificación con la organización (con el hospital) y su más probable identificación con la instancia política de donde procede su designación. *¿Es eso realmente así?*

En este caso, ¿Sería cierto que una de las primeras tareas de la Dirección suele consistir en tratar de convencer al resto de la organización de que se identifica con ella, que la respeta, que reúne algún que otro mérito profesional, de competencia y de conocimiento, además del de haber conseguido un nombramiento?

¿Tendría, entonces, la Función Directiva un contenido con *trascendencia propia*, separable del poder ejecutivo por una parte y de la idea de representación de colectivos fuertemente organizados por otra?

En cualquier caso, si pudiera pensarse que la *fidelización del directivo* se obtiene a través del modo *de designación* para el desempeño del puesto y que éste se produce desde una instancia externa a la organización, *no resultaría sorprendente* que, entre quienes, con razón o sin ella, se consideran parte integrante de dicha organización, toda Dirección sea vista con *recelo*, como algo externo, más allá de la natural reticencia de todo ser humano de bien a «*ser dirigido y controlado*» en su actividad laboral.

En este sentido, dotar a las organizaciones hospitalarias de un *órgano de gobierno* de carácter estable, plural y razonablemente permanente en su composición, con competencias en la provisión de los puestos de dirección y ante el que esta deba de rendir cuentas, *¿facilitaría*, en la medida en que la organización lo viva como algo propio, la integración de los equipos de dirección en el entramado hospitalario?

El Real Decreto 29/2.000, sobre Nuevas Formas de Gestión del INSALUD, instaura diversos organismos de gobierno para las cuatro formas reconocidas:

- Fundaciones según Ley 30/94: Patronato
- Sociedades Estatales: Consejo de Administración

- Consorcios: Consejo de Gobierno
- Fundaciones Públicas Sanitarias: Consejo de Gobierno

En el mismo sentido, el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Hospital General Universitario «Gregorio Marañón», aprobado por el Decreto 98 de 4 de Junio de 1998, recoge, en sus artículos 8, 11 12 y 13, la creación de un Consejo de Administración, con competencias en el nombramiento del Equipo Directivo, determinación de las líneas estratégicas de la Institución y exigencia de cuentas sobre su gestión.

## 4. El entorno real de la función directiva

¿Cuál es el entorno relevante de la *Función directiva*?

¿Quién es su cliente? "

- ¿El político? Es quien le nombra y le puede cesar. -¿El sindical? Interfiere continuamente, muchas veces incluso en cumplimiento de diversos preceptos legislativos, en la labor de dirección. Infiere, de modo sensible, en la instancia política.
- ¿Los destinatarios del servicio que se presta? ¿ Los usuarios? Son el centro y objetivo último de la actividad profesional directiva.
- ¿El resto de la organización? Cada estamento se presenta con su particular inventario de intereses, que el directivo tratará de compatibilizar con los de la Organización.
- ¿Todos los anteriores a la vez? Ciertamente. Todos ellos, en mayor o menor medida, intervienen y condicionan la actividad directiva, hasta el punto de que, en ocasiones, el directivo se asemeja a una barca a la deriva, sometida a las corrientes y demás circunstancias meteorológicas, que la zarandean e impiden discurrir por su rumbo adecuado.

En este contexto, no sería ocioso preguntarnos ¿una función directiva o varias funciones directivas?

¿Es *única* la Función Directiva en los centros hospitalarios o, por el contrario, existen *al menos dos* funciones directivas distintas, la que se proyecta sobre la actividad asistencial y la que se proyecta sobre la gestión de los recursos (la de Atención Sanitaria y la de Gestión y Servicios Generales, en el lenguaje habitual)?

Si fueran dos, ¿tienen o pueden tener *intereses contrapuestos*, de cuya *armonización* dependa el direccionamiento de las energías en pos del verdadero interés de la organización? ¿Es cierto que sus diferentes orígenes, tradición, experiencia directiva, relación con la organización y niveles de profesionalización, e incluso de implicación directiva, pueden condicionar esta eventual divergencia de intereses?

En ese caso, correspondería a las Gerencias la mencionada *armonización* de intereses parciales, en la dirección del interés común de la Organización.

Si llegáramos, por el contrario, a la conclusión de que la función directiva es *única*, lo que resulta coherente con la existencia de una única organización, que presta un servicio único (asistencia sanitaria hospitalaria, en sus diversas variantes y modalidades), tal como he propuesto anteriormente, que pretende de calidad, será importante que los propios equipos directivos sean conscientes de dicha unidad de acción, asumiéndola bajo cualquier circunstancia y con todas sus consecuencias.

*Corolario-definición de "función directiva"*: En función de todo lo anteriormente expuesto, podríamos arriesgarnos a proponer una definición de Función Directiva:

«La Función Directiva en el ámbito hospitalario, se establece en unas concebidas por -y en buena medida «para»- los profesionales que las componen, como un instrumento de los poderes públicos -financiadores- necesario para racionalizar la gestión de los recursos públicos y reconducir la actividad asistencial-sanitaria hacia los fines establecidos por los órganos competentes, armonizando, para ello, las potencialidades profesionales disponibles, procurando, al mismo tiempo, la máxima satisfacción de los intereses propios de los diversos agentes intervinientes».

La Función Directiva consistiría, entonces, en gestionar unos recursos, a través de una Organización, para proporcionar la satisfacción de los intereses de *ciudadanos-pacientes, políticos-planificadores y profesionales-sindicatos*.

En este punto, considero relevante dedicar unas líneas a analizar, por su indudable repercusión en el desarrollo de la Función Directiva, a los que se podrían denominar condicionantes socio-económicos:

- A) La propia naturaleza del servicio que se presta, favorece la *superposición* y, en ocasiones, la *suplantación* de *intereses* entre profesionales, organización y ciudadanos, por la identificación de los intereses de los profesionales con los de los ciudadanos y por lo tanto con los de la organización. Se trata de dos *falacias* que condicionan fuertemente la Función Directiva: No asumir ciertos intereses de determinados grupos profesionales, *se pretende confundir*, en ocasiones, con atentar contra los intereses de la organización y, en última instancia, contra los de los ciudadanos. Del mismo modo, con cierta frecuencia se considera natural que los *intereses* de los ciudadanos estén *representados*, precisamente, por aquéllos a quienes ni los ciudadanos pueden, ni precisan elegir, como son los profesionales, organizaciones corporativas, centrales sindicales, etc y hasta se hace muy raro pensar que los verdaderos representantes de la ciudadanía y de sus intereses, según las reglas del sistema democrático sean, precisamente, los responsables políticos, cuya legitimación para decidir sobre las políticas sanitarias, deben – coherentemente - estar fuera de toda duda, así como su capacidad para designar los equipos directivos adecuados para, en su nombre, ponerlas en práctica.
- B) La oferta de asistencia sanitaria tiene una demostrada capacidad para *generar su propia demanda* de modo ilimitado, demanda reforzada tanto por la elevación de nuestro nivel de vida, como por el envejecimiento persistente de nuestra población, apoyada, en última instancia, por una pertinaz presión tecnológica hacia la utilización de nuevos y siempre más caros productos en nuestros hospitales.
- C) La *descoordinación* que la proliferación de distintos niveles competenciales territorial y funcionalmente hablando (entidades locales, comunidades autónomas, estado, diputaciones) introducen en el sistema, no como mal necesario e inevitable, sino como escenario de un mayor acercamiento al ciudadano, requieren un importante esfuerzo de armonización y cooperación.
- D) Por último, las *necesidades cambiantes* y diversas en materia de salud, propias de una sociedad en continua evolución, así como una prolífica actividad científica investigadora, que proporciona constantes innovaciones tecnológicas con inmediata repercusión sobre la salud de los ciudadanos, configuran un mercado sanitario absolutamente *dinámico* y necesitado de importantes dosis de coherencia en cuanto a los criterios de asignación de los recursos públicos destinados a fines sanitarios. La necesidad de conjugar los flujos de intereses mencionados, así como la gestión de los condicionantes detallados, procurando orientar los recursos sanitarios hacia la consecución de los objetivos propuestos, exige la existencia de unas organizaciones enormemente complejas, en las que la Función Directiva se hace no sólo *necesaria*, sino *imprescindible*, integrando capacidades y concitando voluntades, para su máximo aprovechamiento dentro del marco jurídico-económico existente en cada momento.

Después de propuesta una posible definición de Función Directiva y establecida la necesidad de su existencia, en función de los factores que condicionan el marco en que hemos de prestar nuestros servicios sanitarios, habremos de profundizar en las características de la Función Directiva que decimos necesitar.

## 5. ¿Que función directiva se necesita?

En principio intuimos cómo “no debe ser”:

- No debe de ser una F.D. *trinchera*, ante actuaciones o políticas no acordes con las demandas de la ciudadanía (trinchera externa), o bien ante las reclamaciones o exigencias de sus propios profesionales, respecto de los organismos competentes para su resolución (trinchera interna).
- No debe de ser una F.D. *portavoz* de los intereses de los profesionales, pues existen órganos e instancias de representación sobradamente acreditada que, por otra parte, ejercen gran parte de su actividad precisamente ante las direcciones de las Instituciones.
- No debe de ser una F.D. *frustrante* de las expectativas generadas, a veces de modo inadecuado, desde otras instancias.
- No debe de ser una F.D. *espectadora*, dedicada a *dar explicaciones* de por qué suceden las cosas.
- No debe de ser una F.D. *heroica*, donde la asunción de *problemas* y conflictos no guarde la más mínima relación con la *competencia* para resolverlos.
- No debe de ser una F.D. *parche*, donde la competencia técnica y profesional se obvie por otras consideraciones coyunturales.
- No debe de ser una F.D. *complaciente*, con cuantas influencias exteriores e interiores se presenten y que puedan condicionar de modo determinante sus decisiones de gestión, tratando de evitar el «conflicto» a toda costa.

Entonces, ¿cómo debiera ser?

*La función directiva como función integradora dentro de la propia organización y de la organización dentro del sistema.* La Organización se forma a partir de las personas que la componen, de los demás recursos (materiales e inmateriales) y las relaciones que se establecen entre ellos, para la obtención de los fines de la misma. En este contexto, la F.D. cumple un papel “integrador” de los objetivos individuales, colectivos y organizativos, gestionando los recursos puestos a su disposición, para lo cual:

*Ordena - coordina* recursos humanos y materiales, en un entorno plagado de *condicionantes - restricciones* y con un determinado nivel de *competencias*, generalmente insuficientes, debiendo obtener unos *resultados* como si unos y otros no existieran. Es decir, debe de comportarse como si fuera poseedor de las cuatro cualidades necesarias para dirigir: capacidad, autoridad, poder e influencia.

En consecuencia:

1. Ajustará el gasto/coste-presupuesto, entre ellos sus propias retribuciones.
2. Motivará, aunque no cuente con demasiados instrumentos para hacerlo.
3. Se preocupará por los clientes:
  - a) Profesionales que perciben como retribución parte de los fondos presupuestarios y determinan la cantidad y destino final del gasto, como consecuencia de su actividad. *En quien un directivo debe pensar antes de tomar una decisión.*
  - b) Ciudadanos destinatarios de los servicios, que sufragan con sus impuestos. *En quien un directivo debe pensar durante toda la jornada laboral.*

- c) Poderes públicos que deciden las políticas y líneas estratégicas del servicio sanitario a prestar, administrando los impuestos de los ciudadanos. *En quien un directivo debe pensar las 24 h. del día.*

Todo ello con criterios de *calidad*. Ello se traduce en una serie de actividades:

- *Explicar y convencer* de los límites del gasto a los profesionales que habrán de utilizarlos para la prestación de atención sanitaria.
- Racionalizar y asignar eficientemente los recursos.
- *Planificar* la actividad sanitaria, con los niveles establecidos de calidad y cantidad, controlando adecuadamente su producción a través de los mecanismos determinados para ello.

Estas actividades requieren el desarrollo, entre otras, de las siguientes estrategias:

- Planificación
- Reorganización de recursos
- Reestructuración de la organización
- Implantación de herramientas de dirección (dpo, dirección de proyectos etc).

Para cuyo desarrollo es preciso:

- Contar con un plan de *comunicación interna y externa*, que garantice, a los diversos agentes que intervienen en la prestación del «Producto Hospitalario», el conocimiento de toda la información relevante, así como a la comunidad «usaria», el conocimiento del «dónde», «cuándo» y «cómo» de dichas prestaciones.
- *La implicación de todos los profesionales* en la gestión de su propia actividad con los criterios establecidos en toda la organización: que cada empleado sea capaz de gestionar su puesto de trabajo orientado a los fines de la organización.
- *Un Sistema de Información para la Gestión*, preciso en su contenido, adecuado a las decisiones que se espera tener que tomar y generado con la periodicidad necesaria.

Finalmente, no me resisto a hacer un poco de corporativismo, tiene uno tan pocas ocasiones...: “parece claro que los directivos deben ocuparse de todo aquello que tenga influencia en la organización, pero ¿quién se ocupa de los directivos? Porque, ¿quién ejecuta la función directiva?; ¿son máquinas? No, entonces, ¿lo hacen las personas? En este caso, ¿tendrán las mismas necesidades, expectativas, limitaciones... que el resto de las personas?

Cuáles pueden ser estas aspiraciones:

- Acceder a los instrumentos de gestión que le permitan realizar su actividad con garantías de éxito, asumiendo, en consecuencia, los riesgos derivados de unos resultados inadecuados.
- Reconocimiento del desempeño. Cierta expectativa temporal que permita planificaciones a medio plazo. Cierta estabilidad laboral, ligada al cumplimiento de objetivos (viables y proporcionales a los medios dispuestos).
- Cierta correlación entre la labor realizada y las retribuciones percibidas.

Estas cuestiones, que se entienden como perfectamente normales cuando se plantean respecto del resto de los colectivos que componen nuestras organizaciones, ¿Por qué suenan tan raras referidas a los directivos?

# Los hospitales enredados

CARLOS J. JIMÉNEZ PÉREZ

## 1. Introducción

Nada mejor para afrontar el futuro que mirar el pasado, pero quizás sea conveniente para hablar de lo ocurrido leer algo de ciencia-ficción. Así el Hospital Virtual de la Clínica Mayo tiene como visión la siguiente: «En el futuro, los pacientes tendrán la capacidad de registrar y transmitir sus signos vitales al hospital desde sus hogares».

Esto nos ofrece una pista que permite rastrear los pasos que estamos dando con la sinuosa incorporación de la informática a la sanidad. Posiblemente, el aspecto más relevante que está cambiando en la medicina es que el paciente puede dejar de ser el único vehículo válido de la información clínica, ya que en ocasiones preferirá evitar desplazamientos y cuando lo haga irá acompañado de un conocimiento mucho más contrastado sobre su estado salud y forma de mejorarlo para obtener mejores respuestas. La repetición sistemática de pruebas diagnósticas, las esperas no justificadas, los continuos saltos entre niveles asistenciales, la atención no personalizada y los errores por falta de organización son aspectos que no querrá comprender y por tanto exigirá su corrección.

Bajo esta perspectiva, es el movimiento de la información necesaria para la realización de la actividad asistencial el que puede servirnos de guía para destacar los «*conceptos*», *huellas* y *elementos* aportados por los sucesivos intentos de informatización de los centros sanitarios.

## 2. Conceptos de información, conectividad y comunicación

En las organizaciones de cualquier sector económico y social SE ha considerado la información como un recurso. Sin embargo, considerado en este sentido posee unas características específicas, no comunes con el resto de recursos físicos: crece con el uso (expansión), tiende a transmitirse (difusión) y no se gasta cuando se reparte (inversión).

Por tanto, aparecen unas situaciones excepcionales al tratar de gestionar «el recurso de información»: necesita almacenarse y limpiarse, adquiere su valor principal cuando se transmite, requiere medidas de seguridad especiales y precisa de agentes que la interpreten y no sólo que la coleccionen.



La calidad de esta gestión junto con los métodos y herramientas para llevarla a cabo han marcado en gran medida los resultados y las diferencias entre los sectores (financiero, industrial, servicios, etc.) Esto ha dado lugar a que actualmente nos encontremos con diversas redes de información que tienen su propio desarrollo y tecnología (p.e. los medios de pago).

A mediados del siglo pasado la ciencia gestó dos concreciones relevantes. Por una parte el recientemente fallecido, matemático e ingeniero, Claude Elwood Shannon publicó en 1948 su *Teoría Matemática de la Comunicación* cuya terminología en forma de *teoría de la información* se utiliza en la actualidad. Aplicando su famoso Teorema se demuestra que además del mero volumen de datos podemos medir la cantidad de información de un canal (por ejemplo que una imagen de televisión equivale a cien palabras de un buen locutor de radio no a mil). Por otra parte la URSS en 1957 lanzó el *Sputnik*, primer satélite terrestre artificial, que nos permitió observar, por primera vez el mundo globalmente. Estos hechos, junto a otros, permitieron que a finales del siglo XX apareciera un elemento tecnológico que se no brinda común para diversas actividades humanas: Internet.

Para el entorno sanitario, podemos considerar Internet como una fuente para el conocimiento de los profesionales y, aún más importante, como un vehículo complementario (y en algunos casos alternativo) a la información de salud que cada ciudadano lleva consigo, en su propio cuerpo.

Esta disponibilidad de conexión se traduce en que las organizaciones y profesionales de todos los sectores ya poseen la misma tecnología para gestionar la información y por tanto pueden superar su consideración como recurso para abordarla en el sentido intrínseco: «conocimiento para el pensamiento y la acción». Y el ejemplo más claro se ha producido, precisamente, en la ciencia biomédica con la codificación del Genoma Humano, que nos va a permitir estudiar la vida desde un nuevo punto de vista, el de la información. Una de las primeras consecuencias puede ser que los medios diagnósticos se individualizarán y distribuirán, al menos en su aspecto de toma de datos para procesarse e interpretarse centralizadamente.

Con Internet la capacidad de emitir y recibir mensajes se ha incrementado exponencialmente, produciéndose una fragmentación en los contenidos que exige unas habilidades de integración y síntesis extraordinarias. Esta información en transmisión es, pese a las dificultades de gestión, la que verdaderamente resulta útil. La información reservada (en el cajón) carece de un valor fundamental ya que puede no estar disponible para las personas capaces de mejorarla o que necesiten utilizarla.

El 80% de los mensajes que intercambian espontáneamente las personas son relativos a la salud y al tiempo atmosférico (compruébese el dato en un ascensor). Ello nos puede dar una idea del potencial de desarrollo que ha de tener la información sanitaria en aspectos como la prevención y promoción de la salud, el conocimiento biomédico, la organización de la asistencia, la equidad de acceso y la eficiencia.

De esta forma, un escenario sanitario futuro, calificable de integrado y cooperante, exigirá una distinta relación entre la Autoridad Sanitaria, las Aseguradoras y los Centros Sanitarios y de estos entre sí. Los centros deberán adoptar un modelo colaborativo y convertirse en nudos donde se enlacen, al menos, 4 redes básicas multisectoriales:

1. Red de asistencia compartida.
2. Red de cadena de suministros en la modalidad de respuesta eficiente al consumidor.
3. Red de servicios diagnósticos y terapéuticos comunes.
4. Red de cooperación para la investigación y obtención de evidencias en resultados.

Estas tendencias convergen en la promoción de la asistencia compartida. Existe consenso en EE UU y Europa en considerar que debe disponer de infraestructuras de tecnologías de la información para una sanidad distribuida, basada en la comunidad, con un alto grado de cooperación entre las organizaciones. Por tanto, puede ser útil incorporar aspectos como el trabajo colaborativo y el teletrabajo, en el quehacer diario de nuestros profesionales, ya que la disponibilidad de redes penetrantes y omnipresentes, como Internet, junto con la posibilidad de potencia de cálculo y comunicaciones asequibles en máquinas como los ordenadores portátiles, los PDA y los teléfonos celulares, está posibilitando un nuevo paradigma de informática y comunicaciones «nómadas».

Con todo ello podemos asegurar que la conectividad ya existe, mientras que la comunicación es una actitud y una aptitud, dos características básicas para el desarrollo de cualquier ciencia y, cómo no, de la medicina: transmitir pensamiento (gnosis) y adquirir conocimiento (praxis).

### 3. Huellas de la informatización de los centros sanitarios. Breve Historia

Hasta mediados de los años 80 nos encontramos con Hospitales y Ambulatorios que, en la mayoría de los casos, únicamente disponían de algunos elementos tecnológicos aislados, para el cálculo y emisión de nóminas, facturas y registros contables (sumadoras, procesadores dedicados de fichas, calculadoras programables). En los servicios asistenciales disponían de sistemas de control empotrados en equipos diagnósticos o de monitorización. Existían algunos hospitales donde excepcionalmente bien la colaboración con alguna facultad de informática o la aportación de algún centro de cálculo patrocinado por alguna gran multinacional informática les había permitido disponer de un gran ordenador donde comenzar el desarrollo del registro de pacientes.

El quinquenio siguiente (1985-1989) vino marcado por la instalación generalizada de los llamados *sistemas propietarios* multiusuario con una aplicación de registro de pacientes y una aplicación de facturación y por la incorporación de los primeros *ordenadores personales* (basados en Intel). La distribución del mercado se hizo por cuotas para las diferentes marcas fabricantes al estilo del reparto de la electromedicina. (IBM, PHILIPS, SIEMENS, SPERRY, etc.). Aparecieron las conexiones con la Autoridad Sanitaria para los registros de presupuestos y control de plantillas. Mejoraron las aplicaciones departamentales suministradas por los laboratorios debido a las necesidades de control de la producción. Algunos servicios clínicos comenzaron a disponer de PCs con programas de gestión de sus pacientes. En 1987 un Hospital incorpora un equipo con sistema operativo UNIX y lo orienta al desarrollo de la gestión de personal y la gestión de pacientes, permitiendo la citación en línea desde los centros de salud directamente sobre las agendas del Centro de Especialidades del Hospital. En 1989, UNIX se declara sistema operativo abierto estándar a nivel europeo, lo que permitió centrarse en los aspectos organizativos, ya que la convergencia tecnológica parecía asegurada.

Durante los 5 años siguientes (1990-1994) se implanta el Plan DIAS «Dotación Informática para la Atención Sanitaria» sistemáticamente en la mayoría de los Centros Sanitarios (Hospitales y Centros de Atención Primaria), con tecnología de sistemas abiertos; sobre un sistema gestor de bases de datos relacional, con un diccionario de datos básico común y con las aplicaciones estándar de gestión de pacientes, de personal y económico-financiera. Los centros se dotan de personal informático de forma independiente y comienza el trabajo de los Grupos de Usuarios para mejorar las aplicaciones entregadas y avanzar en la integración con los servicios diagnósticos de los Centros y en la informatización



de la información clínica. Importante fue la creación de la Tarjeta Sanitaria Individual con el objetivo de la identificación única de usuarios del Sistema Nacional de Salud, aunque ya desde el inicio la homogeneidad entre los distintos Servicios de Salud transferidos se vio resentida. Otro elemento característico de este periodo fue la extensión de la Red IRIS a las unidades de investigación de los hospitales a través de la red de Universidades. Ello permitió el acceso de un determinado número de profesionales a internet desde momentos muy tempranos, lo que se tradujo en una educación precoz de los hospitales que accedieron al servicio y necesaria dado el rumbo de la informática sanitaria.

Entre 1995 y el 1999 se provocan múltiples iniciativas destacables desde los Servicios de Salud transferidos (conectividad, gestión económica de los centros, registros clínicos, servicios diagnósticos, integración del Área de Salud, tarjeta sanitaria, centros de soporte, gestión y servicio, portales sanitarios, telemedicina, etc). Adicionalmente se lanzan dos iniciativas de gran calado para el Sistema Nacional de Salud. Por una parte desde el INSALUD se pone en marcha el Plan de Renovación Tecnológica, que viene a crear la dotación en infraestructura de comunicaciones, equipamiento y sistemas necesarios para cada centro, a homogeneizar y mejorar tecnológicamente las aplicaciones estándar de los hospitales y centros de salud tras los años de desarrollo individualizado del Plan DIAS, a ofrecer soluciones departamentales integradas y en definitiva a posicionar a los centros en una situación favorable para abordar nuevos retos tras los procesos transferenciales. Por otro lado desde la Secretaría del Estado de Telecomunicaciones y para la Sociedad de la Información del actual Ministerio de Ciencia y Tecnología se lanza el *Proyecto PISTA* (Promoción e Identificación de Servicios emergentes de Telecomunicaciones Avanzadas) que en su sección de Sanidad ha ofrecido la capacidad a las organizaciones sanitarias de dotarse de las aplicaciones necesarias que la industria no está ofreciendo. Esta propuesta ha sido recogida por distintos centros sanitarios y Servicios de Salud y ha producido diversas aplicaciones en tecnología i\*net, multilingües, basadas en normativa internacional, de aplicación directa en un entorno colaborativo sanitario y de libre utilización por las organizaciones públicas.

También es preciso destacar la labor desarrollada durante estos años tanto por el Comité Europeo de Normalización CEN/TC251, y por la Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS), que ha dado la capacidad de interactuar a los profesionales de la salud, a las autoridades sanitarias y a la industria.

## 4. Elementos para los próximos años

### A) El nuevo papel de los responsables de tecnologías de la información en los centros sanitarios:

El sentido de los servicios de informática de los centros está cambiando de forma radical. La externalización de las labores más rutinarias, el hecho de que las aplicaciones troncales (gestión de pacientes, de proveedores y de personal) se están centralizando en los servicios de organización de la provisión y en tercer lugar el incremento de la cultura informática de todos los profesionales que creará una tendencia a la internalización o autoinformatización de sus procesos clave, son los tres aspectos que obligan al responsable de los servicios de tecnologías de la información y de las comunicaciones a adoptar un nuevo papel.

Así la función informática deberá organizarse y gestionarse para dar soporte a los retos no sólo tecnológicos sino sectoriales. Deberá demostrar el valor añadido palpable que las TIC pueden proporcionar en el ámbito sanitario, enfatizando en los análisis coste-oportunidad de las inversiones y en el carácter innovador que pueden tomar las soluciones asistenciales basadas en las tecnologías.

Quizás un papel poco desarrollado hasta el momento en los hospitales, en cuanto a tecnologías de la información, es el de la investigación y la docencia. Con herramientas, pero sobre todo con actitudes, de trabajo colaborativo, éste va a ser un campo de actuación trascendental, que el responsable de sistemas de información deberá emprender para que las personas de la organización logren que el conocimiento clave sea aplicado y transmitido.

Otro aspecto que ha de asumir será la responsabilidad de la seguridad de datos, cuestión trascendente en el ámbito sanitario y que va a exigir una cualidad poco común al responsable de tecnologías de la información: la capacidad de hacer compatible la disponibilidad y la seguridad de información, incrementando ambas.

La incorporación de la sanidad a la sociedad de la información, comenzando por la conectividad e intercomunicación entre los profesionales de los centros asistenciales, tendrá que animar buena parte de los esfuerzos de estos responsables, pues el paciente ciudadano se está convirtiendo en un agente mucho más activo del sistema de información.

Por tanto, empezaremos a encontrar en nuestro centros asistenciales, personas del ámbito de las tecnologías de la información que actuarán como *solucionadores de problemas de negocio*, que saldrán de las salas de ordenadores para apoyar las actividades asistenciales, que tras impulsar la informatización de ciertos procesos comenzarán a gestionarlos y que, en definitiva, van a ejercer funciones cada vez con mayor contenido estratégico.

## b) El mercado de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en Sanidad:

En Europa, año 2000, el mercado de las Tecnologías de la Información y de las Comunicaciones (TICs) en Sanidad es de 14 billones de euros anuales, representando el 6% del mercado total de las TICs (232 billones de euros / año) y el 2% de mercado total sanitario (724 billones de euros/ año). Según los expertos este mercado se duplicará en los próximos 5 años si se dan las siguientes condiciones:

- Consolidación de la industria mediante fusiones? adquisiciones y colaboraciones.
- Integración técnica para la oferta de soluciones abiertas, cos-te-efectivas y con el soporte adecuado.
- Incremento de la investigación aplicada en TICs dentro de los centros sanitarios.
- definición de planes de negocio que aclaren la posición y prioridades de los suministradores.
- Planificación y presupuestación de las nuevas formas asistenciales: asistencia domiciliaria y teleasistencia.
- Desarrollo de las redes sanitarias de ámbito regional, mediante el intercambio de mensajes entre los agentes.

## c) Las Aplicaciones de la Telemedicina:

El futuro de los sistemas de información sanitaria pasa por satisfacer las necesidades urgentes de interoperabilidad que hagan posible la transferencia de información entre sistemas informáticos diferentes y dispersos. El establecimiento de estándares en temas tales como registros médicos, formatos, mensajes, códigos, imágenes y documentos multimedia resulta esencial para la adopción y difusión extendida de las aplicaciones telemáticas para la salud.



Las siguientes aplicaciones se incluyen dentro del campo de aplicación actual de la telemedicina, si bien existen factores inhibidores como la ausencia de un sistema de facturación, el marco legal exigible y el rechazo a realizar un juicio clínico sin la presencia física del paciente:

- *Tele-educación:* Una de las principales aplicaciones en el entorno hospitalario será la formación de postgrado para profesionales sanitarios, especialmente para los médicos. Para facilitarla se precisa un ajuste de la programación, y una mejora y expansión de la tecnología móvil.
- *Tele-contactos:* Las reuniones entre dos o más agentes sanitarios que hasta ahora se han realizado con un éxito relativo a través del teléfono y teleconferencias ad-hoc, sin embargo pueden generalizarse a través de las redes comunes y herramientas simples como correo electrónico, chat y teleconferencia. En el caso de la tele-consulta, es particularmente útil para la búsqueda de segunda opinión entre colegas para patologías complejas.
- *Tele-emergencia:* La interconexión de los diferentes servicios de alerta y emergencia, así como el acceso a expertos remotos para situaciones críticas deberán soportar mecanismos para la toma de decisiones, como por ejemplo triage, planificación de traslados, etc.
- *Tele-diagnóstico:* Se refiere a aquellas aplicaciones en que la prueba diagnóstica se realiza con la participación de un experto ubicado físicamente a distancia. Ejemplo de ello son tele-electrocardiogramas o tele-endoscopias. Serán de especial desarrollo para aquellas pruebas en que la muestra pueda viajar electrónicamente y se precise un equipamiento específico con gran capacidad de cálculo como, por ejemplo, en los estudios genéticos.
- *Tele-cirugía:* Si bien las intervenciones quirúrgicas a distancia han tenido una cierta popularidad debido a algunas experiencias en situaciones especiales y muy controladas, la aplicación más importante puede venir de la llamada cirugía asistida por ordenador, en la que se produce una visualización virtual del área del cuerpo a intervenir y las correspondientes tele-consultas a expertos durante la operación.
- *Tele-monitorización:* Su aplicación puede producirse en aquellos programas a gran escala en que el diagnóstico experto y el equipamiento tecnológico se encuentra concentrado en unos pocos centros de referencia, como por ejemplo la monitorización de pacientes diabéticos para la detección precoz de glaucoma y el seguimiento de pacientes en hospitalización domiciliaria.

#### D) La redes sanitarias regionales:

La sanidad moderna no se provee por una institución o por un grupo de profesionales de forma aislada. La sanidad actual se ha de suministrar mediante la estrecha cooperación entre múltiples centros sanitarios y grupos de profesionales, trabajando juntos y utilizando su conocimiento experto en el esfuerzo común de proporcionar el servicio de mejor calidad y coste-efectividad posibles. Sin ello resultaría difícil aplicar las técnicas avanzadas de las diferentes especializaciones que actualmente proveen los hospitales, los centros de salud, los centros diagnósticos, la asistencia domiciliaria, los servicios de emergencia y los servicios sociales.

Aunque en Europa aún no existen como tales, las redes sanitarias regionales deberían proporcionar al menos los siguientes servicios:

- Comunicación diaria de prescripciones, resultados diagnósticos biomédicos, etc.
- Sistemas de correo electrónico seguro sobre la información relacionada con los pacientes.
- Registros comunes de admisión para hospitales y centros diagnósticos.
- Registros médicos compartidos.
- Sistemas de alerta y emergencia
- Facilidades de telemedicina.

- Protocolos y vías clínicas para tratamientos completos y la continuidad asistencial.
- Sitios web de información sanitaria para profesionales, pacientes y ciudadanos.”
- Información administrativa del conjunto y sistemas de gestión global.

Afortunadamente, la penetración de Internet en la sociedad va a permitir que los proyectos de desarrollo de estas redes regionales puedan llevarse a la práctica. En concreto, para facilitar este proceso de iniciación se han de considerar las tecnologías de la seguridad y de la interoperatividad de forma que, combinadas con los protocolos de comunicaciones de Internet, puedan cubrir necesidades mediante el intercambio de mensajes en el entorno sanitario.

Para facilitar este proceso, se hace imprescindible una estrategia común en los niveles regionales, nacionales y europeo.

## 5. Conclusión

En definitiva, en los hospitales enredados, la informática emergente va a ayudar a gestionar mejor las interrelaciones, el desarrollo de redes virtuales modificará la provisión de servicios, los servicios integrarán la telemática en el desarrollo de sus procesos y, finalmente nuevos profesionales y nuevos gestores deberán adquirir habilidades relacionadas con la utilización de las nuevas tecnologías.

## La Sanidad ¿patrimonio único?

GASPAR LLAMAZARES TRIGO

DIPUTADO DE IZQUIERDA UNIDA. PRESIDENTE-PORTAVOZ DEL GRUPO  
PARLAMENTARIO IZQUIERDA VERDE

El año 2002 marca un hito en la construcción del Sistema Nacional de Salud. Por primera vez desde el 1 de enero de ese año, se acaban de cumplir tres años de aquella fecha, todas las CCAA con competentes en la gestión de los servicios sanitarios. Por primera vez, de forma efectiva, la España de las Autonomías incorpora una gestión descentralizada del sistema sanitario.

Izquierda Unida (IU) ha sido defensora, desde su misma creación, por una parte de un Estado Federal y por otra de un sistema sanitario público universal, equitativo, de calidad y sostenible. Estas dos ideas guía siguen en el momento actual sirviendo de norte a nuestra organización y a toda su actividad política en el ámbito que nos ocupa.

Pensamos que un modelo federal del estado es la mejor “plantilla” para ofrecer situaciones favorables para el conjunto de partes que forman España, además de servir, como mejor cauce, para el desarrollo armónico del conjunto y de cada una de sus partes.

Igualmente creemos que un sistema sanitario público, que llegue a toda la población, que no plantee barreras a los ciudadanos en su acceso y que sea proporcionado a las diferentes necesidades de cada uno de ellos, que al hacer del ciudadano su protagonista, que, finalmente, pueda ofrecer servicios seguros y de calidad, es la mejor respuesta al derecho a la salud reconocido en la Constitución de 1978.

Pero ambas ideas, en la medida que actúan como ideas reguladoras, deben ser permanentemente contextualizadas para hacer posible una práctica política pegada al terreno, como es nuestra intención.

Cierto es que desde 1978 hasta hoy los cambios en nuestro país han sido gigantescos. No sólo la Ley General de Sanidad y su desarrollo o las transformaciones en el sector de los servicios sanitarios, sino los cambios sociológicos, económicos y políticos del entorno han sido de tal envergadura que nos obligan a todos, e insisto en el “todos”, a un ejercicio intenso de reflexión, de repensar que signifiquen hoy las palabras, los conceptos de ayer. IU hace ese ejercicio con el mayor interés, no sólo para tener más probabilidades de acertar en sus propuestas, sino porque creemos que es una de las formas adecuadas de contribuir a los consensos necesarios para sustentar uno de los servicios esenciales para cualquier sociedad avanzada como es el sanitario.

En esta clave es en la que me propongo repasar sucintamente tres grupos de asuntos que pueden reflejar nuestra posición general en el debate que nos ocupa: Los problemas heredados, los condicionantes del entorno actual y los desafíos para el futuro.

## 1. Los problemas heredados

Ni me voy a referir a todos, ni la denominación de problemas heredados quiere ser una crítica a todos los que en los últimos 27 años han trabajado en el sector, profesional o políticamente. Pero no puede dudarse que el pasado nos condiciona, de hecho creo que todos podemos acordar que algunas de las notas fundamentales de nuestra agenda se refieren esencialmente a cómo superar esos “problemas heredados”. Resaltaré sólo cuatro:

### El modelo de financiación

En España hemos pasado de una financiación proveniente de la Seguridad Social a otra proveniente de los presupuestos generales del estado y finalmente a la actualmente vigente en la que esta descansa en el modelo general de financiación de las CCAA. El avance que esto supone no se oculta a nadie. El problema se plantea cuando uno se da cuenta de que la financiación del sistema, tanto en unas fórmulas como en otras siempre ha sido escasa. Escasa no significa que la cantidad sea pequeña, significa que ha ido por debajo de lo que otras sociedades emplean en mantener sus servicios sanitarios, lo que necesariamente conlleva la generación sistemática de déficit. Este es uno de los problemas fundamentales, aunque no el único. España, en su conjunto, puede y debe incrementar el porcentaje de PIB que emplea en sanidad, y especialmente en el tramo público de ese gasto. Sin embargo el nuevo modelo de financiación de las CCAA, además de no resolver este problema, por su propia naturaleza puede convertirse en un factor generador de mayores desequilibrios territoriales, al no prever mecanismos efectivos de cohesión que corrijan las diferentes capacidades recaudatorias de las CCAA.

Sin embargo, y esto es fundamental reconocerlo, la solución no es simplemente echar más carbón a la caldera. Si el tren lleva el mismo camino y emplea ese carbón de la misma forma, en poco tiempo nos encontraremos en la misma situación. No obstante quede claro que tenemos un problema evidente de financiación, y que este ni es nuevo ni puede imputarse a las CCAA.

El objetivo de cualquier revisión del modelo de financiación debería recoger los siguientes criterios:

- El gasto sanitario público debe incrementarse en torno a un punto.
- La corresponsabilidad de las CCAA en la financiación no debería suponer la generación de una asimetría en las prestaciones sanitarias en el conjunto del estado.
- La diferenciación de las prestaciones por decisión de una CA debería tener algún límite, y ese límite debería consensuarse en el seno del Consejo Interterritorial. De lo contrario el factor liebre sería difícilmente controlable para el conjunto.
- La financiación debería ser en sí misma un elemento favorecedor de la equidad y la cohesión, no lo contrario.

### El modelo de relaciones laborales

La política de recursos humanos en la función pública española, y especialmente en la sanidad, ha sido, cuando ha existido un ejemplo de lo que se debería hacer. Después de la operación “Villalobos”

parece que estamos a punto de terminar con una de las lacras de nuestro sistema: la interinidad. Pero más allá de esto, que tiene su importancia, el problema es que tenemos unas plantillas y unas tipologías de relaciones laborales muy poco adecuadas a las necesidades del sistema.

## La cultura de empresa

Pero si la financiación y las relaciones laborales son importantes, uno de los mayores problemas que tiene el sistema sanitario es su cultura de empresa. Efectivamente lo que hoy se espera de servicio público está ya lejos de lo que podían ser las expectativas de los ciudadanos hace más de veinte años. Y, sin embargo, es precisamente esa la cultura que todavía tiene nuestra sanidad. Los políticos y especialmente los gerentes tenemos por delante uno de los mayores desafíos a la hora de modernizar nuestra cultura de servicio. Es natural que una burocracia profesional como es la sanidad, muchos de cuyos valores, rutinas y fórmulas organizativas responden más a los intereses de los trabajadores que a los de los ciudadanos, se resista a cambiar. Pero en ello nos van dos cuestiones íntimamente relacionadas: la calidad del servicio, en este caso medida en términos de calidad percibida, o satisfacción, y la legitimidad social del sistema.

Por ello, aun cuando cueste y exija tomar decisiones difíciles que probablemente generen algún tipo de conflicto, es inaplazable invertir en “cambio cultural”.

Para IU es un desafío difícil, pues somos una fuerza estrechamente ligada a los trabajadores, pero si queremos mejorar nuestro sistema debemos comprometernos con un cambio en la cultura de nuestras organizaciones o las estaremos debilitando y con ello al conjunto de los ciudadanos.

## La distribución del binomio autoridad-responsabilidad

El carácter ilustrado de nuestra sociedad: “todo para el pueblo pero sin el pueblo” que aún se mantiene en muchos ámbitos, debe dar paso al reconocimiento efectivo de la mayoría de edad de la ciudadanía. Mayoría que no se puede reducir a votar cada cuatro años.

Es evidente para cualquiera que desde la Ley General de Sanidad no se han desarrollado los tímidos mecanismos de participación que en ella se preveían. Son 19 años perdidos en esta cuestión. IU entiende que la autoridad de los gobiernos y sus agentes no es suficiente para garantizar la gobernabilidad del sistema. No sólo por razones del más estricto pragmatismo, sino también por razones de salud democrática. Nuestros ciudadanos no podrán tener el grado de identificación con el servicio que requiere una sociedad moderna si no tienen formas, muchas y efectivas formas de participar en su orientación, gestión y mejora. Cualquier planteamiento alicorto, tímido o temeroso de la participación no puede conducir a otro escenario que a un progresivo divorcio entre el sistema y los agentes sociales y los ciudadanos.

Es lamentable que la participación, en las discusiones más habituales del momento sobre el tema, sea como hacer “participar” a los ciudadanos en la financiación mediante múltiples formas de copago.

Izquierda Unida cree que los ciudadanos ya pagan el servicio, y sin embargo no reciben todo lo que este puede darles. Quizá haya que replantearse no ya el copago de los ciudadanos, sino los “ingresos” que gracias al sistema tienen muchos agentes que obtienen de él sabrosos beneficios.

Izquierda Unida no se niega a hablar de modificar los mecanismos actuales de copago. Pero creemos que no es justo que eso no implique un análisis previo y la adopción de medidas inmediatas sobre el

reparto de cargas y beneficios de otros agentes. Señaladamente las empresas de tecnología médica, las empresas farmacéuticas, determinados estilos políticos y gerenciales que contribuyen al aumento de la ineficiencia del sistema, y ciertos grupos de profesionales cuya práctica se aparta de los mejores criterios científicos, deontológicos en su área de trabajo.

## 2. Los condicionantes del entorno actual

Junto al pasado son los valores actuales de los parámetros básicos de la sociedad (podría decirse de las prácticas sociales mayoritarias, de la interpretación que la mayoría hace de esas prácticas y de los consensos básicos sobre el cómo deberán ser en el futuro), los elementos que determinan las posibilidades de elección de cualquier agente social, señaladamente de los agentes políticos. Acertar en este asunto es básico para valorar la viabilidad de nuestras propuestas.

Como en el caso anterior no mencionaré más que algunos de estos condicionantes:

### Los servicios de salud: bien necesario, escaso o de consumo

No entraré a hacer valoraciones académicas de hondo calado académico. Pero sí me permitiré un par de reflexiones.

Los servicios sanitarios han pasado a convertirse en un bien de consumo. Con ello quiero decir que cualquier ciudadano español tiene al relacionarse con los servicios de salud una actitud que no se diferencia mucho de la que tiene cuando va a un hotel de vacaciones, o a un gran almacén a comprar. La importancia de este cambio de actitud en los usuarios es tremenda para el sistema.

La exigencia, las expectativas, la búsqueda de alternativas, es algo que el ciudadano aprende en su vida cotidiana y que traslada, cada día con más fuerza a su trato con el servicio sanitario.

No entender esto en los enfoques políticos, en la gestión y en la forma de trabajar, en la cultura, decía antes, puede poner en peligro la supervivencia del sistema sanitario público.

Izquierda Unida no cree que los valores culturales de una democracia de mercado sean ni los mejores ni los únicos posibles. Por eso para nosotros es fundamental valorar este fenómeno y desarrollar políticas, alianzas y propuestas que puedan aprovechar su energía para mejorar el sistema sin por ello desnaturalizarlo.

### Tensiones en el reparto de la tarta presupuestaria

En el título anterior se hablaba de “bien escaso”. Sin duda los recursos que se pueden destinar a sanidad siempre serán limitados. Este no es el problema. La cuestión es si destinamos a la sanidad una parte adecuada a nuestras posibilidades, es decir si la sanidad tiene en el reparto presupuestario del esfuerzo de las diferentes administraciones un peso adecuado a nuestras preferencias sociales.

Izquierda Unida, ya lo reseñe antes, cree que no. Pero es que además el otro problema que tenemos es que los servicios sanitarios tienen que demostrar día a día con su trabajo que son una inversión rentable en términos sociales, es decir que son algo más que un pozo sin fondo para alimentar a grandes corporaciones industriales o a poderosos grupos profesionales.



## Inercia o el riesgo político del cambio, burocracias profesionales y status quo. Equidad y beneficios

Dicen que la sanidad no hace ganar elecciones que pero que las puede hacer perder. Este es quizá uno de los más intrincados problemas a los que nos tenemos que enfrentar. ¿En qué medida estamos los políticos dispuestos a gastar parte de nuestro “crédito electoral” por adoptar medidas duras en el sector sanitario; y no me refiero al copago, me refiero a asumir confrontaciones importantes con grandes corporaciones financieras, industriales, profesionales o sindicales, si ello fuera necesario para desarrollar políticas de interés general? En este caso mi pesimismo es grande. Tengo la sensación de que el tipo de políticas que se hacen tienen más que ver con la prevención de que “cuidado que este conflicto no me cueste las próximas elecciones” que con la conveniencia de las decisiones que deban tomarse.

Uno de los síntomas más preocupantes de que esta dinámica tan “prudente” como estéril parece mayoritaria es la forma tan irresponsable en la que se utilizan los problemas con las listas de espera o las crisis de Salud Pública que se producen a nivel local y algunas decisiones sobre cartera de servicios, política de carrera profesional, acuerdos sindicales, etc.

En el sistema juegan agentes muy poderosos. La mayoría de las fuerzas políticas no se atreve a abordar de frente los problemas. Como mucho a que parezca que algo mejora, incluso a riesgo de aumentar las tensiones de fondo, -el que venga detrás que arree-, con tal de que no verse afectados electoralmente.

A mi juicio una parte sustancial del problema puede ser que la mayoría de las fuerzas políticas acepten, unas con entusiasmo otras resignadamente, que la alternativa al deterioro del sistema público, es decir el privado, no sea, con su impacto en la equidad, un precio a pagar demasiado grande si a cambio consiguen el apoyo, o al menos la neutralidad, de todas esas corporaciones que hemos mencionado anteriormente.

IU confía plenamente en que aún hay muchos agentes sociales, muchos políticos y una inmensa mayoría de ciudadanos que apoyaría a cualquiera que hablara claro y pusiera encima de la mesa “agenda y propuestas valientes”.

### 3. Los desafíos para el futuro

No existen soluciones mágicas, ni siquiera un conjunto cerrado de soluciones, tengan este o aquel color. Si bien no cabe duda de que el futuro nos deparará un sistema sanitario que no satisfará a ningún actor plenamente, eso no debe impedir que seamos capaces de establecer nuestra propia perspectiva junto a nuestra disposición a sumar voluntades, lo bueno es enemigo de lo mejor.

Consignaré muy pocos de los desafíos que tiene por delante el sistema sanitario. Pero me parece oportuno destacar que los desafíos no son iguales, ni en género ni en especie. No son lo mismo los desafíos para un político que para un economista de la salud, un jefe de servicio o una enfermera o un ciudadano. Tampoco son iguales los desafíos para un político del PP que para uno de IU. Por ello adquiere mayor relevancia que seamos capaces de mantener el consenso básico sobre lo que debe perseguir el sistema sanitario público, pudiendo discrepar en los medios para alcanzarlo, siempre dentro de ciertos límites.

En coherencia con lo dicho en el apartado anterior debería ahora poner encima de la mesa lo que antes reclamaba: propuestas claras y valientes.

Pero el espacio asignado a este artículo hace líneas que está desbordado y, sin embargo, el argumento es largo. Pero no sólo por ello me limitaré ahora a enunciar los apartados que al menos debería tener esa agenda. También lo hago porque creo que nuestro problema hoy en relación a la sanidad no es de argumentos o propuestas, sino de voluntad política. De configurar mayorías políticas dispuestas a hablar, acordar y aplicar medidas que no siempre habrán de resultar cómodas a corto plazo:

- *Liderazgo*
- *El papel del sistema sanitario en el conjunto social*
- *Participación, corresponsabilidad y financiación*
- *Equidad y sostenibilidad*
- *La reformulación de la continuidad asistencial (el desafío socio-sanitario)*
- *Calidad y seguridad*

He tratado siquiera de mencionar algunos de los asuntos que a nuestro juicio deberían situarse en la agenda política de quienes tenemos la obligación de dotar de horizontes de futuro a nuestro sistema sanitario. Por parte de IU podemos comprometer nuestra disponibilidad para contribuir a los procesos de debate y construcción del consenso necesario para aportar al sistema estabilidad, ilusión, directrices claras, apoyo político e ideas que permitan mantener a la sanidad como uno de los servicios más valorados por la sociedad, un servicio clave en el estado del bienestar, factor de equilibrio y justicia social. En cualquier caso espero haber podido indicar algunas de nuestras ideas sobre este patrimonio común que es la sanidad pública.



# El dilema de un gerente de hospital. Una trayectoria y un equilibrio necesarios

ALFREDO MACHO FERNÁNDEZ

## 1. Introducción

El ejercicio de la Medicina ha estado rodeado de componentes imprevisibles e inciertos, con tal carga de intuición, que más bien cabía considerarlo como arte que como ciencia. Pero nunca ha estado carente de actitudes analíticas, que estudiaban respuestas, contrastaban resultados y comparaban estas variables entre distintos profesionales. Y han sido estas actitudes comparativas, críticas y valorativas las que han permitido avanzar, pues si bien es cierto que la praxis médica no se ha desprendido totalmente de aquellos componentes de incertidumbre e intuición, el peso relativo que han ido adquiriendo otros elementos ha propiciado una espectacular modificación tanto conceptual como práctica en el avance y desarrollo de la profesión médica.

En los últimos 25 años, se ha avanzado más en la Medicina y en el cuidado de los pacientes que en los siglos precedentes. Nuestra generación ha tenido el privilegio de vivir este cambio y, sobre todo debemos resaltar que ha sabido adaptarse a este ininterrumpido caminar, siendo a la vez partícipe y en ocasiones protagonista del mismo.

La Medicina ha pasado de ser una actividad que podía ser desempeñada sin contestación, a estar en el punto de mira de la *Sociedad* que nos exige resultados, que quiere implicarse en las decisiones que puedan afectarle y aún más, está cada vez más interesada y preocupada por analizar y valorar si los recursos que se utilizan y que es consciente que sufragar, logran conseguir los resultados previsibles. Pero a cambio de ello, nunca una profesión ha merecido tanta atención, despertado tanto interés, ni ha gozado de esta consideración social, lo que le ha posibilitado para ejercer una gran influencia en beneficio de la salud de la Humanidad.

Este vertiginoso cambio que estamos señalando ha afectado no sólo al conocimiento del estricto ejercicio de la práctica médica, sino que ha ido mucho más lejos. Análogamente a cómo ha evolucionado la actividad docente e investigadora en nuestras universidades, el ejercicio de la medicina ha pasado de la responsabilidad individual, sobre criterios implícitos, de aprendizaje por entrenamiento y de desarrollo de habilidades personales, al ejercicio de la profesión médica de forma asociada (en equipo, con criterios explícitos (estándares, gravedad de procesos, respuestas a los tratamientos) y compartidos (calidad de vida, concepción del paciente como cliente, etc.), que están dando a las *profesiones sanitarias* una dimensión y una proyección impensables hace pocas décadas.

Qué duda cabe que estos cambios han ido exigiendo el desarrollo de nuevos métodos de gestión y dirección. La conformación de los equipos directivos se va ajustando progresiva, aunque lentamente,



a criterios más profesionales, donde la formación, la experiencia y la capacidad contrastada van siendo factores cada vez más determinantes a la hora de su elección. Pero no debemos olvidar que en esta actividad como en otras muchas, «se ha hecho camino al andar» en el sentido: más estricto de la frase. La situación de partida no podía ser más desfavorable, por la ausencia de experiencia previa y la confusión reinante sobre objetivos, criterios y proyecto.

Este hecho fue simultáneo con el inicio del aperturismo, que posibilitó el demandado, anhelado y necesario desarrollo de la *representatividad sindical*. Sin embargo, aún reconociendo sus innegables aportaciones índole, debemos reconocer que a menudo se mantienen comportamientos y actitudes trasnochados, centrados en la permanente y alejados de la identificación con los objetivos de la organización lo que propicia ciertas dificultades de entendimiento, de y de capacitación para abordar proyectos innovadores que la modernización y la actualización de los centros, sin alterar sustancialmente el clima laboral.

No obstante lo cual, pese a esta aparente *divergencia* de recorridos profesionales, representación sindical y directivos, se han conseguido avances muy significativos y relevantes, a un alto coste eso sí, pero al final positivos; porque lo que hasta el momento parece aceptado por todos, es, que nuestro sistema sanitario es un bien que no debemos dilapidar. Sobre cómo debemos hacerlo subsistir y lograr mejorarlo continuamente es donde se centra la discrepancia y el debate.

Corresponde a los *poderes públicos* garantizar que el sistema sanitario ofrezca una respuesta eficiente a las necesidades de salud de los ciudadanos. La influencia de los medios de comunicación, de las asociaciones científicas y ciudadanas, de las instituciones, de la universidad y de la industria, configuran una amalgama de interrelaciones que confluyen en cada centro sanitario de forma que, ahora más que nunca, la figura del *gerente* ha de centrarse en asumir las exigencias de la sociedad y generar una cultura de gestión eficiente, en definitiva, convertirse en el principal impulsor y armonizador para liderar, explicar y acometer la calidad, punto de encuentro y confluencia entre el gerente y los profesionales clínicos. Para su consecución la gestión ha desarrollado una serie de técnicas y habilidades en los centros asistenciales que le han colocado en una posición relevante. Sin embargo esto le exige, con mayor motivo, hablar cuando es preciso claro y alto, actuar siempre con prudencia y mantenerse en la medida de lo posible en un plano discreto.

Ha sido trascendental rodearse de equipos con iniciativa, imaginación y capacidad para gestionar la contradicción. Personas dotadas de la capacidad para avanzar, aún en la discrepancia, haciendo gala permanente de actitudes prudentes, equilibradas y racionales, que no den pie a la inseguridad, que minimicen la incertidumbre y que se convirtieran en impulsores tenaces y firmes de los objetivos y de los criterios de calidad, evidencia y equidad.

Hemos querido señalar algunos hechos y connotaciones que han presidido la evolución de la gestión de nuestros hospitales. Podríamos concluir que la característica común y principal constante, en la gestión hospitalaria del último cuarto de siglo, ha sido la continua *presión por el cambio*. Cambios que en ocasiones se han orientado a objetivos y resultados, mientras que en otras únicamente al proceso o al modelo de gestión.

## 2. La gestión de los centros sanitarios ante la presión por el cambio

Nuestro sistema sanitario, al igual que otros, incluso aquellos con estructuras organizativas y de financiación bien distintas al nuestro, ha estado sometido a continuas modificaciones. Pero la direc-



ción hacia la que iban dirigidos estos cambios, posiblemente bien conocida por los responsables de la política sanitaria en cada momento, no siempre fue tan explícita para quienes trabajábamos como gestores de los centros asistenciales como lo es ahora, desde esta visión retrospectiva que nos permite el paso del tiempo.

Para hacer más comprensible esta exposición marcaremos tres puntos en el tiempo en el que sucesivamente aparecieron ciertas características que se fueron incorporando al quehacer diario de los gestores y configuran actualmente el núcleo de su trabajo.

- Los últimos años de la década de los 70 y principio de los 80, se caracterizaron en nuestro país por la aparición de gran número profesionales excelentemente formados y de tecnologías y estructuras capaces de dar respuesta a nuevas demandas poblacionales, fruto gran medida del desarrollo económico y sociocultural incipiente en nuestro país. Por ello calificaremos esta época y el entorno en el que desarrolla, como el *desarrollo tecnológico*.
- A mediados de la década de los años 80 se empieza a constatar vertiginoso incremento que se va a producir en el gasto durante años venideros y la dificultad de mantener desde el punto de vista económico, un sistema sanitario en pleno desarrollo y que terminaba de universalizar sus prestaciones. Aparece así la que llamaremos I tomo dirigido a la *contención del gasto*.
- Por último, y posiblemente como reacción a los resultados del entorno que había presidido los años anteriores, desde mediados de los años 90 la política sanitaria parece ir dirigida, sin olvidar la necesidad mantener los objetivos de las dos épocas anteriores, a la evaluación y adecuación en la distribución y utilización de recursos, hacia la búsqueda de la calidad de la atención, orientando nuestras organizaciones hacia las necesidades tanto de las personas que atendemos como hacia los procesos que padecen, en definitiva hacia los pacientes o personas con una enfermedad. Será la época que denominaremos como la *orientación al paciente*.

Estos tres periodos que en ocasiones han afectado a los objetivos de resultados de las organizaciones hospitalarias, y en otras únicamente al proceso o modelo de gestión, conforman la motivación de los equipos de dirección actuales sobre tres líneas de valores superpuestas.

### 3. La gestión en el final de los años 70 y principio de los 80: El desarrollo tecnológico y la administración de recursos

Por el Decreto Ley 3/ 1978 se constituyó el INSALUD como entidad gestora de la Seguridad Social dependiente en ese momento del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, aunque en 1981 pasó a ser dependiente del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social en lo competente a la gestión económica y de personal, mientras que al entonces ya Ministerio de Sanidad y Consumo quedo reservada la función de la actividad asistencial. Esta separación de competencias administrativas es un fiel reflejo del modelo de gestión que en este momento se debía ejercer. Se trataba de dar respuesta a las demandas de atención poblacional cuyas necesidades venían determinadas fundamentalmente por los profesionales sanitarios. Unos profesionales que ya arrastraban una excelente formación pregraduada en nuestro país y que en esos momentos contaron con la oportunidad, para ellos y especialmente para toda la población y sin duda para los gestores, de un sistema de formación posgraduada reglada como fue el

sistema MIR que dio lugar a una excelente mejora en la cualificación de nuestros profesionales comparables a la de cualquier otro profesional de los países de nuestro entorno.

Sin embargo, la ordenación de la asistencia hospitalaria y extra-hospitalaria continuaba basándose en el decreto de 2766/1967 constituyendo las diferentes dependencias patrimoniales y funcionales de los servicios asistenciales, un puzzle difícil de encajar que limitaba de forma importante la continuidad de cuidados a los pacientes. Nuestros hospitales distribuidos según un criterio territorial (comarcales, regionales, provinciales y ciudades sanitarias) eran auténticos organismos con autonomía y descentralización, carentes de cualquier tipo de coordinación interhospitalaria o interniveles. Esta descoordinación estaba incluso presente entre los diferentes servicios de cada uno de los hospitales, dirigidos por un Jefe de Servicio, en muchas de las ocasiones de gran prestigio profesional en su especialidad clínica y escasa o nula formación en gestión. En la mayoría de estos centros la Dirección del hospital era ejercida por uno de esos Jefes de Servicio, también de gran prestigio profesional dentro de una estructura organizativa totalmente verticalizada y donde su gestión se limitaba más bien a la administración de recursos.

Pero expuesta así la situación, podría entenderse como fácil y sencilla la labor de quienes dirigían los hospitales en aquellos momentos. Sin embargo, y sin disponer de hechos fácilmente objetivables, quienes vivíamos la sanidad como clínicos en esos momentos podemos aún recordar cómo influían en la toma de decisiones tanto los cambios políticos, que nuestro país estaba viviendo en esos momentos, como el desarrollo de la reforma del Sistema Sanitario, que concretaba hacia dónde o con qué objetivos se estaba gestando desde la demanda de diferentes colectivos. Esta situación social y cultural del país sin duda tuvo su repercusión en la dirección y gestión de los hospitales e hizo que los entonces gestores tuvieran que actuar en muchas ocasiones como mediadores de conflictos entre los diferentes colectivos e ideologías del momento; profesionales sanitarios, población y organizaciones sindicales que comenzaban a tomar gran protagonismo.

Mientras tanto, el gasto sanitario de nuestra atención especializada crecía de forma tan rápida que, aun sin responsabilidad sobre el gasto, la reforma sanitaria que se produciría en los años siguientes ponía de manifiesto la necesidad de profesionalizar la gestión.

Tras esta breve descripción sobre algunos hechos de interés, por la repercusión de los mismos sobre el tipo de gestión con que contaban nuestros centros, podríamos calificarla como cercana a la administración y a la gestión burocrática.

#### **4. La gestión desde los primeros años 80 hasta mediados los 90: La contención del gasto y la gestión «profesionalizada»**

Los gestores de las instituciones sanitarias *públicas*, se encuentran en medio de un conflicto de intereses entre los enfermos, los profesionales sanitarios, los directivos y los políticos. Diferentes encuestas de opinión realizadas entre profesionales sanitarios muestran un acuerdo de la necesidad de reformar del sistema sanitario superior al 98%. Mostrando una mayoría su deseo de optar por la de elección de médico, la compatibilidad del ejercicio de la medicina pública con el privado y la búsqueda de nuevas fórmulas de pago, como el pago por acto. Desde los ciudadanos, diferentes encuestas mostraban la diversidad en las preferencias de los diferentes colectivos, y los programas sanitarios de los



distintos partidos políticos mostraban divergencias en criterios claves para los gestores sanitarios como la privatización de la gestión de los centros públicos. Sin embargo, entre todos estos colectivos y tendencias ideológicas se encontraba una propuesta que podríamos considerar aceptada por todos ellos, que era la necesidad de hacer una gestión más profesionalizada de los centros hospitalarios.

La *Ley General de Sanidad* de 1986 legisló, por fin, con muchos debates previos, lo que supondría la reforma sanitaria en España. En lo que se refiere a los centros hospitalarios la Ley regula ya la integración de todos los centros en una única red asistencial y constituye como norma la existencia de un hospital como cabecera de Área de Salud. Se abre así la coordinación de la asistencia hospitalaria con la extra-hospitalaria, aunque con anterioridad y por Decretos leyes ya esta regulada la integración de los Facultativos de las llamadas Instituciones Abiertas de la Seguridad Social en estos centros. Pero es esta Ley la que indudablemente dio respuestas a las necesidades demandadas por los distintos agentes sociales y puso ante los gerentes nuevos retos como el tener que dar respuesta a un mayor número de ciudadanos con los mismos recursos, a estructurar fórmulas que permitieran la participación ciudadana y de los colectivos de la Atención Primaria.

Durante los años que duró la elaboración de la Ley, precedida por numerosos anteproyectos, los centros hospitalarios renovaron paulatinamente sus equipos directivos apareciendo centros de formación como la Escuela de Gerencia Hospitalaria, que inició su andadura por el año 82 y que desde el conocimiento de la teoría trató de dar contenidos directivos a profesionales que ya estábamos inmersos en la realidad de la gestión hospitalaria.

Puede que a partir de estas pinceladas de formación que muchos gestores habíamos recibido y de la necesidad de control del gasto público que crecía de forma desmesurada, al igual que lo hacía la demanda, surgieran muchos de los primeros números y cuadros de mando en la mesa de los gerentes de aquella época. Cuadros de mando con datos cuestionados por los profesionales, fabricados a partir de datos recogidos con sistemas de información totalmente artesanales y que hacían que, en muchas ocasiones, la toma de decisiones se basara más en la intuición que en la información. De aquí surge otra nueva necesidad, el desarrollo de *sistemas de información* válidos para la gestión. Conocer al menos el volumen de asistencia que prestaban nuestros centros y, unos años más tarde, la necesidad de conocer con detalle el gasto real y relacionarlo con la producción fue nuestro nuevo reto.

El tratar de conocer el volumen real de la asistencia y la coordinación de la misma entre servicios (mediante herramientas como la historia clínica única por paciente) fueron algunas de las razones que provocaron la aparición de las admisiones centralizadas de pacientes y de archivos de historias clínicas únicos. Esto, de alguna forma, se vivió por los clínicos como una usurpación de funciones por parte de gerencias y hubo que vencer las resistencias al cambio que suponía la aparente pérdida de poder para éstos. Aparece así un conflicto cultural entre médicos y gestores que para algunos se entendió como e de la «libertad clínica» y un aparente desplazamiento del poder. Sin embargo, los profesionales de la medicina seguían manteniendo el poder de decisión sobre el gasto y la influencia en los pacientes, más allá de las decisiones clínicas que siempre han gozado del criterio profesionalidad que requieren.

A pesar de los esfuerzos de los gestores, el gasto sanitario continuaba creciendo y el control del mismo se ejercía a través de sistemas de información sobre indicadores que indicaban muy poco (*Decreto Hospitalario* de 1978), como eran las estancias medias, los índices de ocupación, los índices de rotación y toda la serie de que propugnaba el *Nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria* de los años 80, que no permitían relacionar el volumen asistencial con el gasto de cada uno de los centros. Todo ello nos llevó a desarrollar y tener que aprender nuevos métodos en gestión que trataban de medir el producto hospitalario.

En la búsqueda de medidas de actividad y producto hospitalario aparecen los sistemas de Indicadores de producto intermedio: UBA = *Unidad Básica Asistencial (Cataluña)*; UPA = *Unidad Ponderada Asistencial (INSALUD)*; EVA = *Escala de Valoración Andaluza (SAS)*, UCA = *Unidad de Coste Asistencial (Osakidetza)*. Indicadores ajustados por casuística y los sistemas de medidas orientados a los resultados como los Grupos Relacionados con el Diagnóstico, los PMCs, el *Disease Staging* y otros sistemas de medición del *case-mix*.

Si en todas las profesiones la formación continuada ha sido una necesidad, en la del gestor de hospitales, donde se partía de cero y donde los cambios que se pedían de los centros eran tan importantes, esta necesidad, sin disponer de centros de formación e inmersos en la gestión diaria de los centros, se hacía más acuciante.

Los beneficios que se iban obteniendo desde la gestión profesionalizada no fueron percibidos por los profesionales que cada día se sentían más alejados de quienes, a su juicio, tomaban las decisiones y estos fueron desentendiéndose de la gestión incluso de sus propios servicios y de la gestión de la práctica clínica. La pérdida de poder que habían percibido los responsables de los servicios médicos y su alejamiento de cualquier aspecto relacionado con la gestión conllevó el desprestigio e infravaloración de esta disciplina y de los propios gestores.

Paralelamente a finales de los años 80 surge otra norma reguladora sobre la estructura y funcionamiento de los centros hospitalarios (en INSALUD regulado por el *Decreto 521/87*) que, sin negar otros beneficios, consigue fragmentar aún más la cultura hospitalaria. La división entre las Direcciones médica y de enfermería repercute también en la coordinación del trabajo asistencial.

Los gestores, que por otro lado continuaban sometidos a los requerimientos de la administración para asegurar las necesidades asistenciales de la población y la adecuada utilización de presupuestos, no conseguían el objetivo de contención del gasto. Además se habían añadido otros problemas que hacían necesario romper las barreras de comunicación que se habían establecido y nuevos métodos de gestión presupuestaria.

## 5. Los 90 y más: La orientación de los centros sanitarios hacia el paciente y la gestión de la excelencia

A partir de 1991 comenzaron algunos intentos para separar la financiación de la provisión de Servicios. En el caso del INSALUD no transferido se definió un Programa-Contrato marco, entre el Ministerio y el INSALUD y Contratos-Programas específicos entre el INSALUD y las Gerencias de Atención Especializada, dirigidos a potenciar la autogestión de las Instituciones y tratando que los presupuestos hospitalarios estuvieran en función de las actividades a desarrollar por cada centro. Se comienza la facturación a terceros y la competencia entre Áreas, como estrategias de mercado interno dirigidas a configurar a los Hospitales como Empresas de Servicios en la búsqueda de eficiencia. Con estas estrategias se pretendía trasladar el riesgo desde el financiador al provisor del servicio. Pero los centros hospitalarios, públicos en su mayor parte y especialmente los no transferidos a Comunidades Autónomas, formando parte de la Administración, estaban sometidos a la Ley de Contratos de Administraciones Públicas y contaban con un régimen de personal estatutario, muy similar al funcional. A pesar de ello, se llevan a cabo intentos dirigidos a una gestión más eficiente, estableciendo concer-

taciones del sector público con el privado y se regulan nuevas fórmulas de gestión y estrategias de atención diferentes a la hospitalización tradicional.

La *Ley 15/1997, de 25 de Abril*, sobre nuevas Formas de Gestión del Sistema Nacional de Salud estableció la posibilidad de que la gestión de los centros y servicios sanitarios se pudiera realizar directa o directamente a través de cualquier entidad de naturaleza o titularidad pública admitida en Derecho. Amparó la gestión a través de entidades públicas empresariales, consorcios, fundaciones u otros entes dotados de personalidad jurídica propia. Fruto de esta normativa y de la *50/1998, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social* han aparecido en la sanidad de nuestro país, junto a los tradicionales servicios con financiación de la Seguridad Social, determinadas Sociedades Estatales como entidades públicas o privadas, las Fundaciones Públicas y los Consorcios.

Pero la dificultad de gestión del Hospital como una empresa, no radicaba sólo en las formas de financiación. Las características propias de su misión asistencial, docente e investigadora hacen que sea considerado como una empresa multiproductos muy especial, donde deben convivir la gestión hotelera, la técnica y la clínica. Aunque las dos primeras podrían beneficiarse del modelo y de las técnicas de la gestión industrial, ambas deben estar integradas y al servicio de la tercera, la gestión clínica. La falta de esta visión integradora de la asistencia había hecho que, hasta casi mediada la década de los 90, la dirección de los hospitales se hubiera centrado básicamente en temas de la operativa, mediante el uso, y en ocasiones abuso, únicamente de herramientas como la bien conocida (DPO) *Dirección Participativa por Objetivos*. El cambio supuso incorporar los modelos de Dirección y Planificación Estratégica, un método formal que permite abordar de forma sistemática la potencial repercusión de futuro en nuestras decisiones y dirigir el hospital hacia el protagonista final: el paciente.

Pero la aplicación de los principios de gestión clínica a los hospitales no sólo va a requerir cambios en los modelos de contratación y de planificación, sino que hace imprescindible el que estos vayan unidos en su estructura organizativa.

La clásica *estructura organizativa* de nuestros hospitales (con la división médica, de enfermería y de gestión) podría, en parte, ser considerada como una forma mixta entre la denominada en el mundo empresarial organización divisional y la denominada funcional. En el organigrama divisional las empresas se estructuran en función de una determinada serie o gama de productos, y cada división es prácticamente independiente en sus actividades. Mientras que en el organigrama funcional se agrupan en las diferentes funciones (producción, finanzas, etc.). La gestión clínica, donde la actividad debe ser integradora y dirigida a las necesidades del paciente, va a requerir desarrollar organigramas matriciales, y la tradicional organización jerárquica funcional y verticalizada debe convivir con otras formas orientadas a coordinar actividades y a cumplir objetivos dirigidos al paciente.

En cualquier caso, nuestros hospitales, aunque con la *Gestión Clínica* lleguen a integrar todas las actividades y dirigir sus esfuerzos a resolver el problema de salud que ha llevado al paciente al hospital, consiguiendo los mejores resultados tanto desde el punto de vista científico-técnico como de costes o eficiencia del sistema, no deben olvidar otros aspectos o atributos de la atención que deben cubrir las necesidades del paciente como persona. Es ésta la principal característica de lo que hoy conocemos como el hospital orientado al paciente. El avance que a nivel clínico, tanto en el diagnóstico como en tratamiento de las enfermedades, se ha conseguido, tiene que ir acompañado de la cobertura de nuevas necesidades y valores que derivan del cambio social, cultural y económico que se ha producido en nuestra sociedad. Así, problemas éticos, que en otras circunstancias no lo fueron, como las que provienen del desarrollo científico, deben pesar en las decisiones del gestor a la hora de introdu-



cir nuevas tecnologías o al tener que enfrentarse a problemas como el rechazo al tratamiento, el respeto a la intimidad, etc.

En definitiva, los 90 y más, título con el que iniciábamos este apartado, y muy posiblemente los 2000 y más, siguen exigiendo el continuo cambio y aprendizaje al que ya estamos habituados los gerentes y que posiblemente es lo que hace de esta tarea una verdadera profesión. Algunos retos –rápida aparición de tecnologías de información y de comunicación, gestión de la demanda en cuanto a nuevas alternativas a la hospitalización tradicional, marketing hospitalario, nuevas formas de gestión en la hospitalización o el desarrollo de nuevas tecnologías sanitarias-, la mayoría para hoy, de todos los que trabajamos en el sanitario, pero en los que el buen hacer de un gestor va a suponer el avance o no de la atención especializada. Y ese buen hacer vendrá determinado por saber o no gestionar nuestras organizaciones hacia la excelencia. Es aquí donde debemos y podemos, aprender del mejor y en este caso es muy válido y de gran ayuda seguir el modelo de excelencia de la *European Foundation for Quality Management* (EFQM). Este modelo se basa en la premisa de que la satisfacción del cliente, la satisfacción de los empleados, los resultados claves de la empresa y un impacto positivo en la sociedad (criterio deseable en cualquier empresa que busque la supervivencia a medio plazo) se consiguen mediante el liderazgo, el desarrollo de una política y estrategia de la organización, una acertada gestión de personal, el uso eficiente de los recursos y una adecuada definición de los procesos, lo que conduce finalmente a la excelencia de los resultados empresariales. El modelo propuesto consta de una serie de elementos o criterios que permiten la autoevaluación y el seguimiento de nuestros logros para determinar la organización hacia la excelencia.

## 6. Conclusión

Por último, como resumen de esta exposición, abordaremos la necesidad de adoptar estilos de dirección acordes con la cultura de cada organización. Expresado de forma más comprensible, nos estamos refiriendo al requisito preliminar de lograr un cambio cultural en las organizaciones para ejercer el estilo de dirección que puede conseguir la excelencia. Un modelo “a la carta” o modelo Harrison-Hand sobre la cultura de la organización, presidida cada una de ellas por diferentes dioses mitológicos que representan los distintos estilos de dirección para cada una de aquellas. Así, para las organizaciones con estilos de dirección presididos por el dios Zeus (autocrático y en el mejor caso paternalista) sólo funcionarían en culturas donde domina el temor, mientras que aquellas donde predomina la producción de «papel” y la compartimentalización de las funciones, cercanas a las burocracias, estarían dirigidas por estilos representados por el dios Apolo, donde la actuación por sí misma, la burocracia, justifica la existencia de las organizaciones. Por otro lado, la diosa Atenea, diosa de la sabiduría y de la guerra, tendría cabida en las “meritocracias” o el voluntariado, y sólo sería válido en las organizaciones que pretendan su supervivencia a corto plazo. Por último, sólo en las democracias, donde predomina la cultura del apoyo y del trabajo en equipo se conseguiría la excelencia.



## Sanidad y Democracia

CARMEN MARTÍNEZ AGUAYO Y MANUEL GARCÍA ENCABO

### 1. Del estado de beneficencia...

El futuro de nuestro sistema sanitario es concebido, en muchos casos, como la consecuencia lógica de hechos y acontecimientos pasados o como producto de una ley que regiría de forma determinista la evolución de la sociedad y de la historia. Descubrir y seleccionar los hechos es darle sentido al pasado, pero si queremos proporcionar también una función social al presente es necesario vincular los hechos, la estructura y la organización a las distintas ideas, acciones y opciones humanas y políticas, tanto en el análisis del pasado y del presente como en el diseño e imagen del futuro.

En 1976 las diferencias en la comparación con los países de la Comunidad Europea del gasto dedicado a las principales funciones del Estado de Bienestar, eran suficientemente expresivas de la desatención en que se hallaban las necesidades y demandas de los ciudadanos: 34,8% en enseñanza, 77,6% en sanidad, 62,6% en seguridad social -pensiones y otras prestaciones sociales- y 39,7% en vivienda y desarrollo colectivo.

El Estado de Bienestar iniciado en 1883 en Alemania y acuñado como tal, después de la segunda guerra mundial para definir las actuaciones del Estado relacionadas con la redistribución de las rentas, la prestación de los servicios de sanidad, educación y otros servicios de protección social como respuesta histórica a los problemas derivados de la industrialización cuando se rompe la protección de la familia de la comunidad, no puede considerarse una realidad en nuestro país antes de 1975. La crisis del Estado de Bienestar no surge con democracia, con la democracia surge el Estado de Bienestar.

Antes de la democracia los servicios sanitarios no pueden considerarse como un sistema organizado. La Ley de Bases de Sanidad Nacional (1944), vigente hasta 1986, respondía al concepto de un Estado liberal y benefactor, De acuerdo con ella las distintas administraciones públicas (Estado, Diputaciones, Ayuntamientos) debían ocuparse de la Salud Pública, dejando al individuo la responsabilidad de la atención a su enfermedad. La beneficencia se encargaba de atender las necesidades de la población sin recursos económicos. Sólo en el caso de algunas enfermedades consideradas de especial trascendencia social (tuberculosis, lepra y dermatosis, paludismo, cáncer, enfermedades sexuales, mentales) las administraciones públicas se encargaban de su asistencia a través de la red de hospitales y dispensarios.

Sólo con la idea de mejorar la productividad de las empresas mediante la reparación de la salud de los trabajadores, no el de contribuir a paliar las desigualdades y de reconocer el derecho a la salud, se

crea en 1942 el Seguro Obligatorio de Enfermedad, financiado con las cuotas de los afiliados y sin ninguna transferencia ni implicación del Estado, dentro del sistema de protección social del Instituto Nacional de Previsión.

## 2. ...al estado de bienestar: La salud como derecho

Las demandas de una sociedad que no se correspondía con la organización del Estado, la necesidad de modernización, no en el concepto más en boga de la doctrina neoliberal, sino en el sentido de aportar a cada individuo un máximo de libertad, de igualdad de oportunidades y de solidaridad, la necesidad, en resumen, de legitimar el nuevo sistema democrático impulsó un crecimiento de los servicios y del gasto público que reforzaban la función redistributiva del Estado.

El reconocimiento del derecho a la salud de todos los ciudadanos, recogido en el artículo 43 de la Constitución de 1978 y la creación del Sistema Nacional de Salud en 1986, a través de la Ley General de Sanidad, supone un cambio radical sobre la situación precedente, los elementos nucleares sobre los que se asientan la asistencia garantizan el acceso universal y la equidad de los servicios:

- Financiación pública a través de los ingresos del Estado y mayoritariamente mediante impuestos.
- Aseguramiento público sin entidades intermedias.
- Universalización de la cobertura y de las prestaciones del sistema.
- El acceso y las prestaciones sanitarias se realizaran en condiciones de igualdad efectiva.
- Provisión pública mayoritaria, considerando subsidiario el curso de servicios privados a través de conciertos u otros sistemas contractuales.
- Integración de las políticas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, junto a las prestaciones asistenciales
- La política de salud estará orientada a la superación de desequilibrios territoriales y sociales.

La universalización, el avance tecnológico de una sociedad industrial que permite nuevas aplicaciones en los medios diagnósticos y terapéuticos y las nuevas demandas de una sociedad desarrollada han caracterizado la historia de las últimas décadas de nuestro Sistema Sanitario como una época de expansión y crecimiento, más significativa en la década de los años ochenta y de forma más controlada, en referencia a la evolución del PIBn, en los años noventa.

En 1977, a pesar de la incorporación de nuevos colectivos a la seguridad social, fundamentalmente en la etapa 1953 -1962, de regímenes especiales, se estima que el sistema de seguridad daba sólo cobertura al 77% de la población, este porcentaje ha ido creciendo de forma paulatina hasta llegar a la práctica universalización (Decreto sobre Universalización de 1989), lo que ha supuesto la incorporación de más de siete millones de personas.

En 1997 el gasto dedicado a la asistencia sanitaria supuso el 12,2% del conjunto de los presupuestos públicos, siendo superado únicamente por la cantidad dedicada a la percepción de pensiones. Durante el periodo 1984-1998, el gasto sanitario creció en nuestro país un 527,16%, mientras que el PIBn, utilizado como referencia para valorar el crecimiento del gasto sanitario, crecía únicamente el 217,21%.

A pesar de este crecimiento, el porcentaje de gasto sanitario en relación con el PIB sigue siendo (7,3%, 78,2 % de gasto público uno de los menores de la Europa occidental. En 1994 el gasto sanita-



rio por ciudadano en términos de paridades de poder adquisitivo era de 1419 dólares USA para la media de los países de la Europa occidental situándose España (1005 dólares USA) por delante únicamente de Portugal, Grecia y Turquía.

### 3. Una oferta de servicios adecuada

El incremento y coordinación de la red asistencial mediante la integración de las distintas redes (Hospitales Universitarios, AISNA, Entidades Locales, etc.) y la puesta en funcionamiento de nuevos Centros en territorios con carencia de accesibilidad o de gran crecimiento demográfico, ha permitido la adecuación de la oferta a las características demográficas y socio-culturales de la población.

La evolución del número de camas para enfermos agudos es suficientemente significativa del esfuerzo realizado en la racionalización y adecuación de la oferta. Desde 1985 el número de camas para cada 1000 habitantes ha permanecido constante (2,4 camas/1000 habitantes) a pesar de haber entrado en funcionamiento un número significativo de hospitales. Además de la adecuación territorial habría que mencionar la cualificación y potencialidad de la oferta: la oferta total de camas ha descendido en un 10% (1985-1994), pero de forma muy desigual según su utilidad, ha aumentado hasta un 215% en hospitales geriátricos y de crónicos, se ha reducido de forma notable en hospitales infantiles (77%), maternales (25%) y psiquiátricos de larga duración (37%), por el contrario se ha triplicado el número de camas psiquiátricas en los hospitales de agudos.

La reforma de los servicios de Atención Primaria ha significado una mejora notable en la relación con la oferta y la accesibilidad de los servicios. En los años setenta, la historia y la ciencia pasaban por la medicina general, la desprofesionalización, el carácter puramente administrativo de los servicios, el desprestigio social de los profesionales eran los signos más evidentes de su anacronismo; por el contrario hoy los Centros de Salud son las instituciones mejor valorada por los ciudadanos. Actualmente prestan servicios en la sanidad pública un médico general-pediatra por cada 1536 ciudadanos, habiendo ampliado más del 75% de los profesionales su oferta horaria de dos y media a siete horas al día, una red de Centros de Salud y Consultorios Locales se extiende por todo el territorio del país impidiendo *cualquier* problema de accesibilidad. El tiempo medio de consulta, indicador que condiciona la calidad del servicio, se ha duplicado en los últimos años sobrepasando los cinco minutos para consultas de carácter leve y los treinta minutos para casos programados y con una mayor complejidad.

La capitalización de los Centros e Instituciones sanitarias tanto en recursos humanos, como en tecnología y nuevas formas de oferta han sido otras de las características de estos años. Las remuneraciones de personal representaban en 1975 el 43,8% del gasto y en 50,5%, entre 1985 y 1994 el número de profesionales contratados Hospitales públicos se incrementó en un 36,16%. El desarrollo del programa de formación MIR ha supuesto, con toda seguridad, la aportación más importante a la calidad de la asistencia, sustituyendo sistemas de formación no reglados ni acreditados a los que se tenía acceso desde criterios discrecionales. La creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria junto al desarrollo de una organización que favorece el trabajo en equipo ha sacado a la Atención Primaria del estado acientífico en el que se encontraba, incorporándola al conocimiento y al hacer de la medicina contemporánea.

Las nuevas tecnologías médicas, incuestionables por su aportación al diagnóstico y tratamiento, se han incorporado de forma progresiva y accesible en todo el territorio.



El incremento de la atención ambulatoria ha modificado de forma notable la oferta de servicios de los Hospitales, introduciendo modalidades asistenciales más adaptadas a las demandas de los usuarios y más eficientes para la organización. En el Servicio Andaluz de Salud, por ejemplo, el número de procesos atendidos en consultas externas en 1997 fue 3,70 millones, un millón más que en 1993, el porcentaje de intervenciones quirúrgicas programadas realizadas ambulatoriamente alcanzó el 21,75% y 185005 procesos fueron atendidos en hospital de día. En el conjunto del sistema en 1985 se realizaron cerca de 21 millones de consultas, creciendo en 1994 hasta más de 39 millones.

Cambios profundos se han producido también en la oferta de servicios relacionada con los problemas de Salud Mental. Desde la creación de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica en 1983, se ha ido produciendo una progresiva desinstitucionalización de estos enfermos, creándose unidades de agudos en los Hospitales Generales y unidades ambulatorias para la atención de estos enfermos en su comunidad. Desde 1985 se ha reducido en más de un 32% el número de camas psiquiátricas, ubicándose más de 2500 camas en hospitales generales y existiendo una Unidad de Salud Mental ambulatoria por cada 75000 habitantes.

#### 4. Cambios en la gestión y la organización

Paralelamente a la adecuación y modernización de los servicios, se han venido desarrollando importantes cambios en gestión y organización. El hecho más relevante y específico, sin duda, de nuestro Sistema Sanitario, acorde con la organización política y administrativa del Estado, ha sido el proceso de transferencias de competencias en materia de asistencia sanitaria a las Comunidades Autónomas. Esta decisión, toda vez que finalice el proceso de transferencias, sitúa la responsabilidad política y administrativa más cerca del ciudadano a la vez que exige una colaboración y cooperación por parte de todos los responsables y todas las Administraciones, fragmenta el volumen gestión permitiendo un mayor control y eficiencia de los recursos y facilita adecuar los servicios y la organización de los servicios a las características sociales y culturales de cada comunidad.

El crecimiento de la actividad y de los recursos utilizados ha exigido transformar y potenciar de forma radical la gestión y la dirección de los Centros e Instituciones sanitarias, pasando de procesos de administración artesanales, realizados por los propios profesionales y ligados directamente a la producción, a sistemas de gestión que incorporan, procedimientos utilizados en la empresa privada y enfocados de forma primordial a la gestión económica y de personal. Aspectos éstos considerados claves y sobre los que han girado las preocupaciones y la búsqueda de soluciones durante las últimas décadas.

En los hospitales públicos el número de directivos por hospital ha crecido en un 8,92% entre 1973 y 1990, el personal de carácter administrativo ha aumentado también en este mismo periodo en un 10,30%. En Atención Primaria se ha pasado de una dirección ejercida por un inspector médico y una enfermera jefe por ambulatorio o consultorio, a un equipo de dirección muy similar al de los Hospitales.

Coincidiendo con decisiones adoptadas en otros países de nuestro entorno, se constituye en 1990 una Comisión para el Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. En la argumentación por la que se justifica su constitución se reflejan aquellos razonamientos ya utilizados por países con servicios públicos consolidados y asentados y que contemplan, según las ideas predominantes en ese momento, la reforma del Estado de Bienestar siguiendo los cambios propugnados en el Reino Unido por gobiernos conservadores: «Para resolver las crecientes tensiones económicas, las profundas mutacio-



nes demográficas, las nuevas actitudes sociales y la presión del progreso técnico-médico que demandan la transformación de los actuales sistemas sanitarios debería valorarse aquellos aspectos de «regulación versus competencia».

En su informe, acorde también con las propuestas realizadas en otros países, la Comisión propone, entre otras, las siguientes recomendaciones:

- Separación de las funciones de financiación, aseguramiento y provisión.
- Transformación de los hospitales y otros centros de servicios sanitarios en sociedades estatales sometidas al derecho privado.
- Descentralización de la contratación de personal por cada uno de los Centros.
- Extender las prestaciones realizadas por entidades colaboradoras y mutuas.
- Desarrollar sistemas de copago para algunas prestaciones.
- Separar la financiación dedicada a actividades de promoción y prevención.

Estas recomendaciones, nunca asumidas oficialmente por ninguna de las Administraciones sanitarias, consonantes con el pensamiento dominante han impregnado el debate, los deseos y actuaciones durante la década de los noventa.

Hasta ahora lo que se ha venido realizando son orientaciones que pueden incluirse en la llamada «competencia gestionada» a través de sistemas «híbridos de contratación» que se sitúan entre los procedimientos de mercado y jerarquizados y separan teóricamente la financiación, compra y provisión de servicios. Se parte de jerarquías públicas centralizadas, con sistemas de provisión integrados verticalmente y no implican un modelo de organización sanitaria único, existiendo múltiples posibilidades de combinar incentivos, controles, transacciones de mercado y acuerdos de cooperación.

Los modelos híbridos permiten acuerdos de cooperación con incentivos superiores a la estructura jerárquica pero con una capacidad de coordinación superior a la factible a través del mercado. Los contratos Programas y los cambios en la entidad jurídica de los Centros (Empresas Públicas, Fundaciones, Consorcios, etc.) pueden considerarse variantes de esta alternativa. El objetivo es transformar organizaciones basadas en los principios de jerarquización, centralización, control por normas (burocracias), en otras caracterizadas por acuerdos, control por incentivos, distribución de riesgos y de derechos de decisión.

Los cambios en la entidad jurídica de los Centros se han producido, hasta ahora, salvo en Cataluña, que ya partía de esta tradición, en la zona periférica del sistema (Centros nuevos, Unidades Específicas de Tecnología, Servicios de Emergencias), utilizándose para el resto y gran mayoría de los Centros Contratos Programas que establecen la producción y la financiación máxima disponible, con objetivos relacionados con la calidad y las mejoras en gestión. Entre otros objetivos, los Contratos Programas pretenden favorecer los siguientes aspectos:

- Favorecer la política de salud de los distintos Sistemas y Servicios Sanitarios.
- Favorecer los cambios en gestión y organización establecidos por los distintos Sistemas y Servicios Sanitarios.
- Vincular la financiación a la actividad realizada y/o a los pacientes atendidos.
- Establecer tarifas homogéneas para actividad y procesos que favorezcan la disminución de la variabilidad clínica.
- Incentivar a los proveedores más eficientes y penalizar a los ineficientes.
- Mejorar y hacer transparente la información relativa a actividad, costes, productividad, etc.

Uno de los objetivos principales que se buscan en los Contratos Programa es variar la financiación retrospectiva e histórica de los Centros por un modelo prospectivo basado en la producción pactada y en las tarifas o precios de la misma. Para ello se han desarrollado y aplicado sistemas de información que cuantifican y cualifican la producción (UPA, GDR, Producto en Atención Primaria) y de contabilidad analítica (SIGNO, COAN, ICAP), que permiten establecer «cuentas de resultados» e incorporar el concepto de subvención o subfinanciación a la explotación en virtud de la diferencia entre ingresos y gastos.

La posibilidad de nuevas formas jurídicas y de organización para los Centros, testimoniales hasta el momento y sin incidencia real en el conjunto del Sistema, podrían generalizarse y extenderse a partir de nuevas regulaciones realizadas por el gobierno del Partido Popular en la Ley de Habilitación de Nuevas Formas de Gestión (Ley 15/97) y en la nueva ordenación de los organismos públicos (Ley 6/97) y por las Comunidades Autónomas gobernadas por partidos nacionalistas y con servicios de salud transferidos (País Vasco: Ley 8/97, Cataluña: Ley 15/90 y 11/95). Estas medidas, cuyo objetivo inicial es modificar de forma sustancial la gestión de los servicios sanitarios, van a permitir a medio plazo cambios sustanciales en características tan emblemáticas de nuestro sistema como la financiación y el aseguramiento único.

## 5. Problemas a valorar

Aunque, en la mayoría de las ocasiones, las propuestas de reforma se amparan en razonamientos técnicos y objetivos resulta evidente que la enumeración de los problemas, su magnitud, evolución, motivos y soluciones se ven influenciados y justificados por los valores e intereses del observador.

El crecimiento del gasto, la incorporación acelerada de nuevas tecnologías, el aumento y cualificación de la demanda debido a cambios demográficos y de nivel socio-económico y el bajo rendimiento de los servicios públicos son los problemas, que de una forma u otra, se citan como amenazas a la viabilidad del sistema sanitario y del estado de Bienestar en su conjunto.

A pesar de ponerse en entredicho de forma sistemática el rendimiento los hospitales públicos, su productividad se viene incrementando año tras año, el volumen de altas hospitalarias ha experimentado en el período 1985-1994 un incremento cercano al 17%. Paralelamente, la estancia media ha descendido un 21,5%, pasando de 13,4 días de estancia por enfermo a 10,5. El índice de rotación ha pasado de 20 pacientes atendidos por cada cama en 1985 a casi 27 en 1994. El número de ingresos por médico, a pesar del incremento de dedicación horaria a las demandas en régimen ambulatorio, creció en 8,5% en el periodo 1983-1990.

Aunque el crecimiento del gasto ha sido muy relevante durante las dos últimas décadas debido a la universalización del derecho a la asistencia y a la adecuación de la oferta de servicios, durante el período 1992-1996, coincidiendo con la implantación de un nuevo sistema de financiación de la asistencia sanitaria, acordado por todas las administraciones, los crecimientos interanuales disminuyeron en al menos algunos Servicios Regionales (SAS: 5,25; INSALUD: 5,82) por debajo de la evolución interanual del PIB nominal, parámetro propuesto para fijar el crecimiento de la financiación.

Si analizáramos someramente la evolución del gasto durante ese período, se advierte que únicamente aquellos ocasionados por la facturación de recetas ha puesto en riesgo el crecimiento pactado, al observar incrementos interanuales por encima del 10%, evolución que adquiere una mayor repercusión si se

considera que el gasto por facturación de recetas se sitúa en torno al 30% del gasto total del sistema. Esta situación no se produjo tanto por una mayor prescripción de recetas sino, sobre todo, por el crecimiento del coste medio de la receta y por sustituciones de medicamentos o nuevas presentaciones con precios mucho más elevados.

A pesar del crecimiento del número de profesionales y su repercusión en la producción del gasto, no existe en los Centros sanitarios de nuestro sistema una inflación de recursos humanos sobre la situación en otros países europeos; por el contrario, hay un número significativamente menor en categorías profesionales como enfermería y personal administrativo.

El aumento de la demanda que se produjo en la década de los ochenta coincidió con la universalización de la asistencia sanitaria, la mejora de la oferta y el aumento del nivel de vida de los españoles. Durante los años noventa, del análisis de la demanda (frecuentación en Atención Primaria, ingresos hospitalarios, evolución de las listas de espera, etc.) no parece desprenderse que por parte de los ciudadanos se haya producido un incremento significativo de la misma, salvo en el caso de los servicios de urgencias.

El incremento de la demanda, achacada en muchos casos a la mala utilización que de los servicios realizan los ciudadanos o a la mala práctica que realizan los profesionales, es, evidentemente, un elemento a valorar, pero sigue siendo inferior en nuestro país (atención primaria, estancias hospitalarias, número de prescripciones farmacéuticas) en comparación con la mayoría de países de nuestro entorno.

Las hipótesis sobre proyecciones demográficas prevén un incremento en la población mayor de 65 años, del 16,97% en el 2001, al 19,90% en el 2021 y del 30,21% en el 2046. Su incidencia sobre la demanda y gasto sanitario no debería realizarse de forma matemática sobre los actuales patrones de consumo, existen otras variables relacionadas con la organización de la sociedad, el nivel de renta, el estado de salud y de funcionalidad, el nivel cultural y de educación o las posibilidades de ocio, sobre las que también se pueden actuar y que condicionarán, en un sentido u otro, la demanda de cuidados sanitarios.

Sin embargo, sí son previsibles modificaciones en el tipo de demanda, inducidas por los propios profesionales, en parte por avances técnicos relacionados con mejoras en la oferta de servicios, y en parte también por las aspiraciones de los ciudadanos a una mayor calidad de vida y a una exigencia de más confort en su relación con las instituciones sanitarias.

Nuestro sistema sanitario ofrece unos niveles de eficiencia, como ha sido reconocido de forma repetida por informes y análisis de organismos internacionales, entre los más altos del mundo occidental, circunstancia que a veces se ignora cuando se destacan problemas y situaciones más graves y peor resueltas en algunos de los modelos que se proponen.

Posiblemente, los problemas más relevantes del Sistema Sanitario no tengan mucho que ver con los hasta ahora relacionados y que orientan a soluciones de reducción o aniquilación por inviabilidad económica pero sí con la necesidad de huir del concepto schumpeteriano del estado y potenciar, por el contrario, el protagonismo de la sociedad y de los agentes implicados: una mayor participación por parte de los ciudadanos y un mayor compromiso e identificación de los profesionales con la organización.

El crecimiento acelerado del sistema, la incorporación de nuevas formas de gestión que han incrementado los procedimientos administrativos y burocráticos, la necesidad de buscar inicialmente la eficiencia económica del sistema sobre otros resultados y la rigidez y centralización de las decisiones,

ha ocasionado la escasa identificación de ciudadanos y profesionales con el sistema y un entorno que dificulta tanto las relaciones entre ellos como el control microeconómico del gasto.

El ciudadano, el usuario, ha intercambiado un incremento sustancial de su contribución económica a cambio de convertirse en sujeto pasivo de derechos, sin información suficiente para ejercer la elección de profesional o Centro y sobre todo sin participación adecuada para orientar y controlar unos servicios de los que es tanto usuario como propietario.

Por otra parte, la diferencia de objetivos entre dirección y profesionales médicos y la disminución de la influencia de éstos en la toma de decisiones ha ocasionado que la desconfianza, la frustración y la impotencia hayan sido las constantes en la relación entre organización y profesionales. Las soluciones siempre se han fiado a la modificación del tipo de relaciones laborales: funcionarización, laboralización, nuevo estatuto, han sido reclamados como soluciones definitivas pero nunca iniciadas. El profesional, el médico, ha sido percibido en demasiadas ocasiones como enemigo de la organización, sin ser ni unos ni otros conscientes de que para la mayoría de los profesionales su trabajo en el Hospital o en el Centro de Salud es y va a ser su única fuente de ingresos y de desarrollo profesional a lo largo de toda su vida laboral.

Este extrañamiento del núcleo profesional y productivo de la organización coincide paradójicamente con el incremento de las repercusiones que las decisiones médicas ocasionan, El incremento de la tecnología en medios diagnósticos y terapéuticos, la existencia de nuevas subespecialidades que complícan el circuito de decisiones, la desfiguración del umbral entre enfermedad y malestar llevan consigo que de las decisiones profesionales dependan, más que nunca, los resultados. En salud de los servicios y en el coste económico de los mismos, siendo necesario transformar organizaciones que no han dejado de regirse por principios administrativos, en organizaciones de profesionales.

## 6. Alternativas de reforma

Actualmente, bajo la óptica de objetivos enunciados de forma similar, se proponen distintas alternativas de cambio y reforma general de los Sistemas y Servicios sanitarios. Estas reformas plantean actuaciones sobre aspectos y niveles de gestión muy diferentes. Para entender y explicar estas alternativas podríamos clasificar sus actuaciones estructurando la gestión de los servicios sanitarios en los tres siguientes niveles:

1. *Macrogestión*: Actuaciones relacionadas con la financiación, aseguramiento y derecho a las prestaciones.
2. *Mesogestión*: Actuaciones relacionadas con la entidad y gestión de Centros e Instituciones sanitarias.
3. *Microgestión*: Actuaciones que se sitúan en la relación con profesionales y usuarios.

Aunque, evidentemente, todo intento de clasificación supone simplificar, radicalizar las distintas alternativas y no contemplar situaciones mixtas, las propuestas existentes en el mercado de la gestión y la política pueden agruparse en dos grandes bloques.

Aquellas que sitúan el núcleo de los cambios en la microgestión: proponiendo una participación efectiva de los ciudadanos y modificando las relaciones con los profesionales al objeto de transferirles un mayor grado de autonomía y responsabilidad. O aquellas otras, que orientan las reformas hacia la macrogestión y mesogestión, creando mercados internos y externos más o menos regulados.

Las repercusiones reales de una y otra alternativa sobre la gestión de los centros y las relaciones con profesionales y ciudadanos inciden, a medio plazo, en organizaciones distintas y con realidades muy diferentes respecto a la equidad y accesibilidad de los servicios.

Una organización vertebrada sobre la microgestión, supondría situar en la dirección de los Centros (Hospitales, Direcciones de Atención Primaria) la responsabilidad de crear entornos que faciliten el trabajo de los profesionales y de asegurar los contenidos de regulación respecto a los derechos de los ciudadanos, promoviendo únicamente la externalización o cambio de entidad jurídica para aquellos servicios que no están directamente relacionados con la asistencia sanitaria y que pueden transferir riesgos reales a la iniciativa privada.

Las medidas o propuestas relacionadas con el ciudadano y el usuario no se incluyen, en este caso, en el campo de las transferencias de responsabilidad y riesgo a los distintos agentes del sistema; por el contrario, se trataría de considerar al ciudadano como portador de derechos, en su doble condición de financiador y usuario, al que se le debe proporcionar información, participación real y capacidad de elección, para que mediante su opinión y utilización condicione la oferta y gestión de los Centros.

Respecto a los profesionales, se incorpora, de forma progresiva, una mayor autonomía y responsabilidad a través de nuevas formas de gestión de personal y la constitución de unidades societarias que permitan relacionar consecuencias según resultados obtenidos en sus decisiones clínicas, dentro de la variabilidad y la incertidumbre de la práctica clínica, y la utilización de recursos y tecnología de los que son responsables.

Por el contrario, proponer de forma prioritaria modificaciones en la mesogestión se ha justificado por la necesidad de mejorar la gestión de personal y la eficiencia económica de los Centros mediante la reducción de los costes y el incremento de la actividad. Para ello se promueven cambios en la entidad jurídica de los Centros, introduciéndose nuevas formas públicas de gestión (empresas, consorcios, fundaciones) que huyen, hasta cierto punto, del derecho administrativo (intervención, compras, normas presupuestarias, endeudamiento, relaciones laborales), o estableciendo la provisión de los servicios a través de contratos con empresas privadas.

El usuario adquiere la condición de cliente, al que hay que captar para incrementar los ingresos financieros mediante técnicas de información y marketing; de la elección del usuario depende en parte la eficiencia económica de los Centros. Las relaciones con los profesionales se flexibilizan a efectos de contar con un recurso óptimo en la producción de beneficios para el Centro.

Una y otra alternativa suponen también distintas transacciones entre los Centros y el financiador. El cambio en la entidad jurídica de los Centros o la delegación de la provisión de servicios en entidades privadas, favorece, en teoría, establecer una auténtica función de compra, basada en el volumen y precio de la actividad y la definición clara de responsabilidades para cada uno de los agentes. Mantener el carácter administrativo de los Centros favorece, por el contrario, la corresponsabilidad de los resultados y la inclusión en los acuerdos de objetivos de salud y calidad al aportarse un menor riesgo a los proveedores.

Ninguna solución técnica o de organización dispone de bondades suficientes para ser útil en todos los objetivos, o ser la solución para la totalidad de los problemas. Mantener el carácter administrativo de los Centros y promover cambios en la relación con profesionales y usuarios puede hacer imposible, de no flexibilizarse ciertos procedimientos administrativos, una organización profesional orientada a la producción, la calidad y las relaciones satisfactorias con los usuarios, así como disponer de la capacidad

de establecer consecuencias significativas en virtud de los resultados. La creación de mercados internos y externos, a través de cambios en la entidad jurídica de los Centros, puede ocasionar una disminución de la equidad y accesibilidad a los servicios, siendo necesario introducir para su control un alto nivel de regulación y de costes de transacción que anulen los efectos positivos del mercado.

Por lo tanto, el optar por una u otra organización, dependerá de las ideas u objetivos que cada Servicio o Sistema Sanitario considere más importante en su toma de decisiones: La salud como bien económico o la salud como derecho efectivo; la búsqueda de la eficiencia económica o de la eficiencia en virtud de la efectividad y calidad de los servicios; situar el núcleo básico de responsabilidad, con sus riesgos y beneficios, en los poseedores de las decisiones reales (profesionales sanitarios) o en los responsables formales de la organización (gestores).

Un proceso de rediseño organizativo cuyo objetivo sea situar a la gestión clínica en el núcleo de la organización e incorporar al profesional sanitario a la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica, obligaría, en cualquier caso, a definir las responsabilidades, organización y procedimientos de los distintos niveles de gestión, separando nítidamente las siguientes funciones:

- Función de gestión
- Función de gestión de recursos
- Función reguladora

**Función de gestión clínica:** desarrollada en las Unidades Clínicas, lugares de encuentro entre los ciudadanos y la organización, nivel básico y principal de gestión, siendo referentes para toda la organización y priorizándose las recomendaciones y modificaciones que mayor incidencia tengan en su correcto funcionamiento:

- Configurándose las unidades como soportes fundamentales con cometidos establecidos, misiones específicas y con posibilidad de ser multidisciplinarias. Con líderes capaces de estimular e ilusionar.
- Con un modelo de relación entre Centros y unidad capaz de orientar las actitudes y aptitudes, con capacidad de participar activamente en las decisiones y responsabilizándose de los resultados obtenidos, compartiendo los beneficios o pérdidas derivados de sus comportamientos (prestigio profesional y beneficio social).
- Estableciendo estrategias de avance según resultados previos la Unidad. Introduciendo para aquellas Unidades con mejores resultados y mayores responsabilidades, fórmulas nuevas de relación entre Unidad y Centro.

**Función de gestión de recursos:** Ubicada fundamentalmente en la Dirección de Hospitales y de Atención Primaria, teniendo como Objetivo básico el facilitar la actividad de las Unidades Clínicas, realizar y evaluando los acuerdos que se establezcan con ellas:

- Conceptualizando las Direcciones de Hospitales y de Atención Primaria como un conjunto de instalaciones, procedimientos, servicios de apoyo y asesoramiento para un grupo de Unidades que pueden mantener distintas formas de relación, de «alquiler», con el Centro. Son una imagen o marca en la que se integran cada una de las Unidades Clínicas o «empresas», presentando una cuenta de resultados de la que dependerá su futuro o sus posibles adaptaciones.
- Ejerciendo, además, la responsabilidad de que la asistencia se preste con criterios de equidad y accesibilidad y se respeten los derechos de los ciudadanos, a la vez que, como unidades de compra territorial de servicios, impiden la selección adversa de procesos y de grupos de pacientes.



- Regidos por equipos directivos en los que se identifique claramente a los responsables de cada línea de producto, se refuercen las funciones de asesoramiento, formación, información e investigación, y en los que profesionales integrados en las Unidades Clínicas tengan su representación, responsabilidad e influencia.

**Función de regulación:** Ejercida esencialmente por la Autoridad Sanitaria. Responsable de asegurar la equidad y accesibilidad, propiciando la orientación de la organización hacia resultados de efectividad y calidad de los servicios a través de su capacidad normativa, correcto nivel técnico y de gestión en la implantación de las mismas:

- Dotándose de un sistema de información coherente con la organización y el proceso de producción, que sea capaz de visualizar claramente las relaciones entre recursos, responsabilidad y resultados.
- Separando de forma progresiva en la financiación de los Centros los ingresos por procesos o servicios de aquéllos condicionados] estructura y ordenación de recursos, cuyos gastos no están relacionados con la gestión de los profesionales.



## Política sanitaria autonómica y cohesión territorial

M<sup>a</sup> JESÚS MONTERO CUADRADO

CONSEJERA DE SALUD. JUNTA DE ANDALUCÍA

Hace ya dos años que fue aprobada la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, que, en teoría, debía ir dirigida a garantizar la coordinación en un sistema sanitario completamente descentralizado. Sin embargo la realidad es obstinada, y los acontecimientos más recientes nos demuestran que aún queda mucho camino por recorrer para garantizar que disponemos de un Sistema Nacional de Salud coordinado y, sobre todo, que siguen vigentes los principios básicos establecidos en la ley de Sanidad y la citada ley de Cohesión, es decir, que todos seguimos apostando por un modelo de sistema nacional de salud que garantice la cohesión territorial.

Entendiendo éste, el SNS, como uno de los elementos básicos de la Sociedad del Bienestar, debemos seguir trabajando para que sea un Sistema equitativo, coordinado, y, sobre todo, que no rompa la cohesión y el equilibrio territorial entre todos los ciudadanos de este país. Para ello es imprescindible seguir manteniendo muy claras las reglas del juego, y compatibilizar la necesaria descentralización con la coherencia de un Sistema que, además de otras muchas funciones, debe responder también a la de redistribuir la riqueza en una sociedad en la que, todavía, las diferencias interterritoriales siguen siendo de una gran magnitud.

### 1. El papel del Estado

Las comunidades autónomas tenemos que seguir desempeñando el papel que nos corresponde, pero el Estado tiene también que jugar un rol muy importante en este sistema descentralizado, pues debe fijar el marco regulador, garantizar la cobertura universal y el aseguramiento único y público, acreditando que funcionen los mecanismos de solidaridad. Creemos que estos elementos son tan importantes, que exigen un Ministerio de Sanidad fuerte, con atribuciones suficientes para ello. Sin embargo, cuando se promulgó la Ley de Cohesión y Calidad se perdió la oportunidad de dotar al Estado de los mecanismos adecuados para garantizar la equidad del sistema.

Además de este papel, el Estado tiene también otras muchas responsabilidades; pero me gustaría insistir en que una de las más determinantes es asegurar mecanismos de financiación que estén sustentados en la corrección de desigualdades.

Todo ello debe ejercerse desde una actitud consecuente con la realidad de un Estado plural, yo me atrevería a llamarlo cuasi-federal, ejerciendo su propio papel y favoreciendo el correcto desarrollo de

las competencias de las comunidades, sin interferencia y sin dejación de responsabilidades. En este marco, la **coordinación territorial de las políticas de salud** se convierte en uno de los retos más difíciles que tenemos por delante. Desde Andalucía creemos que es posible compatibilizar el proceso de descentralización con la profundización en la igualdad y solidaridad entre los territorios. Para ello, la coordinación debe ser entendida como un mecanismo multilateral, no unidireccional (del centro a la periferia); debe ser una tarea de todos los responsables del gobierno sanitario, porque todos somos Estado, y debe estar plenamente integrada en el **papel del Consejo Interterritorial**.

Respecto a este último, creo que resulta imprescindible reforzar su carácter ejecutivo, modificando su capacidad de adoptar decisiones. Habrá que determinar en qué ámbitos deben y pueden tomarse por consenso y en cuáles a través de un sistema de voto ponderado. Y, por supuesto, es necesario crear una disciplina común de seguimiento de los acuerdos adoptados.

Tenemos algunos problemas básicos de coordinación en los que, sin duda, el papel del Consejo Interterritorial, así como de otras instancias en casos determinados, debería ser clave: las políticas de profesionales, la política farmacéutica y la financiación del sistema.

## 2. Políticas coordinadas

Respecto a la primera, las políticas de profesionales, es indudable que cada comunidad debe marcar el modelo de crecimiento y desarrollo profesional que le parezca más adecuado a sus necesidades, siempre en el marco de las leyes del Estatuto y de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Pero también es evidente que no podemos mantener, porque a ninguna comunidad nos interesa, la espiral de crecimiento, para muchos insostenible, a la que nos estamos viendo sometidos. Y el Consejo debería debatir, y pronunciarse, sobre algunos asuntos clave: ¿están mal retribuidos los profesionales sanitarios?; ¿cómo debe ser la carrera profesional para garantizar la movilidad territorial?; ¿podemos buscar otros modelos retributivos que incentiven mejor al profesional?; ¿tendríamos que establecer otro tipo de relación contractual?.

Otro elemento básico de coordinación es el que se refiere a las **políticas de farmacia**. Es necesario, imprescindible, reconducir el crecimiento del gasto farmacéutico a niveles compatibles con su sostenibilidad. Habida cuenta de que la falta de una selección racional de medicamentos y de un modelo de financiación y precios coherente con su utilidad, es uno de los motivos que los expertos identifican como causa de las elevadas tasas de crecimiento del gasto farmacéutico público, abogamos por la necesidad de participar de forma activa en las decisiones que en éste sentido deben todavía adoptarse.

Por ello nos parece que debe ser el Consejo Interterritorial el que proponga la normativa necesaria para la regulación de los nuevos criterios de selección, calificación y precios máximos de los medicamentos que vayan a ser financiados por el Sistema Nacional de Salud. Y, en el mismo sentido, las normas reguladoras de los nuevos criterios de fijación de precios industriales (ligados a utilidad terapéutica y ventas) y retribución del canal farmacéutico.

De igual modo coincidimos en que los criterios que deben regir la selección de los medicamentos deben ser los de utilidad terapéutica demostrada y comparada, así como su necesidad real en el SNS. De esta manera, será clave el papel del Consejo Interterritorial, garantizando que se pongan a disposición de la financiación pública sólo aquellos medicamentos necesarios y al precio más ajustado posible.

Si no se produce esta adaptación normativa y reguladora, creemos que el Estado debe asumir una parte de la financiación del gasto farmacéutico, al no permitir que las comunidades tengamos capacidad real en la decisión de qué medicamentos se pueden financiar a través de las prestaciones públicas del SNS. De igual modo, he apuntado en alguna ocasión la posibilidad de que la seguridad social se haga cargo de la factura farmacéutica de los pensionistas, al ser una prestación más de entre las que oferta para sus 'mutualistas'.

Junto con estas medidas, sería necesaria también una nueva política en I+D+i que comprometa seriamente a la Industria y que proteja sólo la verdadera innovación terapéutica, así como favorecer los mecanismos para que las comunidades tengamos herramientas efectivas de control y uso racional.

En Andalucía, por ejemplo, decidimos en su momento realizar la prescripción farmacéutica por principio activo (y hoy superamos de esta forma el 60% de la prescripción); nuestro objetivo va a más, y es llegar incluso al equivalente terapéutico; para ello estamos dedicando, desde hace muchos años, un volumen importante de nuestro tiempo y nuestro esfuerzo a diseñar políticas de uso racional del medicamento, y a trabajar con los médicos en la implantación de estas medidas.

Me refiero a continuación a otro tema clave de coordinación, no sólo en nuestra agenda sino en la de los presidentes autonómicos y la de toda la sociedad: la **financiación de la sanidad**.

### 3. Financiación sanitaria

Creemos que el actual modelo de financiación de las comunidades es un modelo válido, aunque susceptible de posibles ajustes en lo que afecta a la financiación de la sanidad. El primero de ellos sería determinar la cuantía adecuada para que la financiación sanitaria de las comunidades sea suficiente. Partimos de una situación de insuficiencia estructural del modelo, carencia que debería compartir el Estado una vez acordado cómo calcular su cuantía para las distintas comunidades autónomas. Porque lo que no es equitativo es hacer 'tabla rasa'. Ello perjudica a las comunidades más eficientes, que, en un claro ejercicio de responsabilidad, hemos conseguido no desviarnos de los mínimos marcados.

Aunque el SNS es un sistema eficiente, existen todavía márgenes que permiten racionalizar el gasto sin disminuir la eficacia. Estos márgenes son además muy variables de unas comunidades a otras. En un sistema público como el nuestro nunca debemos obviar el principio ético de la eficiencia: obtener la mayor rentabilidad social sobre los recursos que la sociedad deposita en nuestras manos.

Otro aspecto clave del modelo de financiación son las variables y ponderaciones que se utilicen para calcular las necesidades de financiación de cada comunidad. El modelo actual distribuye los recursos de acuerdo al tamaño de la población. Y considero que es un criterio equitativo. Pero las correcciones para ajustar dicha base y paliar desigualdades pueden hacer perder equidad si no están suficientemente ponderadas. Por ello proponemos que se tengan en cuenta otros criterios sanitarios y socioeconómicos además de los actuales.

Es necesario también abordar el origen de los recursos destinados a financiar la sanidad. En Andalucía no somos partidarios de las fórmulas de participación directa de los ciudadanos por el acceso o uso de los servicios sanitarios que hoy están reconocidos en nuestras carteras de servicios, y que forman parte de los elementos básicos de la atención sanitaria. Con estas medidas se podría penalizar de forma injusta a pacientes crónicos y ancianos; es más, no existe evidencia de que estos mecanismos de participación directa del

usuario supongan un elemento de disuasión real al uso abusivo de la sanidad. Por otra parte, los previsibles costes de gestión de esas medidas minimizarían el supuesto volumen de recursos generado.

Otra posibilidad que quizás sí cabría en este debate sería utilizar alguna de éstas fórmulas de participación de cara a la puesta en marcha de medidas que vayan más allá de la atención sanitaria básica. Medidas que supongan un plus adicional en la calidad de las prestaciones o que éstas sean claramente diferenciadas de la atención sanitaria (sería el caso, por ejemplo, de determinadas prestaciones sociosanitarias).

Las cesiones de impuestos, subidas impositivas o creación de más tasas e impuestos, son cuestiones a tratar con mucha precaución, siempre desde la óptica de la equidad del sistema, la vertebración y la cohesión social, que, en cualquier caso, siempre deberían quedar garantizadas. No podemos olvidar que alguno de estos aspectos pudieran tener una clara repercusión negativa en las comunidades menos ricas.

Teniendo en cuenta que lo que sí es indudable es la necesidad de un incremento de la financiación general del sistema, que permita la potenciación de elementos de cohesión y redistribución de recursos, consideramos de vital importancia la potenciación del Fondo de Cohesión Sanitaria o el establecimiento de algún tipo de fondo destinado a corregir desigualdades en salud.

El debate, pues, está servido. Presenta múltiples componentes y variantes para la discusión, y, sin duda, es clave para garantizar la cohesión y sostenibilidad del sistema nacional de salud tal como fue concebido hace ya 20 años. Y nos encontramos cada vez con nuevos elementos de discusión y preguntas clave. ¿El Estado tiene que dotarse de los mecanismos adecuados para controlar la actuación eficiente de las comunidades a través de los recursos que éstas perciben?, ¿cómo se articulan estos mecanismos de control? y, sobre todo, ¿qué papel debe jugar el Estado, una vez que estos mecanismos pudieran poner de manifiesto el comportamiento ‘poco eficiente’ de determinadas comunidades?

Un último comentario sobre la financiación, en aspectos directamente relacionados con los principios éticos. Las comunidades tenemos capacidad real de autogobierno, y, por supuesto, de ampliar, mejorar o añadir aquellas prestaciones que consideremos necesarias. Son los propios parlamentos regionales los que, en su ejercicio soberano, pueden decidir la asignación de sus partidas presupuestarias.

En esta línea argumental, creo que las comunidades debemos asumir que la financiación de todo lo que no esté pactado dentro de los mínimos de la cartera de servicios común para el Estado debe ser responsabilidad propia. Nunca puede entrar a formar parte del cálculo de la insuficiencia y la necesidad global de financiación.

Pero, en el mismo sentido, debe ser totalmente asumida la política de corresponsabilidad financiera del Estado con las comunidades autónomas. No se pueden imponer nuevas prestaciones o adoptar regulaciones, desde el nivel central, que comporten incremento de gastos, si no se adapta y aporta la financiación adecuada para ello. Y llámense prestaciones o llámese también nuevos reconocimientos profesionales, nuevas titulaciones o, con un ejemplo muy reciente, nuevas especialidades sanitarias.

#### 4. La política sanitaria andaluza

Desde la comunidad andaluza creemos que la financiación sanitaria es un tema de crucial importancia para garantizar la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario público. Pero también sabemos que no es el único, y que, entre todos, debemos contribuir a su legitimidad y sostenibilidad poniendo en marcha todos los

instrumentos posibles y necesarios, instrumentos que forman parte ineludible de nuestra agenda política. Ya en la Ley 2/98 de Salud de Andalucía planteamos la necesidad de orientar nuestras políticas hacia el ciudadano, y en este sentido configuramos una nueva arquitectura de derechos, de forma que nuestro sistema pasó de ser un sistema de mera prestación de servicios a un sistema garante de derechos ciudadanos.

Esto ha significado, en estos años, ir más allá de la universalización y gratuidad, y plantear estos nuevos derechos ciudadanos, reconociéndolos normativamente. Así, junto a la libre elección de médico y hospital, hemos desarrollado el derecho a una segunda opinión médica, el derecho a otorgar la voluntad vital anticipada, el derecho a las garantías de tiempos máximos de espera quirúrgica así como de un tiempo máximo de espera diagnóstica, en consultas externas y procesos asistenciales prioritarios. En esta legislatura estamos ampliando esta arquitectura de derechos, siempre con el objetivo de que el ciudadano considere el sistema sanitario público como un bien irrenunciable.

Pero además trabajamos intensamente en aras de la eficiencia del sistema, pues como comenté más arriba, no podemos solicitar financiación adicional si no ponemos en marcha toda una batería de medidas propias que nos ayuden a gestionar el sistema público cada vez mejor. Son medidas dirigidas a mejorar la eficiencia en la gestión de los recursos, de las personas, de la producción asistencial y de la propia organización.

Entre las primeras podemos señalar elementos como la Central Logística de Compras, que ordena y racionaliza todas las compras de la organización vía Web, o los sistemas de contabilidad analítica o de información de recursos humanos; ambos posibilitan la medición de costes por servicios y procesos, y permiten conocer dónde y en qué se gasta, y hacer limitativo el presupuesto de cada centro.

Otros instrumentos que también se traducen en una indudable eficiencia en la gestión de los recursos, aunque no han sido concebidos para este fin, son la Historia de Salud Electrónica y la Receta Electrónica. Al ser una historia digital única por cada paciente, accesible desde cualquier punto del sistema, evita traslado de papel, repetición de pruebas (y consumos) e, indudablemente, mejora la calidad de la atención.

Desde el punto de vista de la gestión de las personas, los modelos de gestión por competencias y desarrollo profesional, recientemente puestos en marcha, así como las entrevistas de desarrollo profesional y la determinación de los complementos de rendimiento, permiten orientar las actuaciones de los profesionales a objetivos de eficiencia, no sólo económica sino, en primer lugar, eficiencia social con mejores resultados en salud.

De igual modo, y para finalizar, todas las medidas dirigidas a conseguir una nueva forma de organización, más horizontal, que trabaje orientada a resultados en salud y garantizando la continuidad asistencial, se traducen también en mejora de la eficiencia. Me refiero aquí a nuevas formas organizativas como las Unidades de Gestión Clínica o la Gestión por Procesos, así como a la potenciación de otras medidas con un impacto indudable en la mejora de la calidad asistencial pero también en la eficiencia del sistema y la satisfacción del ciudadano. Es el caso de las consultas de acto único y los centros de alta resolución, la Telemedicina, o las formas alternativas a la hospitalización tradicional, como la cirugía mayor ambulatoria o los hospitales de día.

En definitiva, desde hace más de 20 años, mantenemos una agenda y pensamiento político concretos, que creemos que nos ha permitido ir caminando en la dirección adecuada. En el momento actual, y con la puesta en marcha del II Plan de Calidad, nos planteamos la estrategia política de innovación, modernización y transformación del sistema. Y no sólo para mejorar su calidad, sino también para responder al crecimiento de las demandas y expectativas de los ciudadanos. Sólo así seguiremos construyendo un sistema sanitario público sostenible y legítimo.



## Las Comunidades Autónomas y la solidaridad interterritorial, bases para la política sanitaria

ANA MARÍA PASTOR JULIÁN

EXMINISTRA DE SANIDAD. SECRETARIA EJECUTIVA DE LA POLÍTICA SOCIAL Y BIENESTAR, DEL PARTIDO POPULAR

El Sistema Nacional de Salud empezó a cobrar plena realidad a partir de la transferencia de competencias culminada por el Gobierno del Partido Popular en Diciembre de 2001, acompañada de un modelo de financiación que, por cierto, fue acordado con todas las Comunidades Autónomas y que está dotado de mecanismos que permiten su actualización y suficiencia.

Ante esta nueva realidad institucional se hacía imprescindible asegurar la calidad asistencial y la equidad territorial, de modo que los ciudadanos se vieran en todo caso beneficiados por una gestión sanitaria más cercana y eficiente, pero sus riesgos de desigualdades según el lugar en el que se encuentren.

Fue precisamente ese el motivo fundamental que llevó al Gobierno del Partido Popular a promover un marco normativo, que ofreciera garantías plenas tanto a la Administración Sanitaria del Estado como a las de las Comunidades Autónomas; y tanto a los profesionales como a los pacientes.

El nuevo marco normativo debía ofrecer al mismo tiempo los cauces adecuados para la cooperación y la coordinación entre las Administraciones sanitarias y hacer posible la necesaria participación social.

Los cambios que demanda una Sanidad dinámica, una Sanidad que avance en investigación, en calidad asistencial, en la lucha contra las enfermedades y en la promoción de la salud encontró, en efecto, en la Ley de Calidad y Cohesión del Sistema nacional de Salud su mejor instrumento.

El año 2003 fue conocido por el año de las leyes sanitarias, porque, además de la Ley de cohesión y calidad, se aprobaron otras leyes que respondían a estos mismos objetivos, poniendo el acento en los profesionales sanitarios y en la solución a múltiples problemas pendientes desde la Ley General de Sanidad de 1986.

Me refiero a la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y al Estatuto Marco, que no solo aporta mecanismos para resolver las cuestiones pendientes, sino que lo hacen teniendo en cuenta la realidad descentralizadora del Estado de las Autonomías, que comporta competencias de las Comunidades Autónomas, pero que también exige cohesión territorial para que el Sistema Nacional de Salud sea algo real y no una nueva entelequia.

Con todo, la clave para el buen funcionamiento del Sistema Nacional de Salud está en ese órgano de impulso, de coordinación y de cooperación que es el Consejo Interterritorial, en el que el Ministerio de Sanidad y Consumo y las Comunidades Autónomas tienen la responsabilidad de llevar a buen puerto la Sanidad española.

El respaldo de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud al Consejo Interterritorial es patente, lo mismo que la forma de apoyarlo cuando tuvo la responsabilidad de presidirlo como Ministra.

Hoy más que nunca hemos de pedir que se recupere el papel del Consejo Interterritorial y, que deje de ser un mero Foro de encuentro para “conocer” y “recibir información” de un Ministerio que vive horas bajas en lo que se refiere a decisiones y medidas a favor de la salud de los ciudadanos.

En cualquier caso, desde el Partido Popular se ha querido mantener lo más positivo de estos planteamientos, tanto a nivel parlamentario como en la gestión de las Comunidades Autónomas en las que gobernamos.

En esta etapa en que el PP está a nivel nacional en la oposición hemos querido desde un principio contribuir al mantenimiento de un Sistema Nacional de Salud calificado por la OMS como el séptimo mejor del mundo.

Pruebas concretas de ello podemos aportar, aunque los ciudadanos son los que mejor lo saben.

Esa forma de ver el funcionamiento solidario de nuestro Sistema nacional de Salud y de hacer entre todos que nuestra Sanidad ofrezca nuevos logros en beneficio de los ciudadanos esta sintetizada en el “decálogo” de principios que los Consejeros del PP y yo misma tuvimos ocasión de suscribir en abril de 2004 en Mallorca.

En base a la recíproca lealtad institucional y empleando todas las posibilidades que da el método del diálogo abierto, los Consejeros del PP respaldaron los siguientes principios:

- Aplicación y total respeto a la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, configurada como un instrumento básico para garantizar la equidad, calidad y participación social en el Sistema Nacional de Salud.
- Configurar al ciudadano como centro del Sistema Nacional de Salud, anteponiendo sus intereses y la satisfacción de sus demandas como función primordial del mismo.
- Potenciación de los recursos humanos que prestan servicio en el Sistema Nacional de Salud, partiendo de la premisa de que constituyen el principal activo de las Administraciones Públicas. Para ello, se adquiere el compromiso de desarrollar acciones dirigidas a desarrollar su carrera profesional, adecuar su capacitación al desarrollo de las nuevas tecnologías y técnicas de diagnóstico y mejorar sus condiciones de empleo, así como planificar las necesidades de efectivos de conformidad con las demandas sociales.
- Garantizar la suficiencia y el equilibrio financiero del sistema, considerando este principio como una de las cuestiones primordiales para la pervivencia del mismo. Para ello, las CCAA se comprometen a aplicar criterios de gestión dirigidos a hacer realidad dicha suficiencia, planificando y ejecutando para ello políticas públicas que la respetan, exigiendo a los órganos competentes de la Administración General del Estado medidas homogéneas que garanticen estos principios desde el reconocimiento de las diferentes realidades de las distintas CCAA.



- Aplicar criterios de solidaridad territorial en el desarrollo de las políticas públicas autonómicas en materia de sanidad, teniendo presente que el Sistema Nacional de Salud está constituido por la suma de todos los de las regiones y de todos los ciudadanos. Para ello, se considera fundamental la potenciación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud como órgano de participación, debate y coordinación, con el objetivo de garantizar la continuidad de dicho sistema y la eficaz aplicación de políticas que contemplen la solidaridad entre las diferentes partes de España.
- Control el gasto farmacéutico, estableciendo fórmulas que permitan controlar su evolución y evitar su incremento, todo ello sin perjuicio de atender las demandas que presenten los usuarios del sistema y de apostar por la potenciación de la industria farmacéutica como sector relevante de la economía española.
- Diseño de planes para la construcción de infraestructuras y para la mejora de las existentes, adecuándolas a las necesidades asistenciales de la población y configurando sistemas que permitan adaptar los recursos a las demandas cambiantes.
- Mejora continua de la calidad asistencial, estableciendo sistemas para su medición y corrección de aquellas desviaciones que se produzcan e incorporación de las nuevas tecnologías a la asistencia sanitaria, diseñando planes de mejora que permitan la mejora constante de los medios materiales.
- Configuración de las políticas de Salud Pública como una cuestión de Estado ajena al debate político y promoción del diseño y ejecución de actuaciones en esta materia, considerando su protección como un derecho fundamental de todos los españoles que debe ser garantizado por los poderes públicos.
- Desarrollo de planes especiales para paliar carencias concretas, así como diseño de una política activa y eficaz en materia de prevención de enfermedades, considerándola como un factor clave en la educación de las nuevas generaciones.

Creo que cada uno de esos 10 principios es suficientemente elocuente de cual es nuestra voluntad política de cuáles son las vías por las que queremos lograr la Sanidad que se merecen los ciudadanos españoles.

Es cierto que hemos tenido y estamos teniendo graves dificultades de proyectar esos principios y esa voluntad de diálogo en el seno del Consejo Interterritorial.

También es cierto que temas cruciales como el de la financiación sanitaria o la política farmacéutica caminan por otros derroteros (globos sonda y sordera total), pero hemos querido contribuir a la mejora del Sistema Nacional de Salud a través de una serie de Foros Sanitarios que nuestras Comunidades Autónomas han venido convocando para debatir con profundidad y sin restricciones los temas que preocupan al mundo sanitario en España:

- La atención primaria.
- La política farmacéutica y las ventajas del sistema de precios de referencia.
- La financiación del sistema Nacional de Salud.
- Los recursos humanos del Sistema y el futuro de las profesiones sanitarias.
- Y próximamente la eficiencia y la calidad en la gestión.

Vamos a seguir apostando por el papel de las Comunidades Autónomas en el ámbito sanitario; por un eficaz Consejo Interterritorial abierto a la colaboración y sin restricciones, por una financiación sostenible, que tenga en cuenta los cambios demográficos y otros factores poblacionales (inmigración, dispersión geográfica, patrón epidemiológico, etc.); por la aprobación e unos criterios comunes que permitan la movilidad de las profesiones en base a una visión moderna de carrera profesional; por la aprobación del Fondo de Cohesión, y por el respaldo a la investigación biomédica, sin sobresaltos ni tasas inconstitucionales.

Esta la forma en la que, desde el Partido Popular, creemos que debería fortalecerse el Sistema Nacional de Salud. Los principales beneficiarios: los ciudadanos.

# Lo público y lo privado en Sanidad

CARLOS PÉREZ ESPUELAS

## 1. Presentación

Nuestro objetivo es analizar el posicionamiento de los sectores público y privado en el aseguramiento y provisión de servicios sanitarios, junto con su evolución en los últimos años, así como proporcionar una opinión sobre las tendencias de futuro. Pretendemos analizar cómo el sector privado y público se han relacionado, el papel que a cada uno de ellos le ha reservado el Estado en este tiempo, y trataremos de mostrar de qué forma el sector privado ha trabajado, y trabaja, codo a codo con el sector público, proporcionando a los ciudadanos aseguramiento y/o atención sanitaria de calidad, complementándose, y aportando el sector privado referentes de estándares tanto de atención al cliente como de gestión de recursos.

La separación entre aseguramiento privado y público no es nítida para toda la población, como es el caso del colectivo de personal funcionario que tiene opción para recibir tanto el aseguramiento como la atención sanitaria a través de empresas de seguro privado. De la misma forma, los colectivos de una serie de empresas (que reciben el nombre de Colaboradoras) obtienen a través del seguro privado la atención médica. Estas excepciones están siendo motivo de un intenso debate político, constituyéndose en el núcleo de la discusión Sanidad Privada versus Sanidad Pública, dado que ya en este momento la atención sanitaria de los españoles se financia desde los presupuestos generales del Estado, dando lugar al argumento de que no deben existir diferencias entre las personas. Entendemos que si el análisis se efectuara alrededor de la libertad de elección de los ciudadanos estos optarían, como tantas veces han demostrado, por la liberación del sector y la competitividad, lo que se traduciría en un mejores servicio, que es finalmente lo que se espera recibir.

Mayor confusión encontramos en la provisión, hasta tal punto que aquí lo público y lo privado se entremezcla con lo privado no lucrativo y lo público lucrativo (empresas públicas, consorcios, etc.), si bien este lucro tiene una forma de reparto distinta del privado, finalmente determina que asistamos a una sana competencia por la provisión, en la que, como en el caso de Cataluña, están obligados a participar todos los sectores. Hemos asistido a un crecimiento complementario de los proveedores, supliendo la iniciativa privada y las carencias del sector público en aspectos esenciales tanto del diagnóstico como del tratamiento, enmarcado siempre en el discurso político privado/público (que tantas veces enmascara la presión por el mantenimiento de la condición de empleado público), lo que ha dificultado una colaboración a largo plazo entre ambos sectores., ya que no siempre han prevalecido los criterios de planificación estratégica o económicos.



## 2. Introducción

El sector privado participa de distintas formas en la asistencia sanitaria; así, en el aseguramiento proporciona cobertura sanitaria a los ciudadanos, actuando por tanto en condiciones de doble asegurador; en la provisión, prestando atención sanitaria a ciudadanos con aseguramiento público (MUFACE, ISFAS, MUGEJU) y privado; y más recientemente, financiando la provisión pública (caso de Alcira en Valencia). Y estas tareas las realiza a través de empresas privadas con y sin ánimo de lucro.

El sector público asegurador proporciona la atención sanitaria a través de centros propios; también mediante empresas públicas, consorcios, fundaciones, etc, donde la propiedad es de Entes Locales, Provinciales, Cabildos. Estas últimas se diferencian de las empresas privadas sin ánimo de lucro en las relaciones laborales (funcionariales en muchos casos), la carencia de personalidad jurídica propia de alguna de ellas, etc.

Pero el sector público también proporciona atención a pacientes privados, bien al ser remitidos por sus compañías de seguro médico o por compañías de seguro de accidentes, de accidentes de tráfico, etc. Finalmente, el Estado, como asegurador público, proporciona asistencia sanitaria a través de hospitales y servicios privados concertados.

Desde la óptica de la gestión, al tratarse de una actividad mayoritariamente pública, se basa en principios de gestión pública. Este hecho objetivo condiciona e influye de manera muy significativa las formas en las que se producen los esquemas de gestión sanitaria. No se trata de juzgar aquí si esta circunstancia es globalmente positiva, negativa, adecuada, etc.; simplemente marca una serie de elementos clave de referencia, entre los que cabría señalar:

- Las dificultades objetivas para orientar los focos de atención hacia el paciente/cliente
- La pérdida de referencia del mercado como elemento de ajuste
- La menor eficacia e importancia del uso de indicadores económico-financieros como elementos de medición.
- El menor impacto de los mecanismos de la competencia como elemento dinamizador.
- Las características específicas del marco de gestión de recursos humanos en las organizaciones sometidas a los criterios de gestión pública.

## 3. Antecedentes históricos

Para analizar la evolución de la atención sanitaria en España en estos últimos 20 años debe comenzarse por nuestra Carta Magna, en cuyo artículo 43 reconoce el derecho de los españoles a la protección de la salud, estableciendo la competencia de los diferentes niveles de los poderes públicos para organizar, y hacer cumplir este derecho. La organización y tutela, por parte de las Administraciones Públicas, de la salud pública se realiza a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Constitución establece que el Estado es asegurador sanitario de todos los españoles.

La generalización de la cobertura sanitaria pública tiene su concreción legal en la Ley General de Sanidad de 24 de abril de 1986. Hasta la promulgación de la misma, el servicio público de salud estaba ligado al sistema contributivo de la Seguridad Social, y por tanto al mundo del trabajo, a través del Seguro Obligatorio de Enfermedad creado en el año 1942. La afiliación al sistema era requisito básico para poder disfrutar de dicho servicio público.

## 4. La financiación

En la década de los 60 el porcentaje de gasto sanitario público situó en el 59%, y en los 70 en el 65% del total. A partir de la década de los 80, este porcentaje se elevó al 80%, mostrando un descenso del 5% a partir del año 95 (OCDE *Health Data*). La aportación del Estado a la financiación del gasto sanitario público cuando se suscribieron los Pactos de la Moncloa en 1977 era del 20%, del gasto, y el 80% restante provenía de las aportaciones del Sistema de Seguridad Social.

Esta participación mantiene una tendencia progresiva, y a partir del año 90 pasa a tener un carácter finalista, de tal forma que se financia parte del gasto sanitario con independencia de otras aportaciones destinadas a financiar prestaciones económicas de carácter no contributivo, separando la financiación de la Sanidad de la de Seguridad Social.

La participación de las cotizaciones sociales va perdiendo peso a lo largo de la década de los 90 hasta desaparecer en 1999, cumpliéndose de esta forma lo establecido en el Pacto de Toledo. En consecuencia, desde el año pasado el gasto sanitario público en España se financia en su totalidad desde los presupuestos generales del Estado.

## 5. Gasto sanitario en nuestro entorno

Lluís Bohigas analiza la evolución del gasto sanitario de los años 95 y 96 en España, y los compara con la media europea, donde encuentra valores muy próximos. También analiza la diferencia entre gasto sanitario público y privado para el mismo periodo. Bohigas concluye que el esfuerzo que realiza España en cuanto a PIB dedicado a la sanidad es equivalente a la media de los países de la Unión Europea, estando más cerca de la media europea en gasto privado que en gasto público.

De esta información podemos concluir que nos encontramos en un sistema sanitario donde el peso del sector público es mayoritario, en el que todos los ciudadanos tienen garantizada la asistencia sanitaria, que convive con un sector privado minoritario, y que es equiparable a la media europea, en especial en gasto privado.

## 6. Los recursos y la actividad en provisión

El total de hospitales que conforman el censo nacional es de 799, de los cuales, el 18% son privados benéficos y el 34% son privados no benéficos. Este porcentaje se modifica si consideramos el número de camas, y de un total de 166.276, privadas benéficas son el 13% y privadas no benéficas el 17% (Censo de hospitales del Ministerio de Sanidad y Consumo 1999). De nuevo observamos el elevado peso del sector no público en provisión, con su indudable repercusión en la economía nacional. El 13% de la actividad de Seguridad Social efectuada por privados es muy importante.

Para el INSALUD no transferido, los gastos en Asistencia Sanitaria con Medios Ajenos se han estabilizado en el 10% del presupuesto, y viene a representar para el año 2000, unos 140.000 millones de pesetas.

## 7. La concertación de medios ajenos al Estado

El Estado ha venido supliendo su falta de medios para prestar la atención sanitaria mediante la concertación con servicios ajenos. Así, en la Ley General de Seguridad Social, Texto Refundido de 30 de mayo de

1974, establece en su artículo 104 que «la asistencia en régimen de internado se hará efectiva en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social o mediante concierto, y este se podrá establecer tanto con entidades públicas como privadas. Pero no se desarrolla más el articulado, por lo que en abril de 1980 se publica la Resolución de la Secretaría de Estado para la Sanidad, y con ella se regula la prestación de asistencia sanitaria en Centros ajenos, y se determina el carácter subsidiario y complementario de la misma, otorgando prioridad para ello a los centros del sector público y a los del privado sin ánimo de lucro.

La Resolución de la Secretaría de Estado significa el primer intento de racionalizar las relaciones con el sector privado, clasificando a los centros en grupos y niveles, estableciendo las tarifas en función de dicha clasificación, y definiendo el papel que las instituciones privadas desempeñarán en el futuro dentro de la provisión de servicios al Estado.

La Ley General de Sanidad supone un nuevo avance en la relación entre sector privado y público. Así, reconoce la posibilidad de que los hospitales generales privados puedan vincularse al sector público conservando la titularidad de los Centros y relaciones laborales. Establece en su artículo 67 que la vinculación se realizará mediante un convenio singular. Y a partir de la Orden de Revisión de Tarifas de 1993 se introduce la concertación de una serie de procedimientos quirúrgicos concretos con sus correspondientes tarifas. Más recientemente el INSALUD ha enmarcado los conciertos dentro de los contratos de gestión de servicios públicos acogiendo a lo establecido dentro de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas.

## 8. La experiencia catalana en provisión

En el año 1981 se produce la transferencia sanitaria a Cataluña, pasando con ello a gestionar tanto los recursos como el presupuesto. En Cataluña en el momento de la transferencia, solo un 30% de los hospitales eran del Estado, y el resto eran de otras organizaciones públicas, y privados sin y con ánimo de lucro. Esta realidad determinó que en el año 1985 la Generalitat crease la red hospitalaria de utilización pública, y separase las funciones de provisión de las de compra, y aplica los mismos criterios de contratación de servicios a su red propia (Instituto Catalán de la Salud) que compite en igualdad de condiciones con el resto de hospitales. El Servicio Catalán de la Salud es el encargado de gestionar la compra de servicios.

En el año 97, el presupuesto del servicio de salud supuso el 34,5% del total del presupuesto de la Generalitat, lo que nos proporciona una clara idea de la importancia y peso del sector en el conjunto competencial del gobierno catalán.

## 9. La experiencia valenciana en provisión

Hemos visto cómo tanto la Administración Central como la Autonómica, han resuelto la cobertura asistencial con los medios que disponían, de tal forma que han utilizado los recursos disponibles para adecuarse a la demanda, pero cuando han tenido la necesidad decrecer, lo han hecho construyendo hospitales de propiedad pública, y gestión pública.

Es en la Comunidad Autónoma Valenciana donde se ha dado un paso adelante en la liberación de la provisión, y para proporcionar asistencia sanitaria a una población de 230.000 habitantes en la Comarca de la Ribera (Valencia), se crea una Unión Temporal de Empresas, liderada por una compañía de seguros privada. El modelo se basa en una financiación pública (pago capitativo), control público, propiedad pública (construido sobre un solar público, revertirá a la Generalitat en el plazo de 10 años), y la prestación del servicio es privada, por tanto, una gestión empresarial, con relaciones laborales.

Esta forma de colaboración del sector privado con el público, mediante la formación de alianzas estratégicas a largo plazo, supone una apuesta interesante y novedosa, que debería extenderse al resto de Comunidades, permitiendo la renovación y mejora de la gestión del sector hospitalario en su conjunto.

## 10. El aseguramiento privado

Según UNESPA (Información Estadística del Seguro Privado 1997), el número de pólizas de seguros de enfermedad ha pasado de 2,4 a 4 millones entre los años 1988 y 1997, siendo el número de asegurados para el último año de 9,2 millones de personas. Podemos observar cómo en los últimos 10 años el sector ha experimentado un crecimiento en el número de pólizas del 70%, asegurando al 20% de la población española.

Esta actividad supone que el sector recaude un total de 322.000 millones en primas. Con una sinies-tralidad sobre primas del 82,4 %, y unos gastos de gestión del 19% en el año 97, el sector tiene un escaso margen de beneficio, muy por debajo de otros sectores industriales y de servicio.

## 11. Propuestas presentadas

Finalmente, analizamos las propuestas más significativas que podemos encontrar acerca de la relación entre sectores público y privado en Sanidad.

La política SALUD21 para la Región Europea de la OMS selecciona cuatro principales estrategias de acción, y una de ellas establece «atención primaria de salud orientada a la comunidad y a la familia con un carácter integrado, con la asistencia de un sistema hospitalario flexible y con capacidad de respuesta». Y en el «objetivo 17º financiar servicios sanitarios y asignar recursos» de SALUD21, la OMS hace propios los acuerdos de la Conferencia de Ljubljana de 1996 sobre la reforma de la atención sanitaria, al afirmar que «no hay espacio para una actividad sin restricciones del mercado ni en la financiación ni en la provisión de un bien social como la atención sanitaria. Además, los mecanismos de mercado dirigidos a las personas o a los organismos de financiación han tenido mucho menos éxito en términos de equidad y eficiencia que los dirigidos a hospitales y a otros proveedores de atención sanitaria».

Michael E. Porter, en su libro *Ser Competitivo* (ediciones Deusto) afirma que «la competencia únicamente funcionará cuando las decisiones tomadas por proveedores, médicos, pagadores y pacientes se basen en información pertinente y comparable sobre precios y sobre resultados terapéuticos».

Andersen Consulting en colaboración con Burson-Marsteller publicaban en 1993 un informe bajo el título «El Futuro de la Sanidad en Europa», donde identifican que en las reformas introducidas recientemente en Europa se pretende «promover la competencia entre los dispensadores públicos como medida para incrementar su flexibilidad y eficiencia». Y observan que «adicionalmente, en algunos países se podría alentar la competencia entre los aseguradores públicos y privados, y aumentar la libertad de elección en el tipo de cobertura».

También la consultora Coopers&Lybrand en 1995 publica «*European healthcare trends: towards managed care in Europe*», y concluye que «la implantación de competencia requiere individuos bien informados y agencias capaces de efectuar la selección coste-beneficio para la comunidad. Tanto los individuos como las agencias deben ser capaces de influir sobre los resultados de los proveedores de salud».

Un equipo de profesores de ESADE bajo la coordinación de Rafael Bengoa, publicaron en 1997 *Sanidad, la reforma posible*, y en el que proponían «abrir un debate constructivo sobre el papel de la medicina privada. Una revisión del rol y las normas que regulen la cooperación del sector no público pueden aliviar el gasto y favorecer niveles de competencia».

La sociedad civil española también se ha pronunciado sobre su consideración en la relación entre sector público y privado. En el año 1991, la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud creada por el Parlamento, más conocida como «Informe Abril» establece que «la provisión de asistencia sanitaria al S.N .S. con medios distintos de los públicos, y desarrollada hasta la fecha en compartimentos muy estancos, tiene que ser el soporte de la complementariedad y un elemento necesario para devolver eficiencia al sistema en general, debiendo entrar a un régimen de mayor participación y competencia leal».

En diciembre de 1997 se produjo el acuerdo parlamentario para la Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud, donde se acordó recomendar al Gobierno «impulsar la competencia entre proveedores en el marco de un mercado sanitario regulado, con el soporte de un sistema integrado de información, fomentando relaciones estables y duraderas entre los agentes del sistema, instrumentando a través del control y evaluación de los resultados obtenidos».

## 12. Conclusiones

Podemos afirmar que el sector privado y el público han mantenido una continuada colaboración, rellenando aquél los nichos de atención de éste, compartiendo profesionales y experiencias. La paulatina incorporación de reglas de mercado en el sector público derivado de la necesidad de mejorar la eficiencia del mismo, exigirá la inclusión de elementos de competencia regulada, la implantación de relaciones laborales adecuadas a la realidad social de nuestros días, etc., todo ello ayudará a incrementar el papel del sector privado, como consecuencia de la paulatina apertura de la provisión. La incipiente incorporación del sector privado a la provisión en atención primaria ayudará a la liberación de la provisión también a este nivel asistencial.

La progresiva demanda de libertad de elección de los ciudadanos será otro elemento que empujará a la apertura del sector público, permitiendo que se ponga de manifiesto cómo la mayor eficiencia de los hospitales privados es un activo valorado positivamente por los pacientes. A su vez, supondrá el acicate para la reforma del sector público.

También las necesidades de financiación del sector público ayudará en la progresiva incorporación del sector privado tanto en el aseguramiento como en la provisión. En el año 1999 se ha podido apreciar cómo al modificar la fiscalidad sobre el seguro privado, se ha producido un importante incremento de pólizas, lo que se traducirá en un menor consumo de recursos públicos, y tal vez sea esta la vía por la que se inicie la solución al problema de la financiación. Existe una demanda latente de atención privada, y una mínima incentivación fiscal a la misma lo ha puesto de manifiesto. De la misma forma como la experiencia de Alcira se está consolidando, el sector privado tendrá interés en incrementar su presencia en la provisión directa, y habremos de asistir a otras muestras similares de colaboración a largo plazo, conformándose así alianzas estratégicas donde la confianza mutua es elemento imprescindible para su materialización.

## El Sistema Nacional de Salud de los ciudadanos y de los trabajadores

JESÚS PÉREZ MARTÍNEZ

SECRETARIO EJECUTIVO. COMISIÓN EJECUTIVA CONFEDERAL DE LA UNIÓN GENERAL DE TRABAJADORES

La Constitución Española establece para la ciudadanía el derecho a las prestaciones de la Seguridad Social en su artículo 41 y el derecho a la protección de la salud en el artículo 43. Ambos derechos se garantizan mediante el desarrollo de sendos sistemas públicos, el de la Seguridad Social y el Nacional de Salud, que desde sus inicios hasta el momento actual han sido factores principales en la redistribución de la riqueza, la cohesión social y la eficacia productiva y social.

Las prestaciones de asistencia sanitaria, incluidas en la acción protectora de la Seguridad Social y, en su origen, financiadas con cargo a su presupuesto, adquirieron la extensión universal con la Ley General de Sanidad (LGS) en 1986 y la naturaleza no contributiva, a partir de la Ley de Consolidación y Racionalización del Sistema de Seguridad Social en 1997. A partir de este momento, las prestaciones y servicios de asistencia sanitaria se financiaron por el Estado, hasta que en 2001 la financiación sanitaria se integra en la financiación general de las Comunidades Autónomas.

El **Sistema Nacional de Salud** (SNS), definido y creado en la LGS, como el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, ha experimentado, a lo largo de su historia, cambios en cuanto a su financiación, prestaciones y niveles asistenciales, acompañados de modificaciones en la gestión, en el marco normativo y en el modelo de participación social. Se ha constituido como un modelo público, con cobertura universal, equitativo y solidario, en el que el acceso al sistema y a las prestaciones sanitarias debe realizarse en condiciones de igualdad efectiva – equidad –, y la política de salud debe estar orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales. Paralelamente, desde el año 1981 hasta 2001, la gestión de la asistencia sanitaria se fue descentralizando hasta culminar las transferencias en esta materia coincidiendo con el nuevo modelo de financiación de la sanidad.

Sin embargo, el **análisis** del sistema sanitario nos permite afirmar que no siempre se cumplen estas condiciones de universalidad, equidad y solidaridad, y se pueden destacar algunos aspectos mejorables que deben subsanarse: como que todavía queda **sin derecho a la asistencia** sanitaria un porcentaje muy reducido de la población, que persisten subsistemas no integrados de provisión privada de servicios y que se incrementan las desigualdades interterritoriales, en un contexto en el que la financiación se manifiesta como claramente insuficiente. Sin embargo, ninguno de estos aspectos sería preo-

cupante, si existieran mecanismos eficaces correctores de las desigualdades orientadas hacia la equidad y garantías de un reparto presupuestario, según las necesidades, y si el **sistema de financiación** sanitaria, en el que hoy los recursos no tienen carácter finalista, fuera el adecuado.

La UGT ha insistido, desde septiembre de 2001, en relación con el Acuerdo de Financiación Autonómica y Sanitaria del Consejo de Política Fiscal y Financiera y el modelo de financiación autonómica y sanitaria, con una serie de consideraciones y propuestas para contribuir al sostenimiento del SNS y de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social. A lo largo de los últimos tres años, este sistema de financiación autonómico no se está demostrando como el más apropiado para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario público y, a nuestro juicio, para determinar un mejor diseño del mismo se debe partir de una concepción común del sistema sanitario, calcular los recursos y las fuentes necesarios para su financiación. Sin olvidar que la sostenibilidad del sistema también depende de una mejora de su gestión pública en todos los ámbitos.

Por otra parte, con respecto al gasto sanitario público se observa que crece cada año y lo hace con el aumento de la población y de la edad, con las necesidades de tecnología, de personal, y de consumo farmacéutico, principalmente, poniendo de manifiesto la insuficiencia financiera de un sistema de financiación que nació junto con las diez últimas transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas efectuadas en bloque en una única decisión política. Sin embargo, en España el gasto sanitario público por persona y año es uno de los más bajos de la Unión Europea de los 15, lo que pone de manifiesto que no se trata sólo ni primordialmente de un problema de financiación, sino de adoptar decisiones políticas para defender uno de los pilares fundamentales del Estado de Bienestar.

La UGT cree firmemente que el derecho a la salud que tienen todos los ciudadanos sólo puede hacerse efectivo, mediante un Sistema Nacional de Salud con financiación, provisión y gestión públicas que, como tal, garantice, por un lado, la aplicación de los principios básicos de universalidad, equidad, gratuidad y eficacia y, por otro, tenga al usuario como centro del mismo. Unas garantías igualmente vivas con la descentralización sanitaria (Programa Fundamental. 38 Congreso Confederal. Marzo de 2002).

Además, en el sistema sanitario público se detectan **tensiones** que no son achacables únicamente a las deficiencias de **financiación**, sino que son consecuencia de una **gestión** plagada de dificultades que se agravan con el dilatado proceso de **transferencias**, dando lugar a situaciones territoriales bien diferentes que ponen en peligro la equidad del sistema y manifiestan desigualdades. La descripción de los diferentes servicios autonómicos de salud nos proporciona un mapa en el que **se incrementan cada vez más las diferencias** interterritoriales para el acceso a las prestaciones, las condiciones de salud, el gasto "per cápita" en salud por habitante, los recursos tecnológicos y la dotación de personal.

En el largo **proceso de descentralización y transferencias** se han puesto de manifiesto problemas en la distribución competencial entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas, así como de coordinación en el SNS. También se observan claros síntomas de desestructuración y desmembramiento relacionados con los diferentes modelos de gestión, con diferencias en las condiciones de trabajo y signos de desmotivación generalizada en el personal, que permanecerán sin solución mientras no se determinen los mecanismos de gobierno, coordinación y cohesión necesarios para el mantenimiento del sistema.

Para que los ciudadanos puedan **acceder a las prestaciones** sanitarias en condiciones de igualdad, con independencia de su residencia y movilidad en todo el territorio, es fundamental que los servicios sanitarios dispongan de los recursos necesarios, materiales y humanos, y que funcionen como un sis-

tema integrado y coordinado. Pero, además, las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social contempladas en la Ley de Cohesión y Calidad del SNS (LCCSNS), deben ser objeto de un desarrollo reglamentario que establezca el catálogo y la cartera de servicios común en el conjunto del sistema.

Para la UGT la incorporación que la LCCSNS hace de la Salud Pública como prestación ha sido un avance. En la actualidad la Salud Pública está transferida a las CCAA donde todavía no está suficientemente desarrollada ni integrada con los servicios asistenciales de Atención Primaria y Especializada, perdiéndose la potencialidad que ofrece como instrumento de planificación estratégica de la sanidad, de utilización adecuada de los recursos, de promoción, de prevención y de restauración de la salud.

Para ajustar el modelo a los principios que lo inspiran, la UGT constata la necesidad de realizar un conjunto de tareas pendientes como la consolidación de una Atención Primaria que no se reduzca a la atención de la enfermedad, la reducción drástica de las listas de espera, la inmediatez de las pruebas diagnósticas y un potente sistema de desarrollo de las políticas de salud pública y laboral (Programa Fundamental. 38 Congreso Confederado. Marzo de 2002).

En relación con la **prestación farmacéutica** es importante analizar y valorar el crecimiento del gasto público en este capítulo y la gestión que se ha realizado en los últimos años en el Ministerio de Sanidad y Consumo y en las CCAA. A la vista de los resultados, es fácil concluir con la necesidad de establecer medidas para el **uso racional del medicamento** y la aplicación de medidas que mejoren la **calidad en la gestión de la prestación** en su conjunto (autorización de medicamentos, distribución, prescripción, seguimiento del tratamiento, innovación terapéutica, etc.) y evaluar sus efectos, como la contención del gasto farmacéutico, entre otros.

En la **Unión Europea (UE)** se disfruta de niveles altos de salud y de bienestar social fruto de las políticas de protección social que han ido desarrollando los sistemas sanitarios públicos. Estos sistemas, con origen y características diferentes en cada país, se han reformado con el objetivo de mejorar la calidad de sus servicios y hacer frente a las nuevas necesidades, pero todavía están lejos de la convergencia en materia de salud y bienestar. En este ámbito, las políticas en materia de Salud Pública y consumo son las protagonistas, no existiendo iniciativas políticas en relación con los sistemas sanitarios de los diferentes países, salvo en lo relacionado con la movilidad de los pacientes y profesionales sanitarios y las actividades transfronterizas. En cuanto a las relaciones entre los diferentes sistemas sanitarios, es fundamental el papel que desempeña la **Seguridad Social** en relación con la libre circulación de los ciudadanos y la atención sanitaria en la UE, principalmente con la tarjeta sanitaria para la identificación personal y el acceso a la asistencia sanitaria y la facturación entre sistemas.

En este **contexto europeo**, comparativamente, **nuestro SNS es eficiente**, porque con una financiación menor que en la mayoría de los países del entorno y con unos recursos humanos que empiezan a escasear, insuficientes para la demanda actual, se obtienen buenos resultados.

En la "Declaración de Toledo sobre el Derecho a la Salud para todos en la Unión Europea", en Diciembre de 2003, se afirma que "los criterios de convergencia económica están determinando el desarrollo y sostenimiento de los actuales niveles del Estado de Bienestar. Las medidas de contención del gasto público tienen un impacto negativo sobre el gasto social. No sólo importa el nivel global del gasto público, sino también su distribución". La UGT, como firmante de esa declaración y defensora de todo su contenido, es plenamente consciente de ello y defiende que se establezcan criterios e instrumentos de cooperación para garantizar el derecho a la salud, fortalecer la cohesión y lograr la convergencia europea en materia de políticas públicas de bienestar social y sanitaria.



Nuestro sistema sanitario ha sido y es el refugio de muchos ciudadanos en situación de dependencia, sobre todo para los mayores, con necesidades sociosanitarias que van más allá de las propias del sistema sanitario. En este sentido, es imprescindible el **desarrollo de la prestación sociosanitaria** con servicios suficientes para la convalecencia, para los enfermos crónicos y para la salud mental, especialmente mediante el desarrollo de la enfermería y otros cuidados a domicilio, con continuidad y proximidad al entorno socio-familiar del paciente y de la creación de un **Sistema Nacional de Dependencia**, complementario al Sistema Nacional de Salud, para el que se establezca un catálogo de prestaciones y servicios públicos que puedan contribuir a la satisfacción de la demanda sobre algunos niveles asistenciales, imposibles de satisfacer con medios privados para la inmensa mayoría de la población.

Por último, unas cuantas consideraciones en cuanto a la **participación institucional** de los interlocutores sociales (Organizaciones Empresariales y Sindicales) más representativos, según la denominación de la Ley Orgánica de Libertad Sindical (LOSL) que está dispersa en órganos de muy diferente composición y funciones y sobre la que hay que plantearse su reordenación, con el objetivo de **recuperar el tripartismo y la paridad** en los órganos de información, consulta y participación en las Administraciones públicas, según los criterios de la OIT y de la mencionada LOSL.

Nuestro papel en los órganos de participación institucional, como representantes de los trabajadores, como Sindicato, en un pilar fundamental del Estado de Bienestar que, arrancando y siguiendo anclado a la S.S., se extiende y se **hace universal**, consiste en la responsabilidad de que también representamos a todos los ciudadanos, además de que representemos a los trabajadores, que son la inmensa mayoría de los ciudadanos.

A modo de **conclusiones generales**, para **reforzar el SNS** como un sistema sanitario público, gratuito, universal, equitativo y solidario deben establecerse mecanismos políticos y adoptarse medidas eficaces, como los siguientes:

- Equiparar el gasto social en España a los parámetros de la UE-15, como condición necesaria del progreso económico y social y, consecuentemente, incrementar al menos en un punto en porcentaje sobre PIB del gasto sanitario público.
- La descentralización del sistema sanitario debe ser compatible con la vertebración y coordinación que se precisa para asegurar la equidad y la solidaridad interterritorial, para lo que es necesaria una mejora de los sistemas de información y de los sistemas para compensar los desequilibrios territoriales y sociales. Por ello, estimamos que el Fondo de Cohesión debería convertirse en un Fondo de la Seguridad Social para la Cohesión del SNS, ampliando su dotación, cambiando su naturaleza e incluyendo entre sus fines, de manera prioritaria, la corrección de desigualdades.
- En este contexto, debería desarrollarse el Plan Integrado de Salud del SNS para marcar los objetivos y orientar las actuaciones del conjunto del Sistema y las asignaciones del Fondo de Cohesión.
- Por tratarse de un pilar fundamental del Estado de Bienestar, debe potenciarse la participación social a todos los niveles y mejorar la calidad de nuestra representación institucional, según el modelo establecido en la Ley de Cohesión y Calidad del SNS y originado en la Seguridad Social que posibilita la participación y representación de la ciudadanía.

Por último, la UGT ha propuesto la apertura de un capítulo específico sobre el **sistema sanitario en el Diálogo Social**, en el marco de la Declaración del 8 de julio, en paralelo con el Diálogo comprometido por el Gobierno sobre capítulos del Estado de Bienestar tan trascendentes como el sistema de pensiones y de prestaciones de la Seguridad Social, y un sistema de **atención a la dependencia**. Diálogo Social para situar la cohesión social del SNS en el corazón de la prestación sanitaria, más allá de la necesidad de acordar nuevos sistemas de financiación suficiente para los Servicios Públicos de Salud que gestionan las Comunidades Autónomas.

## Perspectiva histórica sobre la Calidad de la Atención Sanitaria: evolución. Tendencias y métodos

PAZ RODRÍGUEZ PÉREZ

JEFA DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA. HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

En 1988 Arnold S. Relman publicaba en *The New England Journal of Medicine* un artículo titulado «*Assessment and Accountability. The Third Revolution in Medical Care*». En este trabajo el autor menciona tres grandes revoluciones en el sistema sanitario estadounidense entre los años que van desde la Segunda Guerra Mundial hasta finales de los 80, que representarían el umbral de la tercera revolución, o el inicio de la era de la evaluación y de la calidad de la atención sanitaria. Entre los años 1940 a 1950 representaron la expansión y el desarrollo tecnológico, la época en la que aparecieron los mejores hospitales y servicios sanitarios americanos. Pero este desarrollo y crecimiento del gasto se hizo insostenible y dejó paso a la llamada segunda revolución o era de la contención de los costes. La frustración de muchos profesionales sanitarios por la preocupación excesiva y en ocasiones exclusiva de los gestores sobre la vertiente economicista de la sanidad y a su vez la incapacidad de estos gestores para frenar el crecimiento ilimitado del gasto sanitario, hizo que a finales de los años 80 se impusiera la necesidad de evaluar la utilización de los recursos sanitarios en función de resultados. Se iniciaba con este concepto lo que otros autores como Ellwood llamaron la época del «*outcomes management*», no sería posible ninguna política sanitaria de contención de gasto sin evaluar los resultados de las diferentes alternativas de atención sanitaria. Los años 90 y siguientes han representado para Estados Unidos, tal y como predijo Relman, la era del desarrollo de los sistemas de evaluación e investigación sobre los resultados de los servicios sanitarios.

Haciendo un paralelismo con este trabajo, podríamos decir que la evolución de nuestro sistema sanitario ha sido similar a la del estadounidense, aunque con alguna dilación en el tiempo. Así el desarrollo tecnológico se situaría a partir de los años 60, con la aparición de los grandes centros sanitarios y las primeras Unidades de Cuidados Intensivos en nuestro país. La era de la contención del gasto, o al menos de la transferencia de esta preocupación a los profesionales sanitarios, por el excesivo crecimiento del gasto y la búsqueda de nuevas fórmulas de atención sanitaria, como alternativa a la costosa hospitalización tradicional, se inicia a mediados de los años 80 y es en los primeros años de la década de los 90 cuando la preocupación por la evaluación y la mejora de la calidad se impone en nuestro medio.

Sin embargo, aceptando que es reciente el inicio de la evaluación y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria, es obligado decir que en todos los sectores, y muy especialmente en el sanitario, la búsqueda de esta calidad asistencial ha sido siempre una constante en el quehacer diario de todos los que hoy tra-



bajamos o han trabajado en este campo. Las discrepancias sobre el origen de la evaluación de la calidad de los cuidados, no tendrían cabida para nosotros y aunque hay autores que lo sitúan 90 años atrás otros se remontan en la historia hasta 3000 años a. C. Estas diferencias no son importantes y únicamente son atribuibles a que muchos autores entienden que el origen de la calidad de los cuidados esta en el origen de las estructuras formales que inician la evaluación de dicha atención. Apoyando ambas hipótesis revisamos aquí los dos pasados, el pasado lejano y el pasado reciente que abarca el presente siglo.

## 1. El lejano pasado

La evaluación sistemática de la calidad de la atención no es algo nuevo. Ya Hammurabi en el año 2000 a. C. promulgaba en Babilonia el código que regulaba la atención médica que incluía las multas que estos debían de pagar por los malos resultados de sus cuidados; también 2000 a. C. en el Papiro de Egipto encontramos algunos de los primeros estándares referidos a la práctica médica. En las culturas orientales como la China encontramos documentos que datan del año 1000 a. C. donde se presenta, exhaustivamente desarrollado, el estado del arte de la Medicina en aquella época y se regulan las competencias de los profesionales. El tratado de Hipócrates de Cos, 500 años a. C., recoge las primeras bases éticas y legales de obligado cumplimiento para los médicos y que aún hoy siguen vigentes. Más cercano en el tiempo y a nuestro medio no deben ser olvidados ni el tratado de Galeno (200 d. C.), que no es sino un gran trabajo donde se estandariza el conocimiento médico de la época, ni los trabajos que ya en 1600 publicó Vesalio en el campo de la Anatomía Humana.

Si hasta aquí hemos constatado básicamente estudios dirigidos a normalizar el proceso de la práctica clínica, los primeros trabajos de evaluación sistemática de dicha práctica comienzan a ser realizados por epidemiólogos. Así, entre estos trabajos que tratan de evaluar y conocer los resultados de la atención sanitaria, cabe mencionar el tratado sobre «Política Aritmética» que en el Siglo XVII escribía Sir W. Petty, uno de los padres de la epidemiología moderna, donde comparando los hospitales de Londres con los de París llega a afirmaciones como que «los hospitales de Londres son mejores que los de París, pues en los mejores hospitales de París fallecen 2 de cada 15 pacientes, mientras que en los peores hospitales de Londres fallecen 2 de cada 16 ..». No podemos dejar de mencionar los trabajos de Sir. W. Fahr y F. Nigtinghale a finales del siglo pasado sobre la mortalidad hospitalaria. Esta última fue una enfermera inglesa, que en 1855, analizando la mortalidad de los soldados procedentes de la Guerra de Crimea, y que fallecían tras amputársele una pierna, observó que los que habían sido intervenidos en los grandes hospitales tenían mayor probabilidad de morir que los que habían sido operados en los hospitales pequeños. La principal causa de muerte era la infección intrahospitalaria, más frecuente en los grandes centros.

Tras estas experiencias puntuales de evaluación de la atención sanitaria, los primeros años del Siglo XX dan inicio a la evaluación sistemática de la calidad de la atención sanitaria y abre el período de lo que se ha venido a denominar como el pasado reciente.

## 2. El pasado reciente y la realidad de nuestros días: el siglo XX

A continuación presentamos un análisis de los diferentes modelos y estrategias de los programas de evaluación de la atención sanitaria con especial referencia a la evolución en Estados Unidos.



*Diferentes modelos y estrategias de los programas dirigidos a la evaluación y mejora de la calidad asistencial.* Hasta mediados del Siglo XX una gran parte de las acciones de evaluación surgían de la iniciativa particular de los profesionales de la medicina, epidemiólogos o asociaciones científicas. Es esta etapa la que se corresponde con el modelo que H. Palmer denomina como «profesional» y que se caracterizó básicamente por centrarse en la evaluación de las estructuras de los servicios y algo en resultados, por apenas disponer de criterios explícitos y donde el médico era considerado como «médico» y el paciente como «paciente» en el sentido más clásico de estos términos. Es también en los últimos años del pasado siglo y los primeros de éste cuando se inicia el período del llamado control activo de la calidad de los servicios sanitarios. Es cuando el sector industrial, tras la Revolución Industrial, inicia el paso del control pasivo al control activo de la calidad de sus productos, del control del consumidor, al control realizado por el productor. Hasta esas fechas, los consumidores cuando adquirían un producto que resultaba ser deficiente en alguna de sus características, exigían ser compensados por ello. Se hacía así un control pasivo de la calidad de dichos productos. Paulatinamente la industria fue asumiendo esta función de comprobar la calidad, tanto de la materia prima, como del proceso de producción y del producto final antes de que éste fuera lanzado al mercado. Los productores se habían dado cuenta de que cuanto más irreversible y costoso era el proceso de producción más empeño había que poner, no en examinar la calidad de los productos, sino en construirlos con ella. En el sector Servicios y en especial en los servicios sanitarios, donde los errores son irreparables, esta iniciativa surge desde los profesionales de la Medicina.

Hacia los 60-70 la evaluación de la asistencia sanitaria comienza a ser no sólo importante para los profesionales sino que comienzan a interesarse los gobiernos y financiadores. De esta forma se inicia el período «burocrático», en el que las decisiones de los profesionales empiezan a estar marcadas por las reglas de la organización. Durante estos años comienza a producirse un cambio desde el análisis individual de patrones de cuidados hacia el análisis estadístico de los procesos. Si en un principio se caracteriza este período por ciertos matices de inspección, la transición de la inspección al análisis estadístico se produce en pocos años. Pero la transición desde la aproximación burocrática de los cuidados tuvo un escaso impacto, especialmente en los profesionales de la Medicina. Una estrecha definición de la calidad de los cuidados, que sólo pretendía buscar la conformidad con unos estándares y el énfasis en la información clínica, dejando en parte de lado a los profesionales de la atención sanitaria, era demasiado limitada e incapaz de mejorar la misma. La búsqueda de un equilibrio entre esa evaluación de la práctica clínica y la necesidad de considerar los servicios de salud, especialmente hospitales, como organizaciones complejas que necesitaban rediseñar sus procesos implicando a todos los que en ellos participaban, se imponía.

El modelo profesional había sido el primero en existir y había tenido una buena acogida por parte de los médicos. Los estándares profesionales eran revisados por pares y los mecanismos de control de la calidad eran responsabilidad de cada profesional. Hacia los años 70 el rápido desarrollo tecnológico de los servicios sanitarios y la variedad de complejas técnicas que iban emergiendo (UVI,..), el trabajo en equipo) la aparición de otros profesionales no médicos en los servicios sanitarios (terapeutas, técnicos.) hizo que la comunicación y la coordinación entre todos estos profesionales fueran motivos suficientes para la aparición del modelo burocrático, totalmente opuesto al profesionalizado. Contradicciones de este modelo organizacional son los requerimientos, Por un lado de solicitar que las organizaciones realicen su auditoría interna y por otro lado la obligatoriedad de revisión externa sobre la utilización de recursos que hace el desarrollo de la Professional Standards Review Organization (PSRO) para los programas Medicare y Medicaid. Estas dos estrategias de auditoría externa e interna son causas del entonces y todavía actual rechazo y escepticismo de los médicos sobre los programas de mejora de calidad. Esta etapa burocrática deriva en los conocidos modelos de *Quality Assurance*.



A mediados de los años 80 en Estados Unidos comienzan a introducirse el modelo «industrial» en los servicios de salud. Aquí el paciente pasa de ser un beneficiario a ser un cliente. Las actividades de garantía de calidad son absorbidas por una estrategia de mejora continua de la calidad, donde la calidad debe de ser también una preocupación de los líderes, de los directivos de la organización y enfocada siempre a la búsqueda de las perspectivas de los clientes o consumidores. Hacer confluir los intereses del médico, de la organización y del paciente puede ser «política y económicamente irresistible y éticamente gratificante». Es esta la línea propuesta por el conocido modelo del que hablaremos más adelante Mejora Continua o *Continuous Quality Improvement* (CQI).

### 3. Algunas consideraciones sobre futuras tendencias en las acciones de evaluación y mejora de la atención sanitaria

Calidad, responsabilidad y costes son hoy los tópicos de los Sistemas de Salud cercanos al nuestro. Si las décadas de los años 1960-70 se caracterizaron por la expansión y el desarrollo científico y tecnológico, las décadas siguientes lo están siendo por la necesidad de contención de los costes. Estamos ahora iniciando la etapa en la que la necesidad de consenso y de evaluación en el campo sanitario parece inevitable y como decía A. Relman no será viable ninguna política de contención de costes si no va unida a la evaluación de resultados.

Sin embargo, entre los profesionales sanitarios permanece un gran escepticismo sobre los programas de mejora de la calidad. Son varias las razones para ello. En primer lugar, los médicos no observan grandes diferencias entre la nueva «*Quality improvement*» y la garantía de calidad que continúa en cierto modo acosándoles. Tradicionalmente el «*Quality assurance*» ha puesto el énfasis en identificar acciones de revisión de los procesos de atención, y analizarlo por las agencias externas de acreditación o los Comités hospitalarios con escasa participación de estos profesionales. La segunda razón del escepticismo es la poca evidencia de que los programas de «*quality assurance*» hicieran algo para mejorar la calidad de la atención. La falta de datos documentando la efectividad de esos programas colabora en parte al frecuente rechazo de esos profesionales y su difícil colaboración cuando el coordinador del programa de calidad propone una nueva acción y rara vez han hallado resultados o respuesta de otros profesionales o de los directivos sobre los anteriores programas. Una tercera razón para justificar el escepticismo de los médicos es la sospecha de que tras estas estrategias de mejora solo se esconde el imperativo de reducir los costes. Por todo ello los médicos tienen una serie de preguntas en ocasiones justificadas: ¿Qué hay de nuevo en el enfoque actual de la mejora de la calidad?; ¿puede en alguna medida ese enfoque ayudar a la mejora de los cuidados? o ¿es simplemente un esfuerzo encubierto de los planificadores de los servicios sanitarios para reducir los costes?

### 4. La nueva aproximación a la mejora de la calidad

Desde la perspectiva del *Quality Assurance* la calidad de los cuidados puede ser vista como el estudio de la distribución de los determinantes de los cuidados de salud en una población o de un proceso clínico determinado. Cuando estos están determinados, una segunda fase, la fase operacional debe de iniciarse.

Datos epidemiológicos y clínicos son necesarios en la primera fase. La estadística, la epidemiología, la sociología, la informática, etc. que hoy resultan todavía poco conocidas para los médicos como lo fue la farmacología o la fisiología hace 100 años dejarán de serlo y ayudará a que las usen en su día a día dirigidas a la evaluación. Es necesario el uso de estas técnicas para detectar oportunidades de mejora, errores previsible, eliminar la sobreutilización de recursos y los daños innecesarios para mejorar la calidad de nuestros servicios.

Pero la evaluación en sí misma no supondrá ninguna mejora de la calidad de la atención sanitaria. Es imprescindible la segunda fase, la fase operacional o de puesta en marcha de la información resultante de la evaluación. Es necesaria la participación de quienes toman decisiones, cambios de actitudes, rediseño de procesos y disponer de modelos a seguir. Contar con información válida y fiable y la participación de profesionales sanitarios, directivos y pacientes en la mejora de la calidad de los cuidados, será lo que inicie el período del *Continuous Quality Improvement* (CQI).

Implantar los sistemas de CQI llevará entre 1 y 5 años en cada centro. No elimina las tradicionales funciones de la QA, sino que las absorbe. Para predecir el futuro de CQI en los servicios sanitarios podríamos hacer una extrapolación de lo que está sucediendo en el sector industrial. La literatura del sector industrial pone de manifiesto el creciente desarrollo de los modelos de Calidad Total (TQM) como una estrategia o modelo de gestión. La forma de entender el TQM correctamente pasa por considerar a las personas y el aprendizaje continuo como el mayor valor de la empresa. El desarrollo de este modelo lleva consigo la aplicación de técnicas como la reingeniería de procesos, el «*benchmarking*», el liderazgo etc. y define la Gestión de Calidad como un sistema de aprendizaje continuado, que consigue no sólo el desarrollo de la empresa y la mejora de la calidad sino el del propio individuo también.

Según Ellis y Whittington en los hospitales estadounidenses quedan aún restos del tradicional QA que impiden o limitan el paso hacia el modelo del CQI o «continuo esfuerzo de todos los miembros de la organización para cubrir las necesidades y expectativas del cliente». La satisfacción del cliente, la satisfacción del empleado y el impacto en la sociedad se consiguen mediante el liderazgo en política y estrategia del personal de recursos y procesos, que llevan finalmente a la excelencia en los resultados. El manual de la JCHCO en 1992 introduce gran cantidad de términos, de herramientas y vocabulario que confunden a los profesionales y no hacen fácil el cambio desde el movimiento del QA al CQI. Sin embargo, más de 4000 hospitales en US han comenzado a adoptar el modelo de CQI de la JCHCO. Una encuesta nacional en US hace pensar que estos hospitales están más cómodos con este nuevo método, aunque también evidencia un cierto retraso de los médicos en implicarse.

En organizaciones complejas como son los servicios sanitarios, los modelos más globales de abordar la gestión de la calidad como el *Malcom Baldrige National Quality Award* en Estados Unidos o su adaptación en el Modelo Europeo de Calidad, entienden ésta como una estrategia de mejora continua en todas y cada una de las unidades de la organización, involucrando a todos los profesionales en este proceso, orientando la organización simultáneamente a usuarios y profesionales y por último desarrollando metodologías para medir y cuantificar en lo posible la calidad de los procesos.

*La excelencia, la innovación y la anticipación*, son las tres claves del éxito en el futuro de las organizaciones. La excelencia para Berwick será la clave del éxito sólo durante pocos años, después será la puerta de entrada, el requisito previo para cualquier organización. Ni el control estadístico del proceso, ni la mejora continua, ni el «*benchmarking*» etc., serán suficientes para mejorar. Sólo la búsqueda y el aprendizaje continuo de toda la organización será la forma para seguir sobreviviendo.

## Las tareas pendientes en política sanitaria

PEDRO SABANDO SÚAREZ

SENADOR DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA,  
POR LA COMUNIDAD DE MADRID

Con la recuperación de la democracia, en el sistema sanitario español se han producido cambios importantes, especialmente significativos durante los años 80 y 90.

En estos años, España consolidó el Estado de Bienestar, pese a los problemas económicos tanto a nivel nacional como internacionales, siendo el sistema sanitario uno de sus pilares.

El punto de partida era ciertamente complicado. El Sistema Sanitario Público (SSP), estaba configurado por múltiples redes asistenciales sin coordinación.

La estructura sanitaria a nivel ministerial dependía de 53 unidades. También había Diputaciones Provinciales y Ayuntamientos con responsabilidades sanitarias y estas administraciones eran titulares del 28% de las camas hospitalarias.

Nuestra Constitución de 1978 establece el derecho de los españoles a la protección de la salud, y por otro lado configura la estructura del Estado en Comunidades Autónomas (CCAA).

Hagamos, pues, una muy somera revisión por periodos, para acercarnos a la problemática actual.

Entre los años 1975 – 1982 se mantiene el sistema heredado de la dictadura caracterizado por un significativo hospitalo-centrismo en un escenario de protesta e insatisfacción tanto de la ciudadanía como de los profesionales.

Entre los años 1982 – 1990, se desarrolla y extiende el sector público sanitario, definiéndose el Sistema Nacional de Salud (S.N.S.) en la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986, entre cuyos grandes principios están los siguientes:

- Desarrollo del S.N.S., a partir de los Servicios de Salud de las CCAA, que integraban todas las redes públicas de asistencia sanitaria.
- Cobertura universal y gratuita.
- Financiación pública a expensas de impuestos.
- Organización territorial de los servicios de salud en áreas y zonas básicas.

Pese a la LGS, y porque la propia ley lo hacía posible no se abordaron decisiones determinantes respecto a la financiación; la cobertura; la organización incluido el ritmo del proceso de transferencias a las CCAA, o la gestión de los distintos niveles del sistema.

A finales de los años 80 comienza a formularse como un problema determinante del futuro el crecimiento del gasto sanitario, que se perfila como un capítulo definitorio a la vez que de nuevo emerge la insatisfacción de ciudadanos y profesionales con el Sistema. El incremento de las listas de espera y su utilización adversarial en el ámbito político, es uno de los rasgos más tangibles, en un análisis superficial y de carácter inmediato que pone de manifiesto en forma aguda la falta de instrumentos y posibilidades económicas para que los gestores implementaran las reformas establecidas en la normativa vigente, utilizando incentivos en orden a reconocer el esfuerzo y dedicación de los profesionales.

Entre los años 1990 a 2000 la insatisfacción ciudadana crece, lo que conduce a múltiples iniciativas tanto dirigidas a conocer lo más científicamente posible, cual era la valoración del Sistema por los ciudadanos como a tomar o intentar tomar decisiones dirigidas a reformar la organización y la gestión del propio S.S.P.

En 1991, la llamada Comisión Abril presentó su informe que fue formalmente desestimado por el Gobierno, atendiendo a la contestación social en contra de políticas que podrían entenderse como fórmulas privatizadoras.

Pese a la declaración formal del Gobierno del momento, tanto en la red sanitaria dependiente del Gobierno Central como en algunos Sistemas de Salud Autonómicos, de todo signo político, se introdujeron diversas medidas señaladas como necesarias en dicho informe.

En 1996, otra Comisión, esta vez de carácter parlamentario, se desarrolla con la finalidad de analizar el sistema y ofrecer soluciones. El resultado en modo alguno se acercó a la Comisión Abril ni analítica, ni propositivamente. Tuvo sin embargo, a mi juicio, gran importancia política.

El hecho de que el Partido Popular (PP) entonces gobernando y con un previsible largo horizonte de gobernabilidad aceptara implícitamente la LGS, muy criticada en su día desde el PP y sus ámbitos de influencia, otorgaba a dicha comisión especial relevancia.

La cobertura universal, la financiación pública, la descentralización a través de las correspondientes transferencias y el especial modo de vinculación de los profesionales al Sistema, quedaba ratificado, de tal suerte que, de hecho, en ese Diciembre de 1997 todo el arco parlamentario de España vendría a consolidar lo que había sido juzgado severamente, como atrevidas propuestas, once años antes en la LGS, por la oposición conservadora.

De alguna manera, podíamos hablar que en ese momento el SSP quedaba consolidado políticamente y a salvo de incertidumbres por las alternancias en la gobernabilidad.

El futuro abría las puertas a los mecanismos de mejora en distintos aspectos; y se diluía la enmienda a la totalidad del Sistema.

Se trabajó en la contención de gastos, tanto en el sector farmacéutico y tecnológico como en otros capítulos, abordándose también el sistema de financiación autonómico que ofrecería una nueva formulación para el correspondiente capítulo sanitario.



Entre los años 2000 a 2004, continúan planteándose problemas estructurales del Sistema, que afectan a la racionalidad, a la gobernabilidad, a los ciudadanos como potenciales pacientes, a la situación de los hombres y las mujeres que dedican su vida al SSP, a la financiación sanitaria insuficiente, así como a la calidad y coordinación, viniendo a recoger y desarrollar lo que desde 1986 había quedado establecido como fundamento del Sistema.

En este periodo se promulgan la Ley de Cohesión y Calidad del SNS. y la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Ambas son normas apreciables; pero que no despejan la necesidad de una Ley General de Sanidad del Siglo XXI.

En octubre de 2004, el Presidente del Gobierno de España reúne la Conferencia de Presidentes Autonómicos, adquiriendo el Sector Sanitario el carácter de prioridad en la Agenda Política del Gobierno, de tal suerte que en la Conferencia de Presidentes, a celebrar en los próximos meses, el orden del día es monográficamente sanitario.

Hecha esta somera revisión del Sistema, y en espera de acontecimientos tan relevantes para el futuro del Sistema Sanitario como el que acabo de señalar, creo que es necesario decir que SNS, aunque no está en situación crítica, no disfruta de salud adecuada.

No es sencillo establecer un diagnóstico y sobre todo un pronóstico preciso porque sobre el actual SNS gravitan una serie de vectores críticos, a saber:

- a. El Sector Sanitario nunca había sido hasta ahora una prioridad en las Agendas Políticas, lo que ha determinado falta de poder y de recursos económicos propiciando un modelo retórico en la aplicación de las reformas. Esta realidad, junto a la necesidad política de evitar conflictos ha inhibido los compromisos de reforma, enunciándose los cambios como procesos intemporales, quedando buena parte de las propuestas en un marco declarativo.
- b. La valoración política de la realidad sanitaria suele moverse entre la marcada complacencia de los Gobiernos y la mordacidad catastrofista de quien está en la oposición. Este modelo adversarial presta poca ayuda a buscar soluciones a los viejos y nuevos problemas.
- c. Las asociaciones Profesionales y Sociedades Científicas, más allá de cualquier responsabilidad, imputan únicamente a los gobiernos todos los problemas. Podría decirse que los principales agentes del sistema sanitario público tienen una fuerte desafección respecto al mismo, que contrasta con la posición estratégica de la que gozan a la hora de colaborar en su gobierno y mejora.
- d. Los Sindicatos no suelen contemplar el Sistema Sanitario Público como patrimonio de todos. Aunque hay intentos de asumir un protagonismo social, muchas veces las iniciativas de centrar una acción social responsable naufragan ante la tentación periférica de un sindicalismo reivindicativo, especialmente comfortable en entornos públicos donde se goza de un plus de seguridad y cotas de influencia. Es indispensable que los agentes sociales sientan la sanidad pública como un patrimonio de todos.
- e. Una vez producidas las transferencias a las Comunidades Autónomas los desequilibrios amenazan al sistema. Los errores económicos en los traspasos han sido importantes y el sistema de financiación no invita al optimismo. La complacencia de los ministros económicos del gobierno central que hizo las últimas transferencias en Diciembre 2001, con el nuevo modelo de financiación autonómica y el pacto de estabilidad presupuestaria, también provenía de la inconfesable alegría por haber expulsado un área inflacionaria y de propulsión de déficit de su ámbito de gestión, para pasar la "patata caliente" a las administraciones autonómicas. Sin embargo el problema sigue planteado en términos de compromiso e implicación de todos los poderes públicos, y el papel de la

Administración Central del Estado y su responsabilidad en la tutela financiera del sistema sanitario es imposible de obviar.

- f. El Gasto sanitario crece aceleradamente en relación con el PIB, lo que haría necesario en esta etapa un proceso de “normalización” con la media del gasto en los países de nuestro entorno de la Unión Europea.

El aumento y envejecimiento de la población, la específica repercusión en el S.S.P. de la inmigración, el aumento de las expectativas de salud de los ciudadanos y la medicalización de la sociedad configuran un escenario que supone un notorio incremento de la demanda de servicios sanitarios. Paralelamente la utilización en los diagnósticos y tratamientos de nuevas tecnologías junto al encarecimiento de las terapias farmacológicas y del gasto farmacéutico en su conjunto establecen un marco que explica las causas más relevantes del incremento en el gasto señalado.

- g. Los medios de comunicación contemplan el Sistema Sanitario en términos manifiestamente mejores. Desfiguran de tal manera la realidad que la hacen incomprensible para el ciudadano atento.

Ante este escenario, tendrá lugar la Conferencia de Presidentes Autonómicos bajo la presidencia del Sr. Rodríguez Zapatero, y la financiación de la sanidad será una de sus principales ocupaciones.

No puedo por tanto, en estos días, escribir un artículo sobre nuestra Sanidad, sin hacer algunas consideraciones acerca de la financiación sanitaria.

En las transferencias de los recursos sanitarios del INSALUD, a las CCAA de la llamada “vía lenta”, producida el 31 diciembre del 2001, se negociaron inadecuadamente algunos capítulos, dos ejemplos:

- Se aceptaron cifras globales inferiores a las de la liquidación del INSALUD de dos años antes, esto es de 31/12/1999, asumiendo por tanto un escenario de subfinanciación.
- No se contempló la población real en ese momento al aceptar como adecuada la de 1999 habiéndose producido un incremento significativo en esos dos años, que en Madrid fue en torno a 800.000 personas.

Errores de esta naturaleza han contribuido decisivamente a situar a algunos Sistemas de Salud de distintas CC.AA en una situación de subfinanciación crónica que se deberá abordar específica, pormenorizada y diferenciadamente, pues no debe confundirse con ciertos déficit del que verosímelmente deberán responder las correspondientes Comunidades Autónomas.

En todo caso los recursos financieros que se transfieran a las CCAA, deberán tener carácter finalista sanitario. Varios pueden ser los escenarios de trabajo en orden a la financiación sanitaria.

Teniendo en cuenta que todos los grupos parlamentarios en todas las instituciones de España expresan respeto y admiración por nuestro sistema y sus profesionales sería bien lógico que se produjera un Pacto de Estado por la Sanidad que asegurara la sostenibilidad del sistema adoptando las formas que se consideraran adecuadas teniendo en cuenta los precedentes habidos en dichas materias.

También se podría avanzar estableciendo mecanismos para solucionar los problemas puntuales de cada Sistema Regional de Salud en espera de un abordaje global.

La posibilidad de incrementar expresamente para la financiación sanitaria la presión fiscal de una manera específica no debería descartarse.

En los medios de comunicación está también la posibilidad de que las CCAA pudieran mejorar la recaudación, o bien aplicar impuestos sobre el alcohol y el tabaco que deberían tener también el carácter de finalistas.

Por supuesto, tal como señalaba el Presidente de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública en su reciente comparecencia en la Asamblea de Madrid los Fondos de Cohesión deben ser modificados. Estima el Doctor Sánchez Bayle que precisarían un incremento económico del 1% del gasto sanitario público.

En cualquier caso, hay que felicitarse porque esta materia será tratada en la Conferencia de Presidentes y a todos nos corresponde desarrollar una auténtica tormenta de ideas porque la trascendencia es máxima. Detrás de ella está la pervivencia y el desarrollo de un Sistema que cuida de la salud de los ciudadanos, crea riqueza económica e intelectual y forma profesionales de nivel adecuado que cumplen sus funciones tanto en el orden asistencial, como en el docente e investigador.

Corresponde a la izquierda señalar los riesgos de crisis, para evitarla, porque si hubiera que resolver un trance agudo y urgente suele apelarse a tratamientos de emergencia que tienden a afectar a la parte más débil del sistema social, como se ha demostrado en los acontecimientos de la sanidad alemana.

La propuesta del copago emerge de nuevo bajo distintas fórmulas, con respecto a la visita médica, tanto en Alemania, como en Francia o en Italia. Delicada hipótesis de trabajo; intensa y pormenorizadamente debatida sin que llegara a considerarse un procedimiento adecuado ni en la perspectiva disuasoria ni en la financiera; pero sin duda el futuro obligará a la búsqueda de una fórmula que conduzca a una mayor responsabilidad individual en la utilización del Sistema Sanitario.

Buena parte de los problemas que hoy padecemos, provienen de la dificultad creciente de mantener sectores de bienestar social (y en particular el de la sanidad pública) mayoritariamente fuera de la influencia del mercado, en un contexto social donde la lógica del capital ha ido avanzando, y donde la ética más insolidaria del beneficio privado sin responsabilidad social parece haberse extendido. Es difícil evitar que esta lógica y esta ética de mercado se filtren por todos los poros de los servicios públicos, y afecten negativamente a su compromiso y moral de trabajo. Los problemas se agravan cuando no se asume con convicción la necesidad de preservar de la lógica del mercado a los servicios sanitarios y responder con la ética pública y la democracia sanitaria a los retos que hoy enfrentamos.

Preservar el S.N.S., es una exigencia de nuestra sociedad y una garantía de cohesión social; por ello, ante las incertidumbres económicas y la persistencia de problemas estructurales, llama la atención el discurso complaciente, cuando el grado de vulnerabilidad del sistema se ha incrementado tras el proceso transferencial.

A la izquierda le corresponde, también, plantear fórmulas a desarrollar, llevarlas a cabo donde gobernamos, y hacer un seguimiento inteligente y pormenorizado desde la oposición, cuando corresponda.

Estamos pues, ante una situación compleja y por su propia naturaleza mal definida. A través de cinco capítulos se pueden marcar las líneas maestras de orientación dirigidas a evitar la temida crisis y que integran conceptos esenciales:

**Primero:** Es necesario, cuando menos, mantener actualizadas las prestaciones del S.N.S.; sobre ello pueden incidir los cambios poblacionales y tecnológicos, generando desequilibrios que no deben



recaer sólo en las Comunidades Autónomas, sino que deberán ser problemas de Estado, a solucionar a través del Consejo Interterritorial.

**Segundo:** Hay que defender la equidad y la calidad del Sistema para evitar la deslegitimación y la privatización inducida por deterioro de los servicios públicos. Evitemos la miopía: el principal riesgo de privatización hoy no está encima de la mesa, sino que subyace a la propia incapacidad de los servicios públicos para dar respuestas apropiadas a los ciudadanos a sus necesidades, demandas y preferencias; lo grave de la situación es que la mera inacción, y por supuesto, las posiciones defensivas e insolidarias llevan a una pérdida creciente de funcionalidad, reputación y credibilidad.

La equidad se resiente gravemente cuando los ciudadanos tienen distintas posibilidades de obtener servicios públicos sanitarios en función de características personales (económicas, culturales y sociales) El Sistema Nacional de Salud que la izquierda quiere para España ha de ser un servicio público de calidad al que todos debemos contribuir según nuestra renta, y del que todos podemos beneficiarnos según nuestra necesidad.

**Tercero:** El sistema ha de gestionar eficientemente los cambios científicos y tecnológicos discriminando la innovación útil en orden a optimizarla en la mejora de salud de los ciudadanos.

Este capítulo supone la reflexión en torno a la sostenibilidad del sistema, sobre la que gravitan factores ajenos al mismo (sostenibilidad externa), y otros que cristalizan en los propios agentes del sistema (sostenibilidad interna).

La sostenibilidad externa depende fundamentalmente de cómo se gestiona la innovación en medicamentos y en electromedicina. El gasto público en medicamentos crece a un ritmo insostenible a corto plazo; pero lo grave es que el incremento anual, en torno a un 10%, no se corresponde con un incremento similar en la mejora de problemas de salud sino que muchas veces sólo se corresponde con incrementos marginales de eficacia justificados a través de estudios donde con frecuencia se bordean los límites de la metodología científica, para magnificar efectos y utilidades de escasa entidad, y poner sordina a los inconvenientes y efectos adversos. La menguada eficacia de la innovación se compensa con amplias campañas de marketing que con frecuencia pervierten la lógica razonable y cooperativa de relación entre profesionales, sistema e industria, generando conflictos de interés que afectan a la motivación de los profesionales.

El sector industrial en algunos casos quiere mantener beneficios que no se corresponden con la eficiencia social añadida que aportan. Los Sistemas Sanitarios pueden y deben defender el buen uso de sus recursos a través de procesos de evaluación de efectividad y eficiencia social de medicamentos y tecnologías, así como desarrollar las correspondientes políticas de uso racional. La industria farmacéutica y electromédica tienen un papel esencial en la creación de valor y en el apoyo a buscar nuevas alternativas diagnósticas y terapéuticas; pero deben de recibir señales adecuadas por parte de las autoridades sanitarias, científicas y profesionales, para que su esfuerzo se dirija a la innovación que realmente aporte valor a los pacientes y a la sociedad.

La sostenibilidad interna depende de componentes propios o inherentes al sistema, como son las políticas dirigidas al factor humano que han de estar orientadas a mejorar la productividad social.

En esencia se trataría de hacer un tránsito fundamental: consolidar en una primera fase el cambio desde “políticas de personal” a “políticas de recursos humanos” (es decir reconocer el papel central de las personas y sus motivaciones en las organizaciones sanitarias y desarrollar mecanismos que garanticen el alineamiento de intereses entre los trabajadores y la organización); Pero en una segunda fase (y en ella debemos entrar lo antes posible), deberíamos complementar las políti-



cas de recursos humanos con “**políticas profesionales**”. Estas políticas incorporan nuevos elementos que parten de reconocer que los profesionales sanitarios son decisores y micro-asignadores de recursos, y que deben asumir dicha función a través de instrumentos de gestión del conocimiento, autonomía y corresponsabilidad, gestión clínica, y asunción de un nuevo papel de colaboración con la sostenibilidad general del sistema.

Esto es sin duda difícil; porque exige realinear los intereses de todos los agentes, y sobre esta base hacer un depósito de la confianza mutua, para dar un protagonismo fundamental a la ética de servicio a los pacientes en la resolución de problemas y conflictos.

**Cuarto:** El S.N.S. ha de fijar unos objetivos que al ser comunes permitan establecer una dirección estratégica, desde el vértice institucional, que vertebre y conecte un sistema sanitario descentralizado.

El S.N.S. ha de desarrollar instrumentos horizontales, que permitan la gestión eficiente de procesos críticos como la función de compra y aprovisionamiento o los sistemas de evaluación y control.

La consolidación del S.N.S. pasa por dotar de una alta legitimidad social a los servicios sanitarios públicos, que también corresponde al vértice institucional del sistema y a las políticas que emanen del mismo.

No es fácil en sistemas tan descentralizados como el SNS encontrar modelos de gobernabilidad corporativa que puedan dar respuesta a los retos que enfrentamos; pero las decisiones están en todo caso muy lejos de reinventar papeles centrales de tipo jerárquico o planificador, y más cercanas a crear una estructura colaborativa de gestión del conocimiento y la innovación, de instrumentos colectivos de apoyo a la gestión y logística común del sistema. Creo que éste debe ser el modelo hacia el que debe orientarse el SNS, para ser dirigido a través del Consejo Interterritorial. Posiblemente haga falta explorar nuevas ideas; ¿por qué no generar “de abajo arriba” un Comisionado del SNS que gestione las competencias técnicas comunes?

**Quinto:** Es necesario crear plataformas de conocimiento relevante y compartido, financiando la difusión del mismo, promoviendo sinergias entre administraciones sanitarias para responder ordenadamente a los problemas de salud o de servicios sanitarios.

La gobernabilidad clínica, debe utilizarse como instrumento esencial de gestión del conocimiento científico para evaluar eficazmente la innovación relevante, y realinear los valores esenciales del profesionalismo sanitario con los de la sociedad. Entendido como una construcción común en la que debe participar lo mejor de las profesiones sanitarias, buscando una nueva alianza que permita reconstruir un ejercicio profesional digno, responsable, socialmente considerado, alejado de presiones y conflictos de interés, donde se reconozca el mérito, y se incentive la excelencia y la capacidad de responder de forma innovadora a necesidades y demandas de los pacientes.

Todo ello, ha de promoverse desde el Consejo Interterritorial, ámbito específico y privilegiado de actuación que ha de ser la pieza institucional básica para el desarrollo de un S.N.S., tal como se formuló en la Ley General de Sanidad 14/86, que garantiza el derecho de todos los ciudadanos a un acceso equitativo a los servicios sanitarios por ser un sistema universal financiado públicamente.

Estas son las tareas pendientes en la sanidad, que exigen combinar solidaridad, innovación organizativa e inteligencia. Y en estas coordenadas tenemos la responsabilidad de alimentar el debate y la reflexión de futuro.



## La dirección profesionalizada del hospital y la participación de los profesionales: una necesidad acuciante

JOSÉ LUIS DE SANCHO MARTÍN

EX-SUBDIRECTOR GENERAL DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

### 1. Análisis de situación

Existe consenso prácticamente general sobre la consideración del hospital como una *empresa*, con características diferenciales sustanciales de las empresas del sector industrial, de forma que dicha consideración va siempre ligada a la denominación «Empresa de Servicios», y en ocasiones, de «Empresa de servicios de salud», siendo su producto final, la «mejora o recuperación de la salud».

Pero sea cual sea su denominación, tiene unas características que la diferencian y que hacen compleja su dirección, hasta el punto de hacer decir a autoridades del mundo empresarial como P. Drucker que «el hospital es la empresa más compleja de dirigir», o como decía jocosamente F. Moreu en un artículo en *Todo Hospital*, el hospital es junto a la orquesta municipal de San Sebastián y la Universidad, una de las empresas más difíciles de dirigir... porque están llenas de artistas... y los artistas son difíciles de introducir en la cultura empresarial.

Bromas aparte, resulta cierto que el *entorno administrativo* en el que se ha movido la gestión del hospital hasta los 80, y que aún perdura en parte, no tiene nada que ver con el entorno empresarial que se pretende en el inmediato futuro.

La cultura de gestión administrativa basada en el rechazo del riesgo, un bajo nivel de incentiviación tangible y un gran peso de la burocracia, ha generado un modelo de gestión de continuidad, con excesiva centralización, y bajos niveles de autonomía, muy reglamentista, y con grandes dificultades para la introducción de nuevos instrumentos de gestión en el pasado reciente.

Una dinámica empresarial genera una cultura de gestión distinta, basada en la búsqueda del beneficio, la aceptación del riesgo, la selección de oportunidades, un alto nivel de incentiviación tangible y una gran capacidad para captar el cambio y la innovación.

En resumen, del *entorno hospitalario* tradicional en el que nos hemos movido, es preciso pasar a un *entorno empresarial*, con premisas claramente diferenciadas, en las que aparecen el riesgo en la toma de decisiones, la flexibilidad organizativa y la competencia, hasta ahora inexistentes prácticamente.

Estas conclusiones, que parecen recientes en el tiempo, las argumentaba ya aquel Director General del Insalud de los años 80, Francesc Raventós, quien señalaba cuales eran los procedimientos precisos para la gestión adecuada de los Servicios sanitarios.

Los nuevos retos en la gestión de pacientes, y una mayor orientación del hospital al cliente, han delimitado, conjuntamente con la generalización de los conceptos de *eficiencia y calidad*, y la necesidad de contener los costes sanitarios, la urgencia del cambio en los hospitales, tal y como se concluía en el informe «El futuro de la Sanidad Europea», publicado en 1995.

Que es necesario «empresarizar» los hospitales públicos, lo sugería ya en 1988, P.F. Drucker en el *Harvard Business Review*, al afirmar que «la gran empresa de finales de siglo se parecerá a un tipo de organización a la que managers y Escuelas de negocios, no prestan mucha atención: la organización hospitalaria».

La introducción en la gestión del hospital de conceptos como el mercado, la competencia, el marketing, la cuenta de resultados y hasta los beneficios, hacen imprescindible que se introduzcan *técnicas y modelos de gestión de procedencia empresarial*, ya en uso en nuestro País, tales como la *planificación y dirección estratégicas*, la descentralización y *microgestión* de servicios, la *gestión clínica* o la utilización de la *reingeniería de procesos* o el *outsourcing* por citar algunos ejemplos.

Afrontar estos cambios requerirá sin duda alguna, llevar a cabo cambios sustanciales en el *modelo organizativo del hospital*, comenzando por la propia estructura directiva, por lo que habrá que establecer ya que el actual organigrama vigente de los hospitales públicos (R.D. 521/87), deberá archivar definitivamente, y considerar que en un marco de plena autonomía de gestión, *cada hospital diseñará su propio organigrama*, pero eso sí, admitiendo como idea general, la necesidad de su horizontalización, tendiendo hacia estructuras organizativas *por línea de producto*, en las que el protagonismo de los responsables de línea sea mucho mayor, y la relación directivos-jefes de producto, menos jerárquica y más funcional u operativa que en el pasado.

El Hospital cumple todas las características que definen a las *organizaciones complejas* tal y como las definía S. Berr, y la profundidad de los cambios necesarios en la gestión del hospital para alcanzar su configuración como *empresa* exigirán, de llevarse a cabo en estos términos, un *nuevo perfil de los directivos hospitalarios*, abandonando perfiles que pudieron servir en el pasado, y caracterizado por:

1. Estar cualificado *profesionalmente* a través de una formación en gestión general de empresas y específica en gestión hospitalaria, por Escuelas públicas o privadas acreditadas, lo que permitirá la «*real profesionalización directiva*» de los gestores hospitalarios públicos.
2. Será clave en cualquier caso el *profundo conocimiento* de la realidad sanitaria y hospitalaria.
3. Precisar dotes de *liderazgo* notables, pero a la vez importante capacidad de diálogo y negociación.
4. En este modelo más empresarizado, primarán la capacidad de *innovación e iniciativa* para la toma de decisiones.

Las *habilidades* directivas definidas como necesarias para un directivo por H.Mintzberg en 1.973 siguen siendo válidas hoy, lo mismo que el *pensamiento necesario* en el mundo actual de la empresa desarrollado por J. Champyen 1996, en el mundo de la gestión hospitalaria presente y futura.

## 2. La participación de los profesionales

Se ha repetido hasta la saciedad en los últimos años, que existen niveles elevados de *frustración y desencanto* acumulados entre médicos, enfermeras y otro personal del S.N.S., y que responde a aspectos diversos, algunos de los cuales reflejamos a continuación:

- *Envejecimiento* de plantillas y escasa movilidad.
- Inexistencia de *concursos públicos* de especialistas y niveles de *interinaje* excesivos.
- *Carácter vitalicio de las jefaturas* y no desarrollar la *Orden Ministerial de promoción y evaluación* periódica (4 años).
- No desarrollar *sistemas de incentiación* discriminatorios en función de resultados (eficacia y eficiencia).
- *Pérdida de poder adquisitivo* de los profesionales.

A nivel de macropolítica sanitaria, no se ha desarrollado lo previsto en la Ley General de Sanidad de 1986: no se ha elaborado una *ley básica de ordenación* de las profesiones sanitarias, no se ha aprobado un *nuevo Estatuto Marco*, más adaptado a los tiempos que corren, y los cambios asistenciales y organizativos de los Centros sanitarios, y por último, no se ha desarrollado un modelo de **carrera profesional** para médicos y enfermeras, que posibilitará la promoción efectiva de estos profesionales.

Pudiera ser que estas omisiones tengan que ver con el elevado número de médicos y enfermeras existentes en España comparativamente con los Países más desarrollados de nuestro entorno, si bien no es tan elevado si lo consideramos porcentualmente sobre el total de trabajadores de cada país.

En cualquier caso, parece evidente la inexistencia de *políticas de personal*, suficientemente claras y motivadoras en nuestro S.N.S. en su conjunto ni a nivel de Áreas sanitarias, lo que conlleva desarrollar simplemente una gestión de personal consecuencia de una política de corte administrativista y universal.

Además, han surgido *agravios comparativos graves* desde el inicio de las transferencias sanitarias a las CCAA, donde se han formalizado con los sindicatos «Acuerdos de condiciones laborales y salariales» discriminatorios con los profesionales del territorio administrado por Insalud, para la misma categoría y función, incluso en la valoración de méritos profesionales para el acceso a plazas por concurso público libre.

Por último, resulta cada vez más complicado aplicar normativas generales para situaciones asistenciales y organizativas cada vez más diferenciadas: niveles y tipologías de hospitales, supuestos de atención continuada diversos, dedicaciones diferentes, etc Existe, por tanto, un *vacío normativo* de entrada en el S.N.S., que debiera elaborarse y consensuarse a través del Consejo Interterritorial de Salud, máximo órgano de coordinación con competencia en estos y otros asuntos a nivel estatal.

Pero existen otros elementos de insatisfacción acumulada entre los profesionales como quedó reflejado en la pasada huelga médica de 1995, fundamentalmente a nivel hospitalario, en buena medida atribuibles a la Administración sanitaria, que resumo a continuación:

- *Desconexión* con los equipos directivos.
- *Rutinización* del trabajo en entornos físicos inadecuados y medios técnicos obsoletos.
- *Autoritarismo* e *incomunicación* de algunos jefes de Servicio.
- *Desconocimiento* de criterios de *valoración* de su trabajo.

Hecho este análisis, más o menos acertado, pero desde luego en línea con otras aportaciones hechas en estos últimos años por distintos sectores de la Sanidad española, parecen lógicas sus consecuencias:

- *Desmotivación y desarraigo* con la empresa (Servicio de Salud, Hospital, C. Salud).
- Pérdida del concepto de «*trabajo en equipo*» básico a nivel hospitalario.
- *Fuga de profesionales* valiosos hacia el sector privado o compartición negativa.
- *Absentismo* laboral elevado. *Inestabilidad* profesional.

### 3. Medidas fundamentales a considerar y participación de los profesionales

Además de la ya mencionada adecuación de la *normativa básica* en materia de recursos humanos para todo el SNS, y el diseño de *políticas de personal*, a nivel de los Servicios de Salud transferidos y el propio Insalud, que contemplen los *pilares básicos* de cualquier política de personal que se precie de serlo (salarial, formativa, disciplinaria, régimen laboral y de contratación, incentivación y promoción profesional y ventajas sociales), se requieren con carácter general y con carácter descentralizado, de Área de Salud y de Centro, nuevos planteamientos, algunos de los cuales reflejo a continuación:

- *Mayor participación* de los profesionales.
- *Nuevas formas organizativas en los hospitales*: gestión clínica, unidades clínicas, coordinadores asistenciales, comisiones mixtas y comisión de objetivos.
- *Programas de formación continuada* de médicos y enfermería y *reacreditación* de profesionales.
- Desarrollo de mecanismos de *promoción interna* y *carrera profesional*.
- Pérdida del *carácter vitalicio* de *jefaturas* de Servicio y Unidad.

En todo caso, la *participación de los profesionales* (de todos) es una necesidad ineludible, sin que ello signifique convertir a todos ellos en gestores, sino que manteniendo o mejorando su cualificación profesional, implicarles en mayor medida en la gestión cada vez más compleja de los Centros sanitarios, particularmente la de los hospitales.

Como bien dice V. Ortún, si gestionar quiere decir «hacer cosas mediante personas», cuanto mayor sea la autonomía profesional, menor será la autoridad de la Gerencia.

Las nuevas tendencias de gestión apuntan hacia el desarrollo de *programas de microgestión sanitaria*, a través de proyectos de gestión clínica, en los que los facultativos y enfermeras/os son protagonistas de excepción.

Esta participación en la gestión sólo será posible por otro lado, si los Jefes de Servicio y Unidad, trasladan a sus facultativos y enfermeras la información que reciben de las Direcciones de los Centros, en mi criterio cada vez mayor, tal vez exhaustiva en ocasiones, estableciendo a su vez una dinámica interna mucho más participativa que en el pasado (discusión de objetivos de Servicio a través de Comisiones de objetivos, desarrollo de la Especialidad, compromisos con la Dirección, protocolización de técnicas, audits de calidad, etc.)

No es infrecuente el Jefe de Servicio «incomunicado» con el resto de profesionales del Servicio, y con la Dirección del Centro por «voluntad propia», aunque se asigne sistemáticamente la responsabilidad de esa incomunicación a la Dirección del Centro asistencial.

Esta nueva cultura de participación y corresponsabilidad debe armonizarse a la mayor brevedad con un proceso de *reacreditación profesional* (no es oro todo lo que reluce), con evidente protagonismo de las Sociedades científicas y Comisiones Nacionales de cada Especialidad, y del *diseño de una carrera profesional de médicos y enfermeras*, siguiendo modelos ya probados en otros países, como el Reino Unido o en el nuestro propio (H. Clinic de Barcelona y H. Gregorio Marañón de Madrid), o poner en práctica las propuestas presentadas en su día por el propio Ministerio de Sanidad y Consumo:

- Separación del *desempeño administrativo* de cargo de la *categoría* profesional.
- *Gradualización* del acceso a la categoría inmediatamente superior.
- *Número de categorías* profesionales limitado (3-4).
- *Horizontalización* de la organización interna de centros y servicios, y supresión del carácter *vitalicio* de jefaturas.
- *Autonomía y responsabilización* de los profesionales e incentivación ligada a resultados.

Sea cual sea el diseño final, su necesidad es absoluta y urgente, paralelamente al cambio organizativo que se propugna fundamentalmente en los hospitales, propiciado por la Ley 15/97, de nuevas fórmulas de gestión hospitalaria, posibilitando mayores cotas de autonomía de los Centros hospitalarios, ya cristalizada en Fundaciones y Empresas públicas en Insalud y Servicios de Salud autonómicos.

El S.N.S. no puede permitirse contar con magníficos profesionales eternamente relegados a una adjuntía hospitalaria si sus capacidades clínicas, docentes, investigadoras o de gestión les posibilitan para mayores empresas.

No es permisible la fuga de estos profesionales cualificados del sector público ni la tradicional «compañía resignada» con el trabajo privado que suele ir casi siempre en detrimento de esa cualificación, y de la calidad asistencial, cuando no en actitudes negativas en relación con los pacientes, por otro lado cada vez más exigentes los profesionales y el Sistema Sanitario.

Considero necesaria y urgente la introducción de las medidas para acabar con la actual desmotivación e insatisfacción de los profesionales sanitarios:

- *Actualización del marco legal del S.N.S.:*
- Ley de Ordenación de las profesiones, Estatuto Marco de mínimos y aplicación de O.M. aprobadas.
- Desarrollar una *política de personal* aplicable con carácter descentralizado a nivel de Área o Centro.
- Desarrollar un *modelo* de carrera profesional por categorías (3-4), que contemple los niveles asistenciales y los de gestión, por separado, siendo estos últimos *revisables*.
- Supresión del carácter *vitalicio* de las Jefaturas de Servicio, evaluándolas periódicamente (4 años).
- Vincular a los profesionales con la Empresa, propiciando su *participación activa* en la gestión.
- Establecer *criterios de valoración* del trabajo claros e *incentivar* a los profesionales en función de su eficacia y eficiencia.

Todo ello, para concluir, en un *marco* de *encuentro* necesario entre *directivos profesionalizados y despolitizados*, estables al menos por períodos razonables de gestión (4-8 años) o relevantes exclusivamente por criterios objetivos (resultados), y profesionales hospitalarios motivados, incentivados y *evaluados* igualmente periódicamente en función de criterios de eficacia y eficiencia.

## El Sistema Nacional de Salud y las políticas de recursos humanos: análisis (crítico) y perspectivas de futuro

JOSÉ LUIS DE SANCHO MARTÍN

DIRECTOR GERENTE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO

VALL D'HEBRON. BARCELONA

La necesaria brevedad de este artículo me ha hecho situar su inicio en el momento de la plena descentralización de la gestión sanitaria producida en nuestro País al culminarse en Enero de 2002 la transferencia de la gestión sanitaria hasta entonces ejercida para 10 Comunidades Autónomas (desde ahora CCAA) por el extinto Instituto Nacional de la Salud (desde ahora Insalud), ya olvidado por la mayoría del sector y recordado en justicia por algunos, entre los que me encuentro, por lo que significó en la sanidad española durante más de 20 años.

Se cumplían así las previsiones de la Ley General de Sanidad de 1986 de adoptar un modelo de gestión descentralizada en los territorios autonómicos mediante la génesis de sus propios Servicios de Salud, con competencias de gestión absolutas en el modo de organizar y gestionar los servicios sanitarios, y casi todos los miembros del sector nos felicitamos por ello.

Hecho este breve recuerdo del pasado más reciente, entraré a analizar las perspectivas que sobre la política y la gestión de los recursos humanos (RR. HH desde ahora) ha tenido y tendrá la situación actual del Sistema Nacional de Salud (desde ahora SNS).

Obviamente, los RRHH constituyen uno de los pilares fundamentales en los que se ha sustentado la eficacia y eficiencia del sistema sanitario de nuestro País, bien situado en el contexto internacional en un honroso séptimo puesto según los indicadores de salud de la población habitualmente utilizados en los países desarrollados.

La profesionalización de médicos y enfermeras es notable, el sistema de especialización MIR para los facultativos y la formación de la enfermería en las Escuelas de Enfermería públicas y privadas han sido siempre destacados como unos grandes logros de la sanidad española, y los más recientes programas de formación continuada para estos y otros profesionales están contribuyendo y deben hacerlo más aún en un futuro, a mejorar la cualificación técnica de nuestros profesionales.

Con todo, se plantea ya abiertamente la necesidad de actualizar y revisar el programa MIR para adaptarlo a las nuevas necesidades de especialistas del SNS, con carencias graves en algunas Especialidades tradicionalmente muy demandadas, casos de la Anestesiología y Reanimación o el Radiodiagnós-

tico, u otras Especialidades emergentes en función de la evolución de los parámetros de supervivencia de los ciudadanos, como la Geriátría, la Oncología, la Genética y alguna otra, o para adecuar la capacitación de los facultativos a las nuevas tecnologías o la gestión sanitaria.

Recientemente se plantea una propuesta de Real Decreto, avalada por la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), y más concretamente, por la propia Asociación Española de Médicos Internos y Residentes (AEMIR), pretende implantar una nueva regulación para la relación laboral especial de la residencia, donde se dan sensibles avances en determinados aspectos de dicha relación laboral, entre ellos los referentes a los derechos y deberes, como el derecho sindical de participación y negociación de los órganos de representación legal y a determinadas limitaciones actuales respecto de jornada laboral y licencias.

Uno de los primeros problemas planteados en el seno del Consejo Interterritorial del SNS (desde ahora CISNS) nada más transferirse el Insalud, fue el conflicto sobre la titularidad de la acreditación de la formación continuada y la competencia del desarrollo posterior de acciones formativas.

Las CCAA reclamaban para si tal titularidad a través del previo acuerdo de la Comisión de RRHH del CISNS, que sin embargo no fue respetado por el propio Ministerio de Sanidad y Consumo (desde ahora MSC), al firmarse un convenio con cinco Colegios profesionales que también se arrogaban dicha titularidad.

Este hecho, que pude vivir en primera instancia, significó de facto el primer enfrentamiento político entre los Consejeros de Salud socialistas y conservadores, abandonando aquellos el Plenario de dicho CISNS hasta que no se devolviera a la Comisión de RRHH el protagonismo acreditador de la formación continuada y a las CCAA el protagonismo ejecutor de estas políticas.

Ciertamente, con posterioridad se han producido ausencias y abandonos de otros Plenarios del CISNS, ya con Gobierno socialista por parte de los Consejeros de Salud conservadores, lo que desde una visión crítica no favorece en absoluto un desarrollo armónico de los grandes retos pendientes de este nuevo escenario del SNS surgido en 2002: dotarse de un observatorio único y un sistema de información común para todo el SNS, integrador de conocimiento de lo que pasa realmente en la asistencia sanitaria del país, desarrollar políticas de prestaciones consensuadas articulando adecuadamente su incorporación y financiación por el Sistema, unificar criterios e indicadores básicos de eficiencia y calidad que posibiliten la formulación de una auténtico *“benchmarking”* de servicios sanitarios hecho desde el propio Sistema, respondiendo efectivamente a las necesidades de los servicios sanitarios y las demandas de los ciudadanos o para articular políticas de atención socio-sanitaria igualmente efectivas.

Pero retornando a las políticas de RR. HH, si bien es necesario mencionar como un acierto la aprobación de un nuevo Estatuto Marco de las profesiones sanitarias, sustituto de aquellos Estatutos de los años 60, preconstitucionales y desfasados, predomina el desconcierto. Citaré algunos ejemplos., que me gusta calificar de *“nuevas oportunidades perdidas”* por el SNS.

¿Cómo es posible que todavía se esté hablando de articular una única carrera profesional cuando ya cinco CCAA (Navarra, Cataluña, Canarias, Andalucía y País Vasco) tienen implantada o en fase avanzada de implantación la que fuera demandada durante años, diseñada y tutelada por el MSC? Madrid, Galicia, Valencia y Extremadura la están discutiendo con los respectivos interlocutores sociales, y el resto como Murcia, Castilla y León además de Ceuta y Melilla, se los están planteando.

Armonizar desde el MSC los posibles 17 modelos de carrera profesional es para mí una incógnita de difícil solución. El hecho cierto es que si un facultativo o enfermera trabaja en según qué Comunidad



Autónoma goza ya de un reconocimiento profesional y salarial que hoy por hoy no tienen sus colegas de igual titulación y responsabilidad en otras CCAA.

En cualquiera de las posibles carreras profesionales creo que se está difuminando la posibilidad real de discriminar positivamente a los profesionales más relevantes, eficientes e implicados con el sector sanitario público que podría haber tenido este nuevo instrumento, convirtiéndose de facto en un incremento salarial adicional al incremento anual basado en el IPC, que siempre ha sido insatisfactorio para los profesionales.

Algo similar sucede con la política seguida por algunas CC. AA, hasta la fecha Cataluña, Andalucía y Valencia, de aplicar el nuevo Estatuto Marco del personal estatutario del SNS de diciembre de 2003, consecuencia de la Ley de Cohesión y Calidad de mayo de 2003, en su apartado de jubilaciones de manera forzosa a los 65 años, mientras otras CC. AA, lo harán opcionalmente por los propios interesados a los 65 o los 70 años, casos de Madrid, Galicia, y las dos Castillas, en este último caso con partidos gobernantes de signo distinto, y aún queda otras CC. AA en la incertidumbre.

Puede ocurrir que un facultativo que haya concurrido en el concurso de traslados de la Oferta Pública de Empleo (OPE) del 2001 del Insalud desde Andalucía a Madrid incremente su vida laboral en 5 años, y viceversa, si le hubiera ocurrido hacerlo desde Madrid a Valencia, ambas gobernadas por cierto por un mismo partido político, reduciría su expectativa laboral.

Aún así, considero acertadas las políticas llevadas a cabo en este sentido por Cataluña y Andalucía, por cuanto significan una oportunidad de recambio generacional en los centros sanitarios, particularmente en los Hospitales, donde la plaza en propiedad y la vitalicidad de las jefaturas particularmente, han significado en muchos casos un lastre insalvable para la mejora de los Servicios asistenciales y un freno a la innovación o la gestión clínica como nuevo instrumento de cambio organizativo.

Bien es cierto que se han desaprovechado en el pasado por los propios Servicios de salud normativas de carácter estatal que modificaban estos aspectos, que permitían la evaluación periódica de la responsabilidad de las jefaturas de servicio, y tampoco se hizo en algunos casos, siendo el mismo Insalud un ejemplo de ello. En suma, otra "oportunidad perdida".

He mencionado antes un hecho que creo será algún día reconocido por el sector sanitario de este país, como uno de los logros de la etapa final del Insalud, la OPE del año 2001, después de más de 10 años sin convocatorias de estabilización del empleo sanitario y no sanitario, aún en fase de resolución después de más de 3 años desde su convocatoria en el Boletín Oficial del Estado. Tal vez otros responsables sanitarios no la hubieran convocado nunca ante la proximidad de la transferencia de dicho organismo, dejándolo a criterio de cada Servicio de salud o hubiesen optado por la laboralización a partir de una fecha cierta, reservando los derechos adquiridos de los estatutarios con plaza en propiedad hasta su jubilación, y esta última opción fue valorada intensamente, pero presiones políticas y sindicales y otras causas impidieron concretarla.

Otro aspecto no adecuadamente resuelto en el sector ha sido la introducción de las políticas de incentivación ligadas a instrumentos de gestión y a la mejora de la productividad de los servicios, como ocurre en otros sectores empresariales y productivos, a través de la denominada "Dirección por objetivos"(DPO) o el concepto más comúnmente conocido por "productividad variable".

Aunque han existido y existen iniciativas en este sentido en varios Servicios de salud, existe el riesgo de que puedan acabar convirtiéndose en incrementos salariales más o menos estables, no discriminando adecuadamente a los más eficientes, si bien son interesantes y esperanzadoras las más recientes experiencias de modelos de gestión alternativos al del hospital tradicional, ya sean Fundaciones sanitarias, ya probadas en el territorio Insalud, Empresas públicas, igualmente probadas en Andalucía y País Vasco, o Consorcios, casi específicos de Cataluña, que ya desde su creación han contemplado fórmulas de contratación de los profesionales con componentes retributivos fijos ( 70-75%) y variables (30-25 %), vinculada este último al logro de los objetivos anuales pactados, y también las recientes experiencias de Institutos o Unidades de gestión clínica, que han establecido sistemas de incentiación económica u de otra índole en el acuerdo o contrato de gestión anual.

Dado que no cabe esperar a corto plazo grandes incrementos retributivos para los profesionales del sector sanitario, reorientar en todo caso las políticas retributivas de los profesionales del SNS, orientándolas más a la compensación del desempeño y la competencia profesional, incrementando el componente variable en detrimento del fijo, será en mi opinión uno de los grandes retos de los Servicios de salud, al que seguramente se opondrán los sindicatos del sector, defensores de la sanidad pública todos ellos, pero poco sensibles a aceptar este tipo de planteamientos.

Otro aspecto a considerar es la creciente aplicación de políticas de prevención de riesgos laborales derivadas de la Ley del mismo enunciado del año 1995, lo que debe comportar un esfuerzo importante en su desarrollo por la organizaciones sanitarias, a la vez que representan una oportunidad de mejora de las condiciones laborales de los profesionales y de sus competencias lo que incidirá positivamente en la calidad de la prestación asistencial.

La gestión de RR. HH por los Servicios de salud y centros sanitarios debe encontrar fórmulas de flexibilizar sus sistemas de contratación de profesionales, particularmente los de mayor cualificación, médicos y enfermeras, aunque no exclusivamente, permitiendo la incorporación a sus plantillas de los mejores, sea cual sea su procedencia e individualizando con “contratos a medida” de las necesidades de cada centro la incorporación de aquellos. Este aspecto clave es hoy una barrera casi insalvable que dificulta el liderazgo de algunos programas y proyectos relevantes, especialmente en el campo de la investigación pero también para un mayor y más rápido desarrollo de la gestión clínica en nuestro país, por cierto y siempre desde mi punto de vista, otra posible “oportunidad perdida,” especialmente para los hospitales de nivel referencial de no corregirse pronto estos obstáculos.

Otro aspecto que me parece relevante es la necesidad de una mayor implicación de los profesionales en la gestión de los centros y servicios sanitarios, que debería acompañarse de un imprescindible acercamiento de posiciones entre gestores “profesionales” y gestores “clínicos”, desde posiciones de confianza mutua hoy casi inexistente. Ciertamente la “politización” excesiva de los directivos de primer nivel aún existente en nuestro país ayuda poco a alcanzar este logro, pero ha de trabajarse en esta línea de cambio en el futuro inmediato. Profesionalizar más a unos y otros es otro reto pendiente del SNS, si bien proliferan las acciones de carácter formativo en gestión y es cada día mayor la concienciación de los profesionales sanitarios de la necesidad de incorporar cierto bagaje gestor a sus conocimientos.

El reciente nuevo marco legislativo del que se ha dotado la sanidad española, Ley 16/2003 de Cohesión y calidad del SNS, la Ley 44/2003 de Ordenación de las profesiones sanitarias, y la Ley 55/2003 del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de salud en sus posteriores desarrollos, debería posibilitar sensibles avances en algunos de los aspectos comentados en este artículo y otros, que en el contexto de las políticas de recursos humanos pudieran abordarse y que por la necesaria brevedad de este artículo no he abordado.

## Financiación y futuro, claves para un equilibrio

RAFAEL SARRIEGO GARCÍA

CONSEJERO DE SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS DEL GOBIERNO  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Es indudable que, en los últimos meses, ha cobrado más presencia si cabe en el debate social el problema de la financiación sanitaria. En un claro ejercicio de responsabilidad, deberíamos realizar el esfuerzo de, al menos, no instrumentalizar ni convertir este asunto en un arma arrojadiza o elemento que perpetúe situaciones de confrontación que, en nada enriquecen el debate y ningún valor añadido suponen al Sistema Nacional de Salud, que doy por supuesto todos defendemos. Hemos observado cómo en los últimos meses cuestiones vinculadas a la financiación del SNS se han levantado como el principal protagonista de una situación en la que, si queremos llegar a un resultado óptimo, debemos imprimir la calma y la serenidad como instrumentos de trabajo para un futuro a corto plazo. El problema es real y la necesidad de aportar soluciones es evidente, pero desde Asturias no permitiremos que se puedan cerrar a cualquier precio.

Desde el Gobierno del Principado de Asturias entendemos que el SNS es un patrimonio colectivo generado con el esfuerzo de todos los españoles. Un patrimonio irrenunciable con el que tenemos contraída la obligación de garantizar su permanencia en el tiempo con sólidas bases de futuro, de manera que las futuras generaciones puedan seguir disfrutando del mismo servicio público que hoy tenemos a nuestra disposición. Hemos adquirido ante nuestros ciudadanos el compromiso de asegurar la sostenibilidad del sistema, en la parte que nos corresponde, y que nos permita ofrecer una atención sanitaria en igualdad de condiciones que el resto del país. Esta es la esencia del llamado Estado de Bienestar, una condición a la que accedemos gracias al esfuerzo de todos, y que nos podemos consentir que se quiebre por intereses ajenos a la defensa del equilibrio del SNS.

En ese sentido, hace algo más de dos años asumimos por transferencia la responsabilidad de la asistencia sanitaria en Asturias, en la convicción de que éramos capaces de contribuir a la mejora de nuestro sistema público. De forma simultánea, entró en vigor el nuevo modelo de financiación autonómica, que incluyó la financiación sanitaria en la financiación general de las comunidades autónomas.

Cuando aún no han transcurrido tres años de la puesta en marcha del nuevo modelo, se ha puesto de manifiesto que, en la mayoría de los casos, el nivel de crecimiento de los gastos mantiene un ritmo superior al de los ingresos. Así se origina un déficit que, a medio plazo, pone en cuestión la sostenibilidad financiera del sistema y en peligro el desarrollo de políticas de progreso dirigidas a los usuarios.

No es menos cierto y, así debemos aceptarlo en aras del rigor del debate, que el uso de los recursos disponibles también debe ser sometido al correspondiente análisis con objeto de superar las posibles causas de ineficiencia en el gasto. En Asturias somos corresponsables con esta situación, y hemos asumidos medidas como la aplicación del recargo autonómico del impuesto sobre los hidrocarburos, el llamado céntimo sanitario, para dar un ejemplo de que nos enfrentamos al problema de forma directa, y evitando los rodeos. Aceptamos el coste social para nuestros administrados, pero también entendemos que, de no ejercer estas fórmulas que a nadie gustan, luego es difícil sostener un discurso reivindicativo. Es decir, resulta sencillo pedir si antes no se han utilizado todos los recursos a tu alcance, pero este Gobierno tiene claro su responsabilidad en el conjunto del SNS. Estamos en condiciones morales y políticas de exigir el mismo trato que a los demás, pero quizá también en un escalón superior porque hemos puesto en marcha todos los mecanismos a nuestro alcance para paliar el déficit.

También parece evidente que los cambios demográficos, consecuencia de los movimientos poblacionales o de la estructura de la población (envejecimiento, en el caso de algunas comunidades) deben ser objeto de valoración, pero nunca argumento prioritario para un método que establezca estas pautas como traducción del problema o síntesis de la solución. Asturias se opone al pago por población, ya que rompería el equilibrio del sistema, y lo que pide es que garantice la viabilidad y la sostenibilidad partiendo de un mismo punto. Tampoco podemos asumir el pago de deudas históricas de la misma caja y, como condición previa ineludible, debe ponerse dinero encima de la mesa para empezar la discusión.

No obstante, del análisis de situación del problema que nos ocupa no se pueden excluir otras variables que, en mi opinión, han incidido e inciden de forma notoria en este desajuste del modelo, que hoy todos o casi todos aceptamos como evidente. Efectivamente, los cambios tecnológicos, las mejoras retributivas del personal en no pocas autonomías, o el crecimiento del gasto farmacéutico, por poner algunos ejemplos, han tenido y tienen mucho que ver con estos desajustes. Es preciso caminar hacia un modelo retributivo con los mayores signos comunes posibles, y alejarnos de experimentos que quiebren el principio de confianza, porque así se sientan las primeras bases de las desigualdades del sistema vigente.

Habida cuenta de que los servicios sanitarios se financian con impuestos (complementados con el fondo de suficiencia) deberíamos entender que el actual modelo estaba encaminado a cubrir necesidades asistenciales del conjunto mínimo de prestaciones homogéneas en todo el Estado, dejando para cada comunidad el gasto suplementario de los servicios adicionales ofrecidos a los ciudadanos.

Con estos requisitos de partida para la reflexión, la cuestión a resolver es como debe financiarse el gasto. Para ello es necesario, en primer lugar definir, con la dificultad que ello conlleva, la capacidad que tenemos para mejorar la eficiencia en el gasto. Nuestra capacidad de intervención en este aspecto es limitada si analizamos el comportamiento histórico de las distintas variables que lo componen desde el punto de vista de la estructura presupuestaria de cualquier comunidad. Y cuando digo limitada, admito que hay un espacio para la mejora. Ese espacio para la mejora podemos obtenerlo en algunos aspectos del gasto farmacéutico, en la gestión personal o en los sistemas de contratación.

Pero es evidente que, con ello, no paliamos la insuficiencia financiera del sistema. La evolución de los ingresos no permite garantizar con el actual modelo su sostenibilidad. Se hace necesaria, por tanto, la inyección de más recursos que den satisfacción a las necesidades.

En la reforma del modelo se deben tener en cuenta, además del factor población y, dentro de él, los mayores de 65 años, ya previsto en la fórmula actual, otros como la dispersión, y determinadas condiciones de orografía y situaciones especiales que configuran un sistema complejo en el que, en muchos



casos, no existen las ratios adecuadas. Entenderán, por tanto, que una solución a un problema que tanto preocupa a los ciudadanos exige, además del compromiso político firme para afrontarlo, como de forma reciente se ha plasmado en la Conferencia de Presidentes, la necesidad de aunar esfuerzos en la misma dirección. Ahora más que nunca un pacto de Estado se convierte en una herramienta válida para afrontar el futuro con más garantías, en el que todos debemos comprometernos y buscar un fin común: la sostenibilidad de un sistema apreciado por los ciudadanos. Tenemos la garantía de que este debate se ha elevado al máximo nivel posible gracias a la implicación del Gobierno de José Luis Rodríguez Zapatero, pero tampoco podemos eludir nuestra responsabilidad y nuestro punto de vista privilegiado en una discusión en la que debemos fijar sus bases. El análisis riguroso de la realidad ofrecerá las claves exactas para transformar una apuesta por una solución. Entonces estaremos capacitados para ofrecer el máximo rendimiento en un sistema que, por la actitud inconsciente de otros, parece que no atraviesa su mejor momento. Resulta un tanto sorprendente y demagógico que ahora se exijan debates que, durante seis años, estuvieron ocultos para dejar crecer las ramas del problema, como el gasto farmacéutico. No quiero caer en la crítica fácil y cómoda, ejercicio que dejo para otros con más interés, pero tampoco puedo ocultar el malestar cuando se pretende reventar, de forma sistemática el foro de encuentro pactado entre las autonomías. Asturias exige respeto para su voz y para su posición, a veces inaudible en este marco cuando el baile de los representantes públicos se fija más en cuestiones mediáticas que en el verdadero interés que se deposita en estas citas.

Tenemos la oportunidad de romper esta tendencia, pero sólo la voluntad por alcanzar puntos de encuentros puede ser más fuerte que la debilidad por aprovecharse de estas circunstancias. El Gobierno al que representa tiene decidido que acudirá a cuantos foros sea necesario para sostener este discurso, basado en la racionalidad y que lucha por asumir un equilibrio con el que todos, y sin excepción, debemos estar comprometidos. El tiempo pasa de forma inexorable, y las soluciones empiezan a perder su efecto porque la teoría del desgaste también resulta dañina.

El Consejo Interterritorial tiene su papel, al igual que el Consejo de Política Fiscal y Financiera, pero admitamos el rango superior político de la Conferencia de Presidentes, por cierto, el precedente político más importante en nuestro país para vertebrar el Estado de las Autonomías.

Solo a modo de ejemplo del compromiso antes descrito, ya existe un acuerdo para que este año se debata el modelo que permita ofrecer las suficientes condiciones de estabilidad, que comenzarán a plasmarse en 2006. Así se construye un modelo que atiende a las necesidades de todos sobre criterios racionales, que permite que un ciudadano disfrute de las mismas garantías independientemente de su lugar de procedencia. Algo tan básico que venía reflejado en la Ley General de Sanidad de 1986 del malogrado Ernest Lluch, y que hoy vuelve a tomar el mismo vigor de entonces por la necesidad de abrir el debate que nos ocupa.

Reflexiones estas que nos deben obligar a todos a entender que la unión de nuestras posturas es esencial para conseguir los mejores resultados para los ciudadanos.

Antes indicaba que el Sistema Nacional de Salud es un patrimonio colectivo que hoy disfrutamos gracias a las conquistas sociales de las generaciones que nos precedieron; nuestra responsabilidad hoy es asegurar que este patrimonio llegará a las generaciones que nos sucedan, al menos, en las mismas condiciones de estabilidad con las que lo recibimos. Es una tarea de todos que estas reflexiones no se queden en meras palabras.

Decía Benjamín Franklin que “amaba la casa en la cual no veía nada superfino y encontraba todo lo necesario”. En esta casa nuestra que es España, hemos abierto recientemente un debate apasionante, de alcance histórico, sobre la forma de culminar y perfeccionar algo tan sustancial y querido por todos nosotros: el modelo de Estado que hemos venido construyendo en este cuarto de siglo de andadura democrática.

La primera certeza es que el actual modelo de Estado ha pasado de ser una posibilidad apenas esbozada en el texto constitucional a una realidad que comparten 17 comunidades autónomas y que tiene forma jurídica y sustancia competencial, administrativa y financiera.

Sobre la cuestión de la financiación también es preciso separar con claridad el ruido que producen ciertas declaraciones de las nueces. Cuando se dice que hay que abordar la financiación general con el criterio de que “se pague por renta y se reciba por población” es necesario que se matice exactamente qué se quiere decir con este enunciado porque, de hecho, con el actual sistema ya se paga por renta y se recibe por población.

El 94% del fondo general se reparte según la población, el 4,2% a la superficie, el 1,2% a la dispersión y el 0,6% a la insularidad. En el sistema vigente existen también factores correctores que permiten, entre otras cosas, el acceso a los servicios públicos a ciudadanos que habitan en lugares de difícil acceso con la misma calidad y prestaciones que los que viven en grandes ciudades. Esta es una cuestión de gran importancia para preservar la igualdad de todos en comunidades autónomas que, como la asturiana, son especialmente montañosas y han sufrido históricamente las consecuencias económicas de tal circunstancia.

El fondo de la sanidad ya incluido en el sistema general establece también que la población protegida significa el 75%, pero con una corrección que tiene en cuenta a la población mayor de 65 años, que cuenta en un 24,5%. Es una corrección normal para una comunidad envejecida produce un gran consumo y es preciso proporcionar recursos al sistema para poder atenderlo. ¿Significa “pagar por renta y recibir por población” eliminar ese factor de corrección dirigido a la población mayor de 65 años? Creo sinceramente que sería una injusticia y rompería el principio de equidad establecido.

Lo cierto es que el modelo actual de financiación en España se puso en marcha hace menos de 3 años y, cuando logramos con él la unanimidad de las comunidades autónomas de régimen común, es porque entendíamos que tenía más elementos positivos que negativos. Asturias fue, precisamente, la última comunidad autónoma en firmar el acuerdo y, cuando lo hicimos, sopesamos todos esos factores, no sólo desde la perspectiva de la conveniencia propia, sino también desde la responsabilidad de dotar al conjunto del Estado de un modelo aceptable y duradero. Antes de cambiar o alterar el sistema pensamos que sería necesario retocarlo en aquellos aspectos que pudieran fallar y, sobre todo, conocer las posibilidades reales de su reforma. Porque, para cambiar un sistema de financiación de reciente creación, son necesarios muchos recursos que puedan ponerse sobre la mesa y, francamente, no veo ese fondo de recursos ni en las expectativas financieras actuales de España, ni en la evolución prevista del presupuesto pactado en el cuadro macroeconómico de la legislatura.

En cambio, tenemos que abordar de forma rápida y prioritaria la parte de financiación que específicamente corresponde a la sanidad. En todas las comunidades se puede observar una línea de tendencia de gasto sanitario que va creciendo de forma importante, y una línea de ingresos que no crece en la misma proporción.

Debemos afrontar de forma urgente la mejora de la eficiencia en aspectos como el gasto farmacéutico, la gestión de personal o los sistemas de contratación, y mantener un control sobre la evolución de un sistema que, por su complejidad y su importancia, no puede crecer desordenadamente.

Tenemos que incidir también en la evolución de los ingresos porque ya hemos utilizado todos los mecanismos a nuestra disposición y, en muchas comunidades autónomas, ya hemos puesto en marcha, el impuesto sobre hidrocarburos. Pero no es suficiente. En Asturias, por ejemplo, el gasto sanitario representa ya el 35% del total de nuestro presupuesto.

El sistema sanitario no es un servicio público cualquiera. Se partía de una conquista social irrenunciable, vital para los ciudadanos. Es un patrimonio colectivo generado con el esfuerzo de todos los españoles, que hoy es comúnmente aceptado como un buen sistema. Pero debemos reforzar su sostenibilidad minorando el ritmo de crecimiento del gasto y, simultáneamente, inyectando más ingresos hasta alcanzar los niveles medios europeos, de los que aún diferimos en un 3,5% sobre el PTB.

Lograr un Pacto de Estado para alcanzar una financiación estable, que permita sostener y mejorar el sistema sanitario, ha de ser, en mi opinión, el primero y más urgente de los retos que debemos afrontar para facilitar la cohesión social de esta España plural. Una España que, consciente de su diversidad, debe demostrar también su capacidad para concebir, de forma, corresponsable con el Estado, sus problemas comunes. Sería un enorme error caer en la tentación de buscar soluciones basadas en relaciones bilaterales, de las que tanto se abusó en otros tiempos. Tenemos ahora la oportunidad de demostrar que, tal y como decimos con frecuencia, las comunidades autónomas también somos Estado y, por tanto, en la solución de sus problemas, desde foros multilaterales, también debemos estar todos.

## 1. La salud en Asturias, una visión rápida

La salud es el pilar básico del desarrollo humano, de su bienestar y de la calidad de vida de las personas.

Las autoridades políticas y sanitarias tenemos la obligación ética y legal de perseverar en el empeño de proteger la salud de sus ciudadanos en todos sus ámbitos. Este compromiso precisa hacerse explícito considerando, a todos los efectos, la salud como una prioridad de las políticas públicas. Y también, en la misma línea, garantizar los mecanismos que hagan eficiente la correcta gestión económica de los bienes.

El nuevo entorno económico y social de Asturias así como la aparición de nuevos problemas de salud constituye un escenario que si bien ofrece oportunidades de desarrollo y progreso social es al mismo tiempo fuente de amenazas a la sostenibilidad de nuestro sistema de protección de la salud tal y como lo concebimos hoy en día. Los cambios demográficos en nuestra población con un progresivo envejecimiento de la misma, la mayor prevalencia de enfermos crónicos, las crecientes demandas sociales y la aparición de nuevas tecnologías son sólo algunos de los retos en un futuro muy cercano.

Sin embargo invertir en la salud de los asturianos no es sólo una cuestión de ajuste en los balances económicos, implica también disponer de un instrumento de solidaridad y de redistribución social de la riqueza. El sector salud no debería ser entendido exclusivamente como causa de gasto sino como

elemento generador de empleo (4,5% del existente en Asturias), de fijación de la población a su entorno, de igualdad de oportunidades, etcétera.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establece los principios para la formulación de la política sanitaria de las Comunidades Autónomas a través de los planes de salud. En 1989 España se adhiere a la estrategia “Salud para Todos en el año 2000” de la OMS y sus objetivos fueron incorporados mayoritariamente por los planes de salud autonómicos. En nuestra Comunidad la Ley del Servicio de Salud del Principado de Asturias (Ley 1/92 de 2 de julio de 1992) asignó a la entonces Consejería de Servicios Sociales la elaboración del proyecto del Plan de Salud como principal instrumento de planificación sanitaria.

La materialización de la transferencia de las competencias sanitarias del Insalud desde el 1 de enero de 2002 al Principado de Asturias supone un decisivo cambio en la articulación del compromiso de acercar el núcleo de toma de decisiones a los ciudadanos/as y responsabilizarnos de nuestro sistema de salud y de nuestro futuro.

## 2. La salud como prioridad política

La noción de salud encierra tantos matices que buscar una definición precisa constituye un ejercicio delicado y escurridizo, probablemente condenado al fracaso. Si bien se renuncia a buscar una definición operativa para los conceptos de salud y enfermedad, no se oculta desde el principio su apuesta por una concepción global y positiva, una idea que va más allá de la ausencia de enfermedad. Nuestro compromiso se asienta sobre un modelo de salud que se pregunta cómo se encuentran sus gentes, sus calles, cómo de sanos están sus ríos y sus playas, cómo respiran sus fábricas y cómo laten sus carreteras. Se acepta sin ambivalencias el reto de considerar y profundizar en otros aspectos diferentes al ámbito exclusivamente sanitario.

La dimensión y amplitud del marco que se propugna para el desarrollo de las políticas de salud está en consonancia con el Plan de Salud para Asturias de 1992. Al igual que entonces, esta declaración implica poner en primera línea la perspectiva de los ciudadanos y aumentar nuestra sensibilidad a las necesidades y valores de las personas. Implica por otra parte asumir la capacidad de la salud pública y de las ciencias sociales para mejorar las condiciones de vida de las personas de forma que la elección más saludable sea la más fácil de adoptar.

Nuestro sistema sanitario es de carácter universal, accesible y de alta calidad, por lo que la inversión en salud se convierte en un instrumento de solidaridad y de redistribución social de la riqueza. Pilares básicos que nos obligan a unificar esfuerzos y caminar en la misma dirección. El resultado final será el fruto de las distintas aportaciones. En Asturias tenemos asumido que la dirección a tomar debe pasar por un debate abierto, sincero y transparente, alejado de otros intereses que enturbien las relaciones y próximo a una resolución apropiada para la magnitud del problema de la financiación. Entonces sí estaremos en condiciones de preservar aquellas bases por las que tanto hemos luchado y por asegurar principios tan importantes como los recogidos en la Ley General de Sanidad de 1986, en la que se consagró el derecho a la atención universal sea cual fuere la condición humana del usuario. Este es el camino que nos marcaron nuestros predecesores; esa nuestra obligación no borrar sus huellas y preservar sus principales valores.

## Gestión clínica. Ventajas e inconvenientes

JOSÉ LUIS TEMES MONTES

### 1. Introducción

Es de todos conocido que, en la actualidad, los Sistemas Sanitarios del mundo occidental están preocupados por el crecimiento de la denominada factura sanitaria, por los problemas de la universalización, por la accesibilidad y la equidad, por la libertad de elección, por la garantía de la calidad y por su eficiencia. El debate es creciente en todos los países, sin que haya respuestas sencillas. Las reformas y las contrarreformas y los ensayos de nuevas fórmulas, son buen prueba de ello.

Pero el problema que plantean estas reformas, impulsadas desde los ámbitos políticos y económicos, orientadas hacia la búsqueda de una organización sanitaria más flexible, basada en elementos de gestión empresarial y de competencia, es su implantación. Cualquier cambio debe ir acompañado de un cambio en la cultura de la organización y ello implica comprometer en él a actores con diferentes intereses.

Desde esta perspectiva, el desarrollo de la Gestión Clínica, se debe convertir en un elemento esencial para la mejora de la gestión de nuestro sistema sanitario. En un instrumento que permita adecuar la realidad de nuestro Sistema a las expectativas y posibilidades de la realidad de la sociedad española actual, y esto se puede conseguir mediante la participación real de los profesionales en la gestión de los centros sanitarios y en la toma de decisiones, asumiendo sus propias responsabilidades, sin trasladarlas a otras instancias, y sin olvidar que cualquier éxito es un éxito de la organización a la que pertenecen.

### 2. Análisis de la situación

La Llegada a la denominada Gestión Clínica a España se marca dentro de un contexto que podría esquematizarse en varios puntos:

- 1º) Partimos de un sistema nacional de salud consolidado con un alto nivel técnico y profesional de calidad aunque con algunos problemas de desajuste, especialmente sensibles para los ciudadanos, como las listas de espera y algunos problemas de confort en los aspectos hosteleros. Este Sistema Nacional de Salud consolidado, tiene como componentes básicos como ya se ha expuesto en el primer capítulo, el aseguramiento universal, la financiación pública, la integración de polí-

ticas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad junto a prestaciones médicas y farmacéuticas, la equidad en el acceso y en la distribución de recursos y la descentralización.

- 2°) La segunda característica en la que se enmarca la aparición de la Gestión Clínica en España es la elevada satisfacción de los usuarios con el actual sistema público reflejada en las encuestas que señalan reiteradamente que más del 70% de los ciudadanos está contento con el funcionamiento de la Sanidad Pública aunque también creen que son necesarios algunos cambios.
- 3°) Que la Sanidad representa dentro de las áreas sociales la de mayor interés para los ciudadanos, tal y como se recoge en los barómetros sanitarios del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). La sanidad representa el 32,8%, la educación el 21,6%, las pensiones el 16%, la seguridad ciudadana el 11,8% y la defensa el 8%.
- 4°) El CIS también constata en su estudio sobre legitimidad institucional y grado de confianza en las instituciones políticas en el caso de Andalucía que la Corona es la primera, la Policía la segunda y el Servicio Andaluz de Salud la tercera Institución en legitimación y confianza.
- 5°) Todos los sistemas sanitarios del mundo están hoy en crisis financiera.

Todo parece indicar que nos hallamos ante un sector que precisa reformas que mejoren algunos de los aspectos que demandan los ciudadanos al tiempo que moderen y racionalicen la utilización de los recursos financieros que los gobiernos destinan a los sistemas sanitarios. No se trata pues de profundas reformas que afecten al «núcleo duro» del sistema, sino reformas que perfeccionen un sistema consolidado.

Todos los Planes Estratégicos elaborados contemplan cuatro líneas comunes. Parece difícil de discutir y sin duda debería de ser motivo de autocrítica de quienes hayamos tenido responsabilidad en ello, que el lenguaje de clínicos y gestores ha discurrido durante años por distintos caminos y en muchas ocasiones contrapuestos.

Parece claro que en los últimos tiempos y poco a poco se han producido algunos cambios importantes que han permitido una aproximación de clínicos y gestores. Así en las Administraciones Sanitarias ha calado la idea de que sin la complicidad de los profesionales es complicado, cuando no imposible, gestionar eficientemente los servicios sanitarios.

También es cierto que buena parte de los colectivos profesionales se han acercado en estos años a la gestión y son ya conscientes de que no es suficiente ser un buen médico y saben que sus posibilidades de desarrollo profesional están en buena medida vinculadas a su capacidad de complementar clínica y gestión.

No debemos olvidar que a lo largo de nuestra historia sanitaria más reciente y muy especialmente en las épocas de conflictos se ha formulado con reiteración el deseo de la participación de los profesionales en la gestión. Sin duda el transcurso del tiempo ha permitido la aproximación de criterios.

Si es cierto, como parece, que los gestores han llegado a la conclusión de que no podemos realizar nuestro trabajo sin los profesionales y que estos han llegado a la conclusión de que necesitan a los gestores y a la gestión para adaptarse a los tiempos que corren y seguir progresando, la pregunta es ¿Cómo hacerlo?

Hay algo que se ha enfocado incorrectamente a lo largo de años en distintos países, también en el nuestro, y es que los profesionales sanitarios y muy especialmente los médicos juegan un papel peculiar



en la organización. Generan buena parte del gasto que pagan otros, lo hacen en muchos casos sin ser conscientes del coste de sus decisiones y además establecen unas relaciones muy particulares con sus «clientes», basadas en la extrema confianza de alguien que, en general, no está en una situación anímica normal. Los médicos además representan el más alto nivel científico de la organización en la materia y esto es un factor determinante en su relaciones con los demás trabajadores del hospital, que en muchos casos también son sus «clientes».

Es difícil pues que un colectivo así acepte de buen grado las decisiones sobre su trabajo provenientes de personas que no tienen o bien su formación o bien su desarrollo profesional.

Y si esto es así, como hoy parece claro, habrá que buscar fórmulas que permitan conciliar esa peculiaridad de los colectivos sanitarios y la necesidad de la gestión de recursos. En definitiva se ha de conseguir que la cadena de mando en un hospital no se fracture a nivel de los mandos intermedios, Jefes de Servicio, de las diversas unidades médicas. Para ello es preciso que como colectivo dejen la oposición y se sumen al proyecto convencidos de que las hostilidades han concluido y de que ellos, sólo ellos son quienes a nivel de servicio o unidad pueden gestionar su labor diaria.

Este camino nuevo, ya iniciado, precisa para su desarrollo reunir los siguientes requisitos:

- 1º) *Liderazgo*: Para dirigir el proyecto, la Unidad Clínica de Gestión, es necesario una persona con liderazgo personal y profesional, «*primus inter pares*», con preparación técnica médica y gestora o posibilidad de adquirirla.
- 2º) *Voluntariedad*: Quienes se incorporen a este nuevo modelo organizativo deben de hacerlo de forma voluntaria, por lo menos en una primera fase de desarrollo del proyecto.
- 3º) *Transparencia*: Tanto a la hora de exponer el proyecto como a la hora de elaborar los objetivos de lo que será su Contrato Programa. Estos objetivos habrán de ser claros, concretos, medibles y alcanzables. Transparencia también a la hora de adjudicar incentivos.
- 4º) *Singularidad*: Aunque en algunos casos como en el de Hospital Clínico y Provincial' de Barcelona se ha intentado abordar el nuevo esquema organizativo que requieren las Unidad de Gestión Clínica de una manera global desde el principio, en la mayoría de los hospitales se ha optado por comenzar con una o dos Unidades Clínicas muy seleccionadas, buscando líderes indiscutibles y limitando al máximo la posibilidad del fracaso.

En la corta experiencia española se ha podido ver como tras la puesta en marcha de alguna unidad en un hospital se ha desarrollado un clima primero de expectación que fue seguido por la solicitud de información de otros servicios médicos tradicionales que empezaron a plantearse, a partir del ejemplo, la posibilidad de adoptar la nueva fórmula y lo han hecho a iniciativa de los propios profesionales.

El término “gestión” hace referencia al uso de los recursos. Mientras que “clínica” es la actividad médica directa al cuidado de los enfermos. Y así podríamos definir la «gestión clínica» como la utilización adecuada de los recursos para la mejor atención de los pacientes.

Esta definición implica que quienes toman día a día decisiones clínicas que comprometen los recursos económicos lo hagan en un marco de autoridad delegada y pactada con la Gerencia del hospital y que asuman la responsabilidad de sus propias decisiones.

### 3. Principales ventajas e inconvenientes de la gestión clínica:

#### Ventajas:

- No precisa cambio normativo: Quizá desde el punto de vista externo a las organizaciones sanitarias las principales ventajas de la Gestión Clínica frente otras fórmulas propuestas (Fundaciones, Empresas públicas, Institutos, etc.) sería la de implantación interna, por lo que esta fórmula parece razonablemente ajena al debate parlamentario y por lo tanto al juego político entre Gobierno y oposición.
- No concita rechazo político: Podemos decir que frente a lo ocurrido con otras fórmulas de gestión, como las anteriormente mencionadas, la Gestión Clínica, al menos de forma frontal, no ha sufrido ese rechazo. Administraciones de distinto signo político y de todas las tendencias han hecho una apuesta en mayor o menor medida por esta fórmula. Existen ya algunas experiencias en el INSALUD y en todas las Comunidades Autónomas con competencias sanitarias transferidas.
- Paulatino y voluntario: Se trata de llevar al Hospital cambios organizativos y culturales que permitan optimizar los recursos y mejorar la calidad de forma progresiva.
- Autonomía de gestión: La Gestión Clínica provoca un desplazamiento formal de la toma de decisiones y así enlaza con una antigua reivindicación profesional y en muchos casos sindical, de participar activa y en las decisiones que se toman dentro del Hospital. Se establece binomio imprescindible que habrá de realizarse en términos de dos: Mejorar la eficacia, la eficiencia y la efectividad. También agiliza la capacidad de respuesta de la organización: las Unidades de Gestión Clínica son más rápidas y más flexibles a la hora de tomar decisiones o de adaptarse a nuevas situaciones que el conjunto del Hospital.
- Mejora las relaciones entre profesionales y usuario: En general todas las Unidades se han marcado objetivos en esta línea y así las quejas, las encuestas post-hospitalización o las reclamaciones se han convertido en objetivos a obtener.
- Mejora la motivación del personal: La voluntariedad, la participación en la toma de decisiones y la firma responsable de Contratos Programas con la Gerencia de los Centros ha hecho que muchos profesionales abandonaran actitudes de desánimo ya que los objetivos o los resultados son pactados por ellos y dependen de ellos.
- Mayor y mejor información: La necesidad de tener que elaborar un Contrato Programa, de conocer los costes de los procesos que se realizan así como la actividad del conjunto de la Unidad Clínica, aporta una información de gran valor. El hecho de conocer esta información estimula a los grupos así constituidos a proponer líneas de actuación y objetivos de mejora.

#### Inconvenientes:

- Presión sindical: En el hospital «Reina Sofía» esta presión se produjo en el momento de la implantación de la primera Unidad de Gestión Clínica, la de Aparato Digestivo y aunque probablemente haya habido razones de carácter local no extrapolables a otros ámbitos, se produjo una campaña a través de los medios de comunicación tratando de llevar a la opinión pública la idea de que se estaba rea-

lizando una privatización encubierta de una parte de los Servicios Asistenciales. A pesar de la falta de rigor de este argumento ya que no hay nada tan alejado del debate público-privado en sanidad como la Gestión Clínica, un grupo de organizaciones sindicales constituyó una plataforma contra la privatización de los servicios médicos que tuvo escasa repercusión dentro del Hospital, aunque sí en la prensa. Poco tiempo después esta presión sindical desapareció.

- Tensión entre los grupos profesionales: En nuestro caso un grupo de cirujanos de Aparato Digestivo rechazaron la oferta inicial de integrarse en la Unidad de Gestión Clínica. Pasados unos meses reivindicaban ante la gerencia y ante la Junta Facultativa su derecho a formar parte de ella. Entre una y otra posición medió la puesta en marcha de la citada Unidad y el desarrollo de unas expectativas distintas de los profesionales que se habían incluido en ellas.
- Críticas de desestructuración organizacional de los servicios: Ha habido quienes han cuestionado la ruptura de los servicios clásicos con la aparición dentro del Hospital de dos tipos de Servicios, los integrados en la nueva fórmulas y los tradicionales. Parece difícil rebatir que esto sea así pero también parece cierto que históricamente en todos los Hospitales ha habido Servicios más eficientes que otros y son estos últimos los que muestran una mayor disposición a introducir esta nueva fórmula de gestión en sus servicios.

En resumen y haciendo balance entre los inconvenientes y las ventajas, nuestra apuesta es decididamente a favor de la creación de Unidades de Gestión Clínica, a la incentivación de este modelo y a su implantación progresiva en los Hospitales.



## Capítulo III

### PARTICIPANTES

seu-2



LA SANIDAD EN EUROPA (FASE 2)

### CARLOS ANTÓN BELTRÁN

*Consejero de Sanidad, Junta de Castilla y León.*

### JUAN JOSÉ ARTELLS HERRERO

*Economía y Salud, S. L.*

### JOSEPH MARÍA BONET BERTOMEU

*Ex-Director General del Instituto Nacional de la Salud.*

### ENRIQUE CASTELLÓN LEAL

*Ex-Subsecretario, Ministerio de Sanidad y Consumo. Ex-Consejero de Sanidad, Comunidad de Madrid.*

### VICTOR CONDE RODELGO

*Museo Carlos III. Instituto de Salud Carlos III.*

### ENRIQUE COSTAS LOMBARDÍA

*Ex-Vicepresidente de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud.*

### JUAN JOSÉ EQUIZA ESCUDERO

*Gerente. Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid.*

### GUILLERMO FERNÁNDEZ VARA

*Consejero de Sanidad y Consumo, Junta de Extremadura.*

### ALFONSO FLÓREZ DÍAZ

*Ex-Gerente, Hospitales La Paz, Madrid, y Marqués de Valdecilla, Santander. Director-Gerente de Atención Especializada, Área III. Hospital San Agustín de Avilés, Principado de Asturias.*

### MANUEL GARCÍA ENCABO

*Consultor Sanitario MESTESA.*

### VICENTE GIL SUAY

*Gerente. Hospital Universitario La Fe, Valencia.*

### MARIO GONZÁLEZ GONZÁLEZ

*Director-Gerente, Complejo Hospitalario de León, Junta de Castilla y León.*

### RICARDO HERRANZ QUINTANA

*Ex-Director de Gestión y Servicios Generales, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, y Ex-Gerente del Hospital Fundación Jiménez Díaz, Madrid.*

### CARLOS J. JIMÉNEZ PÉREZ

*Ex-Subdirector de Sistemas de Información de los Hospitales Universitario Gregorio Marañón, Madrid, y General de La Rioja.*

### GASPAR LLAMAZARES TRIGO

*Presidente-Portavoz del Grupo Parlamentario Izquierda Verde. Diputado de Izquierda Unida.*

### ALFREDO MACHO FERNÁNDEZ

*Ex-Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Ex-Gerente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.*

**CARMEN MARTÍNEZ AGUAYO**

*Presidenta. Fundación “Progreso y Salud”. Junta de Andalucía.*

**MARÍA JESÚS MONTERO CUADRADO**

*Consejera de Salud, Junta de Andalucía.*

**ANA MARÍA PASTOR JULIÁN**

*Ex-Ministra de Sanidad y Consumo. Secretaria Ejecutiva de la Política Social y Bienestar, del Partido Popular.*

**CARLOS PÉREZ ESPUELAS**

*Gerente. Clínica La Zarzuela, Madrid.*

**JESÚS PÉREZ MARTÍNEZ**

*Secretario Ejecutivo. Comisión Ejecutiva Confederal de UGT.*

**PAZ RODRÍGUEZ PÉREZ**

*Jefa del Servicio de Medicina Preventiva. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.*

**PEDRO SABANDO SUÁREZ**

*Ex-Subsecretario de Sanidad, Ministerio de Sanidad. Ex-Consejero de Sanidad, Comunidad de Madrid. Senador del Grupo Parlamentario Socialista por la Comunidad de Madrid.*

**JOSÉ LUIS DE SANCHO MARTÍN**

*Ex-Subdirector General de Atención Especializada, Instituto Nacional de la Salud. Director-Gerente del Hospital Universitario Vall d'Hebron.*

**RAFAEL SARIO GARCÍA**

*Consejero de Salud y Servicios Sanitarios, Principado de Asturias.*

**JOSÉ LUIS TEMES MONTES**

*Director. MESTESA.*



## TÍTULOS PUBLICADOS POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE UNIVERSIDADES E INVESTIGACIÓN

1. La innovación tecnológica en trece sectores de la Comunidad de Madrid
2. Cooperación tecnológica entre centros públicos de investigación y empresa
3. Investigación y desarrollo en la Comunidad de Madrid
4. Madrid, Centro de Investigación e Innovación
5. Generación de conocimiento e innovación empresarial
6. La prosperidad por medio de la investigación
7. I+D+I en pequeñas y medianas empresas de la Comunidad de Madrid
8. Los Parques Científicos y Tecnológicos en España: retos y oportunidades
9. La Innovación: un factor clave para la competitividad de las empresas
10. Creación de empresas de base tecnológica: la experiencia internacional
11. Madrid, nodo de comunicaciones por satélite
12. Capital intelectual y producción científica
13. El sistema regional de I+D+I de la Comunidad de Madrid
14. Guía de creación de bioempresas
15. Inteligencia económica y tecnología. Guía para principiantes y profesionales
16. Gestión del conocimiento en Universidades y Organismo Públicos de Investigación
17. Análisis de los incentivos fiscales a la Innovación
18. VI Programa Marco para Pymes
19. Indicadores de Producción Científica y Tecnológica de la Comunidad de Madrid (PIPCYT) 1997-2001
20. GEM. Global Entrepreneurship Monitor. Informe ejecutivo 2004. Comunidad de Madrid
21. NANO. Nanotecnología en España
22. ISCI. Informe Spring sobre Capital Intelectual en la Comunidad de Madrid
23. AGE-CM. Análisis de la inversión en Ciencia y Tecnología, de la Administración General del Estado, en la Comunidad de Madrid
24. PRO-IN. La propiedad de la sociedad del conocimiento
25. ICCM. Indicadores científicos de Madrid (ISI, Web of Science, 1990-2003)
26. OSLO. Manual de Oslo. Directrices para la recogida e interpretación de información relativa a innovación
27. SEU-1. La Sanidad en Europa (fase 1)

*Colección dirigida por*

Alfonso González Hermoso de Mendoza

*Publicación especial*

PRICIT: III y IV Plan Regional de Investigación Científica e Innovación Tecnológica 2005-2008

*Disponibles en Internet*

<http://www.madrimasd.org>

# seu-2

LA SANIDAD EN EUROPA (FASE 2)