

Monográfico

LA CONSTRUCCIÓN DE LOS NUEVOS SERVICIOS DE SALUD

INTRODUCCIÓN



LOS PROTAGONISTAS



LA EXPERIENCIA



LAS OPINIONES



La construcción de los nuevos servicios de salud

Patronato de la Fundación Signo

Presidente: Alfredo García Iglesias. Vicepresidente: Concepción Vera Ruiz. Secretario: Ángel J. Pérez Gómez. Patronos: Fernando Bandrés Moya, José Barea Tejeiro, Javier Barreiro González, Julio Bou Santos, Jordi Colomer Mascaró, Javier Elola Somoza, Diego Falcón Vizcaino, Fernando Fernández González, Carlos Fernández Rodríguez, Dulce García Lemos, Miguel García Rubio, Jose Ramón González-Escalada Castellón, Diego Gracia Guillén, Cristina Leube Jiménez, Orencio López Domínguez, Pablo López Arbeloa, Elena Miravalles González, Juan Ortiz Fuente, Gabriel Pérez Cobo, Ignacio Riesgo González, Pedro Ruiz Barnes.

Directora

Cristina Leube Jiménez.

Director monográficos

Ángel J. Pérez Gómez.

Comité de Redacción

José M^a Aldámiz-Echevarría Iraurgi, Antonio Arbelo López de Letona, Javier Barreiro González, Francisco Cárcelos Guardia, Cristina Cuevas Santos, Olga Delgado Sánchez, Francisco Fernández Avilés, Carlos Fernández Palomeque, Jesús Fernández Sanz, José Ramón González-Escalada Castellón, Juana M. Martí-Belda Torres, Roberto Martín Hernández.

Colaboradores

Jose L. Díaz (Andalucía), Miguel Carroquino (Aragón), Montserrat Bango (Asturias), José Manuel Baltar y Diego Falcón (Canarias), Alfonso Flórez (Cantabria), Carlos Fernández Rodríguez (Castilla y León), Ramón Gálvez (Castilla-La Mancha), Pere Soley (Cataluña), Eduard Ferrer (Comunidad Valenciana), Francisco J. Rubio (Extremadura), Jesús Caramés y Pedro Molina (Galicia), Carlos Fernández Palomeque (Islas Baleares), Domingo Coronado (Murcia), Juan Pérez-Miranda (Navarra) y Gonzalo Castillo (País Vasco).

©Fundación Signo 2002

Edición, suscripción y publicidad

Exlibris Ediciones, S.L. C/ Infanta Mercedes, 92 - Bajo • 28020 Madrid • Tel.: 91 571 70 51

Fax: 91 571 69 13 • <http://www.exlibrisediciones.com> • e-mail: exlibris@dinarte.es

ISSN: 1577-3558

Depósito legal: M-30689-2000

Soporte válido: 312-R-CM

Tarifa 2002

Suscripción individual (1 ejemplar): 30,05 €

Suscripción institucional (10 ejemplares): 150,25 €

Realización: Dinarte, S.L.

Imprime: Desk Impresores, S.L.

La revista Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios es una revista abierta a todas las opiniones, pero no necesariamente se identifica con las de sus colaboradores.

Índice

Editorial	9
Introducción	
Enrique Sánchez de León Pérez Escepticismo ante la llamada "Ley de Coordinación"	11
Los protagonistas	
Josep M ^a Bonet Beromeu El Sistema Nacional de Salud en busca de un nuevo paradigma	15
José Luis de Sancho Martín El nuevo escenario del Sistema Nacional de Salud: retos y prioridades	21
Alfonso Vicente Barra La construcción de los nuevos servicios de salud	25
Juan Ortiz Fuente El Servicio de Salud del Principado de Asturias ante los retos del futuro	29
Antonio María Sáez Aguado La construcción de los nuevos servicios de salud. SACYL: la sanidad asistencial de Castilla y León	37
Roberto Sabrido Bermúdez SESCAM, el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha	41
Francisco Manuel García Peña El SES, Servicio Extremeño de Salud	47

Juli Fuster Culebras La construcción de los nuevos servicios de salud	53
Leticia Moral Iglesias Apuesta por la excelencia. La nueva sanidad madrileña	57
La experiencia	
Juan Carlos Castro Álvarez El Servicio Andaluz de Salud: 18 años de experiencia	65
Alberto Talavera Déniz La construcción de los nuevos servicios de salud desde Canarias	71
Josep Prat i Doménech El CatSalut, una nueva realidad tras 20 años de autonomía	77
Marciano Gómez Gómez Construcción de los nuevos servicios de salud	81
Francisco José López Roig La construcción de los nuevos servicios de salud	85
Víctor Manuel Calleja Gómez La construcción de los nuevos servicios de salud: reflexiones sobre porqué, para qué y cómo	89
Josu I. Garay Ibáñez de Elajalde Osakidetza/Servicio vasco de salud. Fundamentos de nuestra experiencia.	97
Las opiniones	
Enrique Castellón Leal Los servicios de salud después de las transferencias	103
José Luis Conde Olasagasti Atención médica apropiada, integral y personalizada: meta exigible, reto y oportunidad para los servicios de salud	107
Jesús María Fernández Díaz Los sistemas integrados de salud: un modelo para avanzar tras completar las transferencias	113
Jesús Gutiérrez Morlote Las transferencias sanitarias: una revisión crítica	119
Eduardo Martín Escobar La compra de servicios sanitarios en el nuevo marco del Sistema Nacional de Salud	125

Ramón Massaguer i Meléndez La experiencia de construcción del Servicio de Salud en Catalunya	129
Alberto Núñez Feijóo Nuevos servicios de salud desde la experiencia del Instituto Nacional de la Salud 1996/2000	133
Javier Rey del Castillo Los servicios de salud de las Comunidades Autónomas ante la nueva situación de descentralización sanitaria completa: un juego de oportunidades y amenazas todavía sin decantar	139
José Simón Martín La construcción de los nuevos servicios de salud	145
José Luis Temes Montes La sanidad española tras las transferencias	149
Normativa para autores	153

La construcción de los nuevos servicios de salud. Monográfico

El “gran dinosaurio”, tal y como la terminología al uso de muchos describía al INSALUD, ha desaparecido, y lo que queda por ver es si lo único que ha cambiado es el tamaño, o si realmente se ha iniciado un verdadero “salto evolutivo” que garantice la adaptabilidad al medio.

Porque lo que es seguro, es que el medio sigue como siempre hostil. La caja de Pandora se destapa y todas las cuestiones que han estado latentes durante tantos años, vuelven a la mesa de los nuevos responsables (como ejemplo podemos recordar la “homologación salarial” como una de las primeras cuestiones que ha exigido respuesta).

Después de dedicar el primer monográfico de la revista a las transferencias sanitarias, a través de la visión de los Consejeros de Sanidad de las diferentes Comunidades Autónomas, parecía obligado que el segundo monográfico continuase en esa línea y buscarse la aportación de quienes tienen la responsabilidad de construir los nuevos Servicios de Salud. Nuevamente contamos con quienes más pueden hablar del tema: los Directores Generales de los Servicios de Salud.

Por otra parte hemos dispuesto el índice de este monográfico en los mismos tres capítulos que su antecesor. La introducción corre a cargo de Enrique Sánchez de León, es decir, por quien hace más de veinte años tuvo la tarea de definir el marco en el que nos hemos movido y por quien creó la institución que ahora despedimos: el INSALUD.

El primer apartado, los protagonistas, reúne a los Directores de los Servicios de Salud que recibieron a principios de año sus competencias, introducido por Josep Bonet, actual Director General del INSALUD, que lo fue durante el proceso transferencial, y por José Luis de Sancho, sobre el que han recaído las responsabilidades ministeriales del Consejo Interterritorial.

El segundo recoge las experiencias de los Servicios de Salud que ya llevan años de desarrollo autónomo.

Y el tercero, las opiniones de personalidades relevantes del sector. Inicialmente, como en el primer monográfico, habíamos apostado por mostrar visiones desde diferentes ámbitos, pero finalmente nos ha parecido más oportuno (al menos más Schumpeteriano), ahondar en la historia y preguntar ¿qué errores no deberíamos volver a repetir? (o ¿en qué piedra vamos a volver a tropezar?) a quienes ostentaron estas responsabilidades en la última década.

Sólo nos queda reconocer el gran honor que constituye para nuestra publicación contar con estas aportaciones, más aún, en un momento en que la presión y la complejidad de los acontecimientos ha hecho más difícil ponerse a escribir. A todos muchas gracias y disculpas anticipadas, si el práctico orden alfabético que hemos adoptado dentro de cada sección, no es el adecuado.

Y agradecer una vez más el espléndido trabajo que desde el Comité Organizado de las VI Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios, han realizado José L. Díaz (Andalucía), Miguel Carroquino (Aragón), Montserrat Bango (Asturias), José Manuel Baltar y Diego Falcón (Canarias), Alfonso Flórez (Cantabria), Carlos Fernández Rodríguez (Castilla y León), Ramón Gálvez (Castilla-La Mancha), Pere Soley (Cataluña), Eduard Ferrer (Comunidad Valenciana), Francisco J. Rubio (Extremadura), Jesús Caramés y Pedro Molina (Galicia), Carlos Fernández Palomeque (Islas Baleares), Domingo Coronado (Murcia), Juan Pérez-Miranda (Navarra) y Gonzalo Castillo (País Vasco), sin los cuales este trabajo hubiese sido inabordable. Desde este número además, tenemos la enorme suerte de que hayan pasado a formar parte del equipo de la revista.

Gracias a todos, y que las VI Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios sean una auténtica fiesta de soluciones de la gestión ya transferida. Nos vemos allí.



Escepticismo ante la llamada “Ley de Coordinación”

Enrique Sánchez de León Pérez
Ministro de Sanidad y Seguridad Social 1977-1979

Es difícil que, bajo las circunstancias que nace, el proyecto de Ley de Coordinación, o de “Acciones integradas en materia sanitaria” que prepara el Ministerio de Sanidad y Consumo, cuaje en Norma que ordene el difícil mundo de la sanidad. Esas circunstancias, de “contexto” político-jurídico, pudieran describirse de la siguiente manera: extemporaneidad, insuficiencia de la legislación básica actual y falta de claridad en el futuro. Veámoslo, muy sintéticamente:

1. La falta de previsión política respecto a la resolución gradual de los problemas sanitarios ha llevado a una situación no deseada. Una corriente muy generalizada de opiniones autorizadas insiste en que cualquier Norma coordinadora debería haberse antepuesto al traspaso de competencias a las Comunidades Autónomas. Y ello por razones jurídico-constitucionales, desde luego, pero, también, por una mínima consideración de pragmatismo político. Negociar una Norma superior sobre la que las más reivindicadoras posiciones autonomistas pueden arrojar la imputación, más o menos efectivista, de “recrear” el Ministerio centralizador de la gestión sanitaria, será origen de conflictos y

desacuerdos que podrían haber sido tratados en un marco más general y propicio que resolviere, o paliase, las contraposiciones ideológicas y, consiguientemente, de gestión, que tiene planteado, y sin resolver, el mundo sanitario. Es tan obvia la cuestión que esta “circunstancia” no merece más análisis.

2. Como la sinceridad no es virtud frecuente en el mundo político “normal”, en el mundo “singular” sanitario se enfatiza el vicio de mirar para otro lado ante cualquier interrogante polémico, aunque sea trascendente. Y el interrogante que pocos responsables quieren hoy admitir como indispensable es bien sencillo: con esta Ley General de Sanidad, y con esta Ley del Medicamento, y más íntegramente con esta legislación básica, ¿es posible una Ley de Coordinación Sanitaria? Mi criterio personal es que es difícil, por la sencilla razón de que, a su vez, es problemático saber qué es lo que hay que coordinar.

El problema deviene de la falta de desarrollo preciso de la competencia exclusiva del Estado sobre “Bases y Coordinación General de la Sanidad” y “Legislación sobre productos farma-

céuticos" (art. 149.1.16). Y, también, sobre "Legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social". La confusión al respecto no es sorprendente, porque viene planteada desde hace largo tiempo. Y, por tanto, el criterio sobre si la LGS y la LM son suficientes para entender cumplida y suficientemente desarrolladas aquellas competencias, también goza de amplias perplejidades. Pues bien, no es difícil sostener doctrinalmente que hay que aclarar jurídicamente, es decir, con sinceridad, qué sea, de verdad, el Sistema Nacional de Salud, y qué pinta, hoy por hoy, la Seguridad Social en el Sistema Sanitario Español. Cuestiones que, por lo visto, son una especie de tabú instalado en el "sostenella y no enmedalla" de los progenitores de la actual legislación básica sanitaria, y la falta de criterio político-sanitario de sus adversarios políticos. Recientemente se ha podido escuchar que no modificar la LGS es por no ir contra la universalidad y la equidad de la protección de salud, como si la única forma posible de que se den esas características es a través del actual S.N.S. en nuestro país. Dicho así, o parecido, es como si desapareciera el art. 41 CE-78, que impera "un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos", o el art. 43, que "reconoce el derecho a la protección de la salud". O, peor, como alguien, desconociendo lo que ocurre en la mayoría de la Unión Europea, creyese que un Sistema Nacional de Seguridad Social no cumple dichos objetivos, hoy irrenunciables para cualquier política social.

No es éste el lugar, obviamente, de desarrollar lo dicho anteriormente, pero puntualicemos al efecto algunas consideraciones:

a) El S.N.S. es un conjunto de órganos y/o funciones que no se integra en un único "órgano", o en una misma "función". Es decir, no es un "ente"

diferenciado, sino un "conjunto" o "sistema", con minúsculas.

- b) Por lo tanto, ni tiene personalidad jurídica propia y diferenciada de sus partes, ni tiene patrimonio, recursos financieros o personales propios, ni –es importante– prestaciones propias.
- c) En la LGS se evita un pronunciamiento jurídico de quién sea quien deba instrumentar la acción del S.N.S., y tampoco se hace de quién deba viabilizar lo acordado en el Consejo Interterritorial del S.N.S.
- d) Las competencias del Estado a realizar, a través del Ministerio de Sanidad y Consumo, no se ven concretadas en la LGS.

Todo esto, lógicamente conocido por los expertos, es obviado por los políticos, siendo de suponer que por intereses ajenos a los de los ciudadanos.

Pero es que, además, la confusión sobre cuál sea el papel de la Seguridad Social dentro, o fuera, o conjuntamente, o como sea, del S.N.S., es toda una incógnita. Increíblemente, la LGS obvia cualquier mención a la Seguridad Social y, por ende, a su prestación sanitaria. En 1986, la Disposición Final 2ª de la LGS, dio al Gobierno un plazo de dieciocho meses para integrar los sistemas públicos de cobertura en el S.N.S. Hoy, 16 años más tarde, aún no ha podido hacerse.

Lo que queremos señalar es que, en contra de la creencia "política" de que la Seguridad Social ha sido absorbida por el S.N.S., aquélla subsiste en toda su plenitud jurídica, económica, con su patrimonio y su personal, y ¡¡con sus prestaciones!! Lo único que ha ocurrido es que la gestión de las mismas se ha transferido a las CC.AA. Pero, nada más.

¿Qué es lo que hay que coordinar?, los proyectos conocidos optan por una Norma instrumental, basada en el respeto a unas concepciones ya añejas, nunca desarrolladas, y rebasadas por una realidad que visualiza la necesidad de replantearse, y reformar, una legislación "básica", que es, en términos doctrinales, al menos inadecuada. Creer que "coordinar" es implantar una cartilla sanitaria, establecer Centros con Servicios interterritoriales, crear Observatorios, reordenar el Consejo Interterritorial, etc., será necesario, y lo es, pero tiene que ser, principalmente, la consecuencia de un orden preestablecido donde cada órgano tenga delimitada su función, cada titular de los mismos la ejerza, y donde todos no andemos discutiendo todo porque casi nada está claro.

Por eso es lógico señalar que no se puede coordinar si no está claro qué es lo que hay que coordinar.

3. La tercera circunstancia es la consecuencia lógica de todo lo anterior. ¿Hacia dónde camina la inevitable gestión sanitaria?, es curioso observar que, a estas alturas de la madurez de la asistencia sanitaria española, los profesionales sanitarios, los funcionarios, gestores y administradores se

estén preguntando si va a subsistir o no el Ministerio de Sanidad; los empresarios de la sanidad privada no sepan a qué atenerse respecto a la relación sanidad oficial-privada; y todos, unos y otros, nos interrogamos si el Poder político sanitario tiene modelo a seguir y qué camino pretende recorrer para llegar al mismo. Porque lo que es cierto es que el señalado por la LGS y la LM, y otras disposiciones básicas, no parece sostenible. Y menos mal que el usuario se siente relativamente conforme, porque aún se vive la inercia de un progreso basado en un impecable ejercicio profesional de facultativos y personal sanitario. Todo ello en medio de un absentismo doctrinal ajeno al abordaje de los temas esenciales de la construcción jurídico-constitucional de un servicio público tan trascendente como es el de la Sanidad.

Recapitulando sobre esta síntesis de ideas, habría que reseñar un extendido escepticismo sobre la virtualidad conceptual y práctica de un intento de coordinación de funciones y gestiones sanitarias cuando no se admite que esté claro quiénes sean titulares de las mismas, y cuál sea la vertebración de todo orden que exige cualquier marco legal que sirva de punto de partida.



El Sistema Nacional de Salud en busca de un nuevo paradigma

Josep Mª Bonet Beromeu
Director General del INSALUD

Una de las características de nuestro Sistema Nacional de Salud es su diseño descentralizado, al que abocaban los marcos constitucionales y legislativos vigentes. Este diseño ha originado durante años la coexistencia de un Servicio de Salud Central (INSALUD), con distintos Servicios de Salud Autonómicos. Todos ellos se han venido reconociendo entre sí como entidades gestoras de igual nivel y capacidad de decisión, organización e innovación, siendo además los problemas que afrontan similares y prestando atención a las alternativas de abordaje que cada uno de los servicios haya podido plantear, aún cuando su peso relativo en el SNS fuera bien diferente.

Este proceso descentralizador, que se inicia con la transferencia sanitaria a Cataluña en 1981, no supuso para el INSALUD grandes cambios en cuanto a su posición relativa en el SNS. El Instituto Nacional de la Salud es la entidad gestora que ha gozado de un mayor peso específico en el SNS durante estos últimos veinte años, tanto por volumen de población protegida y recursos materiales y humanos, como por lo que ha significado de participación del gobierno central en la política sanitaria del país. Ha

sido y todavía es un referente para los Servicios de Salud Autonómicos, que han mirado con lupa sus aciertos, estructura administrativa, organización y cómo no, sus errores. En algunos casos, los nuevos Servicios de Salud optaron por la reproducción simétrica de la organización de origen, replicando incluso sus defectos. En otros, vestidos de una falsa reingeniería, se han copiado modelos válidos en origen, pero no reproducibles en entornos diferentes.

Hoy nadie puede dudar del INSALUD como caja de resonancia de los organismos de la Administración General del Estado en general y de la prestación social y sanitaria en concreto, con todas las ventajas e inconvenientes que plantea el liderazgo de estos veinte años. Sentirse permanentemente en el punto de mira ha supuesto una responsabilidad añadida a sus profesionales y equipos de dirección, obligados a la mejora permanente de objetivos y a la superación de resultados, de acuerdo a la evolución socioeconómica de la sociedad española.

Fue en 1994 cuando se produjo la penúltima transferencia sanitaria a Canarias. Desde esa fecha hasta

diciembre de 2001, el INSALUD ha continuado trabajando con sus objetivos de mejora continua de la asistencia sanitaria, a la vez que preparaba el proceso final de transferencias, con una política de inversiones que ha tratado de corregir desequilibrios en infraestructuras y dotación de los servicios sanitarios que se prestaban en su territorio.

A todo ello, se añade la búsqueda de soluciones a algunos de los problemas " históricos", de la sanidad española, como el de los elevados porcentajes de interinidad, especialmente entre los facultativos del INSALUD. Huelga decir que esta fase de preparación se ha visto intensificada en la última legislatura y más concretamente en los escasos 19 meses que van desde mayo de 2000 hasta la firma de los decretos de transferencias en diciembre de 2001.

Punto de partida

Permítanme que les recuerde algunos de los logros del INSALUD en este tiempo, que han supuesto, entre otros aspectos, un incremento significativo de la actividad asistencial. Es sólo una breve pincelada que trata de profundizar en un hecho que parece haberse olvidado, como es el que ninguno de los Servicios Autonómicos de Salud emergentes parte de cero tras el proceso de transferencias. Por ejemplo, en atención especializada, el Programa de Reducción de lista de espera del INSALUD, uno de los asuntos más sensibles para los ciudadanos y medios de comunicación, logró reducir considerablemente el tiempo de demora media en L.Q.E., intentando centrar en este indicador el debate sobre gestión de los servicios y políticas de abordaje y huyendo de demagogias.

En cuanto a mejoras en la gestión, se

ha potenciado la autonomía de los centros, fomentándose asimismo la introducción de herramientas, como la gestión clínica, que permitieran una mayor participación de los profesionales. En los hospitales de nuevo cuño se han introducido nuevas fórmulas de gestión. Al tiempo, se ha realizado un considerable esfuerzo en mejorar las infraestructuras y se han sentado las bases para el desarrollo de las tecnologías de la información y de la comunicación, con la puesta en marcha de diferentes programas piloto de telemedicina y teleconsulta, que facilitan la comunicación entre centros y/o niveles asistenciales.

En Atención Primaria, es evidente que una de las grandes apuestas –y por qué no reconocerlo– uno de los grandes aciertos del INSALUD, ha sido el desarrollo de la reforma del primer nivel asistencial. El ritmo de la reforma de la AP ha sido constante y homogéneo en todo su territorio, alcanzado cotas de implantación del 98 por ciento, con índices de satisfacción de los usuarios superiores al 90 por ciento. También se ha tratado de mejorar la capacidad resolutoria de los Equipos de Atención Primaria, con la implantación progresiva de la Cirugía Menor en este primer escalón asistencial. Paralelamente, se ha alcanzado un consenso con todas las sociedades científicas en el diagnóstico y posible solución de algunos de los problemas de la AP.

Dentro de las actuaciones del actual equipo directivo del INSALUD cabe también destacar por su importancia la iniciativa del Instituto Nacional de la Salud para la promulgación de la Ley 16/2001, por la que se establece " un proceso extraordinario de consolidación y provisión de plazas del personal estatutario de Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social".

Esta Ley, que ha contando con el con-

senso de los agentes sociales y del arco parlamentario y a la que se han sumado otros Servicios Autonómicos de Salud, ha trazado la vía de solución del problema histórico de los interinos. Fruto de su aplicación, ha sido la convocatoria de 35.000 plazas para consolidar empleo en Centros que hasta el pasado 31 de diciembre eran gestionados por el INSALUD. Sin el hallazgo de soluciones para este problema, los Servicios de Salud emergentes se hubieran encontrado tras las transferencias sanitarias con una fuente de conflictos y tensiones laborales, amplificada ante la incertidumbre de una gran parte de los profesionales. Aún así, sería necesario todavía un gran esfuerzo y tenacidad de todos los actores para que finalmente este problema histórico y generalizado pueda quedar resuelto definitivamente.

Luces y sombras

El cierre de las transferencias del INSALUD ha supuesto un cambio de gran calado sanitario, político y económico para el Gobierno Central, las CCAA afectadas y dado su volumen, para todos los ciudadanos españoles: más de 15 millones de personas, cerca de 2 billones de pesetas y servicios de gran importancia para la población. Es indudable que la culminación de este proceso, cuya complejidad intrínseca se ha visto acrecentada en esta ocasión por su magnitud, constituye un éxito tanto de los gobiernos central y autonómicos, como de los ciudadanos que de esta forma ven cumplidas sus expectativas de acercamiento de la gestión de los servicios sanitarios.

Al situar el centro de gravedad sanitaria en las Administraciones Autonómicas se posibilita una mayor proximidad de la gestión sanitaria a los ciudadanos, que van a poder intensificar su

control sobre la actuación de responsables, políticos y gestores en esta materia. Al tiempo, se crea un nuevo marco territorial que posiblemente facilite las relaciones con las Administraciones Locales.

No obstante, las transferencias también tienen sus sombras. En este nuevo escenario, con diecisiete servicios de salud autonómicos, son múltiples los interrogantes que se plantean sobre la evolución de nuestro Sistema Nacional de Salud. Los sistemas sanitarios públicos son elementos vivos y por tanto cambiantes. De su capacidad de adaptación a la nueva realidad social y política del país, depende en gran medida la mejora del S.N.S español. Y para ello se requiere la voluntad de colaboración de todas las administraciones implicadas, que a corto plazo deberían afrontar en común los nuevos retos a los que se enfrenta nuestro sistema sanitario público.

Preguntas y Paradojas

Pero vayamos a los interrogantes y a las paradojas, que también pueden darse. El Sistema Nacional de Salud previsto en la Ley General de Sanidad es hoy, en realidad, el conjunto de diecisiete Servicios Regionales. No obstante, podríamos pensar que el escenario que se planteaba entonces, difiere significativamente de la realidad actual. Una realidad que de persistir, se traduciría en el hecho de que nuestro país sería el único estado occidental con un Parlamento sin información global sobre los servicios sanitarios públicos, cuya financiación él mismo aprueba cada año. En idénticas condiciones quedaría el Gobierno Central.

Cuando Europa habla de libre movilidad laboral y tarjeta sanitaria única ¿perderán los ciudadanos y profesio-

nales sanitarios españoles su libertad de desplazamiento por el territorio nacional? En el ámbito internacional, ¿se podrá hablar de un Sistema Nacional de Salud español, como un todo, de gestión descentralizada o tendremos que referirnos a diecisiete Servicios de Salud disgregados? ¿Cuál va a ser ahora la referencia que va a permitir a gestores, políticos y ciudadanos contar con elementos de comparación que posibiliten el análisis y la mejora?

Si se desciende a la arena de los intereses del ciudadano, la inquietud es aún mayor. ¿Mermará el principio de igualdad en el derecho a la protección de la salud y a las prestaciones sanitarias? ¿Pueden darse diferencias en el nivel de prestaciones públicas entre unas Comunidades y otras? ¿Se convertirá la atención sanitaria pública en un elemento decisivo para aquellos ciudadanos que pueden elegir su lugar de residencia habitual? ¿Qué ocurre con los miles de profesionales que trabajan en una Comunidad y viven en otra, en la que pagan sus impuestos? ¿Existe un riesgo real de fractura de la equidad?

La Ley General de Sanidad avanza ya algunas respuestas a estos interrogantes. La LGS consagra un sistema sanitario público, descentralizado, de acceso universal, que garantiza la igualdad y la equidad en las prestaciones sanitarias a la población. También entonces se debatía, durante la creación del Consejo Interterritorial, los conceptos de coordinación ó cooperación que hoy parecen cuestionarse.

Existe otro elemento clave que distorsiona la visión de conjunto. En el Consejo de Política Fiscal y Financiera todos sus miembros aprueban la creación de un Fondo de Cohesión –antes de “desplazados”– sin especificarse ni el “qué” ni el “cómo” ni el “dón-

de”, generándose en consecuencia múltiples y antagónicas expectativas propias de la posición relativa de cada CCAA en el Sistema Nacional de Salud. ¿No sería necesario, como paso previo, un esfuerzo de cohesión, para la búsqueda de lenguajes, conceptos y principios mínimos comunes, antes de cuantificar por parte de cada uno sus reclamaciones al Estado?

Por tanto, parece un deber ineludible de todos los poderes públicos realizar esfuerzos para establecer unas bases comunes –más o menos generosas– en todo el Sistema Nacional de Salud. Esto supone buscar de forma consensuada el equilibrio entre las administraciones central y autonómicas en la coordinación de políticas sanitarias que impidan la ruptura de la equidad, provocando desigualdades inaceptables socialmente.

Teoría del equilibrio

Es en el consenso en la búsqueda del equilibrio donde existen mayores confrontaciones entre los poderes públicos. Como ya describió John F. Nash, hoy de plena actualidad como personaje central de la película “Una mente maravillosa”, en un breve artículo publicado en los años 50, el equilibrio es el resultado de un proceso de adaptación al entorno, en el que cada uno de los contendientes trata de hacer lo mejor para sí mismo, teniendo en cuenta lo que hacen los demás. O lo que es lo mismo, yo no voy a cambiar mi postura si los demás no cambian y los demás no mueven ficha si yo no lo hago.

Según la tesis de Nash, hay equilibrios donde permanece la cooperación y otros donde el gran protagonista es el conflicto. Para el Premio Nobel de Economía de 1994, entender la naturaleza del equilibrio puede ayudar a

cambiar los conflictos. La aplicación de esta tesis al Sistema Nacional de Salud, donde lo habitual suele ser el equilibrio por conflicto, obliga a volver la mirada hacia la garantía de la equidad, es decir, a la preservación del derecho de todos los ciudadanos a recibir unas prestaciones sanitarias de igual calidad y en condiciones de igualdad, independientemente de su lugar de residencia.

Tras una primera fase de confrontación, el equilibrio por tanto debería alcanzarse por colaboración, en beneficio de los ciudadanos y del S.N.S en su conjunto, aunque esto requiera una visión estratégica sobre el sistema sanitario público a medio y largo plazo. No debe olvidarse que toda acción individual de uno sólo de los Servicios Autonómicos de Salud, en cualquiera de los ámbitos de su legítima competencia, provoca de inmediato un efecto dominó en el resto del sistema sanitario.

Completadas las transferencias, la cohesión de nuestro Sistema Nacional de Salud, potenciando los elementos e intereses comunes para ciudadanos y profesionales, es más perentoria que nunca. Resulta prematuro analizar la evolución de los recién creados Servicios de Salud Autonómicos, y por tanto, huelga su comparación con el resto. Pero las promesas realizadas por algunos de los nuevos equipos en materias de especial sensibilidad para la opinión pública, los anuncios de incrementos salariales a los profesionales ó la ampliación de prestaciones revelan una tendencia natural a la disgregación, más acusada en los servicios de salud emergentes, necesitados de afianzar su propia identidad. Por todo ello, debería considerarse la necesidad de parámetros de referencia comunes, capaces de fortalecer la cohesión. Y es que, la decisión de un Servicio Regional afectará de forma ineludible al resto.

Sin embargo, como recordaba líneas más arriba, ningún servicio autonómico de salud parte de cero. La conciencia de un Sistema Nacional de Salud solidario y equitativo, como pilar del estado del bienestar, está demasiado arraigada entre los ciudadanos españoles como para consentir perversiones del sistema, derivadas de las transferencias, que atenten contra sus principios básicos. Ante estos riesgos urgen medidas que faciliten la colaboración entre todos los actores del sistema sanitario, es decir, ciudadanos, profesionales, políticos, gestores y proveedores, en beneficio del S.N.S.

El papel de los actores

La relación entre todos ellos, cada vez mayor por otro lado, son mimbres que van a determinar la necesidad de tejer un sistema de información compartido, que otorgue cohesión al sistema sanitario. Los ciudadanos, cada día más formados y conscientes de sus derechos, exigirán una información más cualificada y transparente, con elementos que les permita comparar y relativizar. Las asociaciones de pacientes constituyen en la actualidad un buen ejemplo de ciudadanos que reclaman información, tendencia que paulatinamente se va extendiendo al resto del conjunto social.

En el caso de los profesionales, sus representantes tienen ya la información que da pie a un proceso ilimitado de mejoras retributivas y laborales, que aunque son aplaudidas por las mejoras que suponen para los trabajadores, al ritmo actual, pueden amenazar la sostenibilidad del propio sistema, por el efecto en dominó que se visualiza sin un límite preciso.

Los proveedores, por su parte, se encuentran en una estructura de mercado imperfecto, con gran asimetría

de información de todo el estado respecto a la que manejan los compradores. Idéntico riesgo corren políticos y gestores, con una información parcelada, incompleta, sin referentes para la mejora y con el inconveniente añadido de que son los que deben rendir cuentas a ciudadanos y profesionales.

Herramienta para la mejora

Es al Ministerio de Sanidad, a quién corresponde liderar este proceso de cohesión mediante la garantía de la equidad, por cierto, diferente a la uniformidad. Para ello la información se revela como un elemento clave. Las últimas transferencias han subrayado aún más la necesidad tanto del Ministerio de Sanidad, como de los Servicios de Salud Autonómicos de compartir información y de generar bases de datos útiles para todo el Sistema Nacional de Salud. La puesta en común y desarrollo de sistemas de evaluación de la gestión e información, es decir el establecimiento de un nuevo paradigma que permita a todos y cada uno de los integrantes del SNS comparar sus resultados con los del resto y saber qué posición ocupa dentro del conjunto, es una herramienta de trabajo imprescindible para mejorar la gestión de los servicios sanitarios.

Hoy ya la reclaman, con más o menos fuerza y diferencias de matices, todos los agentes sanitarios, desde profesionales, gerentes, responsables políticos, sindicatos y proveedores, hasta los ciudadanos, cada vez más conscientes de su protagonismo en el SNS. ¿Qué gestor no está interesado en tener un referente, en conocer los estándares aceptados en el SNS y saber qué medidas se han adoptado en otras autonomías para mejorar su gestión. Un asunto de

tanta trascendencia social, no debería depender sólo de la buena voluntad de los gestores.

La creación de un instrumento de estas características va a permitir disponer de los elementos necesarios para garantizar la equidad. Por otro lado, esta herramienta al servicio por igual de la Administración Central y de las CCAA, debe cumplir otro cometido fundamental de ahora en adelante en nuestro país: gestionar la información sobre el flujo de pacientes que requieran desplazarse a otra comunidad para recibir atención médica. Esta información, que requiere una tarjeta sanitaria común para todo el SNS, aún cuando cada comunidad le incluya su propio distintivo, será asimismo la base que permita distribuir de forma equitativa los fondos de cohesión entre los diferentes servicios autonómicos de salud.

Superada esta primera fase postransferencial todos los agentes sanitarios reclamarán como algo propio esta herramienta, llámese como se llame. La necesidad de establecer mecanismos de colaboración es una evidencia capaz de amortiguar los impulsos de disgregación que se observan en la actualidad.

Un último apunte para la reflexión, realizada desde la legitimidad de quién no va a liderar su funcionamiento. En el mundo empresarial el talento se ha convertido en otro nuevo paradigma. Las empresas demandan cada vez más con más frecuencia el talento, como elemento diferenciador. Buscan profesionales con bagaje y motivación interna, capaces de gestionar las evidencias y también la incertidumbre. Ante esto, ¿qué mejor cantera que la de los profesionales del INSALUD para una selección nacional de este calibre?



El nuevo escenario del Sistema Nacional de Salud: retos y prioridades

José Luis de Sancho Martín
*Director General de la Secretaría Permanente
del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
Ministerio de Sanidad y Consumo*

Con el inicio del año 2002, se dió paso a un nuevo escenario en el Sistema Nacional de Salud español por cuanto, llevadas a cabo las trasferencias de la gestión sanitaria a las Comunidades Autónomas hasta ahora en poder del INSALUD, con la única excepción de Ceuta y Melilla, y la entrada en funcionamiento del nuevo modelo de financiación sanitaria derivado del Pacto de financiación autonómica de julio de 2001, se configuran efectivamente nuevas reglas del juego, en las que el Ministerio de Sanidad y Consumo por un lado, y las Consejerías y Servicios de Salud autonómicos por otro, cobran respectivamente una nueva dimensión y afrontan nuevos retos, que pretendo analizar brevemente en este artículo.

Parto de la base de considerar un hecho positivo en su conjunto el que se haya culminado, tras más de quince años de promulgación de la Ley General de Sanidad, lo que ésta determinaba: un Sistema Nacional de Salud, constituido por 17 entes de gestión descentralizada, los Servicios de Salud autonómicos, y un Ministerio de Sanidad garante de la equidad y la igualdad en el acceso a la protección de la salud, ejercitando aquellas funciones

que en la Ley se establecían para el mismo, las de autoridad y de coordinación general sanitaria, además de la legislación sobre productos farmacéuticos, la sanidad exterior y la alta inspección.

Doy también por generalmente aceptado que la proximidad de los Servicios de Salud al ciudadano de cada Comunidad, sólo reportará beneficios para el mismo, y que nada de lo que venía haciendo INSALUD se verá deteriorado, sino todo lo contrario, pues es la sanidad materia de interés preferente de cualquier Gobierno, sea cual sea su identificación política y la descentralización per se no debe suponer un riesgo para la cantidad y calidad de las prestaciones sanitarias que se le otorguen a los ciudadanos de cada Comunidad.

En cualquier caso, esa debe ser la primera garantía a preservar, y la de la libre accesibilidad de los ciudadanos, sea cual sea su residencia, a las prestaciones sanitarias básicas de que se dote todo el Sistema Nacional de Salud a través del Catálogo Básico de Prestaciones, vigente desde 1995, que deberá ser actualizado, garantizándose su cobertura universal a través de

una financiación suficiente obtenida por todas las Comunidades Autónomas del Estado al contemplarse su coste efectivo en el proceso de negociación final de las trasferencias, y tenerse en cuenta en el modelo de financiación a partir de 2002 elementos como la población protegida (75%), el nivel de envejecimiento (24,5%) o la insularidad (0,5%), pudiendo además destinar cada Comunidad Autónoma a prestaciones adicionales, financiación procedente de su capacidad de obtener ingresos por la gestión del IVA u otros impuestos, y compensar gastos sanitarios incurridos en la atención a ciudadanos europeos o españoles desplazados de su comunidad a través del Fondo de Cohesión Sanitaria.

Otro elemento de este nuevo escenario, será la heterogeneidad de gestión de los Servicios de Salud, dado que 7 Comunidades llevan años con las competencias de gestión, y otras las acaban de adquirir, en algunos casos sin existencia previa del propio Servicio de Salud, de reciente creación y constitución, casos de Extremadura, Cantabria, La Rioja y Castilla-La Mancha, mientras que otros lo tenían ya constituido, aunque sin gestionar el INSALUD, casos de Madrid, Castilla y León, Asturias, Aragón, Baleares y Murcia.

Estas diferencias en madurez gestora no debieran traducirse en ciertas disfunciones, y dar lugar a la aparición de ineficiencias o desigualdades en la prestación de servicios sanitarios a los ciudadanos, o por el otro extremo, propiciarse la aprobación de determinadas prestaciones no incluidas en el Catálogo Básico, sin ser previamente consensuadas en el seno del Consejo Interterritorial o, en otro orden de asuntos, generarse conflictos de carácter sociolaboral de producirse grandes diferencias en las condicio-

nes laborales o salariales de los trabajadores del Sistema Nacional de Salud.

Quiénes como yo tuve en el País Vasco, tienen ahora la oportunidad de iniciar esta apasionante andadura, deben saber con nitidez cuales son sus retos y prioridades. Los retos, para el futuro más o menos lejano; las prioridades para el ahora mismo. He utilizado con frecuencia el término deportivo "bloquear el INSALUD" haciendo alusión a la urgencia que en términos reales de gestión significa que nada cambiase en lo sustancial de que lo que venía gestionando el INSALUD hasta esa fecha cierta del 1 de enero (o del 1 de Julio, si se hace uso del período transitorio previsto en los Reales Decretos de transferencia excepto Murcia), pero eso sí, con nuevas ilusiones por parte de todos, ciudadanos, profesionales, gestores y políticos, afrontar los nuevos retos con cierta perspectiva, pues aunque seguramente existen aún diferencias territoriales en la distribución de los recursos sanitarios, hecho que el modelo de financiación trata de corregir, no es menos cierto que España se ha dotado constitucionalmente, y a través de la Ley General de Sanidad y otras normas legislativas, de un Sistema Nacional de Salud eficaz y eficiente, bien situado en nuestro entorno desarrollado y bien percibido por los ciudadanos españoles, aún cuando exista acuerdo en que es mejorable en determinados aspectos, como la accesibilidad a los servicios, la gestión de demoras, o aspectos de la atención personalizadas y del confort de los Centros Sanitarios.

Es en este contexto ilusionante, propiciado justamente por el hecho descentralizador que se ha querido dar a nuestro Sistema de Salud, que se hace más necesario clarificar sobre qué premisas se va a desarrollar el modelo español, más propio de un Estado

realmente federal que de un Estado autonómico exclusivamente.

En buena medida, tanto la Constitución Española, en su Artículo 149, como el 47º de la Ley General de Sanidad de 1986, establecen ya cómo ha de desarrollarse la coordinación general y la cooperación sanitaria en un Sistema Nacional de Salud plenamente descentralizado, creándose, como órgano de coordinación esencial para su funcionamiento, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y definiendo cuales serían las otras competencias exclusivas del Estado en esta materia: la legislación sobre medicamentos, la sanidad exterior y la Alta Inspección, bien entendida esta última no como un sumatorio de inspecciones, sino como un derecho de supervisión sobre la actuación autonómica, pudiendo considerarse sus actuaciones paralelas a las de coordinación general, para sólo cuando ésta falle, poner en funcionamiento las mismas.

No está en mi ánimo referir aquí todas y cada una de las actividades propias de la Alta Inspección, puesto que la Ley General de Sanidad le dedica todo su Capítulo IV en Artículo único –el 43– y baste aquí recordar por fin que el Estado ejercerá esta función como garantía y verificación del cumplimiento de las competencias estatales y de las Comunidades Autónomas de acuerdo a lo establecido en la Constitución Española y en las leyes.

Lo trascendente es, por tanto, la existencia de coordinación y cooperación sanitaria en todo el territorio nacional y entre el Estado y sus Comunidades Autónomas, entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y las Consejerías y Servicios de Salud respectivos, así como con otros Ministerios con competencias sanitarias y las Corporaciones Locales que las ostenten.

Parecía el momento apropiado para considerar si el Sistema Nacional de Salud que se vislumbra a partir de enero de 2002, con la plena transferencia del INSALUD a 17 Servicios de Salud autonómicos, podría desarrollarse satisfactoriamente para todos los ciudadanos receptores de promoción de salud y asistencia sanitaria, trabajadores y profesionales sanitarios y no sanitarios del Sistema, sin un nuevo marco legislativo que, no derogando un referente del Sistema, como a mi entender sigue siendo la Ley General (bastaría denominarla así entre los sanitarios), permitiese avanzar en lo fundamental: la garantía de la igualdad en el derecho a la protección a la salud reflejado en nuestra Constitución.

Con esta vocación nace lo que hoy es todavía un Anteproyecto de Ley de Coordinación del Sistema Nacional de Salud, que tal vez cuando este monográfico vea la luz, esté siendo aprobada por el Parlamento, ojalá que con el consenso de la mayoría de los Grupos, por tratarse de materia de interés general.

¿De qué elementos debe dotarse en mi criterio el Sistema Nacional de Salud en estos momentos? De tres básicamente: un potente e integrado sistema de información con indicadores y estándares homogéneos de medida y evaluación, un Ente instrumental o Agencia de gestión y evaluación, que trate la información, y devuelva los hallazgos y resultados de las distintas actividades del Sistema a todos los agentes que lo demanden, o sin hacerlo, para aquellas informaciones consideradas básicas para el Sistema, y por último, una política de personal integradora más que disgregadora, tal y como a veces se percibe en algunos Servicios de Salud de nuestro País.

Órgano de coordinación y cooperación trascendental debe ser, más aún

ahora que en el pasado, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y su Órgano de participación social, ámbito de trabajo, debate, y a ser posible consenso, no siempre fácil de alcanzar por ser el Consejo órgano de representación política, fundamentalmente en lo que a su Plenario se refiere, pero donde debe acabar fructificando el trabajo callado de tantos profesionales y expertos en sus numerosas Comisiones y Grupos de Trabajo.

Dar protagonismo al Consejo Interterritorial será a mi entender darle vida al Sistema Nacional de Salud y en su conjunto dar satisfacción a las expectativas de los ciudadanos que financian con sus impuestos la sanidad que les presta nuestro País.

Articular en estos momentos los distintos componentes del Sistema, el Ministerio de Sanidad y Consumo en el ejercicio de las competencias descritas; los Servicios de Salud desarrollando las suyas heterogéneamente, pues así ha sido su creación, pero dentro de un conjunto equitativo de prestacio-

nes al ciudadano en un marco financiero más posibilista desde el año 2002; unos ciudadanos y agentes sociales más sensibilizados y con nuevas demandas socio-sanitarias, fruto de las circunstancias en que se inicia el nuevo siglo, con un progresivo porcentaje de personas mayores en nuestro País, un crecimiento sostenido de la inmigración, y nuevas enfermedades o reemergentes en el horizonte próximo, con el subsiguiente incremento del gasto sanitario, al que será preciso poner límites salvo si se introducen medidas de copago en mayor número de servicios, o por fin, miles de profesionales expectantes de cambios en su carrera o perspectivas laborales, mirando casi siempre más al de "al lado", que al propio desarrollo personal en su Comunidad Autónoma.

Evitar las desigualdades es importante sí, y para ello están las organizaciones sindicales o profesionales, pero también buscar la motivación y la incentiación como eje de la tarea ilusionante cada día que es, o debe ser, trabajar por mejorar nuestra querida, a veces dolida, Sanidad española.



La construcción de los nuevos servicios de salud

Alfonso Vicente Barra
Director Gerente del Servicio Aragonés de Salud (SALUD)

Con gran acierto y no sin su habitual dosis de ironía, don Santiago Ramón y Cajal consideraba que dado que "las ideas no duran mucho, hay que hacer algo con ellas". En recuerdo de los ciento cincuenta años de su nacimiento, en nuestra Comunidad Autónoma no hemos podido pasar por alto las palabras del ilustre científico aragonés. Por ello, se han sentado las bases para llevar a la práctica, cuanto antes, las ideas y prioridades que nos permitan proporcionar a nuestros usuarios una asistencia acorde a los *principios de igualdad, equidad, solidaridad e integración*, tal y como regula la nueva **Ley de Salud de Aragón**.

En efecto, Aragón dispone ya de los nuevos cimientos que han de sustentar el edificio que hemos comenzado a construir, a lo largo del primer cuatrimestre de gestión autonómica, bajo el nombre de Servicio Aragonés de Salud (SALUD).

Como pilar central, la más arriba citada Ley de Salud de Aragón, aprobada unánimemente por el Pleno de las Cortes de Aragón los pasados 11 y 12 de abril. Una ley que afirma la titularidad de los derechos y deberes de las personas que tengan su residencia en

los municipios aragoneses, distinguiendo los derechos derivados de la **asistencia sanitaria** de los que tienen su origen en la **autonomía y libertades individuales**, los que parten de la configuración del derecho a la **intimidad** y, por último, los que nacen en el derecho a la **información** como un derecho autónomo.

Emanante de esta ley, a final de mes el Gobierno de Aragón ratificó la estructura del nuevo Servicio Aragonés de Salud y la modificación de su reglamento.

Poco antes de la aprobación de este Decreto y después de, hay que reconocerlo públicamente, duras e intensas negociaciones, se había suscrito con los representantes sindicales lo que hemos dado en llamar el **Pacto por la Sanidad** en Aragón. Un acuerdo ambicioso, finalmente consensuado y, como todos los firmantes coincidimos en señalar, un compromiso cuyos principales y últimos beneficiarios son los usuarios aragoneses.

Con estos soportes, consideramos que estamos en las condiciones idóneas para levantar las paredes de nuestro SALUD. Las prioridades que

nos hemos marcado para apuntalarlas se encaminan hacia diversos frentes:

- Incrementar la *accesibilidad* a nuestros centros sanitarios, ampliando sus horarios y estableciendo tiempos máximos de espera por patologías, superados los cuales habrá de facilitarse una oferta alternativa.
- No menos importancia nos merece el aumento de la *confortabilidad* de nuestros dispositivos asistenciales.
- Buscamos mejorar la *transparencia* y la *información*, estableciendo vías estables y, sobre todo, operativas de participación social, sindical y profesional, y extendiendo las redes telemáticas a todos los ámbitos de la gestión sanitaria.
- Se va a crear el *Instituto de Ciencias de la Salud*, para que el I+D+I sanitario impulse la formación y puesta al día de nuestros profesionales y la adaptación permanente del sistema a las novedades tecnológicas y científicas.
- El impulso a tres planes de gran calado completarían nuestros objetivos iniciales: el *Plan de Urgencias y Emergencias* –para garantizar el acceso pleno de la población del medio rural–; el *Plan de Atención a la Dependencia* –para asegurar itinerarios personalizados a mayores y disminuidos–; y el *Plan de Salud Mental* –para articular un sistema y una red de recursos que orienten al paciente hacia la autonomía personal–.
- A modo de cierre, y como filosofía de fondo del sistema, ubicaríamos la incorporación anual de programas comunitarios específicos como método idóneo para elevar los niveles de *prevención*.

Estas propuestas se traducen en una firme apuesta por un sistema de calidad total que se soporte en un modelo de gestión clínica como meta final.

La implantación de técnicas de evaluación y de mejora de la calidad en el sector sanitario es relativamente reciente. El concepto actual de calidad ha evolucionado hasta convertirse en una forma de gestión que introduce el concepto de mejora continua en cualquier organización y a todos los niveles de la misma. Por ello, la definición de una atención sanitaria de calidad de acuerdo con los principios de la mejora continua abarca diferentes aspectos de la asistencia sanitaria: reducir variabilidad, satisfacer las necesidades de los clientes, mejorar permanentemente, y cambiar la cultura de toda la organización para conseguir los niveles más altos de calidad con los recursos disponibles.

El SALUD debe satisfacer no solo las necesidades técnicas (eficacia, efectividad, adecuación, etc.) sino también otros aspectos relativos a la calidad percibida como: seguridad, fiabilidad, accesibilidad, capacidad de respuesta o empatía.

Las herramientas para mejorar la calidad junto a una inversión decidida para implementar las nuevas tecnologías de información y comunicación, son las condiciones necesarias para poder acceder a un modelo de gestión clínica que ofrezca mayor autonomía a los profesionales a cambio de mayor responsabilidad.

El título VII de la Ley de Salud de Aragón determina las facultades y competencias tanto de la autoridad sanitaria como del proveedor de los servicios sanitarios. De esta forma, quedan separadas en un primer nivel de regulación y financiación en el que se determinan las políticas y estrategias, y

en un segundo ámbito de provisión asignado a los institutos autónomos, entre los que se enmarca el SALUD. El instrumento operativo de vinculación entre ambos niveles será el contrato-programa.

En el ámbito de la provisión, la reorganización de los servicios presenta ciertas innovaciones, bajo la inspiración de dos principios: asegurar la continuidad de los cuidados y disminuir los costes de transacción en áreas pequeñas.

La continuidad en los servicios se asegura al concebir bajo los mismos intereses y objetivos el plan de cuidados. Un único equipo directivo es el responsable de la provisión de todos los cuidados que puede precisar el asegurado (Atención Primaria, Especializada, Sociosanitaria, eventualmente cuidados de Salud Mental). Por su parte, la reducción de los costes de transacción se obtiene compartiendo gastos administrativos y prestando servicios no asistenciales (lavandería, compras, etc.) para toda el área gestionada por el mismo equipo.

Para asegurar la calidad asistencial en sus distintas líneas funcionales y la homogeneidad de los cuidados, se incorpora una nueva figura al equipo directivo del gerente del SALUD: las Direcciones de Línea o de Producto en Atención Primaria, Especializada, Salud Mental, Sociosanitaria.

Son atribuciones asignadas a estas Direcciones: el desarrollo estratégico de su línea de servicio; asesorar a la Gerencia del SALUD en cuanto a desarrollo de servicios y modelos de organización y gestión; preparar los contenidos de los contratos con las Gerencias de Sector como reflejo del contrato-programa; comparar la excelencia entre las distintas unidades productoras de su línea de productos de

las distintas gerencias o con los estándares del sector; preparar informes de evaluación, etc...

Por lo que afecta a Salud Pública, deben distinguirse los servicios de intervención sobre el medio (higiene de los alimentos, zoonosis, salud ambiental...) de aquellos dirigidos a las personas (vacunaciones, screening de cáncer de mama...) cuyos principales agentes de intervención, en este caso, deben ser los Equipos de Atención Primaria.

La organización, por tanto, del nuevo Servicio Aragonés de Salud se estructura en base a los siguientes órganos directivos bajo la dirección del director gerente:

- 1.- Órganos centrales de gestión:
 - a) Direcciones de Área
 - b) Gerencia de Urgencias y Emergencias
- 2.- Órganos de gestión descentralizada:
 - a) Gerencias de Sector
- 3.- Órganos de participación:
 - a) Consejo de Dirección del Sector
 - b) Consejo de Salud del Sector

Para llevar a la práctica nuestros objetivos a través del organigrama creado, nos encontramos sin embargo en una situación de limitación económica que puede llegar a condicionar sobremanera nuestras actuaciones. En términos financieros, este escenario se traduce en un gasto sanitario público de 920 millones de euros, 787 euros por habitante, y en un gasto público social de 120 millones, 102 euros por habitante. Un 8% más que la media nacional en ambos casos.

En el caso de Aragón, no obstante, hay que tener muy en cuenta la influencia de factores específicos para

poder valorar las posibilidades de desarrollo y mejora de las prestaciones. Así, el incremento de gasto consecuencia de la dispersión geográfica y del elevado nivel de envejecimiento poblacional obliga a Aragón a un esfuerzo financiero considerable para poder mantener las líneas de mejora señaladas.

Nos movemos además en un marco económico novedoso que, desde el pasado 1 de enero, obliga a las Comunidades Autónomas a destinar un volumen de recursos a la recién asumiada Sanidad. Un marco aparentemente suficiente pero con restricciones cuyas consecuencias todavía desconocemos.

Como fija el artículo 45 de nuestra Ley de Salud, el Sistema de Salud de Aragón se financiará, en primer lugar, con cargo a los recursos que le puedan corresponder por la participación de la Comunidad Autónoma en los Presupuestos del Estado afectos a servicios y prestaciones sanitarias; a los rendimientos obtenidos de los tributos cedidos total o parcialmente por el Estado a la Comunidad para fines sanitarios; y a los recursos propios de la Comunidad Autónoma.

En segundo lugar, se consideran también fuentes de financiación las aportaciones de las corporaciones locales; los rendimientos de bienes y derechos propios, y de los que tenga adscritos; las subvenciones, donaciones y aportaciones voluntarias de entidades y particulares; las tasas por la prestación

de determinados servicios; y los ingresos ordinarios y extraordinarios que esté autorizado a percibir de los convenios interadministrativos que pudieran suscribirse para la atención sanitaria, así como cualquier otro recurso que pudiese ser atribuido o asignado.

Por último, se consideran también fuente de financiación las tarifas de precios que se establezcan para los casos en que el Sistema de Salud de Aragón tenga derecho al reembolso de los gastos efectuados, en cuyo caso se tendrán en cuenta los costes efectivos de los servicios prestados.

Objetivos marcados, estructura para desarrollarlos, financiación para poder aplicarlos y consenso social para construir un sistema capaz de dar respuesta a las necesidades de salud de los ciudadanos permitiendo, a su vez, garantizar el sostén y futuro del mismo.

No quisiera concluir sin constatar que la reforma que comenzó hace años no puede acabar: la sociedad cambia y consecuentemente un servicio, como el sanitario, tiene que adaptarse a esos cambios.

Envejecimiento de la población y necesidades cambiantes –atención al inmigrante, nuevas patologías emergentes– competencia por unos recursos limitados, nuevas tecnologías... nos imponen una actitud de cambio y mejora, que constituyen un reto no solo para el Servicio Aragonés de Salud, también y sobre todo para nuestra Comunidad Autónoma.



El Servicio de Salud del Principado de Asturias ante los retos del futuro

Juan Ortiz Fuente
Director Gerente del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)

Situar la salud como una prioridad de las políticas públicas, fomentar un medio ambiente saludable y conseguir unos servicios sanitarios accesibles y de calidad son los objetivos fundamentales de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Estos ejes encuentran soporte en las estrategias y las políticas que el Gobierno del Principado de Asturias se ha propuesto desarrollar en la presente legislatura.

En base a estos argumentos, la prioridad del Servicio de Salud del Principado de Asturias pasa por **mejorar la red de servicios sanitarios**. Mejorar en el sentido de completar una red de servicios accesible, efectiva, eficiente y satisfactoria para quienes trabajan en ella y, sobre todo, para quienes hacen uso de ella. Mejorar en el sentido de orientar la práctica clínica hacia cotas de calidad cada vez más elevadas, garantía de eficacia y realización profesional, frente a criterios productivistas y de disminución de costes tan presentes en estos últimos años.

Mejorar, también en el sentido de

abrir los servicios sanitarios a una cooperación real y efectiva con otras redes de protección social, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, una vez reconocidas las limitaciones objetivas de los sistemas sanitarios para hacer frente a todas las vertientes de los problemas de salud y sus consecuencias.

Mejorar, por supuesto, incrementando la accesibilidad y la orientación a los usuarios, compartiendo decisiones con las instituciones y más próximas a la ciudadanía así como facilitando los deseos de participación y contribución al fortalecimiento del sistema sanitario público.

En fin, mejorar es aprovechar al máximo e inteligentemente, las ventajas que ofrecen las nuevas tecnologías para la prevención de las enfermedades pero también, y con el mismo énfasis, para favorecer la transferencia de conocimientos y facilitar la comunicación entre los servicios y la sociedad en su más amplia acepción, cuestión que debe tener, a juicio del Gobierno del Principado de Asturias, alta prioridad por múltiples razones.

Retos organizativos

1.- *Integrar la salud pública en los Servicios de Salud*

En Asturias hemos realizado un proceso de reflexión para determinar cuál es el papel y la mejor forma de organizar los servicios, para responder a la evolución de la sociedad moderna que demanda mayor exigencia de seguridad en un contexto de nuevos retos derivados del avance del conocimiento, de la pertenencia a la Unión Europea y de un contexto político con mayores cotas de autonomía.

En este sentido, parece lógico desarrollar una cartera de servicios de salud pública homogénea en todas las áreas sanitarias y definir claramente el responsable de provisión de cada servicio, lo que conlleva clarificar las competencias municipales y el ejercicio de la autoridad sanitaria en el área. La integración de la salud pública y el papel de promoción de los servicios es un primer reto fundamental.

2.- *Desarrollar y cualificar la Atención Primaria de Salud*

Asturias fue pionera en el proceso de reforma con la publicación del Decreto 112/1.984 de 6 de septiembre, por el que se aprobó el Mapa Sanitario, que ha sido el instrumento que ha determinado la implantación y ordenación territorial de la Atención Primaria en el conjunto del territorio asturiano.

La Atención Primaria ha sido un factor decisivo en la mejora del sistema sanitario público en Asturias. Sin embargo, a pesar del tiempo transcurrido desde el inicio de la reforma y del esfuerzo inversor realizado, todavía coexisten en Asturias los dos modelos de Atención Primaria. El paso del tiempo condiciona, a su vez, que determinadas instalaciones se hayan quedado

ya anticuadas para atender a una población que cada vez demanda más y mejores servicios. La mayor demanda se traduce, por otro lado, en una presión asistencial creciente que de hecho se ha incrementado casi en un 40% entre 1987 y 1999. El rápido desarrollo tecnológico acaecido, incluida la aparición de fármacos cada vez más sofisticados que se ubican en la atención especializada, contribuye también a que la Atención Primaria haya perdido capacidad de gestión de patologías, trasladando el liderazgo de la atención al nivel especializado.

Por todo ello, en Atención Primaria, los retos a los que hacer frente deben ir encaminados a mejorar la satisfacción de profesionales y usuarios, incidiendo en aspectos como una oferta de servicios diferente a la mera atención de la demanda, las condiciones organizativas de los centros y su relación con otros niveles e instituciones orientando las función de los profesionales e incrementando sus capacidades de gestión haciendo que sean creíbles y mejorar la capacidad resolutive de este nivel.

Además existe la necesidad de incorporar formas de gestión más participativas de la ciudadanía e incrementar la satisfacción de los usuarios con el nivel de atención primaria de salud, escalón esencial en el funcionamiento del sistema sanitario. Se trata, en definitiva, de iniciar la reforma de la reforma, aquella que permita dar el salto cualitativo desde la asistencia sanitaria al protagonismo pleno de los ciudadanos en relación con su salud y la garantía de todos los servicios personales necesarios para su promoción y protección.

3.- *Mejorar el funcionamiento sistémico de la Atención Especializada*

Las características principales del proceso seguido por la Atención Especia-

lizada pública en Asturias en las dos últimas décadas, probablemente sean la diversificación en las modalidades de atención y la redistribución de los recursos hospitalarios desde la capital del Principado a todas las Áreas Sanitarias.

Diversificar servicios.- En Asturias, además de mejorar la accesibilidad, se ha mejorado notablemente la cartera de servicios hospitalarios en todas las áreas sanitarias y se ha iniciado un rápido, aunque todavía en fases incipientes, proceso de ambulatorización de los procedimientos, habiéndose potenciado las consultas externas, los hospitales de día y el desarrollo de la Cirugía Mayor Ambulatoria.

Mejorar la calidad y el confort.- Los ciudadanos y ciudadanas que, en general aprueban y confían en la atención recibida en los hospitales de Asturias, plantean al mismo tiempo la necesidad de introducir mejoras. Solicitan más habitabilidad, confort e intimidad, y solicitan la posibilidad de elegir “quien va a tratarles”, la posibilidad de solicitar una opinión contrastada y el necesario reconocimiento de su capacidad de elección responsable e informada de las alternativas diagnósticas y terapéuticas más adecuadas y respetuosas con sus necesidades y expectativas.

Integrar servicios y recursos hospitalarios.- Asturias cuenta con una potente red de hospitales. De hecho, en muchas áreas sanitarias el hospital es la principal empresa por volumen de empleo y presupuesto. Pero este extraordinario desarrollo no se ha traducido, sin embargo, en un funcionamiento en red de todos los centros a pesar de formar parte de un mismo conjunto asistencial y con idéntica dependencia jurídica en la mayoría de los centros.

Probablemente las razones fundamentales que explican la existencia de una red cuyos núcleos funcionan aisladamente, radiquen tanto en la ausencia de cauces adecuados para la participación ciudadana en los procesos de toma de decisiones, como en la cultura más tradicional de los profesionales sanitarios para garantizar la excelencia técnica conforme a patrones habituales de conocimiento, de tal manera que la interacción entre centro y entre niveles asistenciales con frecuencia es inexistente.

La consolidación de los servicios sanitarios públicos en Asturias precisa la incorporación del concepto de red de utilización pública, de tal manera que todos los ciudadanos tengan la garantía de servicios idénticos, el compromiso público con la financiación y la garantía de condiciones laborales similares con pleno respeto a la capacidad de organización y gestión que deben tener todos los centros.

El concepto de red no debe ser de aplicación exclusivamente para los centros hospitalarios y debe trasladarse al conjunto del sistema. Los servicios sanitarios asturianos garantizan, en general, una buena atención aisladamente considerados. Sin embargo, el sistema no es capaz de asegurar un seguimiento longitudinal de todas las necesidades de los ciudadanos y ciudadanas a lo largo de todo su ciclo vital. En este sentido, la coordinación desde la Atención Primaria con los hospitales, y el desarrollo de una red de atención socioasistencial adecuada son elementos considerados necesarios.

Diseñar el nuevo hospital de referencia regional.- Es imprescindible reseñar, por su importancia en la red, el Hospital Central de Asturias, porque en él se realizan los procedi-

mientos de referencia para toda la Comunidad, pero también por su capacidad de dar soporte e interactuar con todos los elementos que la componen. A la complejidad propia de la organización hospitalaria debemos sumar en este caso, la derivada de las diferentes culturas profesionales y el sustrato de edificios concebidos como hospitales independientes en su origen y que en algunos aspectos son el paradigma de lo que los ciudadanos no aceptan: habitaciones de más de dos camas, escasos servicios auxiliares, instalaciones obsoletas, comunicaciones internas y externas complejas, etc.

4.- Finalizar el proceso de integración de la Salud Mental

La atención al enfermo mental estaba fundamentada en la segregación de la asistencia psiquiátrica del resto de la atención sanitaria atribuyéndole carácter de prestación de beneficencia.

Los resultados obtenidos en términos de extensión de los servicios, mejora de la accesibilidad, devolución de los derechos ciudadanos al enfermo mental y ruptura con la imagen estigmatizada de la enfermedad y de los servicios psiquiátricos no parecen cuestionables. Sin embargo, desde mediados de los años 90 el impulso de la reforma no ha tenido la misma intensidad, especialmente en cuanto a la dotación de recursos, cuidados comunitarios, rehabilitación e inserción social de los pacientes. Esto unido a la evolución de los indicadores de utilización de la red de salud mental, así como la efectividad en el abordaje de determinados problemas, plantea exigencias tanto en dotación de recursos como mejoras en el modelo de gestión y en la propia organización de la actividad asistencial, orientadas a la mejora de la calidad y del rendimiento de la Red de Salud

Mental, tal y como se recoge en el Plan Estratégico de Salud Mental elaborado por los profesionales del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

5.- Modernizar y dotar el sistema de urgencias y emergencias en Asturias

La primera iniciativa realizada en Asturias para la creación de un sistema de respuesta ante las emergencias sanitarias data de 1986 con la puesta en marcha del Centro Coordinador 1006 en el que participaban dos órganos dependientes de la Administración General del Estado: Protección Civil e INSALUD.

La Junta General del Principado aprobó en 1993, una resolución en la que se instaba al Consejo de Gobierno a establecer las medidas de gestión oportunas con el objetivo de proceder a la constitución, en el ámbito territorial de Asturias, de un Sistema Integral de Emergencias (SIE)". El Plan de Salud para Asturias, en su Agenda de Actuaciones 1995, preveía la unificación de la atención a las emergencias en Asturias mediante la integración del servicio telefónico del 1006 en el SIE, actuación que venía amparada por la Directiva Comunitaria que obliga a unificar y coordinar todos los servicios de emergencia en un teléfono único (112).

Así, el Centro Coordinador de Urgencias Sanitario (CCU), es un elemento esencial de los Servicios de Atención Médica Urgente y, por tanto, de cualquier Servicio de Salud que tenga vocación de prestar una Atención Integral a las Urgencias. En el CCU se reciben y procesan las demandas de atención médica, asignando a cada una la respuesta más adecuada en función de las necesidades reales del paciente y de los recursos disponibles en cada momento.

6.- Diseñar e incorporar el plan de Atención Sociosanitaria

Los progresos en la Salud Pública y los avances tecnológicos han posibilitado una mejora de la esperanza de vida. La capacidad para posponer las secuelas letales de las enfermedades y su velocidad de progresión ha llevado consigo la aparición en el tiempo de mayor número de enfermedades crónicas, lo que se ha asociado a la aparición de discapacidad y dependencia. Así, el aumento de la esperanza de vida ha originado un mayor número de años de vida independiente, pero el aumento relativo de los años de discapacidad parece que ha sido superior.

El desarrollo de los servicios de atención sociosanitaria en Asturias ha sido escaso y no puede hablarse de una red de atención. Sin embargo, desde diferentes instituciones y administraciones sanitarias y sociales se han creado estructuras y unidades funcionales que, pudiendo encuadrarse en el espacio de las prestaciones socio-sanitarias, ofrecen la oportunidad de generar las bases para la organización de una verdadera red de cuidados sociosanitarios en toda la Comunidad Autónoma.

Probablemente uno de los principales retos de los servicios sanitarios en Asturias sea el desarrollo de estrategias y criterios de atención sociosanitaria en red, atención de calidad, coordinada e integral, capaz de dar respuesta a las necesidades de los múltiples colectivos que los precisan para ganar calidad de vida y añadir vida a los años, toda vez que ya disponemos de un sistema capaz de añadir años a la vida.

La complejidad de la atención sociosanitaria, unido al déficit actual de estructuras adecuadas, plantea el reto de llevar a cabo reformas innovadoras

que aseguren la necesaria planificación y coordinación que este tipo de atención requiere. El modelo a desarrollar debe contemplar la definición de la población beneficiaria (ancianos de alto riesgo, pacientes geriátricos, enfermos crónicos, pacientes terminales, discapacitados o pacientes mentales), la oferta de recursos (centros de día, centros polivalentes con institucionalización o alojamientos alternativos), la cartera de servicios, la composición de las estructuras de coordinación y la financiación de los programas.

7.- Reordenar el sistema de gestión y la adecuación de la prescripción farmacéutica

La atención farmacéutica es la prestación terapéutica más frecuente. El medicamento es el tratamiento más habitual, tanto en la Atención Primaria como en la Especializada por su importancia para el control de la mayoría de las enfermedades y la calidad de vida de todos los ciudadanos. El medicamento, además, tiene una gran importancia por las implicaciones que pueda tener su uso, tanto desde el punto de vista de la seguridad como por los efectos relacionados. Por último, el gasto en medicamentos representa cerca del 30% del total del gasto sanitario en Asturias, por lo que la efectividad, adecuación y eficiencia en el servicio se convierten en un reto de primer orden para los servicios sanitarios asturianos.

Las oficinas de farmacia y los farmacéuticos y otro personal que desarrollan su actividad en ellas son percibidos, en ocasiones, como meros expendedores de productos, cuando su papel es fundamental como agentes de salud en el apoyo a la prestación correcta y el consejo a los usuarios.

Por último, señalar la importancia de la relación de la prestación farmacéu-

tica con la formación continuada de los profesionales y la investigación. Sin embargo, la pérdida de control por las instituciones ha implicado que en ocasiones la formación sea una formación orientada, y la investigación se concentre con demasiada frecuencia en las fases terminales del proceso cuando menos valor y conocimiento se incorpora.

Estructura Orgánica del Servicio de Salud



La gestión y la organización de los servicios sanitarios

Los modelos de organización y gestión de los servicios sanitarios deben entenderse como instrumentos y no fines en sí mismos, para alcanzar el mejor grado de adecuación entre los recursos disponibles y los objetivos que persigue el sistema sanitario, dentro de unos principios y valores determinados. Hay que señalar, también, que los diferentes modelos de gestión y organización no son neutrales, y deben responder, coherentemente, a los valores que conforman las grandes orientaciones de los diferentes sistemas sanitarios y los valores de las sociedades en que se desarrollan. En este contexto, la organización y gestión de los centros y establecimientos sanitarios debe gozar de la suficiente flexibilidad y capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en las necesidades y demandas sanitarias de los ciudadanos y ciudadanas, y a las expectativas de la sociedad con relación a las características de la atención recibida.

Será necesario desarrollar, de forma concreta, los términos que permitan garantizar que la gestión del conjunto de la organización así como la dirección de cada centro o servicio, están en disposición permanente de responder con efectividad a los objetivos operativos, coherentes a su vez, con las necesidades y expectativas en atención sanitaria de la población.

Asturias dispone de una red sanitaria de utilización pública potente y, en general, bien ordenada desde una perspectiva territorial que sin embargo precisa ser capaz de funcionar eficazmente en red. Los centros y establecimientos que conforman la red presentan, a su vez insuficiencias y rigideces, necesitan acometer inversiones imprescindibles en el corto y

medio plazo e introducir mejoras de alcance en su funcionamiento, para adecuarse a los principios informadores y alcanzar los objetivos planteados para los servicios sanitarios en este documento.

El Principado, además, debe ser capaz, en el corto plazo, de dar la mejor respuesta a los dos temas que pueden condicionar todo el futuro del Sistema de Salud en Asturias, y que ocupan y preocupan especialmente a los ciudadanos y ciudadanas, los grupos políticos, y las organizaciones sociales: la mejora de los servicios sanitarios y el desarrollo de nuevas políticas de personal dentro del marco de las capacidades financieras del Principado que en el tiempo hagan sostenible el sistema en Asturias. Otro elemento fundamental al que habrá que hacer frente es el de la construcción de un nuevo Hospital Central en el contexto de la red hospitalaria del Principado de Asturias que sustituya al actual complejo hospitalario de Oviedo, por su importancia en el conjunto de la sanidad asturiana y la inversión necesaria para su construcción y puesta en funcionamiento.

La Autoridad Sanitaria, garante de los servicios a los ciudadanos, debe ejercer las funciones de: planificación, financiación, garantía de calidad y sistemas de información para permitir la elección informada de los ciudadanos y ciudadanas.

El Servicio de Salud, dentro de los parámetros establecidos por la autoridad sanitaria, debe funcionar como garante de la efectividad y eficiencia en la prestación de servicios sanitarios. En este sentido, más que como gestor directo de los centros y establecimientos debe configurarse como soporte básico para su funcionamiento, desarrollando las funciones consideradas imprescindibles.

Las unidades descentralizadas de organización como responsables de la provisión directa de los servicios a los usuarios deben incorporar una organización flexible adaptada a las necesidades de los ciudadanos que atienden, el territorio en que se asientan y su propia complejidad. En este sentido, las unidades de gestión pueden organizarse por áreas sanitarias, por gerencias de atención primaria, por centro o por hospital, incorporando, en cualquier caso, a los ciudadanos mediante los mecanismos que en cada momento se consideren más apropiados a los órganos de responsabilidad en la administración de los centros.

El nivel profesional, como elemento fundamental en la provisión eficiente de servicios debe incorporar la cultura de gestión a la cultura clínica de los profesionales sanitarios, facilitando compatibilizar la profesionalidad en la práctica clínica con la utilización apropiada de los recursos, públicos y escasos, y la evaluación por resultados. Un mayor grado de autonomía al nivel adecuado, servicios o unidades clínicas, unido a la delimitación de responsabilidades parece ser la vía más adecuada. Se trata de establecer objetivos y ceder capacidad de decisión para alcanzar su cumplimiento a aquellos de quien depende su logro.

La Consejería de Salud y Servicios Sanitarios de Asturias asume que los servicios sanitarios solo son posibles con un personal altamente motivado e identificado con su trabajo y desarrollo profesional, y esto solo es posible incorporando una política de personal moderna que tenga en cuenta las características individuales y colectivas de los profesionales y las peculiaridades de los servicios sanitarios

Financiación

La base de la financiación y el control de evolución de la actividad de los centros sanitarios públicos de Asturias se realiza a través de los Contratos Programa. Así concebido, el Servicio de Salud del Principado de Asturias pretende el desarrollo de este instrumento como elemento clave para la generación de eficacia en el sistema y para el control de resultados y la introducción de nuevos servicios en la cartera del sistema.

Actualmente están en funcionamiento Contratos con el Hospital San Agustín, Hospital de Cabueñes, Hospital Valle del Nalón, Hospital Álvarez Buylla, Hospital de Jario, Hospital de Cangas del Narcea y Hospital Central de Asturias.

Además a corto plazo, el Servicio de Salud pretende modificar los contratos de financiación establecidos con los centros públicos concertados de la región como son los hospitales de Arriendas, Jove, Avilés, Adaro y Cruz Roja.

Reflexión Final

Como resumen final cabe destacar que los retos planteados por la protección de la salud y las expectativas de los ciudadanos en este inicio del Siglo XXI, sugieren la necesidad de

adaptar la estructura organizativa de los servicios sanitarios a un entorno cambiante; para ello, las transferencias sanitarias deben ser percibidas como una oportunidad de mejora. El proceso de adaptación tiene que provocar transformaciones para situar al ciudadano como protagonista de su salud y su relación con los servicios sanitarios y a la organización del sector como facilitadora de la actuación de los profesionales.

Este proceso, sin duda complejo, precisa de la complicidad de todos y solo será posible si los agentes sociales, especialmente sindicatos y sociedades profesionales perciben que el impulso del Gobierno es capaz de generar un liderazgo social por una sanidad pública de excelencia. Para ello, el papel de la Junta General del Principado como máxima representación de los ciudadanos del Principado debe tener un papel clave, en la definición y regulación del modelo, y fundamentalmente en su capacidad de crear un espacio político de acuerdo en el que desarrollar todo el proceso de mejora y sostenibilidad del sistema de protección a la salud en el Principado de Asturias.

BIBIOGRÁFICA

Libro Blanco de los Servicios Sanitarios. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios (Oviedo, mayo 2001).



La construcción de los nuevos servicios de salud. SACYL: la sanidad asistencial de Castilla y León

Antonio María Sáez Aguado
Gerente Regional de Salud. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Junta de Castilla y León

El proceso de descentralización sanitaria, que parecía languidecer en los últimos años, ha recibido un acelerado y decidido impulso que nos sitúa en un escenario radicalmente distinto del que veníamos analizando en las dos últimas décadas; los elementos distintivos de esta situación afectan tanto a la perspectiva de construcción y consolidación del Sistema Nacional de Salud como al nuevo papel de las 10 Comunidades Autónomas que recientemente hemos asumido competencias en materia de gestión de la asistencia sanitaria del sistema de Seguridad Social. Mantener los mejores instrumentos y prácticas de gestión heredados del INSALUD (por cierto, en absoluto desdeñables), renovar y mejorar los elementos más inadecuados en el funcionamiento del sistema traspasado, reforzar el papel de la política sanitaria en la definición del modelo de Castilla y León, y mantener una actitud cooperativa y de promoción de las alianzas en el conjunto del Sistema Nacional de Salud constituyen algunas de las prioridades de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

Desde el punto de vista organizativo, en Castilla y León, en previsión del proceso de traspaso de los servicios

del INSALUD, las leyes de Presupuestos y de Medidas Económicas, Fiscales y Administrativas para 2002, establecieron algunas previsiones orientadas a garantizar el funcionamiento de los servicios sin soluciones de continuidad (en lo fundamental, adaptando la legislación de la Comunidad al ejercicio previsto de la nueva competencia, en materia de recursos humanos, patrimonio, gestión presupuestaria, etc.). Estas adaptaciones junto a las disposiciones contenidas en la Ley 1/1993 de Ordenación del sistema sanitario de Castilla y León configuran un marco jurídico estable para el adecuado ejercicio de las nuevas competencias. Al mismo tiempo, a lo largo del mes de diciembre de 2001 se aprobaron distintos Decretos y órdenes de desarrollo de la estructura de la Consejería, del Reglamento General de la Gerencia Regional de Salud o de la estructura de sus servicios centrales. En lo fundamental, junto a la creación de una Dirección General de Planificación Sociosanitaria encuadrada en la estructura de la Consejería, la Gerencia Regional de Salud se estructura, en sus servicios centrales, en cuatro Direcciones Generales (con un número variable de Direcciones Técnicas y otras unidades que se relacionan en anexo):

- Dirección General de Asistencia Sanitaria:
 - Dirección Técnica de Atención Primaria.
 - Dirección Técnica de Atención Especializada.
 - Dirección Técnica de Farmacia.
- Dirección General de Desarrollo Sanitario:
 - Dirección Técnica de Coordinación Asistencial e Inspección.
 - Dirección Técnica de Sistemas de Información.
- Dirección General de Recursos Humanos:
 - Dirección Técnica de Relaciones Laborales y Personal.
- Dirección General de Administración e Infraestructuras:
 - Dirección Técnica General.

En cada una de las 11 Áreas de Salud delimitadas en la Comunidad, las Gerencias de Área coordinan y dirigen las 11 Gerencias de Atención Primaria y las 14 Gerencias de Atención Especializada.

La estructura que estamos desarrollando responde a los principios de integración y a la consideración de los procesos de atención como el centro y prioridad del conjunto de esta estructura. De otra parte, la Gerencia Regional de Salud se dota de las correspondientes unidades de Intervención y de tesorería (dado su carácter de Ente Público Institucional) y de una Central de Compras que permita facilitar la contratación, normalizar los productos y procedimientos y aprove-

char algunas economías de escala en la adquisición de bienes. Así mismo, destaca por su relevancia el papel de las unidades gestoras de inversiones en infraestructuras y equipamientos.

Se trata de una estructura organizativa que, siendo imprescindible en la fase inicial de la transferencia para sustituir el papel de los servicios centrales del INSALUD, es al tiempo expresiva de la orientación general que pretendemos para el sistema público en Castilla y León. Ésta constituye otra de nuestras prioridades: la progresiva definición de un modelo sanitario específico que dé respuesta a las principales características de la comunidad y a las necesidades y demandas que derivan de estos elementos demográficos y territoriales.

De esta forma, hemos avanzado con la suscripción de un Compromiso por la mejora de la Calidad suscrito en el mes de abril con las fuerzas sociales representadas en la Mesa del diálogo Social (los sindicatos más representativos de la Comunidad –CC.OO. y U.G.T.– y la Confederación de organizaciones empresariales. Este Acuerdo contiene las bases del modelo sanitario para Castilla y León, presidido por los siguientes principios:

- Aseguramiento público del derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos.
- Cobertura universal y gratuita de la asistencia sanitaria.
- Financiación mediante fondos públicos vía presupuestos, con carácter finalista, sobre la base de fuentes tributarias.
- Equidad e igualdad en el acceso.
- Provisión pública, bajo los principios rectores de optimización y modernización de los recursos del Sistema y

de complementariedad y adecuada coordinación en la utilización de los recursos de la sanidad concertada.

- Suficiencia del marco de financiación.
- Autonomía de gestión de los centros.
- Y, por supuesto, participación social efectiva en la planificación y funcionamiento del sistema, otorgando a los ciudadanos un mayor protagonismo.

Este acuerdo por la calidad incluye un compromiso de gasto de la sanidad pública de Castilla y León superior a 12.020 millones de euros (al menos dos billones de pesetas) en los 5 primeros años de ejercicio de la competencia, que incluye una inversión de más de 1.200 millones de euros (por encima de 200.000 millones de pesetas) en el periodo 2002-2010. Esto nos permitirá realizar actuaciones inversoras en un total de 22 hospitales (en 15 de los cuales se invertirán más de 2.500 millones de pesetas), la construcción de 5 centros de especialidades en zonas periféricas, la actuación en 126 centros de salud y más de 2.100 consultorios locales y un importante esfuerzo en equipamiento para la renovación de la tecnología sanitaria con una inversión de 64.000 millones de pesetas en el período señalado.

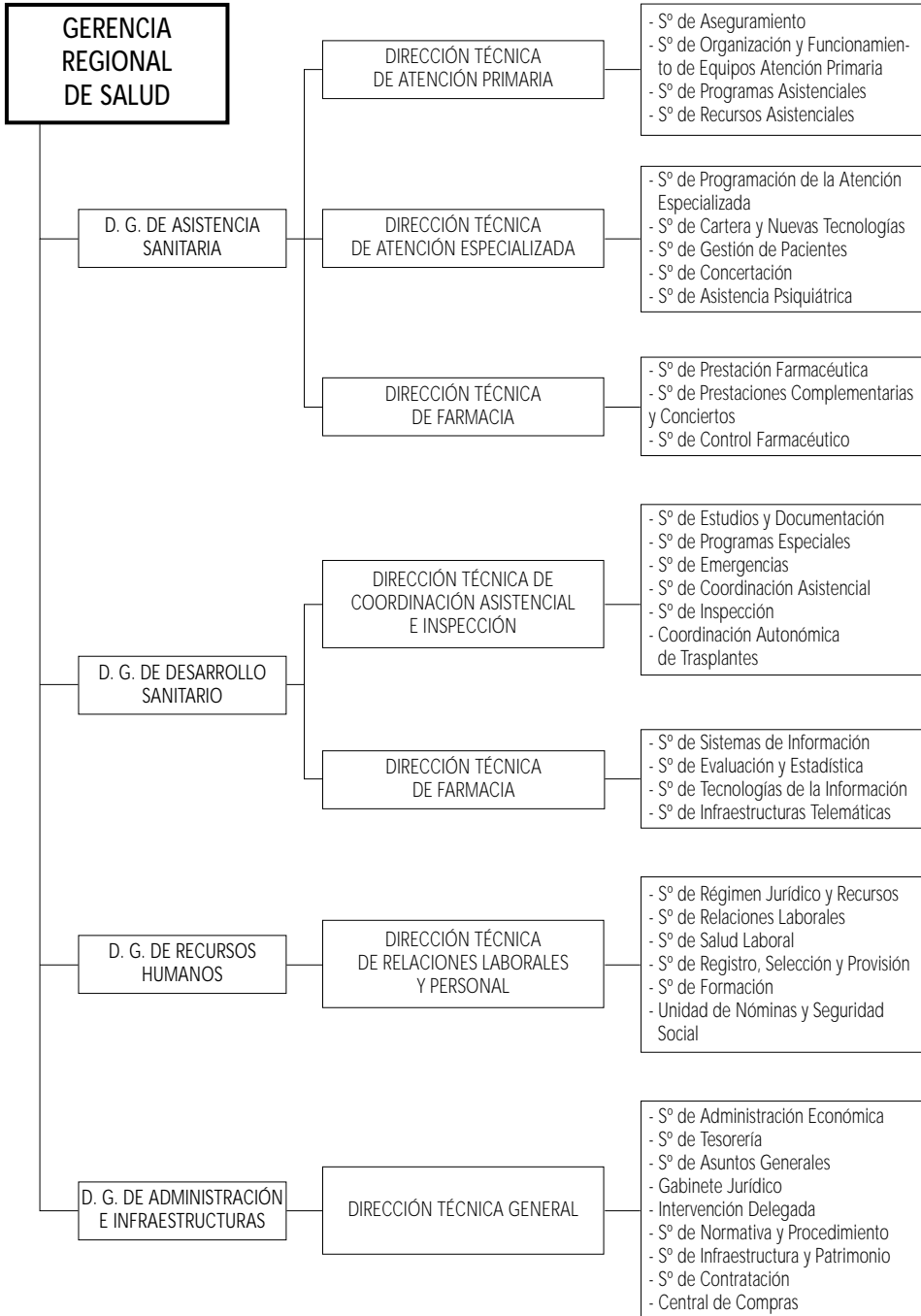
Desde la perspectiva de gestión, las prioridades iniciales se han orientado a negociar y pactar el contenido de los Planes de Gestión de cada uno de los centros asistenciales. De esta forma, los 35 centros de gasto transferidos (11 Gerencias de Primaria, 14 de Especializada y la gerencia del 061) disponen ya de sus Planes de Gestión en los que se establece la programación de objetivos y la asignación presupuestaria correspondiente para su actuación en este año 2002.

En este sentido, el Plan Anual de Gestión de Atención Primaria permitirá conseguir este mismo año 2002 una plena cobertura pediátrica en Atención Primaria, pasando del 88,5% al 100%. Del mismo modo, se produce un aumento del 26,1% en la dotación de fisioterapeutas, y de un 20% en el caso de los higienistas dentales, alcanzando al 87,9% de la población, con la previsión de llegar a la cobertura del 100% en los próximos años.

En materia de Atención Especializada, el aumento de la accesibilidad pasa, sin duda, por actuaciones como las que hemos puestos en marcha para aumentar la cobertura de servicios. Así se ha dispuesto a través del Plan Anual de Gestión de Atención Especializada, de tal forma que en este mismo año todas las provincias de Castilla y León tendrán cubierta la dotación de servicios de alergología, de oncología médica y de reumatología. Algunas de las innovaciones metodológicas incorporadas al Plan de Gestión de Especializada han permitido posicionarse a cada uno de los Hospitales sobre un conjunto de indicadores agrupados en 10 parámetros con un peso variable en el conjunto: actividad asistencial, organización (bloque quirúrgico y participación en el seguimiento de objetivos), docencia y formación continuada, calidad, coordinación primaria-especializada, sistemas de información, salud laboral y gestión presupuestaria.

El cierre de este breve informe coincide con la decisión sobre la imagen corporativa de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Sacyl, la sanidad asistencial de Castilla y León, una organización que nace con la voluntad de mejorar la asistencia sanitaria con los principios de participación, eficiencia, accesibilidad, perspectiva sociosanitaria y el compromiso y la alianza para el desarrollo profesional de sus 30.200 trabajadores.

Anexo. Estructura de la Gerencia Regional de Salud. Direcciones Generales, Direcciones Técnicas y Servicios.





SESCAM, el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

Roberto Sabrido Bermúdez
Director Gerente del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)

En nuestra Comunidad estamos viviendo un momento histórico, me estoy refiriendo con ello a que desde el día 1 de enero del año 2002 gestionamos la asistencia sanitaria de la Seguridad Social. La llegada de estas competencias, después de duras y difíciles negociaciones, va a suponer cambios importantes para nuestros ciudadanos y nuestros profesionales. El INSALUD ha dejado de existir en Castilla-La Mancha como hasta ahora y ha dado paso a un nuevo servicio sanitario, el SESCAM, encargado de proteger y mejorar la salud de los castellano-manchegos.

Un servicio que funcionando bajo los principios de cobertura universal, equidad en el acceso y financiación pública, pretendemos que sea más moderno, cercano, efectivo y de más calidad. Este es nuestro objetivo, el del gobierno de Castilla-La Mancha y a ello estamos dedicando nuestros esfuerzos.

Este nuevo servicio de Salud, el SESCAM, creado por la Ley de Ordenación Sanitaria 8/200, de 30 de noviembre, nace como un organismo autónomo, dotado de personalidad jurídica propia y con plenas facultades para

dar cumplimiento a todos y cada uno de sus fines. Esta Ley, que como ya les he comentado consolida el modelo Sanitario Público que tenemos en España, reconoce la importancia de la ciudadanía como eje vertebrador del propio sistema y establece las estructuras necesarias para responder con agilidad, cercanía y calidad a sus demandas.

Nuestro punto de partida:

Tenemos un sistema sanitario regional bueno. Los niveles de salud de la población en Castilla-La Mancha son mejores que los de la población a escala nacional. Los parámetros medidos por mortalidad infantil, que es el indicador más sensible a la situación de salud y bienestar de la población, son menores a 2,63 por mil nacidos vivos. Una cifra que hubiese resultado utópica hace unos años y que nos equipara a la existente en los países más desarrollados. Lo mismo ocurre en esperanza de vida o en otros indicadores sobre el estado de salud de la población.

Pero todavía tiene importantes deficiencias que deben corregirse, déficit

en infraestructuras sanitarias, existencia de listas de espera, descoordinación del transporte sanitario no urgente e importantes carencias en el urgente que generan insatisfacción en los usuarios.

Es, por tanto, un sistema sanitario que puede mejorar y que debemos mejorar entre todos.

Queremos que los ciudadanos castellano-manchegos tengan a su disposición unos servicios cercanos, cómodos y de calidad a los que puedan acudir, con independencia de sus características socioeconómicas. Servicios bien dotados donde los profesionales puedan desarrollar su labor sin trabas y donde los usuarios se sientan confortablemente tratados, con todos los recursos que el desarrollo científico pone en manos de la medicina.

Este enfoque es el que nos ha permitido definir como debe ser nuestro Servicio de Salud.

¿Hacia donde vamos?

Hemos recibido la gestión de 15 hospitales públicos, 186 Centros de Salud, 1.086 Consultorios Locales y alrededor de 16.600 profesionales sanitarios, con un volumen presupuestario aproximado de 231.000 millones de pesetas. Estas cifras reflejan la importancia del proceso que ahora comenzamos. Pero sabemos hacia donde vamos.

Queremos que nuestro Servicio de Salud sea:

- Una organización de servicios sanitarios públicos moderna, de vanguardia, "la mejor empresa que tendrá la región en los próximos años y una de las mejores organizaciones sanitarias en Europa", por precisión

en el diagnóstico y en el tratamiento, por seguridad, por cercanía y agilidad, por confort, por innovación, por atención personalizada y confidencialidad, por participación de los profesionales y la participación social, por el trato y atención a proveedores y por eficiencia en el uso del dinero público.

- Capaz de ofrecer una buena atención sanitaria a toda la población de Castilla-La Mancha y a todos los usuarios del SESCAM y ofrecer un lugar de trabajo estable, confortable y estimulante a sus profesionales.

Actuaciones del SESCAM

Vamos a lograr que estas expectativas se cumplan y partiendo de los estudios que hemos realizado sobre la Atención Sanitaria en nuestra Región y que aparecen recogidos en el Libro Blanco de la Atención Sanitaria y el Plan de Salud 2001-2010, vamos a realizar las siguientes actuaciones:

- *En el Área de Atención Especializada:*

La dispersión geográfica, el envejecimiento de la población, los factores socioeconómicos, los hábitos y estilos de vida, las cifras de frecuentación hospitalaria, el déficit de la oferta de servicios y especialidades de referencia de nuestros ciudadanos dificultan la accesibilidad a los servicios asistenciales de Atención Especializada y determinan la necesidad de un incremento en los recursos, la incorporación de la tecnología diagnóstica y terapéutica y el diseño de nuevas estructuras.

Para ello, para mejorar la accesibilidad y la calidad en la prestación a este nivel asistencial, el SESCAM ha diseñado una serie de actuaciones que con-

sideramos prioritarias y que entendemos nos ayudarán a generar confianza en nuestros ciudadanos, como son la construcción y puesta en funcionamiento de tres nuevos hospitales (Almansa, Tomelloso y Villarrobledo) y un nuevo hospital para Toledo. La creación de Centros de Especialidades de Diagnóstico y Tratamiento (CEDT) con capacidad de resolución diagnóstica y terapéutica, de manera que ningún castellano-mancheño tenga un especialista a más de 60 minutos. Y la dotación a los hospitales públicos de la región con *medios diagnósticos y terapéuticos de alta resolución y modernización de sus infraestructuras*.

Puesta en marcha de *nuevos servicios*, como, Neurocirugía, Cirugía cardíaca, Cirugía maxilofacial, Oncología radioterápica y una Unidad de Referencia para Patología Ocular.

Estos recursos tendrán un importante impacto en la mejora de la accesibilidad y en la calidad diagnóstico terapéutica y serán mejoras inmediatas que percibirán los pacientes de Castilla-La Mancha, evitando la derivación innecesaria a hospitales de otras comunidades autónomas.

Por otro lado estos recursos mejorarán la satisfacción de los usuarios y nos permitirán alcanzar los estándares de demora que se establecen en el Plan de Salud.

- No sea superior a 15 días en las Consultas Externas,
- No sea superior a 7 días en las pruebas Diagnósticas
- No sea superior a 90 días en las intervenciones programadas.

En la actualidad hay en la región 157.928 pacientes, es decir 92,2 personas de cada 1.000 castellano-man-

chegos en lista de espera, para resolver este problema que nos preocupa mucho, hemos preparado un Plan para reducir las listas de espera que cuenta con un presupuesto de 24.04 millones de euros durante el presente año. Y vamos a realizar 10.692 intervenciones quirúrgicas, 57.000 primeras consultas y 35.000 pruebas diagnósticas más, con respecto al año anterior, para reducir en 25.000 las personas que en la actualidad se encuentran en una lista de espera.

También y en el mismo sentido hemos elaborado el Anteproyecto de Ley de Tiempos Máximos de Espera que será tramitado en las Cortes Regionales y que se puede poner en marcha el 1 de enero de 2003, momento en el que cualquier paciente en lista de espera de cirugía programada no esperará más de 180 días frente a los 207 que espera actualmente. En relación a las consultas externas se fijará un plazo máximo de 60 días frente a los 202 que hay en la actualidad y en 30 días las pruebas diagnósticas frente a los 442 días actuales.

Además y dentro de esta política de "compromiso" el Gobierno regional asumirá el coste si el paciente no ha sido intervenido en los plazos previstos.

Otras medidas como un mayor confort hotelero y la disponibilidad de al menos el 80% de las camas en habitaciones individuales influirán, sin duda, en la mejora de satisfacción de usuarios.

• *En la Atención Primaria:*

Para atender las nuevas demandas y necesidades de la población vamos a reformar la estructura física y el equipamiento de los Centros de Salud y de los Consultorios Locales, incrementar el número de profesionales y potenciar actividades como la Atención Domiciliaria.

Hay otros dos aspectos sobre los que también tenemos que actuar y que son *la mejora del transporte sanitario y las Urgencias y Emergencias Sanitarias*.

La gran extensión de nuestra región, unida a la dispersión de la población nos aconseja la implantación prioritaria de un Plan de Transporte Sanitario que resuelva los problemas que diariamente se les plantea a una porcentaje importante de pacientes (diálisis, rehabilitación, consultas externas, etc.).

Una situación similar se plantea ante las demandas de Urgencias y Emergencias Sanitarias. Para cumplir los estándares que establece el Plan de Salud a este respecto (15m en el medio urbano y 30m en el rural) están funcionando desde el pasado mes de octubre, tres unidades de transporte sanitario aéreo y en fecha próxima se incrementarán hasta 21 las unidades de transporte terrestre (Uvis móviles), dentro de un Plan coordinado por el Servicio de Urgencias y Emergencias de Castilla-La Mancha, 112.

Nuestros profesionales.

Contamos con:

- 9.006 profesionales en Atención Especializada.
- 3.004 en Atención Primaria:
 - 1.537 Transferidos de INSALUD.
 - 1.467 Sanitarios Locales (856 Médicos y 611 Enfermeras).
- 4.650 Personal no sanitario.

Sabemos que la situación de los profesionales sanitarios del sistema público en Castilla-La Mancha no es distinta a la que encontramos en el resto

del Sistema Nacional de Salud. Así, acentuadas rigideces organizacionales en cuanto horarios, movilidad del personal, sistemas retributivos, carrera profesional, programas de formación, participación del personal en la gestión, condicionan la necesaria adaptación y evolución al cambio social de los sistemas sanitarios.

Frente a esto estamos decididos a que nuestros profesionales puedan actualizar los conocimientos e incorporar al trabajo cotidiano cuantas herramientas lo hagan más satisfactorio, más resolutivo y más ajustado a los recursos que tenemos, y a lo que la sociedad espera de nosotros.

En esta sentido hemos iniciado una serie de actuaciones dirigidas a solventar a corto plazo alguno de estos problemas y cuyo resultado ha sido la elaboración y firma junto con las organizaciones sindicales de un Acuerdo de Bases para el Desarrollo de la Sanidad en Castilla-La Mancha, cuyos aspectos más destacados son:

- La homologación salarial, que ha consistido en equiparar las retribuciones de nuestros profesionales con la media del conjunto del Sistema Nacional de Salud.
- El incremento del número de profesionales en 2.500 personas en los próximos cinco años, 500 para este año 2002; la aplicación de la jornada laboral de 35 horas semanales, a partir del próximo año 2003 y en 2002 para Atención Primaria
- Desarrollo en el Estatuto del Personal del SESCAM de una Carrera Profesional, inexistente en la actualidad, que reconozca el trabajo realizado, el esfuerzo personal, la experiencia acumulada y los meritos ligados a la formación e investigación.

Organización del SESCAM

Para llevar a cabo esta labor el SESCAM, que está adscrito a la Consejería de Sanidad, se estructura en los siguientes órganos:

Centrales:

- a) El Consejo de Administración
- b) La Presidencia del Consejo de Administración
- c) La Dirección Gerencia
- d) Los órganos directivos dependientes de ésta: Secretaría General Técnica; Dirección General de Atención Sanitaria, Recursos Humanos; Gestión Económica e Infraestructuras.

Periféricos:

- a) Las Gerencias de Atención Primaria
- b) Las Gerencias de Atención Especializada.
- c) Las Gerencias de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario.
- d) Las Oficinas Provinciales de Prestaciones del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

Cada una de estos servicios cumple una función determinada, que en definitiva viene a cubrir los objetivos básicos del SESCAM, porque con esta organización y estructura entendemos que queda garantizada la calidad de la atención sanitaria y con ello la satisfacción de los ciudadanos y de nuestros profesionales.

Conclusiones: *La sanidad que queremos más cerca de ti.*

Tenemos, por tanto, una misión que cumplir y unas actividades que realizar y para ello necesitamos contar con nuestros profesionales, con su preparación técnica y sus conocimientos. El SESCAM será en definitiva lo que sean sus 16.600 trabajadores, sus condiciones de trabajo, sus expectativas, su implicación en el trabajo, son fundamentales para que la organización funcione bien.

Este es el reto a alcanzar por el SESCAM, es un reto de todos y desde aquí invito a participar en él a todos los ciudadanos y ciudadanas de Castilla-La Mancha y a los profesionales de nuestro Sistema Sanitario.



El SES, Servicio Extremeño de Salud

Francisco Manuel García Peña
Gerente del Servicio Extremeño de Salud (SES)

No cabe duda de que en los últimos meses hemos asistido probablemente al más importante proceso de descentralización acontecido en nuestro país, con la transferencia de la gestión de la asistencia sanitaria a las diez Comunidades Autónomas integrantes de lo que se había venido denominando territorio INSALUD. En la Comunidad Autónoma de Extremadura, desde el inicio de la última legislatura, el gobierno regional apostó decididamente por la asunción de esta nueva competencia, y concretamente desde la Consejería de Sanidad y Consumo, se dieron los pasos necesarios para que la migración de esta responsabilidad, desde la Administración del Estado a la Administración Autonómica, se realizará en las mejores condiciones y de la forma menos traumática posible, en definitiva para que se produjera, lo que podríamos denominar un “*engarce suave*”.

Durante este período, y fundamentalmente a través de la Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitaria, se trabajó en la elaboración y el diseño de lo que hoy denominamos nuestro “*Modelo Sanitario*”; contenido en la *Ley 10/2001 de Salud de Extremadura*, así

como en la renovación del *Plan de Salud 2001-2004*, como herramienta fundamental de planificación de la política sanitaria en la Comunidad Autónoma.

Nuestra Ley de Salud, define la estructura del sistema sanitario, separando claramente las macro funciones de autoridad sanitaria, planificación y financiación de la provisión de servicios, creando para ello el *Servicio Extremeño de Salud (S.E.S.)*, como Organismo Autónomo de carácter administrativo, dotado de personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar, de tesorería propia y facultades de gestión del patrimonio afecto.

Los objetivos de todas nuestras intervenciones se basan en tres pilares considerados fundamentales: *Los Usuarios* del sistema sanitario, *los Profesionales* y *la Organización* de la que nos hemos dotado para la consecución de los mismos.

1) En cuanto a los Usuarios, la Ley crea la figura del Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura, como órgano encargado de la defensa de los derechos de estos, el Consejo Extremeño de Salud,

al objeto de promover la participación democrática de la sociedad, y los Consejos de Salud de Área y de Zona como órganos colegiados de consulta y participación, con la finalidad de contribuir a la mejora de la actuación sanitaria.

Así mismo se establece como objetivo estratégico, el proporcionar mayores niveles en la accesibilidad a los servicios y prestaciones, el proporcionar una atención personalizada con especial atención a la calidad asistencial y al trato humanizado, y reorientando las funciones y actuaciones de los Servicios de Atención al Usuario.

2) Por lo que respecta a los profesionales, se han integrado en el Servicio Extremeño de Salud todos los profesionales procedentes de los dispositivos de salud pública de la Consejería de Sanidad (veterinarios, farmacéuticos, médicos, enfermeras, etc.), los funcionarios y laborales procedentes de los Centros de Planificación y Orientación Familiar y Centros de Atención a Drogodependientes; los sanitarios funcionarios de Atención Primaria, así como el personal estatutario tanto de Atención Primaria como de Especializada transferidos del INSALUD. Las complejidades para la gestión de personal que origina esta variedad de regímenes jurídicos, obligan a la homogeneización, por lo que próximamente, se propondrá la integración voluntaria en el régimen estatutario del S.N.S.

Además el Servicio Extremeño de Salud, apuesta por la innovación en las relaciones con los profesionales, en la descentralización en la toma de decisiones tomando como referencia las unidades de gestión clínica, en la recuperación de los roles profesionales, en la dotación de la autoridad suficiente a los responsables de los servicios, en el compromiso con la for-

mación permanente, en la adecuación tecnológica de los servicios y unidades, y en la implementación de sistemas de incentivos singularizada sobre la base de la consecución de objetivos específicos.

3) La Organización de la que nos dotamos permite la unificación funcional de todos los recursos, centros y servicios sanitarios, todo ello en el marco de una concepción integral de la salud y un funcionamiento descentralizado de los recursos materiales y humanos.

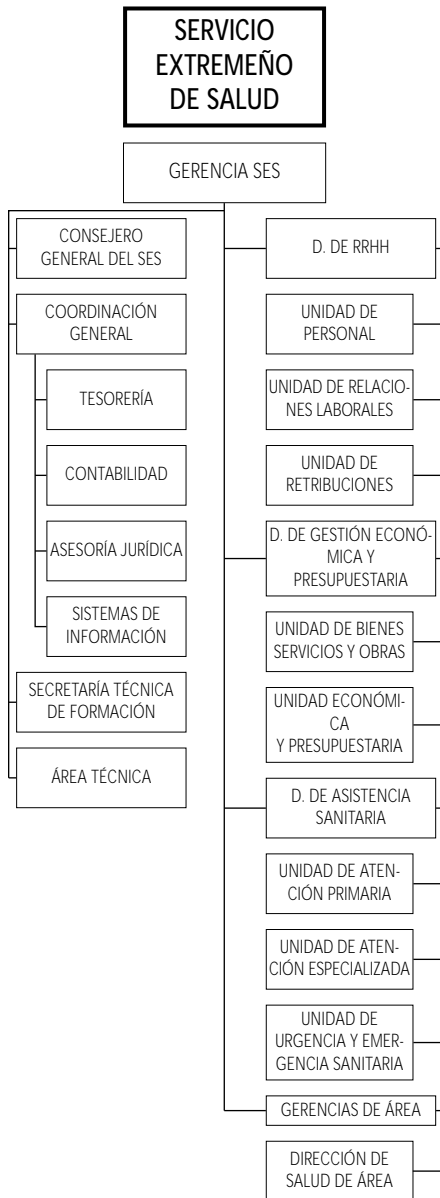
Esta estructura organizativa y de gestión facilita una coordinada y óptima utilización de los medios y servicios sanitarios existentes o que pudieran implementarse en el futuro.

El **Área de Salud** es la estructura básica del Sistema Sanitario Público en Extremadura, constituye el ámbito de referencia para la financiación de todas las actuaciones sanitarias que en ella se desarrollen. De hecho ya se ha llevado a efecto la eliminación de las demarcaciones provinciales anteriores, y se ha procedido a la integración de sus recursos (salud pública, atención primaria, atención especializada, urgencias y emergencias, salud mental y atención socio sanitaria) en las distintas áreas de salud (8 en nuestro caso).

La estructura orgánica central del Servicio Extremeño de Salud, bajo la dependencia directa del Consejero de Sanidad, se dota de una **Dirección General**, la **Coordinación General** con las competencias que se explicitan en el organigrama adjunto, la **Dirección General de Recursos Humanos**, la **Dirección General de Gestión Económico-Presupuestaria**, y la **Dirección General de Asistencia Sanitaria**.

En el ámbito periférico el órgano de dirección, con dependencia directa

del Director Gerente del Servicio Extremeño de Salud, es la **Gerencia de Área**, de la cual depende directamente la **Dirección de Salud de Área** responsable de la dirección y coordinación de las acciones y dispositivos de salud pública y administración sanitaria.



Objetivos estratégicos del Servicio Extremeño de Salud:

- 1) La salud como derecho.
- 2) Accesibilidad a los recursos sanitarios.
- 3) Trato adecuado a las personas.
- 4) Utilización de las nuevas tecnologías.
- 5) Coordinación de la formación y la investigación sanitaria.
- 6) Modernización del parque mobiliario e inmobiliario.
- 7) Separación de la sanidad pública de la sanidad privada.

1. La Salud como derecho: Introducción del concepto de **Atención Sanitaria** como abordaje integral de los problemas de salud de la comunidad, aglutinando todos los recursos tanto de salud pública, como asistenciales de atención primaria, especializada, emergencias y salud mental bajo una única estructura organizativa que es la Gerencia de Área.

2. Accesibilidad: Acercamiento a los ciudadanos de los recursos mediante las siguientes actuaciones:

- En Atención Primaria:
 - Nuevo mapa de Puntos de Atención Continuada.
 - Nueva ponderación médico/peso TIS.
 - Apertura de Centros de Salud Urbanos en turno de tarde.
 - Cita previa centralizada.
 - Mejora y ampliación de las unidades de apoyo:

Unidades de salud mental.

Unidades de fisioterapia.

Unidades de salud bucodental.

Unidades de atención a la mujer.

– Mejora de la red de diagnóstico (Radiodiagnóstico).

– Creación de una red de soporte domiciliario y cuidados paliativos.

• En Atención Especializada:

– Creación de tres hospitales de alta resolución (HAR):

Hospital de Zafra.

Hospital de La Siberia (Talarrubias).

Hospital Tierra de Barros (Almendralejo).

– Adecuación de la cartera de servicios:

Redimensionamiento de los servicios de referencia.

Establecer la cartera de servicios mínima/área de salud.

– Programa de desplazamiento de especialistas a A.P.

• Atención a las Emergencias Sanitarias:

– Ampliación de tres nuevas unidades medicalizadas terrestres.

– Creación de siete Unidades de emergencia rurales.

– Protocolos de formación para profesionales.

• Atención a la Salud Mental:

– Creación de nuevos equipos de salud mental.

– Inclusión de las unidades de agudos en hospitales generales de área sanitaria.

– Consolidación de la red de centros de rehabilitación psicosocial.

3. Trato adecuado a las personas:

Para que el ciudadano se sienta bien tratado se han establecido las siguientes líneas de actuación:

• Mejora del confort y de los entornos sanitarios.

• Puesta en funcionamiento del centro de acogida para familiares de enfermos desplazados al hospital regional.

• Adecuación del transporte sanitario.

• Ofrecimiento progresivo de habitación individual en hospitales.

• Establecimiento de mecanismos de información al ciudadano.

• Regulación del derecho a la segunda opinión.

• Aplicación de la expresión anticipada de voluntades.

4. Utilización de las nuevas tecnologías:

• Establecimiento de un plan de sistemas de información propio.

• Completar la informatización de los centros de A.P.

• Establecer convenio con el Centro de Cirugía de Mínima Invasión

- Incorporación a la intranet de Extremadura para avanzar en programas de telemedicina.

5. Coordinación de la formación e investigación sanitaria:

- Creación del Instituto para la formación, investigación, desarrollo e innovación sanitarias.
- Establecimiento de nuevo concierto con la Universidad de Extremadura.

6. Modernización del parque mobiliario e inmobiliario:

- Adquisición de nuevos equipos diagnósticos y terapéuticos.
- Plan de inversiones 2002 - 2006.

7. Separación de la sanidad pública de la sanidad privada:

- Incompatibilidades para centros concertados.
- Incompatibilidad para responsables asistenciales públicos.
- Valoración de la especial dedicación de los profesionales al sistema sanitario público.



La construcción de los nuevos servicios de salud

Juli Fuster Culebras
*Director Gerente del Servei de Salut
de les Illes Balears (IB-Salut)*

La recepción de las transferencias sanitarias ha supuesto para nosotros un importante reto tanto en lo que hace referencia al diseño, construcción, organización y gestión de nuestros servicios sanitarios como en lo que hace referencia a nuestra participación en el nuevo Sistema Nacional de Salud. Este trabajo que se inició en unos apasionantes y yo diría que históricos años 2000-2001, se desarrolló básicamente en tres líneas; en primer lugar, asegurar una buena financiación de lo que tenía que ser la recepción de las transferencias sanitarias, aspecto de vital importancia para una Comunidad pequeña como la nuestra en que disponemos de unas estructuras deficitarias y unos recursos históricamente deficientes. En segundo lugar, se trabajó en la revisión, verificación y puesta a punto de toda la documentación aportada por el antiguo INSA-LUD, así como en la organización inmediata después del proceso transferencial, y finalmente, en tercer lugar, se trabajó en diseñar el principio de esta nueva etapa en la que la gestión de la asistencia sanitaria iba a corresponder a cada Comunidad Autónoma y en la que por tanto cambiaba completamente el panorama del Sistema Nacional de Salud y, en el

que cada Servicio de Salud adquiere un papel relevante.

Sin duda, estamos sentando las bases de como debe ser la atención sanitaria y su organización en los próximos años. Para ello, desde nuestro Servicio de Salud, y, con el impulso de la Conselleria de Salut y de todo el Govern de les Illes Balears, planteamos un foro de discusión que trata de asegurar el consenso y la participación ciudadana y profesional. Ello se ha plasmado en un documento que hemos denominado "Líneas Estratégicas del Servicio de Salud" que constituyen el punto de partida para el desarrollo de cada una de las líneas de trabajo.

Además estamos inmersos en el amplio debate iniciado por la Conselleria de Salut sobre el diseño de nuestro modelo sanitario en el que están implicados todos los agentes profesionales, sociales, políticos y cívicos y en el que son principios irrenunciables: la condición de servicio público de la sanidad, la universalidad y solidaridad, en un sistema integrado que enfatiza la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, equitativo y eficiente y donde son aspectos relevantes el protagonismo

activo de los ciudadanos y la participación de los profesionales.

Aunque sea un tópico decirlo, es cierto que los trabajadores de la sanidad son el mejor activo del que disponemos, por tanto una de nuestras prioridades consiste en diseñar las políticas laborales que nos permitan adecuar los objetivos de la organización asegurando la satisfacción y la fidelización profesional. Al igual que otros, los trabajadores de la sanidad han pasado por etapas de congelación salarial y limitación de poder adquisitivo. En nuestro caso las diferencias existentes entre las retribuciones de los trabajadores dedicados a la sanidad pública de la Comunidad y los transferidos del INSALUD son elevadas, especialmente en los colectivos del grupo B. Por este motivo desde el Servicio de Salud nos hemos planteado varios objetivos en política laboral que estamos diseñando y consensuando con la representación social. Por un lado y como primera medida, planteamos la neutralización de las diferencias existentes, no solo las económicas sino también las que hacen referencia a jornada laboral, permisos, etc, en un periodo de tiempo que nos garantice la sostenibilidad económica del sistema y que sea aceptable para la representación sindical. De otra parte hemos iniciado ya unos grupos de trabajo cuyo objetivo es disponer a final de este año de un documento que incluya las características de nuestro propio estatuto. Entre los aspectos que consideramos más relevantes planteamos una revisión de las tablas salariales y de sus conceptos que permitan conjugar la mejora de los rendimientos con la satisfacción profesional, la dedicación completa al sistema sanitario público y el desarrollo de la carrera profesional, que permita la promoción sobre la base de antigüedad, reconocimiento clínico, docente y de investigación.

La razón de ser de los servicios de salud es asegurar una atención sanitaria de calidad. Para que ello sea posible, uno de los primeros objetivos que nos hemos marcado es mejorar la accesibilidad al sistema, puesto que de nada nos sirve tener unos magníficos recursos técnicos o humanos si no se puede llegar hasta ellos. Garantizar la accesibilidad es una de nuestras prioridades ya que, además, en nuestro caso, las condiciones de insularidad y doble insularidad, añaden una dificultad adicional. Para ello estamos perfilando, con el objetivo de que se empiecen a implantar antes de final de año, instrumentos de contacto telefónico y gestión de citas inmediata, e instrumentos de conexión telemática entre los diferentes centros que permita la posibilidad de acercar servicios a distancias insalvables y el desarrollo de un sistema de información clínico y de gestión único para todo el sistema, aspecto que después de un amplio debate profesional ha sido considerado como elemento clave para asegurar una atención sanitaria eficiente.

Mejorar también la accesibilidad en el transporte sanitario, tanto el urgente como el programado es otro de los retos en que estamos inmersos. En este sentido nuestro trabajo se ha dirigido a desarrollar un nuevo concurso para dicho servicio que asegure unas respuestas óptimas y también hemos planteado nuevas dotaciones que garanticen el traslado de los pacientes en perfectas condiciones, haciendo hincapié en el transporte de neonatos, que no había sido contemplado hasta la fecha.

La mejora del confort es otro de los aspectos que nos preocupan. Ya he mencionado anteriormente que nuestras islas son deficitarias en infraestructuras por tanto nuestra preocupación inmediata ha sido impulsar el

Plan de Actuación en Obras e Infraestructuras que debe permitirnos disponer en pocos años de unas instalaciones acordes con el siglo XXI. Es importante resaltar que un aspecto prioritario de este Plan ha sido buscar el consenso entre los diferentes agentes a pesar del tiempo y esfuerzo que ello consume. De esta forma los nuevos recursos de atención primaria que se plantean cuentan con el beneplácito de los representantes civiles y profesionales. En el caso de los dos Hospitales pendientes de construcción, nuevo Hospital Son Dureta y Hospital de Mahón, se ha sometido a revisión el anteproyecto por parte de los distintos servicios incluso asociaciones de enfermos, para obtener unos proyectos definitivos a plena satisfacción de todos los agentes implicados.

Otra de las prioridades que nos hemos marcado y en la que estamos trabajando intensamente es en tratar de garantizar la continuidad asistencial como instrumento clave para mejorar la calidad de la atención. El enfermo en su proceso evolutivo traza una línea a lo largo del sistema sanitario en la que intervienen distintos agentes tanto asistenciales como sociales; el objetivo es evitar que todos estos agentes vivan de espaldas unos a otros, se ignoren las acciones previas o se cuestionen, incluso se traten de forma diferente. Los instrumentos de información únicos ya mencionados anteriormente son herramientas para corregir estos desequilibrios. Además, es necesario impulsar una nueva cultura que ha de estar basada en la gestión clínica como primera medida, que permita alcanzar los objetivos planteados.

En una segunda fase y cuando la organización alcance un grado de madurez que permita desarrollar nuevos modelos de organización, planteamos la aparición de la gestión integral de

áreas sanitarias. Hablamos de áreas geográficas concretas con una población adscrita de unos 100.000 habitantes que deberá estar gestionada por un equipo que incluya recursos de atención primaria, hospitalaria y socio-sanitaria en una cultura cooperativa. Representa un cambio en profundidad en el que la implicación de todos los profesionales y el máximo consenso posible son piezas clave para asegurar el éxito. Representa además una forma diferente de entender la atención sanitaria en la que los profesionales no se circunscriben a un determinado nivel de atención sino que, aun manteniendo su autonomía, pertenecen a un equipo integrado. Entendemos como imprescindible que el cambio se desarrolle en un marco de máxima descentralización efectiva profesional que asegure una autonomía de gestión con transferencia de derechos residuales de decisión y control, asunción de riesgo y descentralización de los rendimientos residuales.

Asegurar una atención sanitaria eficiente es otra de las líneas de trabajo impulsadas. Una de nuestras prioridades es el desarrollo de políticas de uso racional del medicamento de tecnologías en general que impliquen a los dos niveles asistenciales. Nuestra área tiene tradición en este tipo de iniciativas que si bien hasta el momento han recalcado de forma más intensa en el ámbito de la atención primaria, estamos convencidos que la atención especializada está por aceptar este compromiso.

No obstante desde nuestro Servicio de Salud consideramos que hay que dar un paso más en el concepto de eficiencia destacando su lado cualitativo sobre la parte más economicista. En este sentido desde el servicio de salud apostamos por el desarrollo de servicios de máximo nivel especial-

mente en nuestro Hospital de referencia. La puesta en funcionamiento de servicios como la cirugía cardíaca, la PET (tomografía por emisión de positrones) o la unidad de sarcomas son algunos de nuestros proyectos.

Y siguiendo en nuestra apuesta por una atención sanitaria de calidad, queremos potenciar la docencia e investigación. En este sentido desde la Conselleria de Salut y con la participación del Servei de Salut, estamos impulsando en colaboración con la Universitat de les Illes Balears la creación del Instituto Universitario de Investigación. Con autonomía de gestión plena, este Instituto pretende canalizar las experiencias investigadoras en temas de salud de la Comunidad potenciando la excelencia investigadora.

En otro ámbito, se han iniciado trabajos para desarrollar una política de compras que nos permita beneficiarnos de economías de escala y que nos permita corregir desequilibrios en cuanto a costes. La definición de los catálogos de productos básicos, las bases de datos y la política de precios constituyen otro de los aspectos en los que estamos inmersos a fin de disponer en breve plazo de una central de compras de la que se puedan beneficiar cada una de las unidades de

atención sanitaria y el sistema en su conjunto.

La puesta en marcha del Plan Socio Sanitario recientemente aprobado por el Gobierno de la Comunidad es uno de nuestros productos estrella. Su desarrollo nos permitirá a corto plazo disponer de dos Hospitales propios en la Isla de Mallorca, actuando cada uno de referencia para un sector de población, que contarán con líneas de subagudos, convalecencia médica y quirúrgica, hospital de día evaluador y terapéutico y unidades de cuidados paliativos. Para que la comunicación entre ellos y los distintos niveles asistenciales, atención primaria y hospitales de agudos, sea fluida se están constituyendo las unidades mixtas de valoración, y las unidades de atención domiciliaria.

Finalmente, estamos convencidos desde nuestra Comunidad Autónoma de impulsar la (re)construcción del Sistema Nacional de Salud. Por ello hemos fijado como prioridad nuestra participación activa en el Consejo Interterritorial de Salud que entendemos que tiene que actuar como garante de la equidad, y núcleo de la información sanitaria, sobretudo en unos momentos en que se está planteando a muy corto plazo la libre circulación de pacientes en toda la Comunidad Europea.



Apuesta por la excelencia. La nueva sanidad madrileña

Leticia Moral Iglesias
Directora General del Servicio Madrileño de Salud

Introducción

La Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (en adelante LOS-CAM) configura para la Comunidad de Madrid un nuevo modelo sanitario que, sobre la base de los importantes logros alcanzados hasta ahora, va a permitir seguir avanzando en aspectos como la promoción de la salud, la educación sanitaria, la prevención y la asistencia sanitaria de los residentes en la Comunidad y de todas las personas que, merced a acuerdos con otras Comunidades Autónomas, reciban asistencia en su ámbito territorial.

La aportación más importante que presenta el modelo sanitario diseñado por esta Ley consiste en garantizar al ciudadano, individual y colectivamente, la consideración de "centro del Sistema Sanitario". Para ello se configura un dispositivo, las Agencias Sanitarias, que, a modo de auténticos Gestores de Cabecera, permita garantizar una gestión personalizada, directa y rápida tanto del acceso al sistema sanitario, como al resto de prestaciones no asistenciales que en el mismo se contemplan.

Además, esta Ley establece la nítida separación entre las funciones propias de los sistemas sanitarios: La *función de aseguramiento y compra de servicios* (de índole más bien administrativa y burocrática), se separa de las relacionadas estrictamente con la *provisión de servicios* (cuya finalidad y naturaleza es la atención sanitaria en cualquiera de sus vertientes). Ello ha de propiciar una competencia regulada en calidad y eficiencia entre centros proveedores, y fomentará simultáneamente la cooperación entre ellos.

Así, el *aseguramiento* es competencia de la Autoridad Sanitaria (de la que dependerá la Red de Agencias Sanitarias de la Comunidad de Madrid); la *compra de servicios*, es decir, la distribución del presupuesto sanitario en función de la actividad desarrollada y los objetivos de salud alcanzados, se atribuye al Servicio Madrileño de Salud (SER+MAS); y la función de *provisión de servicios* se asigna a la Red Sanitaria Única de Utilización Pública (RSUUP), constituida por todos los servicios asistenciales financiados públicamente: el Instituto Madrileño de Salud, que integra a todos los centros proveedores (asistenciales) transferidos,

los centros de provisión del SER+MAS y los centros concertados.

En definitiva, se configura un nuevo modelo sanitario que sitúa al ciudadano en el epicentro del sistema y refuerza el principio de aseguramiento público, de modo que es la demanda y no la oferta asistencial, la que determina la configuración y funcionamiento del sistema.

El Servicio Madrileño de Salud

El SER+MAS es un Ente Público con personalidad jurídica propia, cuyas dos funciones principales son:

- a) La distribución de los recursos económicos afectos a la financiación de los servicios y prestaciones que establece el Sistema Nacional de Salud, mediante instrumentos de compra de actividad asistencial a la Red Sanitaria Única de Utilización Pública (Función de compra de servicios).
- b) El gobierno, dirección, control y gestión de los recursos, centros y servicios asistenciales adscritos al Servicio Madrileño de Salud, a través de una unidad funcional u orgánica diferenciada, a la cual se le aplicarán las mismas herramientas que se utilicen para el desarrollo del punto anterior.

Dos circunstancias, íntimamente ligadas a la provisión de servicios, condicionan la andadura inicial del nuevo SER+MAS. De una parte, su antecesor inmediato el extinto Servicio Regional de Salud (SRS), organismo autónomo sobre cuyas bases se debe configurar el nuevo Ente público. De otra el desempeño, aunque sea de forma transitoria, de una función provisorio vinculada a la gestión de los centros del extinto SRS.

Por lo expuesto en el organigrama inicial del SER+MAS conservan un gran peso actividades vinculadas a la gestión de RRHH y gestión de aprovisionamientos. Así está previsto que el SER+MAS tenga tres direcciones técnicas y dos áreas de staff.

Direcciones técnicas

- Dirección de Atención Primaria: Responsable de la contratación de servicios de atención primaria de salud. Inicialmente, y en tanto se avanza hacia fórmulas de integración de redes, será también responsable a través de una unidad específica, del apoyo a la gestión de los centros monográficos de atención primaria del extinto SRS.
- Dirección de Atención Especializada: Responsable de la contratación de servicios de atención especializada. Como en el caso anterior, dispondrá también de una unidad específica, de apoyo a la gestión de la red de centros de atención especializada del extinto SRS.
- Dirección Económico-Financiera, de RRHH y servicios que además de dar apoyo a las otras direcciones técnicas en cuestiones económico-financieras de la contratación de servicios sanitarios, será la responsable de la contratación de servicios no sanitarios y suministros, el seguimiento presupuestario, las políticas de RRHH y la gestión del patrimonio y servicios generales del SER+MAS.

Áreas de staff de la Dirección General

- Área de Coordinación de Prestaciones, a través de la cual el SMS se relacionará con los ciudadanos,

asociaciones científicas e instancias de la Consejería de Sanidad relacionadas con la determinación del tipo y calidad de prestaciones a contratar: Salud pública, Calidad, Innovación tecnológica, Farmacia, Agencias sanitarias y Agencia de Formación. Esta área será también la responsable de la Coordinación de nuevos proyectos y Desarrollo organizativo.

- Secretaría técnica que da soporte a las siguientes funciones: Asesoría jurídica y desarrollo normativo, Relaciones institucionales y Control de gestión.

Prioridades del Servicio Madrileño de Salud

En su etapa inicial de configuración como Ente público, el SER+MAS deberá trabajar de forma simultánea en dos sentidos:

Consolidar y potenciar lo bueno del modelo sanitario recibido

En primer lugar, es importante reconocer que la tan reciente publicación de la LOSCAM y creación de las estructuras y los equipos humanos a que da lugar, obliga a realizar unos planteamientos iniciales que necesariamente han de ser prudentes y en cierto sentido continuistas (en la mejor acepción de la palabra) tratando de aprovechar lo muchísimo de bueno que hereda el Sistema Madrileño de Salud, y procurando generar seguridad y confianza en el nuevo modelo que configura. No se trata pues de establecer rupturas ni forzar giros bruscos, sino de ir poco a poco adaptando progresivamente el nuevo modelo y, con ese punto de partida, continuar una línea de mejora constante de las prestaciones.

Iniciar los cambios destinados a cumplir los objetivos establecidos en la LOSCAM

Sin perjuicio de lo anteriormente dicho, se pretende introducir ya desde el principio, algunos de los aspectos más relevantes de la cultura de compra de servicios, que supondrá para todos los agentes una nueva manera de entender su trabajo que, por Ley, ha de organizarse de manera que todas las actuaciones tengan una única finalidad: satisfacer las necesidades de salud de los ciudadanos. Así, los proveedores de servicios sanitarios tendrán que ir acostumbrándose a enfrentarse a situaciones en las que realmente se va a competir, de una manera regulada, por los recursos que permitan atender las demandas. Estarán en mejor posición competitiva aquellos que prestando un servicio de alta calidad, sean más eficientes y capaces de añadir valor a sus servicios a un menor coste.

Con estos puntos de referencia, las prioridades del SER+MAS en el corto y medio plazo, se agrupan en tres grandes líneas de actuación:

1. Relacionadas con la organización del propio SER+MAS.

El SER+MAS asume el pasado del antiguo Servicio Regional de Salud, que con la personalidad jurídica de un Organismo Autónomo, gestionaba de una forma burocratizada y centralista un heterogéneo conjunto de proveedores.

Para adaptarse a su nueva realidad, es imprescindible en el corto plazo, proceder a:

- Elaborar la normativa de administración y funcionamiento del Ente.
- Aprobar su estructura orgánica, para a continuación adecuar la plantilla y

procedimientos de trabajo a la nueva función.

2. Relacionadas con la función de provisión.

En este ámbito, los objetivos irán encaminados a conseguir que, en el medio plazo, el SER+MAS se haya desprendido de su función de provisión, de tal forma que se circunscriba a su función primordial, la compra de servicios.

Por ello se trabajará para mejorar la gestión de centros propios, y dotarlos de la necesaria autonomía para luego integrarlos en la Red del Instituto Madrileño de la Salud o en una nueva red, de tal forma que se produzca la verdadera separación de funciones de compra y provisión.

3. Relacionadas con la función de compra.

En este apartado se encuadran las que serán las principales actividades del SER+MAS, pues su desarrollo es lo que dará sentido al nuevo Ente público.

En este apartado, en el primer año de funcionamiento, el SER+MAS deberá abordar dos grandes proyectos:

- La **definición del modelo de compra de servicios.**
- La **elaboración del Plan de servicios 2003-2006.**

De acuerdo con lo establecido en la LOSCAM, el desarrollo de estos proyectos se debe orientar hacia la consecución de los fines que la Ley asigna al SER+MAS:

- La adecuada asignación de los recursos presupuestarios, teniendo en cuenta las características socioe-

conómicas, epidemiológicas, sanitarias y poblacionales del territorio.

- La coordinación de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid para la optimización de todos los recursos disponibles.
- La integración de las actuaciones relativas a la protección y mejora de la salud de la población.
- La promoción de la humanización en todos los centros sanitarios de utilización pública de la Comunidad de Madrid, manteniendo el máximo respeto a la dignidad de la persona, a la libertad individual y a los derechos humanos.
- La utilización de los instrumentos de asignación presupuestaria para promover la optimización de la calidad y la modernización de los servicios.
- La determinación del catálogo de procesos y servicios que pondrá al servicio de la población con el objeto de proteger la salud y promover estándares de servicios en los centros asistenciales, en consonancia con el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

La definición del modelo de compra de servicios

El diseño del modelo de compra debe empezar por dejar claro que:

- El Contrato Sanitario debe ser coherente con las políticas generales de la organización.
- El Contrato Sanitario debe estar al servicio de los intereses estratégicos de la organización y ser adecuado a estos.

De acuerdo con ello, el modelo de compra a implantar por el SER+MAS deberá responder a dos cuestiones previas:

- La libre elección de médico y hospital por parte del paciente: El Contrato Sanitario que se proponga deberá facilitar al máximo el ejercicio de este derecho, previendo los consecuentes flujos financieros.
- La creación de una Red Sanitaria Única de Utilización Pública que integra a todos los proveedores, de titularidad pública y privada, acreditados para contratar con el SER+MAS. La coexistencia de proveedores de titularidad pública y privada, y la libertad de elección por parte del paciente, plantea varios problemas de índole técnica con relación al Contrato Sanitario, que deben ser explicados, aportándose propuestas de solución concretas.

En el proceso de elaboración del modelo de compra, se abre un proceso de reflexión sobre las siguientes cuestiones:

1. La elección de la unidad de compra.

Al elegir la unidad de compra (ciudadano o número de pacientes, actividad prevista o realizada con sus diferentes líneas de producto, fórmulas mixtas, etc.), el comprador está transmitiendo un mensaje al proveedor, y planteando diversas cuestiones: ¿Qué tiene más importancia, hacer actividad o asumir la asistencia integral del paciente?; o, ¿Cuánta importancia se le da al control del gasto total?

Además, cada unidad de contratación puede inducir comportamientos indeseados del proveedor, que deben ser previstos en Contrato Sanitario: La compra de actividad induce un incremento de realización, no basado por

completo en necesidades reales, con el consiguiente riesgo de inadecuación por exceso de indicaciones.

Por otra parte, los modelos de compra de asistencia integral, pueden inducir inadecuación de indicaciones, prescripción, o adopción de determinadas decisiones diagnósticas o terapéuticas por infrautilización (restricción de aquellos procedimientos más costosos).

¿Cómo tratar el problema de las listas de espera?

2. Establecimiento de la tarifa por unidad de compra.

Las tarifas únicas trasladan más riesgo al proveedor. Tal riesgo se compensa, en parte, contratando elevados volúmenes de unidades de compra. La multiplicidad de tarifas por unidad de compra, además de hacer el sistema de compra más complejo, incrementa el riesgo del comprador.

¿Se paga igual si se contrata un número reducido de casos que si se contratan grandes volúmenes?

¿La tarifa por unidad de compra será igual por el mismo concepto para todos los proveedores? ¿Públicos y privados?

¿Cuál será el tratamiento de las amortizaciones y el posible beneficio en el proveedor propio de titularidad pública?

¿Cómo tratar la ineficiencia de los proveedores propios? ¿Y de los ajenos?

Para el establecimiento de tarifas, está claro que es imprescindible partir de un conocimiento exacto de los costes de producción de servicios, sea cual sea la decisión que finalmente se

adopte con respecto al importe y al número de tarifas por unidad de compra.

El conocimiento exacto de los costes debe abarcar tanto al coste estándar, como a los costes reales de los proveedores, principalmente de los de titularidad pública, con el fin de prevenir problemas posteriores con el modelo de compra que se establezca.

3. Consideración de la calidad.

Aceptado que el proveedor, para poder ser contratado por el SER+MAS, debería cumplir unos criterios de acreditación predeterminados (cuya contravención supondría su salida de la RSUUP), cabe plantear las siguientes cuestiones:

¿Cómo se trata financieramente el nivel de calidad en la prestación alcanzado por el proveedor? ¿Se premia la calidad, o se descuenta por las desviaciones de los niveles o estándares previstos ("no calidad" o "menor calidad")?

¿Cómo se abordan financieramente las complicaciones y los casos extremos?. ¿Se paga más por los casos con complicaciones? ¿Por todas ellas, o sólo por un porcentaje "asumible"?

4. El problema de los proveedores propios.

Los condicionantes relativos a la gestión de RRHH (estabilidad laboral, modelo retributivo, negociación centralizada con los representantes sindicales), unidos a la tensión que se puede ejercer a través del dispositivo asistencial, limitan la implantación de una verdadera compra de servicios sanitarios.

¿Cómo se abordan los posibles deslizamientos presupuestarios de estos proveedores?

¿Se puede realmente trasladar riesgos a estos proveedores? Y, de ser así, ¿hasta qué nivel?

La respuesta a estas y otras cuestiones pretende hacerse en el marco de un modelo de trabajo participativo, al que se incorporen expertos y representantes de Sociedades Científicas y asociaciones de pacientes. Con sus aportaciones es posible elaborar un procedimiento de compra de servicios que no solamente dé respuesta al nivel de excelencia que la LOSCAM define para el Sistema Madrileño de Salud, sino que, además, garantice la participación de los ciudadanos en la definición de las prioridades sanitarias.

El Plan de Servicios Cuatrienal

El Plan de Servicios, actualmente en preparación, constituye el ámbito para el desarrollo del proceso de asignación de recursos (o compra de servicios) por parte del SER+MAS. El plan se sustentará en el Informe sobre el Estado de Salud de la Población, contemplando siete grandes áreas de actuación:

1. Reducir las **enfermedades bucodentales**.

2. Reducir la morbilidad del **cáncer ginecológico**.

3. Reducir las complicaciones y mortalidad en las **enfermedades cardiovasculares**.

4. Potenciar los programas de detección precoz y atención integral a los **trastornos mentales**.

5. Mejorar la atención al ciudadano en su entorno, configurando un **programa integral de atención**, que implique conjuntamente a los niveles asistenciales tradicionales.

6. Impulsar las actividades de prevención y control de la tuberculosis.

7. Facilitar el acceso a los servicios, actuando sobre los tiempos máximos de espera.

El despliegue del Plan de Servicios, contemplando estas líneas de actuación, proporciona un marco para el adecuado desarrollo de la función de compra, al orientarse no sólo hacia la *patología más frecuente, sino también a la más relevante desde el punto de vista epidemiológico*. Por otra parte, mejora los criterios de *efectividad del sistema* (garantía de demora en la asistencia), y contempla al paciente como eje del proceso asistencial (programas de asistencia integral).

A lo largo de estas páginas se han descrito los aspectos más relevantes del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid, desde la perspectiva de la separación de las funciones que le son propias, concebida como un instrumento para mejorar los servicios existentes y su orientación hacia el ciudadano.

En definitiva, el modelo de atención sanitaria que promulga, armoniza la eficiencia y la calidad de los servicios sanitarios, racionalizando su gestión administrativa y presupuestaria, en un marco donde el paciente constituye la razón de ser del sistema, y su finalidad expresa y decidida.



El Servicio Andaluz de Salud, 18 años de experiencia

Juan Carlos Castro Álvarez
*Director Gerente del Servicio Andaluz de Salud.
Consejería de Salud. Junta de Andalucía*

Andalucía tiene ya una trayectoria de gestión propia con las competencias sanitarias transferidas en materia de asistencia sanitaria hospitalaria y de atención primaria, desde hace 18 años. A partir de este bagaje, la verdad es que podemos comprobar claramente que la realidad ha cambiado y ha cambiado mucho en estos años. Ni los ciudadanos son como entonces en su forma de demandar, en lo que demandan y en lo que necesitan, tanto desde el punto de vista de salud como de condiciones del servicio; ni los profesionales tampoco, tanto en sus perfiles, en sus roles, como en su desempeño, o en sus demandas; ni tampoco las condiciones organizativas o de recursos son como entonces. Los cambios han sido acelerados y muy importantes. En algunas cuestiones, han sido cambios espectaculares. Este ciclo de cambio sociológico, profesional y sanitario en estos años se ha movido a un ritmo muy acelerado.

¿Cuáles serían los elementos más destacables en Andalucía alcanzados de todo este periodo? Destacaría en este sentido nueve grandes elementos: los niveles de salud alcanzados expresados en indicadores; la universalización en la cobertura del sistema; el proceso

de profesionalización en la gestión y provisión del servicio (tanto en el nivel asistencial como en el nivel gestor y directivo); la territorialización y accesibilidad geográfica de los servicios hasta constituir la mayor red pública de servicios (alcanzando en torno a 1.700 centros en una extensión de 80.000 km²) y la especificidad de la red de hospitales comarcales; el proceso de bienestar social, cohesión y redistribución social y económica generado por la transferencia de renta, vía servicios, tanto geográficos como intergeneracionales, a partir de un histórico de servicios sanitarios muy deficiente; la organización técnica de los servicios y la dinámica interna de cambios, como motor de expansión; un proceso de reorientación postburocrática orientado hacia el ciudadano y hacia el profesional, especialmente a partir de la segunda mitad de los noventa; la evolución positiva de la eficiencia global del sistema en términos macro, correlacionando nivel de gasto y resultados en salud; y la configuración del sistema con competencias transferidas desde el ámbito autonómico lo cual, además de un acierto, ha permitido un desarrollo de los servicios como nunca ha existido en Andalucía y reforzado en su carácter de política pública.

Pero si seguimos mirando con perspectiva, los tiempos que afrontamos ahora no son menos apasionantes. Es más. Me atrevería a decir que estamos en un momento organizativo, social y sanitario, crucial.

El Servicio Andaluz de Salud (SAS) ha cumplido dieciséis años desde su creación como organismo autónomo de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, garantizando el derecho a la salud entendido como un derecho básico. Pero el SAS no es solamente una garantía. Es también un servicio público de los más y mejor valorados por la población andaluza. A pesar de sus deficiencias y sus problemas, la realidad es que todos como profesionales nos tenemos que sentir orgullosos de pertenecer y de cooperar en la construcción y desarrollo de un sistema sanitario público como el de Andalucía.

Por eso tenemos la obligación de afrontar el reto y el desafío de los próximos años. Y afrontarlo con éxito. Y no nos engañemos: en el momento actual el cuestionamiento o no del sistema en su conjunto se construye también a hombros del fracaso o del éxito de la gestión. Si un modelo de gestión ofrece a la sociedad nuevas y mejoras formas de crear valor y de dar mejor respuesta a las demandas de los ciudadanos, consolidará como tal su presencia en la sociedad. Y de la calidad del trabajo profesional, de la competencia profesional, de la reorientación al ciudadano, de la eficacia resolutoria y de la eficiencia, dependen en gran medida la vitalidad y los resultados del sistema.

¿Cuáles son los rasgos más importantes de nuestra posición actual y de las oportunidades de avance que tenemos ante nosotros? ¿Por qué estamos en una posición magnífica para seguir consolidando unos servicios de calidad?

1. Tenemos en Andalucía un modelo de servicios planteado integral e integrado, no fragmentado en donde primaria es el nivel asistencial que se configura como puerta de entrada a los servicios y en el que el valor de la continuidad asistencial se establece como el nexo funcional lógico y clave entre centro de salud y hospital, y entre hospital y centro de salud. Ése es el esquema del modelo de la Ley 2 /1998 de Salud de Andalucía, del II Plan Andaluz de Salud, del Plan Estratégico del SAS y del Plan de Calidad. A lo que se viene a sumar el concepto de proceso asistencial como elemento reconfigurador de la práctica sanitaria.

2. Hemos hecho una apuesta decidida por la autonomía profesional con el desarrollo de la gestión clínica, en todos los ámbitos. Con una experiencia de tres años ya, actualmente hay en torno a doscientas unidades clínicas de gestión en centros de salud y en hospitales de la red. Un proceso no impuesto, basado en la voluntariedad de los profesionales, que ciertamente ha tenido algunos elementos de incertidumbre –de los que somos conscientes–, y que tiene vocación de transformar la arquitectura y la morfología actual tanto de nuestros centros de salud como de nuestros hospitales. Por ello, ha de ser un proceso medido y prudente. Este año es nuestra intención aprobar una norma jurídica que venga a impulsar el desarrollo de las unidades clínicas de gestión.

3. Hemos completado la reforma de la atención primaria en Andalucía a finales de 2001, lo que nos coloca en una situación nueva. Aunque estamos inmersos en procesos de mejora de infraestructuras y centros, y debemos seguir haciéndolo para adaptar nuestros edificios o mantener su funcionalidad conforme pase el tiempo, ya quedó superada en Andalucía esa di-

cotomía entre “reconvertido y no reconvertido”. Lo que significa mucho, tanto desde el punto de vista de los servicios sanitarios al ciudadano, como de las condiciones de desempeño profesional, como de nuestra situación organizativa. Y en cuanto se refiere al ámbito de la asistencia especializada, los nuevos centros de alta resolución están siendo estructuras innovadoras (hospitalarias o sin ingreso) que significan aunar eficacia resolutoria diagnóstica o terapéutica, rapidez y satisfacción.

4. Tenemos una firme voluntad política y de gestión de servicios sanitarios públicos aquí en Andalucía, en apostar por este nuevo proceso y de hacerlo (y ésto creo que es muy importante) con la participación de los profesionales y de los ciudadanos. Por ejemplo, en el ámbito de la atención primaria acabamos de suscribir un Pacto andaluz por el desarrollo de la atención primaria de salud, en el que nos hemos comprometido, conjuntamente el Servicio Andaluz de Salud, las sociedades profesionales más importantes de la atención primaria en Andalucía, (la SAMFYC, la Asociación de Enfermería Comunitaria y Asociación de Pediatras de Atención Primaria) y las organizaciones de consumidores y usuarios de Andalucía a una línea de trabajo y colaboración conjunta. Es la primera vez que se firma en Andalucía un Pacto de este tipo, y que sepamos no se ha suscrito ningún pacto en el conjunto el Estado similar en objetivos y contenidos al que hemos firmado conjuntamente en Andalucía. Por ello, creo que es doblemente importante. Y en el ámbito de la especializada, la participación e implicación de las sociedades científicas y de los profesionales en, por ejemplo, la elaboración de los procesos asistenciales o en los protocolos de indicación quirúrgica relacionados con el decreto de garantías de respuesta quirúrgica, han sido y son

muestras de colaboración científico-profesional y de los usuarios y ciudadanos, excelentes.

5. Tenemos unas herramientas importantísimas que nos colocan en una posición privilegiada para hacer una buena clínica, y para gestionar bien los servicios: hemos desarrollado una red informática sanitaria e integral, única en nuestro entorno, que nunca antes ha existido y que facilita nuevas formas de asistencia clínica, de información sanitaria, de comunicación, y de gestión. Y vinculado a ella, y no menos importante, lo que representa la historia clínica del proyecto Diraya, ya iniciada su implantación inicial y que sustituirá a la historia clínica TASS en poco tiempo. Implantación que está incluyendo también en esta primera fase las urgencias hospitalarias. Este proyecto está hecho por un grupo de trabajo integrado por profesionales asistenciales y para los profesionales, aplicación de ayuda y gestión de consultas, de un calado formidable en el desarrollo de cualquier consulta clínica. O nuestra Base de Datos de Usuario (la BDU), que coloca a Andalucía en una posición privilegiada para conocer los perfiles de nuestra cartera de pacientes y usuarios y para gestionar los cambios de pacientes o ciudadanos. O el proyecto de Receta XXI y lo que va a suponer de desburocratización, por ejemplo, la receta electrónica. O los elevados porcentajes de extensión de tarjeta sanitaria y cómo ésta está configurada en Andalucía y lo que va a representar como acceso a la historia clínica.

6. Si todos coincidimos en que la organización y en funcionamiento de los centros sanitarios hay que reorientarlos en función del ciudadano hay que saber qué piensa éste de la atención que se le presta. Y en Andalucía sabemos lo que el ciudadano, el usuario nos pide, cómo valora la atención primaria y hospitalaria, en dónde no está

suficientemente satisfecho. Hemos desarrollado una estrategia proactiva y una metodología sociológica para conocer rigurosa y directamente su opinión: las encuestas de satisfacción que por tercer año consecutivo hacemos anualmente desde 1999 mediante un convenio con una institución sociológica del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, que en el año pasado llegaron a la totalidad de las zonas básicas de salud. Y en hospitales, a todos los 30 hospitales de la red del SAS. En el 2001 se hicieron 16.820 encuestas en centros de salud y 12.000 en hospitales. Este año 2002 estamos haciendo 50.000 encuestas, incluyendo por vez primera a los centros de consultas externas de especialistas.

Todo este conjunto de cuestiones (bases del modelo; madurez, profesionalidad y herramientas; sabemos lo que opinan los ciudadanos; objetivos claros; y voluntad política) nos permite afrontar el futuro inmediato con unas perspectivas optimistas.

Es más, yo creo que se puede afirmar que en pocas ocasiones concurren circunstancias –largamente trabajadas y no fruto del azar– como ahora que nos hacen estar en Andalucía en un posición favorable tanto por el nivel de nuestros profesionales, de nuestros servicios, de nuestros recursos, como por el nivel de nuestros resultados. Pero esto es un reto en el que todos tenemos un papel que desempeñar cada día, en cada consulta, en cada actuación.

¿Y en qué dirección última? Si hubiera que sintetizar cuáles son los perfiles fundamentales, de nuestro trabajo actual como servicio público, a mi modo de ver serían cinco elementos: la salud, como proceso individual y colectivo; el ciudadano; la calidad, como un concepto integral; la eficiencia y la competencia profesional.

En primer lugar, la salud. Somos una organización de servicios (servicios sanitarios). Pero éstos, con ser en sí mismos un fin, no lo son, sino en tanto persiguen un propósito último: la salud, en todas sus facetas, la prevención, la asistencia, la curación, o la rehabilitación. Puede parecer una obviedad, pero nunca está de más someter al prisma de ¿qué ganancia en salud individual o colectiva proporciona tal o cuál actuación sanitaria? para someter a evaluación y mejorar nuestra práctica profesional a todos los niveles.

En segundo lugar, el ciudadano. El ciudadano es el centro y el propietario del sistema. Y una cuestión está cada vez más clara. Todo proceso de avance y mejora de los servicios sanitarios públicos pasa por rediseñar los procesos asistenciales desde la perspectiva y el protagonismo del usuario. Y este proceso está empezando a producir cambios que son evidentes. Tanto los hospitales como los centros de atención primaria están tomando conciencia de que hoy ya no es posible dar un servicio de calidad sin tener en cuenta la otra dimensión de la calidad: la percepción que de ésta tiene el ciudadano.

En tercer lugar, la calidad como concepto integral. Os comentaba la apuesta decidida del sistema sanitario público por la calidad en esta nueva etapa. En unas organizaciones del conocimiento como las nuestras, con un componente tecnológico tan determinante en sus procesos, sus impactos y sus costes, y con una proyección de tecnologización mayor para los próximos años, hablar de práctica asistencial implica necesariamente hablar de calidad. Y hablar de calidad es hablar de resultados. Y hacerlo en términos de resultados en salud, en satisfacción, en financiación y en implicación y en competencia profesional. Porque

ya no es suficiente con hacer las cosas, sino que hay que hacerlas bien.

En cuarto lugar, la eficiencia. Eficiencia entendida como la consecución de los objetivos con el nivel adecuado de gasto. Ni menos recursos, ni más. En términos macro, la eficiencia global de nuestro sistema, esto es, la relación entre nuestro nivel de gasto y los indicadores de resultados en salud es bastante buena, en comparación con los países de nuestro entorno. Y me remito a los datos. Con un nivel de gasto sanitario OCDE en porcentaje de PIB comparativamente bajo, alcanzamos cifras como la esperanza de vida al nacer, a los 60 y 80 años de hombres y mujeres; o cifras de mortalidad perinatal e infantil, o de años potenciales de vida perdidos, que están entre los más positivos entre los países de la OCDE. Esta circunstancia a veces se ignora cuando –en nombre de la eficiencia– se quieren introducir ajustes de congelación o reducción del porcentaje de gasto sanitario o de gasto social. Porcentaje de gasto sanitario en relación al PIB que en mi opinión habría que incrementar en los próximos años hasta acercarnos a la media europea.

Sin embargo, sí nos encontramos a nivel micro, situaciones de ineficiencia

que suponen por otra parte un compromiso de gasto importante. Generalmente en el uso de la tecnología: la farmacia es un ejemplo. Pero hay más ejemplos. Esta estrategia de la eficiencia forma parte, además, de una práctica profesional éticamente responsable desde la perspectiva del valor de lo público.

Y en quinto lugar, la competencia profesional. Cuando un ciudadano, un paciente, va a que le atiendan, lo que quiere es que lo hagan bien, con el tiempo necesario para su problema, que resuelvan sin entretenerlo o marearlo y que lo hagan con profesionalidad (y aquí incluyo desde la calidad científico técnica hasta la calidad humana). Hablar de competencia profesional implica a todos. Es hablar, entre otras cosas, de mejora de la formación y de la capacitación, de disminuir la variabilidad clínica, y de una práctica basada en la evidencia científica, en las pruebas. Es hablar de accesibilidad a tecnologías, de dotar de más capacidad a los centros con más responsabilidad, de vincular gestión clínica con gestión de recursos, o de la implantación de pautas asistenciales o protocolos de procesos asistenciales como guías de práctica profesional basadas en la evidencia científica.



La construcción de los nuevos servicios de salud desde Canarias

Alberto Talavera Déniz

Director General del Servicio Canario de Salud (SCS)

La historia del sistema de salud en Canarias discurre en paralelo a la del resto de España hasta abril de 1994, año en que se producen las transferencias de la gestión de las funciones y servicios del INSALUD al Gobierno de Canarias, mediante el RD 446/94.

El Sistema Canario de la Salud sigue el modelo de solidaridad de Servicio Nacional de Salud que estableció la Ley General de Sanidad de 1986, pero da un salto sin precedentes al producirse el proceso transferencial, que deposita en nuestras manos la responsabilidad de garantizarlo, potenciarlo y consolidarlo.

En julio de 1994, el Parlamento de Canarias aprueba por unanimidad la Ley 11/1994, de Ordenación Sanitaria de Canarias, con tres propósitos fundamentales: establecer y ordenar el Sistema Canario de la Salud; regular las actividades, servicios y prestaciones que hacen efectivo el derecho constitucional a la protección de la salud y, en tercer lugar, crear el Servicio Canario de la Salud (SCS) como organismo autónomo, adscrito a la Consejería de Sanidad y Consumo, encargado de la ejecución de la política sanitaria de la Comunidad Autónoma y de la gestión

de las prestaciones de salud pública, de promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación, y de los centros asistenciales de él dependientes.

La Ley de Ordenación regula de forma explícita los derechos y deberes de los ciudadanos, destacando el derecho a la libre elección de médico y hospital, el derecho a la segunda opinión facultativa, el derecho a programas y actuaciones especiales y preferentes para aquellos colectivos que requieren de una especial atención (niños, ancianos, enfermos crónicos, grupos de riesgo) y los derechos específicos de los enfermos mentales.

También se establece el Plan de Salud de Canarias como instrumento de planificación y coordinación, vertebrador de todas las acciones sanitarias en la Comunidad Autónoma. En el Primer Plan de Salud (1997-2001), muy ambicioso, se incluyeron un total de 400 objetivos específicos dirigidos a mejorar el estado de salud de la población, en relación con 23 problemas de salud prioritarios. Todos los avances ocurridos en ese período pueden calificarse como productos de ese Plan, que se

ha ejecutado en un 75% de lo planificado, y que se está reelaborando para orientar la asignación de los recursos sanitarios para los próximos cuatro años.

La complementariedad y acción sinérgica de los medios y las actividades públicos y privados, la búsqueda de la compensación de las desigualdades socioeconómicas a efectos del uso de las prestaciones sanitarias, y de la eliminación de los desequilibrios territoriales injustificados en la asignación de los recursos y los medios, son también principios fundamentales del Sistema.

El 24 de febrero de 1995 (Decreto 32/95) se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud. Bajo la dependencia del Director del Servicio, con rango de Viceconsejero, se estructuran los Servicios Centrales del SCS en cinco Direcciones Generales (Salud Pública, Programas Asistenciales, Recursos Humanos, Recursos Económicos, y la Secretaría General).

También se crea un Área de Salud para cada una de las siete islas, con un Director de Área, que ostenta la representación institucional en el ámbito territorial de la misma y dirige y coordina los recursos del Área.

En las islas capitalinas (Gran Canaria y Tenerife), los distintos niveles asistenciales, se organizan en centros de gestión independientes, pero coordinados entre sí, a cargo de Gerentes de Atención Primaria y Directores Gerentes de Hospitales, respectivamente.

En las islas no capitalinas (Lanzarote, Fuerteventura, La Palma, La Gomera y el Hierro), los dos niveles asistenciales se organizan en una estructura única, a cargo de los Gerentes de Servicios Sanitarios.

Las estructuras de atención primaria, base del sistema, se desarrollan en el marco territorial de las 105 Zonas Básicas de Salud, que están bajo la responsabilidad de un Director de Zona Básica de Salud, que en función de las dimensiones y, en su caso, número sobre las que ostente su responsabilidad, podrá tener un carácter mixto (gestor y asistencial) o, por el contrario, un único carácter gestor.

Los Directores de las Áreas de Salud y el propio Director del Servicio convienen cada año con los órganos de prestación de los servicios sanitarios (Gerencias de Atención Primaria, Direcciones Gerencias de los Hospitales y Gerencias de Servicios Sanitarios) los objetivos sanitarios a alcanzar, los plazos en que deberán ser alcanzados, la dotación de recursos presupuestarios necesarios y, en su caso, los incentivos precisos, en el marco de sendos Programas de Gestión Convenida.

El derecho de los ciudadanos –a través de las instituciones comunitarias– a participar en la orientación, evaluación y control del Sistema Canario de la Salud, se concreta en una serie de órganos de participación, que forman parte intrínseca del modelo sanitario, y constituyen un espacio institucional nuevo que propicia la oportunidad y la efectividad de la participación comunitaria a todos los niveles: el Consejo Canario de Salud (para todo el Sistema), el Consejo de Salud del Área de Salud y los Consejos de Salud de las Zonas Básicas de Salud, donde participan Cabildos Insulares, Ayuntamientos, Organizaciones Sindicales, Organizaciones Empresariales, Colegios Profesionales, Universidades, Organizaciones de Consumidores y Usuarios, Organizaciones Vecinales, Consejos Escolares y Colectivos de Usuarios.

Como unidad responsable del cumplimiento con efectividad del régimen

de los derechos reconocidos a los usuarios del Sistema Canario de la Salud, existe, dependiendo directamente del Consejero de Sanidad y Consumo, una Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios, que entiende de las reclamaciones y quejas, solicitudes, iniciativas, sugerencias e información de los derechos y deberes, servicios y prestaciones, así como de los requisitos necesarios para su ejercicio.

Existen además otras estructuras sanitarias, anteriores a las transferencias de la gestión asistencial, dependientes de la Consejería, como la Dirección General de Atención a las Drogodependencias, o el Instituto Canario de Hemodonación y Hemoterapia, encargado de la obtención, procesamiento, almacenamiento y distribución de sangre y hemoderivados.

La Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias, entidad de Derecho Público sujeta, en su actuación, al ordenamiento jurídico privado, es la encargada de la formación de personal para la gestión y la administración de los servicios sanitarios, así como de promoción de la salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma.

Al objeto de fomentar las actividades de investigación en el ámbito de las ciencias de la salud, muchas de las cuales se desarrollan en las Unidades de Investigación de nuestros grandes hospitales, se creó la Fundación Canaria de Investigación y Salud (FUNCIS), que canaliza la ayuda privada a la investigación biomédica.

El mismo año de las transferencias, en el mes de diciembre, se puso en marcha el Servicio Regional de Urgencias, dando un vuelco espectacular a la atención de las urgencias en nuestra Comunidad Autónoma. Una empresa

pública, Gestión de Servicios para la Salud y la Seguridad en Canarias (GSC) es la que gestiona actualmente el Servicio de Urgencias Canario (SUC), en el seno del dispositivo de seguridad 1-1-2, y cuenta con dos centros coordinadores, uno en cada isla capitalina, que coordina la asistencia sanitaria in situ, disponiendo para ello de modernos medios de transporte medicalizado (ambulancias, helicópteros y aviones), que ha reducido notablemente los tiempos medios de respuesta para instaurar terapias de urgencia, lo que ha conllevado la reducción de la mortalidad inmediata por IAM y por traumatismos.

La Medicina Intensiva se incorporó a islas no capitalinas (La Palma, Lanzarote, Fuerteventura), y los programas de hemodiálisis llegaron incluso a las más pequeñas (La Gomera y El Hierro). La Medicina Paliativa también ha sido objeto de especial desarrollo.

La prevención primaria y secundaria han sido abordadas de una manera prioritaria: el Programa de Intervención en Tabaquismo, la incorporación al calendario vacunal de la inmunización frente a la hepatitis B, la ampliación de los servicios en salud bucodental hasta los 15 años, incluyendo la obturación del segundo molar, la puesta en marcha del Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama, el Programa de Atención a la Diabetes, el Programa de Atención a las Personas Mayores...

También se emprendió la Reforma Psiquiátrica, que culminará con la presente legislatura. Este año nos proponemos cerrar todas las camas de agudos aún existentes en los hospitales psiquiátricos, para ubicarlas definitivamente en la red de hospitales generales públicos. La Reforma consiste en considerar al enfermo mental como un enfermo más, con sus peculiaridades

des, erradicando la institucionalización manicomial, tratando a los enfermos agudos en régimen ambulatorio en nuestras Unidades de Salud Mental, y si requiriesen ingreso hospitalario, en las Unidades de Internamiento Breve, ya dispuestas y funcionantes en su totalidad en este año, en todos nuestros hospitales generales, salvo en los de La Gomera y El Hierro, que por razones de su baja frecuentación no resulta operativo la disposición de las mismas.

Las nuevas Unidades de Rehabilitación Activa, para un total de 230 plazas, permitirán hospitalizar no solo a los enfermos mentales ya institucionalizados, en unas instalaciones cómodas, mucho mejores de las que cuentan en la actualidad en los hospitales psiquiátricos, sino también a aquellos pacientes que no han podido recuperarse y que requieran tratamiento y cuidados hospitalarios de media estancia, y que hoy están, en muchos casos, bajo el cuidado de las familias, y en donde van a disponer de amplios talleres de laborterapia y desarrollo cognitivo, tratando de integrar estos enfermos, dándoles continuidad de tratamiento y cuidados en los recursos rehabilitadores extrahospitalarios, de carácter socio sanitario, que está desarrollando el Servicio Canario de la Salud, en colaboración con la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales, los Cabildos de cada una de las islas, los Ayuntamientos y ONG.

Estos recursos intermedios extrahospitalarios, junto con los de Atención a la Salud Mental en la población Infantil y Juvenil, son las dos áreas de inminente desarrollo que en mayor o menor medida representan las acciones imprescindibles para ultimar el proceso de la Reforma Psiquiátrica, y que tienen en común no depender exclusivamente del sector sanitario, pues están en estrecha relación con el So-

ciolaboral los primeros y con el Educativo los segundos.

Los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Apoyo Comunitario a enfermos mentales crónicos, uno por isla, son la garantía de efectividad de los correspondientes Programas Insulares de Rehabilitación Psicosocial.

Donde mayor esfuerzo ha hecho el SCS es, probablemente, en la ejecución del Plan de Infraestructuras, convirtiéndose en el servicio más expansivo de la Administración Pública de Canarias. En 1994, heredamos 200.000 metros cuadrados de superficie sanitaria, que se encontraba, en muchos casos con equipamientos obsoletos. Al finalizar el Plan, en 2006, estaremos en torno a los 800.000 metros cuadrados. Habremos cuadruplicado la superficie sanitaria, construidos hospitales, centros de salud y consultorios, renovado toda la planta asistencial, habiéndola dotado de todos los equipamientos necesarios para atender a los pacientes con las máximas garantías. Hasta el momento hemos invertido 529 millones de euros (88 mil millones de pesetas), y nos falta por ejecutar un 40% del Plan. El sistema de servicios sanitarios públicos se ha modernizado y se ha consolidado, y no admite comparaciones con lo que recibimos en 1994.

La modernización no sólo llega a las infraestructuras y los equipamientos, aunque fuera lo primero que teníamos que abordar. Mejorar el sistema de información y aprovechar las nuevas tecnologías en las telecomunicaciones, tanto para la asistencia (Programas de Telemedicina), como para la gestión, son ya una realidad. Ahora estamos en pleno empeño de transformar una isla entera, la isla de La Palma, en una auténtica Plataforma Tecnológica de la Sanidad Canaria,

pilotando un conjunto de aplicaciones informáticas orientadas al apoyo de la gestión asistencial, clínica y administrativa, la Historia Clínica Electrónica, que convertirá a la citada isla en una isla "sin papeles", en cuanto a la asistencia sanitaria se refiere.

Los grandes objetivos que nos hemos propuesto alcanzar antes de que finalice la presente legislatura derivan de compromisos adquiridos con los distintos agentes del Sistema, en primer lugar con los pacientes, abordando con decisión y con recursos adicionales el problema de los tiempos de demora para la asistencia, en ocasiones más prolongados de lo recomendable, y que puede llegar a deslegitimar el modelo de salud que, entre todos, nos hemos dado. También está el abordaje, con todos los medios a nuestro alcance, de las seis principales amenazas para la salud de los canarios:

- las enfermedades cardiovasculares, por ser las responsables del contingente más importante de morbilidad, mortalidad y del gasto por atención sanitaria.
- el cáncer, por ser la segunda causa global de mortalidad; responsable, además, de la mayor cantidad de años potenciales de vida perdidos.
- la diabetes, por su elevada prevalencia en Canarias y por el impacto sobre la cantidad y calidad de vida, además de sobre el consumo de recursos.
- la salud mental, debido al marcado incremento de su incidencia y prevalencia.
- el envejecimiento y sus consecuencias sobre los servicios sociales y sanitarios.

- los accidentes, por ser la mayor causa de pérdida de productividad, al afectar especialmente a personas en edades productivas.

Luego está el compromiso con nuestros profesionales. Lo primero que estamos haciendo es consolidar el empleo interino y apostar, definitivamente, por una vinculación estable con el Servicio Canario de la Salud. La estabilidad, para que no sea desmotivadora, ha de ir acompañada de la definición de una carrera profesional, vinculada a objetivos, en principio destinada a los especialistas que trabajan en los hospitales, que discrimine a los profesionales según su valía y su compromiso con el servicio público. Este ha sido uno de los aspectos del Acuerdo cerrado el pasado diciembre con las organizaciones sindicales más representativas y que se está pactando en una Mesa específica, que incluyó asimismo mejoras retributivas notables.

No cabe duda que tenemos también un compromiso con los contribuyentes, los mantenedores del sistema, a los que debemos ofrecer el esfuerzo común de respetar el marco presupuestario. Un componente esencial de la contención del gasto es la contención del crecimiento del gasto farmacéutico, que nos preocupa especialmente porque los mecanismos más importantes de control están fuera de las competencias autonómicas.

Las transferencias de la gestión de las funciones y servicios del INSALUD al Gobierno de Canarias, ha supuesto acercar las soluciones a los problemas y ha significado un punto de inflexión crucial en la evolución del sistema de servicios de salud, que ha hecho que el servicio público sanitario se expanda y se consolide definitivamente en la sociedad canaria.



El CatSalut, una nueva realidad tras 20 años de autonomía

Josep Prat i Doménech
Director del Servicio Catalán de la Salud (CAT-SALUT)

Diez años del Servicio Catalán de la Salud

En el año 2000, al cumplirse los diez años de la aprobación de la Ley de Ordenación Sanitaria de Catalunya, el Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) se propuso continuar avanzando en la consolidación de nuestro modelo sanitario. Un modelo, que en el año 1991 concretaba la voluntad de separar la financiación de la provisión de servicios en Catalunya; separación de funciones que –con el transcurso de una década– se ha establecido de una manera efectiva. Quedando eso sí, el CatSalut etiquetado como el órgano financiador y comprador de servicios.

Además, estos 10 años han sido los años del desarrollo de los instrumentos clave de la planificación sanitaria: el Plan de Salud, y el Plan de servicios sanitarios y socio sanitarios; la etapa de madurez de los distintos interlocutores: el Servicio Catalán de la Salud desarrolla nuevos sistemas de pago y compra de servicios, pone en funcionamiento nuevas líneas de producto y establece las medidas para consolidar las redes de proveedores.

La evolución del entorno

Pero en el periodo de dicha década nuestro entorno ha ido evolucionando. Por una parte consolidamos a nivel de Estado el paso de un modelo de Seguridad Social a un modelo de Servicio –sistema– Nacional de Salud, de cobertura total, y financiación pública procedente ya finalmente de manera exclusiva de los presupuestos generales del Estado. En segundo lugar, esto se produce en un entorno europeo de desregulación y de potenciación del aseguramiento. Con un conjunto de reformas en esta década en los servicios europeos de salud, orientadas claramente a la potenciación de la relación con el ciudadano, mediante políticas activas de atención al cliente y de accesibilidad.

En tercer lugar, en este marco de cambios, la evolución más importante la ha protagonizado el ciudadano en la medida que hemos pasado de un usuario resignado a un ciudadano más informado, culto y exigente que no solo demanda servicios de calidad, sino que plantea abiertamente sus necesidades y al que debemos resolver además sus expectativas.

Transcurridos pues 10 años y ante el cambio en el entorno cabía plantearse la evolución del modelo, bajo la creencia que hay que adaptar las organizaciones (y la administración pública no debe ser una excepción) a dicho proceso de cambio.

La reorientación

La estrategia de la reorientación pasa por explicitar la función aseguradora del Servicio Catalán de la Salud. Aseguramiento implícito en la Ley del año 90, pero no desarrollado ni explicado como tal. En esta reorientación se produce así mismo otra diferenciación, que consiste en la identificación de la función de financiación fuera del ámbito de actuación del CatSalut para situarlo en el ámbito de la autoridad sanitaria y, en definitiva, en el del Parlamento.

Esta reorientación supone definir unas nuevas funciones, además de las que se venían ejerciendo en la actualidad:

En primer lugar, la gestión integral de la demanda, hasta ahora poco desarrollada, valorando, analizando y gestionando activamente las necesidades de los ciudadanos, empezando a utilizar en sentido preventivo el cálculo del riesgo, y generando instrumentos de prevención y de atención a grupos de usuarios o pacientes con problemas de salud específicos. Estructuralmente este objetivo ha supuesto la creación de una unidad de análisis y seguimiento de la demanda.

En segundo lugar, una dinámica de atención directa al cliente, potenciada mediante estrategias de comunicación activa y proactiva, generando políticas directas de participación, y haciendo de la accesibilidad al sistema sanitario en general y a la aseguradora en particular un eje central de

actuación. En este sentido destacar las actuaciones desarrolladas contra las listas de espera en la medida en que suponen un freno a la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios: establecimiento de tiempos de garantía, control de las listas y medidas activas en su gestión (compra selectiva, compra adicional de actividad, etc). O en otro orden de proyectos, la extensión del 061 a toda Catalunya como teléfono de urgencias médicas o el nuevo servicio Sanitat Respon, un teléfono de información sanitaria y de servicios para el ciudadano 24x365.

En el ámbito de gestión de la oferta, muy desarrollada en los últimos años, los nuevos objetivos se basan en la adaptación al nuevo marco que el análisis de la demanda generará, y potenciar el seguimiento de la calidad de los servicios que los proveedores prestan por cuenta del CatSalut.

Y finalmente hay que añadir la voluntad de conseguir una gestión interna de la propia organización tan efectiva como sea posible. La reorientación ha supuesto una reforma estructural en nuestra organización para adaptarla mejor a las nuevas funciones, sin perder el objetivo de ir mejorando la eficiencia interna y avanzando hacia el modelo de aseguradora pública, potenciando los valores de la organización como otro gran eje del trabajo del CatSalut para ejercer las responsabilidades como Administración Pública, desde el mantenimiento del compromiso del servicio al ciudadano.

El futuro inmediato

Coincidiendo con la consolidación del modelo sanitario en el Estado mediante las transferencias sanitarias a todas las comunidades autónomas, y ya casi dos años después de la reorientación antes comentada, nuestros

objetivos pasan por la profundización dentro del aseguramiento público. Desarrollando los instrumentos propios de este proceso: generación del sistema de prestaciones, catálogo de prestaciones y catálogo de recursos como piezas clave de la cartera de servicios, nuevos sistemas de evalua-

ción, la potenciación de nuevas fórmulas de compra de servicios (captación), etc; todo ello en el marco de esta nueva orientación a la demanda. Potenciando también los planes de servicios, atendiendo a nuestro modelo de aseguradora pública y única para todos los ciudadanos.



Construcción de los nuevos servicios de salud

Marciano Gómez Gómez
*Subsecretario para la Agencia Valenciana de Salud
(Generalitat Valenciana)*

El pasado mes de enero culminó el traspaso de las competencias en materia sanitaria a las últimas diez autonomías gestionadas por el INSALUD. Este hecho, de enorme trascendencia, marca sin duda la mayoría de edad de nuestro Sistema Nacional de Salud.

En la Comunidad Valenciana, las transferencias han sido muy positivas porque han permitido la descentralización como una mejor oportunidad para planificar la asistencia sanitaria en función de las necesidades reales de la población y desarrollar un sistema sanitario acorde a las realidades de la Comunidad.

La consecuencia de esto es que los objetivos primordiales de la Conselleria de Sanidad en estos momentos pasan por la búsqueda de fórmulas que permitan aumentar la eficiencia; agilizar la respuesta a las necesidades asistenciales; favorecer una mayor autonomía en la gestión y una mayor asunción de responsabilidades respecto a los resultados que se derivan de la gestión y mejorar aún más la calidad de las prestaciones.

Por lo tanto, parece evidente que nuestros esfuerzos se tienen que cen-

trar en compaginar el nivel creciente de la calidad que se nos exige con la limitación de los recursos materiales y financieros.

Para ello, la aplicación de nuevas fórmulas de gestión, como fundaciones, empresas públicas o concesiones administrativas está permitiendo que ya en estos momentos estemos dando respuestas más eficaces y eficientes a las demandas de la sociedad y con ello estemos alcanzando nuestros objetivos sin mermar el nivel de calidad que habían alcanzado nuestras prestaciones.

En la Comunidad Valenciana estamos apostando por la aplicación de estas fórmulas y estamos orientando nuestra filosofía asistencial hacia el que debe ser el principal beneficiario de sistema, que no es otro que el ciudadano.

En los últimos tres lustros, la sociedad valenciana ha vivido un proceso de crear y consolidar un sistema de salud basado en principios como la universalidad, la gratuidad, la equidad y la calidad. Hoy, nuestro esfuerzo se encamina a facetas como la disminución de las demoras asistenciales, la finan-

ciación equitativa y equilibrada de la sanidad, la libre elección de centro y médico, la mayor humanización de la asistencia sanitaria o la integración de los niveles asistenciales.

Por eso nuestro compromiso de mantener y mejorar la calidad alcanzada en la red asistencial pasa por establecer un marco de desarrollo nuevo. En la Comunidad Valenciana hemos querido que esta renovación del proyecto sanitario quede plasmada en dos textos fundamentales: La Ley de Ordenación Sanitaria y el Plan de Salud.

La Ley de Ordenación Sanitaria

Las reformas que impulsa esta ley están encaminadas al bienestar del ciudadano, buscando una sanidad pública eficaz y eficiente, solidaria, de gran calidad, fundamentada en la equidad y en la universalidad y que permita e impulse la participación ciudadana y desarrolle la humanización de la sanidad.

Una vez promulgada la ley, quedará abierta la puerta a la constitución de organizaciones públicas de servicios, dependientes de la Agencia Valenciana de la Salud, unas organizaciones que prestarán y gestionarán sus servicios con medios propios y ajenos, y siempre ajustándose a lo dispuesto legalmente. Asimismo, los centros contarán con un sistema integral de gestión que permita implantar una dirección por objetivos y un control de resultados, que ayudará a delimitar las responsabilidades de dirección y gestión.

Otro de los aspectos fundamentales que contempla esta Ley de Ordenación Sanitaria es el Plan de garantía de demora en la asistencia que va a fijar un intervalo máximo de realización de pruebas diagnósticas y tratamientos,

estableciéndose el compromiso de financiarlos fuera del sistema sanitario público, en el servicio que elija libremente el paciente y a solicitud de este, si ese tiempo máximo se supera sin que se haya prestado la asistencia.

Es decir, se va a ampliar a las pruebas diagnósticas y a los tratamientos ambulatorios y se va a dar rango legal al Plan de reducción de listas de espera. Un Plan, pionero en España, que ha permitido reducir las listas de espera quirúrgicas desde 1995 y del que se han beneficiado voluntariamente más de 140.000 ciudadanos de la Comunidad Valenciana de forma libre y voluntaria.

La Ley de Ordenación Sanitaria Valenciana apuesta por la complementariedad entre las fórmulas de gestión privada con aquellas basadas en la tradicional "gestión directa". Para la Generalitat Valenciana, la financiación pública es fundamental e ineludible para asegurar la equidad y gratuidad del sistema sanitario, no obstante, es posible la coexistencia con una provisión mixta, pública y privada que ya se da en la actualidad, con el "modelo Alzira", con un alto grado de satisfacción por parte de los ciudadanos.

El éxito de este proyecto nos ha animado a ampliarlo a otras vías, como las orientadas a aumentar la coordinación activa entre los niveles asistenciales de primaria y especializada, en conexión con lo que hemos dado en llamar "sanidad sin escalones".

Es, otra muestra más, de la decidida apuesta del gobierno valenciano por la innovación y la utilización de todos los recursos disponibles al servicio del ciudadano. Es una decisión que responde a una filosofía de movilizar, para la óptima prestación de los servicios públicos, todos los recursos existentes en la sociedad.

Y, para seguir mejorando la atención a los ciudadanos, en la Comunidad Valenciana vamos a extender el modelo de gestión del Hospital de La Ribera a la Atención Primaria en su área de salud. La apertura del hospital de La Ribera, un hospital público con gestión privada, supuso un hito en la política sanitaria estatal y hoy, tres años después, los buenos resultados obtenidos han impulsado al gobierno de la Generalitat Valenciana a dar un paso más y aplicar este modelo de gestión a la Atención Primaria.

En este mismo sentido, hemos explorado nuevas posibilidades en el campo de la gestión en temas como el equipamiento en alta tecnología. El sistema mixto adoptado en las resonancias magnéticas es buena prueba de ello.

Potenciar la gestión clínica de nuestros centros, es otro de nuestros retos. Con esta intención hemos incluido en el texto legal fórmulas organizativas de integración de los recursos asistenciales como las Áreas Clínicas y las Unidades Clínicas Asistenciales. Sabemos que estas fórmulas van a contribuir a mejorar la gestión de nuestros hospitales porque permiten optimizar los recursos, estandarizar las tareas y protocolos, gestionar adecuadamente los recursos económicos asignados, corresponsabilizar e implicar a los profesionales y cambiar la filosofía organizativa pues servirán para promover una mayor horizontalidad jerárquica.

Además, este texto también incidirá en las fórmulas organizativas más eficientes, que favorezcan la descentralización de la gestión, el aumento de la autonomía y que permitan una mayor asunción de responsabilidades respecto a los resultados de la gestión.

Por último, destacar que, por primera vez en una Ley de Ordenación Sanita-

ria Valenciana, se recoge la carrera profesional como el reconocimiento individual económico-administrativo por los méritos adquiridos a través del perfeccionamiento y actualización profesional continua.

Plan de Salud

El otro texto que está ayudando a vertebrar la sanidad valenciana del futuro es el Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2001-2004. Este Plan es el reflejo de nuestra política de salud basada en las necesidades de la población. Para su elaboración se realizó un extenso análisis y diagnóstico del estado de salud de la población, estableciendo prioridades y definiendo objetivos a seguir.

Con este plan vamos a asegurar la equidad en el acceso a los servicios, vamos a crear un medio ambiente saludable sin riesgos para la salud, vamos a fomentar estilos de vida más saludable, a favorecer la participación activa de la comunidad y, en definitiva, a reorientar los servicios sociosanitarios imprimiéndoles un sello de eficiencia, de accesibilidad, de disponibilidad y de calidad.

El Plan establece 78 objetivos específicos que se agrupan en 5 grandes áreas temáticas: ganancia en salud, adecuación de la prestación de servicios sanitarios, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, desigualdades de género en salud y apoyos necesarios para su fomento.

El Plan de Salud de la Comunidad Valenciana aporta, además, dos aspectos fundamentales: su carácter intersectorial, pues da cabida en su formulación a facetas tan dispares como la salud, el medio ambiente, el entorno laboral... y la asunción de compromisos claros con fechas marcadas.

Plan de Humanización

Otro de los pilares fundamentales en los que se apoya la filosofía de la Conselleria de Sanidad es el Plan de Humanización. Este Plan se ha convertido en el elemento catalizador del esfuerzo coordinado de profesionales y gestores por elevar el concepto de calidad hasta el de excelencia en la prestación del servicio.

Se trata de un Plan con una amplia gama de propuestas que recorren todas las facetas asociadas a la atención sanitaria. Desde la mejora del confort en las infraestructuras de nuestros centros, a las respuestas a las necesidades de información surgidas durante el internamiento del paciente, apoyo psicológico, pasando por la formación específica del profesional y estamento directivo o la participación del voluntariado e incidiendo finalmente en la relación de confianza entre el profesional y el paciente.

Estos tres instrumentos suponen la base fundamental de una nueva concepción de la asistencia sanitaria que también pasa por otros aspectos fundamentales como las infraestructuras: Completar en la presente legislatura al ciento por ciento el nuevo modelo de atención primaria.

La mejora global de los niveles de actividad, el control efectivo de las demoras a través de la aplicación de la

actividad ordinaria de tardes y del Plan de garantía de demora contra las listas de espera, pionero en España o la extensión a todo el territorio autonómico de las urgencias extrahospitalarias.

El impulso a proyectos como Abucasis II va a suponer la progresiva informatización de la asistencia ambulatoria y con ello la creación de la historia clínica única electrónica en Primaria y Especializada; la integración de sistemas de información como la receta electrónica; el Sistema de Información Económica y el de Vacunaciones.

Otra experiencia fundamental de integración es el Sistema de Información Poblacional (SIP) que sirve de soporte a la nueva Tarjeta Sanitaria de la Comunidad Valenciana, y que se ha convertido en la llave de acceso al sistema de salud.

En definitiva, en los últimos años la sanidad pública Valenciana ha sufrido una transformación apoyada en un marco normativo y dirigida a los ciudadanos y a los profesionales, protagonistas de esta gran empresa.

Es la apuesta de la Comunidad Valenciana por seguir transformando nuestra sanidad pública en una sanidad de calidad, humanizada, integral e integrada, innovadora y pionera con una meta muy clara: lograr la excelencia en la prestación del servicio.



La construcción de los nuevos servicios de salud

Francisco José López Roig
*Director General de Asistencia Sanitaria
del Servicio Gallego de Salud (SERGAS)*

Prioridades

Uno de nuestros compromisos principales es lograr el total desarrollo del nuevo modelo de atención primaria. La puesta en funcionamiento de nuevas unidades y servicios permiten transformar el modelo tradicional dotando a los centros de mejor infraestructura física, incrementando el personal médico y de enfermería, tanto en número como en tiempo de dedicación, incluyendo nuevo personal de apoyo al usuario e incorporando servicios de apoyo de odontología, salud bucodental, fisioterapia, pediatría, trabajo social, etc. Al mismo tiempo, determina la incorporación de nuevas prestaciones asistenciales y la mejora de la capacidad de resolución de problemas.

La importancia de la atención primaria viene dada por la cercanía de los recursos a la población, la accesibilidad tan inmediata, lo que garantiza la equidad del sistema sanitario. Esta circunstancia, asumida plenamente por el gobierno gallego, se plasma en su desarrollo en estos años, tras las transferencias, de forma que de las iniciales 52 UAP (Unidades de Atención Primaria) pasamos a finales de 2001 a 291, es

decir multiplicamos por 5,6 la oferta del nuevo modelo de atención primaria. Nuestra intención es culminar la reforma integral de la atención primaria antes de finalizar la actual legislatura.

Esta mayor accesibilidad del nuevo modelo se verá ampliamente complementada con la generalización del funcionamiento de los centros de salud durante la totalidad del horario de tarde en todos los núcleos urbanos o semiurbanos. En la actualidad contamos con 67 en funcionamiento.

Estas mejoras traerán consigo un incremento de recursos humanos hasta alcanzar un ratio de 1.400 habitantes/médico de cabecera en todos los servicios de Atención Primaria, no de forma global en el conjunto de la Comunidad Autónoma.

Este desarrollo viene favorecido también con la implantación de Puntos de Atención Continuada, teniendo en cuenta las aportaciones en este sentido de los profesionales, cara a garantizar la atención de urgencia extrahospitalaria con un nivel óptimo de recursos materiales y humanos y contando siempre con la presencia física de los profesionales sanitarios. Dentro de

esta legislatura se finalizará también la reforma de las urgencias extrahospitalarias con la puesta en funcionamiento de todos los Puntos de Atención Continuada pendientes, de esta forma la totalidad de la población recibirá este tipo de atención con presencia física del profesional. Esperamos que este nivel de cobertura sea un complemento adecuado para poder asumir las demandas de atención urgente en el conjunto de la comunidad.

Así mismo en atención primaria existe un gran desarrollo del Programa de Salud Bucodental con una oferta asistencial de acuerdo con criterios de calidad, así como del Programa de Telemedicina en los siguientes ámbitos: teleradiología, teleoftalmología, tele dermatología.

Las mejoras cuantitativas alcanzadas en estos años, junto con las líneas estratégicas expuestas, se verán complementadas con las necesarias mejoras cualitativas que conforman el programa de calidad total en atención primaria, y que de forma sucinta, abarca los siguientes aspectos:

- Implementación de procesos de control de calidad en atención primaria a través de los contratos programa, incluyendo el aumento de los tiempos de consulta, disminución de los tiempos de espera y la práctica sanitaria de acuerdo a las Normas Técnicas Mínimas de calidad en Atención Primaria publicadas por el Servicio Gallego de Salud. Se pondrán en marcha, dentro de este apartado, los Protocolos de Atención Directa al Usuario que definirán las normas de recepción, admisión y atención a procesos administrativos en los centros de salud.
- Se procederá a la publicación del Decreto de regulación de los formularios de historia clínica de atención

primaria, lo que permitirá la adopción de unos estándares comunes para este nivel asistencial.

- Evaluación global de Historias Clínicas de Atención Primaria, con la medición de más de 30 parámetros de calidad en más de 100.000 Historias Clínicas de todas las Unidades de Atención Primaria de Galicia. Este proceso en el que participan profesionales sanitarios junto con los equipos directivos, comenzó el pasado año y servirá de acicate para la mejora organizativa y clínica de la atención primaria en Galicia.
- Calidad percibida. Abarcando:
 - a) El establecimiento de sistemas de ventanilla única en los centros de salud de tal manera que los trámites administrativos sanitarios puedan ser resueltos por los usuarios en su propio centro de salud (cambio de médico, visado de recetas, etc.).
 - b) Información a los usuarios de los servicios, horarios, programas, etc. de salud que desarrolla su centro de atención primaria para que, mediante un conocimiento más detallado de la oferta de servicios, puedan acceder a estos con mayor facilidad.
 - c) En el año 2003 se realizará la segunda Encuesta de Calidad Percibida en Atención Primaria, con la finalidad de conocer la opinión y nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos, sus características y el uso que se hace de estos servicios. Este tipo de encuestas, que pretendemos tengan carácter bianual, nos servirán para mejorar los servicios que ofertamos.

Estas y otras actuaciones en el marco de la atención primaria persiguen mejorar el grado de resolución de este nivel asistencial.

En el ámbito de la atención especializada se continuará con el desarrollo de los programas iniciados con anterioridad, pero también se afrontará el abordaje de nuevos retos, todo ello con la finalidad de prestar una asistencia de calidad y eficaz.

El desarrollo de la genética y sus aplicaciones a las ciencias de la salud aconsejan la creación de una Oficina de Medicina Molecular, un modelo organizativo semejante al de la OCT, con una unidad central que coordine la red horizontal intrahospitalaria eficiente e integrada, constituida por equipos de especialistas médicos, genetistas, bioinformáticos y otro personal investigador, y que sean capaces de abordar los objetivos asistenciales y de investigación aplicada a la práctica médica.

La demanda constante de atención (desde hace 10 años incremento de un 62% de los ingresos, 107% las intervenciones quirúrgicas, 136% las urgencias y 261% las consultas externas) nos obligan a seguir trabajando en el control y gestión de las listas de espera. Pero además adoptaremos medidas de gestión organizativas, destacando la publicación de un decreto de garantía de tiempo de espera y el establecimiento de consultas de rápida resolución.

Pero, seguramente, será la oncología una de las áreas de mayor desarrollo en el Sergas, tanto en el área médica, como por las mejoras de tecnología que se van a llevar a cabo a corto y medio plazo en el área diagnóstica (dotación de más gammacámaras y PET) o terapéutica (está prevista la adquisición de nuevos aceleradores lineales en Santiago, Vigo, Ourense, Lugo y A Coruña).

Sin embargo, uno de los retos que tenemos planteados en este momen-

to es el de coordinación entre niveles asistenciales. La doble responsabilidad de la asistencia sanitaria, atención primaria y atención especializada, hace en ocasiones difícil avanzar en la prestación de nuevos servicios con una visión integradora de cada paciente en la que se permita la resolución de sus problemas en aquel punto del sistema que ofrezca calidad, seguridad y eficiencia. Por ello, y al margen de otro tipo de actuaciones, consideramos potencialmente útil la creación de experiencias de gerencia única de área, cuya evaluación ulterior nos permitirá decidir sobre su extensión.

Organización

En nuestra Comunidad Autónoma la Consellería de Sanidad ejerce las funciones de Autoridad sanitaria, el Sergas las de Aseguramiento y son los centros los proveedores. No obstante, como en el resto del SNS, no hay una nítida separación de funciones ya que la mayor parte de los centros no cuentan con personalidad jurídica propia.

El Servicio Gallego de Salud (SERGAS) está configurado como un organismo autónomo de naturaleza administrativa, dotado de personalidad jurídica propia y plena capacidad para el mejor cumplimiento de sus fines, estando adscrito a la consellería competente en materia de sanidad.

La gestión de los centros incorporados con las transferencias sigue el modelo tradicional, ahora bien en los centros y servicios que se crearon con posterioridad se han utilizado nuevas fórmulas de gestión, con personalidad jurídica propia, lo que posibilita una mayor flexibilidad en la gestión de los recursos.

En estos momentos está finalizándose la elaboración de la Ley de Ordena-

ción Sanitaria de Galicia que tiene por objeto la definición y ordenación del Sistema de Salud y la regulación y organización de las actividades.

Recomendaciones

Es difícil hacer recomendaciones en este sentido, en principio lo primordial es ante todo evaluar en profundidad la situación de la que parte cada Comunidad Autónoma y con este punto de partida y teniendo en cuenta el modelo sanitario elegido, fijar unos objetivos a alcanzar que sean reales y asumibles, y en base a ellos desarrollar líneas de actuación. En este sentido es útil que exista diversidad de experiencias, porque desde la pluralidad se podrán contrastar mejor las experiencias y logros, escogiendo aquellos con mejores resultados.

Financiación de la actividad asistencial. Herramientas

Desde el principio de las transferencias nuestra principal preocupación fue la de tener unos sistemas de información que nos permitieran disponer de información de calidad con la suficiente precisión para que ante una posible decisión evaluar la situación, revelar las posibles alternativas y anticipar en lo posible el futuro con un enfoque global y un diseño modular. Así los sistemas de información nos han permitido evaluar las actuaciones y así mismo esta evaluación nos ha permitido informar a los ciudadanos entre otras maneras a través de la cultura informativa de hospitalización.

El contrato programa es el elemento de relación entre el comprador y los proveedores de servicios sanitarios y también el elemento sustentador de las funciones del SERGAS. Es un documento periódico, anual, que suscribe el SERGAS y la red de proveedores públicos, con los centros de nuevas formas de gestión y con la red privada de servicios sanitarios con el fin de transformarlos en complemento de la Red Pública, y en el que se fijan un conjunto de cuestiones relativas a la actividad, en función de la cartera de servicios, la calidad de las prestaciones que se van a dar a la población, y la financiación. Ello exige conjugar aspectos especialmente sensibles como las demandas de prestaciones de los usuarios, habitualmente en aumento, las expectativas de actividad de los centros y las posibilidades presupuestarias.

Como herramienta para medir la actividad de hospitalización, el Sergas utiliza, desde 1996 (tanto en conciertos con centros privados con sectorización de población y fundaciones públicas como en los centros propios), un sistema basado en la estandarización de las altas mediante la complejidad (medida por DRGs) unidad que denominamos: Unidad de Producción de Hospitalización (UPH). En este sentido y en los últimos años utilizamos las UPH ajustadas que nos permiten controlar la fragmentación de los procesos (altas por traslado a otros centros, voluntarias y fallecimientos prematuros) y los reingresos, ya que pueden ser fuentes de distorsiones. El resto de las líneas de producción se valoran por procesos unitarios.



La construcción de los nuevos servicios de salud: reflexiones sobre porqué, para qué y cómo

Víctor Manuel Calleja Gómez
Director Gerente del Servicio Navarro de Salud

La reciente culminación del proceso de transferencias sanitarias marca un hito en el desarrollo práctico de un determinado modelo de Estado, que responde a unas opciones de naturaleza política las cuales cuentan no solo con un amplio y reiterado refrendo social, sino también con el asentamiento y la consistencia que solo el transcurso del tiempo y la experiencia pueden conferir.

La asunción de competencias por las Comunidades Autónomas del art. 143 CE implica, respecto de anteriores procesos transferenciales, una importante variación ya que conlleva la desaparición del INSALUD como referente y enfrenta al conjunto del sistema sanitario público a un proceso de reconfiguración, del que emergerán nuevos enfoques, enriqueciéndolo en diversidad, junto con un proceso de revisión más abierto, en el que también será necesario generar nuevos referentes, garantes de la cohesión del conjunto.

Por estas razones, el nuevo escenario que ahora se configura afecta e implica no solo a aquellas Comunidades Autónomas que reciben las transferencias sino también, y no en menor medida, a aquellas que ya cuentan con

experiencia en el ejercicio de dichas competencias. Las primeras porque precisan articular las estructuras necesarias para el efectivo ejercicio de las nuevas competencias y las segundas porque han de revisar sus planteamientos ante los cambios producidos.

Reflexiones más extensas y autorizadas sobre el porqué de la necesidad y oportunidad de la construcción de los servicios de salud pueden ser consultadas en el monográfico de enero de 2002 de esta misma publicación y no es objeto de esta colaboración abundar sobre las mismas más allá de lo ya expuesto, pero cualquier aproximación al proceso de construcción de un servicio de salud hace inexcusable una breve reflexión sobre la finalidad de tal empeño.

A estos efectos conviene aclarar que el término "servicio de salud" debe ser entendido en una acepción restrictiva, referida a la estructura que, en cada Comunidad Autónoma y con distintos nombres, se desarrolla con el fin de posibilitar el efectivo ejercicio de las competencias recibidas.

Evidentemente cada Comunidad Autónoma aborda esta cuestión desde

planteamientos propios y no cabe establecer la existencia de criterios más acertados, pero tal vez podamos convenir que un mínimo factor común a este concepto de servicio de salud, en lo referido a para qué se constituye, viene determinado por dos aspectos que podemos denominar de "articulación" y de "integración".

Los servicios de salud se configuran, con carácter general, como las estructuras que articulan el plano de decisión política con el plano funcional o de operaciones, al propio tiempo es común a los servicios de salud la finalidad de integración de los distintos recursos, servicios e instituciones sanitarias de su ámbito, configurando un nivel de decisión y dirección corporativo.

El alcance y nitidez con que los distintos ámbitos y mecanismos de articulación y de integración son definidos, condicionan la estructura y funciones de los distintos servicios de salud que, al margen de opciones específicas, comparten un escenario caracterizado por tres rasgos que pueden ser de validez general:

Necesidad: Reconfigurar un sistema sanitario, tomar su control y gobernar su evolución.

Condicionantes: Eficiencia del sistema, efectividad de la asistencia y satisfacción del paciente.

Objetivo último: Lograr la adhesión del ciudadano a su sistema de salud.

Esta reflexión general sobre porqué y para qué se plantea el desarrollo de los servicios de salud abre multitud de opciones estratégicas, en función de los escenarios particulares de cada Comunidad Autónoma, pero nuestra experiencia en el Servicio Navarro de Salud nos ha permitido identificar cin-

co grandes áreas de actuación en las que, con independencia de las opciones estratégicas adoptadas, es necesario alcanzar un grado de funcionalidad satisfactorio, como condición necesaria para que el servicio de salud pueda abordar los objetivos de articulación e integración que le son atribuidos.

Estas áreas de actuación configuran una secuencia crítica en la que cada nivel exige un cierto grado de desarrollo de los precedentes y que expresamos en los siguientes términos:

- Nivel de Recursos.
- Nivel de Pacientes.
- Nivel Clínico.
- Inteligencia del Sistema.
- Escenario-e.

La lógica general que sustenta este planteamiento parte de la premisa de que no es posible gobernar un sistema que no se controla, entendiendo por control el cabal conocimiento del grado de cumplimiento de los objetivos y de los motivos de las desviaciones, por esa razón el primer nivel desarrolla los mecanismos de asignación de recursos y los sistemas de planificación a corto plazo de la actividad y control de gestión.

No obstante, el control es condición necesaria para el gobierno pero no es suficiente ya que las posibilidades de gobierno real vendrán determinadas por el grado de flexibilidad con el que los recursos pueden ser reasignados y los procesos pueden ser modificados, por esa razón el segundo nivel desarrolla los elementos que definen la relación del paciente con el sistema sanitario y la gestión del equilibrio entre oferta y demanda de servicios y en el

tercer nivel se aborda la gestión de los procesos clínicos con un enfoque particular sobre la variabilidad de la práctica clínica y la capacidad resolutoria de los distintos niveles asistenciales.

Los dos últimos niveles son elementos instrumentales que soportan y complementan a los tres anteriores. Así el que denominamos "inteligencia del sistema" incorpora el conjunto de algoritmos y estándares capaces de discernir la excepción, desarrollando un sistema de alarmas que, a modo de "sistema nervioso", sean capaces de provocar reacciones de afirmación o de corrección, facilitando la existencia de mecanismos de autorregulación.

El llamado "Escenario-e" se centra en la explotación de los potenciales de la red para abrir el sistema al exterior y hacerlo más comprensible y accesible, no solo para los pacientes sino también para los profesionales y otros agentes relevantes del sector.

A partir de esta aproximación conceptual realizaremos un breve análisis del enfoque y contenido de los planteamientos del Servicio Navarro de Salud en cada uno de estos niveles, análisis que se aborda desde la enunciación de los principios que los inspiran, la identificación de las funciones más relevantes y un breve comentario sobre la justificación y consistencia de dichos principios y funciones.

Nivel de recursos

El problema de la asignación eficiente de los recursos disponibles emerge en las etapas iniciales de construcción de los servicios de salud. El modo en que se aborda esta decisión está condicionado por decisiones de orden organizativo pero la funcionalidad debe ser cubierta en todo caso, aún cuando la estructura no esté plenamente per-

filada o esté siendo objeto de revisión. Por este motivo la metodología y procedimientos en los que se asienta la asignación de recursos configura, de facto, uno de los rasgos que mejor definen el perfil de un servicio de salud.

En nuestro caso este nivel de decisión responde a los siguientes principios:

1º. Orientación a los resultados. Este principio pretende el tránsito desde un modelo basado en la financiación de las estructuras hacia un modelo que financia actividades, para culminar en la asignación de recursos en función de los resultados acreditables, alineados con los objetivos de salud.

2º. Descentralización con control. Asumimos como un valor inspirador del modelo la progresiva descentralización en la gestión de los recursos asignados pero condicionamos el alcance de dicha descentralización al desarrollo de mecanismos de control efectivos.

3º. Diferenciación de las funciones de financiación y provisión de los servicios. Esta diferenciación surge de modo natural por la aplicación de los dos principios anteriores. El papel que corresponderá a los Servicios de Salud variará según el nivel de la organización en el que se ubiquen las responsabilidades de financiación y provisión, pero el servicio de salud desempeñará, en todo caso, un papel relevante en dicho proceso.

Las decisiones de asignación de recursos, conforme a los principios enunciados, se articula a través de diversos elementos instrumentales entre los que cabe destacar la implantación de los contratos de gestión en Atención Primaria y en Asistencia Especializada, como expresión pactada de la asignación de recursos vinculada

a la cartera de servicios y a los objetivos cuantitativos y cualitativos de cada centro. El sistema de seguimiento y control de la ejecución se complementa con un proceso de facturación interna basado en precios de transferencia, en función del cual cada centro configura su propia cuenta de resultados.

Adicionalmente, el contrato de gestión de cada centro proveedor configura el marco en el que se encajan los planes específicos de cada servicio o unidad funcional posibilitando, de paso, un abordaje integrado de los aspectos relacionados con la carrera profesional y otros aspectos retributivos que no pueden ser entendidos con independencia de la eficiencia y efectividad en la asignación y empleo de los recursos.

Nivel de pacientes

La manera en que se disponga la relación entre los centros proveedores de servicios sanitarios y la población a la que se dirigen, así como la ordenación del acceso, tránsito y salida del paciente no es solo, ni principalmente, una cuestión administrativa sino que condiciona de manera sustancial el diseño del proceso de prestación de los servicios.

Los principios que inspiran este nivel de decisión son los siguientes:

1º. Supresión de barreras. Se trata de que cualquier punto de acceso al sistema constituya una puerta abierta a todo el sistema que permita al usuario obtener respuesta suficiente al menos en los niveles de información y tramitación.

2º. Desarrollo de los atributos de elección, personalización y continuidad en la asistencia, con particular

énfasis en la integración entre niveles asistenciales.

3º. Oferta explícita de garantías sobre tiempos máximos de espera.

La efectiva aplicación de estos principios exige tanto el desarrollo de herramientas como la revisión de los aspectos metodológicos en los que se sustenta el acceso al sistema y la relación entre niveles asistenciales. Así el desarrollo de un sistema universal de cita y derivación, capaz de cubrir todo el proceso de acceso, tránsito y salida del paciente en su relación con el sistema sanitario, cualesquiera que sean los niveles y recursos implicados en su asistencia, se configura como un elemento integrador del proceso asistencial, tanto desde la perspectiva del paciente como de los profesionales implicados, facilitando el ejercicio de las opciones de elección de profesional y personalización de la asistencia.

La oferta de garantías sobre tiempos máximos de espera, formalmente establecidas, requiere también del desarrollo de las funcionalidades que posibiliten la gestión del equilibrio entre la oferta y la demanda de servicios, para lo cual, la puesta en relación del sistema de gestión de pacientes con las bases de datos poblacionales de referencia para cada centro o servicio, nos permite establecer en qué medida el posible desequilibrio obedece a un exceso de demanda o a un déficit de oferta, cuestión básica para articular la reasignación de recursos o las medidas correctoras precisas.

Es en este nivel en el que deben encontrar acomodo las actuaciones corporativas orientadas a impulsar la efectiva orientación de los servicios sanitarios a las expectativas del ciudadano, con una riqueza de matices que superan los elementos básicos aquí señalados.

Nivel Clínico

La convergencia entre los planteamientos de gestión y los planteamientos clínicos, de forma que ambos planos compartan orientaciones y objetivos, es una necesidad posiblemente no suficientemente cubierta y que absorbe gran cantidad de esfuerzos y recursos en todos los sistemas sanitarios.

Nuestro enfoque, en este nivel, se orienta prioritariamente a eliminar las barreras que dificultan esta convergencia, sobre la base de crear vínculos entre ámbos niveles, de tal manera que ambos, clínicos y gestores, encuentren respuesta a sus necesidades inmediatas y puedan compartir elementos de decisión.

Los principios en los que se basa el desarrollo de este nivel pueden sintetizarse en:

- 1°. Integración de información clínica y de gestión relevante que suponga utilidad real para el clínico.
- 2°. Gestión de la variabilidad de la práctica clínica.
- 3°. Incremento de la capacidad resolutoria de los contactos entre el paciente y el sistema sanitario.

La pretendida integración no es fácil pero es un hecho que la actividad clínica es intensiva en el uso, creación y transmisión de información y esta realidad no siempre es suficientemente reconocida, por lo que el éxito está condicionado por el grado en que el clínico encuentre respuesta a sus necesidades reales e inmediatas.

Disponibilidad de información fiable y puntual, eliminación de burocracia y facilidad para la generación de informes son elementos críticos que, solo

una vez resueltos, nos permitirán introducir elementos de gestión relevantes que, en nuestro caso, centramos en dos de los elementos que consideramos claves para la creación de valor: La variabilidad de la práctica clínica y el aumento de la capacidad resolutoria.

La herramienta fundamental en este proceso es la Historia Clínica Informática, esto es así porque en este instrumento el clínico encuentra el recurso básico tanto para su actuación en el proceso como para su relación con otros profesionales implicados en el mismo.

La idea de configurar este tipo de herramienta no solo como un mecanismo de almacenamiento y recuperación de información sino también como un instrumento de relación es fundamental, por cuanto es la vía natural para articular la implicación de los profesionales sanitarios en la gestión de pacientes y recursos con una óptica global, en línea con los objetivos generales del sistema.

Inteligencia del sistema

En la medida en que se desarrollan y extienden las herramientas de gestión en los ámbitos de recursos, pacientes y clínicos, surge el reto de optimizar los resultados del sistema. En nuestro caso hemos establecido tres principios sobre los que orientar esta optimización:

- 1°. Creación de mecanismos de autorregulación.
- 2°. Desarrollo de utilidades para facilitar el aprendizaje.
- 3°. Sistemas de identificación y extensión de las mejores prácticas.

Conceptos como la mejora continua o la gestión del conocimiento pueden

encontrar su acomodo en este planteamiento pero, huyendo de esta terminología, concretamos algunas de las herramientas que sustentan el desarrollo de este nivel en los siguientes aspectos.

Introducción en el sistema de información de algoritmos capaces de manejar estándares y niveles de tolerancia de tal manera que sean capaces de preelaborar la información y discernir entre situaciones normales o excepcionales. La puesta en relación de los indicadores de frecuentación y derivación con las bases de datos poblacionales ofrecen un extraordinario potencial a la hora de abordar los pretendidos mecanismos de alerta y autorregulación.

Elaboración e incorporación a la red de guías clínicas de actuación consensuadas y sistemáticamente revisadas, con sistemas de ayuda para la correcta derivación de pacientes entre los ámbitos de la atención primaria y la asistencia especializada.

Seguimiento sistemático de las Carteras de servicios del sistema y análisis comparativo con el case-mix real de cada centro, con el fin de identificar y gestionar líneas de desarrollo de servicios o de especialización, que pueden ser planificadas pero que también surgen de manera más o menos espontáneas y al margen de decisiones explícitas.

La efectividad de estos planteamientos requiere, con frecuencia, actuaciones de naturaleza organizativa capaces de articular foros de reflexión y decisión que han de superar las barreras implícitas en el esquema clásico, basado en la diferenciación entre áreas funcionales, niveles asistenciales y centros sanitarios, abordando estas cuestiones con una visión global que el servicio de salud ha de ser capaz de propiciar e impulsar.

Escenario-e

Este nivel pretende tener presente la potencialidad de la red para vincular a los agentes internos del sistema y para servir de medio de apertura del sistema de cara al conjunto de los participantes sociales externos, con particular atención al desarrollo de utilidades para el ciudadano, ya sea paciente o no.

El desarrollo de una intranet que permita integrar procesos y relaciones entre todos los agentes internos del sistema es una necesidad y una realidad asociada al desarrollo de los niveles anteriores, pero es un hecho que existen agentes externos respecto de los cuales un mayor grado de integración conlleva importantes potenciales de mejora en los procesos.

Nuestro planteamiento, en este nivel, se basa en los siguientes principios:

1º. Aumento de la transparencia del sistema sanitario. Particularmente en lo referido a la oferta de servicios y fórmula de acceso a los mismos.

2º. Aumento del grado de integración de agentes externos directamente vinculados a los procesos. Fundamentalmente en lo referido a centros concertados y proveedores de bienes y servicios.

Los desarrollos en este nivel, para ser consistentes, son costosos y arriesgados. Costosos porque exigen un importante grado de avance y consolidación en todos los niveles previos y arriesgados porque la incertidumbre tecnológica y las características del sector invitan a una presencia testimonial, de alcance complementario y restringido.

No obstante consideramos que es una realidad que debe estar presente

en cualquier planteamiento de futuro y que, a corto plazo, se ha de materializar en el desarrollo de directorios avanzados de los servicios ofertados orientados, en primera instancia, a facilitar y ordenar la derivación de pacientes entre los propios facultativos para, posteriormente, abrirse a la ciudadanía y constituir una referencia útil sobre los servicios ofertados y la forma de acceso a los mismos.

Asimismo, la incorporación de las herramientas de comercio electrónico y el desarrollo de una extranet, que permita aumentar el grado de integración de los procesos con los proveedores de bienes y servicios, puede constituir no solo una vía de reducción de costes de transacción sino también una fórmula para mejorar la flexibilidad en la adaptación a las mutuas necesidades y la transparencia de las transacciones.

Consideraciones finales:

Estas reflexiones constituyen un enfoque parcial centrado en aspectos funcionales que consideramos básicos a

la hora de abordar la construcción de los servicios de salud pero que, de ningún modo, comprenden todos los elementos a considerar como parte de esta tarea.

No obstante es de señalar que junto con decisiones de naturaleza estructural que tienen que ver con la ordenación y relaciones entre los distintos elementos de cada sistema autonómico de salud, en el cual deberá integrarse el servicio de salud, se plantean opciones que, a mi entender, no pueden ejercerse en cada Comunidad Autónoma con absoluta independencia de las decisiones del resto de Comunidades.

En concreto las referidas a la incorporación de prestaciones y políticas tecnológicas básicas, a las políticas generales en materia de personal y a las características esenciales del modelo de financiación, debieran ser abordadas con absoluto respeto hacia las competencias y responsabilidades de todas las instituciones implicadas, pero con igual consideración hacia la necesidad de consistencia del sistema nacional de salud.



Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. Fundamentos de nuestra experiencia.

Josu I. Garay Ibáñez de Elajalde
Director General del Servicio Vasco de Salud (Osakidetza)

Desde el marco competencial, atribuido a la Comunidad Autónoma de Euskadi en el Estatuto de Autonomía en el año 1979, hasta la actualidad han pasado ya más de dos décadas. Hay que tener buena memoria para remontarse a la Ley Orgánica 3/1979 y recordar aquellos momentos iniciales desde donde se ha realizado un importante desarrollo legislativo propio en sanidad interior (basado en el artículo 18.1) y se ha ido concretando lo que hoy es nuestra organización sanitaria pública (aplicación del artículo 18.4 de integración y gestión de recursos implicados).

Durante este tiempo, con la Ley General de Sanidad como referente y el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco como agente inductor del cambio, se ha producido la creación, reflexión estratégica y transformación organizativa y funcional del sistema sanitario vasco tal como hoy lo conocemos. En este proceso, Osakidetza/Servicio vasco de salud, ha participado plenamente y ha sabido asumir responsablemente los retos que se han ido presentando.

Nosotros nos constituimos como Organismo Autónomo para la gestión

de los servicios sanitarios en el año 1983 con el objetivo de obtener la máxima eficacia y rentabilidades sociales (Ley 10/83 de creación de Osakidetza). En ese momento, disponíamos de grandes capacidades de gestión-planificación y las competencias asignadas se referían a múltiples ámbitos: salud materno-infantil, salud escolar, seguridad e higiene en el trabajo, medicina y salud laboral, geriatría, asistencia médico-sanitaria, ordenación farmacéutica, medicina deportiva, control sanitario de alimentos y bebidas, de la salubridad e higiene del medio y la vivienda y la propia educación, estadística y epidemiología sanitaria.

Los primeros esfuerzos se dirigieron a la integración de las diferentes instituciones asumidas que poseían importantes particularidades; existían centros vinculados al Estado (AISNA), otros dependientes de los propios Territorios Históricos (Diputaciones) y los servicios sanitarios municipales. Era necesario ir poco a poco creando una cultura de empresa y un sentimiento de pertenencia a la misma. Al mismo tiempo, se trabajaba para responder al incremento de la demanda y a las nuevas exigencias de una po-

blación cada vez más consciente de sus derechos.

Sin embargo, el momento definitivo de este proceso y el que verdaderamente supuso el núcleo central de la transferencia, tuvo lugar en el año 1988 con el traspaso de los centros de salud, ambulatorios y hospitales del INSALUD.

Por último, en el año 1992 se integró el Hospital de Basurto y el Instituto Social de la Marina en 1996. Con todo ello, se configuró el Sistema Sanitario Público Vasco que dispuso, para una población de dos millones cien mil habitantes, de 20 hospitales (7 generales, 5 comarcales, 4 de media y larga estancia, 4 psiquiátricos) y más de 300 centros de atención primaria, todo ello atendido por una plantilla de más de 22.000 trabajadores.

Los primeros Decretos de Estructura de Osakidetza pretendía una gestión desconcentrada en cada uno de los tres Territorios Históricos (Bizkaia, Araba y Gipuzkoa), con dispositivos que componían una organización periférica conformada en Direcciones de Área. Éstas eran responsables de la prestación asistencial sanitaria en cada una de sus jurisdicciones (tanto de la prestada en centros públicos como la concertada en centros privados), y contaban con las unidades técnicas y administrativas necesarias.

Ello cambia cuando unos años más tarde, tras una experiencia acumulada cercana a 15 años, la existencia de un diferente contexto socioeconómico e influenciados por el proceso de reflexión estratégica comenzada en 1993 (Proyecto Osasuna Zainduz de estrategias de cambio para la Sanidad Vasca), se elabora y aprueba nuestra Ley 8/97 de Ordenación Sanitaria. En definitiva, se apuesta por un modelo de política sanitaria que comprende tan-

to el aseguramiento universal de prestaciones como la existencia de un dispositivo de recursos públicos adecuado a las necesidades reales de salud de la población.

La Ley supuso estructurar e instrumentar un modelo con el que en parte ya se estaba trabajando y en el que nos habíamos comprometido. Se establece una clara separación de funciones: dirección, planificación-programación, aseguramiento y contratación y financiación (dependientes del Departamento de Sanidad), y la propia provisión de servicios (a cargo de Osakidetza).

Bajo la naturaleza jurídica de Ente Público de Derecho Privado y adscrito al Departamento de Sanidad se constituye el "Ente Público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud". De esta manera se le dota de personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de su finalidad de desempeñar la provisión de servicios sanitarios mediante las Organizaciones Públicas de Servicios dependientes del mismo. Como se puede apreciar, en nuestra Comunidad hemos preferido no experimentar con nuevos instrumentos (fundaciones, sociedades públicas, etc...) para trabajar mucho más sobre la transformación del sistema en su conjunto.

Con el Ente Público de Derecho Privado (EPDP) tenemos garantizado una acción común para todos los establecimientos sanitarios públicos, y una redefinición del régimen de gestión tanto en materia económico-financiera como de organización.

El régimen aplicable a un EPDP conlleva, entre otras peculiaridades, una contabilidad patrimonial, tesorería propia y sujeción a un control financiero a posteriori mediante auditoría. Lo que, sin perder el carácter público

y la transparencia que deseamos sobre su información económica y presupuestación, nos está ayudando a hacer que el modelo evolucione en el sentido de estar más orientado a facilitar la reducción de costes de producción, hacia la correcta utilización de activos inmovilizados, la mejora de la gestión financiera, la organización del control y uso de existencias y la agilización de los procesos de facturación y cobro en cada una de nuestras Organizaciones de Servicios.

Con la redacción de los Estatutos Sociales del Ente, aprobados en noviembre de 1997, se establece la configuración completa de Osakidetza/Svs con una Organización Central de administración y gestión corporativa y 31 Organizaciones de Servicios (entre ellas se encuentran los Hospitales, Comarcas Sanitarias, los dispositivos de Salud Mental Extrahospitalarios, las Emergencias,...). Estas, se presentan como entidades dependientes y realizan su actividad bajo el principio de autonomía económico-financiera y de gestión.

Me parece de la máxima relevancia destacar precisamente el principio de autonomía de todo el Servicio de Salud porque un EPDP puede romper innumerables barreras, sobre todo en el terreno de la excesiva centralización –tanto vía competencial como vía autorización previa– que tienen las Administraciones en todas aquellas materias consideradas transversales, tales como las económicas, de personal, contratación y las de nuevo diseño de soluciones organizativas.

Las diferentes Organizaciones de Servicios, cuentan con tesorería propia, sus órganos de dirección deciden los ingresos y los pagos, se relacionan con los bancos y tienen capacidad de endeudamiento, etc. Por tanto, la

mayor potencialidad que nos ofrece esta transformación a EPDP está precisamente en la liberalización de las posibilidades de autonomía de gestión de nuestras organizaciones de servicios sanitarios, a la vez que resuelve la relación entre los niveles de primaria y especializada y asegura el carácter y control públicos de la institución.

En esta tesitura, el Contrato Programa (C.P.) se establece como instrumento jurídico que articula las relaciones entre el Departamento de Sanidad como provisor y Osakidetza como proveedor público. En nuestro caso, éste se suscribe directamente con las diferentes Organizaciones de Servicios concretando pactos de actividad, calidad y financiación.

Las características financiadoras del C. P. en los hospitales viene plasmado en:

- la medición de pesos de las altas de hospitalización genérica mediante la clasificación de pacientes por GRD's.
- cuantificación de procesos singularizados y previamente pactados a un precio predeterminado.
- la actividad de urgencias no ingresadas y consultas externas (diferenciándose un precio según sea primera o sucesiva la consulta).
- los procesos especiales diferenciados (litotricia, radioterapia, hospitalización a domicilio, farmacia extrahospitalaria,...).
- el bloque de programas especiales (bajo criterios de actividad, suficiencia y cobertura) que requieren un tratamiento de financiación específico y son pagados con una cantidad fija.

En atención primaria la financiación capitativa se define mediante la cobertura de la oferta de servicios básicos y de la oferta preferente (esta última se establece siguiendo las prioridades del Plan de Salud). También existe la financiación por bloque en determinados programas de atención con los que los equipos de atención primaria se hayan comprometido.

La política de precios se considera un aspecto clave en el proceso de contratación y financiación de servicios. Sin perder de vista los costes reales y el gasto histórico como referente en el diseño de una política de precios adecuada, el precio es un instrumento que puede actuar como un mecanismo incentivador de la eficiencia con la que prestamos servicios a los usuarios. En nuestro caso, se nos ha aplicado desde el Departamento de Sanidad una política de precios que se ha visto fundamentada en dos principios básicos:

1. precios básicos iguales para productos iguales
2. situar a todos los centros en una posición de partida igualitaria, contemplando la realidad del gasto histórico.

En definitiva el modelo de financiación mediante C.P. propicia una gestión más cercana a parámetros de rentabilidad social y eficiencia económica. Se establece, así mismo, una estimación finalista sobre coberturas económicas de la actividad consignada, periodicidad de pagos y generación de documentación justificativa.

Como instrumento el C.P. responde a los nuevos papeles consignados a proveedores y contratadores y ha sabido concretar objetivos básicos de salud y prioridades establecidos en el Plan de Salud, configurándose como

instrumento de planificación y programación del sistema sanitario. Lo que en nuestro caso representa un acercamiento a la definición de necesidades y contratación de volúmenes de actividad de servicios sanitarios públicos.

En materia de personal se ha decidido por establecer un régimen estatutario como sistema homogéneo de empleo para todo el personal de Osakidetza basado en un compromiso real hacia la garantía de estabilidad de empleo. Una buena política de personal debe compartir los mismos objetivos que identifique el sistema sanitario en su conjunto, por lo que el objetivo principal de nuestra Ley en materia de personal es modernizar y adecuar el régimen estatutario a la nueva organización del Sistema Sanitario de Euskadi.

En cada centro se pretende lograr el compromiso, renovable periódicamente, de aquella plantilla estructural con la que se puede hacer frente razonablemente a la estrategia de actividad que tiene aprobada el centro. Y deben admitirse que exista un componente adicional de plantilla no estructural para la realización de tareas no consolidadas y extraordinarias, posibilitando alcanzar los objetivos fijados.

El desarrollo en nuestra organización de herramientas de gestión hasta entonces no utilizadas, dio origen a la realización del primer Plan Estratégico común (1998-2002), alineándose con él los de las diferentes Organizaciones de Servicio. En él se recogieron, vehiculizados en planes y programas específicos, los 5 objetivos estratégicos siguientes:

1. Servicio al cliente.
2. Implicación del personal.
3. Calidad.

4. Desarrollo empresarial.
5. Desarrollo tecnológico.

En este sentido, entiendo interesante presentar algunos de los siguientes programas institucionales en los que estamos trabajando:

1. Integración de Sistemas de Información desde una perspectiva corporativa. Tras haber conseguido, para todos los centros de Osakidetza, un sistema de información para la gestión económica (Plataforma Alabide), gestión de personal (Plataforma Gizabide) y clínica (Plataforma Osabide en atención Primaria y Plataforma e-Osabide integrado con atención especializada). El proyecto en el que estamos implicado en la actualidad tiene como objetivo la integración de todas estas herramientas, consiguiendo un sistema único de información corporativa. Paralelamente a ello se ha conseguido disponer de una Red digital integrada de comunicaciones (voz y datos) como soporte a todo ello.

2. Compromiso explícito con la calidad, que hace que todos nuestros centros se hayan autoevaluado en los últimos años ya alguna vez según el Modelo de la European Foundation for Quality Management (EFQM). Así mismo al finalizar el 2001 se encontraban certificados según la Norma ISO los siguientes centros y servicios:

- Áreas de Atención al Cliente de 15 Centros de Salud.
- Servicios de Laboratorio de Análisis Clínicos, Laboratorio de Anatomía Patológica, Radiología, Admisión,

Archivo de Historias Clínicas y Unidad de Cirugía sin Ingreso del Hospital de Bidasoa.

- Servicios de Alimentación, Radio-diagnóstico, Laboratorio de Análisis Clínicos y Biblioteca del Hospital de Zumárraga.
- Servicio de Anatomía Patológica y Laboratorio de Análisis Urgentes del Hospital de Basurto.

Se siguen trabajando en la extensión de los servicios certificados y se están obteniendo numerosos reconocimientos públicos en este sentido.

3. En un intento de implicar a los responsables clínicos y el personal de las unidades con los resultados finales, asumiendo el papel esencial de los mismos y pretendiendo posibilitar el acercamiento de las decisiones a los ámbitos más próximos a la asistencia, se constituyó y desarrolló desde 1997 el proyecto de gestión clínica en atención primaria y especializada. En estos momentos se plantea su revisión y mejora.

Sirva todo esto para explicar nuestra propia experiencia, que por supuesto responde a unas circunstancias, acontecimientos y realidades difícilmente trasladables a contextos y Comunidades diferentes. A pesar de ello, bien es verdad que muchos elementos son comunes a la generalidad de nuestros sistemas, y en este sentido determinadas acciones u omisiones comentadas pueden ser útiles para una posible aplicación, desarrollo o rechazo en un enfoque particular que se desee hacer.



Los servicios de salud después de las transferencias

Enrique Castellón Leal
Subsecretario de Sanidad 1996-2000

El conjunto de artículos de este número monográfico versa sobre los nuevos servicios de salud y lo primero que habría que preguntarse es si el significado del adjetivo "nuevo", en este caso, trasciende a su connotación más inmediata, es decir, la meramente formal o, por el contrario, anticipa alguna verdadera novedad más allá del hecho administrativo del traspaso. El proceso transferencial tiene ya una historia antigua que se remonta a 1982 y una evolución lenta y discontinua en la que también las innovaciones han surgido con cuentagotas. Es cierto que la propia Constitución establecía que, de cara a recibir la delegación de la gestión de la asistencia sanitaria, unas comunidades iban primero y otras después, pero el ritmo real, dentro del marco de aquella restricción, ha venido condicionado por otra serie de circunstancias. Entre ellas, el nivel de exigencia política para recibir las transferencias en las autonomías, la correlación parlamentaria de fuerzas a nivel estatal y los procesos de negociación, diferentes en cada caso, han sido, estrechamente interrelacionados, los determinantes esenciales en las primeras etapas. En última instancia, veinte años después, la Administración central optó por ser proacti-

va –y no simplemente reactiva como hasta entonces– y ultimó el proceso de manera expeditiva (algunos dirían, con argumentos, que coercitiva).

Dos razones explican este cambio de actitud sobre la conveniencia de cerrar el proceso cuando, apenas cuatro años antes, se vivía en un "impasse" de dudas en el que las vacilaciones a la hora de fijar un calendario concreto eran evidentes. Estas razones, obviamente relacionadas, son el deseo explícito –y, en cierta manera, el compromiso político– de cerrar el mapa autonómico y, por otro lado, el establecimiento de un esquema de financiación autonómico, que se pretende definitivo, con señalados elementos de corresponsabilidad fiscal. El hecho de que nada haya completamente definitivo, y aún más en esta materia, no es óbice para que estas no sean, en la práctica, buenas razones.

Puesto que las transferencias sanitarias han constituido desde su origen un proceso esencialmente político y no un proceso derivado de la necesidad de reformar la sanidad, no es extraño que las consecuencias reales hayan consistido más (y así será también en los procesos más recientes) en un cambio en

el protagonismo del control político de las organizaciones sanitarias por un lado y en una mejora en la financiación por otro. Sobre esto último habría bastante que escribir (y no es este el objeto del presente artículo), porque los caminos a través de los cuales las diferentes comunidades han alcanzado mayores cotas de financiación son diversos. Pero, brevemente, se puede afirmar que las transferencias financiadas con cargo a los presupuestos generales del Estado se han incrementado bastante, los espacios de responsabilidad fiscal con nuevas oportunidades de financiación han aparecido últimamente y, por su parte, las comunidades autónomas, a las riendas de un servicio público de alto interés político, han aportado volúmenes crecientes del resto de sus recursos.

Han existido inversiones importantes y se han observado algunas novedades dirigidas a una cierta flexibilización de la gestión. En ocasiones, este ha sido el sentido de la configuración del Servicio de Salud como entidad con personalidad jurídica propia dentro de la esfera pública. Sin embargo, en otros casos, esto no ha sido así y no hay constancia de alguna diferencia en cuanto a resultados. En niveles más bajos de la organización han aparecido algunas instituciones en forma de empresas públicas, entes privados vinculados en regímenes especiales de concertación y fórmulas consorciales de asociación en instituciones con distintas dependencias públicas. Junto con la introducción de mejoras en los procesos de gestión derivadas de la utilización de las nuevas herramientas de las TIC, éstas han sido, por el momento, las imágenes concretas que, de los procesos de reforma, se han visualizado.

De la experiencia pasada apenas se deducen novedades significativas en el modelo de organización. Si no fue-

ra por la mayor disponibilidad relativa de recursos financieros, apenas podrían resaltarse diferencias entre las comunidades receptoras de transferencias antes de 2002 y el INSALUD, considerado éste último como grupo control en un hipotético ensayo.

A nivel global, entendiendo las reformas sanitarias, dentro del marco general de las reformas del sector público, como un proceso de segregación de las áreas públicas que ofertan servicios al ciudadano del entramado político-administrativo gubernamental, este tipo de cambio sólo se ha producido, como demostró Anthony Schwartz, de la Universidad de Virginia, en aquellos países donde los "burócratas fiscales" lideraron los procesos de reforma. Este no ha sido el caso de España donde el núcleo económico del Gobierno –de los gobiernos en realidad– ha prestado una mayor atención al mero control del gasto que a la eficiencia, e incluso, en aquel aspecto, ha equiparado descontrol con exceso de autonomía, y es un hecho que la desconfianza hacia fórmulas de independencia jurídica ha generado excesos de celo en los controles tradicionales que en la práctica invalidan cualquier aparente avance, sin que ello signifique que mecanismos alternativos e inteligentes de control no deban existir.

De los "nuevos" servicios de salud no cabe esperar, a la vista de la experiencia, demasiadas novedades. Mary Douglas, una antropóloga norteamericana, suministra algunas claves relevantes para nuestro caso, en un lúcido ensayo titulado "Como piensan las instituciones". En nuestro entramado administrativo, existen unas pautas perfectamente definidas, y en gran parte no escritas, que condicionan el comportamiento (y facilitan la vida y la tranquilidad) de la mayor parte de quienes –colectivamente– conforman

las decisiones estratégicas de las organizaciones públicas lo que, inevitablemente, confiere a estas decisiones un matiz generalmente conservador. Obviamente, esta pauta, en cuanto supone un proceso mental profundo y colectivo, de hondas raíces culturales e históricas, es insensible a cambios en el marco territorial, al menos durante varias generaciones profesionales. En otras palabras, el modelo es esencialmente único aunque el territorio sea múltiple.

Así las cosas, una reforma profunda sólo podría producirse por medio de un impulso político auténticamente renovador, algo que no se vislumbra en estos momentos, ni parece demasiado probable porque, además, los agentes sociales manifiestan abierta-

mente una postura bastante restrictiva, y "estatalista" por así decirlo, acerca de como organizar los servicios públicos del tipo de la sanidad. Hemos de admitir que no estamos en una cultura donde se considere que la sociedad deba tener un papel relevante y activo en esta labor sino que, más bien, tendemos a aceptar como un hecho incontrovertible la responsabilidad en exclusiva de la Administración, a pesar de que vislumbremos sus limitaciones. En este sentido, puede resultar paradójico, aunque sin duda explicable, que, utilizando los conceptos de "voz" y "salida" de A.O. Hirschmann, muchas personas con recursos decidan salir hacia fórmulas asistenciales privadas, en vez de elevar su voz para modificar lo que, es obvio, no les satisface lo suficiente.



Atención médica apropiada, integral y personalizada: meta exigible, reto y oportunidad para los servicios de salud

José Luis Conde Olasagasti
Subsecretario de Sanidad 1993-1994

La separación física, técnica y organizativa de los niveles de Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE) obedece fundamentalmente a la imposibilidad de que un único tipo de profesional médico sea capaz de abarcar en conocimiento y habilidades técnicas el vasto y complejo campo de la moderna medicina en sus ámbitos diagnósticos, terapéuticos, preventivos y rehabilitadores. Tal separación, necesaria por inevitable, y positiva por cuanto refleja la posibilidad de proporcionar cuidados médicos complejos con alto nivel de excelencia técnica, no debe hacer olvidar un importante riesgo inherente a la participación de **varios** profesionales en la atención a un **único** paciente: el troceamiento desorganizado y despersonalizado del proceso asistencial que paradójicamente puede determinar un deterioro de la calidad asistencial.

La experiencia diaria proporciona multitud de ejemplos ilustrativos de ese fenómeno al encontrar a pacientes atendidos simultáneamente por tres, cuatro o más médicos de diferentes ámbitos técnicos, que trabajando en paralelo, desconocen lo que cada uno de ellos está haciendo e indican-

do; sometiendo al paciente a un número de actuaciones (muchas veces repetidas) sin que éste sea capaz de reconocer cual es "su médico".

Esta situación se produce con particular frecuencia en los últimos tiempos, en los que el envejecimiento de la población da lugar a una demanda asistencial compuesta mayoritariamente por individuos portadores de pluripatología crónica que requieren atención continuada y simultánea a más de un sistema u órgano.

Este fenómeno, que podría denominarse degradación "taylorista" de la atención médica, detectado hace años dio origen, junto a otras motivaciones a las propuestas de reforma de la AP a comienzos de los ochenta.

La reforma de la Atención Primaria

En la década de los setenta, el dispositivo asistencial de la Seguridad Social había experimentado un importante crecimiento cuantitativo y cualitativo en el sector hospitalario y especializado instalándose recursos físicos, formando y empleando profesionales cualificados al tiempo que se

generaba una cultura asistencial que se dio en llamar (peyorativamente) hospitalocéntrica.

El análisis de la situación a comienzos de los ochenta detectaba un paralelismo nada casual entre importantes carencias en el nivel de AP y una creciente sobrecarga asistencial del nivel hospitalario. Fruto de ese análisis fue la intervención de los poderes públicos (tímidamente los gobiernos de UCD primero, y de modo decidido los del PSOE después) para impulsar el desarrollo de una nueva forma de atender a los pacientes en el nivel primario lo que por otra parte contaba con el respaldo de organismos internacionales como la OMS que desde la conferencia de Alma Ata recomendaban orientaciones de esa naturaleza.

La reforma de la AP pretendía proporcionar una atención integral e integrada de calidad en el nivel próximo y primario, minimizando el mencionado riesgo "taylorista", merced a una mejor capacitación profesional y dotación técnico-instrumental del médico en el primer nivel para lo que, entre otras cosas, se creaba la especialidad de medicina de familia.

De modo explícito se proponía que el médico de familia adquiriera mayor protagonismo en el proceso asistencial otorgándole el papel de "director de biografía sanitaria" de sus pacientes, particularmente en el caso de los crónicos. Colateralmente ello debería suponer una reducción de la presión asistencial en el sector hospitalario/especializado.

Ciertamente hay que admitir que la reforma se ha llevado adelante con éxito, en lo tecnoestructural al menos. Hoy existe una amplia red de Centros de Salud extendida por todo el territorio nacional, atendida además por profesionales cualificados. Se trabaja

en horarios completos y la mayoría de los centros disponen de una amplia accesibilidad a medios auxiliares de diagnóstico lo que debería posibilitar capacidad resolutive y autonomía para la atención de la mayoría de los problemas que los pacientes presentan.

Tal desarrollo tecnoestructural, no parece sin embargo haberse acompañado de una reducción de la presión y dependencia asistencial respecto del hospital y menos aún de una mejora cualitativa en lo que a asistencia integral y personalizada se refiere.

Con independencia del necesario análisis en profundidad que estas impresiones requieren, existe un ámbito concreto, el de la asistencia especializada ambulatoria, en el que demandas aparentemente injustificadas generadas por la AP o por la misma AE, ocasionan atención inapropiada por inefectiva, gravosa y/o ineficiente.

Una impresión generalizada, aunque vaga e imprecisa, es que se realiza un considerable volumen de trabajo innecesario, inútil y frecuentemente molesto sobre pacientes remitidos desde AP.

La caracterización de esta percepción exige un análisis que incluya la descripción precisa de las situaciones más habituales, identificación de sus causas y análisis de sus consecuencias. Las líneas que a continuación siguen pretenden contribuir a dicho análisis.

Caracterización general de demandas injustificadas de A. Especializada desde A. Primaria

Sin ánimo de exhaustividad se relacionan a continuación alguna de las situaciones-tipo percibidas como más frecuentes.

a) Asistencia innecesaria y/o inútil

Con frecuencia se atiende a pacientes afectados de alteraciones detectadas en exploraciones complementarias, para las que no existe tratamiento que requiera para su aplicación de la actuación directa del especialista, estando éste al alcance del médico de familia.

b) Asistencia inapropiadamente demandada como urgente

Ocasionalmente se solicita atención urgente o preferente para pacientes que presentan alteraciones asintomáticas o de escasa repercusión que deberían ser valoradas sosegadamente en el contexto general propio del paciente antes de remitirlo al especialista.

Tales valoraciones incluirían por ejemplo, la confirmación de un hallazgo analítico patológico o la retirada de fármacos potencialmente inductores de efectos secundarios responsables presuntos de las alteraciones objeto de la solicitud de asistencia.

c) Solicitud de opinión erróneamente planteada como "derivación" o asistencia: el paciente mensajero

La costumbre y cultura imperantes ha identificado la razonable solicitud de opinión de especialista con obligado desplazamiento físico de un paciente, de repente convertido en mero transmisor de comunicación entre el médico de familia y el especialista. De hecho son muchas las situaciones en las que el especialista no necesita (al menos en primera instancia) tener un contacto directo con el paciente, pudiendo emitir una primera impresión, que a veces puede ser suficiente, tras analizar información que el médico de

familia podría proporcionarle vía oral o escrita.

d) Solicitud simultánea de asistencia a varios especialistas

La coexistencia de anomalías correspondientes a diferentes aparatos o sistemas (circunstancia harto frecuente en población envejecida) motiva en ocasiones el envío simultáneo de solicitudes de asistencia a varios especialistas. Ello puede ser razonable en algunos casos siendo sin embargo en otros causa de desorientación del paciente y "desnortamiento" del proceso asistencial.

Posibles causas de demanda inapropiada

El origen de las solicitudes aparentemente inapropiadas es probablemente multifactorial y diverso en su naturaleza. Una aproximación tentativa permite detectar las causas que a continuación se mencionan.

a) Desconocimiento acerca de la utilidad práctica y real de la eventual actuación especializada en la circunstancia concreta

El mayor dominio teórico y la posesión de habilidades técnicas en un área concreta de la Medicina, no convierten al especialista en una suerte de mago capaz de obtener mejores resultados que un generalista en cualquier paciente afecto de alteración (grande o pequeña) del aparato o sistema correspondiente. Son muchos los padecimientos que no tienen tratamiento o el que tienen está al alcance de un generalista bien formado. Algo parecido cabe decir del uso e interpretación de pruebas diagnósticas que pueden ser demandadas y anali-

zadas en el nivel primario sin necesidad del concurso del especialista. En todo caso, resultaría práctico y prudente preguntarse en cada ocasión si el especialista podría hacer por el paciente algo útil que el generalista no pueda hacer con sus medios en la circunstancia concreta que se plantea; en la duda consultar el caso directamente con él antes de remitirlo evitando utilizar al paciente como "mensajero" tal como más arriba se ha señalado.

b) Traslado de responsabilidad y trabajo a otro nivel:

Humano y natural es intentar descargarse de responsabilidades y trabajo transfiriendo el paciente (aunque sea temporalmente) a otro nivel asistencial. Ello no debe hacer olvidar que la responsabilidad sobre el paciente integralmente considerado sigue recayendo en su médico de familia (o cabecera), no siendo ésta diluible en una baraja de informes de especialistas varios.

c) Demanda del propio paciente

Es cierto, aunque menos frecuente que lo que se dice, que es a veces el propio paciente, el que "motu proprio" o inducido por otros solicita ser visto por un especialista.

d) Demanda inducida por otro especialista

A veces sucede que el médico de familia no tiene la oportunidad de ejercer como tal, al verse obligado a cumplimentar una solicitud de asistencia que no se había planteado, simplemente porque un especialista indica que un paciente "debe ser visto" por tal o cual especialidad ignorando o

soslayando el papel central del médico de familia en el conjunto de la "biografía sanitaria" del paciente.

d) Ausencia de cauces de comunicación entre niveles, lejanía e inaccesibilidad a la información

En el origen de muchas de las "derivaciones" inapropiadas está la existencia de barreras y distancias aparentemente insalvables entre los niveles y las personas de AP y AE. Los profesionales no se conocen ni se conectan. El especialista suele informar poco y mal al generalista acerca de las conclusiones a las que llega después de atender a sus pacientes. El generalista no dispone de cauces formales establecidos para comunicarse con el especialista. Unos y otros aún no disponen de bases de datos de información clínica compartibles. Ese panorama ha configurado una realidad de ignorancia mutua y funcionamiento paralelo absolutamente incompatible con una atención médica integral, coherente y de calidad.

e) Escasez de tiempo disponible para la práctica y reflexión clínica en AP

Los médicos de AP aducen que, debido a la sobrecarga de trabajo burocrático, disponen de poco tiempo para conversar con y explorar a sus pacientes; menos aún, y esto es grave para reflexionar sobre sus problemas. Al parecer sucede que el profesional llamado a conocer y manejar la problemática de salud de una persona bajo una visión comprensiva, integral, longitudinal y contextualizada humana y socialmente, no dispone de tiempo para ello. Esta carencia no se suple con consultas y asistencias especializadas. De hecho la visión de conjunto no será recuperada por uno, y menos aún por varios especialistas.

Actividad inapropiada generada en el nivel de la atención especializada

Antes de referirnos a las consecuencias de lo que hemos dado en llamar actividad ambulatoria especializada inapropiada, es obligado señalar que muchas de las “derivaciones” que merecen esta calificación, se producen sin la intervención de la AP dentro del nivel de la AE y a instancia de los propios especialistas.

Con los mismos rasgos de innecesidad, inutilidad o precipitación, y por las mismas razones que en el caso de la demanda desde AP, se remiten pacientes de unos a otros especialistas para atender problemas que podrían ser resueltos por el especialista de origen o el médico de familia.

Consecuencias de la actividad ambulatoria especializada inapropiada

El panorama descrito cuya entidad e importancia relativa no está suficientemente cuantificada tiene unas consecuencias que podrían ser resumidas del modo siguiente:

1. Desdibujamiento del papel central del médico de familia en el proceso asistencial: La alta frecuentación de los especialistas y su falta de conexión fluida con el médico de familia hace que el paciente pierda a éste como referente y consejero básico lo que probablemente sea el mayor fracaso de la reforma de la Atención Primaria.
2. Retraso en la resolución de problemas concretos: La espera de actuaciones y resultados especializados impide a menudo la toma de decisiones sencillas y resolutorias.
3. Descoordinación del proceso asistencial: Con interferencias diagnósti-

cas y terapéuticas de consecuencias imprevisibles.

4. Molestias y cargas a pacientes y familiares: Ocasionadas por costosos y molestos desplazamientos que distorsionan la vida laboral y social.
5. Despilfarro de recursos: Por reiteración innecesaria de pruebas diagnósticas o uso inútil de tiempo de especialista.
6. Generación de listas de espera: Como consecuencia de lo anterior se colapsan consultas y servicios centrales dando lugar a tiempos de espera inaceptables para pacientes que si necesitan atención especializada.

No es esta una lista exhaustivamente elaborada y menos aún rigurosamente apoyada en estudios rigurosos (que por cierto deberían hacerse); no obstante proceden de un sinnúmero de observaciones personales similares a las referidas constatadas por muchos colegas y pacientes.

Algunas propuestas para la mejora de la actual situación

Corriendo el riesgo del esquematismo y la simplificación, a continuación se enumeran líneas de acción que podrían contribuir a modificar (mejorándola) la situación actual.

1. Establecimiento y difusión de principios axiomáticos coherentes con nuestro modelo de sistema de salud

- El médico de familia es el orientador y coordinador habitual y continuo del/los proceso/s asistencial/es llevados a cabo en sus pacientes en el ámbito ambulatorio, responsable en definitiva de la dirección de su biografía sanitaria.

- El especialista cumple una función intermitente, básicamente asesora actuando sobre el paciente de manera directa sólo en los casos y circunstancias en las que el generalista no pueda o deba hacerlo.
- El paciente solo será desplazado físicamente al nivel especializado cuando ello sea imprescindible para la correcta realización de maniobras diagnósticas o terapéuticas.
- El proceso asistencial multidisciplinar deberá ser ejecutado por el menor número de médicos posible ahorrando al paciente visitas y desplazamientos prescindibles.

2. Fomento de la formación continua y el apoyo asesor a la AP

- Desplazamiento de especialistas al área de primaria (Centro de Salud) para consulta sobre pacientes concretos o situaciones-tipo.
- Actualización periódica y rigurosa acerca de la utilidad de las tecnologías diagnóstico-terapéuticas que cada especialidad ofrece.

3. Fomento de la conexión permanente y acceso a la información disponible

- Creación de servicios de interconsulta telefónica y/o telemática.
- Posicionamiento en Internet de información clínica relevante documentada

Final

La experiencia acumulada en los últimos años por el INSALUD y los Servicios de Salud transferidos demuestra que nuestro Sistema Nacional de Salud ha sido capaz de incrementar considerablemente su productividad aumentando incesantemente el número de actuaciones médicas en todos los niveles. Una porción de ese aumento es probablemente "justa y necesaria", o en términos menos bíblicos sencillamente apropiada; otra no obstante, no se traduce en mejoras de atención médica objetiva o percibida. Algunos profesionales con cierta experiencia gestora en la construcción del SNS creemos que éste necesita una reorientación hacia lo cualitativo basada en los principios de práctica apropiada (efectividad, seguridad, eficiencia, utilidad) lo que supone entre otras cosas "refundar" el modelo de relación entre profesionales de los niveles primario y especializado para garantizar la permanente existencia de dirección personalizada e identificable de responsable de proceso asistencial subrayando el papel central del médico de familia como referencia permanente y director-gestor de biografía sanitaria.

La finalización del proceso transferencial ha configurado un marco descentralizado en el que ámbitos más reducidos de trabajo y expectativas de mejora sugieren la oportunidad de promover cambios organizativos y culturales en el sentido mencionado con más posibilidades de éxito que el hasta ahora alcanzado.



Los sistemas integrados de salud: un modelo para avanzar tras completar las transferencias

Jesús María Fernández Díaz
Director General del Departamento de Salud
del Gobierno de Navarra 1995-1996

Un balance del sistema de salud español en estos últimos años

Hace pocos días, en una entrevista radiofónica, la actual Ministra de Sanidad afirmaba sentirse orgullosa de su gestión por haber conseguido transferir en dos años la gestión sanitaria a diez CCAA, cuando en veinte años los ministros precedentes sólo habían conseguido transferirla a siete. No hizo el menor juicio sobre el hecho insólito de que las transferencias del año 2002 se hayan realizado prácticamente en iguales condiciones de gestión y organización del sistema que las que se realizaron en el año 1981, más de veinte años después.

Otros artículos de este número monográfico y del anterior de la revista *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios* sobre el proceso transferencial incidirán sobre el balance que puede hacerse de la gestión del SNS a lo largo de estos años. Es difícil discutir que, desde la promulgación de la Ley General de Sanidad en 1986, no ha existido ninguna iniciativa formal y de entidad dirigida a hacer avanzar y actualizar el SNS.

Al rotundo fracaso político cosechado por el Informe Abril en 1991, le ha se-

guido una aplicación prácticamente excepcional de la Ley de 1997 sobre habilitación de nuevas fórmulas de gestión del SNS y un más que genérico, por no decir ambiguo, dictamen de la Subcomisión Parlamentaria para la Consolidación y Modernización del SNS, también de 1997. Quizá ningún objetivo ha consumido más esfuerzo en la gestión del Ministerio de Sanidad a lo largo de estos años que el control del gasto farmacéutico, con medidas como la creación de la Agencia Española del Medicamento, los sucesivos decretos de eliminación de fármacos de la financiación pública, los acuerdos de reducción de precios y márgenes de distribución con la industria y las farmacias, y las políticas de medicamentos genéricos y precios de referencia.

La sanidad pública española ha logrado, ciertamente, consolidarse política y socialmente como un elemento clave e imprescindible de la sociedad de bienestar que los españoles deseamos, y su financiación se ha equiparado al gasto sanitario de nuestros socios europeos. El nuevo modelo de financiación representa un avance significativo para anclar la financiación sanitaria dentro del entramado de

descentralización y responsabilización financiera y política del país, si bien, en los mecanismos de compensación que se incluyen sobran criterios subjetivos y faltan mecanismos de ajuste de más peso basados en las necesidades de salud presentes y en los resultados obtenidos. Queda por ver la sostenibilidad financiera del sistema, particularmente en los períodos en que el ciclo económico se desvanezca.

Mientras tanto, la gestión realizada por las autonomías e INSALUD a lo largo de estos años, se ha circunscrito a la introducción, más formal que real, de la separación de funciones y de cuasi-contratos con los prestadores públicos de salud, así como una introducción, parcial y más bien tímida, de la gestión clínica en algunos centros y de algunos mecanismos de mejora de calidad de corte voluntarista y aislado.

Por el contrario, el SNS español ha mostrado una extraordinaria pereza para modernizarse, afrontar los retos, unos nuevos y otros antiguos, que se le plantean y para aprovechar las oportunidades que la nueva sociedad, los nuevos mercados y las nuevas tecnologías le ofrecen.

Es evidente que no se ha afrontado en absoluto el modelo de gestión de recursos humanos del sistema: ni su certificación de competencias, ni su sistema de dedicación e incentivos, ni su movilidad en el conjunto del SNS, ni su sistema de progreso profesional, por citar sólo algunos elementos clave.

El modelo de organización de los servicios, de tipo hospitalo-céntrico y diseñado para la atención de procesos agudos, tampoco ha sido abordado seriamente. El desarrollo de la atención primaria, como centro del sistema de cuidado a la salud, ha dejado de constituir un objetivo esencial del

sistema, desde que inaugurar centros de salud dejó de ser una novedad en los medios de comunicación. La atención primaria española, si bien no es comparable con la que heredamos hace veinte años, se encuentra sumida hoy en día en una crisis de identidad sobre su papel dentro del sistema de salud, demasiado auto-complaciente con la situación actual y sin procesos realmente transformadores que viabilicen la enorme capacidad de mejora que existe, incluso con su actual estructura profesional y técnica.

El paciente continua siendo un usuario dócil y pasivo en los servicios de salud. Los profesionales siguen desconfiando y minusvalorando, en general, la potencialidad de autocuidado que los pacientes pueden desarrollar, cuando son convenientemente estimulados y apoyados. La información al ciudadano se basa, por lo general, en la desconfianza y, en todo caso, no se aprovechan las enormes posibilidades que las nuevas tecnologías de la comunicación brindan para fomentar la autonomía del paciente. ¿Cómo se puede explicar, si no, la enorme falta de transparencia social que los resultados de calidad de los servicios de salud tienen todavía hoy en España, o el raquítrico uso que se hace de las tecnologías de comunicación para fomentar el autocuidado de la salud y la ayuda mutua de los grupos de enfermos, como se hace en otros países?

El gobierno de las instituciones sanitarias sigue vedado a la sociedad civil. No existen iniciativas, de ámbito nacional, autonómico o local, que se puedan preciar de, al menos tratar de superar una participación social anquilosada en comisiones o consejos de salud de dudosa utilidad. A diferencia de otros países, el debate sanitario no es de interés político ni mediático, las políticas y prioridades de salud se realizan sin la menor consulta

ciudadana, al igual que la racionalización de las prestaciones sanitarias, y el gobierno y gestión de los hospitales y centros de salud sigue en las manos exclusivas de los gobiernos y de los gestores, apuntados también políticamente. Nada parecido a los *Citizen Juries* o *Community Councils* británicos, ni al gobierno por la sociedad civil de los hospitales canadienses u holandeses, ni a la enorme capacidad de elección de los usuarios franceses, a la presencia directa de la comunidad en la gestión sanitaria finlandesa o a la transparencia sobre los resultados clínicos que se ofrecen a los afiliados a los planes de asistencia gestionada norteamericanos y de muchos países centroeuropeos. El SNS español adolece, pues, de un déficit democrático y de legitimación social evidente, comparado con los sistemas sanitarios más desarrollados.

Frente a ese panorama, las CCAA que han recibido las transferencias sanitarias hace unos pocos meses han hecho valer, por desgracia, la célebre política del “*me too*”, reproduciendo de manera casi mimética los modelos de organización y gestión arbitrados por las comunidades antes transferidas. Todas las nuevas leyes autonómicas de salud reproducen, casi sin matices, el mismo modelo ya conocido y en cuestionamiento en los sistemas más avanzados, de separación de financiación y provisión, gestión administrativa de la red asistencial, organización de los servicios segmentada por niveles asistenciales, déficit democrático y continuidad de las políticas de recursos humanos.

Los desafíos a los que se enfrentan los sistemas de salud desarrollados

Después de una época en la que las reformas de los sistemas de salud han estado dominadas por la idea de se-

paración de funciones, competencia entre centros, descentralización y autonomía, financiación a la producción y políticas de recorte de gasto focalizadas, nos encontramos frente a un complejo de problemas que requieren un abordaje nuevo.

Los principales problemas que presentan los sistemas sanitarios en la actualidad tienen que ver con la demora y postergación en los procesos de atención a la enfermedad, la falta de apoyo profesional a los ciudadanos para tomar cuidado de su salud, la duplicidad y fragmentación de la atención, la falta de servicios adecuadamente diseñados y coordinados para resolver los problemas sociales y sanitarios de las patologías más frecuentes, la mejora de resultados de la práctica clínica y la sostenibilidad financiera de los sistemas de atención a la salud.

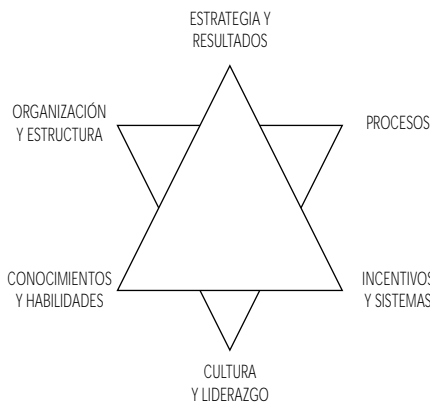
Por ello, los criterios de excelencia de los sistemas sanitarios hoy en el mundo son la continuidad de cuidados, el coste-efectividad de la atención a lo largo del continuo asistencial, el desarrollo de servicios adaptados a las necesidades concretas de los pacientes, reforzando e innovando las intervenciones de prevención y cuidado de la salud, la autonomía y activación del paciente, la sustitución de cuidados inadecuados o de mayor coste, la transparencia y rendición de cuentas sobre los resultados en salud para la población y para los ciudadanos, la garantía y acreditación de calidad de los servicios ofrecidos, la coordinación asistencial y una mayor cooperación entre la iniciativa pública y privada.

Los sistemas integrados de salud como apuesta de futuro

La respuesta que cabe dar hoy a estos desafíos exige un rediseño global del

sistema de salud. La teoría y práctica de la gestión del cambio en los sistemas de salud, y en cualquier otra organización compleja, nos demuestra que sólo un abordaje sistémico puede tener viabilidad y capacidad de movilización. Las políticas parciales terminan siendo absorbidas por la inercia del sistema y, en general, sólo consiguen la frustración de sus impulsores y la pérdida de tiempo para el sistema. Es preciso un abordaje que actúe simultánea y sinérgicamente sobre los distintos ejes del sistema sanitario (Figura 1: "Alineamiento sistémico").

Figura 1: Alineamiento sistémico del sistema de salud



Los sistemas de salud más dinámicos en el mundo, tanto públicos como privados, han adoptado el modelo de *sistema integrado de salud* para dar respuesta a los problemas arriba planteados. Una de las definiciones más aceptadas de estos sistemas integrados es la de Stephen Shortell, profesor de Comportamiento Organizativo de la Escuela de Gestión Kellogg en Chicago (USA), que los define como "una red de organizaciones que presta, o se organiza para prestar, un con-

tinuo de servicios coordinado para una población definida, que rinde cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve. Estos sistemas, ampliamente participados y verticalmente integrados, ofrecen una extensa gama de servicios ambulatorios, hospitalarios, de agudos y crónicos, y atención residencial".

Estos sistemas han revolucionado la organización de servicios de salud sobre todo en Estados Unidos y Canadá, más recientemente en Nueva Zelanda y Australia, y constituyen un elemento de referencia esencial para entender la actual política laborista de reforma del SNS británico.

Sus características principales se reflejan en la Tabla 1, en contraposición a los sistemas actuales de salud.

Tabla 1. Características de los sistemas integrados de salud vs. los sistemas tradicionales

	Sistemas integrados de salud	Sistemas tradicionales
Estrategia y Resultados	Dirigida por los objetivos globales del sistema: mejora de salud de la población. Resultados clínicos y económicos medibles y transparentes.	Dirigida por los objetivos de las instituciones. Los resultados no se miden o quedan para uso interno del sistema.
Oferta de servicios	Amplia oferta de servicios coordinados y adaptados a cada tipo de paciente y necesidad. Gran desarrollo de servicios intermedios y no institucionales con apoyo de distintos elementos de la red. Atención primaria es el centro de responsabilidad sobre los pacientes y de asignación financiera.	Fragmentada. Duplicidad asistencial. Complejidad y demora en la resolución de problemas. Orientada a la atención de procesos agudos. Nuevas modalidades asistenciales desarrolladas aisladamente por el hospital, atención primaria o en paralelo. Predominio del hospital como centro de resolución de problemas.

	Sistemas integrados de salud	Sistemas tradicionales
Modelo de atención	Proactivo. Anticipación y prevención de los problemas. Énfasis en las intervenciones preventivas, autocuidado y apoyo a las modificaciones de conducta que favorecen la salud.	Reactivo. Se espera a que la enfermedad se desencadene y que los pacientes demanden la atención. El paciente cumple un papel pasivo en el proceso de atención.
Procesos de atención	Planes de atención globales y específicos para grupos de pacientes con similares necesidades y características (gestión de enfermedades). Gestión individualizada de los pacientes de alto riesgo o alto coste en todo el continuo asistencial.	Prevalece la discreción del profesional o, en todo caso, con apoyo de protocolos para guiar el proceso de atención dentro de cada institución o nivel asistencial y diferencias profesionales.
Financiación	Financiación global a la red de servicios. Basada en la población a atender y las necesidades que ésta presenta.	Financiación a las instituciones separadamente. Basada en el volumen de producción de servicios.
Incentivos y distribución de recursos	Incentivos y riesgos compartidos en la red. Distribución de recursos en base a coste-efectividad de la inversión.	Recursos aislados y fragmentados para cada institución. Distribución de recursos basada en la capacidad de presión gerencial o profesional.
Racionalización de servicios	Basada en la sustitución de cuidados. Coste-efectividad a lo largo del continuo asistencial.	Contención de costes por líneas de gasto. Tolerancia a la duplicación de servicios.
Estructura organizativa	Integración vertical y constitución de alianzas. Fuerte integración de funciones con economía de escala o especialización. Se permiten la flexibilidad y heterogeneidad organizativa manteniendo la homogeneidad de los procesos y el control de resultados.	Estructura en "silos". Algunos procesos de integración horizontal (entre hospitales, etc.). Competencia entre instituciones de la misma red asistencial. Caracterizado por un modelo estructural universal e igual en todo el territorio.

	Sistemas integrados de salud	Sistemas tradicionales
Organización del trabajo en los puntos de atención	Equipos multidisciplinares con amplia autonomía de organización de sus tareas, orientados a resultados y potenciación de la labor de cada grupo profesional.	Predomina la jerarquía, la definición rígida de tareas y los conflictos corporativos profesionales.
Papel de la comunidad	Potenciación de los servicios prestados por la comunidad y de su intervención en el gobierno de la red asistencial. Diálogo continuo con la comunidad para la organización y diseño de los servicios.	La comunidad exclusivamente como cuidadora informal y desorganizada. En ocasiones oferta servicios muy específicos y marginales. Predomina un papel reivindicativo con escasa voz y cualificación de las demandas.
Relación público-privada	Cooperación público-privada. Alianzas estratégicas e iniciativas de riesgo y ventura compartidos. Selección basada en relaciones a largo plazo.	Competencia y rivalidad público-privada. Sector privado como mero suministrador de servicios a precio fijo. Selección basada en precios.
Información y tecnología de la información	Compartida y abierta. Caracterizada por amplias bases de datos clínicas que miden la calidad y efectividad de la atención a lo largo del continuo. Facilitan y dirigen el proceso asistencial. Ofrecen información para el benchmarking y la mejora continua de calidad.	Fragmentada y poco accesible. Orientada a la reducción de tareas administrativas y medición de la productividad de cada unidad por separado.

Avanzar para crear estos nuevos sistemas integrados de salud requiere, como se ve, una revisión profunda de la organización asistencial, basada hoy en niveles de atención que se desarrollan en paralelo e ignorándose, del sistema de financiación y distribución de recursos a los centros. Requiere, también, un cambio en el modelo de organización de los equipos que se responsabilizan de la atención al paciente, con nuevos diseños de tareas que potencian la contribución de

Jesús María Fernández Díaz. Los sistemas integrados de salud: un modelo para avanzar tras completar las transferencias

Las opiniones

cada uno de los profesionales hoy existentes, así como la incorporación de nuevos perfiles profesionales y de nuevos procesos que permitan la comunicación en tiempo real de profesionales con distintas competencias trabajando a distancia y colaborando en beneficio del paciente.

Se precisa, igualmente, un cambio profundo del papel desarrollado por las altas estructuras responsables de los servicios autonómicos de salud. Su

papel, hoy como administradores de contratos y controladores de la gestión de los centros, se reorienta hacia el diseño de planes de atención específicos para las necesidades de salud de sus ciudadanos, la catalización de procesos de integración orgánica y de servicios para una población específica, la monitorización de los resultados globales de la atención y la potenciación del diálogo y colaboración permanente con los ciudadanos y con la comunidad.



Las transferencias sanitarias: una revisión crítica

Jesús Gutiérrez Morlote
Director General de INSALUD 1990-1991

Las transferencias sanitarias han sido objeto, en sí mismas, de la máxima atención durante los últimos meses. La ardua negociación sobre la financiación de los servicios objeto del traspaso de competencias nos puede hacer olvidar su sentido último, que no es otro que el de ser un medio para mejorar la asistencia a los pacientes, y hacerlo a un coste asumible. Desde las primeras transferencias, a Cataluña en 1981, ha transcurrido tiempo suficiente como para aprender de aciertos y errores, sorteando esa tentación nacional de empezar siempre como si no hubiera historia. Por ello convendría revisar críticamente qué han significado las transferencias sanitarias en términos de eficacia, eficiencia y equidad, para centrar los problemas e intentar superarlos. De no hacerlo y conformarnos con la energía inercial, antes o después se cuestionará el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS), por insuficiencia financiera o por desafección de sus usuarios.

Nuestro gasto sanitario, alrededor del 7% del PIB, inferior al de la mayoría de los países de nuestro entorno, es claramente insuficiente para romper los desequilibrios territoriales y mantener

simultáneamente la oferta actual de prestaciones. Hay que adecuar la previsión presupuestaria a la realidad sanitaria. Los créditos iniciales, ficticios por voluntaristas, producen desviaciones presupuestarias y descrédito del sistema sanitario y de sus gestores. Al tiempo es preciso un esfuerzo para controlar el gasto y no tener que buscar justificaciones a posteriori.

Descentralización, cambios organizativos, ordenación de las nuevas tecnologías, planificación de la evolución de costes salariales, eficiencia en las prácticas profesionales, política de directivos, implicación de los usuarios, coordinación o integración intersectorial son otros tantos factores necesarios para el control del gasto sanitario.

- La descentralización persigue un mejor conocimiento de las necesidades y una gestión más ágil y eficiente de la oferta de servicios. ¿Siempre y en todos los casos las transferencias han supuesto un proceso de descentralización? Me temo que, en más de una ocasión, el centralismo "de Madrid" ha sido sustituido por otro polarizado en la capital autonómica. Los gestores periféricos, objeto de una ya tradicional

desconfianza por parte de sus servicios centrales y fuertemente condicionados por presupuestos iniciales insuficientes, no han sido habilitados lo necesario para tomar decisiones. Los propios departamentos de economía y de personal (o función pública) han sido cicateros en la descentralización en los departamentos de sanidad, continuando así la política de recelo de los ministerios homónimos respecto del de sanidad.

- Demasiadas veces o no se han producido verdaderos cambios organizativos o éstos han hecho más complejas las estructuras recibidas, en vez de simplificarlas y agilizarlas. En ocasiones asistimos a una mimetización de lo que fue el INSALUD, "*clonación*" en afortunada definición de Julio Villalobos, y los servicios autonómicos reproducen sus características menos ejemplares. A la estructura periférica del INSALUD, transformado nominalmente en Servicio de Salud, se han ido añadiendo superestructuras destinadas a su control, como si se tratara de un ente ajeno a las respectivas consejerías, cuando no antagonico.
- Las nuevas tecnologías sanitarias, a diferencia de lo que sucede en otros sectores, exigen más personal y con mayor grado de especialización. Su disposición improvisada aumenta los costes muy por encima de lo previsto. Con frecuencia la planificación, todo lo centralista e imperfecta que se quiera, ha sido sustituida por la *improvisación*, consecuencia de la fragilidad frente a demandas provinciales (*provincianas*), que buscan la autarquía sanitaria al coste que sea y para mayor gloria de los políticos locales. El resultado es que pueden multiplicarse unidades innecesarias, a costa de la calidad del servicio prestado. El incremento del gasto farmacéutico, que representa la cuarta parte de los presupuestos para la asistencia sanitaria (la mitad de los costes de personal), merece un capítulo aparte y no puede abordarse en solitario desde las CCAA. Solo serían verdaderamente eficaces actuaciones simultáneas sobre registro, producción, almacenamiento, distribución, prescripción, venta y consumo, con la participación de las autoridades estatales. Pero ello no exime a las CCAA de adoptar medidas que, por el momento, no parece que se hayan adoptado en este terreno.
- Quizá no se haya sabido aprovechar la oportunidad de los pactos retributivos para hacer cambios simultáneos en la organización, que en el caso de los hospitales es ineficiente y obsoleta a todas luces. La administración sanitaria, tanto la del Estado como las autonómicas, casi siempre ha ido por detrás de los acontecimientos. Los incrementos salariales se han hecho tarde, cuando ya se había pagado el coste social y político, y a cambio de nada. Cuando los empleados del sector público sanitario exigen aumentos de sueldo, resulta difícil no acceder a su demandas, porque es un colectivo numeroso (representa cerca de un 2% de la población general), con influencia social y capacidad para movilizarse inmediatamente ante las sedes de los gobiernos regionales, siempre próximas. Se abre una carrera sin fin en busca sucesivamente de homologaciones intra-regionales, equiparaciones inter-regionales y, después, con la meta puesta en otros países de la Europa comunitaria.
- El extrañamiento de los médicos respecto de los objetivos institucionales es sin duda, más peligroso para el conjunto del SNS que el simple crecimiento incontrolado de las

retribuciones. En ellos confluyen oferta y demanda de asistencia sanitaria, y esta característica, propia de los directivos en otras empresas, es determinante del crecimiento del gasto sanitario. Pero rara vez se ha intentado conseguir su *"complicidad"* para mejorar la eficiencia del sistema. Los cambios organizativos para introducir la competencia entre unidades clínicas no han pasado, hasta donde yo conozco, de anecdóticos o excepcionales. Propuestas como la de *"carrera profesional"* o no se han desarrollado o se han transformado en un concepto económico ligado a la antigüedad. En unas ocasiones habrá faltado voluntad política y en otras han sido los sindicatos los que han conseguido transformarla en una escala retributiva sin contenido funcional.

- El SNS, en su conjunto, no ha tenido nunca una verdadera política de directivos. A la improvisación en los nombramientos, la escasa incentiva-ción y la inestabilidad se ha sumado una selección con criterios no siempre profesionales. No se da tiempo a consolidar una determinada gestión y, en las CCAA más pequeñas, con la *"compartimentalización"* del SNS, no existe *"masa crítica"* como para poder hacer una adecuada promoción.
- Las corporaciones locales tuvieron antaño un protagonismo en la asistencia sanitaria, bien que limitado a ciertos segmentos de la población y para determinados fines. En la actualidad, con la universalización de la asistencia, ya no tienen esas responsabilidades y contemplan al dispositivo sanitario como algo institucionalmente ajeno, al que se dirigen solo en demanda de más y mejores servicios. Su presencia en los órganos de participación no ha contribuido a cambiar esa perspectiva. No

se ha explorado suficientemente la posibilidad de que, sobre la base de unas prestaciones comunes a todo el SNS, puedan participar, incluso financieramente, en nuevas ofertas de servicios. Sería un modo de corresponsabilizarles y de acercar el SNS a las entidades más próximas a los usuarios.

Las CCAA tienen ahora plenitud de competencias en asistencia sanitaria pero ya las tenían antes en educación y en servicios sociales. Teóricamente será más fácil la siempre compleja coordinación intersectorial. Valgan, a título de ejemplo, dos aspectos que inciden en la calidad y el coste de la asistencia.

- En España hay un médico por cada 240 habitantes. Una de los mayores censos relativos de médicos en el mundo, dudoso honor que compartimos con muy contados países de nuestro entorno (Austria, Italia) y con otras naciones más distantes geográfica y políticamente (Rusia, Cuba). Parece demostrada la relación entre número de médicos y gasto sanitario. Además, una presión constante para emplear a médicos en el sector público por encima de las necesidades reales, dificulta la correcta organización y las mejoras salariales. Durante años el Ministerio de Sanidad transmitió, con escaso éxito, esta preocupación al Consejo de Universidades, pues éstas son autónomas para establecer el número de estudiantes que se admiten en las facultades de Medicina. Ahora las Universidades dependen de las CCAA, que aprueban anualmente sus presupuestos. Con- vendría hacer un mayor esfuerzo por reducir el número de médicos que se licencian y, naturalmente, por mejorar su formación de pregrado, incluyendo, como en otros países la enseñanza de gestión clínica.

- En nuestro país hay tres millones de personas de más de 75 años. Además del aumento del gasto sanitario que ello comporta, muchas camas hospitalarias están ocupadas con pacientes ancianos cuyo principal problema no es sanitario sino social. Tras las transferencias, los servicios sanitarios y los sociales son de la misma titularidad. Se echan en falta iniciativas que vayan más allá de la mera (y difícil) “*coordinación*” entre ambos, ubicando pacientes y gasto en el lugar que les corresponde, probablemente mediante la *integración* de determinados servicios.

Por las razones expuestas, sin afán de ser exhaustivo, el hecho es que la *desviación presupuestaria* es una característica común de las CCAA que han asumido las transferencias del INSA-LUD (Javier Elola).

Examinados algunos de los factores que determinan el gasto sanitario y, por ello, que pueden producir desviación de presupuestos inicialmente insuficientes, quisiera hacer algunas reflexiones sobre el segundo elemento potencialmente deslegitimador del SNS: la desafección de sus usuarios.

Las encuestas hace ya mucho tiempo que muestran una disposición favorable al dispositivo asistencial, en mayor medida si los entrevistados han utilizado sus servicios. Ignoro la evolución de los sondeos, pero me permito dudar que su opinión esté fundada en los mismos parámetros que suelen utilizar los políticos sanitarios. Los ciudadanos, en tanto que pacientes y también como contribuyentes, deberían conocer en términos inteligibles cómo funciona el SNS, qué variables se utilizan, si coinciden con sus necesidades o no, poder comparar entre diferentes ofertas de servicios. Pero, por el contrario, ni hay acuerdo sobre qué indicadores aplicar, ni los que em-

plean los responsables de los servicios de salud se corresponden siempre con los que preocupan a los usuarios.

- Las CCAA, celosas de sus competencias, y el Ministerio de Sanidad, en búsqueda de una definición dentro del conjunto del SNS, no acaban de consolidar un diálogo leal y sin complejos. Buena muestra es la discusión sobre la información sanitaria. Es preciso acordar unos indicadores fiables acerca del funcionamiento de cada servicio. No parece de recibo que el Estado carezca de datos respecto de un dispositivo público que responde al mandato constitucional de protección de la salud, o que ignore de su ámbito territorial lo que puede conocer fácilmente de otros estados de la Unión Europea. Es el garante de la igualdad de los ciudadanos en el acceso a las mismas prestaciones. ¿Cómo se puede explicar que no sea posible un acuerdo entre las CCAA y el gobierno del Estado para determinar qué indicadores y con qué periodicidad se van a intercambiar? Hay países, sin un sistema sanitario público, donde los periódicos diarios informan sobre la calidad de servicios sanitarios privados (por ejemplo, la mortalidad en distintos servicios de cirugía cardíaca). ¿Con qué argumentos pueden nuestros servicios de salud negar una información semejante?
- El sistema sanitario público no debe utilizarse irresponsablemente para la propaganda gubernamental o política. No sólo por la naturaleza de sus prestaciones sino también por su elevado coste. Los ciudadanos no pueden ser tratados como menores de edad. Y eso es lo que parece cuando leemos (está en las hemerotecas) que las transferencias van a servir para que las empresas locales puedan participar de los concursos

de suministros o de obras (¡¡!!). Tras muchos años de transferencias, hay CCAA que destacan, como logro del proceso de traspaso de competencias, que han aumentado en algo más de dos minutos la duración media de las consultas de atención primaria, o que han implantado la cirugía mayor ambulatoria o el control de las listas de espera... Se supone que la descentralización mejora la eficiencia porque permite conocer mejor las necesidades del colectivo objeto de atención. Se debería hacer un esfuerzo para concretarlas, en lugar de mantener a los servicios de salud en el limbo autocomplaciente del manejo de indicadores teóricos.

Tal vez este breve resumen parezca pesimista y sesgado. Hasta es posible

que lo sea. Desde luego no más que los artículos vacíos y reiterativos con los que algunos, no todos, políticos regionales justifican su propia existencia. Asumo la responsabilidad que me pueda corresponder de la actual situación como resultado de mi pasado de político y gestor sanitario, en la confianza de que ello no me obligue al silencio perpetuo.

Tampoco pretendo una marcha atrás al proceso transferencial, imposible a estas alturas. Se trata de hacer cambios cualitativamente significativos y orientados al paciente desde la perspectiva del mandato constitucional y en el marco del Estado de las Autonomías, trabajando con imaginación y con rigor.



La compra de servicios sanitarios en el nuevo marco del Sistema Nacional de Salud

Eduardo Martín Escobar
Subdirector General de Conciertos del INSALUD. Madrid

Tras cuatro meses de funcionamiento en el nuevo marco postransferencial del Sistema Nacional de Salud, todavía no se han explicitado las políticas aplicadas a la compra de servicios sanitarios, ya sean de provisión pública o privada, por los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas con las transferencias sanitarias recientemente adquiridas.

Durante los últimos seis años hemos trabajado en la Subdirección de Conciertos del INSALUD convencidos de las bondades del Sistema Nacional de Salud español y de su financiación pública, como expresión de solidaridad, pero también convencidos y comprometidos en conseguir para los ciudadanos (beneficiarios del Sistema Nacional de Salud) los mejores servicios en calidad y coste-eficiencia, para mejor consecución de la equidad expresada en el artículo 3 de la Ley General de Sanidad.

Desde la perspectiva que nos da haber trabajado en el desarrollo de herramientas de contratación para ofrecer a los ciudadanos aquellas prestaciones para las cuales los recursos propios eran insuficientes, inexistentes o inadecuados desde los pun-

tos de vista tecnológico-técnico, económico o social, en un determinado área, o en general, en el ámbito INSALUD, me atrevo a aportar unas cuantas reflexiones y recomendaciones que considero de interés para la compra de servicios sanitarios y la participación de la iniciativa privada en la provisión de los mismos en el Sistema Nacional de Salud.

Históricamente, en las últimas dos décadas, la iniciativa privada¹ en sanidad, en su relación con el Sistema Sanitario Público, ha tenido un papel subsidiario y muy poco complementario, con grandes oscilaciones en su relación de provisión de servicios al Sistema Nacional de Salud, a pesar de ser éste, por regla general, su cliente más importante. La escasa o nula definición de las prestaciones que se concertaban impedía fijar precios que tuvieran en cuenta los costes, conduciendo a la "subasta" en detrimento de la calidad, manteniendo precios muy bajos junto con una incapacidad de exigir calidad en el servicio. Ésto

1 Las instituciones y empresa privadas de servicios sanitarios están en gran parte constituidas por entidades sin ánimo de lucro: fundaciones, organizaciones religiosas, ...

ha determinado, salvo en honrosas excepciones, un raquitismo de las empresas sanitarias privadas, que han tenido que aprovechar nichos de demanda insatisfecha, en general en relación con técnicas diagnósticas y tratamientos especiales, con grandes dificultades para la amortización de equipos, y por lo tanto para la renovación tecnológica, impidiéndoles crecer, dificultando la adopción de programas de calidad y facilitando la picaresca en el cumplimiento de la normativa sobre incompatibilidad de los profesionales, que difícilmente encontraban en la empresa privada suficiente seguridad para la dedicación exclusiva.

La profesionalización de la gestión sanitaria, junto a las limitaciones presupuestarias a que ha llevado el crecimiento del gasto sanitario asociado al envejecimiento de la población, el desarrollo tecnológico y la intensidad de su uso, así como la maduración de los ciudadanos en sus demandas de servicios con niveles superiores de calidad y sin demoras, han determinado que las distintas administraciones sanitarias exploren iniciativas de provisión que persiguen la eficiencia en la gestión, asociada a la motivación de los profesionales y la atención más personalizada y centrada en las expectativas de los ciudadanos. Véase el desarrollo de las empresas públicas, consorcios, fundaciones, etc... Realmente, se están adoptando estructuras de empresa privada, con todas las limitaciones y salvaguardas precisas, en el convencimiento de conseguir los objetivos del Sistema con mayor eficiencia.

Las empresas sanitarias privadas han tenido que evolucionar, para poder crecer, ante las alternativas que planteaba el mercado sanitario, y tomar conciencia de que el mejor cliente era la Administración (frente a privados

y aseguradoras) siempre que los niveles de calidad fueran equivalentes a los de los centros públicos y no existieran problemas de incompatibilidad.

En mi opinión ya existe un marco de competencia y los responsables sanitarios deben plantearse donde comprar los servicios sanitarios.

Las iniciativas privadas, cuando se encuentran lideradas por profesionales sanitarios cualificados y altamente motivados, pueden obviar las rigideces del régimen laboral de las administraciones públicas y de los presupuestos y políticas de inversión de la Administración, permitiendo desarrollar técnicas de alta tecnología diagnóstica y terapéutica con una eficiencia difícil de igualar por el sistema público. Véanse las iniciativas de diversas Comunidades Autónomas, creando empresas públicas, y otras entidades que escapan al derecho administrativo, para desarrollar la prestación de procedimientos de alta tecnología, con coste de inversión elevados y necesidad de alta capacitación técnica en los profesionales que la desarrollan, más aún si se precisa de equipos multidisciplinares; como ejemplo las nuevas técnicas de radioterapia (conformada, fraccionada, intensidad modulada) y radiocirugía estereotáxica.

Los planificadores sanitarios no deben obviar los recursos privados. La redundancia de instalaciones, sobre todo si exigen importantes inversiones, favorece la obsolescencia de los equipos y la escasez de profesionales capacitados, y dificulta la constitución de equipos eficientes. Existen ejemplos de cooperación de recursos públicos y privados para un mejor servicio: diagnóstico por imagen de alta tecnología, cirugía cardíaca y hemodinámica privada con cardiología hospitalaria pública. Tanto la Ley General de Sanidad

como las diversas Leyes de Ordenación Sanitaria de las Comunidades Autónomas contemplan la integración de recursos privados (red única de utilización pública) en la atención sanitaria.

Para la compra eficiente de servicios sanitarios, los Servicios de Salud deben definir explícitamente el marco de relación con los recursos privados. Nivel de calidad exigido: no menor que el exigible en los centros e instalaciones propios, tanto en equipos e instalaciones como en profesionales y procedimientos de realización del servicio (guías y protocolos).

Flujo estimado de pacientes hacia los recursos concertados. Las "listas de espera" históricas no tienen porqué perpetuarse o evolucionar a saltos, en función de la oportunidad política o mediática, si se adecua la oferta a la demanda y se aprovechan las oportunidades que los centros privados pueden ofrecer (valles de actividad) así como la flexibilidad de los mismos en la disposición de recursos.

Debe establecerse un horizonte temporal que permita a la iniciativa privada realizar las inversiones necesarias para el mejor servicio, y que lógicamente se disponen en función de las posibilidades de amortización.

Se debe establecer un precio justo que tenga en cuenta los costes de la calidad exigida, la justa retribución de los profesionales, las necesidades de renovación tecnológica y la continuidad del servicio. Los costes de puesta en funcionamiento, ineficiencia y burocracia en los centros públicos, sobre todo en actividades complementarias, como las de diagnóstico y tratamiento o determinadas técnicas, en general, supera al beneficio legítimo de la empresa privada.

Se debe facilitar la relación de los prescriptores y los proveedores en el plano profesional asistencial, por cauces bien definidos y transparentes, que impidan las perversiones de la relación por cauces informales.

En aquellos servicios o prestaciones que no son el objetivo central del sistema –prestaciones complementarias como el transporte sanitario, o procedimientos diagnósticos o terapéuticos, de ejecución fundamentalmente ambulatoria y/o domiciliaria, como la diálisis, las terapias respiratorias, incluso la rehabilitación– y que requieren una logística específica del servicio, muchas veces muy diferente de los recursos comunes de la asistencia sanitaria, la suma de coste y margen de beneficio legítimo de la empresa privada es muy inferior al coste que supone su completa producción y gestión por el sistema sanitario público. Hoy en día ningún responsable sanitario se plantearía la compra de ambulancias y la gestión directa del transporte sanitario programado.

En conclusión, las relaciones entre las Administraciones Sanitarias, en concreto los entes con competencia en la compra de servicios sanitarios, y las empresas e instituciones proveedoras de los mismos, deben basarse en la lealtad, la coincidencia de intereses y objetivos, la transparencia y la confianza, definiendo claramente los planificadores cuáles son los espacios asistenciales que mejor pueden proveer la iniciativa privada, cuales son los espacios comunes, y cuáles deben ser de exclusivo dominio de la provisión pública, y estableciendo relaciones de colaboración duraderas, basadas en el aseguramiento de la calidad y el servicio.



La experiencia de construcción del Servicio de Salud en Catalunya

Ramón Massaguer i Meléndez
Director General del Servicio Catalán de la Salud 1995-1998

El momento en el que el modelo sanitario español alcanza su madurez, con los traspasos de servicios sanitarios a las Comunidades Autónomas que aún no disponían de ellos, es una buena oportunidad para realizar una valoración de lo que ha sido el desarrollo autonómico de la sanidad en Catalunya y cual –quizá– debiera haber sido.

En primer lugar, creo sin lugar a dudas, que no pueden establecerse comparaciones entre los distintos desarrollos autonómicos. En Catalunya, los traspasos de servicios se reciben hace ya 20 años, en un marco sociopolítico muy distinto: una democracia incipiente en el Estado, un Estatuto muy joven, y una estructura administrativa autonómica en la fase inicial de desarrollo. A partir de aquel momento, nuestro sistema sanitario ha crecido paralelo al desarrollo y a la consolidación democrática, autonómica y socioeconómica del país, con las ventajas e inconvenientes imaginables. En este sentido, los traspasos recientes nacen “con un pan bajo el brazo” no sólo por el pacto de financiación, sino además por nacer en una democracia consolidada, en un país que ha avanzado espectacular-

mente en estos 20 años, y con un dispositivo asistencial comparable al de nuestros vecinos europeos; algo que no ocurría de la misma forma hace 20 años.

La configuración del modelo

A mi entender, el desarrollo del sistema sanitario en Catalunya ha comprendido tres etapas claras. La primera a la que podríamos denominar de la configuración del modelo, fue aquella en la cual el esfuerzo estuvo dedicado a la macroplanificación (primer Mapa Sanitario), a la propia estructuración del sector proveedor propio y concertado (creación del Instituto Catalán de la Salud y creación de la XHUP –Red Hospitalaria de Utilización Pública–) y a la organización del propio Departamento de Sanidad y a la formalización de sus relaciones con el sector (primera orden de concertos). Toda esta etapa que conllevó 10 años (1981-1990) estuvo presidida por la decisión estratégica de mantener y consolidar la provisión mixta de servicios asistenciales ya existente en Catalunya, decisión y estrategia por otra parte, aún plenamente vigente.

La consolidación

La segunda etapa: la consolidación del modelo sanitario, que se inicia el año 1990, con la aprobación de la Ley de Ordenación Sanitaria de Catalunya, y que durará hasta el año 2000. Dicha ley formalizó la separación de funciones entre la provisión y la compra y financiación de los servicios, con la creación del Servicio Catalán de la Salud como ente asegurador público, responsable de garantizar la asistencia sanitaria a todos los ciudadanos. Regulando de hecho, un "mercado" diversificado, pero de financiación mayoritariamente pública. A esta ley, aprobada por consenso –un aspecto fundamental del modelo– se le debe también la agilidad en la utilización posterior de toda la diversidad en las fórmulas de gestión que el ordenamiento jurídico dispone. Ello ha permitido entre otras situaciones, adaptar las necesidades en la renovación e inversión de nuevas infraestructuras, a la realidad de esa provisión mixta, permitiendo la configuración de consorcios, empresas públicas y cesiones de gestión fundamentalmente, que permiten organizar, gestionar y/o construir infraestructuras o servicios, donde la red propiamente pública no existe o no tiene posibilidades de desarrollarse.

Quisiera considerar además algunos aspectos más intangibles pero no menos importantes, en todo el proceso y especialmente en esta etapa ya cerrada: Primero, la superación –con los años– del falso y a menudo maniqueo debate de la privatización de los servicios públicos. En la medida en que el ciudadano es ajeno a quien ostenta la titularidad del servicio que recibe, y sólo percibe y quiere percibir claras mejoras en su atención directa. Al margen que cada vez más se consolida una cultura de servicio público directo, eficaz y amable. En segundo lugar, el consenso político; en la medi-

da en que las grandes decisiones tomadas en el desarrollo del modelo han sido como mínimo convenientemente debatidas con todos los sectores implicados y en la mayoría de los casos, consensuadas. Evitando "politizar" en exceso los temas sanitarios. Y el tercer elemento también clave, ha sido la profesionalización de la gestión, iniciada ya en los 80 con gran recelo de los médicos asistenciales en aquel momento pero ampliamente reconocida y valorada positivamente en la actualidad, por lo que el debate dentro del sistema es cada vez más técnico y más riguroso (un mismo lenguaje).

Otro aspecto importante de esta etapa de consolidación del modelo consiste en el desarrollo de los instrumentos clave de la planificación sanitaria: el Plan de Salud (con tres ediciones a sus espaldas) y una de sus consecuencias: el desarrollo del Plan de servicios sanitarios y sociosanitarios; ambos productos de los 90. Con estos elementos de planificación, que enmarcan los objetivos de las relaciones entre el ciudadano, los proveedores y la administración sanitaria, coexisten aspectos propios de la madurez de los distintos interlocutores: el Servicio Catalán de la Salud desarrolla nuevos sistemas de pago y compra de servicios, pone en funcionamiento nuevas líneas de producto y establece las medidas para consolidar las redes de proveedores. Por su parte los proveedores, alcanzan un grado importante de madurez, en la medida en que introducen constantemente elementos de eficiencia en su gestión, y diversifican sus líneas de producto, apareciendo además ya proveedores multilínea.

La transformación

La tercera fase, que no comentaré con detalle, es la que empieza en el año

2000, con el posicionamiento explícito del Servicio Catalán de la Salud –Cat-Salut– como la aseguradora pública, potenciando la orientación a la demanda, hacia las necesidades de los ciudadanos, con el desarrollo de políticas nuevas de atención al cliente (abordaje de listas de espera, 061 en toda Catalunya, teléfono de información sanitaria Sanitat Respon, etc).

Las dificultades del proceso

Cuales son los elementos que han dificultado este desarrollo, o como decía al principio, lo que pudiera o debiera haber sido. En primer lugar, algo que no ha ocurrido con los actuales traspasos de servicios que sería en el caso de Catalunya la infra-dotación de los mismos. Lógicamente en el momento del traspaso, primó el interés político en recuperar cotas de autogobierno frente a un estudio riguroso y un debate lento sobre la valoración de los servicios a traspasar. Pero asumido este riesgo, decir que el gobierno de Catalunya ha tenido que renovar la mitad del parque inmobiliario en atención primaria, por la precaria situación de los servicios recibidos de la Seguridad Social; además de construir nuevos centros hospitalarios y desarrollar la red en salud mental y en atención sociosanitaria, por citar solamente aspectos relativos a la inversión. Aunque las Comunidades Autónomas que reciben ahora los servicios tienen necesidades de inversión, sin lugar a dudas empiezan su andadura en mucho mejores condiciones.

Otro aspecto remarcable reside en los efectos de los ciclos económicos, sobretodo cuando impactan sobre sistemas de financiación basados en el gasto presupuestario, como ha sido en varias etapas en estos 20 años de autonomía. Estas fases han significa-

do un peaje muy duro para los servicios sanitarios en la medida en que sólo cabría la eficiencia y el freno a las inversiones, ante el escaso crecimiento de los ingresos. Esperemos en este sentido que el nuevo modelo de financiación ya en vigor atenúe progresivamente estos posibles efectos adversos del contexto económico.

Evidentemente si de algo se aprende es de los errores que uno mismo comete y de la experiencia en ir superando etapas. En este sentido, el ejercicio de la autonomía presupone desarrollar el autocontrol, y ejercer la responsabilidad en la sostenibilidad del sistema sanitario. Por ello, la experiencia de estos años –por ejemplo– en el control de gestión y en los intentos de contención del gasto farmacéutico son claves esenciales. Sin duda alguna, éste es el gran reto que deben asumir los gobiernos autonómicos que se “estrenan” con la sanidad. Cuando el presupuesto autonómico es vinculado en un porcentaje superior al 30% por el gasto sanitario y política confusa, el comportamiento de la factura farmacéutica (por citar el ejemplo más sangrante) se convierte en un problema de gobierno; agravado por la dificultad en su control y por la indefinición hasta el momento del papel del Ministerio en la autorización de nuevos fármacos.

Como conclusión

En resumen, el desarrollo de nuestro modelo ha sido para los que hemos tenido la suerte de poder participar en él una experiencia apasionante. Y en definitiva, si algún mensaje debemos tener siempre todos presente, sería que el disfrute de la autonomía debe complementarse obligatoriamente con la autoexigencia en la buena gestión y en los buenos resultados, en salud, para el ciudadano. Asimismo

los gobiernos autonómicos tienen que concienciarse que con la asunción efectiva de las competencias sanitarias, se está asumiendo sin lugar a dudas la prestación del servicio

público más esencial, por lo que las políticas generales que venían desarrollándose, deberán adaptarse a esta nueva realidad.



Nuevos servicios de salud desde la experiencia del Instituto Nacional de la Salud 1996/2000

Alberto Núñez Feijóo
Presidente Ejecutivo de INSALUD 1996-2000

I. Análisis de situación

En 1996 y, recién iniciada su responsabilidad al frente del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), el nuevo equipo directivo de la Entidad nos planteamos, en primer término y como objetivo prioritario, la identificación de los problemas, la cuantificación de los mismos y el diseño de aquellas medidas necesarias para su corrección.

Las conclusiones derivadas del primer análisis de situación pusieron de relieve la existencia de algunas inadecuaciones e ineficiencias. Entre éstas y, a modo de resumen, puede hacerse mención a los indicadores de actividad que ofrecían una muy mejorable producción y, como consecuencia de ello, una demora media quirúrgica para intervenciones quirúrgicas de siete meses y una demora máxima superior a los 3 años en algunos casos (Extremadura y Castilla-La Mancha) y un insuficiente desarrollo de la cartera de servicios alternativos a la hospitalización; a la sensible descapitalización y deterioro del equipamiento de los centros, debido al insuficiente nivel de inversiones en los años anteriores; y a un modelo organizativo centralista y de estructuras rígidas y burocráticas,

en el que destacaban la carencia de herramientas de gestión, un predominio de la gestión del gasto frente a la gestión del coste, la inexistencia de herramientas de medida válidas y la obsolescencia de los sistemas de información sanitaria y una descapitalización importante de las infraestructuras, como consecuencia del intento de ajustar el gasto corriente.

Para una cabal comprensión de estas conclusiones es preciso tener en cuenta que en 1996, el INSALUD era la entidad responsable directa de los servicios de atención sanitaria que daban cobertura a más de 14 millones de ciudadanos y disponía de unos recursos materiales y humanos de extraordinaria importancia: 81 hospitales, 37.133 camas, 95 centros de especialidades, 994 centros de salud y 1.083 equipos de atención primaria. En esta estructura prestaban servicios aproximadamente 132.000 trabajadores. Además, utilizaba 108 centros concertados, con 21.916 camas. Su presupuesto era de cerca de 1,5 billones de pesetas y su ámbito territorial se extendía a diez Comunidades Autónomas, junto con las ciudades de Ceuta y Melilla, totalizando veintisiete provincias.

II. Innovaciones organizativas

Esta gran dimensión de recursos nos aproxima a la complejidad de la organización y gestión de la red y a la responsabilidad de su gestores para lograr la mayor rentabilidad social de los recursos sanitarios públicos, extremo éste último incompatible con un posible enfoque inmovilista basado en una gestión de "mínimos" y centrado básicamente en los aspectos presupuestarios del sistema, so pretexto de que el INSALUD iba a ser transferido a corto o a medio plazo. Este enfoque, absolutamente inadecuado, hubiera representado el someter a la entidad a una gestión "residual" por tiempo indefinido, con el consiguiente deterioro en la gestión de los servicios sanitarios y pérdida de motivación de los profesionales ante la ausencia de iniciativas y de objetivos del sistema.

Por ello, se apostó por proceder al desarrollo de actuaciones tendentes a lograr cambios estructurales y de cultura en la organización que culminaron con la elaboración de un plan estratégico, primer documento de planificación integral de la Entidad en sus veinte años de existencia. Estas reformas se dirigían no sólo a la mejora de la gestión en el ámbito sanitario, sino también al establecimiento de nuevos marcos de organización que promovieran cambios estratégicos en la organización. Se trataba, en definitiva, de consolidar y flexibilizar el sistema sanitario, objetivo que venía a dar respuesta a la necesidad de alcanzar mayores niveles de calidad y de facilitar la culminación del proceso de transferencias de la gestión de los servicios sanitarios del INSALUD.

- En un intento de sistematizar las innovaciones organizativas introducidas por el INSALUD en el período 1996/2000, se procede seguidamen-

te a resumir algunas de las principales actuaciones implementadas para la modernización y mejora de sus servicios.

- Una primera línea de actuación estaba en consonancia con el principio básico que justifica la existencia de la Administración sanitaria y que debe presidir su entera actividad, como es el servicio a los ciudadanos. A tal fin y entre otras acciones, se amplió el nuevo modelo de atención primaria a 1,4 millones de personas; se crearon equipos de soporte de atención domiciliaria; se innovó creando los primeros servicios de cirugía menor en atención primaria; se extendió a todo el territorio un servicio esencial, como es el de urgencias-emergencias, a través del 061 que sólo funcionaba en una (Madrid) de las diez Comunidades Autónomas, más Ceuta y Melilla; se implantó un plan de atención integral a la mujer; se incrementó la actividad quirúrgica; se potenciaron las alternativas a la hospitalización tradicional; y se configuró un programa de garantía de la demora quirúrgica (seguro sueco). Como consecuencia de lo anterior, se pasó de una demora media quirúrgica de siete meses, en junio de 1996, a una de sesenta y dos días, en diciembre de 1999 y a una demora máxima de varios años en algunos casos, al no superar los seis meses.
- Paralelamente se desarrolló un amplio elenco de acciones dirigidas a promover la implicación y motivación de los profesionales, en la medida en que la relación entre éstos y los pacientes es la razón de ser fundamental del servicio sanitario y eje ineludible para configurar espacios de participación, de comunicación y de información. Este planteamiento se concretó en una serie de actuaciones, entre las

que cabe destacar las relativas al incremento puntual de plantillas, a fin de mejorar la eficiencia de los recursos; las destinadas a favorecer la estabilidad en el empleo; los acuerdos para la implantación de incentivos y mejoras retributivas; y los cambios dirigidos a mejorar las condiciones de trabajo y la motivación de los profesionales.

- En cuanto a la gestión económica, hay que señalar que el eje inspirador fue el de la responsabilidad, política que permitió que no se generara déficit en la entidad en ninguno de los ejercicios cerrados en la legislatura. Ello no sólo se hizo mediante los recursos adicionales derivados del Acuerdo de Financiación 1998/2001, sino también a través de medidas estructurales que permitieron ahorros que posteriormente se reinvertieron en el sistema. Esta política de responsabilidad en la gestión económica y ausencia de déficit permitió asimismo articular nuevas relaciones con los proveedores de productos y equipamientos sanitarios y una nueva política de conciertos.
- En materia de infraestructuras, el INSALUD invirtió, a lo largo de los cuatro años de referencia, más de un cuarto de billón de pesetas en nuevas infraestructuras sanitarias y renovación de las existentes, lo que supuso un incremento del 72,4% en los tres primeros años de aplicación del nuevo Modelo de Financiación (1998/2000), sobre los tres primeros años del modelo anterior (1994/1996). Sobre ello, hay que señalar que gran parte de estas inversiones se destinaron a corregir desequilibrios territoriales en Comunidades Autónomas que históricamente habían tenido un menor gasto por persona, así como que se pusieron en marcha 146 nuevos centros de salud, se renovaron otros 44, se concluyera

o iniciara la construcción de 12 nuevos hospitales y se reformaran o ampliaran otros 62, lo que significó una renovación total del 86% de los hospitales del INSALUD o, lo que es lo mismo, la creación de una red hospitalaria completamente renovada. De este modo, el insalud se convirtió en el primer servicio de salud del Estado en incremento de infraestructuras y en el primer organismo de toda la Administración General del Estado en inversión de obras de edificación.

- El notable esfuerzo inversor llevado a cabo por el INSALUD incidió también y especialmente en la potenciación y mejora de los sistemas de información, imprescindibles no sólo para gestionar adecuadamente un organismo tan complejo, sino también para garantizar una asistencia de calidad. El esfuerzo realizado en el cuatrienio, que se tradujo en un incremento del 521% en inversiones en este tipo de tecnologías en relación con el cuatrienio anterior (de 5.449 millones en el cuatrienio 1993-1996 a 33.860 millones en 1997-2000), permitió la implantación de una Red Corporativa de Comunicaciones y la extensión de sistemas de información a todas las áreas, es decir, atención primaria, hospitales y servicios centrales.
- Tal y como se ha expuesto, el INSALUD fue capaz de realizar un esfuerzo extraordinario en sanidad y su dinamismo estaba asegurado. No obstante ello, el equipo directivo de la Entidad tenía la firme convicción de que si no se procedía a la modernización de la organización y gestión sanitaria, el esfuerzo financiero realizado no produciría por sí sólo el efecto deseado. Y ello con fundamento en que los centros de la red debían afrontar demandas cada vez más exigentes, tanto de

los ciudadanos como de sus propios profesionales, a las que el marco administrativo tradicional no era capaz de responder de forma adecuada.

En este contexto y, para dar respuesta a las expectativas y preferencias manifestadas por los ciudadanos y por los profesionales, el INSALUD inició un proceso de transformación tendente a la modernización de la organización y gestión sanitaria. Así deben entenderse la constitución de fundaciones de naturaleza o titularidad pública (similares a las empresas públicas de Andalucía y a las fundaciones de Cataluña, Galicia, Asturias); la realización de análisis internos y de planteamientos de nuevos modelos de organización ajustados a la historia y características específicas de cada uno de los hospitales; la configuración de áreas clínicas funcionales y de fundaciones de investigación; y el desarrollo integral de nuevas formas de gestión, mediante la elaboración del reglamento que contempla los entes previstos en la Ley 15/1997, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud (primera ley para todo el Estado y consensuada en las Cortes Generales por los grupos mayoritarios).

En este sentido, la dotación de personalidad jurídica y autonomía de gestión a los centros sanitarios de nueva creación y los pasos encaminados a introducir progresivamente la cultura de la gestión clínica en los hospitales tradicionales, medidas adoptadas de forma escalonada desde 1996, se dirigen a lograr un cambio profundo, que facilitara y promoviera la decisión final que no era otra que buscar la implantación progresiva de nuevas formas de gestión, presididas por una práctica clínica efectiva y basada en un uso eficiente de los recursos, fundamentales para incorporar la gestión

clínica como una forma diferente de hacer las cosas.

III. Tendencias y Orientaciones

En los últimos años, la organización y gestión de los sistemas sanitarios está sufriendo una profunda transformación, existiendo una serie de puntos convergentes en todos los países que han llevado a cabo reformas. Esta convergencia será principalmente en la búsqueda de nuevos modelos que aporten mayor eficacia y eficiencia.

Entre las concepciones emergentes, cabe destacar la orientación que preconiza la adopción de una organización competitiva, con sistemas de gestión pública de corte empresarial (obviamente, en este caso, sin ánimo de lucro) y no de gestión burocrática, según la cual para que la eficiencia se alcance es menester dotar a los centros sanitarios de personalidad jurídica propia e independiente de los institutos de salud de los que dependen, sometiendo su actividad al ordenamiento jurídico menos administrativizado, sin perder su naturaleza de entes públicos y delegando en ellos las atribuciones necesarias para obtener autonomía en su gestión.

Frente a ello, las actuales organizaciones sanitarias públicas, carentes de muchos ámbitos de autonomía, tienen serias dificultades para introducir mecanismos de incentiación a los profesionales que los vinculen a la obtención de resultados y para orientar la estructura organizativa de los establecimientos sanitarios hacia metas de mayor competitividad.

Este escenario requiere la introducción de mecanismos de competencia, en el que queden separadas la oferta y la demanda y se definan las funciones de autoridad sanitaria y provisión.

Por ello, se debe tender a la búsqueda de fórmulas que acerquen la gestión de los servicios sanitarios a los de la gestión empresarializada, en orden a configurar niveles de competencia en eficiencia asistencial entre los centros proveedores de servicios con independencia de su titularidad, manteniendo la financiación y planificación públicas y garantizando la equidad en el acceso.

Es evidente que la separación entre la oferta y la demanda no se puede conseguir sin dar autonomía a cada una de las partes, es decir, sin conceder autonomía de gestión a los centros sanitarios propios, dotándoles de herramientas de gestión similares a las de otras organizaciones prestadoras de servicios, lo que a su vez les permitirá competir con éstas en análogas condiciones, lo que incentivará el ejercicio de una gestión más eficiente y una adecuación de los servicios sanitarios a las necesidades de los pacientes. Es decir, todo tipo de proveedores de servicios asistenciales deben responder a las demandas y expectativas de los ciudadanos que los eligen.

Ya se han producido avances en este sentido, en los que deberá profundizarse en un futuro próximo. Todo ello como desarrollo de ambiciosos planes estratégicos de ámbito corporativo, diseñados por los Servicios de Salud que, aunque difieren en algunas cuestiones, muestran coincidencias en aspectos básicos, como son: la importancia de la autonomía de gestión en los centros proveedores sanitarios; el acento en la gestión clínica; la separación de las funciones de autoridad sanitaria y provisión; y la potenciación del papel del usuario como elemento decisorio.

Todas estas actuaciones, deben desembocar en la implantación progresiva de fórmulas que permitan una

autonomía real de gestión de los centros; una mayor flexibilidad organizativa; una gestión económica más ágil; la introducción de incentivos, la implicación de los profesionales en la gestión de recursos; y la descentralización de capacidades de decisión y de control en las unidades asistenciales.

En definitiva, la crisis de las formas tradicionales de gestión pública exige la búsqueda de nuevos modelos, igualmente públicos, presididos por la descentralización de la gestión, a fin de incrementar la eficacia y la eficiencia de los sistemas; introducir responsabilidad y transparencia en la gestión; y mejorar la calidad en todas sus dimensiones. Y ello para posibilitar que el sector público pueda responder de manera más flexible y estratégica a los cambios de su entorno, exigencia demandada por los ciudadanos, propietarios del sistema.

En suma, se trata de superar el enfoque tradicional que ha imperado en la organización sanitaria, en el que el mundo de la gestión y el ámbito profesional estaban alejados, pasando a un nuevo enfoque, en el que lo sustancial de la gestión sanitaria es la gestión clínica.

IV. Conclusión

La gestión sanitaria es apasionante. Mi experiencia en un servicio autónomo y luego al frente del INSALUD es irrepetible.

Los modelos de gestión sanitaria tienen necesariamente que orientarse a la eficiencia. Ello exige alto nivel de descentralización y de corresponsabilidad. El camino es la gestión clínica, dando protagonismo a los profesionales y situando al paciente, en su calidad de ciudadano, en el eje de cualquier actuación.

El cierre del proceso transferencial en materia de asistencia sanitaria tiene que ser una palanca para continuar en el camino emprendido por varios servicios de salud de incorporar nuevas herramientas de gestión y profundizar en esta autonomía, trasladando capacidades y responsabilidades a los Centros Sanitarios y Unidades asistenciales.

Pero, de otra parte, este proceso descentralizador, exige rigor en la planificación y en la asignación de recursos; y también una permanente coordinación entre todos los servicios de salud para garantizar la equidad de todos los ciudadanos en cuanto a acceso y prestaciones y la pervivencia de un único Sistema Estatal de Salud.



Los servicios de salud de las Comunidades Autónomas ante la nueva situación de descentralización sanitaria completa: un juego de oportunidades y amenazas todavía sin decantar

Javier Rey del Castillo
*Director General de Relaciones Institucionales
y Alta Inspección 1991-1996*

Diciembre de 2001 será de ahora en adelante una fecha de referencia para el sistema sanitario español. Guste o no la forma en que se ha producido el cierre del traspaso de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las Comunidades Autónomas que estaban aún pendientes del mismo (y hay muchas razones para disentir del proceso seguido), el hecho es que con ese cierre se ha producido la descentralización completa de la gestión de la asistencia sanitaria en nuestro país. Con ello se ha creado una situación nueva y distinta a la que conocíamos hasta ahora, a la vez que se han abierto nuevos campos de actuación en materia sanitaria a actores que hasta ahora desempeñaban un papel diferente, o incluso que carecían en este campo de ningún rol.

La valoración inicial de los traspasos recién efectuados hecha tanto desde el nivel central como el autonómico viene siendo en general positiva.

En primer lugar, se subraya su inevitabilidad: en una situación de capaci-

dad competencial similar¹, el mantenimiento de la gestión de la asistencia sanitaria en un porcentaje de alrededor del 40% del presupuesto, de la población y del territorio totales por el INSALUD, organismo central dependiente del Ministerio de Sanidad, resultaba falto de homogeneidad y, en consecuencia, y por razones muy diversas, claramente disfuncional.

El segundo argumento que se suele esgrimir para defender la descentralización efectuada, es el acercamiento de la gestión a las necesidades y preferencias de los ciudadanos, que, con arreglo a este criterio, se expresarían mejor a un nivel más próximo a su actividad y residencia habitual.

El tercer nivel de argumentación tiene que ver con la gestión económica:

¹ Esta situación se alcanzó con la modificación de los Estatutos de Autonomía de las diez CCAA que acaban de recibir el traspaso, como antes había ocurrido con otras, haciendo a todas ellas susceptibles de recibir la transferencia de la gestión de los servicios de la Seguridad Social.

conforme a los criterios expresados por diferentes expertos en numerosos informes, la mejora de la eficiencia en la gestión de los servicios traspasados a la gestión de las CCAA pasaría principalmente por el mecanismo conocido como "corresponsabilidad fiscal". Ésta supone la participación de las administraciones que gestionan los servicios en la obtención de los recursos necesarios para mantenerlos. Tal participación se considera que actuaría como límite de las demandas de ampliación de servicios y prestaciones, e implicaría en una gestión más eficaz y eficiente de los medios disponibles a unas administraciones que resultarían al menos corresponsables de la obtención de los recursos necesarios para mantener los servicios y, en su caso, llevar a cabo esas ampliaciones. Esta tercera razón explicaría por qué el cierre del proceso de traspasos se ha acompañado (de manera obligada, según las últimas disposiciones del Gobierno en el mes de diciembre, para garantizar el cierre simultáneo de ambos procesos) de una modificación del sistema de financiación autonómica y sanitaria. Del nuevo sistema se ha discutido por algunos analistas el grado de corresponsabilidad fiscal alcanzado con su implantación; pero, en todo caso, no cabe duda de que ha supuesto la integración prácticamente indiferenciada de la financiación sanitaria en el marco de la financiación autonómica general.

Los argumentos expuestos coinciden todos ellos en señalar las ventajas de la **descentralización**. Sin embargo, el desarrollo de ésta y, con ello, la ampliación de las responsabilidades de las CCAA en las materias sanitarias, **introduce en la gestión del sector otros elementos de los que es preciso ser consciente:**

1) El primero de ellos, una marcada **tendencia a la autosuficiencia asis-**

tencial por parte de cada uno de los Servicios de Salud.

En el período transcurrido desde el traspaso, sólo la Comunidad Autónoma de La Rioja, en un nuevo proyecto de Ley de Salud, ha puesto de manifiesto, aún sin precisar los mecanismos para hacerlo, su intención de resolver las carencias de su propio sistema asistencial con el acceso a los recursos sanitarios públicos de otros territorios.

Aunque por parte de otras CCAA se han previsto diferentes pactos bilaterales para atender a pacientes de algunas de ellas en los centros de otras, varias de las propias Comunidades firmantes de esos pactos se han apresurado a hacer públicos proyectos de nuevos centros y servicios sanitarios cuya adecuación a unos parámetros de planificación sanitaria racionales resultarían muy discutibles, por lo que cabe suponer que han sido razones de carácter local las que han inducido su presentación.

Otra manifestación de esta tendencia a "encerrar" la atención de los ciudadanos de cada Comunidad Autónoma en los límites geográficos de su territorio, definido sobre todo con criterios políticos, son las propuestas que se han formulado para establecer a nivel regional tiempos máximos de espera para los servicios prestados en el ámbito público en el territorio propio, cuya superación abriría la posibilidad de acudir a servicios privados del propio o de otros territorios, con cargo a la financiación pública regional.

El atractivo electoral inmediato que pueden proporcionar ofertas como las citadas desconoce, sin embargo, algunos aspectos básicos de la organización de los servicios sanitarios y de su aplicabilidad a la realidad concreta de las CCAA españolas: algunas

de ellas no agrupan en su totalidad o en algunas de sus áreas una población suficiente como para proporcionar ciertos aspectos de la atención sanitaria con mínimas garantías de calidad, la cual viene determinada en buena parte por la superación de unos umbrales mínimos de actividad.

Los planteamientos de ese carácter dejan también al margen que uno de los instrumentos básicos de eficiencia en los servicios sanitarios son las economías de escala, cuyo desarrollo tiene poco que ver con el establecimiento artificial de límites territoriales superpuestos; esta cuestión tiene, además, manifestaciones concretas en el desarrollo histórico de los servicios sanitarios españoles: el diseño y la distribución de algunos de ellos se realizó en diferentes casos teniendo en cuenta la atracción espontánea de los pacientes de ciertas áreas por otras que, como resultado de la nueva división del país en CCAA, han terminado por depender de CCAA distintas. Por su parte, el criterio de la pertenencia a una misma comunidad política regional entra muchas veces en contradicción, en especial en CCAA extensas, con la atracción sobre los pacientes que ejercen realmente algunos servicios sanitarios, e incluso con su proximidad geográfica. En este sentido, no se ha demostrado de manera fehaciente que las preferencias reales de los ciudadanos en el caso de los servicios sanitarios se guíen principalmente por criterios de pertenencia regional, por mucho que desde el punto de vista político se estén pretendiendo utilizar como instrumento de identificación.

2) El segundo elemento introducido en la gestión de los servicios sanitarios por la descentralización es un **grado más elevado de politización**.

Se trata de un elemento que se ha reconocido igualmente en otros paí-

ses en los que han tenido o están teniendo lugar procesos de descentralización sanitaria. Aunque la característica peculiar de nuestro país es que, a diferencia de otros países, como consecuencia de la multiplicidad de gobiernos de nivel regional y las condiciones de algunos de ellos, la titularidad de los gobiernos central y autonómicos corresponde a partidos de orientación política distinta; lo que da pie también a que este área se convierta en un terreno de confrontación, en el que el balance entre intereses regionales y de partido puede ser distinto al que se ha alcanzado en otros países.

Las razones para que la descentralización provoque esa mayor politización de la gestión son diversas: de entrada, una vez traspasada la responsabilidad de la gestión de la asistencia sanitaria, el presupuesto de este área es la parte proporcionalmente más importante (entre el 30 y el 40%) del presupuesto global de cada Comunidad. Una partida de gasto tan importante difícilmente puede escapar al escrutinio político pormenorizado de su gestión. Pero, a la vez, y como consecuencia de ello, es previsible que los problemas de gestión de los servicios sanitarios pasen a adquirir una naturaleza distinta, convirtiendo las cuestiones técnicas de la gestión de los servicios sanitarios, incluso las concretas o de carácter anecdótico, en motivo de debate político en los parlamentos autonómicos correspondientes, que ejercen de esa manera su propia función de control.

Por otra parte, la mayor proximidad de la representación autonómica a sus ciudadanos es también previsible que haga a aquélla más sensible a los grupos de interés más potentes en cada territorio, lo que puede facilitar una mayor atención a las demandas de esos grupos. La experiencia de las

propuestas de ampliación de las prestaciones sanitarias formuladas desde distintas administraciones autonómicas incluso antes de que se completase el proceso de descentralización puede servir de ejemplo de ello. A partir de la aceptación de esas propuestas en un ámbito territorial concreto, la tendencia a la igualación al alza entre las administraciones regionales (ninguna puede ser o dar menos que las restantes), incluso aunque se establezcan mecanismos de coordinación de las actuaciones autonómicas, puede servir de vía de satisfacción de demandas cuya atención hubiera pasado por mayores dificultades si hubieran tenido que ser filtradas con un grado mayor de centralización.

Un último aspecto de la "politización" de la gestión secundaria a su cesión a las Comunidades Autónomas es el grado de profesionalización de los gestores sanitarios. Como la propia experiencia de los meses pasados ha demostrado, la tendencia que se deriva de la descentralización es el nombramiento o sustitución de los gestores sanitarios por otros afines al partido que gobierna en cada territorio autonómico. La afinidad política es el criterio determinante de los nombramientos, al menos en los niveles más significativos (y de mayor nivel retributivo), con independencia de la valoración del grado de competencia de cada gestor. La repetición de estos procesos cada vez que se produce un cambio de gobierno, y la ausencia de un "cuerpo" uniforme (y, por tanto, con un grado de, al menos, coordinación y homologación entre las distintas administraciones autonómicas) suponen una rémora importante para acercarse a una cada vez más demandada "profesionalización" de la gestión sanitaria, y a su necesaria estabilidad.

3) El tercer elemento a incorporar a la valoración de los efectos del proceso

descentralizador es la **tendencia a la diferenciación** y, con ello, la **diversificación de las formas de gestión** de los servicios sanitarios.

Así como en otros países, de los que el Reino Unido es el ejemplo más evidente, las iniciativas para introducir "mercados" sanitarios de uno u otro tipo y, con ello, modificaciones en las formas de gestión de los centros sanitarios públicos, partieron del gobierno central, en una situación básicamente caracterizada como de centralización de la gestión del NHS, en España el camino seguido ha sido distinto.

Las distintas iniciativas en esa línea lanzadas desde el Gobierno central, concretadas de manera especialmente clara en las normas desarrolladas por el Partido Popular tras su acceso al Gobierno, tropezaron con diversas dificultades, derivadas de la oposición fundamentalmente protagonizada por algunos sectores sindicales y, sobre todo, de la falta de apoyo de los sectores económicos del propio Gobierno, ante los que, a la vista de algunas experiencias preliminares, no se hicieron evidentes las ventajas de las nuevas formas de gestión promovidas.

En esa situación, el traspaso de la responsabilidad de la gestión sanitaria a la totalidad de las CCAA ha supuesto facilitar la implantación de nuevas modalidades de gestión, tanto para su aplicación a los nuevos centros que se han ido creando como, en algunos casos más limitados, a algunos ya existentes. Por otra parte, la tendencia a introducir nuevas modalidades de gestión, conforme a lo descrito en otros trabajos anteriores, no parece haber tenido ninguna relación con diferentes realidades en cuanto a propiedad o condiciones de funcionamiento de los centros de cada territo-

rio. Por el contrario, se ha podido constatar de manera uniforme la previsión de introducir nuevas formas de gestión en todas las leyes sanitarias de las CCAA desarrolladas a partir de 1990, año en el que Cataluña abrió esa posibilidad por vez primera en su Ley del Servicio Catalán de la Salud. Esa previsión ha afectado a todas las CCAA que elaboraron normas a partir de esa fecha, con independencia de que en el momento de hacerlo hubieran o no recibido la transferencia de la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, el proveedor principal.

La característica más destacada de esas nuevas modalidades de gestión es la multiplicidad y diversidad de las fórmulas a las que se han acogido, sin que existan valoraciones claras de las ventajas de unas u otras, ni limitaciones reales para esa diversificación que pudieran derivarse de la observación de las normas estatales promulgadas antes de completar la descentralización, supuestamente para introducir un cierto orden en el proceso. Otra característica que puede deducirse de un análisis general de ese proceso es la posibilidad de asimilar la "patente" de algunas de las nuevas modalidades de gestión a determinadas CCAA, aunque en otros casos modalidades diversas coexisten en el ámbito de una misma Comunidad.

Uno de los pocos efectos claramente demostrados de la introducción (siempre incompleta y condicionada por otros factores) de ciertos niveles de competencia y "mercados" sanitarios y nuevas modalidades de gestión de los centros en otros países ha sido el aumento de los costes de administración del sistema sanitario correspondiente. Por el contrario, con las evidencias recogidas acerca de la supuesta mejora de la eficiencia global del sistema que debería derivar de la

implantación de esas medidas, no se ha demostrado que con las mejoras que se hubieran producido realmente se pudiera siquiera compensar el aumento de esa parte del gasto.

La diversificación de las modalidades de gestión de los centros dificulta también el control del funcionamiento de los mismos, dado que las formas de control tanto económico como sanitario susceptibles de aplicación a las distintas modalidades de gestión son también diferentes. De esa diferenciación apreciable desde el punto de vista técnico se deriva también una mayor dificultad para determinar los mecanismos de exigencia de la responsabilidad social y política (resumibles en el término inglés de "*accountability*", para el que carecemos todavía de una palabra española que responda adecuadamente al concepto) de la gestión de los centros, que es otro elemento imprescindible para contribuir a su mejora y, con ello, al uso más adecuado del dinero público comprometido en la atención sanitaria.

4) El último elemento introducido por la descentralización que se quiere destacar aquí es la **modificación de los instrumentos de gestión** de los servicios sanitarios disponibles.

El concepto de instrumento de gestión que se utiliza en este caso es amplio, y abarca desde el estatuto del personal que rige las relaciones laborales, hasta los sistemas de compras de material diverso, o los mecanismos de control de la prescripción farmacéutica, siendo esta última la partida de gasto más desviada en nuestro país de lo que debería suponer en términos porcentuales.

La característica común a todo ello es ante todo la desaparición de instrumentos comunes de gestión en cualquiera de las áreas analizadas, que

han ido siendo sustituidos paulatinamente, incluso antes de cerrar el proceso descentralizador, por instrumentos particulares de cada una de las CCAA².

Lo llamativo de ese proceso es que no admite comparación con la utilización de instrumentos comunes en cualquiera de los ámbitos citados por parte de cualquier holding de empresas de gran tamaño, que utiliza las economías de escala y el aumento del poder derivado de la concentración de su capacidad económica para obtener los mejores beneficios para su propia gestión. Producida una descentralización como la que se ha llevado a cabo, cada Comunidad Autónoma se ve obligada a establecer sus propios sistemas de incentivos para el personal, sus sistemas de compras (que, además, tienden a descentralizarse más aún, hasta el nivel de los centros), o sus mecanismos de control, de manera independiente, perjudicando con ello lo que resultaría aconsejable desde el punto de vista estricto de la gestión.

Muchas de las circunstancias descritas pueden coincidir en poner en cues-

tión (a través de un aumento ineficiente del gasto que comprometa la sostenibilidad del sistema sanitario en su conjunto, pero también mediante la dilución de una responsabilidad única y clara del mantenimiento de la protección sanitaria) los principios básicos de equidad, gratuidad en el acceso y universalidad que han venido rigiendo, al menos como aspiración, esta parcela básica de nuestro Estado de Bienestar.

En esa situación, no es extraño que el centro del debate político sanitario lo ocupe en el momento actual el diseño de instrumentos eficaces de coordinación y cooperación sanitaria (dos conceptos no idénticos, con contenidos de imposición o voluntariedad diferentes, correspondientes a una distinta interpretación de las competencias sanitarias de unas y otras administraciones) e incluso la elaboración de una norma orientada a los mismos fines. El análisis de las posibilidades teóricas y las propuestas formuladas sobre esas materias debe dejarse aquí, sin embargo, para un debate posterior.

² Ejemplos claros del escaso interés aplicado en mantener la coordinación en estas áreas son la falta de desarrollo del Estatuto marco del personal sanitario, que ha dado pie a desarrollos diversos por parte de diferentes CCAA, cuyo efecto común es dificultar la movilidad del personal: o el nulo desarrollo realizado de una política común de compras y contratos que la Ley General preveía que debería desarrollar el Consejo Interterritorial.



La construcción de los nuevos servicios de salud

José Simón Martín
Director General de INSALUD 1986-1990

Partiendo de la premisa básica de que todos los ciudadanos compartimos al menos, el deseo de mejora de nuestro sistema sanitario, desearía presentar algunas reflexiones sobre la situación actual de este sistema y que en la medida de lo posible puedan contribuir a animar el debate que ha planteado esta revista desde su primer número.

Estas reflexiones, como no podía ser de otra manera, tienen un carácter personal y están en parte basadas en la experiencia de cuatro años al frente del INSALUD, en un período rico en innovaciones dirigidas a la modernización del sistema sanitario, que todavía perduran: la tarjeta sanitaria, el CMBD, la introducción de sistemas de clasificación de pacientes, la introducción del análisis de coste (programa SIG-NO), la necesidad de conocer la opinión de los ciudadanos y el personal sobre el funcionamiento del sistema, los sistemas de coordinación de urgencias mediante el 061, el enfoque hacia la gestión de la calidad, etc.. Así mismo, en este período se establecen una serie de medidas de políticas sanitarias, que siguen teniendo un impacto fundamental en el funcionamiento del sistema, como fueron entre las más

importantes: la universalización de la asistencia sanitaria, el Decreto Ley sobre retribuciones del personal, el cambio en la financiación de la sanidad, o el Real Decreto en el que se define el Reglamento General sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los hospitales gestionados por el INSALUD.

En este artículo y por razones de brevedad sólo nos referiremos, a dos aspectos del sistema sanitario que consideramos los más importantes y partiendo de la premisa de que el sistema sanitario público funciona bien a grandes rasgos, pero que necesita adaptarse a los nuevos cambios para que, los principios en que se fundamenta puedan mantenerse por el bien de los ciudadanos.

Las carencias de una visión de sistema en el Sistema Nacional de Salud

Una vez realizadas las transferencias a todas las Comunidades Autónomas, se echa en falta una visión de la organización sanitaria en su conjunto como un sistema, en donde las partes que lo componen están interrelacio-

nadas entre sí para formar un todo único que llamamos sistema sanitario, que dispone de unas metas y dirección comunes, con la finalidad de conseguir la optimización del sistema y no de cada una de las partes, en su misión de mejora de la salud de los ciudadanos con la más alta calidad posible y eficiencia.

De hecho, si nos referimos al Sistema Nacional de Salud, esta visión de sistemas falla de forma estrepitosa y así lo demuestra el hecho de que un gran número de Servicios Regionales de Salud establezcan como uno de sus objetivos más fundamentales el de ser autosuficientes, cuando dicho objetivo puede ir en contra de la optimización de los recursos de todo el sistema. Dentro de esta visión de sistema, echamos en falta la escasez de iniciativas tendentes a la cooperación entre Servicios Regionales, o las polémicas surgidas en torno a la necesidad de disponer de un marco claro en la distribución de autoridad y responsabilidad dentro del sistema, las reticencias en disponer de unos mínimos sobre estructura de información comunes, o la transparencia sobre el rendimiento de cada Servicio, lo cual ha impedido por un lado, establecer una política y estrategia a nivel de todo el Sistema Nacional de Salud y por otro, la definición de las metas comunes que se desean conseguir.

La potenciación de la visión de sistema es por tanto, el elemento básico para poder transformar nuestro Sistema Nacional de Salud en una organización del siglo XXI. Para conseguir dicho enfoque en la práctica, es necesario en primer lugar que los dirigentes lideren y se comprometan de forma visible en dicha dirección, definiendo de forma clara las misiones de su Servicios y que éstas estén alineadas con la del Sistema Nacional de Salud, e incrementando la interrela-

ción entre las estructuras internas de cada Servicio y entre los Servicios Regionales, haciendo de la cooperación, coordinación y transferencia de conocimientos una meta permanente.

Las amenazas en la viabilidad del Sistema Nacional de Salud

La amenaza más importante a la que está sometida la viabilidad a medio plazo del Sistema Nacional de Salud como actualmente lo conocemos, es el incremento del gasto de la prescripción farmacéutica. No existe la menor duda de que los medicamentos constituyen una parte integral del sistema sanitario, por su papel indiscutible en el tratamiento y prevención de enfermedades, como en la mejora de la calidad de vida de los pacientes, sin embargo, de no reducirse su porcentaje en el gasto sanitario total, el sistema será inviable en un período inferior a 10 años.

Para corroborar la anterior afirmación sólo basta con observar la evolución de los grandes apartados de gasto: personal, bienes corrientes, inversiones y prescripción farmacéutica

Componente del gasto en % del total	Presupuesto liquidado (1990)	Presupuesto inicial 2002
Personal	50,9	45,0
Compra de bienes corrientes	24,0	26,0
Inversiones	4,5	4,0
Prescripción farmacéutica	18,9	23,1

Dado que el porcentaje que se presenta en la tabla para el 2002 se refiere al presupuesto inicial, es posible que al terminar el ejercicio se incremente ligeramente el correspondiente al gasto farmacéutico, a tenor de la evolución en el gasto mensual que está teniendo este componente.

Los efectos que ya está provocando este elevado porcentaje del gasto farmacéutico, es la reducción del crecimiento del propio sistema sanitario, la imposibilidad de incrementar las retribuciones del personal (entre las más bajas de la Unión Europea), o el desarrollo de la capacidad de innovación.

El gran reto para los próximos años no es mantener este porcentaje, sino como lograr reducirlo para que el Sistema Nacional de Salud pueda mejorar su funcionamiento, e incrementar la satisfacción de los ciudadanos y el personal.

Las otras grandes amenazas son el envejecimiento de la población, la introducción de nuevas tecnologías, fenómenos suficientemente bien estudiados como para no detenernos en su desarrollo.

Por último quería señalar un fenómeno actualmente emergente pero que, en los próximos años puede tener una gran influencia en el incremento de la demanda de servicios y en la conformación de prioridades dentro del sistema. Este fenómeno es el de la emigración, el cual está generando un incremento en la demanda y la presencia de patologías hasta ahora no tratadas por el sistema.



La sanidad española tras las transferencias

José Luis Temes Montes
Subsecretario de Sanidad 1994-1996

Aunque mi intención es hablar de presente y de futuro parece obligado hacer alguna referencia al pasado.

Soy de los que cree firmemente que el sistema sanitario en España ha avanzado de una forma sustancial en los últimos 15 años en todos los campos. La decisión política, tomada en su día, y que dio origen a la Ley General de Sanidad consolida un sistema sanitario con unas características determinadas: financiación pública, aseguramiento único, igualdad de los ciudadanos ante la asistencia sanitaria y universalidad. También la Ley establece el Sistema Nacional de Salud y sus niveles asistenciales.

Estos antecedentes y esta voluntad política ha hecho que España cuente en la actualidad con un sistema sanitario público competitivo, de calidad y eficiente. Perfectamente comparable con los sistemas sanitarios de los países de nuestro entorno.

Dicho todo ésto que realmente es un gran logro cabría analizar dos de los aspectos que en mi opinión no se han resuelto satisfactoriamente y que por lo tanto constituyen dos de los principales retos de la asistencia sanitaria tras las transferencias a las CCAA.

Me refiero en concreto al “ensamblamiento” de los dos niveles asistenciales. Desde diciembre del año 1984 hemos visto como el denominado nuevo modelo de atención primaria se ha impuesto, ha ganado en legitimidad ante los ciudadanos y se ha dignificado en sus medios y fundamentalmente en los conocimientos de los profesionales que la desarrollan. La medicina de familia como especialidad médica y el empuje de las administraciones públicas al nuevo modelo han permitido alcanzar esta situación.

Sin embargo, es también cierto que este desarrollo de la atención primaria se ha producido en paralelo e incluso en algunos casos en competencia, con el desarrollo de los hospitales, de tal forma que a muchos usuarios del servicio público de salud les cuesta reconocer en su paso por el sistema que atención primaria y especializada forman parte de una misma empresa.

Es sin duda el momento de volver a discutir, como ya se hizo a mediados de los años 80 sobre la gestión del área asistencial, sobre la continuidad en la atención. Y tras este debate, ahora sí ya urgente, probablemente se irá imponiendo la idea transversal del proceso.

El segundo conflicto no completamente resuelto de nuestro sistema sanitario es la relación entre la administración, la gestión y los profesionales.

Parece difícil discutir, y sin duda debería ser motivo de autocrítica por parte de quienes hallamos tenido responsabilidad en ello, que el lenguaje de clínicos y gestores halla discurrido durante años por caminos distintos y, en muchas ocasiones, contrapuestos. Las causas de este desencuentro, largo y perjudicial para el conjunto del sistema, habrá de ser motivo de análisis, pero muchas de estas causas son ya conocidas.

Además de las insuficiencias formativas de los médicos en el campo de la gestión, ya sobradamente debatidas, otro motivo del desencuentro ha sido, sin duda, la incapacidad de las administraciones sanitarias para transmitir algo tan fácilmente entendible como es, que la demanda en sanidad es prácticamente ilimitada mientras que los recursos son, siempre y en todos los países, limitados. Si no gestionamos adecuadamente los recursos disponibles, pondremos en grave riesgo el mantenimiento de nuestros sistemas de salud.

Parece claro que en los últimos tiempos y poco a poco se han producido algunos cambios importantes que han permitido una aproximación entre clínicos y gestores. Así, en las administraciones sanitarias ha calado la idea de que sin la participación y corresponsabilidad 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: saben que sus posibilidades de desarrollo profesional están en buena medida vincula-

das 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.

Hoy parece que estamos en disposición de abordar este asunto fundamental con éxito en nuestras organizaciones. **Nos referimos a la Gestión Clínica.**

La gestión clínica es, sin duda, el instrumento innovador con más fuerza de los que se hayan podido manejar para la transformación de los sistemas sanitarios. Y no es una moda; la gestión clínica es tan antigua como lo es el buen hacer con el enfermo. Situarla, en el momento actual, en el centro de las reformas que los sistemas sanitarios deben emprender no es más que reconocer la necesaria autonomía y responsabilidad de los profesionales como protagonistas de estos cambios.

El término GESTIÓN hace referencia al uso de los recursos, mientras que CLÍNICA es la actividad médica dedicada al cuidado de los enfermos. 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.

Otra definición de gestión clínica es la utilizada por Francisco Sevilla y que dice textualmente:

“La gestión clínica, como estrategia, pretende la responsabilización progresiva de los clínicos, especialmente los médicos, en la utilización de los recursos, y la introducción paulatina de los mecanismos de financiación e incentivos orientados a facilitarlos”.

Hoy en España hay suficiente experiencia en gestión clínica como para apostar abiertamente por ella.

Un paso más en esta línea sería vincular gestión clínica y gestión por procesos.

La Gestión por Procesos supone una herramienta más para el desarrollo de la gestión centrada en la Calidad Total. La evolución de la Calidad Total en el medio sanitario ha seguido clásicamente los pasos de desarrollo que se han seguido en el entorno empresarial. De igual forma que en este entorno los pilares básicos sobre los que se sostiene (satisfacción de los clientes, implicación activa de los profesionales y estrategias dirigidas a la mejora continua) han resultado cada vez más difíciles de alcanzar en un entorno en constante movimiento. Las necesidades de los usuarios cambian a medida que el entorno socio-cultural lo hace, los avances tecnológicos son constantes, modificando las formas de diagnosticar y tratar, así como la forma de comunicarnos y utilizar la información, las aportaciones a la base de conocimientos científicos en la que se sustenta la toma de decisiones en la práctica clínica se conforma, crece y se modifica continuamente. Este escenario hace que hacer bien las cosas que debemos hacer, en definitiva prestar los servicios adecuados en el lugar y tiempo oportuno, sea cada vez más complicado en un entorno sanitario como el nuestro, donde la universalidad y equidad son principios constitucionales básicos en el derecho a la salud de los ciudadanos.

La gestión por procesos aporta una visión dinámica hacia la mejora en la prestación de servicios considerados como fundamentales o claves en la organización centrada en los destinatarios de los mismos. Considerando destinatarios tanto los clientes internos dentro del propio proceso como los pacientes. Es decir, procura asegurar de una forma rápida, ágil y sencilla el abordaje de la prestación de servicios desde una visión centrada en el paciente, en las personas que prestan los servicios y en el proceso asistencial, en sí mismo tanto desde el punto de vista clínico como organizativo. No se trata pues de hacer bien las cosas que debemos hacer sino además pensar en cada momento para quien las hacemos, centrando las actuaciones en las necesidades y expectativas de los destinatarios del proceso, eliminando lo innecesario y buscando lo que en cada paso aporta valor añadido en la búsqueda de un resultado final que cumpla los niveles esperados de efectividad, satisfacción y eficiencia.

En resumen en el análisis que hacemos queremos decir con absoluta claridad que la evolución del Sistema Sanitario Público español en su conjunto en los últimos 15 o 20 años ha sido extraordinariamente fructífero. Al mismo tiempo también queremos señalar aquellos dos aspectos donde consideramos que se ha avanzado menos: la integración real de niveles asistenciales y la participación y corresponsabilidad de los profesionales sanitarios en la gestión de los servicios de salud. Por último, hacemos una propuesta basada en nuestra experiencia que permite avanzar sustancialmente en la resolución de los dos problemas reseñados. Esta propuesta no es otra que la implantación, paulatina y progresiva de unidades de gestión clínica y por proceso, y la universalización de la gestión de los recursos sanitarios en el Área de Salud.

La “REVISTA GESTIÓN Y EVALUACIÓN DE COSTES SANITARIOS” es una publicación trimestral de la Fundación Signo que fomenta y favorece la comunicación en el terreno de la gestión.

El objeto y fines de la Fundación son la promoción y financiación de propuestas encaminadas a mejorar la gestión y evaluación de costes sanitarios que a ser posible impliquen una actividad interhospitalaria, multicomunitaria y multidisciplinaria.

Remisión de documentos

Se enviará el manuscrito completo –texto e ilustraciones– con dos copias en soporte papel y una copia en soporte informático especificando el nombre del archivo y el programa utilizado a:

EXLIBRIS EDICIONES. C/ Infanta Mercedes, 92. 28020 Madrid.

E-mail: exlibris@dinarte.es

Documentos anexos

- Fecha de envío.
- Formulario anexo de declaración de autoría y cesión de derechos.
- Permiso de publicación por parte de la Institución que ha financiado la publicación.
- En su caso, permiso de reproducción parcial (texto, tablas e ilustraciones) de otros trabajos solicitados al autor y a la editorial responsable de la publicación.

Tipos de artículos

- **Cartas al Director:** Se emiten opiniones sobre un artículo publicado en la Revista o aportan información nueva, relevante y abreviada sobre una amplia gama de temas. El título debe reflejar con exactitud el tema central de la carta, que se encabezará con la fórmula “Señor Director”. La extensión máxima será de dos páginas de treinta líneas, una figura o una tabla y un máximo de diez referencias. El número de firmantes no debe exceder de cuatro.

- **Fundación Signo:** Trabajos de investigación o de análisis y puesta al día de las Actividades y Proyectos propios de la Fundación.
Son expresamente encargados bien por el Patronato de la Fundación bien por el Comité de Redacción a responsables de las diferentes áreas de gestión.
- **Aula de Apoyo a la Gestión:** Se divide en áreas que abarcan todas las facetas de la gestión sanitaria (médica, farmacia, radiodiagnóstico, política sanitaria, gestión de pacientes...)

- **Artículos:**

1. *Originales:* Trabajos de Investigación relacionados con la gestión y evaluación de costes en el ámbito sanitario.

Recomendaciones: La estructura del artículo será la del formato IMRAD (Introducción, Métodos, Resultados y Discusión). La extensión máxima del texto es de doce páginas de treinta líneas con 60-70 pulsaciones. Se admitirán hasta seis figuras y seis tablas y veinte referencias bibliográficas. El número de firmantes no debe exceder de seis.

2. *Originales breves:* Trabajos de investigación que debido a sus características especiales, objetivos y resultados muy concretos pueden ser publicados con mayor rapidez.

Recomendaciones: La estructura del artículo será la del formato IMRAD. La extensión máxima del texto es de seis páginas de treinta líneas con 60-70 pulsaciones. Se admitirán hasta dos figuras y dos tablas y diez referencias bibliográficas. El número de firmantes no debe exceder de cuatro.

3. *Revisiones:* Trabajos de análisis y puesta al día de un determinado tema desde la experiencia del autor y la revisión bibliográfica.

Recomendaciones: Estructura con introducción, subapartados con discusión, conclusiones y referencias bibliográficas. Extensión de veinte páginas de treinta líneas, seis tablas o figuras y treinta referencias bibliográficas como máximo.

- **Bazar de Productos:** Expositor de los productos de gestión de la Fundación, características, requisitos para su implantación y cómo conseguirlos. Deben presentarse señalando las pautas requeridas en el formato diseñado para ello www.fundacionsigno.es

Presentación y estructura de los trabajos

El autor/es debe presentar el original mecanografiado a doble espacio en todas sus secciones (incluidas citas bibliográficas, tablas, pies de figura y notas a pie de página) en folios DIN-A4 configurados con márgenes superior e inferior de 2,5 cm. (treinta líneas de 60-70 pulsaciones) y numerados correlativamente en la parte inferior central.

Cada sección del manuscrito empezará una página en el siguiente orden.

Título

Título completo (en español y en inglés), nombre completo y dos apellidos de los autores, nombre y dirección completa del centro de trabajo (dirección postal, número de teléfono, fax, e-mail).

Nombre y dirección completo del autor a quien deban enviarse la correspondencia y las pruebas. Deberá adjuntarse en hoja aparte con el fin de facilitar el envío anónimo al Comité Editorial.

Resumen y palabras clave

Recomendaciones: resumen semiestructurado, máximo 250 palabras: objetivo, métodos, resultados y conclusiones.

El número de palabras clave oscilará entre tres y cinco y deberán tener su correspondiente descriptor en el tesoro MESH (Medical Subject Headings) de las bases de datos de la National Library of Medicine.

En hoja aparte se escribirán la traducción del resumen y las palabras claves al inglés, incluyendo el título del trabajo.

Texto

- *Introducción:* Breve descripción del objetivo del trabajo.
- *Método:* Descripción de los mismos en detalle para que puedan ser evaluados y comprobados por otros investigadores.
- *Abreviaturas:* *Mínimas posibles, las poco comunes definidas en su primera aparición.*
- *Resultados:* expuestos de una forma clara y concisa, con el mínimo necesario de tablas y figuras, evitando la repetición de datos en el texto y en las figuras y tablas.
- *Discusión:* Se comentarán los aspectos novedosos e importantes del estudio y las posibles repercusiones de los resultados.
Se relacionarán las conclusiones con los objetivos del estudio, evitando afirmaciones poco fundamentadas y no suficientemente avaladas por los datos.
- *Agradecimiento:* En este apartado se citará con autorización previa a las personas que han colaborado en la realización del trabajo y a las entidades que han prestado ayuda material y financiera.

Citas bibliográficas

Las citas bibliográficas se identificarán en el texto mediante números arábigos volados y en orden correlativo.

Las comunicaciones personales y los datos no publicados no deberán aparecer en la bibliografía (se pueden citar entre paréntesis en el texto).

Los nombres de las revistas deberán abreviarse según la List of Journals indexed de la National Library of Medicine, URL:
<http://www.nlm.nih.gov/PubMed/jbrowser.html>

El formato de las referencias bibliográficas será el normalizado por el Grupo de Vancouver: en inglés URL: <http://www.icmj.org//index.html>; en español, URL: <http://www.exlibrisediciones.com>

Tablas

Deberán escribirse a doble espacio en hojas separadas con número arábigo y un título en la parte superior y las notas explicativas al pie. Se admitirá un máximo de seis tablas.

Ilustraciones

Bajo este epígrafe se agrupan las fotografías, gráficos y esquemas con una numeración unificada. No contendrán datos repetidos en el texto.

La publicación de diapositivas y fotografías será en blanco y negro. Las fotografías de objetos y microfotografías incluirán una regla para calibrar las medidas. Los símbolos y flechas utilizadas para orientar al lector contrastarán con el fondo. En una etiqueta adhesiva al dorso se incluirá la numeración, el nombre del primer autor y una flecha que indique la parte superior. Se admitirán un máximo de seis figuras.

Información adicional

- La revista Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios dará acuse de recibo de los trabajos remitidos que serán revisados por el Comité de Redacción. La remisión de un artículo a la revista para su valoración implica una cesión de derechos de reproducción a la editorial.
- El Comité Editorial decidirá en qué sección se incluye el trabajo remitido y podrá solicitar a autores los artículos de revisión.
- Cuando alguno de los trabajos se considere de gran interés por su actualidad o contenido, el Comité de Redacción se reserva el derecho de someterlo previo acuerdo con los autores del mismo a "revisión por pares" con el fin de hacer resaltar su relevancia.
- El autor recibirá cinco ejemplares de la revista después de su publicación. En caso de desear mayor número de ejemplares deberá comunicarlo por escrito a la editorial al remitir las pruebas corregidas.
- Los juicios y opiniones expresadas en los diferentes artículos publicados son del autor (es) y no necesariamente coincidentes con las del Comité Editorial. Tanto éste como la empresa editora declinan cualquier responsabilidad al respecto.
- Ni el Comité Editorial ni la empresa editora garantizan los productos o servicios anunciados en la revista ni las afirmaciones realizadas por el fabricante o responsable de los mismos.
- En caso de no aceptación el Comité Editorial informará al autor de los motivos de su decisión.

Declaración de autoría y cesión de derechos

Acerca del manuscrito titulado.....
.....
.....

Remitido para su publicación a la revista *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios*, sus autores abajo firmantes declaran:

- Que es un trabajo original
- Que no ha sido previamente publicado
- Que no ha sido remitido simultáneamente a otra publicación
- Que todos ellos han contribuido intelectualmente en su elaboración
- Que todos ellos han leído y aprobado el manuscrito remitido
- Que en caso de ser publicado el artículo transfieren todos los derechos de autor a la Fundación Signo, sin cuyo permiso expreso no podrá reproducirse ninguno de los materiales publicados en la revista
- Que convienen que la Editorial, el Comité de Redacción o el Comité Editorial no comparten necesariamente las afirmaciones que manifiestan los autores del artículo.

A través de este documento Exlibris Ediciones S.L. asume los derechos para editar, publicar, reproducir, distribuir copias, preparar trabajos derivados en papel e incluir el artículo en índices nacionales e internacionales y bases de datos en soporte electrónico.

Firma	Nombre	Fecha
Firma	Nombre	Fecha
Firma	Nombre	Fecha
Firma	Nombre	Fecha
Firma	Nombre	Fecha
Firma	Nombre	Fecha

suscripción revista gestión y evaluación de costes sanitarios club signo

Deseamos SUSCRIPCIÓN INSTITUCIONAL (150,25 euros) con derecho a 10 suscripciones personales

Entidad	CIF
Domicilio	C.P.
Población	Provincia

Adjunte la relación de las personas (máximo 10), que recibirán personalmente la revista. Éstas pueden cambiarse a lo largo del año a petición de la entidad. Utilice el formato que se indica a continuación.

Del 1 al 10	Nombre	Prof./Cargo
	E-mail	Telf. Fax

Deseo SUSCRIPCIÓN PERSONAL (30,05 euros)

Nombre	DNI
Domicilio	C.P.
Población	Provincia
E-mail	Telf. Fax
Empresa	Prof./Cargo

FORMAS DE PAGO

Domiciliación bancaria a mi cuenta

Entidad	Oficina	DC	Nº de cuenta
□□□□	□□□□	□□	□□□□□□□□□□

Transferencia a la cuenta:

0075-1352-15-0600004061 del Banco Popular. Agencia urbana 109	Identificación de la transferencia
--	------------------------------------

Tarjeta VISA o similares (datos siguientes)

Nombre	Ciudad
Fecha de caducidad	Nº Tarjeta
	□□□□ □□□□ □□□□ □□□□

Ruego que con cargo a mi cuenta atienda los recibos presentados por la Fundación Signo	Firma
--	-------

Por favor, no dude en contactar con nosotros en Exlibris Ediciones. C/ Infanta Mercedes 92. 28020 Madrid. Teléfono: 91 571 70 51. Fax: 91 571 69 13. e-mail: exlibris@dinarte.es