

- surgical site infection, 1999. *Am J Hosp Infect* 1999; 27:97-134
4. Martone WJ, Jarvis WR, Culver DH, Haley RW. Incidence and nature of endemic and epidemic nosocomial infections. In: Nbenet JV, Brachman PS, eds. *Hospital Infections*. 3rd ed. Boston: Little, Brown and Co; 1992:577-596.
 5. National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System Report, Data Summary from January 1990-May 1999, issued June 1999. *Am J Infect Control* 1999; 27: 520-532.

Un nuevo modelo sanitario para una nueva sociedad

Moreu
Gerente de Consultoría y Gestión

El modelo sanitario está vinculado al de sociedad. Esto es obvio cuando se acepta que aquél no es más que un submodelo de éste y que por lo tanto los cambios sociales han de tener su reflejo en el contexto sanitario.

Si repasamos los últimos treinta años de la historia de la humanidad identificamos con relativa facilidad los momentos significativos de cambio del modelo social, asociados a un hecho singular que marca la ruptura y que propulsa un cambio de escala de valores que en general, es parejo a una crisis económica profunda (sin ella difícilmente las sociedades pequeño-burguesas cambian de ideología) que precisa para su salida crear en algo nuevo para salir de esta crisis, lo que anima a los *mass-media* a incorporar como valor de consumo aquellas ideas que ya existían pero que hasta aquel momento sólo eran opción dialéctica pero no una guía para la acción.

En la tabla I podemos ver estas "piedras blancas" del cambio social y su relación, a los efectos de esta reflexión, con los avatares del contrato social entre el estado y los ciudadanos a través de su traducción en la responsabilidad relativa estado-individuo en el bienestar de los ciudadanos.

Estos cambios sociales se traducen en el cambio del concepto salud (más social que técnico) y en la consiguiente variación del modelo sanitario capaz de hacerlo efectivo.

De 1982 a 1986 y en el contexto de una cri-

sis económica extraordinariamente severa se pusieron los cimientos de la transformación profunda del modelo sanitario español. La Ley General de Sanidad que consagra la universalización, la reforma de la Atención Primaria (RAP) la integración de los especialistas y la introducción de elementos de gestión en los hospitales junto al inicio del proceso de transferencias a las CC.AA., fueron los hitos de estos cuatro años no siempre bien comprendidos y aceptados y tal vez ensombrecidos por las dificultades económicas, lo que trajo como consecuencia unos importantes conflictos en el sector al final de este periodo.

De 1986 a 1992 y al parir por un lado de una situación económica más favorable y por otro como exigencia de las transformaciones realizadas, se expansionó el gasto público sanitario que incluso se había reducido en proporción al PIB en el periodo anterior, se modernizaron infraestructuras y equipamientos y se avanzó de forma importante en la RAP, colocando el sistema sanitario público español a la vanguardia de los Sistemas Nacionales de Salud pese a que en el año 1991 no se hizo el caso que merecía al denostado informe de la Comisión Nacional de Evaluación (el informe del malogrado Fernando Abril Martorell), que sentó con lucidez las bases de la adaptación de la Ley General de Sanidad al nuevo orden social y que sólo la miopía dejó en la vía muerta, aunque la realidad (más tozuda que nadie) validó poco tiempo después muchas de sus iniciativas.

Del 1992 al 1996 otra vez la crisis económica y la complicada situación política del partido del gobierno junto a una muy activa y agresiva radicalización de la oposición en el ámbito sanitario y al agotamiento de las ideas e iniciativas gubernamentales, se tradujo en un incremento del déficit sin ninguna contrapartida de la mejora de los servicios.

Con la llegada de un nuevo partido a las responsabilidades de gobierno y otra vez con el viento a favor de la situación económica, fruto de la bonanza mundial que nos arrastra, se abrieron expectativas hasta ahora no materializadas de cambio. Otra vez estamos pues acumulando retraso. Bien es cierto que la sociedad española no vive con la misma viveza con que se vive en otros países las urgencias de adaptación de las piezas básicas de "su estado de bienestar" a un nuevo orden social gracias al espejismo de un hoy cuya única solidez es la del contado rabioso, pero que mantiene enormes incógnitas res-

TABLA I

	MOMENTO DE CAMBIO	1973	1989	1992/1996
MODELO SOCIAL	Signo Externo	1ª crisis petróleo	Caída muro de Berlín	1er. Triunfo Clinton (clave americana) 1er. Triunfo Blair (clave europea)
	Soporte ideológico	Las utopías del mayo'68	Pensamiento neo-liberal	Sociedad post-capitalista
	Posicionamiento ante bienestar	Estado de Bienestar (subsidio)	Sociedad del Bienestar (esfuerzo)	Estado Bienestar Tercera vía (solidaridad)
MODELO SANITARIO	Concepto Salud	OMS	Equilibrio riesgos Recursos participación ciudadanos	Equilibrio hombre con su entorno
	Modelo Sanitario	1986 Ley General Sanidad	1990 Catalunya LOSC 1991 Informe CNE	? Cambio Pendiente
	Equidad Eficacia Eficiencia	Universalización Reforma AP Planificación	Catálogo prestaciones A. Sociosanitaria Mercado regulado (separación Financiación/ Compra de Provisión)	C. Prestaciones + Tasas Estilos de vida Management Competition (separación Financiación de Compra y Provisión. Extensión Modelo MUFACE
<p>LAS GRANDES DECISIONES A ADOPTAR PARA LA REFORMA SANITARIA PENDIENTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> —SISTEMÁTICA DE FINANCIACIÓN —¿AFILIACIÓN OBLIGATORIA O LIBERTAD DE AFILIACIÓN? —CATÁLOGO DE PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD 				

pecto a su futuro sin cambios estructurales profundos que por coyunturalismo no nos atrevemos a abordar.

¿Cuáles son las claves de este nuevo

modelo sanitario que la sociedad española precisa para principios del siglo XXI? ¿Qué demanda de la sanidad una sociedad de amplias clases medias creada en el período

1982-1995 y en la que los mismos que la crearon fueron luego incapaces de dar respuesta a sus nuevas necesidades?

Tratemos de resumir a 21 desafíos para la Sanidad española de principios del siglo XXI las asignaturas pendientes (algunas nuevas pero la mayoría viejas) de un fin de siglo XX que en su conjunto desde el punto de vista sanitario no puede, pese a todo, calificarse más que de positivo en función de que la sanidad pública española es muy buena y a un coste más que razonable. Veámoslo:

1. La Sanidad no puede verse aisladamente sino que debe situarse en el contexto de la reformulación del contrato social entre los ciudadanos y el estado, alumbrando así una nueva propuesta para el fortalecimiento del estado de bienestar. La Sanidad no puede verse al margen del conjunto de prestaciones que propician la igualdad de oportunidades y que protegen del infortunio.
2. En este entorno el concepto de Sanidad ya no vale. Debemos sustituirlo por el de Salud. No nos sirve un Ministerio de Sanidad, precisamos un Ministerio de Salud virtual consonante con la finalización del proceso de transferencias a las CC.AA. y la federalización del Consejo Interterritorial.
3. La finalización del proceso de transferencia debe ser una de las prioridades del nuevo Ministerio en consonancia con un nuevo modelo de financiación de la Sanidad, situado en el contexto de un nuevo escenario para la LOFCA. No tiene ningún sentido continuar gestionando el INSALUD como si fuese para toda la vida. La Sanidad, la Salud, debe gestionarse cerca de donde viven y trabajan los ciudadanos.
4. El modelo sanitario estatal no debe seguir subfinanciado. Hay un margen de $\pm 0,5\%$ del PIB para situarnos en la media de la Unión Europea. El reparto entre CC.AA. debe hacerse en el marco de una nueva LOFCA, que permita al ser esta financiación íntegra vía impuestos, los trasvases entre partidas (educación, hay menos niños) y sanidad (hay más gente mayor). El surplus sobre el modelo estatal debe ser financiado en todo caso por cada autonomía.
5. Todos los ciudadanos españoles, vivan donde vivan, han de tener derecho a las mismas prestaciones. El surplus que puedan financiar las "comunidades ricas" no ha de lesionar el derecho a "igual nivel de salud" como utopía. Las condiciones del surplus debe ser en el terreno de lo aparente no de lo intrínseco o de la respuesta a una mayor demanda derivada de una mayor renta.
6. El eje de la política de salud estatal debe ser el Plan de Salud Interterritorial que debe servir a su vez, para definir las prestaciones comunes en función de sus objetivos.
En este Plan de Salud no deben contar únicamente las opiniones de políticos, gestores y profesionales de la Salud, si no que debe incorporarse la opinión de los ciudadanos a la hora de definir prioridades.
7. Es responsabilidad del poder político explicar a los ciudadanos hasta dónde podemos llegar con los recursos que tenemos. La pedagogía sobre las limitaciones deben hacerla los políticos, no los profesionales ni las instituciones. Esta realidad no se debe esconder y se debe buscar la complicidad de los ciudadanos para mantener un sistema público y universal.
8. Debe reformularse el Consejo Interterritorial que debe ser el Ministerio de Salud colegiado en el marco de una estructura federal, dejando para un ente gubernamental cuya ubicación debe decidirse tan sólo aquellas funciones que le asigna la Ley General de Sanidad, es decir, las "autoritas y potestas", la sanidad exterior, el registro farmacéutico, la regulación de las profesiones sanitarias y la alta inspección.
9. En el contexto de un modelo de salud que no de sanidad, debe ponerse en marcha un Seguro de Dependencia que en el caso de plantearse desde una perspectiva universal y de financiación estatal los estudios sitúan en un coste que oscila entre el 0,1 y el 0,5% del PIB según tipos de cobertura y población cubierta.
Paralelo al seguro de dependencia debe abordarse con el mismo criterio (homogeneizar las prestaciones sanitarias a todos los ciudadanos del estado) una cartera de prestaciones sociosanitaria que asegure lo mismo en este ámbito colocando el énfasis en la permanencia de las personas en el ámbito comunitario.
10. Deben ajustarse los currículums y número de estudiantes de profesiones

- sanitarias a las verdaderas necesidades. Reducir la formación de nuevos médicos y formarlos para ejercer una profesión liberal en un marco empresarial, potenciar la formación profesional de primer y segundo grado incluso para actividades asistenciales, abrir como contrapartida la enfermería a las posibilidades de la licenciatura, reformular la formación MIR enfatizando el aspecto generalista e incorporar nuevas profesiones a los equipos multidisciplinarios.
11. Paralelo a ello debe revisarse el número de especialidades médicas ajustándolas a los criterios europeos. 45 especialidades son demasiadas. Debe buscarse un equilibrio entre la superespecialización con lo que tiene de progreso en campos cada vez más estrechos, pero a la vez más profundos, y la idea generalista indispensable para la buena atención y para el logro profesional.
 12. De una vez por todas hay que ponerse serio con el gasto farmacéutico. Cambiar la política de registro de forma que estimule la investigación y no la copia, genéricos y precios de referencia son estrategias a consensuar con la industria. Dosis unitarias, márgenes diferenciales y liberalización del sector, acuerdos obligados con las oficinas de farmacia e incentivos económicos a la buena prescripción, necesidad imperiosa para incorporar a los profesionales en el propósito.
 13. Los profesionales deben de estar respaldados en su actuación profesional y esta protección a su vez debe ser una garantía para los ciudadanos. Los jueces deben aceptar la guía o el protocolo como punto de referencia para evaluar la pericia o la impericia. La responsabilidad objetiva del protocolo debe ser de la empresa y el clima social favorable a este tipo de actuación. Poderes públicos y medios de comunicación deben ser portavoces de este estado de opinión.
 14. Los Colegios Médicos deben ser garantes, a través de sus normas deontológicas, del confort de los profesionales en un marco empresarial (que asume la responsabilidad objetiva que le pertoca) que transforma la medicina arte en medicina ciencia y que obliga a colocar el principio de justicia al servicio de la equidad. Su agiornamento es imprescindible.
 15. Para ser consecuente con el modelo que implica el establecimiento de mecanismos de mercado la docencia debe ser pagada por quien le corresponde. En el caso de pre-grado la Universidad debe pagar su coste. Es cierto que si la financiación es 100% vía impuestos podría argüirse que ya es así, pero como elemento clarificador debería establecerse un convenio, Contrato-Programa Universidad-Dispositivo sanitario que fuese más allá que la normativa actual. En otro orden de cosas, debería desmitificarse la obligación de asistencia-docencia-investigación para todos los profesionales que deben centrarse en la asistencia con el propósito de ennoblecer la docencia y la investigación.
 16. Como en el caso anterior, la investigación debe tener una fuente de financiación separada y explícita. Sus aportaciones deberían aumentarse y *mutatis-mutandis* como la docencia debe desmitificarse el *impact factor* y magnificarse el "enfermo factor" destinado a la investigación dentro de los "pocos llamados" a los escogidos.
 17. La cartera de prestaciones debe ser un instrumento vivo como explicitación de cuál es la cobertura de productos y servicios que la sanidad pública ofrece a sus afiliados en contrapartida al pago de su cuota. Desde ella debe ejercitarse la selección de procesos no apropiados y de técnicas poco coste/efectivos a ser excluidos y cuáles deben ser incorporados. Como en el caso del Plan de Salud, la opinión de los ciudadanos al respecto debe completar la de técnicos, gestores y políticos.
 18. No debe romperse la cohesión social que legitima el aseguramiento público. En la medida que las clases medias desertan de ella, debido a la generalización por ejemplo de la suscripción por parte de las empresas de seguros de asistencia sanitaria para sus trabajadores, la sanidad pública puede verse reducida a la antigua beneficencia. Una cosa es la extensión del modelo MUFACE y otra cosa es la estimulación del seguro alternativo que quiebra la idea del aseguramiento único.
 19. El derecho a la protección de la salud es un derecho constitucional. La garantía de este derecho, su aseguramiento,

corresponde a los poderes públicos. Otra cosa es en lo tocante a la provisión de los servicios derivados del aseguramiento. En cualquier caso los dispositivos de provisión pública han de poderse gestionar para poder ser efectivos y eficientes y el derecho público, hecho *ex profeso* para evitar el riesgo, impide la gestión cuyo principal ingrediente es la asunción del citado riesgo. Las fórmulas posibles para ello son múltiples. Hay que tomar decisiones al respecto.

20. Un tema no resuelto es el de la salud pública imbricada con el modelo asistencial, no sólo en la protección a las personas sino también en las acciones sobre el medio y con responsabilidades compartidas entre instituciones. El horizonte de una mayor conciencia eco-social en un sentido amplio obliga a reforzar por un lado, la responsabilidad de los entes locales en el tema y de revisar por otro, la figura del APD totalmente anacrónica en el mundo de hoy.
21. No es probable la creación de un espacio sanitario europeo pero sí que las consecuencias de la Unión Europea se reflejarán en este ámbito. Desde la homologación de titulaciones hasta la recuperación de gastos incurridos en un país por cuenta de otro, hay todo un abanico de problemas sobre los cuales tomar posición.

Nuestra sanidad pública es muy buena en lo técnico y a un coste más que razonable. Todo lo construido hasta ahora está bien, no se trata pues de cambiarlo por cambiarlo sino simplemente de traducir nuestro buen modelo sanitario a las exigencias de una nueva sociedad.

La ordenación de prestaciones viene siendo un tema controvertido en todos los países de nuestro entorno, en los que los sistemas de Seguros Sociales han optado por definir las prestaciones como un listado explícito positivo ligado a mecanismos de pago por acto y los Sistemas Nacionales de Salud las definen de forma general, señalando únicamente las exclusiones. En ambos casos, al igual que ocurre en nuestro país, la cobertura de los servicios y prestaciones facilitadas a los usuarios es prácticamente universal.

En España, las prestaciones sanitarias cubiertas por el sistema sanitario público ya se regulaban en la Ley General de Seguridad Social, desarrollada por el Decreto 2766/67, y abarcaban la asistencia sanitaria por enfermedad común, accidente no laboral, maternidad, enfermedad profesional y accidente laboral. Asimismo se establecían los servicios que comprendía dicha asistencia que, en el caso de enfermedad común o accidente no laboral, incluían la asistencia médica domiciliaria, ambulatoria, en régimen de internamiento y de urgencia, así como la prestación farmacéutica y la ortoprotésica.

En el año 1991, la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (conocida como "Informe Abril") concluyó que era necesario definir con más rigor las prestaciones y servicios incluidos en el sistema de financiación pública y racionalizar la introducción de nuevas tecnologías, para asegurar un crecimiento más ordenado y seguro, adecuadamente presupuestado y distribuido de forma equitativa.

En mayo de 1992, el Pleno del Congreso de los Diputados aprobó una serie de Resoluciones relativas al Programa de Convergencia Económica. Entre ellas, la decimocuarta instaba al Gobierno a proceder a la ordenación de las prestaciones cubiertas por el Sistema Nacional de Salud.

En consonancia con todo ello, en enero de 1995 se definen las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, mediante el Real Decreto 63/95, con un objetivo doble. Por una parte, se pretendió definir con más precisión los derechos de los usuarios del sistema sanitario a la protección de la salud y, por otra, lograr la introducción ordenada de nuevas prestaciones y la revisión de las existentes mediante mecanismos de evaluación continuada.

Finalmente, cabe señalar la importancia que ha ido adquiriendo la ordenación de

La ordenación de prestaciones como garante de los derechos de los usuarios

P. Díaz de Torres, C. Pérez Mateos,
I. Prieto Yerro
*Unidad de Prestaciones. Ministerio de
Sanidad y Consumo*