
La salud pública en España. Modelos organizativos. Modelos de gestión

Julia González Alonso
Ministerio de Sanidad y Consumo

Introducción

Teniendo la salud pública entre sus funciones básicas la de garantizar prestaciones y servicios a través de la pertinente gestión de recursos y del desarrollo de las estructuras organizativas precisas, explicitar criterios para tomar decisiones en un mundo con permanente escasez de medios parece del todo imprescindible. Tarea sin embargo nada fácil, entre otras razones por la histórica rigidez de la estructura institucional española, sanitaria en nuestro caso.

Tradicionalmente la gestión en nuestro ámbito se ha venido caracterizando por una fuerte integración de la financiación y la producción/provisión de servicios.

La percepción de que este modelo no era el más adecuado, al menos en determinados ámbitos del sistema sanitario (léase en particular el asistencial a partir de la importante escalada de sus costes), viene arrastrándose desde la Ley Gene-

ral de Sanidad de 1986, la cual aunque sin entrar de manera sustancial en el tema, sí acomete la integración y coordinación de los recursos sanitarios existentes de cara a su mejor utilización.

Marco de actuación

Es la Comisión para el análisis, evaluación y propuesta de mejoras del Sistema Nacional de Salud (más conocida como “Informe Abril”) en el año 1991, la que de manera específica empieza a considerar el tema que nos ocupa, y así merece la pena destacar de entre sus elementos de análisis y al objeto de esta reunión, los siguientes:

1. La Medicina preventiva y la salud pública no tienen aún el relieve que les corresponde.
2. El Sistema público carece de una visión global y empresarial de servicio.
3. Existe una ausencia total de estructuras y mecanismos especialmente

patentes a nivel del control de gestión de los centros.

4. En los equipos directivos la responsabilidad de gestión queda diluida o anulada por la rigidez.

5. El sistema está orientado al cumplimiento de logros de función pública antes que al empleo óptimo de los recursos.

“Globalmente –comenta más adelante el Informe Abril– los instrumentos de gestión y financiación son los que peor se han adaptado a las nuevas necesidades de los servicios sanitarios modernos. La situación de monopolio estatal⁽¹⁾ en la financiación y provisión de los servicios, la política inestable y restrictiva seguida con el sector privado y la utilización de instrumentos de gestión administrativos frente a servicios muy complejos y sensibles, producen las mayores situaciones de ineficiencia”

Y continúa:

“La introducción progresiva de la separación entre competencias de financiación y compra de servicios sanitarios y las funciones de gestión y provisión permitiría una diferenciación nítida entre los principales actores del sistema y el reconocimiento de sus respectivas responsabilidades, y constituiría un requisito ne-

⁽¹⁾A pesar de iniciativas globales de gran interés, esta situación se extiende a las CC.AA., a las que se ha transferido la asistencia sanitaria.

cesario para la mejora de la efectividad y eficiencia del conjunto.”

Con estas y otras tantas observaciones diseña un escenario a partir del cual establece las siguientes recomendaciones:

Tercera recomendación

“Las reformas organizativas que se efectúen, en su caso, en las Administraciones sanitarias deberían ir estableciendo una cierta distancia entre los anteriores aspectos correspondientes al sentido de autoridad sanitaria y aquellos otros originados por la financiación y gestión de la asistencia sanitaria.”

Séptima recomendación

“Separar la financiación (pública) de la provisión de servicios (pública o privada) como punto principal para mejorar la eficiencia. Esta separación [...] permitiría introducir un cierto grado de competencia entre proveedores, de forma que fuesen premiados aquellos que presten una atención eficiente y, por otra parte, crearía las bases para ampliar la libertad de elección al usuario.”

Décima recomendación

“La Comisión recomienda la separación tajante en la formulación y aplicación de los presupuestos de asistencia sanitaria y los de prevención y promo-

ción de la salud pública [...] la importancia y trascendencia de la prevención y promoción de la salud se percibirá más claramente con unos presupuestos específicos, y estima que los instrumentos más educados para la ejecución y cumplimiento de los distintos programas de prevención y promoción pueden ser también los conciertos con unidades y profesionales, individuales o en grupo.”

Decimotercera recomendación

“[...] los hospitales y otros centros de servicios sanitarios podrían transformarse en sociedades estatales que, en su funcionamiento, quedarían sometidas al derecho privado. Esta situación haría posible la autonomía responsable de la gestión y la posibilidad y motivación para captar ingresos adicionales, sin perjuicio de controles posteriores de gasto, tanto o más exigentes que los actualmente establecidos.”

Vigesimoquinta recomendación

“Un presupuesto realista, cierto, riguroso y bien elaborado que asocie actividades y coste, debe ser el principal instrumento de gestión.”

Quinquagesimotercera recomendación

“[...] el sector público debe asegurar la prestación de servicios sin necesidad

de ser el proveedor y gestor directo, a tal fin, sería necesario animar las iniciativas voluntarias y privadas.”

En el año 1996 el Pleno del Congreso de los Diputados acordó constituir, en el seno de la Comisión de Sanidad y Consumo, una Subcomisión para el estudio de las reformas necesarias para modernizar el sistema sanitario y garantizar su viabilidad.

Esta Subcomisión articuló una serie de propuestas entre las que se encontraban las de organización y gestión, siendo una de ellas el “impulso de la autonomía de gestión”.

Se insiste en la separación de funciones, siendo de destacar la importancia que se concede al control de la calidad impulsando su mejora continua a través de un sistema general de acreditación consensuado en el Consejo Interterritorial y el estímulo a los proveedores a partir de las evaluaciones y controles pertinentes.

Actores en la gestión

Tanto desde el Informe Abril como desde las propuestas de la Subcomisión de estudio del Congreso se puede articular la siguiente caracterización de los implicados en el proceso de gestión sanitaria:

1. Autoridad Sanitaria: financiador.
2. Unidad territorial (área de salud): comprador.

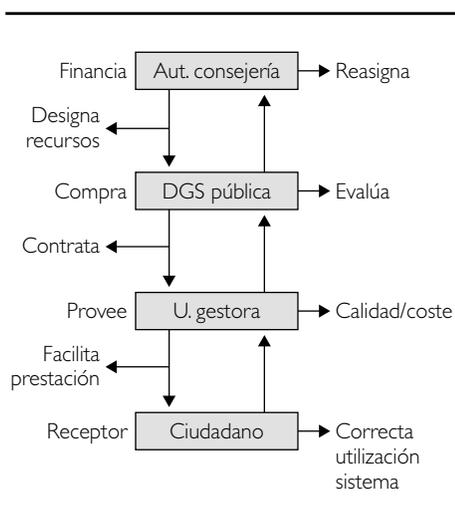


Figura 1. Marco de la gestión sanitaria.

3. Centro sanitario: proveedor.

4. Ciudadano: cliente.

Cada actor desempeñará una función específica:

1. La autoridad sanitaria como financiador dictará la normativa a seguir y asignará recursos.

2. El comprador o gestor de área contratará con los proveedores públicos o privados los servicios.

3. Los proveedores facilitarán las prestaciones.

4. El ciudadano como usuario del sistema.

En tanto el objetivo final del proceso es compartir responsabilidades, se hace necesario adjudicar a cada cual la suya correspondiente:

1. El usuario deberá asumir el compromiso de la correcta utilización del sistema (incluyendo hábitos y comportamientos en tanto origen de las patologías más prevalentes en un futuro inmediato).

2. El proveedor debe ofrecer la prestación desde la mejor relación calidad/coste.

3. El comprador debe buscar el estímulo del proveedor para conseguir las mejores prestaciones con los recursos disponibles y evaluar los resultados.

4. El financiador debe adecuar la normativa y reasignar recursos de acuerdo a las necesidades contrastadas.

Podemos con ello establecer determinado marco teórico de gestión (fig. 1).

Fórmulas de gestión

Dos han sido las formulas de gestión más utilizadas hasta el momento actual:

1. El contrato-programa como instrumento que vincula la actividad al presupuesto asignado a un centro. En este contexto el contrato se percibe como una herramienta de gestión, apoyada en la acreditación y en el control de calidad.

2. La creación de nuevas formas organizativas de gestión a través de entes interpuestos dotados de personalidad jurídica, tales como empresas públicas, consorcios o fundaciones, de acuerdo con la Ley 15/1997, sobre habilitación de

nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud.

Una asignatura pendiente

Resulta manifiesto que el elemento humano y su vinculación al sistema es de importancia capital en el proceso de gestión.

La regulación laboral del sistema sanitario español es un problema que viene entorpeciendo las nuevas fórmulas de gestión por su arcaica concepción.

Como bien comenta López Casasnovas, Catedrático de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona:

“el profesional que quiere actuar por cuenta propia, pero que quiere cobrar por cuenta ajena está en las antípodas de lo que debiera ser un sistema que se gestionara de un modo sensato.”

Existe en consecuencia una clara contradicción entre la necesaria autonomía del ente proveedor de un servicio y la relación funcional de su personal. Es preciso, sin embargo, reconocer la gran dificultad y complejidad que encierra el abordaje de esta problemática.

El momento actual puede ser el adecuado para acometer la necesaria reforma de las actuales relaciones laborales, una vez concluido el proceso transferencial del Estado a las CC. AA. y aprobadas

la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema; la Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias y la Ley 55/2003 del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

Conclusión

Podemos en consecuencia convenir que la idea central para la mejor utilización de los recursos existentes viene a establecer la separación de la financiación de la provisión de servicios, diversificando responsabilidades y compartiendo riesgos.

Los financiadores a través de contratos asignarían recursos a los proveedores.

Para la normal ejecución de todo este proceso se precisa desarrollar determinados aspectos de suma importancia:

1. Autonomía de los proveedores respecto de los poderes políticos.
2. Desarrollo de fórmulas de gestión.
3. Orientación de los servicios hacia la calidad a partir de los correspondientes sistemas de evaluación. Deberían arbitrarse fórmulas de acreditación.
4. Sistema de financiación prospectivo.
5. Protagonismo del ciudadano/usuario.
6. Abordar relaciones laborales.
7. Enfatizar la necesaria sostenibilidad del sistema.

Bibliografía recomendada

Comisión para el análisis, evaluación y propuesta de mejoras del Sistema Nacional de Salud. Informe y Recomendaciones 1991. Informe Abril.

El papel de la Salud Pública en el Sistema nacional de Salud. Mahón 20-24 de septiembre 1998.

Invertir para la salud. Prioridades en Salud Pública. Informe SESPAS, 2000.

La Salud Pública y el futuro del Estado del Bienestar. Informe SESPAS, 1998.

Segura A, et al. Las estructuras de la salud pública en España: un panorama cambiante, Gac Sanit 1999;13:218-25.