
La organización de los servicios sanitarios en las Comunidades Autónomas

Francisco Sevilla Pérez

*Consejero de Trabajo y Asuntos Sociales en Francia.
Embajada de España y Representación Permanente ante la OCDE*

El Sistema Nacional de Salud (SNS) una vez que prácticamente ha culminado su proceso de transferencias a las Comunidades Autónomas (CCAA), tiene un reto fundamental en la definición de sus órganos de gobierno y en la adecuación de la organización y gestión de los diferentes Servicios de Salud de las CCAA para dar una mejor respuesta a las necesidades y demandas de los ciudadanos y los usuarios de los servicios.

La mesa tuvo un rico debate desde la realidad concreta de cada participante, motivado por la presentación de tres realidades muy distintas. Cantabria, comunidad uniprovincial con un gran centro de referencia como el Hospital Marqués de Valdecilla, y que asumió la gestión de la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social en el año 2002. Canarias, con su compleja realidad insular, y que gestiona sus servicios sanitarios desde 1994. Por último, Valencia, con una dilatada experiencia al haber asumido las competen-

cias del INSALUD en 1987 y que en los últimos años está introduciendo como palanca de cambio en la organización una nueva financiación de los centros basada en la capitación.

Los sistemas sanitarios tienen diferentes niveles de organización y gestión: el clínico, el de los centros y el del propio sistema. Una de las características del sector en España es que el nivel de sistema se ha centrado casi exclusivamente en el Sistema Nacional de Salud, conformado por los Servicios de Salud con financiación pública, y se ha relegado el del sistema sanitario. Las razones para ello son múltiples, pero probablemente la principal sea coherente con la filosofía que impregna la propia Ley General de Sanidad que regula exclusivamente el Sistema Nacional de Salud, en el que incluye todos los servicios con financiación pública, y el sector privado se contempla sólo desde sus relaciones con el sector público.

La realidad, 20 años después de la Ley General de Sanidad, es diferente de la que ésta había diseñado; así no se han integrado las mutualidades de funcionarios, y el sector privado, en lugar de mantenerse como marginal como puede deducirse que era la expectativa de los redactores de la Ley, está consolidando su presencia en la provisión, pero también en el aseguramiento de los servicios sanitarios a los ciudadanos. La pregunta planteada de forma pertinente en el debate, ¿quién entiende de la calidad de los servicios en el sector privado?, quedó sin respuesta.

Las presentaciones y el debate se centraron en las diversas estrategias de las diferentes CCAA para dotarse de una organización coherente con su misión. Un aspecto a destacar es que la mayor parte de los Servicios de Salud se dotaron, al menos en una primera fase, de una organización mimética con la existente, el INSALUD, en las normas que los regulan. Esto tiene una explicación fácil si apelamos a la inercia; sin embargo, se imbrica mal en el concepto de pluralidad del Estado Autonómico.

La Ley General de Sanidad señala que debe haber Servicios de Salud, pero no dice nada, como no podía ser de otra manera por la propia concepción del sistema y su descentralización política, en lo que concierne a su organización y ges-

ción. El hecho de que algunas de las normas que regulan los servicios tuviesen rango de Ley, y ésta fuese específica, y por tanto estuviesen sometidas a un proceso de análisis y debate en la propia Comunidad, no ha evitado la paradoja de que una organización similar se haya considerado la más adecuada para Comunidades uniprovinciales con poca población y un gran centro hospitalario, así como para Comunidades pluriprovinciales o insulares.

En las presentaciones pudieron sentirse identificados prácticamente todos los participantes. Cantabria mostró la necesidad de asumir el impacto inicial de la transferencia y adecuar sus estructuras a una nueva realidad que, de una forma u otra, convulsionó la realidad de la Comunidad, por el servicio asumido, por el personal incorporado o por el peso económico del sector. Canarias centró el debate en su proceso de transformación desde una organización inicial similar en casi todo a la tradicional, consagrada en la Ley de Ordenación Sanitaria de 1994, a una nueva forma de hacer que tenga en cuenta la realidad de la Comunidad, que preserve las funciones de autoridad en donde debe estar la Consejería, y dote a los servicios de instrumentos para mejorar el servicio de forma eficiente. Valencia, caracterizada durante muchos años por su especificidad al haber definido su Servicio de

Salud como una unidad administrativa más, enfatizó el cambio iniciado ya en 1996 y asumido plenamente con la creación de la Agencia Valenciana de Salud en pleno funcionamiento ya desde este año, 2006, destacando el papel primordial de los Sistemas de Información y de los instrumentos de financiación, en este caso la capitación, para el cambio propuesto.

Parece que se empieza a vislumbrar una diversidad fruto, por un lado, de los desfases temporales en la asunción de competencias, de manera que aquellas CCAA con mayor tiempo de rodaje están ya en fase de cambios profundos sobre sus planteamientos iniciales y, por otro, de la capacidad legítima de adaptar la organización y gestión de cada Comunidad con los criterios que considere más adecuados. En este contexto, parece cada vez más necesario disponer de instrumentos, especialmente sistemas de información y organismos capaces de evaluar la efectividad de las diferentes prácticas. Sería dramático que en pocos años el sistema sanitario español no pudiese conocer las prácticas más efectivas o las actuaciones que aportan valor, desde un análisis objetivo, alejado de la coyuntura política o mediática de cada momento.

De forma simultánea a la reivindicación de la autonomía y la capacidad de hacer en cada Comunidad, surgió en el

debate un elemento de preocupación muy compartido, la compartimentación en elementos estancos para hacer frente a realidades comunes. El ejemplo más claro abordado fue la política de personal con un planteamiento casi unánime de buscar mejores estrategias para abordarla en un futuro. La autonomía y la plena competencia no pueden hacer perder de vista la unidad de mercado, el derecho a la movilidad y la realidad de una acción concertada de los agentes, en este caso los sociales, en los diferentes territorios, lo que lleva a negociaciones basadas en el efecto comparativo y no en la adecuación a la realidad de cada territorio e incluso de cada centro.

Temas muy relevantes surgieron en el debate en respuesta a los planteamientos de los ponentes, entre ellos la gerencia única como forma de organizar los servicios mejorando la coordinación entre Atención Primaria y los hospitales, y la financiación per cápita a los proveedores sanitarios.

La gerencia única se planteó como una necesidad inmediata cuando se financió per cápita. Así, en Valencia, la generalización del per cápita se ha realizado después del rescate del Hospital de Alzira y la nueva concesión administrativa, ahora del área que incluye la Primaria y el hospital. La impresión trasladada fue que

además de los valores que el per cápita tiene como atributos al trasladar el riesgo a los proveedores, no se ha acompañado de efectos perversos de selección de riesgos, ha potenciado especialmente el nivel de Atención Primaria y ha permitido desarrollar potentes incentivos para los profesionales.

En otras CCAA la gerencia única se ha planteado sin cambios en la financiación, y la experiencia más compartida es la de su utilidad en áreas pequeñas y su escaso valor añadido cuando se trata de áreas grandes o territorios con un gran hospital. En este debate, y muy vinculado a la transferencia de riesgo que conlleva la financiación per cápita y los efectos añadidos, se plantearon diferentes temas, muchos de ellos sin una respuesta todavía posible, constatándose la necesidad de una evaluación externa de las diferentes prácticas, que cada vez más se vislumbran como una necesidad imperiosa en el SNS para que las mejores prácticas puedan ser de utilidad para todos.

Otra área de interés fue el desarrollo de los sistemas de información considerados elementos clave en la buena gestión. Dos elementos fueron especialmente debatidos: la oportunidad y pertinencia de algunos de los sistemas que se están ofertando y la efectividad una vez implantados. En el debate planeó la duda, y en ocasio-

nes el escepticismo sobre la bondad de todo lo que en este momento está disponible, tanto para dar respuesta a las necesidades específicas de los servicios sanitarios como por su adaptación concreta a la realidad de cada Servicio de Salud. Puede señalarse que prácticamente todos los Servicios de Salud están incorporando sofisticados sistemas, muchos de ellos en fase aún de implantación, y en los que está depositada una expectativa de mejora que, sin embargo, puede frustrarse si el sistema no responde a la realidad concreta, los profesionales no incorporan el valor que las nuevas herramientas pueden aportar, y los responsables no transforman en decisiones aquello que el análisis de la información disponible aconseja.

En el debate se plantearon diferentes aproximaciones, tanto con los proveedores de los sistemas como con los profesionales, y en algún caso concreto una implementación importante y una valoración positiva por los responsables sirvió de estímulo para continuar.

La organización de los servicios sanitarios ha entrado en una fase muy dinámica y debe traducirse en mejoras en el servicio a los usuarios. En este sentido, la ambición en las propuestas debe acompañarse de la prudencia necesaria para incorporar las prácticas más adecuadas de entre las probadas.