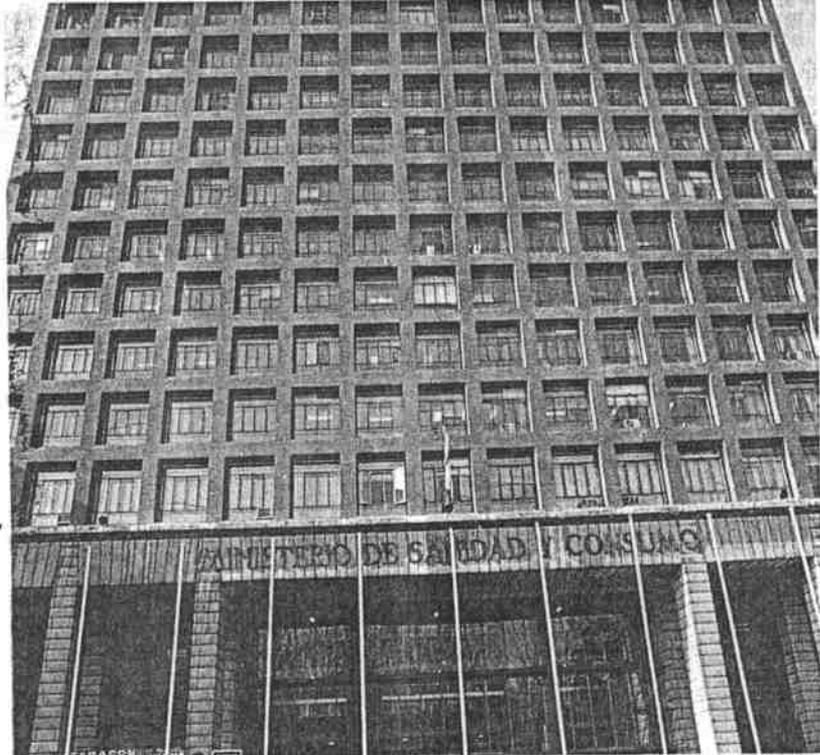


García Valverde dedicó una parte importante de su primer discurso en el Congreso de los diputados al Sistema Nacional de Salud, creado a partir de la Ley General de Sanidad. Para el actual ministro, la relación con el sector privado y la gestión de los servicios sanitarios son dos de los retos más importantes a los que debe enfrentarse el SNS en la etapa que ahora se inicia.



LA ley General de Sanidad (LGS) desarrolló un sistema sanitario público que ha sido denominado Sistema Nacional de Salud (SNS). El SNS se define como «el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas».

EL SNS basa su funcionamiento en el siguiente esquema: derecho a la asistencia sanitaria pública para toda la población y uso del servicio basado en criterios de necesidad, con gestión descentralizada en las Comunidades Autónomas. La consideración del acceso a la asistencia sanitaria pú-

blica como un bien de protección social implica su financiación pública, en contraste con los sistemas de financiación privada total o parcial. Este fue, sin duda, el gran logro de la primera legislatura socialista en materia sanitaria.

Desde la segunda legislatura hasta el presente, se han dado importantes pasos en la consolidación del SNS. Entre ellos se deben mencionar los siguientes: la extensión de la cobertura de la asistencia sanitaria pública, que en la actualidad alcanza al 99 por ciento de la población; la modificación, por la Ley de Presupuestos Generales del Estado para 1989,

de la financiación, mayoritariamente por ingresos del Estado, del SNS; la culminación, con la excepción de Canarias, del proceso de transferencias del Insalud a las Comunidades Autónomas con competencias estatutarias para asumir su gestión; y un aumento importante de los recursos destinados a la sanidad, a través de los presupuestos del Insalud, lo que se ha traducido en un notable crecimiento del gasto por persona protegida.

Estos importantes logros alcanzados hacen irreversible la consolidación del SNS. Sin embargo, es

(pasa a la pág. 42)

*Comparecencia del ministro de Sanidad ante la Comisión de política social y empleo del Congreso de los diputados (II)*

## EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

IVT POLÍTICA SANITARIA

(viene de la pág. 40)

preciso hacer una reflexión sobre los principales retos para la etapa que se inicia. Una manifestación de este hecho es la creación, a partir de una iniciativa parlamentaria, de la Comisión de Expertos para el Análisis y Reforma del SNS, sobre cuyo próximo informe el Ministerio de Sanidad y Consumo iniciará un proceso de análisis y debate con todos los sectores implicados, para llevar a la práctica las propuestas que se consideren más adecuadas.

Los grandes retos que actualmente afectan al SNS pueden agruparse, esquemáticamente, en cuatro grandes áreas:

1. De coordinación del SNS.
2. De gestión de los servicios sanitarios.
3. De relación del SNS con el sector privado.
4. De crecimiento de la demanda y definición de las prestaciones.

**Coordinación del SNS.** El Insalud ha sido transferido a las Comunidades Autónomas de Cataluña, Andalucía, País Vasco, Valencia, Galicia y Navarra. Es decir, con la mencionada excepción de Canarias, todas aquellas Comunidades Autónomas que tenían competencia estatutaria para asumir la gestión del Insalud (artículo 151 de la Constitución y asimiladas). No obstante, se debe mencionar que las transferencias a las Comunidades Autónomas han puesto de manifiesto algunas dis-

funciones, que pueden llegar a comprometer la eficiencia y la equidad del SNS. Entre estos aspectos se deben mencionar los que afectan al sistema de coordinación y al mecanismo de financiación.

Este proceso de transferencias se ha acompañado de la puesta en práctica del sistema de coordinación diseñado por el Capítulo 4 del Título II de la LGS y, en especial, por el Plan Integrado de Salud. El Real Decreto 938/1989 estableció el procedimiento y los plazos para la formación de los Planes Integrados de Salud y el Consejo Interterritorial del SNS, en su reunión de 17 de diciembre de 1990, aprobó un conjunto mínimo de objetivos e indicadores. La elaboración del Plan Integrado de Salud está, en la actualidad, sometido a un proceso de ajuste para, a partir de la experiencia, redefinir los objetivos e indicadores, de tal forma que puedan ser instrumentados por todas las Comunidades Autónomas.

El actual sistema de financiación y distribución de recursos tiene algunos problemas, los cuales han motivado, por parte de algunas Comunidades Autónomas, que se suscite la conveniencia de estudiar los principales aspectos que afectan al actual sistema de financiación y sus posibles soluciones. En todo caso, el sistema deberá atender, entre otros, a los siguientes criterios: aumento de la responsabilización de las Comu-

(pasa a la pág. 44)

«El SNS deberá atender durante los años 90 a la consolidación definitiva del modelo sanitario establecido en la LGS»

(viene de la pág. 42)

nidades Autónomas sobre la gestión financiera de sus recursos, establecimiento de incentivos a la eficiencia de los Servicios de Salud y garantías de un equilibrio interterritorial.

**El SNS como servicio público. Medidas para la mejora de su eficiencia.** El Sistema Nacional de Salud (SNS) se enfrentará, durante los años 90, a dos procesos simultáneos. Por una parte deberá atender a la consolidación definitiva del modelo sanitario establecido en la Ley General de Sanidad (LGS). Por otra, mejorar la eficacia y la eficiencia del SNS.

La necesidad de introducir reformas en los sistemas sanitarios públicos, para lograr de ellos mayores niveles de eficacia y eficiencia, es compartida por la práctica totalidad de los países occidentales desarrollados, con independencia del modelo sanitario público o de la mayor o menor intervención del Estado en el «mercado» sanitario. El «afán por la eficiencia» y la necesidad de introducir (o preservar) mecanismos de competencia aún en mercados intervenidos inspirarán el debate sobre las futuras reformas del SNS.

Uno de los aspectos que posiblemente definan mejor la etapa que se inicia es la quiebra con la actual cultura y organización de carácter administrativo de los servicios sanitarios públicos.

En la actualidad no existe una

separación nítida entre los servicios sanitarios públicos y las Administraciones Públicas de quienes dependen, confundiendo, tanto en su imagen ante la opinión pública, como en la gestión ordinaria de los asuntos. Esta situación, que en líneas generales se ha mantenido en los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, atrae para los servicios sanitarios las formas de organización y funcionamiento de la Administración Pública, las cuales siempre se adaptan bien a las necesidades de gestión en la etapa presente.

Mejorar y flexibilizar el funcionamiento del SNS como servicio público será una directriz para el Ministerio de Sanidad y Consumo. Esta directriz se fundamentará sobre dos grandes ejes de actuación: orientar los servicios hacia el usuario; y dotar a los servicios sanitarios de instrumentos de gestión empresarial.

En todos los sectores, en cualquier actividad y en la mayoría de las actividades profesionales, solemos cometer un error generalizado: proponemos y pretendemos imponer nuestro criterio como el mejor, como el más adecuado o como el único posible.

Y olvidamos, o suplantamos con frecuencia la capacidad de elección, la libertad en suma del propio ciudadano.

La necesidad de orientar los servicios sanitarios hacia el usuario debe ser cuidadosa y generosamente administrada, debe ser permeable y simultáneamente

compartida con una toma de decisiones flexible pero libre.

Probablemente, no hay mejor ni mayor libertad para el individuo que la de poder elegir su propio médico. Esta libertad de elección no debe tener mayor limitación que la de una información objetiva, precisa y cuidadosa.

En consecuencia, nos proponemos dar todos y cada uno de los pasos necesarios para conseguir la mayor libertad posible en la elección de médico por parte del usuario. Aunque soy consciente de las múltiples dificultades que ello comporta, también estoy convencido de que es tan necesario como posible. Será preciso que vayamos poco a poco pero no despacio.

Habrà, insisto, dificultades más allá de las burocrático-internas, como la necesidad de alguna clase de control de calidad que evite la aparición de mecanismos de clientelismo. La receta, difícil pero obligada, es disminuir con el déficit de información que existe tanto para con los familiares como para el propio usuario sobre el proceso y los posibles diagnósticos o tratamientos alternativos.

En último extremo, nuestra misión consiste en dar al ciudadano el servicio que objetivamente necesita —y para eso está el incuestionable criterio profesional— y el servicio o la atención que él decide que necesita: es decir, la alternativa que prefiere.

(pasa a la pág. 46)

«Las transferencias a las Comunidades Autónomas han puesto de manifiesto algunas disfunciones que pueden comprometer la eficiencia del SNS»

*(viene de la pág. 44)*

Este proceso de orientación no puede ser en consecuencia y en ningún modo, unilateral: Tan necesario es dar la información precisa como recibir la opinión y el juicio del usuario. Al fin y al cabo no podemos perder nuestro obligado punto de referencia. Las preferencias, las demandas, las exigencias del ciudadano, del consumidor son la brújula que debe conducir, o al menos modular, los comportamientos y las tomas de decisión de un Departamento de Sanidad para toda la población.

Por todo ello, estamos diseñando una batería de dispositivos de análisis para detectar las exigencias, preferencias y valoraciones del Sistema de acuerdo a la percepción de los ciudadanos.

Tratamos, en definitiva, de determinar y ofrecer unos sistemas de medición que a modo de testigos de evaluación continua sean capaces de registrar las diferentes pautas que integren la concepción global de calidad —siempre desde la percepción del usuario— para así poder, en su caso, adoptar las medidas correctoras adecuadas. Estas deberán, al tiempo, revertir al ciudadano para su informa-

ción y contraste, para que esté en condiciones de formular su propio seguimiento sobre el comportamiento del Sistema Sanitario su óptica vital más próxima.

Dicho de otro modo: vamos a poder comprobar si el grado de eficacia real, hospital por hospital o centro de salud por centro de salud, se corresponde y en qué medida con el grado de calidad que de esos centros percibe el usuario.

Dentro de la estrategia de orientar los servicios hacia el usuario, no quiero dejar de hacer mención a los tiempos de demora en la atención a los pacientes. El retraso en la asistencia es uno de los motivos más frecuentes e importantes de queja. Pero, como sus Señorías saben, las listas de espera no son más que un agregado de pacientes citados para un determinado servicio y la heterogeneidad de ese dato es un mal instrumento de gestión.

Por ello, es más correcto hablar de tiempo de demora. Estos son más largos de lo que sería conveniente a consecuencia de un desajuste de oferta frente a la demanda. Estos tiempos de demora reflejan también un problema de gestión.

*(pasa a la pág. 48)*

Por último, un aspecto sobre el que es preciso insistir, es la formación del personal sanitario dirigido a mejorar el trato al paciente. Sin embargo, el problema del trato adecuado no es solamente un problema de formación, sino de cultura de la organización, la cual, al orientar sus servicios hacia el paciente, debe incorporar como indicadores de gestión, los relativos al trato, información y tiempo de demora, incentivando a los servicios que mejor se adapten a las necesidades de sus usuarios. Sin embargo, para incentivar se precisa de una cierta flexibilidad, y esto me lleva a abordar la segunda directriz estratégica en la conformación del SNS como un servicio público.

**Dotar a los servicios sanitarios de instrumentos de gestión empresarial.** La «ideología» que soporta al funcionamiento de la administración pública es, en general, la del control de legalidad; esta es, sin duda, una fórmula pertinente para las actuaciones de carácter administrativo, pero no necesariamente para una organización que presta servicios personales y que debe guiarse por el logro de resultados. La necesidad de diferenciar nítidamente las competencias y funciones de la Administración Pública en la organización y funcionamiento de los servicios sanitarios públicos, nos lleva a revisar su estructura jurídico-administrativa (incluida

la del Insalud), para adaptarla mejor a las funciones que tiene encomendadas.

En ocasiones, se ha propiciado el debate sobre este tema planteando diversas fórmulas organizativas. Sin embargo, creo que coincidirán conmigo en que la pregunta que se debe responder es: ¿Cuáles son las características de organización y funcionamiento que pueden posibilitar un mejor servicio a los ciudadanos? Les propongo las siguientes:

— descentralización del mecanismo de toma de decisiones, propiciando las mayores cotas de autonomía de gestión de las instituciones sanitarias. Esto implica asignar a los gestores periféricos de unos objetivos y recursos claramente definidos, y establecer un sistema de indicadores de resultados en términos de eficiencia y calidad.

— dotar de una mayor flexibilidad a los servicios sanitarios públicos, para que se adapten mejor a las necesidades de sus usuarios.

— agilizar el funcionamiento de los servicios, eliminando las cargas burocráticas innecesarias.

— incentivar la eficiencia y la calidad en todos los niveles de la organización de servicios sanitarios. Esto supone también la elaboración de una estrategia para incorporar criterios de eficiencia económica en las decisiones clínicas.

Los criterios de descentralización, autonomía de gestión, flexibilidad, agilidad e incentivos al rendimiento y a la calidad, que es-

pero compartan conmigo, son complementarios a los objetivos de equidad y solidaridad que informan al SNS, al hacer más eficiente el servicio público. La estructura jurídico-administrativa, así como la organización y los sistemas de información, gestión presupuestaria, etc..., deberán dotar al funcionamiento de los servicios sanitarios públicos de las características mencionadas.

La suficiencia financiera es una condición necesaria para que puedan ser alcanzados los objetivos mencionados. Una de las consecuencias de la diferencia cada vez mayor entre presupuesto inicial y obligaciones contraídas por el Insalud al finalizar el ejercicio, es la progresiva desvinculación entre presupuesto y gasto. Esta separación entre presupuesto y gestión dificulta, en la práctica, la realización de una estrategia de gestión empresarial aplicada a los servicios sanitarios públicos.

La modernización del servicio sanitario público exige una nueva política de personal. Por una parte, se debe implicar a los profesionales en la fijación de objetivos y recursos, así como en la determinación de los indicadores de eficiencia y de calidad. Por otra, la carrera profesional no se debe entender sino como la promoción de los mejores.

Orientar los servicios hacia el usuario e introducir medidas de gestión empresarial en los siste-

(pasa a la pág. 52)

«En la etapa que se inicia habrá una ruptura con la organización de carácter administrativo de los servicios sanitarios públicos»

(viene de la pág. 48)

mas sanitarios públicos tiene una aplicación general para todos los servicios del SNS. Sin embargo, quiero referirme a una de las piezas clave de la reforma sanitaria iniciada desde la primera legislatura socialista: la mejora de la Atención Primaria.

La puesta en funcionamiento de los equipos de Atención Primaria se ha acompañado de importantes mejoras en la calidad de la asistencia (aumento del tiempo dedicado al paciente por consulta) y de la satisfacción de los ciudadanos.

El nuevo modelo de Atención Primaria integra los dos grandes grupos de actividades a los que he dedicado atención preferente en esta primera comparecencia: las actividades de salud pública (promoción y prevención) y la prestación de servicios sanitarios. La integración de los servicios preventivos y curativos es uno de los aspectos más importantes de la mejora de la atención primaria, superando la tradicional división entre estos dos tipos de actividades, que deben estar unidas si se desea tener una comprensión global, a nivel local, sobre la salud de los individuos y su entorno familiar, social y medioambiental.

El esfuerzo realizado en la extensión del nuevo modelo de atención primaria será completado en la presente legislatura, en la que se alcanzará la cobertura de toda la población.

**Subsector sanitario privado y SNS.** La LGS establece, en sus artículos 90 y 91, la utilización del sistema sanitario privado por el SNS. Sobre este enunciado se ha progresado de forma importante durante la pasada legislatura, con el establecimiento de un amplio marco de relaciones con el sector privado. Dentro de la estrategia de mejora de la eficiencia del SNS es preciso avanzar más en el establecimiento de un sistema de conciertos con el sector privado que, bajo criterios de transparencia, garantía de calidad y perspectivas de futuro, posibilite la optimización de los recursos disponibles.

El mecanismo de facturación basado en el pago por proceso responde a los criterios de incentivo a la eficiencia y garantía de calidad, por lo que puede ser una filosofía a incorporar progresivamente en el sistema de conciertos con el sector privado. El convenio singular recientemente firmado con la Fundación Jiménez Díaz contempla la introducción de este sistema de facturación.

Dentro del análisis de las relaciones del SNS con el subsector privado, no quiero dejar de referirme al dispositivo sanitario vinculado a la medicina laboral. Es decir, a las empresas colaboradoras y a las Mutuas Patronales de Accidentes de Trabajo.

Las Mutuas Patronales, algunos de cuyos aspectos normativos han sido reformados por la Ley de Presupuestos de 1991, colaboran en la gestión de las prestaciones (económicas y sanitarias) deriva-

das de los accidentes laborales y enfermedades profesionales. A diferencia de los servicios y prestaciones del SNS, que tienen un carácter universal, las contingencias cubiertas por estas entidades se derivan exclusivamente de la relación de trabajo, por lo que no son equiparables en el plano conceptual. Esta diferencia es posible la justificación de que, aún en países con Servicios Nacionales de Salud, la gestión de la salud laboral y los aspectos con ella relacionada (medidas preventivas, reparadoras y de rehabilitación) se encomiende a entidades mutuales.

Sin embargo, otro aspecto que debe ser abordado en relación con las empresas colaboradoras, es la innecesaria rigidez establecida para que las Mutuas Patronales puedan concertar o integrar el dispositivo asistencial de la medicina de empresa. El mantenimiento de un subsistema de salud laboral sugiere la conveniencia de flexibilizar esta situación.

Existen algunas prestaciones no sanitarias derivadas de la relación laboral, que, sin embargo, sobrecargan el funcionamiento de los servicios y de la administración sanitaria pública, como son las correspondientes a la gestión y el control de la incapacidad laboral transitoria e invalidez). La colaboración de las Mutuas Patronales en estas funciones probablemente contribuirá a agilizar el funcionamiento de los servicios sanitarios del SNS.

«Nos proponemos dar todos y cada uno de los pasos necesarios para conseguir la máxima libertad en la elección del médico por parte del usuario»

Incluso, se le pide al médico incorporar criterios de eficacia económica en las decisiones clínicas.

### Cambiar de ideología

Para el máximo responsable sanitario la gestión empresarial de los servicios sanitarios consiste en cambiar la «ideología» administrativa que sólo vigila la legalidad, por otra que debe guiarse por el logro de resultados y que pasa, incluso, por cambiarle la cara jurídico-administrativa al Insalud. García Valverde promete autonomía de gestión para los centros sanitarios, flexibilidad en los servicios, eliminar cargas burocráticas y tener suficiencia financiera para reformar el sistema y prestar los servicios a la población. Como cabía esperar de un gestor de empresa pública «moderno», García Valverde mencionó ante los señores diputados la utilidad de nuevos conciertos con el sector sanitario privado y la puesta en marcha para todo el espectro sanitario del famoso «pago por proceso» que está siendo experimentado —no sabemos si con éxito— en la Fundación Ji-

ménez Díaz.

Uno de los aspectos más llamativos de la intervención del titular sanitario, de cara a la «galería electoral», fue su alusión a la libertad de elección de médico que debe tener el usuario del sistema sanitario público. «Esta libertad de elección —dijo— no debe tener mayor limitación que la de una información objetiva, precisa y cuidadosa». «En consecuencia, nos proponemos dar todos y cada uno de los pasos necesarios para conseguir la mayor libertad posible en la elección de médico por parte del usuario. Aunque soy consciente de las múltiples dificultades que ello comporta.»

García Valverde en concordancia con su antecesor en el cargo, rechazó las listas de espera, a las que calificó de no ser más «que un agregado de pacientes citados para un determinado servicio, y la heterogeneidad de ese dato es un mal instrumento de gestión». Propuso cambiarlo por «tiempos de demora», fruto de un desajuste entre la oferta y la demanda. Tan asimilado tiene el señor ministro esto de los tiempos de demora (¿será

puntualidad ferroviaria?) que dijo que era preciso insistir «en la formación del personal sanitario dirigido a mejorar el trato al paciente».

El Sistema Nacional de Salud, según García Valverde, debe tener tres características principales: una primera, «la universalización de los servicios sanitarios para todos los ciudadanos en condiciones de igualdad, con independencia del lugar de residencia, edad y circunstancias personales o sociales»; la segunda, «la financiación, mayoritariamente por impuestos, de los servicios sanitarios públicos, asegurando así el acceso y el derecho de todos a la sanidad», y la tercera característica es que la prestación pueden darla tanto las instituciones públicas como privadas: «es la financiación y el acceso —aseguró el ministro de Sanidad— lo que hace público el servicio y no el carácter de las instituciones que lo prestan». En concordancia con esto último, afirmó que «la legitimación social de los servicios sanitarios será tanto mayor cuanto mayor sea el grado de libertad del ciudadano dentro del sistema». □

## Dos organismos fundamentales

**G**ARCIA Valverde expuso al final de su parlamento ante los diputados su opinión sobre el papel que deben jugar el FIS y la Escuela Nacional de Sanidad.

«En relación —dijo— con los problemas de ajuste de oferta y demanda, quiero referirme a dos organismos dependientes del Ministerio de Sanidad y Consumo que tienen gran importancia en la adaptación del SNS a las necesidades del inmediato futuro: el Fondo de Investigaciones Sanitarias y la

Escuela Nacional de Sanidad.»

«El Fondo de Investigaciones Sanitarias está cumpliendo un relevante papel en el fomento de la investigación clínica aplicada y sobre servicios sanitarios. La evaluación de las tecnologías aplicadas a la salud, así como la investigación sobre la eficiencia de los servicios sanitarios, se constituirán en una prioridad dentro de las actividades desarrolladas por el Fondo de Investigaciones Sanitarias.»

«La Escuela Nacio-

nal de Sanidad, cuya estructura jurídico-administrativa ha sido modificada en la ley de Presupuestos Generales del Estado del presente año, para dotarla de una mayor flexibilidad y autonomía en su gestión, debe cumplir un importante papel en la formación de gestores sanitarios. La adecuada formación de los directivos del SNS tiene una importancia central dentro de la estrategia de dotar a los servicios sanitarios de instrumentos de gestión empresarial.» □