

PRESENTE Y FUTURO DEL SISTEMA DE SALUD

por

JOSE IGNACIO DE OLEAGA USATEGUI*
JOSE MARTIN MARTIN*

INTRODUCCION

Quisiera en primer lugar recalcar la dificultad de completar con éxito los propósitos que se esconden detrás del título de esta conferencia. ¡Qué fácil es hacer previsiones pero qué difícil es acertar con ellas! Dicho de otra manera, los cambios futuros en un sistema social complejo como el sanitario *no son predecibles*. No trataré, por tanto, de adivinar el futuro, sino de repasar multitud de factores que probablemente influirán en el desarrollo del Sistema de Salud, muchos de ellos sometidos a una gran incertidumbre. Y, por razones de tiempo e interés y adecuación a la invitación de los organizadores de estas Jornadas de la Asociación de Estudios Cooperativos, primaré este planteamiento sobre el del actual estado de salud del Sistema, que todos conocemos en una u otra medida, y que entremezclaré a lo largo de mi intervención.

Con todo ello, y a pesar de ciertos riesgos, el reto de reflexionar y discutir sobre el futuro de la atención primaria resulta atractivo. Además, la reflexión puede influir en los procesos, aunque no determina ninguna dirección concreta. El modelo-teórico o paradigma que ha enmarcado la que podríamos llamar *primera reforma sanitaria de los últimos años* se basó en la propuesta de cambio desde el Seguro Obligatorio de Enfermedad al Sistema Nacional de Salud (estilo Beveridge), basado en las estrategias de Atención Primaria de Salud, y que se

* Escuela Andaluza de Salud Pública.

caracterizaba en su formulación por ampliar su cobertura al 100 por cien *de la población*, que recibiría una atención *integral* (es decir, atención global con servicios de promoción de salud, prevención, curación y rehabilitación, con dedicación a todos los aspectos de orden bio-psico-social de los individuos sanos o enfermos), *desde un sistema integrado* (una sola red pública de centros y de equipos trabajando en cooperación), *con una limitada libertad de elección* de los pacientes en función de la necesidad de *territorializar los servicios y desarrollar programas de salud, siendo fundamental el trabajo multidisciplinar organizado en equipos*, atendiendo a la misma población y manteniendo la relación individual de los usuarios con su médico en base al mantenimiento del sistema de cupos.

El potente dispositivo hospitalario se consolidaba como el responsable de toda la atención especializada que le pudiera ser demandada desde la puerta de entrada al sistema de cuidados.

Previamente a desarrollar el tema propuesto debe recordarse que salud no es equivalente a servicios de atención y que el resultado de la acción de éstos se ha verificado que no es la variable que más influye en estado de salud colectivo. Según aportaciones recientes, serían la prosperidad y el progreso las más determinantes de la mejora de la salud de la población. Y aunque pueda parecer una paradoja, a partir de progresos sociales se generan también crecimientos en los servicios de los que la comunidad se dota para atender y resolver sus problemas de salud y enfermedad. De ahí que el título debiera ajustarse más a una reflexión sobre la probable evolución del sistema de servicios sanitarios.

A similitud de los años finales del 70 y principios de los 80, se escuchan ruidos («voces») diversos que presagian cambios importantes en la propuesta comentada de cambio, habiendo transcurrido tan sólo unos pocos años en los que se ha avanzado de forma incuestionable en las líneas estratégicas esbozadas. Quizá «el tiempo que nos han dejado ha sido insuficiente», o hemos avanzado con exceso de confianza (entreteniéndonos en lo accesorio), o no hemos caído en la cuenta de que factores externos a nuestra pequeña realidad tenían un peso mucho mayor que nuestras voluntades (enfaticando el plural). La cuestión hoy es que hoy se percibe en algunos sectores la sensación de que tal reforma se siente amenazada, hurtados ciertos principios y valores de la misma y, en consecuencia, una relativa frustración y desencanto se van instalando en colectivos profesionales. Por el contrario, otros grupos relacionados con el sector salud creen cercana la llegada de su hora; habrá cambios radicales e inminentes.

Movimientos en este sentido se observan en la década de los 90 en prácticamente todos los países occidentales, independientemente del

sistema de atención a la salud de que estén dotados y del signo político de los grupos gobernantes. Podría resumirse esta idea señalando que *la sociedad occidental demanda de sus servicios:*

- *que estén más claramente orientados hacia la salud, y demuestren su efectividad;*
- *que resulten satisfactorios para los diversos agentes que participan en ellos, particularmente para los usuarios;*
- *que saquen mejor rendimiento a los recursos que consumen, es decir, que sean más eficientes en términos macro y microeconómicos;*
- *que sepan dar respuesta a todos estos retos sin salirse en lo fundamental del marco de los valores sociales prevalentes.*

Tales demandas, más o menos expresadas, se traducen en cuatro *fuentes de tensión igualmente comunes a los países occidentales:*

1. Limitación de los recursos financieros por parte de los gobiernos.
2. Falta de evidencia suficiente en la relación de los servicios sanitarios con el nivel de salud.
3. Problemas éticos derivados de la inevitable racionalización presupuestaria.
4. Reglamentación en favor de la eficacia, eficiencia y equidad.

Recientemente, reconocidos autores estudiosos del sector concluyen en que *«nada de esto es realmente nuevo, a excepción de que no hay más recursos para inyectar al sistema sanitario»*.

Me invitan, quizá inadecuadamente, a echar la vista y el olfato hacia adelante, haciendo notar que el futuro próximo quizá no sea el que ideal para todos los implicados. No sobra recordar que también cada uno de nosotros y de nuestros grupos de trabajo somos *culturalmente resistentes al cambio*, al menos desde una perspectiva de sociología organizacional. Quizá el dicho «más vale lo malo conocido que...» tiene alguna posible aplicación en este caso.

Yendo al objeto de la invitación, empezaría por plantear las que, a mi juicio, son *preguntas clave:*

El actual sistema de atención a la salud, *¿va a seguir siendo igual?*, ¿puede seguir el camino emprendido hace unos años e inacabado por ahora?, ¿a cuál de los modelos que actualmente coexisten sería igual en su desarrollo?

¿En qué va a cambiar, si es que cambia? ¿Cambiará por igual en todo el país? ¿Será el cambio homogéneo en lo urbano y lo rural, en las comunidades con transferencias plenas y en las aún dependientes del nivel central del Estado? ¿Será el cambio similar en los diversos

ámbitos en que podemos fragmentar el sistema: atención primaria, especializada...?

¿Por qué? ¿Cuáles son los factores externos e internos que más van a pesar?

¿Qué consecuencias puede tener?

¿Puede influenciarse? ¿Cómo? ¿Qué fuerzas o actores tendrán mayor peso?

Pasemos a reflexionar sobre la EVOLUCION: ¿De qué depende?

La evolución del sistema de atención a la salud va a ser la *resultante de una serie de factores sociológicos, políticos, económicos, y profesionales.*

Además tendrán una *influencia coadyuvante* otros factores como la tecnología, los instrumentos de gestión, los sistemas de información, la investigación y la formación. Su influencia va a estar determinada por los distintos actores (políticos, gestores, industria, profesionales, ciudadanos).

Repasemos algunos aspectos relacionados con los factores principales.

A) Expectativas y acción de los ciudadanos

Repasemos algunos datos. Así, algo más del 98 por ciento de la población está cubierta por el sistema nacional de salud en cuanto a su atención. Sin embargo, el 17 por ciento de los españoles mantienen una póliza de seguros privada (31 por ciento en los grupos de mayores ingresos), sobre todo para cubrir el acceso a médicos y hospitalización por procesos poco graves susceptibles de cirugía electiva.

El 14 por ciento busca su atención en el sector privado. En otro estudio (CIRES, 1994), en los grupos de estatus socioeconómico alto, en un 44 por ciento de los casos, el último médico visitado era un médico privado, frente a un 10 por ciento en los de status bajo.

La utilización de servicios no es homogénea. Hay variaciones «horizontales» (de unas zonas a otras) o «verticales» (entre clases socioeconómicas). Así, mientras los grupos de menores ingresos (60.000 pesetas mes) declaran 9,1 visitas al médico por persona y año, los de mayores ingresos realizan 3,7. La población urbana también acude más (6,4 frente a 5,5 en el medio rural).

Eso sí, el 56 por ciento piensan que las instituciones o los médicos privados proveen una atención mejor que los médicos de los servicios públicos. Este dato debe tenerse en cuenta, incluso cuando se detecta que dentro del sistema público, según diversos estudios, la satisfacción de los usuarios de centros de salud es mayor con los servicios

de atención primaria que en otros modelos coexistentes no reformados. Comparando sin embargo la satisfacción con la atención recibida en distintos niveles, se encuentra un 73 por ciento en el caso de los servicios hospitalarios frente a un 61 por ciento en relación al conjunto de opinión sobre atención primaria.

También hay datos que avalan las *diferentes percepciones en función de clase social*. Así, mientras un 35 por ciento de las personas de bajos ingresos piensan que el sistema funciona bien, sólo el 11 por ciento de los que tienen mayores ingresos opina lo mismo (Blendon, 1991). La valoración a hacer de la comparación numérica estará lógicamente sesgada por la perspectiva de quien la valore, desde niveles de decisión política. En la misma encuesta sólo un 9 por ciento de la población manifiesta que desearía, si pudiera, suscribir un seguro privado.

Como una expectativa clara se plantea que *el médico* va a aumentar y consolidar su papel referente para la ciudadanía. Este hecho, en parte ya visible, está introduciendo ciertas *tensiones añadidas y también frustraciones en los equipos de trabajo*, máxime en los servicios de atención primaria y es previsible que se hagan presentes en mayor medida.

A pesar de que el 90 por ciento de las demandas de salud se van a seguir atendiendo en atención primaria, el valor que se les asigna como formadores de opinión sobre el sistema seguirá siendo mucho menor que la que conforman el 10 por ciento de los atendidos en el hospital (procesos de riesgo vital y/o incapacitante más inmediato, que no mayor a medio plazo). Buena parte de la población sigue prefiriendo la opinión de un MIR de primero en la puerta del hospital que la del médico de familia formado y con experiencia en el centro de salud (¿acaso no hemos tenido tiempo para consolidar una adecuada imagen corporativa o es que la imagen corporativa del sistema en su conjunto, más consolidada y potente que la propia de atención primaria, sigue fomentando en la práctica esa opinión?).

Paradójicamente, la gente va a necesitar cada vez más que se les escuche, que se les resuelva sus problemas —cada día más difícilmente etiquetables con categorías diagnósticas clásicas—, que los servicios de salud les permita mejorar su calidad de vida. La necesidad de dar respuesta a los problemas de los pacientes en relación no sólo a su supervivencia y mantenimiento de una mínima capacidad de vida, sino también de reconocimiento, estima y realización sobre las que determinadas escuelas de *enfermería* basan sus enseñanzas (y que a mi juicio no han tenido mucho impacto sobre la práctica real aún) va a ser demandada.

Otro elemento que influirá es el papel que adopten los grupos sociales (asociaciones ciudadanas, autoayuda, movimientos más o menos organizados políticamente). Puede ser de dos tipos:

- 1) Cubriendo «huecos» que no sean atendidos por el sistema sanitario (público o privado), como atención a marginados, cuidados informales, apoyo a discapacitados, etc.
- 2) Funcionar como grupos de presión para conseguir o asegurar determinadas prestaciones del sistema sanitario público (al estilo de las actuales asociaciones de enfermos diabéticos u otras, como los movimientos vecinales reivindicando médico de urgencias).

En relación al sector público, no podemos perder de vista quienes van a seguir siendo sus seguros y principales demandantes-usuarios-clientes en cualquier hipótesis de desarrollo, como son las *clases medias* y las *actualmente denominadas infra-clases* por parte de algunas escuelas sociológicas.

B) La evolución política

Va a ser determinante. Coherentemente con la evolución sociológica, cambian los intereses de los votantes (y de los segmentos del mercado de votos). A medida que aumenten los segmentos de población de mayores ingresos, es lógico pensar que variarán los perfiles de la demanda. Los diferentes grupos políticos (y las personas) se adaptan a ese *mercado político*, intentando satisfacer sus demandas concretas (servicios, flexibilidad) con una visión a corto plazo y perspectivas más «micro» de satisfacción inmediata. Sin embargo, *la ideología dominante del grupo que detente el poder político*, apoyada en juicios de valor, *va a determinar una imagen-objetivo de cómo se desearía que fuera el sistema*. Por ejemplo, *podría imponerse en breve plazo una imagen objetivo más basada en el mercado* («lo privado es mejor, más satisfactorio, más orientado a las necesidades del paciente, más eficiente») *que en la organización* («lo público atiende las necesidades reales de salud, está más orientado a la prevención y a la promoción, tiene un enfoque comunitario atendiendo a los grupos de más riesgo, es más equitativo»).

Los grupos políticos no son igualmente sensibles a los distintos grupos de influencia (sindicatos, industria, profesionales, asociaciones ciudadanas). Las opiniones o intereses de cada uno tienen diferentes posibilidades de cumplirse dependiendo de quien gobierne.

C) La situación económica

Si no mejora de forma evidente e incuestionable, habrá escasez de recursos disponibles a nivel del presupuesto general para salud, con las consiguientes dificultades para mantener los niveles actuales de prestaciones, ampliar las definidas en el nuevo catálogo y aumentar la cobertura de los programas de salud o mantener la competitividad de las retribuciones de los profesionales.

El gasto sanitario público pasó del 4,53 por ciento en 1980 al 5,44 por ciento del PIB en 1990 (de 22.071 a 28.959 pesetas constantes por persona protegida). El crecimiento medio fue de un 5,2 por ciento anual frente a una tasa media de crecimiento del PIB del 3 por ciento en el mismo período (en pesetas constantes).

Las previsiones de la Subcomisión de Economía del Sistema de la Comisión Abril eran que, de seguir las tendencias subyacentes en el sistema, que el gasto total en sanidad pasara del 6,9 por ciento del PIB en 1991 al 8,9 por ciento en el año 2000, pasando por tanto de un 12,3 por ciento a un 15,9 por ciento del gasto presupuestario total en ese año. Evidentemente estas previsiones son incompatibles con los objetivos de reducción del déficit de las administraciones públicas del 6,5 por ciento del PIB en 1993 al 3 por ciento en 1996, con previsiones de crecimiento de la economía del 2 al 3 por ciento del PIB (tal como se preveía en el programa de convergencia).

Como «curiosidad» que sirve para analizar parcialmente la estrategia de cambio basada en atención primaria, citemos que su participación (incluido su gasto farmacéutico) había pasado del 40,7 por ciento en 1982 al 32,8 por ciento del gasto sanitario público total en 1990.

Algunos comentarios añadidos sobre la evolución del gasto sanitario pudieran soportar con más evidencia lo comentado:

- a) Entre 1950 y 1990 todos los países occidentales han crecido en su gasto sanitario.
- b) Los incrementos de dicho gasto han sido muy importantes, generalmente por encima del crecimiento del PIB en cada país.
- c) Comparativamente, en la década de los 80 estos incrementos han sufrido una desaceleración brusca, e incluso en algún caso (Irlanda), se ha apreciado un ligero decremento.
- d) No es fijable un porcentaje de PIB «adecuado» y se encuentran grandes diferencias de este indicador en países con otros muchos indicadores muy similares
- e) El gasto sanitario, en «paridad de poder adquisitivo», tuvo un rango en 1993 en los países de la OCDE desde 2.290 dólares

americanos en Suiza hasta 500 en Grecia y 149 en Turquía. En España fue de 980.

- f) *No hay concordancia entre gasto sanitario e indicadores de salud entre los diferentes países occidentales.*
- g) Existe una tendencia común de aplanamiento en los indicadores de esperanza de vida y otros positivos de salud, contrastando con el ascenso imparable en la tendencia de gasto.
- h) Ningún país del mundo ha podido evitar el fenómeno del iceberg descrito por White en 1978 y se ha verificado que los aumentos de gasto no han llevado aparejados incrementos en igual grado de la accesibilidad.

D) Los profesionales

El *dilema* se va a centrar en el papel que jueguen los médicos y, en diferente medida, la enfermería, como profesionales con todos los derechos de decisión sobre su actividad asumidos (incluidos los económicos), responsabilizándose de las consecuencias o como parte de un proceso de producción «industrializado» en las que mantienen su capacidad de decisión sobre la actividad clínica pero no sobre las condiciones de trabajo, y sin que carguen con las consecuencias de las mismas.

Además, las expectativas de los *nuevos médicos* que se incorporan a la práctica profesional siguen determinadas por la formación recibida en las Facultades de Medicina, orientada hacia la práctica especializada y tecnificada. Atención primaria para muchos de ellos es sinónimo de práctica simplona, burocrática y no puede ser una vía de realización («logro de la explotación de sus cualidades al máximo»). Si además se une la falta de reconocimiento social en relación a los médicos especialistas y su relativo menor poder adquisitivo, no puede extrañar que muchos MIR de medicina de familia se quieran cambiar de especialidad o que los profesionales que continúan intentan dar al sector una dirección hacia mayor tecnificación y sofisticación, procurando además aumentar sus retribuciones, bien dentro del propio sistema (si es sensible a sus demandas) o bien fuera (compatibilizando su trabajo público con la práctica privada). Un componente de indudable importancia, que simplemente enuncio, es la creciente presencia de médicos en desempleo o con empleo precario e inestable.

El caso de las *enfermeras* es algo diferente. A pesar de los avances importantes en la provisión de cuidados de enfermería en atención primaria (sobre todo, a enfermos crónicos y a la población materno-infantil) y al liderazgo teórico de algunas escuelas, una buena pro-

porción de profesionales de enfermería han acabado por contemplar el centro de salud como un puesto de trabajo más cómodo que el del hospital, dónde además son ellas mismas las que determinan su trabajo (hoy tan sólo una pequeña parte de las cargas de trabajo es a demanda) y está mucho menos jerarquizado. La consecuencia, de mantenerse la situación actual, es la definición de un rol profesional escasamente orientado al trabajo comunitario y muy parecido al de enfermería en los hospitales, dependiendo de las indicaciones del médico y con poca autonomía real para realizar su trabajo.

Es difícil concretar el futuro del resto de profesionales. El principio de *trabajo en equipo* levantó unas expectativas (y algunas experiencias) que, o bien eran desmesuradamente elevadas, o el tiempo está reconduciendo a un rol fundamental, pero con escasa autonomía y poco claras perspectivas de desarrollo personal y profesional. Me refiero a las *profesiones no sanitarias* (auxiliares de administración, de servicios generales y mantenimiento, admisión e información e, incluso, a trabajadores sociales). Los *profesionales vinculados a la salud pública* han visto y sufrido la pérdida de «lo integral» como principio básico de la atención a prestar y se debaten en un mar (aunque pequeño) de confusiones, sometidos a criterios cambiantes de decisores también cambiantes.

CONSECUENCIAS

Muchos son los escenarios posibles a partir de las combinaciones entre los elementos citados. En base al equilibrio de poder entre los actores principales-tipo en cualquier sistema sanitario (gobierno, aseguradoras, proveedores y población) se definirá uno de ellos dominante. Opto por comentar uno de los más probables, desde una perspectiva individual que quizá responda más a un deseo que a un análisis riguroso.

Simplificando, lo cual es útil a la par que peligroso, propongo el siguiente como objeto de discusión, escogido y expresado desde un prisma de optimismo moderado:

- *En la agenda política*, manteniendo en lo esencial los principios y valores actuales del sistema, así como sus objetivos fundamentales (accesibilidad igualitaria, eficiencia macro y micro económicas, mejora del nivel objetivo de salud y satisfacción de usuarios), los aspectos relacionados con la *equidad e indicadores de nivel de salud estarán al mismo nivel que la satisfacción de los ciudadanos;*

- la evolución de la *economía* y, por tanto, del déficit público serán favorables;
- la formación de los profesionales proveedores (médicos y enfermeras fundamentalmente) hará énfasis progresivo en aspectos de prevención, cuidados y calidad de vida, tomando en consideración la efectividad de los productos basada en la evidencia, con refuerzo del papel del *médico* como profesional *responsable* de la salud de la población que le toma como agente;
- la *ciudadanía*, con formación e información creciente, mantendría casi en cualquiera de las combinaciones posibles las características anteriormente comentadas.

En tal supuesto, el futuro pasaría por la evolución y desarrollo moderado del sistema actual, ampliando su cobertura de servicios al global de la población, ofreciendo mayor flexibilidad y capacidad de elección.

Se ampliarían las prestaciones actuales tal como está establecido en el proyecto de catálogo de prestaciones (salud mental, fisioterapia, cuidados preventivos).

Repasando someramente las funciones básicas del sistema, la *PROVISION* de servicios perdería integración desde un punto de vista formal y estructural, posibilitando la *convivencia de diferentes estructuras relacionadas entre sí mediante contratos* en los que estarían claramente definidos los servicios a prestar, la cantidad, la calidad, la duración y el precio.

En el nivel primario de atención, la red de centros de salud se mantendrá, e incluso crecerá ligeramente, pero aparecerán nuevas formas de provisión (equipos más reducidos, trabajo a tiempo parcial, incluso consultas individuales). Puede que en algunas zonas surjan agencias específicas para prestar servicios específicos (diagnósticos, cuidados domiciliarios, prevención) que serían contratados por los médicos de familia (o por el equipo de atención primaria o sus dispositivos de gestión), igual que contratarían los servicios especializados y de hospitalización para sus pacientes.

Aumentaría el papel de enfermería, ganando peso las funciones de atención comunitaria.

Junto a las instalaciones actuales de titularidad pública aparecerán nuevos consultorios o consultas en locales más pequeños y descentralizados, incluso de propiedad de los mismos profesionales, asociados expresamente dentro de un amplio espectro de formas jurídicas y organizativas.

En relación a la *atención especializada y hospitalaria* puede destacarse el número suficiente de camas disponibles, y recursos en general, teniendo en cuenta que las nuevas tecnologías diagnósticas, tera-

péuticas y de gestión han contribuido a la disminución notable de la estancia media y de los índices de ocupación, con una rotación no previsible hace unos pocos años. La cirugía mayor ambulatoria, la hospitalización a domicilio y otras innovaciones han supuesto para el hospital el mayor acoso a la cultura tradicional de siglos de este tipo de organizaciones, fundamentalmente a la cultura profesional. El hospital del futuro inmediato pasa por instalaciones con bajo número de camas de hospitalización y un amplísimo dispositivo de consulta externa y ambulatoria, en la que un paciente será diagnosticado y en muchas ocasiones tratado en el espacio de pocas horas, sin necesidad de ser ingresado.

La telemática, e incluso la robotización de muchos de sus procesos, puede suponer a día de hoy una auténtica revolución en el tipo de relación entre niveles asistenciales, pues dichas tecnologías están disponibles en la actualidad, con el inconveniente de que para su instalación se precisaría una inversión que en estos momentos es poco viable, al menos en los hospitales públicos. No obstante, los avances en este sentido son ya evidentes.

Habrán *cambios importantes en la gestión de dicha provisión, con incorporación creciente de valores e instrumentos del mercado*. Las actuales estructuras de gestión de centros (distritos o gerencias de atención primaria, hospitales de diversos tipos, servicios de actuación urgente, salud mental...) cambiarán su papel, pasando a ser más unas *estructuras «compradoras y vendedoras» de servicios profesionales*, realizando una función de gestión de prestaciones para los usuarios, cada vez más clientes. Se pasará de una estructura burocratizada a otra más horizontal, basada en la negociación y plasmada en contratos (en la línea de los contratos-programas o las relaciones de las aseguradoras privadas con sus proveedores). Se incorporarán *nuevos instrumentos de gestión* (marketing, sistemas de costes basados en actividad, sistemas de agrupación de pacientes, etc.). El control de costes se logrará responsabilizando a los profesionales de la gestión de los presupuestos y variarán los sistemas de incentivos, quedando la capitación como componente mayoritario de la retribución pero incorporando mucha más variabilidad en las retribuciones totales, en función de actividad y resultados. Habrá progresivamente mayor competencia entre los proveedores, dentro de un mercado predominantemente interno, aumentando paralelamente la capacidad de elección del ciudadano (no sólo en cuanto a capacidad de poder elegir médico de AP y/o especialista y/u hospital, sino, en un extremo poco probable quizá también en cuanto a elegir aseguradora).

Todo ello en límites marcados por los objetivos de atención a toda la población (incluidos grupos de riesgo), las prestaciones posibles a

obtener (incluidas las preventivas y de promoción de salud) y su forma de medición y de financiación. La función de «compra» de servicios para una población determinada, estaría asignada a unas estructuras de gestión públicas, responsables ante los órganos políticos correspondientes y con un presupuesto cerrado (financiación pública). Si esta función de compra fuera asignada a la atención primaria, trasladaría un gran poder de decisión al médico de familia para la elección del tratamiento de sus pacientes (medios diagnósticos, consulta a especialistas u hospitalización). Los ciudadanos tendrían amplia capacidad de elección de los servicios de atención personalizados.

La FINANCIACION seguirá siendo pública en porcentajes similares a los actuales, aunque a medio plazo los crecimientos que pudiera experimentar el sector en su conjunto lo serán en mayor medida debidas al desarrollo de su porción privada. Es decir, se invertirá la tendencia de la última década observada en el balance público-privado. A fecha de hoy, la financiación pública supera las tres cuartas partes del total, para un porcentaje de provisión de servicios públicos escasamente superior a las dos terceras partes, lo que se explica a partir de los contratos de servicios (vía concierto o convenio) que el sector público realiza con el privado, con o sin fin de lucro, y en todo caso con características de subsidiaridad y complementariedad, excepto en los casos en que se reconoce el carácter sustitutorio de los servicios prestados. Esta relación entre los subsectores público y privado se estrechará, aumentando el volumen de servicios contratados y el número y tipificación de los proveedores privados, delimitándose con mucha mayor clarificación y flexibilidad las normas de relación.

Repasemos a continuación, con cierto detalle, la actualidad y futuro de la función de REGULACION.

El plan de convergencia económica y la necesidad de controlar el déficit público obligan al sistema sanitario español a controlar rigurosamente sus costes y a disminuir drásticamente sus tasas de crecimiento anual. Paralelamente se deben seguir respetando las restricciones políticas relativas al derecho a la protección de la salud concretado por la LGS como el derecho universal de acceso a la asistencia sanitaria pública. Resulta muy difícil que en el actual marco jurídico-organizativo del INSALUD y la mayor parte de los SRS definidos como organismos autónomos de la administración o entes gestores de la Seguridad Social, puedan conciliarse satisfactoriamente ambos objetivos.

La necesidad de controlar el déficit público es difícilmente compatible con el mantenimiento del actual marco institucional y organizativo: organizaciones sanitarias de carácter público integradas verticalmente y sometidas al derecho público.

La razón básica es la dificultad de las instituciones sanitarias públicas a la hora de asignar los derechos residuales de decisión y control de forma coherente e incentivadora de comportamientos eficientes. Las restricciones derivadas de la forma jurídica y contractual de nuestras instituciones sanitarias públicas obligan a una lógica de procedimiento centralizada de la toma de decisiones que minimiza la posibilidad de asignar descentralizadamente responsabilidad, riesgo y recompensas. Nuestro marco jurídico institucional vive la contradicción entre la asignación formal de los derechos de decisión y control a la burocracia directiva y administrativa, y la detentación real y efectiva de esos derechos residuales de decisión y control por los profesionales médicos, sin una vinculación coherente con los rendimientos residuales positivos o negativos.

El marco contractual del INSALUD y los SRS genera incentivos inadecuados en dos aspectos fundamentales: la tendencia al sobreempleo de personal tanto de profesionales médicos como de otras categorías (López Casasnovas, 1994, Arruñada, 1994) y la capacidad de «saltarse» la restricción presupuestaria generando déficits presupuestarios de forma sistemática.

Los intentos de reforma del sistema sanitario público orientados a mejorar su eficiencia organizativa, pretenden el paso de un modelo jerárquico a un modelo de naturaleza híbrida donde los controles administrativos se reducen, aumenta la intensidad de los incentivos y el principio de jerarquía es sustituido por el acuerdo contractual. *El desarrollo de contratos programa y la creación de empresas públicas sanitarias son las dos principales reformas realizadas en este sentido.*

El *contrato programa* ha tenido aspectos positivos al cambiar la cultura organizativa, mejorar los sistemas de información, y obtener mejoras en el margen de la eficiencia de gestión, particularmente cuando, como en el caso de Andalucía, ha estado vinculado a sistemas de incentivos de cierta importancia.

Sin embargo el contrato programa no deja de ser una ficción legal que camufla semánticamente una estrategia de dirección por objetivos que tiene dificultades para desarrollarse en estructuras jurídico institucionales configuradas en torno al principio de jerarquía y la centralización de la toma de decisiones. Permanecen importantes contradicciones entre la delegación de derechos residuales de decisión y control planteados en el contrato-programa y el marco contractual que regula las organizaciones sanitarias públicas, siendo prevalente éste último.

A pesar de que las medidas de actividad y el desarrollo de sistemas de contabilidad de gestión (Proyecto SIGNO, COAN, etc.) han permi-

tido empezar a vincular costes con actividad, el proceso presupuestario sigue teniendo naturaleza retrospectiva y se desarrolla en el marco de las reglas presupuestarias de la Administración Pública. En el marco jurídico organizativo de los organismos autónomos sanitarios los presupuestos prospectivos no son viables dada la imposibilidad de reducir recursos en las organizaciones sanitarias identificadas como ineficientes.

No existe un traslado efectivo de riesgo ni a las organizaciones, ni a los directivos ni a los profesionales. La existencia de un marco laboral con cierta flexibilidad que permita variaciones en función de la situación particular de cada organización sanitaria es condición necesaria. Variaciones en la composición retributiva, incentivos asociados al rendimiento y la posibilidad de sancionar, despedir, y ajustar potenciales excedentes de plantilla. Esto es imposible de llevar a cabo con la actual regulación estatutaria y retributiva (Real Decreto-Ley 3/1987) del personal.

La *creación de empresas públicas sanitarias* como alternativa contractual y organizativa a la actual, supone a diferencia del contrato programa una estrategia de desregulación más agresiva al situar la organización sanitaria en el marco del derecho laboral y mercantil y fuera del derecho administrativo.

La experiencia analizada muestra que esta forma jurídico organizativa es capaz de articular formulas de gestión más coherentes con las particulares características del proceso de producción sanitario. Aunque en principio las empresas públicas sanitarias tienen más restricciones a la autonomía y la discrecionalidad que sus equivalentes privadas, en el ámbito sanitario el argumento es cuando menos discutible. Dada la inevitable regulación pública del sector sanitario y el carácter cuasi monopolista de la financiación pública cualquier centro sanitario con independencia de su titularidad estará sometido a importantes mecanismos de regulación. En este sentido, el desarrollo de la reforma en la Comunidad Autónoma de Cataluña es significativo, así, por ejemplo, la creación de la Central de Balances, con el objetivo de obtener información comparada sobre la situación económico-financiera de los centros sanitarios concertados señala esta dirección.

La ampliación de la estrategia de creación de empresas públicas no sólo a diferentes experiencias piloto, sino que afecte a las actuales instituciones sanitarias públicas como propone el Plan «Osasuna Zainduz» o como parece sugerir la reciente modificación introducida en la Disposición Adicional 24, de la Ley 9/1994, de 29 de junio, modificativa de la Ley 17/1985, de 23 de julio, reguladora de la función pública de la Administración de la Generalitat de Cataluña y ya co-

mentada anteriormente, necesitaría desarrollar un conjunto coordinado de reformas jurídicas e institucionales que minimicen los problemas fundamentales que este tipo de estrategia implica.

El carácter político de la prestación de servicios sanitarios y la inexistencia de un marco general normativo homogéneo, claro y explícito tanto de concertación como de regulación y funcionamiento de las empresas públicas sanitarias, posibilita altos costes de influencia política. Esto puede conllevar el traslado de las ineficiencias de las organizaciones sanitarias al financiador en términos de mayor gasto y déficits, lo que neutralizaría un traslado efectivo de riesgos a las empresas públicas sanitarias, tanto a sus directivos como a sus trabajadores. Este aspecto es clave y válido con independencia de que estemos refiriéndonos a empresas públicas o a centros de propiedad privada concertados. La experiencia del SCS señala con claridad que muchos centros concertados prefieren endeudarse y generar déficits, antes que efectuar ajustes, que suponen conflictos laborales y posiblemente impliquen costes políticos. En la medida en que el financiador y comprador actúe como garante del centro sanitario concertado y existan expectativas claras de asumir cualesquiera déficits generados; la creación de empresas públicas sanitarias o el concierto con centros sanitarios privados no implica mayor grado de disciplina financiera, sino incluso la asunción de mayores déficits consecuencia de la posibilidad de endeudamiento de los centros. Deudas que en última instancia asume el financiador público a través de la utilización de distintos mecanismos como pueden ser las subvenciones más o menos explícitas (financiación de programas finalistas, etc.).

Pueden sugerirse algunas estrategias de regulación para minimizar estos problemas:

- Desarrollo de normas contractuales explícitas homogéneas que limiten la discrecionalidad y definan un conjunto de reglas estables para la realización de conciertos o contratos con centros sanitarios con independencia de su titularidad. Este conjunto de reglas debe incorporar la posibilidad de expropiar los activos en caso de mala gestión y penalizar a los responsables. Asimismo, este conjunto de reglas incluye el diseño de procesos presupuestarios que dotando de una estabilidad financiera a los centros propicien el control de costes y la eficiencia de gestión imposibilitando las ayudas financieras encubiertas a los centros sanitarios con problemas de viabilidad económica. Sin unas reglas claras y automatizadas de disciplina financiera y presupuestaria las posibilidades de una competencia pública o simulada, regulada quedan falseadas.

- El mantenimiento de un sistema sanitario público, universal y gratuito requiere limitar el presupuesto a una bolsa global y cerrada. Esta idea ha de extenderse también hacia los niveles micro para que sea cierto a nivel macro. Un mecanismo presupuestario global es, en consecuencia, contrario a la idea de un sistema basado en el pago por proceso.
- Creación una norma (con el rango legal que se precise) que regule integralmente la empresa pública sanitaria, tanto desde el punto de vista del régimen jurídico como del presupuestario, abarcando incluso procedimientos legales a seguir en función de los resultados obtenidos es decir establecer un conjunto de penalizaciones e incentivos de naturaleza contractual. En este sentido convendría estudiar tanto desde el punto de vista económico como jurídico las posibilidades de diseñar amenazas creíbles tanto para la empresas públicas sanitarias como para el financiador sanitario en situaciones de comportamientos oportunistas y descontrol del gasto. Así se podría regular la intervención automática del Tesoro Público en la empresa sanitaria en cuestión y el establecimiento de un plan de viabilidad. Todo esto significaría consagrar una excepción legal a la normativa existente hasta el momento en el terreno de las empresas o entes públicos, pero podría y debería estudiarse esta posibilidad a tenor de las características específicas que concurren en el sector sanitario y las dificultades de mantener la estabilidad y viabilidad del sistema con el actual marco organizativo e institucional.

Esta norma supondría cambios sustanciales dentro y fuera del terreno sanitario, especialmente en las autoridades y órganos de la Hacienda Pública, sin cuyo apoyo no podrían lograrse determinadas configuraciones óptimas de las reglas contractuales.

- Deben desarrollarse reformas legislativas que hagan atractiva la laboralización a los profesionales sanitarios como condición inexcusable de un proceso de creación de empresas públicas sanitarias dado que la renuncia a la «plaza en propiedad» solo puede ser voluntaria sin que pueda imponerse jurídicamente. La estrategia adoptada por la reciente modificación de la función pública de la Administración de la Generalitat de Cataluña consistente en la oferta al personal estatutario o funcionario de incorporarse en las empresas públicas creadas durante un plazo máximo de cinco años desde la creación de la mismas puede ser en este sentido una solución adecuada y generaliza-

ble a otros SRS. En caso de aceptar la opción a laboralizarse pasaran a la situación administrativa de excedencia voluntaria por incompatibilidad (situación en la que no se devengan trienios, grado personal ni derechos pasivos y no se tiene derecho a reserva de plaza ni destino). En caso de no aceptar la opción de laboralizarse e integrarse en la empresa, se reincorporará a su puesto de trabajo de origen y si esto no es posible a otra plaza similar preferentemente en la misma localidad. Las plazas que queden libres serán amortizadas. Sobre esta propuesta base pueden establecerse diversas variantes dependiendo de las posibilidades, el riesgo político que quiera asumirse y el ritmo de la desregulación.

- Necesidad de arbitrar recursos adicionales para la eliminación de los previsibles excesos de plantilla que se generarían si un proceso de desregulación como el apuntado se generalizara. La existencia de fuertes excedentes de personal en numerosos centros sanitarios públicos exigiría mecanismos especiales para posibilitar sin costes políticos inasumibles por cualquier gobierno la ampliación significativa del proceso. Esto sin duda es problemático en el marco del control del gasto público, pero la alternativa de seguir en el mismo marco institucional conlleva inevitablemente crecimientos del gasto sanitario público superiores en el medio y largo plazo.

Sin duda las propuestas esbozadas requieren un mayor grado de desarrollo y estudio así como un proceso de discusión amplio. Sin duda también debemos barajar *otras opciones no comentadas explícitamente* en este texto, como la privatización de buena parte de los servicios sanitarios, o la creación de un mercado de aseguradoras. Sin embargo, cualquiera de estas opciones requiere como paso previo inexcusable ofrecer una solución al sector sanitario de producción pública. *Ninguna de ellas formaría parte del escenario probable de desarrollo del sistema a corto y medio plazo*, según los argumentos y pronósticos esbozados hasta el momento.

En cualquier de los posibles supuestos, tendrá mucho más importancia la *evaluación de los servicios: la calidad de la atención va a estar condicionada por la satisfacción de los pacientes* y, por tanto, los aspectos que rodean la prestación del servicio (accesibilidad, horarios, confort, trato). Tomará cuerpo como definitiva la perspectiva de *calidad entendida como la capacidad de un producto o servicio para satisfacer las necesidades del consumidor, producido al menos coste posible*.

La libertad de elección por parte de los usuarios será mucho mayor y jugará un peso importante en la determinación de las caracte-

rísticas de los servicios y de las propias retribuciones de los profesionales. Va a haber un «menú» más amplio dónde elegir. Se desarrollará un sistema de acreditación, a partir de la cartera de servicios y sus normas técnicas mínimas, que jugará un papel fundamental en la gestión de atención primaria y especializada, tanto en su provisión pública como en la privada que pueda prestarse por convenios, contratos u otras formas de relación. Se centrará cada vez más en el producto, en los resultados, importando menos las estructuras o incluso los procesos de producción de los servicios (organización y recursos).

Las *prácticas profesionales*, principalmente de los médicos y —en medida algo menor— de la enfermería, pasan ya a un plano relevante. La gestión de los sistemas profesionales será tema de presencia creciente en las agendas de los gestores.

CONCLUSIONES

A nuestro juicio, el futuro será una *mezcla de escenarios*, no necesariamente excluyentes entre sí. El predominio de uno u otro no está preestablecido. Muchos factores que los determinan se escapan a la acción de los profesionales e incluso de los políticos. *La influencia del ambiente político y de la situación económica van a ser decisivas*. La mayor o menor *envergadura de los cambios va estar determinada por factores ajenos al sector sanitario*. Sin embargo la dirección que tomen los cambios y el resultado final sí que van a depender del propio sector.

Así, la política de salud que se marque (cuáles sean los temas de la agenda política, cuáles los grupos sociales a satisfacer) va a ser la clave. Las opciones pueden hacerse más o menos explícitas en los contratos o normas que se establezcan (contratos-programa, pólizas de seguro, definición de puestos de trabajo), como resultado de evaluaciones de las diferentes experiencias o de investigaciones diseñadas a propósito. Pero también otros aspectos como la formación que se dé a los profesionales (médicos y enfermeras principalmente) más o menos orientada a aspectos técnicos, diagnósticos o a los cuidados de salud, los sistemas de incentivos que se establezcan (y sobre todo qué es lo que se va a incentivar, unos objetivos en vez de otros o de «ninguno»).

El gran riesgo de la necesaria desregulación es que la autoridad sanitaria no marque claramente cuáles son los límites del terreno de juego (qué se puede hacer y qué no), cuáles son los objetivos (¿productividad económica?, ¿control de costes?, ¿resultados en salud?, ¿disminución de las desigualdades?, ¿satisfacción de la población?), los cri-

terios de calidad, cómo se va a controlar el cumplimiento y cuáles las consecuencias en caso de no hacerlo.

Los *sistemas de información* que se establezcan van a ser fundamentales porque constituirán la *base de los sistemas de control de gestión y de evaluación* (la parte que enseñen será la «realidad», por tanto lo que «exista» y lo que se «reconozca» profesional y socialmente). Si las actividades y servicios de atención a ancianos, discapacitados, enfermos mentales o marginales, no queda recogida en los sistemas de información se corre el riesgo de que la «cuantificación» de la gestión aumente la productividad del sistema pero no su eficiencia social. Se puede caer fácilmente en el error de controlar lo medible y no lo importante.

Otro factor de importancia para poder valorar la respuesta a los cambios del entorno va a ser la *capacidad de compatibilizar la toma de decisiones que se delegará y reconocerá al médico con el logro de los objetivos del sistema y la resolución de problemas a los pacientes* (dentro de las restricciones comunes). El sistema de control que se diseñe debe *vincular resultados de la atención con los recursos y con las actividades que se realicen, traducidos en costes*. Sin embargo es necesario tener siempre presente el riesgo que supone que «lo que no está, no se realiza».

Por eso *es imprescindible no sólo definir explícitamente las políticas, sino transformarlas en objetivos operativos* que dirijan los sistemas de control de gestión. La honestidad en la investigación y el análisis explícito de las ventajas e inconvenientes de las decisiones políticas (a quién afectan, en qué sentido, cuánto y cuál es el coste de oportunidad) y el desarrollo de nuevos instrumentos de gestión que permitan ejecutarlas son el requisito, a nuestro juicio imprescindibles, para que colectivamente podamos estar dentro de unos años satisfechos con nuestro sistema de atención a la salud.

Para acabar, señalamos que en el momento actual se pueden identificar una serie de *decisiones críticas a tomar en relación al sistema sanitario*. El calificativo «críticas» enfatiza la idea de que en un breve período de tiempo han de poder ser identificadas en su resolución, bien por acción o, en algún caso, incluso por omisión.

Algunas de ellas podrían expresarse como:

- *Mantenimiento o no del Servicio Nacional de Salud tal como está formulado en sus principios básicos y objetivos prioritarios;*
- *subsidiaridad, complementaridad o sustitución en la interacción entre sectores público y privado;*
- *aseguramiento único o fragmentación progresiva del mismo a colectivos de población determinados;*

- *ritmo y reglas de los procesos de transferencia en materia sanitaria a todas las Comunidades Autónomas, con grado incierto de coordinación;*
- *contribución de los ciudadanos a determinado tipo de prestaciones;*
- *función y seguimiento del catálogo de prestaciones asumidas por el sistema como paquete básico universal;*
- *separación de la financiación y la provisión de servicios;*
- *clarificación de la intención y viabilidad de modificar el marco jurídico organizativo en el sector sanitario público;*
- *marco de relaciones laborales en el sector público y grado y ritmo de laboralización.*