

FORMACIÓN CONTINUADA

Plan estratégico del INSALUD. El Libro Azul (I)

“Un plan estratégico no es más que un ejercicio de ordenación de prioridades”

O. ESPÍ SIMAL

Directora de Gestión y Servicios Generales
Instituto Psiquiátrico SSM José Germain. Leganés. Madrid

Introducción

El eje fundamental del sistema sanitario en España es el Sistema Nacional de Salud (SNS), que se configura como la totalidad de los recursos humanos y materiales específicos, tanto aquellos dependientes de la Administración Central a través del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), como de las diferentes Comunidades Autónomas que disponen en la actualidad de transferencias en materia de sanidad, y que se organizan a través de sus correspondientes órganos autónomos de gestión.

El principio fundamental por el que se rige nuestro SNS es el de la universalización de la asistencia sobre la base de criterios de equidad y solidaridad, para lo cual se dispone de un aseguramiento público, con fondos mayoritariamente provenientes de los impuestos, que financia la provisión, también mayoritariamente pública, de los servicios sanitarios. El marco legal básico que regula el SNS es la Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986 que, entre otros principios, establece dos niveles principales para la prestación asistencial:

- Atención primaria, cuya norma legal básica se encuentra en el RD 137/84, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud.
- Atención especializada, cuya norma legal básica es el RD 521/87, de 15 de abril, sobre la estructura, organización y Funcionamiento de los hospitales gestionados por el INSALUD.

En la actualidad, se han realizado transferencias de las funciones y servicios a siete Comunidades Autónomas, lo que representa un 61,82% de la población protegida. La descentralización ha derivado en diversos modelos que coexisten entre sí, creando cada Comunidad Autónoma sus servicios de Salud, de acuerdo con lo previsto en la Ley General de Sanidad,

con distinta naturaleza jurídica, lo que conlleva la posibilidad de introducir nuevas fórmulas de gestión y administración.

La Ley General de Sanidad 14/86, de 25 de abril, en su disposición transitoria tercera, especifica que “el Instituto Nacional de la Salud continuará subsistiendo y ejerciendo las funciones que tiene atribuidas, en tanto no se haya culminado el proceso de transferencias a las Comunidades Autónomas con competencia en la materia”.

El INSALUD es un servicio de salud que da cobertura a algo más de 14 millones de ciudadanos, que supone el 38,18% de la población de nuestro país.

El RD 36/78 crea el Instituto Nacional de la Salud como entidad gestora de la prestación sanitaria de la Seguridad Social. Por el Real Decreto 2318/78, de 15 de septiembre, se estableció la Tesorería General de la Seguridad Social, que es la titular de todo el patrimonio de la Seguridad Social y, por tanto, del patrimonio del INSALUD.

Toda la gestión económica del INSALUD viene enmarcada en la gestión económica de la Seguridad Social, lo que da lugar a que:

- La gestión y administración de la Seguridad Social se efectúa con sujeción a los principios fundamentales, entre otros, de solidaridad financiera y unidad de caja.
- Las cuotas, bienes, derechos, acciones y recursos de cualquier otro género de la Seguridad Social, entre los que se incluyen los correspondientes al INSALUD, constituyen un patrimonio único afecto a sus fines, distinto del patrimonio del Estado.
- La titularidad del patrimonio único de la Seguridad Social corresponde a la Tesorería General de la Seguridad Social.
- La Tesorería General de la Seguridad Social interviene o participa en todas las operaciones de adquisición, enajenación y arrendamiento de los bienes

- inmuebles, así como en la realización de las operaciones de pago de todos los centros del INSALUD.
- Todos los actos de naturaleza económica del INSALUD se hallan sujetos a la acción de la Intervención General de la Seguridad Social, dependiente de la Intervención General de la Administración del Estado, si bien en los hospitales y demás centros sanitarios del INSALUD la función interventora puede ser sustituida por el control financiero de carácter permanente.
 - El régimen de contratación y de todas las compras del INSALUD debe ajustarse a lo dispuesto en la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas.

Con relación a la forma de financiar el sistema, hasta la aprobación de la Ley de Presupuestos Generales del Estado para 1989, la financiación de la asistencia sanitaria provenía fundamentalmente de las cotizaciones sociales. A partir de 1989 se estableció un nuevo esquema de financiación del Sistema Nacional de Salud. Hasta el año 1989 las cotizaciones sociales financiaban el 70,1%, mientras que la aportación del Estado, vía impuestos, representaba el 27,2%. Por el contrario, en los Presupuestos Generales del Estado del año 1997, la financiación vía cuotas disminuye a un 5,6% y la derivada de los impuestos alcanza el 91,9%. La elaboración de los presupuestos de asistencia sanitaria de la Seguridad Social se basa en las normas para los Presupuestos Generales del Estado y las de los Presupuestos de la Seguridad Social.

A pesar de toda la complejidad del Instituto, es importante afirmar que nuestro Sistema Sanitario es eficiente a nivel global ya que, mediante un gasto comparativamente no muy elevado, en términos del PIB (7,6% en el año 1995), obtiene buenos resultados sanitarios para la totalidad de la población, además de su función redistributiva de los recursos.

Sin embargo, es a nivel mínimo donde se observa una clara necesidad de mejorar en la eficiencia y en la calidad de la atención sanitaria, en los aspectos distintos del ejercicio profesional. Esta necesidad se pone de manifiesto con la aparición de dos aspectos; por una parte, el avance en las tecnologías de la información y la comunicación y, por otra, la aparición de modelos de evaluación de la calidad de los resultados como criterio básico para la acreditación y competitividad técnica de los hospitales.

En nuestro sistema sanitario, al igual que en muchos otros sistemas de otros países industrializados, es posible reconocer diferentes problemas:

- El crecimiento del gasto sanitario, provocado por la demanda creciente de cuidados, y el encarecimiento progresivo de los mismos.

- La preocupación por la utilización ineficiente de los servicios sanitarios, con una evidencia clara acerca de las variaciones en la actividad clínica y en la demanda de cuidados entre diferentes centros y áreas geográficas.
- La exigencia social creciente y generalizada de más y mejores prestaciones, valorándose de forma progresiva aspectos de trato, comodidad y reconocimiento del principio de autonomía del paciente como agente capaz de decidir y elegir la prestación que desea.
- La incapacidad del sistema de dar respuesta oportuna a la demanda de los cuidados (listas de espera).
- La falta de coordinación entre los niveles asistenciales complementarios: atención primaria y atención especializada.
- La existencia de situaciones de inequidad en el acceso a los servicios sanitarios y en la distribución de recursos entre los colectivos y las regiones.

A estos problemas se añaden otros que, de forma complementaria, actúan negativamente, dificultando la consecución y puesta en marcha de medidas correctoras:

- El modelo de financiación de los centros asistenciales, orientado realmente al “tanto gastas, tanto cobras”, sin posibilidad de autonomía para la gestión del ahorro y la asunción del riesgo.
- El modelo de gestión centralizada de los centros con una política funcionarial en la gestión del personal, con organizaciones y criterios de funcionamiento rígidos y escasamente orientados al logro de la eficiencia.
- La ausencia de estructuras de gestión profesionalizadas y técnicamente acreditadas.
- La escasez de recursos técnicos y tecnológicos en el ámbito de la información y la gestión del conocimiento.

Estos elementos manifiestan un proceso de cambio, similar a lo ocurrido en otros países de nuestro entorno, y que han emprendido antes una serie de reformas de sus respectivos sistemas sanitarios en función de sus peculiaridades sociales.

Cambio en los modelos de gestión sanitaria

A modo de introducción, se sintetizan las medidas que constituyen el primer paso de los cambios en los modelos de gestión que se pretenden imponer en los próximos años:

1. Establecimiento de un marco legal homogéneo para el Sistema Nacional de Salud, con el objetivo de facilitar la autonomía real de gestión a los centros sanitarios; medida introducida e iniciada ya por las Comunidades Autónomas. Este escenario legal para todo el Sistema Nacional de Salud tiene lugar con la Ley 15/1997, de 17 de junio, sobre la habilitación de nuevas fórmulas de gestión del INSALUD.
2. Pronunciamiento del Parlamento en relación con la reforma. En el Pleno del Congreso de los Diputados, se abre un debate que se concreta el día 21 de diciembre de 1997, con las recomendaciones y conclusiones para la viabilidad de la reforma del sistema sanitario.
3. Aprobación de un sistema de financiación. El Consejo de Política Fiscal y Financiera, en noviembre de 1997, establece un mecanismo de financiación para los próximos cuatro años.
4. Por último, la medida que afecta exclusivamente al ámbito de las competencias de la Administración General del Estado, la constituye la elaboración de un plan estratégico para los servicios sanitarios del INSALUD.

El día 21 de enero de 1998 se presenta el Plan Estratégico. El documento define la gestión de la asistencia en el INSALUD durante los próximos cuatro años y se basa en el establecimiento de la competencia regulada e instaura para ello la separación efectiva de las funciones de compra y provisión, la personificación jurídica de los centros y la progresiva libertad de elección del ciudadano.

Con el Plan Estratégico del INSALUD se da vía libre para la implantación de las nuevas fórmulas de gestión como las fundaciones, los consorcios, las empresas públicas, las sociedades médicas o las cooperativas.

Plan estratégico

El documento comienza haciendo un análisis pormenorizado de la situación de cada una de las áreas que gestiona este servicio sanitario. Conocido el análisis de la situación, se establecen los escenarios para el desarrollo de las líneas estratégicas. Concretados estos escenarios, se explican las líneas estratégicas. Y, por último, se añaden a esta publicación anexos donde se contienen unas importantes documentación e información.

En el primer anexo se concreta el proceso de homologación de los centros sanitarios, mecanismo que pueden utilizar los centros sanitarios para ir otorgándose

personalidad jurídica propia, marco jurídico aprobado en la Ley 15/97, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas fórmulas de gestión. El anexo segundo contiene información sobre las reformas sanitarias en Europa, el anexo tercero sobre los movimientos de reforma iniciados en las Comunidades Autónomas y el anexo cuarto contiene íntegramente el texto del acuerdo de la Subcomisión parlamentaria al objeto de que todos los gestores de este sistema conozcan las recomendaciones del Parlamento; por último, contiene una relación de personas que han participado en dicha elaboración. Han sido 120 expertos y profesionales del sistema sanitario, tanto del INSALUD como de las Comunidades Autónomas.

Análisis de la situación

La primera parte del plan es el diagnóstico de la situación, en donde se estudian los puntos fuertes y los puntos débiles en el momento de dicho diagnóstico. A continuación se resume el contenido del texto.

En materia de **organización**, la situación actual es el nuevo marco legal que crea el Real Decreto-Ley 10/1996, que da lugar después, mediante su tramitación como ley, a la Ley 15/1997; este texto sustenta las posibilidades de otorgamiento y personificación jurídica pública a los centros sanitarios.

Como puntos débiles, se destaca que el INSALUD todavía se configura como una entidad gestora de la Seguridad Social. Así como los servicios de salud de las siete Comunidades Autónomas que gestionan sanidad son organismos autónomos de carácter administrativo o entes de derecho público sujetos a derecho privado, en el ámbito del INSALUD sigue siendo una entidad gestora de la Seguridad Social, con lo que esto conlleva de rigideces en su gestión. Falta una delimitación importante entre los que establecen qué es necesario que hagan los centros cada año —es decir, los que concretan la compra— y los que proveen la asistencia, es decir, los centros sanitarios, tanto de atención primaria como de especializada.

Hay una cierta descoordinación entre la planificación sanitaria del INSALUD y de las Comunidades Autónomas. Por una parte, las Comunidades Autónomas sin gestión en servicios sanitarios tienen competencias en materia de planificación y, sin embargo, es el INSALUD el que tiene las competencias en materia de gestión de los servicios sanitarios, y a veces se producen solapamientos.

Y, por último, falta una estructura organizativa del INSALUD en el ámbito de la Comunidad Autónoma; es decir, el INSALUD son 10 Comunidades

Autónomas junto con Ceuta y Melilla, y son esas Comunidades Autónomas las que en el futuro recibirán las competencias en materia sanitaria; por lo tanto, parece razonable que el INSALUD tenga una organización autonómica.

En materia de *participación* hay una escasa representatividad del ciudadano y de los profesionales en todo lo que se refiere a la participación en los sectores sanitarios.

En cuanto al *modelo de compra*, ya está incorporada la cultura organizativa del contrato-programa.

El contrato-programa partió de un buen diseño inicial, contribuyó a dotar de una mayor transparencia a la financiación; en definitiva fue una buena herramienta de trabajo. Sin embargo, este contrato-programa no se firmaba entre partes independientes, sino que simplemente era un decálogo de objetivos porque carece de un sistema real de facturación; los hospitales no concretan realmente los procesos que hacen y no tienen un presupuesto en función de los procesos y de los pacientes a los que atienden.

El INSALUD ha aplicado a lo largo de los años, respecto a los proveedores externos, una interpretación restrictiva de los principios de subsidiaridad y complementariedad previstos por la Ley General de Sanidad. Así, los conciertos se siguen realizando de forma centralizada, no han promovido la publicidad y la libre concurrencia y se basan en sistemas de pago en estancias y no procesos, como es razonable que así sea.

La *atención primaria* tiene una buena cartera de servicios y ha mejorado la accesibilidad. Sin embargo, no ha dado respuesta a la atención domiciliaria, no ha sido capaz de coordinarse con la atención especializada y no ha conseguido una mayor vinculación de los facultativos con sus centros. La libertad de la elección del usuario tiene muchas limitaciones y no existen incentivos económicos para el centro o el médico que resulta más elegido por parte de los pacientes. Y, por último, un grave problema en la atención primaria es el porcentaje de gasto farmacéutico. En el INSALUD, el 22% de todo el presupuesto sanitario se dedica exclusivamente a abonar la factura farmacéutica. Cuando en el resto de los países de Europa los entornos de gasto farmacéutico se mueven entre el 15% y el 18%, aquí tenemos siete o cinco puntos más que los entornos europeos.

Respecto a la *atención especializada*, se han producido avances en los últimos años, en cuanto a herramientas de gestión, tanto en lo que se refiere a los sistemas de información como a la casuística y a la contabilidad analítica. Sin embargo, persisten proble-

mas muy graves: falta una autonomía de gestión de los centros, los centros no tienen capacidad para vincular a su personal con los objetivos de su organización, las listas de espera en atención especializada son un problema muy grave que deslegitima al sistema y la libertad de elección del usuario está limitada a la elección de especialista dentro de su área de referencia, no existiendo posibilidad de elegir centro hospitalario.

En materia de *urgencias y emergencias*, el diseño del INSALUD propone las centrales de coordinación, o 061. El punto débil es que, siendo un buen sistema, de las 10 Comunidades Autónomas que tienen el INSALUD, junto con Ceuta y Melilla, solamente dos cuentan con esta central de coordinación 061.

En cuanto a la *atención sociosanitaria*, hay una ubicación inadecuada de los pacientes sociosanitarios ocupando camas de agudos en buena parte de nuestros hospitales, no hay una definición clara de las competencias entre la atención sanitaria y la sociosanitaria de las distintas Administraciones Públicas y hay un escaso desarrollo de la coordinación dirigida a la atención sociosanitaria.

En relación con los *recursos humanos*, a pesar de que existe una alta capacitación y cualificación profesionales de nuestro personal médico y enfermería, existe un sistema de selección rígido, centralizado, complejo, y no hay un desarrollo efectivo de políticas de incentivar.

En materia de *desarrollo directivo*, la política de personal directivo del INSALUD no ha estado suficientemente definida, ha faltado una concreción de los perfiles profesionales de los puestos directivos, así como los criterios para el acceso a los mismos, y las retribuciones de estos directivos tienen un pequeño componente variable.

Sobre *acreditación y calidad* también se han producido mejoras continuas de calidad científico-técnica, manteniendo un alto nivel. Pero el INSALUD no ha desarrollado auditorías internas dirigidas a los propios centros y a los centros concertados, y no han existido mecanismos de acreditación desde el punto de vista de la calidad.

Respecto a los *sistemas de información*, existen unos francamente deficientes y esto porque falta un desarrollo corporativo de la información en el INSALUD. Hay un desarrollo exclusivamente fragmentario, falta homogeneidad en los sistemas de información, no existe un sistema global corporativo de la red que una a todos los centros de atención primaria y especializada de nuestra estructura, la dotación de la tecnología informática es antigua, no se ha actualizado, no exis-

ten criterios uniformes en los planes de informatización. Por ejemplo, el 50% de los hospitales carecen de cableado informático. Esto significa que el 50% de los hospitales no pueden tener ningún tipo de herramienta informática integral. La media, en relación con el gasto total de cada ministerio en la inversión informática, es del 1,6 frente al Ministerio de Sanidad, que la tenía en el 0,3.

Escenario para el desarrollo de las líneas

Una vez descrito este diagnóstico, el documento del plan establece cuáles son los principios del escenario en los que va a plantearse la modernización de los servicios sanitarios.

El primer principio es el que se refiere a la creación de un sistema de *competencia regulada*. El modelo propuesto quiere aligerar la fuerte regulación administrativa del sistema, al objeto de sustituir la conceptualización de centro sanitario igual a oficina administrativa, que no lo es, y sí centro sanitario igual a un organismo público proveedor de servicios sanitarios.

Se propone que los centros públicos proveedores de servicios sanitarios compitan dentro de un sistema de competencia regulada. Regulada necesariamente porque existen tres razones que impiden la competencia bajo los principios de libre mercado:

1. Las peculiaridades propias del bien sobre el que estamos trabajando, que no es otro que el bien salud.
2. La propia evolución histórica de nuestro sistema sanitario. Cuando se crea por primera vez en nuestro país el seguro obligatorio de enfermedad, en 1942, se adopta la decisión de incluir dentro del

sector público la provisión de los servicios sanitarios.

3. La naturaleza mayoritariamente pública de nuestros centros. Más del 90% de los hospitales en nuestro país pertenecen al sector público, y su titularidad corresponde a la Administración Pública, ya sea central, ya sea autonómica, ya sea local.

El segundo escenario es el del *horizonte transferencial*. Los servicios que gestiona el INSALUD están abocados a ser transferidos a las Comunidades Autónomas.

El tercer escenario es la definición de un modelo que *diferencia las funciones y agentes que las realizan*: el financiador, el comprador de servicios, los centros proveedores (es decir, los hospitales y los centros de salud), y los usuarios.

El desarrollo de este modelo divide las funciones de organización en tres áreas (tabla I):

- A. Función corporativa. Las competencias en materia de planificación estratégica, establecer la política de calidad total y también las políticas en materia de acreditación, de homologación y de sistemas de información (planificación estratégica). Competencia del INSALUD.
- B. Función de compra. Aquellas dirigidas a garantizar que la compra de los servicios responda a los principios de equidad en el acceso y dirigida a asegurar la calidad de las prestaciones (planificación táctica). Competencia de las direcciones territoriales y direcciones provinciales.
- C. Función de provisión. Función dirigida a homogeneizar los factores de provisión, como son los recursos humanos y los presupuestos de los centros (planificación operativa). Competencia de los centros sanitarios.

Tabla I

Funciones de organización

Funciones corporativas	Funciones de compra	Funciones de Provisión
Responsabilidad de garantizar la equidad, calidad y eficiencia	Responsabilidad de garantizar la prestación sanitaria	Responsabilidad de los factores de provisión
Planificación estratégica	Planificación táctica	Planificación operativa
Acreditación Homologación sistemas de información Impulso de mejoras de gestión Plan de calidad total	Compra de servicios por medio de contratos a centros públicos y privados	Política de recursos humanos Desarrollo directivo Seguimiento presupuestario

Fuente: Libro Azul, p. 128.

Los servicios centrales pactarán con cada dirección territorial el presupuesto que le corresponde a cada Comunidad Autónoma en función del sistema de financiación que esté aprobado para cada momento (programas de asignación presupuestaria por Objetivos - P.A.P.O.).

Las direcciones territoriales transmitirán a las direcciones provinciales el presupuesto en función de los centros de atención especializada y de primaria que tengan en cada provincia (contratos de compra territoriales - C.C.T.), y los directores provinciales pactarán con los hospitales y con las gerencias de atención primaria el contrato de gestión para cada año y concretarán la actividad y el presupuesto por centro de atención especializada o de primaria (contrato de gestión - C.G.) (tabla II).

Los proveedores son los centros públicos que dan asistencia sanitaria, ya sean de atención primaria o atención especializada. Estos proveedores tendrán autonomía para poder actuar en este escenario de competencia regulada y esta autonomía se dará a través de un proceso de homologación que se concreta como anexo en el plan estratégico.

Estos centros estarán unidos con las direcciones provinciales mediante los contratos de gestión, antes denominados contratos-programa.

En atención primaria se pretende pasar de un modelo de presupuesto histórico a un modelo de presupuestación basado en el número de habitantes que atiende ese centro de atención primaria (modelo capitativo) y en el grado de desarrollo de la cartera de servicios que tiene ese centro. Los centros que tengan atención domiciliaria tendrán un presupuesto mayor y los centros que tengan mayores servicios tendrán un mayor respaldo financiero.

En atención especializada también se pretende abandonar el presupuesto histórico para ir buscando un presupuesto que respete la estructura del centro. Hay hospitales que, por sus deficiencias arquitectónicas y físicas, no pueden competir con otros hospitales donde el bloque quirúrgico y los servicios centrales están estructurados y centralizados; por lo tanto, se tendrá en cuenta la estructura del centro, pero también lo que hace cada centro, es decir, la tarifa por producto y los indicadores de calidad.

Bibliografía

El Libro Azul. Plan Estratégico del INSALUD; 1997.

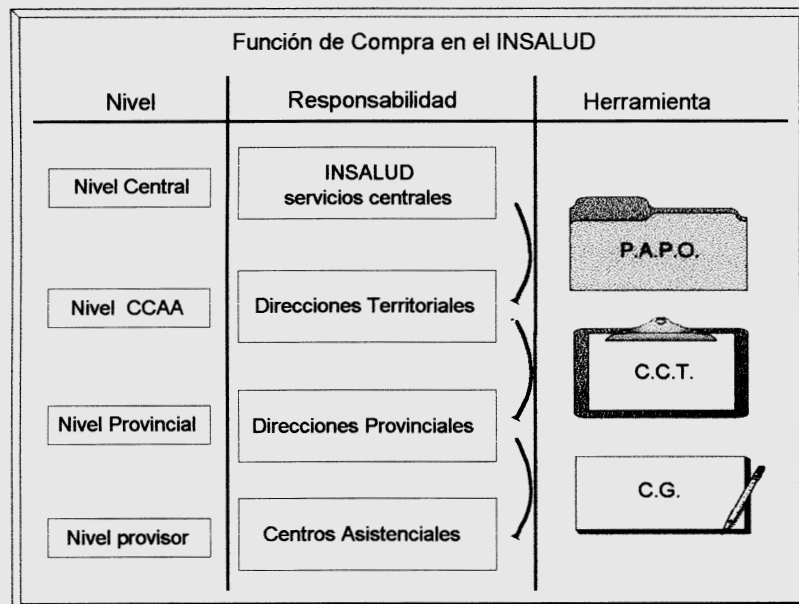


Tabla II. Función de compra en el INSALUD

Fuente: Libro Azul, p. 134