

# *La reforma sanitaria*

## **La estrategia del cambio**

*Juan Cabasés Hita*

*Ex-Director General de Salud del Gobierno de Navarra  
Profesor de Economía Aplicada de la Universidad Pública de Navarra*

**Una nueva cultura impregna todo el Sistema Nacional de Salud, cuya pervivencia exige lograr mayores cotas de eficiencia en el gasto, manteniendo el nivel de equidad alcanzado. La estrategia de cambio iniciada afecta al establecimiento de límites al crecimiento del gasto sanitario, a la definición operativa del contenido del derecho a la protección de la salud, así como al diseño de las formas organizativas compatibles con el incentivo a la eficiencia.**

**E**l presupuesto sanitario público no había establecido hasta ahora referencia alguna de su crecimiento futuro, lo que ha situado a la financiación en un estado crítico, especialmente sentido por las comunidades autónomas con INSALUD transferido. La propuesta de un modelo de financiación de la asistencia sanitaria proporcionada a través del presupuesto del INSALUD para cuatro años, acordada en 1994 en el seno del Consejo de Política Fiscal y Financiera, establece el crecimiento del PIB como límite al crecimiento del presupuesto sanitario del INSALUD, perdiendo su carácter ampliable los créditos asignados al mismo. Esta es la base de partida de una reforma de la financiación sanitaria autonómica que determina la asignación capitativa del presupuesto.

La propuesta ha requerido un nuevo saneamiento financiero que cubra las insuficiencias presupuestarias de 1992 y 1993. El recurso al saneamiento, utilizado frecuentemente, ha hecho hasta ahora poco creíbles las cifras presupuestarias incentivando el aumento del gasto. El éxito del acuerdo dependerá de

su credibilidad. Si la restricción presupuestaria propuesta es poco realista, obligando a reconversiones importantes del sector, es augurable su fracaso. Pero fracaso de la cuantía, no del procedimiento, que por vez primera orienta a todos hacia la disciplina de gasto.

### ***El catálogo de prestaciones***

La fijación de las condiciones del derecho a la protección de la salud alcanza también a las prestaciones que se deben garantizar. El Real Decreto sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud de 20 de enero de 1995, pretende la transformación del derecho constitucional a la protección de la salud en un derecho subjetivo susceptible de ser exigido por vía jurisdiccional. Además, establece los criterios de inclusión y exclusión de prestaciones garantizadas, delimitando el volumen actual y las condiciones para la incorporación de nuevas prestaciones. Estas deberán superar tests de eficacia, seguridad y eficiencia

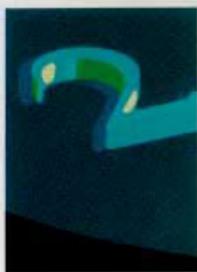
antes de ser aceptadas para su financiación pública.

La opción por la inclusión en el paquete asistencial básico de todas las prestaciones actuales, siguiendo la sugerencia del *Informe Abril*, simplifica la tarea pero no resuelve la cuestión de las condiciones en que han de realizarse las prestaciones (no se definen tiempos de espera máximos, por ejemplo), ni qué técnicas o procedimientos se garantizan. Por su importancia haremos algunos comentarios al mismo, su justificación y características.

En su justificación, hay un argumento fundamental de base jurídica. El derecho a la protección de la salud reconocido en la Constitución pertenece al ámbito de los llamados derechos de prestación, que son concebidos como meras expectativas de derechos, lo que hace necesaria su transformación, mediante el procedimiento legislativo ordinario, en auténticos derechos subjetivos susceptibles de ser exigidos por vía jurisdiccional, lo que obliga a fijar un *quántum* que garantiza unos niveles concretos en razón de datos objetivamente comprobables.

Además, la ordenación de prestaciones se convierte en un requisito *sine qua non* para la interpretación del Sistema Nacional de Salud como un sistema de aseguramiento. Según éste, la enfermedad se convierte en un evento sometido a riesgo y el individuo con un comportamiento racional elegirá asegurarse. El contrato de seguro incluye el riesgo a cubrir y los servicios para hacer frente al evento dañoso, prestaciones económicas (seguros de enfermedad), o asistencia sanitaria (seguros de asistencia sanitaria), así como las obligaciones del asegurado y las





***El recurso al saneamiento ha hecho poco creíbles las cifras presupuestarias incentivando el aumento del gasto***

condiciones de la prestación del servicio. Tratándose de un seguro de asistencia sanitaria, el contrato de seguro del Sistema Nacional de Salud deberá incluir los servicios que el asegurado puede reclamar.

Nuestra ordenación de prestaciones ha optado por seguir un criterio funcional, frente a otras opciones posibles, como la inclusión explícita de patologías y tratamientos. Se refiere a las prestaciones financiadas públicamente, lo que puede interpretarse como la definición del paquete asistencial básico garantizado.

También establece cinco modalidades genéricas de prestación sanitaria: asistencia primaria, asistencia especializada, prestaciones farmacéuticas, prestaciones complementarias y servicios de información y documentación sanitaria, lo que se completa con los criterios de exclusión genéricos.

En todo caso, no se considerarán incluidas en las prestaciones sanitarias aquellas atenciones, actividades o servicios para las que no exista suficiente evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica o hayan quedado manifiestamente

superadas por otras disponibles; no esté suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, autovalimiento y eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento; y se trate de meras actividades de ocio, descanso, confort, deporte, mejora estética o cosmética, uso de aguas, balnearios o centros residenciales, y otras similares, sin perjuicio de su posible atención por los servicios sociales o de otra naturaleza. Se excluyen explícitamente los reconocimientos voluntarios, el psicoanálisis, la cirugía estética o el cambio de sexo.

La incorporación de nuevas técnicas o procedimientos en el ámbito de las prestaciones reconocidas deberá ser valorada en cuanto a su seguridad, eficacia y eficiencia por la Administración Sanitaria del Estado.

Con respecto a las nuevas prestaciones, su incorporación requerirá un Real Decreto y habrán de ser evaluadas teniendo en cuenta su eficacia, eficiencia, seguridad y utilidad terapéuticas, las ventajas y alternativas asistenciales, el cuidado de grupos menos protegidos o de riesgo y las necesidades sociales.

Queda abierta, aunque no explícitamente, la posibilidad de aplicar a las actuales prestaciones los criterios genéricos de exclusión. Por ejemplo, si las demoras resultan ser inaceptablemente elevadas, cabría reducir la cobertura de las menos urgentes. En el decreto no se menciona la cuestión de los tiempos de espera, no existiendo, en consecuencia, ninguna previsión de búsqueda de opciones alternativas por parte del paciente que pudieran ser financiadas posteriormente con los presupuestos públicos.



La presencia de exclusiones explícitas como la cirugía estética de tipo cosmético, el psicoanálisis o el uso de aguas, balnearios o centros residenciales supone que por ver primera se deja de ofrecer todo, acotándose el derecho. Es decir, no todos los servicios sanitarios son financiados públicamente aunque, en ocasiones, el Sistema Nacional de Salud pueda proveer el servicio reclamando al tercero obligado al pago, o al propio paciente, su importe.

El contenido de las prestaciones garantizadas, con ser bastante detallado, presenta dificultades para acotar los límites en algunos casos. Algunas prestaciones aparecen por primera vez como derecho, por ejemplo, la asistencia bucodental infantil.

Tampoco hay un pronunciamiento expreso sobre el marco geográfico del derecho a la asistencia o acceso territorial. Una interpretación estricta al criterio de residencia por comunidad autónoma podría limitar las posibilidades de los compradores, especialmente en zonas limítrofes.

La existencia de prestaciones complementarias que sean básicas en sus respectivos ámbitos territoriales permite hablar de un Sistema Nacional de Salud heterogéneo. Algo que es legítimo si se tiene en cuenta la diferente sensibilidad sanitaria territorial, lo que se refleja en decisiones de gastos sanitarios diferentes determinados en los parlamentos autonómicos. Esta heterogeneidad es consistente con la autonomía territorial y sugiere, además, la existencia del hecho diferencial básico de los individuos, que perciben de forma diferente sus necesidades.

Esta reflexión es extensible al comportamiento individual y a la necesaria compatibilidad de un sis-

tema de prestaciones básico como el definido en la ordenación de prestaciones, y un sistema complementario individualizado cuya forma será el resultado de las distintas funciones objetivo de los individuos, condicionados por su capacidad de pago, aversión al riesgo, necesidad sanitaria percibida, etc. La definición de un paquete asistencial básico conlleva la existencia de otro bloque no básico o complementario, no financiado públicamente.

***La nueva cultura  
de gestión  
sugiere formas  
organizativas que  
superen las  
rigideces  
impuestas por el  
marco jurídico***

Contrariamente a otras propuestas de ordenación de prestaciones, el criterio de eficiencia sólo se incluye con respecto a la introducción de nuevas prestaciones y de nuevas técnicas y procedimientos en las prestaciones existentes. Esto limita la posibilidad de eliminar o reducir procedimientos actuales ineficientes. Una posible interpretación es que ésta es la auténtica aportación del decreto: limitar la incorporación de nuevos procedimientos y prestaciones a aquéllas de probada eficiencia y, por consiguiente, efectividad y seguridad, sin cuestionarse el nivel actual de prestaciones, que queda garantizado legalmente.

Dos disposiciones adicionales merecen especial consideración. En

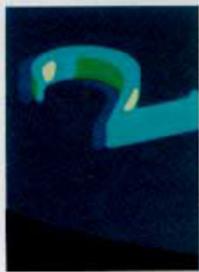
una se establece que la prestación farmacéutica se regirá por sus disposiciones propias. Esto puede producir distorsiones pues es difícil acotar nitidamente este campo y puede crearse una asimetría de derechos entre terapias farmacológicas y otras. Parece más lógico que los principios básicos definidos por el Real Decreto fueran de aplicación a todas las prestaciones sanitarias.

La otra disposición se refiere a la necesaria consideración de atenciones sociales que surge como consecuencia de problemas de salud. Aquí la asimetría de derechos sanitarios y sociales es una realidad, siendo estos últimos muy limitados en relación con los sanitarios, lo cual hace prácticamente inviable la garantía en la continuidad del servicio a través de la adecuada coordinación por las administraciones públicas correspondientes, tal y como establece el decreto. La asistencia sociosanitaria se convierte en un reto para el futuro.

Podríamos concluir esta valoración diciendo que la ordenación de prestaciones que se propone para el Sistema Nacional de Salud tiene la finalidad de acotar el derecho a la asistencia sanitaria individual y definir las obligaciones del sector público para con sus ciudadanos, garantizando el conjunto mínimo de prestaciones, ofreciendo un mecanismo de establecimiento de prioridades para su ampliación a través de la evaluación sistemática de los nuevos procedimientos. No se especifican las condiciones de la prestación, cuya ejecución queda acotada estrictamente al ámbito del Sistema Nacional de Salud, sus medios propios y concertados.

Tampoco parece prever la extensión del sistema de aseguramiento a un potencial esquema de





competencia entre aseguradoras, lo que hubiese exigido un catálogo mucho más detallado para su inclusión en las pólizas a contratar. En todo caso, para que el derecho desarrollado en el proyecto comentado sea exigible por los individuos en vía jurisdiccional parece que será necesario un desarrollo normativo ulterior del mismo.

## ***Cambios en la gestión sanitaria***

La nueva cultura de gestión, frente a la tradicional de administración, sugiere nuevas formas organizativas que superen en las rigideces impuestas por el marco jurídico actual, y aprovechen las ventajas de entornos más competitivos, dotando de mayor autonomía a los centros sanitarios. Ello puede realizarse dentro y fuera del marco institucional actual, caracterizado por la forma jurídica de organismos autónomos. Las experiencias todavía aisladas de formas de organización alternativas, como las empresas públicas, muestran las ventajas de la descentralización, aunque se enfrentan al riesgo de mayores costes de influencia política.

Más generalizadas son las mejoras en la gestión dentro del marco actual. Así, los contratos-programa en INSALUD y los Servicios Regionales de Salud permiten ligar presupuesto a objetivos de actividad previamente pactados. Se están asentando nuevos sistemas de información para la gestión, entre los que destacan las medidas del producto hospitalario (UPA, PMC, GDR). Las mejoras en la información sanitaria ponen también de manifiesto algunas debilidades del Sistema Nacional de Salud. Como se ha comentado anteriormente, trabajos

***El acceso a un nivel de calidad adecuado de servicios es el reto de equidad más importante para los próximos años***

recientes sobre variaciones en la práctica médica, por ejemplo, muestran importantes desigualdades geográficas en la utilización de la atención hospitalaria. El acceso a un nivel de calidad adecuado de servicios, además de una demanda creciente de los ciudadanos, es el reto de equidad más importante para los próximos años.

Estas reformas pueden interpretarse como una orientación hacia modelos híbridos desde estructuras de gobierno jerárquicas, como mecanismo institucional para regular las transacciones sanitarias, siguiendo el modelo propuesto por Williamson. Según este enfoque las alternativas organizativas que se ofrecen a los sistemas sanitarios pueden resumirse en tres estructuras de gobierno: mercados, modelos híbridos y jerarquías. A medida que nos alejamos de la estructura jerárquica aumenta la intensidad de los incentivos y se reducen los controles administrativos, que son sustituidos por los contratos.

## ***El papel de los contratos***

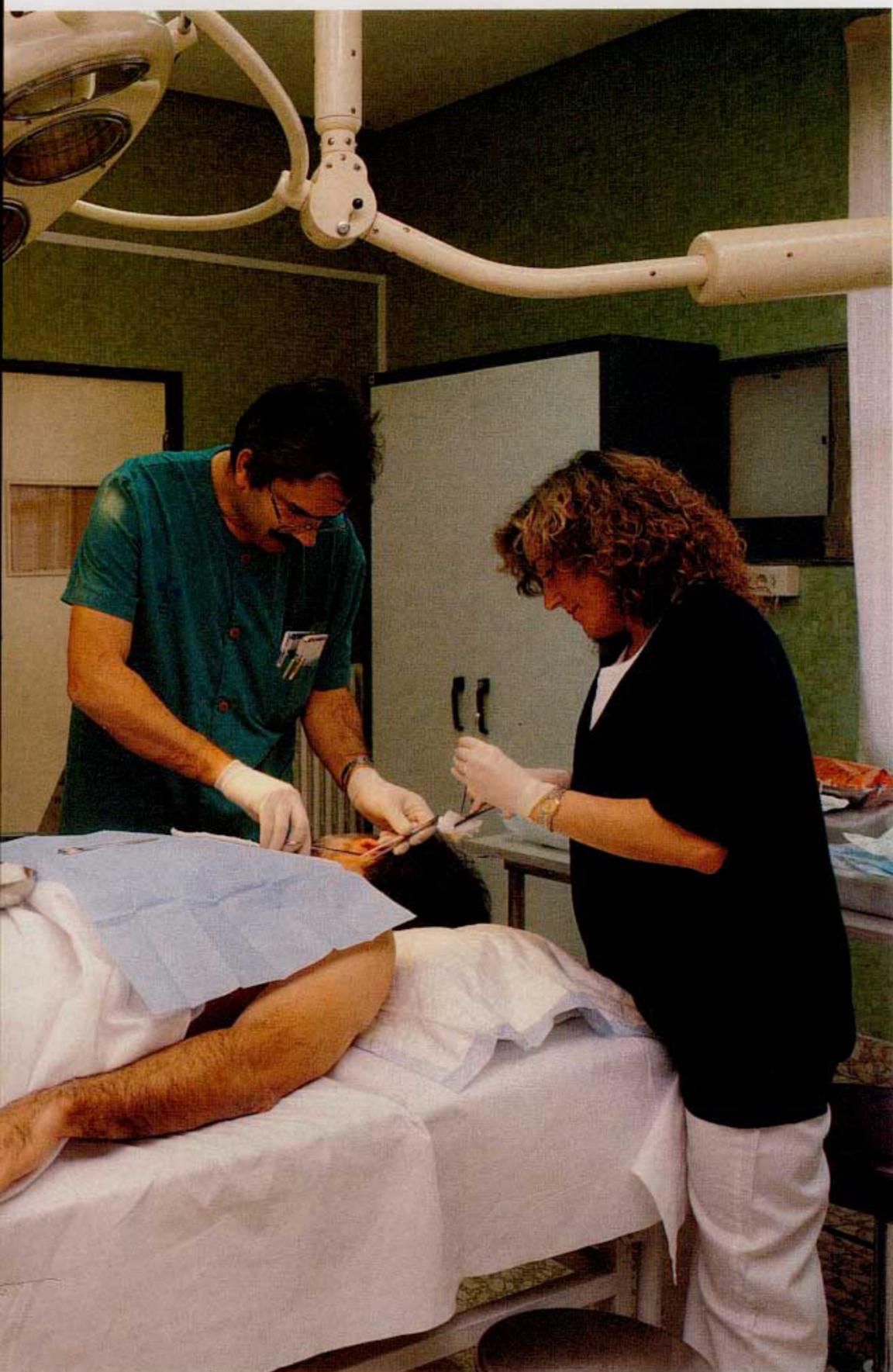
El término contrato está adquiriendo una notable relevancia en los actuales debates y propuestas de reforma de política y gestión sanita-

ria. Sin duda esto viene propiciado por la creciente percepción de que las actuales estructuras burocráticas del INSALUD y los Servicios Regionales de Salud no van a ser capaces de resolver a medio plazo el doble reto de controlar las tasas de crecimiento del gasto sanitario público, y ofrecer un conjunto amplio de servicios sanitarios a todos los ciudadanos españoles.

En cualquier modelo híbrido por el que optemos el concepto, estructura y sistema de incentivos que incorporen los contratos que regulen la actuación de los distintos agentes, es fundamental. Esto es válido no únicamente para el conjunto de experiencias que derivan de una separación al menos formal entre financiador-comprador y proveedor del servicio, sino también a la contratación externa de servicios generales más tradicional en las organizaciones sanitarias públicas: mantenimiento de edificios e instalaciones, lavandería y lencería, limpieza, seguridad, alimentación, eliminación de residuos, etc. Sobre este último tipo de contrataciones sí existe una experiencia consolidada en nuestro país, y durante los últimos años ha experimentado importantes cambios en las tecnologías de contratación unido a un proceso generalizado de contratación externa de dichos servicios frente a la alternativa de producción propia.

Del primer tipo de contratos existe una experiencia más limitada, reducida a los contratos (conciertos) específicos con centros sanitarios privados (lucrativos y no lucrativos) y la experiencia de concertación catalana.

En España, la generalización de los contratos-programa en el seno de los organismos autónomos sanitarios se complementa con el concierto sanitario, figura extensivamen-



te utilizada en Cataluña y con algunas propuestas estratégicas, como la de Osasuna Zainduz, que regeneran la figura del contrato.

La utilización de contratos como el instrumento de relación entre financiador y proveedores obliga a incorporar a los mismos los objetivos de la política de salud. La expe-

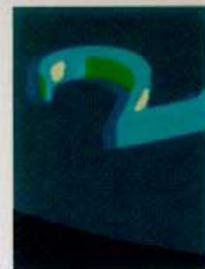
riencia reciente del Reino Unido puede ayudar a aclarar esta cuestión. La contratación allí se ha querido enmarcar en un ámbito más amplio a modo de comisionado para la salud, cuyo objetivo es la maximización de la salud de una población y la minimización de la enfermedad, mediante la compra de servicios sanitarios y la influencia sobre otras

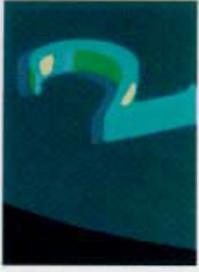
organizaciones para crear las condiciones que mejoren la salud en la población.

La compra de servicios sanitarios se convierte así en uno de los aspectos de la estrategia de salud, consistente en la adquisición de servicios de tratamiento, rehabilitación, diagnóstico, prevención, promoción de la salud y cuidados a las organizaciones proveedoras. La contratación es el instrumento de compra y consiste en la selección de proveedores y la negociación de acuerdos con ellos en relación a los servicios que prestarán con una contrapartida monetaria. El contrato es, por tanto, el principal medio por el que los compradores pueden transmitir los objetivos de salud a los proveedores.

## *Retos para el futuro*

- ▲ Los médicos constituyen el elemento más relevante para la operación eficiente del sistema sanitario. Esto sugiere que no es posible llevar a cabo una reforma sanitaria sin contar con ellos. Ahora bien, la denominada cultura de la eficiencia no ha calado en el colectivo médico. Ello puede deberse a la propia formación profesional orientada hacia el resultado y no hacia el coste, al enfoque ético de su actuación basado en el principio de beneficencia (hacer todo lo posible por el paciente), o a la disociación actual entre productividad y remuneración. La revisión de los currículos académicos, demostrar que es ético ser eficiente y adoptar formas organizativas incentivadoras de la eficiencia, son elementos de una agenda de trabajo para el planificador. Cualquier proyecto de reforma del sistema sanitario debería ser





acordado en sus grandes líneas con los profesionales.

- ▲ La estrategia de cambio en la gestión de los servicios sanitarios públicos de España, orientada hacia la separación funcional de competencias de financiación y compra de la producción de servicios, se ha desarrollado a través de la implantación del contrato-programa a las organizaciones sanitarias públicas.

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 ha estado vinculado a sistemas de incentivos de cierta importancia. Sin embargo, no deja de ser una ficción legal que camufla semánticamente una estrategia de dirección por objetivos. No existe un traslado efectivo de riesgo ni a las organizaciones, ni a los directivos ni a los profesionales.

La creación de empresas públicas sanitarias como alternativa contractual y organizativa a la actual, supone una estrategia de desregulación más agresiva al situar la organización sanitaria en el marco del derecho laboral y mercantil, fuera del derecho administrativo, aunque posibilita altos costes de influencia política.

Debe existir un plan controlado para la implantación de los cambios. Este plan incluirá elementos para modificar la cultura de la organización y su estructura de poder; capacitar técnicamente a la organización para abordar los cambios precisos; inducir cambios de comportamiento en el seno de la organización, tanto entre los trabajadores como en los estilos de dirección; garantizar los apoyos necesarios y la reducción de

las resistencias; capitalizar los resultados intermedios para lanzar nuevos proyectos y obtener nuevos objetivos.

En relación con la asistencia sanitaria pública en Navarra, una agenda de actuación futura debería incluir:

- El control del incremento del gasto sanitario público. Establecer un referente de crecimiento al gasto futuro que oriente las decisiones a medio y largo plazo e impida la adopción de medidas con impacto sobre presupuestos futuros no controlados.

***Los médicos  
constituyen el  
elemento más  
relevante para la  
operación  
eficiente del  
sistema sanitario***

- Considerar el sistema sanitario público como sistema de aseguramiento social que establezca las condiciones de la póliza, los derechos ciudadanos y las obligaciones.
- Ensayar formas organizativas que estimulen la eficiencia. En este caso se pueden plantear medidas, con y sin cambios, en el marco institucional.

Sin cambios en el marco institucional, tratar de ligar presupuestos a actividad, incentivando la sujeción

a los mismos, otorgando además una mayor autonomía de gestión a los directivos y a los servicios clínicos. Todo ello en un marco de consenso con los agentes. La figura del contrato debe establecerse con carácter general y su diseño tiene que incluir los objetivos de la política de salud, además de los mecanismos incentivadores de la eficiencia. Es posible, adicionalmente, considerar experiencias piloto de formas organizativas alternativas, como la ya mencionada frustrada en atención primaria.

Alternativamente, introducir cambios en el marco institucional hacia formas híbridas con entornos más competitivos y con sometimiento al derecho privado, otorgar personalidad jurídica propia (sociedades públicas) a los centros, descargar el peso funcional y el sometimiento al derecho administrativo, trasladando parcialmente el riesgo, puede ser una vía de avance sustancial. No hay que olvidar el efecto negativo en términos de costes de influencia política que ello implica y la necesidad de minimizarlos. ¿Podría Navarra pilotar un estatuto de empresa pública sanitaria?

Es preciso profundizar en el desarrollo de los derechos ciudadanos, en especial la libre elección de las especialidades básicas y la segunda opinión, así como mejorar las condiciones de la prestación: el control de los tiempos de espera máximos, la información y el respecto a la autonomía de los pacientes. ■

**Nota:** Este artículo es una parte de la ponencia presentada por Juan Cabasés Hita, profesor titular de Economía Aplicada de la Universidad Pública de Navarra, en el Primer Congreso de Economía de Navarra, celebrado el pasado mes de octubre de 1995).