

TEXTO DE LA PROPOSICION PARLAMENTARIA

CONGRESO

25 DE ENERO DE 1990.- SERIE D. NÚM. 13

Palacio del Congreso de los Diputados,
23 de enero de 1990.-P. D., El Secretario
General del Congreso de los Diputados,
Ignacio Astarloa Huarte-Mendicoa.

A la Mesa del Congreso de los Diputados

El Grupo Parlamentario de CDS, al amparo de lo establecido en el artículo 193 y ss. del Reglamento del Congreso de los Diputados, tiene el honor de solicitar de la Mesa la tramitación de la siguiente Proposición no de Ley para su tramitación en Pleno:

Exposición de motivos

Crecientes tensiones económicas derivadas del imperable aumento de los gastos sanitarios, profundas mutaciones demográficas, nuevas actitudes sociales y la presión incesante del acelerado progreso técnico-médico demandan en todo el mundo la revisión y transformación de los actuales sistemas de asistencia sanitaria. Ninguno, cualesquiera que sea su estructura, su financiación, su ámbito y sus características, es capaz de resistir las sacudidas producidas por este torrente de tendencias. En solo veinticinco años, la media en los países de la CEE del porcentaje del PNB dedicado a sanidad se ha duplicado; 3,6 por ciento en 1965 y 7 por ciento en 1985; el envejecimiento progresivo de la población origina cada día miles de personas vulnerables y dependientes; el aumento del número de enfermos crónicos sustentados por la

1 62/00003 1

La Mesa de la Cámara, en su reunión del día de hoy, ha adoptado el acuerdo que se indica respecto del asunto de referencia:

(162) Proposición no de Ley ante el Pleno.

1 62/00003 1.

AUTOR: Grupo Parlamentario de CDS.

Proposición no de Ley por la que se insta al Gobierno a la constitución de una Comisión para la revisión del Sistema Nacional de Salud y las tendencias de su entorno en el momento actual y cara al futuro.

Acuerdo:

Considerando que solicita el debate de, la iniciativa ante el Pleno, admitirla a trámite como Proposición no de Ley conforme al artículo 194 del Reglamento, disponer su conocimiento por el Pleno de la Cámara, dando traslado al Gobierno, y publicarla en el Boletín, así como notificarlo al Grupo proponente.

En ejecución de dicho acuerdo, se ordena la publicación de conformidad con el artículo 97 del Reglamento de la Cámara.

moderna medicina, los arriesgados estilos de vida prevalentes en la sociedad de hoy y el crecimiento económico impulsan continuamente el consumo sanitario; las innovaciones médicas, a las que no se puede renunciar, elevan los costes, sin mejorar la productividad, hasta límites insoportables. Así, la eficiencia en el uso de los escasos recursos sanitarios se ha convertido en una obligación moral, sin ella es imposible la equidad, la calidad y el progreso asistenciales en estos momentos, el debate sanitario principal es el de "regulación versus competencia". Algunos países han comenzado ya la tarea de adaptar sus respectivos sistemas sanitarios a este entorno de dificultades. Otros se disponen a ello, y España ha de hacer lo también oportunamente, o sea, cuanto antes. Ahora no se trata sólo de corregir las conocidas y abundantes deficiencias asistenciales que sufren los españoles como resultado de una errónea política de sanidad. Es necesario ir mucho más allá, y, como primer paso, emprender un estudio substancial, cuidadoso y completo sobre nuestro sistema elaborado con independencia de juicio por expertos competentes, capaces de analizar la realidad sanitaria y las tendencias que en ella influyen y de emitir libremente recomendaciones técnicas. Nunca se ha hecho en España este esfuerzo básico, y, sin embargo, es el único modo de proporcionar a los políticos un terreno firme en el que puedan asentar, sin falsas ilusiones, la ideología de sus distintos programas. Las comisiones de expertos para examinar temas sanitarios, específicos o generales, es un método usado a menudo, desde hace no pocos años, por los Gobiernos de los países avanzados. Por todo ello, se presenta la siguiente

PROPOSICION NO DE LEY

1. El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a que constituya una comisión para la revisión del Sistema Nacional de Salud y las tendencias de su entorno en el momento actual y cara al futuro.

2. La comisión estaría formada por expertos de reconocido prestigio en alguno de los campos siguientes: medicina, economía de la salud, seguros de enfermedad, gestión sanitaria, planificación sanitaria, sociología sanitaria y derecho médico. El número de expertos no sería menor de seis ni mayor de doce.

Presidiría la comisión una personalidad prestigiosa de la empresa, las finanzas o la universidad españolas, capacitando en la dirección y estímulo de equipos y personas y en ordenar el trabajo de los mismos.

3. Los expertos serían propuestos por cada uno de los grupos parlamentarios presentes en la Cámara, buscando en su constitución definitiva el máximo consenso.

4. La comisión tendría autoridad para constituir subcomisiones sectoriales y nombrar los miembros de las mismas, demandar datos e información a organismos oficiales, solicitar informes y asesoramientos a instituciones colegiales, asociaciones y personas expertas españolas y extranjeras.

5. La comisión sería dotada con un presupuesto suficiente para llevar a cabo su tarea.

6. El primer trabajo de la comisión, una vez constituida, será fijar el plazo en el que la Comisión deberá entregar su

informe, conclusiones y
recomendaciones.

Palacio del Congreso de los Diputados,
18 de enero de 1990.-
El Portavoz Adjunto, **Carlos Rivila**.

PROPOSICIONES NO DE LEY ANTE EL PLENO

El Pleno del Congreso de los Diputados. en su sesión del día de hoy, con motivo del debate de la Proposición no de Ley. del Grupo Parlamentario CDS. por la que se insta al Gobierno a la constitución de una Comisión para la revisión del Sistema Nacional de Salud y las tendencias de su entorno en el momento actual y cara al futuro, numero de expediente 162/000031, ha acordado lo siguiente:

“El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a que promueva la Constitución por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de una Comisión para análisis, evaluación y propuesta de mejoras del Sistema Nacional de Salud.

La Comisión estaría constituida por expertos de reconocido prestigio en los distintos ámbitos implicados en la Sanidad (prevención. asistencia. economía. gestión. planificación. sociología. derecho. etc.). en numero no superior a doce, y contará con los medios precisos para el desarrollo de SUS cometidos.

La Comisión se extinguirá como tal, una vez emitido el informe oportuno, en el tiempo establecido. cuyas conclusiones remitirá al Congreso de los Diputados para su conocimiento en h Comisión de Política Social y Empleo”.

En ejecución de dicho acuerdo, ordena la publicación de conformidad con lo dispuesto en el artículo 97 del Reglamento de la Cámara.

Palacio del Congreso de los Diputados. 13 de febrero de 1990.

-P.D. El Secretario General del Congreso de los Diputado,
Ignacio Astarloa Huarte-Mendicoa.

TEXTO DEL MANDATO DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL

1. Origen de la Comisión

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en ejecución del acuerdo adoptado por el Pleno del Congreso de los Diputados en su sesión del día 13 de Febrero de 1990 (Diario de Sesiones no 14), con motivo del debate de una Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario CDS, decidió, en su reunión del 4 de Junio, crear una “Comisión de expertos para el estudio del Sistema Nacional de Salud y las tendencias de su entorno en el momento actual y cara al futuro:

2. Objetivos

La Comisión tendrá los cometidos de:

2.1. Analizar la estructura, la organización y el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud en relación con la calidad, la equidad y la eficiencia. El análisis comprenderá, por tanto, tres grandes grupos de actividades:

2.1.1. Gestión y financiación del Sistema:
marco y procedimiento de gestión
flujos, análisis del gasto e indicadores de eficiencia
Seguros de enfermedad privados

2.1.2. Servicios asistenciales:

factores relativos al personal sanitario asistencial: necesidades, formación, vinculación al Sistema y promoción profesional;
factores relativos al paciente: prestaciones a enfermos agudos y crónicos; demografía y consumo sanitario (envejecimiento de la población); desigualdades asistenciales y de salud;
factores relativos a la estructura, organización e interrelación de los servicios: atención primaria (rural y urbana); atención especializada; hospitales (gestión, actividad, listas de espera, dotación, etc.); tecnología médica (evaluación, indicaciones, control de inversiones); urgencias; prestación farmacéutica; etc.
oferta asistencial privada: complementariedad con la pública;
servicios sanitarios y servicios sociales.

2.1.3. Salud Pública:

prevención de las enfermedades,

promoción de la salud y educación sanitaria,

relación con “Estrategia de salud en España para el año 2000”.

(Los puntos comprendidos bajo los epígrafes de los tres grupos tienen un simple carácter explicativo o aclaratorio).

2.2. Considerar las posibles situaciones del Sistema Nacional de Salud en los previsibles escenarios económicos y sociales de España en un próximo futuro.

2.3. Proponer medidas de mejora del Sistema Nacional de salud, incluidos el método y ritmo de llevarlas a la práctica.

3. Organización del trabajo

La Comisión desarrollará su labor apoyada en subcomisiones o grupos de trabajo, instituciones informadoras y asesores que puedan aportar criterios, conocimientos y experiencia a la vez que se sientan partícipes en la tarea de revisión.

Las fases de trabajo y las funciones de la Comisión en cada una serán las siguientes:

Fase 1. información: la Comisión constituirá las subcomisiones o grupos de trabajo que estime convenientes, dirigirá y controlará la labor de los mismos y solicitará estudios, informes, dictámenes y opiniones a organismos, entidades y expertos nacionales o extranjeros, para lo cual preparará las instituciones y formularios pertinentes

Fase 2. Articulación: la Comisión deberá relacionar y resumir la información recogida.

Fase 3. Análisis: la Comisión procederá al estudio de la información y a elaborar grupos alternativos de conclusiones provisionales.

Fase 4. Discusión: la Comisión contrastará las conclusiones provisionales en discusiones en el seno de subcomisiones o grupos de trabajo específicos, con asesores, etc.

Fase 5. Conclusiones: la Comisión redactará su Informe.

La Comisión celebrará reunión ordinaria el primer y tercer lunes de cada mes. Aparte podrá celebrar las reuniones que la propia Comisión determine.

4. Informe

Responderá a los objetivos con el detalle y método expositivo que permitan una lectura fácil, interesante y útil, fundamento y origen de las recomendaciones de mejora incluidas en el informe.

PROCEDIMIENTO DE TRABAJO

La Comisión inicia su trabajo el 3 de septiembre de 1990 y, con un criterio de amplia participación, establece seis canales de recogida de informes, comentarios y opiniones para el análisis y evaluación del Sistema:

1. Nueve subcomisiones formadas por especialistas invitados a título personal y dedicados al estudio de los aspectos fundamentales del Sistema Nacional de Salud:

Economía del Sistema (Gestión y Financiación)
Personal Sanitario Asistencial
Hospitales, Asistencia Especializada Ambulatoria y Tecnología Médica
Asistencia Primaria
Salud Pública
Prestación Farmacéutica
Oferta Asistencial Privada
Atención Sanitaria y Social

2. Reuniones, entrevistas o conversaciones de la Comisión con los Consejeros de Sanidad de todas las Comunidades Autónomas; se reúne también con los Directores Generales del Ministerio de Sanidad y Consumo y del INSALUD.

3. Informes solicitados a más de cien entidades y organismos públicos y privados relacionados con la sanidad (consejos generales de colegios profesionales sanitarios, academias de medicina y farmacia, sindicatos profesionales y generales, sociedades médico-científicas, asociaciones de consumidores, empresas aseguradoras, etc.)

4. Opiniones, comentarios y dictámenes de asesores nacionales y extranjeros.

5. Información "in situ" de los sistemas de destacados países europeos (Reino Unido, Suecia y Alemania).

6. Encuesta dirigida por el Profesor Robert J. Blendon, de Harvard University, a fin de conocer el grado de satisfacción de los ciudadanos españoles respecto a los servicios del Sistema Nacional de Salud en comparación con el de los ciudadanos de los 10 países más desarrollados.

La Comisión ha celebrado 35 reuniones y recogido y archivado 1.135 documentos.

AGRADECIMIENTOS

La Comisión debe expresar su más vivo agradecimiento a:

Excmo. Sr. O. Julián García Vargas, ex Ministro de Sanidad y Consumo, que desde un principio ha establecido para la Comisión un ámbito de consideración, libertad e independencia, y al Excmo. Sr. D. Julián García Valverde, Ministro de Sanidad y Consumo, que ha respetado tan indispensable entorno;

Ilmo. Sr. D. José Simón Martín, ex Director General de Planificación Sanitaria y al Ilmo. Sr. D. Pedro Pablo Mansilla Izquierdo, ex Director General de Alta Inspección y Relaciones con las Administraciones Territoriales, que han facilitado a la Comisión medios suficientes y le prestaron continuas atenciones;

los Consejeros de Sanidad de las Comunidades Autónomas, que han dedicado tiempo y trabajo a informar a la Comisión de las características, preocupaciones y proyectos sanitarios de sus respectivas regiones;

los miembros de las nueve Subcomisiones, cuya generosa e inteligente labor ha constituido una fundamental colaboración;

las 56 entidades y organismos públicos y privados relacionados con la sanidad que han elaborado para la Comisión valiosos y útiles informes;

los asesores nacionales y extranjeros que han ampliado los conocimientos de la Comisión o sabido aclarar, con excelentes dictámenes, puntos intrincados (por su intervención en los proyectos de reforma de otros países, la Comisión desea citar a Sir Roy Griffiths, Prof. Peter B. Boorsma y Mr. Claes Ortendahl);

D. José Ramón Rodríguez Bermúdez, gerente de Ernst & Young, que con notable competencia profesional ha llevado a cabo eficazmente importantes trabajos para la Comisión;

las autoridades sanitarias del distrito de East Anglia (Reino Unido), del condado de Koppaberg (Suecia) y de Bonn (Alemania), que han recibido a la Comisión y han descrito para ella sus respectivos sistemas;

D^a Bertha Malatesta de Angelini, secretaria, D. José Manuel Estrada Lorenzo y D^a María José Rebollo Rodríguez, documentalistas, y D^a María Yolanda Díaz Capitán, administrativo, que con excepcional eficacia y entusiasmo han realizado el trabajo diario sobre el cual la Comisión se ha apoyado.

DOCUMENTOS Y MATERIAL

La Comisión hace entrega de los siguientes documentos en 13 volúmenes:

Informe y Recomendaciones

Apéndice del Informe, “**Sucinta descripción del Sistema y evaluación del mismo**”.

Anexo 1: Tomos 4 y 2

Informes de las Subcomisiones

Anexo II: Tomos 1 al 7

Informes de Entidades y Organismos

Anexo III

Informes de los Asesores

Anexo IV

Informes de los Colaboradores de las Subcomisiones

Informe

Introducción

En la Proposición no de Ley que dio origen a esta Comisión, se exponen los profundos cambios sociales y sanitarios que, en todo el mundo, perturban los actuales sistemas de asistencia médica y aquí han hecho necesario el análisis y evaluación, con fines de mejora, del sistema Nacional de Salud. En esta tarea de revisión y adaptación nos han precedido varias naciones europeas Holanda, Reino Unido, Suecia, etc. y de otros continentes. Sensibles variaciones demográficas, nuevos comportamientos sociales, la presión incesante desacelerado progreso técnico-médico y, como resultado, crecientes tensiones económicas impulsan esta tendencia renovadora, cuyo carácter universal explica por sí mismo la elaboración de este informe.

Reconocimiento de los logros

La Comisión ha constatado que el Sistema Nacional de salud (S.N.S.), en su situación actual y en su formación histórica, ha contribuido de forma decisiva a la mejora del estado de salud de la población y a la corrección de las desigualdades sociales. El S.N.S. tiene un dispositivo público de servicios y prestaciones de los más extensos del mundo y cubre a

toda la población española, con un esfuerzo económico y niveles de calidad técnica y profesional equiparables a los países de nuestro entorno.

Los indicadores generales de Salud de la población, como son las expectativas de vida y las cifras de mortalidad infantil, resisten favorablemente la comparación con los indicadores correspondientes de las naciones europeas. La universalización de la asistencia constituye un hito social. La financiación mayoritariamente pública ha permitido la equidad básica de acceso a los servicios. La Seguridad Social ha hecho posible una asistencia hospitalaria de gran calidad, la formación de médicos, especialistas y enfermeras de primer nivel y el progreso de la investigación clínica.

Dificultades y carencias

En su evolución reciente, el Sistema ha sufrido, como en otros países, tensiones relacionadas con un aumento de la demanda social, por el envejecimiento de la población y la mejora del nivel de vida, y con el desarrollo de los servicios y la tecnología disponible, en un entorno de recursos cada vez más limitados. En España, esta situación coincide con la transformación del esquema sanitario de la Seguridad Social en un sistema nacional de salud de financiación y cobertura universales.

Los efectos de estas tensiones, y la inadaptación de los instrumentos de gestión y financiación a las nuevas realidades, han producido consecuencias negativas sobre la eficiencia, la equidad y la calidad de los servicios sanitarios públicos, que justifican con claridad la necesidad y la urgencia de reformas.

Los resultados de una encuesta internacional comparativa (encuesta Blendon), encargada por la Comisión, indican que el nivel de satisfacción de la población española con sus servicios sanitarios se sitúa en el lugar noveno de los once países consultados y que los ciudadanos sienten la necesidad de que se produzcan reformas profundas en el Sistema. Estas mejoras, a juicio de los encuestados, tienen que ver más con la reorganización del Sistema de Salud que con la provisión de mayores recursos financieros.

La Comisión ha podido comprobar que existe entre las autoridades sanitarias, los sectores profesionales y las entidades e industrias relacionadas con el Sistema Nacional de Salud un consenso básico acerca de las deficiencias del sistema. En un Apéndice de este documento se muestran, con mayor detalle, los resultados del trabajo de evaluación realizado por la Comisión y, en varios anexos, los producidos por las Subcomisiones constituidas y las entidades y expertos consultados.

Los elementos más destacables de este análisis son:

- 1- la Atención Primaria, que tiene la responsabilidad funcional de ser la “puerta de entrada” y orientación principal del sistema de cuidados, continúa en un lento proceso de transformación hacia formas asistenciales más eficaces. En muchas ocasiones, produce un excesivo consumo de medios diagnósticos y terapéuticos,

así como desequilibrios asistenciales que sobrecargan la actividad de los hospitales por la vía de las consultas externas y las urgencias;

- 2- el porcentaje del gasto sanitario público que absorbe la Asistencia Especializada aumenta notablemente en los últimos nueve años con un simultáneo descenso del que corresponde a la Atención Primaria;
- 3- la Medicina Preventiva y la Salud Pública no tienen aún el relieve que les corresponde en una concepción global y moderna de la Medicina, en la educación sanitaria de la población y en la promoción de la salud;
- 4- el Sistema público carece de una visión global y empresarial de servicio, coarta, más allá de lo necesario, la libertad de elección de los usuarios y adolece de relaciones despersonalizadas, falta de información al paciente y sus familiares y un entorno escasamente confortable;
- 5- el marco laboral estatutario no responde a las necesidades actuales y no encauza los conflictos que plantean las relaciones de personal en el ámbito sanitario, especial mente si se pretende incorporar criterios exigentes de productividad y eficiencia; por ello, algunos profesionales se encuentran lógicamente desmotivados;
- 6- existe una ausencia general de estructuras y mecanismos de información, evaluación y análisis en el sector sanitario público y privado; esta carencia es patente tanto a nivel del control de gestión de los propios centros, como en el nivel más general de establecimiento de programas de salud;
- 7- en los equipos directivos, la responsabilidad de la gestión queda diluida o anulada por el excesivo centralismo y rigidez del sistema y por intervenciones administrativas previas de dudosa aportación;
- 8- por sus estructuras de gestión, organización funcional y financiación, el Sistema Nacional de Salud está orientado básicamente al cumplimiento de los procedimientos formales de la función pública, antes que al logro de altos resultados mediante el empleo óptimo de recursos humanos y materiales de gran cualificación.

Globalmente, los instrumentos de gestión y financiación son los que peor se han adaptado a las nuevas necesidades de los servicios sanitarios modernos. La situación práctica de monopolio estatal en la financiación y provisión de los servicios, la política inestable y restrictiva seguida con el sector privado y la utilización de instrumentos de gestión administrativos, frente a servicios muy complejos y sensibles, producen las mayores situaciones de ineficiencia.

Puede decirse que la situación actual parece representar el final evolutivo de un sistema centralizado y rígido, que ha sido capaz de vertebrar y estimular en el pasado una asistencia

sanitaria pública, basada en la Seguridad Social, pero que ya es insuficiente para atender los problemas actuales y futuros de los servicios sanitarios en un entorno de recursos limitados.

A pesar de iniciativas locales de gran interés, esta situación global se extiende a las Comunidades Autónomas, a las que se ha transferido la asistencia sanitaria. En algunas de ellas se han reproducido las tendencias de centralismo y burocratización.

Propósitos de la reforma

Los síntomas de agotamiento del Sistema, y su incapacidad creciente para lograr el aprecio de la población en términos de satisfacción subjetiva, no deben impedir ni oscurecer el reconocimiento fundamental de la enorme contribución histórica y reciente del Sistema Nacional de Salud a los niveles de salud y bienestar de los españoles.

Precisamente, este reconocimiento es el que proporciona energías e impulsa la necesidad urgente de adoptar las reformas necesarias que mejoren el Sistema para que éste pueda seguir atendiendo las ascendentes exigencias de la población.

El Sistema de Salud y la raíz de solidaridad que lo nutre constituye un pilar esencial del “Estado de Bienestar” y forma parte importante del pacto social en el que se asienta la convivencia pacífica.

Por todo ello, la Comisión quiere hacer la declaración previa de que **las mejoras que se proponen, y las que puedan producirse en el futuro, nunca deben afectar al núcleo básico de equidad y solidaridad que constituye la médula del Sistema.**

Las medidas de reforma que se articulan a continuación están animadas por los siguientes propósitos generales:

- 1- Promover mecanismo que consigan incorporar el mayor grado de responsabilidad a los gestores del sistema, como forma de alcanzar una mayor eficiencia en el uso de los recursos humanos y materiales dentro de un marco de autonomía responsable.
- 2- Crear bases para que el Sistema pueda funcionar con mayor satisfacción subjetiva de los usuarios de los servicios y pueda posibilitar en el futuro mayores grados de libertad de elección.
- 3- Promover una conciencia de coste, tanto en el profesional sanitario como en el ciudadano, para disminuir el diferencial entre las aspiraciones de la población y las posibilidades económicas.
- 4- Suscitar la creación de estructuras que sean capaces de ajustarse flexible y autónomamente en su gasto a las autorizaciones presupuestarias
- 5- Obtener el mayor grado de participación activa, vinculación al proyecto y motivación del personal sanitario.

Estructura del Informe

A continuación se presenta, bajo el título BASES PARA LA REFORMA, una reflexión acerca de las líneas fundamentales de mejora, en su fundamentación y en su contenido básico. Estas Bases se refieren a todos los aspectos indicados en el Mandato a la Comisión, si bien el énfasis se ha puesto en los aspectos de gestión, organización y financiación, donde son mayores las disfunciones y, por tanto, las necesidades de mejora.

Seguidamente, en un capítulo final, se presentan las recomendaciones específicas de actuación.

II. Bases para la reforma

Aspectos de organización

Los objetivos de orientación del servicio al usuario y la consolidación y regeneración de los aspectos angulares del S.N.S., mediante el estímulo de comportamientos responsables y eficientes en los principales actores, unidades de decisión y proveedores, requieren un importante conjunto de ajustes y cambios graduales de tipo organizativo.

Estos cambios deberían conseguir, como principal efecto, el establecimiento de condiciones más favorables para la obtención de los beneficios combinados de una mayor descentralización, la posibilidad de aplicar instrumentos de gestión empresarial y la delimitación precisa de medios y responsabilidades para los gestores periféricos.

El Consejo Interterritorial

En la medida en que se complete el proceso de descentralización del S.N.S., con la puesta en marcha de los Servicios Regionales de Salud en todas las Comunidades Autónomas, va a cobrar una importancia decisiva el establecimiento de una “Dirección Estratégica de Política de Salud” para el conjunto del Sistema. Y ello requiere, a su vez, la potenciación de las funciones del Consejo Interterritorial, así como la ampliación de sus cometidos de coordinación y comunicación.

Esta nueva situación de transferencias generalizadas del Sistema, que se producirán en un futuro próximo, exige también reformas organizativas que permitan cobrar una cierta distancia entre los aspectos de autoridad sanitaria (salud pública, investigación, formación, estadística, etc.) y los de asistencia sanitaria (Insalud, servicios regionales).

Estructuras de gestión

La introducción progresiva de la separación entre las competencias de financiación y “compra” de servicios sanitarios y las funciones de gestión y provisión permitiría una diferenciación nítida entre los principales actores del Sistema y el reconocimiento de sus respectivas responsabilidades, y constituiría un requisito necesario para la mejora de la efectividad y eficiencia del conjunto.

Las reformas que se han iniciado en aquellos países (Inglaterra y Suecia) cuya base organizativa es un sistema nacional de salud semejante al español van en esta dirección.

En un marco de diferenciación de funciones como el descrito, la Administración Central y los Gobiernos Autónomos serían financiadores principales; las área de salud, “compradores” de servicios; los hospitales, centros de salud, médicos en equipo o, incluso, individualmente y oficinas de farmacia, proveedores; y los usuarios, clientes.

Según esta organización, la autoridad administrativa establecería las normas generales reguladoras de la asistencia sanitaria y asignaría los recursos financieros disponibles a los que han de actuar como “compradores” de servicios para la población “afiliada” en su territorio. Las funciones de “comprador” se realizarían a través de contratos con los proveedores públicos o privados de servicios sanitarios. La obligación fundamental del “comprador” gestor de área sería la de conseguir para su población “afiliada” la mejor calidad en los servicios con los recursos disponibles.

Este llamado “mercado interno” produciría un cierto estímulo competitivo entre las unidades de provisión de servicios (hospitales, centros de salud, etc.) que debería suscitar mejoras en la calidad y el coste de las prestaciones. Por otra parte, la competencia proporcionaría al usuario un mayor margen de elección entre los proveedores.

Los contratos, que especificarían la calidad, la cantidad y el precio de los servicios previstos, serían la base fundamental de las relaciones entre “compradores” y proveedores de servicios. De esta forma, los “compradores” podrían progresivamente responsabilizar a los proveedores de su rendimiento.

Los hospitales complejos, con servicios muy especializados, mantendrían una relación singular que permitiría compatibilizar su servicio al área de salud propia con la prestación de sus servicios a otras áreas.

A medida que esta nueva organización de carácter más empresarial se desarrollase con una mayor transparencia en las relaciones y en los resultados obtenidos, permitiría realizar análisis de eficiencia y progresar en la técnica contractual.

A título ilustrativo, las oficinas de farmacia y las clínicas de concierto ya desempeñan actualmente el papel de proveedor que arriba se describe, y el Insalud, sin distinción de matices, actúa como “comprador”. En las oficinas de farmacia, con más tradición en este campo, el sistema está informatizado, de modo que no existe ningún obstáculo organizativo o estructural que impida gobernar ese gasto e inscribirlo en los presupuestos autorizados.

Distinta cuestión sería considerar la oportunidad o conveniencia de tales ajustes, pero la realidad muestra que, tanto la información como el instrumento de gestión, existen y pueden utilizarse.

En el campo de las clínicas concertadas, la relación tiene menor tradición, es más compleja y la información que se obtiene depende del tipo de contrato que liga a “comprador” y Bases para la reforma proveedor. Recientemente, tanto en las zonas de mayor tradición Cataluña y País Vasco como en las dependientes del Insalud, se trabaja activamente en modificaciones experimentales de conciertos, de modo que éstos puedan reflejar la

información con mayor exactitud y promuevan mayor eficiencia. En todo caso, en poco tiempo van a existir las bases de información suficientes así como la herramienta básicamente, el concierto que permita conducir un proceso económico y de calidad.

Otro papel de los arriba descritos, y que existe a nivel legal, es el del área de salud como unidad básica de gestión de “compra”. En este punto hay que hacer observar que lo que parece describir la Ley General de Sanidad -involucración de “compra” y gestión- no coincide con lo que propugna esta Comisión, ni tampoco con el sentido de las reformas que se producen en los países europeos más solventes que trabajan en este campo. Creemos que, a efectos legales, no existen obstáculos insalvables para que las áreas de salud, en su concreción definitiva, puedan actuar con nitidez y responsabilidad en su fundamental función de “comprador”.

En su definición legal, las áreas de salud han sido diseñadas con un criterio demasiado limitado, fundado en la población asistida. La realidad de los recursos existentes y las complejidades de los servicios y la gestión aconsejan la existencia de áreas de mayor tamaño, aunque dentro de un límite provincial.

Actualmente, en el Insalud (tanto Administración Central como Autonómica) concurren simultáneamente las responsabilidades de financiación, de “compra” y de provisión de servicios (salvo farmacéuticos). Esta acumulación de funciones contrapuestas impide responsabilizar a un conjunto más numeroso de actores, y produce una gestión exageradamente centralizada con escasa o nula delegación de responsabilidades. Así, la responsabilidad de los menores defectos de gestión se transfiere a la cúpula de la estructura centralizada y de ahí al estamento político, que acaba siendo el “chivo expiatorio” de los errores de unos, de las exigencias de otros y de las disfunciones que intrínsecamente comporta un sistema centralizado.

Por si fuera poco, el Insalud actúa de acuerdo con principios ajustados al Derecho Público, absolutamente incapaces de impulsar, en términos jurídicos correctos, el dinamismo y agilidad necesarios para la gestión de asistencia sanitaria. El Derecho Público podría servir eventualmente para las funciones de financiación y “compra”, pero de ninguna manera puede adecuarse a la de gestión.

La culminación de un esquema organizativo como el descrito requiere un espacio de tiempo dilatado, cambios profundos de tipo estructural, modificaciones y adaptaciones del marco normativo, cambios en la asignación de recursos (desde la vía del presupuesto histórico, formulado por costes acaecidos, hacia una base de tipo “per cápita”), así como modificaciones profundas en la regulación laboral, especialmente referidas al personal de gestión sanitaria, que deben realizarse sin merma de los derechos básicos adquiridos.

La introducción y extensión de todos estos cambios han de basarse en experiencias piloto y/o en simulaciones amplias que incluyan algún componente real, y deben estar precedidos y acompañados de un esfuerzo de comunicación que estimule y motive, a la vez que serene y sosiegue. Requieren asimismo importantes inversiones en capacitación y formación humana.

La configuración autonómica del Estado, con la multiplicación de responsables políticos y administrativos, como consecuencia de diez años de “rodaje”, puede suponer un aliado excepcional para la puesta en marcha de las reformas.

Colaboración con el sector privado

U nuevo esquema organizativo, con separación neta entre compra y financiación de servicios, permitiría profundizar en la complementariedad que la Ley General de Sanidad señala para el aprovechamiento eficiente de todos los recursos. El sector privado que vinculase su actividad a las reglas del juego tendría oportunidad de competir, en términos de seguridad jurídica, con los proveedores de titularidad pública. Esta nueva situación de competencia leal serviría también de aliciente para promover una mayor eficiencia entre los proveedores públicos, imprescindible para la regeneración global del Sistema.

En una última consideración, parece lógico que las actuales opciones asistenciales alternativas con suficiente solvencia y tradición MUFACE, empresas colaboradoras, etc. sean objeto de un contraste de evaluación mediante un análisis concreto y urgente, a partir del cual podrían, en su caso, aplicarse las conclusiones mantenimiento o impulso que resulten procedentes.

Cambios en el régimen jurídico

El carácter de servicio público no está determinado por la forma jurídica en que se organiza, sino básicamente por la naturaleza de la función, por el origen público de los recursos que la financian y, en el caso concreto del S.N.S., por la igualdad de todos los ciudadanos en el acceso a la asistencia. Todo ello demanda particular eficacia en el cometido y eficiencia en la gestión, que no se pueden alcanzar sin el sentido de responsabilidad. La conciencia de la obligación personal y el deber de rendir cuentas de los resultados constituyen incentivos inexcusables para cumplir los fines de cualquier servicio o empresa. La Comisión entiende que el S.N.S. debe adoptar, por tanto, las formas jurídicas más adecuadas que promuevan dicha responsabilidad, la definan de modo concreto y la cultiven como virtud social.

Flexibilización en el régimen de personal

Para fortalecer la responsabilidad, promover la motivación y estimular la productividad en los centros asistenciales del S.N.S. es absolutamente necesaria una mayor flexibilidad en la

vinculación del personal, si bien la modificación del actual régimen laboral debe, en todo caso, salvaguardar cuidadosamente los derechos básicos adquiridos. El cambio no puede suponer para nadie un salto en el vacío y, para este tránsito sereno, la Comisión propone un camino gradual, que distingue entre el personal actual y el futuro:

a) para el personal del Insalud adscrito a un centro, el Insalud o, en su caso, los Servicios de Salud de las CC. AA. con competencias transferidas cederían al director del centro las facultades estatutarias de recompensa y sanción, así como la de convenir con el personal la parte complementaria de las retribuciones; la parte básica continuaría dependiendo del INSALUD o servicios de salud;

b) para el personal de nuevo ingreso, la contratación se haría directamente por el centro del modo establecido en la legislación laboral.

Aspectos de gestión

El análisis de otros sistemas europeos y sus iniciativas de reforma, así como el diagnóstico de la Comisión y las opiniones de los asesores consultados, confirman de modo absoluto que las formas administrativas son inadecuadas para entender y manejar la complejidad y el volumen de los servicios actuales de asistencia sanitaria. La rigidez normativa en este tipo de actividades diversas y versátiles acaba confiriendo a la burocracia una especie de primacía perversa sobre el fin de atención al consumidor y, en definitiva, a la sociedad.

El S.N.S. debería, sin embargo permitir aplicar, sin menoscabo de su finalidad fundamental, las modernas técnicas de gestión empresarial que conllevan agilización de los trámites, definición de responsabilidades y delegación de autoridad. Aunque el S.N.S. no pretende ningún beneficio económico, debe sentir, como cualquier compañía mercantil, la preocupación por los “niveles de servicio, la calidad del producto, el cumplimiento de los presupuestos, la reducción de costes, la productividad, la motivación y retribución del personal, la investigación y desarrollo, y, a largo plazo, ‘la viabilidad de la empresa’” (Informe Griffith, 1983).

La utilización de importantes recursos, que no producen los rendimientos deseados, tanto en calidad como en cantidad, permite abrigar fundadas expectativas sobre los beneficios efectos para el Sistema de una gestión más exigente, y puede constituir la primera fuente de financiación adicional.

Información

Afrontar un cambio de esta naturaleza no será tarea fácil, pues acometer la transformación, con un cierto grado de garantía, obligará a realizar un gran esfuerzo en la mejora de la información básica para la toma de decisiones. Esta Comisión ha podido constatar la pobreza de los sistemas de información homogéneos para la gestión, especialmente los referidos a la actividad realizada (naturaleza, complejidad, niveles de calidad, etc.) y su relación con los costes incurridos para producirla.

Esta carencia impide al dispositivo asistencial hacer evaluaciones técnicas sobre el equilibrio más adecuado entre el uso de recursos y los servicios prestados. En organizaciones semejantes esta relación puede valorarse comparando la facturación de los servicios con los costes producidos. Y, a partir de ellos, mediante análisis internos, se podrían precisar las disfunciones en las condiciones de gestión.

Esto implica la utilización de métodos de registro y análisis comúnmente aceptados, tales como la información por pacientes y por procesos, sistemas de contabilidad general y analítica

basados en el Plan General de Contabilidad, así como la elaboración de las cuentas anuales y la memoria, de acuerdo con sus principios y normas de valoración.

Solamente sobre el apoyo de la información el sistema sanitario puede abordar con responsabilidad la participación del personal operativo (verdadero nivel de decisión respecto a servicio a prestar y recursos a consumir en su prestación) en la elaboración y cumplimiento de objetivos, toma de decisiones y evaluación de resultados.

Facturación

El sistema debe avivar la conciencia de gasto, tanto del usuario (facturación individualizada del servicio) como de los profesionales implicados en la gestión, puesto que necesita equilibrar los costes incurridos en la prestación con los precios socialmente admisibles a los que tendrían que ser facturados.

Son de uso común frases como la “salud no tiene precio”, pero realmente tiene un coste. Elemento central del proceso de información es facturar todos y cada uno de los actos de asistencia médica (procesos de hospitalización y atención especializada y, eventualmente, los de asistencia primaria). Esta facturación, aunque fuese acompañada de la nota de ayuda pública por el importe total o parcial de la factura emitida, produciría una conciencia de gasto, tanto en el profesional como en el usuario, y probablemente reconciliarla a éste con el sistema.

No hay que ignorar que multitud de servicios que deberían cobrarse en su integridad por que no forman parte del sistema (accidentados de tráfico con seguro de automóvil, enfermos con seguros privados de asistencia sanitaria, etc.), no se están cobrando actualmente con carácter de generalidad. Esta facturación no tiene por qué suponer una complicación Administrativa, si se tiene en cuenta que en la medicina privada y en la gestión por concierto se lleva a cabo con toda normalidad y con equipos extraordinariamente reducidos.

Debe significarse que la introducción de prestaciones complementarias, o cualquier tipo de colaboración en el coste por parte del usuario, requeriría inexcusablemente el hábito de la facturación.

Conviene también hacer observar que, de no producirse facturación exterior, es imposible que exista facturación entre departamentos y, en consecuencia, es impensable establecer un sistema de contabilidad analítica y constituir centros de coste-beneficio dentro de las organizaciones complejas.

En alguna Comunidad Autónoma ya se están produciendo, con carácter experimental, fórmulas simples de facturación que constituyen un comienzo prometedor.

El desequilibrio precio-coste (precio exterior-coste interior) de los servicios prestados debe constituir uno de los principales impulsos para ir determinando los recursos ociosos en cada uno de los componentes del sistema.

Recursos humanos

Una gestión eficiente requiere poner especial énfasis en el análisis de los recursos humanos, principal renglón del coste. Si hay algo que caracteriza a un sistema burocrático, es la mala asignación de los recursos. Así, en un primer análisis, destaca que el número global del personal médico al servicio del Sistema es muy numeroso. Esta afirmación puede sostenerse mediante cualquier ratio de comparación con otros países europeos. Sin embargo, tal abundancia global coexiste con escaseces en ciertas especialidades y determinadas zonas.

Formación continuada

Por otra parte, la formación continuada del personal facultativo (colectivo profesional al que la sociedad ha otorgado, por la titulación correspondiente, la capacidad de concebir, diseñar y prestar el servicio sanitario y, por tanto, decidir caso por caso quién y cómo debe consumir servicios sanitarios) debe ser fundamento permanente del Sistema. Esta permanente formación supone la mejor garantía de cualificación profesional, incentivo en su trabajo diario y motivación personal, y la seguridad para la sociedad de que sus actuaciones llevan implícita una valoración equilibrada entre el beneficio social colectivo y el uso de los recursos en su justa medida.

Investigación

La investigación clínica ha sido siempre, y continúa siendo, tanto una base firme del progreso científico como un proceso natural de la buena asistencia médica, a la que da calidad y eficacia. De igual modo, la investigación sanitaria, en sus distintas variantes (epidemiológica, terapéutica, de sistemas asistenciales, etc.), es hoy día indispensable para la evaluación y perfeccionamiento de los sistemas sanitarios.

Gran parte de la investigación se practica en unidades de prestación de servicios de asistencia sanitaria y la nueva distribución de responsabilidades que se propone obligará a separar y diferenciar el coste generado por la investigación de aquel producido por la asistencia sanitaria en sentido estricto. Para una mayor claridad del Sistema, y de cara a una eventual potenciación de los aspectos positivos de la investigación, ésta debe facturarse a la entidad u organismos que la subvencionen, compren o patrocinen. Dentro del Sistema, el Fondo de Investigaciones Sanitarias (F.I.S.) ha ocupado durante estos años un puesto central y, probablemente, con una reasignación presupuestaria correcta, pueda ser el organismo adecuado que impulse eficazmente dicha actividad. En todo caso, para evitar

disfunciones y duplicidades debería trabajar en estrecha colaboración con el Consejo Interterritorial.

Vinculación del personal

Actualmente, el acceso a los puestos de trabajo se produce mediante el sistema de concurso-oposición o a través de traslados a plazas "en propiedad". La capacidad de las instituciones asistenciales para elegir a su personal sanitario es escasa o nula. La estabilidad en el puesto de trabajo aspiración compartida por la mayoría de la población se convierte en contrapartida a la ausencia de otro tipo de incentivos, económicos o de desarrollo profesional, y ello fomenta un igualitarismo empobrecedor entre los miembros de una institución y entre los centros o instituciones del sistema público. Las plantillas están reguladas por las autoridades sanitarias centrales y su modificación, a nivel local, resulta difícil cuando no imposible. Los responsables locales se ven privados así de una de las armas de gestión más efectivas, como es la adecuación de las plantillas a las necesidades del hospital o del área, dentro del presupuesto de funcionamiento asignado.

La alternativa entre relación laboral y funcionarización del personal sanitario del sistema público se planteó en los borradores del Estatuto-Marco, en los años 1987-88, y en ellos se optó claramente por una regulación de carácter funcionarial, en clara consonancia con el tipo de financiación-presupuestación, así como con la ejecución, control y fiscalización del gasto propios de las Administraciones Públicas. Este enfoque persiste no solo en el Insalud, sino también en los Servicios de Salud autonómicos. Sin embargo, a pesar de estas normativas, que por su propia naturaleza debería asegurar la uniformidad en la vinculación y retribuciones del personal sanitario, se están ya produciendo diferencias considerables entre unas comunidades y otras y con el Insalud central, tanto en sueldos, como en condiciones de trabajo, etc.

Estas desviaciones muestran las tendencias naturales hacia la diversidad de retribuciones según el tipo, cuantía y calidad del trabajo que se realiza. Los gestores de cada institución deberían asumir estas tendencias en un marco de libertad responsable y con todas sus consecuencias.

La determinación de los recursos ociosos disponibles, su eventual transferencia a otros servicios sanitarios, etc., exigen que cada organización disponga de flexibilidad normativa para adaptar sus necesidades de recursos humanos a los servicios a prestar. Para ello, los responsables necesitan capacidad de decisión para ajustar sus efectivos a los recursos disponibles, y esto requiere que se les devuelvan previamente las competencias de dirección y autoridad suficientes para exigir disciplina y establecer incentivos.

Tecnología

A nivel institucional se viene manifestando la necesidad de establecer, para los nuevos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, reglamentaciones similares a las aplicadas para

la regulación de los medicamentos, dispositivos, equipos e instalaciones. Esta necesidad de una normativa enmarca la adopción de protocolos de las actuaciones médicas y todo lo relacionado con la mala función y uso de los instrumentos involucrados.

En tecnologías propias de la salud y la asistencia sanitaria, innovación es tanto la incorporación a la sanidad de una tecnología ya madura en otro ámbito como la aparición de un nuevo diseño específico para su aplicación en dicho ámbito, o el uso para una nueva aplicación de una tecnología ya difundida y empleada en el sector. Toda innovación necesita ser evaluada con criterios de ensayo clínico o experimental, previos a su difusión.

En ocasiones, la introducción de nuevas tecnologías se ha hecho sin haberse experimentado y comprobado de forma conveniente su utilidad. Incluso cuando ésta se ha demostrado, la adquisición de nuevos aparatos puede estar impulsada más por intereses comerciales que por una adecuada planificación de sus necesidades en una comunidad concreta. Se precisa, por consiguiente, una regulación por parte de las autoridades sanitarias para su adquisición y distribución dentro del S.N.S., evitando duplicaciones innecesarias y la infrautilización de recursos costosos.

Calidad

Otro de los objetivos prioritarios de gestión es obtener la máxima calidad posible en el servicio. Ahora bien, esta Calidad no debe confundirse con los eventuales excesos producidos por una "medicina defensiva", ni con las demasías de una medicina complaciente o con elevados ratios de personal; en última instancia, la calidad no va inexcusablemente asociada a un mayor coste.

Para esta búsqueda de calidad, rectamente entendida, la valoración de los resultados obtenidos debe basarse en sistemas razonablemente homogéneos y comúnmente aceptados y debe contar también con procedimientos de autocontrol, tanto internos como externos, que permitan beneficiarse del método comparativo.

Desde otro punto de vista, la calidad global no ha de entenderse únicamente desde una perspectiva técnica, sino contemplarse también bajo su aspecto social. En una situación de recursos insuficientes, la gestión está obligada a conseguir la mejor relación calidad-coste con el fin de hacer llegar sus servicios a la mayor parte de la población.

Atenciones sociosanitarias

Otra dificultad, que entorpece enormemente la gestión, es la carencia de dotación específica para la atención de pacientes ancianos, crónicos, convalecientes y los que requieren cuidados paliativos, situación que produce notables disfunciones en el sistema sanitario y supone un problema social en progresión. Esta Comisión estima necesario el fomento de procedimientos diversos, con dotaciones específicas, a fin de dar solución a uno de los

mayores problemas de la asistencia sanitaria española, y suprimir esta actual disfunción en la gestión de recursos asistenciales.

En cualquier caso, y como medida previa de clarificación entre atención social y asistencia sanitaria, sería conveniente implantar, de forma inmediata, un sistema de imputación del coste de los servicios que permita distinguir con nitidez unos de otros. Este sistema ayudaría a movilizar los recursos necesarios para atender en ámbitos propios las necesidades de dichos pacientes.

Contratación externa

Otro de los mayores obstáculos en la mejora de la gestión de los actuales servicios sanitarios (sobre todo, los hospitales) es el alto número de actividades heterogéneas que desarrollan desde su actividad principal, la atención médica, hasta su función hostelera (cafetería, cocina, lavandería, etc.), pasando por la atención continuada de enfermería y la compleja ingeniería de mantenimiento.

Este heterogéneo panorama complica las relaciones laborales, dificulta las exigencias de calidad, produce deslizamientos hacia una artificial homologación con el personal facultativo, aumenta la vulnerabilidad del centro y, en su conjunto, el sistema se conduce como si viviera en una primitiva fase de autarquía. Por el contrario, en la sociedad avanzada de hoy, con todo tipo de servicios, se procura generalmente “hacer con medios propios sólo aquello que no puede hacerse con medios ajenos”.

En el futuro del Sistema Nacional de salud, en el que se producirá un dinamismo muy vivo, originado por el aumento del gasto sanitario total y por los numerosos avances tecnológicos, la ductilidad que permite la subcontratación, más aún, la contratación externa (contracting out) debería ser, sin duda, un mecanismo de gestión fundamental. Además, las unidades clínicas que se estructuren como centros de coste-beneficio autónomos podrían operar, en la práctica, como unidades contratadas, con lo que se recuperaría una dimensión más humana que permite un clima de participación y motivación para el profesional.

Complementariedad: Provisión privada y pública

La Legislación reconoce no sólo el derecho al libre ejercicio de las profesiones sanitarias y la libertad de empresa en dicha actividad, sino también la vinculación complementaria de hospitales y establecimientos privados a la oferta del S.N.S. por medio de conciertos.

Por otra parte, la colaboración de empresas y mutuas patronales en la gestión de determinadas prestaciones de la Seguridad Social es asimismo una práctica con dilatada experiencia.

La iniciativa privada sanitaria constituye, en principio, una riqueza acumulada que permite dar contenido real a conceptos necesarios para la regeneración del sistema, tales como competencia o “mercado interno”.

Sin embargo, la existencia de gestión pública y privada, en el campo de las prestaciones sanitarias públicas, se ha desarrollado hasta el momento en compartimentos estancos, sin que se hayan o tenido datos comparativos sobre sus respectivos funcionamientos, al menos con una metodología explícita y criterios rigurosos de contrastación.

Esta carencia de información comparativa impide hacer afirmaciones determinantes acerca de las distintas posiciones asistenciales, que actualmente conviven públicos de asistencia en términos de eficacia, calidad asistencial y satisfacción de usuario-cliente. No obstante, ciertos datos parciales sobre valoraciones económicas y algunos conciertos, y otros sobre el promedio de costes estructurales, hacen presumir unos costes sustancialmente inferiores en la gestión privada de prestaciones públicas respecto a los producidos por formas organizativas de carácter público, si bien es verdad que éstas últimas tienen otro tipo de responsabilidades que pueden justificar en parte, dicha diferencia.

La Comisión entiende que la inexistencia de evaluaciones comparativas constituye un grave déficit de información, un desaprovechamiento de la fundamental riqueza que para un país supone la “posibilidad de comparar” y una pérdida, en consecuencia, de estímulos tendentes a mejorar la gestión por la competencia, siquiera sea en base a comparaciones.

Existe pues, tanto en este campo como en otros, una necesidad urgente de realizar evaluaciones comparativas entre un subsistema y otro, así como dentro de los mismos subsistemas, y todo ello con una metodología explícita y rigurosa.

Estrategias de gestión

Cualquier reforma en la política sanitaria necesitará de una gestión eficaz para alcanzar sus objetivos. Sin embargo, no se puede decir que en el sistema sanitario español exista una cultura de gestión ampliamente extendida. En otros países, el desarrollo y medios de los instrumentos de gestión han influido incluso en la modulación de la dirección estratégica del Sistema de Salud.

La Comisión entiende que las principales causas de esta falta de desarrollo, en el campo de la gestión, han sido:

- inexistencia de una separación clara entre los servicios sanitarios públicos y las administraciones correspondientes;
- omnipresencia de un sistema burocrático, guiado por el principio de la legalidad de las formas, más que un sistema de gestión, orientado al logro de resultados;

- falta de una función de gestión claramente definida y que identifique responsabilidades personales a todos los niveles y no únicamente en los altos directivos;
- insuficiente participación del médico, principal agente económico del sistema, en la gestión de servicios;
- escasa permeabilidad del sistema sanitario público a las nuevas tendencias organizativas y de gestión empresarial;
- falta de voluntad y confianza para otorgar a los centros sanitarios una auténtica autonomía de gestión; y
- fallos de concepción, desarrollo y explotación en los sistemas de información.

Entre nosotros han empezado a generalizarse escuelas y centros de formación de gestores que comienzan a dar sus frutos y que, en el campo concreto de la asistencia sanitaria, tendrán plena expresión cuando el ambiente sea propicio para las iniciativas de estos gestores. Resulta evidente que ha llegado el momento de establecer con decisión estrategias de gestión que consigan conducir el sistema hacia mejores cotas de calidad y eficiencia. Sin duda, los ámbitos de la comunidad autónoma y del área de salud son los más indicados para el desarrollo de estas estrategias, por su capacidad de adaptarse a las circunstancias y características del entorno próximo.

Aspectos de financiación

Tendencia del gasto

El gasto sanitario total crecerá en la próxima década de forma inexorable. Avalan esta afirmación tanto las tendencias recientes, con las fuertes inercias que las apoyan, como el contexto sociocultural de Europa Occidental, donde se desenvuelve el comportamiento de nuestra sociedad y, en particular, el de la sanidad.

La atención sanitaria, cuya valoración ocupa el primer lugar entre las preferencias de la población, se comporta como un bien superior, es decir, aumenta a un ritmo mayor al proporcional con la renta "per cápita". A la vista de lo que sucede en países con nivel de renta superior al nuestro, y examinando el volumen que el gasto sanitario total ocupa en sus economías respectivas, no es difícil estimar cuál será el gasto sanitario total español al final de la presente década. Los rasgos de asimilación y homogeneidad de comportamientos de la sociedad española son de tal fuerza que realmente tendrían que justificarse los comportamientos diferentes.

Puestas las cosas así y, con crecimientos promedios de la economía previstos entre el 2,5 y el 3,596 en los próximos diez años, el gasto sanitario total oscilará probablemente entre el 8 y el 8,3% del PIB. Esta situación de llegada debe entenderse casi como un dato del problema y acomodar a ellas las variables del sistema.

Para 1991, el porcentaje del gasto público sobre el sanitario total se estima en un 76,7%, habiendo crecido más de 3 puntos en la última década.

Resultaría necesario valorar si los recursos públicos pueden financiar la totalidad de dicho incremento de gasto sanitario total y, al mismo tiempo, amparar un porcentaje tan significativo del mismo. Aunque esta consideración no es responsabilidad de la Comisión, teniendo en cuenta los límites del sistema fiscal, resulta difícil imaginar que los recursos públicos en sanidad vayan a absorber la práctica totalidad del incremento potencial de presión fiscal.

En el supuesto de que no pueda atenderse con recursos públicos este enorme incremento del gasto sanitario total, cabe pensar en actuaciones de carácter restrictivo genérico (colas, etc.), de carácter delimitativo o por una vía de precios. La primera opción se acomoda poco a una sociedad de libertades, crea una gran insatisfacción social y redundante en insuficiencia global que acelera y multiplica aquélla. La segunda, que hemos llamado "delimitativa", requiere un debate sobre la concreción de las prestaciones básicas que forman parte de los

fundamentos del sistema de convivencia y deben ser financiadas mayoritariamente por el sector público con una participación reducida de los usuarios, y de otras prestaciones complementarias que serían pagadas en gran parte por los usuarios, distintas, a su vez, de las prestaciones libres u opcionales. Esta segunda opción, compatible con la introducción de una d a de precios, puede constituir el método más adecuado para conducir el sistema dentro de los límites autorizados sin “rechinamientos” excesivos. Podría conseguir, además, que la soberanía presupuestaria realmente se ejerciese y no fuese arrollada por las inercias del sistema.

Agentes financiadores del gasto sanitario público

El análisis de la financiación de la sanidad pública en los países occidentales europeos muestra la vigencia de dos modelos fundamentales

- el del Servicio Nacional de salud (Reino Unido, Suecia e Italia), con financiación mayoritariamente fiscal, y
- el de Seguridad Social (Francia, Alemania, Holanda, etc.), con recursos fundamentales provenientes de dicho sistema.

En todos ellos existe participación de los usuarios en el pago, actualmente en crecimiento, aunque más escasa en los servicios nacionales de salud y más relevante en los de seguridad social.

Ambos modelos presentan ventajas e inconvenientes y su análisis detallado sería muy prolijo porque habría que incidir sobre el nivel de prestaciones, calidad de ras mismas, libre elección, etc. Pero quizás lo más destacable respecto a financiación sea la virtud del segundo modelo en cuanto a corrección de déficit. Así, una desviación en el gasto provoca de forma inmediata un aumento en las cotizaciones de los trabajadores y empresas que responsablemente deciden su financiación. Esta responsabilidad es mayor en aquellos países (como Alemania) donde la participación del trabajador supone el 50% de las cuotas del Sistema de Seguridad Social.

En el primer modelo, por el contrario, al financiarse con los impuestos, la responsabilidad y visión del déficit queda enormemente diluida. En este aspecto hay que recordar que a la inercia de gasto impulsada por 40 millones de usuarios, a coste cero, solamente se le pueden oponer fuerzas semejantes: la resistencia de 40 millones de contribuyentes.

En cuanto a la estructura de financiación de la sanidad, España actualmente se encuentra a medio camino entre los dos modelos existentes: los impuestos generales representan el 66%. las cotizaciones sociales un 30% y los otros ingresos un 4% (a nivel presupuestario).

Las fuentes de financiación del sistema han cambiado sustancialmente a lo largo de los últimos años. Mientras hace sólo un trienio la prestación de sanidad se financiaba básicamente con las cotizaciones sociales y, por tanto, las cuotas eran los recursos mayoritarios, desde 1988 el sistema de financiación ha modificado su estructura de forma

radical. Las cuotas han pasado de ser el soporte mayoritario de financiación, superior al 80%, a una clara posición minoritaria (alrededor del 30%).

Esto quiere decir que sólo un 13% de lo pagado por cuotas de Seguridad Social se dedica a financiar la sanidad, lo cual no coincide con la impresión generalizada de los trabajadores acogidos al Sistema. Sin embargo, esa estructura, con potencial de responsabilidad, puede ayudar al funcionamiento del Sistema, lo que actualmente presenta dificultades por las siguientes razones:

- no participa la Seguridad Social en la financiación del déficit del presupuesto inicial;
- escasa participación de la Seguridad Social en dicho presupuesto inicial: 30% del total, que sólo equivale al 13% de las cuotas, y
- reducida participación “aparente” del trabajador en la cuota: un sexto del total.

En la práctica, esto significa que la posible disuasión de los usuarios del S.N.S., ante un incremento de las cotizaciones a la Seguridad Social, quedaría paliada por lo reducido de los porcentajes del soporte presupuestario de aquélla y grado “legal” de participación del trabajador en la cuota.

No obstante, y a pesar de su escasa cuantía, uno de los reconocidos expertos europeos en organización y financiación de sanidad, Sir Roy Griffiths, aconsejó que nuestro país no disminuya por ningún motivo la participación de las cotizaciones, a través de las cuales puede evidenciarse a los usuarios que la sanidad no es un bien de coste cero.

El cambio de soporte básico de financiación del gasto en sanidad pública, producido hace unos años, por el que se pasa de cotizaciones sociales a recursos fiscales generales, también ha originado un cambio práctico en los sistemas de intervención, con un mayor énfasis de los sistemas de control estatales generales, resultando mayores dificultades operativas para la gestión del Sistema, cuyo funcionamiento en los límites del Derecho Público se ha mostrado inadecuado.

Desviaciones de presupuesto

Aunque un principio común de buena administración es la regla de que los presupuestos nunca deben ser holgados, en estos últimos años las desviaciones de gasto, entre presupuesto inicial y final, han sobrepasado lo razonable y, en lugar de constituir un estímulo para ajustarse al cumplimiento del presupuesto, agudizan los problemas de una gestión ya de por sí difícil y complicada. Teniendo en cuenta que, en su mayor parte, el gasto es de personal y no cabe el aplazamiento de pago, los déficit de tesorería inciden solamente en una fracción del presupuesto (compras, inversiones), y los largos retrasos de pago en esos capítulos contribuyen probablemente a un mayor coste y a una menor exigencia.

En todo caso, la conciencia generalizada del carácter irreal de los presupuestos iniciales hace imposible suscitar una motivación responsable. Para recuperar el realismo del presupuesto sería también necesario que el capítulo de “otros ingresos” dejara de ser una cuestión marginal y se convirtiese en un recurso importante en las unidades de prestación de servicios; en primer lugar, cobrando con pulcritud todo aquello que no forma parte de las prestaciones básicas y que el sistema indebidamente no cobra en muchos casos (seguros de automóviles, seguros privados, etc.); en segundo lugar, abriendo un campo de prestaciones opcionales; y en tercero, introduciendo, si las circunstancias lo aconsejan, una participación directa del usuario en los costes.

También es necesario recordar las posibilidades de reducción del gasto, si se devuelven los atributos de dirección.

En resumen, un presupuesto inicial más realista y un comportamiento más responsable pueden producir disminuciones radicales o eliminación de los déficit en las unidades de prestación de servicio sanitario.

En cualquier caso, una vez que se han producido las desviaciones, deberían financiarse, en una primera instancia, por endeudamiento público específico, ya sea a nivel general o bien a escala de la unidad de provisión que haya incurrido en ese déficit; y, a medio plazo, ser subsanadas por la aportación del sistema fiscal general y cotizaciones de la Seguridad Social, en la parte alícuota de responsabilidad correspondiente, o, alternativamente, ser desplazadas a la participación directa del usuario hasta recuperar el equilibrio.

En la medida en que estas desviaciones se cubran por imposiciones de carácter más fina lista, será más probable inducir un mayor sentido de responsabilidad general.

Participación de los usuarios

La participación del usuario en el coste de las prestaciones básicas, con las excepciones que la equidad requiera, es evidentemente una fuente adicional de financiación.

Sin embargo, la Comisión la percibe, en primer lugar, como raíz de responsabilidad y base de facturación, es decir, como génesis de los datos y motor de arranque del núcleo de información que permita sustentar en su momento una gestión eficiente y una financiación responsable. Por esto, si se considerase como regla general el principio de participación del usuario en el coste, la Comisión estima suficiente que dicha participación en las prestaciones básicas sea pequeña, prácticamente simbólica.

A efectos de este razonamiento, conviene recordar que de 40 millones de españoles, potenciales beneficiarios del S.N.S., existen del orden de dos millones (trabajadores de renta media y media-alta) que han optado por un sistema de asistencia de carácter distinto al de provisión pública; asimismo, cuatro millones de españoles, por la percepción, tal vez

exagerada, de defectos e inconvenientes de la sanidad pública, han buscado una doble cobertura pagada privadamente, con independencia de atender sus cotizaciones sociales.

La opinión pública, según los resultados de la “encuesta Blendon”, considera que es mejor la asistencia privada que la pública (el 57% de la población), o que es análoga (el 33%). En esa impresión colectiva influyen indudablemente factores subjetivos, entre los cuales no deben de ser los menores las facilidades de acceso y la libertad de elección.

Por otra parte, por el comportamiento de los ciudadanos ante la fiscalidad directa de carácter coactivo, y otros tipos de fiscalidad o pago de servicios, se tiene la impresión de que la imposición fiscal de carácter directo se encuentra cercana a los límites y se observa una menor resistencia o mayor predisposición a pagar los servicios utilizados directamente. Resulta también constatable que, en los sistemas de seguros privados de servicios médicos, con independencia del pago de las primas, es muy frecuente la participación en el pago de actos sanitarios, y está generalizada la ausencia de prestación farmacéutica.

Como una última reflexión cabe indicar que, afortunadamente, en una sociedad dinámica el nivel de renta va creciendo y, año tras año, capas más numerosas de la sociedad irán teniendo aquella percepción. Conviene, por ello, reflexionar sobre la permanencia de una regla general de gratuidad que ha presidido etapas de desarrollo económico inferior y ha ido acompañada de una cierta precariedad en la asistencia sanitaria y pensar, asimismo, en la conveniencia de sustituirla por una regla general de participación del usuario en el coste, con las excepciones que la equidad requiera.

La Comisión estima que sólo se podrá conseguir un mayor grado de satisfacción general con mayores márgenes de libertad de elección, y ésta podrá irse introduciendo conforme las circunstancias lo permitan, pero exigirá, previa e inexcusablemente, algún elemento de participación del usuario en el coste. En resumen, la frontera de la gratuidad como regla general habrá que atravesarla para lograr un mayor grado de satisfacción general.

Recomendaciones

Aspectos de organización

Organización

Con independencia de que el proceso de transferencias en las autonomías se realice en la forma y tiempo que las circunstancias políticas aconsejen, resulta evidente que, en la situación de llegada, existirá una descentralización completa y, en consecuencia, se recomienda:

1. Que todos los pasos y actuaciones de organización administrativa contemplen esta circunstancia y simplifiquen la evolución final del proceso. Las actuales delegaciones territoriales deberían ir ostentando por autorización mayor capacidad de decisión y así finalizaría en ellas gran parte del proceso de responsabilidades en materia económica, disciplinaria, de personal, etc., de tal modo que la transferencia de competencias resultaría, en su momento, un acto de gran simplicidad.
2. Esta pérdida de importancia de los servicios centrales, en lo que se refiere a administración y ejercicio de la asistencia sanitaria, debería ir acompañada de un refuerzo en los aspectos estratégicos generales, tales como la dirección de la política de salud para el conjunto del sistema, control y coordinación de la investigación básica, refuerzo de los mecanismos de información, estadística, sanidad exterior, etc.
3. Las reformas organizativas que se efectúen, en su caso, en las administraciones sanitarias deberían ir estableciendo una cierta distancia entre los anteriores aspectos correspondientes al sentido de autoridad sanitaria y aquellos otros originados por la financiación y gestión de la asistencia sanitaria.
4. Deberían potenciarse las funciones del Consejo Interterritorial, así como la ampliación de sus cometidos, por cuanto la práctica de los aspectos de autoridad sanitaria y la ejecución de los presupuestos de la asistencia requiere un funcionamiento armónico del conjunto del Estado.
5. Dada la pobreza de información económica encontrada, se recomienda la creación de un instituto de estudios económico-sanitarios, con reducida dotación de personal, o que se asigne esa función a una de las unidades existentes. Su responsabilidad fundamental sería la elaboración de una base de datos con todos los aspectos de la economía del sistema, tanto de la Administración Central como de la Autonómica, y asimismo a nivel de centros y unidades. Este mismo instituto podría recoger también información sobre costes unitarios y por procesos.

6. Deberían establecerse las bases para poder implantar un sistema de facturación entre Comunidades Autónomas.

Financiación y provisión

7. Separar la financiación (pública) de la provisión de servicios (pública y privada) como punto principal para mejorar la eficiencia. Esta separación, que constituye también un criterio fundamental en las reformas proyectadas en algunos sistemas sanitarios europeos, permitiría introducir un cierto grado de competencia entre los proveedores, de forma que fuesen premiados aquellos que presten una atención eficiente y, por otra parte, crearía las bases para ampliar la libertad de elección del usuario.

Área de Salud

8. El Área de Salud se establece como la unidad básica de responsabilidad en la estructura descentralizada del sistema. Para conseguir eficazmente sus fines, la Comisión estima que su tamaño debería ser mayor que el actualmente establecido, sin que, por otra parte, supere el ámbito de una provincia.

Las competencias que actualmente asigna la Ley General al Área deberían ser mantenidas, pero despojadas de la involucración en la gestión en los aspectos de asistencia sanitaria.

9. En estas circunstancias, el Área de Salud tendría las siguientes competencias fundamentales:

a) La Administración del presupuesto de asistencia sanitaria y la financiación de estas actividades mediante la “compra” de servicios a los proveedores, velando por la calidad asistencial y la satisfacción del paciente y comportándose, en este punto, como una especie de “ombudsman” que actúa con sujeción a los presupuestos autorizados.

Asimismo debe procurar que las circunstancias de acreditación se mantengan y cuidar del cumplimiento escrupuloso de los conciertos y contratos de asistencia que en su área se dispongan.

b) Recibir y hacer cumplir en su demarcación las normas de las autoridades de la salud pública y organizar y ejecutar, con un presupuesto distinto y específico, los programas de promoción y prevención que se establezcan.

10. La Comisión recomienda una separación tajante en la formulación y en la aplicación de los presupuestos de asistencia sanitaria y los de prevención y promoción de la salud pública, de tal modo que se pueda evitar la pensión a una

cierta esquizofrenia por el desempeño de ambas responsabilidades, y prevenir desviaciones presupuestarias a fines distintos de los autorizados.

La Comisión entiende que la importancia y trascendencia de la prevención y promoción de la salud se percibirá más claramente con unos presupuestos específicos, y estima que los instrumentos más adecuados para la ejecución y cumplimiento de los distintos programas de prevención y promoción pueden ser también los conciertos con unidades y profesionales, individuales o en grupo. Considera asimismo que muchas necesidades de salud pública en temas como estadística, epidemiología, etc., constituyen obligaciones normales del ejercicio profesional y su cumplimiento forma parte de la acreditación.

11. La Comisión recomienda que el Consejo de Dirección que la Ley General de Sanidad prevé para el área, debería revestir más apropiadamente el carácter de Consejo de Administración en las materias de presupuestos y financiación de la asistencia sanitaria. La actividad y responsabilidades concernientes a la salud pública, podrían estar asesoradas y tuteladas por un Consejo de Dirección de las características que la Ley prevé.

12. Las figuras del gerente, director técnico del área, etc., adquieren así un relieve especial y debería tenderse al hábito de que su designación fuese por períodos ciertos de tiempo, 3 años, y su remoción, si resultase indispensable, motivada. Estas prácticas, fáciles de introducir, refuerzan la independencia y posibilitan el ejercicio de la responsabilidad.

Sociedades públicas

En las unidades de provisión de asistencia sanitaria y de propiedad pública sería necesario impulsar una verdadera autonomía financiera y patrimonial, de modo que crecientemente pudieran tener plena capacidad de obrar y de contratar y obligarse, requisitos que definen el vértice de las responsabilidades e impiden que éstas se transfieran más arriba.

13. Para ello, los hospitales y otros centros de servicios sanitarios podrían transformarse en sociedades estatales que, en su funcionamiento, quedarían sometidas al derecho privado. Esta situación haría posible la autonomía responsable de la gestión y la posibilidad y motivación para captar ingresos adicionales, sin perjuicio de controles posteriores de gasto, tanto o más exigentes que los actualmente establecidos.

14. La transformación del régimen jurídico no precisa ser universal, e inicialmente podría dirigirse a un grupo de unidades que cumplan determinadas condiciones y en las que exista un suficiente grado de aceptación.

En el supuesto de que se produzca esta transformación, la unidad dotada de personalidad jurídica tendría que subrogarse en las obligaciones, especialmente de

personal y de contratos con terceros, que tuviera la antigua unidad. En cuanto a la subrogación de las obligaciones de personal, se indica en el capítulo correspondiente un procedimiento que la haría factible.

15. Con independencia de que no se transforme el régimen jurídico en todas las unidades, lo que resulta necesario es reforzar en todas ellas los atributos de dirección y establecer algunos elementos de flexibilidad económica, así como un sistema de intervención “ad hoc” de modo que, aún funcionando dentro del derecho público, pudiera recuperar grados de eficiencia. Sería necesario resolver el capítulo de “otros ingresos” asignándolos al propio centro.

Personal

La Comisión recomienda establecer las modificaciones necesarias en la vinculación laboral del personal, a efectos de conseguir una mayor capacidad de decisión del centro en estos aspectos, con respeto a los derechos básicos adquiridos y a los derechos de expectativa que resulte razonable atender. Para todo ello, y referido a los actuales centros de titularidad pública, se distingue entre el personal actual y el futuro.

16. Respecto al personal actual se debería considerar la posibilidad de escindir el actual Estatuto en dos partes: una que comprendería la retribución básica y la carrera profesional y continuaría siendo determinada por las autoridades centrales; y otra que regularía la fracción complementaria de las retribuciones, así como las facultades de recompensa y sanción inherentes a la dirección, dependería de cada centro y su evolución en el futuro tendría un carácter de negociación colectiva de tipo laboral. Este tramo de relación puede organizarse de modo que determinados grupos de personas, por su especial responsabilidad, tengan el tratamiento de personal no sujeto a convenio, como es hábito generalizado en el sistema laboral ordinario.

De este modo, los niveles retributivos podrían ser más personalizados, con una parte fija y otra variable, se estimularía y garantizaría el desarrollo de la carrera profesional y podrían quedar separadas las responsabilidades jerárquicas de la promoción profesional, que permanecería ligada al propio individuo y, por tanto, más garantizada e irreversible.

17. El personal de nuevo ingreso se contrataría directamente por cada centro con arreglo a la legislación laboral. Para garantizar transparencia e igualdad de oportunidades sería conveniente que por la selección del personal médico y de enfermería se efectuara a discreción del centro, pero entre candidatos previamente habilitados y acreditados por algún tipo de organismo o agencia ajena al propio centro.

18. Debería estimularse el desarrollo de la carrera profesional en las diferentes modalidades de personal sanitario, separando las responsabilidades jerárquicas de la promoción profesional personal.

19. Deberían establecerse mecanismos de motivación e incentivación del personal, a través de diferentes modalidades, para lograr su participación y revalorización en la gestión y funcionamiento de cada una de las unidades asistenciales.

20. Deberían relacionarse los planes de estudio de las diferentes profesiones sanitarias con las necesidades de desarrollo del Sistema. Los planes de estudio tendrían que orientarse sanitaria de los países occidentales, incluyendo el trabajo en equipo, la formación en principios e instrumentos de gestión, la comprensión de las necesidades de salud comunitaria y las nuevas exigencias éticas de la Medicina moderna, que compaginen los contenidos científicos con las dimensiones sociales y colectivas de la sociedad actual.

21. Debería preservarse y mejorarse en lo que proceda el sistema actual de formación postgraduada de especialistas en el llamado sistema MIR, incorporando una prueba final del periodo formativo. Los actuales déficit en algunas especialidades deben cubrirse a través del mismo sistema MIR.

22. Deberían impulsarse los procesos de formación continuada y la actualización de las competencias profesionales.

23. Debería adecuarse la formación de la carrera de Enfermería al entorno europeo y a las necesidades del sistema.

24. Debería considerarse la extensión y mejora del resto de las profesiones técnicas relacionadas con la sanidad.

Servicios privados

La provisión de asistencia sanitaria al S.N.S. con medios distintos de los públicos, y desarrollada hasta la fecha en compartimentos muy estancos, tiene que ser el soporte de la complementariedad y un elemento necesario para devolver eficiencia al sistema en general, debiendo entrar aún régimen de mayor participación y competencia leal.

25. Por ello, la Comisión recomienda:

a) Establecer las condiciones de solvencia financiera y acreditación sanitaria, que permitan delimitar la oferta de proveedores en condiciones de ser útiles para prestaciones asistenciales del Sistema.

b) Actualizar la normativa vigente que regula la actividad del seguro de asistencia sanitaria.

c) Mejorar los contratos de concertación de servicios de modo que estimulen la eficacia en la gestión de los proveedores.

d) Actualizar el ordenamiento de la participación de las empresas en la prestación sanitaria (entidades colaboradoras y mutuas), con especial atención a la extensión de las prestaciones incluir las farmacéuticas a los pensionistas y reglamentar el uso del dispositivo sanitario de la Seguridad Social.

e) Evaluar, por medio de un análisis concreto y urgente, las entidades colaboradoras y mutuas con suficiente tradición (MUFACE, etc.), a partir del cual deberían aplicarse las conclusiones modificación, mantenimiento o impulso que resulten procedentes.

Aspectos de gestión

Contabilidad y presupuestos

Presupuestos realistas, ciertos, rigurosos y bien elaborados, que asocien las actividades y los costes, deben ser el principal instrumento de gestión. Los presupuestos prospectivos y limitados deben extenderse a las unidades de gestión menores. Las técnicas de registro y control deben ser las de la empresa.

26. Sería necesario formular e introducir esquemas ampliamente aceptados de medición del producto final y productos intermedios de los servicios sanitarios en centros de titularidad pública que tengan la suficiente entidad para justificarlo (hospitales, centros de salud, etc.). Pueden existir varios esquemas de diferente nivel de detalle, según la capacidad, complejidad y cultura contable. En todo caso, mecanismos de medición inicialmente muy simples (UBAS u otros) pueden comenzar el proceso.

27. Deberían crearse, en instituciones complejas y de cierto tamaño, unidades de coste/beneficio con capacidad de facturación interna. Con ello, se conseguirían reducciones radicales en la dimensión de los problemas a resolver, disminuirían las eventuales fugas de responsabilidad, resultaría más fácil determinar los recursos ocasionalmente improductivos y se posibilitaría la comparación homogénea en términos de calidad y precio.

28. Debería promoverse la participación responsable del personal médico en la gestión, mediante el establecimiento de “presupuestos clínicos” u otras fórmulas, que induzcan la responsabilidad sobre unidades de servicio y de gasto. El personal involucrado debería participar en los ahorros que se produzcan, a través de la mejora individual de sus retribuciones, medios de formación o equipamiento.

29. Debería introducirse con carácter masivo el Plan General de Contabilidad, con su adaptación sectorial, y establecer progresivamente el hábito de auditorías externas.

30. La información contable y de actividad asistencial, especialmente en las unidades complejas, debería diferenciar los servicios de asistencia sanitaria de los de docencia y los de investigación, de modo que se conozcan los costes realmente incurridos o inicialmente imputados en cada una de las actividades. De esta manera, el FIS podría valorar los costes de investigación imputados en relación con los beneficios obtenidos; análogamente, el sistema educativo y el S.N.S. podrían, una vez delimitados los costes estrictos de la asistencia, efectuar comparaciones con

otros hospitales públicos alternativos, con determinados conciertos, etc. Producida esta transparencia en los costes, y comparados éstos con los precios socialmente aceptables, se crearían los estímulos para lograr una mayor eficiencia .

31. La facturación, con indicación de todos los costes incurridos, debería convertirse en un instrumento central del sistema, tanto para recuperar ingresos, que actualmente se están perdiendo, como para trasladar a los usuarios una información real de su consumo de recursos. Debería establecerse, por lo menos en los hospitales, la obligatoriedad de facturar todos los servicios y emitir una factura (una especie de “factura sombra”), con una indicación del componente de ayuda pública, total o parcial, recabando la firma de los usuarios. Sin perjuicio de señalar lo insólito de una organización que pretenda funcionar sin facturar los servicios o bienes que produce, hay que recordar que el hecho de la facturación se puede llevar a cabo con medios extraordinariamente sencillos. Dicho de otro modo, los costes administrativos deben ser atentamente considerados y contenidos.

Contratación externa

32. El S.N.S. se va a desarrollar en los próximos años en un contexto de gasto sanitario total creciente y en unas circunstancias de cambio tecnológico muy dinámico. Estas características van a solicitar del Sistema la creación y/o ampliación de nuevos servicios que deberían ir enérgicamente acompañados de la supresión o disminución de aquellos otros que las circunstancias indiquen.

Del acierto de estas decisiones de inversión, en los próximos diez años, dependerá fundamentalmente recuperar la eficiencia del Sistema. Esta situación de cambio tan vivo, en un contexto de crecimiento, puede ser el mayor aliado en la transformación del Sistema.

En consecuencia, para la creación o ampliación de los nuevos servicios, deberían aceptarse los siguientes criterios:

- flexibilidad, cuando la dotación de esos nuevos servicios se efectúe fundamentalmente con cargo a recursos ociosos del propio centro;
- en el caso de no existir recursos ociosos en cuantía suficiente en el propio centro, circunstancia que debería quedar acreditada mediante datos previos de eficiencia comparada del conjunto del centro, tendría que analizarse prioritariamente la cobertura de este nuevo servicio mediante contratación externa, y
- si no existen recursos ociosos en el centro y no es posible, por razones de seguridad o calidad técnica, la contratación externa, la creación del nuevo servicio exigiría un severo examen previo de las circunstancias anteriores y emitir una autorización específica y razonada.

33. La contratación externa, que debe tener en el futuro una mayor aplicación, y ser especialmente considerada en la puesta en servicio de nuevas instalaciones completas, requiere el desarrollo de técnicas contractuales adecuadas que consigan seguridad, calidad y precio.

Calidad

34. Debería introducirse progresivamente en el sistema contractual normas de calidad, tanto de mínimos de estructura (acreditación), como de los procesos y resultados, con especial atención al coste por proceso, a fin de promover la mejoría de la asistencia con sujeción a los recursos disponibles.

35. La calidad asistencial, que afecta a la misma razón de ser del S.N.S., debe asegurarse con la extensión de un sistema informativo específico (conjunto mínimo básico de datos normalizado por cada usuario), con el establecimiento de métodos y mecanismos para la acreditación de los centros públicos y privados, con la revisión periódica y frecuente por pares (peer review) de los procesos y resultados en todos los niveles de asistencia, y con la formación continua del personal sanitario.

36. En un Sistema Nacional de Salud que se desea más abierto y competitivo, a la vez que procura mayor satisfacción subjetiva de los usuarios, el cuidado de la calidad, la atención personalizada, el confort y el compromiso de servicio deben ir surgiendo progresivamente como una consecuencia natural de la expresión de las preferencias de los consumidores. Sin embargo, es un deber de las Administraciones y los proveedores impulsar y desarrollar ese proceso, incentivando un enfoque global de calidad en el servicio.

Aspectos de financiación

Financiación

La aportación de recursos financieros al sistema, acorde con las prioridades definidas por la sociedad a través de sus representantes, debe asegurar el sostenimiento suficiente de los servicios y la distribución equitativa de los recursos. Al mismo tiempo, los mecanismos de financiación deben ayudar a reconocer, para los usuarios y proveedores, la dimensión de los costes y el esfuerzo individual y social soportado.

37. La asignación de recursos para la sanidad a través de los Presupuestos Generales debe continuar como fuente principal de financiación. Sin embargo, en ningún caso conviene reducir el nivel actual de la aportación de cotizaciones de la Seguridad Social y el de otros ingresos.

38. La aportación de la Seguridad Social se considera básica para que el individuo reconozca su esfuerzo con relación al coste de los servicios. Podría ser **útil** desagregar los tipos por contingencias, de tal forma que los cotizantes percibieran con más claridad el coste de las distintas prestaciones.

39. Los déficit del S.N.S. deberían ser soportados primeramente mediante un endeudamiento específico y, después, ser atendidos por los financiadores en la parte alícuota de la estructura del presupuesto inicial.

40. Los actuales “otros ingresos” son una fuente de financiación que, aunque menor, debería ser creciente. Los servicios asistenciales facturados a personas ajenas al sistema o cubiertos por otras situaciones (seguros de automóvil, mutualidades de funcionarios, etc.) deberían facturarse en su integridad a *costes reales* y asegurar debidamente su cobro.

41. Los centros sanitarios podrían obtener ingresos adicionales, a través de actividades propias como la docencia y por la oferta de servicios hoteleros complementarios, tales como restauración, cama de acompañante, etc., facturados a su coste real.

42. Los usuarios deberían participar, aunque minoritariamente, en el pago de los servicios. Las cantidades serían, en principio, casi simbólicas y dirigidas principalmente a aumentar la percepción de los costes y crear el sistema de facturación.

43. Debería mejorarse la equidad de las fórmulas actuales de financiación del Sistema, dirigiéndolas hacia un criterio “per cápita” corregido que tenga en cuenta las necesidades territoriales. Debería establecerse asimismo un fondo de nivelación interterritorial para paliar las diferencias existentes en cuanto a inversión y dotaciones iniciales.

Contenido de las prestaciones

Es preciso definir con mayor rigor las prestaciones y servicios incluidos en el sistema de financiación pública y la introducción de nueva tecnología, para asegurar un crecimiento ordenado y seguro, presupuestado adecuadamente y distribuido de forma equitativa.

44. Deberían delimitarse con precisión las prestaciones básicas, que han de ser cubiertas mayoritariamente con recursos públicos, por formar parte del núcleo de solidaridad del Sistema. En ausencia de otro criterio, la Comisión entiende que podrían considerarse “básicos” todos aquellos servicios y prestaciones que, con características de generalidad y gratuidad, se estuviesen dispensando en todo el territorio nacional en el momento de aprobación de la Ley General de Sanidad.

45. La introducción de nuevas prestaciones básicas que la evolución de la medicina aconseje, o las circunstancias sociales y económicas permitan, debería ser precedida de un acto reglado y de una dotación presupuestaria específica y suficiente.

46. Debería crearse el concepto de “prestación adicional” o “complementaria” para aquellas otras que, no formando parte del núcleo básico exigible de asistencia sanitaria, pueden irse introduciendo con una cofinanciación del usuario. En todo caso, no formarían parte de un concepto exigible sino discrecional, cuya financiación podría graduar el Sistema según las circunstancias socio-económicas del usuario y los recursos disponibles.

47. Debería establecerse un mecanismo estable para evaluar cualquier nueva tecnología sanitaria, con carácter previo a su difusión, de modo que su eficacia técnica y su eficiencia económica queden suficientemente garantizadas. Esta evaluación debería tener un carácter nacional y efectuarse en cooperación estrecha con el Consejo Interterritorial.

Farmacia

Con relación a la prestación farmacéutica, es preciso adoptar medidas que limiten la “sobreprescripción” y el consumo exagerado de fármacos. A pesar de la impopularidad de la medida, la Comisión sólo ve posible recomendar la extensión de la participación en el coste, con excepciones por razones de equidad, y con una compensación en la cuantía de las pensiones u otras medidas fiscales.

48. La regla general debería ser la participación en el coste, aplicando como excepción las ayudas específicas a los grupos que se consideren convenientes por

razones de equidad. En el caso de pensionistas institucionales, sería requisito indispensable incrementar la pensión en análoga cuantía de forma simultánea, ya que el objetivo de la medida no tiene carácter recaudatorio, sino de concienciación del coste y eliminación del fraude.

49. Deducidos del actual colectivo exento los pensionistas institucionales, quedarían con ayudas específicas los pensionistas no contributivos y enfermos crónicos (en farmacología relacionada con su enfermedad) y eventualmente otros colectivos. En todo caso, su número, extraordinariamente más reducido, facilitarían su control.

50. Si, por razones de oportunidad política, no se estimase conveniente generalizar a participación en el coste, debería analizarse la posibilidad de sustituir la exención actual por el pago, con reembolso a posteriori, del 40%.

51. Sería preciso poner más énfasis en la actualización, de manera continuada, de los conocimientos farmacológicos de los médicos, incluyendo información de carácter económico, e incrementar la conciencia de coste con comunicación periódica de los gastos originados por sus prescripciones. Debería incentivarse la prescripción racional, suficiente y de bajo coste, a través de medidas de divulgación e información y aquellas otras, incluso de carácter económico, que resulten convenientes.

52. En adelante, debería disociarse el hecho técnico-administrativo de la inscripción de un nuevo medicamento en el registro farmacológico de la inclusión automática en una lista de compras del sistema.

Atención social

La notoria insuficiencia de medios adecuados para atender a los enfermos crónicos y a las personas de edad avanzada, que padecen los achaques naturales, deriva estos grupos a los hospitales, donde ocupan y bloquean camas de agudos de elevado coste, sin recibir la asistencia que realmente requieren. Se produce así en el Sistema un gasto muy elevado que, sin embargo, deja desatendida la necesidad respecto a esta situación, la cual no sólo supone un despilfarro económico, sino que perturba gravemente la asistencia hospitalaria.

La Comisión recomienda:

53. Diferenciar en la imputación de costes y, por tanto, en la facturación de los hospitales todo aquello que debiera haberse resuelto en otro ámbito específico, como es, en este caso, el consumo asistencial de las personas de avanzada edad y enfermos crónicos y, dentro de ellos, distinguiendo los costes correspondientes a las personas mayores de setenta y cinco años (grupo de “cuarta edad”, que, probablemente, causará en lo sucesivo una parte importante y creciente del gasto). Este último grupo, requiere, por ello, particular atención estadística.

Esta clarificación de los costes podría generar los impulsos económicos para:

- a) Dar prioridad a la creación de camas de media y larga estancia que, además de permitir una atención más adecuada, conseguiría la recuperación paralela de camas de agudos.
- b) Situar la responsabilidad básica en los servicios públicos de atención social.
- c) Clarificar y coordinar la interrelación de la asistencia sanitaria y la atención social.
- d) Fomentar el pluralismo en la provisión de atenciones sociales con el fin de ampliar la posibilidad de elección del usuario. Se debe tender progresivamente a que el sector público asegure la prestación de servicios sin necesidad de ser el proveedor y gestor directo y, a tal fin, sería necesario animar las iniciativas voluntarias y privadas.
- e) Emplear en el sector social, de forma similar al Sistema Nacional de Salud, el contrato como instrumento de gestión, apoyado en la acreditación y en el control de calidad.

Listas de espera

Las listas de espera pueden ser la expresión natural de un imposible acoplamiento diario entre oferta y demanda. En mayor o menor medida, las listas de espera están presentes en todos los sistemas de salud europeos, más dilatadas en los sistemas financiados básicamente por presupuestos generales y más reducidas en los soportados por la Seguridad Social. (En Alemania, por ejemplo, en estos momentos no hay listas de espera).

En la lista de espera, más importante que la cantidad es su naturaleza, es decir, que esté “bien formada”, constituida por pacientes cuyo tratamiento pueda demorarse sin agravamiento de la enfermedad (por ejemplo, “cirugía fría”); la Comisión quiere destacar, al respecto, que, según las informaciones recogidas, no parecen existir necesidades realmente urgentes desatendidas por el Sistema.

Importa, asimismo, definir unos plazos de tiempo por tipo de servicio, sobrepasados los cuales la espera se consideraría inadecuada y afectaría, como un factor más, a la Calidad del servicio. De este modo, podría realmente objetivarse el agobio o grado de insatisfacción.

Por otra parte, hay que destacar que, en el ejercicio de la medicina privada, no son infrecuentes los plazos de espera sin que por ello se perciba insatisfacción, probablemente por la libertad de elegir que tiene el paciente.

Para paliar las dificultades de las listas de espera la Comisión recomienda:

54. Definir plazos de tiempo por tipos de servicio, como límites que no debieran rebasarse en una asistencia de calidad razonable.
55. Establecer métodos de registro riguroso para las listas de espera,
56. Mejorar la programación de los ingresos hospitalarios.
57. Generalizar el contrato de concierto por proceso.
58. Proceder con flexibilidad, fomentando experiencias y soluciones locales que optimicen el uso de los recursos propios, y
59. Concertar en casos necesarios medios ajenos circunstanciales, vigilando la posible existencia de intereses velados.

Urgencias

El análisis de la masiva demanda de asistencia urgente permite advertir que está compuesta por tres grupos de pacientes diferenciados por el carácter de la urgencia. El primero, entre el 3 y el 5%, está formado por emergencias, es decir, urgencias vitales, médicamente objetivas y, por ello, apremiantes; el segundo, estimado en 35/40%, está constituido por urgencias percibidas como tales por el paciente angustiado, pero que, salvo excepciones, clínicamente no lo son y no exigen, por tanto, un tratamiento inmediato; y el tercero, alrededor del 50/60%, está formado por enfermos que emplean los servicios de urgencias como un “cortocircuito” del Sistema, bien para ser atendidos cuando surge alguna enfermedad semibanal o indisposición fuera del horario de ambulatorios o consultorios, o bien para ingresar sin esperas en la asistencia hospitalaria.

Este último grupo, que supone el grueso de la demanda, masifica los servicios de urgencias, colapsa la actividad hospitalaria ordinaria y desarticula la ordenación asistencial del Sistema. Dicha masificación se produce principalmente en los hospitales de las grandes capitales, siendo de mucho menor grado en los de ciudades de tamaño intermedio y zonas rurales.

Los accidentes de tráfico, tanto por el lugar en que se produce como por su número, lamentablemente alto, así como los accidentes de trabajo y determinadas emergencias médicas (infartos) requieren una asistencia urgente de características especiales.

En esta situación, la Comisión recomienda:

60. Fortalecer y coordinar los sistemas especiales de emergencias para accidentes de tráfico, de trabajo y determinadas emergencias médicas, de modo que se asienten en una adecuada infraestructura de transporte y comunicaciones y que sean capaces de

combinar los medios y colaboraciones voluntarias (Cruz Roja) existentes. Estudios económicos realizados por encargo de la Comisión y la experiencia de países vecinos permiten presumir que el coste no excedería de 500 pesetas por persona y año, que podría ser financiado conjuntamente por el Sistema, por las compañías aseguradoras de automóviles y por las mutuas de accidentes de trabajo. Tal red de urgencias reduciría el número de muertes e invalideces y, por tanto, las indemnizaciones que hoy pagan las citadas compañías aseguradoras y mutuas.

61. En coherencia con el objetivo de recuperar para la atención primaria la función de “puerta de entrada” del Sistema, y dado que la masificación de los servicios de urgencia ocurre principalmente en las grandes capitales, disponer en éstas, y con carácter experimental, algunos Centros de Salud como puntos adicionales y alternativos de asistencia urgente, dotados, expresamente para tal fin, de ciertos medios elementales de diagnóstico. Los hospitales continuarían recibiendo a aquellos enfermos que prefiriesen acudir directamente a sus servicios de urgencia.

Una vez que se cuente con este dispositivo, debería informarse al público acerca del uso y situación de los servicios de urgencia y, transcurrido un plazo de tiempo oportuno, se evaluaría la utilidad de los centros de salud en el desahogo de los servicios hospitalarios de urgencia.

62. En caso de que tal mejoría no se produjera, habría que aplicar prudentes medidas económicas disuasorias.

Salud Pública

No es posible pensar que un mayor énfasis puesto en las mejoras de la eficiencia y la gestión de los recursos permite desatender las carencias perentorias que se producen en la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud. Se trata de conciliar una mayor sensibilidad hacia el consumidor, como cliente individual de un sistema de cuidados, con la atención a las necesidades y problemas de salud de la comunidad como un todo.

La Comisión recomienda que:

63. Las Administraciones sanitarias impulsen la elaboración de estrategias de salud de carácter intersectorial; para que sean de utilidad, estas iniciativas formuladas como “metas de salud” deberán servir para establecer prioridades, según han hecho ya otros países europeos (Reino Unido, Suecia).

64. La actividad asistencial debe, naturalmente, incluir actividades preventivas y de promoción y educación sanitaria dentro de los servicios profesionales asistenciales con objetivos e incentivos definidos.

Relación de colaboradores y entidades

PERSONAS QUE HAN COLABORADO CON LA COMISION

JUAN ANTONIO ASBASCAL RUIZ
JOSE ANTONIO AGUIRRE ELUSTONDO
DOLORES ALBENTOSA PUCHE
ROSA MARIA ALBERDI CASTELL
CARMEN ALBEROLA GOMEZ-ESCOLAR
FERNANDO ANTOÑANZAS VILLAR
LEOPOLDO ARRANZ ALVAREZ
EDUARDO ARROJO MARTINEZ
CARLOS ARTUNDO PURROY
MIGUEL ANGEL ASENJO SEBASTIAN
ENRIQUE ASIN CARDIEL
IÑAKI AZKUNA URRETA

ENRIQUE BACA BALDOMERO
RAIMUNDO BELENES JUAREZ
ROSA BERMEJO PAREJA
ROBERT J. BLENDON
FRANCISCO BOLUMAR MONTRULL
JOAQUIN BONAL DE FALGAS
PETER B. BOORSMA
FRANCESC BORRELL ALVAREZ
ANTONIO BRENNA
ANTONIO BURGUEÑO CARBONELL
FRANCISCO DEL BUSTO PRADO

MARIA CABALLERO POVEDA
CARLOS CALDERON GOMEZ
JOSE MARIA CARRO RAMOS
MERCE CASAS I GALOFRE
FRANCISCO JAVIER CATALA VILIANUEVA
FRANCISCO JAVIER CERVINO GONZALEZ
GERARDO CLAVERO GONZALEZ
JOAQUIN COLOMER SALA
JOSE CONDE OLASAGASTI
VICTOR CONDE RODELGO

MICHAEL H. COOPER
VALENTIN CORCES PANDO
ANA MARIA CORTES NAVARRO

VICENTE CHULIA CAMPOS

LUIS IGNACIO DOMINGO URIARTE
MARTA DURAN ESCRIBANO

RITA ENRIQUEZ DE SALAMANCA
MANUEL EVANGELISTA BENITEZ
ROSA MARIA FERNANDEZ ALGUE
JUAN MARIA FERNANDEZ DE GAMARRA BETOIAZA
FERNANDO FERNANDEZ GONZALEZ

JOSE LUIS FERNANDEZ NORIEGA
SANTIAGO FERRANDIZ SANTIVERI
CARMEN FERRERO TORRES
MIGUEL DE LA FUENTE SANCHEZ

LUIS GABILONDO PUJOL
MANUEL J. GARCIA ENCABO
MARTINA GARCIA HONTORIA
ANTONI GARCIA PRAT
ARSENIO GARCIA RUBIO

JOSE GELI I BURGUES
ENRIQUE GIL LOPEZ
JESUS GIL REDRADO
ALFREDO GIMENO ORTIZ
XAVIER GOMEZ BATISTE-ALENTORN
SIDONIO GOMEZ GABRIEL
JESUS GOMEZ MONTOYA
VICENTE GONZALEZ CATALA
ALFONSO GONZALEZ DAGNINO
GABRIEL GONZALEZ NAVARRO
BERNARDO GONZALO GONZALEZ
JOSE ANDRES GORRITXO VISIERS
ALICIA GRANADOS I NAVARRETE

SIR ROY GRIFFITHS
JOSE ANTONIO GRINAN MARTINEZ
CARMEN GUERRA MUÑOVERRO
MANUEL GUERRERO DE CASTRO
LORENZO GUIRAO SANCHEZ
JOSE GUTIERREZ MORLOTE
ENRIQUE GUTIERREZ RIVAS

JAVIER HERNANDEZ PASCUAL
LUIS HERNANDO AVENDAÑO
LUIS HERRERO JUAN

PERE IBERN REGAS

FERNANDO LAMATA COTANDA
JOAN RAMON LAPORTE ROSELLO
FRANCISCO JAVIER LEON DE LA RIVA
IGNACIO LOBATO CASADO
JOSE FELIX LOBO ALEU
GUILLEM LOPEZ CASASNOVAS
ANGEL LOPEZ ENCUESTRA
NARCISO LOPEZ GONZALEZ
SANTIAGO LUENGO GOMEZ
PEDRO PABLO MANSILLA IZQUIERDO
ESTEBAN DE MANUEL KEENOY
RAFAEL MANZANERA LOPEZ
AMANDO MARTIN ZURRO
MIGUEL MARTINEZ ALMOYNA
EDUARDO MASCIA SARACHO
GABRIEL MASFURROLL LACAMBRA
FEDERICO MAYOR DOMINGO

JOSE LUIS MEDINA BAREA
FELIX MIAJA DE SARRAGA
JOSE MILLA SANTOS
MANUEL MONTERO GOMEZ
JULIA MONTSERRAT CODORNIU
FRANCESC MOREU OROBITG

MANUEL MOYA MIR
LUIS MUNUERA MARTINEZ
VALERIANO MUÑOZ LOPEZ

PILAR NAJERA MORRONGO
JUSTO NOMBELA MAQUEDA

ALBERTO OLANO REY
GABRIEL OLIVER CAPO
FRANCISCO JAVIER ORTEGA SUAREZ
CLAES ORTENDAHL
JULIO ORTIZ VAZQUEZ
VICENTE ORTUN RUBIO

JOSE ANTONIO PAREDES PALOMO
EUGENIO PENACHO MARTINEZ
AGUSTIN PENA IRALA
NARCISO PERALES RODRIGUEZ DE VIGURI
JUAN PEREZ-CARBALLO VEIGA
PILAR PEREZ CAYUELA
VICTOR PEREZ DIAZ
FERNANDO PEREZ FLOREZ
ANGEL PEREZ GOMEZ
ANTONIO PINA MARTINEZ
JOSE MARÍA PINEDO Y DE NORIEGA
CARMEN PLAZA ARNAIZ DE BARRENECHE
FEDERICO PLAZA PIÑOL
ENRIQUE DE PORRES ORTIZ DE URBINA
MARIA PEREZ SHERIFF
JEAN-PIERRE POUILLIER
ADOLFO POVEDA DIAZ
JOSEP PRAT I DOMENECH
DANIEL PRATS DIAZ
ASUNCION PRIETO ORZANCO

JOSE QUEVEDO QUEVEDO
MANUEL QUERO JIMÉNEZ

JOSE CARLOS REGUEIRA FERNANDEZ
JUAN MANUEL REOL TEJADA
JOSE RAMON RICOY CAMPO
IGNACIO RIESGO GONZALEZ
HELENA RIS ROMEU
JOAN RODES TEIXIDOR
FERNANDO RODRIGUEZ ALMODOVAR
JOSE RAMON RODRIGUEZ BERMUDEZ
MANUEL RODRIGUEZ OCAÑA
JUAN LUIS RODRIGUEZ VIGIL RUBIO
VICENTE ROJO FERNANDEZ

MANUEL DE LA ROSA FRAILE
JOAN ROVIRA FORNS
PABLO RUBIO MEDRANO
RICARDO RUIZ DE ADANA PEREZ
ULISES RUIZ FERRANDIZ

PEDRO SABANDO SUAREZ
ALBERTO SALGADO ALBA
RICHARD B. SALTMAN
MARIA DEL CARMEN SANCLEMENTE ALASTUEY
JAVIER SANCHEZ CARO
PEDRO SANCHEZ GARCIA
PEDRO J. SATURNO HERNANDEZ
R. L. J. M. SCHEERDER
EUGENI SEDANO MONASTERIO
ANDREU SEGURA I BENEDICTO
JUAN CARLOS SERRAT SESE
JOSE SIMON MARTIN
JOAN G. SINTES I PASCUAL
ROBERT A. SPASOFF
ROSA SUÑOL SALA

JOSE ANTONIO DE TORRES VARGAS-ZUÑIGA
XAVIER TRIAS I VIDAL DE LLOBATERA

JOSE ANTONIO USANDIZAGA BEGUIRISTAIN
JOSE LUIS VALLEJO FLORES
JOSEP VALOR SABATIER
JOSE ANTONIO VALTUEÑA BORQUE
MERCEDES VAZQUEZ DE PADURA
JAMES C. VERTREES
ANA VICENTE MERINO
JOAN RAMON VILLALBI HERETER
FRANCISCO VILLAR COLSA

JONATHAN P. WEINER

JOSE LUIS ZAMORANO ALMEIDA

ENTIDADES QUE HAN COLABORADO CON LA COMISION

ADESLAS
ASISA
ASOCIACION DE ECONOMIA DE LA SALUD
ASOCIACION ESPAÑOLA DE BIOPATOLOGIA CLIMCA
ASOCIACION ESPAÑOLA DE COLOPROCTOLOGIA
ASOCIACION ESPAÑOLA DE DIRECTORES MEDICOS DE HOSPITALES PSIQUIATRICOS
ASOCIACION ESPAÑOLA DE PEDIATRIA
ASOCIACION ESPAÑOLA DE PSIQUIATRIA Y PSICOPATOLOGIA SOCIALES
COLEGIO OFICIAL DE BIOLOGOS
CONFEDERACION ESTATAL DE CONSUMIDORES Y USUARIOS (CECU)
CONFEDERACION NACIONAL DE ENTIDADES DE PREVISION SOCIAL
CONFEDERACION SINDICAL DE COMISIONES OBRERAS (CC.OO.)
CONSEJERIAS DE SANIDAD DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS DE:

ANDALUCIA
ARAGON
ASTURIAS
BALEARES
CANARIAS
CANTABRIA
CASTILLA Y LEON
CASTILLA-LA MANCHA
CATALUÑA
EXTREMADURA
GALICIA
LA RIOJA
MADRID
MURCIA
NAVARRA
PAIS VASCO
VALENCIA
CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE DIPLOMADOS EN EL TRABAJO SOCIAL Y ASISTENTES SOCIALES
CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS DE ODONTOLOGOS Y ESTOMATOLOGOS
CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACEUTICOS
CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MEDICOS
CUANTER, S.A.
EAST ANGL" REGIONAL HEALTH AUTHORITY (CAMBRIDGE - REINO UNIDO)
ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD
ERNST & YOUNG
FARMAINDUSTRIA
FEDERACION DE ASOCIACIONES DE INSPECTORES DE SERVICIOS SANITARIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL
FEDERACION DE ASOCIACIONES PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA
FEDERACION ESPANOLA DE ASOCIACIONES DE AMAS DE CASA, CONSUMIDORES Y USUARIOS (F.E.A.C.C.U)
FEDERACION DE SOCIEDADES ESPANOLA DE ONCOLOGIA (FESEO)
FEDERACION DE SINDICATOS MEDICOS (FESIME)
FEDERACION DE USUARIOS CONSUMIDORES INDEPENDIENTES (FUCI)
FEDERACION NACIONAL DE CLINICAS PRIVADAS
FEDERAL MINISTRY FOR HEALTH (BONN, ALEMANIA)
GRUFAC (ASOCIACION DE FABRICANTES DE APARATOS CIENTIFICOS)
HERMANOS DE SAN JUAN DE DIOS
INSTITUTO DE ESTUDIOS DE PROSPECTIVA
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA
INSTITUTO SOCIAL DE LA MARINA
INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS (ISFAS)
LANDSTINGET DALARNA (COUNTY COUNCIL OF DALARNA - SUECIA)
MUFACE
ORGANIZACION DE CONSUMIDORES Y USUARIOS (OCU)
ORGANIZACION DE COOPERACION Y DESARROLLO ECONOMICO (OCDE)
REAL ACADEMIA DE FARMACIA
RENFE
RESIDENCIAS ASISTIDAS, S.A.
SANITAS
SINDICATO DE AYUDANTES TECNICOS SANITARIOS DE ESPAÑA (SATSE)
SOCIALSTYRELSEN (NATIONAL BOARD OF HEALTH AND WELFARE - ESTOCOLMO, SUECIA)
SOCIEDAD ESPANOLA DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
SOCIEDAD ESPANOLA DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
SOCIEDAD ESPANOLA DE CIRUGIA PLASTICA, REPARADORA Y ESTETICA

SOCIEDAD ESPANOLA DE DIRECTORES Y GERENTES DE HOSPITALES Y PLANIFICACION
SANITARIA
SOCIEDAD ESPANOLA DE ENDOCRINOLOGIA
SOCIEDAD ESPANOLA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIDROLOGIA MÉDICA
SOCIEDAD ESPANOLA DE MEDICINA INTENSIVA Y UNIDADES CORONARIAS
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA NUCLEAR
SOCIEDAD ESPANOLA DE MEDICINA RURAL Y GENERALISTA
SOCIEDAD ESPANOLA DE MEDICOS TITULARES
SOCIEDAD ESPANOLA DE NEUMOLOGIA Y CIRUGIA TORACICA
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PATOLOGIA DIGESTIVA
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PUERICULTURA
SOCIEDAD ESPANOLA DE RADIOLOGIA MÉDICA
SOCIEDAD ESPANOLA DE REHABILITACION
TELEFONICA
UNESPA
UNIO CATALANA D'HOSPITALS
UNION DE CONSUMIDORES DE ESPANA (UCE)
UNION GENERAL DE TRABAJADORES

MIEMBROS DE LA COMISION

PRESIDENTE:

FERNANDO ABRIL MARTOREU

VICEPRESIDENTE Y COORDINADOR:

ENRIQUE COSTAS LOMBARDIA

SECRETARIO:

JOAN J. ARTELLS HERRERO

VOCALES:

RAFAEL ALONSO PEDREIRA

LLUIS BOHIGAS SANTASUSAGNA

ANTONIO GARCIA DE BUS

CARMEN MARTINEZ AGUAYO

FRANCISCO MARTINEZ BORREGO

JOSE MARIA SEGOVIA DE ARANA

COLABORADOR TECNICO:

RAFAEL BENGOA RENTERIA