

Los retos para promover la calidad en el nuevo escenario descentralizado del Sistema Nacional de Salud

José Ramón Repullo

Jefe del Departamento de Planificación y Economía de la Salud. Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III.

En enero de 2002 se ha producido finalmente el “cierre” del proceso transferencial del INSALUD a las 10 Comunidades Autónomas que faltaban. Con ello se completa el proceso de cambio competencial y organizativo que prefiguró la Constitución española de 1978, que inició Cataluña en 1981, y que se estructuró y ordenó en la Ley General de Sanidad de 1986. También concluye una larga etapa de transición de dos décadas, y el Sistema Nacional de Salud (SNS) tiene que replantearse un nuevo modelo de coordinación e integración.

Pero este importante cambio se ha dado a la vez que una profunda redefinición del sistema de financiación sanitaria y del sistema general de financiación de las Comunidades Autónomas, ya que ambos se basaban en acuerdos que finalizaban en diciembre de 2001. De las distintas alternativas barajadas, se optó finalmente por integrar la financiación sanitaria dentro de la financiación general autonómica; en la práctica esto representa que las Administraciones Autonómicas reciben del Estado funciones de recaudación, participación en impuestos y capacidad normativa sobre algunos de ellos, de forma que deben corresponsabilizarse de obtener los recursos que financiarán los servicios que gestionan. En lo que se refiere a la sanidad, existe un compromiso de dedicar un mínimo establecido para el gasto sanitario.

Las implicaciones de este modelo son muy importantes, pues consolidan un esquema cuasifederal en la organización del SNS. En el período anterior el INSALUD gestionando 10 Comunidades Autónomas actuaba de estándar económico, pero también de elemento de referencia en políticas y actuaciones desde la Administración Central del Estado. Ahora deja de existir y, por tanto, faltará un punto de referencia para las comparaciones; pero también el Ministerio de Sanidad y Consumo deberá replantearse sus funciones y orientar su actividad al conjunto del Sistema, superando el sesgo al INSALUD que ha caracterizado este período transitorio. La búsqueda de un nuevo papel para el Ministerio, así como de herramientas para gestionar y coordinar un modelo tan descentralizado, son los elementos que impulsan nuevos desarrollos normativos como la Ley de Coordinación que, por otra parte, despierta ciertos recelos en las Administraciones Autonómicas ante posibles recortes de atribuciones o competencias.

Desde la perspectiva de los temas de calidad, no es sencillo hacer un análisis del efecto de este nuevo escenario. La

mayor parte de las elaboraciones se han centrado en temas “macro” como la equidad, la eficiencia, la cohesión, los sistemas de información, etc. Posiblemente podríamos formular aspectos positivos y negativos que pueden tener estas transformaciones.

Los aspectos positivos del nuevo esquema de gestión descentralizado parten del propio concepto de acercar las decisiones a los ciudadanos; esto crea un ámbito potencialmente más favorable para que la dimensión de calidad percibida o relacional tenga un mayor peso en los distintos agentes profesionales e institucionales; además, esta mayor proximidad facilita que las demandas y preferencias de los ciudadanos y pacientes desempeñen un papel más importante a la hora de determinar las prioridades de los sistemas autonómicos de salud; finalmente, las experiencias e innovaciones que se desarrollarán en dicho ámbito autonómico serán “experimentos naturales” que pueden tener un gran interés a la hora de buscar las mejores alternativas a los problemas de organización, gestión y prestación de servicios.

Hay aspectos que no son tan favorables; por una parte, existe un componente de fragmentación inherente al nuevo sistema, que aunque puede compensarse con políticas activas de cooperación, implica la dificultad para beneficiarse de economías de escala, tanto en temas de gestión (p. ej., herramientas horizontales para contratos de bienes y servicios), como en gestión del conocimiento (investigación, formación, evaluación de tecnologías, análisis y difusión de la evidencia científica, etc.).

Además de lo anterior, la experiencia de los procesos transferenciales anteriores nos llevaría a concluir que se alzarán barreras adicionales a la información que permita la comparación de los sistemas autonómicos, al menos en una primera etapa; de hecho, uno de los temas que llevan al proyecto de Ley de Coordinación es precisamente la necesidad de establecer un sistema de información homogéneo, estable y completo para permitir la evaluación y comparación en este contexto de alta descentralización de las decisiones; puede resultar paradójico, pero la única forma de explotar la riqueza que supone la diversidad de experiencias, es precisamente la capacidad de evaluar dichas innovaciones, y para ello se precisa atenuar las barreras que limitan el flujo de información.

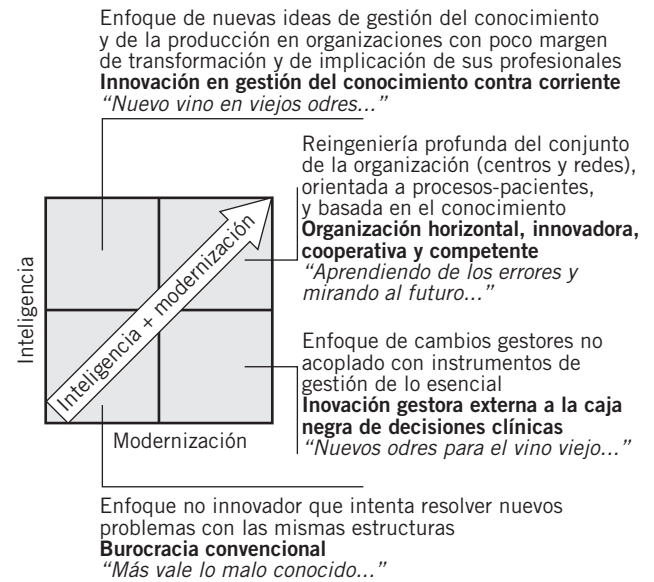
Podríamos extraer estas conclusiones si se plantea que la ruta a la excelencia en el SNS depende fundamentalmente

de dos ejes: el de modernización, que implica cambios en los modelos de gestión que permitan la funcionalidad y la orientación a procesos y pacientes (como "empresa de servicios" y no como burocracias administrativas), y el eje de inteligencia, que implica pasar a gestionar el conocimiento y la producción (y no sólo a controlar costes y actividad agregada). En la figura 1 se representan ambos ejes: en un perfil bajo de modernización e inteligencia, dominan las respuestas burocráticas convencionales; cuando avanza la modernización pero no existen instrumentos para la gestión de lo esencial (conocimiento y decisiones clínicas) los cambios adolecen de superficialidad y capacidad de implicación para los servicios y profesionales; cuando se avanza en el eje de inteligencia en contextos gestores convencionales, la innovación va contracorriente, pues los intereses de los agentes y los instrumentos organizativos no están alineados con las innovaciones que se pretenden; por tanto, sólo un cambio acompasado y combinado de los dos ejes puede producir resultados de excelencia.

El peso de las innovaciones en la modernización de las estructuras de gestión recae ahora en las Administraciones Autonómicas; por tanto, la Administración Central del Estado debería avanzar apoyando decididamente el eje de inteligencia, a través de iniciativas en el ámbito del conocimiento, las tecnologías, la formación, la investigación, la medicina basada en la evidencia, la promoción de sistemas de comparación de desempeño, el estímulo de iniciativas de mejora de la calidad, etc. Esto supone dar un importante giro desde modelos jerárquicos a modelos de influencia.

Junto con las responsabilidades de las administraciones, las sociedades científicas y las revistas profesionales y científicas también tienen un importante papel desde la sociedad civil; en particular, en el campo de la difusión de las experiencias locales, facilitando la innovación y catalizando cambios.

Figura 1.



En último término, el que exista realmente un Sistema Nacional de Salud (y no sólo un agregado formal de diecisiete servicios autonómicos) no dependerá tanto de un proyecto legal como de que sepamos construir entre todos una serie de herramientas horizontales de gestión del conocimiento y comparación, y seamos capaces de mantener y enriquecer una comunidad científica y profesional activa y comprometida con la mejora de los servicios sanitarios públicos para nuestros conciudadanos.