

«Plan Estratégico del Sistema Vasco de Salud»

La sanidad pública vasca está en proceso de cambio. Le ocurre lo mismo que a otros sistemas de nuestro entorno que están adaptando sus organizaciones sanitarias a los nuevos problemas y retos derivados de un nuevo entorno, social, tecnológico, económico y sanitario. Solicitado por el Parlamento Vasco, el documento que aquí se presenta ha sido elaborado por expertos y responsables de la sanidad vasca. También conocido como OSASUNA ZAINDUZ, pretende: 1) Dotar a la población de un sistema de protección de la salud universal, solidario, equitativo y de calidad; 2) Ofrecer a los profesionales de la red una organización más comunicativa, flexible y responsabilizante; 3) Garantizar a los usuarios mejor trato médico y humano y una asistencia de gran calidad.

Bistan da euskal osasunketa publikoa aldatzen ari zaigula. Eta hori gure inguruneke beste sistemei bezalaxe gertatzen ari zaio gureari, zeren eta horiek ere giro sozial, teknologiko, ekonomiko eta sanitario berri batetik eratorritako arazo eta erronka berrietara moldatzen ari baitira beren osasun-sisteman adituak izaki berorren ardura dutenek elaboratua izan da dokumentu hau. Eta honako hauexek dira OSASUNA ZAINDUZ bezala ere ezagutzen den dokumentu honen xedeak: 1) Osasun-sistema unibertsal, solidario, ekitatibo eta kalitatezko bat babesteko sistemaz hornitzea gure biztanleria; 2) Antolamendu-sare komunikatibo, malgu eta ardurarazleago bat eskaintzea profesionalei; 3) Tratu mediko hobe eta humanoago bat eta kalitate handiko asistentzia bat garantizatzea osasun-sistemaren baliatzaileei.

The Basque Public Health System is now going through a process of change, just like other such systems in our surroundings which are adapting their public health organisations to the new problems and challenges that stem from a new social, technological, economic and public health context. The paper we are herewith presenting was ordered by the Basque Parliament and has been laid out by experts and people in charge of the Basque Public Health System. The aims of this document, also known as OSASUNA ZAINDUZ, are: 1) to equip the population with a universal, solidary, equitable and quality health protection system, 2) to offer the professionals who work in the network a more communicative, flexible and responsibility-promoting organisation, and 3) to guarantee the users a better human and medical care together with high quality assistance.

1. El sistema de salud necesita un cambio.
2. El Plan de Salud, un objetivo del sistema.
3. Un sistema universal, solidario, equitativo y de calidad.
4. Buscando la calidad y satisfacción del cliente.
5. Profesionales de la salud y gestores sanitarios: aproximación de las culturas clínica y de gestión.
6. Nueva oferta de servicios. Regulación, financiación y adecuación de la oferta de servicio.
7. Un nuevo mercado sanitario: contratación y provisión eficientes.
8. Una gestión empresarial. Instrumentación de los sistemas de gestión y control.
9. Conclusión. Síntesis del modelo organizativo propuesto.

Palabras clave: Economía de la salud, eficiencia económica, sistema de salud.
Nº de clasificación JEL: H72, I11, I18

1. EL SISTEMA DE SALUD NECESITA UN CAMBIO

La convicción sobre la necesidad de efectuar un cambio sustancial en el sistema de protección a la salud va asentándose progresivamente en las fuerzas políticas y en las propias fuerzas internas del sistema (profesionales y sindicales), conocedoras de la brecha, cada vez mayor, entre la demanda de servicios sanitarios y las disponibilidades económicas, entre las condiciones de la prestación y las expectativas de sus usuarios.

Un sistema rígido, en expansión creciente, poco sensible al ciudadano, se adecua mal a un entorno social y económico dinámico, caracterizado por la búsqueda de calidad y competitividad, por

la libertad de opción entre ofertas cada vez mayores.

A pesar de que los pilares básicos del sistema de salud, esto es, universalidad, accesibilidad y presupuestación global limitativa, permiten evaluar el sistema sanitario actual como uno de los más eficientes en el entorno occidental, en términos de gasto sobre el PIB y resultados en salud, es necesario revisar nuestro sistema a fondo.

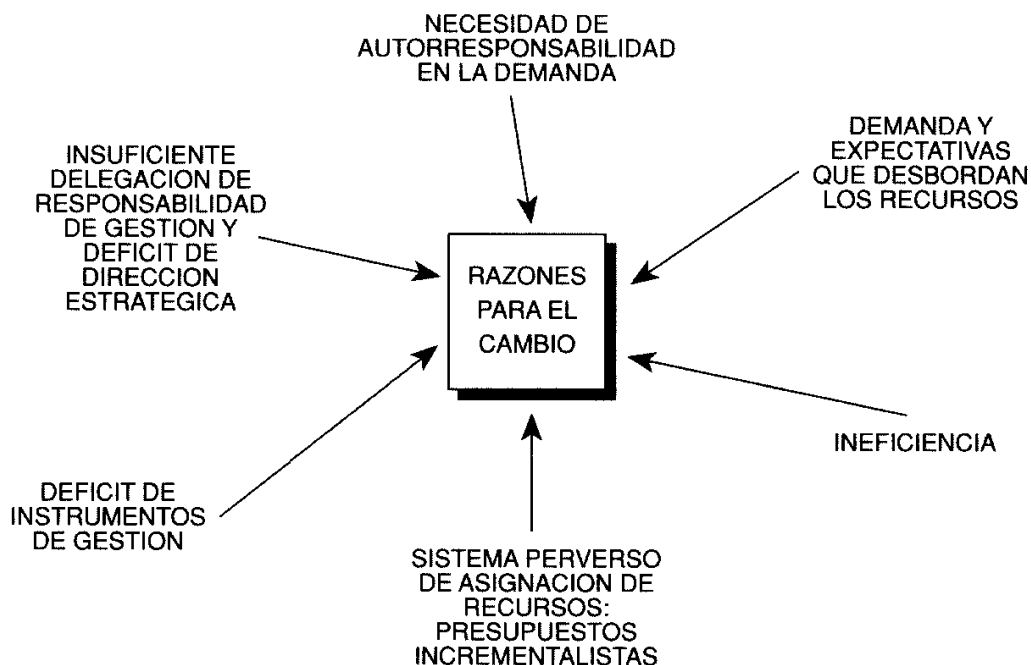
Además de una «orientación al cliente», que no se puede postergar, alejada tanto del «burocratismo» como del «profesionalismo» a ultranza, urge introducir mecanismos que faciliten la competencia y la transparencia de costes (precios), para evitar así la subvención oculta a la ineficacia y favorecer,

al mismo tiempo, la libertad de opción y la búsqueda de calidad.

Dicha orientación al cliente exige que, de forma paralela, se comprometa al ciudadano en la utilización de los recursos asistenciales y se le haga consciente del esfuerzo (coste) social de la asistencia. Ello quiere decir que puede considerarse razonable que corran por cuenta de los ciudadanos determinados aspectos de confort, no asistenciales, de carácter opcional. Igualmente puede ser conveniente solicitar el pago, a quienes superen determinados niveles de renta, de aquellas prestaciones que no deban estar incluidas en un sistema de financiación pública desde un criterio de garantía suficiente del derecho a la salud.

Si el sistema de controles basado en el Derecho Administrativo ya se ha manifestado asfixiante y costoso para la gestión del sistema en su estado actual, resulta impensable mantenerlo en un entorno más competitivo y abierto como el que se vislumbra. La sustitución de los necesarios mecanismos de control de la gestión sugiere incorporar otras fórmulas de probada eficacia; comunes en el sector privado y en gran parte de los servicios públicos (transportes, comunicaciones, radiotelevisión, servicios municipales, etc.), basadas en el acuerdo entre las partes y en el sometimiento al Derecho Laboral y Mercantil. La actuación política debería centrarse en definir objetivos y estrategias globales a medio plazo, analizar los resultados y evaluarlos en función de los objetivos definidos.

Gráfico n.º 1. Razones para el cambio



La introducción de planificación y dirección estratégicas en el sistema, basadas en políticas de oferta y de demanda, debe orientarlo hacia la provisión de aquellos servicios que ofrezcan mejores resultados en salud y de la forma más eficiente posible. Reforzar la función de evaluación de las necesidades de salud y la disposición consiguiente de un conjunto de servicios integrales de salud que las corrijan, debe constituir uno de los ejes de cualquier propuesta de mejora. Lo contrario sería mantener la actual situación de financiación de una amalgama de prestaciones, fruto de la historia, el desarrollo de la tecnología médica y las fuerzas de venta del sector de bienes y equipamientos sanitarios. El criterio clínico que naturalmente tiende a primar el beneficio individual de cada paciente por encima de otras consideraciones, debe materializarse dentro de un marco de beneficio social.

Deben mantenerse, desde luego, los actuales esfuerzos por mejorar la gestión operativa de los centros, sin perder de vista que ésta nunca podrá resolver, por sí misma, la integridad de los problemas aquí diagnosticados. El impulso de mecanismos que permitan la contrastación de los resultados de gestión entre centros debe constituir un poderoso motor de cambio y de eficiencia.

De igual manera se plantea el desafío de hacer compatible las mencionadas políticas de reforma con una mayor integración del profesional en su trabajo, adecuando mecanismos de motivación, autonomía y desarrollo profesional. Su papel y cooperación resultan esenciales por su triple condición de agentes cruciales en la relación asistencial con el paciente, gestores de recursos y líderes del desarrollo futuro de la Sanidad. Sin duda, su colaboración ha resentido la

obligada y reciente introducción, no exenta de errores, de técnicas de gestión en un sistema no habituado a la negociación ni a la redistribución de recursos.

Medidas de reforma similares a las que aquí se proponen están siendo aplicadas, con buenos resultados, en buena parte de los países de la OCDE, tanto en sistemas nacionales semejantes al nuestro (Suecia, Gran Bretaña) como en otros basados en seguros (Holanda, Alemania). Por tanto, contamos con su experiencia acumulada y su ejemplo de decisión. De no anticiparnos con medidas estructurales de cambio prudentes y firmes, y dada la situación económica que se vislumbra, muy pronto habrían de implantarse medidas de racionamiento y contención de costes ya aplicadas recientemente en diversos países. El Tratado de Unión Europea y su repercusión en el escenario económico y presupuestario de la C.A.P.V. exigirá, sin duda, esfuerzos adicionales de negociación y diálogo, de evaluación y concreción de prestaciones, de coordinación y gestión. Constituye también una oportunidad histórica de consolidar un sistema sanitario más competitivo y eficiente, un sistema sanitario legitimado profesional y socialmente. En definitiva, un sistema sanitario de futuro.

2. EL PLAN DE SALUD, UN OBJETIVO DEL SISTEMA

El sistema sanitario y sus distintos agentes se enfrentan a diario a un conjunto de problemas que admiten distintos esquemas o paradigmas de análisis y tratamiento. La situación de salud de una comunidad no es evaluada del mismo modo por los profesionales de la atención, ni por los profesionales de la planificación y la salud pública, ni, desde luego, por los propios individuos. Los

problemas son catalogados y priorizados de manera diferente, como lo es la identificación de sus causas y la forma de abordarlos y tratarlos.

Llegara un equilibrio que, satisfaciendo las necesidades percibidas individualmente, racionalice desde el punto de vista médico y sanitario los objetivos del sistema es una tarea ardua y sin duda de gran contenido político y social. Decisiones como qué anteponer ante un proyecto de reducción de tabaquismo, de rehabilitación física o de acortamiento de lista de espera requiere un marco general de actuación que debe tomar la forma de un Plan de Salud.

Este Plan de Salud, que deberá aprobar periódicamente el Parlamento Vasco, constituye el instrumento básico de dirección y evaluación del Sistema Vasco en su conjunto. Armoniza las percepciones y esfuerzos de unos y otros, definiendo opciones y prioridades en el marco de los recursos existentes. Deberá ir, por tanto, más allá de la mera consolidación extensiva y exhaustiva de objetivos de salud enunciados por expertos. Tamizarlos a través de un marco de valores sociales y relacionarlos con las decisiones, también políticas, de dotación financiera, es la gran labor de las Instituciones políticas. Asimismo constituye el elemento básico de coordinación interinstitucional de las políticas socio-sanitarias.

El Plan de Salud contendrá, por tanto, los elementos fundamentales de política sanitaria para Euskadi reseñados por:

- Evaluación de los niveles de salud y de equidad en su distribución poblacional; así como de las condiciones de acceso y de la percepción de los servicios por los ciudadanos.
- Evaluación de los objetivos de planes anteriores.

- Prioridades de política sanitaria con respecto a patologías y riesgos de salud, grupos sociales de atención preferente; así como en relación a modalidades asistenciales y tipología de servicios a desarrollar preferentemente.
- Medios puestos a disposición del Plan, así como estrategias de coordinación interinstitucional y con las iniciativas ciudadanas.
- Objetivos de gestión y de calidad respecto de la asistencia prestada por la red de centros de titularidad pública.
- Análisis de las quejas y reclamaciones ejercidas por los ciudadanos, y en general todos aquellos aspectos relacionados con la defensa de los derechos de los usuarios.
- Evaluación de las medidas adoptadas en desarrollo de estas Estrategias de Cambio.

Las estrategias Salud para Euskadi-2000 (SPE-2000) publicadas en 1990 plantean 298 objetivos en el amplio espectro de los niveles de salud, su protección y promoción, y la mejora de los servicios de atención. SPE-2000 es, hoy todavía, un referente que plantea metas a lo largo de esta década.

Resultan, pues, vigentes sus orientaciones, si bien debería perfeccionarse su priorización y definición de responsabilidades y medios. Ello informará las decisiones presupuestarias y los primeros pasos de este documento de cambio.

Atendiendo al diagnóstico de salud realizado, no resulta difícil identificar el *cáncer*, los *accidentes*, el *sida*, la *polipatología del envejecimiento* y las *enfermedades cardiovasculares* como las

enfermedades que requieren esfuerzos prioritarios.

Respecto al *cáncer* se deberá actuar de manera contundente frente al consumo de tabaco (estabilizado en varones y en crecimiento en mujeres); iniciarse un programa de detección precoz del cáncer de mama (primera pausa de cáncer en mujeres); y modernizar los actuales recursos terapéuticos aún deficitarios en algún territorio histórico.

Los *accidentes de tráfico*, primera causa de muerte en jóvenes, siguen presentando tasas muy elevadas respecto a nuestros referentes europeos no apreciándose ninguna tendencia a la baja. La educación vial, el uso de mecanismos protectores y la actuación frente al abuso del alcohol son tareas prioritarias en este sentido.

La lucha frente al *sida* deberá acomodarse, como ya lo está haciendo, al cambio del patrón preponderante de infección a través de relaciones heterosexuales. Igualmente, la adecuación de modalidades asistenciales de menor institucionalización deben constituir una prioridad para hacer frente al crecimiento de afectados que se menciona y para que su tratamiento resulte menos desintegrador.

La compleja *polipatología del anciano*, con su consecuencia en invalidez, va a constituir sin duda el gran reto de los próximos años para el sistema sanitario y social. Buscar esquemas asistenciales eficaces y no marginantes requerirá esfuerzos de coordinación y redistribución de gasto entre las Administraciones Públicas autonómicas y locales. La progresiva definición de un espacio socio-sanitario donde se impliquen Diputaciones, Ayuntamientos y familias contribuirá a corregir las actuales

disfunciones.

En cuanto a Estilos de vida y Protección de Salud está claro que los excesivos consumos de *tabaco y alcohol* en Euskadi siguen siendo peligrosos factores de riesgo sobre los que no se están obteniendo resultados apreciables, por lo que deben incentivarse primordialmente aquellos proyectos dirigidos a la población escolar y juvenil, cuando se inician estos hábitos. 123 Ello, junto al desarrollo de programas de prevención secundaria y atención a los pacientes crónicos debe favorecer la progresiva disminución de las *enfermedades cardiovasculares*.

Finalmente, debe destacarse la mejora habida en cuanto a la higiene y salubridad de alimentos y agua de consumo. En los próximos años estos esfuerzos deberán trasladarse a la mejora en el tratamiento de las *aguas residuales* y de los *residuos sólidos*, auténtico desafío sobre todo desde el punto de vista financiero por el volumen de inversiones que ambos planes requieren. Sin duda los Ayuntamientos deben jugar un importante papel en la definición y consecución de estos objetivos de mejora del medio ambiente relacionado con la salud, así como de los estilos de vida de sus ciudadanos.

3. UN SISTEMA UNIVERSAL, SOLIDARIO, EQUITATIVO Y DE CALIDAD

Línea estratégica 0: Consolidar un sistema sanitario público, universal, solidario, equitativo y de calidad

Las estrategias de cambio que se enuncian a continuación conforman un conjunto de medidas que pretenden consolidar una sanidad pública eficiente y

de calidad. La introducción de ciertos mecanismos de competencia entre los centros públicos debe garantizar un esquema de prestaciones adaptado a las necesidades cambiantes de la población, con niveles de calidad contrastables y a un coste soportable.

Nuestro sistema sanitario, que es ya parte consustancial de nuestra sociedad de bienestar, garantiza, y lo seguirá haciendo, el acceso de toda la población a la atención sanitaria. Esta garantía actúa como mecanismo solidario de redistribución frente al riesgo de enfermedad o incapacidad.

La conformación mayoritariamente pública en nuestros centros sanitarios, y de sus recursos humanos, es un hecho peculiar, en relación a la mayor parte de los sistemas europeos, cuya modificación no se cuestiona. Sí es conveniente, en cambio, adecuar su funcionamiento a un esquema de competencia que, sin detrimento de su titularidad pública, permita optimizar el uso de los recursos y garantizar la calidad deseada.

Se plantea, igualmente, una oportunidad para que la actuación en promoción y protección de salud deje de constituir un subsector alternativo del gasto, y ofrezca proyectos viables y adaptados al esquema de prioridades significadas en el Plan de Salud.

4. BUSCANDO LA CALIDAD Y SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

Línea estratégica I: Personalizar el servicio y mejorar la información a los clientes y sus posibilidades de elección

ESTRATEGIA 1: PERSONALIZAR MAS EL SERVICIO

La introducción de mayores niveles de personalización del servicio se concreta en las siguientes propuestas:

- establecer la figura del «responsable de caso» en asistencia hospitalaria y reforzar la figura del médico de familia como integrador de cuidados en la atención primaria y en la especializada extrahospitalaria.
- revisar aquellos circuitos administrativos todavía complejos para los usuarios, eliminando trámites y favoreciendo el transporte de papel y no de usuarios, y la gestión y consultas telefónicas.
- la desburocratización de las consultas médicas exige corregir las disfunciones del procedimiento de control de I.L.T., adaptándolo al tipo de patología causante en cada caso (periodicidad de partes de confirmación), buscando la colaboración de otros sistemas asistenciales (servicios médicos de empresa, por ej.) y, en definitiva, revisando, de acuerdo con los órganos gestores de dicha prestación, las labores de inspección.

En definitiva, se trata de organizar los servicios en torno al cliente, a sus necesidades, valores y expectativas, más que en torno a la conveniencia de la institución.

ESTRATEGIA 2: MEJORAR LOS NIVELES DE INFORMACIÓN AL CLIENTE Y EL MARKETING DE LOS SERVICIOS

Es preciso mejorar sustancialmente, en cantidad y modo, la información

asistencial que se ofrece a los pacientes y familiares. En particular la referente a su programa asistencial previsto, diagnóstico y evolución de su proceso, y alternativas terapéuticas.

Igualmente, se debe suministrar periódicamente información a los clientes sobre los servicios ofrecidos, los profesionales responsables de los mismos, las condiciones de acceso, tiempos de espera, niveles de calidad, etc. Así mismo, hacer una política activa de difusión y marketing respecto a los nuevos servicios implantados, a la incorporación de ventajas para los usuarios y al uso racional de las prestaciones.

En este sentido, es necesario formar especialmente al personal de atención al público, como elemento clave en la política de información y recepción/orientación de clientes (formación, uniformes, trato al cliente, acompañamiento...).

De igual modo, hay que mejorar y desarrollar los sistemas de información sobre la opinión y grado de satisfacción del usuario para adecuar los servicios a la demanda.

ESTRATEGIA 3: FAVORECER LA CAPACIDAD DE OPCIÓN DEL CLIENTE EN LOS DIVERSOS ÁMBITOS DEL SISTEMA

La capacidad de elección es un objetivo deseable, en términos generales, para el conjunto de opciones de servicio que afectan al cliente. Los niveles actuales de opción son mejorables.

Es preciso eliminar las trabas que obstaculizan la elección de centro y de servicio. Aunque su generalización pueda ocasionar ciertos desequilibrios a corto plazo, es previsible que, en el modelo organizativo propuesto, el juego demanda-oferta y la compra de servicios

por actividad corregirán, a medio plazo, las situaciones anómalas.

En cualquier caso, una implantación efectiva de la capacidad de opción exigirá el cumplimiento de varios requisitos:

- deberá basarse en el libre acuerdo entre el médico y el paciente, de modo que sea posible una adecuada relación entre ambos, sobre todo en el nivel primario (médico de familia-médico de confianza).
- ello exige, no obstante, ciertas regulaciones que impidan negaciones injustificadas (selección adversa) por parte de los médicos y garanticen la calidad de la atención.
- son precisos, también, mecanismos que permitan la continuidad de cuidados sin coartar la libertad de opción.
- el médico de atención primaria deberá reforzar su responsabilidad como puerta de entrada al sistema.
- respaldando esta capacidad de opción del cliente, el marco retributivo médico debería reconocerlo bien en el componente capítativo (Atención Primaria), bien en la parte variable correspondiente a la actividad realizada (Atención Especializada).

Línea Estratégica II: Diseñar y promocionar una política de servicios de calidad

ESTRATEGIA 4: DESARROLLAR LAS TÉCNICAS DE CALIDAD TOTAL ORIENTADAS A LA INTEGRACIÓN Y LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS

Se detectan serias disfunciones en la integración asistencial, tanto en la atención primaria como en la hospitalaria, así como en la continuidad de cuidados entre niveles:

- la coordinación de la acción sobre el paciente es mejorable.
- una deficiente concepción del trabajo en equipo ha ido en detrimento de la personalización de la responsabilidad asistencial.
- la relación médico-enfermera está rutinizada.
- los protocolos de relación entre médicos generales y especialistas son insuficientes.

Aunque las medidas de tipo organizativo pueden contribuir a mejorar esta situación, depende sobre todo de la actitud y colaboración de los profesionales. Por ello, es conveniente poner en marcha círculos de calidad y grupos de trabajo, en los diversos niveles asistenciales, que permitan reflexionar sobre estas cuestiones y comprometan a los profesionales en su resolución.

La implantación general de protocolos clínicos, audit médicos y revisiones de utilización debe fomentar la responsabilidad profesional en la utilización de los recursos diagnósticos y terapéuticos.

Los procesos formales de acreditación y de establecimiento de estándares de calidad contractuales, entre los organismos garantes de la cobertura sanitaria y los centros provisos de servicios, deben coadyuvar al buen fin de esta estrategia.

ESTRATEGIA 5: INTRODUCIR LA ACREDITACIÓN DE CENTROS, TANTO PÚBLICOS COMO PRIVADOS, COMO ELEMENTO DE ORDENACIÓN Y CONDICIÓN PREVIA DE CONTRATACIÓN/ CONCERTACIÓN

La competencia legal de acreditación debe ejercerla el Departamento de Sanidad.

Sin embargo, la progresiva tecnificación de estos instrumentos recomienda crear un organismo específico que, con carácter independiente, asesore a los centros en la implantación de políticas de calidad, técnicas de revisión de utilización de los recursos y auditorías de calidad de los procesos y resultados de los centros; esto promoverá, en consecuencia, su acreditación.

En este organismo participarían organizaciones profesionales, administración sanitaria y centros asistenciales.

ESTRATEGIA 6: ADECUAR UN SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA GARANTÍA DE CALIDAD QUE PERMITA LA NEGOCIACIÓN Y CONTRATACIÓN DE OBJETIVOS DE CALIDAD

La búsqueda de calidad exige desarrollar una batería de indicadores sensibles y fácilmente disponibles, que permita sentar y negociar objetivos de calidad, así como su monitorización. Una de las prioridades del sistema debe ser la de promover la constitución de comités de garantía de calidad con el fin de desarrollar indicadores que permitan introducir criterios calitativos en la contratación de servicios.

ESTRATEGIA 7: REFORZAR EL PAPEL MEDIADOR DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN AL USUARIO (S.A.P.U.)

Es fundamental hacer efectivos los derechos de los usuarios en el sistema sanitario. En este sentido, estos servicios deben funcionar no sólo como oficinas de reclamación y queja, sino como auténticos instrumentos de alcance y mediación entre clientes y centros.

bien, la correcta información asistencial a los pacientes y la relación personal entre éstos y los responsables de cada caso.

ESTRATEGIA 8: DISEÑAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE URGENCIAS

La situación actual se caracteriza por una multiplicidad de estructuras no concebida con el fin de ajustar los dispositivos de atención a las necesidades del caso. Las consecuencias conocidas son insatisfacción ciudadana, excesivo uso y masificación de los recursos hospitalarios y suboptimización de los extrahospitalarios.

La bases del nuevo modelo deberían ser: coordinación de recursos, y adecuación a la naturaleza de la urgencia, facilidad de acceso y prontitud de los primeros cuidados.

Línea Estratégica III: Coordinar una política de investigación y desarrollo, dirigida y evaluada

ESTRATEGIA 9: GARANTIZAR EL IMPULSO, DIVULGACIÓN Y ACREDITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN Y LA FORMACIÓN EVITANDO LA DISPERSIÓN DE OBJETIVOS

Las aprovechables bases humanas y materiales del sistema sanitario y las actitudes favorables respecto a la formación y a la investigación del personal han de ser convenientemente orientadas y explotadas. Es necesario favorecer la dirección de la formación e investigación hacia fines concretos, para evitar la dispersión actual y establecer, en definitiva, políticas de I + D preferentes.

La elaboración de planes de formación e investigación por parte de cada centro, que respondan a directrices comunes y

explícitas, elaboradas con el acuerdo de sociedades científicas y profesionales, favorecería una política más coherente que la actual en esta materia.

Se debe favorecer, en especial, el desarrollo de unidades y líneas de investigación perdurables en el tiempo.

Línea Estratégica IV: Mejorar el acceso a los servicios, adecuando los tiempos de espera a la gravedad de los casos

ESTRATEGIA 10: CONTROLAR LOS TIEMPOS DE ESPERA EN ASISTENCIA ESPECIALIZADA Y ESTABLECER MEDIDAS PARA SU REDUCCIÓN

La lista de espera constituye un importante factor de desprestigio del sistema público como proveedor de los servicios, y genera una gran insatisfacción en el usuario.

La reducción de las listas de espera técnicamente injustificables deberá abordarse utilizando los recursos disponibles, propios y ajenos, que informen de la situación a los pacientes. Los mecanismos de concertación interna o con medios propios, la depuración y categorización de las listas, según severidad, junto con otras medidas de gestión, deben desarrollarse evaluando progresivamente sus resultados.

5. PROFESIONALES DE LA SALUD Y GESTORES SANITARIOS: APROXIMACIÓN DE LAS CULTURAS CLÍNICA Y DE GESTIÓN

Línea Estratégica V: Responsabilidad, integración y autonomía profesional

ESTRATEGIA 11: RESPONSABILIZACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN LA UTILIZACIÓN DE RECURSOS

La implicación del personal sanitario en la gestión de recursos es un instrumento imprescindible si se quiere fomentar una política de calidad y corregir el incremento del gasto; las decisiones médicas son las que comprometen y dictan la utilización de los recursos y definen, primordialmente, la relación asistencial.

Esta medida requiere identificar y presupuestar aquellos costes significativos ligados a las decisiones clínicas (interconsultas, pruebas diagnósticas, prescripciones terapéuticas...). Las unidades clínicas preparadas y dispuestas a ello deberán gozar de autonomía para ejecutar dichos presupuestos sin menoscabo de los niveles de calidad valorados. Individualizar el presupuesto de farmacia por cada centro de salud sería una forma simplificada de presupuestación clínica y podría aplicarse de manera inmediata y generalizada.

Las técnicas de protocolización de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos más costosos o extensivos, junto con la evaluación retrospectiva de la actividad profesional y la elaboración de códigos de buena práctica por los propios profesionales deben contribuir a devolver el papel relevante que, deben ejercer, sobre todo, médicos y enfermeras, respetando y haciendo sinérgicos la autonomía y el código ético profesional con la legítima dirección política y de gestión del sistema.

ESTRATEGIA 12: INTRODUCIR CÍRCULOS DE CALIDAD Y OTROS GRUPOS DE TRABAJO COMO MECANISMOS DE INTEGRACIÓN

Es necesario introducir una cultura de participación y de integración lateral, que

acompañe y soporte a la descentralización y facilite la participación de los profesionales.

Este comportamiento organizativo consiste en crear grupos de participación con cometidos específicos, cuyos miembros se comprometan en las situaciones que les afectan. Esta estrategia ha de seguir tres líneas de acción elementales:

- a) Fortalecer la información interna;
- b) Habilitar la Formación Pertinente;
- c) Legitimar y respetar los grupos de participación.

ESTRATEGIA 13: ESTABLECER SISTEMAS DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL DE TODA LA ACTIVIDAD GENERADA

La información constituye un aspecto central en el mecanismo de autorregulación y autocontrol de los profesionales. En muchas ocasiones, el gasto se genera por falta de una adecuada información.

Relacionado con la medida anterior, se estima conveniente comunicar al conjunto de la organización la información relacionada con la práctica asistencial. (ILT, prestaciones farmacéuticas, exploraciones, etc.).

Línea Estratégica VI: Acreditar y reconocer el logro profesional

ESTRATEGIA 14: RECONOCIMIENTO DE LA LABOR PROFESIONAL

La actual canalización excluyente de la carrera profesional hacia las responsabilidades de gestión es claramente contraproducente para unos y otros.

La garantía de la calidad científica y técnica de los profesionales y su liderazgo en el desarrollo de los servicios exige acomodar un sistema de acreditación continua y de reconocimiento, no sólo de tipo económico, que mantenga la motivación de los cuadros profesionales, promueva su desarrollo y favorezca su dedicación al sistema.

Dicha acreditación debería ser realizada por organismos representativos profesionales y científicos junto con los responsables asistenciales.

Línea Estratégica VII: Adecuar las estructuras directivas de los centros

ESTRATEGIA 15: UNIFICAR LA DIRECCIÓN DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA, EVITANDO NIVELES JERÁRQUICOS INNECESARIOS

Se considera necesario unificar la dirección de los centros de Atención Primaria, es decir, crear la figura del responsable o jefe de centro, de modo que se elimine la actual división entre coordinador de equipo y responsable de enfermería y, en definitiva, entre los distintos colectivos de médicos y de enfermeras. Esta figura, que mantendría parcialmente sus funciones asistenciales, permitiría suprimir la del director de zona, como un escalón jerárquico innecesario, y aproximaría las decisiones clínicas y de gestión.

ESTRATEGIA 16: ACOMODAR LOS EQUIPOS DIRECTIVOS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

Se aprecia un organigrama cada vez más «pesado» en los centros

hospitalarios, con una multiplicidad de cargos directivos en centros que, por su dimensión, no siempre se justifican. Frente a ello, se plantea acomodar organigramas flexibles y adaptados a las necesidades del momento y a las características de cada centro.

En este sentido, es preciso contener y ajustar los actuales equipos directivos, en un marco de autonomía organizativa para cada centro que permita una autonomía de gestión.

Por otro lado, se recomienda atraer a los equipos directivos aquellos profesionales clínicos que tengan vocación para la gestión asistencial y estén preparados para ello.

6. NUEVA OFERTA DE SERVICIOS. REGULACIÓN, FINANCIACIÓN Y ADECUACIÓN DE LA OFERTA DE SERVICIOS

Línea Estratégica VIII: Financiar y regular el sistema de aseguramiento, contratación y provisión

ESTRATEGIA 17: EL DEPARTAMENTO DE SANIDAD DEL GOBIERNO VASCO EJERCERÁ LA FUNCIÓN DE REGULACIÓN

El Gobierno Vasco debe regular el sistema sanitario, a través del Departamento de Sanidad. Los cometidos que cabe incluir dentro de esta función son los siguientes:

- Garantizar la cobertura sanitaria para todos los ciudadanos en condiciones adecuadas (equidad, integración de cuidados, etc.).

- Regular el funcionamiento del sistema (condiciones y modalidades de contratación). Se trata de definir un marco general de funcionamiento que garantice la homogeneidad en las relaciones entre las agencias de contratación y los proveedores de servicios en aspectos como: control económico-financiero, sistemas de pago, condiciones de acreditación, contenido de las prestaciones, condiciones de calidad, etc.
- Proteger y defender los derechos del usuario (función que no debería desempeñarse necesariamente de manera directa).
- Establecer la cartera de prestaciones y las condiciones de acceso a las mismas.
- Autorizar y acreditar centros, servicios y técnicas (igualmente se recomienda instrumentar de un órgano técnico para realizar esta función).
- Establecer una ordenación territorial que garantice la accesibilidad y sea compatible con la capacidad de opción del cliente y con las condiciones de concurrencia.
- Elaborar y proponer al Gobierno el Plan de Salud de Euskadi, que será objeto de aprobación por el Parlamento.
- Definir y ejecutar la función de Salud Pública y ejercer la autoridad sanitaria para garantizarla.
- Planificar la política de inversiones en nuevos centros, infraestructura fija e innovaciones tecnológicas. Se entiende que las inversiones de mantenimiento y equipamiento estándar corresponden a los centros de servicio.

ESTRATEGIA 18: EL DEPARTAMENTO DE SANIDAD DEL GOBIERNO VASCO EJERCERÁ LA FUNCIÓN DE FINANCIACIÓN

El Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco deberá financiar el sistema sanitario con el fin de cubrir los siguientes cometidos fundamentales:

- Delimitación global y asignación de recursos a las agencias contratadoras de servicios sanitarios, en función de una base capitativa ponderada por criterios de estructura demográfica (edad y sexo), de dispersión poblacional, de diferencia dotacional y, en su caso, de necesidad.
- Control de la actividad y flujos económicos del sistema, basándose en auditorías económico-financieras que permitan conocer y regular los niveles de endeudamiento de los distintos agentes, su situación patrimonial, la aplicación de los principios de contratación establecidos, el cumplimiento de obligaciones fiscales y sociales, etc.
- Evaluación de los objetivos suscritos entre los organismos de contratación y provisión.

ESTRATEGIA 19: EFECTUAR UNA PLANIFICACIÓN DE RECURSOS HUMANOS QUE INCLUYA LAS PREVISIONES A MEDIO Y LARGO PLAZO

El Departamento de Sanidad deberá estimar cuantitativa y cualitativamente los Recursos Humanos que hacen falta para la actividad que se pretende desarrollar. Así, evitaremos los déficits profesionales hoy manifiestos y que tantos problemas ocasionan.

Esta Planificación ha de tener carácter instrumental y, en consecuencia, ha de ser

flexible para responder a las alteraciones que se produzcan en el mercado. Igualmente ha de prever las necesidades de nuevos perfiles profesionales que el sistema demanda y la armonización y apertura de fronteras que acompañan a la Unión Europea.

Es preciso desarrollar y actualizar las bases de datos que integren la información disponible, para que esta planificación de recursos humanos se haga de manera informada.

Línea Estratégica IX: Adecuar las prestaciones y servicios (política de oferta) de acuerdo con las necesidades de salud

ESTRATEGIA 20: MEJORAR EL CONOCIMIENTO DEL ESTADO Y RIESGOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN INCORPORÁNDOLO PERIÓDICAMENTE AL PLAN DE SALUD

La información relevante procedente de diversos subsistemas sanitarios o ajenos, debe integrarse, en los distintos niveles territoriales, en un documento único sobre el estado de salud de la población. Este documento, de carácter público, informará las decisiones de todos los niveles del sistema de salud.

El análisis de las necesidades de salud es fundamental para priorizar la cobertura de las diversas prestaciones y, en consecuencia, para la contratación de servicios sanitarios adaptada a la problemática peculiar de cada territorio. Aumentar la equidad y eficacia del sistema en un nuevo esquema que busca mejorar el equilibrio entre necesidades, demanda y oferta, mediante la introducción de mecanismos de mercado, requiere conocer y monitorizar estas

realidades sanitarias con mayor profundidad que en la actualidad.

Este estudio constituirá la base del Plan de Salud de Euskadi, donde, en función del estado de salud, de la evolución demográfica y de las presiones de futuro, se definirán los objetivos y prioridades del sistema sanitario.

ESTRATEGIA 21: ORDENAR EL ÁMBITO Y CONTENIDO DE LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA SANITARIO, Y PROCEDER AL ESTUDIO DE FINANCIACIÓN SELECTIVA DE OTRAS PRESTACIONES Y SERVICIOS

El sector público ha de cubrir las necesidades asistenciales, conforme a un esquema de prestaciones suficiente, para atender al derecho a la salud reconocido a todos los ciudadanos. Corresponde al Estado, con la participación de las Comunidades Autónomas, la tarea racionalizadora que se refiere a la definición de los contenidos de la Asistencia Sanitaria del Sistema de Seguridad Social. De esta forma se podrán incluir nuevas prestaciones, además de las actuales, pero también determinar qué es lo que NO constituye un contenido de la Asistencia Sanitaria que se financia con carácter general.

Puesto que la financiación con cargo a los Presupuestos de los servicios sanitarios no puede ser ilimitada, en un sector que se caracteriza además por su carácter expansivo, se debe iniciar una reflexión pública sobre la financiación selectiva de determinadas prestaciones que ni están cubiertas hoy ni deben llegar a incluirse con carácter general en el sistema público. En dicho proceso de reflexión habría de valorarse si dichas prestaciones pueden ser realizadas por los servicios públicos, pero

sometiéndolas a pago por aquellos ciudadanos que superen determinados niveles económicos. El mismo criterio regiría para la financiación de aspectos de confort, no asistenciales, que podrían incluir los servicios públicos con carácter opcional.

Debe evaluarse, respecto a la participación ciudadana en el pago de los servicios que así lo requieran, las modalidades de pago de aportación directa, u otras formas de previsión social o contratos de seguros que puedan resultar más adecuadas. Ello favorecerá la cobertura de nuevos espacios asistenciales y la opción del ciudadano respecto a su cobertura de riesgo.

ESTRATEGIA 22: EVALUAR, ANTES DE SU INCORPORACIÓN, LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS, TRATAMIENTOS Y MEDICAMENTOS, MEDIANTE SISTEMAS DE ACREDITACIÓN Y ANÁLISIS DE COSTE-EFECTIVIDAD

Con el fin de controlar la expansión de la oferta de tecnología, tratamientos y medicamentos, resulta imprescindible evaluar previamente su viabilidad, tanto económica como técnica. Tras la realización de los procedimientos reglados que se establezcan, las decisiones serán vinculantes para toda la red de utilización pública (incluidas, por tanto, las unidades privadas concertadas). En todo caso, la decisión debe recaer en un órgano de responsabilidad política, aunque la acreditación y el análisis técnico pueden delegarse en organismos técnico-sanitarios.

Por otra parte, dichas decisiones deben tener en cuenta que la innovación tecnológica sólo es capaz de perfeccionarse y reducir costes tras su desarrollo. Por ello, deberán establecerse líneas de I + D para aquellas técnicas prometedoras que en

sus primeras formulaciones no resulten coste-efectivas.

ESTRATEGIA 23: FOMENTAR LAS NUEVAS MODALIDADES SUSTITUTIVAS DE ASISTENCIA MAS EFICIENTES Y SATISFACTORIAS PARA EL USUARIO

La adecuación entre la oferta y la demanda hacia la que hay que avanzar, para evitar fricciones y distorsiones en el sistema, precisa instrumentar nuevos tipos de prestaciones y servicios.

Se han de promover nuevas modalidades asistenciales como Hospitales de Día, Cirugía Ambulatoria, Atención y Hospitalización Domiciliaria, Altas Precoces, etc., para responder a una demanda creciente y cambiante (consecuencia de factores demográficos, culturales, de aparición de nuevas patologías...) con la que se enfrenta el sistema sanitario. Esta medida debe generar una política activa de sustitución y de readecuación de los recursos liberados.

ESTRATEGIA 24: ESTIMULAR EL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO Y DE LOS PRODUCTOS ORTOPROTÉSICOS, Y ABARATAR LOS COSTES DE ADQUISICIÓN

La alta participación del consumo de medicamentos y productos ortoprotésicos en el coste del Sistema Sanitario y su tendencia a un crecimiento relativo mayor exigen una actuación reguladora profunda y seria.

Las medidas deben abordarse en diferentes ámbitos:

- Acciones sobre la oferta, mediante la revisión terapéutica permanente de medicamentos y estimulando una política de genéricos.

- Financiación selectiva, excluyéndose de la misma los fármacos de eficacia no probada o destinada a síntomas menores.
- Mejora de la selección y prescripción de los medicamentos mediante una información técnica y económica.
- Incrementar la educación sanitaria del usuario potenciando responsabilidad en el uso de los fármacos y en el grado de cumplimiento del tratamiento.
- Establecer una Guía terapéutica de medicamentos y prótesis recomendados, que incluya el precio de coste, para uso de los facultativos, a través de grupos de consenso profesional.
- Aplicar las normas de penalización del fraude en la prescripción de productos farmacéuticos.
- Mejorar el procedimiento de concesión y adquisición de productos ortoprotésicos, generando economías de escala y distinguiendo en su financiación la función ortoprotésica de otras añadidas.

Línea Estratégica X: Colaborar en el ámbito socio-sanitario y en las políticas intersectoriales de salud

ESTRATEGIA 25: DEFINIR PRIORITARIAMENTE UN ESQUEMA CONJUNTO DE COLABORACIÓN CON LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA COBERTURA DE PROBLEMAS SOCIO-SANITARIOS

Es indispensable definir el espacio socio-sanitario organizado en función del cliente, lo cual exige formas organizativas más horizontales (gestión de casos).

En consecuencia, se establecerán esquemas de colaboración y cofinanciación, tendentes a ofrecer soluciones conjuntas que integren ambos tipos de prestaciones.

ESTRATEGIA 26: MANTENER EL ESFUERZO POR IMBUIR EN OTRAS POLÍTICAS DE GOBIERNO LAS PRIORIDADES Y ESTRATEGIAS DE SALUD PUBLICA

Es preciso propiciar una política inter-departamental que desarrolle acciones complementarias, evitando duplicidades por un lado, y lagunas y deficiencias por otro. Hay que avanzar hacia una situación en la que la salud ocupe un lugar más preponderante en otras políticas sectoriales.

Las acciones de todos estos sectores de la actividad socioeconómica tienen un impacto incuestionable en términos de salud y, a menudo, inciden con mayor intensidad que el propio sistema sanitario. La implicación y coordinación de sus actuaciones es, por tanto, un requisito para mejorar el nivel de salud de la población, objetivo último de la Salud Pública.

ESTRATEGIA 27: LA INTERVENCIÓN EN PROMOCIÓN DE SALUD INCIDIRÁ EN EL ESTIMULO DE HÁBITOS SALUDABLES, ACTUANDO PRIORITARIAMENTE SOBRE LA CORRECTA ALIMENTACIÓN Y EL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y FÁRMACOS

La magnitud de estos cuatro factores de riesgo en nuestra Comunidad y su impacto en salud están ampliamente documentados en el diagnóstico de salud previamente realizado. Por otra parte, la capacidad de intervención, desde el sector sanitario, en estos campos contrasta notablemente con la falta de continuidad en las actuaciones desarrolladas.

Las intervenciones concretas se abordarán a partir de la definición de poblaciones diana, potenciando el consejo individual a los usuarios de los centros de Atención Primaria. En cuanto al consumo de fármacos, la concienciación y sensibilización del personal sanitario y de la población general, en tanto que prescriptores y consumidores, deberán guiar las actuaciones.

Las estrategias de actuación en estas áreas deberán tener como base común un apoyo normativo y unos mecanismos económicos coherentes que permitan lograr una acción eficaz, sin olvidar el importante papel que juegan los medios de comunicación.

ESTRATEGIA 28: CAPACITAR A LA ORGANIZACIÓN PARA ACTUAR EFICAZMENTE EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

Es preciso poder contar con algunas unidades especializadas, tanto en el apoyo y asesoramiento de proyectos de promoción como en las técnicas más actuales de Educación para la Salud, actuando a través de todos los recursos sanitarios disponibles. Estas unidades favorecerán la coherencia de los hoy dispersos esfuerzos en Promoción de Salud.

ESTRATEGIA 29: APROVECHAR LA PROGRESIVA MANCOMUNACIÓN DE SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DE FUNCIONES SANITARIAS POR LOS MUNICIPIOS

Se considera deseable potenciar el desarrollo de los programas de Salud Pública a nivel local, haciendo responsables a los ayuntamientos en la consecución de objetivos. Esta asunción municipal de competencias,

perfectamente coherente con el modelo político y con el ordenamiento actual, debe hacerse con la suficiente capacidad técnica y económica.

El actual modelo de responsabilidad compartida acarrea importantes problemas de coordinación, más aún en el actual contexto económico y organizativo de muchos municipios. La progresiva mancomunación de servicios municipales debe aprovecharse para desarrollar en dicho ámbito aquellas funciones que hoy realizan con carácter subsidiario el Gobierno Autónomo y las Diputaciones. Ello debe permitir al sistema sanitario concentrarse en las labores de programación general, inspección y evaluación.

La habilitación de un nuevo perfil profesional polivalente en Salud Pública facilitará, sin duda, este acercamiento de las responsabilidades al ciudadano.

Por otra parte, la atribución a los Ayuntamientos de estas funciones de protección de la salud deberá ampliarse, posteriormente, a otras áreas como promoción de salud y atención primaria.

ESTRATEGIA 30: POTENCIAR LA ADAPTACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA A LOS NUEVOS REFERENTES INTERNACIONALES

El cumplimiento de un marco legislativo superior, generalmente más estricto, hace necesario potenciar el uso de tecnología más avanzada, lo cual requiere una excelente cualificación técnica de nuestros cuadros, la colaboración con otros profesionales y organismos europeos en proyectos y conjuntos y la búsqueda de nuevos modelos organizativos de actuación.

Esto deberá venir acompañado de los flujos de colaboración e información entre

profesionales de salud pública en el ámbito de la Comunidad Europea e Internacional para comparar datos, actuaciones, etc..

7. UN NUEVO MERCADO SANITARIO: CONTRATACIÓN Y PROVISIÓN EFICIENTES

Línea Estratégica XI: Introducir la función de contratación de servicios sanitarios

ESTRATEGIA 31: INCORPORAR LA FUNCIÓN COMPRADORA COMO MECANISMO DE ORDENACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

La función de compra/contratación de servicios sanitarios deberá asignarse a Agencias de Contratación (AC), mediante asignaciones presupuestarias del Departamento de Sanidad. Dicha función la realizarán en desarrollo del Plan de Salud de Euskadi. Este documento será presentado con carácter plurianual al Parlamento Vasco, y sentará los objetivos de salud y las prioridades en el desarrollo y contratación de prestaciones y servicios sanitarios, en un marco de financiación definido.

Las AC comprarán servicios sanitarios a los centros proveedores de servicios públicos o privados mediante contratos-programa periódicos o conciertos, respectivamente, establecidos individualmente con cada uno de ellos. Los criterios y elementos de aplicación en estos contratos-programa serán los siguientes:

- Atención primaria: compra basada en criterios de cobertura poblacional, complementada con pago directo por determinados servicios.
- Atención especializada: compra basada en criterios de actividad y

procesos atendidos cuando sea posible.

- Gama de prestaciones que ofrecerá el centro.
- Volumen global limitativo de actividad contratada y previsión de contingencias sanitarias.
- Volumen de inversiones y nivel de endeudamiento admisible.
- Requisitos de acreditación, calidad de servicio, satisfacción de usuarios y tiempos de espera.
- Requisitos de control y auditoría económica.

Las recientes reformas del sector sanitario público en los países del entorno europeo propugnan asignar buena parte de la función compradora de servicios a la propia Atención Primaria; incluso, dicha asignación puede considerarse como uno de los pilares básicos de las mencionadas reformas. Sin embargo, el contexto actual de nuestro nivel básico de atención, en sus aspectos instrumentales y culturales, no parece aconsejar dicha asignación por el momento. Cabe, desde luego, iniciar experiencias piloto que hagan posible el desarrollo futuro de esta prometedora estrategia.

Línea Estratégica XII: Introducir progresivamente competencias internas en la provisión de servicios

ESTRATEGIA 32: INTRODUCIR INSTRUMENTOS DE INCENTIVACIÓN DE ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE SALUD

Si queremos romper el actual desequilibrio entre cuidados preventivos y curativos, hay que poner en marcha el pago de incentivos por cumplimiento de objetivos, pago directo por actividades o

la compra de actividades de promoción y prevención a los agentes identificables como posibles proveedores de dicho servicio (instituciones sanitarias y otras organizaciones públicas o privadas).

ESTRATEGIA 33: ASIGNAR LA FUNCIÓN DE PROVISIÓN PÚBLICA DE SERVICIOS SANITARIOS A CENTROS ASISTENCIALES CON AUTONOMÍA DE GESTIÓN

Los centros asistenciales del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza encargados de la prestación de servicios sanitarios podrán transformarse en sociedades públicas, con plena autonomía de gestión para actuar dentro del marco definido por el contrato-programa que establezcan con la agencia contratadora.

En la gestión de dichas sociedades se preservarán en todo caso los siguientes principios:

- a) rigurosa preparación de los proyectos, especificaciones y pliegos de condiciones que sirvan de soporte al contrato. Todo ello conforme a esquemas de funcionamiento, instrucciones y pliegos previamente aprobados que garanticen los principios de objetividad, publicidad, transparencia y libre concurrencia de la contratación de personas, bienes y servicios.
- b) inclusión de cláusulas en los contratos que garanticen su correcto cumplimiento y que salvaguarden los intereses de la Entidad en los casos de incumplimiento.
- c) la garantía de la calidad y cualificación de las personas, bienes y servicios a contratar se preservará mediante procedimiento de homologación.
- d) la gestión responsable de la contratación de dichas entidades se salvaguardará mediante mecanismos que garanticen la exigencia de responsabilidades al personal encargado de dichos servicios de contratación.

Los Estatutos de constitución de estas sociedades públicas establecerán, a su vez, la forma en que se articula la participación de los agentes sociales e institucionales en su gestión.

Las mencionadas sociedades públicas quedarán integradas en un Ente Público de derecho privado (Servicio Vasco de Salud/Osakidetza), cuyas funciones serán las siguientes:

- Dirección Estratégica del Ente a través de los planes directores y de empresa de cada uno de los centros.
- Control estratégico del grupo.
- Política de personal: acuerdo marco de empresa, que concrete las condiciones laborales a nivel de cada centro; políticas de evaluación de desempeño, incentivación y desarrollo profesional; limitación global de plantillas.
- Desarrollo empresarial (asesoramiento, formación, desarrollo directivo y organizacional, consultoría interna, etc.).
- Gestión de inversiones en nuevos centros.
- Oferta de servicios comunes (sistemas informáticos, central de compras, servicios hosteleros, tratamiento de residuos, cobertura de seguros, servicios diagnósticos y de alta tecnología, etc.).

- Gestión de fondos corporativos (de Formación, I + D, de inversión, de compartición de resultados, etc.).
- Imagen y Comunicación corporativas.

En el caso de la atención primaria, el nivel de comarca sanitaria podría ser el adecuado para conformarse como sociedad pública individualizada. En la asistencia especializada, los centros hospitalarios se constituirían como empresas públicas. Estas sociedades públicas deberán gozar de libertad para la contratación externa de servicios comunes bien con el propio organismo o con otras ofertas provenientes del sector privado.

La conversión de los centros provisosores en empresas públicas sujetas al derecho privado y dotadas de una alta autonomía de gestión tiene por objeto:

- Una mejor adaptación a las necesidades y opiniones de los usuarios, al depender su financiación de ellos.
- Agilizar la gestión de los centros.
- Una mayor transparencia en la gestión (costes, actividad, resultados).
- Introducir ciertos factores de riesgo empresarial que actúen como incentivos a la eficiencia y a la calidad del servicio.
- Ganancias en microeficiencia (a nivel de centros y unidades), compatibles con economías de escala (servicios comunes).

ESTRATEGIA 34: AMPLIAR LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS EXTERNOS NO SANITARIOS

Es conveniente aprovechar que el sistema empieza a ser permeable al resto de los sectores y que se puede contratar

servicios como hostelería, limpieza, mantenimiento, etc. de importancia determinante para la valoración global de la prestación. Al mismo tiempo, se debe permitir la contratación externa de servicios técnicos y profesionales.

La transferencia de estas operaciones a empresas especializadas, sin menoscabo de la responsabilidad última del servicio, permite no sólo efectuar economías sino, además, concentrar la atención directiva en las líneas de productos genuinas de los centros sanitarios.

ESTRATEGIA 35: FOMENTAR LA VENTA DE SERVICIOS SANITARIOS PÚBLICOS BUSCANDO EL APROVECHAMIENTO DE TODOS LOS RECURSOS ASISTENCIALES, DOCENTES Y DE DIAGNOSTICO

La explotación de la capacidad asistencial es a menudo mejorable: ampliación de bandas horarias, cesión o alquiler de instalaciones en períodos ociosos, optimización de los equipos de guardia, etc.

El nivel de equipamiento y la calidad de los servicios prestados debe permitir ofertar con relativo éxito los actuales o nuevos productos asistenciales. Por otra parte, se debe tender a cobrar el precio real de aquellas prestaciones tanto asistenciales como formativas, por las que hoy no se factura o se facturan cantidades simbólicas.

Naturalmente, esto se debe hacer suponiendo que los ingresos generados revertirán directamente en los centros.

ESTRATEGIA 36: DESARROLLAR EXPERIENCIAS PILOTO EN LA ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE NUEVOS SERVICIOS Y ACTIVIDADES

Aprovechar cualquier oportunidad en el desarrollo y configuración de nuevos

servicios, actividades y centros para introducir experiencias organizativas innovadoras, en línea con las características recomendadas para el nuevo modelo. En este sentido, pueden mencionarse los siguientes ejemplos:

- Sociedades públicas de alta tecnología sanitaria, dotadas de mayor capacidad de inversión, con posibilidad de acceder a endeudamiento externo.
- Nuevas modalidades asistenciales (cirugía ambulatoria, hospitales de día, hospitalización domiciliaria), en especial aquellas que impliquen nueva contratación de personal.
- Centros con mayoría de personal laboral y centros o redes de servicios con personalidad propia o que la hayan tenido históricamente, cuya transformación en sociedades públicas puede ser viable de forma inmediata.
- Servicios asistenciales propios que voluntariamente puedan estar dispuestos a optar por la contratación conjunta de sus servicios.

8. UNA GESTIÓN EMPRESARIAL. INSTRUMENTACIÓN DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN Y CONTROL

Línea Estratégica XIII: Desarrollar sistemas de información

ESTRATEGIA 37: DESARROLLAR LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE GESTIÓN NECESARIOS PARA FACILITAR EL CAMBIO

Resulta imprescindible introducir en el sistema actual, de forma generalizada y

progresiva, nuevos instrumentos informativos de gestión y control, con el objeto de sentar las bases del futuro régimen de funcionamiento y establecer los instrumentos en que éste se apoyará:

- Simulación de presupuestos prospectivos en los centros, según criterios de capitación, de procesos, de actividad, etc.
- Desarrollo progresivo de los sistemas básicos de información que permitan la contratación de servicios:
 - facturación
 - contabilidad general y, progresivamente, contabilidad de costes
 - Tarjeta Individual Sanitaria (cartera de clientes)
- Desarrollo de auditorías de calidad, revisión de utilización y evaluación de nuevas tecnologías.

ESTRATEGIA 38: IMPLANTAR UN REGISTRO DE ALTAS HOSPITALARIAS Y UN SISTEMA DE CODIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE PACIENTES, HOMOGÉNEO EN TODOS LOS HOSPITALES DE LA RED PÚBLICA

Implantar sistemas de codificación homogéneos de diagnósticos y procedimientos (CIE-9 MC) y un sistema de clasificación de pacientes (CASE-MIX) en todos los hospitales de la red pública. Esto permitirá comparar costes, gestionar por procesos y desarrollar técnicas de auditoría de calidad y revisión de utilización.

ESTRATEGIA 39: PERMITIR LA GESTIÓN AUTÓNOMA DE LA HERRAMIENTA INFORMÁTICA

La herramienta informática es, cada vez más, un instrumento imprescindible

para el control y gestión de las empresas. Para adecuarla a cada entorno y modularla según las necesidades dinámicas de cada institución, debe haber autonomía de gestión a nivel de centro. La necesidad de homologar los estándares de información y comunicación no debe ser razón para someter a la informática a un sistema de contratación específico.

Línea Estratégica XIV: Introducir sistemas de control de gestión de derecho privado

ESTRATEGIA 40: ADECUAR LOS SISTEMAS DE CONTROL APLICABLES AL NUEVO MODELO ORGANIZATIVO

Definido ya el modelo organizativo que se considera el mejor para facilitar la dirección política y estratégica del sistema, y lograr los objetivos de eficiencia y calidad, es necesario adecuar un sistema de controles respetuoso con la naturaleza pública del derecho a la protección de la salud y de su financiación, así como de la necesaria autonomía de gestión que facilite responsabilización y competencias internas.

Para ello, se deberán mantener, dentro del ámbito del Derecho Público, las funciones de Regulación, Financiación y Contratación/Compra de Servicios Sanitarios.

La gestión de los centros de atención sanitaria (centros de provisión de servicios) deberá someterse, en todo, al Derecho Privado, sin que esto genere una menor transparencia de la gestión, sino todo lo contrario y facilite, al mismo tiempo, la toma de decisiones y la movilización de recursos.

ESTRATEGIA 41: AMPLIAR LA CAPACIDAD DE GESTIÓN MIENTRAS SE MODIFICA EL MARCO JURÍDICO

Con carácter urgente, debe ampliarse la capacidad de gestión de los centros asistenciales, incluso mientras se procede a la modificación del marco jurídico vigente.

La desvinculación entre los créditos presupuestarios, la sustitución de la intervención previa por la auditoría ex post para una ingente cantidad de transacciones, el reconocimiento de algunas modalidades de financiación retardada para equipamiento (leasing...), la simplificación en los trámites de determinadas modalidades de contratación más rígidas, incluso, que en los centros dependientes del Estado, etc.; todos estos aspectos deben acometerse sin demora, para aliviar las actuales dificultades de gestión y la subversión voluntarista de los mecanismos de control.

ESTRATEGIA 42: INTRODUCIR LA AUDITORIA INTERNA DE GESTIÓN COMO BASE DEL SISTEMA DE CONTROL

Los sistemas de control de gestión estarán basados tanto en la preceptiva auditación externa de cualquier sociedad, como en un proceso de auditación interna periódica. En este proceso participarían los Departamentos de Sanidad, Hacienda y Función Pública, como responsables, con cometidos diferentes, de la tutela del sistema sanitario público. Todo ello sin menoscabo de las competencias legalmente atribuidas al Tribunal Vasco de Cuentas. Dichos sistemas de control sustituirían, con mayores garantías y flexibilidad, los actuales procedimientos de intervención.

Los resultados de dichas auditorías constarán en la preceptiva Memoria anual del Ente Servicio Vasco de Salud/Osakidetza de la que se informará, con dicha frecuencia anual, al Parlamento Vasco.

ESTRATEGIA 43: FAVORECER LA REVERSIÓN PARCIAL A LOS CENTROS DE LOS INGRESOS GENERADOS

Con el fin de estimular la gestión responsable, la Ley de Presupuestos deberá permitir la incorporación a los centros de los ingresos de terceros y, en cierta proporción, de los créditos excedentarios. Ello estimulará aplicar mecanismos de facturación por los servicios prestados y resolverá, parcialmente, el efecto perverso del sistema presupuestario, que penaliza la contención de costes y consolida los déficits.

Línea Estratégica XV: Nueva política de personal

ESTRATEGIA 44: HOMOGENEIZAR LOS DIVERSOS REGÍMENES JURÍDICOS DEL PERSONAL DE OSAKIDETZA EN EL MARCO DE UNA RELACIÓN LABORAL DE CARÁCTER ESPECIAL

El diverso origen de los centros y del personal actualmente integrado en Osakidetza origina una heterogeneidad de las relaciones de empleo (funcionario, estatutario y laboral), que dificulta una correcta gestión de los recursos humanos. Hay que tender a establecer un único régimen jurídico homogéneo, que facilite la gestión y no imponga prolongados períodos transitorios de coexistencia con un nuevo régimen.

El modelo administrativo de vinculación se ha demostrado cómo no es el más adecuado para una correcta gestión

del personal, por lo que se recomienda regularlo mediante una relación laboral de carácter especial (art. 2,g LET). Esta fórmula permitiría preservar las peculiaridades del sistema sanitario público, facilitando, a su vez, la integración de todo el personal y eliminando períodos transitorios—que, en el caso del SNS, resultarían de una duración excesiva— mediante reconocimientos globales de derechos y situaciones. Dicha regulación es, en lo que se refiere al personal estatutario, competencia exclusiva del Estado en el ordenamiento político actual, por lo que esta estrategia se enuncia sólo a título de recomendación.

En tanto no se produzca esta necesaria armonización, deberá restringirse, con carácter general, la incorporación de personal fijo salvo en aquellos centros que requieran consolidar su plantilla. Ello se realizará de manera que no interfiera con la nueva organización sanitaria que aquí se plantea.

Por otra parte se puede profundizar, dentro del marco competencial actual de la Comunidad Autónoma y mediante la negociación colectiva, en la modernización y adecuación de algunos aspectos importantes de los actuales regímenes jurídicos no sujetos a regulación básica.

ESTRATEGIA 45: ESTABLECER UN SISTEMA DE SELECCIÓN QUE HAGA COMPATIBLES LOS CRITERIOS DE IGUALDAD, ADECUACIÓN Y PRONTITUD

Con el fin de conciliar los principios de publicidad, igualdad, mérito y capacidad con la necesidad de seleccionar las personas adecuadas a cada puesto, los actuales mecanismos de selección se complementarán con la superación de

cursos de formación o períodos de práctica en cada centro que acrediten la adecuación persona-puesto. Este procedimiento ya está contemplado, por lo demás, en el art. 28 de la Ley de la Función Pública Vasca.

ESTRATEGIA 46: EXPLOTAR TODAS LAS FORMULAS CONTRACTUALES ADMITIDAS EN DERECHO LABORAL

En ocasiones, es necesario utilizar más recursos de los necesarios porque no se aplican fórmulas contractuales que, aunque admitidas en derecho laboral, no se contemplan en la actual política de personal: contratos a tiempo parcial, contratos de servicios profesionales, etc.

ESTRATEGIA 47: CONTRATAR AL PERSONAL DIRECTIVO CON CRITERIOS HOMOLOGABLES A LOS DEL MERCADO DE TRABAJO

Los criterios de contratación del personal directivo del sistema deben basarse en:

- contratar en función de criterios profesionales.
- exigir una definición de planes y objetivos de gestión.
- evaluar y retribuir conforme a responsabilidad y resultados.

ESTRATEGIA 48: ESTABLECER UNA POLÍTICA DE NEGOCIACIÓN DIRIGIDA A FORMALIZAR ACUERDOS BÁSICOS GENERALES, Y DESARROLLOS A NIVEL DE CADA CENTRO

El actual marco negociador ha primado los criterios de homogeneidad sobre los dirigidos a la incentivación personal y la vinculación con el centro y unidad de

trabajo.

El nuevo sistema organizativo propuesto debe conllevar una negociación colectiva basada en un Acuerdo marco que contemple las características generales de aplicación a todo el personal, desarrollándose a nivel de cada Centro la negociación de aquellos complementos relacionados con el rendimiento, productividad, competitividad y vinculación al Centro.

ESTRATEGIA 49: ESTIMULAR LA RESPUESTA A LAS RECLAMACIONES DEL PERSONAL PARA EVITAR LOS TRAMITES JUDICIALES EN LA RELACIÓN LABORAL

Responder a las reclamaciones del personal de forma expresa y motivada y agotar las vías de diálogo en cada centro evitan en muchas ocasiones que se genere un conflicto, sobre todo el de carácter individual.

Si la respuesta parte directamente del responsable de la gestión del centro, y no de instancias más alejadas, coadyuva al reconocimiento e integración del personal. De esta forma se evitarían muchos de los conflictos y trámites judiciales en la relación laboral que actualmente afectan a Osakidetza.

ESTRATEGIA 50: DESARROLLAR MECANISMOS DE INCENTIVOS QUE VINCULEN LAS RETRIBUCIONES CON EL RENDIMIENTO Y CON LA PRODUCTIVIDAD

Se estima conveniente la incentivación retributiva como fórmula para alcanzar una mayor motivación, orientar a los trabajadores hacia los objetivos comunes de la Empresa e introducir cierto grado de

competitividad. Para ello, hay que reorientar los distintos complementos retributivos existentes (complemento específico o de exclusividad y otros), fomentando la negociación de objetivos y retribución vinculada a su logro, tanto a título individual como de unidades asistenciales.

ESTRATEGIA 51: FOMENTAR LA MOVILIDAD HORIZONTAL Y VERTICAL DEL PERSONAL PARA LOGRAR UNOS RECURSOS HUMANOS CUALIFICADOS Y FLEXIBLES

El actual sistema de regulación de las categorías profesionales y de descripción exhaustiva de las tareas atribuidas a cada una de ellas introduce, en la gestión cotidiana, indudables elementos de rigidez que impiden realizar una gestión eficaz de los servicios sanitarios. Sin perjuicio del mantenimiento de categorías básicas, se debe permitir una mejor distribución del personal y de sus tareas (movilidad funcional), sin que por ello se lesionen los derechos de los trabajadores del sistema y fomentar modelos de desarrollo profesional.

Esta política de movilidad horizontal y vertical debe ir acompañada de una acción eficaz para reducir los niveles de absentismo y sustitución, y para contener los actuales niveles de personal.

ESTRATEGIA 52: ESTABLECER CRITERIOS DE «TRONCALIDAD» MEDICA PARA GUARDIAS Y/O URGENCIAS Y SITUACIONES EXCEPCIONALES

Parece necesario acudir a criterios de «troncalidad médica» para aprovechar los conocimientos y habilidades que aportan la formación básica del especialista. Ello redundaría en una utilización más racional de los recursos humanos existentes, sin

menoscabo de la eficacia y calidad necesarias, así como de unas mejores condiciones en la jornada laboral. Los recursos económicos liberados deberían reorientarse al logro de otros objetivos de gestión y desarrollo profesional.

ESTRATEGIA 53: REVISIÓN DEL ACTUAL SISTEMA DE CUERPOS PROFESIONALES SUPERIORES BUSCANDO UN NUEVO PERFIL PROFESIONAL, TÉCNICO Y POLIVALENTE EN SALUD PÚBLICA

La acción de Salud Pública ha evolucionado tanto desde la instauración de estos Cuerpos Profesionales que urge revisarla buscando perfiles profesionales más adecuados a los nuevos programas. Dichos perfiles han de cubrir las necesidades de polivalencia a nivel local o municipal y de especialidad, en programas específicos.

9. CONCLUSIÓN. SÍNTESIS DEL MODELO ORGANIZATIVO PROPUESTO

El nuevo esquema organizativo para asegurar y proveer la atención a la salud, propuesto en las distintas estrategias ya enunciadas, requiere una presentación de conjunto que facilite su comprensión.

Este modelo, coherente con las nuevas tendencias en Organización Sanitaria que están actualmente ya avanzadas o puestas en marcha en otros países occidentales, trata de serlo también con el actual esquema de organización territorial y de titularidad de los Centros Sanitarios Vascos.

Las ventajas que ofrece, respecto al actual marco, son:

- i) Capacitar a los poderes públicos para evaluar las necesidades y los

riesgos de salud de la población y, posteriormente, adecuar y garantizar un esquema de prestaciones acorde con dicha evaluación.

- ii) Asegurar la máxima rentabilidad social en la contratación de esas prestaciones.
- iii) Exigir las responsabilidades personales en el ejercicio de las funciones de cada uno de los agentes del sistema.
- iiii) Vigilar y tutelar la eficacia de los recursos asignados.

Sus características básicas pueden resumirse en los siguientes puntos (Cuadro n.º2):

- Las funciones de *regulación y financiación* del sistema corresponden al *Departamento de Sanidad*, el cual puede delegar el ejercicio de ciertos cometidos en *organismos* independientes o colegiados.

- La función de *compra de servicios sanitarios* se realiza a través de *Agencias de Contratación (AC)* financiadas mediante asignaciones presupuestarias de base fundamentalmente capitativa.
- La función de provisión pública correrá a cargo del Ente Público Osakidetza/Servicio Vasco de Salud a través de sus centros asistenciales que se constituirán en empresas públicas de gestión. Las relaciones de cada centro con las A.C. se regularán mediante contratos-programa directos e individuales de carácter periódico coordinados por el Ente Público.
- Los centros privados de provisión de servicios sanitarios se relacionarán con las AC por medio de contratos para la prestación de aquellos servicios para los que resulte insuficiente la red pública, o cuya relación calidad-coste sea más beneficiosa.

Cuadro n.º 2. Nuevo modelo organizativo del Sistema Vasco de Salud

