
Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud

Alberto Núñez Feijóo
Presidente Ejecutivo del Insalud

1. Introducción

La necesidad de conceder autonomía de gestión a los centros sanitarios constituye, en los últimos años, uno de los objetivos básicos, tanto de los países europeos de nuestro entorno, como de las diversas Administraciones del Estado español que tienen responsabilidad en materia de asistencia sanitaria.

En España, tras año y medio de debate, el Acuerdo Parlamentario para la Reforma y Modernización del Sistema Nacional de Salud, de diciembre de 1997, concluye también en la necesidad de impulsar la autonomía de gestión de los centros sanitarios.

Este proceso de descentralización de la gestión, sobre el que existe un claro respaldo político y social, persigue la búsqueda de la eficiencia, la satisfacción de los usuarios y de los profesionales, y en definitiva la viabilidad del propio sistema sanitario público.

La concesión de autonomía de gestión a los centros sanitarios mediante la dota-

ción de personificación jurídica propia –aún siendo una demanda permanente de gestores, profesionales y fuerzas sociales– no había tenido reflejo en el Insalud y sí por el contrario en la mayoría de las Comunidades Autónomas a través de fórmulas diversas (consorcios, empresas públicas, entes públicos, fundaciones, etc.) dándose así la paradoja de que el principal servicio de salud del Estado, que es el Insalud, mantenía su sistema tradicional de gestión, caracterizado por la excesiva centralización y por la rigidez administrativa y burocrática, que generaba importantes bolsas de ineficiencia y producía insatisfacción en los usuarios y desmotivación en los profesionales.

La necesidad de proceder a la transformación y actualización permanente de nuestro sistema sanitario, en orden a garantizar su viabilidad futura, cuenta, en efecto, con un amplio consenso social, como lo demuestra el resultado de estudios y de encuestas de opinión realizados en los últimos años.

En este sentido, y por lo que respecta a la opinión de la población española en torno al Sistema Nacional de Salud, se procede seguidamente a destacar tres de los aspectos reflejados en el último barómetro sanitario elaborado por el Centro de Investigaciones Sociológicas.

En primer término, la sanidad representa –con diferencia sobre el resto de áreas– la de mayor interés para los ciudadanos. Así, en septiembre de 1997, el 32,8% de los ciudadanos consideraba a la sanidad como el área de mayor interés, frente al 21,6% en educación, al 6,0% en pensiones y al 11,8% en seguridad ciudadana.

En segundo lugar, y por lo que respecta a la valoración del sistema sanitario, el 65,5% de los españoles opinaban que el Sistema Sanitario funciona bien o bastante bien, considerando el 44,3% de ellos que, no obstante, son necesarios algunos cambios. Frente a este 65,5%, el 26,7% de los ciudadanos estiman que el Sistema Sanitario necesita cambios fundamentales, aunque algunas cosas funcionan, y el 6,1% que es necesario rehacerlo completamente.

En relación con ello, y siempre según el barómetro sanitario elaborado por el Centro de Investigaciones Sociológicas, desde octubre de 1996 hasta octubre de 1997 ha aumentado, paulatina y significa-

tivamente, el número de ciudadanos que consideran que el Sistema Sanitario funciona bien o bastante bien (Δ 7%) y, paralelamente, ha descendido el número de los que consideran que el Sistema necesita cambios fundamentales (∇ 4,8%) o rehacerlo completamente (∇ 2,9%).

En tercer lugar, y respecto a aumentar la autonomía de cada centro con objeto de cada hospital, centro de salud, etc., administre el presupuesto que tenga asignado sin depender de la Administración Central o Autonómica, el 68,7% de los ciudadanos consideran la medida como muy o bastante importante.

2. Nuevas Formas de Gestión en el Sistema Nacional de Salud

Aún reconociendo que la creación de la red del Insalud significó –en su momento– un avance extraordinario en la configuración de la asistencia sanitaria en nuestro país y que ostenta valores que deben preservarse y estimularse (su núcleo profesional, de alta calidad; su constante innovación en la prestación asistencial; y su amplia cobertura), ello no es óbice para reconocer que los centros de esta red deben afrontar demandas, cada vez más exigentes, tanto de los ciudadanos como de sus propios profesionales, a las que el marco administrativo tradicional no es capaz de responder de forma adecuada.

Ello ha propiciado que el tipo de gestión de estos centros se haya caracterizado por la rigidez administrativa y por la burocratización; por la excesiva centralización, alejando la toma de decisiones del núcleo operativo profesional; por la presencia de bolsas de ineficiencia; por la desmotivación de los profesionales sanitarios; y por la presencia de incentivos perversos.

Esta situación se modificó parcialmente cuando, apenas transcurrido un mes desde la toma de posesión del actual Gobierno, se adoptó la primera decisión de carácter sanitario y de las primeras medidas adoptadas por el Gobierno, como fue la aprobación del Real Decreto-Ley 10/1996, de 17 de junio, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, cuyo único objeto se dirigía a establecer el mecanismo para el otorgamiento de personalidad jurídica a todos los centros sanitarios.

Este Real Decreto-Ley amplía las formas organizativas de la gestión que diseñó la Ley General de Sanidad, contemplando la posibilidad de la gestión a través de cualesquiera entidades admitidas en derecho, así como a través de la constitución de consorcios, fundaciones u otros entes dotados de personalidad jurídica, pudiéndose establecer además acuerdos, convenios y fórmulas o gestión integrada o compartida.

El nuevo texto legal responde a dos consideraciones principales, como son:

- La primera, porque existía un consenso suficiente en torno a que los centros sanitarios pudieran adoptar personalidad jurídica propia (las Comunidades Autónomas que gestionan la sanidad contaban con nuevos centros dotados de personalidad jurídica).
- La segunda, porque resultaba necesario modificar la Ley General de Sanidad, a fin de ofrecer la seguridad jurídica necesaria a las experiencias iniciadas en otras Comunidades Autónomas.

Este nuevo marco legal en cuanto a la gestión de servicios sanitarios y sociosanitarios ha permitido al Insalud la constitución de dos fundaciones (Fundación Hospital Manacor y Fundación Hospital Alcorcón) de naturaleza o titularidad pública, que ofrecen un balance claramente favorable –tanto asistencial como económico– respecto a los hospitales de su grupo. Ello ha supuesto una experiencia sumamente positiva en términos de servicio al ciudadano, de satisfacción de los profesionales y de eficiencia.

Precisamente, estas experiencias positivas, entre otros extremos, aconsejan impulsar ciertas mejoras en los hospitales preexistentes, tarea, sin duda, ardua y compleja.

Salvo excepciones, todas las experiencias de nuevas formas de gestión se han llevado a cabo en instituciones de nueva creación, sin que ninguna administración haya abordado la transformación de las instituciones preexistentes del Sistema Nacional de Salud y procedentes de la Seguridad Social.

Por ello, en este aspecto, el principal reto para la reforma del sistema es la transformación de la red actual, máxime si se tiene presente que los centros de nueva creación serán minoritarios con los ya existentes.

La Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, producto de la tramitación ordinaria del citado Real Decreto-Ley, supone un avance considerable, al establecer el marco que posibilita fórmulas organizativas más flexibles, imprescindibles para hacer frente a las exigencias de eficiencia y rentabilidad social de los recursos públicos. En definitiva, de lograr una autonomía real de los distintos centros asistenciales, con una efectiva traslación de las facultades de decisión y responsabilidad.

Este texto legal ampara que la gestión de los centros sanitarios o sociosanitarios podrá llevarse a cabo mediante *cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en derecho*, entre las

que, en su Exposición de Motivos, se hace mención expresa a empresas públicas, consorcios y fundaciones. La Ley fue aprobada en su día con el consenso de los Grupos Parlamentarios del PP, PSOE, CiU, PNV y Coalición Canaria, es decir, por todos los partidos políticos que tienen responsabilidades en la gestión de la asistencia sanitaria.

Consecuentemente, la Ley 15/1997 no excluye ninguna forma jurídica concreta de la gestión de centros sanitarios, siempre y cuando tengan naturaleza o titularidad pública.

Partiendo de esta premisa, el desarrollo de la Ley 15/1997 requería necesariamente buscar una fórmula jurídica de naturaleza pública que, garantizando el marco estatuario del personal, permitiese dotar de autonomía en la gestión a los actuales centros sometidos al modelo tradicional.

Las razones anteriormente apuntadas indicaron como más apropiada la creación de una figura nueva, siempre dentro de las posibilidades que permite la Ley 15/97 (*cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en derecho*), denominadas fundaciones Públicas Sanitarias. Éstas se corresponden a una adaptación de las Entidades Públicas Empresariales previstas en la Ley de Organización y Funcionamiento de la Adminis-

tración General del Estado (Lofage) a las necesidades de las instituciones sanitarias públicas existentes.

En este contexto, debe situarse el artículo 111 de la Ley 50/1998, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social, que prevé la posibilidad de crear Fundaciones Públicas Sanitarias en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, estableciendo su regulación básica por lo que se refiere a la esfera concreta del Insalud. Con ello, se posibilita que en el ámbito del Sistema Nacional de Salud se puedan transferir a los centros sanitarios mayores competencias en materia de gestión económica y presupuestaria, a través de su conversión en Fundaciones Públicas Sanitarias.

En definitiva, se trata de establecer una personificación jurídico-pública adecuada a las circunstancias de las instituciones sanitarias públicas existentes, que garanticen especialmente el régimen estatuario del personal, habida cuenta que tanto las fundaciones previstas en la Ley 15/1997 como las Entidades Públicas Empresariales reguladas en la Lofage exigen que, con carácter general, el personal sea laboral.

En cuanto a la regulación básica de las Fundaciones Públicas Sanitarias en la esfera del Insalud, sus características y ventajas pueden concretarse, de forma resumida, en los siete puntos siguientes:

1. Carácter público

Las Fundaciones Públicas Sanitarias, son organismos públicos, adscritos al Instituto Nacional de la Salud, dotadas de personalidad jurídica propia.

2. Constitución y regulación de las Fundaciones Públicas Sanitarias

La constitución de las Fundaciones Públicas Sanitarias, así como su modificación y extinción, será autorizada por Acuerdo del Consejo de Ministros, a propuesta del Ministro de Sanidad y Consumo. Igualmente tendrá que ser autorizada la aprobación de sus correspondientes Estatutos que tendrán que acompañarse del plan inicial de actuación.

La aprobación mediante Acuerdo del Consejo de Ministros constituye una garantía para conjugar la necesaria uniformidad básica de todos los centros del Insalud, preservando el carácter de servicio público sanitario que tienen los mismos, con las peculiaridades de cada centro en función de las necesidades de su entorno y las demandas asistenciales de su población de referencia, en orden a la búsqueda de la mayor eficiencia.

La constitución de las Fundaciones Públicas Sanitarias se realizará de forma paulatina y tendrá un carácter voluntario para los centros, que deberán solicitarlo

explícitamente, siempre que exista el consenso interno suficiente para promover el cambio y se disponga de las herramientas necesarias para hacer frente a su mayor autonomía, mediante un proceso de homologación, tal y como se contempla en el Plan Estratégico del Insalud de enero de 1998. Este proceso determina que la autonomía del centro asistencial se establecerá cuando así *“lo solicite el hospital a través de su documento de planificación, una clara manifestación de voluntad del mismo y una vez que supere los requisitos exigidos por la valoración”*.

3. Plan de acción

La entrada en funcionamiento de una Fundación Pública Sanitaria requiere la presentación, acompañando a sus Estatutos, de un plan inicial de actuación que ha de ser aprobado por la Presidencia Ejecutiva del Insalud, como garantía de que tanto los objetivos que se persiguen como los recursos asignados para ello son adecuados y permiten una mejora de la gestión del hospital que redunde positivamente en la atención a la población.

Los Estatutos y el plan de actuación recogerán el modelo de estructura organizativa, los órganos de participación, las normas de funcionamiento, el sistema de planificación, los mecanismos de control,

garantía de eficacia, eficiencia y legalidad, así como la relación con los diversos centros directivos del Insalud.

4. Recursos humanos

Se preserva intacto el régimen estatuario del personal al servicio de las Fundaciones Públicas Sanitarias. De hecho, se ha tenido que promover la creación de una nueva figura jurídica “ad hoc” para poder plasmar la voluntad de futuro de que el personal de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social mantenga su carácter estatuario como vínculo más idóneo para la prestación de la asistencia sanitaria pública, rigiéndose por lo que determinen los estatutos actuales y los que en el futuro se dicten.

5. Contratación

Las Fundaciones Públicas Sanitarias en sus actuaciones en materia de contratación de bienes y servicios se rigen por lo previsto, a tal fin, en la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, respetando los principios de publicidad y libre concurrencia.

6. Patrimonio

Las Fundaciones Públicas Sanitarias además de poseer los bienes adscritos por la Administración General del Estado o por la Tesorería General de la Segu-

ridad Social, podrán poseer y disponer de patrimonio propio.

- *Bienes inmuebles adscritos*: La administración ordinaria de estos bienes corresponderá a las Fundaciones Públicas Sanitarias, las cuales a estos efectos tendrán los mismos derechos y obligaciones que las Entidades Gestoras de la Seguridad Social.

Consecuentemente, las Fundaciones Públicas Sanitarias sólo tendrán competencia para la gestión ordinaria del patrimonio adscrito por la Seguridad Social, quedando por tanto excluidos los actos de disposición sobre el mismo, que se mantienen bajo competencia exclusiva de la Tesorería General de la Seguridad Social.

- *Patrimonio Propio*: Las Fundaciones Públicas Sanitarias, pueden adquirirlo, a título oneroso o gratuito, poseer, arrendar bienes y derechos de cualquier clase que quedarán afectados al cumplimiento de su fines.

Las adquisiciones y enajenaciones de bienes inmuebles, del patrimonio propio, requieren informe previo favorable de la Presidencia Ejecutiva del Insalud.

La posibilidad de un patrimonio propio es un hecho admitido legalmente en la Lofage para las Entidades Públicas Empresariales y, en consecuen-

cia, se propugna también su establecimiento para las Fundaciones Públicas Sanitarias.

7. Régimen económico y financiero

a) *Autonomía de Gestión*:

Las Fundaciones Públicas Sanitarias estarán dotadas de autonomía de gestión y dispondrán de presupuesto y tesorería propios, lo que corregirá muchas de las ineficiencias que se han observado en el modelo tradicional de funcionamiento.

- La disposición de Tesorería propia permitirá incrementar la capacidad de gestión y agilizar los pagos, lo que posibilitará liberar cargas financieras y negociar precios más competitivos con los proveedores.
- La posibilidad de gestionar su propio presupuesto con flexibilidad en cuanto a su distribución, permitirá la adecuación del mismo a las necesidades de gastos que surjan, sin las rigideces del sistema actual.
- Los excedentes que se generen por la mayor eficiencia en la gestión derivada de la autonomía que se concede a los centros sanitarios, revertirán en el propio centro, repercutiendo en la mejora de la atención sanitaria prestada a los usuarios.

b) Controles:

No obstante, la autonomía de gestión planteada está modulada por la propia naturaleza del servicio público y en los controles que la normativa vigente establece al respecto:

- *Garantías:* Quedan garantizados los principios de la universalidad, equidad en el acceso a las prestaciones que las Fundaciones Públicas Sanitarias dispensen y su contenido será el establecido con carácter general en el Sistema Nacional de Salud.

La participación y representación quedarán garantizadas en los Estatutos de creación, acomodándose lo dispuesto en la normativa vigente a las peculiaridades de cada centro.

- *Controles:* Las Fundaciones Públicas Sanitarias están sometidas a diversos controles:

- *Económico-financieros:* La gestión económico-financiera estará sujeta a lo dispuesto en la Ley General Presupuestaria para las Entidades Públicas Empresariales. Consecuentemente su actividad estará sometida a los correspondientes mecanismos de control de la Intervención General de la Seguridad Social y la propia del Tribunal de Cuentas.
- *De gestión y de eficacia:* Efectuados por el Insalud, con el fin de com-

probar el grado de cumplimiento de los objetivos y la adecuada utilización de los recursos asignados.

En relación con lo anterior, señalar, por último, que, en la actualidad, se está trabajando en el desarrollo reglamentario de la Ley 15/1997 y del artículo 111 de la Ley 50/1998 (Fundaciones Públicas Sanitarias), siendo previsible que en un corto período de tiempo se apruebe el correspondiente Reglamento para la aplicación de nuevas fórmulas de gestión.

III. Conclusión

En este proceso de cambio no puede olvidarse que cada vez es más importante la función de quienes tienen la responsabilidad de gestionar y dirigir los centros sanitarios, correspondiéndoles que los equipos humanos desempeñen su actividad con calidad y eficiencia, en orden a lograr los objetivos y los proyectos en los que están comprometidos.

En cualquier caso, debe tenerse presente que ninguna actuación de calado puede ser llevada a término sin el concurso, el impulso y el compromiso de quienes trabajan en el ámbito que se quiere reformar.

Es más, los centros hospitalarios del próximo siglo serán organizaciones centradas en el paciente para lo cual es imprescindible promover la formación y la

participación del principal activo del sistema, que no es otro que los recursos humanos que lo integran.

Por ello, la consecución de los retos planteados requiere, necesariamente, la participación de los profesionales en la gestión, siendo preciso a tal fin establecer un escenario que promueva la aproximación de los centros de decisión a las unidades asistenciales a través de la descentralización y la autonomía de gestión.

A modo de resumen, el usuario está cambiando, la transformación de la organización y de la gestión en el modelo de

atención ya se ha iniciado, las tecnologías médicas e informáticas están en continua evolución y nos enfrentamos con nuevos razonamientos de gestión y éticos.

Esta situación requiere un sistema que promueva e impulse las reformas organizativas ya iniciadas, en orden a mejorar nuestro sistema para acometer los retos de la sanidad española en el siglo XXI. Para ello, las nuevas formas de gestión, la consolidación de los gestores y la participación de los profesionales son, sin duda, los tres elementos estratégicos sobre los que girará el futuro de los centros sanitarios.

