

## ***EL MARCO GENERAL DE LA SANIDAD.***

Excmo. Sr. D. Enrique Castellón Leal  
Subsecretario del Ministerio de Sanidad

### **CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL.**

El sistema sanitario español tiene características comunes a la mayoría de los sistemas europeos. El principio de subsidiariedad o solidaridad social está muy enraizado en Europa y se manifiesta, en la mayoría de los países, por una colectivización de los riesgos a través de la unidad de aseguramiento, por contribuciones individuales a la financiación del sistema ligadas a la capacidad de pago y no al estado de salud, por una prestación de servicios de acuerdo a la necesidad, y por altos índices de cobertura y equidad.

Nuestro sistema también comparte con otros países de Europa un mismo entorno caracterizado por presiones derivadas del gran crecimiento del gasto sanitario en los últimos años, de los marcados cambios demográficos y del avance tecnológico. También se manifiestan otras presiones de índole social, debidas a las mayores expectativas generadas en parte por la mejora del nivel de renta y a las demandas de los ciudadanos por una mayor capacidad de elección y de participación en el sistema.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) es un sistema integrado de financiación y provisión mayoritariamente públicas. El incremento en su cobertura poblacional, hasta llegar a la práctica universalización en la actualidad, junto al aumento de los recursos asignados a la sanidad, hace de nuestro sistema un muy importante instrumento de cohesión social que contribuye de forma significativa al bienestar de la población.

La eficiencia macroeconómica de nuestro sistema sanitario puede considerarse aceptable, según comparaciones publicadas por organismos internacionales. Igualmente, el gasto sanitario total en España es el esperable según nuestro

nivel de riqueza, mientras que los principales indicadores del estado de salud de la población están en línea con los registrados en países Occidentales e incluso los superan, lo cual constituye un buen síntoma, aunque esta realidad no debe generar, sin embargo, actitudes autocomplacientes. Por una parte, muchos de los determinantes del estado de salud de una población son ajenos al sistema sanitario (carga genética, dieta, medio ambiente, hábitos de vida, etc.). Por otra, el favorable ratio coste-efectividad (limitando el concepto de efectividad a indicadores de salud), que presentan los sistemas basados en una fuerte regulación administrativa, oscurece aspectos tan importantes como la eficiencia en la asignación de recursos y la baja productividad de éstos. En este tipo de sistemas, del que el español es un ejemplo, las decisiones se toman en niveles lejanos al ciudadano y quedando ocultos así costes para el usuario derivados de la frustración de expectativas de una oferta más adecuada a sus necesidades y preferencias.

Los indicadores de calidad de servicio del SNS muestran algunas de sus deficiencias, como se comprueba con el hecho de que el grado de satisfacción de los ciudadanos españoles con su sistema sanitario es bajo, tanto en términos absolutos como en comparación con otros países occidentales (BLENDON 1.991 y LEGRAND 1.993).

A modo de ejemplo, en el Informe Legrand sobre el grado de satisfacción de la población con sus sistemas de salud en los 15 Estados Miembros de la Unión Europea, se muestra que en España sólo el 3,8% está muy satisfecho con su sistema sanitario, cifra únicamente por encima de Grecia, Italia y Portugal y muy por debajo de Dinamarca que, con un 54,5%, es el país donde el grado de satisfacción es mayor, e incluso de la media de la Unión Europea, que es del 8,9. Igualmente, en España, un 8,4% se muestra muy insatisfecho con su sistema de salud, bastante por encima de la mayoría de los países de la Unión Europea, que se mueven entre el 0,7 de Austria y Finlandia y el 26,2 de Italia. Además, nueve de los quince países oscilan entre 0,7 y 3,8, lo que demuestra un amplio porcentaje de población en España con alto grado de insatisfacción en relación con la mayoría de los países de la Unión Europea.

Uno de los principales determinantes de esta insatisfacción es el elevado tiempo de demora para muchas actuaciones médicas y quirúrgicas. Las listas de espera constituyen de hecho un déficit prestacional, al suponer en muchos casos una inaccesibilidad a la asistencia sanitaria necesaria en tiempo adecuado. La necesidad de realizar una limitación de recursos es una realidad ineludible para cualquier sistema sanitario, pero las listas de espera, con su manejo actual, constituyen un método de racionamiento que no está basado, como sería deseable, en criterios racionales, transparentes y explícitos. La presencia de tiempos de demora excesivos (esto es, por encima de lo estrictamente necesario a efectos de planificación) hacen cuestionable su aceptabilidad moral al suponer una fuente de inequidad dentro de un sistema que pretende un acceso equitativo a los servicios sanitarios.

Por otro lado, el nivel prestacional puede considerarse suficiente, aunque a lo largo de su desarrollo, el sistema ha ido incorporando nuevas prestaciones y técnicas sin evaluación previa y de forma desordenada. Recientemente se abordó la ordenación de las prestaciones sanitarias, optando por realizar un listado amplio, genérico y poco detallado. En esta iniciativa, un positivo intento de delimitar los servicios que puede ofrecer el sistema público, se apuntan algunos criterios que debieran guiar el establecimiento de prioridades en materia sanitaria, aunque queda pendiente una mayor definición de las prestaciones incluidas en este catálogo y de los criterios en los que basar su actualización, así como avanzar en la especificación de las condiciones en las que se han de prestar los servicios.

### **CONSOLIDACIÓN Y MODERNIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.**

Tenemos, en suma, un sistema sanitario público que ha alcanzado importantes logros y que constituye uno de los pilares del sistema de protección social. Sin embargo, las deficiencias y carencias, especialmente de carácter organizativo, que aún presenta, junto a las presiones derivadas del contexto socioeconómico, recomiendan un esfuerzo para lograr su modernización.

A lo largo de la historia reciente del Sistema Sanitario Español, cuatro hitos marcan su proceso y destacan especialmente:

- \* 1978 en que se promulga la Constitución y, entre otros temas que han tenido profundas repercusiones en la organización del sistema sanitario, se articula el Estado de las Autonomías y se define la sanidad como materia transferible desde el Estado a las Comunidades Autónomas, lo que ha dado lugar a los distintos Servicios de Salud en las Comunidades.
- \* 1986 en que se aprueba la ley General de Sanidad, que explicita las nuevas bases del Sistema Nacional de Salud.
- \* 1997 en que se aprueba la Ley de 25 de abril de 1997, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud.
- \* 1997 en que el Pleno del Congreso de los Diputados aprueba el Informe de la Comisión de Sanidad y Consumo, sobre consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud, en el que se incluyen una serie de importantes observaciones y recomendaciones para la reforma sanitaria.

Otros acontecimientos importantes, que se identifican con un momento determinado, jalonan este largo proceso de reformas, destacando entre ellos, en 1991, el Informe de Evaluación del Sistema Sanitario Español, conocido como "Informe Abril". El debate generado tras dicho informe, entre los distintos actores

del sistema, aunque no supuso cambios inmediatos, fue un factor importante que facilitó e impulsó la posterior aparición de medidas que, en mayor o menor grado, eran similares a las que se están llevando a cabo en países de nuestro entorno.

### **ACUERDO PARLAMENTARIO PARA LA CONSOLIDACIÓN Y MODERNIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.**

De entre los hitos que acabamos de señalar como más importantes en el proceso de creación y consolidación del Sistema, resulta imprescindible detenerse en el reciente Acuerdo Parlamentario, aprobado por el Pleno del Congreso de los Diputados en su sesión del 18 de diciembre de 1997.

El Congreso, el 11 de junio de 1996, con motivo de una Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario Popular, acordó constituir una Subcomisión para el estudio de las reformas necesarias para modernizar el sistema sanitario y garantizar su viabilidad futura. Tras un amplio período de tiempo en el que se sucedieron numerosas comparecencias y se desarrollaron importantes debates internos entre sus miembros, la Subcomisión acordó elevar al Pleno de la Cámara, para su debate y aprobación definitiva, una serie de propuestas, que se articulan en torno a cuatro grandes capítulos: aseguramiento y prestaciones; financiación; organización y gestión; y coordinación territorial.

Las propuestas pretenden ser un programa realista de futuro, que ha de inspirar la evolución de nuestro Sistema Nacional de Salud, elemento fundamental de justicia y cohesión social. Estas propuestas, que adoptan la forma de trece recomendaciones generales, desarrolladas, a su vez, en una serie de medidas concretas, son las siguientes:

1. Consolidar el aseguramiento sanitario universal.
2. Garantizar las prestaciones sanitarias.
3. Instrumentar alternativas para la asistencia sociosanitaria.
4. Desarrollar nuevas fórmulas para la racionalización de la prestación farmacéutica.
5. Asegurar un marco financiero estable.
6. Garantizar la suficiencia financiera y la equidad territorial.
7. Orientar el sistema sanitario a las necesidades de salud.
8. Impulsar la autonomía de gestión.
9. Atender las preferencias de los usuarios.
10. Potenciar el protagonismo de los profesionales.

11. Completar la descentralización territorial.
12. Promover la cooperación y la coordinación territorial.
13. Reforzar el Consejo Interterritorial.

El trabajo de la Subcomisión ha suscitado amplias expectativas sociales y está llamado a orientar la acción del Ministerio de Sanidad y Consumo, que deberá promover las iniciativas necesarias para la puesta en práctica de sus recomendaciones.

## **ESTRUCTURA DE LA SANIDAD PÚBLICA.**

### **Organización y gestión**

El Sistema Nacional de Salud cuenta con una dotación suficiente (por comparación con otros países desarrollados) de recursos materiales y humanos (aunque con una distribución geográfica no homogénea) y presenta un alto nivel de desarrollo tecnológico y científico. Se detectan sin embargo diversos problemas estructurales, organizativos y de gestión.

La Ley General de Sanidad estableció un modelo sanitario basado en dos niveles asistenciales, atención primaria y asistencia especializada, entre los que no se ha logrado una adecuada coordinación funcional al tiempo que la capacidad de gestión real en cada uno de estos niveles es escasa. El modelo de atención primaria que se eligió difiere del de la mayoría de países de nuestro entorno por su alto grado de burocratización y por el afán homogeneizador que anula la posibilidad de desarrollo de iniciativas individuales o asociativas. Por su parte, los hospitales tienen una muy limitada capacidad de gestión por la excesiva centralización del poder de decisión en niveles ajenos al propio centro.

La actual organización, con una integración vertical de funciones de financiación, compra y provisión, difumina los límites entre unas y otras, dificulta la evaluación de actuaciones y resultados y presenta escasos incentivos para innovar y mejorar. Algunos instrumentos de gestión introducidos en los últimos años en el ámbito INSALUD, concebidos en su origen con la intención de avanzar en una distinción entre las funciones de asignación de recursos y provisión, han tenido un desarrollo escaso y un impacto muy limitado al no resolver el problema de fondo, consistente en la casi nula autonomía real de los centros sanitarios en el esquema organizativo actual. En el intento de separación de estas funciones han tenido más éxito las iniciativas de diversas Comunidades Autónomas con competencias en materias de gestión, que han desarrollado nuevas formas de gestión de centros y servicios sanitarios, a las que, recientemente, se ha unido el INSALUD, a través de la Ley de nuevas formas de gestión en su ámbito de actuación.

La organización actual del Sistema Nacional de Salud, además, no permite la obtención real del derecho a la libre elección de médico contenida en la restrictiva normativa que lo regula. La rigidez en la configuración de las áreas de salud, en que se estructura la atención sanitaria, convierte a éstas en verdaderas fronteras administrativas, lo que, unido a una deficiente información orientada a los usuarios y la ausencia de unos adecuados incentivos a los médicos, dificulta significativamente el acceso efectivo al derecho de libre elección. No se puede dejar de mencionar, por otra parte, que en el Sistema Nacional de Salud no existe tampoco posibilidad de elección de centro hospitalario, y que las previsiones contenidas en la Ley General de Sanidad en cuanto a participación de los ciudadanos en el sistema no han sido desarrolladas.

Algunos autores identifican la gratuidad en el momento de uso de los servicios y la baja conciencia del coste de éstos como factores tendentes a un consumo excesivo inapropiado. Pero quizá más relevante para entender la causa de algunas deficiencias de nuestro sistema, pueda ser el hecho de que los flujos financieros hacia médicos e instituciones sanitarias no estén vinculados a los flujos de pacientes, a la actividad y a la calidad en la prestación de servicios. Esta situación supone escasos incentivos para organizar los procesos asistenciales atendiendo a las preferencias de los pacientes.

También existen notables rigideces en la gestión de recursos humanos, una pieza clave en cualquier organización sanitaria, ya que los profesionales, especialmente los médicos, son auténticos “gestores clínicos” que deciden en la práctica diaria sobre la utilización de recursos. Las normas que regulan sus relaciones laborales y profesionales en el SNS, además de obsoletas, no satisfacen ni las aspiraciones de médicos y otros profesionales sanitarios ni las de los gestores, al dificultar su vinculación efectiva al centro donde prestan sus servicios y limitar la posibilidad de incorporar de manera significativa criterios de productividad y eficiencia.

Nuestro sistema sanitario adolece también de un escaso desarrollo de sistemas de información y evaluación económica y asistencial, un área que resulta imprescindible potenciar en el futuro.

### **Descentralización de la sanidad pública en España**

La Constitución Española introduce una concepción territorial del Estado caracterizada por un sistema descentralizado, basado en la autonomía de las distintas Comunidades que integran el país, sin renunciar, no obstante, a la unidad y solidaridad de todas ellas.

Queda pendiente la culminación del proceso transferencial, que debe acompañarse de una reflexión sobre los mecanismos de coordinación y colabora-

ción entre las administraciones Central y Autonómicas, una redefinición del papel que, en el futuro, el Ministerio de Sanidad y Consumo deberá desempeñar concentrándose en labores de coordinación y planificación del sistema.

Podría, simplificando, afirmarse que existen dos fórmulas alternativas de plantearse ese rol, hoy apenas desarrollado si exceptuamos la función que ha venido ejerciendo el Ministerio en las reuniones del Consejo Interterritorial. Una primera forma de plantearse el tema podría consistir en entender de forma extensiva la definición de las condiciones básicas del ejercicio del derecho a la salud mediante controles coercitivos. En esa misma línea, se consideraría que las labores que la Ley General de Sanidad otorga al Ministerio de coordinación, planificación y alta inspección, implican de hecho la dirección efectiva de la política sanitaria de todo el territorio desde una lógica jerárquica que reconozca el papel superior del Ministerio en el Sistema Nacional de Salud.

La otra alternativa partiría de una concepción del Ministerio basada más en una lógica de codeterminación y de liderazgo estratégico, que en la reivindicación de una posición formalmente superior.

Desde nuestro punto de vista, la primera de las alternativas planteadas no es conveniente políticamente hablando, ni lo es desde la lógica constitucional y normativa que preside la redacción de las normas básicas del sistema y las propias sentencias del Tribunal Supremo. No quisiera extenderme en la poca oportunidad política de un planteamiento extensivo y jerárquico del uso de las competencias que la Ley General de Sanidad concede al Ministerio de Sanidad y Consumo, ya que parece bastante obvio dada la lógica evolutiva que rige la consolidación del Estado de las Autonomías en España. La misma Ley General de Sanidad, como ya he reseñado anteriormente y como también es interpretada por las voces más autorizadas, mantiene un escrupuloso respeto por las competencias de las Comunidades Autónomas, entendiendo las potestades de coordinación, planificación y alta inspección, más desde una perspectiva en la que el Ministerio logre aportar valor añadido al Sistema, a partir de sus capacidades de desarrollo de parámetros de información transversal y de canalización y gestión de los conflictos, que desde una lógica jerárquica y de ejercicio formal de autoridad.

El avance hacia un modelo sanitario descentralizado, en un contexto de necesidad de control del crecimiento del gasto, hace obligada la revisión del sistema de financiación y reparto, que ha presentado numerosas disfuncionalidades en el pasado. Una revisión que es necesaria para dotar al sistema de estabilidad financiera y para establecer mecanismos de distribución que logren un balance entre el reconocimiento de la diversa realidad sanitaria y la solidaridad entre territorios y que fomenten la corresponsabilidad.

## EL SECTOR PRIVADO.

La evolución histórica del sector sanitario privado ha corrido paralela al desarrollo del sistema sanitario público. La aparición relativamente tardía de éste propició el desarrollo de sistemas de protección social de carácter privado, aunque su crecimiento fue progresivo, completado en los últimos años 80, favoreciendo la existencia simultánea de dos esquemas de protección, uno público y otro privado. Caracteriza al sector privado el pluralismo de instituciones, con diversos orígenes y misiones, ello se da tanto en el sector seguros -sociedades anónimas, sociedades médicas (igualatorias), mutualidades- como en el sector hospitalario -hospitales privados de accionistas particulares ( por lo general médicos), hospitales benéficos, hospitales de la Iglesia-. En la creación de muchas de estas instituciones está presente el impulso promotor de la profesión médica y el impulso mutualista. La distribución, a nivel provincial y regional, de la oferta sanitaria privada está relacionada con el nivel de renta, si bien otros factores, como el grado de urbanización o la existencia de facultades de medicina, funcionan como polos de atracción de recursos sanitarios. La oferta aseguradora está condicionada igualmente a la existencia de recursos sanitarios en el mercado privado y a la predisposición de los proveedores sanitarios privados para trabajar en régimen de asistencia colectiva.

La evolución reciente del mercado de seguros sanitarios privados se ha caracterizado por una ininterrumpida concentración del volumen de negocio. Los seguros de asistencia sanitaria han ralentizado su crecimiento, en volumen de primas, en los últimos dos años, después de un largo período de fuerte crecimiento, mientras que los seguros de enfermedad, por el contrario, se encuentran en un período de expansión.

Por su parte, el número de personas aseguradas en los seguros de asistencia sanitaria (no se conoce el correspondiente a enfermedad) se encuentra estancado, con una ligera tendencia a retroceder.

El sector privado se vincula a la asistencia sanitaria pública en tres planos diferentes:

- a) Gestión de la cobertura sanitaria (asistencia sanitaria de los funcionarios públicos; asistencia sanitaria por accidente de trabajo y enfermedad profesional; asistencia sanitaria por enfermedad común).
- b) Prestación de servicios asistenciales y de actividades específicas de los centros asistenciales (hospitalización, transporte sanitario, prestación farmacéutica, servicios no sanitarios en los centros) y
- c) Suministro de bienes y servicios sanitarios (suministros sanitarios, compra de medicamentos, contratación de obras e instalaciones sanitarias, suministro de tecnología sanitaria).



En 1.995 el aseguramiento de los funcionarios públicos representó el 36% de la cartera del sector asegurador privado. Esta actividad de colaboración con el aseguramiento público se concentra en dos entidades, que por sí solas asumieron en 1.995 el 85% del colectivo de funcionarios. Para estas compañías la actividad de colaboración representó el 73% y el 84% de su actividad, respectivamente.

La concertación con el sector privado se ha mantenido estable en los últimos años en el caso de MUFACE, donde se sitúa en el 86% de su colectivo, y MUGEJU, donde representa el 88%, por el contrario, ha aumentado en el ISFAS que ha pasado del 52% en 1.991 al 63% en 1.995, con un incremento de más de 100.000 personas aseguradas en Entidades de Seguro Libre. En el colectivo perteneciente a las Corporaciones Locales se ha producido una disminución en el número de personas atendidas por compañías privadas como consecuencia de la integración de la MUNPAL en la Seguridad social. Se estima que en 1.995 aún permanecían aseguradas en el sector privado un 13% de los funcionarios al servicio de las corporaciones locales.

## LOS CONCIERTOS.

El concierto es una forma de prestación de servicios públicos indirecta, por parte de quien no es el responsable directo, prevista en la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas.

Los contratos de servicios sanitarios que realiza el sector público con proveedores privados se han distinguido por realizarse bajo una interpretación restrictiva de los principios de subsidiariedad y complementariedad de las prestaciones y actividades sanitarias de la Seguridad Social. Del mismo modo, a igualdad de condiciones de eficacia, calidad y costes, se prioriza la concertación con aquellos establecimientos, centros y servicios sanitarios cuya titularidad sea de entidades sin ánimo de lucro.

Existen tres tipos fundamentales de conciertos con centros sanitarios privados:

- Hospitalarios: Actualmente existen 21 niveles, clasificados en 7 grupos diferentes, que se agrupan en hospitales de media y larga estancia, hospitales quirúrgicos y hospitales generales. Pueden darse cinco modalidades de conciertos: por estancias, por procesos, singulares, sustitutorios y convenios de gestión integrada.
- Extrahospitalarios: que no requieren internamiento. Contratación directa.
- De servicios: realización de una concreta y determinada prestación.
- Otros: transporte, arrendamiento de locales, entidades colaboradoras, etc.

En el régimen de concertación existe un sistema tarifario cuyas condiciones económicas son revisadas y actualizadas anualmente.

La concertación supone que proveedores ajenos al sistema público participan en la prestación de asistencia sanitaria a personas afiliadas a la Seguridad Social o para el suministro de otro tipo de bienes o servicios, en aquellos casos en que no es posible hacerlo con los medios propios.

El sistema sanitario precisa de todas las iniciativas, por lo que es necesario normalizar un sistema de concertación de servicios con entidades de cualquier titularidad, como fórmula complementaria de prestación de servicios públicos, de acuerdo con una práctica bien extendida en nuestro país. Sería necesario, no obstante, simplificar y modernizar la clasificación de centros concertables, adaptándola a la realidad del sector sanitario y a las nuevas tecnologías y modalidades de prestación de servicios, poniendo énfasis en la acreditación cualitativa y cuantitativa del centro como mecanismo de garantía de calidad.

La política de concertación de medios sanitarios ajenos dio comienzo en la década de los cuarenta y se fue implantando de forma gradual en el tiempo. Excepto en los conciertos sustitutorios (se asigna un área al hospital concertado, ya sea público o privado), los pacientes son remitidos por el Instituto Nacional de la Salud o el Servicio de Salud correspondiente, de acuerdo con sus necesidades coyunturales. En este marco, los proveedores externos no pueden realizar una adecuada planificación de sus actividades ni dotarse de una perspectiva de futuro.

En cuanto al procedimiento de compra de bienes y servicios a terceros, la normativa reguladora es la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas.

Aunque el marco normativo de las relaciones del INSALUD con los proveedores ajenos, definido en la Ley General de Sanidad, se basa en la complementariedad y la subsidiariedad, en un sistema de competencia regulada, los proveedores externos pueden participar también con objeto de estimular a los centros sanitarios propios a una mayor competencia y, por lo tanto, realizar una gestión orientada al logro de mayores cotas de calidad y eficiencia. La participación de los proveedores externos no debe alterar la equidad básica del sistema ni suponer un menoscabo para el sector sanitario público y sí un estímulo a la eficiencia.

## **EL CONTRATO-PROGRAMA.**

Hasta 1.991 el presupuesto de los Hospitales se fijaba exclusivamente sobre bases históricas. En 1.992, se inicia un sistema de presupuestación global prospectiva, y en 1.993, aparecen los primeros Contratos Programas.

Para este sistema de financiación se hace preciso definir una unidad de medida de la actividad hospitalaria. En 1.991 se realiza un estudio en el Ministerio de Sanidad y Consumo, en el que se define la UPA (Unidad Ponderada de Asistencia), la cual permite vincular el presupuesto a objetivos de actividad, es acorde con los sistemas de información existentes en todos los hospitales, refleja los distintos tipos de actividad hospitalaria, pondera las actividades con los diferentes consumos de recursos de las mismas, y tiene presentes las características que diferencian a cada hospital según su cartera de servicios.

Para el diseño de la UPA se clasificaron los productos hospitalarios en dos grandes grupos:

- \* Aquellos que por su singularidad o por razones estratégicas, no deberían ponderarse en relación al resto de la actividad hospitalaria, sino que deberían tener una tarifa propia común para todos los hospitales. Dichos procesos y actividades constituirían un listado abierto revisable.
- \* El resto de la actividad hospitalaria se agrupó en una serie de actividades cuyo consumo de recursos se ponderaría respecto a la estancia médica, que se tomaría como unidad (1 estancia médica = 1 UPA).

Para la elaboración del presupuesto global (Capítulo I y II) de cada hospital, la actividad pactada se transforma en UPAs y se multiplica por la tarifa de cada centro, calculada según sus características (variables que influyen en el diferente gasto UPA) y se le suma la cantidad correspondiente de las actividades extraídas de la UPA. La diferencia entre el presupuesto histórico y el calculado según actividad y complejidad queda reflejado como subvención a la explotación y durante los años 1993 y 1994, el hospital que tenía subvención, debía adecuar progresivamente su presupuesto al sistema de financiación.

En los años 1995 y 1996 prácticamente desaparece el concepto de subvención a la explotación, y la financiación pasa de nuevo a tener base histórica y no a estar ligada a la actividad realizada.

El Contrato Programa nació como un instrumento para ligar la financiación a la actividad, junto con indicadores de calidad y normas mínimas de organización y gestión. Sin embargo, posteriormente se ha ido degradando, de forma que la financiación vuelve a tener un componente fundamentalmente histórico y el instrumento queda reducido a un pacto de objetivos. Asimismo, no conlleva incentivos ni penalizaciones por su grado de cumplimiento, y aunque se realiza un seguimiento exhaustivo a nivel de información, no se derivan de ello decisiones correctoras. A su favor hay que decir que partió de un buen diseño inicial, ha sido un elemento de transparencia para el sistema, ha introducido el concepto de cartera de servicios, ha relacionado los ingresos a la actividad, ha mejorado los sis-

temas de información en los últimos años y ha favorecido un mayor rigor presupuestario, adquiriendo los gerentes un entrenamiento en negociación y cultura de empresa.

En los años sucesivos, la unidad de medida, ha sufrido distintas modificaciones: se han incluido nuevos procesos a ponderar dentro de la UPA, sin un estudio previo para analizar las nuevas ponderaciones y se han ido añadiendo procedimientos extraídos nuevos.

En los últimos años, la actividad medida en UPAs ha aumentado de forma importante desde la realización del primer contrato programa en 1993, si bien, en ocasiones, ha sido por las inclusiones de los nuevos procesos a imputar y en 1996 por la inclusión de dos nuevos centros, por convenio de gestión. Además del aumento de los ingresos, ha descendido la estancia media, aunque hay un alza en la estancia media en el año 1995, que está influida por la huelga de médicos.

En Atención Primaria, el Contrato-Programa entre la Dirección General del INSALUD y cada Gerencia de Atención Primaria, contempla los objetivos a alcanzar por ésta, tanto en actividad como en criterios de calidad. Asimismo, establece la cartera de servicios a prestar por parte de cada Gerencia de Atención Primaria, que se constituye en el elemento básico de las prestaciones ofertadas. Todo servicio ofertado incluye, además, su indicador de evaluación de cobertura.

En el ámbito de Atención Primaria, el INSALUD ha desarrollado una medida del producto que se define como un vector con dos componentes, el sumatorio de la cobertura de cada programa por su valor técnico y el cumplimiento de las normas técnicas mínimas definidas a nivel central para todas las gerencias de Atención Primaria. El valor técnico se define como la ponderación que se aplica luego al porcentaje de cumplimiento de programas de salud.

La evaluación es efectuada a dos niveles: por un lado, los Equipos de Atención Primaria son evaluados por su Gerencia respectiva y, por otro, las Gerencias son, a su vez, evaluadas por la Subdirección de Atención Primaria. La evaluación positiva del conjunto de la Gerencia en términos de cobertura, cumplimiento de objetivos y asignación presupuestaria da lugar a una fórmula de incentiviación.

La valoración ligada a la incentiviación se efectúa a nivel de Gerencia, por lo que no considera el cumplimiento de los objetivos a nivel de centro. La evaluación concluye en un “peso medio” de cumplimiento de cada Gerencia, que incluye todos los centros que dependen de la misma.

En la actualidad, el sistema de incentivos es complejo y no contempla la utilización de recursos a otro nivel, por derivación a la Atención Especializada.

La frecuentación en Medicina General y Pediatría ha aumentado en el año 1996 respecto a 1995, mientras que la actividad domiciliar por enfermería se ha mantenido en estos últimos años en niveles bajos.

## CONCLUSIONES.

El Sistema Nacional de Salud comparte con los demás países de nuestro entorno socioeconómico, las mismas previsiones provocadas por el aumento de las expectativas de la población, generadas por una mayor formación e información sanitaria, y el gran crecimiento del gasto sanitario, debido al envejecimiento de la población y el avance tecnológico.

Nuestro sistema, a pesar de tener un nivel prestacional suficiente, un equipamiento, técnico y humano, adecuado y una eficiencia macroeconómica aceptable, presenta determinadas insuficiencias e insatisfacción por parte de los ciudadanos.

Para solventar esas insuficiencias y consolidar y modernizar nuestro Sistema Nacional de Salud, el Pleno del Congreso de los Diputados, en su sesión del 18 de Diciembre de 1.997, aprobó un Acuerdo Parlamentario, que contiene una serie de propuestas sobre aseguramiento, prestaciones, financiación, organización, gestión y coordinación territorial, que están llamadas a ser las líneas generales futuras de reforma del Sistema.