

SISTEMAS DE ASEGURAMIENTO Y PROVISIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS EN EL TERRITORIO ESPAÑOL

Por

F. JAVIER ROMERO DE JULIÁN
FRANCISCO TIRADO ALTAMIRANO
FERNANDO GALEA JIMÉNEZ
LUIS M. HERNÁNDEZ NEILA
JESÚS PRIETO MORENO

*Profesores del Dpto. de Enfermería de la Universidad de Extremadura
Centro Universitario de Plasencia*

ADELA SÁNCHEZ DE BUSTOS

Enfermera Supervisora del Hospital del SES "Virgen del Puerto" de Plasencia

SUMARIO. 1. INTRODUCCIÓN.- 2. DISCUSIÓN.- 3. CONCLUSIONES.

1. INTRODUCCIÓN

Los descubrimientos biomédicos no pueden mejorar la salud de las personas si no se hacen investigaciones que determinen cómo aplicarlos en los distintos sistemas de salud y contextos políticos y sociales, garantizando que lleguen a quienes más los necesitan, señala el informe de la OMS titulado, titulado *Knowledge for Better Health: Strengthening Health Systems* (Conocimientos para mejorar la salud: Fortalecimiento de los sistemas sanitarios)¹.

Las experiencias de otros países industrializados pueden suministrar información que podría ayudar a delimitar las posibles alternativas para afrontar diferentes retos de los sistemas sanitarios actuales en aras a garantizar la eficiencia y sostenibilidad del sistema. Para ello debe tenerse en cuenta que los diferentes países difieren ampliamente en la intensidad del control público de sus sistemas sanitarios. Como Kirkman-Liff señala, esta variación va desde sistemas sanitarios (incluyendo la salud pública) dirigidos por los gobiernos, seguros sociales administrados por los gobiernos, seguros mixtos, y seguros privados². Además, los diferentes países difieren en su compromiso con la atención primaria como base para sus sistemas sanitarios y, por tanto, es posible que exista una amplia variedad de aproximaciones que sobrepasan las fronteras de lo público/privado y de la población/paciente. De hecho, los países mantienen diferencias en la extensión con la que sus sistemas sanitarios se orientan en torno a una base de atención primaria fuerte³.

Hay que tener en cuenta la influencia global de la economía y del mercado sobre el aseguramiento y la provisión de servicios sanitarios siendo uno de los objetivos menos publicitados - por lo impopular - de las negociaciones de la Organización Mundial del Comercio en el marco del Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (GATS, en sus siglas inglesas), la privatización de los grandes sectores públicos, uno de los últimos reductos del «Estado del Bienestar».

¹ OMS, informe *Knowledge for Better Health: Strengthening Health Systems* (Conocimientos para mejorar la salud: Fortalecimiento de los sistemas sanitarios). Ginebra. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr78/es/>

² Kirkman-Liff BL. *Management without frontiers: health system convergence leads to health care management convergence*. *Front Health Serv Manage* 1994; 11(1):3-48.

³ STARFIELD, Barbara, SEVILLA, Francisco, AUBE, Denise *et al.* Primary Health Care and Public Health Responsibilities in Six European and North American Countries: A Pilot Study. *Rev. Esp. Salud Publica*, Jan. 2004, vol.78, no.1, p.17-26. ISSN 1135-5.

Sobre este marco por una parte, y la influencia de las organizaciones ligadas a los trabajadores y los defensores de un sector público fuerte en lo referente al aseguramiento y provisión de servicios por otra, se desarrolla la actividad protectora de la salud en el estado español, realizando a continuación una aproximación a la situación del Sistema Nacional de Salud en el Estado Español, en relación a los asuntos anteriormente expuestos.

2. DISCUSIÓN

El aseguramiento: como hemos comentado anteriormente, es de financiación pública. El seguro es público con alguna variable como la Mutualidad de Funcionarios de la Administración Civil del Estado (MUFACE).

Esta variable consiste en el pago capitativo de una prima por parte del estado, con las correcciones necesarias en función de edad, sexo..., trasladando el riesgo a esta mutua. A los funcionarios se les oferta la posibilidad de elegir entre la permanencia en el sistema público o MUFACE. Además, anualmente puede revisarse la permanencia en uno u otro sistema, pudiendo cambiar el usuario si lo estima conveniente. En el año 2.001, el 84% de los funcionarios con posibilidad de elección se inclinaron por MUFACE, probablemente en relación con las variables de elección mejor accesibilidad, cortesía, cuadro médico...

En lo referente a la prestación, la Ley 15/1.997, de 25 de Abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del SNS, enuncia en su exposición de motivos, que se han creado diversas empresas públicas y consorcios por las Comunidades Autónomas, al amparo de la legislación específica.⁴

En esta Ley se establece que la gestión de centros, servicios sanitarios y socio-sanitarios, pueda llevarse a cabo directa o indirectamente a través de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en derecho.

La presente Ley faculta a los órganos de gobierno de las Comunidades Autónomas, para determinar reglamentariamente las normas jurídicas, los órganos de dirección y control, el régimen de la garantía de la prestación, la financiación y las peculiaridades en materia de personal de las entidades que se pudieran crear para la gestión de servicios.

La misma Ley, abunda en la posibilidad de gestión con medios ajenos, viendo la posibilidad de establecer convenios, acuerdos o contratos con personas o

⁴ Ley 15/1.997, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud.

entidades públicas o privadas, adecuándose a las garantías establecidas en la Ley General de Sanidad. Su objetivo es constituir un instrumento de flexibilización y autonomía en la gestión sanitaria.

Algunas iniciativas privatizadoras sobre la provisión de servicios sanitarios en España, hay que buscarlas inicialmente en Cataluña y Galicia. Tomando como ejemplo las iniciativas en este sentido gallegas, nos encontramos con tres tipos de actuaciones:

1. Aumento de la provisión directamente privada (Convenio con la Clínica POBISA), para la realización de determinados servicios o la atención de un área.
2. La creación de una sociedad anónima pública (MEDTEC), para la gestión de la alta tecnología.
3. La Fundación Verin, una de las estrellas del equipo de Romay, que posteriormente se exportaría, con Romay de Ministro de Sanidad al territorio INSALUD.

En el resto del Estado Español, dos han sido los principales modelos para la realización efectiva de un sistema mixto sanitario:

- El modelo de las fundaciones (Alcorcón)
- El modelo de la gestión privada de un servicio públicamente financiado (hospital de Alcira)

Las fundaciones sanitarias:

Se han puesto en funcionamiento tres fundaciones en lo que antes se llamaba territorio INSALUD: Manacor, Cieza y Alcorcón.

La mayoría de autores consultados, considera prematuro hacer una valoración definitiva de sus resultados, si bien algunos medios propagandísticos oficiales durante la época de sus impulsores en el gobierno, las consideran como excelentes.

A modo de ejemplo, analizaremos alguna de las principales características del Hospital de Alcorcón:

1. Las relaciones funcionales internas, siguen el modelo de cliente - proveedor de servicios, con facturación interna.
2. La organización, se establece en tres líneas:
 - El área ejecutiva, que gestiona la estructura general, los recursos humanos, las finanzas, la hostelería y la organización operativa y de enfermería.
 - El área asistencial, con los diferentes servicios clínicos, que establecen su relación con la gerencia por medio de conciertos internos,

- El staff de apoyo a la gerencia, con los sistemas de información, gabinete jurídico, políticas de calidad y de información.

El Hospital de Alcorcón dispensa atención especializada a los usuarios del Área 8 de Madrid, compuesta por 17 municipios, basándose en unos principios generales, entre los que destacamos:

- El usuario como eje de todas las actividades
- El papel principal de los recursos humanos
- Las técnicas de dirección basadas en el compromiso con los resultados
- La organización interna basada en las unidades de gestión clínica.

Modelo Alcira:

O la gestión privada en un hospital de titularidad pública. Se basa, según Moreno (Subsecretario de la Consejería de Sanidad de la Generalidad Valenciana), en la transferencia del riesgo a agentes externos a la administración. El Hospital, está financiado públicamente, la propiedad y el control del mismo son públicos, pero la prestación sanitaria es privada.

La financiación es capitativa, según datos de 2002, es decir se paga por usuarios, abonando la cantidad de 204'34 euros (34.000 Ptas.) por ciudadano y año, efectivo en 12 mensualidades, que se revisa anualmente según las variaciones del IPC.

Transformación de los centros sanitarios en entes autónomos y organizarlos en función de la demanda y necesidades de los ciudadanos, asignación de recursos per cápita, búsquedas de alternativas a la hospitalización, mejora constante de la calidad (trato personal, rapidez, resultados óptimos, información de calidad...), sustitución de las estructuras jerarquizadas, libertad de elección..., son algunas de las premisas enfatizadas por los impulsores de este tipo de hospitales.

En el Hospital de Alcira, ADESLAS tiene el 51 % de las acciones de la unión de empresas concesionarias del Centro. La concesión es por un periodo de 10 años prorrogable a 15. Después de este periodo, el Centro pasa a titularidad pública.

Este modelo de Servicio Sanitario, en opinión del Consejero de Sanidad de Valencia, permitirá a su gobierno un ahorro de 24'04 millones de euros (4.000 millones de Ptas.), resultante de la diferencia de coste per. Cápita del Hospital de Alcira 204'34 euros (34.000 Ptas.) a los 312'53 euros (52.000 Ptas.) de otros hospitales.

Este modelo de provisión de servicios sanitarios, en la actualidad inspira a otros países, como Portugal, y sirve también como referente a las reformas sanitarias

del Gobierno Laborista Británico de Blair, si bien en este caso el proyecto está atascado.

En un análisis comparativo realizado por Ferrer Molina, entre las fundaciones y los hospitales públicos de gestión privada, se pone de manifiesto la mayor eficacia de éstos últimos.⁵

Pese a tratarse de centros sanitarios de similares características (población, camas, número de quirófanos...), el Hospital de Alcira demuestra una eficacia y rentabilidad mayor. Tomando como ejemplo la actividad de un año, el Hospital de Alcira respecto al de Alcorcón, representa:

- 5.600 intervenciones mas
- 18.300 personas mas, atendidas en urgencias
- 225.000 consultas externas mas
- más de 2.000 ingresos
- 21.800 pruebas radiológicas más...

El Hospital de Alcorcón costó al INSALUD 57´24 millones de euros (9.524 millones de ptas.), en el año 2.000, para dar cobertura a 202.931 ciudadanos.

El Hospital de Alcira, costó 47.107.328 euros (7.838 millones de ptas.), 10´13 millones de euros (1.686 millones de ptas.) menos y cubre una población de 230.530 personas.

Un ejemplo de distinto funcionamiento, puede ser la utilización de los quirófanos. Mientras Alcira los tiene abiertos de 8 a 22 horas de lunes a viernes, y los sábados por la mañana, el Hospital de Alcorcón tuvo que reducir los horarios, tras el conflicto planteado entre la dirección y el Comité de Empresa.

Algunas opiniones con relación a lo expuesto:

Para Romay Beccaría, ex ministro de sanidad del Estado Español, el monopolio en la provisión de servicios sanitarios, lleva a la ineficacia, circunstancia que se puede corregir si introducimos la competencia entre centros. Romay, reconoce también los fallos del mercado, lo que justifica cierto intervencionismo o regulación, siendo la acreditación de centros un instrumento importante.

Cesar Villalón, miembro de la Comisión de Sanidad del Partido Popular, apuesta por la provisión mixta de servicios sanitarios, propiciando la participación activa de la sanidad privada. Eduardo Goicoechea, director de marketing de la Clínica Ruber, afirma: "No se puede pedir mas inversión privada, si no se nos

⁵ Ferrer Molina; LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE GESTIÓN PRIVADA "BARREN" A LAS FUNDACIONES; www.simeg.org; 2.000.

asegura mayor participación en la provisión de servicios. Debe tenderse a la liberalización absoluta, gradual y por fases, considerando la acreditación como elemento base para asegurar la calidad de las clínicas”.

Para representantes de aseguradoras, como ADESLAS o MUFACE (según Ana Pastor, posteriormente Ministra de Sanidad), es necesario un marco nuevo que permita al sector salir del estancamiento y acometer nuevas inversiones, reclamando un sistema que permita a los usuarios elegir entre lo público y lo privado, destacan también la oportunidad de negocio en Portugal y Latinoamérica.

Según José Barea, economista y exdirector de la Oficina de Presupuestos, el modelo Alcira le parece muy acertado. Está bien financiado, obtiene buenos resultados y es mas barato. Además, al término de la concesión administrativa, el Hospital pasa a ser propiedad de la Administración Valenciana, el pago capitativo prima la producción y no asume los costes del centro^{6y7}.

Para Barea, el modelo de fundaciones empleado por el INSALUD en su momento, tuvo que enfrentarse a numerosos filtros y recortes presupuestarios, que dejaron a medias el alcance de la medida. Las fundaciones públicas sujetas a derecho privado, sufrieron los recortes de Hacienda, y el modelo aunque supuso avances importantes, se quedó corto con lo que podría haber significado.

En otro ámbito, para núcleos de opinión relacionados con la defensa de la sanidad pública, las reformas de los sistemas sanitarios en la Unión Europea, van encaminadas a la contención del gasto sanitario, con el objeto de mantener la convergencia⁸. Desde hace años, las políticas neoliberales han provocado que el gasto sanitario haya disminuido o no haya crecido (Eco Santé, OCDE 1.996)⁹. No siempre un hospital o un centro de salud van a ser rentables, las fundaciones y otros modelos organizativos vistos anteriormente, son un intento de empresarilizar la sanidad. Esto, lleva consigo un gasto burocrático, que se detrae de los recursos humanos, la calidad objetiva y de la propia asistencia prestada. Después de seis años de aplicarse en el Reino Unido, se crearon 20.000 puestos de gestores y personal administrativo y se eliminaron 50.000 plazas de enfermería.

⁶ Barea, J.; Entrevista; Diario Médico.com.; 10-12-2.001.

⁷ Barea, J.; INFORMES DE GESTIÓN; Medinet.com.

⁸ Sánchez Bayle, M.; LA OFENSIVA PRIVATIZADORA SOBRE EL SISTEMA SANITARIO. Psiquiatría Pública. Vol. 11. Núm. 3; Mayo-Junio 1.999.

⁹ Eco Santé, OCDE 1.996.

Pasos en el sentido de la privatización, contribuyen a la desintegración del sistema, al romperse la planificación y coordinación entre centros, además de no asegurar la equidad del sistema. Las comunidades autónomas con más experiencias en este sentido, como Cataluña, arrojan un mayor déficit sanitario. Por otra parte, las fundaciones de Galicia, Madrid o Baleares, son en las que se dan peores condiciones laborales para el personal sanitario, teniendo como fin primordial la flexibilización de las plantillas.

Como indica José Manuel Freire, en su comentario crítico sobre fundaciones sanitarias: Las fundaciones representan riesgos potencialmente graves para el Sistema Nacional de Salud¹⁰. Llevan en sí mismo el germen de la fragmentación organizativa, y lo más grave, la ruptura del servicio continuo que necesitan los pacientes. Para Freire, son más eficientes los esquemas de atención integrados, y que las reformas, que son necesarias, deben inspirarse en soluciones organizativas basadas en la cooperación profesional y entre niveles asistenciales, en la ética y valores de servicio público de los médicos y otros profesionales sanitarios.

En definitiva, para diferentes sectores defensores de los sistemas públicos, estos cambios han supuesto para los profesionales sanitarios de los Servicios de Salud un importante empeoramiento de las condiciones laborales, al implicar mayor grado de flexibilización laboral y pérdida del poder adquisitivo. Todo ha estado orientado al mismo objetivo: disminuir los costes laborales, propiciar la movilidad y la polivalencia, instaurando - de paso - mejores condiciones para posteriores fragmentaciones y privatizaciones.

Sobre la opinión de los usuarios en lo referente al asunto enunciado, podemos poner como ejemplo el Barómetro Sanitario donde se muestra la preferencia mostrada por los andaluces de la sanidad pública respecto a los servicios que ofrece la sanidad privada¹¹.

A la pregunta de si acudiría a un centro público o privado en caso de poder elegir, el 60% de los andaluces acudiría a un centro público de atención primaria (un punto por encima de la media nacional), el 65% acudiría a un hospital público (tres puntos por encima de la media nacional), el 67% acudiría a urgencias públicas (tres puntos por encima de la media nacional).

¹⁰ Freire, J.M.; COMENTARIO CRÍTICO SOBRE FUNDACIONES SANITARIAS PÚBLICAS. www.foross.org; 1-3-2.000 1.996

¹¹ Barómetro Sanitario. Andalucía. 11-5-05

Respecto a la capacitación de los profesionales de la sanidad pública, los andaluces creen que los profesionales sanitarios de la sanidad pública están mejor capacitados que los de los centros privados y, además, consideran que tienen mayor capacitación respecto a la calificación en el conjunto del Estado (dos puntos por encima de la media nacional en el caso de los médicos y tres puntos por encima de la media en el caso de los enfermeros)

3. CONCLUSIONES

1. El aseguramiento en el Estado Español es mayoritariamente público, con alguna variante como la Mutualidad de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE)
2. El 10% de la población, decide pagar por la sanidad privada, cuando ya tiene la pública, en relación con las variables de elección.
3. Según diversos autores consultados, el modelo de fundaciones impulsado por el Ministro Romay, no tiene probada su eficacia, a pesar de los esfuerzos propagandísticos de los medios oficiales durante su mandato.
4. Mejores resultados que las fundaciones presentan los modelos de financiación pública y provisión privada de servicios (Hospital de Alcira, Comunidad Valenciana). Si bien los parámetros de calidad no están aún lo suficientemente comprobados.
5. Las opiniones respecto a la preferencia de modelos de provisión pública o mixta, difiere según las opiniones de diferentes expertos en relación con su visión política y social del asunto.
6. Los ciudadanos muestran mayoritariamente una preferencia en lo esencial del sistema público de provisión de servicios sanitarios.