

# EL PLAN ESTRATÉGICO DEL INSALUD

Eduard BERENQUER  
Juan José BESTARD  
Francesc HERNÁNDEZ

orden institucional, así como de la provisión de sistemas nuevos de incentivos, por no hablar de cambios «culturales» o de «actitud» que, en última instancia, son los factores que dan lugar al éxito o fracaso de las reformas.

## I. INTRODUCCIÓN

**E**N el transcurso de las últimas décadas, y en especial a partir de la promulgación de la Ley 14/1986, por la que se crea el Sistema Nacional de Salud, la sanidad se ha universalizado en España, ha mejorado la calidad de sus prestaciones y se ha producido un proceso de transferencia de su gestión hacia diversas comunidades autónomas. El INSALUD, como responsable directo de las prestaciones sanitarias de la seguridad social, únicamente da cobertura al 38,1 por 100 de la población protegida, aunque cuenta con una cantidad de recursos materiales y humanos aún muy estimable. La importancia de estos recursos genera una gran complejidad en los aspectos de organización y gestión que requiere algunos cambios en su manejo, si no se quiere que el crecimiento del gasto sanitario ponga en peligro los logros alcanzados en el pasado.

Un examen somero de cómo se gestionan los sistemas sanitarios en Europa occidental revela la presencia de numerosas ineficiencias. En un intento por reducir las o eliminarlas, la última década ha sido testigo de numerosas reformas. El contenido de esas reformas ha sido diverso. Algunos países han intentado regular el gasto sanitario controlando tanto la demanda como la oferta, introduciendo presupuestos fijos para hospitales, introduciendo copagos y controlando a los profesionales mediante determinadas regulaciones (p. ej. Ale-

mania). Otros han buscado mejoras en la eficiencia a través de una separación de las funciones de compra y provisión diseñando sistemas de competencia entre proveedores (p. ej. Reino Unido, Suecia y, en nuestro país, Cataluña). Finalmente, algunos países se han decidido por identificar un conjunto explícito de prioridades e introducir elementos de coste-efectividad en la provisión de servicios (Holanda).

Todas estas reformas comparten en el fondo una filosofía común, que no es otra que conseguir mejoras en la eficiencia microeconómica al objeto de contener el gasto y mejorar la prestación de servicios a los usuarios, en el marco del Estado del bienestar y de la necesidad que tienen la mayoría de países de reducir sus déficit públicos. En el caso de España, y más en concreto en el del Plan Estratégico del INSALUD (1998), que queremos exponer sobre la base de nuestra participación en su elaboración, la búsqueda de una mayor eficiencia microeconómica se convierte en el eje central del Plan. Expresado de forma sucinta, el objetivo prioritario de éste consiste en pasar del sistema tradicionalmente utilizado, de administración del presupuesto de gastos de los diversos servicios de salud, a un proceso basado en la gestión del coste, que persigue su minimización sin perjudicar ni a la calidad de las prestaciones ni a la equidad del sistema. En este sentido, el Plan quiere introducir un cambio significativo en el modo de gestión que requiere algunos cambios de

## II. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE PARTIDA

De acuerdo con Bryson (1988), un plan estratégico es «un esfuerzo disciplinado para producir acciones y decisiones fundamentales encaminadas a guiar lo que una organización es, lo que hace y por qué lo hace». Poniendo énfasis en el último aspecto, casi al principio, el INSALUD indica «El Plan Estratégico responde a la necesidad de planificar el futuro, de forma que se acorte la distancia existente entre el futuro previsible y el futuro deseado (página 15)». A su vez, este futuro deseado se concibe como un Estado que preserva los logros alcanzados en las últimas décadas, especialmente en lo que se refiere a universalización, equidad en el acceso y mejora de las prestaciones, pero que, al mismo tiempo, 1) genera una mayor orientación de los servicios hacia los ciudadanos, 2) crea un sistema de competencia regulada con definición y separación de las funciones de compra y provisión de los servicios, 3) dota de autonomía de gestión a los centros sanitarios, 4) motiva, incentiva y da participación a los profesionales en la gestión y 5) produce mejoras continuas en la calidad, entendiendo ésta como un concepto que afecta integralmente a todo el sistema.

Estos cinco objetivos no se formulan de forma arbitraria, sino que son el reflejo de los cambios profundos que se han producido en las relaciones entre la Administración y los administra-

dos y que vienen caracterizados por una demanda creciente de servicios y una mayor variabilidad social, que obliga, según Morera (1998, pág. 11), a la política seguida desde el sector público a ampararse en dos ideas-fuerza: eficiencia y adaptabilidad. Ciertamente, si estas son las premisas sobre las que tiene que desarrollarse la política sanitaria, el punto de partida para la elaboración del Plan Estratégico no podía ser otro que proceder a la realización de un diagnóstico de situación que, a través de un análisis de los puntos fuertes y débiles del sistema, revelara hasta qué punto la organización del sistema sanitario se adapta a esta doble exigencia y que, al mismo tiempo, sirviera de base para la elaboración de las líneas estratégicas que han de desarrollarse para que el sistema sanitario pueda alcanzar los objetivos deseados.

El cuadro n.º 1 resume los puntos fuertes y débiles en la estructura y organización del INSALUD que detecta el Plan Estratégico. Estos puntos se refieren a aquellos aspectos o áreas de la organización sanitaria sobre los que se cree más conveniente incidir de una manera profunda y sustantiva. La selección se realiza sobre la base de que el INSALUD, como ente público, tendría que ser una organización encaminada a maximizar el valor del dinero puesto a su disposición. Aunque a partir de la promulgación de la Ley General de Sanidad (1984) se han producido algunos avances en los procesos de asignar los recursos mediante la introducción de los contratos/programa, éstos no han conseguido romper con el modelo burocrático de gestión.

A continuación se desarrollarán brevemente los aspectos más importantes del diagnóstico de situación.

## 1. Organización

El *Informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud* (1991), conocido más popularmente como *Informe Abril*, ya indicaba que gran parte de las deficiencias detectables en el sistema sanitario español se debe a que éste se ha gestionado según normas de carácter administrativo que hacen ineficiente la prestación de los servicios a los usuarios e impiden el control de su calidad. En una línea similar de razonamiento, Barea y Gómez (1994, página 209) creen que el problema básico se halla en el excesivo énfasis «puesto en la oferta que está controlada por los planificadores públicos, sin que se tenga en cuenta la estructura de las prestaciones capaz de satisfacer los deseos individuales de los pacientes», y a que «el transcurso del tiempo hace que las grandes organizaciones burocráticas de tipo centralizado tiendan a sustituir los fines por las que fueron creadas por los fines de la propia organización».

Por otra parte, Pressman y Wildavski (1973) ponen énfasis en que la existencia de objetivos políticos en la definición de los objetivos a cumplir por las organizaciones burocráticas se interfiere con la mecánica de la administración de éstas, dando lugar a toda una serie de problemas entre los que destacan los de una gestión débil, los incentivos irrelevantes, la escasa satisfacción en el trabajo y los conflictos ideológicos.

El Plan Estratégico recoge el consenso existente acerca de la insatisfacción respecto al modelo burocrático de gestión de la sanidad, y plantea la creación de un sistema de competencia regulada «para ganar eficiencia y mejorar la capacidad de elección del ciudadano» (pág. 16). En este

sentido, hay que indicar que de entre los posibles modelos de competencia regulada que se pueden diseñar, el Plan Estratégico opta por un modelo mixto.

En efecto, como indican Saltman y Von Otter (1992), los modelos de competencia pueden adoptar diversas formas en función de los escenarios que se planteen. En primer lugar, está el modelo de competencia pública, en el que todas las instituciones que proporcionan la sanidad pertenecen al sector público, siendo el elemento central del cambio los usuarios del sistema sanitario, quienes, a partir de sus elecciones de médicos y hospitales, determinan los presupuestos de los equipos de atención primaria y hospitales, así como las primas que percibirá el personal sanitario. Partiendo de la existencia de un presupuesto global para toda la sanidad, el porcentaje de participación de cada centro va a depender del número de usuarios que sea capaz de atender.

En segundo lugar, está el modelo puro de mercado regulado, que constituye la base teórica de la separación de compradores y proveedores de salud. En este modelo, coexiste una provisión pública de la sanidad con otra privada, y las instituciones de cada uno de estos sectores pugnan por la obtención de contratos. El agente central de este modelo es el comprador, que es el responsable de diseñar, negociar, ofrecer los incentivos, y controlar los contratos suscritos con los diversos proveedores de los servicios.

Aunque ambos modelos introducen elementos de competencia, sus efectos económicos son distintos, al poseer diversos grados de eficiencia interna. Los modelos de competencia regulada están encaminados a provocar reducciones de costes por parte de los proveedores de los

CUADRO N.º 1

**PUNTOS FUERTES Y DÉBILES DEL SISTEMA**

	<i>Puntos fuertes</i>	<i>Puntos débiles</i>
<i>Organización</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introducción de normativa que permite la flexibilización en las formas de gestión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marco organizativo y económico dependiente de la seguridad social que dificulta el desarrollo de una mayor autonomía de gestión</li> <li>• No separación real de las funciones de compra y provisión</li> <li>• No se observa una organización de servicios en el ámbito de las comunidades autónomas</li> </ul>
<i>Participación</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poca efectividad</li> </ul>
<i>Modelo de compra</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buen diseño inicial del contrato programa</li> <li>• Introducción de nuevas herramientas de gestión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El contrato programa carece de un sistema real de facturación y no tiene una transferencia efectiva de riesgos</li> <li>• Seguimiento insuficiente de los conciertos</li> </ul>
<i>Atención primaria</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejora de la capacidad técnica de los profesionales</li> <li>• Definición de la cartera de servicios y normas técnicas mínimas</li> <li>• Mejora de la accesibilidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuficiente coordinación con la atención especializada</li> <li>• Exceso de derivación hacia la atención especializada</li> <li>• Escaso desarrollo de la atención domiciliaria</li> <li>• Libertad de elección limitada</li> <li>• Excesivo peso del gasto farmacéutico</li> </ul>
<i>Atención especializada</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejora en las herramientas de gestión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escasa capacidad de gestión y autonomía en los centros</li> <li>• Libertad de elección del usuario limitada</li> <li>• Listas de espera</li> <li>• Falta de coordinación con atención primaria</li> <li>• Estructura organizativa inadecuada</li> </ul>
<i>Urgencias/emergencias sanitarias</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buen diseño del modelo de urgencias, basado en el establecimiento de centros de coordinación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de extensión del modelo a todo el INSALUD</li> <li>• Falta de coordinación entre los dispositivos existentes</li> </ul>
<i>Atención sociosanitaria</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escasa coordinación entre los recursos institucionales existentes</li> </ul>
<i>Recursos humanos</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta capacitación y cualificación profesional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema de selección rígido, complejo y centralizado</li> <li>• Ausencia de carrera profesional</li> <li>• Falta de desarrollo adecuado de una política de incentivos</li> </ul>
<i>Desarrollo directivo</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia de una política de directivos, en relación con perfiles, incentiviación, evaluación y transferencia de riesgos</li> </ul>
<i>Acreditación y calidad</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buena calidad científico-técnica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No existen sistemas ni mecanismos de acreditación en términos de calidad</li> <li>• Insuficiente desarrollo de la política de calidad institucional</li> <li>• La calidad no es un proceso integral</li> </ul>
<i>Sistemas de información</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potenciación y mejora de los sistemas de información</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo fragmentario y no homogéneo</li> <li>• Obsolescencia de la tecnología informática</li> </ul>

Fuente: INSALUD (1998, págs. 120-121).

CUADRO N.º 2

**DOS MODELOS COMPETITIVOS**

	<i>Competencia pública</i>	<i>Competencia controlada</i>
Incentivos para la satisfacción de los consumidores.....	Grandes	Pequeños
Incentivos al ahorro de recursos .....	Pequeños	Grandes

salarios, que ejercen su actividad en centros públicos y que no tienen influencia en cuanto a la contratación del resto del personal que presta sus servicios. Aunque la capacidad técnica de los médicos ha mejorado sustancialmente, se han ampliado los horarios de trabajo, los tiempos de consulta por paciente, y se han realizado esfuerzos meritorios para definir la cartera de servicios y las normas técnicas básicas, la existencia de salarios cuasi-fijos impide la incentiva- ción de los profesionales para la contención del gasto farmacéutico, para que la medicina primaria sea resolutive y evite la deriva- ción innecesaria de pacientes a los hospitales o para impedir la saturación de los servicios de urgencia por parte de los usuarios.

En lo que se refiere a la aten- ción especializada (hospitales), se han introducido numerosas herramientas de gestión, pero, debido a una tradición de gestión centralizada y a las restricciones existentes en el marco legal, continúa existiendo una capacidad de gestión limitada, especial- mente acusada en las áreas de personal, proveedores, equipa- mientos, gestión de tesorería , contabilidad financiera, etcétera.

Un problema que merece una atención especial lo definen las listas de espera. La ausencia de una estructura organizativa ade- cuada puede incentivar la forma- ción de grandes listas de espera, en la medida en que una gran lista de espera puede ser utilizada como medida de presión para conseguir mayores dotaciones presupuestarias.

**4. Atención sociosanitaria**

Tanto la atención primaria co- mo la atención especializada se ven obligadas a realizar diversos

servicios, mientras que los mo- delos de competencia pública persiguen, ante todo, la satisfac- ción de los usuarios. En el primer caso, normalmente se introdu- cen fuertes incentivos para redu- cir los costes, mientras que en el segundo la búsqueda de calidad puede llevar al sistema a no utili- zar correctamente los recursos puestos a su disposición. El cua- dro n.º 2 esquematiza los rasgos básicos de ambos sistemas, y pone de relieve que, en su globalidad, ningún modelo es superior al otro, en el sentido de propor- cionar simultáneamente incenti- vos grandes a la satisfacción de los usuarios y al ahorro de recur- sos, por lo que hay que estable- cer prioridades en función de las preferencias de la Adminis- tración. Debido al estado de pre- cariedad financiera, la mayoría de los gobiernos que han acometido una reforma han elegido el modelo de competencia regu- lada, si bien condicionado al cumplimiento de determinados objetivos en la calidad de las prestaciones.

**2. Modelo de compra**

La separación de las funcio- nes de compra de las de provi- sión viene determinada en parte por las insuficiencias observadas en los llamados contratos/pro- grama como modelo de compra, introducidos en 1992 como un instrumento para ligar la finan-

ciación con la actividad, junto con indicadores de calidad y normas mínimas de organización y ges- tión. Aunque los contratos/pro- grama partían con un buen dise- ño inicial, en la práctica no han conseguido imponerse como un contrato realizado entre partes independientes. De hecho, los contratos programas carecen de un sistema real de facturación, y la ausencia de penalizaciones en el pasado ha limitado su capaci- dad para transferir riesgos. La falta de exigencia en la redacción y cumplimiento de las cláusulas en el pasado ha llevado a que la financiación de los centros (hos- pitales y gerencias de atención primaria) se base, de hecho, en presupuestos históricos antes que en un sistema de compras hecho al coste óptimo. Se puede decir que desde 1995 el contra- to/programa ha quedado reduci- do a un pacto de objetivos.

**3. Atención primaria y atención especializada**

El Plan Estratégico analiza igualmente los problemas relati- vos a la atención primaria y la atención especializada.

El modelo de atención prima- ria existente es bastante distinto a los existentes en otros países europeos. En nuestro país, la atención primaria se presta por médicos empleados públicos, pagados fundamentalmente por

servicios y prestaciones a causa de una asistencia domiciliaria insuficiente o a causa de las lagunas existentes en nuestra política de bienestar social. Los casos más llamativos se producen, en la atención especializada, con la ocupación de camas de agudos por parte de enfermos crónicos, que no deberían estar realmente allí. Aunque el Plan Estratégico no se pronuncia sobre este aspecto, nuestra opinión personal es que, como sucede en los países nórdicos, la asistencia domiciliaria debería ser transferida a los municipios. Ello ayudaría a resolver el problema de los costes relativos a la asistencia de los enfermos de la tercera edad.

## 5. Recursos humanos y desarrollo directivo

El personal sanitario en España goza de una gran capacitación técnica, pero en muchos casos sólo está preocupado por su profesión, estando poco identificado con los objetivos de la organización para la que trabaja. No obstante, la provisión de puestos de trabajo y la carrera profesional se ven afectados por la existencia de un estatuto que hace al personal sanitario en un conjunto de funcionarios de hecho.

En cuanto al desarrollo directivo, el INSALUD no ha conseguido definir el perfil profesional adecuado, así como los criterios de selección. Igual que el resto del personal del INSALUD, los equipos directivos tienen una política de incentivos inadecuada, no estando sus retribuciones vinculadas a los resultados de su gestión.

## 6. Acreditación y calidad

Se han producido mejoras en la calidad científico-técnica del personal sanitario, especialmente en aquellos hospitales que desarrollan actividades de docencia e I+D, aunque no se ha desarrollado en profundidad la función de evaluación permanente mediante auditorías externas. La calidad, como concepto integral, no es muy bien entendida por el personal médico, que la circunscribe muchas veces al ámbito terapéutico o instrumental. Introducción de normas ISO-9000 o similares se contemplan aún como cuerpos extraños en el desarrollo de la actividad de los centros.

## III. LÍNEAS ESTRATÉGICAS

Partiendo de los puntos fuertes y débiles que se han desarrollado en el apartado anterior, las líneas estratégicas se abordan para: a) aligerar la fuerte regulación administrativa, b) introducir competencia entre los proveedores, c) otorgar al ciudadano un mayor protagonismo, d) implicar a los profesionales del sector sanitario en la gestión y e) favorecer el proceso de transferencia hacia las comunidades autónomas.

Los reales decretos 1140/1996 y 1893/1996 configuran una nueva estructura del INSALUD, con la creación de la Secretaría General de Asistencia Sanitaria y de cuatro direcciones generales, lo que inicia y explicita la separación de la compra y provisión de servicios sanitarios en el territorio del INSALUD. Asimismo, el Real Decreto 10/1996 y la Ley 15/97 dan soporte a la política de incremento de la eficiencia, al permitir la habilitación de nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud, cuyo objetivo

es iniciar una «reforma del sistema sanitario basada en la mejora de herramientas de gestión para la autonomía de los centros (Bestard, 1997, pág. 148)».

Por otro lado, la separación de las funciones de compra y provisión, así como el diseño de todo un sistema de incentivos destinado a crear un sistema de competencia regulada, son los elementos del nuevo escenario en el que el INSALUD quiere desarrollar sus estrategias. Sin embargo, previo al desarrollo de las líneas estratégicas, este escenario parece requerir la división de las funciones del INSALUD en tres grandes áreas correspondientes a las funciones corporativa, de compra y provisión, con las responsabilidades incluidas para cada una de ellas en el cuadro n.º 3.

Las funciones corporativas surgen como un elemento central de la actuación del INSALUD para garantizar la consolidación formal y normativa del cambio organizativo. Estas funciones tienen un carácter estratégico, al proporcionar los instrumentos necesarios para el correcto desarrollo del sistema de competencia regulada, que deben ser ajenos a la compra y a la provisión, situándose en un plano horizontal respecto a ellas.

Las funciones de compra tienen por objetivo esencial el desarrollo de los sistemas de contratación de servicios y productos sanitarios mediante la selección de los proveedores más eficientes en calidad y precio. Los responsables de la función deben responsabilizarse de la atención sanitaria de toda la población residente en su territorio de acción, identificada mediante la tarjeta individual sanitaria.

La planificación táctica, como desarrollo de la función de com-

CUADRO N.º 3

TABLA DE FUNCIONES

<i>Funciones corporativas</i>	<i>Funciones de compra</i>	<i>Funciones de provisión</i>
Responsabilidad de garantizar la equidad, calidad y eficiencia	Responsabilidad de garantizar la prestación sanitaria	Responsabilidad de los factores de provisión
Planificación estratégica	Planificación táctica	Planificación operativa
Acreditación, homologación, sistemas de información, impulso mejoras de gestión. plan de calidad total	Compra de servicios por medio de contratos a centros públicos y privados	Política de recursos humanos Desarrollo directivo Seguimiento presupuestario

Fuente: INSALUD (1998, pág. 128).

pra, permite determinar las necesidades de contratación de servicios sanitarios mediante la fijación de objetivos generales y específicos de salud, la determinación de las actividades a realizar, la definición de los contratos con los proveedores, indicando los incentivos y riesgos que transmite, la asignación de la provisión de recursos necesarios y la aprobación de las carteras de servicios propuestas.

La compra de servicios establece la relación entre comprador y proveedor a través del llamado contrato de gestión, que será distinto para los centros de atención primaria y los de atención especializada. Los contratos con la atención primaria se basarán en un sistema de capitación y en el grado de desarrollo de su cartera de servicios. En atención especializada, los contratos de compra tendrán en cuenta la estructura del centro, indicadores de calidad y tarifas fijadas por productos (GRD). Las direcciones provinciales del INSALUD serán los agentes de compra.

Por lo que se refiere a las funciones de provisión, hay que indicar que aunque está previsto un proceso por medio del cual los centros irán adquiriendo una personalidad jurídica propia, existen, dada la complejidad del pro-

ceso, algunas funciones que deberán quedar en el seno del INSALUD. Estas funciones consisten en: *a)* diseñar y desarrollar una política general de recursos humanos, *b)* diseñar y desarrollar la política de directivos, *c)* impulsar la adecuación tecnológica de los centros, *d)* decidir las inversiones, *e)* realizar un seguimiento presupuestario de los centros y *f)* diseñar una central de balances para los centros con autonomía de gestión.

Dentro de ese marco, las principales líneas de acción que surgen consisten en:

### 1. Atención primaria

El Plan Estratégico define seis líneas de actuación para la atención primaria: 1) profundizar en la autonomía de los equipos de atención primaria, 2) flexibilización y optimización del horario de trabajo de cada médico, 3) cambio en el modelo retributivo (40-60 por 100 remuneración capítativa, 20-35 por 100 relacionado con la actividad y la cartera de servicios, 10-25 por 100 dependiente de incentivos relacionados con el consumo de recursos), 4) replanteamiento del papel del personal de enfermería, 5) posibilidad de que los equi-

pos de atención primaria puedan actuar como compradores de servicios en atención especializada (pruebas de radiología, de laboratorio, consultas externas) y 6) posibilidad de crear sociedades médicas.

### 2. Atención especializada

Aquí las líneas son diez, de entre las que destacan: 1) orientación hacia el paciente, evitando esperas y traslados innecesarios, mejorando los aspectos de hostelería de los hospitales, facilitando el acompañamiento, mejorando la información, impulsando modalidades de prestaciones sin ingreso, realizando atención domiciliaria, etc., 2) acciones permanentes sobre las listas de espera, con tiempos de espera razonables para cada técnica diagnóstica o terapéutica, 3) potenciación de los sistemas de información, 4) diseño e implantación del nuevo contrato de gestión, 5) potenciación de la participación e implicación de los profesionales en la gestión, 6) nuevas formas de gestión en hospitales a partir de la dotación de personalidad jurídica a centros y servicios, orientada a otorgar una autonomía real para que éstos se responsabilicen de los resultados de su gestión, y 7) re-

novación y adecuación de los recursos humanos y materiales de los hospitales, como elementos básicos que definen la viabilidad de los centros.

### **3. Urgencias y emergencias sanitarias**

Existen tres líneas de actuación destinadas a extender el servicios de urgencias a todo el territorio, y de mejora de la coordinación con otras administraciones encaminada a mejorar los niveles de mortalidad en los procesos críticos más frecuentes.

### **4. Recursos humanos**

El Plan Estratégico pone de relieve cómo en un sistema de competencia regulada el régimen de personal de los centros no puede ser radicalmente opuesto al de los proveedores externos con los que se pretende competir, y se propone avanzar hacia una flexibilización del actual marco estatutario a través de un proceso gradual de reformas legales pactadas con las organizaciones sindicales. En el nuevo escenario, se plantean seis líneas de actuación distintas: 1) vinculación del personal al centro, y sólo de forma indirecta al INSALUD; 2) selección del personal desde los propios centros, con fijación de los perfiles necesarios para cada puesto de trabajo; 3) desarrollo de las características propias de la carrera profesional por centro, pero con un marco de referencia común para todo el Sistema Nacional de Salud; 4) refuerzo del papel de los profesionales en los centros sanitarios, en cuanto que éstos son los responsables directos de la asistencia y, por lo tanto, de los usuarios; 5) potenciación y protocolización de los incentivos en las retribu-

ciones ligando la parte variable de las remuneraciones al cumplimiento de objetivos explícitos al principio de cada ejercicio, y 6) transición del personal de régimen estatutario hacia el régimen laboral en centros de nueva creación.

### **5. Desarrollo directivo**

El modelo que plantea el Plan Estratégico implica una transferencia de riesgos hacia los proveedores de los servicios sanitarios; ello exige redefinir el perfil y funciones de los directivos modificando la política de incentivos, y creando sistemas de acreditación y evaluación de directivos, así como el diseño de una política de formación.

### **6. Garantía de calidad**

La calidad es uno de los elementos estratégicos sobre los que se fundamenta la reforma planteada. La calidad se enfoca desde la perspectiva de la calidad total, que está constituida por un conjunto de características diferentes referidas a los recursos, a los procesos, a los resultados y a la percepción que de todo ello experimentan los usuarios. Para ello, se diseñan unas líneas de acción basadas en: 1) la aprobación de la Carta de los Derechos de los Pacientes, 2) el diseño y aplicación de un Plan de Calidad Total para el INSALUD, 3) la calidad científico-técnica, y 4) la acreditación de los centros sanitarios en términos de calidad.

### **7. Prestación farmacéutica**

La actuación sobre las prestaciones farmacéuticas en el contexto del Plan Estratégico gira en torno a dos aspectos bási-

cos: la mejora continua de la calidad en la prestación farmacéutica y la contención del gasto farmacéutico. Para ello, se recomiendan cinco líneas de acción que cubren los siguientes aspectos: 1) continuar con el programa de uso racional de medicamentos implantado desde 1992, 2) introducir sistemas de retroalimentación informativa a los facultativos sobre su perfil fármaco-prescriptor, 3) conocer los consumos de cada usuario, 4) introducción de presupuestos indicativos por médico, equipo de atención primaria o módulo organizativo, 5) fomento de la prescripción de medicamentos genéricos, e información sobre precios de referencia.

## **IV. RESUMEN**

Los sistemas de salud no se legitiman por medio de ideales sanitarios y políticos imposibles de cumplir; se justifican socialmente por el cumplimiento de los fines reales para los que fueron creados: cuidar, curar, prevenir, rehabilitar, tranquilizar, etc. Tampoco siguen un modelo único, pero, cualquiera que sea el modelo elegido, todos los sistemas de salud se ven afectados por una serie de problemas similares que inciden en su capacidad de desarrollo, viabilidad económica y legitimación. El Plan Estratégico reúne toda una serie de herramientas que, junto a una mayor financiación, habría de permitir al INSALUD, como gestor de las prestaciones de la seguridad social en diez comunidades autónomas, contener el despilfarro de recursos y atender una mayor demanda de alto contenido tecnológico y coste por su superior calidad, así como reorientar sus prestaciones de modo que respondan a los usuarios y potencien su capacidad de elección y decisión. El Plan igualmente con-

tiene un conjunto de herramientas y líneas de acción que habrán de permitir, cuando estén completamente implementadas, la transferencia de toda la gestión de la sanidad a las comunidades autónomas que aún no la poseen. El éxito del Plan Estratégico, no obstante, dependerá de la capacidad tanto de la Administración como del INSALUD para adoptar toda una serie de medidas de carácter específico que deben poner en marcha las diversas líneas de acción estratégica, tanto en el espacio como en

el tiempo. Entre ellas destacan la autonomía de los centros, la introducción de nuevas herramientas de gestión e incentivos, la reducción en las listas de espera y el cambio en el régimen laboral del personal sanitario.

#### BIBLIOGRAFÍA

- BAREA, J., y GÓMEZ, R. (1994), *Análisis económico de los gastos públicos en Sanidad*, Instituto de Estudios Fiscales.
- BESTARD, Juan J. (1997), «La modernización de la sanidad pública en INSALUD», en ARTHUR ANDERSEN (ed.), *La moderniza-*

*ción de la sanidad pública en el mundo*, Madrid.

BRYSON, John M. (1988), *Strategic planning for public and non-profit organizations*, Jossey Bass Publishers.

INSALUD (1998), *Plan Estratégico. El Libro Azul*, Madrid.

MORERA, Josep R. (1998), «Possibilitats i limitacions de la casuística de les fórmules de gestió dels serveis públics», *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari*, n.º 31, febrero, págs. 11-13.

PRESSMAN, J., y WILDAVSKI, A. (1973), *Implementation*, University of California Press.

SALTMAN, R. B., y VON OTTER, C. (1992), *Planned markets and public competition; strategic reform in Northern European health systems*, Open University Press.

#### Resumen

En este artículo se exponen y comentan los rasgos más sobresalientes del Plan Estratégico del INSALUD. Dicho Plan quiere introducir conceptos de eficiencia microeconómica en la gestión de los hospitales y centros de atención primaria, encaminados a contener y reducir los costes, al tiempo que introduce elementos de calidad total y orientación de la gestión hacia los usuarios.

*Palabras clave:* reforma sanitaria, eficiencia microeconómica, calidad.

#### Abstract

This article sets out and comments on the most prominent features of the INSALUD Strategic Plan. This Plan brings concepts of microeconomic efficiency into hospital management and primary care centres, with a view to holding down and reducing costs, while at the same time it introduces elements of total quality and orientation of management towards the users.

*Key words:* health reform, microeconomic efficiency, quality.

*JEL classification:* H51, I18.