
Un balance personal de 25 años de gestión sanitaria moderna en el Sistema Nacional de Salud

R. Belenes

Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria (IMAS). Barcelona. España.

Correspondencia: Dr. R. Belenes. Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS). Rambla de Catalunya, 124. 08008 Barcelona. España. Correo electrónico: rbelenes@lrc.es

Recibido: 28 de agosto de 2002.
Aceptado: 10 de febrero de 2003.

(A personal balance of 25 years modern health care management in the Spanish Public Health System)

Resumen

La transferencia, a principios del año 2002, del INSALUD a todas las comunidades autónomas que no disponían todavía de las competencias sobre servicios sanitarios de la Seguridad Social cierra un ciclo de gestión sanitaria moderna en España que, no obstante, no ha tenido el dinamismo ni la capacidad de innovación de la gestión empresarial. A pesar de ello, ha conocido, en estos 25 años de existencia, un auge y florecimiento espectaculares.

Los problemas de nuestro sistema sanitario, o bien están vinculados a los inherentes a un sistema público de cobertura universal, generosas prestaciones y subfinanciación clara, o son los propios de un modelo organizativo obsoleto con falta de autonomía de los centros y de los profesionales, o guardan relación con las mayores expectativas de los ciudadanos y con la enorme complejidad de la medicina del futuro. Todo ello debe abordarse desde la perspectiva de una nueva gestión propia del nuevo siglo.

El Sistema Nacional de Salud es apreciado por los ciudadanos, a la vez que tiene carencias y problemas muy serios; el principal riesgo es una deslegitimación crónica y progresiva, por la que los ciudadanos pierdan la fe y la confianza en el sistema sanitario público.

Palabras clave: Sistema Nacional de Salud. Gestión sanitaria. Política sanitaria. Gestores y directivos. Reformas sanitarias.

Abstract

At the beginning of 2002, the transference of authority over public health care services from the Spanish national health System (INSALUD) to all the autonomous communities hitherto lacking this authority closed a period of modern healthcare management in Spain which, nevertheless, had lacked the dynamism and innovative capacity of business management. Despite this, during these 25 years, Spanish healthcare management underwent a spectacular growth.

The problems of the Spanish public health system are either linked to the inherent problems of a system of universal coverage, with generous provisions and clear underfinancing, or they are characteristic of an obsolete organizational model in which centers and healthcare professionals lack autonomy, or they are related to users' increased expectations and to the enormous complexity of the medicine of the future. All these questions should be approached from the perspective of a new form of management appropriate to the new century.

Despite its serious defects and problems, the public values the Spanish public health system; the main risk is chronic and progressive deslegitimization which causes users to lose faith and trust in the public health system.

Key words: National Health System. Healthcare management. Healthcare policy. Managers. Healthcare reforms.

Introducción

La transferencia, a principios del año 2002, del INSALUD a todas las comunidades autónomas que no disponían todavía de las competencias sobre servicios sanitarios de la Seguridad Social cierra y culmina un ciclo de gestión sanitaria moderna en España que se inició con la instauración de la democracia en nuestro país.

El ejercicio de escribir estas notas sobre la actualidad de la gestión sanitaria en España tiene el modesto

propósito de revisar —de forma muy personal y desde una perspectiva general— sus logros y aciertos, así como apuntar algunas ideas sobre su futuro. Aunque otros países europeos (y los EE.UU.) contaban con una tradición de gestión sanitaria desde los años sesenta, en nuestro país es una disciplina o una profesión relativamente joven (si se exceptúa el caso de Cataluña, comunidad que fue pionera en el campo de la gestión sanitaria moderna, tanto por disponer de profesionales «visionarios» como de una red de centros con modelos de gestión que lo posibilitaron), que se inició hacia

1978 con la creación del INSALUD, y continuó con las primeras transferencias de los servicios sanitarios de la Seguridad Social a las comunidades autónomas y la plena normalización política, institucional y social del Estado español.

La gestión sanitaria en España no ha tenido el dinamismo ni la capacidad de innovación de la gestión empresarial. Los motivos son complejos y variados, y van desde la especificidad sectorial de todo lo relacionado con la salud y los servicios sanitarios hasta las fuertes resistencias corporativas y de la administración pública para cambiar y modernizarse. A pesar de ello, la gestión sanitaria en España ha conocido, en estos 25 años de existencia, un auge y florecimiento espectaculares¹. Ha habido ideas, experiencias, proyectos y resultados muy por delante de los de otros países europeos que contaban con bazas de las que España carecía: administraciones públicas de larga tradición democrática, amplio sector empresarial moderno y dinámico, etc. España ganó rápidamente un tiempo perdido, consolidando un Sistema Nacional de Salud (SNS) que en la actualidad resiste bien la comparación con los modelos de otros países europeos, que gozaron de más ventajas iniciales y/o emprendieron grandes proyectos de reforma estratégica, como los Países Bajos, Inglaterra o los países del norte de Europa. Esto no significa que el SNS esté exento de problemas serios y que, en consecuencia, sea discutible la posición que ocupa en el muy objetado informe de la OMS «Who Health Systems: improving performance»¹⁰.

La gestión sanitaria se consolidó rápidamente en todo el Estado, alcanzando momentos muy brillantes a principios de los años noventa, hasta caer progresivamente en el cierto estancamiento intelectual, la confusión ideológica y la autocomplacencia que se palpan en la actualidad.

Un contexto desfavorable y tres pecados originales

La gestión sanitaria en España nació en condiciones particularmente desfavorables: una administración pública obsoleta, burocrática y apenas democrática; pocos recursos humanos cualificados y una subfinanciación crónica ya que, a pesar del crecimiento del gasto sanitario público en la década de los ochenta, el porcentaje sobre el PIB todavía está lejos de la media de la Unión Europea.

A pesar de estas circunstancias tan desfavorables, pronto se afianzó una ola de modernización de la gestión con la aparición en escena de una generación de gestores entusiastas que contribuyeron a consolidar decisivamente lo que hoy día es el SNS.

No obstante, deben hacerse tres observaciones muy críticas en relación a ese período de esplendor inicial. La primera tiene que ver, precisamente, con el impacto profesional de estos gestores que si bien mejoraron la organización y gestión de los centros y servicios sanitarios públicos, lo hicieron a costa de implantar un modelo centralista y teñido de despotismo ilustrado, desplazando del poder —especialmente en los grandes hospitales del país— no ya a los desprofesionalizados cuadros del Instituto Nacional de Previsión (INP) y de los primeros tiempos del INSALUD, sino también a los influyentes líderes médicos (jefes de servicio, catedráticos, etc.) que habían dirigido, de manera informal pero efectiva, la vida de las grandes organizaciones sanitarias públicas. La gestión pública sanitaria moderna en España nació, pues, con un pecado original que no sólo no se ha borrado, sino que ha empeorado su desarrollo hasta nuestros días. La razón suprema de la gestión profesional eficiente abrió así un abismo, una herida, entre gestores y médicos, que todavía no se ha cerrado.

La segunda observación se refiere al papel de los altos responsables políticos sanitarios, centrales y autonómicos. Conscientes de la complejidad de dirigir políticamente la sanidad pública (con fuertes presiones corporativas y sindicales y la vigilancia firme de los responsables de economía y hacienda para frenar el déficit sanitario), han estado faltos de ambición y visión estratégica (sí la tuvo el ministro Lluch al elaborar la Ley General de Sanidad, pero se desvaneció muy rápidamente). También han faltado ganas y voluntad para impulsar un cambio global; véase lo que ha pasado con la inacabable gestación del estatuto marco del personal del SNS. Por tanto, la modernización gestora se ha hecho, en general, sin «paraguas», programas o estrategias políticas, como ha ocurrido en otros países europeos. En vez de impulsar «de arriba abajo» la gestión sanitaria se ha forjado más bien en el centro, después en el ámbito regional o de las comunidades autónomas (menos) y, finalmente, en el central (poco). Ha habido, pues, mucho ímpetu y arrojo entre los gestores y, al mismo tiempo, mucha prudencia entre los políticos, quienes transfirieron parte de sus responsabilidades (consciente o inconscientemente) a los gestores, en teoría en posiciones técnicas. De todas formas, no puede olvidarse la evidente relación entre los gestores y los políticos que los nombraron.

La tercera observación guarda estrecha relación con la anterior. En ausencia de estímulos centrales, las comunidades autónomas han desempeñado un notable papel sustitutivo, de diversa intensidad, en la consolidación de la gestión sanitaria moderna, especialmente en Cataluña y el País Vasco, que eran las que también partían de condiciones más favorables (Cataluña con una amplia red de centros que no padecían el mal de la gestión burocrática de la Seguridad Social; País

Vasco, con una combinación de dimensión y recursos envidiable). Pero, en general, se desaprovecharon las inmensas oportunidades derivadas de las transferencias sanitarias, sobre todo a la hora de crear modelos de administración más eficientes, como se hubiera podido hacer. A finales de los noventa, la capacidad de liderazgo y de innovación de las dos comunidades autónomas mencionadas comenzó a palidecer, al tiempo que otras comunidades iniciaron proyectos sanitarios de notable interés, desde posiciones de partida más complicadas y desfavorables. De esta manera llegamos al panorama actual, en el que se aprecian interesantes pero dispersas iniciativas de gestión sanitaria, que contribuyen a dibujar un panorama más equilibrado pero que parece abocado a un final próximo, que quizás coincide con la reciente y total transferencia del INSALUD.

Gestión moderna sobre un modelo de reforma progresiva (y progresista)

Repasemos a continuación algunos de los rasgos esenciales que han caracterizado la gestión sanitaria en España, a modo de balance de una etapa que, se intuye, está tocando a su fin.

En primer lugar, debe destacarse que el SNS tiene una gestión moderna, equiparable a la de otros países europeos. Los servicios sanitarios públicos están bastante bien gestionados, tanto por los resultados de productividad y eficiencia como por la utilización de instrumentos y técnicas de gestión que, convenientemente adaptados del sector empresarial, se han difundido con rapidez entre el sector sanitario. La capacidad de innovación organizativa y amplia disponibilidad de directivos y de cuadros intermedios (sobre estos últimos descansa buena parte del trabajo gestor y los buenos niveles de calidad gestora son muy atribuibles a su poca reconocida labor) han conducido a apurar las posibilidades de impulsar una gestión moderna en un escenario de administración pública muy rígida y obsoleta.

Otro rasgo definitorio de la gestión sanitaria pública en España ha sido la apuesta por un modelo de «reforma reformista», o reforma progresiva, de ciclo lento. A pesar de algún intento de desmarcarse de esta tendencia (el Informe Abril), la estrategia escogida —de forma más o menos consciente— para abordar la reforma del SNS ha sido la de eludir los grandes cambios o las reformas de gran calado. Este modelo presenta, naturalmente, ventajas e inconvenientes. Por un lado, ha permitido una mejora de la gestión, con buenos resultados evidentes, sin grandes conflictos sociales. Por otro lado, el alto precio pagado ha sido el enquistamiento de un marco de administración pública que no es el más adecuado para la prestación de servicios orientados a un usuario informado y exigente.

Una batalla perdida por los gestores

Los gestores han perdido la batalla cuando persistentemente han reclamado un marco de gestión global más flexible frente a los sindicatos, las presiones corporativas de los profesionales sanitarios (la combinación de ventajas estatutarias y nuevas alegrías propiciadas por un entorno laboral más moderno y flexible pueden ser arriesgadas, a los ojos de éstos) y las reticencias de los políticos, que temen que más flexibilidad y modernidad signifiquen más dinero público. Quizás la batalla haya estado mal planteada desde el principio. Al reclamar un marco más moderno para la gestión de la sanidad pública, se han mezclado estrategias políticas diferentes, que van desde las que sostienen que una nueva gestión pública es posible (vinculadas ideológicamente, por ejemplo, a los asesores del ex-presidente Clinton, como Osborne y otros, o a la tercera vía de Anthony Blair)²⁻⁴ hasta posiciones más extremas aunque muy minoritarias en nuestro país, que defienden una privatización de los sistemas públicos de bienestar.

La mayoría de las opiniones se han alzado a favor de la primera categoría, pero ante gran parte de la opinión pública este posicionamiento no ha quedado del todo claro, confusión que las enormes fuerzas resistentes al cambio han instrumentalizado muy bien, frenando así los tímidos intentos de reforma.

La polémica sobre las fundaciones sanitarias es paradigmática de lo dicho. Se podrá, en efecto, discutir si el modelo jurídico de fundación es el más adecuado para el cumplimiento de sus fines pero, honestamente, crear fundaciones no significa privatizar la sanidad pública.

Esta batalla, claramente perdida por los gestores, explica en buena parte el momento sanitario actual, en el que el modelo de mejora gradual de la gestión se está agotando, en un contexto europeo y mundial caracterizado por un fracaso de las grandes reformas de signo liberal⁵. Véase, como ejemplo, la penosa situación por la que atraviesa el National Health Service (NHS) británico, un modelo que fue un paradigma de eficiencia y de gestión moderna para toda una generación de gestores y profesionales, allá por los años ochenta. El futuro se presenta, pues, enormemente incierto.

Una constatación sociológica de apuesta por el modelo actual

Podría también argumentarse que el modelo de gestión del SNS y su reforma de signo evolutivo y progresivo no ha contado con referencias de procesos similares en otros países: se ha realizado esencialmente

mediante un proceso de «cocina interna». Desde luego, la opinión pública española parece decantarse por mantener, mejorando desde luego, el modelo sanitario actual, y esa constatación sociológica ha sido bien recogida por todas las fuerzas políticas. El Partido Popular, por ejemplo, ha mantenido una posición de sostenimiento del SNS en su configuración original y, aunque sus programas y estrategias sean discutibles, está claro que no ha puesto en peligro las bases en las que descansa. Ninguna fuerza política se plantea seriamente cambiar la configuración básica del SNS, al menos a corto o medio plazo.

Además, como en el caso del caballito de madera tipo balancín, que se mueve, oscilando, pero no avanza, ondas y ciclos de reformas sanitarias de aparente gran calado no siempre significan mejorar las cosas de los sistemas sanitarios. Véase si no, de nuevo, el NHS, sometido a periódicos envites estratégicos de reforma que no han evitado sus serios problemas actuales de organización y gestión. El cambio, incluso cuando esté avalado en potentes corrientes de producción intelectual en el campo de la planificación y gestión sanitarias, como existen en Inglaterra, puede llegar a ser desafortunadamente estéril.

Las causas del declive

Se ha comentado ya que el SNS se encuentra en un momento de declive. ¿Cuáles pueden ser las causas? A continuación se exponen algunas. En primer lugar, un agotamiento de las posibilidades de mejora de gestión en el marco jurídico actual. Probablemente, ya se le ha exprimido todo su jugo y el resultado no ha sido en absoluto malo.

En segundo lugar, la pérdida de iniciativa y liderazgo de las comunidades autónomas pioneras, que desempeñaron un papel decisivo en la modernización del conjunto del sistema, en combinación con un papel actual más activo de las demás.

En tercer lugar, y estrechamente relacionado con lo anterior, la excesiva compartimentación del SNS, con mercados locales de gestores muy endogámicos y sometidos a un fuerte clientelismo político. Esto impide el contraste y la transferencia de experiencias y, de continuar la situación así, el hecho de que un gestor «cambie» de comunidad autónoma resultará una increíble extravagancia.

En cuarto lugar, sin abandonar el tema de los recursos directivos, encontramos un agotamiento generacional, porque buena parte de los gestores actuales, aún en plena madurez profesional, es posible que estén bloqueando la llegada de nuevos y jóvenes profesionales.

En quinto lugar, el pecado original de la gestión sanitaria pública ha influido en la cultura de gestión do-

minante, con fuertes tintes de despotismo ilustrado. Tenemos un perfil de profesional muy habilidoso en el manejo de la parte *hard* de la gestión (técnicas e instrumentos de gestión básica), pero con dificultades para desenvolverse en la parte *soft*, que valora más el liderazgo, la capacidad de generar visión y compromiso y el trabajo en equipo. Y en un escenario en el que los clínicos reclaman más autonomía y poder, el choque entre habilidades gestoras y necesidades organizativas puede llegar a ser muy virulento. Probablemente, no haber intuido la gravedad de ese desencuentro sea el principal error estratégico de los gestores del SNS.

Confusión conceptual e intelectual en el sector sanitario público

Finalmente, la ausencia de políticos visionarios, la falta de resultados concluyentes de las reformas de gestión acometidas en otros países y, de forma muy relevante, la falta de depuración del discurso sanitario producido en los últimos años en España han traído bastante confusión conceptual e intelectual al sector sanitario público. Es más, la enorme producción intelectual sobre gestión sanitaria que se ha dado en nuestro país en los últimos años y, en cambio, el bajo nivel de aplicaciones derivadas de las ideas, como la competencia o la separación de funciones, han conducido a un estado de falta de credibilidad y de animadversión por parte de los clínicos, ante una jerga que no entienden y, a veces, incluso desprecian.

En algunas comunidades autónomas, la confusión ha alcanzado niveles sorprendentes y, con el mayor desparpajo, se habla de «competencia», «separación de roles» o se introduce el concepto de «asegurador público», que es completamente contradictorio, porque el aseguramiento, por definición, selecciona riesgos y personas y huye de lo indiscriminado: es un negocio legítimo que tiene sus reglas. Sin embargo, la tozuda realidad muestra, en esas comunidades autónomas, que la cultura predominante es de un fuerte intervencionismo por parte de la administración y de una mezcla de roles a los distintos niveles de la provisión (¡Qué palabra ésta, «provisión»! ¿Por qué se abandonó el término de «centro sanitario», tan sencillo y familiar?).

Y esta confusión se está generando tanto por la aplicación forzosa de términos y conceptos poco aplicables a nuestro entorno como por la falta de correlación entre lo que se dice y lo que se hace. Quizá sea esta confusión uno de los efectos actuales de la abundante producción de discurso de gestión sanitaria en el SNS, a la que han contribuido, a veces de forma entusiasta, directivos del sistema, gestores y «centros de pensamiento» y reflexión.

Una propuesta para la nueva gestión del SNS

¿Cuáles son los rasgos definitorios que deberían caracterizar la nueva gestión del SNS? Algunos son los siguientes:

– Políticos sanitarios más ambiciosos y visionarios, con vocación de liderazgo transformador⁶. No puede haber calidad en el servicio ni mejora de la gestión si la política sanitaria no es de calidad. Los gestores no pueden, aunque a veces lo han intentado, sustituir a los políticos, por mucho que quieran. Una sociedad y una medicina más complejas requieren políticos de alto nivel que detengan el actual estancamiento intelectual del SNS, que elaboren programas y agendas que den respuestas a los retos de la medicina moderna, a la crisis por desmotivación crónica de los profesionales y a unos ciudadanos más participativos, informados y exigentes.

– Promover la carrera profesional de nuevas generaciones de gestores, que necesariamente deberán desarrollar nuevos perfiles y habilidades, menos tecnócratas y más estrategas. Se necesitan gestores de un nuevo tipo, menos preocupados por el corto plazo y por la estructura y más por los procesos, los pacientes y los recursos humanos.

– Las prioridades de la gestión van a cambiar. Cumplir contratos, gestionar actividades y recursos o conocer costes son actividades que se suponen bien resueltas en el SNS. Gestionar la investigación, establecer acuerdos –en forma de alianzas estratégicas– entre centros sanitarios, encontrar vías de diferenciación competitiva o encontrar socios estables y honestos dentro del sector privado van a ser los nuevos retos a los que se enfrentarán los gestores que, además, deberán estar más pendientes de lo que pasa «fuera» de su organización. Deberán mirar por igual hacia dentro que hacia fuera de la organización y estar muy atentos a las oportunidades que ofrecen las nuevas tecnologías de la comunicación para el sector sanitario. Claro está que es difícil implantarlos en un marco de restricciones presupuestarias en materia de inversiones y que decidir, en el difícil marco de convivencia entre gestores y clínicos, entre invertir en equipos médicos o en tecnología de la comunicación suele ser un ejercicio de difícil solución⁷.

– El paradigma de la gestión sanitaria moderna seguirá siendo la gestión clínica, la gestión por casos, por procesos, la medicina basada en la evidencia. El interés de los gestores debe desplazarse y centrarse en la microgestión y en el proceso. Ahí está el principal punto de ruptura con la «vieja» gestión: la nueva gestión obliga a reformar el modelo organizativo autoritario y centralista de los centros y a dotarle de mayor autonomía. Este cambio requiere cierta velocidad en su

implantación; ya se está dejando escapar un tiempo precioso. Mucho se habla de gestión clínica, pero las experiencias de cierto valor no son, desgraciadamente, demasiadas⁸. Se corre el riesgo de «quemar» de nuevo una oportunidad histórica para cambiar la cultura y el modelo organizativo de los centros y para enterrar el desencuentro entre clínicos y gestores. Guerrero et al⁹ han explicado muy bien cómo los enormes condicionantes y limitaciones que impiden la extensión de la gestión clínica pueden, a muy corto plazo, diluir el concepto y sus posibilidades de éxito.

– El modelo de gestión de los centros sanitarios debe cambiar profundamente. Es incomprensible que tras casi 10 años de polémicas estériles no exista en el estado español más de una decena de nuevos modelos de gestión (aparte del caso de Cataluña). Las comunidades autónomas tienen ahora la oportunidad de desarrollar y crear nuevos modelos de gestión teniendo en cuenta que la sociedad española, y sus representantes políticos, desean mantener los rasgos esenciales actuales del sistema público. Si el modelo burocrático dominante ya apenas se adapta en la actualidad a las nuevas exigencias de los ciudadanos y de los profesionales, esta inadaptación no hará más que crecer y alcanzará un punto crítico en muy poco tiempo. Hay que tener coraje y, en beneficio del sistema sanitario, de sus profesionales y por el interés de los ciudadanos, modernizar el modelo de gestión y de funcionamiento de los centros sanitarios. Se necesita claridad conceptual, voluntad política y capacidad de explicación democrática: no es mucho.

– Experimentación, evolución, contraste de ideas. Resulta crítico articular por consenso un SNS cuyas partes (las comunidades autónomas) hablen, cooperen y se ayuden. La cultura latina es muy perezosa a la hora de evaluar experiencias, pero es necesario hacerlo. Y aquí deben trabajar juntos políticos, gestores, epidemiólogos y economistas de la salud. Se hace difícil entender que se desconozcan resultados elementales de las comparaciones entre los nuevos modelos de gestión que han surgido. Un cierto pacto político para no instrumentalizar conclusiones y resultados «micro» sería necesario o, de lo contrario, será imposible extender la cultura de la comparación. La creación de una agencia de observación y análisis del SNS es una buena idea, pero no puede surgir de un INSALUD reciclado, porque carecería de legitimidad institucional. El INSALUD ha recibido injustas críticas, porque ha desempeñado un buen papel en la modernización de la gestión del SNS, partiendo de circunstancias particularmente adversas. Pero la nueva agencia debería buscar su legitimidad partiendo de cero, contando con una plantilla reducida y muy cualificada, ajena por completo a cualquier conducta centralista y autoritaria. Esto no impide, naturalmente, que los recursos técnicos del INSALUD encuentren cabida y acomodo en la nueva

institución. Y esta agencia debería articular la creación de una red de conocimiento sobre gestión de base estatal y autonómica, para descentralizar la realización de estudios. Por poner un ejemplo, y volviendo al tema de Cataluña, convendría describir y evaluar mejor su modelo de gestión, que combina algo más de calidad en el servicio con algo más de coste (y con probables mayores costes de administración y transacción). La comparación entre los diferentes modelos autonómicos de sanidad resultaría, indudablemente, muy refrescante y útil.

– La participación social: la gestión sanitaria en España tiene un cierto déficit democrático. Es inconcebible que los centros sanitarios no tengan consejos de administración y gobierno a los que rendir cuentas (a excepción de Cataluña, donde buena parte de los centros sanitarios que no son de la Seguridad Social sí disponen de órganos de gobierno). La constitución de consejos de administración es urgente y tendrá muchas ventajas. Por un lado, permitirá rendir cuentas a la comunidad y la participación de agentes activos e interesados de la misma. Por otro, reubicará mejor la figura del gerente que a veces, en el sistema actual, aparece como un representante obediente y sometido a todo tipo de influencias –positivas y negativas– de la propiedad. Y, lo que es definitivo, permitirá conducir el debate sobre la autonomía de los centros y la participación de los profesionales de forma local y efectiva. Se ganará y permitirá eludir los grandes debates políticos que, como se ha apreciado, no han conducido a nada o, mejor dicho, han conducido a la parálisis del sistema en el tema de la innovación organizativa.

– La gestión no es patrimonio de los gestores. Sin buenos políticos, una buena gestión sanitaria (¡y no sanitaria!) es difícil. Pero en un contexto de complejidad, los gestores necesitan complementarse con otros profesionales: especialistas en economía, en salud pública, en epidemiología, etc. Una de las asignaturas pendientes es, precisamente, la falta de coordinación entre salud pública y servicios sanitarios, cuando los nuevos riesgos en esta materia son obvios y conocidos. Se necesita mayor horizontalidad e intersectorialidad. Tenemos, a este respecto, muy buenos centros de investigación, análisis y reflexión, tanto en salud pública como en economía de la salud. Hay que integrar su producción científica en el ámbito de la gestión, y esto requiere cambiar posiciones intelectuales por parte de los gestores, que ven esta cuestión como algo distante y que no les aporta valor, y también por la de los investigadores, que a menudo se sienten muy confortables alejados del mundanal ruido de la gestión. Cabe decir que no ha ayudado mucho el hecho de que algunas propuestas operativas en el campo de la gestión, encargadas por responsables políticos de algunas comunidades autónomas, se hayan desvirtuado en su implantación.

Conclusiones

A modo de conclusión de estas notas, es necesario reafirmar que el SNS es uno de los logros históricos de la sociedad española contemporánea y que su nivel de gestión es más que aceptable, teniendo en cuenta las condiciones de partida tan desfavorables.

Los problemas de nuestro sistema sanitario, o están vinculados a los problemas inherentes a un sistema público de cobertura universal, generosas prestaciones y subfinanciación clara (con un PIB dedicado a gasto sanitario público que sigue figurando en la cola de los países de la Unión Europea, listas de espera o bajos salarios) o son los propios de un modelo organizativo obsoleto, con falta de autonomía de los centros y de los profesionales, o guardan relación con las mayores expectativas de los ciudadanos y con la enorme complejidad de la medicina del futuro. Todo ello debe abordarse desde la perspectiva de una nueva gestión propia del nuevo siglo. El SNS ha aguantado bien las estrategias conducentes a frenar su deterioro y deslegitimación social. Probablemente éste sea el momento para consensuar las bases del SNS del nuevo siglo, aprovechando la evidencia histórica de que el sistema está ya totalmente descentralizado.

El nuevo marco de la sanidad pública española requiere nuevas reglas de juego que vinculen a todos sus actores y que, entre otras cosas, permitan mantener y mejorar la calidad de la gestión global del sistema. El escenario futuro es enormemente incierto y complejo; sabemos bien de dónde venimos y qué fallos y logros esenciales se asocian al SNS, pero necesitamos conocer mejor el futuro, y éste debe prepararse y gestionarse positivamente. La tarea más urgente es la de construir nuevos programas y agendas políticas, con un discurso claro y creíble. Algunas iniciativas, a modo de puntos de ruptura, no requieren grandes transformaciones legales y pueden marcar una tendencia, un camino. Por ejemplo, no parece complejo crear consejos de administración e iniciar la transformación del modelo de gestión con las máximas garantías de mantenimiento del estatuto de servicio público en algún gran centro hospitalario, e ir evaluando resultados. Introducir el concurso público de méritos en la selección de gerentes también serviría para legitimarlos ante los profesionales y permitiría resituar y aclarar las funciones de gobierno y de gestión del sistema. Estimular y difundir las comparaciones y el *benchmarking* de base estatal sobre la base del trabajo con datos ya existentes son iniciativas que deberían tenerse en cuenta, por el buen funcionamiento del sistema y con la voluntad de impulsar una nueva transparencia informativa.

El SNS es apreciado por los ciudadanos, a la vez que tiene carencias y problemas muy serios. El principal peligro que le acecha no es de tipo político, porque

el consenso social para su mantenimiento es muy amplio, y apenas existen corrientes de opinión influyentes que sostengan, al menos en público, que es necesario desmantelarlo. El principal riesgo es una deslegitimación crónica y progresiva, por la que los ciudadanos pierdan la fe y la confianza en el sistema sanitario público. Éste no puede continuar más tiempo anclado en

un precepto de tipo organizativo y de gestión que se ha agotado. El SNS debe refundarse, cambiando aspectos esenciales de la gestión: ésta es la tarea más urgente que se plantea el sistema, y ésta es la obligación de políticos, gestores y profesionales, para ofrecer a los ciudadanos unos servicios sanitarios de calidad.

Bibliografía

1. Cuervo JL, Varela J, Belenes R. Gestión de hospitales. Nuevos Instrumentos y Tendencias. Barcelona: Ediciones Vicens Vives, 1994.
2. Osborne D, Gaebler T. La Reinención del gobierno. Barcelona: Ediciones Paidós, 1994.
3. Osborne D, Plastrick P. La reducción de la burocracia. Cinco estrategias para reinventar el gobierno. Barcelona: Ediciones Paidós, 1998.
4. Ferlie E, Ashburner L, Fitzgerald L, Pettigrew A. The New Public Management in Action. Oxford: Oxford University Press, 1996.
5. Saltman RB, Figueras J, Sakellarides C, editores. Critical Challenges for Health care Reform in Europe. Open University Press. Buckingham. Philadelphia: Open University Press, 1998.
6. Morrison I. Health Care in the new millennium. Vision, values and leadership. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 2000.
7. Ortún Rubio V, del Llano Señarís J, Martín Moreno JM, Millán Núñez-Cortés J, Gené Badía J, directores. Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos. Barcelona: Masson, S.A., 1999.
8. Belenes R. Cambios en la organización del hospital moderno: el reencuentro entre clínicos y gestores. Revista Todo Hospital 1999;155:229-33.
9. Guerrero Fernández M, Alonso Sánchez JL, Bixquent Motegud V, Fernández Gomis M. Las premisas para la gestión clínica. Gestión Hospitalaria 2001;12:150-4.
10. WHO Health Systems: improving performance. Gèneve: WHO, 2000.
11. Navarro V. Crítica a la sabiduría convencional. El informe de la OMS «Who Health Systems: improving performance» y su relevancia en España. Gaceta Sanitaria 2002;15:461-6.
12. Mira JJ, Buil JA, Aranaz J, Vitaller J, Lorenzo S, Ignacio E, et al. ¿Qué opinan los pacientes de los hospitales públicos? Análisis de los niveles de calidad percibida en cinco hospitales. Gac Sanit 2000;14:291-3.