

La gobernanza del modelo de salud



Dr. Ignacio Riesgo, médico, consultor sanitario, Senior Advisor
de Roland Berger

Sumario

1. De dónde venimos
2. Dirección política no significa necesariamente organización administrativa directa
3. Prerrequisitos para una buena gobernanza
4. Elementos clave para una nueva gobernanza en el sistema de salud
5. ¿Qué papel tienen las comunidades autónomas?
6. ¿Cómo se avanza?

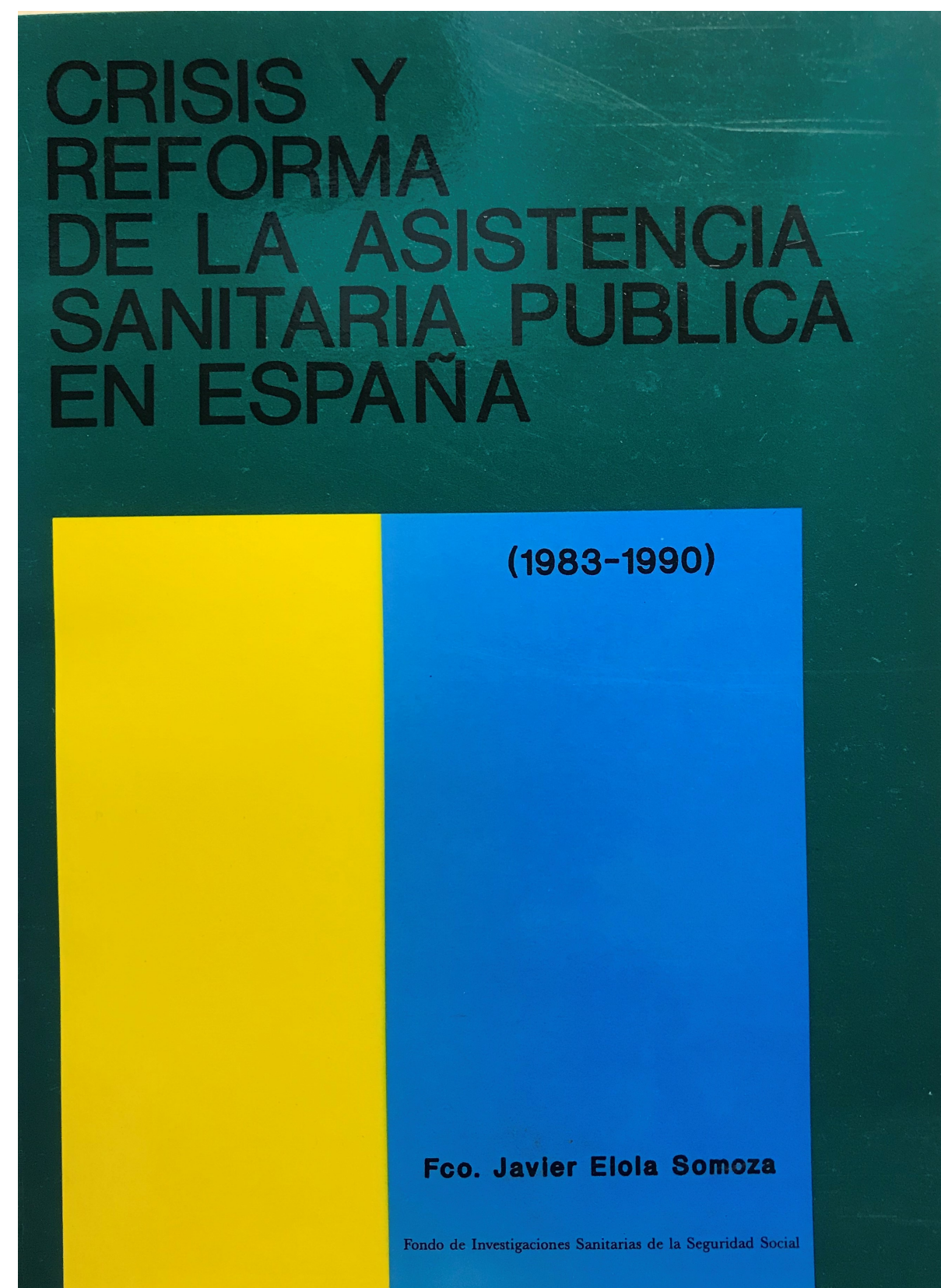
1. De dónde venimos

Grandes reformas en los años 80'

- **Grandes avances del sistema sanitario en los años 80'**, a raíz de la Ley General de Sanidad (UCD: sistema MIR, medicina de familia; PSOE: reforma de la atención primaria, reforma hospitalaria, integración de redes, constitución SNS)
- 2 reformas que se obviaron:
 - **modelo de gestión**
 - **régimen de personal**
- Los dos grandes partidos que gobernaron España durante este tiempo nunca tuvieron mucho interés en abordar estos temas

Larga tradición de propuesta de reformas

Informe Abril, 1991



Más propuestas reformistas

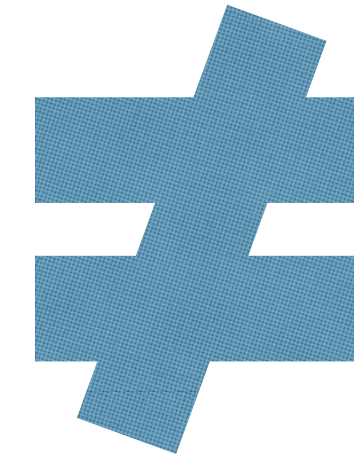


2. Dirección política no quiere decir organización administrativa directa

Organizaciones sanitarias: no empresas, sino parte de la Administración

❖ Qué requieren las organizaciones sanitarias

- Innovación
- Continua incorporación de nuevas tecnologías
- Nuevos roles profesionales
- Adaptación a necesidades sociales diferenciadas
- Alianzas con otras empresas
- Incentivos bien diseñados
- Eficiencia



❖ Mundo administrativo

- ❖ Estabilidad
- ❖ Eficacia

❖ Organizaciones sanitarias públicas

- ❖ Parte de la Administración
- ❖ Con personal estatutario , equivalente a funcionarios

Que la personalidad jurídica y el tipo de régimen laboral no son elementos neutros no es un apriorismo

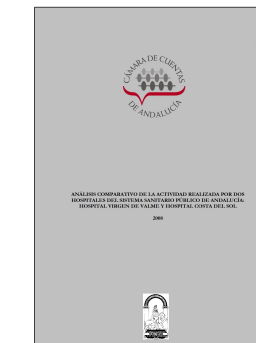
2007, se comparan, dentro de los hospitales público, aquellos con modelo laboral (38) o estatutario (37)

EVALUACIÓN DE LA EFICIENCIA Y CALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA DE LOS HOSPITALES EN ESPAÑA SEGÚN SU MODELO DE GESTIÓN
A. Arias, C. Illa, C. Sais y M. Casas
IASIST SA.

2012, conclusiones similares



2008, Cámara de Cuentas de Andalucía, Costa del Sol / Hospital de Valme



Gac Sanit. 2015;29(4):274-281

Original

Eficiencia técnica de los hospitales públicos y de las empresas públicas hospitalarias de Andalucía

Luis Herrero Tabanera^a, José Jesús Martín Martín^{b,*} y M^a del Puerto López del Amo González^b

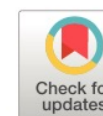


Gac Sanit. 2019;33(4):325-332

Original

Análisis multinivel de la eficiencia técnica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud español por tipo de propiedad y gestión

Carmen Pérez-Romero^a, M. Isabel Ortega-Díaz^{b,*}, Ricardo Ocaña-Riola^{a,c} y José Jesús Martín-Martín^{c,d}



Article
Multilevel Analysis of the Relationship between Ownership Structure and Technical Efficiency Frontier in the Spanish National Health System Hospitals

M^a Isabel Ortega-Díaz¹, Ricardo Ocaña-Riola^{2,3}, Carmen Pérez-Romero^{2,*} and José Jesús Martín-Martín^{3,4}

Ha habido iniciativas interesantes

- **Empresas públicas** (Andalucía, Madrid)
- **Fundaciones** (Galicia, Madrid)
- **Consortios y EBAs** (Cataluña)

Configuración empresarial y personal laboral

El avance de este modelo fue frenado a raíz de las transferencias

En muchas comunidades autónomas, **sanidad intervenida:**

- Consejería de Hacienda
- Consejería de Administraciones Públicas

Estos procesos se han presentado como “privatización”

Gestión Pública



Gestión necesariamente administrativa

Servicio Público



Gestión necesariamente pública

3. Prerrequisitos para una buena gobernanza

Prerrequisitos para una buena gobernanza

- **Dirección estratégica del SNS**

- **Autonomía de las organizaciones sanitarias**

Dirección estratégica del SNS

- Cierta recuperación de esta dirección estratégica, no solo del Ministerio, lo que parece imposible, sino **del conjunto del SNS**, con un perímetro amplio, gobierno compartido
- ¿Cómo? No por nuevas leyes o impulso a la Alta Inspección
- **Agencias especializadas independientes.** Por lo menos tres:
 - Agencia de Salud Pública
 - Agencia de Información, Evaluación y Calidad
 - Agencia para la transformación digital del sistema sanitario

Autonomía organizaciones sanitarias

- **Recuperar las iniciativas de empresas públicas y fundaciones**, dotando de personalidad jurídica a los centros, pero no solo para centros nuevos, sino un modelo que permita la transformación de los existentes (algo equivalente a los Trust británicos)

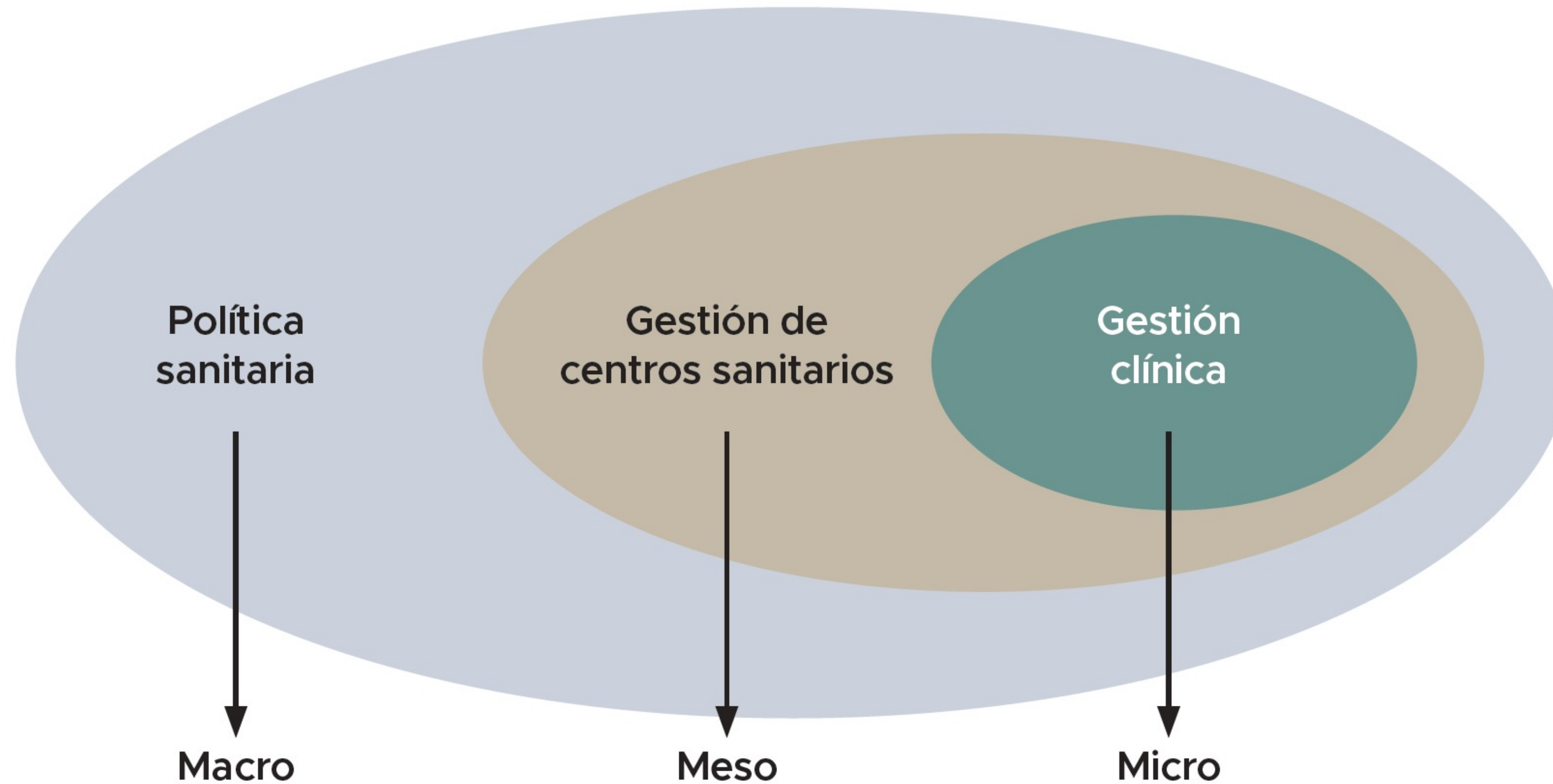
- Dos tendencias:
 - Los que proponen que sanidad lidere un cambio en las Administraciones
 - **Aquellos que se inclinan que Sanidad, al menos en su parte provisora, debería salirse de la Administración para avanzar hacia la empresarialización**

Insuficiencia de las iniciativas de abajo arriba

- Algunos, ante la dificultad de estas reformas, proponen casi olvidarse de ellas, y fiar todo a iniciativas ***bottom-up***
- Las **iniciativas de abajo arriba, radicalismo selectivo, etc.**, que son necesarias, no pueden sustituir por completo la ausencia de dirección estratégica y una cierta estructura. Las iniciativas de abajo-arriba, sin proyectos de reforma de arriba-abajo, producen **frustración**, por las limitaciones

4. Elementos clave para una “nueva gobernanza” en el sistema de salud

Visión macro, meso y micro



Nivel macro del SNS

- Órgano de representación de los agentes del sector (fundamentalmente: pacientes y profesionales)
- De consulta e informe preceptivo para determinados temas
- No parece adecuado el actual **Consejo Consultivo del Consejo Interterritorial** (gobiernos, empresas a nivel general, sindicatos)
- Aquí debe estar representado el **sector privado**, tanto prestador como de bienes y servicios
- Es necesaria algún tipo de implicación del sector privado en esta gobernanza del sistema sanitario, que no puede vivir de espaldas a la realidad de este sector
Latinoamericanización vs. europeización

Nivel meso: organizaciones sanitarias

- **Consejo de Administración** (u órgano equivalente), incorpore a los ciudadanos, tal vez a través de los Ayuntamientos

- Como hace el Banco de España, para los Consejos de los Bancos, aquí hay que regular muy bien las incompatibilidades y los procesos de formación para los miembros de los Consejos

Conceptos básicos de gobierno corporativo

Gobierno (los miembros del Consejo)	Se aseguran de que la gestión es correcta, que va en la buena dirección y evalúan al equipo directivo
Dirección (los gestores)	Dirigen la compañía

Nivel micro: unidades clínicas

- **Gestión clínica:** dar cierta autonomía a los profesionales sanitarios no solo en la actividad clínica, sino en la gestión responsable de los recursos y en la organización del servicio- en el marco de un acuerdo de gestión y de unos objetivos pactados

- Es difícil avanzar en la gestión clínica, si no hay un ámbito de autonomía del centro sanitario –particularmente, en la gestión económica y de recursos humanos-

5. Qué papel para las comunidades autónomas

Las comunidades autónomas, en general, han introducido poca innovación en el sistema sanitario

- No se trata de cuestionar las transferencias, pero las comunidades han adoptado más una filosofía de “**gestionar lo recibido del INSALUD**” que en explorar innovaciones y mejoras
- Razones varias:
 - Forma de hacer las transferencias, sin unos potentes instrumentos de cohesión
 - En un momento de consolidar la propia Administración regional
 - Simplemente, no se priorizaron los problemas de sanidad
- Lo cierto es que **se introdujeron pocos cambios y algunos en marcha, como la transformación empresarial del sistema, se frenaron**

Sin embargo, las comunidades sí que pueden introducir innovaciones y, en algunos casos, lo han hecho

- ❖ Observatorios de transparencia, Cataluña y Madrid
- ❖ Comité de Dirección del Servei Català de la Salut, que se replica en las regiones
- ❖ Consejo de Salud en Cataluña
- ❖ Comité consultivo de pacientes, en Cataluña
- ❖ Modelo de gobernanza y OSI's en el País Vasco
- ❖ En su momento, las "nuevas formas de gestión" en Andalucía, Madrid y Galicia
- ❖ Las por algunos denostadas "concesiones", en la Comunidad Valenciana y en Madrid

La gobernanza no avanzará sin la iniciativa de las comunidades, particularmente en el meso y micro

- La pregunta es qué **atributos a preservar del SNS** y, a partir de ahí, puede avanzarse por parte de las comunidades. Posiblemente: financiación pública, cartera de servicios común, movilidad para los pacientes, movilidad para los profesionales (respetando la autonomía de gestión de los centros), ciertos elementos de organización de la asistencia en dos niveles
- A partir de ahí, las comunidades pueden avanzar e innovar en:
 - Modelo de gestión
 - En gobernanza
 - En avanzar hacia la transformación empresarial del sistema
 - En transparencia
 - En colaboración con el sector privado
 - En muchos otros temas

6. ¿Cómo se avanza?

Hacen falta propuestas ambiciosas pero realistas y liderazgo

- “Talkers y doers”
- Todos los cambios y reformas conllevan riesgos para el que los lidera. En los últimos tiempos se ha optado por riesgo 0, que, a la larga, es el mayor riesgo para el sistema
- ¿Hace falta consenso?
 - En general, hay consenso ante los cambios entre profesionales, pacientes y expertos
 - No hay tanto consenso cuando se implican responsables políticos, sindicatos y ciertas organizaciones corporativas
- **Agentes principales del cambio:** pacientes, profesionales, sociedades científicas

Organizadores



Patrocinadores



Ignacio Riesgo
629 12 86 58
ignacio.riesgo@icloud.com