

ANÁLISIS SOBRE LA ORGANIZACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA BASADA EN LA LEY DE SAÚDE DE GALICIA

Enrique Castellón Leal
Presidente de CRB

Francisco Reyes Santías

Investigador Instituto universitario de Ciencias Neurológicas-Universidad de Santiago

Resumen: *La separación efectiva y la autonomía del nivel de gestión en relación con el nivel político, es una condición previa de eficiencia micro y macroeconómica, sin debilitar por ello lo esencial del modelo público. En un sistema público el aseguramiento único y público hace más aconsejable asociar el aseguramiento a la Autoridad. La provisión significa hoy en día integración. Una fórmula adecuada para la Consellería podría consistir en estructurarse en tres grandes Áreas: El Área de Aseguramiento y Compra de Servicios Asistenciales, que conecta a la Consellería con las Áreas Integradas de Salud; el Área del Plan de Salud que establece el Plan Estratégico y el Marco de Financiación y el Área Administrativa que se encargaría de la estructura de gestión de la propia Consellería. La función de provisión o producción de servicios asistenciales podría descentralizarse en las áreas integradas de salud.*

Palabras clave: *Autonomía, gestión sanitaria, aseguramiento.*

Abstract: *The gap between Management and political levels means a previous condition for macro and micro efficiency. In a public system, the "public and universal insurance makes sensible to link insurance and health authority. Providing means integration. Consellería would have three main areas: Insurance Area which means the relationship with integrated areas; the Health Plan Area, related with Strategic Plans and budgeting and the bureaucracy Area to manage the Consellería. Health care production would be decentralized through Integrated Health areas.*

Key words: *Autonomy, health care management, insurance.*

I. CONSIDERACIONES PREVIAS

Las reformas sanitarias llevadas a cabo en los sistemas integrados de salud europeos en los años 80, al plantear la importancia de desdoblarse las estructuras tradicionales en varios niveles, incidieron de alguna manera (quizá más teórica que real) en el proceso de constitución de los nuevos servicios sanitarios autonómicos. Aquellas reformas se pusieron en marcha con el intento de alcanzar una mayor eficiencia, más responsabilidad (en el sentido del término inglés *accountability*) y un

apoderamiento (empowerment en la literatura) más real de ciudadanos y pacientes (OECD, 1999). Sin embargo, la fuerte inercia administrativa, y en concreto el miedo a la pérdida de control político y al desbordamiento del gasto ha impedido, en la mayor parte de los casos, avances significativos. Estos obstáculos, por el contrario, aparecen en mucha menor medida en los países anglosajones, donde las reformas de los servicios públicos producidos directamente por los gobiernos se basan en el convencimiento, por parte de los responsables económicos y de la hacienda

pública, de que en estas situaciones operan unos incentivos que conducen a un mayor descontrol del gasto y a una ausencia evidente de responsabilidades por ello (Gareth, 2008). En cualquier caso, una lección que puede aprenderse de estos procesos de reforma, es que el esquema de organización al que se quiere llegar debe responder a una estrategia previa y a una definición de los grandes objetivos del Sistema. No tiene sentido, por tanto, una estructura organizativa que no responda a una estrategia previamente establecida (Hodge, 2003).

Quizá por efecto del tiempo transcurrido, hoy parece más claro en España, al menos en teoría, que la separación efectiva y la autonomía del nivel de gestión en relación con el nivel político, es una condición previa de eficiencia micro y macroeconómica, sin debilitar por ello lo esencial del modelo público. Esta afirmación no pretende desterrar a la política de la gestión de la sanidad sino que aboga porque cada función se sitúe en el plano adecuado para un funcionamiento eficaz del sistema en su conjunto.

El significado de las distintas funciones

Es fundamental que se entienda de manera precisa el significado de las distintas funciones que han de llevarse a cabo en un sistema sanitario y sus niveles correspondientes. Primero, la Autoridad Sanitaria, como nivel en que reside el establecimiento de políticas y su traducción en normas que, a su vez, definen el marco del sistema o modelo, sus grandes objetivos y los criterios fundamentales que han de regir su funcionamiento. En segundo lugar, el nivel de Aseguramiento, en nuestro caso único y público, garantiza a los ciudadanos unas prestaciones y unas condiciones de servicio, así como la sostenibilidad financiera del propio sistema de seguro público. Debe responder a cuestiones básicas acerca del que, para quien, cuanto,

y, por tanto, definir cartera de servicios y su financiación. En este nivel, los derechos de los pacientes deben encontrarse representados y defendidos frente a cualquier conflicto de interés con los diferentes proveedores, lo que implica mantener una capacidad de evaluación permanente. Finalmente, y en la medida en que son las instituciones sanitarias asistenciales o proveedores las que, en último extremo, proporcionan los servicios, el nivel de Compra tendría como objeto asignar y distribuir los recursos recibidos de manera que el compromiso asistencial se cumpla de manera eficaz y eficiente. El comprador se financia con la prima que le cede al asegurador y gestiona, con esos recursos, el riesgo que también le ha sido transferido.

La separación de funciones

La mayor o menor independencia de las estructuras que soportan estas funciones en un modelo sanitario público puede ser y, de hecho lo es, discutible, excepto en el caso de la separación de la compra y provisión de servicios de la Autoridad Sanitaria y ello por una razón fundamental: difícilmente puede sostenerse un sistema de exigencia de responsabilidades, que es imprescindible, cuando comprador y proveedor son la misma cosa. La función de aseguramiento, por otro lado, podría asociarse a la de compra como sucede con el mundo privado. En un sistema público, sin embargo, el aseguramiento único y público hace más aconsejable asociar el aseguramiento a la Autoridad, si bien distinguiendo claramente las funciones.

La provisión, finalmente, significa hoy en día integración. En el reciente informe HealthCast 2020 de Price Waterhouse Coopers (PWC, 2006), realizado con consultas a casi 600 expertos y directivos sanitarios mundiales, pocas afirmaciones suscitan tanto consenso, superior al 80%, como que la falta de integración de los servicios sanitarios es el problema más importante en todos los sistemas.

Funciones básicas de gestión

Independientemente de los vínculos que tienen que existir entre unidades autónomas en un mismo ámbito, especialmente en el entorno público, por razones de escala y de coordinación, cualquier organización debe disponer de unas funciones básicas propias, así como de las estructuras correspondientes con las que desarrollar aquellas (Mintzberg, 2000). La planificación es una de esas funciones. La gestión de recursos tanto humanos como económicos y materiales, muy especialmente entre estos últimos las tecnologías de la información y las comunicaciones, corresponden también a esa categoría básica y común.

Planificación

Como es sabido, el proceso iterativo de planificación implica planificación propiamente dicha, programación, ejecución, evaluación y nueva planificación. Llevado un poco más lejos, este proceso circular, como explica la teoría, puede aplicarse en un nivel estratégico, táctico u operativo. Por otro lado, el establecimiento de planes, como primer eslabón de la cadena, implica recoger algunos elementos básicos del entorno. En este sentido, cada organización es diferente (Mintzberg, 2001). La aplicación concreta de este proceso a la Administración Pública representada por la Consellería de Sanidade pondría:

1.- la Consellería de Sanidade planificaría sus políticas y tomaría decisiones sobre la financiación por lo que,

2.- Su planificación debe situarse en el nivel estratégico y en un desarrollo donde la programación no tiene por qué alcanzar un elevado grado de detalle.

Básicamente, debe dotar al Sistema de un sentido estratégico común. Sus inputs fundamentales serían los planteamientos políticos del Gobierno, e incluirían entre otras cosas, los criterios básicos de su relación con el sector privado, tanto de las

instituciones públicas como de los asegurados públicos.

En el Servicio Galego da Saúde o en los niveles asistenciales en general, por otro lado, el input básico estaría formado por las directrices políticas, los planes y, en su caso, programas, derivados del proceso planificador de la Consellería de Sanidade. Por tanto, el nivel en el que ha de llevar a cabo su planificación será estratégico, táctico u operativo, dependiendo de su nivel de descentralización. Los planes y programas habrán de referirse a cuestiones tales como la continuidad asistencial, la calidad, la gestión de procesos, la gestión clínica o la participación y motivación de los profesionales.

Los Planes Transversales

Existen una serie de planes sectoriales que deben encontrar su acomodo en un planteamiento similar al descrito. Ejemplos concretos, serían, sin pretender ser exhaustivo, el Plan de Drogas, el Plan de Atención Integral a la Mujer, el Plan de Salud Mental, el Plan de Cuidados Paliativos y el Plan de Atención a la Dependencia. Con respecto a estos planes sectoriales, la planificación debe ser necesariamente compartida, de manera que los elementos estratégicos, deberán enunciarse por la Consellería, mientras que los desarrollos por programas y actuaciones correspondrán al entorno asistencial. Como ambos niveles –estratégico y operativo– se influyen mutuamente, es esencial que en la redacción de los planes exista la necesaria cooperación entre ambos niveles. Esto puede aplicarse con frecuencia a planes y programas de Salud Pública en general donde no siempre se mide bien la sobrecarga asistencial que pueden generar. La situación contraria, que también debe evitarse, se produce cuando el nivel asistencial dedica recursos a programas o actividades preventivas no prioritarias desde el punto de vista de la salud pública, a tenor de las directrices del Plan de Salud.

Gestión económica y financiera

Ambas estructuras organizativas tienen procesos de gestión económica, aunque con distinta finalidad. La Consellería de Sanidade, en su papel de aseguramiento y compra, ha de determinar el marco financiero con el que hacer frente a las prestaciones y debe también velar por el uso correcto de esos recursos financieros para garantizar que no haya riesgo para el derecho que los asegurados tienen reconocido a recibir el servicio. El Servicio Galego da Saúde, como es lógico, ha de desarrollar la gestión económica y el control de gestión de sus propios procesos de producción de servicios.

Gestión de Recursos Humanos

Los mismos criterios que en el punto anterior pueden aplicarse a la gestión de los recursos humanos. La Consellería de Sanidade debe desarrollar su función en dos niveles: por una parte la gestión de su propio personal y, por otra, el establecimiento de aspectos estratégicos relacionados con los recursos humanos del conjunto del Sistema Sanitario. Este aspecto bien podría elaborarse dentro de su particular proceso de Planificación Estratégica. Al Sergas le incumbe a su vez la Gestión Estratégica y el desarrollo operativo correspondiente de sus propios recursos humanos, contando, como planteamiento inicial, con los criterios planificadores de la Consellería.

Sistemas de Información

Los sistemas de información constituyen un caso especial. El diseño de su arquitectura debería centrarse en una única unidad con un nivel jerárquico importante en el conjunto del Sistema Público de Salud. Las economías de escala derivadas del coste de esta tecnología, la necesaria especialización, lo esencial de la compatibilidad justifican este abordaje. Un caso especial es la Tarjeta Sanitaria que, como documento acreditativo del asegura-

miento, entra dentro de las competencias de la Consellería. Dicho esto, la gestión de los productos del sistema de información debe corresponder a cada organización diferenciada en función de sus necesidades específicas. Por supuesto, independientemente del uso diferenciado que se le quiera dar, la información tiene que ser accesible a todo el Sistema, incluyendo a los ciudadanos.

Actividades transversales

Existen una serie de actividades de idéntica denominación pero de distinto contenido, según tengan lugar en los diferentes niveles del Sistema. Lo más adecuado, a la hora de ubicar estas actividades, es guiarse por los contenidos de sus funciones, salvo que existan poderosas economías de escala que justifiquen la unificación de la función en un órgano. Sería el caso de la Inspección Sanitaria, la Formación e Investigación o la tramitación de disposiciones y otros expedientes administrativos.

Formación e Investigación

Las comunidades con mayor capacidad de I+D han creado estructuras centralizadas para promover la investigación básica y clínica en sus centros asistenciales o en coordinación con otras estructuras de investigación ajenas a los servicios de salud. Hoy en día se encuentra plenamente establecido el concepto de investigación *traslacional*, que implica una estrecha conexión entre investigadores básicos y clínicos para transferir rápidamente nuevos conocimientos a la cabecera del enfermo. En la medida en que los investigadores se encuentran dispersos en diferentes estructuras dependientes a su vez de distintos departamentos e instituciones y, además, teniendo en cuenta que se precisa un presupuesto específico para esta actividad, la función debe situarse en la estructura de la Consellería de Sanidade. Por otro lado, se trata de una función de carácter estratégico, vinculada al Plan Gallego de I+D+i

de la Consellería de Industria. El Sergas, por otro lado, debería mantener su capacidad de gestión dedicada al apoyo in situ de los grupos de investigación, la garantía de estabilidad en el proceso investigador y la compatibilidad, en su caso, con la actividad asistencial. Otro aspecto que incumbiría al Sergas es la gestión de los ensayos clínicos, incluidos sus aspectos éticos.

Inspección

Hay una función de la Inspección que, aunque no podría llamarse propiamente Alta Inspección en el sentido que define la normativa estatal, sí podría considerarse "alta" en el ámbito autonómico porque se encargaría de verificar el cumplimiento de todos los compromisos pactados entre Asegurador-Comprador (Consellería) y Proveedor (Sergas). Obviamente esta función debería corresponder a la Consellería.

Por otro lado hay una función clásica de inspección que incluye el visado de recetas, la tramitación de expedientes disciplinarios y el control del oxígeno domiciliario entre otras tareas. Este nivel de Inspección debería corresponder al Sergas. Para evitar confusiones con el sentido más general que suele atribuirse al término inspección, este nivel debe considerarse como una parte más del control de gestión que cada organización debe necesariamente llevar a cabo.

Farmacia

Algo parecido sucede con relación a la prestación farmacéutica. La definición de las bases de la misma, lo que incluye lógicamente los criterios de distribución de las oficinas y las normas a las que estas deben atenerse, es una responsabilidad estratégica de la Consellería. Como también lo sería la participación en la definición de los productos que reciben financiación pública e incluso en sus precios máximos si en estas cuestiones, que actualmente son competencia exclusiva del Estado, se

abriese alguna fórmula participativa a través del Consejo Interterritorial. Por el contrario, todo lo que se refiere a la gestión de la prestación debe formar parte de las responsabilidades atribuidas al nivel asistencial.

II. SITUACION ACTUAL DE LA ESTRUCTURA DE LA CONSELLERIA

A la vista de la normativa vigente, la actual estructura de la Consellería descansa, por debajo de su máximo responsable, sobre dos niveles de dirección general, directamente vinculados al Departamento.

Estos niveles directivos son:

- La Secretaría General de la Consellería
- La Dirección General de Salud Pública y Planificación Sanitaria

La Secretaría General de la Consellería tiene unas competencias tan genéricas y universales que inevitablemente se solapan con cualesquiera otras responsabilidades del resto de la estructura superior. Este es, por ejemplo, el caso de la actividad de inspección cuya formulación, claramente una herencia inmodificada de una situación pre-transferencial, habilita para ejercer competencias en ámbitos que hoy entenderíamos como de mero control de gestión de cualquier organismo.

La Dirección General de Salud Pública reúne todas las competencias históricas en esta materia pero, en este sentido, apenas presenta modificaciones con respecto a la situación que tenía antes de las transferencias de la gestión asistencial a la Comunidad Autónoma. Esas competencias, a su vez, son muy parecidas a las que existían tradicionalmente en la Salud Pública estatal. Si bien es cierto que se hace un énfasis especial en la dimensión comunitaria (colectiva) de la actuación frente al abordaje individual más propio tradicionalmente de la asistencia, también lo es que la aparición de los nuevos modelos de atención

primaria han añadido el elemento comunitario en materia de prevención con toda claridad y así aparece en disposiciones emanadas de la propia Administración sanitaria gallega. También existen cruces de funciones en lo relacionado con el establecimiento de planes y políticas de salud. De manera que en las competencias actuales de Salud Pública también hay aspectos disfuncionales en la acción de gobierno.

Finalmente, y por lo que respecta a la Consellería, la Planificación Sanitaria agrupa un conjunto heterogéneo de competencias de distintos niveles. En un nivel superior, Aseguramiento, Planificación y Formación e Investigación. En un nivel más operativo, se ocupa de un amplio abanico de funciones que van desde el desarrollo de políticas de salud hasta la evaluación tecnológica, pasando por la acreditación de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

La Gerencia del SERGAS se conecta a la Consellería por diversos mecanismos: nombramiento, participación en los Consejos de Dirección de Consellería y SERGAS y funciones superiores de gobierno con sede en el la propia Consellería y su Consejo de Dirección. Esta multiplicidad de dependencias en el organismo autónomo ha sido, tradicionalmente, fuente de solapamientos y tensiones no sólo en Galicia sino en todos aquellos departamentos sanitarios con organigramas semejantes. El SERGAS cuenta además con tres direcciones generales en la, aparentemente, misma línea jerárquica, lo que implica un cierto riesgo de confusión en los escalones inferiores y, por supuesto, en la atribución de responsabilidades. Al mismo tiempo, las direcciones generales de Régimen Económico y Recursos Humanos, en teoría dependientes de la Gerencia del SERGAS, llevan a cabo funciones en la Consellería en su papel de nivel regulador y financiador. Es decir, cruzan, de hecho, todos los niveles: regulador-financiador-asegurador-comprador-proveedor con las consiguientes disfunciones en todos los órdenes.

III. EL MARCO ORGANIZATIVO QUE PERMITE LA LEY DE SALUD DE GALICIA

Sobre el Sergas

En relación con eventuales modificaciones hay dos aspectos de la LSG que interesan. En primer lugar: ¿Permite la redacción actual la transformación del Sergas en la suma de áreas integradas con personalidad jurídica propia? En segundo lugar: ¿Permite fórmulas de participación en los órganos de gobierno más compatibles con una verdadera autonomía, garante de una mayor eficiencia?

En principio, si se considera al Sergas como un organismo autónomo de naturaleza administrativa, dotado de personalidad jurídica propia, no parece que pueda existir ninguna dificultad, en el espíritu del texto, para que esto sea también aplicable a estructuras asistenciales en un ámbito territorial menor. Sin embargo, aunque el apartado 4 del artículo 96 dice expresamente que la estructura orgánica del Servicio Gallego de Salud, tanto en el nivel central como en el periférico, se determinará reglamentariamente, no resulta evidente que esto sea posible con ese nivel normativo, toda vez que ya no podría hablarse en propiedad de periferia y el cambio jurídico podría suponer la necesidad de una ley específica. Lo importante, sin embargo, es que hacer de las áreas integradas de salud estructuras con personalidad jurídica propia (así como el hecho mismo de la "superación de la compartimentación" como se expresa en el artículo 97 apartado 3) no repugna en absoluto a la filosofía que subyace en la Ley.

En relación con la segunda cuestión, la presencia de un Consejo de Administración o equivalente en el Sergas, presidido por la Conselleira/o, establece claramente la posición relativa de ambos niveles institucionales. Y esto sería aplicable a cualquier descentralización ulterior, con independencia de la forma jurídica que se adopte, sea la de un organismo autónomo de naturaleza administrativa, como es el

caso, sea la de algunas de las fórmulas de gestión para las que habilita la Ley de Nuevas formas de Gestión de 1999.

Hay que considerar varias opciones en la composición de este Consejo de Administración, algo con lo que la Ley es muy respetuosa al expresar en su artículo 96 que existirán los órganos directivos que reglamentariamente se establezcan. Una opción a considerar es la presencia de altos cargos de otros departamentos, especialmente de los Departamentos de Economía y Hacienda.

Otra opción a considerar es la presencia de consejeros independientes, es decir, que no pertenezcan a la estructura orgánica del Gobierno. Esta opción está en línea con la participación ciudadana (Oliás de Lima, 2001). Pueden ser profesionales sanitarios, expertos en gestión y/o política sanitaria, académicos etc. Si se acierta con las personas, aporta prestigio y credibilidad. La última opción es acerca del papel que juega el Gerente del Sergas en el Consejo. Puede ser miembro de pleno derecho, ocupar incluso una Vicepresidencia o estar (caso de Cataluña, por ejemplo) presente con voz pero sin voto.

Sobre las funciones de financiación, aseguramiento y compra

En la LSG queda claramente recogido que la Consellería de Sanidad establecerá anualmente el Marco Básico de Financiación del Sistema Sanitario. Al mismo tiempo entiende por fijación de ese Marco la determinación cuantitativa y cualitativa de los servicios sanitarios requeridos para satisfacer las necesidades de atención sanitaria de toda la población, de conformidad con las directrices de la Política sanitaria y con las prioridades del Plan de Salud, la determinación del correspondiente marco presupuestario y el establecimiento del panel de indicadores que permitan evaluar el funcionamiento del Sistema. Con esta afirmación ubica sin lugar a dudas las tres funciones en el nivel de la Consellería.

En el artículo 74 de la Ley de Salud de Galicia se entra más al detalle afirmando que el contrato de servicios es el instrumento mediante el cual se ordenan las relaciones entre el Servicio Gallego de Salud y las organizaciones, centros, servicios y establecimientos, públicos y privados, para la consecución de los objetivos asistenciales fijados. Esto incluye con absoluta claridad las funciones de aseguramiento y compra.

Por otro lado, el contrato de servicios sanitarios es el instrumento mediante el cual se ordenan las relaciones entre la Consellería y los diferentes proveedores de servicios sanitarios financiados públicamente.

Esta es una opción perfectamente válida y de hecho es la fórmula utilizada en otras comunidades. Sin embargo, si nos centramos en el ejemplo de Cataluña, donde el desarrollo de esta función ha sido más completo, allí existe una estructura monográficamente dedicada a desempeñar este rol (el Servei –CatSalut-). Si la función de compra se llevase a cabo como aparece en la LSG en la Consellería, esto tendría que tener implicaciones en la estructura en el sentido de crear una estructura específica (e importante) que pudiera soportarla. Gran parte de esta estructura procedería de los actuales servicios centrales del Sergas.

Si las cosas se hacen de esta manera (función de compra en la Consellería), sería posible bien que la estructura del Sergas se mantenga bastante integrada (como en el caso del ICS en Cataluña), bien, como sucede en el País Vasco, por usar otro ejemplo, que la Consellería compre directamente a los proveedores finales. En este caso, la estructura central del Sergas actual tendría un papel residual (que en cualquier caso habría que redefinir, pero que no sería, ni mucho menos, el que ahora tiene). Más adelante se desarrolla esta idea.

Sobre la salud pública

Deben diferenciarse tres aspectos en relación con las funciones de Salud Pú-

blica que, en su conjunto, son compatibles y no colisionan con los planteamientos expresados en el Anteproyecto con independencia de que los planteamientos de éste sean los clásicos.

Hay una función solapada con Planificación (o mejor dicho, una función en la que Salud Pública informa a Planificación) y es el Plan de Salud. Lo más plausible es que, tratándose de un documento esencial para la Sanidad de Galicia por una parte y, por otra, crítico para marcar las estrategias de la Consellería en relación con la asistencia en todas sus dimensiones, debería crearse una Oficina del Plan de Salud, específicamente destinada a esta labor y a la evaluación del cumplimiento de sus prescripciones. Sus funciones se corresponden básicamente con los ítems del art. 107 LSG y la forma de elaboración del Plan con lo expresado en los artículos 65 y 66. Lógicamente la información debe fluir tanto desde el área de epidemiología como del área que se encarga del análisis de riesgos.

Hay una función preventiva fácilmente visible en los múltiples programas de prevención. La operativa de esta función claramente debe corresponder al área asistencial y la obligación de llevarla a cabo debe quedar clara en los contratos-programa.

Finalmente hay una función, muy importante desde el punto de vista político (como se ha visto en innumerables ocasiones en la práctica) de seguridad y control de riesgos para la salud de las personas. En ocasiones, en otros entornos, esta función ha dado pie a la creación de una Oficina de Análisis, Gestión y Comunicación del Riesgo para la Salud Pública.

Sobre la representación ciudadana

Fundamentalmente hay dos niveles de representación, que, sin embargo, merecen una consideración distinta porque su objeto también lo es.

Si tenemos desdobladas las funciones de autoridad/aseguramiento/compra

y provisión, es obvio que los ciudadanos tienen que ser representados por el asegurador/comprador para garantizar un buen servicio asistencial. Para poder participar de este proceso, la representación ciudadana tiene que estar en este nivel, organizada central y territorialmente. Una buena opción sería establecer órganos de participación territoriales cuya "Asamblea General" sea, por agregación de las partes, el órgano de participación a nivel de la Comunidad.

Por otra parte, pueden existir órganos de gobierno (ya no sólo de participación) en las estructuras integradas de gestión. Aquí, el sentido de la presencia de ciudadanos ya no es velar por sus intereses en tanto que pacientes actuales o pacientes potenciales, sino colaborar, con sus capacidades personales, en la mejor gestión de la estructura de provisión. De entrada no es malo que se ofrezca independencia y estabilidad a la gestión en este nivel, valores de los que con frecuencia carece.

La redacción del Capítulo VI de la LSG establece una filosofía compatible con estos planteamientos.

Sobre la investigación sanitaria

El Instituto Galego de Investigación Sanitaria podría jugar un papel equivalente al FIS en el sentido de promover, en sentido amplio, y financiar la investigación, pero no gestionarla. Esto último no tendría mucho sentido y podría ser contraproducente. En este sentido debe hablarse de promoción y financiación (aunque en puridad la financiación está incluida en la promoción) pero no de gestión, salvo, en todo caso, que se trate de gestión de la transferencia de tecnología, lo que, lógicamente, tendría todo el sentido. En todo caso, la redacción que la LGS da a la cuestión de la investigación no impide desarrollos como los planteados en este documento con relación a la evolución a medio-largo plazo de la estructura y funciones de la Consellería de Sanidad.

IV. ESTRUCTURA FINAL QUE PODRÍA CORRERRESPONDER A LA CONSELLERIA

Estructura de la Consellería

La Consellería, a tenor de los argumentos expuestos, podría contar con tres grandes Áreas: El Área de Aseguramiento y Compra de Servicios Asistenciales, que conecta a la Consellería con las Áreas Integradas de Salud, asume el rol de Asegurador y Comprador por lo que establece, negocia y firma el Contrato-Programa que liga la actividad asistencial a la estrategia y los recursos destinados a este fin por la Consellería. El Área del Plan de Salud que establece el Plan Estratégico y el Marco de Financiación. Por último, el Área Administrativa se encarga de la estructura de gestión de la propia Consellería y sirve de soporte a una serie de Unidades que por sus características deben caer en su ámbito.

Siguiendo con este ejercicio, el nivel de las tres áreas sería de Dirección General y sus denominaciones, a los solos efectos de identificarlas en un documento académico como éste, podrían ser las de Dirección General de Salud, Oficina del Plan de Salud y Secretaría General.

I. La Dirección General de Salud, que eventualmente podría convertirse en un ente adscrito a la Consellería, se responsabilizaría del aseguramiento público y tendría como objeto garantizar una atención de calidad a todos los ciudadanos asegurando al mismo tiempo la sostenibilidad del Sistema. La prevención y el estudio de las demandas futuras de la población también podría formar parte de sus competencias. Por consiguiente compra y evalúa los servicios sanitarios en toda su extensión, desde la prevención y promoción de la salud a la rehabilitación, en función de las necesidades sanitarias de la población.

En conjunto, una serie de funciones deben traducirse en la estructura de un nivel como el que aquí se diseña, responsable del aseguramiento y la compra. Estas funciones podrían ser alguna de las siguientes:

- Medida del funcionamiento y resultados del sistema sanitario en el sentido de respuesta a las necesidades de los ciudadanos
- Asignación de recursos a los distintos proveedores y seguimiento presupuestario
- Planificación de inversiones en infraestructuras para mantener el nivel tecnológico de las instituciones sanitarias públicas
- Gestión del patrimonio
- Gestión de la prestación farmacéutica y otras prestaciones complementarias

Como se plantea más adelante restaría únicamente considerar la pertinencia de descentralizar territorialmente esta actividad, lo que exigiría un cierto análisis comparado de experiencias que arroje luz sobre su efectividad real.

II. La estructura que podríamos denominar como Oficina del Plan de Salud podría incorporar dos grandes unidades encargadas respectivamente del Plan de Salud y de los aspectos presupuestarios. Sus misiones respectivas podrían ser la redacción del documento estratégico fundamental de la Consellería, con sus previsiones financieras, y la evaluación de su cumplimiento, tanto en sus aspectos de actividad y resultados como financieros.

III. Finalmente, la estructura que podríamos denominar Secretaría General (lleva) llevaría toda la carga administrativa y de gestión de la Consellería además de aquellas unidades como una potencial Agencia para el Análisis, Gestión y Comunicación de Riesgos para la Salud que, por su naturaleza, habría presumiblemente de mantener relaciones con otros Departamentos del Gobierno, con otros gobiernos autonómicos, con el Estado y con la UE y organismos internacionales.

Estructura de la Provisión

La función de provisión o producción de servicios asistenciales estaría, en un esquema como el planteado, completamente descentralizada en las áreas integradas de salud. El asegurador público establecería los correspondientes contratos-programa con cada una de estas instituciones.

Bajo esta perspectiva, las estructuras de dirección provincial se transformarían en direcciones de Área (obviamente hay más áreas que provincias, por lo que la transformación no sería lineal). Esta potencial transformación sería importante y sustancial porque implicaría, simultáneamente, una transformación organizativa y cultural importante. Las áreas asumirían toda la asistencia de manera integrada lo que supone Prevención, Asistencia Primaria, Asistencia Especializada, Farmacia y Cuidados Socio-Sanitarios en su caso. Esta propuesta debería redundar en una mayor eficiencia en el "mix" de recursos utilizados en la atención de los pacientes y, por supuesto, en la continuidad del tratamiento.

De igual forma, las ventajas de la autonomía de gestión deberían culminar en la personificación jurídica de cada una de las áreas. Dos posibilidades a estos efectos serían la de organismo autónomo (situación actual del Sergas) y la de entidad de derecho público sometida a derecho privado (Domínguez Martín, 2006).

Por encima de las diferencias existentes entre los organismos autónomos y las entidades públicas empresariales, la LOFAGE establece toda una serie de características jurídicas comunes que trazan un marco común jurídico definidor de los organismos públicos.

Así, el régimen presupuestario, económico-financiero, de contabilidad, intervención y de control financiero de los organismos públicos, es el establecido por la Ley General Presupuestaria tanto para los organismos autónomos (art. 50 LOFAGE)

como para las entidades públicas empresariales (art. 58 LOFAGE).

La contratación de los organismos autónomos (art. 49 LOFAGE) y de las entidades públicas empresariales (art. 57 LOFAGE) se rigen por las normas generales de contratación de las Administraciones Públicas, con ciertas excepciones y matices. Con carácter general, los organismos autónomos se encuentran sujetos de forma plena a la legislación reguladora de los contratos de las Administraciones Públicas.

Sin embargo, existen ciertas excepciones a esta regla general de los organismos autónomos. Se trata de organismos autónomos cuyo régimen se encuentra sometido en buena medida, sino en su totalidad, a las normas de Derecho privado, constituyendo verdaderas excepciones de la sujeción general al Derecho público a la que se encuentran sometidos, con carácter general, los organismos autónomos.

Ha de tenerse en cuenta, en esta cuestión, que el art. 61.1.b) de la LOFAGE permite que la ley de creación de los organismos autónomos establezca peculiaridades en su régimen de contratación. Por lo tanto, es admisible que un organismo autónomo no se ajuste, en cuanto a su contratación, a lo previsto en el Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público, siempre y cuando así se haya establecido en la norma, con rango de ley, que lo haya creado.

Estructura periférica de la Consellería

La estructura periférica de la Consellería, en este ejercicio, mantendría, las funciones de Salud Pública (promoción y prevención), de Inspección y de Farmacia.

Las referentes a Salud Pública podrían vincularse a una eventual Agencia para el Análisis, la Gestión y la Comunicación de Riesgos o a la Dirección General de Salud, según su naturaleza. Las de Inspección y Farmacia tendrían mejor acomodo en una Dirección General de Salud.

Cabe finalmente discutir la procedencia de la descentralización de la función de compra de manera que se acerquen decisiones importantes a un entorno más cercano al ciudadano con objeto de reducir desigualdades, establecer prioridades ajustadas, llevar a cabo una participación más efectiva e incrementar la satisfacción (Saltman et al, 2007). En ese caso, similar a la situación de Cataluña, las actuales estructuras provinciales, con los ajustes pertinentes, serían los compradores descentralizados. Sin embargo, la oportunidad de esta descentralización debe ser revisada en mayor profundidad que la que se hace en este artículo.

V. EXPERIENCIAS COMPARADAS

Es preciso realizar un análisis comparado, que sirva como referencia a los planteamientos que se hacen para Galicia en este artículo, de la organización de la sanidad pública en tres comunidades relevantes: Cataluña, Valencia y País Vasco.

Esencialmente, en Cataluña, la Consellería es responsable, aparte de ser como es natural Autoridad Sanitaria, de la financiación, el aseguramiento y la compra de servicios, siendo el Instituto Catalán de la Salud (ICS) el proveedor público. La función de aseguradora pública (y de compra) la lleva a cabo el Servei Català de la Salut (CatSalut) como organismo con personalidad jurídica propia pero insertado dentro de la propia Consellería. En la filosofía que subyace en esta división, el Departamento de Salud (la Consellería propiamente dicha) fija la planificación y las líneas de política sanitaria y el Server es el garante de los servicios sanitarios de cobertura pública.

El ICS, que recientemente se ha convertido en una empresa pública es el proveedor público e incorpora en su estructura a todas las instituciones públicas dependientes de la administración de la comunidad que prestan asistencia sanitaria en cual-

quier nivel. El contrato de servicios se establece por consiguiente entre el CatSalut y el ICS, dentro del marco planificador de la Consellería.

Por su parte la sanidad valenciana presenta una estructura fuertemente integrada donde el Consejo de Administración de la Agencia Valenciana de Salud conecta a esta con la Consellería. Aparte de ello, se ha recurrido a la fórmula de la duplicidad de cargo (el Secretario Autonómico de Salud coincide con el Director General de la Agencia) para que la red asistencial, que en su conjunto es un organismo autónomo, quede sólidamente anclada en la Consellería. El servicio de salud (proveedor) se encuentra fuertemente descentralizado y en realidad, el elemento definidor no es la estructura central del servicio sino los departamentos de salud.

Algo parecido sucede en la sanidad vasca, donde, en este caso, el contrato programa se firma directamente entre la Consejería y las áreas asistenciales (llamadas aquí organizaciones del ente público Osakidetza). La estructura central del servicio de salud (Osakidetza) tiene una misión de coordinación. En el País Vasco, como en Cataluña y Valencia, las funciones de financiación, aseguramiento y compra residen en la Consejería de Sanidad, sin ninguna estructura autónoma particular que las albergue.

La propuesta que en este artículo se hace para Galicia guarda, en la parte de la provisión, cierto parecido con la situación del País Vasco en tanto que las áreas asistenciales descentralizadas son el elemento proveedor crítico que contrata con el asegurador-comprador, ubicado en la Consellería.

Sin embargo, en la propuesta que se hace para Galicia sí que se considera oportuno crear una estructura ad hoc que se convierta en la aseguradora pública, de manera similar al CatSalut, porque, parece importante diferenciar las funciones de regulación/financiación y aseguramiento/

compra dentro de la propia Consellería y dejar la provisión fuera.

BIBLIOGRAFÍA

- DOMÍNGUEZ MARTÍN, M. (2006). "Fórmulas de gestión de La sanidad pública en España". Edit. La Ley. Madrid
- GARETH R. Jones. (2008). "Teoría organizacional, diseño y cambio". Pearson Prentice Hall. Madrid.
- HODGE B.J., WILLIAM P. Anthony, LAWRENCE M. Gales. (2003). "Teoría de la Organización. Un enfoque estratégico". Pearson Prentice Hall. Madrid.
- MINTZBERG, H. (2001). "Diseño de las organizaciones eficientes". Editorial El Ateneo. Buenos Aires.
- MINTZBERG, H. (2000). "La estructura de las organizaciones". Editorial Ariel, S.A. Barcelona.
- OECD Health Data 1999. The Financial of Health in diferent European Member States.
- OLÍAS DE LIMA GETE, B. (2001). "La nueva gestión pública". Pearson Prentice Hall. Madrid.
- PWC. (2006). "Informe HealthCast 2020".
- SALTMAN Richatrd, BANKAUSKAITE Vaida, VRANGBAEK Karsten. (2007). Desentralisation in Health Care. European Observatory on Health Systems and Policy Series. Mcgraw Hillopen University Press.
- WENDELL L., CECIL H. Bell. (1995). "Desarrollo Organizacional". Pearson Prentice Hall. Madrid.