



BOLETIN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

VI LEGISLATURA

Serie D:
GENERAL

7 de enero de 1998

Núm. 230

Otros textos

COMISIONES, SUBCOMISIONES Y PONENCIAS

154/000003 Aprobación por el Pleno de la Cámara del Acuerdo de la Comisión de Sanidad y Consumo, relativo al Informe de la Subcomisión, constituida en su seno, para avanzar en la consolidación del Sistema Nacional de Salud mediante el estudio de las medidas necesarias para garantizar un marco financiero estable y modernizar el Sistema Sanitario manteniendo los principios de universalidad y equidad en el acceso.

El Pleno del Congreso de los Diputados, en su sesión del día 18 de diciembre de 1997, ha aprobado sin modificaciones el texto del Acuerdo de la Comisión de Sanidad y Consumo, relativo al Informe de la Subcomisión creada en el seno de dicha Comisión, para avanzar en la consolidación del Sistema Nacional de Salud mediante el estudio de las medidas necesarias para garantizar un marco financiero estable y modernizar el Sistema Sanitario manteniendo los principios de universalidad y equidad en el acceso (núm. expte. 154/000003), publicado en el «BOCG. Congreso de los Diputados», serie D, núm. 205, de 17 de noviembre de 1997.

Lo que se publica de conformidad con lo dispuesto en el artículo 97 del Reglamento de la Cámara.

Palacio del Congreso de los Diputados, 30 de diciembre de 1997.—El Presidente del Congreso de los Diputados, **Federico Trillo-Figueroa Martínez-Conde**.

APROBACIÓN POR EL PLENO, EN SU SESIÓN DEL DÍA 18 DE DICIEMBRE DE 1997, DEL ACUERDO DE LA COMISIÓN RELATIVO AL INFORME DE LA SUBCOMISIÓN PARA AVANZAR EN LA CONSOLIDACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD MEDIANTE EL ESTUDIO DE LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA GARANTIZAR UN MARCO FINANCIERO ESTABLE Y MODERNIZAR EL SISTEMA SANITARIO MANTENIENDO LOS PRINCIPIOS DE UNIVERSALIDAD Y EQUIDAD EN EL ACCESO

El Pleno del Congreso de los Diputados, en su sesión del día 11 de junio de 1996, acordó, con motivo de una

proposición no de ley presentada por el Grupo Parlamentario Popular, constituir, en el seno de la Comisión de Sanidad y Consumo, una Subcomisión para el estudio de las reformas necesarias para modernizar el sistema sanitario y garantizar su viabilidad futura.

Tras un amplio período de tiempo, en el que se han sucedido numerosas comparecencias y se han desarrollado, al hilo de las mismas, debates internos entre sus miembros, la Subcomisión ha acordado elevar al Pleno de la Cámara, para su debate y aprobación definitiva, las propuestas que a continuación se recogen.

Estas propuestas se articulan en torno a los cuatro grandes capítulos sobre los que se ha centrado el trabajo de la Subcomisión, esto es (I) aseguramiento y prestaciones, (II) financiación, (III) organización y gestión y (IV) coordinación territorial. Las propuestas, que adoptan la forma de trece recomendaciones generales, desarrolladas, a su vez, en una serie de medidas concretas, son las siguientes:

I ASEGURAMIENTO Y PRESTACIONES

1. Consolidar el aseguramiento sanitario universal.
2. Garantizar las prestaciones sanitarias.
3. Instrumentar alternativas para la asistencia socio-sanitaria.
4. Desarrollar nuevas fórmulas para la racionalización de la prestación farmacéutica.

II FINANCIACIÓN SANITARIA

5. Asegurar un marco financiero estable.

6. Garantizar la suficiencia financiera y la equidad territorial.

III ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

7. Orientar el sistema sanitario a las necesidades de salud.

8. Impulsar la autonomía de gestión.

9. Atender las preferencias de los usuarios.

10. Potenciar el protagonismo de los profesionales.

IV COORDINACIÓN TERRITORIAL

11. Completar la descentralización territorial.

12. Promover la cooperación y la coordinación territorial.

13. Reforzar el Consejo Interterritorial.

I. ASEGURAMIENTO Y PRESTACIONES

1. Consolidar el aseguramiento sanitario universal

El sistema sanitario público, resultado del esfuerzo colectivo de varias generaciones, es un importante elemento de justicia redistributiva y de cohesión social que se ha de consolidar atendiendo a los principios básicos de universalidad, equidad, solidaridad y aseguramiento público y único.

La Subcomisión manifiesta la necesidad de redefinir y consolidar el aseguramiento sanitario público como mecanismo de cobertura social frente al riesgo ordinario de los ciudadanos en relación con su salud, mediante la reforma legal adecuada, que permita:

a) Fijar los contenidos y el carácter del derecho a la asistencia sanitaria como derecho público subjetivo, personal y no contributivo, y garantizar tanto la igualdad del contenido del derecho de cada uno de los ciudadanos, sin que existan discriminaciones por razones personales, profesionales o territoriales, como el acceso equitativo a sus contenidos materiales.

b) Llevar a cabo la universalización efectiva del derecho a la asistencia sanitaria, extendiéndolo a todos los grupos sociales, y desvinculándolo de los regímenes de afiliación de la Seguridad Social.

c) Precisar —en el marco del aseguramiento público— el papel a desarrollar por las distintas entidades, especialmente por las actuales mutualidades administrativas, en la gestión y provisión del aseguramiento y de la asistencia sanitaria, de acuerdo con la pluralidad de formas existentes.

d) Habilitar instrumentos efectivos de acreditación individual sanitaria (tarjeta sanitaria personal), estableciendo mecanismos de identificación compatibles en todo el Sistema Nacional de Salud, y conferir a las Administraciones sanitarias las funciones que actualmente se desarrollan en el marco de la Seguridad Social en materias relacionadas con el aseguramiento sanitario y la asistencia a ciudadanos extranjeros sujetos a convenios internacionales en materia sanitaria.

2. Garantizar las prestaciones sanitarias

La Subcomisión considera necesario profundizar en la estrategia de ordenación normativa de las prestaciones, concebida como un elemento fundamental de determinación de los contenidos del derecho a la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud.

La ordenación de prestaciones ha de ser más que un mandato normativo fijo en el tiempo, un proceso participativo y dinámico que defina los contenidos y las garantías de la asistencia sanitaria, y contribuya a racionalizar la oferta asistencial.

La ordenación de prestaciones deberá realizarse por ley, previo informe del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud que determine, entre otros, los siguientes contenidos:

a) Las competencias de ordenación de manera que, en el nivel central, y previo acuerdo del Consejo Interterritorial, se fijará el catálogo de prestaciones comunes en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, y expresamente se detallarán las prestaciones asociadas a nuevas tecnologías, las ligadas a facturación entre servicios, y aquéllas cuya indefinición pudiese generar graves desigualdades en su utilización. Las Comunidades Autónomas con competencias sanitarias plenas podrán complementar este catálogo estableciendo prestaciones adicionales con cargo a sus fondos propios.

b) Las garantías básicas de las prestaciones relativas a equidad en el acceso, libre elección, información, derechos de reclamación y reintegro, calidad y tiempos de espera.

c) La financiación selectiva de prestaciones con cargo al Sistema Nacional de Salud, que deberán diferenciarse según criterios de necesidad, utilidad asistencial y social, y coste/efectividad.

En todo caso la incorporación de nuevas prestaciones se vinculará a fondos específicos, como garantía futura de suficiencia financiera.

La Subcomisión estima que deben elaborarse y ponerse a disposición de los ciudadanos unas Cartas de Servicios sanitarios que traduzcan a un lenguaje no tecnificado los contenidos de los catálogos de prestaciones.

Las Cartas deberán precisar cuáles son las prestaciones a que tiene derecho el usuario y qué mecanismos pueden arbitrarse para exigirlos; con ello se conseguirán nuevas prácticas de información y transparencia, que evitarán errores en la práctica de las prestaciones y clarificarán objetivos de calidad en relación a las mismas.

Los usuarios deberán participar en la confección de las Cartas, a fin de desarrollar su papel propio en la selección de los servicios.

En el ámbito de la ordenación de prestaciones la Subcomisión recomienda al Consejo Interterritorial el establecimiento de un programa de evaluación de tecnologías sanitarias que defina, con carácter anual, las prioridades que se han de seguir sobre esta última cuestión.

Este programa se hará efectivo contando con la participación de los diferentes organismos o agencias de evaluación de tecnologías sanitarias dependientes de las distintas Administraciones competentes. A este respecto, es necesario recabar también la colaboración de las socieda-

des científicas que agrupan a los profesionales especialistas en cada materia.

Las tecnologías en proceso de evaluación se considerarán en fase de experimentación, financiándose por vías alternativas a la de la atención sanitaria, en concepto de investigación clínica.

En cuanto a la garantía de los tiempos de espera, la Subcomisión recomienda la constitución, en el seno del Consejo Interterritorial, de una comisión de prioridades, encargada de indicar, para aquellos procedimientos diagnósticos o terapéuticos que se consideren prioritarios —por resolver o paliar situaciones de incapacidad, de especial gravedad y/o urgencia, o condicionar graves penalidades o sufrimientos—, tiempos máximos de espera, superados los cuales, el paciente tendrá derecho a ser inmediatamente asistido en el centro donde determine el correspondiente Servicio de Salud/Insalud.

3. Instrumentar alternativas para la asistencia socio-sanitaria

Ante los significativos cambios demográficos —derivados del aumento de la esperanza de vida y la baja tasa de natalidad—, y los patrones de morbilidad que se observan en España, la Subcomisión considera necesario impulsar, en coordinación con los responsables de la política social, iniciativas para la asistencia sociosanitaria, que, entre otras se concretan en:

a) Diferenciar las prestaciones sanitarias de las actividades asistenciales de carácter estrictamente social. La Subcomisión recomienda la fijación, por ley, de los criterios de diferenciación, considerando sociales —y no sanitarias— aquellas prestaciones que supongan la sustitución o colaboración del apoyo familiar y/o en el autocuidado, las de carácter residencial, y las paliativas de dificultades económicas.

b) Promover el desarrollo de una red de asistencia sociosanitaria específica que, bajo los principios de descentralización administrativa, participación social y contribución económica de los usuarios a la asistencia —en función de la capacidad económica y del tipo de asistencia que se preste— está dotada de unidades especializadas de asistencia en régimen abierto, y de media y larga estancia, y fomente la creación de nuevas alternativas asistenciales de acogida familiar y ayuda a domicilio.

c) Coordinar a las Administraciones sanitarias y sociales en la organización y mantenimiento de esta red sociosanitaria.

d) Estructurar una red de centros y servicios para la asistencia a pacientes psiquiátricos de larga duración, complementaria de la asistencia pública.

La Subcomisión entiende necesario involucrar a la sociedad, en su conjunto, y a las familias, en particular, en la atención sociosanitaria. En este sentido, la Subcomisión insta al Gobierno a:

e) Promover incentivos para las asociaciones de pacientes y las organizaciones de voluntariado social,

f) Fomentar la iniciativa social en el sector —mediante la apertura de líneas de créditos blandos para infraestructuras, planificación de la intervención pública y apoyo a la gestión de los centros—, y

g) Reconocer de forma efectiva el papel asistencial de las familias en la dedicación personal que prestan sus miembros a los enfermos crónicos y a los ancianos.

4. Desarrollar nuevas fórmulas para la racionalización de la prestación farmacéutica

Como respuesta al elevado ritmo de crecimiento del coste de la prestación farmacéutica, que representa aproximadamente una quinta parte del gasto sanitario total, la Subcomisión considera necesaria la implantación de nuevos instrumentos de racionalización y control de la prestación farmacéutica, que, manteniendo sus altos niveles de calidad y accesibilidad, hagan partícipe de la evolución de la misma a todos los sectores y agentes implicados, incluidos los usuarios, y que se orienten, entre otros, hacia los siguientes objetivos:

a) Establecer la progresiva separación entre registro y financiación por el Sistema Nacional de Salud de las nuevas especialidades farmacéuticas y regular la posibilidad de financiación selectiva —en algunos medicamentos— tan sólo de determinadas indicaciones.

b) Promover los medicamentos genéricos e implantar precios de referencia. En esta línea, además de regular el régimen de registro y autorización de medicamentos genéricos, se habrán de impulsar las autorizaciones administrativas de estas especialidades y promover su implantación en los hábitos de prescripción y dispensación del sistema.

Todo ello debe hacerse velando para mantener el equilibrio que haga posible la inversión a los laboratorios que desarrollan patentes, ya que estas empresas son las principales protagonistas en la investigación de nuevos medicamentos, que las Administraciones sanitarias deben fomentar.

c) Mejorar los instrumentos de gestión de la prestación, especialmente, mediante la identificación de los datos del paciente y la mecanización de los mismos en la facturación de las recetas, y la mayor participación de los profesionales, que han de contar con una información rigurosa sobre medicamentos y con incentivos e instrumentos de gestión tales como el establecimiento de presupuestos farmacéuticos en cada unidad asistencial, entre otros.

La Subcomisión recomienda al Gobierno, asimismo, que promueva la modificación de la Ley del Medicamento, regulando la facultad de sustitución de especialidades por los farmacéuticos, teniendo en cuenta los precios de referencia y la libertad de prescripción facultativa sobre principios activos y no sobre especialidades, a fin de que las Administraciones Sanitarias dispongan de instrumentos adecuados para aplicar la política de medicamentos genéricos y precios de referencia que establezca el Gobierno.

La Subcomisión estima necesario promover una mayor participación de las Oficinas de Farmacia en las acti-

vidades sanitarias complementarias de sus zonas de salud respectivas, y un mayor compromiso de las mismas en los programas de uso racional del medicamento y control del gasto correspondiente.

Por último, por lo que se refiere a la participación de las Oficinas de Farmacia en el coste de la prestación, la Subcomisión estima que los márgenes del sector de Oficinas de Farmacia deberían, en el futuro, escalonarse según el precio del medicamento, tendiendo a fijar —con la participación del sector— dentro de estos márgenes una cuantía atribuible al acto profesional de la dispensación.

II. FINANCIACION SANITARIA

5. Asegurar un marco financiero estable

La elevada tasa de crecimiento del gasto sanitario es un motivo de grave preocupación en España y en otros países occidentales por la dificultad de adaptar la capacidad de financiación pública al crecimiento del propio gasto sanitario.

Por una parte, el control del crecimiento del gasto exige la adopción de mejoras en la gestión de los recursos destinados a Sanidad. Por otra parte, el crecimiento del gasto se debe a factores exógenos a la gestión, tales como el envejecimiento de la población, cambios en los patrones de morbilidad y mortalidad, crecimiento de las expectativas de los ciudadanos en cuanto a las prestaciones sanitarias y demanda de cuidados sanitarios y mayores posibilidades de curación, incorporación de nuevas tecnologías que no siempre tienen carácter sustitutivo, entre otros.

Estas presiones estructurales sobre el gasto sanitario exigen la adopción de medidas igualmente estructurales para hacer viable financieramente el sistema sanitario público a largo plazo. Estas medidas revisten una especial importancia en un contexto de interdependencia económica en el plano internacional que, en nuestro caso, se concreta en la necesidad de cumplir los criterios de convergencia establecidos en el Tratado de Maastricht. Sin embargo, la convergencia con Europa debe atender, no sólo a los indicadores económicos, sino también a la necesidad de equiparación en términos de bienestar y de cohesión social.

En consecuencia, tanto desde el punto de vista de creación de empleo, dinamización de la economía y racionalidad en la cobertura financiera del gasto público, como desde el punto de vista de su contribución a la cohesión social y a la salud de la población, es necesario dotar al presupuesto sanitario con cifras realistas que cubran la financiación de las prestaciones y servicios que ofrece el sistema sanitario.

En este contexto, la Subcomisión considera necesario:

a) Establecer una base presupuestaria adecuada y realista, tanto como punto de partida para el próximo cuatrienio como en lo relativo a los criterios de crecimiento interanual. En virtud de la mayor dotación de esta nueva base financiera —proporcional a las necesidades presen-

tes y realista de cara a la evolución futura— el Presupuesto sanitario, a lo largo del próximo cuatrienio, experimentará un incremento en términos de su participación en el PIB nominal.

b) Instar al Gobierno para que en el Consejo de Política Fiscal y Financiera, con anterioridad a la aprobación del nuevo Acuerdo financiero para el cuatrienio 1998-2001 y a partir de las propuestas iniciales expuestas por el Gobierno, se determinen los recursos adicionales a aportar al Sistema Nacional de Salud en el ejercicio de 1998 y siguientes, para alcanzar una base presupuestaria adecuada y realista, y, en su caso, las fuentes de financiación que procedan.

c) Hacer explícitas las fuentes de financiación de las variaciones de gasto, con carácter previo a la adopción de cualquier medida de definición de nuevas coberturas y prestaciones con el fin de evitar, en el futuro, la conculcación del principio de suficiencia financiera.

6. Garantizar la suficiencia y la equidad en la distribución territorial

El Acuerdo de financiación vigente (1994-1997), siguiendo lo establecido en la Ley General de Sanidad, contempla un reparto basado en el criterio de población protegida, tomando como referencia la población de derecho del censo de marzo de 1991, a la que se resta el número de personas integradas en los colectivos del mutualismo administrativo que reciben asistencia sanitaria a través de entidades de seguro libre.

Cualquier esquema de financiación ordinaria sin un núcleo capitativo tiene difícil justificación teórica en un servicio asistencial que se reconoce universal. Por lo tanto y con independencia de cualquier otro criterio que pudiera estimarse conveniente para contemplar las diferencias de coste entre Comunidades Autónomas (la estructura demográfica, los desplazamientos de población, la insularidad o la dispersión geográfica, por ejemplo), el modelo de financiación territorial debe mantener como núcleo básico el criterio de población protegida, considerando las modificaciones del último padrón, a fin de corresponder con la realidad poblacional.

Por otra parte, el nuevo Acuerdo de financiación deberá adaptarse al horizonte, necesariamente cercano, de cierre del modelo asistencial recogido en la Ley General de Sanidad. Así, la distribución territorial de recursos debe contemplar y hacer posible las transferencias pendientes, y considerar a largo plazo la integración y homologación progresiva de la sanidad en la financiación autonómica.

Teniendo en cuenta estas orientaciones generales, la Subcomisión acuerda:

a) Emplazar a las autoridades financieras del Estado y de las Comunidades Autónomas, y al Consejo de Política Fiscal y Financiera, a abordar de inmediato las bases de un nuevo Acuerdo de financiación cuatrienal para el período 1998/2001, en el cual, respetando los principios de suficiencia y estabilidad financiera, se deberán esta-

blecer instrumentos para lograr una mayor disciplina presupuestaria.

b) Mantener, en el nuevo modelo de financiación para el próximo cuatrienio, el criterio de capitación como regla de distribución, perfeccionado, en su caso, por otros criterios, pudiendo incluir fondos específicos para financiar los gastos por desplazados, docencia u otros factores que determinan la variabilidad de costes entre Comunidades Autónomas.

En todo caso, continuará siendo de aplicación para las Comunidades Autónomas del País Vasco y Navarra lo previsto en la Disposición Adicional Primera de la Ley General de Sanidad.

c) Instar al Consejo de Política Fiscal y Financiera a abordar, durante el período de vigencia del nuevo Acuerdo, la incorporación posterior de la financiación sanitaria en la financiación autonómica, sobre la base de criterios de integración progresiva y corresponsabilidad fiscal.

III. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

7. Orientar el sistema a las necesidades de salud

La Subcomisión es consciente de las presiones a que están sometidas las organizaciones sanitarias y de la necesidad de modernización y flexibilización del sistema. En este sentido considera necesario orientar la provisión de servicios a las necesidades de salud reales y prioritarias de la sociedad, a partir de la identificación de las mismas, mediante los planes de salud de cada Comunidad Autónoma.

8. Impulsar la autonomía de gestión

La modernización organizativa del Sistema Nacional de Salud exige racionalizar los programas de gasto sanitario público, adoptar modos organizativos y sistemas de pago que fomenten la eficiencia y la responsabilización sobre actuaciones y resultados, y procurar altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados. En esta dirección, la Subcomisión recomienda:

a) Proseguir en los esfuerzos por separar las funciones de planificación, financiación, compra y provisión de servicios, configurando los centros asistenciales como organizaciones autónomas, con facultades de decisión efectivas y responsables en cuanto a la gestión, y dotar a los centros de órganos de gobierno operativos y participativos, independientes de las entidades compradoras y/o financiadoras.

b) Facilitar la extensión de las nuevas formas de gestión a toda la red asistencial pública, abordando en el seno del Consejo Interterritorial, con pleno respeto a las competencias en materia organizativa de las Comunidades Autónomas, la definición de unas características comunes de la organización interna de los entes o empresas públicas sanitarias en todas aquellas materias que se consideren necesarias, atendiendo a las características del servicio que tales instituciones prestan.

Estas características propias de las organizaciones sanitarias públicas deben permitir compatibilizar el establecimiento de garantías en la correcta prestación del servicio público (en materia de equidad en el acceso de los usuarios a los servicios y garantías en la prestación de los mismos, régimen presupuestario y económico-financiero, control patrimonial y régimen de personal) con la aplicación de mayores cotas de autonomía (dotación de órganos de gobierno propios, vinculación de los ingresos mediante contratos de los servicios, gestión de flujos de tesorería y capacidad de autoorganización, entre otros).

c) Controlar la calidad en la asistencia e impulsar su mejora continua, a través de un sistema general de acreditación de centros y servicios sanitarios consensuado en el seno del Consejo Interterritorial, respetando el marco competencial vigente en la materia. La acreditación debe permitir verificar el cumplimiento por parte de cada institución de un conjunto de requisitos previamente establecidos.

d) Impulsar la competencia entre proveedores en el marco de un mercado sanitario regulado, con el soporte de un sistema integrado de información, fomentando relaciones estables y duraderas entre los agentes del sistema, instrumentado a través del control y evaluación de los resultados obtenidos.

9. Atender las preferencias de los usuarios

El Sistema Nacional de Salud debe acomodar las crecientes expectativas de soberanía individual y participación que acompañan al desarrollo económico, social y cultural, otorgando a los ciudadanos un mayor protagonismo del que disfrutaban en la actualidad y promoviendo una organización de los procesos asistenciales —en sus vertientes técnica, y de servicio y confort— más acorde con sus preferencias. La Subcomisión estima necesario:

a) Profundizar en los esfuerzos ya iniciados para reconocer el derecho a la elección de proveedor, y acometer las reformas organizativas que lo hagan efectivo (tanto en lo que afecta al paciente como a la financiación de las instituciones sanitarias).

A este respecto, deberán modificarse las disposiciones de la Ley General de Sanidad, para establecer la libre elección de médico y centro, ambas con las limitaciones que la organización de los Servicios imponga y referidas al ámbito de los Servicios de Salud correspondientes.

Asimismo, se deberá regular el derecho a la información asistencial comparada y establecer, a este fin, la información sobre calidad asistencial que estarán obligadas a aportar las instituciones sanitarias como derecho del usuario y requisito para la provisión de la asistencia sanitaria en el sector público.

b) Lograr una mayor participación social en todas las instituciones asistenciales del sistema, fomentando los movimientos asociativos y del voluntariado, impulsando las comisiones de participación ciudadana, y mejorando los procedimientos de información y de reclamación.

10. Potenciar el protagonismo de los profesionales

Los profesionales sanitarios constituyen el principal activo del Sistema Nacional de Salud. Su motivación y compromiso con la gestión son, sin lugar a dudas, retos históricos pendientes de resolver en el sistema público.

Dos factores pueden considerarse el origen de esa situación: la falta de un adecuado sistema de incentivos y la burocratización y rigidez de las relaciones profesionales. Para abordar la resolución de este problema, la Subcomisión considera imprescindible el establecimiento, por ley básica, de un nuevo modelo de relación laboral para el personal estatutario de los servicios de salud.

Respetando las competencias en materia sanitaria de las Comunidades Autónomas es preciso abordar un nuevo régimen de personal compatible con la autonomía de gestión de los centros, al objeto de alcanzar los siguientes fines:

a) Regular las peculiaridades del personal estatutario de las instituciones sanitarias públicas mediante un Estatuto profesional propio, de carácter básico para todo el sistema, sin perjuicio de su desarrollo por las Comunidades Autónomas.

b) Fomentar la descentralización de los procesos de selección y promoción profesional en el plano de las organizaciones proveedoras y garantizando con criterios objetivos la calidad de los servicios y el mantenimiento permanente de la motivación personal.

c) Flexibilizar el régimen de dedicación, mediante una mayor personalización de las condiciones de trabajo, promover nuevas fórmulas retributivas en las que realmente se prioricen los incentivos a la actividad y a la calidad, y hacer efectiva la participación de los profesionales en la toma de decisiones de los centros.

d) Adecuar las plantillas a las necesidades efectivas de las instituciones, y promover soluciones legales para el ajuste por los centros de las mismas y regular la negociación colectiva a nivel de centro, bajo pautas comunes a todo el sistema, por lo que se refiere al volumen total de empleo en el sector y a las condiciones salariales básicas.

e) Profesionalizar la función directiva y establecer mecanismos consecuentes de evaluación de los equipos de dirección.

En el ámbito de la regulación de las profesiones sanitarias, la Subcomisión considera conveniente:

f) Promover, por ley, una ordenación específica de las profesiones sanitarias con amplia participación de colegios, sociedades científicas y asociaciones profesionales.

g) Instar al Gobierno a resolver urgentemente el problema de las titulaciones pendientes así como adecuar las especialidades sanitarias a las necesidades asistenciales, profundizando en el sistema de formación especializada (residencia), a través de criterios de troncalidad dando paso a especialidades emergentes, y promoviendo las áreas de capacitación específica. Las Comunidades Autónomas deben participar en este proceso de forma efectiva, en el seno del Consejo Interterritorial.

IV. COORDINACIÓN TERRITORIAL

11. Completar la descentralización territorial

La implantación efectiva del modelo sanitario de la Ley General de Sanidad exige la definitiva transferencia de la gestión de la asistencia de la Seguridad Social, y su red de centros, a todas las Comunidades Autónomas. La Subcomisión considera necesario dar un impulso político que cierre el modelo de descentralización territorial, transfiriendo la asistencia sanitaria a las Comunidades Autónomas del artículo 143 de la Constitución, y promoviendo un pacto con las corporaciones locales para que éstas asuman en el futuro un mayor protagonismo asistencial.

Con tales objetivos en perspectiva, la Subcomisión propone:

a) Promover las iniciativas institucionales que sean necesarias para equiparar las competencias de las Comunidades Autónomas del artículo 143 de la Constitución en materia de asistencia sanitaria.

b) Hacer efectivos los traspasos de los servicios del Insalud, fijando un plazo para el cierre final del modelo sanitario territorial.

c) Desarrollar, mediante el acuerdo interinstitucional que corresponda, una mayor presencia en la actividad asistencial de las corporaciones locales.

La Subcomisión considera que los procesos de descentralización sanitaria no deben limitarse a la transferencia de la red asistencial actualmente gestionada por la Administración General del Estado a las Comunidades Autónomas. Es preciso, además, que el impulso a la descentralización administrativa se lleve a cabo también en el ámbito de cada una de las Comunidades Autónomas, en un proceso abierto de participación local y social y de autonomía creciente de las instituciones en la toma de decisiones que les conciernen.

12. Promover la cooperación y coordinación territorial

La culminación del proceso de transferencias debe permitir una reconsideración a fondo del ejercicio efectivo de la función de coordinación del sistema que corresponde al Ministerio de Sanidad y Consumo. En un escenario de plena descentralización la dirección del Sistema Nacional de Salud ha de desarrollarse fundamentalmente en la búsqueda del consenso y la participación de las Comunidades Autónomas. Estas, a su vez, han de contribuir al mantenimiento de la identidad común del sistema de acuerdo a los principios de lealtad institucional y cooperación recíproca.

Con ese objetivo, el Ministerio deberá potenciar el desarrollo de sus funciones de coordinación principalmente a través del Consejo Interterritorial, más por la vía de generación de valor como unidad central y arbitral del sistema, que a través del ejercicio unilateral de su posición jerárquica o de sus competencias privativas.

El cierre del modelo territorial obliga no sólo al Estado sino a todos los agentes del sistema sanitario a avanzar en la configuración de un Sistema Nacional de Salud que, sin perjuicio de la autonomía de gestión de las Comunidades Autónomas, garantice unos elementos básicos

comunes: financiación, planificación integrada e información recíproca.

En este sentido, la Subcomisión considera necesario, al margen de las iniciativas específicas de coordinación recogidas en los capítulos anteriores, abordar los siguientes retos:

a) Perfilar el contenido de la función financiera, especialmente en lo que se refiere, a la definición de criterios de financiación de la sanidad pública y al establecimiento de los sistemas de información y estadísticas económico-sanitarias comunes.

b) Poner en marcha, en el seno del Consejo Interterritorial, instrumentos de coordinación normativa entre el Estado y las Comunidades Autónomas para el desarrollo jurídico armónico de los aspectos fundamentales del Sistema Nacional de Salud.

c) Renovar, bajo las directrices del Consejo Interterritorial, los contenidos de la planificación integrada y dotar de medios específicos a la misma, así como potenciar los programas sectoriales conjuntos, orientando estas actividades hacia nuevos enfoques en materia de salud pública, mediante iniciativas compensatorias y actuaciones conjuntas sobre los grupos sociales más vulnerables y los mayores factores de riesgo.

d) Definir el modelo central de información, con participación, financiación y control común, de la Administración General del Estado y de las Comunidades Autónomas.

e) Redefinir la Alta Inspección Sanitaria, que deberá ser fundamentalmente el instrumento específico de garantía de la equidad en el acceso a las prestaciones y de la inexistencia de discriminaciones, instando al Gobierno a que regule reglamentariamente el ejercicio de sus funciones, de acuerdo a las directrices del Consejo Interterritorial.

La Subcomisión sugiere al Gobierno que aborde, en el seno del Consejo Interterritorial, nuevas iniciativas para el desarrollo del mandato constitucional de “coordinación general de la Sanidad”, entre otros sectores, en materia de aseguramiento, política de personal, acreditación y evaluación, ordenación de prestaciones, investigación científico-técnica, y, especialmente, en salud pública.

La Subcomisión parlamentaria sugiere al Gobierno avanzar en la encomienda a las Comunidades Autónomas, dentro de su ámbito territorial respectivo, de la prestación de los servicios y el desempeño de las actuaciones ejecutivas y de inspección y control que en materia sanitaria corresponden al Estado con el fin de optimizar los recursos y conferir mayor eficiencia al sistema.

13. Reforzar el Consejo Interterritorial

La descentralización del sistema sanitario y los avances en la cooperación y coordinación territorial requieren un reforzamiento del papel del Consejo Interterritorial en el futuro. En esa línea será necesario promover, mediante la iniciativa legislativa y la acción política, un importante salto cualitativo en la configuración de las funciones y en la capacidad de aunar voluntades que ha de corresponder

al Consejo, cuya función, como órgano de intercambio, de información recíproca y de puesta en común ha de incrementarse en el futuro.

La Subcomisión manifiesta, pues, la necesidad de fortalecer el papel de este órgano como el instrumento esencial de vertebración del sistema sanitario.

En este espíritu, las iniciativas fundamentales que deberán abordarse, mediante las reformas legales o institucionales que correspondan, son las siguientes:

a) Revisar su naturaleza jurídica y configuración administrativa, otorgándole mayores facultades de decisión, y ampliar sus funciones como órgano a través del cual se ha de instrumentar, preferentemente, la fijación de las bases —sin perjuicio de su formal establecimiento por ley—, la coordinación general sanitaria y los criterios generales de la Alta Inspección.

b) Modificar su composición, suprimiendo su carácter paritario, y establecer un nuevo régimen de acuerdos, —incluida la posibilidad de introducir el voto ponderado según los casos— que vincule de un modo más operativo a todos sus miembros, utilizando, entre otros instrumentos, la figura de los Convenios de Conferencia Sectorial.

c) Promover la participación en el Consejo de los diferentes agentes que concurren en el sistema sanitario (organizaciones sindicales y empresariales, de consumidores y usuarios, corporaciones profesionales sanitarias, universidades y entidades científicas) mediante la modificación, por ley, del Comité Consultivo.

d) Y, por último, dotar al Consejo Interterritorial y a todos sus órganos de una estructura de soporte operativa que cuente con los medios personales y materiales necesarios para el desarrollo de sus cometidos y el seguimiento de sus acuerdos.

Es voluntad de los grupos parlamentarios firmantes de este Acuerdo que las iniciativas y las medidas que aquí se proponen propicien el más amplio consenso institucional posible, en el mismo espíritu que ha inspirado, recientemente, los pactos parlamentarios y sociales de pensiones y empleo.

El objetivo de los trabajos de esta Subcomisión no ha sido otro que el de favorecer un clima de entendimiento entre todos los grupos parlamentarios —representantes de la soberanía popular— a fin de superar confrontaciones partidistas sobre el futuro de la sanidad, evitando que se transmita a la población inquietud alguna sobre el mantenimiento de los niveles alcanzados en la asistencia sanitaria española.

Estas propuestas pretenden ser un programa realista de futuro que ha de inspirar la evolución de nuestro Sistema Nacional de Salud, elemento fundamental de justicia y cohesión social, cuyos principios de aseguramiento, financiación, organización y gestión, y cuyo modelo territorial deben consolidarse y modernizarse con el apoyo de todos los agentes y grupos sociales, la participación de los profesionales y de la ciudadanía, como seña de identidad común de nuestro Estado democrático y autonómico de derecho.

Palacio del Congreso de los Diputados, a 18 de diciembre de 1997.