



CLINICAS DE CHILE A.G.  
Clínicas y Centros de Salud

# Temas de Coyuntura

Número 61  
MAYO 2013

## EL IMPACTO DE LA COMPETENCIA

Ante las crisis económicas, los gobiernos se orientan a buscar estrategias para hacer más eficiente el gasto del Estado y dentro de las medidas a considerar se plantean fuertes reformas a los sistemas de salud y una vez más se vuelve a retomar la discusión respecto a si la participación del sector privado en los servicios de salud puede generar mayor eficiencia al sistema.

Cuando las crisis obligan a optimizar los sistemas, los países vuelven a retomar antiguas discusiones respecto al rol de lo público y lo privado en las diferentes áreas. Claramente una de las zonas de mayor discusión se refiere al ámbito de la salud.

A pesar que organismos especializados como el Banco Mundial o el FMI recomiendan a los países ahondar en experiencias de complementariedad público privado en salud, el tema está fuertemente ideologizado e inmoviliza la discusión. Sin embargo, en circunstancias extremas, como es la actual crisis económica europea, es cuando se observan los mayores cambios en esa línea. Dos ejemplos de fuertes reformas a sus sistemas de salud son Inglaterra y España y en ambos se amplía el ámbito del sector privado en la gestión y otorgamiento de prestaciones de salud.

## LINEAMIENTOS DE ALGUNAS DE LAS NUEVAS REFORMAS

### INGLATERRA

Tras un largo trabajo que comenzó el año 2010, el 1 de abril del año 2013 comenzó a operar la mayor reforma del **National Health Service** (NHS) en la historia, de forma que busca dar respuesta a las crecientes necesidades de una población que envejece. Uno de los puntos más polémicos de la reforma está dado por la apertura hacia el sector privado, algo que en realidad ya había comenzado desde la época de Margaret Thatcher.

La propuesta está dirigida a mejorar la capacidad de elección de los pacientes, promover la competencia y conferir mayor poder a los profesionales médicos. En términos generales mantiene la titularidad pública y la gratuidad de la sanidad, descartando el copago, pero profundiza en la línea orientada a dar al consumidor opciones de elección y ampliar el rol del sector privado, generando de esta forma mayor competencia.

### Los principales cambios que plantea esta reforma son los siguientes:

- Se traspa la responsabilidad de administración de los recursos desde los trust (Fundaciones) hacia los médicos de cabecera: hasta ahora, la gestión de los hospitales recaía en los *trusts* (Fundaciones), organismos descentralizados que administraban la mayor parte del presupuesto de manera autónoma. Con la reforma, estas fundaciones están llamadas a desaparecer, recayendo mayor responsabilidad presupuestaria sobre los médicos de cabecera que podrán declinarla en entidades privadas.

- Los médicos de cabecera serán supervisados por un órgano independiente: según el nuevo sistema, los médicos de cabecera, que operan asociados en centros ambulatorios, tendrán control sobre los hospitales, centros de salud mental y demás servicios que se ofrecen a la comunidad. Un consejo independiente supervisará, teóricamente sin interferencia del Gobierno, la actuación de los doctores agrupados en unas 500 clínicas.
- Existirá libertad para convenir aspectos de gestión y administración con actores privados: los médicos de cabecera tendrán capacidad para “comprar” la asistencia y servicios de salud directamente, incluso con la posibilidad de reclutar administradores de los actuales PCTs (Primary Care Trusts), o bien externalizar esta tarea a otros, incluyendo a compañías privadas.
- Los pacientes amplían su capacidad de elegir desde el nivel primario: los pacientes dispondrán de mayores alternativas de elección, que se extiende desde su médico de cabecera en particular a los hospitales y otros prestadores de salud. Para apoyar sus decisiones se ha implementado un potente sistema de información respecto a la calidad y gestión de los diferentes prestadores de salud.
- Se incentivan actividades que permitan generar ingresos propios: el Gobierno planea además dar más margen a los hospitales para que tengan consultas privadas a pacientes que paguen por la atención, a fin de aumentar sus ingresos.
- La autoridad mantiene su rol respecto a las materias de salud pública: las autoridades locales serán las responsables de promover las políticas de salud pública, en colaboración con el gobierno central.

Con estos cambios, aproximadamente 36.000 médicos de atención primaria tendrán la responsabilidad de gestionar un presupuesto de 80.000 millones de libras, lo que en teoría implica la ventaja de que los servicios los contratan las personas que mejor conocen las necesidades de los pacientes.

Además de una mejora importante en la calidad del servicio ofrecido, el Gobierno espera que esta reforma permita recortar los costos de gestión en un 45% durante los próximos 4 años, fundamentalmente al permitir eliminar 25.000 puestos de trabajo de directivos y personal de administración.

## **ESPAÑA (MADRID)**

Según han declarado sus impulsores, la crisis económica que atraviesa España desde hace más de cuatro años obliga a implementar medidas de eficiencia en el gasto que permitan enfrentar una drástica restricción presupuestaria.

Las medidas planteadas por la Comunidad de Madrid para implementar consideran fundamentalmente los siguientes cambios:

### **1. Reformas en el ámbito de la gestión sanitaria**

- Externalización de la actividad sanitaria en 6 hospitales, utilizando el modelo de concesión (de acuerdo a lo planteado por las autoridades, se ha comprobado que el modelo de concesión es más eficiente, genera buenos resultados clínicos y alta satisfacción a los pacientes.)

- Concesión de la prestación de la asistencia sanitaria de Atención Primaria de un 10% de los Centros de Salud, dando prioridad en su gestión a la participación de los profesionales sanitarios que quieran constituir sociedades. Esta iniciativa buscará adjudicar de manera prioritaria la concesión a grupos de profesionales que ya estén trabajando en el sistema madrileño de salud para poder seguir avanzando en la mejora de resultados clínicos, en el aprovechamiento de los recursos disponibles y en la motivación de los profesionales (se argumenta que este es un modelo habitual en Europa, y que en España ya se ha implantado en Cataluña desde hace más de quince años, con resultados clínicos y económicos positivos. Otro aspecto importante es que este modelo genera mayores incentivos y motivación a los profesionales).
- Externalización de servicios no sanitarios: Con esta medida se sigue el ejemplo de externalización iniciado hace décadas en otros hospitales madrileños.

## **2. Reformas en el ámbito de mejor uso de los recursos para mejorar la atención de la población mayor.**

- Transformación de un hospital complejo en uno de alta especialización para la patología de las personas mayores. No se trata de crear un hospital geriátrico ni de larga estancia, sino de constituir un hospital super especializado para atender a las personas mayores, cuando sus patologías se agudizan y requieren unos días de hospitalización.
- Transformación de otro importante hospital en un establecimiento de estancia media ya que cada vez existe una mayor demanda de plazas hospitalarias para atender la convalecencia de pacientes en media y larga estancia.

## **3. Reformas orientadas a mejorar eficiencia en el uso de fármacos.**

- Reducción del gasto medio por receta farmacéutica: se plantea avanzar en la prescripción por principio activo, el fomento de la dispensación de genéricos, la protocolización de las patologías prevalentes, el avance de receta electrónica y las estrategias de seguridad en el uso de medicamentos.
- Implantación de un copago general de un euro por receta: el objetivo de esta medida es impulsar un consumo racional de fármacos. Esta medida no tiene afán recaudatorio, sino que tiene como objetivo incentivar un uso más eficiente de los medicamentos y reducir el número de recetas. (se excluye de esta medida a grupos vulnerables claramente especificados).

## **4. Ordenación de equipos profesionales**

- Reordenación de la actividad de los profesionales en los hospitales, estableciendo jornadas de atención de pacientes en las tardes como parte de una jornada laboral normal. (Hasta ahora, la actividad hospitalaria por la tarde se realizaba como jornada extraordinaria por parte de los profesionales).
- Jubilación de profesionales mayores de 65 años: la prolongación del servicio activo a partir de los 65 años se limitará a un tercio de los profesionales, y se basará en criterios de desempeño de sus funciones y en el plan de ordenación de recursos humanos de cada centro.
- Concentración de laboratorios en un reducido número de hospitales para aprovechar economías de escala, aprovechando que dichos hospitales han modernizado su

tecnología, y pueden absorber un volumen mucho mayor de pruebas de laboratorio, generando importantes ahorros.

- Concentración de la complejidad: los procesos de muy alta complejidad requieren de unidades y de profesionales altamente calificados que atiendan a un número importante de pacientes para obtener la destreza y experiencia necesarias para ofrecer a los pacientes la máxima seguridad y garantía. Por eso, progresivamente y de común acuerdo con los profesionales, y lo previsto en los planes estratégicos de cada especialidad, se iniciarán los procesos para concentrar en diferentes hospitales los procesos de alta complejidad.
- Postergación de la apertura de un nuevo Hospital de alta complejidad.

### ¿Cuál es la solución más eficiente?

Todas estas reformas que amplían el rol de los privados en salud han avivado el debate acerca de si la gestión privada de los servicios sanitarios es o no más eficiente que la gestión pública, argumentando sus detractores que la búsqueda de rentabilidad necesariamente afecta la calidad de las atenciones.

España es uno de los países que tiene amplia experiencia en modelos de concesión con participación de privados en sus diferentes Comunidades Autónomas, lo que le ha permitido contar con bases de información para evaluar los resultados.

Recientemente, un informe de la consultora IASIST con datos del 2010, comparó la estructura, actividad y resultados de un grupo de 41 hospitales del gestión pública directa y personal contratado en base a estatuto rígido (“hospitales de gestión directa administrativa” **(GDA)** con los de un segundo grupo de 37 hospitales con otras formas de gestión” **(OFG)**. En este grupo se incluyen fundaciones, empresas públicas y hospitales en régimen de concesión.

El estudio concluye que los hospitales con “Otras formas de administración no pública directa (OFG) gestionan mejor las camas y son más intensivos en el uso de tratamientos ambulatorios, al tiempo que sus costos por unidad de producción (alta hospitalaria) ajustada por la complejidad de la actividad asistencial son un 30% inferiores a los de los hospitales de gestión directa.

Además, los hospitales OFG son, en general, más pequeños en tamaño y plantilla de personal, pese a tratar a pacientes de similar edad y complejidad, y obtienen parecidos resultados de calidad asistencial (mortalidad, complicaciones y readmisiones) a los de gestión “tradicional”.

Es importante señalar que las diferencias más claras entre los dos grupos de hospitales son, las que tienen que ver con el costo y la productividad de los recursos humanos. Parece ser que una variable clave de eficiencia está en la forma de contratación del personal: estatuto rígido vs. contrato laboral más flexible.

### EL ROL FUNDAMENTAL DE LA INFORMACIÓN

En todos los modelos de salud donde un asegurador público contrata servicios con entidades privadas y más aún, cuando se le entregan al paciente mayores ámbitos de libertad, se vuelve muy relevante que el sistema cuente con flujos de información confiable que permitan que evaluar y seleccionar alternativas.

A pesar que la eficiencia económica es muy relevante en el análisis de las ventajas de un modelo respecto de otro, hay consenso respecto de que la perspectiva relevante para juzgar la superioridad de un modelo de gestión u otro es más integral, por lo que es indispensable contar con indicadores de resultados en salud y no meramente indicadores de actividad y eficiencia productiva (ni tan siquiera de calidad asistencial específicos de dicha actividad (reingresos, complicaciones o incluso mortalidad ajustada por riesgo).

A este respecto, el **National Health Service (NHS)** de Inglaterra se ha dotado de un potente cuadro de indicadores orientados a la mejora de la efectividad, la seguridad y la satisfacción del paciente, los cuales se publican periódicamente. También cuentan con seguimiento periódico de indicadores de resultados en salud sofisticados, como los denominados **Patient Reported Outcome Measures (PROM)**, con los que miden la calidad de vida de los enfermos crónicos que requieren cuidados de larga duración, así como la de los pacientes sometidos a algunas cirugías electivas ( prótesis de cadera, rodilla, hernia inguinal y varices).

Los PROM son un medio para recabar información sobre la eficacia de la asistencia prestada a los pacientes del NHS según la percepción de ellos mismos. La información se basa en encuestas post-atención a los pacientes que han sido sometidos alguna de las que se han definido como las cuatro intervenciones quirúrgicas electivas claves.

También se ha considerado la implementación de poderosos portales web regionales para orientar a las personas en sus decisiones de atenciones de salud y prestadores (Healthwatch). Se busca con este tipo de información entregar datos relevantes a los propios pacientes para que tomen decisiones eficientes al elegir sus mejores alternativas de salud en base a información relevante objetiva y comparable.

El círculo de búsqueda de calidad y eficiencia se cierra vinculando parte de la retribución que reciben los proveedores de servicios sanitarios a la consecución de metas verificables por medio de varios de los indicadores anteriores, y en su nivel más básico, permitiendo a los pacientes decisiones informadas para una mejor elección de un prestador de salud, desechando las alternativas que no cumplen los estándares esperados.

*Clínicas de Chile A.G. es una asociación gremial que reúne a los principales prestadores y establecimientos de salud privados de Chile en el proyecto común de entregar un mejor servicio de salud al país. Su objetivo es fomentar el desarrollo y perfeccionamiento de las instituciones prestadoras privadas, promoviendo el diseño de políticas públicas que permitan a todas las personas aprovechar la capacidad de gestión eficiente, la experiencia y las competencias del sector privado, para ampliar la cobertura y las opciones de atención en salud.*