



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

Temas de Coyuntura

Número 79
ENERO 2015

SALUD DE ACCESO UNIVERSAL, PÚBLICA O PRIVADA: en Europa lo están haciendo.

La garantía del acceso universal a los servicios de sanidad y educación son la base del “Estado del Bienestar” en Europa. Pero cada vez se hace más generalizada la diferencia entre que el servicio esté accesible a todos (con independencia de sus condiciones particulares) y la provisión del servicio, que puede ser pública o privada.

Suecia es un ejemplo emblemático de un país que dio el salto de un sistema casi exclusivamente público a otro abierto a la gestión privada. Desde 1990, tanto los gobiernos de centro-derecha y de centro-izquierda han recurrido a la competencia y la elección de los consumidores como formas de aumentar la eficiencia en áreas previamente dominadas por monopolios públicos.

En esta línea de distinguir entre garantía y provisión del servicio, se han ido introduciendo distintas modalidades de gestión privada en la sanidad pública:

- Concesión de la gestión de establecimientos públicos.
- “Arriendo” de hospitales.
- Externalización de determinados servicios.
- Provisión privada de la atención médica a cambio de una cantidad determinada por asegurado (cápita).

El objetivo invocado de estas reformas ha sido lograr un servicio más eficiente con ahorro de costos, involucrando al prestador del servicio a través de estrategias que implican compartir el riesgo de la gestión.

Las reformas en Suecia supusieron el paso de un sistema de provisión pública a otro en el que el ciudadano puede elegir entre los prestadores públicos o privados, siempre con cargo de sus impuestos. En un debate en el que pesa tanto la ideología, es oportuno conocer su experiencia, que desde principios de los años 90 reinventó su Estado del Bienestar, obligado también por una coyuntura de crisis.

Dentro del modelo socialdemócrata que dominó en Suecia durante décadas, desde 1960 fueron creciendo el gasto público como porcentaje del PIB, la presión fiscal y el empleo público, hasta que en los años 90 se desencadenó una grave crisis económica. Se frenó el crecimiento, bajó el PIB per cápita, el desempleo se disparó y aumentó la deuda pública. En esa crisis, llegó al gobierno el conservador Carl Bildt, que emprendió una serie de reformas del Estado del Bienestar.

En Suecia, el Estado es responsable de la política de salud, mientras que el financiamiento y provisión de los servicios depende fundamentalmente de las regiones y los municipios.

En el tema de salud, las reformas apuntaron a eliminar las trabas para que las Administraciones Provinciales pudieran facilitar la licitación de diversos servicios, así como la privatización de centros médicos ambulatorios y grandes hospitales. Ahora los prestadores privados son libres para crear centros médicos y los ciudadanos pueden elegir el que prefieran, público o privado. La diversidad de proveedores hace que ninguno esté en situación de monopolio, lo que es una forma de controlar la calidad de los servicios ofrecidos.

EL PACIENTE ELIGE

Los centros médicos ambulatorios no pueden seleccionar a sus clientes, lo cual evita que discriminen a los pacientes más complicados e incentiva a los prestadores de servicios médicos a invertir en medidas de tipo preventivo, ya que su beneficio depende en gran parte de la baja utilización de los servicios más costosos. Cada centro médico recibe una cápita por paciente que lo elige, cuyo valor equivale al costo promedio en atención primaria de los habitantes de la provincia. Este sistema de “capitación” cubre más del 80% de la financiación de los centros médicos, mientras que otros pagos dependen de los actos médicos realizados y de bonos por alcanzar ciertas metas.

Entre los hospitales, la mayoría son públicos, pero también hay privados, gestionados por organizaciones que pueden tener o no fines de lucro. Los pacientes pueden elegir cualquier hospital que tenga un contrato con las autoridades locales. Como en la atención primaria, la financiación pública de los hospitales puede basarse en un presupuesto global para la provisión del servicio y/o en el número de actos médicos realizados. Los médicos suecos son predominantemente asalariados del establecimiento prestador de servicios (hospital, ambulatorio, etc.) tanto en el sector público como en el privado.

Hoy, aproximadamente el 27% de los servicios sanitarios son proporcionados por prestadores privados, incluidos 9 hospitales.

Para controlar la demanda excesiva por prestaciones médicas, recientemente se ha establecido un discreto copago por consulta: de 11 a 22 euros (100 a 200 coronas) en atención primaria, y de 26 a 36 euros (230 a 320 coronas) en especialidades.

Este modelo ha permitido el surgimiento de importantes grupos especializados en la provisión de servicios médicos. El más conocido es Capiro, con amplia experiencia en la gestión de centros médicos en Suecia y otros países de Europa.

Este cambio en el modelo no ha afectado la tasa de financiamiento público de la sanidad sueca, que sobrepasa el 80% y que mantiene su tasa de crecimiento histórico (3,8%) a pesar que en los últimos años, producto de la recesión de Europa; el promedio de crecimiento del gasto público en salud de los países de la OCDE fue casi nulo (0,1%). Es decir, la mayor presencia de prestadores privados en el otorgamiento de las atenciones de salud en Suecia no ha significado un aumento de lo que el paciente sueco tiene que pagar de su bolsillo.

LA EXPERIENCIA A TRAVÉS DEL TIEMPO

Los cambios más visibles se han aplicado en la atención ambulatoria, cuyo objetivo más importante es fortalecer el papel de la atención primaria en general, y mejorar el acceso y la capacidad de respuesta a los pacientes, dando libertad a los pacientes de elegir el prestador privado de su preferencia.

Varios estudios muestran un aumento en el número de personas que demandan atención primaria y el número de consultas médicas por persona. En relación a la calidad de la atención, no hay evidencia de que la calidad o la eficiencia de los prestadores privados sea distinta a la de los prestadores públicos y en realidad no debería esperarse tales diferencias, ya que las responsabilidades y los pagos de ambos prestadores son los mismos con independencia de su titularidad.

La mayoría de los nuevos proveedores privados están situados en zonas densamente pobladas, sin embargo, la regulación nacional le da facultades a las diputaciones provinciales para influir en las decisiones de localización de los eventuales prestadores.

La organización de los servicios de farmacia en Suecia también ha cambiado en los últimos años. Hasta el año 2008, las farmacias comunitarias y hospitalarias eran de propiedad pública y operadas por una sola corporación estatal formada en 1970, que absorbió las farmacias privadas de esa época, constituyendo un monopolio público y la venta de medicamentos “over-the-counter”, se restringió únicamente a las farmacias. En 2009, los mercados de farmacia fueron desregulados en términos de barreras a la entrada y a la propiedad y se volvieron a definir una lista de medicamentos “over-the-counter” para vender fuera de las farmacias. Todavía existe la corporación farmacéutica de propiedad estatal, pero la mayoría de sus farmacias fueron vendidas a nuevos competidores privados como parte de la reforma.

A pesar de las intenciones políticas de promover farmacias de propiedad individual, que existían antes de 1970, la mayoría de las farmacias son ahora parte de cuatro cadenas nacionales dominantes. Los estudios demuestran que las reformas han aumentado el número de farmacias en un 40% y han dado a las personas un mejor acceso.

Aunque será difícil revertir las reformas, el gobierno nacional de centro-izquierda que fue elegido en septiembre de 2014 puede encontrar el apoyo popular para detener la

privatización de las atenciones de salud. De hecho, el nuevo gobierno ha hecho promesas iniciales de proponer una ley de tope que impida la concesión de la operación de los hospitales de nivel de complejidad terciarios.

Sin embargo se ha renunciado a la idea de renacionalización de todos los servicios de salud y en su lugar la línea de argumentos va más por el lado de que los beneficios deben ser protegidos y la calidad de la atención más estrictamente regulada. Hoy la oposición de línea dura a la participación de privados en salud se limita a los partidos de extrema izquierda.

UN EJEMPLO CLÁSICO

En Kungsholmen, una de las islas en que se asienta la capital sueca de Estocolmo, se ubica el St Göran. Este Hospital es el primer hospital de emergencia de Suecia de gestión privada, en virtud de un contrato con una Diputación Provincial y es administrado por la Corporación Capiro.

Capiro St. Göran s tiene 310 camas, atiende a una población de 430.000 personas y está situado en el centro de Estocolmo. En 2013, se realizaron 3.000 procedimientos quirúrgicos ambulatorios y más de 6.100 actividades de hospitalización en 12 quirófanos del hospital. El contrato es equivalente a aproximadamente el 15% de la atención de emergencia en el condado, calculado en términos de especializaciones comparables.

Hoy en día, Capiro St. Göran es uno de los mayores hospitales de emergencia de Suecia, en términos del número de pacientes de urgencia. La presidenta ejecutiva de St. Göran, Britta Wallgren, recientemente ha manifestado que el hospital supera a sus rivales estatales dentro y fuera del país. Ella dice que los pacientes de emergencia son vistos por un médico en menos de media hora, en comparación con esperas de hasta cuatro horas que se observan en otros establecimientos.

En relación a la calidad de las atenciones, San Göran tiene niveles bajos de infecciones adquiridas en el hospital, y encuestas a los pacientes registran altos niveles de satisfacción del público. También ha producido aumentos de la productividad año a año, algo que el Estado no puede igualar, demostrando que el "afán de lucro" funciona en salud si están los incentivos y los controles bien puestos y centrados en el paciente.

La experiencia exitosa del grupo sanitario Capiro en Suecia le ha servido a la Empresa para expandir sus operaciones en Suecia y el resto de Europa:

De acuerdo a sus antecedentes, el grupo cuenta con 11.875 empleados y sus operaciones están ubicadas preferentemente en cuatro países:

SUECIA:

- Un hospital de emergencia.
- 3 hospitales locales.
- 24 centros de atención especializada.
- 21 centros de atención psiquiátrica y
- 78 centros de atención primaria.

NORUEGA

- 6 centros médicos.
- 3 clínicas especializadas, por ejemplo dentro de los trastornos alimentarios.

FRANCIA

- 7 hospitales de emergencia.
- 12 hospitales y
- 3 clínicas especializadas, principalmente para áreas tales como diálisis, rehabilitación y psiquiatría.

ALEMANIA

- 4 hospitales de emergencia locales.
- 5 clínicas especializadas.
- 2 hospitales de rehabilitación y centros de atención, y
- 6 centros ambulatorios.

REINO UNIDO

- Un hospital en Londres especializado en salud mental.

El 87% de las actividades totales del Grupo Capiro en Europa están financiadas públicamente. El restante porcentaje es financiado bajo sistemas de seguros privados o directamente por los propios pacientes. La mayor parte de la remuneración de Capiro, (87 %), está basado en el pago por tratamientos que se hacen a pacientes que los eligen libremente como prestador de salud (en base a aranceles). La capitación es otra forma de remuneración que, en relación con Capiro, se aplica a la atención primaria. El año 2013, el 13% de los ingresos de Capiro era relacionado con un modelo de retribución basado en la capitación.

La presencia de los prestadores privados de salud es aún baja pero va rápidamente aumentando, permitiendo una mayor calidad y productividad, y más grados de libertad de elección por parte de los usuarios, permitiendo además al Estado cumplir con su compromiso de accesibilidad, calidad y oportunidad en salud.

Actualmente se pueden escuchar declaraciones de personas que ideológicamente no están de acuerdo con privatizar la prestación de atenciones de salud, pero se resignan ante la evidencia: "Yo soy uno de esos suecos que no están de acuerdo en que deben existir hospitales privados", dice Christina Rigert, de 62 años, que trabajaba como administrador en un hospital público, pero renunció "por principios" cuando fue privatizado hace una década. Ahora, de vuelta como un paciente después de una cirugía de banda gástrica, ella dice: "La experiencia fue muy buena, no tuve quejas, hay menos espera que en otros hospitales. Todavía no creo que debería haber hospitales privados en Suecia pero"

En Suecia, la proporción de presencia privada es de alrededor de 7%, pero con gran variación entre las regiones. En Estocolmo el porcentaje se acerca al 20%. En Alemania la participación de privados en las prestaciones de salud era casi del 16% al año 2012 y en la actualidad cerca de uno de cada 5 camas hospitalarias está en el sector privado. En el año 2000, sólo uno de cada 15 camas estaba en el sector privado.

En Francia, alrededor de un 25% de toda la atención especializada es en el sector privado y esta proporción ha sido relativamente estable en los últimos años.

La libertad de elección y la competencia son las fuerzas motrices que benefician a los pacientes y motivan a los proveedores de atención públicos y privados para mejorar la atención que ofrecen, lo que conduce a una mejor atención sanitaria a través del tiempo.

Este artículo se basa fundamentalmente en la publicación de *The New England Journal of Medicine*, International health care systems, "The Public-Private Pendulum — Patient Choice and Equity in Sweden", Anders Anell, Ph.D, Enero 2015.

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.