

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

Temas de Coyuntura

Número 32
SEPT. 2010

SOPLAN NUEVOS AIRES DE REFORMA EN SALUD:AHORA EN INGLATERRA.

El nuevo Gobierno del Reino Unido pretende reformar el Servicio Nacional de Salud con un plan que se llevará a cabo en los próximos tres años. Se trata de un proyecto que según han manifestado no sólo se centra en los pacientes sino que otorga más poder de decisión a los profesionales del nivel primario de atención, reestructura la organización primaria y crea un órgano para supervisar la calidad del sistema. Estos cambios no son nuevos y ya se habían introducido importantes reformas en esa línea casi desde sus inicios, siendo la última en el año 2005.

ASPECTOS GENERALES.

El National Health Service (NHS), es la organización destinada a brindar el servicio de cuidado de la salud a la población del Reino Unido constituido por Inglaterra, Gales, Escocia e Irlanda del Norte, con una población aproximada de 60 millones de personas. Fué creado en 1948 con financiamiento público y administración centralizada con el objetivo de entregar acceso gratuito al sistema de salud, acorde a las políticas de “Estado de Bienestar” imperantes en la post-guerra.

El diseño inicial consideró un sistema de salud que opera mediante derivaciones desde el nivel primario hacia los niveles de mayor complejidad. El proceso comienza desde el momento que el paciente necesita de los servicios de salud ingresando a la cadena de demanda a través de un médico general (GP). Al no existir un precio pecuniario, las listas de espera son los mecanismos que genera el sistema para regular oferta y demanda.

El GPs asignado a la persona es el que corresponde a su domicilio y es el quién define las derivaciones necesarias a los niveles más complejos. Ante derivaciones, está definida la red de prestadores que le corresponde utilizar.

Actualmente, la principal fuente de financiamiento es a través de impuestos generales de la nación (un 92% del gasto total del NHS fue financiado por esta vía). El resto proviene fundamentalmente de cargos asumidos directamente por los pacientes por prestaciones de oftalmología, odontológicas y prescripciones de medicamentos. Existen algunas excepciones para personas de bajos ingresos, niños, ancianos o con enfermedades crónicas. También se subsidian con gratuidad políticas públicas de salud como la distribución de anticonceptivos.

La creciente tendencia a traspasar costo directo a los usuarios ha incentivado un mercado de seguros médicos privados, los cuales son de dos tipos principalmente: los seguros ofrecidos dentro del paquete de beneficios de una Empresa a sus empleados (aproximadamente un 60% del total) y los seguros contratados en forma individual o seguros colectivos voluntarios a través de sindicatos o asociaciones profesionales. Sin embargo, estos esquemas de financiamiento no son generalizados en la población total (al año 2007 se estimaba que sólo un 12% de la población contaba con ese tipo de cobertura).

En el NHS hay dos tipos de doctores:

- 1- Los que desarrollan la atención primaria, los GPs
- 2- Los que trabajan en los hospitales, los especialistas

GPs

El NHS contrata los servicios de los GPs, quienes son profesionales independientes. Los términos de estos contratos son negociados en el ámbito nacional. El sistema de pagos es un mix de sumas fijas, honorarios por paciente y honorarios por servicios específicos.

Los GPs no reciben un salario, pero los pagos se realizan a través de un sistema diseñado para garantizar un determinado nivel de ingreso promedio de los GPs.

Los elementos básicos del sistema de pagos consideran una cápita por población asignada y objetivos cumplidos que se complementa con algunos pagos especiales (ruralidad por ejemplo) y honorarios extras por servicios extraordinarios (por ejemplo visitas nocturnas).

DOCTORES DE HOSPITALES

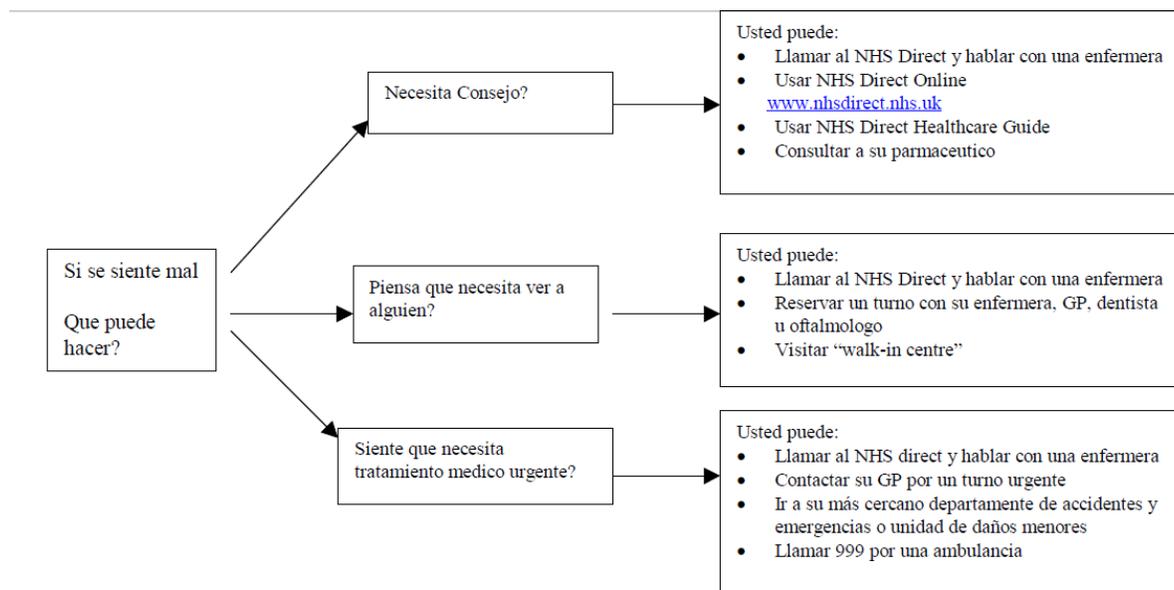
Los profesionales médicos que trabajan en los hospitales son empleados directamente por el NHS, recibiendo por esto un salario fijado anualmente por el gobierno central. Aparte del salario que obtienen, los especialistas full-time tienen permitido ganar hasta un 10% de su ingreso en el sector privado. Aquellos profesionales que trabajan en contratos part-time se les permite trabajar en el sector privado sin restricciones.

La mayor proporción de doctores que atienden privadamente son los especialistas. Hay poca actividad privada en el sector de cuidados primarios. De acuerdo a encuestas de salud, un porcentaje inferior al 5% de este tipo de atenciones se hace privadamente. La principal razón de la escasa actividad privada en el sector de cuidados primarios, es que, por un lado a los GPs por contrato no se les tiene permitido atender los pacientes de la lista del NHS en forma privada y además pocas compañías aseguradoras cubren este tipo de prestaciones.

El NHS se basó en los principios de **universalidad, gratuidad para el usuario del servicio y atención integral** (desde cuidados básicos a tratamientos de alta complejidad), sin embargo la promesa de servicio en forma gratuita para todos no ha sido fácil de cumplir y a través del tiempo se han impuesto ciertos niveles de copago por parte de los usuarios con el objetivo de controlar una demanda desmedida más que para ayudar al financiamiento del sistema.

Otro esquema desarrollado para contener demanda innecesaria es el uso de sistemas de atención remotos como, el **NHS Direct**, una línea telefónica las 24 horas del día, todos los días, atendido por enfermeras que proveen consejo e información profesional sobre el cuidado de la salud de manera que puedan solucionar el problema o saber a donde dirigirse para ser atendido por el profesional apropiado. Otro servicio es el **NHS Direct On-line**, un sitio de Internet, que permite on-line buscar información de salud.

El siguiente esquema resume en términos generales las alternativas de atención primaria que enfrenta un usuario del sistema:



SU EVOLUCIÓN

Aún cuando en la teoría el modelo es razonable, en la práctica ha mostrado importantes fallas de operación que encarecen el sistema, ya que el esquema no consideró un principio básico de la economía racional: No contempló en su diseño ningún tipo de incentivos que premiara los esfuerzos de mejoría y eficiencia y ha generado una burocracia que consume parte importante de los recursos: “El NHS tiene 1,7 millones de empleados. Solo el ejército de Liberación del Pueblo Chino, la cadena de supermercados Wal-Mart y los ferrocarriles indios emplean más personas”.

Esto ha implicado una serie de reformas en el tiempo orientadas a mejorar la gestión del sistema. Los principales problemas se relacionan con los siguientes aspectos:

- Controlar la demanda innecesaria por parte de los usuarios, en un escenario de precio cero.
- Incentivar una racionalización en la administración de recursos en un esquema sin fines de lucro ni claras responsabilidades.
- Entregar mayores grados de libertad a los usuarios y competencia al sistema.

A través del tiempo se han generado cambios orientados a descentralizar el modelo, acercando las decisiones respecto al uso de los recursos a las necesidades. Esto se ha materializado dándole mayor autonomía a los GPs para asignar recursos y comprar servicios más complejos con mayor libertad en un ambiente más competitivo. Esto implicó la posibilidad de competencia entre proveedores, incorporando también a los prestadores privados en la oferta posible.

A pesar de los importantes cambios, se estima que no han sido suficientes y hoy el Reino Unido enfrenta nuevamente un proyecto de Reforma impulsado por el nuevo Gobierno conservador, el cual se aplicaría únicamente en Inglaterra.

Su objetivo es eliminar la burocracia y de esta forma liberar recursos para traspasar directamente a prestaciones de salud. La fórmula se basa en entregarle a los GPs el poder directo de las decisiones de derivaciones, enfrentando una oferta de prestadores competitiva, con incentivos para premiar la gestión más eficiente.

LA PROPUESTA DE REFORMA

La reforma propuesta, que se someterá a consulta pública antes de empezar aplicarla en los próximos tres años, se considera la mayor transformación del NHS desde su fundación en 1948 y está considerada para ser aplicada únicamente en Inglaterra. Traslada la responsabilidad de gestionar el presupuesto a los médicos GPs, en detrimento de las autoridades sanitarias y organismos públicos intermedios que hasta ahora se ocupaban de la parte financiera.

La reforma introduce numerosos elementos del sector privado sin que se pierda la titularidad pública de la mayor parte del sistema y mantiene la gratuidad de la sanidad (no opta por el copago como mecanismo para generar eficiencia).

Los médicos de cabecera tendrán una mayor autoridad en la gestión de toda la atención médica que reciban sus pacientes, éstos dispondrán de mayores alternativas de elección y los hospitales podrán transformarse en fundaciones privadas sin fines de lucro, lo QUE les dá más libertad para gestionarse de modo autónomo y aumentar sus ingresos través de consultas privadas.

Para favorecer y facilitar las decisiones de los usuarios se publicarán listas sobre diferentes indicadores de evaluación (limpieza de los centros, índice de infecciones, listas de espera...). Estos indicadores de gestión y calidad serán elaborados por un organismo independiente de vigilancia (Health Watch) que también se encargará de defender a los pacientes dentro de la Comisión de Cuidado de la Calidad. Además, se encargará de sugerir los servicios que deben ser investigados en función de su mala praxis.

El Gobierno británico asegura querer llevar a cabo una «revolución de información» en el NHS, dando a los pacientes acceso a un gran número de datos sobre sus hospitales y centros ambulatorios con la esperanza de que con ello puedan elegir con mayor criterio a qué centro se dirigen y esto a su vez suponga un aumento general de los estándares de la atención médica que reciben los ciudadanos.

La nueva estructura, detallada en la Cámara de los Comunes por el Ministro de Salud, Andrew Lansley, conllevará la eliminación de mucha burocracia estatal: desaparecen 10 autoridades estratégicas y 152 fundaciones de gestión de la atención primaria. Con la nueva organización, los GPs se agruparán en 500 consorcios y a ellos se entregará la gestión de 96.000 millones de euros, que constituye la mayor parte del presupuesto del NHS. Ello supondrá la eliminación de 162 entidades administrativas en 2013, con el despido o recolocación de las 30.000 personas empleadas en ellas. También la reforma considera una fuerte descentralización, traspasando las responsabilidades sobre políticas de salud pública a las autoridades municipales.

Se espera que la Reforma, además de mejorar el servicio, permita ahorrar en burocracia unos 24.000 millones de libras a lo largo de los próximos tres años y poder redestinarlo directamente a atenciones de salud.

Según el Ministro Lansley, la idea que mueve el cambio -en realidad es la que guía a todo el Gobierno de David Cameron- es adelgazar la estructura del Estado y la burocracia, para dar también más espacio de actuación a los ciudadanos. "Los pacientes estarán en el centro del NHS y nuestra consigna será a partir de ahora ***"Ninguna decisión sobre mí sin contar conmigo"***.

El objetivo es mejorar el servicio que se les da a los pacientes, que no sólo podrán elegir a su médico general -independientemente del lugar de residencia- y hospital, sino que también tendrán acceso a los archivos que contienen su información clínica, de modo que, además de consultarlos, podrán compartirlos con quienes deseen.

Ian Gilmore, presidente del Real Colegio de Médicos, ha dado la bienvenida al proyecto. «Nos satisface que se refuerce el papel de una auditoría clínica nacional y que los centros de atención primaria puedan enviar a los pacientes a especialistas específicos de un hospital de acuerdo con el deseo de los pacientes».



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

CAMBIOS EN LOS HOSPITALES

A esto hay que añadir un cambio radical en los hospitales. Los centros dejarán de formar parte del NHS para crear una industria de empresas dedicadas al área sociosanitaria. Ya se han oído voces preocupadas por el futuro de los centros, puesto que la competencia y el nuevo reparto de fondos inevitablemente beneficiarán a los que ofrezcan mejores resultados en detrimento de los que presenten una peor actuación. Además, se estudia si los propios empleados podrían llegar a convertirse en propietarios de los hospitales (modelo que sigue una conocida empresa del país, John Lewis, y que a menudo es citada como ejemplo por el principal ideólogo del Gobierno, Phillip Blond).

Quedan tres años para comprobar los resultados de estos cambios. El departamento que dirige Lansley ha establecido unas fechas claras para la implementación del nuevo plan. Este otoño el Parlamento recibirá el proyecto de Ley de Sanidad que contiene las propuestas. Será en 2011 cuando los pacientes empiecen a ver algunos cambios como la posibilidad de elegir algunos tratamientos y un equipo de consulta. A finales de ese mismo año comenzarán a tomar forma los consorcios que agruparán a los médicos de familia. En 2012 empezarán a tomar cuerpo gran parte de las reformas planteadas, entrando en funcionamiento el nuevo órgano supervisor (HealthWatch) y se abrirá la elección de médico de cabecera.

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.