

REFORMAS SANITARIAS EN EUROPA

Octavi Quintana / Alberto Infante

Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General para el Sistema Nacional de Salud.

Resumen

Los sistemas sanitarios en Europa comparten muchas similitudes, tanto en los logros como en las deficiencias. Para paliar estas deficiencias se han emprendido reformas en casi todos los países. Se analiza brevemente la contratación como sistema de provisión de servicios sanitarios, aspecto central de muchas reformas, y la repercusión que tiene para la financiación y la gestión.

Es importante insistir en la importancia de proceder con experiencias piloto, en la aplicación de los contratos, dada la gran influencia del entorno cultural y económico en cualquier reforma.

Palabras clave: Reformas sanitarias. Público/Privado. Financiación. Producción. Contratación. Gestión.

HEALTH CARE REFORMS IN EUROPE

Summary

Health care systems share some common features all over Europe both in terms of strengths and weaknesses. Health care reforms have been implemented in Europe to overcome those weaknesses. Contracting as a way of health services provision is an outstanding feature of most reforms. Financing and management changes as a result of contracting are briefly reviewed.

The importance of the cultural and economic environment cannot be overstressed and it is wise to implement contracting systems after pilot experiences.

Key words: Health care reforms. Public/Private. Financing. Provision. Contracting. Management.

Los sistemas sanitarios de Europa Occidental comparten una serie de características a pesar de sus evidentes diferencias fruto de los distintos contextos políticos, culturales y económicos.

Pero todos ellos hacen frente a unas reformas debidas principalmente a un incremento de la demanda, la introducción acelerada de nuevas tecnologías y una insatisfacción de la población con las prestaciones del sistema sanitario, asociado todo ello a un importante incremento del gasto sanitario.

Reformas que tienen objetivos comunes aunque las propuestas para alcanzarlos sean distintas en cada país. En general, se pretende mejorar la eficiencia (aumento de la productividad) y la efectividad (buenos resultados a medio y largo plazo) y aumentar la satisfacción del usuario (que el paciente pueda elegir proveedor, lugar y, cada vez más, tratamiento, énfasis en el trato personalizado, atención al cliente, etc.).

Para lograr dichos objetivos preservando las

características básicas de los sistemas sanitarios públicos (equidad, cobertura universal o casi universal y facilidad de acceso a toda la población), muchas reformas intentan introducir mecanismos de mercado dentro de ellos.

Hoy por hoy, el debate sobre las reformas se centra en tres aspectos: a) papel de la responsabilidad pública y de la responsabilidad individual en el sistema sanitario, b) financiación, contratación, compra y producción de la asistencia sanitaria, y c) gestión de los servicios sanitarios

Público/privado en los sistemas sanitarios

Tres cuestiones básicas nos ayudan a centrar el equilibrio público/privado dentro de los distintos sistemas sanitarios:

Correspondencia: Octavi Quintana. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General para el Sistema Nacional de Salud. Gabinete del Secretario General para el Sistema Nacional de Salud.

Este artículo fue recibido el 21 de julio de 1992 y fue aceptado tras revisión el 23 de diciembre de 1992.

1.- ¿Qué aspectos de la asistencia pueden definirse como bienes públicos y cuáles como privados?

2.- ¿Qué aspectos de la asistencia tienen que ser controlados por el gobierno en tanto que decisiones públicas y cuáles pueden considerarse decisiones individuales?

3.- ¿Qué servicios deben ser producidos por el sector público y cuáles por el sector privado?

Aunque la discusión sobre estos tres aspectos es compleja, puede decirse que en los países europeos hay una tendencia general a alterar el equilibrio existente entre lo que se considera bien público y bien privado. Este desplazamiento significa que servicios sanitarios no esenciales, tradicionalmente públicos, pasan a considerarse como privados y, por tanto, con menor prioridad en el gasto público¹.

Los cambios en el entorno económico y cultural están matizando gran parte del balance público/privado. Por ejemplo, a medida que la recesión económica ha ido extendiéndose en la economía británica las expectativas de privatización en la enseñanza y la educación han sufrido importantes variaciones. Así, el número de suscriptores de pólizas de seguro médico se triplicó entre 1979 y 1991 (de uno a tres millones). Sin embargo, dicho número cayó en 6% entre 1991 y 1992, al menos para dos de las principales aseguradoras, al tiempo que aumentaban el coste de las pólizas (40% desde 1990) y el número de reclamaciones por suscriptor (44% en los 80 y más desde 1990) lo que ha llevado al Gobierno Conservador británico a revisar algunos de sus iniciales ardores privatizadores².

Financiación, producción y contratación

Hay cuatro fuentes de financiación de los sistemas sanitarios: impuestos, seguridad social, seguros privados y pago directo (que Europa representa una parte muy pequeña).

La mayoría de los países tiene, por lo menos, dos fuentes de financiación, algunos tres y otros cuatro (España). En los países europeos la mayoría de la financiación es pública, y ha ido aumentando a lo largo de los años. Las reformas no cuestionan la predominancia pública en la financiación, con la relativa excepción de Holanda.

Las ventajas y desventajas de los distintos sistemas de financiación han sido muy debatidas, y de forma esquemática puede decirse que existen dos posturas. La primera defendida, entre otros, por Evans y Poullier, sostiene que una fuente de financiación pública es la más efectiva y eficiente^{3,4}. La

fuentes pública de financiación puede existir a nivel nacional (Reino Unido, Italia), a nivel regional (Canadá, Suecia), o a nivel municipal (Finlandia).

Por otra parte, los países que tienen sistemas de presupuesto global son los que han conseguido un mejor control del gasto⁴. Los casos de Francia y Alemania son ilustrativos. En Alemania existe un presupuesto global para los médicos (a pesar de que individualmente no tienen techo), habiéndose conseguido en los últimos años reducir el gasto por honorarios médicos, lo que no se ha conseguido en los hospitales alemanes. En Francia, por el contrario, el presupuesto global se ha aplicado a los hospitales, con una reducción del gasto de un 13%. Los honorarios de los médicos franceses, al no tener presupuesto global, han seguido creciendo al mismo ritmo que venían haciéndolo⁵.

La segunda postura, defendida entre otros por Enthoven, sostiene que la competencia entre muchas aseguradoras privadas es una buena medida de contención del gasto. Si el consumidor individual cubre parte del coste de la asistencia que recibe, se fuerza a los proveedores y a los financiadores a aumentar la calidad o a bajar los costes. A pesar de que los datos existentes no apoyan esta hipótesis sus defensores arguyen que es debido a que no ha existido, ni siquiera en Estados Unidos, una verdadera competencia.

En Europa, la tendencia general es proseguir con una financiación pública por impuestos y/o Seguridad Social. Sólo Holanda prevé la introducción de seguros privados del tipo de los «Health Maintenance Organizations» (HMO) en EEUU. Está por ver si los mecanismos de regulación gubernamental en Holanda serán suficientes para evitar la selección en función del riesgo por parte de las aseguradoras privadas⁶.

En los últimos años puede constatarse que el gasto sanitario en el conjunto de países europeos se ha contenido, sobre todo gracias a los países del norte de Europa, mientras que en los países mediterráneos la desaceleración del gasto sanitario ha sido moderada³.

Producción

Por lo que respecta a la producción se están creando modelos híbridos que combinan aspectos del sector público y del sector privado tanto a nivel del médico general como a nivel del hospital. En general, el cambio significa pasar de un sistema de pago al proveedor mediante presupuesto, a un pago por contrato. Esta tendencia es consistente con el

punto de vista que sostiene que una vía única de financiación es esencial para contener los costes pero que, las modalidades de pago por contrato estimulan una conducta más innovadora y productiva por parte de los profesionales y de los proveedores. Todavía es prematuro hablar de resultados sobre estas experiencias.

Dos aspectos deben ser señalados respecto a los modelos híbridos:

a) El primero es que la propiedad privada no es una condición necesaria ni suficiente para introducir competencia dentro del sistema sanitario.

b) El segundo es que es difícil permitir competencia mixta entre instituciones privadas y públicas en un mercado público. Los objetivos de una institución pública son distintos a los de una institución privada cuyo objetivo principal es maximizar el beneficio. En el momento en que entran en competencia instituciones con objetivos distintos se crea una inestabilidad en el mercado que sólo puede resolverse abandonando las instituciones públicas sus propios objetivos y actuando como si quisieran maximizar sus beneficios.

Contratación

Los contratos son el eje de la reforma sanitaria en Alemania, Holanda, el Reino Unido y en los experimentos que se están llevando a cabo en Suecia y Finlandia. En todos ellos el que exista un sistema de contratos exige, además, regulación gubernamental para controlar entre otras cosas la calidad y la cantidad de los servicios.

En la negociación entre proveedores y financiadores hay que tener en cuenta varios elementos: a) cómo se define la unidad de servicio, b) los criterios para la adjudicación de los servicios, c) decidir previamente qué se va a hacer con los que pierden, d) establecer cómo se garantiza el cumplimiento de contrato.

Negociados estos elementos, los contratos deben permitir que: a) exista un control del gasto total, b) el dinero siga al paciente, c) se pueden discriminar los servicios tanto por cantidad como por calidad, d) que ciertas actividades puedan quedar fuera del contrato.

Además, parece claro que para un correcto funcionamiento de la contratación no debe haber un vínculo interno entre financiador y proveedor.

Los contratos pueden ser de tres formas: a) en bloque; b) de coste por volumen y c) de coste por caso. Hasta ahora la experiencia en el Reino Unido muestra que los contratos se han efectuado básicamente por bloque, ya que necesitan menor información y experiencia. No hay duda de que deberán irse refinando, para conseguir mayor especificidad, es decir, que el coste se ajuste por caso y con una calidad determinada.

En el Reino Unido, la mayoría de los problemas han surgido por las grandes resistencias que origina cualquier cambio, máxime si es de esta envergadura. Lo más difícil para los proveedores es que habituados al incrementalismo, si cae la demanda o hay cambios importantes en ella, la adaptación es muy difícil. Por otra parte, el clínico ha perdido mucha autonomía puesto que desde el momento en que tiene que gestionar un presupuesto ha de prestar mucha más atención a los costes que antes. Además, conviene recordar que en la reforma británica el consumidor tiene poca capacidad de elección pues sólo puede elegir médico de cabecera, siendo la mayor parte de las elecciones posteriores competencia del propio médico de cabecera^{7,8}.

Gestión

Siendo la gestión un medio, no un fin, para articular los aspectos de financiación, compra, provisión y contratación en los sistemas sanitarios, es evidente que los sistemas de gestión vigentes deben cambiar para adaptarse a las nuevas funciones y retos que plantean las reformas.

Los sistemas de *gestión empresarial* se adaptan relativamente bien a las demandas de los ciudadanos pero en sanidad deben estar fuertemente regulados para que preserven la cobertura universal y la equidad. Dentro de un sistema sanitario público suelen asociarse a sistemas de reembolso, sistemas cuyos costes son difíciles de contener.

Por su parte, los sistemas de *administración pública*, aunque pueden ser efectivos en la contención de coste mediante presupuestos globales, son rígidos y poco eficientes a nivel microeconómico.

Se intenta, pues, aunar las ventajas de unos y otros y evitar sus inconvenientes. De ahí nace el concepto de *gestión pública*⁹ que tiene cuatro aspectos principales: equidad, participación comunitaria, calidad y cooperación multisectorial. Todo ello en un escenario macroeconómico de un gasto sanitario total que no hay que superar. En la práctica el concepto de gestión pública se asocia a contratos públicos sobre los que giran, como ya hemos visto varios de las reformas en los sistemas sanitarios europeos.

Los retos de la gestión pública en los sistemas sanitarios son los siguientes:

- Descentralizar la toma de decisiones hasta el nivel mínimo compatible con la producción de servicios efectivos.
- Tener muy en cuenta la satisfacción del usuario.
- Separar los procesos de financiación y producción de servicios.
- Asegurar competencia entre proveedores.
- Instaurar mecanismos para evaluar la calidad de forma que sea una pieza fundamental en cualquier contrato.
- Pagar en función del rendimiento.
- Prestar especial atención a la gestión de recursos humanos.

Existe amplio consenso sobre que una buena gestión no puede ser sustituida por cambios en los sistemas de financiación y en las estructuras administrativas. La gestión de servicios sanitarios es una tarea que exige dedicación plena y no puede ser compartida con otras ocupaciones ni ser realizada a tiempo parcial.

Hay que tener en cuenta que la implantación de un sistema efectivo de gestión requiere un importante lapso de tiempo, pues se trata de un cambio de gran envergadura. En todo caso, suele ser más lento que el tiempo político, que pide resultados a corto plazo.

Conclusiones

La comparación entre distintos sistemas sanitarios tiene utilidad, especialmente entre países relativamente homogéneos, como son los europeos. Esta utilidad no debe ocultar las grandes limitaciones de este tipo de análisis, ya que, así como es relativamente fácil exportar una tecnología quirúrgica, esta exportación es imposible en el caso de una reforma sanitaria.

Hay reformas en todos los sistemas sanitarios europeos por causas similares. En términos generales puede decirse que:

- La financiación pública sigue siendo predominante en todos los sistemas sanitarios.
- Buena parte de las reformas se basan en sistemas de contratación entre financiadores y proveedores.
- La generalización de la contratación implica métodos nuevos de gestión que aúnen características de la gestión empresarial con la preservación de los objetivos de un servicio público.
- Por último, no hay datos suficientes ni ha transcurrido el tiempo mínimo para poder evaluar el resultado de estas reformas más que en aspectos muy parciales.

Bibliografía

1. Saltman R, Von Otter C. *Planned markets and public competition*. Philadelphia: Open University Press 1992, Buckingham.
2. Anónimo. Rolling back the private sector. *The Economist* 1992; 323: 7762 (June 6th).
3. Evans RG. Tension, Compression and Shear: Directions, Stresses, and Outcomes of Health Care Cost Control. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 1992; 15: 101-28.
4. Poullier JP, Sandier S. *A software package for the international comparison of health care systems*. OECD Health Data 1991.
5. Enthoven A, Kronick R. A consumer Choice Health Plan for the 1990s. *N Eng J Med* 1989; 320: 94-101.
6. Van de Ven W. The key Role Health Insurance in a Cost-Effective Health Care System: Towards Regulated Competition in the Dutch Medical Market. *Health Policy* 1987; 7: 253-72.
7. Glennerster H. *A Foothold form Funding; a preliminary report on the introduction of GP Fundholding*. London: King's Fund Institute, 1992.
8. Day P, Klein R. Britain's Healthcare Experiment. *Health Affairs*, 1991.
9. Kristensen F, Hunter DJ. *Health Care Reform: The Managerial Challenge*. CCEE, March 1992. Comunicación no publicada.

