

Anexo VII

Reformas sanitarias

I. Riesgo

TIPOLOGÍA DE LOS SISTEMAS SANITARIOS EN EL MUNDO

El Banco Mundial presenta la clasificación que se expone en la tabla 1 de los sistemas de salud mundiales, en función de los ingresos per cápita de cada país.

En los *países de ingreso bajo*, los desembolsos directos privados representan más de la mitad de los exiguos 2-40 \$ por persona que se gastan anualmente en atención de salud. La mayor parte de esta cantidad se destina a honorarios de los médicos, pagos a curanderos tradicionales y medicamentos. Las ONG, en particular las vinculadas con instituciones religiosas, realizan importantes contribuciones a la prestación de servicios de salud en muchos países con ingreso bajo.

En Tanzania y Haití, las ONG administran casi la mitad de los hospitales, y en Camerún y Uganda esta cifra alcanza el 40% del total de los establecimientos sanitarios.

El gasto público proviene de ingresos fiscales generales, y representa menos de la mitad del 2 al 7% del PNB destinado a servicios de salud. El seguro es raro o inexistente.

En los *países de ingreso mediano* se distinguen dos tipos principales de sistemas de salud, según sea el gobierno o el sector privado el que provee el seguro de enfermedad:

1. En los países con *seguro privado* los gobiernos usan los ingresos generales para financiar la asistencia sanitaria de los grupos de ingresos bajos y medianos, mientras que los grupos más favorecidos (< 20% de la población) usan seguros particulares o pagos directos para sufragar los gastos de clínicas y médicos privados, o habitaciones privadas en hospitales públicos.
2. En los países que cuentan con *seguro social*, los aportes obligatorios de los empleados y los empleadores financian el seguro para una parte de la población. La atención de salud para los grupos pobres de la población se financia con cargo a los impuestos generales.

En los *países europeos antes socialistas* (Europa Oriental y la extinta Unión Soviética), la única forma oficialmente reconocida de atención de salud era hasta hace poco la prestada por el Estado, financiada con impuestos generales. Ac-

Tabla 1. Sistemas de salud en el mundo en función del ingreso per cápita y el gasto en salud

Gasto en salud, 1995					
Grupos de países e ingreso per cápita en 1995 (dólares)	Como proporción del PNB (%)	Dólares per cápita	Características principales	Ejemplos	
Ingreso bajo (100-600)	2-7	2-40	Elevado gasto privado en medicina tradicional y medicamentos Servicios públicos (de mala calidad) financiados con cargo a impuestos generales Escasos seguros	Bangladesh, India, Pakistán, la mayoría de los países subsaharianos	
Ingreso mediano (600-7,900) Seguro privado	2-7	20-350	Servicios públicos (en general, de mala calidad) para grupos de ingresos medianos y bajos financiados con cargo a impuestos generales Seguros privados y prestación privada de servicios para los grupos acomodados (< 10% de la población)	Sudáfrica, Zimbabue	
Seguro social	3-7	20-400	Medidas de salud pública y servicios clínicos (en general, de mala calidad) para los grupos de ingresos bajos financiados por impuestos generales Seguro social para la fuerza del trabajo asalariada, con prestaciones mixtas, financiados mediante cotizaciones	Costa Rica, Corea, Turquía	
Países europeos antes socialistas (650-6,000)	4-8	30-200	Servicios médicos de baja calidad y en proceso de desintegración, financiados con cargo a los ingresos generales Gran mercado clandestino de servicios privados	Polonia, Repúblicas Checa y Eslovaca, repúblicas de la antigua Unión Soviética	
Países con economía de mercado consolidada, excluido Estados Unidos (5,000-34,000)	6-10	500-2,300	Cobertura universal o cuasi universal financiada con cargo a los impuestos o mediante cotizaciones sociales obligatorias Uso de pagos a terceros con topes y presupuestos globales	Alemania, Francia, Países Bajos, Japón (seguro social), Noruega, Suecia, Reino Unido, España (impuestos generales)	
Estados Unidos (24,000)	14	3,300	Combinación de seguros privados voluntarios y uso de ingresos generales del gobierno Remuneraciones sin tope y no reguladas basándose en honorarios por servicios prestados, o sobre la base de asistencia gestionada (<i>managed care</i>) Elevados costos administrativos vinculados con la prestación de servicios de salud y los seguros de enfermedad		

tualmente están produciéndose fuertes presiones a favor de seguros públicos y privados.

En los *países con economía de mercado consolidada*, a excepción de Estados Unidos, se utiliza uno de los dos tipos de financiamiento público para pagar más de las tres cuartas partes de los gastos de salud, que oscilan entre 400 y 2.500 \$ por persona y año.

En este tipo de países conviven los sistemas nacionales de salud y los sistemas de seguros sociales, que se desarrollarán en capítulos posteriores.

Estados Unidos tiene una combinación desconcertante de sistemas sanitarios, que incluye seguros voluntarios privados para empleados a través de las empresas; seguro obligatorio para los funcionarios del gobierno federal, pero con varias opciones de aseguradores y planes, y prestación de servicios y financiamiento totalmente públicos para los antiguos miembros de las fuerzas armadas. Se utiliza el método de un único pagador financiado con cargo a los intereses generales para pagar la atención sanitaria de las personas mayores y discapacitados (Medicare), a nivel federal, y de los sectores pobres de la población (Medicaid), a través de los Estados.

El Dr. Elias Mossialos, director de la London School of Health Economics, llevó a cabo una encuesta sobre la satisfacción de los ciudadanos con los respectivos sistemas sanitarios en todas las naciones de la Unión Europea. Se entrevistaron unas 1.000 personas en cada país. Esta encuesta desveló que el grado de satisfacción de los ciudadanos de cada país con su sistema sanitario está directamente relacionado con el gasto per cápita en salud.

Como puede observarse, cuanto mayor sea el gasto per cápita en salud, mayor es, por regla general, el grado de satisfacción de los usuarios. Así, por ejemplo, en Francia (gasto per cápita en salud igual a 1.868 \$ de 1994), hay un 87% de ciudadanos que están muy satisfechos o bastante satisfechos con el sistema sanitario, mientras que en Grecia (gasto per cápita igual a 634 \$), el porcentaje se reduce al 18,5%.

ALGUNAS POSICIONES BÁSICAS SOBRE LOS SISTEMAS SANITARIOS

A continuación se exponen algunas características comunes a todos los sistemas sanitarios, públicos o privados.

En cualquier sistema de salud, el médico ocupa el lugar central

Fundamentalmente porque sobre él recae la facultad de decisión. Esta decisión afecta al tiempo de dedicación a cada paciente, qué pruebas diagnósticas realizará, qué tipo de tratamiento (farmacológico o quirúrgico) prestará al paciente, dónde prestará sus servicios (ingresado, atención domiciliaria, etc.), qué recursos empleará, etc.

De forma adicional, la relación médico-paciente es la clave de un funcionamiento humanizado del sistema.

La primera fuente de eficiencia del sistema es que el médico se sienta responsable ante el enfermo y el sistema, y apoyado por el sistema.

De ahí que una constante en las reformas sanitarias sea la de reenfocar el papel del médico, tratando de considerarlo no sólo como un «sanador», sino impli-cándolo en la gestión de recursos. Ésta es la filosofía que subyace a muchos plan-teamientos del *managed care* americano o, en nuestro medio, de la *gestión clínica*.

Los sistemas de salud tienen una capacidad limitada de producir salud

«La asistencia sanitaria puede contribuir con un 10% a mejorar el grado de sa-lud; el 90% restante depende de la economía, del medio y de la conducta higiéni-ca de cada persona».

La promoción de la salud no corresponde únicamente al sistema de salud

La promoción de la salud representa una actividad intersectorial (educación, vivienda, medio ambiente, defensa, sanidad, etc.) que ha de realizar acciones di-rigidas a una población sana. Son los gobiernos los que deben ocuparse de la pro-moción de la salud; no el sistema sanitario, salvo en la parte alícuota que le co-rresponda.

Los sistemas de salud universales no han impedido el crecimiento de las desigualdades sociales en salud

Algunos sistemas sanitarios han conseguido la equidad en la asistencia, pero no la equidad en salud. Esto ocurre en Europa, donde existen servicios públicos de salud de acceso universal prácticamente desde la década de 1950, sin que esta equidad en el acceso haya supuesto la desaparición de las desigualdades en salud. La razón es obvia: los múltiples condicionantes del estado de salud, es decir, nivel de riqueza, vivienda, educación, defensa, estilos de vida, etc. El siste-ma sanitario es sólo un condicionante, y no el más relevante, en cuanto al nivel de salud.

El fin de la asistencia médica no es sólo salvar vidas

Posee otras valiosas funciones, como es reducir la incapacidad del enfermo, mitigar el dolor, hacer las enfermedades más soportables, resolver la incertidum-bre, disminuir la inquietud física y emocional, proveer confort, etc. Los sistemas de salud no se legitiman en unos ideales sanitarios y políticos incapaces de crear salud o eliminar desigualdades, sino que se justifican socialmente por el cum-plimiento de sus fines reales: cuidar, curar, prevenir, rehabilitar y tranquilizar.

Las diferencias de gasto sanitario entre naciones se corresponden con las diferencias en la renta

De esta manera se explican más del 90% de las variaciones de gasto sanitario. A más nivel de renta per cápita, mayor porcentaje de PIB destinado a sanidad.

En este sentido, puede decirse que la sanidad se comporta como un bien de lujo o, como dicen los economistas, con elasticidad mayor de 1. A medida que aumenta la renta, crece en mayor proporción el gasto sanitario.

CARACTERÍSTICAS COMUNES A LOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SALUD

A modo de introducción, se podrían enumerar algunos rasgos comunes a todos los sistemas públicos de salud (los de todos los países industrializados, con la única excepción de Estados Unidos).

La incertidumbre ante el futuro de la salud está en el origen de los seguros de salud

La incertidumbre ante el futuro de la salud y la voluntad de evitar los cuantiosos gastos que eventualmente puede originar un tratamiento médico están en el origen de los seguros de salud, tanto públicos como privados. La preservación de la equidad y el evitar las llamadas externalidades (efectos sobre el conjunto de la sociedad de determinados comportamientos individuales) justifican los seguros públicos de salud. En los seguros de salud mediante el pago de una prima —en los privados—, o a través de impuestos o cotizaciones sociales —en los públicos—, se compran los servicios sanitarios que puedan ser necesarios para los colectivos cubiertos y cuyo pago pudiera ser imposible o extremadamente dificultoso para las economías individuales.

Lo importante a retener es que el fenómeno asegurador está absolutamente implantado en sanidad, si bien siempre quedan áreas o colectivos de pago directo de los servicios sanitarios.

Los sistemas de aseguramiento público de carácter universal son propios de los países industrializados, excepción hecha de Estados Unidos

En todos los países industrializados se han ido desarrollando sistemas de salud de cobertura universal. El origen de estos servicios de salud son los seguros sociales obligatorios que tuvieron su origen en Alemania en 1883, a partir de la iniciativa de *Bismarck* («la curación de los males sociales es una condición de garantía de la paz interior, que no puede ser asegurada por la simple represión de los levantamientos», mensaje imperial del 17 de noviembre de 1881).

El país industrializado que es una excepción y que carece de sistema de protección sanitaria de carácter universal es Estados Unidos. Han sido muchos los intentos de introducir reformas en el sistema sanitario americano. El presidente Clinton fue precedido por otros presidentes —Franklin D. Roosevelt, Harry Truman y John Kennedy— en su intento de reformar globalmente el sistema introduciendo la cobertura universal. Los proyectos de crear un sistema nacional de salud al estilo europeo, que formaba parte de la plataforma electoral de Clinton en

su primera campaña presidencial, fueron archivados debido a la fuerte oposición de la sociedad americana, en general, y de las pequeñas y medianas empresas, en particular.

Los sistemas de salud se están enfrentando a un fuerte crecimiento de los gastos

Los gastos tienden con mucho a superar los crecimientos del PIB, por muy diversas circunstancias: a) el envejecimiento de la población, con aumento en estas sociedades del porcentaje de población por encima de 65 años, el segmento de edad más consumidor de recursos sanitarios; b) la incorporación de nuevas y costosas tecnologías, que permiten utilizar medios diagnósticos y terapéuticos en enfermedades hasta entonces no accesibles al tratamiento médico, y que son objeto de una demanda inmediata tanto por parte de los usuarios como de los profesionales, y c) nuevas demandas sociales.

Citando a Michael H. Cooper, «Originalmente la necesidad se consideraba como finita y dentro de los límites de lo abaricable. Pero el alcance de nuestra autopercepción como enfermos no tiene límites».

El efecto del *moral hazard* en los sistemas de seguros produce hiperconsumo

Es decir, se produce un aumento de los gastos consecuencia de un incremento de la demanda, típica de los seguros, públicos o privados. El *moral hazard* (riesgo moral) consiste en la tendencia, una vez que los individuos están asegurados, a consumir más asistencia médica de la que consumirían sin seguro y más de la que es socialmente óptima.

En los sistemas de salud públicos la eficiencia tiene corto alcance, como método de contención de costes

Naturalmente, al decir esto no se está patrocinando la ineficiencia, entendiendo que la eficiencia es la única justificación social y económica del creciente gasto sanitario y precondition de la equidad y calidad asistenciales.

No obstante, según Victor Fuchs, tal vez el economista de la salud vivo más famoso del mundo, «la idea de que es posible una gran reducción de los costes por medio de incrementos en la eficiencia es errónea». La conclusión de Fuchs es que, dado que es difícil actuar sobre el primer factor (cantidad de *inputs*), que en sanidad son fundamentalmente recursos personales; y sobre el segundo (precio de los *inputs*), consistente en la retribución de los recursos personales; es ilusorio tratar de modificar de manera decisiva el gasto sanitario sin actuar sobre el tercer factor (cantidad de servicios).

Esta reflexión es válida para ciertos políticos, que pretenden abordar determinados problemas de los sistemas sanitarios, como el aumento exponencial de los gastos, solamente con medidas de gestión («que los gestores gestionen mejor»), como si la mejor gestión pudiera evitar la adopción de medidas políticas, no siempre fáciles.

Naturalmente, lo anterior es válido en cuanto al sistema, pero no en cuanto a una institución concreta, en la que las modificaciones en el gasto pueden ser muy sensibles a mejoras en la eficiencia.

Las listas de espera son una característica de los sistemas públicos de acceso universal

Digamos que la asignación de bienes escasos puede regularse por dos vías: o por precios o por colas. Suprimidos los precios, se generan las colas.

Hay listas de espera en prácticamente todos los países con sistemas públicos de libre acceso universal (Canadá, Holanda, Irlanda, Italia, Noruega, Suecia, Nueva Zelanda, Reino Unido, Portugal, España). En cambio, no existen listas de espera en países como Estados Unidos —sin sistema público universal— o en algunos países europeos en los que la oferta está menos contenida o el copago actúa en la práctica como un precio (caso de Francia, Bélgica, Alemania, Suiza, Luxemburgo).

El hecho de que consideremos las listas de espera como casi consustanciales con los sistemas públicos de acceso universal, no quiere decir que no sea mucho lo que pueda hacerse por mitigarlas. Muchas Administraciones están en esta línea (estableciendo tiempos máximos de espera, discriminando según patologías, fijando una especie de garantía de posibilidad de acudir al sector privado en caso de que el público no pueda responder, etc.).

El sistema de costes compartidos se ha mostrado muy eficaz en la reducción de la demanda y el gasto

Los grandes aumentos de la demanda a que conducen los sistemas públicos de acceso universal, así como la necesidad de corrección de los efectos del *moral hazard*, obligan a pensar en el copago y otras formas de participación del usuario en el coste, particularmente en España donde el «precio cero» en el momento del servicio (excepto para medicamentos obtenidos con receta) representa un estímulo sin frenos al consumo sanitario.

La participación del usuario en el coste (*cost sharing*) puede adoptar muchas formas, tanto las directas (copago, coseguro, deducibles, opción de bônus, etc.) como las indirectas (exclusiones de determinadas coberturas, revisión de la utilización, etc.). La forma concreta del copago consiste en el establecimiento de un pago fijo por servicio (p. ej., el paciente paga 5 € por visita al médico general).

Los objetivos del copago son varios: disuadir la demanda innecesaria, obtener recursos adicionales y orientar el consumo (modulando el copago en aquellos procedimientos más coste-efectivos). Por lo tanto, es un error considerar la simple recaudación como la única justificación del copago, lo cual debe tenerse en cuenta en su diseño.

El copago es aplicable a todos los sectores de la asistencia: atención primaria, consultas de especialistas, hospitalización, farmacia, etc. El copago suele ser menor o inexistente en aquellas actividades menos propensas al *moral hazard* (operaciones por enfermedades serias, pacientes crónicos, etc.), en cambio es mayor

en aquellas que se prestan más al abuso (gafas, medicamentos, etc.). Si fuese la recaudación la única pretensión del copago, se utilizaría con más intensidad en aquellos tratamientos costosos por enfermedades serias, donde la demanda no es elástica, en vez de en aquellas actividades con demanda elástica.

El uso del copago está absolutamente generalizado en todos los países. España es de aquellos con menor nivel de copago, ya que sólo se utiliza en la medicación extrahospitalaria por vía de recetas, pero no en la atención primaria ni en las urgencias, ni en las actividades de hospitalización, etc.

La extensa difusión de la medida no ha quitado, sin embargo, el carácter controvertido a la medida. Todavía en informes recientes se extreman las cautelas ante la posibilidad de aumentar el copago en nuestro país.

Sin embargo, los efectos del copago han sido analizados en un largo estudio llevado a cabo en el período 1974-1979, financiado por el gobierno americano, realizado por la Rand Corporation y dirigido por el economista Joseph P. Newhouse. La muestra utilizada fueron 2.000 familias. Las preguntas a las que trataba de responder este estudio eran: ¿reduce el «copago» el uso de los servicios sanitarios?; en caso afirmativo, ¿determina tal reducción un menor gasto?; ¿tiene dicha reducción consecuencias sobre el estado de salud de los asegurados?; si las tiene, ¿es posible diseñar un copago inocuo y efectivo? De forma extremadamente simplificada, las respuestas fueron las siguientes: el copago es útil en la reducción de la demanda y el gasto; las consecuencias sobre el estado de salud son inexistentes o muy escasas, con la excepción del segmento más pobre de la muestra. Este último hecho contesta a la última pregunta: la exención del copago a determinadas capas sociales es lo que lo hace inocuo.

El resultado de otros experimentos «naturales», mucho más difíciles de interpretar por sus características, muestra una cierta concordancia con estas conclusiones.

El copago no es un tema fácil. No obstante, hacer énfasis exclusivamente en las dificultades de su implantación está en contradicción con una de las necesidades de la asistencia sanitaria pública: avivar la conciencia del coste del usuario e introducir medidas que responsabilicen a los ciudadanos con el mantenimiento de su estado de salud.

El debate de las prioridades está en el futuro

Los sistemas públicos de acceso universal se han comportado, en la práctica, sin límites en sus prestaciones. Cualquier nueva mejora tecnológica o asistencial era inmediatamente incorporada al inexistente «catálogo» de prestaciones, con la consiguiente repercusión sobre el gasto. La situación fue mantenible durante mucho tiempo, hasta que la gran disparidad entre el crecimiento de los gastos y los recursos disponibles obligó a plantearse esta situación.

Con ello entramos en el debate de las prioridades, que lo que pretenden es:

1. El establecimiento de una más clara definición de la función de asistencia sanitaria.
2. La delimitación de las responsabilidades o campo de acción.

3. La elaboración de principios para establecer prioridades (delimitación de prestaciones) en la asistencia pública.

En esta línea, se han creado comisiones de prioridades en diversos países (Noruega, Holanda, Suecia, etc.), que persiguen la ordenación de las prestaciones en dos grupos:

1. Las que serán financiadas por todos los ciudadanos.
2. Las que serán pagadas (total o parcialmente) por cada individuo de su bolsillo.

El racionamiento sanitario no es nuevo; todos los sistemas racionan, bien sea por precio (Estados Unidos) o por listas de espera (Canadá, España, Reino Unido). Se parte de la base de que es mejor el racionamiento explícito que el oculto.

Antes de establecer la limitación de las prestaciones hay que asegurar una serie de condiciones: considerar la equidad en primer lugar, es decir, estudiar las consecuencias del racionamiento en los distintos grupos sociales; fijar cuidadosamente los principios morales, económicos y médicos de la selección de las prestaciones; seleccionar las prestaciones de acuerdo con estos principios y con autoridad técnica; y, por último, desarrollar un proceso político y social de debate y explicación.

LA CRISIS DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Los sistemas públicos de acceso universal están en crisis. Naturalmente, crisis no significa que vayan a desaparecer. Significa que todos se están planteando reformas en profundidad. El origen de la crisis está en deficiencias internas de los propios sistemas (ineficiencia, desinformación, politización, etc.); horizonte de mayor consumo (nuevas tecnologías, envejecimiento de la población, cambios epidemiológicos, etc.); transformación del paciente en consumidor activo, y cambio del papel del Estado en la sociedad libre y plural actual.

Todo lo anterior hace que sea raro el país industrializado con sistema sanitario universal que no se esté planteando una reforma de su sistema, o tenga una comisión de expertos trabajando, o esté introduciendo cambios legislativos, o esté introduciendo en el debate político el tema sanitario.

Por otra parte, el sistema sanitario en Estados Unidos tiene también una crisis profunda, derivada en ese caso de los problemas de la calidad, los altos costes administrativos, los problemas que tiene para incorporarse a la sociedad de la información y el hecho de que un porcentaje significativo y creciente de americanos no tenga cobertura sanitaria.

Esto hace que tanto en los sistemas públicos de acceso universal (todos los de los países industrializados, excepto Estados Unidos) y en el propio sistema norteamericano se estén planteando reformas.

Todas ellas tienen un elemento en común: la preservación de la calidad, la garantía de la accesibilidad y la sostenibilidad a largo plazo de los sistemas sanitarios.

RETOS COMUNES Y TENDENCIAS DE FUTURO EN LOS SISTEMAS DE SALUD DE LOS PAÍSES INDUSTRIALIZADOS

Criterios para el éxito en las reformas sanitarias

Los sistemas sanitarios de los países industrializados se están enfrentando a importantes retos: aumento de los costes asistenciales, envejecimiento de la población, mayores exigencias y aumento de las expectativas de los ciudadanos, incorporación de nuevas y costosas tecnologías, preocupación por la calidad, incorporación de técnicas de medición de la actividad sanitaria.

Estos retos están desembocando en importantes reformas sanitarias en muchos países industrializados, como por ejemplo Reino Unido, Israel, Nueva Zelanda, Francia, Holanda, Alemania, Suecia, Estados Unidos, etc. Previsiblemente, estos retos harán que otros países inicien a corto plazo procesos de reforma en sus sistemas sanitarios.

Las reformas acaecidas en diversos países se pueden clasificar en las siguientes modalidades (tabla 2). El éxito de estas reformas dependerá de una serie de factores o retos comunes a todas estas reformas:

1. *Temporización*. Es decir, que la reforma sea duradera en el tiempo con el fin de que se pueda disponer de *outputs* que permitan medir su bondad, así como establecer criterios comparativos con respecto a su situación anterior.
2. *Sostenibilidad financiera*. Cualquier reforma sanitaria que se lleve a cabo ha de tener un soporte económico-financiero que sostenga su propia viabilidad y que la fortalezca en el tiempo.
3. *Voluntad política y liderazgo*. El respaldo de las autoridades políticas y su liderazgo en la puesta en marcha y desarrollo de la propia reforma se convierten en un elemento clave para el éxito de la misma.
4. *Alianzas estratégicas*. Los sistemas sanitarios se componen de múltiples interacciones entre diversos sectores (profesionales, industria farmacéutica, gobierno, proveedores, etc.). Las reformas sanitarias han de crear alianzas o pac-

Tabla 2. Líneas de reforma de los sistemas sanitarios en los países de la OCDE

Tipo	Características	Ejemplo
Reforma tipo <i>big bang</i>	Reformas impulsadas por el gobierno central, desarrolladas en un breve período de tiempo	Reino Unido Israel Nueva Zelanda Francia (intento de Alain Juppé)
Reformas incrementales	Planteadas en un período temporal amplio	Holanda Alemania
Reformas de abajo arriba	Impulsadas desde gobiernos regionales u otras instituciones	Suecia
Reformas sin reforma	Cambios importantes, sin un planteamiento de reforma global	Estados Unidos

tos entre todos los agentes que interactúan en los sistemas sanitarios, con el fin de asegurar su completa aceptación y participación en todos los elementos que lo componen.

5. *Apoyo público.* Los gobiernos han de crear las acciones de marketing precisas orientadas a la consecución del apoyo social necesario que garantice el éxito de la propia reforma del sistema. Es decir, se han de conseguir sentimientos sociales favorables a la propia reforma.
6. *Gestión del proceso:*
 - a) *Establecer los objetivos de la reforma.* La reforma ha de tener unos objetivos claramente identificados. Estos objetivos han de estar alineados con la estrategia global de la organización (sistema sanitario). Asimismo, a los objetivos de la reforma se les ha de asignar unos *factores críticos de éxito*, es decir, es una descripción cualitativa de un cierto elemento de la estrategia corporativa en el cual la organización debe sobresalir para ser exitosa con su reforma, así como unos *indicadores clave de actividad*, o lo que es lo mismo, unas unidades de medida usadas para cuantificar un factor crítico de éxito.
 - b) *Asignar la responsabilidad gestora.* La responsabilidad de la gestión del cambio provocado tiene que tener nombre y apellidos, es decir, que esté claramente identificado un responsable de la misma.
 - c) *Legislación facilitadora de la propia reforma.* El marco legal y jurídico de la reforma ha de quedar lo suficientemente preciso como para que todos sus aspectos queden suficiente y claramente legislados.
 - d) *Incentivos financieros.* Cualquier reforma en cualquier sector provoca una situación de cambio que previsiblemente inquieta a los profesionales implicados. Esta incertidumbre puede ser paliada con los incentivos financieros y económicos adecuados.
 - e) *El ritmo de la reforma: ¿big bang o incrementalismo?*
7. *Infraestructura y capacidades técnicas.* Por último, el éxito de una reforma sanitaria dependerá en gran medida de la cantidad y calidad de los recursos que se le asignen.

Temas integradores de las reformas sanitarias

Los distintos países europeos han desarrollado diversas estrategias para la reforma de sus sistemas de salud. Tras esta diversidad de estrategias subyacen cuatro grandes temas *integradores* que pueden explicar parte del fenómeno de las reformas.

El nuevo papel del Estado y del mercado en el sistema sanitario

A finales de la década de 1980, varios países europeos empezaron a reconsiderar la estructura de gobierno de sus sistemas sanitarios. En algunos países de la Unión Europea (fundamentalmente aquellos con Sistemas Nacionales de Salud), el Estado ha sido el principal agente del sector sanitario, si bien esta primacía está siendo cuestionada. Algunas funciones estatales se han descentralizado dentro del sector público (Administraciones locales o regionales), y otras han sido en-

comendadas a la gestión privada. Por contra, en otros países, fundamentalmente con sistemas de seguro social, se ha intensificado la intervención reguladora del Estado en aras de lograr una mejor contención de costes y una mayor equidad.

El mercado privado sanitario está tomando un nuevo papel en el sector sanitario, en lo referente a la prestación de los servicios, e incluso a la financiación de los mismos.

En algunos sistemas sanitarios se combinan elementos propios del Estado con elementos propios del mercado, es decir, se introducen mecanismos de mercado (libertad de elección del consumidor, libertad de contratación del organismo financiador, etc.), pero se mantiene la propiedad y operación de los servicios en manos del sector público.

La descentralización del sistema sanitario

La descentralización se contempla como un medio para resolver los problemas que han planteado las grandes burocracias públicas centralizadas. En casi todos los países estas organizaciones han sido criticadas por su escasa eficiencia, resistencia al cambio y a la innovación, y su escasa respuesta a las necesidades y respuestas de los usuarios.

Las instituciones descentralizadas presentan una serie de ventajas sobre las centralizadas: pueden ser más flexibles, más innovadoras y responder con mayor rapidez a los cambios en el entorno y a las necesidades de los consumidores, si bien también presentan efectos negativos, como fragmentación de servicios, manipulación política o el debilitamiento de la posición del sector público.

El nuevo papel del ciudadano en términos de dotar poderes, de derechos y de capacidad de elección del proveedor

Los consumidores están reivindicando un mayor papel en cuestiones logísticas (elección del médico y hospital), clínicas (posibilidad de intervenir en la toma de decisiones médicas), así como una mayor participación en la formulación de prioridades para el sistema sanitario. Otro aspecto relacionado con el nuevo papel del ciudadano es la creación de mecanismos para proteger los derechos de los pacientes, constituyendo un intento de acercar la prestación de los servicios sanitarios a las expectativas de los ciudadanos sobre la calidad de la atención y la responsabilidad de los proviadores.

Finlandia y Holanda son algunos países que han adoptado un enfoque global en cuanto a los derechos de los pacientes. (p. ej., la Ley sobre el Contrato Médico, que entró en vigor en Holanda en abril de 1995, define exhaustivamente los principales derechos de los pacientes).

La importancia creciente del papel de la salud pública

Las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las causas externas (accidentes) son las principales causas de muerte en Europa. Estos desafíos a la salud de la población revisten importantes implicaciones para la reforma del sector sanita-

rio. Las políticas relativas a áreas como la educación, la política fiscal, el transporte y la agricultura con frecuencia tienen un efecto sobre los niveles de salud mayor que las políticas específicas del sector sanitario. Varios países europeos, influidos por la estrategia de «Salud para Todos», han puesto en marcha programas nacionales para la promoción de la salud basados en una actuación intersectorial.

Estrategias seguidas en las principales reformas sanitarias europeas

Las estrategias de reforma pueden clasificarse de acuerdo con diversos criterios, como los objetivos a perseguir (equidad, eficiencia, etc.), o los agentes del sector sanitario a influir preferentemente (pacientes, proveedores, aseguradoras, etc.).

La clasificación realizada aquí se ha establecido según una mezcla de los criterios mencionados, así se obtienen las siguientes estrategias.

Estrategias que abordan la escasez de recursos, principalmente mediante la contención del gasto sanitario agregado

Los sistemas sanitarios han hecho frente a la escasez de recursos de dos maneras:

1. Incrementando los recursos destinados a sanidad vía recaudación de impuestos o cotizaciones a los seguros sociales, o detrayendo recursos de otros sectores.
2. Mediante la implantación de sistemas que influyan sobre la demanda (sistemas de costes compartidos, incentivos para el gasto privado, o racionalizar el acceso a los servicios públicos) o sobre la oferta de servicios sanitarios (reducción del número de camas y nuevos médicos, presupuestos globales para los proveedores, optimización del uso de las tecnologías, control del coste de los recursos, etc.).

Estrategias que inciden en la financiación del sistema sanitario y buscan mantener la universalidad del acceso y la sostenibilidad financiera mediante la actuación centrada en los aseguradores

Uno de los dilemas fundamentales de los países en proceso de reforma de su sistema de financiación es equilibrar el principio de solidaridad con las nuevas tendencias a introducir mecanismos de competencia entre entidades aseguradoras (Alemania, Bélgica, Países Bajos, Israel y Suiza).

La competencia entre aseguradores (independientemente de si éstos son públicos o privados) suele perjudicar la solidaridad en la financiación de la asistencia sanitaria, ya que los aseguradores tratan de seleccionar riesgos favorables. Como consecuencia, todos estos países han adoptado mecanismos como la inscripción libre, o la introducción de un sistema de ajuste de primas en función del riesgo individual o colectivo, que permite redistribuir los ingresos obtenidos entre los aseguradores en régimen de competencia.

Estrategias destinadas a lograr una asignación más eficaz de los recursos de los financiadores a los proveedores de servicios, conforme a los objetivos y prioridades del sistema sanitario

Varios países europeos han iniciado la transición de los modelos integrados de financiación y prestación al régimen de separación entre los agentes financiadores o compradores y los agentes provisosores de servicios sanitarios.

Entre las estrategias de reforma clave para una distribución más eficaz de los recursos deben citarse:

1. *Mecanismos de contratación.* Separación entre el comprador y el proveedor vinculando estos agentes con compromisos explícitos y generando una motivación económica para el cumplimiento de tales compromisos.
2. *Sistemas de pago a profesionales e instituciones.*
3. *Mecanismos de distribución del capital.*

Estrategias que actúan directamente sobre los proveedores de servicios para lograr una mayor calidad y eficiencia de la asistencia

Las reformas de asistencia sanitaria en Europa han prestado creciente atención a la organización y al comportamiento de los proveedores de servicios a escala microinstitucional.

Los cambios se han orientado a la mejora de la eficiencia y la calidad de los servicios. Las medidas adoptadas se han centrado en el desarrollo de:

1. Programas de calidad de la asistencia.
2. Descentralización de la gestión.
3. Reestructuración de la organización interna y externa de los hospitales.
4. Fortalecimiento de la atención primaria.
5. Sustitución entre los distintos niveles asistenciales.

EL RETO DE LA SOSTENIBILIDAD, LA PREOCUPACIÓN ACTUAL

En el año 2005, PricewaterhouseCoopers, que ya había hecho público dos informes previos sobre grandes tendencias en el sector sanitario, hace público su tercer informe, cuyo eje de reflexión fundamental es la sostenibilidad.

La globalización de la salud ofrece enormes oportunidades, pero se ve ensombrecida por amenazas comunes. Sobrecostes, calidad irregular y sistemas sanitarios mal gestionados o de acceso no equitativo son problemas comunes que ponen en riesgo la sostenibilidad de los sistemas sanitarios. Más aún, el gasto sanitario creciente y los consiguientes costes para las empresas igualmente en aumento, pueden debilitar la competitividad de las economías desarrolladas, amenazando con desestabilizarlas.

La encuesta del estudio *HealthCast 2020* de PricewaterhouseCoopers concluye que casi la mitad de los directivos sanitarios de 27 países consideran que los

costes sanitarios crecerán a una tasa más alta que en el pasado. No es sorprendente que los directivos de Oriente Próximo, Asia —áreas con un crecimiento alto de población— y Australia sean los que más respaldan esta opinión, aunque el 51% de los directivos de Estados Unidos también creen que los costes superarán las tasas de crecimiento anteriores.

Las preocupaciones sobre la sostenibilidad aumentan a medida que los costes parecen estar fuera de control. En Estados Unidos se prevé que el Medicare Trust Fund quebrará en 2019. A pesar de ello, en 2006 ofrecerá una prestación farmacéutica nueva para la tercera edad que se espera genere un coste de 1,2 billones de dólares en la próxima década. Como dijo Alan Greenspan, presidente de la Reserva Federal de Estados Unidos, «Como nación, quizá ya hayamos hecho promesas a las generaciones venideras de jubilados que no podremos cumplir».

Mientras tanto, el sistema sanitario francés, considerado el mejor del mundo por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000, está al borde de la quiebra. Pierde 23.000 euros cada minuto, y se prevé que se colapsará totalmente en 2020. En Inglaterra, la creciente transparencia ha permitido descubrir déficit millonarios en algunos sistemas regionales, a pesar del aumento récord de la financiación sanitaria desde 2000. Una combinación negativa de factores (control del mercado por parte de los proveedores, que determinan la actividad, así como la calidad y el precio, y un desarrollo de la función de compra de los servicios sanitarios relativamente bajo) se traduce en que en algunas áreas la atención sanitaria se percibe como algo que ni se puede pagar ni funciona bien.

El análisis de PricewaterhouseCoopers de los datos de los países de la OCDE revela que los incrementos más importantes del gasto sanitario se iniciaron en 2000. En 2002, los 24 países de la organización estaban gastando 2,7 billones de dólares en sanidad. Según las estimaciones de PricewaterhouseCoopers, el gasto sanitario de esos países se multiplicará por más de tres en 2020, hasta llegar a los 10 billones de dólares. Como si fuera una marea, el gasto sanitario sube inundando las riberas de las economías de cada nación. Conforme se erosiona la orilla, a algunas naciones les preocupa que el creciente gasto sanitario se coma los salarios y el poder adquisitivo.

En 2020, se prevé que el gasto sanitario represente el 21% del PIB en Estados Unidos y una media del 16% del PIB en los demás países de la OCDE, según las estimaciones de PricewaterhouseCoopers. En el futuro, se espera que las tasas de crecimiento del gasto sanitario de los países de la OCDE converjan, aunque el gasto estadounidense permanecerá significativamente más alto que los demás. Para el año 2020, Estados Unidos, que en 2003 representaban un 55% del gasto sanitario de la OCDE, sólo representarán un 50% del mismo, una cantidad considerable a pesar de todo.

Hay varias tendencias que apoyan esta previsión. Tanto la convergencia de la Unión Europea como la convergencia global de la sanidad probablemente nos llevarán a una cierta uniformidad en las tasas de crecimiento entre los países de la OCDE. Aunque a veces el gasto sanitario estadounidense haya crecido a un ritmo que duplica o incluso triplica la tasa de los demás países de la OCDE, la diferencia se ha ido reduciendo. Se espera un mayor uso de los servicios sanitarios en la envejecida Europa Occidental y en Europa del Este, donde existe una demanda sanitaria contenida. A la vez, se prevé que el crecimiento del PIB global perma-

nezca expresándose con un único dígito. Aunque la orientación al consumidor será un elemento de cambio importante para la sanidad, hay otro factor que tendrá un impacto aún más grande: China. El crecimiento de los salarios estadounidenses, europeos y japoneses ha sido débil en los últimos años, y se espera que la enorme reserva de mano de obra china mantenga la inflación mundial en niveles bajos. Sin embargo, no parece que nada vaya a impedir que los precios sanitarios aumenten más, lo cual incrementará a su vez el porcentaje del PIB que se dedica a los servicios y suministros sanitarios. De hecho, algunos economistas argumentan que a medida que los ingresos crecen, las personas gastan porcentualmente menos en bienes y servicios básicos, como la comida, la ropa y la vivienda, y utilizan los ingresos adicionales para comprar ocio, viajes y servicios sanitarios.

El crecimiento de la población y el envejecimiento de la misma se citan a menudo como las causas fundamentales de la insostenibilidad del modelo. Sin embargo, dichos problemas no son siempre los que provocan la insostenibilidad de los sistemas sanitarios. Por ejemplo, Italia, Japón y España, tres de los países que más rápidamente envejecen, gastan menos per cápita que Estados Unidos. Aunque se piense lo contrario, en Estados Unidos los envejecidos *baby boomers*, nacidos en los veinte años posteriores a la Segunda Guerra Mundial, contribuyen en un porcentaje pequeño al aumento del gasto sanitario, y no son el motor principal de la tasa general de inflación. Existe, no obstante, una preocupación sobre la proporción decreciente de los cotizantes en los sistemas sanitarios financiados públicamente. Pero en vez de culpar al envejecimiento y verlo como un problema, debería celebrarse como un éxito. Una vida más larga, de mejor calidad y más productiva es el objetivo de la mayoría de los sistemas sanitarios.

Por otra parte, un gasto más alto en servicios de salud no es necesariamente malo. A medida que las economías crecen, el gasto sanitario tiende a crecer y contribuye a forjar una sociedad más productiva. Sin embargo, los críticos señalan que, a partir de un cierto nivel, el aumento del gasto sanitario genera sólo beneficios modestos. Además, estudios recientes han demostrado que unos gastos más elevados no necesariamente permiten proporcionar mayor calidad. En este sentido, según datos de la OCDE, Estados Unidos es el país que más gasta per cápita en porcentaje del PIB, pero ocupa la posición número 22 de los países de la OCDE en cuanto a esperanza de vida.

Las cuestiones sobre el valor son tan preocupantes como universales. En muchos países europeos, los tiempos de espera y las tasas de infección hospitalaria salen frecuentemente en los titulares de los periódicos. «En Irlanda, el gasto sanitario público ha aumentado un 136% entre 1996 y 2004. Una gran parte del incremento ha sido dedicada a aumentos salariales, incluyendo la administración, y no tanto a la atención sanitaria en sí. Ello ha creado una insatisfacción general sobre la relación entre el dinero gastado y el valor obtenido», subraya G. A. Lynch, director de Finanzas del Hospital Adelaide and Meath de Dublín, que incluye el Hospital Nacional de la Infancia.

Los principales expertos en sanidad global están preocupados porque los gastos sanitarios aumentan demasiado rápido, especialmente en relación con otros costes. «¿Están funcionando nuestras técnicas de gestión de la demanda? No. Todo el gasto está concentrado en la atención a agudos y las situaciones crónicas. El actual enfoque de contención de costes necesita reorientarse hacia las so-

luciones a largo plazo», sostiene Antón Rijnen, consejero delegado de Medihelp, una aseguradora sanitaria de Sudáfrica. Gerrit Muller, director financiero del Departamento Nacional de Sanidad sudafricano, añade: «En Sudáfrica, no pretendemos gestionar la demanda; aguantamos la demanda». Lo mismo ocurre en muchos otros países.

Aspectos que crean sostenibilidad

Dadas las previsiones actuales referentes al gasto y la sostenibilidad, PricewaterhouseCoopers realizó entrevistas con más de 120 directivos sanitarios y líderes de opinión, y llevó a cabo una encuesta de más de 580 directivos del sector, políticos, personal clínico y otros responsables del sector público y privado. A partir de la encuesta y de las entrevistas, PricewaterhouseCoopers ha identificado siete elementos fundamentales para la creación de sistemas sanitarios que sean sostenibles y que tengan capacidad para gestionar los costes y proporcionar un acceso justo a una atención de calidad. Los sistemas sanitarios sostenibles poseerán al menos alguna de las siete características. A continuación se enuncian los siete aspectos clave, que serán desarrollados en las páginas siguientes:

1. *Búsqueda de un espacio compartido.* Es necesaria una visión estratégica para equilibrar los intereses públicos y privados en la construcción de una infraestructura y para proporcionar prestaciones sanitarias básicas en un contexto de prioridades sociales.
2. *Vertebración digital.* El uso de la tecnología y la interoperabilidad de redes electrónicas aceleran la integración, la estandarización y la transferencia de información clínica y administrativa en un contexto de transformación digital de la sanidad.
3. *Realineamiento de incentivos.* Los sistemas de incentivos aseguran y gestionan el acceso a la sanidad, además de reforzar la transparencia y la toma responsable de decisiones.
4. *Estandarización de la calidad y la seguridad.* La definición e implantación de estándares clínicos establece mecanismos de control responsable, aumenta la transparencia y genera confianza.
5. *Despliegue estratégico de los recursos.* Una adecuada distribución de los recursos satisface las exigencias, con frecuencia contrapuestas, de controlar los costes, a la vez que se proporciona la máxima atención al mayor número de personas posible.
6. *Clima de innovación.* La innovación, la tecnología y la mejora de los procesos son la fórmula de avance continuo en la mejora de la calidad asistencial, la eficiencia y los resultados.
7. *Adaptabilidad de profesionales y estructuras organizativas.* La flexibilidad en las organizaciones sanitarias y en los roles de los profesionales abren puertas a una organización centrada en el paciente.

Los restantes apartados de este informe describen el papel que desempeña cada aspecto en la creación de sistemas sanitarios sostenibles y subrayan las es-

trategias que los responsables sanitarios de todo el mundo están empezando a poner en marcha para responder a dichos retos.

Búsqueda de un espacio compartido

Hace falta visión y estrategia para equilibrar los intereses públicos y privados en compartir riesgos y responsabilidades, construir una infraestructura sanitaria, utilizar conjuntamente plataformas de información y proporcionar prestaciones sanitarias básicas en un contexto de prioridades sociales.

La sostenibilidad empieza con la búsqueda de un espacio compartido sobre el que plantear los objetivos comunes que debe tener un sistema sostenible. La experiencia de otros sectores nos enseña que compartir los estándares y la infraestructura ayuda a eliminar los silos. Conseguir un espacio compartido requiere una evaluación pragmática de lo que cada parte puede aportar a un futuro sostenible. A medida que los sistemas sanitarios buscan un contexto común (ya sea a nivel nacional, global o local) deben hacer un análisis introspectivo sobre sus propias debilidades, ventajas y recursos.

Y ahora vienen las buenas noticias: todo ello está en nuestras manos. Más de la mitad de los encuestados en el estudio *HealthCast 2020* consideran que son los gobiernos, médicos y hospitales los que mayor capacidad tienen de control y contención del gasto, evitando el despilfarro. Los pacientes alcanzan la cuarta posición, inmediatamente detrás de los hospitales.

Por ejemplo, los gobiernos tienen un papel clave en la configuración del espacio común y en el uso de la regulación como mecanismo para introducir en el sistema sanitario elementos de mercado.

La encuesta del estudio *HealthCast 2020* proporciona una panorámica de hacia dónde se debe apuntar para lograr un campo de juego común. A la hora de definir un sistema sanitario sostenible, los encuestados de *HealthCast 2020* agrupan los ingredientes necesarios para la puesta en marcha de un sistema sostenible en dos grupos. De este modo, en el primer grupo, señalan como los dos elementos más importantes la transparencia y el acceso. En este sentido, más del 80% de los encuestados coincidieron en que ambos son importantes o muy importantes en el diseño de sistemas sostenibles. Pero no hubo acuerdo total en cuanto a la preponderancia de uno de los dos elementos. Así, los consultados de Estados Unidos opinaron que lo más importante es el acceso, mientras que los demás países valoraron sobre todo la transparencia. Estos temas, sobre todo la necesaria labor de definición que requieren los conceptos de acceso y transparencia, constituyen una importante cuestión que debe debatirse a escala nacional acerca de la ya citada búsqueda de un espacio compartido.

El segundo grupo de factores centra su atención en la financiación de la atención sanitaria. Más del 50% de los participantes en *HealthCast 2020* responden que son importantes aspectos tales como: la competencia, la financiación vía impuestos de parte o de toda la sanidad, la contención del gasto mediante controles regulatorios y la contribución a los costes por parte de los pacientes. Evidentemente, el impulso de la competencia y los controles a través de la regulación de costes se sitúan en puntos opuestos del espectro de soluciones, pero el sector sanitario puede necesitar ambas medidas, siempre que exista un acuerdo sobre los

objetivos. Equilibrar las necesidades divergentes requerirá regulación, colaboración y planificación.

Estas diferentes visiones se hacen claras en los resultados de la encuesta del *HealthCast 2020*, los que se ve que la valoración de la competencia depende del contexto social. Se valora más en Estados Unidos que en los países con sistemas públicos universales, como Europa y Canadá.

Otro componente de la creación de un espacio compartido es equilibrar la financiación pública y privada de los sistemas sanitarios. En este ámbito se advierte una tendencia a la convergencia de ambos modelos a nivel global. En Estados Unidos, un país tradicionalmente considerado proclive a un modelo de financiación privada, la expansión de los programas gubernamentales significa que la mitad de toda la sanidad será financiada con impuestos antes del 2020. Mientras tanto, las reformas basadas en las reglas de mercado están cambiando los sistemas estatales de Alemania, Holanda, Inglaterra y Francia, liberalizando los mercados de los proveedores. El nuevo enfoque, que prima las contribuciones de los usuarios y el seguro sanitario, empieza a erosionar los sistemas universales «gratuitos» del pasado.

En muchos casos, los gobiernos ven las obligaciones futuras de financiación fiscal como una carga insostenible. Edward Oh, director del desarrollo empresarial corporativo de una gran compañía sanitaria de Singapur, explica: «La mayor dificultad es conocer cuánto dinero estará dispuesto el gobierno a destinar a financiar la sanidad. Singapur pretende proporcionar una sanidad de primera clase en un contexto de financiación tercermundista. No existe financiación suficiente para satisfacer las expectativas de los pacientes». En última instancia, los consumidores son siempre los que pagan todos los costes sanitarios. Lo único que cambia es la vía: impuestos, donaciones, contribuciones del copago o primas de seguros. Hallar la mejor manera de mezclar dichas aportaciones depende del contrato social vigente en cada país. En Inglaterra, el Comité sobre Actitudes Públicas sostiene que la hostilidad del público hacia el aumento de la presión fiscal se reduce espectacularmente si se informa en qué se gastará el dinero. Cuando se pregunta a los ciudadanos ingleses si están a favor de un incremento de un céntimo en sus impuestos para aportar más a la reserva general de ingresos estatales, sólo el 40% está de acuerdo. Cuando la pregunta es si son partidarios de ese aumento para financiar el National Health Service (NHS), el sistema público de salud, el 80% expresa su conformidad. Algunos países, como Holanda, exigen que sus ciudadanos sufraguen algún nivel de la cobertura sanitaria. Los trabajadores alemanes y franceses pagan la sanidad a través de retenciones obligatorias de sus nóminas. En Estados Unidos, que pone más énfasis en la decisión individual, sólo existe una imposición fiscal directa a los trabajadores para prestar cobertura médica a la tercera edad a través de Medicare. Estados Unidos está también entre los países desarrollados con la fiscalidad más baja. Sin embargo, esa situación podría cambiar ante las crecientes demandas de financiación de Medicare.

Encontrar un espacio compartido no será fácil ya que implica enfrentarse a los siguientes desafíos:

1. No existe acuerdo mayoritario sobre una visión a largo plazo acerca de cuál sería el éxito del sistema.

2. Los incentivos no están bien diseñados en sistemas fragmentados, de manera que los incentivos financieros eliminan los costes de un área, pero pueden aumentarlos en otra o tener consecuencias no deseadas sobre la calidad o el acceso a la atención sanitaria.
3. Aunque los políticos y gestores puedan llegar a estar de acuerdo sobre los objetivos comunes, es difícil unificar opiniones sobre la financiación y la gestión.

Vertebración digital

Un mejor uso de la tecnología y la existencia de redes electrónicas interconectadas aceleran la integración, la estandarización y la transferencia de conocimientos clínicos y administrativos.

El 73% de los encuestados para *HealthCast 2020* consideraron que las tecnologías de la información (TI) son importantes o muy importantes para una asistencia sanitaria integrada. Ofrecer un servicio fluido puede resultar difícil cuando los historiales médicos y otras fuentes de información sobre el paciente están almacenados en distintos sitios y no hay modo de reunir la información. Patricia Kolling, oficial jefe de cumplimiento de BEI, una de las mayores cadenas de residencias de la tercera edad en Estados Unidos, ilustra este problema: «Realizamos evaluaciones de los nuevos residentes cuando llegan a nuestras instalaciones. Aunque recibimos sus peticiones médicas en ese momento, los historiales completos tardan entre 24 y 48 horas en llegar. Es un colectivo frágil que se beneficiaría enormemente si las redes de información estuvieran conectadas electrónicamente».

La asistencia sanitaria tiene un exceso de datos y necesita un medio de intercambio de conocimientos. Los sistemas de clasificación de casos, desarrollados inicialmente en Estados Unidos, han sido modificados y están en uso, o se están actualizando para su utilización en Australia, Alemania, Reino Unido, Bélgica, España, Portugal, Noruega, Suecia, Austria, Francia y Países Bajos. Cuando se introducen, estos sistemas crean bases de datos financieros, demográficos y clínicos que pueden usarse como ayuda para la toma de decisiones y la gestión del desempeño. Países en desarrollo, como India, están buscando ese tipo de datos y mejores prácticas mientras se enfrentan a problemas sanitarios que están a caballo entre el Primer y el Tercer Mundo. «Por un lado, hay una creciente población urbana afectada por enfermedades relacionadas con el estilo de vida, como la hipertensión, los problemas cardíacos y la diabetes. Por otro lado, la mayor parte de la población rural no tiene acceso a los sistemas de asistencia sanitaria y es propensa a las enfermedades contagiosas», comenta Sangita Reddy, directora ejecutiva de los hospitales indios Apollo, el mayor grupo de centros privados de Asia.

Aprovechar la velocidad de la tecnología y de la comunicación para mejorar la asistencia depende de la construcción de infraestructuras tecnológicas compartidas para poder usar estas fuentes de datos. Por ejemplo, el Departamento de Asuntos de Veteranos de Estados Unidos puede seguir desde 1994 la información de sus pacientes con un sistema de informatización de historiales que incluye su red de 157 hospitales y 869 centros ambulatorios. Sin embargo, fuera del sistema gubernamental, este intercambio de información no se da tan fácilmente.

La construcción de una robusta estructura sanitaria digital implica múltiples retos:

1. Inicialmente, el impulso de la tecnología requiere fondos adicionales.
2. La ausencia de estándares hace que la interoperabilidad y la interconexión sean prácticamente imposibles.
3. La integración de la tecnología puede llevar meses, o incluso años.
4. A menudo, el personal sanitario debe enfrentarse a la informática sin tener una formación previa adecuada.

Realineamiento de incentivos

Realineamiento de los sistemas de incentivos, como garantía de acceso, así como de refuerzo de la transparencia y responsabilidad en la toma de decisiones.

Más del 80% de los encuestados del estudio *HealthCast 2020* opinan que la equidad en el acceso es un factor importante o muy importante de la sostenibilidad, y las entrevistas indican que la gestión de la demanda y los incentivos son esenciales para ampliar y asegurar el acceso.

Responsables sanitarios en Europa, América del Norte, África, Oriente Próximo, Australia y Asia expresan su preocupación sobre la necesidad de modificar los incentivos. Las organizaciones sanitarias de Estados Unidos y Europa conocen bien la insatisfacción de los usuarios y su pérdida de confianza en fórmulas poco sofisticadas de gestión de la demanda, como son restringir el acceso a los especialistas en la asistencia gestionada (*managed care*) en Estados Unidos o las listas de espera en los sistemas públicos. Sólo el 25% de los encuestados del estudio *HealthCast 2020* creen que las listas de espera son una forma eficaz de gestionar la demanda. Los gobiernos están dando respuesta a estas preocupaciones. En los últimos dos años, las listas de espera se han reducido sustancialmente en países como Inglaterra o Irlanda; Canadá está haciendo un esfuerzo muy importante para lograr lo mismo. Los países han aprendido que las listas de espera perjudican la productividad. Recientemente, la Unión Europea informó pérdidas de 600 millones de jornadas laborales anualmente, debido al absentismo relacionado con problemas de salud, con un impacto en el PIB de entre un 2,6 y un 3,8%. Las estrategias más eficaces de gestión de la demanda, según los consultados del estudio *HealthCast 2020*, son: la promoción del bienestar, la inmunización y los programas de gestión de enfermedades crónicas.

Alinear incentivos significa revisar los mecanismos de motivación tanto de clínicos como de pacientes. Por ejemplo, algunas organizaciones contemplan las tecnologías de la información como una herramienta para obtener resultados más coste-efectivos, pero se enfrentan a problemas a la hora de su implantación. «Hemos participado en un proyecto piloto para que los médicos utilicen dispositivos PDA, y estábamos dispuestos a costearlos», explica el Dr. Aran Ron, presidente de la aseguradora norteamericana GHI HMO, al describir sus esfuerzos por implantar nuevas tecnologías. «Sin embargo, los médicos se mostraron reacios, porque implicaba cambios en los procesos en sus consultas. El problema radica-

ba en que ellos no obtenían ningún beneficio. Para que hubieran aceptado el cambio, tendríamos que haberles proporcionado incentivos.»

En lo que se refiere al diseño de políticas de incentivos, los financiadores encuentran que deben enfrentarse a los siguientes retos:

1. Las demandas de los pacientes son ilimitadas.
2. Por parte de los clínicos, existen incentivos que actúan como inductores de mayor asistencia, más allá de las necesidades.
3. Los gobiernos deben desempeñar un papel más importante en la prevención y la salud pública, aunque a veces interfieren intereses contrapuestos.

Estandarización de la calidad y la seguridad

La definición e implantación de estándares clínicos establece mecanismos de control responsable, aumenta la transparencia y genera confianza.

Más del 80% de los participantes en el *HealthCast 2020* cree que la transparencia en cuanto a la calidad y los precios conduce a la sostenibilidad del sistema. El interés por la calidad y la seguridad del servicio ha crecido notablemente en el ámbito mundial. «Proporcionar una sanidad de alta calidad es, de hecho, un compromiso contractual de cada Estado con sus ciudadanos, y no puede haber lugar para la complacencia o soluciones de segundo nivel. Los gobiernos deberían explorar estrategias innovadoras e integradoras para facilitar el objetivo de “Salud para Todos”», sostiene Sangita Reddy, director ejecutivo de operaciones de los Hospitales Apollo, de India. Sin embargo, no sólo los gobiernos pueden hacer algo para mejorar la calidad y la seguridad. También desde el sector privado se están impulsando iniciativas como los programas de pago ligados a resultados, o de farmacovigilancia, que pone el énfasis en la seguridad de la utilización de los medicamentos.

Pero ¿qué es lo que realmente funciona en términos de calidad? Según la encuesta del *HealthCast 2020*, los clínicos y los hospitales son los más valorados como impulsores de avances en la mejora de la calidad asistencial. A pesar del esfuerzo de la atención recibida por parte de asociaciones empresariales, como Leapfrog en Estados Unidos, la encuesta sitúa a las empresas en último lugar. Helen Darling, presidenta del Grupo Nacional de Empresarios Sanitarios, declara que los empresarios han implantado programas nuevos, como el de pago por desempeño, en un intento desesperado por controlar los costes y mejorar el rendimiento con incentivos a la calidad. Sin embargo, Darling añade: «Los proveedores necesitan recuperar la calidad para su agenda».

¿Cómo deberían hacerlo? Los proveedores pueden beneficiarse de las fórmulas de asociación. Por ejemplo, la encuesta del estudio *HealthCast 2020* muestra cómo otros agentes han progresado en la mejora de la calidad. En Estados Unidos, los grupos de defensa del paciente son los mejor puntuados, mientras que en Europa y Canadá son los médicos los que están en primer lugar. En Oriente Próximo, Australia y Asia se considera que son los gobiernos los que han realizado un mayor esfuerzo. Llevado a la práctica, esto significa que proveedores de salud, empresas farmacéuticas y aseguradoras podrían aunar esfuerzos para enfrentarse al mayor asesino conocido —la enfermedad coronaria—, asociándose con los gru-

pos a los que se considera que han hecho más progresos hacia la calidad en su región.

Resulta interesante observar que cada grupo de interés en la encuesta, excepto los empresarios, considera que su propio colectivo es el que más progresos ha hecho en cuanto a la calidad. Los empresarios puntuaron mejor a los hospitales.

La seguridad del paciente es un elemento importante en este enfoque. En Estados Unidos se estima que los errores médicos representan entre 48.000 y 96.000 muertes cada año. En los hospitales del Reino Unido se registran unos 800.000 errores médicos anualmente, alrededor del 11,7%. En Australia es algo superior, un 16,6%, aunque los investigadores de allí utilizan una definición más amplia de lo que constituye un error. En Canadá, los expertos sitúan la tasa de error médico en el 7,5%, aproximadamente. Sin embargo nadie sabe de verdad cuántos errores o acontecimientos adversos ocurren debido a las lagunas en la comunicación de estos casos y las diferencias en las definiciones.

Una atención sanitaria segura es también una atención sanitaria eficiente. Un grupo hospitalario de Massachussets implantó un sistema de código de barras para dispensar medicación en sus hospitales, consiguiendo reducir los errores de Farmacia en más del 50%, evitando más de 20 incidentes adversos al día. Aunque el objetivo del proyecto es aumentar la seguridad del paciente, también se ahorran costes. A la hora de diseñar sus programas de calidad y seguridad, las organizaciones sanitarias y los gobiernos deberían abordar los siguientes retos:

1. Existe poca información sobre la calidad y a veces resulta contradictoria.
2. La información sobre errores y acontecimientos adversos es deficiente.
3. Las definiciones de la calidad varían.
4. El pago vinculado al desempeño puede tener resultados inesperados.

Despliegue estratégico de los recursos

Una adecuada distribución de los recursos satisface las exigencias, con frecuencia contrapuestas, de controlar los costes a la vez que se proporciona la máxima atención al mayor número de personas posible.

El paciente vive la enfermedad como un acontecimiento continuo en el que pueden ser necesarios diferentes servicios asistenciales. El episodio de enfermedad del paciente constituye un reto para las organizaciones sanitarias para no generar discontinuidades bruscas, facilitando referencias fáciles e información entre proveedores, entre los que dan la asistencia en consultas externas, hospitales, atención domiciliaria, etc. La separación de flujos de financiación ha reforzado el que la asistencia se distribuya por distintas organizaciones, lo cual se opone a la necesidad del paciente de disponer de una continuidad sin fisuras de la atención sanitaria. La integración de la asistencia a través de toda la cadena de proveedores puede producir mejoras de la calidad y generará más eficiencias.

Los métodos de integración de la asistencia han de ser coherentes con el contexto social y político en el que se implantan. Encontrar el equilibrio entre la opción individual y la solidaridad es clave. Por ejemplo, es muy significativo que los participantes en la encuesta del *HealthCast 2020* de Estados Unidos crean

que la mejor manera de coordinar la asistencia es responsabilizar a los pacientes para que reciban información sobre los tratamientos y sus proveedores. En cambio, los encuestados de sistemas públicos en Europa y Canadá son claramente partidarios de la integración de organizaciones, la cual es más fácil a través de sistemas de financiación unitarios, como los que están vigentes en sus países, que en los sistemas de financiación fragmentada. Esta diferente filosofía se traduce en distintos grados de implicación financiera del usuario.

La correcta reasignación de los recursos de los sistemas sanitarios se enfrenta a los siguientes retos:

1. Los sistemas sanitarios giran en torno a las necesidades de los clínicos.
2. El capital necesario para renovar o reconstruir es escaso.
3. Las inversiones se concentran en hospitales y asistencia a agudos.

Clima de innovación

La innovación, la tecnología y la mejora de los procesos son la fórmula de avance continuo en la mejora de la calidad asistencial, la eficiencia y los resultados.

Todas las organizaciones sanitarias, desde el proveedor más pequeño hasta la universidad de mayor renombre mundial, tienen la responsabilidad y la oportunidad de fomentar la innovación. La innovación puede influir en las políticas sanitarias y esto es necesario para que las políticas respondan a las necesidades de los consumidores, para que los sistemas sanitarios sean sostenibles y, en última instancia, para la mejora de la salud. Según J. David Liss, vicepresidente del Sistema de Hospitales Presbiterianos de Nueva York, «Todo centro hospitalario, a cualquier nivel de cuidados y en cualquier comunidad, debe identificarse a sí mismo como un núcleo de innovación, como un líder, más como un motor que como una víctima de las políticas sanitarias. Los hospitales tienen la responsabilidad de maximizar el impacto de los servicios sanitarios que proporcionan mediante el fomento de la sanidad como prioridad en la agenda nacional».

Por ejemplo, las organizaciones sanitarias sostenibles deben ser innovadoras a la hora de adoptar sistemas de información médica y biotecnología. A menudo, la tecnología se considera negativamente como un coste que incrementa el gasto médico y sanitario. La tecnología médica es ampliamente percibida como el factor crítico en los incrementos de gastos sanitarios, a pesar de lo cual, según la encuesta del *HealthCast 2020*, sólo una minoría cree que el control o el racionamiento del uso de la tecnología médica es un factor importante o decisivo en la sostenibilidad. Claramente, son pocos los que quieren frenar el ritmo de innovación tecnológica. Quizá sepan que esa innovación les puede beneficiar el día de mañana. Según un informe recién publicado de la Comisión Europea, Europa está por detrás de Estados Unidos en innovación en la industria farmacéutica y necesita impulsar sus sistemas de investigación y de asistencia sanitaria para invertir esta tendencia.

En cualquier caso, el uso inadecuado de las tecnologías y una gestión inadecuada del cambio genera aún más costes. «Las aseguradoras no hemos conseguido que la tecnología trabaje para nosotras; al contrario, trabaja en contra nuestra.

La tecnología aumenta nuestros costes, cuando, según la mayoría de las teorías económicas, debería reducirlos», sostiene Russell Schneider, consejero de la Asociación Australiana de Seguros Sanitarios. Ciertamente, el uso de la tecnología médica varía ampliamente.

Según la encuesta del informe *HealthCast 2020*, las tecnologías de la información son contempladas como una herramienta que ayuda a resolver problemas sanitarios y no una solución en sí misma. Una gran mayoría de los encuestados consideran las tecnologías de la información importantes o muy importantes para lograr una asistencia integrada (73%) y para mejorar el intercambio de información (78%). Un porcentaje más pequeño igualmente percibe la tecnología como importante o muy importante para incrementar la seguridad de los pacientes (54%) o su confianza (35%).

La innovación debe ser incorporada de forma global en el conjunto de la cadena de valor. La innovación no es sólo tecnología. Se trata de resolver necesidades por satisfacer, fomentar el cambio y las mejoras, y adoptar experiencias extrapolables. A medida que los sistemas sanitarios progresen hacia la sostenibilidad a través de una innovación apropiada, deberán superar los siguientes desafíos:

1. Las organizaciones tienden a ser reticentes al cambio.
2. La innovación en la tecnología médica genera diagnósticos en fase más temprana, lo que puede elevar los costes globales del tratamiento.
3. El desarrollo tecnológico y su implantación requiere de inversiones significativas que se encuentran fuera del alcance para muchas organizaciones sanitarias.

Funciones y estructuras de servicio flexibles

Adaptabilidad de profesionales y estructuras organizativas. La flexibilidad en la organización y en los roles de los profesionales abre puertas a una organización centrada en el paciente.

La asistencia sanitaria es una actividad basada en las personas y los centros sanitarios. La rigidez en los roles clínicos, culturas y centros sanitarios es perjudicial para conseguir sistemas sanitarios sostenibles. La tecnología está eliminando algunos puestos de trabajo y creando otros nuevos, sobre todo en informática y farmacogenómica. Pero está también abriendo nuevas posibilidades encaminadas a una mejor asistencia sanitaria fuera de los hospitales: en centros ambulatorios, consultas o incluso los hogares.

Tradicionalmente, los hospitales han requerido que fueran los pacientes y el personal sanitario los que se desplazaran. La mayoría de centros se construían pensando solamente en la hospitalización con ingreso, y su expansión y remodelación los convertían en incómodos laberintos, muy poco amigables para los consumidores. Este modelo está cambiando. Los pacientes y el personal clínico han descubierto otros entornos asistenciales más cómodos, y la tecnología permite a los profesionales sanitarios estar en permanente contacto con los mejores clínicos a nivel mundial.

Concentrarse en la atención hospitalaria ha impedido en muchos países el desarrollo de un sistema de salud orientado a la tercera edad. Así, por ejemplo, en

Irlanda la falta de establecimientos para la asistencia prolongada supone que las estancias en hospitales se alarguen, incrementando los costes globales. Por otro lado, el gobierno australiano limita el número de nuevas residencias para la tercera edad, creando cuellos de botella similares.

Según la encuesta *HealthCast 2020*, los centros sanitarios tienen numerosos problemas. Al solicitar a los encuestados que los clasificaran, dos de ellos destacaron por encima de los demás: la escasez de personal y de formación, y la falta de atención integrada a lo largo de la cadena de proveedores y clínicos. Sólo el 20% o menos de los encuestados no consideraron estas cuestiones como problemáticas.

Los sistemas sanitarios sostenibles se enfrentan a numerosos retos a la hora de desarrollar roles y estructuras flexibles:

1. Las asociaciones profesionales, los organismos reguladores e incluso los consumidores pueden ser corporativos e inflexibles respecto a los roles del personal sanitario.
2. La escasez de personal empeora con los cambios poblacionales y el «robo» de talentos, lo cual produce una mala distribución del personal clínico.
3. Los programas de formación con frecuencia van por detrás de las demandas del mercado.
4. El personal sanitario está cada vez más dispuesto a traspasar fronteras profesionales, creando conflictos acerca de las titulaciones, la calidad y la seguridad.

LA GLOBALIZACIÓN EN EL SECTOR SANITARIO

La globalización ha cambiado radicalmente el modelo de negocio de los sectores industrial y de servicios. La salud, tradicionalmente considerada una actividad local, también se está globalizando. Está cambiando la forma de pensar de los chinos sobre la financiación de los hospitales, el modo en que los estadounidenses contratan a sus médicos, los sistemas que emplean los australianos para pagar a sus proveedores sanitarios, el punto de vista de los europeos sobre la competencia o el modo en que los gobiernos de Oriente Próximo diseñan la política sanitaria de cara a las generaciones futuras.

Ningún país tiene todas las respuestas sanitarias. Aunque los distintos sistemas de salud reflejan inevitablemente las realidades sociales y políticas locales, existen lecciones valiosas de las que se puede sacar provecho observando «cómo se hacen las cosas en otros sitios». En Inglaterra, por ejemplo, hemos aprendido la lección de que aquellas organizaciones sanitarias que premian a los proveedores por su calidad y por su productividad desarrollan más y mejor ambos conceptos. «Eso es lo que el Nacional Health Service pretende hacer ahora, tanto para la atención primaria como para los servicios hospitalarios», declara Simon Stevens, presidente de United Health Europe, profesor de políticas de salud en la London School of Economics y asesor sanitario del gobierno británico entre 1997 y 2004.

Cada vez más, los expertos se preguntan: *¿cómo se puede crear un sistema sanitario mejor y más sostenible?*

Un buen ejemplo es el proceso de colaboración global puesto en práctica cada año por la OMS para lanzar una vacuna antigripal. La red de la OMS, que incluye 112 centros nacionales de estudio y vigilancia del virus de la gripe en 83 países, monitoriza los virus, identifica las nuevas cepas y fija como objetivos las tres más virulentas. Éste es sólo un ejemplo, pero permite imaginar cómo la transferencia de conocimientos global puede facilitar la identificación de las mejores prácticas en los procesos sanitarios, los tratamientos y los mecanismos de financiación.