

LAS CUESTIONES CLAVE DE LA SANIDAD PÚBLICA
**Un diagnóstico comparado de
los sistemas públicos sanitarios
de España y Reino Unido**

SALLY RUANE, MARCIANO SÁNCHEZ BAYLE, JOSÉ LUIS GURUCELAIN,
LUIS PALOMO, MARÍA LUISA LORES, ELVIRA SÁNCHEZ LLOPIS

FUNDACIÓN 1º DE MAYO

ESTA PUBLICACIÓN FORMA PARTE DE LA COLECCIÓN ESTUDIOS
WWW.1MAYO.CCOO.ES

Las cuestiones clave de la sanidad pública: un diagnóstico comparado de los Sistemas
Públicos Sanitarios de España y el Reino Unido

Fundación 1º de Mayo
Colección Estudios, nº 54
ISSN: 1989-4732

Dirección y coordinación: Sally Ruane, Marciano Sánchez Bayle y Elvira Sánchez Llopis

Autoría:
Sally Ruane
Marciano Sánchez Bayle
José Luis Gurucelain
Luís Palomo
Mª Luisa Lores
Elvira Sánchez Llopis

Fundación 1º de Mayo
C/ Longares nº 6 y 8. 28022 Madrid
Tel +34 91364 0601
www.1mayo.org

Índice

Introducción.....	5
Planificación y Mercado: Políticas de Mercantilización del NHS desde 1990.....	7
Evolución del sistema sanitario en España, del sistema nacional de salud a la privatización.....	23
Salud Pública en el Reino Unido.....	29
La Salud Pública en España.....	43
La Atención Primaria en el Reino Unido.....	53
La Atención Primaria española aun puede mejorar.....	75
Los Hospitales en el Reino Unido.....	87
Los Hospitales en España.....	105
La Coalición Conservadora-Liberal Demócrata y sus reformas en el NHS.....	113
España: Comienza la contrarreforma sanitaria.....	127
A modo de conclusión: Las cuestiones clave de la sanidad pública.....	137

Introducción

Coincidencias e influencias mutuas en los sistemas de salud en España y Reino Unido

El SNS en España se puso en marcha a imagen y semejanza del NHS británico con la única diferencia de la provisión en la atención primaria (AP). En España, en contraste con el RU la AP se proveía a partir de centros de salud con equipos multidisciplinares de profesionales de la salud (médicos, enfermería, etc), en contraste con una prestación mas individualizada en RU, aunque posteriormente se fueron constituyendo equipos con características mas similares a la situación de España, pero sin llegar a la asalarización de los profesionales.

Pronto apareció otra diferencia en razón del diseño autonómico del estado en España y la descentralización de la Sanidad en las CCAA, aunque es cierto que el NHS posteriormente también alcanzo un cierto grado de descentralización (Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte) en unos términos competenciales parecidos a los de España, pero con unos mecanismos de cohesión mejor establecidos.

El proceso privatizador empieza a plantearse en España como copia de las iniciativas de Margaret Thatcher (working for patients) y se extiende en paralelo en los dos países (separación de financiación y provisión, empresarización de los centros sanitarios, establecimiento de pseudo mercados, incremento del papel del sector privado sufragado con fondos públicos, etc.), en general iniciándose en RU y copiándose posteriormente en España, aunque alguno de los “inventos” españoles se han traspasado después a Inglaterra (por ejemplo, las fundaciones).

En esencia se trata de un proceso de recorrido en paralelo, en el que, hasta ahora, las iniciativas privatizadoras se han ensayado antes en RU y posteriormente se han extendido a España, pero todas ellas con la misma lógica: desregular el sistema sanitario publico, separar financiación y provisión, introducir modelos de mercado y pseudo mercado y abrir un espacio progresivamente mayor a la provisión privada.

Otro hecho a señalar es el papel del laborismo en las privatizaciones en RU que ha sido muy activo; en España el PSOE ha tenido una postura menos beligerante contra lo público (con muchas diferencias según las distintas CCAA), y que ha contado, además, con las movilizaciones sociales y profesionales más importantes y unitarias en España.

Planificación y Mercado: Políticas de Mercantilización del NHS desde 1990¹.

Introducción: La Planificación en el seno de la creación del NHS en la década de 1940.

El NHS se estableció en la etapa de secuelas posterior a la Segunda Guerra Mundial, como un acto público y colectivo según su arquitecto Aneurin Bevan. Habló de transferir toda una parte de la empresa y el individualismo al bienestar colectivo, así como a la empresa y a la administración pública. La “invasión” de lo individual y lo privado por parte de la colectividad y lo público, era para Bevan, la expresión práctica de la articulación de una “nueva sociedad” (Bevan 1952:106)

“Un Sistema Sanitario gratuito es el ejemplo triunfante de la superioridad de la acción colectiva y pública aplicada a un segmento de la sociedad donde los principios comerciales muestran su peor cara”

Aunque el NHS era la máxima expresión institucional de esta idea, reflejaba una filosofía apoyada mayoritariamente por el movimiento laborista de que ni el poco fiable seguro municipal de caridad, ni los seguros privados, podían satisfacer adecuadamente las necesidades sanitarias y de bienestar social. Mientras que los años treinta revelaban la incapacidad de estos sistemas, por contraste, la experiencia de la intervención durante la Segunda Guerra Mundial demostró que la iniciativa del estado podía establecer y administrar satisfactoriamente servicios sanitarios de manera planificada y racionalizada a gran escala.

No fue tanto que sistemas sanitarios de mercado fueran probados y después rechazados. Fue más el hecho de que durante la guerra, una infraestructura tuvo que ser puesta en pie para apoyar y sostener una guerra total, una guerra en la que el “frente local” era una parte tan importante del esfuerzo como las operaciones militares en el exterior. La única institución capaz de hacer esto posible era el estado y desde finales de los treinta en adelante el estado intervino en la planificación y regulación de la vida, incluyendo el acceso a la comida a través del racionamiento.

La guerra tuvo un impacto radicalizador en las opiniones populares, y la idea de que una sociedad más justa y equitativa sería construida tras la guerra se convirtió en uno de los pilares que sustentaban el esfuerzo bélico. Derek Fraser² parafrasea la edición de Año Nuevo de 1941 de Picture Post que dedicó el número completo a “un plan para Gran Bretaña”: “Nuestro plan para Gran Bretaña no es algo ajeno a la guerra, o posterior a ella. Es una parte esencial de los objetivos de nuestra guerra. Es, de hecho, nuestro objetivo bélico más positivo. La nueva Gran Bretaña es el país por el que estamos luchando.”

Construir una sociedad mejor se convirtió en un imperativo político. No es que un sistema de mercado fuera comparado y evaluado con una planificación del estado; si no que la intervención del estado se había convertido en algo visto como necesario y razonablemente competente y al mismo tiempo había garantizado una distribución razonablemente justa de derechos y sacrificios.

¹ Todos los capítulos referidos al Sistema de Salud del Reino Unido son autoría de Sally Ruane, Universidad de Montfort (Leicester, Inglaterra)

² Frase, D. (2009) The Evolution of the British Welfare State. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Aunque el Partido Conservador se alejó de esta intervención estatal de gran calado en la reconstrucción post-bélica, el Partido Laborista obtuvo una victoria aplastante después de la guerra con la misión de implementar un radical programa de reformas. Desarrolló en un informe de 300 páginas, ideas prácticas para el Estado del Bienestar de posguerra enunciado dos o tres años antes por el diputado liberal, William Beveridge.

El Estado de Bienestar y el NHS nacieron en un punto histórico de la solidaridad social británica. Dolor compartido, conocimiento compartido y derechos compartidos, y hasta cierto punto, una visión compartida.

De este modo, el estado de bienestar y el NHS, el primer servicio sanitario en el mundo que ofreció una atención sanitaria adecuada bajo parámetros de necesidad y gratuidad de uso, nacieron en un momento histórico único. La sociedad británica estaba caracterizada por una sociedad civil rica y activa con un sentido de la solidaridad social fuertemente desarrollado, un electorado informado y sofisticado, la debilidad de las instituciones capitalistas como fuerza política y la experiencia reciente de la intervención del estado en los asuntos sociales.

Retando los fundamentos del estado del bienestar.

El concepto de planificación fue central para el servicios sanitarios durante los sesenta cuando se ideó el Plan de Hospitales (ver capítulo XX [hospitales]) y los setenta.

El discurso político que señalaba opciones de mercado como estrategia alternativa para obtener recursos para el estado de bienestar se inició en los setenta a causa de la crisis del petróleo y la consiguiente crisis de estanflación (una combinación de inflación de precios y estancamiento económico).

Según evolucionaba el debate político sobre economía, este periodo se caracterizó por el desarrollo de críticas políticas y académica de derecha e izquierda. La derecha aseguraba que las prestaciones estatales desertificaban el sector de las inversiones privadas³ y elevaban las expectativas sobre la acción del estado a niveles insostenibles⁴. La izquierda marxista indicaba que el estado de bienestar entraba en un periodo crítico consecuencia de “la crisis fiscal del estado”⁵. Todas estas críticas señalaban retos sobre la legitimidad del estado del bienestar.

La introducción de procesos de mercado en el servicio sanitario por Margaret Thatcher en la década de 1980.

En el Reino Unido, la imposición de prácticas y procesos de mercado era esencialmente ideológica y se asocia particularmente con Margaret Thatcher.

Estas prácticas fueron aplicadas en áreas fuera del bienestar social propiamente dicho como el transporte y en otras áreas del bienestar (como en el trabajo social en relación con el desempleo o el cobro de prestaciones) antes de introducirse en el servicio sanitario.

Se importaron numerosas prácticas del mundo de los negocios al NHS como una gestión más fuerte, recortes en pos del ahorro eficiente, gestión de recursos e indicadores de rendimiento. Estos representaban intentos primerizos en el camino de “la nueva gestión pública”.

³ Bacon, R and Eltis, W. (1978) *Britain's Economic Problem: Too Few Producers*. London: Macmillan

⁴ Brittan, S (1977) *The Economic Consequences of Democracy*. London: Temple Smith

⁵ O'Connor, J (1973) *The Fiscal Crisis of the State*. New York: St Martin's Press

Junto a estas prácticas de negocio, también se impusieron otras estrategias de mercado; la exigencia de “generar ingresos” impuesta a los gestores sanitarios a través de, por ejemplo, el arrendamiento de espacio hospitalario a terceros o el cobro por el aparcamiento del hospital. De modo más significativo en los ochenta, se impuso un sistema llamado “Compulsory Competitive Tendering” CCT⁶ en que los gestores de servicios sanitarios debían sacar a concurso servicios como la limpieza, la restauración, el servicios de lavandería, la gestión del inmueble y la conserjería.

Este régimen de licitación, requería excepto en circunstancias excepcionales, la elección de la propuesta más económica. Los equipos preexistentes que quisieran competir con las propuestas externas se vieron bajo la presión de reducir sus propios costes, que por supuesto, en estas áreas de servicios son esencialmente los costes de la mano de obra.

El resultado fue, predeciblemente, menos personal en peores condiciones y un empeoramiento en la calidad del servicio. La consecuencia no fue tanto unos servicios más eficientes si no unos peores servicios. Aunque el CCT no puede considerarse como el único contribuyente a la rápida expansión de infecciones en hospitales del NHS, debe considerarse como uno de los principales. Es probable por tanto que el CCT condujera a un incremento neto de los costes de los servicios más que a una reducción.

El “mercado interno” de los Conservadores. 1991-1997.

Una aplicación más radical de los principios de mercado llegó con el último periodo de Thatcher en el poder. Frustrada con las constantes (pero a nuestro juicio correctas) críticas sobre la infra-financiación del servicio, anunció una investigación política que debería identificar fuentes alternativas de financiación para el sistema sanitario. Ninguna de las alternativas señaladas fue políticamente factible y redirigió su atención a la estructura del servicios sanitario.

El resultado, publicado en 1989 como una hoja de ruta llamada Trabajando para el Paciente⁷, fue el “mercado interno” que sería finalmente implementado después de que John Major se convirtiera en Primer Ministro.

Esto se apoyó enormemente (aunque no de manera exacta) en las ideas del economista Alain Enthoven. El NHS, que había sido hasta entonces un sistema integrado, sería dividido. Organizaciones llamadas “contratantes” deberían separarse de las denominadas proveedoras. Las autoridades sanitarias locales (Distric Health Authorities, DHA) evaluarían as necesidades sanitarias y contratarían con proveedores (es decir hospitales, centros sanitarios, etc.) las intervenciones y tratamientos necesarios para satisfacer dichas necesidades. Como proveedores, los hospitales dejarían de ser gestionados por las DHA para pasar a ser órganos de gestión propia con mayores libertades para tomar decisiones. Del mismo modo, los centros de atención primaria y general que decidieran adquirir de manera independiente los servicios para sus pacientes, dispondrían del presupuesto para hacerlo, sustraído del presupuesto de la DHA.

El mercado fue denominado “interno” aunque una de las intenciones de la política era la de atraer proveedores privados externos a través de las contrataciones.

Justificaciones del mercado interno.

⁶ Licitación Competitiva Obligatoria. Obligación de sacar a concurso público ciertos servicios

⁷ White Paper Working for Patients (1989)

Merece la pena hacer una pausa en el desarrollo para tomar en consideración cuáles eran las justificaciones que los protagonistas clave de la nueva política defendían: esto es, previamente a la implementación de las políticas y una vez que éstas estaban en marcha. El argumento principal era que el mercado interno crearía incentivos para que los proveedores mejoraran el servicios a sus pacientes; mejorar la planificación del servicio; permitir la elección del paciente; y devolver el poder de decisión a nivel local en lugar de la Administración Central.

Los que estaban a favor de la reforma, como el profesor Enthoven, aseguraban que el NHS ofrecía pocos incentivos a los proveedores para mejorar la productividad y proporcionar mejores servicios a sus pacientes ya que la financiación era distribuida atendiendo a las necesidades que presentaba el proveedor. La introducción de la competencia de precios, conseguiría mejorar la eficiencia ya que los proveedores se verían incentivados a mantener sus costes a raya para atraer contratos. Estos precios más bajos se alcanzarían mediante economías de escala, esto es que un menor número de DHA acabarían por especializarse en servicios determinados, reduciéndose los servicios infrautilizados en otros hospitales.

En teoría, se esperaba que el mercado liberara a las DHA para acceder y contratar según las necesidades en lugar de gestionar los servicios sanitarios directamente, y se creía que esto conllevaría una mejora en la planificación y la coordinación. Se aseguraba que el mercado conduciría a una mayor capacidad de elección del paciente. Los médicos de atención primaria consultarían a sus pacientes su opinión respecto a la remisión a un especialista u otro, teniendo sus preferencias en cuenta.

Los diputados también justificaron el mercado interno porque devolvía el poder de toma de decisión a nivel local. Las DHA podrían tomar decisiones acerca de qué servicios contratar de qué proveedor y los gestores de servicios hospitalarios tendrían libertad para modificar el método en el que prestaban servicios para responder a los incentivos del mercado. El gobierno conservador también aseguraba que la responsabilidad respecto al uso de los recursos también mejoraría gracias al mercado.

Sin embargo, el sistema de mercado fue implementado sin dirección y mucho de estos supuestos beneficios eran meras especulaciones.

Un mercado que funcione adecuadamente requiere información amplia sobre los precios y ésta era muy pobre en el NHS de principios de los noventa y no se había evaluado la nueva gestión de recursos. Además, la administración de un mercado interno debería ser significativamente más sofisticada que la de unos servicios planificados integralmente.

La posibilidad de que las DHA contrataran con diversos proveedores y de que los médicos de atención primaria pudieran remitir pacientes a especialistas de su elección requería de sistemas complejos y comunicar qué pacientes eran tratados dónde exigía más tiempo y dedicación a la administración. Actualizar las listas de esperas de los hospitales sería una tarea permanente. En el mercado interno, negociar y gestionar los contratos se convertiría en una actividad central del trabajo, para la que serían necesarias herramientas y preparación específicos. Diseñar y gestionar contratos de calidad y fiables, además controlando sus costes, eran exigencias complejas que podrían ser llevadas a cabo, de nuevo, solo después de una inversión importante en desarrollar las herramientas y los sistemas de información adecuados. La relación de cooperación y colaboración de los diferentes centros de atención primaria, forjada en base a años de

trabajo en común y de patrones de remisión determinados, sería socavada y probablemente empeoraría.

Evaluación del mercado interno.

Una evaluación a posteriori del impacto del mercado interno del Partido Conservador es muy complicada, por las numerosas políticas y reformas que se dan de manera simultánea y por la falta de un programa de evaluación adecuado por parte del Departamento de Sanidad. Aquí no intentamos llevar a cabo una evaluación completa sino simplemente señalar algunas de las averiguaciones, basadas principalmente en una cuidada valoración por parte de Baggott⁸ (1997) y dos compilaciones editadas por Robinson y Le Grand (1994).

El mercado interno propició el desarrollo de un sistema de información y costes pero su impacto en la eficiencia del gasto esta menos clara.

El índice de eficiencia del gobierno anotó mejoras anuales en eficiencia del 2% al 3%. Sin embargo, podrían haber reflejado mejoras más allá del mercado interno tales como el uso de nuevas tecnologías. El coste medio de algunos servicios hospitalarios en algunos lugares cayó, debido en parte a estancias más cortas. Sin embargo, los costes globales podrían haber permanecido por haber sido transferidos a otras instituciones como los servicios sociales o a profesionales particulares como cuidadores. La reducción del precio en consultas de medicina general podría haber sido deslucida por el aumento del coste en otros sectores y la reducción de la capacidad surgida del recorte de los costes habría empeorado la eficiencia al final, si como algunos afirman, esto produjo un aumento en la afluencia a las urgencias.

Otros costes aumentaron, especialmente los costes de la administración y el coste de las transacciones. Aunque el Departamento de Sanidad aseguró que los costes de poner en marcha el mercado interno fueron de apenas 1.200 millones de libras, Petchey⁹ sugirió que los costes fueron de cerca de 2.000 millones y sumó a esto costes administrativos por valor de 500 millones al año.

Los costes de gestión del nuevo sistema de remisión a especialistas de los centros de atención primaria y los contratos necesarios fueron considerados aspectos especialmente caros del nuevo mercado - en algunos caso excediendo el coste del propio tratamiento. Los costes de gestión de las DHA crecieron el 28% en cinco años. Los costes administrativos de los hospitales ingleses eran e 4,2% de sus ingresos en 1990/91 pero el coste administrativo del nuevo sistema de trusts con autogestión representaba en Inglaterra y Gales el 10,5% de sus ingresos a mediados de los noventa. Estos elevados costes cuestionan cualquier ahorro aparente en eficiencia.

La introducción de nuevos sistema de revisión de cuentas al mismo tiempo que el mercado hace difícil calibrar si el mercado interno en sí mismo mejoró la responsabilidad en el uso de los recursos. Mientras los nuevos contratos pueden haber hecho el uso de los recursos más transparente, es posible que el incremento de las transacciones y contratos dificultara el control sobre las conductas financieras. El mercado interno condujo a un cierto secretismo comercial con menos personas dispuestas a hablar y las DHA dejaron de incluir representantes electos en sus consejos

⁸ Baggott, R. (1997) Evaluating health care reform: the case of the NHS internal market, *Public Administration* 75: 283-306

⁹ Petchey, R. (1993) The NHS internal market 1991-2: towards a balance sheet, *British Medical Journal*, 306: 669-701

además de realizar menos encuentros en público. Este declive en el rendimiento de cuentas con el público fue reforzado por la decisión creciente de diputados de responder a preguntas parlamentarias acerca de “cuestiones operativas” del servicio sanitario.

La planificación y la coordinación de servicios podrían haber mejorado en algunas áreas en las que las DHA invirtieron esfuerzo y tiempo en valorar las necesidades e integrarlas en planes locales. Sin embargo, existían ámbitos de muy pobre comunicación a nivel local, y el surgimiento de centros sanitarios “rivales”, que eran libres para obedecer a sus propios intereses y prioridades, empobreciendo la planificación y la coordinación.

Se culpa al mercado interno de incrementar la desigualdad al crear un sistema a dos velocidades en el que algunos pacientes podrían ser tratados con mayor celeridad. Numeroso informes aseguraron que hasta un 40% de centros realizaban admisiones selectivas atendiendo a motivos más allá de las necesidades clínicas con ventaja para pacientes de centros de atención primaria que administraban sus propios presupuestos independientemente a la DHA.

Otras interpretaciones de esto son que el método por el cual los centros de atención primaria gestionaban su presupuesto y contrataban los servicios libremente funcionaba como se había esperado, otorgando la capacidad de proporcionar servicios más rápidos en nombre de sus pacientes y que ese sistema debería ser extendido a todos los centros¹⁰. Otros aseguraban que estas ventajas eran a costa de otros pacientes y solo garantizadas por la financiación extra otorgada a estos centros. Volveremos a esta discusión en el capítulo dedicado a la atención primaria.

Hay algunas evidencias de que los servicios se consideraban más efectivos; la innovación en servicios se consideró limitada. Hay pocas evidencias sobre el impacto del mercado interno en la calidad del servicio, sobre todo porque otras iniciativas como las evaluaciones clínicas se introdujeron sobre las mismas fechas. Sin embargo, un estudio posterior¹¹ demostró que la competencia y la libre elección habían tenido un impacto negativo en la calidad del servicio medida en tasas de supervivencia tras infarto de miocardio. Las iniciativas de calidad tendían a centrarse en aspectos más tangibles y en objetivos administrativos más que en aspectos clínicos.

Finalmente, los proveedores de servicios deberían ofrecer al paciente mayor capacidad de elección y servicios más acordes a las necesidades, aunque no había ningún mecanismo que habilitara la capacidad directa del paciente para elegir. Hay pocos indicios de que el mercado interno mejorara la elección del paciente y sí hay evidencias que señalan que la participación del paciente en la selección de hospital y médico era baja¹².

Irónicamente, el mercado interno anuló cualquier capacidad de los centros de atención primaria de remitir a sus pacientes a cualquier hospital en el país, ya que con la excepción de aquéllos que administraban su propio presupuesto, las remisiones debían obedecer los contratos adquiridos por la correspondiente DHA. Una investigación entre pacientes operados de cataratas indicó que muy pocos pacientes tuvieron interés en ejercer su capacidad de elección, carecían de la información para poder hacerlo y creían

¹⁰ Glennester, H., Matsaganis, M and Owens, p (1994) “GP Fundholding: wild card or winning hand?” in R Robinson and J Le Grand (eds) *Evaluating the NHS Reforms*. London: King's Fund

¹¹ Propper, C and Burgess, C (2004) Does competition between hospitals improve quality of care? Hospital death rates and the NHS internal market, *Journal of Public Economics*, 88 (7/8) 1247-72

¹² Mahon, A., Wilkin, D and Whitehouse, C. (1994) Choice of hospitals for elective surgery referral: GP's and patients's views' in R Robinson and J Le Grand (eds) *Evaluating the NHS Reforms*. London: King's Fund.

que los médicos tenían el conocimiento y la experiencia para remitirles al profesional adecuado¹³.

El mercado competitivo de los laboristas: abriendo el mercado a proveedores privados.

Cuando el Neo-Laborismo llegó al poder en 1997, se había comprometido en su programa electoral en abolir el mercado interno. Sin embargo, aunque abolió la competencia, retuvo la dualidad proveedor-contratante, y con ella el núcleo duro de la estructura de mercado. Adquirir servicios fue llamado “comisionar”.

En el inicio, el Laborismo giró hacia una mayor colaboración y planificación. Por ejemplo, creó el Instituto Nacional de Excelencia Clínica (NICE)¹⁴ (ahora el Instituto Nacional de la Salud y la Excelencia Clínica) para desarrollar un acercamiento más racional en el uso de los recursos del NHS, evaluando la efectividad de nuevos tratamientos en relación a su coste antes de recomendar su disponibilidad al NHS y enunciando directrices para la aplicación de ciertas intervenciones.

El nuevo gobierno también creó un Marco Nacional de Servicios (NSF)¹⁵ para elevar los estándares de atención en casos concretos y asegurar que dichos estándares eran los mismos para pacientes en cualquier parte del país. Estos movimientos hacia la introducción de protocolos tanto en la atención como en el racionamiento de los recursos fueron acompañados por técnicas de gestión del rendimiento y el planteamiento de objetivos.

El Laborismo nunca abandonó los enfoques de una gestión fuerte y jerarquizada pero estos se complementaban con la búsqueda de soluciones estructurales y los enfoques de mercado.

La primera gran reforma estructural se introdujo a través de un libro blanco, u hoja de ruta, El Nuevo NHS: Moderno, Fiable, introducida unos meses después de que el Laborismo asumiera el poder. Esta abolió la capacidad de algunos centros de salud de gestionar su presupuesto y en 1999 transfirió la responsabilidad de contratar y adquirir servicios en Inglaterra a 481 nuevos Grupos de Atención Primaria (PCG)¹⁶. Eran grupos de profesionales de varios sectores, aunque con una predominancia de médicos, que deberían cubrir entre 45.000 y 250.000 pacientes en un territorio determinado y adoptar un enfoque de colaboración en la contratación de servicios.

Por primera vez, atención primaria y servicios sociales se configuraron de forma común bajo un mismo presupuesto. Los PCG eran solo órganos provisionales. Tras el Plan del NHS (2000) los PCG debían evolucionar hacia una nueva forma, los trusts (PCT)¹⁷ y todos lo habían hecho en 2004. Se presentaron como una ruptura con la cultura de mercado del periodo conservador y como un intento de promover el control local.

Sin embargo, PCG y PCT continuaban con la dualidad contratante-proveedor, la forma básica de la estructura de mercado. Cuando en 2004 los laboristas reestructuraron el NHS en un mercado competitivo basado en una serie de tarifas nacionales y con una diversidad de proveedores compitiendo por los contratos, los PCT se posicionaron para asumir el papel de contratar servicios.

¹³ Fotaki, M. (1999) “The impact of market oriented reforms on information and choice” *Social Science and Medicine*, 48(10) 1115-32

¹⁴ National Institute for Clinical Excellence

¹⁵ National Service Framework

¹⁶ Primary Care Groups

¹⁷ Primary Care Trusts

Los PCG tenían varias funciones: promover la salud de la población local; contratar servicios sanitarios; supervisar la actuación de los proveedores de servicios; desarrollar la atención primaria; integrar atención primaria y servicios sanitarios locales; contribuir al programa de mejora de la sanidad. Sus presupuestos cubrían los costes de contratar los servicios, prescribir medicamentos, servicios hospitalarios y locales y las infraestructuras de medicina general.

Los PCT evolucionaron en su mayor parte de anteriores PCG; eran organismo independientes - esto es independientes de la autoridad sanitaria con acuerdos de gobernanza distintos a los de los PCG. Eran dirigidos por un miembro independiente y un consejo que comprendía miembros no ejecutivos que pertenecían a la comunidad local y miembros ejecutivos como el director ejecutivo y el director financiero. La influencia profesional, en especial del sector de los médicos, se centraba en el comité destinado a la gestión cotidiana del trust; este comité tenía normalmente una mayoría de profesionales médicos y estaba dirigida por un médico de familia.

Al contrario que los PCG, los PCT se responsabilizaron de prestar servicios de atención primaria. Después de la abolición de las DHA, también se responsabilizaron de otras tareas de salud pública, dirigiendo la planificación y la supervisión de los contratos de atención primaria, incluyendo los médicos de familia. Debían gestionar, desarrollar e integrar todos los servicios de atención primaria en su área y asegurar la prestación de todos ellos. Sin embargo, su misión integradora supuso un enorme reto.

De este modo, los PCG y PCT controlaban una porción importante del presupuesto del NHS, entorno al 75%, reflejando la creciente importancia de la atención primaria en el nuevo NHS. A pesar del presupuesto unificado, transferir recursos fuera de los hospitales para dirigirlos a la atención primaria y los servicios sanitarios locales siguió siendo muy complicado.

Con el tiempo las organizaciones más pequeñas se unieron. Aunque se mantuvo el énfasis en el ámbito local, los PCG se unieron y el número medio de pacientes cubiertos por cada uno pasó de poco por encima de los 100.000 en 1999 a un poco por debajo de 200.000 en 2002¹⁸. Cuando todos los PCT se habían configurado en abril de 2004, había trescientos de ellos; este número se redujo en una política de reorganización a 152 en el 2006.

Esta tendencia de pequeñas organizaciones uniéndose en organismos mayores es importante. Refleja la naturaleza problemática de grupos de riesgo demasiado pequeños (donde el número de pacientes es relativamente pequeño y un grupos de pacientes ligeramente más enfermo puede ocasionar problemas financieros importantes) y el coste administrativo de la gestión de estas organizaciones, así como la escasez de las herramientas de gestión adecuadas.

Paton calculó en 2006 que los trescientos PCT costaban 1.500 millones de libras anuales¹⁹ descontando el gasto que suponía la adquisición de servicios para los pacientes. Por otro lado, Wilkin sugirió que las uniones no solucionan necesariamente el problema de la escala económica de los grupos y que estos podrían generar problemas adicionales en la capacidad de gestión.

¹⁸ Wilkin, D. Gillam, S. and Smith, K (2001) Tackling organisational change in the new NHS, in British Medical Journal, 322 (7300)1464-1467

¹⁹ Paton, C (2006) *Memorandum of Evidence to the House of Commons Health Select Committee in its inquiry into NHS deficits*. London: TSO

Otra característica en la experiencia de los PCG y los primeros PCT y que resonaría con fuerza durante todo el tiempo de los laboristas en el poder es la tensión entre el deseo y el objetivo político de reforzar la autonomía local y la realidad del control central de la sanidad. Los PCG y PCT se presentaron como órganos que pondrían a los profesionales locales en el “puesto de mando” del desarrollo de servicios con el objetivo de incrementar la sensibilidad respecto a las necesidades y circunstancias locales. Sin embargo, las directivas a nivel nacional y los objetivos impuesto de rendimiento frustraron este intento.²⁰

Aunque la creación de los PCG y los PCT permitió que siguiera existiendo la dualidad contratante-proveedor, en los primeros años de los PCT esto fue contrarrestado por una tendencia contraria - la adquisición de responsabilidades de provisión por parte de los PCT así como las de contratar y adquirir los servicios. A mediados de la década de los 2000, los PCT planificaban, integraban, contrataban y prestaban servicios así como aseguraban y promocionaban la salud pública. Sin embargo, al establecerse la nueva estructura de mercado, fue la tarea de contratar servicios de los PCT más que la de prestarlos la que se enfatizó tras las elecciones generales de 2005, y se filtraron planes del gobierno de “externalizar” servicios locales (es decir sacarlos del sistema del NHS).

Con el nombramiento del partidario de Blair, Alan Milburn, que también lo era de un sistema de mercado, como Ministro de Sanidad en 1999 y la publicación en 2000 del Plan del NHS comenzaron movimientos importantes para implantar un sistema de mercado.

Aunque no hacía ninguna mención explícita a la creación de un mercado en la atención sanitaria, el Plan establecía los puntos claves de la reforma. El Plan indicaba que para mejorar el servicio sanitario, este necesitaba no solo financiación extra - que recibiría en los años siguientes - y también una profunda reforma. Esto incluiría rediseñar los servicios prestados en torno a las preferencias y necesidades de cada individuo. El Plan anunciaba un nuevo “acuerdo” con el sector privado. Esto se percibió como un giro dramático en la tradición histórica del Partido Laborista en contra del sector privado en la sanidad. Algunas organizaciones del NHS habían contratado pequeños trabajos con proveedores privados en acuerdos elaborados ad hoc, pero el acuerdo establecía un marco formal para hacer esto, con él el respaldo de una política oficial.

El Plan también anunció la abolición de los Consejos Locales de Sanidad²¹. Estos órganos incluían representantes electos y eran el mecanismo mediante el cual la comunidad local y los ciudadanos tenían una voz en el servicio sanitario. Tenían el derecho de supervisar y de ser consultados ante cambios importantes en el servicio sanitario. Aunque lejos de ser perfectos y de efectividad muy desigual de unos sitios a otros, se consideraron muchos más fuertes que cualquiera de las opciones que se introdujeron en su sustitución. El Plan insinuaba, pero no especificaba, la intención del gobierno de crear un nuevo mercado y en el programa electoral del Partido Laborista o durante la campaña electoral no se mencionó.

Comparando el mercado interno Conservador y el mercado abierto Laborista.

Después de esto, sobrevino la radical reestructuración del NHS en un mercado abierto y competitivo, abierto a proveedores privados.

El mercado abierto Laborista fue muchos más allá que el mercado interno Conservador.

²⁰ Wilkin et al (2001) op cit.

²¹ Community Health Councils

En el mercado de los laboristas, la contratación era llevada a cabo por los PCT que tenían autorización para adquirir servicios de cualquier proveedor que se ajustara a unos criterios de precio y calidad. Estos proveedores podrían ser independientes, sin ánimo de lucro u organizaciones comerciales incluyendo corporaciones transnacionales. Si el mercado interno Conservador permitía la competencia en base al precio, el mercado Laborista fijaba tarifas a todos los proveedores.

En lugar de en el precio, la competencia sería en base a la calidad del servicio y la rapidez y otras características del servicios. Si la contratación en el mercado interno había sido realizada principalmente en base a contratos de costes y volumen, en el mercado Laborista se haría a través de un nuevo sistema de financiación, llamado Pago por Resultados, en el que cada procedimiento recibía su propio pago y los hospitales cobraban solo por aquellos procedimientos específicos que habían llevado a cabo.

Mientras que en el mercado interno no existía un mecanismo para satisfacer la libre elección del paciente, en el mercado Laborista, los pacientes tenían el derecho explícito de elegir un proveedor, al principio de una lista limitada a cuatro o cinco proveedores y más adelante de toda la lista de proveedores cualificados (que en 2010 incluía casi 150 proveedores independientes).

El mercado Laborista, era esencialmente un mercado de proveedores, introducido en la atención primaria, la atención especializada y los servicios locales. Describiremos más adelante en sendos capítulos sobre atención primaria y hospitalaria cómo distintos proveedores se introdujeron en este mercado emergente.

Sin embargo, merece la pena mencionar aquí que más adelante en el periodo del Laborismo en el poder, la capacidad de contratación de los PCT también sería sacada a comercialización. En 2007, 14 empresas fueron aprobadas por el Departamento de Sanidad para apoyar a los PCT en las labores de contratación cuando éstos consideraban necesario este apoyo. La contratación y adquisición de servicios era una tarea compleja que requería una suerte de habilidades tales como la evaluación de riesgos en la población, recogida y análisis de datos, marketing social, encuestas de opinión, evaluación del servicio, gestión de rendimiento, etc...

La idea era que los PCT que encontraran incapacidad de su personal en realizar algunas de las tareas, podrían contratar las habilidades necesarias con empresas privadas. Muchas de estas 14 empresas eran grandes corporaciones americanas con experiencia en seguros privados. El Marco para Proporcionar Apoyo Externo a la Contratación (FESC)²² cubría habilidades como la valoración y la planificación; gestión de contratos; gestión de rendimiento; y relación con el paciente. Algunas de las compañías autorizadas eran Assura (propiedad de Virgin), United Health, Tribal y Humana.

En realidad, el FESC proporcionaba un mecanismo mediante el cual la labor de contratación podría ser contratada a terceros, aunque la responsabilidad por la adquisición de servicios seguiría siendo del PCT. Esto fue un cambio extraordinario ya que los PCT controlaban cerca del 80% de los 100.000 millones de libras de presupuesto del NHS y esto podría transferir la responsabilidad de decidir qué servicios recibirían los pacientes del NHS a empresas con ánimo de lucro, muchas de las cuales ni siquiera eran británicas.

²² Framework for Procuring External Support for Commissioners

La política era atractiva para algunos SHA y PCT por razones económicas ya que contratar a terceros el grueso de las labores de contratación y gestión se vio en principio como una medida en favor del recorte de gastos. La posibilidad de que una empresa que asumiera las labores de contratación, pudiera elegir contratarse atención sanitaria a sí misma (o a su socio) como proveedor de servicios sanitarios no fue excluida.

Justificando el mercado Laborista en la atención sanitaria.

En la presentación de la reforma, la libertad de elección del paciente dominó las labores de comunicación del gobierno²³. El gobierno se cuidó de presentar los cambios en términos de “reforma”, “modernización”, y un servicios sanitario “adecuado al siglo veintiuno”. Caracterizó al NHS original como un servicio “monolítico” ajustado a los años cuarenta pero no para la era moderna. Por contraste, el servicio sanitario reformado reflejaría el deseo de los consumidores del siglo veintiuno de tomar decisiones en sus vidas y de disponer de servicios ajustados a sus necesidades, preferencias y conveniencia individual.

De hecho, no había habido un clamor popular exigiendo este tipo de “libertad de elección” y no había evidencias que indicaran que los ciudadanos se consideraban a sí mismo consumidores de atención sanitaria de este modo. Tampoco había habido ninguna exigencia popular por un servicio sanitario estructurado en líneas de mercado. Éstas eran políticas impuestas surgidas de una agenda política que bien habrían satisfecho a aquellos bien a la derecha del espectro político.

La cuidadosa presentación de esta política - particularmente evitando los términos “mercado” y “privatización” - era uno de los factores que contribuían al bajo nivel de conciencia de los ciudadanos británicos de la naturaleza y las probables consecuencias de los cambios traídos con la reforma. Además, el gasto históricamente alto en sanidad sobre todo a partir del año 2000, ayudó a convencer a muchos de que el sistema de salud estaba a salvo con el Laborismo.

Si estas reformas no habían sido la respuesta a una presión electoral, merece la pena examinar los beneficios que el gobierno y otros activistas pro-mercado creían que el mercado traería.

Primero, como se ha mencionado, el gobierno y otros consejeros creían que se proporcionaría un servicio más “personalizado” para el paciente, y argumentaban que una mayor satisfacción del paciente, además de un fin en sí mismo, ayudaría a garantizar un apoyo político en el futuro al NHS. Esto era una alusión a áreas relativamente acomodadas como Londres y el Sureste, que reclamaban, según aseguraban algunos, servicios más acordes a sus necesidades. Los pro-mercado argumentaban que elementos de elección y competencia eran necesarios para garantizar una mayor personalización de los servicios.

En segundo lugar, los políticos argumentaban que el mercado sería más eficiente, ya que los proveedores deberían contener los costes para no exceder la tarifa oficial (que estaba basada en la media nacional).

En tercer lugar, también se aseguraba que la introducción de la competencia estimularía la innovación y la calidad y recortaría las listas de espera creando servicios más adecuados.

²³ Ver por ejemplo, Reid, J (2003) “*Choice for all, not the few*”, speech to the New Health Network. Comunicado de prensa 2003/0267, 16th July

Cuarto: los partidarios decían que el nuevo sistema de financiación, Pago por Resultados, recompensaría a los mejores proveedores, ya que el dinero “sigue al paciente” y porque los beneficios pueden quedarse en el proveedor.

Quinto: los activistas aseguraban que el mercado permitiría que los ciudadanos dieran forma a nuevos servicios a través del agregado de elecciones como consumidores: en otras palabras, otorgando el derecho a los pacientes a no acudir a servicios que consideraban inferiores a sus estándares de exigencia. De este modo, los usuarios de los servicios se convertirían en consumidores activos en lugar de pacientes pasivos. Además, los políticos creían que el mercado impondría disciplinas que traerían consigo y sostendrían un sistema que ofrecería una alternativa a un sistema jerárquico de gestión.

Por último, los políticos y otros partidarios aseguraban que las reformas del mercado tendrían el potencial de ofrecer mayor equidad al crear mecanismos de elección que todos los pacientes podrían utilizar. La elección sería parte de las prestaciones del NHS y no solo de aquellos que podían permitirse una atención privada. En general, se argumentaba, una mayor responsabilidad satisfaría el principio de autonomía²⁴

El problema de los mercados en la atención sanitaria.

Por desgracia, estas ventajas teóricas pueden no realizarse en un mercado del mundo real. No ha habido un intento sistemático de evaluar el nuevo mercado Laborista²⁵ y como sucedió con el mercado interno Conservador anteriormente, no fue adecuadamente dirigido. Sin embargo, críticas generales al uso de sistemas de mercado en la atención sanitaria y en la implementación del nuevo mercado Laborista en particular sí se han publicado.

Primero, los mercados se fragmentan, al menos al principio, ya que requieren varias organizaciones competidoras - en el caso inglés, varios proveedores coordinados principalmente a través del proceso de contratación. Por ejemplo, los residentes de Nottinghamshire son informados a través de NHS Choice (una página web con información para ayudar a los pacientes en su elección) de que hay 135 hospitales en Nottinghamshire o en el entorno de 50 millas del condado.

El Departamento de Sanidad estableció a partir del año 2003 varias docenas de Centros de Tratamiento Independientes (ISTC)²⁶ que ofrecían varias operaciones quirúrgicas rutinarias y algunos tests de diagnóstico precisamente para crear un mercado, intensificar la presión de competencia sobre los hospitales del NHS y dar a los pacientes una elección visible y evidente. Esto fue complementado en el 2006 con la Red de Elección (ECN)²⁷ que en el 2010 comprendía 149 hospitales independientes accesibles para los pacientes del NHS para tratamientos específicos. Se hablará más de esto en el capítulo de hospitales.

Esta fragmentación puede amenazar la calidad de la atención al amenazar la continuidad de la atención, sobre todo cuando la atención sanitaria es fragmentada en una serie de discretas intervenciones y procedimientos.

²⁴ Le Grand, J. (2007) *The Other Invisible Hand: Delivering Services Through Choice and Competition*. Oxford: Princeton University Press.

²⁵ A review of literature relating to Labour's market in the NHS has been published by Civitas, a right-wing think tank. L Bereton and V Vascoodaven (2010) *The Impact of the NHS Market: An Overview of the Literature*, London: Civitas.

²⁶ Independent Sector Treatment Centre

²⁷ Extended Choice Network

La fragmentación también amenaza la viabilidad a largo plazo de un sistema universal y gratuito en el momento de su uso ya que debilita progresivamente los principios de agrupar y compartir los riesgos y los subsidios a través de los cuales el derecho a la atención universal y gratuita es construido.

Un servicios integrado no necesita evitar a los pacientes “costosos” ya que todos los ciudadanos financian el servicios, pero solo los que lo necesitan en un momento dado lo utilizan; del mismo modo, cualquier ingreso extra en un punto del sistema puede ser transferido a donde se necesiten recursos adicionales.

Sin embargo, el sistema de Pago por Resultados permite a los proveedores retener beneficios. Además, en Inglaterra en este momento, hay una estructura de mercado con participantes comerciales que participan con el objetivo de obtener beneficios. Buscan escoger cuidadosamente a los pacientes (es decir a los más fáciles de tratar) con el objetivo de aumentar sus beneficios. Cualquier beneficio, extra, por lo tanto, no se recicla en el sistema para el mayor beneficio final del paciente si no que son retirados por las empresas privadas que participan.

Esta distorsión del funcionamiento racional del servicio sanitario y la fragmentación que la acompaña surge de los procesos y estructuras de mercado, aún cuando estos están formados enteramente por instituciones públicas. Esto es debido a que en una estructura de mercado competitiva, todas las organizaciones independientemente de su propiedad, tenderán a comportarse de manera similar, evitando los usuarios que generen altos costes en la medida de lo posible y no solo priorizando el trabajo que generará un ingreso, si no buscándolo activamente.

En los mercados de atención sanitaria, el problema del desabastecimiento en la atención de los que más lo necesitan (evitando a los pacientes costosos), convive con el sobreabastecimiento de atención donde se puede obtener un beneficio. Esto sucede donde los proveedores de atención, como los hospitales, inflan la demanda que habría existido de sus servicios mediante técnicas como la publicidad, o el tratamiento de pacientes que ya están recibiendo tratamiento.

Como resultado de estas tendencias, se requiere una infraestructura de regulación fuerte y efectiva, añadiendo a los costes ya de por sí elevados de la administración inherente al mercado - sistemas estructurados de salud. Se requiere regulación para asegurar el cumplimiento de estándares de calidad y la honorabilidad financiera. La regulación en servicios públicos también puede asegurar que otras iniciativas políticas son implementadas. Sin embargo, puede ser difícil para el gobierno o las agencias públicas competentes regular de manera efectiva a unos proveedores públicos cuya organización es ignorada por la agencia pública. Además los proveedores privados pueden percibir estas regulaciones como una barrera y pueden intentar impedirla o dificultarla.

También se requiere una regulación para garantizar que se cumplan las normas del mercado. Esto es el reconocimiento de que los mercados nunca son del todo libres y de que siempre requieren algún tipo de gestión y control. Estas reglas tienen que ver con la competencia, la naturaleza de los contratos, uniones, quejas, disputas, obligaciones y responsabilidad y demás. El Departamento de Sanidad creó un nuevo regulador llamado CCP²⁸ en enero de 2009 para aconsejar sobre las reglas. La creación del CCP se percibió como un canal a través del cual la competencia sería implementada y ejecutada. El CCP

²⁸ Cooperation and Competition Panel

puede investigar el cumplimiento de las reglas en casos concretos y hacer recomendaciones al Departamento de Sanidad.

Otra crítica que se le ha achacado a los mercados es que hacen imposible la supervisión democrática. El peligro recae en que el control democrático que se lleva a cabo a través de comisiones parlamentarias, investigaciones académicas o periodísticas o examen público, se subordina al principio de confidencialidad comercial. Ha habido numerosos ejemplos de esto en el mercado sanitario de Inglaterra. Por ejemplo, cuando una Comisión de Sanidad de la Cámara de los Comunes estaba investigando los ISCT en 2006, ésta pidió al Departamento de Sanidad que entregara información para justificar su afirmación de que los ISCT suponían una revalorización de la inversión. El Departamento de Sanidad se negó, incluso cuando se le ofreció hacerlo en una sesión privada (esto es, sin acceso del público o la prensa).

Los Críticos también afirman que las soluciones de mercado en la sanidad tienden a ser muy caras. Esto es en parte por los gastos administrativos ya mencionados. No sabemos con exactitud los costes del mercado sanitario de Inglaterra pero sabemos que una investigación de 2005 encontró que un 14% del presupuesto de sanidad se destinaba a administración y gestión. Teniendo en cuenta que esto era en un estadio muy incipiente del desarrollo del mercado, podemos asegurar que esos costes representan una proporción más elevada del presupuesto hoy en día. Esta comparación es muy desfavorable si se tiene en cuenta el 5-6% de presupuesto del NHS gastado en administración en la década de los setenta, mucho antes del surgimiento de las propuestas de mercado. Otro motivo para los altos costes del enfoque de mercado yace en la naturaleza costosa de los contratos con los proveedores privados. Estos no son siempre más costosos que sus equivalentes públicos pero han tendido a ello.

Ha sido el punto central en la “venta” de las reformas de mercado - la libre elección del paciente - el que ha atraído las mayores críticas y escrutinio académicos. Se ha cuestionado fuertemente la idea de que la libre elección puede crear un NHS más equitativo, debido a que las posibilidades de elección no están igualmente distribuidas en el sistema y el ejercicio real de este derecho tampoco. Junto a la mayor capacidad de elección de atención antes de morir, y la libertad de elegir un médico de familia (que no eran ni controvertidas ni dependientes en la estructura de mercado), el gobierno Laborista introdujo la libertad de elegir un proveedor en su modelo de mercado.

Los críticos señalan que la realidad de esta capacidad de elección dependerá en la capacidad de movimiento del paciente (ya que muchos proveedores se encuentran lejos) y la capacidad para obtener, comprender, interpretar y actuar en base a información adecuada. Este hecho en sí mismo es susceptible de conducir a desigualdades donde antes no las había. De hecho hay muy poca información en relación con resultado clínicos a disposición de los pacientes, aunque sí información sobre las infecciones adquiridas por los hospitales se han convertido en un indicador común en este contexto. También hay evidencia de que los pacientes han tomado decisiones basados en la disponibilidad de aparcamiento o las listas de espera, es decir factores sin relación con la calidad de la atención, o con relación solo en parte.

Algunos críticos han aludido a la teoría económica para señalar las limitaciones en la libre elección del paciente, por ejemplo la asimetría de la información entre el paciente y el profesional identificada hace décadas por Kenneth Arrow²⁹. Además, la elección del paciente requiere que los proveedores se ajusten a las preferencias de los

²⁹ Arrow, K. (1963) “Uncertainty and welfare economics in health care” in *American Economic Review*, 53(6) 941-73

consumidores, cuando en práctica esto es muy difícil en parte porque la expansión (o contracción) puede ser muy compleja y en parte porque en un sistema financiado públicamente, existen limitaciones presupuestarias para ello. Generar la capacidad extra para tener cierta flexibilidad y actuar acorde a la elección construye ineficiencias por sí misma de modo que la elección puede conducir a un sistema menos eficiente en lugar de servicios más eficientes³⁰.

Irónicamente, las debilidades del mercado no eran ignoradas por Gordon Brown, que identificó sus límites en un discurso a la Social Market Foundation en 2003³¹, Brown señaló el hecho de que el consumidor no es siempre soberano ya que la asimetría en la información productor-consumidor como paciente indica que éste no es capaz de procurarse el mejor producto al mejor precio y el riesgo de fallo en el sistema es muy alto.

Otras contraindicaciones en un mercado sanitario incluyen: la necesidad de una garantía de servicios lo que quiere decir que un hospital no puede fracasar; la necesidad de un gran volumen de trabajo para asegurar la calidad; la necesidad de comités de especialidades inter-dependientes; la dificultad de escribir contratos privados que puedan predecir adecuadamente las expectativas del usuario; el hecho de que las tarifas establecidas no siempre funcionan; el riesgo de demanda inducida por el proveedor y el potencial abuso de poder de los monopolios.

A pesar de estas críticas que señalan que la sanidad no es un bien público para el cual los mercados son una buena solución, Gordon Brown contribuyó con entusiasmo a la conversión del NHS en un mercado en su mandato como Primer Ministro.

No ha escapado a los observadores la ironía presente en el fondo de un mercado plural, un mercado que teóricamente debería construir por sí mismo directivas para la eficiencia y la mejora del servicio, es a su vez dependiente de una dirección y control de gobierno fuerte, centralizado y jerarquizado³². David Hunter comenta con ironía: "Paradójicamente, la construcción de tales mercados...ha requerido un gobierno fuertemente centralizado para forzar a la gente y las instituciones a aceptar e implementar las reformas deseadas por unos pocos políticos. ¡Parece irónico que se nos niegue una elección sobre elección porque es bueno para nosotros! Liberalizar el mercado, lejos de disminuir el papel del estado y reducir su tamaño, ha conducido al refuerzo de el poder central del estado³³.

Conclusiones

La estructura de mercado interno, una de las últimas medidas importante de Thatcher no ha sido abandonada por ningún gobierno desde entonces, a pesar de los problemas inherentes al mercado sanitario. La última variante del mercado en Inglaterra está siendo implementada por el gobierno de coalición, en medio de una gran controversia política, y es discutido en el capítulo dedicado a la Coalición de gobierno.

³⁰ Fotaki, M. (2007) "Patient choice in healthcare in England and Sweden" in *Public Administration*, 85 (4) 1059-1075

³¹ G Brown (2004) *A Modern Agenda for Prosperity and Social Reform*. London: Social Market Foundation

³² Por ejemplo, ver I Crinson(2008) *Health Policy* and D Hunter (2008) *The Health Debate*

³³ Hunter, D. (2008) *The Health Debate* Bristol: Policy Press.

Evolución del sistema sanitario en España: del sistema nacional de salud a la privatización

Marciano Sánchez Bayle

Portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

La evolución del sistema sanitario en España ha ido desde una primera etapa con la democracia y los primeros gobiernos del PSOE que desarrollaron un sistema público de salud inspirado en el modelo del National Health Service inglés a un progresivo desmantelamiento y deterioro del Sistema Nacional de Salud (SNS) en los últimos años.

La Ley General de Sanidad (LGS)

En 1986 se aprueba la Ley General de Sanidad que establece un modelo sanitario, el SNS que se caracteriza por los siguientes aspectos:

- Cobertura universal, aunque esta no se acabó de garantizar hasta la aprobación de la Ley General de Salud Pública en 2011, todavía pendiente de desarrollo
- Gratuidad en el momento del uso excepto para la prestación farmacéutica de los trabajadores activos
- Carácter redistribuidor con una potente red de centros públicos extendidos por todo el territorio
- Financiado inicialmente por la Seguridad Social e impuestos, a partir del Pacto de Toledo (1995) lo es exclusivamente por impuestos.
- Descentralización en las CCAA
- Basarse en la prevención y promoción de la salud, así como en la Atención Primaria

La LGS dejaba múltiples aspectos a su posterior desarrollo, aunque algunos de ellos (por ejemplo el Plan Integrado de Salud o la reforma de las especialidades médicas) todavía no se han producido 30 años después.

La descentralización sanitaria

El modelo de la LGS se basaba en el traspaso de las competencias a las CCAA, así como de los dispositivos asistenciales públicos. Las CCAA ya tenían competencias sobre “Sanidad e Higiene” a partir de la Constitución (1978), lo que les permitía aprobar normativas en este terreno.

Las transferencias del principal sistema sanitario público, el dependiente de la Seguridad Social se hizo de una manera lenta y desordenada. Dos CCAA recibieron las transferencias antes de la aprobación de la LGS (Cataluña en 1981 y Andalucía en 1984), posteriormente se produciría un goteo de transferencias (País Vasco y Valencia en 1988, Galicia y Navarra en 1991, Canarias en 1993) hasta que en 2001 se produjeron a las 10 CCAA que quedaban, quedando por realizar la de las dos ciudades autónomas (Ceuta y Melilla) cuyos dispositivos asistenciales siguen siendo gestionados desde el Ministerio de Sanidad. Solo en 2003, es decir dos años después de las últimas transferencias, se aprobó la Ley de Cohesión y Calidad del SNS que, en teoría tenía como finalidad el conseguir la coordinación del SNS sin que en la práctica haya conseguido grandes éxitos.

Comienza el proceso privatizador

El proceso privatizador comenzó muy rápidamente tras la aprobación de la LGS, de hecho casi en paralelo a su desarrollo. El proceso se inició en parte como un resultado de la influencia que sobre el sistema sanitario español tenía el NHS británico en el que se acababan de iniciar las transformaciones de Margaret Thatcher. Dos hechos fueron los más relevantes, la aprobación de la Ley Ordenación Sanitaria de Cataluña en 1990 y el Informe Abril en 1991.

La primera, en contradicción con el modelo de provisión pública hegemónica diseñado por la LGS, creaba un marco de utilización indiscriminada, con financiación pública, de los centros privados, la XUHP (iniciales en catalán de Red de Hospitales de Utilización Pública) que favorecía los intereses del sector privado muy importantes en Cataluña y con los que CiU (el partido del nacionalismo conservador en el gobierno) mantiene lazos muy estrechos.

El segundo, el Informe Abril (Comisión de análisis y evaluación del SNS) fomentado por el propio Gobierno del PSOE y encargado a un exministro conservador (Fernando Abril Martorell) extraía una serie de recomendaciones que avanzaban en la línea de la desestructuración del sistema sanitario público (por ejemplo convertir los hospitales en empresas, separar financiación y provisión, establecimiento de copagos, etc.), lo que motivó un fuerte rechazo social que paralizó su aplicación, aunque, como se ha visto, establecía la hoja de ruta de lo que sería la estrategia de desmantelamiento del sistema sanitario público en España.

Desregulación y privatización de la gestión

Las siguientes transformaciones fueron básicamente en el ámbito de la gestión sanitaria, primero por el empeño de introducir en la gestión de los centros públicos criterios de gestión empresarial.

El avance se concretó en la creación de las fundaciones sanitarias en Galicia donde existía un gobierno conservador (la primera fue la de Verín en 1993) que luego se intentó extender al conjunto del país con bastante contestación social quedando finalmente en unos cuantos ejemplos más o menos testimoniales (además las de Galicia fueron reincorporadas al sistema público normalizado por un gobierno de coalición entre el PSOE y los nacionalistas de izquierda)., posteriormente se aprobó la Ley 17/1997 que ampliaba la capacidad de la extensión de estos modelos de gestión.

Esta situación se complementó con la aprobación de Leyes de Ordenación Sanitaria en las Comunidades Autónomas que establecían la separación de la financiación y la provisión (el primer paso para la ampliación de las prestaciones sanitarias privadas financiadas con fondos públicos) y la desregulación de la gestión de los centros sanitarios (con excepción de Extremadura y Castilla – La Mancha).

A partir de 1999 comienza a desarrollarse otro modelo de gestión directamente privada (las concesiones administrativas) en la Comunidad Valenciana (hospital de Alzira) que luego ha ido generalizándose en esta misma comunidad (ahora son cuatro hospitales) y extendiéndose a Madrid (tres hospitales abiertos y dos en proyecto).

Otra versión un tanto distinta ha sido el modelo de iniciativa de financiación privada (copiado del Reino Unido) del que hay seis hospitales en Madrid, uno en Baleares y otro en Castilla y León, más recientemente se está planteando la transformación de cuatro hospitales públicos de Castilla La Mancha en concesiones administrativas.

Una de las características de estos sistemas de privatización de la gestión es su extensión de una manera acrítica, la multiplicidad de modelos y la ausencia de cualquier tipo de evaluación de sus resultados.

Ahora mismo existen las concesiones administrativas, los hospitales PFI, las empresas públicas, las fundaciones, los consorcios y las EBAs (especie de sociedades limitadas de médicos de atención primaria), además de conciertos singulares con entidades privadas para la atención de un área sanitaria en varias CCAA (Madrid, Galicia, Andalucía), una variedad que solo pretende dificultar su evaluación y favorecer su difusión.

La crisis y los recortes

En este contexto se produce la crisis y la victoria del PP en el gobierno del país y en la mayoría de las CCAA y los ayuntamientos. Un momento clave en que el gobierno intenta imponer su ideología neoliberal en materia sanitaria aprovechándose de los problemas de recaudación que ha impuesto la crisis debido a una baja presión fiscal y a un modelo basado en los impuestos sobre el consumo que ha disminuido la recaudación de impuestos de sociedades y de las grandes fortunas.

La plasmación de estos recortes en la política sanitaria esta recogida en 2 documentos, el *RD-Ley 16/2012 de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones* y, del que se da cuenta en el último capítulo de este libro, y el *Programa Nacional de Reformas 2012*. En ambos documentos se desarrollan las principales medidas a adoptar en cuanto a los recortes en sanidad. En esencia se proponen 5 tipos de medidas:

- Instauración de copagos e incremento de los ya existentes sobre medicamentos, transporte sanitario, productos dietéticos, prótesis y ortoprotesis, con un especial impacto en los pensionistas.
- Eliminación de la financiación pública de un grupo importante de medicamentos
- Sacar fuera de la cobertura pública una serie de prestaciones aún por determinar, mediante cambios en la cartera de servicios.
- Exclusión de la provisión sanitaria de los inmigrantes irregulares y trabas al reconocimiento de la cobertura pública a otros colectivos (mayores de 26 años sin trabajo)
- Medidas sobre recursos humanos que aumentan el horario de los profesionales, limitan la cobertura de plazas al 10% de las que queden vacantes, etc.

Además y sin que estén directamente incluidas en estos documentos se esta produciendo una privatización acelerada del sistema sanitario público (privatización de cuatro hospitales en Castilla la Mancha, cierre de dos hospitales en Baleares, aumento de los hospitales privados en Madrid, cierra de camas y servicios en Cataluña, etc.). El panorama es de un desmantelamiento acelerado del Sistema Nacional de Salud de acuerdo con la estrategia del neoliberalismo en nuestro país.

Sus objetivos son bien conocidos y se pueden concretar en desregular los servicios sanitario públicos favoreciendo pseudomercados y/o mercados internos (mediante la separación de la financiación y la provisión, medida ficticia en su inicio que permite la derivación creciente de la provisión de servicios al sector privado), incentivar la presencia del sector privado dentro del Sistema Nacional de Salud (concesiones administrativas, PFI, etc.) aunque sea a costes exorbitantes, recortes de los presupuestos públicos para deteriorar la Sanidad Pública (conscientes de que uno de los

principales obstáculos a la política privatizadora es el convencimiento generalizado, de la población y de los profesionales, que la calidad de la atención sanitaria es significativamente mejor en el sistema público), establecimiento de copagos, favorecer el aseguramiento privado (CiU no para de señalar como uno de sus objetivos la desgravación fiscal de las pólizas de seguros privados) y en fin segmentar la asistencia sanitaria con un sector privado que atienda a las clases altas y media-alta y el establecimiento de una nueva beneficencia para los sectores de asalariados con menor poder adquisitivo (recuérdese que mas del 60% de los asalariados cobra menos de 1000 euros/mes), parados y pensionistas.

Hay una especial insistencia en establecer el copago que a primera vista no se entiende bien porque hay muchísima evidencia que no contiene el gasto, que es incapaz en discriminar la demanda apropiada de la inapropiada y que tiene efectos muy negativos sobre las personas mas enfermas y con menos recursos. Siendo así ¿Porqué hay tanto interés en ponerlo en marcha?

Hay al menos tres motivos evidentes: primero se quiere mercantilizar la atención sanitaria y acabar con su carácter solidario y redistributivo para convertirla en un producto mas de consumo, en una mercancía, y ya se sabe que el acceso a las mercancías esta ligado a la capacidad económica de cada uno, y a la capacidad de pago directo y no a las necesidades de las personas; segundo, porque establecer sistemas de pago en el acceso a las prestaciones sanitarias favorece a los seguros sanitarios por dos vías, porque comparativamente se vuelven mas baratos y porque se pueden articular seguros privados que cubran estos copagos, y tercero porque el ruido sobre el copago crea una cortina de humo sobre los despilfarros del gasto sanitario, es decir sobre el elevado gasto farmacéutico y la sobreutilización tecnológica que son los problemas reales de nuestro sistema sanitario.

El panorama es muy preocupante, pero también tiene algunos aspectos positivos que conviene tener en cuenta, el primero es que algunas CCAA (hasta el momento Andalucía y País Vasco) han señalado su disposición a no aplicar los recortes sanitarios y a impugnar el RD 16/2012, el segundo es el amplísimo rechazo social y profesional que esta teniendo y que ya ha producido numerosas movilizaciones en su contra. Un sistema tan descentralizado como el español tiene algunos inconvenientes, pero también la ventaja de que algunos territorios pueden plantear focos de resistencia a la contrarreforma sanitaria. Los próximos años van a ser cruciales para el sistema sanitario público en España.

BIBLIOGRAFIA

- *RD-Ley 16/2012 de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE 24 de Abril 2012.*
- Gobierno de España: Programa Nacional de Reformas 2012. Disponible en <http://www.lamoncloa.gob.es/NR/rdonlyres/ADAB8001-F650-4132-9221-FFEB2CEB784E/202005/PNRDEFINITIVO.pdf>
- La situación de la salud y el sistema sanitario en España, disponible en: <http://www.fadsp.org/html/situacion%20salud.htm>
- Sánchez Bayle M (coordinador): Otra gestión sanitaria es posible. Fundación 1 de mayo. Madrid 2011. Disponible en : <http://www.fadsp.org/pdf/OTRA%20GESTION%20SANITARIA%20ES%20POSSIBLE%5B1%5D.pdf>
- Sánchez Bayle M: La Sanidad en la encrucijada. Revista Mientras Tanto. Observatorio de Salud 2, 2012. Disponible en : <http://mientrastanto.org/boletin-100/notas/observatorio-de-salud-2>
-

Salud Pública en el Reino Unido.

Introducción.

La Salud Pública es la ciencia y oficio de prevenir enfermedades, prolongar la vida y promover la salud a través de esfuerzos organizados. Se preocupa de la salud de comunidades enteras y elabora análisis basados en estudios de la población. Se centra en la prevención y sus enfoques principales son la vigilancia y control de enfermedades; evaluación de necesidades; la promoción de comportamientos saludables y tratamientos en los que caso en los que sea necesario para evitar la propagación de una enfermedad; desarrollo y presión de “políticas públicas saludables”.

Así describen en la Facultad de Salud Pública su función. Primero, la “mejora de la salud” incluye el fomento de un estilo de vida y ambientes saludables y abarca aspectos relacionados con la igualdad y los determinantes sociales de la salud. Segundo, la “protección sanitaria” incluye proteger a los ciudadanos frente a amenazas sanitarias a través de las vacunas o inmunizaciones, la prevención de accidentes o el control de enfermedades infecciosas. Tercero, la “mejora del servicios de salud” incluye el análisis de de la planificación del servicio sanitario, evaluando los servicios e intervenciones para garantizar que son efectivos, de calidad, seguros y accesibles.

En el Reino Unido, se aseguraron mejoras en la salud pública en el siglo XIX a través de medidas higienistas y el control sobre los alimentos. En el siglo XX, el interés se dirigió hacia la prestación de atención sanitaria, reflejando el creciente papel del estado en este tema. La creación del NHS reforzó este énfasis en los servicios sanitarios frente al mantenimiento de la salud, o la prevención de enfermedades y profundizó el declive de la salud pública. Responsabilidades de la salud pública, como la vivienda o la higiene se eliminaron del Ministerio de Sanidad en los años cincuenta.

Con el paso de las décadas, los Medical Officers for Health que habían sido los garantes de la salud pública a nivel local, se orientaron hacia la prestación de atención sanitaria propiamente dicha. En 1974 fueron reemplazados por médicos locales que se ocupaban en mayor medida de la planificación de la prestación de servicios, y no de la salud pública en su sentido más amplio. Muchos de estos médicos perdieron su puesto tras las reformas de la década los 1980.

En el Reino Unido, como en el resto de países desarrollados, las enfermedades crónicas se han convertido en las más problemáticas, incluyendo enfermedades circulatorias o cardíacas, respiratorias, y cáncer. Todas ellas son susceptibles hasta cierto punto de ser prevenidas a través de acciones en la comunidad local. Baggott divide las causas principales de mortalidad, susceptibles de una acción colectiva, en tres categorías.

Primero, algunas amenazas responden al estilo de vida; fumar, una alimentación inadecuada, insuficiente ejercicio, infecciones de transmisión sexual y el mal uso de sustancias incluyendo el alcohol, o medicamentos que son legales pero pueden consumirse de manera abusiva, y un gran número de drogas ilegales.

En segundo lugar, algunos problemas están asociados al entorno, accidentes de tráfico, accidentes domésticos, contaminación y las técnicas modernas de producción alimentaria como el uso de elementos químicos o la agricultura intensiva.

En tercer lugar, algunos casos están asociados a la clase social o la pobreza. Baggott reconoce sin embargo, que todos estos casos están muy relacionados entre sí, y que ciertos aspectos del estilos de vida surgen de factores ambientales o sociales.

Existen varias estrategias a disposición de aquellos que quierans prevenir las enfermedades mencionadas, y estas estrategias se componen de tres elementos fundamentales. La educación de los individuos, del grupo o de las instituciones; la prevención clínica como por ejemplo la evaluación de la salud o la inmunización; la intervención en la raíz de los factores socio-ambientales que causan las enfermedades como la regulación del alcohol, el tabaco o la industria alimentaria, penalizando fiscalmente o gravando comportamientos poco saludables. Estas actuaciones presentan ciertos problemas al presuponer una relación determinada entre el individuo y el estado en el ámbito de la salud.

La preocupación por el aumento del gasto en atención sanitaria, y el gravamen extra que suponen las enfermedades crónicas, devolvieron la atención a la salud pública, sobre todo tras el informe Lalonde en 1974. Este informe del entonces Ministro de Sanidad de Canadá, fue el primero en decir que los países desarrollados el enfoque de la medicina no era el adecuado para prevenir enfermedades y era de hecho indeseable como enfoque principal en la mejora de la salud. El informe recomendaba reequilibrar los esfuerzos desde la atención sanitaria hacia factores ambientales y relacionados con el estilo de vida. En la práctica el informe Lalonde no consiguió cambiar el enfoque de la sanidad en el Reino Unido ni en los setenta ni en los ochenta.

Salud Pública con Thatcher.

La administración de Thatcher dedicó recursos importantes a educación sanitaria, primero con una campaña de concienciación sobre el abuso de las drogas y posteriormente con campañas sobre el SIDA y el corazón. También se hizo más severa la regulación sobre la publicidad del alcohol, y se introdujeron programas de revisión para el cáncer de mama y el cáncer cuello uterino. Los médicos de familia comenzaron a recibir incentivos económicos por mejorar sus tasas de vacunación infantil y de revisión del cáncer de cuello de útero.

Este enfoque hacia la salud pública llevado a cabo en los ochenta atrajo un número importante de críticas. En primer lugar, el desequilibrio entre la prevención y el tratamiento se mantuvo muy elevado, y además no existían sistema de control sobre el esfuerzo de las autoridades locales en la mejora de la salud pública. Segundo, hubo muy poca coordinación en el gobierno central, a causa de una escasa comunicación entre los distintos departamentos. En tercer lugar, la estrategia definió de forma individualizada el concepto de estilo de vida, obviando por consiguiente una comprensión más amplia del “entorno”. Esto fue percibido como un reflejo de la posición política del Thacherismo.

Por último, muchos otros aspectos socioeconómicos dañaron a la salud directa o indirectamente como el aumento de la inseguridad laboral y del paro surgido de las privatizaciones, así como el aumento de los precios del petróleo o las amenazas de pérdida de suministros básicos para los que no podían pagar ciertas facturas, como el agua corriente. Las desigualdades económicas y sociales crecieron en los ochenta y número cada vez mayor de investigadores señalaban las consecuencias negativas que esto tenía para la salud.

Varias actuaciones comenzaron a presionar al gobierno de Thatcher para que estableciera estrategias más adecuadas en el ámbito sanitario. En primer lugar actuaciones más allá del Reino Unido como objetivos fijados por la OMS para los gobiernos o mandatos europeos en el ámbito de la salud pública consecuencia del tratado de Maastricht. Por otro lado, la ausencia de una fuerte estrategia nacional de salud pública, dejó espacio para iniciativas de promoción de la salud pública en el

ámbito local. Las políticas dirigidas desde Londres demostró ser poco eficiente cuando se comparó con iniciativas locales que mostraron como podrían desarrollarse mejores políticas. Por último, un número importante de crisis y escándalos que tuvieron un impacto en la salud y el comercio internacionales obligaron al gobierno a responder en relación a la regulación de la producción alimentaria. La crisis de salmonela en los huevos; la crisis de EEB o “el síndrome de las vacas locas” y la epidemia de Legionela son algunos de estos casos.

La Salud de la Nación, una Hoja de Ruta a nivel nacional, fue publicada en 1992 con John Major como Primer Ministro, el sucesor de Thatcher en el cargo. Introdujo el uso de objetivos en la salud pública que desde entonces se han venido usando en el gobierno.

La Hoja de Ruta estableció dos tipos de objetivos: el primero relacionado con la reducción de la incidencia de enfermedad y su mortalidad; el segundo relacionado con factores de riesgo. Estos objetivos, más relacionados con enfermedad que con salud pública, se aplicaron a cinco casos: cáncer, patologías cardíacas, enfermedades mentales, VIH/SIDA y salud sexual y accidentes.

La implementación de esta estrategia supuso los primeros avances hacia la evaluación del impacto sanitario, como lo conocemos en la actualidad. Fue necesaria la coordinación multidepartamental para establecer las consecuencias para la salud de las distintas políticas y un órgano interdepartamental dirigido por el Chief Medical Officer. Se desarrollaría una base de datos importante que incluyera prioridades en la investigación y el desarrollo así como encuestas de comportamiento público. El NHS tendría que jugar un papel en la implantación de esta estrategia.

Las autoridades sanitarias, como parte contratante en el nuevo mercado interno, deberían dirigir más recursos hacia la promoción de la salud y la prevención de enfermedades así como colaborar con agencias e instituciones, como la Health Education Authority, los voluntarios locales y las empresas. “Alianzas saludables” relacionadas con el tabaco, la salud sexual y la alimentación deberían configurarse en distintos marcos tales como “ciudades saludables”, “colegios saludables” y “espacios de trabajo saludables”.

Según los críticos la implantación de esta estrategia estaba fuertemente condicionada por la reorganización simultánea que estaba sufriendo el NHS hacia el mercado interno, en parte porque dicho mercado desviaba los esfuerzos y la atención de los gestores sanitarios pero también porque conducía a una fragmentación que complicaba una visión global de las necesidades de la población.

Además, la falta de recursos para las iniciativas de salud pública dificultó que las autoridades les dieran prioridad tras la reestructuración del NHS. Los objetivos marcados por el gobierno no fueron alcanzados en tres áreas; el consumo de alcohol en las mujeres, el consumo de tabaco en menores y la obesidad. Baggott sugiere que esto se debe a la reticencia del gobierno a retar intereses ocultos creados entorno a estos problemas.

El gobierno resistió por ejemplo la presión para prohibir los anuncios de tabaco, o la venta de alcohol en minibotellas (alcopops), redujo los límites saludables en consumo de alcohol a pesar del consejo de médicos, organizaciones caritativas o la Organización Mundial de la Salud y abolió el “Objetivo Nutricional” después de lanzar sin éxito una campaña para fomentar una alimentación saludable.

Este recelo del gobierno en afectar a los intereses comerciales se hizo más evidente que nunca en fatal retraso en indicar las implicaciones de la EEB³⁴ para la salud humana. Estos ejemplos señalan la falta de efectividad en las estrategias de salud pública que no afecten de manera determinante a los factores socioeconómicos que afectan a la salud.

Cambio de patrones en la enfermedad y cambio de paradigma en la salud.

Hay dos factores que han tenido un impacto especial en nuestro entendimiento de la salud pública. Uno es el cambio de patrón en las amenazas a la salud. Como ya se ha mencionado, las amenazas más importantes contra la salud, surgen ahora de enfermedades circulatorias, patologías cardíacas, respiratorias y cáncer. Cerca de un quinto de hombres y mujeres fuman, con casi tantas mujeres como hombres; esto cuesta unos 2.700 millones anuales al NHS. Causa el 90% de las muertes por cáncer de pulmón, y un tercio de las muertes totales por cáncer, el 80% de las muertes por enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y el 17% de las muertes por enfermedades cardíacas. Estas son enfermedades muy graves que incluyen la Bronquitis o el Enfisema y en el Reino Unido en torno a tres millones de personas han sido diagnosticadas y otro medio millón puede padecerla.

En las últimas tres décadas, las enfermedades circulatorias han sido la principal causa de muerte en hombres y mujeres aunque ahora un marcado descenso deja al cáncer como la causa más común de muerte en las mujeres del Reino Unido. Las enfermedades coronarias causan 94.000 muertes en Gran Bretaña cada año. Casi uno de cada cuatro adultos y uno de cada diez niños entre 2 y 10 años son obesos y se prevé que estas cifras se doblen en 2050 a no ser que se tomen medidas. Una estimación indica que la obesidad supone 4.200 millones de coste al NHS cada año.

Si muchas de estas enfermedades se deben a factores del estilo de vida, un segundo factor que afecta a nuestro entendimiento de la salud pública es un conocimiento académico mucho mayor para comprender las causas que subyacen en la enfermedad. Después de muchos años, u cuerpo de investigadores ha demostrado que individuos de diferente origen socioeconómico experimentaba diferentes probabilidades de sufrir enfermedades o morir prematuramente.

En el Reino Unido, este enfoque, y la conexión entre clase social y mortalidad fue demostrada definitivamente en el llamado Informe Negro. Se postularon varias explicaciones a esta conexión. Incluyeron la posibilidad de que la salud o la enfermedad condicionaban la clase social, afectando a la movilidad social; también la posibilidad de que la salud dependía de comportamientos y creencias que pertenecen a distintas clases sociales; la posibilidad de que las condiciones materiales de vida influenciaran a la salud; y también la posibilidad de que no hubiera una conexión real entre la clase social y la salud sino solo una conexión aparente distorsionada por el propio proceso de investigación y toma de datos.

Esta investigación, con la dirección de Sir Douglas Black había sido encargada por el gobierno laborista de finales de los setenta y fue publicado en los ochenta. Eclipsados por el avance de la marea del Thatcherismo, las conexiones entre desigualdad social y salud descritas en el informe fueron completamente ignoradas por las políticas del gobierno.

Sin embargo, investigaciones académicas buscaron cada vez más cómo identificar factores específicos que daban forma a la relación entre los factores socioeconómicos y

³⁴ Encefalopatía Espongiforme Bovina “síndrome de las vacas locas”

la salud y el término “determinantes sociales de la salud” se convirtió en un concepto dominante en ese discurso. Los determinantes sociales se salen de los comportamientos biomédicos e individuales e invierten el foco de atención, y por lo tanto, de acción, del ámbito individual al ámbito social.

Se ha estimado que el 70% de los factores que influyen en la salud de un individuo yacen en el ámbito demográfico, social, ambiental y económico y fuera del alcance del sistema de atención sanitaria. Los determinantes sociales de la salud son aquellos factores económicos y ambientales en los que viven las personas y que pueden empeorar su salud, incrementando su probabilidad de padecer enfermedades.

De un modo más general, los determinantes sociales conforman el grado en el que las personas poseen los recursos físicos, sociales y personales para “alcanzar sus aspiraciones personales, satisfacer sus necesidades y enfrentarse a su entorno”. Estos determinantes incluyen los ingresos, redes de apoyo social, educación, condiciones laborales, género, cultura y servicios sanitarios.

Este enfoque se presenta de manera más efectiva en un informe de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS llamado Alcanzando el Objetivo en una Generación: Igualdad Sanitaria a través de la Acción en los Determinantes Sociales de la Salud. Examina cómo la salud está conformada por condiciones de vida y de trabajo que están a su vez conformadas por factores sociales, económicos y políticos. En el Reino Unido, los profesores Sir Michael Marmot y Richard Wilkinson están entre los líderes en este campo.

Laborismo y Salud Pública.

Cuando el Partido Laborista asumió el poder en 1997, prometió dedicar una mayor atención a las causas socioeconómicas de la salud y la enfermedad así como a evaluar las desigualdades sanitarias y elevar el estado de la salud pública. En un gesto hacia las acciones finales de los gobiernos laboristas veinte años atrás, se estableció rápidamente una investigación a cargo de Sir Donald Acheson para desarrollar una estrategia y determinar las desigualdades sanitarias.

El informe Acheson, El Informe Independiente sobre las Desigualdades Sanitarias³⁵ (Acheson, 1998), determinó que las desigualdades sanitarias eran consecuencia de diferencias sociales estructurales en las condiciones de vidas de las personas. Enfatizó uno de los temas recurrentes en las políticas de salud pública, la necesidad de acciones intergubernamentales y colaboración entre departamentos.

Una crítica temprana a las políticas laboristas fue el retraso en la implementación de estas políticas hasta el último término de su mandato, principalmente por las limitaciones presupuestarias ya que el partido se había comprometido a continuar con los planes de gasto del anterior gobierno conservador en los dos primeros años en el poder.

Sin embargo, por primera vez se designó un Ministro de Salud Pública y se exigió a las autoridades locales que desarrollaran planes de mejora de la salud. También estableció “áreas de acción sanitaria” para desarrollar nuevos enfoques en la mejora de la salud en área de gran necesidad. También se tomaron medidas en contra de las desventajas sociales, como la rehabilitación de ciertos barrios, el salario mínimo y las ayudas fiscales

³⁵ Report of the Independent Inquiry into Inequalities in Health

a las familias. Estas iniciativas reflejaban la creencia en la conexión existente entre pobreza social y sanitaria.

El gobierno encargó una evaluación independiente de la Hoja de Ruta del gobierno conservador, *Health of the Nation*, e introdujo una estrategia para reemplazarla. En 1999, tras oír a distintas partes implicadas, publicó una Hoja de Ruta, *Saving Lives: Our Healthier Nation*,³⁶ que priorizaba la salud mental y la reducción de las muertes por patologías cardíacas, accidentes y cáncer.

Aunque reconocía la conexión entre la salud y las desigualdades sociales, voces críticas consideraron que mantenía un enfoque demasiado encerrado en la enfermedad, y por lo tanto reduciendo la influencia de otros departamentos del gobierno. También situó la salud pública dentro del modelo de atención sanitaria en lugar de enfatizar el papel de las comunidades y autoridades locales en apoyar la salud. Las acciones que siguieron apenas prestaron atención a la integración de mecanismos de planificación locales para conseguir estrategias unitarias.

Existe un acuerdo generalizado que indica que tanto *Saving Lives* como aspectos más radicales de los planteamientos laboristas iniciales fueron ensombrecidos por el NHS Plan que fue publicado en el año 2000. Aunque éste contenía un pequeño capítulo sobre salud pública que anunciaba la intención de mejorar y coordinar grupos integrados de trabajo sobre salud pública, estableció una agenda ambiciosa sobre reforma de la atención sanitaria y no sobre la salud.

Aunque como mencionamos en el capítulo de los mercados los laboristas obviaron mencionarlo explícitamente, el NHS Plan sentó las bases sobre las que se asentaría el futuro mercado del NHS que no sólo señalaba un giro en la filosofía política si no que además entrañaba destructivos cambios estructurales. Una Comisión de la Cámara de los Comunes observó que el NHS Plan perdió la oportunidad de reforzar el papel de la salud pública y marginó a la hoja de ruta *Saving Lives*.

Algo que devolvió a la salud pública y la prevención de enfermedades a una importancia pública renovada de manera inesperada fue un análisis dirigido por Sir Derek Wanless acerca de la financiación a largo plazo del NHS a petición del entonces Ministro de Hacienda, Gordon Brown.

Wanless observó una conexión clara entre la inversión en salud pública y la reducción de las necesidades de recursos en el futuro para sanidad. Sus cálculos respecto a los futuros costes del NHS estaban basados en tres escenarios: uno en el que la población mantenía un escaso o inexistente compromiso con su propia salud; otro en el que el compromiso fuera mayor y se llevara a cabo progresos en la mejora del estado de salud y un uso de los servicios apropiado; y otro en el que entre otras cosas, la población estuviera plenamente comprometida con su salud.

El informe de Wanless de 2002 reconoció “fallos sistemáticos” que influenciaban las decisiones de las personas sobre su salud, incluyendo la carencia de información y comprensión acerca del coste de determinados comportamientos y actitudes sociales que persistiendo no conducen a un estilo de vida saludable. Él creía que, siendo cada individuo responsable de su salud y de la de sus hijos, la futura demanda de sanidad sería el resultado de la suma de acciones individuales.

³⁶ *Salvando Vidas: Nuestra Nación más Saludable*.

Hunter y sus colegas creen que el informe impulsó la prioridad de la salud pública. Aunque no decía nada nuevo, ellos sugieren que el hecho de que fuera elaborado por alguien ajeno al mundo de la salud pública y de la sanidad en general marcó la diferencia. Wanless establece que una buena salud es una buena economía y que la inversión en sanidad beneficia al conjunto de la sociedad. Hogg es más crítico, y sugiere que el informe de Wanless encaja bien en la política de libre elección que preparaba el gobierno y con “enfoques liberales e individualistas que hacían un gran énfasis en la libertad individual para desarrollar actividades sin la interferencia del estado, siempre que nadie sea perjudicado como resultado”.

Quizás por eso no fue sorprendente que después de su informe en 2002 le pidieran que examinara e hiciera recomendaciones para el desarrollo de una estrategia pública de sanidad que reconocía y respondía a imperativos financieros. Esto reforzó el mensaje de que prevenir enfermedades era esencial para reducir la carga financiera de la atención sanitaria y el informe de Wanless enfatizó especialmente los riesgos asociados al tabaco y la obesidad. Criticó que se obviara la salud pública en el NHS Plan y recomendó el desarrollo de un marco conceptual, la cuantificación de objetivos nacionales y gestión de rendimiento en el seno del NHS y los gobiernos locales para garantizar que se cumplieran. Insistió en las políticas del gobierno no habían sido equilibradas suficientemente u dirigidas desde la atención sanitaria (y hospitalaria) a la salud.

En ese tiempo, el gobierno había creado la Agencia de Protección Sanitaria³⁷ para proporcionar experiencia en amenazas a la salud pública tales como las enfermedades infecciosas, la radiación y para asistir en la planificación de emergencias de salud pública incluyendo las surgidas del bio-terrorismo. La HPA trabaja en coordinación con otras, incluyendo algunas en el seno de los trusts de atención primaria, que tenían responsabilidad en la salud pública. El Departamento de Sanidad también había estado dirigiendo la cuestión de las desigualdades sanitarias.

Un programa de acción se implementó en el 2003 en todos los ámbitos del gobierno centrado en cuatro temas: apoyo a las madres, familias y niños; adquiriendo el compromiso de colectivos e individuos; previniendo enfermedades y prestando tratamiento y atención efectivos; y analizando los determinantes que subyacen en la salud.

El programa se construyó sobre un análisis transversal del gobierno y conducido por la Tesorería de Su Majestad y el Departamento de Sanidad en 2002. Identificó doce indicadores donde se podía mejorar, incluyendo la reducción de la pobreza infantil; o la reducción de la prevalencia del consumo de tabaco. Las políticas de reducción de la desigualdad en la sanidad, como otras políticas, incluyeron objetivos. La desigualdad entre las mejores y peores tasas de esperanza de vida y mortalidad infantil debían caer el 10% para 2010. Un informe de 2008 encontró que aunque los datos habían mejorado para todos los grupos de población, la diferencia se mantenía.

Pero en su informe de 2004, Wanless señaló que el programa de acción obviaba indicaciones sobre los costes o cómo varios aspectos de la estrategia contribuirían a alcanzar los objetivos de igualdad en sanidad; por lo tanto sería muy difícil establecer prioridades entre muchas posibles intervenciones a nivel local.

El informe del Chief Medical Officer de 2005 grandes variaciones en el gasto dedicado por los PCT a la mejora de la salud. Mucho más del que podría deducirse de las diferencias en necesidad.

³⁷ Health Protection Agency

Ham, director de la Unidad de Estrategia en el Departamento de Sanidad en 2001, sugiere que el consiguiente reforma del laborismo en forma de la hoja de ruta llamada *Eligiendo Salud: Haciendo más fáciles las decisiones saludables*³⁸, respondía al menos en parte al análisis de Wanless.

Efectivamente, representaba una nueva estrategia sanitaria, aún cuando *Saving Lives*, lanzado cinco años antes, tenía todavía que desarrollarse enteramente y no había sido todavía evaluado adecuadamente.

Eligiendo Salud priorizó la reducción de las tasas de obesidad y de consumidores de tabaco; una mejora en la dieta y la nutrición y el fomento del ejercicio; un consumo de alcohol más responsable y una salud sanitaria y sexual mejoradas. Estableció muchas medidas específicas para dirigirse hacia estos objetivos. Éstas se concentraban en conformar un contexto en el cual la gente tomara decisiones acordes con un comportamiento saludable, incluyendo el desarrollo de clínicas para dejar de fumar; más restricciones en la publicidad del tabaco; cupones de frutas y verduras frescas para mujeres embarazadas o en periodo de lactancia de familias de bajos ingresos y propuestas para el comienzo de negociaciones sobre la introducción de espacios libres de humo.

Eligiendo Salud se tradujo en la llegada al dominio público sanitario la filosofía de modernización que se estaba implementando y que enfatizaba la responsabilidad y la elección individual en asuntos sanitarios.

La Hoja de Ruta presentó el asunto *ex profeso* conceptualmente en términos consumistas. Su título enfatizaba la libre elección, y su filosofía lo reflejaba también: “Fomentar la salud en los principios que rigen a los mercados comerciales - haciendo de la salud algo a lo que la gente aspire y haciendo que las decisiones saludables sean convenientes y agradables - creará una demanda de salud más fuerte y en consecuencia influirá a la industria para tener en cuenta asuntos sanitarios en lo que producen”.

Esto es realmente un enfoque de mercado donde la salud se convierte en una comodidad que el consumidor desea y las sus decisiones transforman los productos de consumo. En lugar de los políticos y los profesionales diciendo a la gente lo que tienen que hacer, el marketing - a través de estrellas de pop, grupos de voluntarios y clubes de fútbol - se usará para conformar las decisiones y deseos de los consumidores como si de cualquier otro producto se tratara. Hunter sugiere que

Eligiendo Salud marcó una nueva un punto de inflexión en el papel del estado en abordar la desigualdad sanitaria y mejorar la salud pública. Donde antes el gobierno había abogado por una combinación de acción individual y estatal, ahora la concentración se dirigía al individuo. El lenguaje del estado como institución que permite y facilita las elecciones del individuo también se encontró en otra hoja de ruta *Nuestra Salud, Nuestra Atención, Nuestra Decisión*, dos años más tarde en medio de otra gran reforma estructural.

La obesidad fue definida como una amenaza principal para la salud. El Secretario de Estado estipuló en la hoja de ruta que si la industria alimentaria no había tomado medidas de forma voluntaria al final del año 2007, el gobierno se involucraría, legislando si era necesario para alterar el comportamiento de la industria. Los productores de alimentos se verían obligados a reducir la cantidad de azúcares y grasas en ciertos alimentos.

³⁸ *Choosing Health: Making Healthy Choices Easier*

Un informe de la Oficina para la Ciencia³⁹ estableció el objetivo de interrumpir y después revertir el avance de la obesidad entre los niños reduciendo el número de obesos al nivel de 2000 para el año 2020. Construido sobre las recomendaciones de un informe anterior, las prioridades incluían fomentar la salud infantil, fomentar decisiones alimentarias saludables, integrar la actividad física en la vida cotidiana, apoyar la salud en el trabajo y proporcionando tratamiento efectivo y apoyo a los que adquieran sobrepeso.

Wanless revisó el progreso que se había hecho desde 2002 en un informe para el King's Fund algunos años antes. Encontró que muchos de los datos necesarios para realizar un informe de ese tipo no habían sido obtenidos.

Wanless concluyó que se había avanzado satisfactoriamente en el retroceso del consumo de tabaco, la mejora de la dieta y el ejercicio, pero observó que las tasas de obesidad continuaban ascendiendo. Además, su recomendación anterior de que el gobierno debería establecer un nuevo marco conceptual para avanzar en salud pública no había sido tomada en cuenta y el fervor con el que el gobierno había encauzado la prestación de atención sanitaria no había sido igualada en el ámbito de la salud pública o la prevención. Un símbolo de esto fue el uso del presupuesto destinado a salud pública para ajustar el desequilibrio del presupuesto en 2005/6. Wanless también criticó las reformas estructurales fuertes demasiado frecuentes en el NHS y sugirió que la plétora de iniciativas políticas no contaba con un entusiasmo equivalente en su implementación.

Un análisis conjunto entre la Audit Commission y la Healthcare Commission (2008) celebró los avances en la reducción de mortalidad por cáncer y enfermedades cardíacas. Sin embargo, recomendaba al gobierno que estableciera objetivos cuantificables de salud pública y planes de prestación efectivos.

Wanless y el informe de las comisiones, junto con muchos otros, insistieron en que el problema no era el desarrollo de nuevas políticas o encontrar nuevas estructuras organizativas; en su lugar era un problema de implementación y de gestión del rendimiento e información actualizada y fiable. Las comisiones también sugirieron la coherencia en los distintos departamentos del gobierno, más esfuerzo en la dualidad coste/efectividad en las intervenciones, ampliar el uso de incentivos económicos para apoyar la mejora en la prestación de servicios y un mayor apoyo para los gestores sanitarios que pudieran priorizar la salud a nivel local, así como mejorar la responsabilidad y la transparencia.

Un análisis de los siguientes pasos que tomaría el NHS⁴⁰, llevado a cabo por un cirujano, el profesor Sir Ara Darzi, pretendía conectar a los médicos con las reformas intentando situarlos en el centro de los futuros cambios. Aunque el análisis menciona la salud pública, se centraba sobre todo en la atención clínica. Reforzó la dirección política establecida por Nuestra Salud, Nuestra Atención, Nuestra Decisión de la cual se hizo eco Gordon Brown en su discurso de enero de 2008 marcando el sesenta aniversario del NHS, enfatizando la prevención y la gestión de enfermedades en lugar de la salud pública.

Al final del 2009, Hunter encuentra el sistema sanitario todavía muy fragmentado y otra vez a remolque de la agenda política aunque se compensa de algún modo con el énfasis de la World Class Commissioning en la evaluación de necesidades estratégicas y en el informe de la OMS de la Comisión de Determinantes Sociales.

³⁹ Government Office for Science

⁴⁰ The NHS Next Stages Review

Terminando donde había empezado, el Laborismo encargó al profesor Sir Michael Marmot, el autor del informe de la OMS, analizar las desigualdades sanitarias en Inglaterra e informar de ellas a finales de 2009. El análisis, publicado en los meses finales de la administración laborista, debería identificar cómo sustentar el desarrollo de políticas que aborden las desigualdades; indicar cómo llevarlo a la práctica; aconsejar en objetivos y medidas; y publicar un informe que contribuyese al desarrollo de una estrategia de igualdad.

El análisis de Marmot concluyó que las políticas nacionales necesitaban sistemas de prestación local; que la gente local prefería desarrollar sus propios planes en el marco de los principios nacionales; que la acción local era crucial para mejorar la salud y reducir las desigualdades; y que debería haber mayor atención en las perspectivas del sistema en general y no tanto en objetivos.

Este enfoque no fue aplicado, como hemos visto en la política laborista. Las políticas que abordasen los determinantes de la salud existían - como medidas para reducir la pobreza infantil - pero estaban subordinadas a enfoques más individualistas y al interés de empresas. Los expertos de salud pública siguieron convencidos de la importancia de la evaluación del impacto de la sanidad y “Salud en todas las Políticas” fue un lema fomentado en la presidencia finlandesa de la Unión Europea en 2006. Sin embargo, las empresas han fomentado modos muy distintos de evaluación de impacto sanitario y los políticos deben llevar a cabo evaluaciones de impacto siempre que una política pueda afectar a los costes de empresas del sector privado. La evaluación del impacto sanitario es sencillamente una de varias opciones de evaluación y análisis.

Se puede observar un enfoque de envergadura en la aparición de la Asociación de Observatorios de la Salud Pública en 2004⁴¹, reuniendo juntos a doce observatorios regionales de la salud pública que había sido establecidos en años precedentes. Estos observatorios recogen datos sobre la salud ciudadana y la atención sanitaria con vistas a convertirlos en información útil e inteligente para el beneficio de los profesionales de la atención sanitaria, las autoridades locales, políticos y la comunidad en su conjunto. Fomentan la salud y el bienestar y adoptan un enfoque muy abierto, abarcando la diversidad y las desigualdades sanitarias, bienestar mental y físico, costes económicos y sociales del abuso del alcohol, accidentes, lesiones y violencia, y el ambiente de trabajo saludable por dar algunos ejemplos. El surgimiento de la salud mental como otro de los focos ilustra la posible envergadura de una salud pública concebida con anchura de miras con el establecimiento de la Unidad Nacional para el Desarrollo de la Salud Mental en 2009⁴².

Sin embargo, un enfoque cada más individualista se observó en las políticas laboristas y si el gobierno de Major fue criticado por fracasar en hacer frente al lobby de las empresas, lo mismo se podría decir del laborismo. Poco después de llegar al poder en 1997, la decisión de prohibir los anuncios de tabaco en eventos deportivos fue comprometida por la presión efectiva de Bernie Ecclestone para excluir a las carreras de fórmula uno de la prohibición. El laborismo finalmente prosiguió con la prohibición de fumar en los lugares públicos (como parte de un acuerdo de la Unión Europea) y para entonces el poder el lobby del tabaco había sido reducido por la Convención por el Control del Tabaco de la OMS. Por otro lado no existían medidas similares en la industria del alcohol que continuó presionando con éxito cada vez que medidas como un precio mínimo para el alcohol se ponían encima de la mesa.

⁴¹ Association of Public Health Observatories

⁴² National Mental Health Development Unit

Otro problema que se encontraban aquellos comprometidos con una salud pública efectiva era la naturaleza poco adecuada de los trabajadores del sector. Como se ha mencionado, la salud pública se obstruyó en numerosas ocasiones por la serie de convulsas reorganizaciones que sufrió. Éstas tuvieron un impacto importante en la moral de aquéllos relacionados con la salud pública ya que se sentían cada vez más aislados e inseguros y sus servicios cada vez más fragmentados. El cambio en la concepción de la función de la salud pública evidente durante el mandato laborista añadió confusión a la falta de claridad entre los trabajadores de la salud pública acerca de su papel y propósito en el sistema de salud.

Sin embargo, ya antes de las repetidas reorganizaciones de los laboristas, la falta de adecuación de los trabajadores de la salud pública ya estaba reconocida. En particular se reconocía la necesidad de desarrollar el trabajo sobre una base multidisciplinar, y se tomaron medidas en esta dirección, incluyendo iniciativas como el plan de desarrollo de los trabajadores de la salud pública o la evaluación de las habilidades para la salud pública. Iniciativas posteriores incluían el desarrollo de un marco específico para la carrera y las habilidades de la salud pública, siguiendo la publicación de *Eligiendo Salud*, pensado para asegurar la coherencia de habilidades, conocimiento y competencia a todos los niveles de la masa laboral de la salud pública con independencia de su origen profesional.

Las reorganizaciones del servicios sanitario añadieron fuerza a las preocupaciones de fragmentación y pérdida de masa crítica, en particular porque los profesionales de la salud pública estaban dispersados en 300 PCT (que se reducirían posteriormente a la mitad). Las críticas más severas aseguraban que las reorganizaciones no solo habían tenido un efecto dañino sobre la función de la salud pública, el hecho de que este daño se produjera de manera inintencionada como consecuencia de una reestructuración que pretendía cambios en el método de prestación de la atención sanitaria, induce a apoyar el argumento de que mientras el NHS se mantenga como un servicio al enfermo, nunca le prestará a la salud pública la prioridad que necesita.

Hay numerosos estudios que han indicado que los trabajadores de la salud pública carecen de la capacidad, los recursos y las habilidades necesarias. Dadas estas deficiencias y la falta de claridad sobre el papel que juegan, no es de extrañar que en el tercer mandato del laborismo, hubiera problemas de capacidad, con gran escasez de especialistas en el mundo laboral y académico.

En general, queda claro que el avance de la salud pública sufrió numerosos problemas durante el periodo del laborismo en el poder. Uno de los más importantes, es que la salud pública permaneció subordinada al tema políticamente más sensible de la prestación de servicios de atención sanitaria.

Esta subordinación de la prevención de enfermedades y los problemas generales de la salud pública sucedían en varios niveles. Primero, desde el punto de vista de la organización, los trabajadores de la salud pública sufrieron una serie de reorganizaciones que estaban pensadas para mejorar la prestación de servicios sanitarios pero no para ajustarse a ninguna necesidad de la salud pública o a facilitar el desarrollo de sus funciones. En este caso, las consecuencias no deseadas para la salud pública era el daño colateral.

En segundo lugar, el deseo del gobierno en reconvertir el NHS en un mercado abierto a “cualquier proveedor interesado” que se ajustara a criterios de coste y calidad, redirigió esfuerzos, recursos, gestión y tiempo fuera del mantenimiento de la salud y de la prevención de enfermedades. De hecho, los mercados de atención sanitaria establecen

dinámicas para incrementar la cantidad de atención que prestan, no reducirla mediante una mejor prevención.

Tercero, la salud pública se vio afectada según el gobierno se centraba cada vez más en establecer estructuras de mercado y procesos de competencia y libre elección, acompañados por el cambio cultural hacia tendencias consumistas. En este nivel filosófico la individualización y personalización de la atención sanitaria se tradujo en la individualización y personalización del fomento de la salud y la prevención de enfermedades. Debido al impacto de las reorganizaciones y de los cambios conceptuales en la sanidad, la función de la salud pública ha perdido su claridad, su concentración y su definición.

Aún así la importancia de los determinantes de la salud no ha disminuido. En todo caso, ha aumentado el interés académico por este asunto y el interés de los medios de comunicación se ha agudizado. En particular, ha crecido el interés en dos asuntos: uno es la amenaza para la salud del medio ambiente y el otro es la posición del Reino Unido como uno de los países con más desigualdades en el mundo desarrollado.

Esta conexión entre desigualdad y bienestar está siendo sometido a una estrecha vigilancia. La desigualdad económica en el Reino Unido, medida del modo tradicional con el coeficiente Gini, aumentó de manera significativa entre finales de los años setenta hasta principios de los noventa. Se redujo un poco durante el mandato de Major pero se alteró de manera sustancial en los mandatos de Blair y Brown sin llegar a recuperar su nivel de mediados de los setenta y sin ni siquiera reducirse parcialmente. Se mantiene obstinado en el entorno del 0,35 y deja al Reino Unido entre los países más desiguales de la OCDE. Aunque el Coeficiente de Gini se basa en los ingresos, los datos no mejoran cuando se presta atención a los datos de riqueza o al National Equality Panel que informa de que el 10% más rico tiene una riqueza cien veces mayor al 10% más pobre.

Las implicaciones de las desigualdades económicas y sociales en la salud se han estudiado desde hace años. El profesor Richard Wilkinson ha estado examinando las conexiones entre la desigualdad económica y la salud desde hace décadas, y consiguió popularizar un debate al respecto en 2008 con la publicación de un libro llamado *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better*, escrito junto a Kate Pickett.

Presentando unos datos referidos a muchos países a lo largo de varias décadas, el libro argumenta que las sociedades menos igualitarias presentan peores datos en un gran número de indicadores sociales como la salud mental, salud física, embarazos adolescentes, mal uso de medicamentos, obesidad, escolarización, movilidad social. Aunque provocó una tormenta de críticas sobre la metodología del estudio, el libro puso sobre la mesa los efectos de la desigualdad excesiva. De este modo, el libro ha creado en la mente de muchos, la conexión no solo entre la pobreza y la mala salud, pero la conexión entre la propia desigualdad y la mala salud.

El mismo año, la Comisión de la OMS sobre los determinantes sociales de la salud, presidida por el profesor Sir Michael Marmot, publicó el informe *Closing the Gap in a Generation*. La desconexión entre el análisis presentado en esta publicación y la estrechez de miras y el enfoque individual de la estrategia del gobierno en “salud pública” no pudo haber sido mayor.

Conclusiones.

Se ha concluido frecuentemente que la salud como concepto va a remolque de la atención sanitaria ya que requiere un enfoque a largo plazo y un grado de compromiso que sobrepasa los plazos electorales en los que viven los políticos. Con seguridad la función de salud pública se subordinó con el laborismo a los planes sobre la reorganización del servicio de atención sanitaria. Su cuidado trato a las empresas y el enfoque individualista no parece que vayan a ser cuestionados por la actual coalición de gobierno. Una de las primeras declaraciones del Ministro de Sanidad de la coalición, anunció la intención de invitar a las industrias alimentarias para trabajar con el gobierno en contra de la obesidad y los problemas derivados del alcohol a cambio de un sistema regulatorio más débil. Esto permite a empresas como McDonald's, PepsiCo o Mars UK a conformar la política de salud pública. Al mismo tiempo, un centenar de especialistas en alcohol, obesidad y tabaco fueron despedidos por el Departamento de Sanidad.

La situación de la salud pública en España.

José Luis Gurucelain

Medico, especialista en medicina preventiva y salud publica. Adsp-Andalucia.

Abordar la situación de los servicios de salud pública en España en el momento actual, otoño de 2011, requiere cuando menos una breve síntesis del marco normativo de estos servicios, de los conceptos en que sustentan la Nueva Salud Pública y del contenido de las Leyes de Salud Pública de algunas Comunidades Autónomas y la nueva Ley General de Salud Pública recientemente aprobada.

1. MARCO JURÍDICO.

Ley General de Sanidad.

La directriz sobre la que descansa toda la reforma que esta Ley propone es la creación de un Sistema Nacional de Salud. El eje del modelo que la Ley adopta son las Comunidades Autónomas, Administraciones suficientemente dotadas y con la perspectiva territorial necesaria, para que los beneficios de la autonomía no queden empeñados por las necesidades de eficiencia en la gestión. El Sistema Nacional de Salud se concibe así como el conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados (1).

Es en el Título I “Del sistema de salud” y a lo largo de los capítulos II, III y IV y V fundamentalmente donde se desarrollan el conjunto de actividades a realizar por el Sistema Nacional de Salud entre las que se encuentran las que tradicionalmente han sido las líneas de actividad y servicios de Salud Pública como:

- La promoción y la mejora de los sistemas de saneamiento, abastecimiento de aguas, eliminación y tratamiento de residuos líquidos y sólidos; la promoción y mejora de los sistemas de saneamiento y control del aire, con especial atención a la contaminación atmosférica; la vigilancia sanitaria y adecuación a la salud del medio ambiente en todos los ámbitos de la vida, incluyendo la vivienda
- El control sanitario y la prevención de los riesgos para la salud derivados de los productos alimentarios, incluyendo la mejora de sus cualidades nutritivas.
- Promoción y mejora de las actividades de Veterinaria de Salud Pública, sobre todo en las áreas de la higiene alimentaria, en mataderos e industrias de su competencia, y en la armonización funcional que exige la prevención y lucha contra la zoonosis
- La difusión de la información epidemiológica general y específica para fomentar el conocimiento detallado de los problemas de salud.
- Los programas de atención a grupos de población de mayor riesgo y programas específicos de protección frente a factores de riesgo, así como los programas de prevención de las deficiencias, tanto congénitas como adquiridas.
- Y por ultimo un aspecto trascendente: **la Intervención pública en relación con la protección de la salud individual y colectiva**, es decir los aspectos relacionados con el ejercicio de la Autoridad Sanitaria y la adopción de medidas coercitivas, limitadoras o sancionadoras. Como señala Villabi (2) los servicios de salud pública plantean una situación particular dentro del conjunto de los servicios sanitarios públicos. Así hay elementos de los servicios de salud pública que se basan en el desarrollo y aplicación del conocimiento, mientras que otros están muy centrados en el ejercicio de la autoridad sanitaria. Entre estos se pueden señalar las inspecciones de control sanitario, la adopción de medidas

cautelares, los decomisos de productos, y la suspensión de actividades o imposición de sanciones, todos ellos con un elemento común: que comportan la restricción de libertades constitucionales de las personas físicas o jurídicas en nombre de un bien público superior (en este caso la salud). Ésta es una potestad básica del Estado, sometida a procedimientos y normas de carácter garantista para evitar abusos y preservar los derechos de los afectados lo que sitúa la práctica sanitaria en el aparato del Estado.

En este momento es adecuado recordar que en la materia de sanidad y, específicamente, en la de Salud Pública, la Constitución y los Estatutos de Autonomía atribuyen a las instituciones centrales del Estado amplias competencias para establecer las bases y la coordinación, y a las CC. AA. el desarrollo legislativo y la ejecución.

Así, incluso antes de la promulgación de la Ley General de Sanidad, se había iniciado un proceso de transmisión de competencias desde la Administración Central hacia las CC. AA. e incluso a los Ayuntamientos a través de la Ley 7/1985 de Bases de Régimen Local, hasta el punto que la LGS dedica el Capítulo III a las competencias de estas Administraciones a las que encomienda diversas tareas relacionadas sobre todo con la Protección de la salud.

En cumplimiento del marco constitucional se inició, de forma temprana, el proceso de transferencias sanitarias que comenzaron con los servicios de “higiene y salud pública”. Esta estructura autonómica de la organización del Estado hace que las funciones de coordinación y armonización de las políticas de salud pública se realicen por la Comisión específica de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Otra visión más específica de las actividades y servicio de Salud Pública puede encontrarse en la **LEY 16/2003** de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (3).

Esta Ley establece el marco general de las prestaciones del sistema Nacional de Salud entre ellas las de salud pública, muy relacionado con las carteras de servicios que en la actualidad se desarrollan en algunas Comunidades Autónomas. Así, a partir de la definición de prestación en salud pública como “el conjunto de iniciativas organizadas por las Administraciones públicas para preservar, proteger y promover la salud de la población”, se describen como prestaciones de salud pública las siguientes actuaciones:

- a) La información y vigilancia epidemiológica.
- b) La protección de la salud.
- c) La promoción de la salud.
- d) La prevención de las enfermedades y de las deficiencias.
- e) La vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros, por parte de la Administración sanitaria competente.
- f) La promoción y protección de la sanidad ambiental.
- g) La promoción y protección de la salud laboral.
- h) La promoción de la seguridad alimentaria. (3)

Las prestaciones de salud pública se ejercerán con un carácter de integralidad, a partir de las estructuras de salud pública de las Administraciones y de la infraestructura de atención primaria del Sistema Nacional de Salud.

Este encuadre de las prestaciones de SP va a tener, como veremos más tarde, una importante influencia en la redacción de las diversas leyes de salud pública en desarrollo o ya promulgadas por diferentes Comunidades Autónomas.

2. MARCO CONCEPTUAL.

Desde un punto de vista más de contenidos, se ha definido la Salud Pública como “el esfuerzo organizado por la sociedad para prevenir la enfermedad, proteger, promover y restaurar la salud, y prolongar la vida” (4).

La misión por tanto de la Salud Pública sería orientar su actividad hacia la mejora de la salud de la población; es decir, contribuir a crear las condiciones estructurales en la sociedad y las condiciones de vida de la población más positivas para la salud, promover las conductas individuales y estilos de vida más saludables, luchar contra la enfermedad y minimizar la pérdida de la salud. Todo ello en coherencia con los “determinantes de la salud” (5):

1. Determinantes estructurales. Aquellos que generan la estratificación y las diferencias en las divisiones sociales de nuestra sociedad y que definen la posición socioeconómica individual en las jerarquías de poder, prestigio y acceso a recursos.

2. Determinantes intermedios. Que incluyen:

- a. Circunstancias materiales. Vivienda y calidad del entorno; entorno de trabajo)
- b. Circunstancias psicosociales: estrés y apoyo emocional.
- c. Factores biológicos y de comportamiento: nutrición, actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol, distribución entre los diferentes grupos sociales. Se incluyen también factores genéticos.
- d. Sistema sanitario como determinante social de salud: sobretudo con relación al acceso, que incorpora diferencias en la exposición y vulnerabilidad. Papel en la prevención y promoción, así como en la mediación de las distintas consecuencias de enfermedad en la vida de las personas,

3. Determinantes transversales entre estructurales e intermediarios que los vincula: cohesión social y capital social (apoyo social y comunitario)

En 1989, el Institute of Medicine (IOM) de los EEUU elaboró un informe sobre el futuro de la disciplina en el que además de un análisis sobre la SP y se identificaban **tres grandes funciones básicas** (6):

- (1) **la valoración de las necesidades en salud** a través de la recopilación, análisis y diseminación de información sobre el estado de salud y las necesidades de la comunidad;
- (2) **el desarrollo de políticas de salud integrales** fomentando la aplicación de los conocimientos científicos en la toma de decisiones y liderando el desarrollo de políticas de SP;
- (3) **la garantía de la provisión de servicios** para lograr los objetivos en SP, ya sea promoviendo la acción de otras entidades públicas o privadas, a través de la aplicación de leyes y normativas, o mediante la provisión directa de servicios.

En 1994, como parte del trabajo de diversos grupos de trabajo, la misma Institución elaboró un documento en el que se detallaban **seis objetivos fundamentales para la SP** (7), a saber:

- (1) la prevención y control de enfermedades y brotes epidémicos;
- (2) la protección ambiental;
- (3) la prevención de daños a la salud;
- (4) la promoción de conductas saludables;
- (5) la alerta y respuesta frente desastres; y

(6) la garantía de calidad y accesibilidad a los servicios de salud.

Además, tal y como recoge la tabla, se identificaron **diez ejes de actuación fundamentales** a partir de las tres funciones básicas ya definidas en 1988.

<u>Funciones y líneas básicas de acción en Salud Pública</u>
<u>I. Valorar las necesidades de salud</u> 1. Monitorizar y valorar el estado de salud de la comunidad 2. Diagnosticar e investigar problemas y riesgos para la salud
<u>II. Desarrollar las políticas de salud</u> 3. Informar, educar y dar poder a la población en temas de salud 4. Fomentar colaboraciones y alianzas comunitarias para identificar y resolver problemas de salud 5. Desarrollar planes y políticas de SP que apoyen los esfuerzos de salud individual y colectiva
<u>III. Garantizar la prestación de los servicios básicos</u> 6. Aplicar las leyes y normas que protejan la salud y garanticen la seguridad 7. Conectar las personas con los servicios sanitarios que precisen y garantizar la provisión de servicios básicos 8. Garantizar recursos humanos competentes en materia de salud pública y atención sanitaria 9. Evaluar la efectividad, accesibilidad y calidad de los servicios de salud individual y colectiva 10. Investigar nuevos aspectos y soluciones innovadoras para los problemas de salud.

De forma más reciente, en el 2002, el IOM ha publicado un segundo informe que pretende actualizar el marco general de análisis desarrollado en 1988 para adaptarlo a los nuevos escenarios de la SP en el siglo XXI (8).

En él se plantea la prioridad de fortalecer la infraestructura de SP de las agencias gubernamentales, así como de definir un marco más global de actuación al que se incorporen, otros sectores y agentes relevantes como las organizaciones sociales y la ciudadanía, los servicios sanitarios, la industria, los medios de comunicación y el espacio académico, junto a las diferentes Administraciones.

Además, se identifican seis grandes estrategias para reforzar la SP: el impulso del enfoque poblacional; el fortalecimiento de las infraestructuras; la construcción de alianzas intersectoriales; el desarrollo de sistemas de rendición de cuentas que garanticen la calidad; la toma de decisiones basadas en la evidencia; y la mejora de la comunicación en Salud Pública.

En la actualidad, las propuestas sobre la Salud Pública desarrollada por el IOM son una referencia en toda reflexión sobre la SP. El análisis recoge la centralidad de todas las actividades históricamente vinculadas a la SP, poniendo en evidencia la necesidad de una autoridad sanitaria visible.

No obstante es necesario que la definición de funciones y servicios de SP se ajusten a la situación concreta de cada país.

En este contexto, en el año 2000 la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) y la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) decidieron iniciar de forma conjunta la elaboración de un documento sobre competencias profesionales en SP; el resultado de dicho trabajo ha sido publicado de forma reciente (9).

En él, los autores definen la SP como “el esfuerzo organizado por la sociedad para proteger, promover, y restaurar la salud de las personas, mediante acciones colectivas”. Asimismo, la definición de función adoptada se refiere a aquello para lo que sirve un organismo o una entidad; y se estableció que de cada función se derivan actividades y de cada una de ellas, una serie de servicios y productos.

Sobre la base de este esquema, los autores han desarrollado y ampliado el marco de las tres grandes funciones de la Salud Pública definidas por el IOM en 1989:

I. Valorar las necesidades de salud de la población: comprender y medir los determinantes y los problemas de la salud y del bienestar de las poblaciones humanas en su contexto social, político y ecológico.

- 1.1. Analizar la situación de salud de la comunidad (reconocer y valorar los cambios relevantes en los problemas de salud y sus tendencias).
- 1.2. Describir y analizar la asociación de los factores de riesgo y los problemas de salud, y el impacto de los servicios sanitarios (investigar y explicar de forma reproducible el origen de los problemas de salud y evaluar el impacto de las intervenciones sanitarias).
- 1.3. Controlar las enfermedades y las situaciones de emergencia sanitaria (contribuir y liderar las respuestas sanitarias frente a crisis sanitarias y brotes epidémicos).

II. Desarrollar las Políticas de Salud: contribuir a la construcción de respuestas sociales para mantener, proteger y promover la salud.

- 2.1. Contribuir a definir la ordenación del sistema de salud (elaboración de planes de salud y de servicios, proponer las normas que regulan el sistema de salud)
- 2.2. Fomentar la defensa de la salud en las políticas intersectoriales (colaborar en la elaboración de las políticas medioambientales, laborales, alimentarias, de transporte, educativas, etc.).
- 2.3. Contribuir a diseñar y poner en marcha programas e intervenciones sanitarias (actuaciones de promoción, protección, prevención y asistenciales).
- 2.4. Fomentar la participación social y fortalecer el grado de control de los ciudadanos sobre su propia salud (trabajar con redes sociales y ofrecer a la sociedad información útil, comprensible y fiable sobre su salud).

III. Garantizar la prestación de servicios sanitarios: proporcionar las garantías de eficiencia, sostenibilidad, subsidiaridad, seguridad, equidad y paridad en las políticas, programas y servicios para la salud.

- 3.1. Gestionar servicios y programas sanitarios (administrar los recursos para conseguir los resultados definidos con calidad y eficiencia)
- 3.2. Evaluar los servicios y programas sanitarios (la valoración de criterios sobre la estructura, los procesos y los resultados con el fin de comprobar si alcanzan unos estándares y/u objetivos prefijados)
- 3.3. Realizar inspecciones y auditorías sanitarias (la verificación del cumplimiento de los requisitos formulados por la Autoridad sanitaria)
- 3.4. Elaborar guías y protocolos (articular el conocimiento científico en procedimientos y normas que favorezcan la buena práctica en las intervenciones sanitarias).

Todos estos intentos por definir las funciones y servicios esenciales de SP son particularmente intensos en estos últimos años, cuando se está haciendo cada vez más evidente la insuficiencia de los sistemas sanitarios para responder a los desafíos emergentes en materia de SP estrechamente relacionados con los importantes cambios

sociales ocurridos en las últimas décadas y con el desarrollo de lo que hemos convenido en denominar Globalización.

3. EL PROCESO DE TRANSFORMACION DE LA SALUD PÚBLICA EN LAS COMUNIDADES AUTONOMAS.

En España, la necesidad de reorganizar los subsistemas de salud pública se viene planteando como tarea pendiente, agudizada por el hecho de que los cambios introducidos en el contexto internacional, europeo y nacional y la organización y gestión de los servicios sanitarios a partir de los 1980 no se han visto acompañados de un cambio paralelo en los contenidos, instrumentos y organización de la SP.

Se han identificado diferentes razones para explicar este retraso relativo, tales como el carácter complejo e interdisciplinario de la SP, la menor presión a favor de las reformas tanto por parte de los ciudadanos como de los profesionales implicados, así como la dispersión de la autoridad y competencias entre diversas entidades sectoriales y niveles administrativos (10). Notablemente destacable es el impacto cada vez mayor de las nuevas normativas europeas, especialmente en materia de protección, que constituye un elemento más a considerar de cara a una reforma que permita adecuar los servicios de SP a los nuevos retos del entorno.

No obstante y con una tendencia similar a la producida en el contexto internacional y europeo, se registra a nivel autonómico y estatal un interés estratégico por fortalecer las estructuras de SP. En varias CCAA se han iniciado procesos de reflexión en torno a una posible reforma de la SP. Unas ya han promulgado sus propias Leyes de Salud Pública (Valencia, Cataluña, Castilla y León, Baleares o Extremadura) (11,12,13,14,15), mientras que otras se encuentran en elaboración (Andalucía, Aragón) (16,17). En cuanto al Estado en el siguiente punto abordaremos la situación del Proyecto de Ley de Salud Pública en trámite parlamentario.

En general en todas ellas se encuentran elementos comunes como.

I. SOBRE LOS PRINCIPIOS Y CONTENIDOS GENERALES DE LA NUEVA LEY

- Un enfoque de la salud pública que vaya más allá del modelo clásico centrado en Protección con una definición amplia de la misión, funciones y servicios básicos de la salud pública.
- Una definición de los principios rectores y valores fundamentales en el ejercicio de las funciones de salud pública.
- Una regulación de las funciones, obligaciones y poderes asignados a la autoridad sanitaria y a sus agentes y un reparto de responsabilidades y tareas entre las distintas administraciones (incluyendo aquí a los ayuntamientos), agencias y profesionales implicados en la provisión de servicios, así como disposiciones normativas que contemplen un marco de colaboración con los distintos socios de la salud pública, tanto en el sector público como en el privado.
- Criterios y procedimientos de actuación, recursos e infraestructuras necesarias para garantizar una protección adecuada y efectiva frente a los retos actuales y nuevas amenazas emergentes.
- La garantía normativa para garantizar una respuesta adaptada, rápida y eficaz frente a nuevos retos emergentes. Así como una actualización y ampliación de los sistemas de información, y vigilancia en línea con los nuevos retos y amenazas.
- Una cobertura normativa clara y eficiente del conjunto de recursos e infraestructuras necesarias para garantizar el cumplimiento de las funciones y servicios básicos de salud pública.

- Una definición clara de responsabilidades y poderes coercitivos de la autoridad (y sus agencias) para garantizar unos estándares adecuados en la prevención, protección y control de riesgos y amenazas de salud pública.

4. LA NUEVA LEY GENERAL DE SALUD PÚBLICA.

Desde el año 2010 el Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad viene impulsando un proyecto de ley de salud pública que en la actualidad pasado el trámite de debate en el congreso de los diputados se encuentra pendiente de su tramitación en el Senado (18)

Para el MSPSI el proyecto de ley general de salud pública deriva, además de un compromiso con los ciudadanos adquirido en las últimas elecciones generales, de dos motivaciones principales: 1) normativa y 2) adaptar el dispositivo de salud pública a los conocimientos científicos actuales y a la situación de la sociedad española en los próximos decenios, solventando problemas prácticos que impiden alcanzar y resolver los principales problemas de salud de nuestra población.

El propósito de esta Ley es poner en evidencia que la salud, entendida como el bienestar físico, psíquico y social, es el resultado de numerosos factores y condicionantes que se presentan tanto en el ámbito familiar, social, laboral, educativo como en el medio ambiente, la alimentación y los estilos de vida. De ahí que su enfoque se dirija a establecer nuevas formas de organización para conseguir una mejora de la salud de la población, superando el ámbito más restringido de los servicios sanitarios; así, las actuaciones de salud pública contarán con las políticas de carácter no sanitario que influyan sobre la salud de la población y se promoverán las que favorezcan los entornos saludables.

La Ley plantea que las actuaciones dirigidas a la mejora de la salud deben ser un tema transversal incorporado en todas las políticas. Para ello, establece una Estrategia de Salud Pública. Esta estrategia, que aprobará el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, definirá las áreas de actuación sobre los factores condicionantes de la salud determinando aquellos problemas de la salud pública en los que por su especial importancia en la salud del conjunto de la población, sea de interés fomentar y promover la investigación.

La ley también establece la creación de una cartera de servicios básica y común en el ámbito de la salud pública, con un conjunto de programas y actuaciones.

La futura ley también prevé la creación de un Centro Estatal de Salud, que se encargará del asesoramiento técnico en materia de salud pública y la evaluación de intervenciones en salud pública en el ámbito de la Administración General del Estado. Este Centro llevará a cabo labores de asesoramiento técnico y científico, y de evaluación de intervenciones de salud pública en el ámbito de otras administraciones.

La globalización, los cambios medioambientales y el intercambio internacional de personas, bienes y servicios crean las condiciones favorables para la emergencia de nuevos riesgos para la salud. En este sentido la nueva Ley establece la creación de la Red de Vigilancia de Salud Pública, sistema que tendrá un funcionamiento continuo e ininterrumpido las 24 horas del día, integrando los diferentes sistemas de vigilancia ya existentes abordando las tareas de alerta precoz y respuesta rápida.

Un aspecto de indudable interés para los profesionales de la salud pública es que la Ley también establece que se les aplicará lo dispuesto en el título III sobre desarrollo

profesional y su reconocimiento de la Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), definiéndose necesariamente la correspondiente carrera profesional.

La equidad, es decir la disminución de diferencias en el nivel de salud de distintos sectores de la población constituye uno de los objetivos centrales de la nueva Ley; para poder planificar y desarrollar políticas que disminuyan las desigualdades es necesario previamente identificarlas. Se contempla para ello la creación del Sistema de Información en Salud Pública, que ofrezca la información relevante para la toma de decisiones y la elaboración de políticas públicas.

El texto enfatiza la importancia de la contribución de los servicios sanitarios, en especial en la atención primaria, en el desarrollo de las acciones preventivas y la salud comunitaria.

Por último se plantea el establecimiento y actualización de criterios de buenas prácticas para las actuaciones de Salud Pública y la evaluación del impacto en la salud de la población de las acciones seleccionadas previamente como garantía de máxima calidad de las actuaciones de salud pública.

A pesar de una valoración global positiva de la tramitación y los cambios introducidos en la Ley, se han señalado todavía diferentes carencias. Destacaríamos que la Estrategia Estatal de Salud Pública, base de la introducción de la Salud en Todas las Políticas, se apruebe en el Congreso Interterritorial del Sistema Nacional de Salud lo que no parece lógico en la medida que una estrategia que afecte a políticas de, educación, alimentación, promoción del deporte, medio ambiente o movilidad debe ser aprobada por este organismo sectorial, donde no están representadas las administraciones implicadas. De esta forma la Estrategia Estatal de Salud Pública corre el peligro de ser una propuesta de difícil cumplimiento.

Un aspecto más a considerar es que la propuesta Estrategia parece viene a sustituir al concepto de Plan Integrado de Salud que desarrollaba los arts. 70 y siguientes de la Ley General de Sanidad y que posibilita la coordinación sanitaria entendida como la fijación de medios y de sistemas de relación que hagan posible la información recíproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos y la acción conjunta de las autoridades sanitarias estatales y comunitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias.

Otro de los puntos clave que debería aparecer en el texto es la mejora de la calidad en la prevención, incluyendo la necesidad de registros de enfermedad cuando se implantan acciones de cribado, que permitan la evaluación del impacto de aquellas.

Por último y a falta de desarrollo reglamentario parecen difícilmente compatibles la funciones del futuro Centro Estatal de Salud Pública en la figura de la, persistentemente solicitada, Agencia Española de Salud Pública, que se ha venido entendiendo como un organismo autónomo sometido a derecho público, adscrito al Ministerio competente en materia de sanidad, como el órgano coordinador e integrador del grueso de los recursos específicos de la salud pública en la administración central, que marcara la planificación estratégica en salud pública, elaborando periódicamente propuestas plurianuales de

estrategia y de actualización de la cartera de servicios en salud pública, de modo coherente con las estrategias de la OMS y de la Unión Europea.

Bibliografía

- 1 -. BOE 102 de 29 de Abril. Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad.
- 2 -. Joan R. Villalbí et al. El ejercicio de la autoridad sanitaria: los principios, lo reglamentado y la incertidumbre. Gac Sanit. 2007;21(2):172-75
- 3 -. BOE 128 de 29 de Mayo. Ley 16/2003 de 28 de Mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud
- 4 -. Last, JM. Diccionario de Epidemiología. Barcelona. Salvat 1989
- 5 -. Modelo de determinantes de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS en http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf.
- 6 -. Institute of Medicine, The future of Public Health. Washington: National Academy of Sciences, 1988
- 7-. The Public Health Functions Committee. Public Health in America, disponible en <http://www.health.gov/phfunctions/project.htm>
- 8 -. Institute of Medicine, The Future of the Public's Health in the 21 Century. Washington: National Academy of Sciences, 2002.
- 9 -. Segura A, Villalbí JR, Mata E, De la Puente ML, Ramis-Juan O, Tresserras R. Las estructuras de salud pública en España: un panorama cambiante. Gac Sanit 1999; 13: 218-225.
- 10 -. Benavides FG, Moya C, Segura A, de la Puente ML, Porta M, Amela C. Las competencias profesionales en Salud Pública. Gac Sanit 2006; 20: 239 – 243.
- 11 -. BOE 167 de 14 de Julio. Ley 4/2005 de 17 de Junio, de la Generalitat. De Salud Pública de la Comunidad Autónoma de Valencia.
- 12 -. BOE 276 de 16 de Noviembre. Ley 18/2009 de 22 de Octubre, de Salud Pública de la Comunidad Autónoma de Cataluña.
- 13 -. BOE 283 de 23 de Noviembre. Ley 10/2010 de 27 de Septiembre de Salud Pública y Seguridad Alimentaria e Castilla y León.
- 14 -. BOE de 4 de Febrero. Ley 16/2010 de 28 de Diciembre de Salud Pública de las Illes Balears.
- 15 -. BOE 88 de 13 de Abril. Ley 7/2011 de 23 de Marzo de Salud Pública de Extremadura.
- 16 -. Anteproyecto de Ley de Salud Pública. Disponible en http://www.csalud.junta-andalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/c_3_c_5_anteproyecto_ley_salud_publica/anteproyecto_salud_publica?perfil=ciudadania.
- 17 -. Anteproyecto de ley de Salud Pública. Disponible en http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SaludConsumo/Profesionales/13_SaludPublica/Anteproyecto%20LSPA%20enero%202011.pdf.
- 18 -. Proyecto de Ley General de Salud Pública. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Senado. Nº. 104 de 3 de Agosto de 2011. 6 -33.

Atención Primaria en el Reino Unido.

Introducción.

Este capítulo describe los principales cambios que han contribuido al aumento de la privatización y comercialización del NHS. Las primeras reformas importantes tienen que ver con el aumento de costes y el control más estrecho de la gestión sobre los médicos de familia con Margaret Thatcher. Se perfila y evalúa la introducción de la competencia en el mercado interno del gobierno conservador. Por último, se describen y evalúan las reformas laboristas, incluyendo la aplicación de procesos de mercado y la introducción de proveedores comerciales en la atención primaria.

Atención Primaria en el NHS.

La mayoría de los encuentros entre pacientes y profesionales en el NHS se realizan en el sector de la atención primaria. Los profesionales de la atención primaria, y más concretamente los médicos generales, GP en sus siglas en inglés⁴³ o médicos de familia, hacen las veces de porteros del NHS. Un paciente del NHS no tiene acceso a voluntad a la atención especializada si no que tiene que ser remitido a través de su GP. Esto ayuda a distribuir la atención sanitaria de acuerdo a las necesidades y contener los costes. La Auditoría Nacional (NAO) informó de que en el año 2006/7, tuvieron lugar 290 millones de consultas de atención primaria con un coste de 2.700 millones de libras.⁴⁴

Se puede entender como atención primaria una gran variedad de servicios y funciones, incluyendo intervenciones preventivas a nivel individual, mantenimiento y seguimiento de la salud, diagnóstico y tratamiento y rehabilitación. La atención primaria también puede servir a necesidades sociales más generales, como la certificación de las bajas laborales; la vacunación como método de prevención a nivel general; y la certificación de la incapacidad para la recepción de beneficios sociales.

Los profesionales de la atención primaria incluyen a enfermeras, asociadas a un GP o un centro de salud; dentistas, farmacéuticos, ópticos y matronas; enfermeros visitantes⁴⁵ con tareas especiales en el cuidado de madres y bebés y familias con niños pequeños; enfermeros de distrito⁴⁶ que tratan pacientes en su propio hogar y atienden en especial a las personas mayores; terapeutas de varios tipos como logopedas, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas; enfermeros escolares; dietistas y podólogos; y de manera más reciente, médicos de medicinas “alternativas” reconocidas. El profesional con una mayor influencia y poder en la atención primaria es sin embargo, el médico de familia, o GP.

Aunque la gran mayoría de la atención del NHS tiene lugar en el entorno de la atención primaria, este aspecto de la atención sanitaria y estos profesionales han sido históricamente marginados, disfrutando de una menor consideración y menos recursos que los profesionales de hospitales o centros de especialidades. Por ejemplo, en la profesión médica, hasta hace relativamente poco, los médicos de familia gozaban de escasa estima. Esto reflejaba en parte la efectividad de algunos sectores de la profesión en asegurarse los recursos que deseaban, y en parte por la importancia política y el potencial electoral de decisiones como la construcción de hospitales o el progreso tecnológico en el ámbito de la atención especializada gozando de mayor capacidad de

⁴³ GP: General Practitioner

⁴⁴ NAO (2008) *NHS Pay Modernisation: New Contracts for General Practice Services in England*. London: National Audit Office

⁴⁵ La figura del NHS denominada *Health Visitor*

⁴⁶ La figura del NHS denominada *District Nurse*

conseguir votos. Además, algunos de los servicios identificados anteriormente eran proporcionados por las autoridades locales y no por el NHS hasta la reorganización en 1974.

Esta situación sin embargo, ha cambiado en los últimos 20 años. Algunos de estos cambios han sido muy deseables como la dirección de mayor recursos hacia el mantenimiento de la salud o la prevención de enfermedades. Otros cambios, por otro lado, han dirigido a la atención primaria hacia la privatización y la comercialización.

Reformas de la Atención Primaria con Margaret Thatcher.

La labor de “primer contacto” de los profesionales de la atención primaria en la relación entre el paciente y el NHS, especialmente de los GP, se convirtió en foco de atención política en los ochenta. Los grandes objetivos del gobierno en limitar el gasto del sector público y reducir la presión fiscal afectó al NHS y a otros servicios. El enfoque del gobierno suponía tanto la imposición de límites en el gasto en atención primaria, especialmente en los servicios de medicina general, como una reducción del presupuesto hospitalario. El gobierno deseaba limitar el gasto público, fomentar la responsabilidad individual en su propia salud y expandir la inversión privada en el sistema de salud. Estas tres dimensiones representaban una creencia ideológica en un floreciente sector privado y un papel reducido del estado.

Las reformas iniciales incluían la abolición del monopolio de los ópticos sobre el abastecimiento de lentes y la sustitución del derecho a lentes del NHS por un sistema de cupones; el aumento considerable de los costes de las recetas gradualmente de forma anual; y, en un gesto que invadía la autonomía profesional, la introducción de listas de medicamentos del NHS, esencialmente sustituyendo genéricos por medicamentos de marca.

Reformas de mayor calado comenzaron hacia el final del segundo mandato de Thatcher y representaban una amenaza más explícita a la autonomía profesional. El gobierno implantó una serie de incentivos económicos para conformar y mejorar el rendimiento de los GP e hizo más fácil que los pacientes pudieran cambiar de médico de familia. Una propuesta de los ochenta, presentada de nuevo unos diez años más tarde y de nuevo otra vez con el neolaborismo, suponía la introducción de nuevos proveedores privados en la atención primaria pero esto no fue implantado en los años ochenta. Otra propuesta para acercar el coste de las recetas al precio real del medicamento no llegó a implantarse y nunca lo haría hasta ahora.⁴⁷

Otras reformas introducidas como resultado de la Hoja de Ruta, Fomentando Salud (Cm249, 1987) se basaban en el deseo del gobierno de que existiera una mayor competencia, incentivos económicos, mayor transparencia, un incremento del gasto privado y un estilo de gestión más intervencionista.

Se introdujeron copagos por exámenes de visión y dentales, con concesiones a algunos sectores. Aumentaron los costes ya existentes por el tratamiento dental, las lentes, las recetas y otros aparatos. Estas reformas en la atención óptica y dental fueron considerados por muchos como un primer acercamiento a una gestión privatizada que corría el riesgo de extenderse a otros sectores.

Hubo intentos para conseguir que los dentistas llevaran a cabo más tratamientos preventivos a través de alteraciones en el sistema de pagos, pero estos intentos fallaron

⁴⁷ DHHS ? (1986) Primary Care: An Agenda for Discussion (Cmnd 9771)

cuando los costes excedieron las expectativas, y consiguió recuperarse algo de dinero. El descontento entre los dentistas, el aumento de la demanda en atención dental, y la escasez de dentistas en el NHS condujo a una gran expansión de la odontología privada en el transcurso de una década, tal que en el 2002, la mitad de sus ingresos provenían del sector privado. El número de adultos inscritos a dentistas del NHS se redujo el 20% durante los años noventa.

La introducción de un nuevo contrato en 1990 añadió un mayor grado de control sobre los médicos de familia. Este contrato presentaba incentivos económicos para incrementar la participación de los médicos de familia en la atención preventiva, la inmunización, los exámenes sanitarios, la cirugía menor, el fomento de hábitos saludables y la vigilancia de la salud infantil. En general, el nuevo contrato se impuso a pesar del rechazo de los médicos de familia y representó un paso importante en la reducción de la influencia de los médicos en la elaboración de las políticas, una medida de gran calado ya que la influencia de los médicos en el Reino Unido había sido paradigmática.

Desde 1948, los médicos de familia habían sido responsables de sus pacientes veinticuatro horas al día, y siete días a la semana. A principios de los noventa, las visitas fuera de horario (esto es, la disponibilidad del médico de familia entre seis de la tarde y ocho de la mañana entre semana, los fines de semana, y los días festivos) se había convertido en un asunto de conflicto y los GP indicaron en 1992 que preferían perder su responsabilidad fuera de horario. El Departamento de Sanidad respondió en 1995 aumentando las tasas de las visitas nocturnas y estableciendo nuevos acuerdos que permitían a los médicos de familia delegar su responsabilidad en otro médico. Sin embargo, la carga de trabajo en atención primaria siguió en aumento.

De este modo observamos con Margaret Thatcher gestos para dirigir el servicio modestamente hacia un planteamiento de mercado con mayor conciencia de los costes, subida de los copagos, invasión de la autonomía profesional y la reducción del papel de la profesión médica en las decisiones políticas. Con Thatcher, aquellos servicios que no perteneciesen directamente al núcleo básico de la atención sanitaria, como los prestados por dentistas y ópticos se abrieron a una mayor comercialización mediante el aumento de las tasas.

Es posible que estos profesionales se consideraran a sí mismos con el tiempo como autónomos y pequeñas empresas en lugar de proveedores de un servicio público. Sin embargo el cambio más importante que afectó al carácter del servicio fue la introducción del mercado interno, que fue concebida durante el mandato de Thatcher pero implantada con John Major. El elemento más importante de esta reforma fue el establecimiento de los denominados GP fundholding, médicos de familia con derecho administrar un presupuesto y contratar atención sanitaria a terceros, lo que marcó una nueva dirección hacia un servicio sanitario dirigido desde la atención primaria.

La década de 1990 - GP fundholding en el mercado interno.

La introducción del mercado interno por los conservadores desde 1991, confirió la mayor parte de la responsabilidad de encargar y contratar servicios de atención sanitaria a las District Health Authorities⁴⁸, o DHA. Sin embargo, los médicos de familia fueron invitados participar adhiriéndose a un régimen llamado "GP fundholding" mediante el cual cada GP dispondría de un presupuesto con el cual adquirir y contratar servicios en nombre de los pacientes en sus listas. Discutimos esta política detenidamente ya que

⁴⁸ Autoridades Sanitarias del Distrito

puede entenderse como un precedente a la nueva serie de reformas llevadas a cabo por la coalición conservadora-liberal democrática del gobierno.

En una referencia a las Health Maintenance Organisations (HMO)⁴⁹, un componente clave del sistema de atención sanitaria de los Estados Unidos, Harrison y Choudhry⁵⁰ describieron el fundholding como “en clara deuda intelectual con el concepto de HMO”. El fundholding fue alabado por el gobierno de Major por acercar la toma de decisiones al paciente ya que el médico de familia era visto como el mejor lugar para identificar las necesidades del paciente y para conocer la calidad de la atención prestada por cada médico.

Este enfoque daba por hecho tanto el buen conocimiento del médico de familia de las necesidades del paciente como la capacidad del fundholding de producir un servicios responsable. Se creyó que los médicos de familia tendrían un incentivo para tratar a los pacientes de manera rápida y adecuada ya que experimentarían en primera persona las consecuencias y el trabajo extra de hacer frente a pacientes que no estuvieran satisfechos bien por esperar demasiado o por un tratamiento no satisfactorio⁵¹.

El fundholding marcó un punto de inflexión en la evolución del pensamiento del gobierno hacia una visión del NHS dirigido por la atención primaria, una visión que persistió en los gobiernos neolaboristas⁵². El fundholding fue considerado por los analistas políticos como el “plato fuerte” de las reformas del gobierno pero refleja un enfoque de mercado en la atención sanitaria introduciendo elementos de competencia entre los consumidores que se añade a la competencia más explícita existente entre los proveedores.

La idea pretendía reducir los costes y mejorar la idoneidad de los servicios en la rapidez del tratamiento y su conveniencia para el paciente⁵³. Pretendía mejorar la eficiencia al comprometer a los médicos de familia en el proceso de contratación de servicios y creando un incentivo importante - la posibilidad de retener beneficios - que ligaba el uso de los recursos con sus costes para la consulta. También se creía que otorgando a los médicos de familia más protagonismo en el mercado, se notaría también la mejora en la atención de especialistas⁵⁴.

En el mercado interno, las DHA contrataban servicios para aproximadamente 500.000 residentes mientras que los primeros fundholding para médicos de familia deberían contar con al menos 11.000 pacientes en sus registros. Durante los noventa, el fundholding se extendió tanto en los servicios que cubrían los presupuestos de los fundholding como en los tipos de fundholding que estaban disponibles para los consultorios y médicos de familia.

Al principio, los servicios contratados incluían los medicamentos y algunos servicios hospitalarios. Una ampliación importante en el fundholding vino en el año 1995 con la creación de tres tipos deferentes de configuraciones de fundholding: estándar, local y total.

⁴⁹ Organizaciones para el Control de la Salud

⁵⁰ Harrison, S. and Choudhry, N(1996) General Practice fundholding in the UK National Health Service: Evidence to Date, *Journal of Public Health Policy* 17(3)331-346

⁵¹ Glennester, H (1998) Competition and quality in health care: the UK experience, *INternational Journal for Quality in Health Care*

⁵² Baggot, R (1998) op cit

⁵³ Cm 555 (1989) *Working for Patients*. London: HMSO

⁵⁴ Greener, I. and Mannion, R. (2008) Will practice-based commissioning in the English NHS resolve the problems experienced by GP fundholding?, *Public Money and Management*, August.

El fundholding estándar amplió al inicial incluyendo servicios como especialistas y prácticamente todas las opciones de cirugía y atención hospitalaria. Una nueva forma de fundholding más limitada era el fundholding local que permitía a consultorios más pequeños unirse al régimen de fundholding. Éstos combinaban sus presupuestos en fondos con una gestión única. Cubrían un grupo entre 50.000 y 500.000 pacientes con un presupuesto destinado al personal, medicamentos, diagnósticos y la mayoría de servicios locales que cubren el fundholding estándar. Por último, el fundholding total cubriría todos los servicios hospitalarios y locales incluyendo la maternidad y los servicios de emergencia, así como las prescripciones y el personal⁵⁵.

Los presupuestos se distribuían principalmente en base a las necesidades previas en lugar de una planteamiento de equilibrio e igualitario global y era evidente que en los primeros años al menos algunos fundholding disfrutaron de un presupuesto mucho mayor que los médicos no fundholding. Un gran incentivo para los fundholding era la posibilidad de retener beneficios y ahorros para reinvertirlos en la consulta. Inicialmente la mayoría de los GP no estaban por la labor pero cada año más GP se adherían al régimen fundholding y en 1997 cuando los conservadores dejaron el poder, el 57% de los GP había optado por constituirse en fundholding en una de los esquemas existente mencionados anteriormente.

En contraste con el esquema original introducido en abril de 1991, el fundholding total, la última variante, se sometió a prueba. Esto atrae la atracción sobre una característica clave de estas reformas, y es que fueron esencialmente puestas en marcha, sin evaluación o puesta a prueba y sin ningún proceso formal análisis de resultados. Los consiguientes análisis que ocasionaron las reformas se basaban en pocos estudios, frecuentemente de pequeña escala y sin control para evaluar el impacto y las consecuencias del fundholding y además eran comúnmente difíciles de interpretar. Por este motivo, la evaluación siguiente está basada en evidencias limitadas.

Parte del objetivo de muchos gestores sanitarios y partes contratantes era la de aumentar su influencia en los proveedores hospitalarios. Uno de los objetivos del mercado interno era mejorar la adecuación y velocidad de los tratamientos en los casos que no fueran de emergencias (WFP).

Con el tiempo, los hospitales como proveedores de atención sanitaria se volvieron más atentos a los GP fundholding ya que incluso los contratos modestos que suponían pequeñas sumas de dinero eran importantes para los ingresos del hospital. Glennester⁵⁶ asegura que había una evidente mejora de la comunicación entre los fundholding y los hospitales en parte porque los hospitales no recibían los pagos hasta que publicaban la consiguiente declaración de alta médica. Las negociaciones de contratos aumentaron en los GP fundholding la preocupación por el sistema de citación, la prescripción de medicamentos y lo que ellos consideraban chequeos innecesarios llevados a cabo por médicos inexpertos.

Dos aspectos relacionados con esto mejoraron (a) la velocidad con que los pacientes eran tratados; y (b) la prestación de servicios, que antes solían situarse en hospitales, en los centros de atención primaria. Hay evidencia sustanciales de que los fundholding podían negociar privilegios para sus pacientes, incluyendo la prioridad respecto a otros pacientes en los primeros años del fundholding⁵⁷. Esto se debía al miedo de los proveedores a perder contratos.

⁵⁵ Kay, A. (2002) The abolition of the GP fundholding scheme: a lesson evidence-based policy making. *British Journal of General Practice*, 52: 141-44

⁵⁶ Glennester, H (1998) op cit

⁵⁷ Harrison, S. and Choudhry, N (1996) op cit

Aunque oficialmente se desautorizó, puede haber continuado; un estudio en retrospectiva llevado a cabo por la Audit Commission⁵⁸ sugirió que los tiempos de espera mejoraron cuando los consultorios se adhirieron al fundholding. Los Fundholding podían adquirir tests de diagnóstico y de este modo garantizar para sus pacientes ciertos servicios hospitalarios. Algunos fundholding persuadieron a proveedores para llevar a cabo clínicas en los centros de GP, algo que aunque no conducía necesariamente a una mejora en el tratamiento sí era bien percibido por los pacientes⁵⁹.

Algunos servicios de salud mental o fisioterapia también se llevaron a cabo en centro de GP. Se empezó a considerar la prestación de otros servicios como el hospital a domicilio (evitando la remisión al hospital) y facilitando una alta más rápida (convenientes en diálisis, ventilación mecánica en casa, postoperatorio). Había dos tipos de servicios - los prestados por personal local y los prestado en un ámbito externo por personal supervisado por un hospital con diversos grados de participación de personal local⁶⁰. No hay estudios cuantitativos acerca del impacto de estos aspectos.

Aunque a partir de los estudios que se realizaron al principio no es fácil determinar si el número total de remisiones a hospitales aumentó o se redujo como resultado del fundholding, Dusheiko y cía. creen que el número total de admisiones cayó⁶¹. Está claro que los fundholding estaban mejor preparados para negociar contratos con una amplia variedad de proveedores y llevar los flujos de pacientes fuera de los proveedores tradicionales.

En general, los pacientes remitidos fueron tratados más rápidamente hasta mediados de los noventa, aunque esto pudo no deberse a la competencia generada por el mercado sino al presupuesto extra destinado a ello. Esta mejora se detuvo como consecuencia de recortes en la financiación. No existen apenas informes sobre la calidad de la atención y la calidad clínica no era objeto oficial de las reformas. Glennesters sugiere que el fundholding especificaría con más probabilidad que las DHA estándares de calidad en sus contratos.

Del mismo modo no hay apenas evidencia de la efectividad en los gastos. Es probable que los fundholding pudieran negociar desde su posición precios de oportunidad por servicios hospitalarios. Glennester indica que existen indicios que señalan que los fundholding tienden a cambiar sus contratos en proveedores más costosos, lo que significa por lo general hospitales más dedicados a la investigación.

Aunque los costes de la prescripción de medicamentos se redujo inicialmente, siguieron con un aumento aunque Dixon y Glennester argumentan que los fundholding tienden a mantener el coste de prescripción de medicamentos más bajos que los otros GP y pudieron ahorrar el 6% en comparación con los no fundholding. Gosden y Torgeson aseguran que los GP fundholding estaban mejor preparados para recetar genéricos.⁶² En general, Greener y Mannion concluyen que los GP fundholding prestan más atención a los costes.

La gestión financiera de los fundholding era competente. Flexibilizaban las remisiones para tratamientos opcionales como amortiguador de los sobrecostes de las

⁵⁸ Audit Commission (1996) *What the Doctor Ordered. A Study of GP Fundholding in England and Wales*. HMSO, London.

⁵⁹ Glennester, H (1998) op cit

⁶⁰ Baggot, R. (1998) op cit

⁶¹ Dusheiko, M., Gravelle, H., Jacobs, R. and Smith, P (2003), The effects of budgets on doctor behaviour. Discussion paper (University of York, York)

⁶² Gosden, T and Torgeson, D. (1997) The effect of fundholding on prescribing and referral cost: a review of the evidence, *Health Policy*, 40: 103-114

prescripciones. Sin embargo, los riesgos asociados a grupos de población tan pequeños se compensaban a través de la disposición stop-loss por la que se transfería a la DHA correspondiente el coste a partir de 6.000 libras por paciente. En 1995, los fundholding gastaron 120 millones menos de lo que recibieron. Lo que no está claro es cómo se obtuvieron esos ahorros, y si se evitó la realización de tratamientos necesarios.

Uno de los principales problemas del fundholding era el coste de administrarlo. Cada fundholding suponía un gasto de entrada de 60.000 libras anuales para administrar y esta cifra no incluía todos los costes. Las DHA tenían que dedicar recursos a negociar con fundholding y estos costes se estimaban en el 40% en suma a lo ya mencionado. Además de esto, entre 8 y 25 horas a la semana se dedicaban a la gestión.⁶³

Los pacientes del fundholding podrían haberse beneficiado de una atención prioritaria y desde luego se beneficiaron de la disponibilidad de más servicios en el ámbito de su consulta. Tenían mayor elección en su proveedor de atención especializada pero la importancia que esto tenía para el paciente no había sido investigada. Apenas existe información sobre las tasas de satisfacción de los pacientes, y estas están mezcladas con las que indican que los niveles de satisfacción eran similares a los anteriores y con los que indican que el nivel era menor.

Greener and Mannion especulan que los cambios en los métodos de remisión y de prescripción podrían haber dejado a los pacientes con la sensación de que el servicios se había reducido. Se alegaron en la prensa prácticas de elección de pacientes en beneficio del fundholding, evitando a los pacientes más caros (es decir, más enfermos), pero estas acusaciones no han sido demostradas por ninguna prueba aunque muchos pacientes fueron eliminados de las listas de algunos GP en este periodo sin ninguna explicación clara. Otras formas de escasez de servicios no fueron indicadas en ningún estudio.

En general, GP fundholding parece haber conducido a innovaciones, limitadas pero importantes como el cambio en el límite existente entre la atención primaria y la especializada y a una mayor pluralidad de proveedores. Sin embargo, la prioridad otorgada a algunos pacientes condujo a preocupaciones sobre la igualdad, sobre todo porque no se había alcanzado mejoras en los datos globales de capacidad, por lo que la mejora de unos debería haberse hecho a costa de otros⁶⁴.

La competencia parece haber mejorado la idoneidad de los proveedores y su adecuación a las necesidades aunque la libertad de elección de proveedor como tal no parecía importar a los pacientes. No existen indicios de los GP consultaran a sus pacientes o establecieran un enfoque sistemático y desarrollado para la evaluación de las necesidades.

Una de las preocupaciones más importantes es el impacto dramático en los costes de administración y los “ahorros” del fundholding que eran invertidos comúnmente en la gestión y la capacidad IT de la consulta, revelando de nuevo la tendencia de los enfoques comerciales en desviar recursos de la atención al paciente hacia las actividades y parafernalia rodeando a la gestión y la administración del mercado.

La Audit Commission (1996) que aparte de un pequeño número de notables excepciones, la mayoría de los fundholding no habían supuesto apenas mejoras en la atención sanitaria y que éstas eran insuficientes para justificar su elevado coste. El fundholding incrementó la importancia de la atención primaria en el NHS. Un número

⁶³ *ibid*

⁶⁴ Greener, I. and Mannion, R (2008) *op cit*

creciente de miembros del equipo de la atención primaria eran empleados directos o contratados por alguna GP. Esto podría haber empeorado el trabajo en equipo a través de la predominancia de una perspectiva en detrimento de la atención al paciente. Una visión más optimista es que el GP fundholding favoreció la oportunidad de crear un trabajo en equipo más coherente, más centrado en las necesidades del paciente.

Toda evaluación del GP Fundholding tiene que mantener en mente que en general, un consultorio de medicina general con mejores instalaciones, más personal y equipamiento y con pacientes más acomodados estaba mejor representado entre los fundholding que otros; los fundholding también solían tener mejores tasas de vacunación infantil y acreditación para realizar operaciones quirúrgicas menores o formación de profesionales⁶⁵.

En otras palabras, GP fundholding no eran representativos de todos los centros y sus experiencias no son extrapolables para los que intentan predecir las consecuencias probables que tendrás las propuestas de la coalición de gobierno en cuando a los GP Commissioning Consortia.

Reforma en la Atención Primaria con el Neolaborismo.

El nuevo gobierno elegido en 1997 describió su enfoque diferenciándose tanto de los conservadores como del “viejo” laborismo. En materia sanitaria, esto significaba enfatizar la “modernización” y el pragmatismo. En la práctica, en la sanidad hubo una política continuista respecto a lo que se había hecho anteriormente, incluyendo el mantenimiento de la dualidad, comprador-vendedor y los principios del fundholding (aunque cambiándolo en parte) así como una mayor colaboración en las organizaciones del mercado interno que habían sido desarrolladas con el ministro de sanidad conservador.

El estatus preponderante que adquirió la atención primaria en parte gracias al fundholding se mantuvo y se amplió, en especial a través de la creación de otras instituciones llamadas Primary Care Groups y Primary Care Trusts que fortalecieron la inclinación del NHS hacia un sistema que pivota en torno a la atención primaria.⁶⁶

El laborismo heredó una Ley de Atención Primaria aprobada en los últimos 18 meses del periodo de los conservadores en el poder.

Esta ley disponía lo necesario para que hospitales y otros organismos, incluyendo empresas privadas, desarrollaran servicios de atención primaria. Estableció un nuevo tipo de contrato e introdujo presupuestos unificados para servicios de medicina general, prescripción de medicamentos, servicios hospitalarios y servicios sanitarios locales. Algunas de estas propuestas reflejaban cambios que ya se estaban llevando a cabo en otros sectores como los servicios sanitarios integrados y los centros de atención social.

La ley se reafirmaba en su compromiso al fundholding pero enfatizaba la importancia de actuar de acuerdo a ejemplos que se hubieran evaluado adecuadamente. El gobierno de Blair no derogó la ley pero la utilizó para lanzar varios proyectos piloto de atención primaria a los que nos dedicaremos en breve.

⁶⁵ Audit Commission (1996) op cit

⁶⁶ Ham, C (1999) *Health Policy in Britain*. Basingstoke: Palgrave Macmillan

Nuevos contratos - 2004.

El gobierno de Blair utilizó La Ley de Atención Primaria de 1997 como base legal para experimentar nuevas reformas sobre la prestación de atención primaria. Estas experiencias piloto, que se llamarían Personal Medical Services (PMS) incluyeron 83 casos en su primera implantación y en el 2002 había ya 1700 en funcionamiento, con uno de cada tres consultorios de medicina general funcionando con un contrato PMS⁶⁷. Éste se diferenciaba del contrato tradicionalmente usado (General Medical Services, GMS) en que permitía ciertas variaciones en cada lugar. Permitía por ejemplo contratar a médicos de familia con un sueldo fijado libremente y algunos incluían servicios más amplios.

Las variaciones existentes entre todos los centros y el resto de iniciativas que se lanzaron simultáneamente hacen que la evaluación de los contratos PMS sea muy complicada. Sin embargo, ayudaron a aumentar el personal en zonas con escasez de servicios y mejoraron los servicios para sectores de población en desventaja.⁶⁸ La nueva capacidad de contratar médicos era asociada con una mejora de la productividad, mayor satisfacción con el trabajo, y parecía provocar un empeoramiento de la calidad.

En 2001, tanto el Departamento de Sanidad como la BMA querían hacer cambios tanto al contrato tradicional (GMS) como al nuevo contrato (PMS), negociado en 2003 y construido sobre la Ley de Atención Primaria de 1997 y estas experiencias piloto⁶⁹. Como se ha mencionado, los médicos de familia mantenían desde 1948 un régimen de independencia y por muchos años resistieron el avance de las políticas de gestión centralizada que ya afectaban a otras áreas del NHS⁷⁰.

A mediados de la década del año 2000, la mayoría de médicos de familia trabajaban asociados en lugar de en consultorios individuales. El Plan del NHS describió un escenario con más médicos de familia, un acceso mejorado, más elección para los pacientes, mejora del servicios en áreas con escasez, y un cambio de servicios que hasta ahora eran proporcionados en centros especializados hacia los centros de atención primaria.

Se creía que el contrato que se impuso en 1990 fue muy efectivo a la hora de incrementar la igualdad en la recepción de servicios como la inmunización o las revisiones de cáncer de cuello uterino. Sin embargo, el Departamento de Sanidad consideraba que era un contrato poco claro y concreto, y muchos médicos de familia lo consideraban demasiado generoso en cuanto a la carga de trabajo que soportaban o la disponibilidad que debían presentar para la atención fuera de hora.

Desde mediados de los noventa, muchos médicos de familia habían delegado la atención fuera de los horarios establecidos a terceros, en ocasiones a cooperativas y asociaciones de médicos. El nuevo contrato de 2004 aseguró el apoyo mayoritario de los médicos de familia (del 75%) ya que por primera vez desde 1948 permitía que los médicos no estuviesen disponibles las 24 horas del día a sus pacientes renunciado a percibir anualmente tan solo unas 6.000 libras.

⁶⁷ Baggot, R (2004) op cit

⁶⁸ Ver, por ejemplo, Campbell, S., Robison, J., Steiner, A., Webb, D. and Roland, M 2004 Improving the quality of mental health services in Personal Medical Services pilots: a longitudinal qualitative study *Quality and Safety of Health Care* 2004;13: 115-120. National Primary Care Research & Development Center, Manchester University.

⁶⁹ Ham, C. (2009) op cit

⁷⁰ Glendinning, C. (1999) GPs and contracts: Bringing general practice into primary care, *Social Policy and Administration*. 33: 115-131.

El contrato GMS, con el que trabajaban la mayoría de los médicos de familia, especificaba detalladamente qué servicios deberían ofrecer y dedicaba el 10-15% del presupuesto a alcanzar una serie de objetivos o indicadores establecidos en el “marco de resultados de calidad” (o QOF en sus siglas en inglés). Había 146 indicadores de calidad que cubrían enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión, el asma y las enfermedades cardíacas. Había otros tres tipos de contratos: Personal Medical Service (PMS) negociado individualmente entre los consultorios y el PCT; un contrato de servicios médicos del PCT, que permitía al PCT gestionar y prestar los servicios directamente; y el Alternative Provider and Medical Services (APMS) que permitía contratar a proveedores independientes y comerciales.

El contrato estaba diseñado para especificar de formas más clara qué servicios deberían prestarse, y para unir ingresos y calidad. El contrato se presentó como una posibilidad para los médicos de familia de tener mayor libertad de decidir qué servicios querían proporcionar y libertad sobre cómo conseguir los objetivos. Sin embargo, aunque se enfatizó la autonomía y la flexibilidad como alternativa a un enfoque de estandarización basado en las normas, existen investigaciones que sugieren que el nuevo contrato trajo consigo un aumento en la burocracia, y mayor formalidad sobre los roles y responsabilidades que los médicos o los consultorios llevarían a cabo, así como un mayor número de reglas y mayor vigilancia y supervisión, incrementando la jerarquía entre los distintos centros.

Aunque la mayoría de los médicos de familia estaban satisfechos con los indicadores de rendimiento, surgieron tensiones entre los médicos al adquirir algunos de ellos responsabilidades de gestión, incluyendo la supervisión sobre sus colegas del cumplimiento del marco QOF.

La satisfacción general de la mayoría de los médicos de familia con el marco QOF puede no tener conexión con el impacto que tuvo en sus ingresos. La única advertencia de los médicos en su apoyo al contrato era que el precio pagado por cumplimiento de un objetivo debería ser adecuado.

En este caso se demostró más que adecuado. Los ingresos de los médicos aumentaron considerablemente y el contrato le costó al Departamento de Sanidad muchos más de lo previsto. Muchos más médicos de familia de los que se esperaba alcanzaron los estándares de calidad que se establecieron, dando a entender que o bien éstos se habían puesto demasiado bajos, o que los incentivos habían sido demasiado generosos. El coste de la implantación del contrato aumentó de 5.800 millones en 2003/4 (cuando se introdujo una mayor financiación con el objetivo de implantarlo por completo en abril de 2004) a 7.500 millones en 2005/6.

El contrato costó 1.800 millones más de lo previsto y el gasto extra se atribuyó principalmente a que se excedieron las expectativas respecto al cumplimiento de los objetivos del marco QOF y en parte a sufragar los costes mínimos garantizados a todos los consultorios con independencia de su rendimiento⁷¹.

En el mismo informe, la NAO confirmó que los ingresos de médicos de familia habían aumentado. En los tres primeros años del contrato, los ingresos brutos de los médicos en Inglaterra (incluyendo los ingresos tanto del NHS como de fuentes independientes privadas pero sin descontar el dinero perdido por aquellos que ya no ofrecían una atención 24 horas) aumentó el 58% (de los 72.011 libras en 2002-3 a 113.614 libras en 2005-6). Los salarios de los médicos de familia contratados no aumentaron tanto. El

⁷¹ NAO (2008) op cit

salario a tiempo completo de un médico contratado se estimaba en 74.000 libras. De hecho la mayoría eran trabajadores a tiempo parcial con una jornada de una media de 23 horas semanales; su salario aumentó solo un 3% entre 2002/3 y 2005/6⁷². Quizás la productividad de los médicos de familia hubiera caído sorprendentemente.

Atrayendo al negocio a la atención primaria.

Aunque eran populares entre muchos médicos de familia, los nuevos contratos fueron muy controvertidos entre los críticos hacia el mercado, ya que reflejaban por primera vez una determinación del Departamento de Sanidad en abrir la prestación de servicios de atención primaria a proveedores independientes, incluyendo al sector comercial y privado.

Hacer de esto una realidad había sido contemplado por varios ministros desde los ochenta pero en este caso los acuerdos contractuales vinieron acompañados de la determinación del gobierno. Muy rápido, un gran número de empresas grandes y pequeñas mostraron su interés en gestionar consultorios de medicina de familia con un contrato del tipo Alternative Provider and Medical Services (APMS).

Había tres caminos principales para el desarrollo de estos intereses comerciales. Una surgió el abandono por parte de la gran mayoría de médicos de familia (entorno al 90%) de la cobertura 24 horas, siete días a la semana. Esto significó que en periodos fuera de horario (sábados, domingos, festivos y durante la semana de 18.30 a 8.00) una atención primaria alternativa tenía que ser proporcionada a los pacientes.

Esta responsabilidad recayó en los PCT con la responsabilidad en la normativa de garantizar a su población local el acceso a la atención primaria y que sacó a concurso público los contratos fuera de horarios. Un informe de la NAO de 2006 indicó que los costes de garantizar la atención fuera de horario a través de proveedores privados probó ser mucho mayor de lo esperado - 392 millones de libras gastados por los PCT en contraste con los 322 presupuestados por el Departamento de Sanidad.

Aunque cada médico de familia perdería una media de 6.000 libras por abandonar la atención 24 horas al día, 7 días a la semana, el Departamento de Sanidad calculó que el coste de gestionar esta atención con los nuevos contratos costaba unos 9.500 libras. Distribuyó recursos entre los PCT de acuerdo a estos cálculos pero el coste real - los 392 millones - equivalían a 13.000 libras por cada equivalente a un médico con atención completa. En ese momento, la mayoría de los nuevos proveedores eran médico de familia o grupos de ellos, aunque varias empresas privadas estaban comenzando a competir por los contratos.

El informe señalaba que la falta de experiencias de los PCT en gestionar y proporcionar servicios fuera horario y la falta de datos fiables sobre demanda o costes obstaculizaron su capacidad de gestionar económicamente los contratos⁷³. El proceso de contratación estaba plagado de una falta de información en los servicios que serían prestados, confusión sobre las competencias de los proveedores fuera de horario, o disputas entre los PCT y los futuros proveedores sobre costes y riesgos. Como consecuencia, la gran mayoría de PCT carecían de contratos firmados en el plazo previsto y por ello contrajeron “riesgos legales y operativos importantes”.

⁷² *ibid*

⁷³ NAO (2006) *The Provision of Out-of-Hours Care in England*. London: House of Commons National Audit Office.

A finales de 2005, el 60% de los PCT no habían realizado procesos competitivos de concursos públicos, aunque los contratos que no habían sido concedidos por medio de un concurso libre no habían demostrado ser ni más costosos, ni mostrado una peor calidad⁷⁴. El informe indicaba listas de espera más larga y que muchos proveedores no se ajustaban todavía a los estándares nacionales de calidad.

Los PCT estaban contratando servicios de médicos de familia del NHS, de NHS Direct (un servicio de apoyo telefónico) y cada vez más de proveedores comercial, así como proporcionando algunos servicios por sí mismos. Muchos PCT contrataron diferentes servicios a diferentes proveedores, aumentando los costes de negociación y gestión de contratos. Se esperaba que el incipiente proceso por el cual había menos personal cualificado en la atención fuera de hora, terminara por ahorrar costes. Esto parece de nuevo, un gesto que deriva recursos de la atención sanitaria a las transacciones administrativas.

Poco después de que la atención fuera de horario se desligara de los contratos de los médicos de familia, surgieron importantes dudas acerca de la calidad del nuevo servicio, sometido al escrutinio público. Según la asociación de médicos Medical Defence Union, mientras que en 2005 y 2006 las quejas sobre este servicios habían ascendido a 337, en 2007 y 2008 éstas ascendieron a 517.

La causa más común para presentar una queja, según Public Accounts Committee, que denominó a este proceso de transición como “caótico” era la imposibilidad del paciente en ver a un médico. Varios casos importantes fueron dados a conocer por la prensa nacional. La RCP Taskforce atrajo la atención sobre las serias deficiencias de la atención fuera de hora en 2007; y la NHS Alliance que representa a profesionales del NHS que no trabajan en hospitales, abogó por el restablecimiento de la atención 24 horas de los médicos de familia en 2008⁷⁵.

Los problemas que subyacen en el aumento de escándalos y tragedias eran entre otros: los bajos niveles de personal; la falta de continuidad en el tratamiento que un paciente recibía de estos proveedores (tratando como episodios independientes varias llamadas de un mismo paciente, o fallando en comunicar y compartir información con otros proveedores o con su médico de familia)⁷⁶; y falta de familiaridad con el área geográfica en el que se encuentran los pacientes, teniendo como consecuencia un retraso en el servicio, habiendo una gran parte del personal contratado por el proveedor no solo de fuera del área local si no de fuera del país.

Thomsons Solicitors informaron de un caso concreto en el que una madre de 41 años habría muerto tras consultar a ocho médicos distintos en el nuevo sistema de atención fuera de horario. En cada contacto el caso había sido tratado como un caso nuevo sin compartir información en absoluto entre los que la trataron. Un informe posterior señaló que la práctica de una “red de seguridad”, por la cual debería haber habido un seguimiento tras la primera consulta fue claramente ignorada⁷⁷.

El caso que recibió más atención mediática fue la muerte de David Gray de 70 años de una sobredosis de diamorfina administrada por Dr Ulbani, un médico con base en Alemania contratado por la empresa llamado Take Care Now. La consiguiente investigación llevada a cabo por el regulador de calidad, la Care Quality Commission, o comisión de calidad, encontró que esta empresa, muy dependiente en médicos

⁷⁴ *ibid*

⁷⁵ NHS Alliance (2008) Return out-of-hours care to GP's, *BBC News*, 9th April

⁷⁶ Womack, S. (2007) Brown: NHS needs better out of hour care. *Daily Telegraph*. 26May; PAC (2006) op cit

⁷⁷ Thomsons Solicitors (2008) GP out of hours service - Fatal Flaws? NOV

extranjeros: no había tenido en consideración un aviso anterior, consecuencia de dos sobredosis casi fatales, por un médico con más experiencia sobre las consecuencias de un protocolo pobre en la administración de ciertos medicamentos y que podría ocasionar finalmente la muerte de un paciente; la empresa priorizó su estrategia de negocio, en su expansión y en su reducción de costes a costa de la atención clínica, había tolerado niveles muy bajos de personal, había pagado a los médicos la mitad que los servicios de alrededor; y había proporcionado información equívoca al PCT responsable de su contratación, incluyendo el falseamiento de las listas de pacientes para dar la impresión de una mayor actividad.

El consejo de administración de la empresa consideraba que los turnos sin personal completo eran una estrategia para la reducción de costes y raramente consideraba el impacto de turnos con bajo personal en la cara de trabajo y el riesgo para personal y pacientes⁷⁸.

El caso reveló que la tragedia de la muerte de David Gray no podía ser achacada ni a una empresa irresponsable, ni un médico incompetente. Las averiguaciones de la administración apuntan a problemas del sistema.

El “mercado” de la atención fuera de horario aumentó rápidamente cuando el 90% de los médicos de familia deshechó prestar este servicio. Sin embargo, para los PCT este servicios no era un prioridad; no tenían suficiente capacidad para supervisar al proveedor; los responsables de esta supervisión no entendían los servicios que supervisaban, los informes de rendimiento, o los requisitos nacionales de calidad; no existía la capacidad adecuada de los PCT para informar sobre médicos negligentes; Dr Ulbani había sido admitido en la lista de un PCT (lo que significaba que podía trabajar en cualquier lugar del Reino Unido) sin referencias, o sin haber comprobado su competencia lingüística.

Por parte del NHS, no había competencia adecuada para la supervisión de ese mercado ni en la contratación ni en la garantía constante de la calidad; por parte de las empresas, la concentración residía en ganar nuevos contratos y explotar al máximo las oportunidades comerciales⁷⁹.

La tragedia no puede explicarse simplemente con la incompetencia de un doctor o los problemas derivados de traer médicos “extranjeros”. Por supuesto, no ayuda que el inglés del médico fuera limitado y que la diamorfina no se usara comúnmente en Alemania, así como que el médico debería estar cansado después de volar para cubrir sus turnos.

Sin embargo, la actuación de Take Care Now no gira en torno a un solo médico si no sobre la actuación del consejo de administración en su estrategia de negocios, gestión de operaciones, gobernanza clínica y apoyo al personal. El consejo no estaba dirigido por un médico extranjero de inglés cuestionable, si no por médicos de familia del NHS. De acuerdo a un informe publicado en el periódico en julio de 2010, la empresa era dirigida por cinco médico de familia y otros dos individuos todo ellos accionistas de la empresa (Smith and Bingham, 2010).

El directo médico de Take Care Now era un médico de familia del NHS y previamente consejero de la Healthcare Commission, la precursora del CQC. Tenía un número

⁷⁸ Care Quality Commission (2010) *Investigation into the out-of hours services provided by Take Care Now*. London: Care Quality Commission; Smith, R. (2010) Company that employed Dr Daniel Ubani “cut corners” for profit: report. *Daily Telegraph* 16th July

⁷⁹ Care Quality Commission (2010) op cit

importante de puestos de nivel nacional, incluyendo en el Departamento de Sanidad, El Real Colegio de Médicos y el Instituto Nacional para la Innovación⁸⁰. El problema no parece entonces la cualificación profesional y la experiencia de los individuos si no la estructura y la dinámica de los procesos en los que están trabajando.

En el momento del informe, dos de los médicos de familia estaban todavía gestionando servicios fuera de horario para el NHS de una empresa llamada Suffolk Integrated Healthcare. Ésta se estableció en noviembre de 2009 y según el registro tenía un nombre anterior, "Take Care Now Ltd." Su director es Mr Andrew Philip Gardener quien también está asociado a otras empresas del sector sanitario, incluyendo Harmoni HS Limited, que está inscrita en la misma dirección y proporciona servicios sanitarios fuera de horario a 7 millones de pacientes en todo el Reino Unid. Su página web se jacta de su deseo de trabajar con médicos de familia y gestores sanitarios para gestionar la demanda, reduciendo las remisiones a la atención especializada.

Reconfiguración, acceso a la atención primaria y el sector privado.

El segundo y tercer camino por el cual las empresas privadas podrían intentar entrar en la atención primaria del NHS se superponían. Tenían que ver con el acceso a la atención primaria por un lado y con la "integración" de los servicios por el otro. La primera incluía tanto áreas con escasez de médicos - partes de un condado o ciudad que tenían especial dificultad en atraer médicos de familia - como la extensión de horarios hasta las 20'00. La segunda relacionada con la creación de policlínicas o centros de salud siguiendo el análisis del profesor Sir Aza Darzi sobre la atención sanitaria en Londres.

Extendiendo los horarios de atención y creando nuevos puntos de acceso a la prestación de atención primaria.

Como otros aspectos de la atención sanitaria, la atención primaria debería mejorar el acceso para los pacientes. La Ley de Atención Primaria de 1997 permitió experiencias piloto sobre nuevos métodos de acceso a la atención primaria como servicios dirigidos por enfermeros. Estos nuevos métodos incluían NHS Direct (un servicios telefónico que proporcionaba consejo a los pacientes, en parte pensado para desahogar las emergencias) y unos 97 centros con enfermeros experimentados que ofrecían tratamiento para pequeñas heridas y enfermedades.

Estos centros ofrecían normalmente y sin cita previa un horario extenso de 7'00 a 22'00 para estos tratamientos sencillos. Algunos estaban situados juntos a servicios de accidentes y emergencias; deberían proporcionar un servicios complementario y no competir entre sí. Algunos de estos fueron contratados a Care UK⁸¹, que en el año 2011 estaba gestionando 14 de estos centros en Inglaterra. Otros centros de prestación de atención primaria, como cooperativas o asociaciones de médicos de familia, se colocaron también junto a servicios de emergencias reflejando el énfasis en reducir la demandad de los servicios de emergencias.

Ha habido pocas evaluaciones de estas nuevas formas de prestación de atención primaria. Sin embargo, varios estudios han encontrado lo siguiente. Mientras que NHS Direct no consiguió reducir la asistencia a los servicios de emergencia, la localización de las cooperativas de médicos de familia junto a los servicios de emergencia sí que lo consiguió. Los tiempos de espera para pequeñas heridas era generalmente menor que

⁸⁰ National Institute for Innovation and Improvement

⁸¹ G Rivett (n.d.) National Health Service History, nhshitory.net

en los servicios de emergencia; el nivel de la atención prestada fue considerado igualmente bueno⁸².

Una evaluación de seis centros localizados cerca de estaciones de tren que habían sido contratados a proveedores independientes encontró que la actividad era baja mientras que sus costes eran elevados⁸³. Estos centros redujeron o al menos no aumentaron la demanda del servicios de emergencias⁸⁴. Mientras que la calidad de la atención en estos centros ha sido generalmente buena, su coste y efectividad no ha sido demostrado, tienden a atraer a los más acomodados y no han reducido notablemente la afluencia a los servicios de emergencia⁸⁵.

El Plan del NHS estableció el objetivo de 48 horas para tener acceso a un médico de familia (y 24 horas para ver a un profesional sanitario), a conseguir en 2004. A los médicos de familia también se le instó a desarrollar “intereses especiales” para aumentar la probabilidad de que los pacientes fuesen tratados en el ámbito de la atención primaria en la medida de lo posible sin necesidad de remitirlos a un hospital (a través por ejemplo de concentrarse en enfermedades cutáneas, o diabetes). El informe actualizado del Dr Collin-Thome’s⁸⁶ en 2004 indicaba que estos objetivos de acceso se habían conseguido en la gran mayoría de los casos⁸⁷.

Sin embargo, la presión sobre los médicos de familia permaneció. Una encuesta de enero de 2007 informó de que el 12% de los entrevistados no tuvo acceso a su médico de familia en 48 horas, mientras que un 41% tuvo acceso a su médico en menos de 24 horas, en aumento respecto al 27% de 2002/3. La encuesta indicó que dos tercios de los pacientes aceptarían que los consultas cerrasen ciertas horas del día para abrir fuera de los horarios tradicionales; un tercio de los entrevistados indicó que su horario preferente sería de 18’00 a 21’00; mientras que un 29% preferiría que se abriese los sábados. El departamento de sanidad y algunos diputados ejercieron presión sobre los médicos de familia para extender sus horarios de apertura en a finales de 2008, alrededor de la mitad de las consultas ofrecían horarios extendidos por las noches y los fines de semana (Ham, 2009).

Áreas con déficit de médicos.

La hoja de ruta publicada por el gobierno en 2006, Nuestra Salud, Nuestra Atención, Nuestra Decisión (Our Health, Our Care, Our Say) indicaba que la política de libre elección y diversidad de proveedores que ya estaba en marcha en la atención especializada y hospitalaria se extendería también a la atención primaria. Reforzó los incentivos para las consultas de medicina familiar que quisieran expandirse y animó a nuevos proveedores a entrar en el NHS para cubrir las necesidades de áreas con escasa cobertura médica.

⁸² Rob Crouch (2010) Advanced Nsg Practice - UK Walk in Centres - A success story? Unpublished presentation.

⁸³ O’Cathain, A., Coster, J, and Salisbury, C. (2010) Do walk-in centres for commuters work? *British of General Practice* 59; 569: 383-389

⁸⁴ Salisbury, C., Hollinghurst, S., Montgomery, A., Cooke, M., Munro, J., Sharp, D. and Chalder, M. (2007) The impact of co-located NHS walk-in centres on emergency departments. *Emergency Medicine Journal* Vol.24 (no.4) pp. 265-269

⁸⁵ See Also R Lewis (2006) A new direction for NHS community services, *BMJ* 0.332(7537); Feb 11, 2006; Salisbury C, Munro J. Walk-in centres in primary care: a review of the international literature. *British Journal of General Practice* 2002; 53: 53-9

⁸⁶ Dr Colin-Thome (2004) A responsive and high quality local NHS. The primary care progress report 2004 London: DH

⁸⁷ Roland M, Commentary; General practitioners with special interests - not a cheap option.

Por primera vez, empresas privadas podrían abrir consultas de medicina de familia. Al contrario que los gestos en favor de la extensión de los horarios, estas iniciativas atrajeron una importante oposición popular.

Después de un considerable retraso, el Departamento de Sanidad firmó su primer contrato con una empresa privada para gestionar una consulta de medicina de familia en mayo de 2006, cuando Care UK obtuvo el derecho de proporcionar servicios de atención primaria a 7.200 pacientes en Dagenham⁸⁸.

Una iniciativa similar en otro lugar del país dio lugar a una mediática campaña para impedir que UnitedHealth Europe (UHE, la filial europea de UnitedHealth Group, una enorme multinacional con sede en Minnesota y la empresa médica más rentable de los Estados Unidos proporcionando seguro médico a más de 70 millones de americanos), gestionara el centro de salud local de Langwith, un deteriorado pueblo en Derbyshire.

El PCT correspondiente había sacado a concurso la gestión del centro y se hallaba en proceso de evaluar cada propuesta presentada. Según una propuesta rival, a pesar de que UHE carecía de personal, de servicios en funcionamiento, de experiencia en prestar servicios de atención primaria en el Reino Unido, carecía de conexiones con el área local y no había entrado en contacto con los representantes de la comunidad local, obtuvo la máxima puntuación por “experiencia demostrada en proporcionar servicios de atención primaria” y “referencias involucrando al público y al paciente” y fue elegida como la propuesta preferida⁸⁹.

Médicos de familia locales con un equipo multidisciplinar y fuertes conexiones con el área local y que habían construido su propuesta a través del compromiso local, ni siquiera fueron preseleccionados. La campaña resultó con una sentencia favorable del Tribunal Supremo para la campaña de protesta, liderada por un médico de familia local y un representante político debido al fallo del PCT en consultar adecuadamente a la opinión pública. El PCT fue obligado a sacar de nuevo la propuesta a concurso, eligiendo de nuevo una empresa privada, pero esta vez con sede en el Reino Unido.

Otra campaña con éxito tuvo lugar en Washington en el Nordeste de Inglaterra cuando activistas de distintos orígenes políticos olvidaron sus diferencias para garantizar que un centro local quedará en manos de dos respetados médicos de familia de la zona. En Camden en Londres, una campaña de gran eco mediático tuvo lugar durante varios meses para impedir que tres centros de salud fueran gestionados por sendas empresas privadas.

De nuevo, la naturaleza de la “consulta pública” llevada a cabo por el PCT fue puesta en duda. La protesta no tuvo éxito y la gestión de los centros de salud fue contratada a UnitedHealth UK en 2008 en parte porque su propuesta indicaba un coste de 70 libras por paciente y año, recortando el coste de una propuesta rival liderada por médicos de familia locales que calculaban 100 libras por persona. A pesar del fracaso en este caso, la campaña de protesta continuó con otras políticas de privatización y comercialización implantadas en la zona.

En otras zonas, había pocas ejemplos de protestas públicas de este tipo en áreas cuyos centros de salud estaban gestionados por empresas privadas. UnitedHealth obtuvo su primer centro de salud del NHS cerca de Langwith con poca repercusión en 2006. Asda y Sainsbury's, dos cadenas de supermercados, llevaron a cabo la experiencia piloto de

⁸⁸ Daily Telegraph (2006) Open Wide: Why business is being invited to run GP surgeries, *Daily Telegraph* 28th May.

⁸⁹ Barrett, E. (2006) Killing us softly, *Health Service Journal*, 3rd March

proporcionar espacio para consultas por la tarde y noche a médicos locales. Las áreas con menor ratio de médicos de familia solían ser áreas de mayor pobreza y con peores indicadores económicos y sociales.

Las iniciativas del gobierno avanzaron en noviembre de 2007 cuando el entonces ministro de sanidad Alan Johnson, anunció un plan para abrir 100 nuevos centros de medicina de familia en áreas con déficit de estos servicios en los siguientes tres años. Un presupuesto de 250 millones de libras apoyaría esta iniciativa. Esto siguió a los resultados y averiguaciones de un estudio sobre la atención sanitaria en Londres.

El profesor Sir Ara Darzi, un cirujano y pionero en técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas obtuvo el encargo en 2006 por parte del NHS-Londres de desarrollar una estrategia para cubrir las necesidades sanitarias de los londinenses en los siguientes 5-10 años. Uno de los resultados más importantes de su investigación, publicada en julio de 2007, fue la propuesta de establecer una red de “policlínicas”. Éstas permitirían la integración de la atención primaria y la atención especializada, uniendo servicios tradicionalmente prestados en centros de medicina familiar y algunos servicios prestados en el ámbito de la atención especializada como la gestión de enfermedades crónicas, diagnósticos y tests u operaciones quirúrgicas sencillas.

Junto a esto, Darzi recomendó mejor acceso fuera de horario a los médicos de familia, atención a las áreas que presentaban un déficit importante de médicos y el desarrollo de centros de atención urgente (a partir de unidades de accidentes y emergencia venidas a menos). Para muchas de estas iniciativas, dirigió su atención al sector privados para obtener soluciones.

El sistema de policlínicas, cada una de las cuales debería ser lo suficientemente grande como para fusionar varios centros de medicina de familia, supondría una reorganización importante de la prestación de atención primaria en Londres, donde se establecerían 150 nuevas policlínicas a un coste de 3.100 millones de libras. Ya que proveedores privados podrían competir por establecer estas policlínicas, el plan podría claramente desestabilizar la red existente de médicos de familia.

Sin embargo, también se podría discutir su influencia desestabilizadora para los hospitales londinenses, al trasladar un 40% de las consultas a especialistas fuera de los hospitales privaría a los hospitales de unos 330 millones de libras en el sistema de Pago por Resultados⁹⁰. Las primeras siete policlínicas abrieron en Londres en abril de 2009.

Al mismo tiempo, el NHS dio instrucciones a los PCT para establecer 115 nuevas policlínicas en todo el país para el años 2011/12. Sin embargo, el plan fue paralizado por el nuevo ministro de sanidad cuando el gobierno de coalición tomó el poder.

Se consideraron tres modelos de policlínicas. El primer modelo consistía en una agrupación de consultas en un mismo centro proporcionando servicios convencionales de medicina general, un amplio abanico de servicios dentro de la atención primaria y algunos servicios correspondientes al ámbito de los especialistas.

El segundo modelo - “virtual super surgery” - preveía a profesionales trabajando desde sus consultas actuales, pero compartiendo protocolos, información y remitiendo a los mismos especialistas, contando además con instalaciones compartidas para servicios de

⁹⁰ Lister, J. (2008) *The NHS after 60: For Patients or Profit?*. Middlessex University.

atención primaria y diagnósticos y pruebas, o bien en sus consultas en un centro de “recursos y tratamientos”⁹¹.

Un tercer modelo, el “hospital policlínico” es identificado por Kay⁹² y considerado por él como el más controvertido. Él insinuó que NHS-Londres planeaba contar con una policlínica junto a cada unidad de emergencias en Londres en competencia directa con centros de salud existentes.

Baron Darzi, en ese momento un diputado en la cámara de los Lores, obtuvo el encargo por parte del primer ministro Gordon Brown, para conducir estudios similares en las otras nueve áreas sanitarias de Inglaterra. Mucho de ellas, publicadas en verano de 2008, también apoyaban el modelo de las policlínicas. Sin embargo, antes de que esta nueva serie de informes fueran publicados, ya se esperaba de forma creciente que las policlínicas - o centros de salud como se les conocería - abrirían por todo el país.

Aunque el departamento de sanidad negó que estuviera imponiendo las policlínicas en el resto del país, anunció en octubre de 2007 que se invertirían 250 millones de libras en 150 centros de salud en todos los PCT en Inglaterra y que se establecerían 100 nuevos centros medicina de familia. Aunque el departamento de sanidad insistía en que estos centros complementarían a los existentes, la política fue percibida como un nuevo paso en las imposiciones del gobierno central, insuficientemente armonizadas y estudiadas como para mejorar las circunstancias y necesidades locales.

Además, se esperaba que los PCT usaran el modelo de contrato para proveedores alternativos, invitando a la participación de empresas privadas. La iniciativa atrajo mucha oposición, incluyendo la BMA que consideraba que las nuevas policlínicas obligarían a cerrar numerosas consultas de médicos de familia a pesar las garantías del departamento de sanidad. Una petición de la BMA aglutinó por encima de un millón de firmas en pocas semanas en 2008 y fue presentada a Downing Street.

Además, muchos habían comenzado a preguntarse si las policlínicas - o centros de salud como se les conocía a veces - mejoraban o impedían la accesibilidad. Varios observadores indicaron que concentrando los servicios en centros menos numerosos y de mayor tamaño, haría que ciertos servicios que hasta el momento habían estado disponibles en cada barrio, tendrían ahora un acceso más remoto para algunos pacientes, sobre todo en áreas rurales.

Los críticos creían que los pacientes no viajarían por servicios de atención primaria como viajaban para acudir a los hospitales⁹³ y que las consultas más pequeñas se adaptan mejor a las sutiles diferencias y necesidades de cada localidad⁹⁴. Exigiendo a los especialistas a viajar a las policlínicas sería un uso ineficiente de su tiempo. Mover ciertos servicios fuera de los hospitales a las policlínicas, afectaría a los recursos humanos y económicos de los hospitales y causaría problemas en la formación del futuro personal hospitalario⁹⁵. Además, existiendo consultas especializadas fuera de los hospitales, los médicos de familia y los hospitales estarían enfrentados en sus aspiraciones de negocio en el contexto de Pago por Resultados⁹⁶.

⁹¹ Dixon, M. (2008), Will polyclinics deliver real benefits for patients? Yes. *BMJ* 336: 1164, 22nd May; Finch, R. (2008) When is a polyclinic not a polyclinic, *BMJ* 336: 916 24th April 2008

⁹² Kay, S. (2008) Will polyclinics deliver real benefits for patients? *BMJ* No. 336: 1164, 22nd May

⁹³ King's Fund (2008) *Under One Roof: Will Polyclinics Deliver Integrated Care?*. London: King's Fund.

⁹⁴ Kay, S. (2008) Will Polyclinics deliver benefits for patients?, *BMJ* 336: 1164, 22nd May

⁹⁵ Roland, M (2008) Assessing the options available to Lord Darzi, *BMJ* 336:625-6 22nd March

⁹⁶ Roland, M (2006) Commentary: General Practitioner with special interests - not a cheap option. *BMJ* 331: 1448-9

Los investigadores concluyeron que si bien esto podría beneficiar sobre todo a pacientes con enfermedades crónicas proporcionándoles esencialmente todos los servicios en un centro único, en la práctica los beneficios de estos centros serían difíciles de realizar. Los centros no funcionan mejor simplemente porque diferentes profesionales hayan sido puestos a trabajar juntos y no existen evidencias que indiquen que los centros más grandes y diversos funcionan mejor que los más pequeños.

Ed profesor Martin Roland también cuestionó la fusión de las consultas en centros de salud⁹⁷. Percibió que los pacientes puntuaban más alto a las consultas pequeñas tanto en términos de acceso como de seguimiento; aunque sus indicadores de calidad eran muy variados, de media, las consultas pequeñas alcanzaban índice más altos de calidad de acuerdo a los estándares del marco QOF. La libre elección del paciente, por ejemplo, también se vería condicionada si los servicios de medicina de familia se concentrasen en centros de mayor tamaño pero menos numerosos.

En cuanto a la prestación de atención de especialistas, Roland repitió la observación del King's Fund que indicaban que traer a los especialistas a las distintas policlínicas podría ser ineficiente, y añadió que las investigaciones sugieren que se mejora el acceso a los especialistas cuando éstos ofrecen servicios adicionales. Estos servicios han obtenido una puntuación muy elevada aunque especialistas y médicos de familia comienzan a mostrar preocupación por la calidad de algunos servicios nuevos.

Muchos centros de salud han sido contratados a empresas del sector independiente. En la ciudad de Leicester en las English Midlands, el centro de salud ha sido contratado a una empresa cuyo origen es la apoyo a miembros de los servicios armados y sus familias y sin ninguna experiencia previa en la prestación de atención sanitaria. En el condado de Leicestershire el centro de salud de día fue contratado a UnitedHealth Primary Care.

Este centro de salud levantó la oposición local: por un lado por parte de pacientes y residentes preocupados por su localización y la cantidad de dinero que tendría que ser destinada a renovar las instalaciones para UnitedHealth, y por otra parte de los médicos, que temían perder pacientes, y por lo tanto ingresos, ya que el nuevo centro atraería pacientes con mayor posibilidad de movimiento que buscasen un acceso más sencillo - sobre todo los jóvenes trabajadores.

La "demanda" por un nuevo centro de salud surgió en parte de la comunidad estudiantil de la universidad local, y en particular de los estudiantes de otros países. Al mismo tiempo que UnitedHealth competía por el centro de salud del condado, consiguió el contrato para abrir un nuevo consultorio de medicina de familia en la ciudad. Aquí también, incluyó la adaptación a las necesidades de los estudiantes en su campaña de marketing. Aunque los estudiantes tienen una necesidad especial en servicios de salud sexual y las mujeres jóvenes en servicios de salud reproductiva, son un sector relativamente sano de la sociedad y por ello relativamente "barato" de tratar.

La preocupación de otros médicos de familia es que el nuevo centro podría acarrear con los pacientes relativamente baratos y fáciles de tratar, y les dejaría a ellos con una desproporción de enfermos crónicos y pacientes ancianos, pero en una posición financiera debilitada. Algunos médicos de familia se quejaron de que aunque los nuevos consultorios se justificaron con criterios de déficit de médicos en determinadas áreas, solo se podría haber obtenido este cálculo, excluyendo los médicos contratados por algunos médicos de familia de estos cálculos.

⁹⁷ Roland, M. (2008) Assessing the options available to Lord Darzi, *BMJ* 336: 625-6 22nds March

De hecho, era improbable que ni el centro de salud ni el consultorio de medicina general fueran la recompensa principal para UnitedHealth. En 2007, el gobierno anunció una política para incluir empresas privadas en el proceso de adjudicación y gestión.

El nuevo marco para conseguir apoyo externo para la adjudicación (FESC)⁹⁸ permitía a los PCT subcontratar a terceros algunas de sus funciones de una lista de catorce empresas. La lista incluía algunas de las empresas más grandes del mundo de seguros sanitarios privados, incluyendo UnitedHealth y Aetna. Mientras que gestionar un consultorio o un centro de salud canalizaría unos cuantos millones de libras hacia una empresa privada, un papel en la adjudicación abría la posibilidad de acceder a miles de millones. Adquirir el contrato para gestionar el centro de salud y el consultorio de Leicester y Leicestershire pueden ser vistos como un medio para introducirse en el NHS con vistas a conseguir un contrato para “asistir” en las labores de adjudicación de contratos.

Servicios locales y “externalización”.

Commissioning a Patient-Led NHS, un informe publicado por el departamento de sanidad en 2005, anunció que los PCT perderían las responsabilidades de prestar servicios que todavía tenían. En su lugar, los servicios locales que ofrecían como las visitas a domicilio, podología y muchas formas de terapia como logopedia o fisioterapia serán transferidas fuera del NHS a otras organizaciones. La política fue muy controvertida desde su anuncio en el Parlamento durante las vacaciones de verano.

El furor que siguió fue incrementado porque la política no había sido presentada al público en la campaña electoral que había tenido lugar solo un par de meses antes. Tal fue la oposición de sindicatos profesionales y asociaciones, que la política afrontó un informe judicial impuesto por el tradicionalmente poco combativo Royal College of Nursing, y el secretario de estado se vio obligado a dar marcha atrás durante ese año y anunció que las decisiones sobre la configuración del carácter los servicios a la comunidad se tomarían en cada PCT.

A pesar de esta marcha atrás, el departamento se mantuvo fiel a sus objetivos. Los servicios locales serían objeto de comercialización. Esto suponía la separación completa de los proveedores de servicio por un lado, y una organización autónoma por otro, de modo que los PCT eran ahora órganos exclusivamente gestores y adjudicadores de servicios pero no proveedores, y podrían contratar a proveedores rivales que ofreciesen servicios más diferenciados y más innovadores. La gestión en este contexto facilitaría el desarrollo de nuevos caminos en el proceso de atención sanitaria, servicios integrados, la transferencia de algunos servicios hospitalarios al ámbito local, y de este modo la reconfiguración de los servicios sanitarios.

En la práctica, aunque los PCT consiguieron establecer su lado proveedor como una entidad autónoma, la mayoría no consiguieron separarse completamente del nuevo proveedor y adquirir el estatus de identidad legal independiente aún cuando el laborismo dejó el poder en mayo de 2010. El proceso fue lento no solo por sus dificultades inherentes, si no también por la acción de los sindicatos, las complicaciones técnicas, y según se acercaban las elecciones generales por la necesidad de los laboristas de mantener el núcleo duro de su electorado. Uno de los obstáculos que se afrontaban era la aplicación del IVA (la tasa común del 17.5%) a toda Empresa de nueva creación que surgiera de la separación de la organización proveedora.

⁹⁸ Framework for procuring External Support for Commissioning

Practice-based Commissioning (PBC)

Aunque el gobierno laborista abolió el fundholding cuando llegó el poder, una variante fue reintroducida en 2005. Practice-based commissioning (PBC) era un intento de atraer a los médicos - especialmente los profesionales cuyas decisiones influían en gran medida en el gasto del NHS - en el proceso de adjudicación de contratos. Los propósitos de esta medida eran involucrar a los médicos en el proceso de adjudicación, desarrollar alternativas a la atención hospitalaria y garantizar un mejor uso de los recursos.

Los médicos se involucraron con el PCT para planificar los servicios locales y crear nuevos caminos hacia el tratamiento con el nuevo PBC, los centros dispondrían de un “presupuesto indicativo” que debería reflejar el nivel de necesidad que representaban sus pacientes: en otras palabras, podrían tomar decisiones respecto a la adjudicación de servicios pero el presupuesto real sería gestionado por el PCT.

La implantación de la política fue muy lenta, mostrando niveles muy bajos de interés por parte de los médicos⁹⁹, aunque fue reforzada con el lanzamiento en diciembre de 2007 de World Class Commissioning, que establecía explícitamente que los “médicos que trabajasen con PCT y médicos de especialidades en las labores de adjudicación, liderarán el trabajo decidiendo los objetivos clínicos del NHS. También juegan un papel fundamental para los PCT en evaluar las necesidades locales, ayudando a decidir las prioridades locales, diseñando el modelo de atención y proporcionando un feedback fiable sobre el comportamiento de los proveedores”¹⁰⁰.

Dado el gran número de iniciativas y reorganizaciones que caracterizaron el periodo del laborismo en el poder, algunos médicos dudaron de que esta iniciativa se mantuviera en el tiempo y los problemas que surgieron de los precios en el nuevo mercado obstaculizaron la toma de decisiones. Algunos percibieron que delegar el presupuesto, aunque de manera ficticia, a nivel de las consultas y médicos de familia, podría obstaculizar la reorganización - y las prioridades impuestas a nivel nacional también podrían dificultar los intentos locales de centrarse en determinados servicios¹⁰¹. Además, los encargados de las adjudicaciones se dieron cuenta de que la pluralidad de proveedores que existía cada vez más en el mercado y las “reglas de la competencia” que habían venido evolucionando significaban que sus decisiones se verían afectadas por un escrutinio mucho mayor.

Ciertamente, en el año 2008, un seminario para discutir la política organizada por la NHS Confederation, que representa gestores en el servicio sanitario, encontró que PBC había levantado mucho menos entusiasmo e interés entre los médicos que el levantado 15 años antes por el GP fundholding¹⁰². Los participantes en el seminario recalcaron el deseo de involucrar a un buen número de profesionales incluyendo a los médicos de especialidades y hospitales, la importancia de una fuerte dirección clínica en las labores de adjudicación y una formación adecuada y desarrollo profesional para adquirir las habilidades necesarias para comprometerse con el PBC.

Existe sin embargo otra dimensión en este desarrollo en los procesos de adjudicación que tiene que ser estudiada. La mezcla de las responsabilidades de los PCT con el deseo de externalizar o transferir tareas a otras organizaciones (incluso si esto no sucedió

⁹⁹ See Audit Commission (2007) *Putting Commissioning into Practice Implementing practice-based commissioning through good financial management*. London: Audit Commission; and King's Fund (2008) *Practice-based Commissioning: Reinvigorate. Replace or Abandon?* London: King's Fund.

¹⁰⁰ Department of Health (2008) *World Class Commissioning: Frequently Asked Questions*. London: Department of Health

¹⁰¹ NHS Confederation (2009) *Practice-based commissioning: Discussion Paper*. London: NHS Confederation

¹⁰² NHS Confederation (2009) *op cit*

hasta un año después de la salida de laborismo del poder cuando el personal se transfirió a otras organizaciones dentro del NHS en lugar de configurarse como una Empresa Social que había sido el plan inicial de los laboristas), la implantación de PBC y el consiguiente lanzamiento de la World Class Commissioning eran todo intentos de reorganizar el proceso de adjudicación de contratos para fomentar un mercado completamente estructurado.

Los encargados de adjudicar los contratos recibieron instrucciones de encontrar métodos para transferir servicios fuera de los hospitales del NHS a una pluralidad de proveedores en el ámbito de la atención primaria y los centros locales. La adjudicación de contratos fue usada de esta forma como método para reconfigurar los servicios y alcanzar un modelo más avanzado de un mercado sanitario con pluralidad de proveedores.

A esta mezcla se le añadió la FESC, discutida en el capítulo Mercados, y mencionada también en este capítulo, mediante el cual una lista de catorce empresas privadas pudieron participar en el proceso de adjudicación de contratos y evaluación de propuestas. Esto permitió más concretamente que corporaciones privadas, varias de las cuales eran empresas de seguros sanitarios privados con sede en los Estados Unidos, participaran en decidir qué servicios estarían disponibles para los pacientes del NHS.

Conclusiones.

La atención primaria se ha convertido no solo en un pilar central si no también en motor de cambio en el seno del NHS. Ha sido importante en los intentos llevados a cabo por varios gobiernos para gestionar la demanda de servicios del NHS y se ha usado como canal en la reforma hacia un sistema de mercado. Estas amenazas se complementan alarmantemente en las nuevas reformas del servicio sanitario descritas por el nuevo gobierno de coalición y discutidas en el capítulo Coalición de Gobierno.

La Atención Primaria española aun puede mejorar

Luis Palomo. Unidad de Docencia e Investigación. Servicio Extremeño de Salud. Cáceres (España). Director de “*Salud 2000*”

Introducción

La atención primaria española (AP) es un eslabón de la organización asistencial y de la prestación de cuidados que funciona con eficacia, que la sociedad valora positivamente (tanto ciudadanos, como administradores y profesionales) y que tiene unos costes soportables para la financiación pública, sobre todo cuando se compara con los costes hospitalarios del propio país y con los recursos que le dedican los países de un entorno socioeconómico similar.

Los indicadores sanitarios han mejorado gracias a la AP, por su universalidad, accesibilidad, amplias prestaciones y gratuidad. Así, por ejemplo, han disminuido el porcentaje de niños con bajo peso al nacer, la mortalidad neonatal e infantil y la mortalidad postneonatal, y se ha incrementado la esperanza de vida al año, la esperanza de vida a los 15, 40, 65 y 80 años y los años de vida ajustados por calidad.

Desde el punto de vista administrativo, se ha racionalizado la oferta asistencial; se ha instaurado el trabajo en equipo; la historia clínica es una herramienta indispensable y compartida; ha aumentado el horario asistencial y la accesibilidad; se programa la asistencia; se han introducido criterios de gestión en el proceso asistencial; se evalúa la calidad; se han introducido elementos de incentivación a los profesionales y mejoras en los sistemas de información.

Además, desde el punto de vista de la equidad, la universalización de la asistencia y la extensión de la AP han sido factores decisivos en la mejora de los niveles de equidad horizontal, porque el incremento de la estructura y la facilidad de acceso han permitido a las personas con menor renta y nivel de información compensar el infraconsumo de otros servicios.

Gran parte de las mejoras de la AP y de sus buenos resultados descansan en el esfuerzo de unos profesionales jóvenes y altamente motivados que se implicaron de manera entusiasta en el desarrollo de la reforma en sus inicios por los años 80 del siglo pasado. Sin embargo, el desánimo está haciendo mella en aquellos profesionales, otrora entusiastas y hoy abatidos y carentes de iniciativa. Entre otras razones, el determinismo tecnológico y la fascinación por la innovación han favorecido el crecimiento de la medicina hospitalaria, en detrimento de la financiación de la AP, que no suele rebasar el 14 % del presupuesto sanitario público, por eso, desde AP se reclaman mejoras en su financiación, y adaptar su organización y sus competencias clínicas para hacer frente al incremento y banalización de la demanda, a la burocracia y a la medicalización, para mejorar su capacidad resolutoria y para evitar el descontento de los profesionales^{1,2}.

Evaluaciones de la Atención Primaria Española

En los últimos cinco años han proliferado los análisis y las valoraciones sobre la situación de la AP española. El descontento profesional favoreció la aparición de un movimiento organizado, la “Plataforma 10 minutos”, que condensaba muchas de las quejas del sector en un slogan: disponer de al menos diez minutos para atender a cada paciente, porque la saturación asistencial, la masificación, estaba haciendo difícilmente soportable, desde el punto de vista científico y ético, mantener una calidad suficiente,

por falta de tiempo y medios, por exceso de burocracia, por carencia de medios diagnósticos, etc...

Algunas valoraciones fueron impulsadas por el propio Ministerio, a partir de la Estrategia AP21, y reproducidas parcialmente en algunas comunidades autónomas (CCAA); otras proceden de estudios al efecto (fundaciones, proyectos de investigación) y otras de organismos fiscales (tribunales de cuentas, etc...). Resumimos algunas de las conclusiones de estos trabajos que, en general, son coincidentes en cuanto al diagnóstico y las propuestas generales³⁻⁸.

La valoración global de la reforma de la AP es positiva, pues se ha mantenido la AP como un nivel definido de prestación de servicios, y se ha dotado de material y personal en forma homogénea a toda España, tanto en el medio rural como en el urbano. Sin embargo, esta homogeneidad ha sido excesiva, con escasa innovación y adaptación a las necesidades locales y a las nuevas necesidades de la sociedad española en particular (inmigración, por ejemplo) y de las sociedades desarrolladas en general (la medicalización de la vida diaria, por ejemplo).

La reforma cuenta con la aceptación social y el apoyo de la misma por las distintas opciones políticas que han gobernado el conjunto estatal y las CCAA a lo largo de las tres últimas décadas. Destaca, también, el establecimiento de la Medicina de Familia y Comunitaria como una especialidad, el trabajo a tiempo completo y en exclusiva de los profesionales, y la introducción de la historia clínica como herramienta cotidiana de trabajo. Por todo ello, la reforma aprueba tanto se mida por la opinión de los ciudadanos como por la comparación con los países mediterráneos de la Unión Europea.

Entre los errores destaca la falta de definición de los papeles de los distintos profesionales (lo que ha llevado a cubrir deficientemente aspectos esenciales de la enfermería, como el trabajo con crónicos a domicilio), y la ausencia de medidas pro-coordinación, pues la reforma se centró en los aspectos concretos de mejora de capacidad de la AP. También, la rigidez de un sistema muy burocrático que ha llevado al cansancio y hastío de los médicos, lo que compromete su futuro. A ello se suman las restricciones de financiación, que han conseguido el control del gasto sanitario, fundamentalmente a través de una escasa remuneración de los profesionales, y ha llevado al establecimiento de una corriente migratoria de médicos y enfermeras hacia países de nuestro entorno (que triplican los ingresos profesionales reales).

Las propuestas que se sugieren para la mejora de la reforma, la básica es mejorar la financiación del nivel de AP, con definición simultánea de objetivos y etapas para su cumplimiento (y establecimiento de un sistema de información nacional, autonómico y local que respete la confidencialidad y proteja el secreto médico).

También se propone la introducción de mayor flexibilidad que permita la experimentación y evaluación de formas nuevas de organización en las que el médico recupere autonomía, autoridad y responsabilidad social. Lo clave es mantener una financiación pública suficiente y generosa, y un nivel bajo de co-pago, pero la prestación podría derivar a fórmulas de mayor independencia profesional, con adecuados sistemas de control de calidad. En todo caso, habría que aumentar el personal auxiliar, en la consulta y en el área administrativa.

Es también fundamental que la enfermería recupere liderazgo en la prestación de cuidados, sobre todo en lo que respecta a crónicos a domicilio y en la coordinación con los servicios sociales.

La reforma debería introducir un fuerte componente pro-coordinación, pues es esencial para la salud del paciente, agudo y crónico. La coordinación entre primaria y especializada debe fundarse en el papel de filtro del médico de cabecera, de forma que los especialistas hospitalarios y ambulatorios tengan el papel de consultor que les corresponde. Además, la burocracia debería reducirse a un mínimo, tanto en lo formal como en lo conceptual. Ello implica el acceso directo a todas las pruebas diagnósticas, la desaparición de visados, y la simplificación de la prescripción y de la justificación de la baja laboral⁴.

Propuestas estructurales para fortalecer la atención primaria

Para que la AP alcance liderazgo tiene que proporcionar servicios eficientes y de calidad, en el tiempo correcto, el lugar apropiado y por profesionales competentes. Debe proporcionar la mayor parte de la atención cerca del domicilio del paciente, reservando los hospitales para los procedimientos altamente especializados.

Desde el punto de vista estructural, los cambios organizativos tendentes a favorecer la autonomía de los equipos de AP, hasta ahora han tenido escaso eco en nuestro país. Salvo experiencias aisladas (Asturias, País Valenciano), donde se dispone de un muestrario variado es en Cataluña. En la tabla 1 se reflejan ventajas e inconvenientes de los distintos modelos de gestión. En términos generales, los datos apuntan a una mayor satisfacción de los profesionales en los modelos autogestionados y a unos resultados equivalentes en datos de actividad, eficiencia y satisfacción ciudadana.

En cuanto a las reformas para incrementar los contenidos de la AP, en bastantes comunidades autónomas se han propuesto mejoras en el funcionamiento de los centros, con la intención de dotarlos de mejor acceso a pruebas diagnósticas porque, comparándonos con otros países del entorno, nuestros médicos de familia ofrecen menos polivalencia. Por ejemplo no atienden a los menores de 14 años ni suelen seguir a las embarazadas, derivan con mayor frecuencia al especialista casos que con tecnología, tiempo y formación podrían atender, y en cambio realizan tareas fácilmente delegables en personal administrativo o en otro personal sanitario⁹.

Otros inconvenientes tienen que ver con la falta de flexibilidad del horario de centros y de agendas profesionales, que ocasionan, por ejemplo, que aparezcan listas de espera para ver al médico, lo que contradice el principio de accesibilidad propio de la AP, y también el abandono de la atención domiciliaria. Este aspecto es llamativo en el caso de los pacientes terminales, cuya atención por AP no debería quedar reducida a un horario rígido.

La mayor parte de los acuerdos de mejora de la AP propuestos cuentan con un moderado respaldo profesional; contemplan avances en el equipamiento y en los recursos humanos, una eliminación relativa de las limitaciones de acceso a pruebas diagnósticas y la reducción de la burocracia, pero existen dudas sobre su cumplimiento¹⁰.

En cuanto a las iniciativas favorables a la coordinación con el nivel hospitalario, las revisiones realizadas muestran que las reformas que han modificado la relación entre médicos generales y especialistas han servido para mejorar la accesibilidad de los servicios y la satisfacción de los pacientes, pero no se ha demostrado impacto sobre la demanda derivada, sobre el coste de la atención, ni sobre los resultados en salud¹¹.

Innovaciones en el nivel organizativo

En realidad hay pocos datos obtenidos de la experimentación de modelos organizativos distintos al cuasi universal de una AP basada en centros de salud y en equipos de atención primaria. La información disponible procede de la diversificación de proveedores y autogestión de los equipos (modelo entidades de base asociativa) implantada en Cataluña. Los resultados asistenciales de las diferentes fórmulas de gestión son similares. Se comprueba que los equipos de las entidades que simultáneamente gestionan los hospitales del territorio tienen una mayor coordinación. En resumen, es la propia diversificación, es decir la ausencia de una situación monopolística en la provisión y la existencia de un cierto grado de competición entre modelos y empresas, más que las características de un determinado modelo, lo que ha estimulado la escasa mejora¹².

Otro tanto puede decirse de las iniciativas de incentivación mediante retribuciones variables, como el pago por resultados (*pay for performance*), o como la carrera profesional que han introducido casi todas las CCAA. Los incentivos modifican especialmente la conducta de aquellos profesionales que parten de posiciones más rezagadas; favorecen la picaresca; modifican sólo aquello que se evalúa; su promoción de la mejora desaparece cuando se alcanza las metas fijadas y su impacto sobre la salud de los ciudadanos es desconocido¹²⁻¹⁴. Se tiende más a rellenar determinadas casillas de la historia clínica que a mejorar la atención clínica.

Una mejora reconocida en España es el desarrollo de los sistemas de información, a pesar de que, todavía, los distintos sistemas de las CCAA no son interoperables y de acceso universal para todo el Sistema Nacional de Salud (SNS) y desde fuera de nuestras fronteras. Se puede destacar el avance en la informatización de las consultas y los proyectos de receta electrónica, que pueden mejorar la relación con el nivel especializado y reducir el trabajo burocrático, sin embargo la historia clínica compartida está muy retrasada

Atención Primaria y equidad

El acceso universal y gratuito a la AP tiene repercusiones beneficiosas en la disminución de las desigualdades sociosanitarias, de forma que reformas que limiten el acceso, o la oferta de servicios, o que impongan tasas o, simplemente, que reduzcan los recursos destinados al primer nivel asistencial, acabarán manifestándose a largo plazo en problemas de salud en las clases más pobres. En este sentido hay que llamar la atención sobre las desigualdades de financiación y equipamiento existentes entre las distintas CCAA españolas, porque seis años después de producidas las transferencias sanitarias, se constatan diferencias notables en el desarrollo de la AP, con mayores deficiencias en las CCAA conservadoras, como se refleja en la tabla 2. La capacidad resolutoria de los servicios de AP en las CCAA conservadoras puede ser inferior respecto de las progresistas por las limitaciones en la financiación, en la oferta de servicios, en la posibilidad de uso de tecnologías diagnósticas y en una mayor masificación de los cupos¹⁵.

Entre los países de nuestro entorno (UE de 17 países) no se puede determinar cuál es el mejor sistema sanitario para garantizar la equidad, en parte por los diferentes métodos de recogida de los indicadores sanitarios analizados¹⁶. En algunos de ellos, tanto con sistemas de salud basados en la seguridad social (Francia, Alemania), como basados en impuestos generales (Dinamarca, España, Italia, Inglaterra), se observan tendencias comunes en su AP, por ejemplo: 1/ otorgar a los médicos de AP función de “puerta de entrada” allí donde no la tienen; 2/ intervenir en el control del gasto sanitario

mejorando la AP; 3/ combinar capitación y salario en el pago a los médicos; 4/ favorecer la tendencia de los médicos a asociarse; 5/ tender a la cobertura universal, y 6/ reducir las camas de hospitalización de agudos¹⁷. En todo caso, se sugiere que las reformas deben soportarse en medias legislativas, en el buen gobierno, en la ejemplaridad ética y política que caracteriza el sistema sanitario y en el elevado nivel de confianza otorgado a sus profesionales por la ciudadanía.

Desterrar tópicos

La equidad también puede romperse mediante la introducción de medidas privatizadoras o de tasas (copagos). Para justificar esas medidas se manejan interesadamente cifras que achacan efectos exagerados sobre el coste de los servicios al envejecimiento, al cuidado de los pacientes crónicos o a la sobreutilización de servicios, con el ánimo de sembrar dudas sobre la capacidad asistencial de nuestro sistema sanitario y sobre su sostenibilidad económica.

En realidad las mejoras en las condiciones de vida y los avances en el cuidado de la enfermedad conducen a vivir más años y con mejor calidad, y a que los años vividos con enfermedad y discapacidad tiendan a concentrarse en los últimos de vida. De hecho, la evolución de los años de vida ajustados por discapacidad muestra escenarios donde tanto la esperanza de vida como la esperanza de vida libre de incapacidad han aumentado, es decir, el aumento de años se acompaña de un aumento de años libres de discapacidad¹⁸. Otros estudios reflejan que la mayoría de las personas mayores de 74 años siguen viviendo de manera independiente en la comunidad¹⁹.

En cuanto a las necesidades de cuidados domiciliarios, tanto profesionales como informales, por parte de los pacientes con peor estado de salud, los crónicos recluidos en su domicilio, se ha observado una tendencia a disminuir la utilización global de servicios con el incremento de la edad y del tiempo de confinamiento²⁰.

Sobre el envejecimiento es bueno recordar que para el año 2013 el crecimiento del gasto sanitario español atribuible al envejecimiento oscilará entre el 9,42 % y el 10,84 %, en el caso de un escenario económico moderadamente expansivo²⁰. En Andalucía el efecto previsto del envejecimiento de la población sobre la utilización de servicios sanitarios y del aumento de los precios provocará un incremento anual del gasto sanitario *per cápita* de un 5,6 por ciento en 2016²¹. Por tanto, el envejecimiento por sí solo no influirá en exceso en el crecimiento del gasto sanitario.

En cuanto al peso de la dependencia, también puede descender el número de dependientes por persona trabajando. Considerando población ocupada a los que tienen entre 20-64 años de edad y dependiente a la población entre 0-19 años y de 65 o más años, según la evolución prevista de la mortalidad y de las tasas de empleo en hombres y en mujeres, en 2008 el número de dependientes por ocupado fue en España de 1,16 (en el año 1.900 fue de 2,36 y en 1970 2,09), y en 2048, si se cumple una tasa de ocupación del 80 % en hombres y del 70 % en mujeres, el número de dependientes por ocupado se estima será de 1,19²².

Sobre la tan traída y llevada sobreutilización de servicios, las encuestas más precisas indican una media de 6 visitas por paciente/año al médico de cabecera, similar a la de otros países con sistemas de salud equivalentes al nuestro, no 9 o más, como se difunde interesadamente para proponer tasas disuasorias²³.

Pudiera ser, por lo tanto, que el incremento de los costes del sistema sanitario no estuviera determinado tanto por el envejecimiento y por el peso de la dependencia como por el uso abusivo por parte del propio sistema asistencial de una tecnología diagnóstica y terapéutica muy costosa; por la variabilidad injustificada de la práctica clínica; por el abuso de la medicina defensiva; por el anclaje de los pacientes al hospital; por la repetición innecesaria de las mismas pruebas y, en general, por decisiones y actuaciones de gestores, de médicos y del conjunto del engranaje asistencial, más que de los sumisos pacientes.

Discusión y propuestas

En España, la reforma de la AP iniciada a comienzos de los años 80 del siglo pasado, tuvo un marcado componente épico porque, por un lado recibió el impulso de una estrategia internacional liderada por la OMS; por otro lado, a nivel local, coincidió en el tiempo con la reforma política, en lo social, y con el afán de modernización de la sanidad pública, en lo profesional; y, finalmente, vino acompañada de un desarrollo legislativo coherente (RD 137/84), que propició una forma nueva de estructurar la dispensación de servicios (centros de salud) y de funcionamiento profesional (trabajo en equipo). En los tiempos actuales, por el contrario, no se vislumbra una iniciativa globalizadora que de aires nuevos a una organización que se ha burocratizado en exceso, diluyendo la profesionalidad de sus actores; que está soportando mal la creciente medicalización y banalización de la demanda, así como las consecuencias de una demografía adversa (incremento de la población protegida, población más envejecida, comorbilidad y multimorbilidad crecientes, envejecimiento de los propios profesionales).

En este contexto, las medidas parciales que se han puesto en marcha en varias comunidades autónomas (esencialmente para disminuir la carga burocrática de los médicos), seguramente no serán suficientes para devolver a los profesionales el entusiasmo perdido, por el contrario, algunas de ellas pueden poner en riesgo algunos valores esenciales de la AP, como la continuidad asistencial, por ejemplo, y, en cualquier caso, pueden ocasionar agrios debates en los equipos de atención primaria, porque enfrenten competencias entre distintos estamentos profesionales (médicos de refuerzo vs. convencionales) o porque fragmenten y desregulen las estructuras asistenciales (privatizaciones, cooperativas, etc...).

Los cambios que concitan suficiente nivel de acuerdo son, además del incremento de la financiación: La libre elección de médico de AP y las mejoras en la accesibilidad, sin diferencias entre mañana y tarde; cambios en el modelo retributivo, mediante la capitación dinámica de base poblacional, modulando los incentivos económicos y profesionales vinculados a evitar ingresos innecesarios o a la efectividad alcanzados respecto a la epidemiología esperada y al desempeño individual; gestión compartida desde un solo lugar (gerencia única) de los recursos de AP, del hospital, salud mental, servicios sociales, etc.; participar activamente en la gestión clínica de los procesos, tanto de la práctica clínica, como la garantía de calidad, la farmacia o la incapacidad temporal; la atención preventiva y comunitaria, junto con la incorporación a la AP de actividades hospitalarias como cirugía menor, electrocardiografía, analítica básica, citología, colocación de DIU, espirometría, ecografía, cuidados paliativos, seguimiento de enfermos crónicos y postoperatorios, etc..., han sido las estrategias de expansión de la cartera de servicios más utilizadas; por último, la AP debe protagonizar el control del enfermo crónico o frágil, de la salud mental (especialmente en los trastornos de bajo perfil), de la salud pública y de la salud laboral¹².

Cuando se habla del derecho a la salud de los ciudadanos europeos²⁴, no sería de recibo que dentro de nuestras propias fronteras la atención a la salud se convierta en un

elemento de distinción o de discriminación entre ciudadanos españoles. Antes de que presupuestos sanitarios desiguales, o prestaciones desiguales, o distintas accesibilidades acaben manifestándose como injustas diferencias de salud, en morbilidad, esperanza de vida, etc..., necesitamos mejorar la cohesión del SNS y su financiación; potenciar la AP y despolitizar la gestión sanitaria, fomentando la participación profesional y ciudadana²⁵.

Bibliografía

1. Palomo L. La atención primaria entre la crisis y el liderazgo social. En: Palomo L. (Coord.). Expectativas y realidades en la Atención Primaria española. Madrid: Ediciones GPS/ FADSP/ Fundación "1º de Mayo", 2010; pags. 7-24. Disponible en: <http://www.fadsp.org/pdf/ATT%20PRIMARIA.pdf>. Acceso: 19-02-11
2. Simó J. El gasto sanitario en España, 1995-2002. La atención primaria, *Cenicienta* del Sistema Nacional de Salud. *Aten Primaria*. 2007; 39(3): 127-32
3. <http://www.elmedicointeractivo.com/docs/documentos/INFORMEAP22010.pdf>
4. Gervás J, Pérez-Fernández M, Palomo L et al. Veinte años de reforma de la Atención Primaria en España. Valoración para un aprendizaje por acierto / error. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. Disponible en: <http://www.fb4d.com/pdf/20years.pdf>. Acceso: 20-04-11
5. Navarro V, Martín-Zurro A (coordinadores). La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas. Barcelona: IDIAP Jordi Gol/ Semfyc ediciones, 2009
6. Fundació Avedis Donabedian. Avaluació de la reforma de l'atenció primària i de la diversificació de la provisió de serveis [informe tècnic]. Barcelona: FAD; 2002.
7. Grup de Treball Redactor. Avaluació dels models de provisió de serveis d'atenció primària a Catalunya. Resum Executiu. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Disponible en: www.gencat.cat/salut/ies/html/ca/dir2629/resumexecutiu.pdf. Acceso: 12-02-11
8. Guarga A, Gil M, Pasarín M et al. Comparación de los equipos de atención primaria de Barcelona según fórmulas de gestión. *Aten Primaria*. 2000; 36: 600-6
9. González López-Valcárcel B. La difusión de tecnologías sanitarias en Atención Primaria. Repercusiones económicas. En: Palomo L. (Coord.). Expectativas y realidades en la Atención Primaria española. Madrid: Ediciones GPS/ FADSP/ Fundación "1º de Mayo", 2010. Pags. 65-83. Disponible en: <http://www.fadsp.org/pdf/ATT%20PRIMARIA.pdf>. Acceso: 19-02-11
10. Martín M. Los planes autonómicos de mejora de la atención primaria. En: Palomo L. (Coord.). Expectativas y realidades en la Atención Primaria española. Madrid: Ediciones GPS/ FADSP/ Fundación "1º de Mayo", 2010. Pags. 331-63. Disponible en: <http://www.fadsp.org/pdf/ATT%20PRIMARIA.pdf>. Acceso: 19-02-11
11. García-Olmos L. La derivación como moneda de cambio en la relación entre Atención Primaria y hospitalaria. En: Palomo L. (Coord.). Expectativas y realidades en la Atención Primaria española. Madrid: Ediciones GPS/ FADSP/ Fundación "1º de Mayo", 2010. Pags. 273-88. Disponible en: <http://www.fadsp.org/pdf/ATT%20PRIMARIA.pdf>. Acceso: 19-02-11
12. Palomo L, Gené-Badía J, Rodríguez-Sendin JJ. La reforma de la Atención Primaria, entre el refugio del pasado y la aventura de la innovación. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* (en prensa)
13. Gené-Badía J, Escaramis-Babiano G, Sans-Corrales M et al. Impact of economic incentives on quality of professional life and on end-user satisfaction in primary care. *Health Policy*. 2007 Jan; 80: 2-10
14. Gervás J, Ortún V, Palomo L et al. Incentivos en atención primaria: de la contención del gasto a la salud de la población. *Rev Esp Salud Pública*. 2007; 81: 589-596

15. Martín M, Sánchez-Bayle M, Palomo L. La atención primaria en relación a la orientación política de los gobiernos autonómicos. *Aten Primaria*. 2008; 40 (6): 277-84
16. Van der Zee J, Kroneman MW. Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs. *BMC Health Serv Res*. 2007; 7: 94
17. Fernández del Río MP. La medicina de familia en seis países europeos. *Aten Primaria*. 2010; 42: 620-53.
18. Martín U, Esnaola S, Audicana C, Pérez Y, Bacigalupe A, Aldasoro E. El impacto de las diferentes enfermedades en la salud de la población de la CAPV. Accesible en: http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52-publ01/es/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/impactoEnfermedades.pdf. (Acceso: 13-07-11)
19. Corrales D, Palomo L, Magariño MJ, Alonso G, Torrico P, Barroso A, Merchan V. Capacidad funcional y problemas socio-asistenciales de los ancianos del área de salud de Cáceres. *Aten Primaria* 2004; 33: 426-33
20. Palomo L, Gervas J, García A, Pérez de Arriba JL, Velasco J, Tejerina M. Estado de salud, capacidad de ayuda familiar y utilización de servicios sanitarios por pacientes crónicos confinados a domicilio. *SEMERGEN* 1998; 24: 441-453
21. Puig-Junoy J. ¿Es la financiación sanitaria suficiente y adecuada?. *Gac Sanit*. 2006; 20 (supl 1): 96-102
22. Clavero-Barranquero A, González-Álvarez ML. El envejecimiento como causa del incremento de gasto sanitario andaluz. Perspectivas de futuro. Accesible en: <http://www.asepelt.org/ficheros/File/Anales/2003%20Almeria/PDF/143.PDF>(Acceso: 05-07-11)
23. Fernández Cordón JA. Un futuro demográfico, un enfoque crítico. Conclusiones de la XI Jornada sobre Desigualdades Sociales y Salud. ADSP Andalucía. Cádiz, 28 de mayo de 2011. *Salud 2000*. 2011 (en prensa)
24. Anónimo. A fondo: Centros de Salud. *Eroski Consumer*. 2010; 147: 5-11
25. Carta del Derecho a la Salud de los Ciudadanos y Ciudadanas de la Unión Europea. *Salud 2000*. 2011; 15-17
26. FADSP. Doce propuestas para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario Público. *Salud 2000*. 2011; 5-11

Tabla 1 .Características de los distintos modelos de gestión en AP

Nuevos modelos de gestión	Características	Beneficios	Problemas
“Autonomía de gestión” (dirección por objetivos, contrato programa, contratos de gestión, gestión clínica o gestión por procesos) ----- “Calidad total”: Unidades clínicas, gestión de procesos (SAS, Osakidetza), dirección clínica (ICS)	Descentralización en el seno de un único proveedor público. EAP gestionado por proveedor público único (SAS, ICS, SES, SACyL, Osakidetza,...); competencia entre EAP dentro de la misma empresa ----- Mejora continua de la calidad: gestión de la asistencia sanitaria individual, gestión de procesos asistenciales, gestión de la unidad	1.Modelo arraigado: más del 90% de los EAP y más del 85 % de los profesionales 2.Transparencia y flexibilidad 3.Valoración individual y colectiva de la motivación 4.Carácter participativo ----- 1.Novedad 2.Rediseño de actividades (en la relación medicina-enfermería) 3.Mejora en los EAP: reparto de tareas, individualización de objetivos y preocupación por la calidad 4.Aumento del grado de compromiso de los profesionales 5.Mejora de la calidad asistencial: liga actividad y formación continuada 6.Necesidad de coordinación entre niveles asistenciales 7.Papel del coordinador/director médico	1.Dudas sobre la capacidad de los incentivos para producir mejoras 2.Falta de integración entre niveles asistenciales 3.Descoordinación en la protocolización (los incentivos animan a derivar al otro nivel el mayor número de cargas posibles) 4.Intromisión del planificador (los objetivos dependen de los modos posibles de lograrlos, según el planificador) 5.Escaso sustento epidemiológico y en planes de salud (mayor énfasis en productos intermedios que en finales) 6.Criterios económicos (ahorro, sobre todo farmacéutico) 7.Cantidades poco significativas (hasta un 10% de las retribuciones) ----- 1.Reticencia a participar en gestión e incentivos poco atractivos 2.Desigualdad en la negociación del presupuesto, impuesto por la administración 3.Controles de calidad dudosos: encuestas de satisfacción 4.Objetivos de asistencia: no se puede predecir el volumen de pacientes a atender 5.Integración del personal de atención al usuario
“Oligopolios” (consorcios, fundaciones y empresas públicas)	Diversificación de proveedores públicos. EAP gestionados por empresas sin ánimo de lucro (titularidad pública, derecho privado); gestoras de un hospital próximo: consorcios, fundaciones, empresas sanitarias de carácter público con gestión empresarial	1.Adaptación al cambio: capacidad de amoldarse a nuevas situaciones y relación entre interés de los profesionales y objetivos fijados 2.Clarifcación de objetivos: la entidad compradora establece objetivos no actividades Eficacia, eficiencia y competitividad 4.Función reguladora del	1.Selección adversa de pacientes 2.Equidad: tiempos de acceso preferentes 3.Imperativos financieros: la competencia sustituye a la cooperación y a la coordinación; se mejora la cuenta de resultados traspasando costes 4.Accesibilidad: grupos menos favorecidos podrían verse privados de algunos servicios 5.Sobrevaloran la eficiencia a

		sistema: el médico de AP canaliza los pacientes hacia el centro más adecuado 5. Mayor satisfacción del usuario y del profesional: relación más personalizada 6. Aumento del nivel de servicios 7. Facilitación del trabajo en equipo	corto plazo: atención vs. prevención; demandas de los pacientes vs. necesidades 6. Clientelismo 7. Aumento de costes de transacción 8. Modelo hospitalocéntrico: la AP capta clientes 9. Fragmentación del SNS 10. No hay pruebas comparativas de que reduzcan la resolución y la competencia. De hecho hay mayor derivación al hospital debido al sistema de pago de hospitales por ingreso
Empresas de profesionales. “Cooperativas” “Sociedades Limitadas”	Diversificación de proveedores privados. EAP gestionados por una empresa propiedad de profesionales con finalidad lucrativa: EBA (entidad de base asociativa)	1. Mejor utilización de recursos: mejora de procesos, reducción de la variabilidad, uso adecuado de recursos 2. Se facilita el trabajo en equipo 3. Mayor grado de incentivación profesional 4. Mejor relación médico-paciente 5. Más receptividad ante las demandas de los usuarios 6. Mejora la accesibilidad 7. Potenciación de los servicios auxiliares 8. Reequilibrio en la relación AP-especializada	1. Desconfianza de los usuarios: conflicto de intereses entre servicios prestados a los pacientes e incentivos sobre los médicos 2. Imperativos financieros: incentivar la buena práctica vs. el ahorro 3. Limitación de beneficios: rentas personales vs. retribuciones en especie (restringir la maximización de beneficios) 4. Carrera profesional 5. Tipo de dedicación 6. Universalidad (voluntariado y monopolios naturales) 7. Equidad de acceso 8. Selección de riesgos 9. Abuso de la temporalidad laboral 10. Falta de equidad en la atención 11. Falta de asunción de riesgos reales 12. Predominio casi exclusivo de la función asistencial 13. Clientelismo: refuerzo de la calidad aparente 14. Aumento de los costes administrativos

Fuente: Canals J, Duque A, González R, López M, Martinena E, Navarro C et al. La atención primaria de salud en España. Análisis de la situación actual y propuestas de futuro. Madrid: CC.OO. Federación de Sanidad, 2003. (Elaboración propia).

Tabla 2. Diferencia de indicadores según ideología dominante en las CCAA

	CCAA Progresistas	CCAA Conservadoras	Diferencia en %
Cartera de servicios APS	75,5	62,6	17,10%
Acceso procedimientos diagnósticos	73,8	55,1	25,30%
Acceso procedimientos terapéuticos	83,6	78	6,70%
Acceso a pruebas segundo nivel	89,1	84,2	5,50%
Media persona por médico familia	1400	1515	7,60%
Media persona por pediatra	1042	1064	2,00%
Media habitantes personal enfermería APS	1564	1756	10,90%
Valoración satisfacción atención recibida APS	6,5	6,2	4,62%
% de personas que eligen sanidad pública	60,3	57,1	5,30%
% de personas que consideran la asistencia buena o muy buena	86,9	84	3,35%
% de personas que consideran que los servicios de APS han mejorado	50,2	45	10,30%
% de médicos con mas de 1.500 personas asignadas	48,9	67,4	27,40%
Gasto <i>per capita</i> AP en euros	1465	1308	10,70%
% personas mayores de 65 años vacunadas contra la gripe	63,4	62,7	1,10%
Gasto farmacéutico por persona y año, en euros	223,6	239,1	6,50%
Incremento del gasto farmacéutico 2005-2006	5,7	6,4	10,90%

Los Hospitales en el Reino Unido.

Introducción.

Los hospitales se nacionalizaron con la creación en 1948 del Servicio Nacional de Salud, NHS. Esto incluyó los hospitales municipales y “voluntarios” así como aquéllos regentados por organizaciones caritativas como las Iglesias Anglicana y Católica. Las autoridades locales tenían el control de los hospitales municipales y algunos de ellos tenían sus orígenes en asilos para pobres. Los hospitales voluntarios se establecieron en el siglo dieciocho, financiados a través de la caridad y la recogida de fondos para prestar servicio hospitalario de pago a quienes pudieran permitírselo y gratuito a los que no.

A finales de los años treinta del siglo veinte, era evidente que muchos de estos hospitales eran inviables económicamente; tanto el número de camas como el número de médicos por paciente estaba distribuido de una forma muy desigual¹⁰³. Estos defectos contribuyeron a una situación en la que la mayoría de la población carecía de acceso a la atención sanitaria que necesitaba. Solo el 50% con acceso a un consultorio de atención primaria de forma gratuita y con ningún derecho a atención hospitalaria.

La nacionalización de los hospitales situó al servicios hospitalario en una senda de seguridad en la financiación. También transfirió cientos de miles de enfermeros, médicos, limpiadores, administradores, entre otros al empleo público. Mientras que las consultas de atención primaria permanecieron siendo independientes y eran contratadas por las autoridades locales para proporcionar servicios tales como las visitas médicas, servicios de maternidad, cuidados en domicilio etc., el NHS se estableció en el imaginario colectivo como “el ladrillo y el mortero” que aglomeraban la atención sanitaria, y los hospitales del NHS aún conservan un lugar especial en el corazón de muchos británicos.

En el día a día, comités para la gestión de los hospitales¹⁰⁴ gestionaban un grupo de hospitales. Miembros de estos comités se elegían, tras consultar a las autoridades locales, a las agrupaciones de médicos y a las organizaciones de voluntarios, para formar parte de los consejos sanitarios regionales¹⁰⁵ que eran responsables del planeamiento general, así como de la coordinación y supervisión de los servicios hospitalarios en su área. Los prestigiosos y tradicionalmente bien financiados hospitales universitarios¹⁰⁶ eran supervisados por un consejo de gestión.

Plan Hospitalario.

Aunque la construcción de hospitales ganó fuerza a finales de los cincuenta, hubo poca inversión en la renovación de los hospitales británicos hasta el Plan Hospitalario de 1960¹⁰⁷, introducido por Enoch Powell en la administración conservadora.

El plan fue criticado por el Comité Guillebaud en 1956 por considerar inadecuada su inversión en capital. De esto fue informado por una serie de seminarios y talleres iniciados por un grupo de miembros de la BMA¹⁰⁸. Estos talleres y seminarios contaban con médicos como participantes principales y se centró en los detalles del programa de construcción de hospitales, incluido el patrón de contenido de los hospitales y como podría mejorarse su integración con los servicios sociales y sanitarios de la comunidad.

¹⁰³ Mohan, J (2002) *Planning, Markets and Hospitals*. London: Routledge

¹⁰⁴ Hospital Management Committees

¹⁰⁵ Regional Health Boards

¹⁰⁶ Teaching Hospitals

¹⁰⁷ Hospital Plan 1960

¹⁰⁸ BMA British Medical Association

El Plan pretendía garantizar una distribución geográfica de hospitales en Inglaterra y Gales que se ajustara a las necesidades. Introdujo una norma para el ratio de camas de hospitales - 3,3 camas por cada 1.000 habitantes y previó el desarrollo de 90 nuevos hospitales y la remodelación sustancial de otros 134. Estos serían hospitales de entre 600 y 800 camas y ofrecerían atención especializada en casi todos los servicios a una población de entre 100.000 y 150.000 personas.

A pesar de, o quizás a causa de que este esquema racional sería desarrollado por un equipo dominado por médicos, el Plan Hospitalario presentaba fundamentos débiles en cuanto a su visión del “Hospital General del Distrito” tanto en su escala, como en el coste de la construcción de la red de hospitales, así como cuáles serían los servicios prestados y de qué manera. El consiguiente Informe Bonham-Carter de 1969 recomendó en base a la excelencia técnica y a la eficiencia, que los hospitales fueran más grandes, y sirvieran a una población del doble de la planteada inicialmente.

En el momento, el Plan fue llevado a cabo solo parcialmente ya que las dificultades económicas llevaron a una serie de recortes en los presupuestos para hospitales a lo largo del país. Sin embargo, a pesar de sus numerosos problemas, el Plan condujo a la construcción de docenas de Hospitales Generales a en todo el país. Pertenecían al distrito y tendieron a jugar un rol importante en la identidad del área local.

En 1979 había en Inglaterra 148.000 camas en los hospitales, aunque el 60% de ellas se encontraban en hospitales anteriores a la primera guerra mundial. Siguiendo a esta ola de construcción de los sesenta y setenta, hubo muy poca inversión estatal en la construcción de hospitales por otras dos décadas. En su lugar, había un programa estable de reducción del número de camas en hospitales de modo que, por ejemplo, en 1992 el número de camas hospitalarias en Inglaterra se había reducido más de un quinto hasta 115.000.

Reformas con Thatcher.

La gestión de los hospitales durante los ochenta y sesenta fue influenciada por una nueva forma emergente en la gestión de los servicios públicos llamada “la nueva gestión pública”. Esto enfatizó una reforma de la gestión más jerarquizada y política, con técnicas de gestión que fueron sacadas del sector privado; una gestión de rendimiento más fuerte; una gestión financiera más restrictiva incluyendo control de gastos y eficiencia; y el uso de técnicas de mercado.

Tres desarrollos principales alteraron el carácter de los hospitales en los dieciocho años de gobierno conservador desde 1979. El primero fue la introducción de una “gestión general” acorde a los principios de la nueva gestión pública. El sistema suponía la concentración de responsabilidades en individuos en diferentes niveles de modo que fue establecida una jerarquía clara en la gestión de responsabilidades. Esto reemplazó a la “gestión consensuada”, un sistema mediante el cual los comités de gestión estaban formados por grupos de personas de diferente procedencia: incluyendo enfermería, medicina, administración y finanzas.

La gestión por consenso tenía la virtud de permitir tomar en consideración diferentes perspectivas antes de tomar una decisión pero la debilidad de ralentizar la toma de decisiones. La nueva gestión hizo más fácil que el Departamento de Sanidad (y Seguridad Social) implementara sus decisiones y facilitó también la gestión del rendimiento que se convirtió en una parte central de la gestión. La gestión general,

aumentó la responsabilidad de la profesión médica aunque el poder no se vio reducido como resultado de esto.

Además de la gestión general, frente a la consensuada, se aplicaron otras técnicas de la nueva gestión pública en los hospitales, enfatizando los programas de reducción de gasto y de ahorro, así como la aplicación de ciertos procesos de mercado.

Una de las técnicas más importantes en la década de los ochenta fue la llamada “licitación competitiva obligatoria” o CCT en sus siglas en inglés¹⁰⁹. Esto conllevó que algunos elementos de la actividad hospitalaria fueran sacados a concursos públicos competitivos. La limpieza, lavandería y el catering serían sacados a concurso público, y existía la obligatoriedad de elegir, excepto en circunstancias excepcionales, a la opción más barata. Se impuso este CCT independientemente de las desavenencias de los gestores hospitalarios que previeron una bajada en la calidad y problemas en las relaciones con proveedores industriales. Incluso cuando muchos de estos servicios no se sacaron a concurso, o no fueron contratados a terceros, esto fue a costa de reducir el gasto para competir satisfactoriamente.

En este tipo de servicios intensamente manuales, reducir el coste de manera efectiva conlleva la reducción en gastos de personal - eliminando empleados, recortando salarios, derechos y horas. En los primeros nueve años de estas políticas, se perdieron casi 110.000 trabajos en estos sectores¹¹⁰. CCT se considera al menos en parte responsable del declive de la limpieza que tuvo lugar en los años siguientes, los costes y las consecuencias sanitarias a largo plazo todavía han de tenerse en cuenta.

Un tercer desarrollo clave fue la expectativa de que los hospitales dejarían de ser gestionados por las autoridades locales para adquirir un estatus de autogestión como “NHS Hospital Trusts”. Este nuevo estatus formaba parte de la arquitectura del mercado interno en el que los hospitales del NHS deberían competir los unos con los otros para conseguir contratos de las autoridades sanitarias.

En la práctica, las libertades de los hospitales auto-gestionados eran limitadas. El gobierno central se reservó el derecho de establecer las prioridades financieras de los hospitales, limitar su deuda y controlar sus superávits financieros. Los funcionarios públicos también ejercían una gran influencia al señalar miembros de los consejos y en la práctica a los hospitales no se les permitiría “ir a la quiebra”.

Cambiando el contexto en el que trabajan los hospitales: El mercado Neo-Laborista en la atención sanitaria.

Puede que las políticas más importantes para los hospitales en los últimos 15 años haya sido la reestructuración del NHS como un mercado con el Neo-Laborismo, como se ha discutido en el capítulo sobre el Mercado. Aunque no era el primer contacto con el mercado que los hospitales había afrontado, el mercado Neo-Laborista funcionaba de forma diferente al mercado interno Conservador.

Como se ha mencionado en ese capítulo, las reformas Laboristas introdujeron un gran énfasis en la libertad de elección del paciente y la diversidad de proveedores. Los hospitales del NHS recibirían financiación ajustada a tratamiento específicos completos que deberían ser registrados, supervisados y facturados. Esto significaría que los

¹⁰⁹ CCT *Compulsory Competitive Tendering*

¹¹⁰ Kerr, A and Radford, M (1994) “TUPE or not TUPE: Competitive tendering and the transfer laws” *Public money and Management*, 14(4)37-46

hospitales desconocerían su presupuesto de antemano, haciendo que la planificación fuera mucho más compleja.

El precio para cada tratamiento que los hospitales proporcionan sería pagado por los Primary Care Trusts como gestores y administradores; este precio se fijaría y se basaría en una media nacional, sin importar los costes cada cada hospital para realizar dicho tratamiento.

Esto claramente generaría problemas a aquéllos hospitales cuyos costes fueran relativamente elevados como resultado de factores difíciles de alterar. Por definición, una media indica que muchos de los precios reales eran más elevados a la media en el momento en el que ésta se calculó y por este motivo mucho hospitales sufrirían las consecuencias. Al mismo tiempo, los hospitales deberían hacer mayores esfuerzos en para ajustar sus servicios a la conveniencia de los pacientes, ya que incluso una ligera pérdida de “negocio” en el hospital tendría implicaciones importantes en el presupuesto del hospital. Pero esto simplifica el impacto real. Los hospitales son organizaciones complejas con muchas inter-dependencias. Alterar una parte de una sistema complejo tiene efectos probables - tanto imprevistos e inesperados como intencionados y previstos - en otras partes.

Al desarrollar un sistema sanitarios especialista con una diversidad de proveedores, el Laborismo adoptó dos aproximaciones. Una era abrir contratos a organizaciones independientes y comerciales - es decir, organizaciones ajenas al NHS, en las que nos centraremos más abajo; la otra era crear diversidad de estatus en las organizaciones dentro del NHS y esta es la que consideraremos en primer lugar.

Foundation Trusts.

Una opción para la diversificación de proveedores era crear un nuevo tipo de proveedor en el NHS. Como se ha mencionado anteriormente, todos los NHS Hospital Trusts creados en gobierno conservador de los noventa dejaron de estar directamente gestionados por las autoridades locales para ser en su lugar auto-gestionadas a través de un consejo.

Sin embargo estas instituciones fueron consideradas poco independientes por los laboristas, y el Secretario de Estado Alan Milburn anunció en 2002 que los Hospital Trusts podrían adquirir estatus de NHS Foundation Trusts en los casos en los que se demostrara una gestión financiera adecuada y se hubiera puntuado adecuadamente en otros criterios de rendimiento. La intención del gobierno era que todos los hospitales de atención especializada acabasen adquiriendo este estatus y esta aspiración se extendió más tarde a salud mental y hospitales locales. El gobierno prometió que este estatus garantizaría una mayor independencia financiera para los gestores de los hospitales y mejoraría la responsabilidad local.

Los Foundation Trusts establecidos - en diciembre de 2010, había 132 de los cuales entorno a 40 habían sido creados por instituciones de salud mental - disfrutaban de un régimen legal diferente a otras organizaciones del NHS. Son “corporaciones para el beneficio público” con una estructura de gobierno distinta, en la que residentes locales, pacientes, personal y otras partes interesadas están invitadas a participar. La propiedad es transferida del Departamento de Sanidad a los “afiliados” quiénes eligen un consejo de gobierno.

Tienen la misión legal de proporcionar servicios del NHS a los pacientes del NHS. Tienen libertad frente a directivas ministeriales y una libertad financiera importante en relación

con la venta de bienes, crédito, inversión, retención de beneficios y método de incentivar al personal. Los Foundation Trusts ya no rinden cuentas con el Secretario de Estado si no con un regulador independiente llamado Monitor, y en teoría, los diputados ya no tendrán que responder preguntas en el Parlamento referidas a los Foundation Trusts de sus circunscripciones.

Foundation Trusts, es una idea tomada prestada de España y Suecia. Fueron presentados como capaces de mejorar la responsabilidad para con la comunidad local y atrajeron el apoyo de personalidades de todo el espectro político. Sin embargo, la propuesta se mostró muy controvertida y las críticas incluían la pérdida de parte de la responsabilidad de los diputados con el NHS, la posibilidad de desestabilizar las finanzas si las decisiones de inversión o crédito aumentaran rápidamente, posibles problemáticas en la planificación local y privatizaciones.

Aparte de algunos diputados laboristas que votaron en contra y algunos votos en la cámara de los Lores contra los fundamentos de los Foundation Trusts, la propuesta completó el trámite hasta la Sanción Real, enmendada pero más o menos intacta, reflejando la debilidad del Parlamento frente al Ejecutivo.

Sin rendir cuentas al parlamento, una responsabilidad fuerte para con la autoridades locales sería esencial, aunque esto permaneció débil y muy variable. Day y Klein encontraron que la variación en el número de afiliados y el grado de compromiso demostrado por estos era muy alto¹¹¹. No hay límites impuestos al número de afiliados, al grado de compromiso y ninguna obligación para los afiliados de hacerse responsable o ser representante¹¹².

El consejo de gobierno sufría las mismas críticas. El consejo es elegido de entre los pacientes, residentes, personal, y otras partes interesadas. Aunque los representantes de los pacientes y del público en general en teoría tienen mayoría en el consejo, en la práctica, las dificultades organizativas y la falta de experiencia hacen que el poder teórico difícilmente se convierta en poder real. El consejo no controla directamente al FT y no es responsable de su rendimiento. Eligen a los directores no ejecutivos que a su vez eligen al director-ejecutivo. Pueden retirarle el poder al director ejecutivo pero esto dificulta las labores del FT, dejando al consejo intentando ejercer influencia pero sin capacidad de veto y muy poco poder para elegir la dirección del FT.

La Investigación de la Comisión de Sanidad de la Cámara de los Comunes en Octubre de 2008 encontró que los acuerdos de gobernanza habían sido muy lentos¹¹³. Dado que estos costaban 200.000 libras anuales por cada FT el informe recomendó que el Departamento de Sanidad evaluara los acuerdos de gobernanza.

La comisión también concluyó que no había pruebas objetivas que indicaran el rendimiento de los FT y las mejoras prometidas. En cuanto a las libertades financieras, la comisión señaló que muchos gestores no habían sido capaces de aplicar estas ventajas teóricas. Debido a la incertidumbre que surgía del contexto en el funcionaban, más en concreto, el sistema de mercado en el que su presupuesto variaba en función de los resultados y era difícil de predecir con antelación.

¹¹¹ Day, P. and Klein, R. (2005) *Governance of Foundation Trusts: Dilemmas of Diversity*. London: The Nuffield Trust

¹¹² Hogg, C. (2009) *Citizens, Consumers and the NHS*. Basingstoke: Palgrave Macmillan

¹¹³ House of Commons Health Select Committee (2008) *Enquiry into Foundation Trusts vol.1*. London: TSO

No tienen como tarea específica ajustarse a las necesidades del paciente; su única tarea es proporcionar servicios sanitarios del NHS de forma “efectiva, eficiente y económica”. El Secretario de Estado tiene la tarea de ajustarse a las necesidades de los pacientes pero los FT no rinden cuentas al Secretario de Estado. Los Foundation Trusts escapan a la supervisión del NHS y en su lugar, la regulación del Monitor está principalmente dirigida a su rendimiento económico.

La otra crítica clave que se le ha hecho a los FT es su impacto en la sanidad de la comunidad y sus implicaciones negativas en la planificación local y la integración de servicios. Al hacerse cargo de su única tarea, los FT tienen la capacidad de decidir sus propias prioridades. Inevitablemente, en el medio y corto plazo el estado de sus finanzas es el tema central. Podrían decidir no prestar ciertas intervenciones y servicios necesarios. Podrían también decidir invertir sus recursos y concentrarse en la prestación de servicios de los que se espera que generen un beneficio económico, en lugar de ajustarse a las necesidades del paciente.

No es probable que prioricen en su planificación y reestructuración el interés por crear un servicio accesible, igualitario y eficiente en su localidad o región, y podrían incluso evitar este interés. Podrían decidir ofrecer incentivos al personal para atraer al mejor personal de instalaciones vecinas. Podrían retener grandes beneficios en lugar de distribuir los rendimientos de la venta de bienes, por ejemplo, en el sistema sanitario.

Privatización.

Una ola de críticas provino de algunos, como Pollock (2004) que dijeron que el régimen de FT representaba una forma de privatización en parte porque permitía a los hospitales entablar relaciones comerciales y a través de estos acuerdos trasladar costes al paciente, y retener beneficios ilimitados a través de estos costes, obtener beneficios y pagar dividendos a accionistas. Quizá de manera insidiosa, Pollock sugiere que permitiendo que los FT se comporten como entidades comerciales independientes, estos devuelven el poder a los intereses creados de los grandes hospitales universitarios y representa un alejamiento frente a los sistemas, que estableciéndose gradualmente, habían asegurado las responsabilidades locales, una planificación basada en las necesidades, e igualdad en el reparto de recursos (2004).

¿Creando igualdad de condiciones, o manipulando el mercado? La aparición de centros de tratamiento independientes.

En el año 2000, un “acuerdo” dirigido en favor “del beneficio de los pacientes”, con la Independent Healthcare Association¹¹⁴, que representa a varios hospitales independientes, estableció un marco de trabajo en el cual instituciones del NHS podrían adquirir servicios de proveedores independientes. El acuerdo se firmó poco después de la publicación del “Plan NHS” que indicaba una nueva postura en el Laborismo que había sido históricamente contrario a la atención sanitaria privada.

Al principio, le sector independiente no representaba una amenaza para los hospitales del NHS - no tuvo lugar una gran compra de servicios privados para los pacientes del NHS en el nuevo marco de trabajo principalmente por la gran diferencia comparativa de precios. Normalmente, los tratamientos en el sector privado costaban en torno al 40% más de lo que habrían costado si hubieran sido prestados por el NHS.

¹¹⁴ Asociación Independiente de Atención Sanitaria

Sin embargo, el Laborismo estaba comprometido con la expansión del papel de los proveedores privados en la atención sanitaria. El nuevo mercado creaba, al menos en teoría, los mecanismos necesarios para atraer a los proveedores privados a la prestación de atención sanitaria ya que hizo posible que los responsables de contratación, contrataran servicios a cualquier proveedor que se ajustara a requisitos de calidad y coste. De hecho, aunque la teoría estipulaba que todos los proveedores deberían recibir la tarifa general nacional, en la práctica, se negociaron contratos especiales, la mayoría con el Departamento de Sanidad, con un gran número de proveedores privados.

Algunas de estas eran empresas que habían sido invitadas en 2002, cuando las estructuras del mercado ya habían sido concebidas pero no puestas en marcha, para establecer “Centros de Tratamiento”.

El proceso fue dirigido desde el Departamento de Sanidad, más concretamente desde el nuevo Directorio Comercial, que había sido establecido para ayudar a negociar los contratos con empresas privadas, y que estaba dirigido por Ken Anderson, un americano con experiencia en el sector de la sanidad privada¹¹⁵. Estos centros estaban dedicados en los que se ponían a disposición de los pacientes del NHS, cirugías relativamente rutinarias y algunos diagnósticos bajo un criterio de agilidad y rapidez. No había coste para los pacientes del NHS: los contratos eran costeados a través de los presupuestos locales del NHS.

EL primer grupo de estos centros de tratamiento fue establecido por empresas norteamericanas que ofrecían una capacidad “mayor”. Eran conocidos como Centros de Tratamiento Independientes (ISTCS en sus siglas en inglés¹¹⁶) y fueron presentados al público como mejora en la capacidad de elección de los pacientes y como solución para mejorar las listas de espera. En la práctica, se piensa que no consiguieron ninguna de las dos cosas. Al contrario que otros proveedores del mercado, se les garantizaba el pago independientemente de que consiguieran los objetivos por los que habían sido contratados, y al contrario que otros proveedores, se les pagaba un precio por encima de la tarifa nacional.

El Departamento de Sanidad admitió estar pagándoles de media un 11,2% más que el coste equivalente en el NHS aunque ningún dato fue hecho público para justificarlo. Esto quería decir que los Primary Care Trusts (PCT) estaban obligados a facilitar las sumas de dinero prometidas en los contratos incluso si los pacientes del NHS no los usaban y continuaban acudiendo a su hospital local de NHS. Esto provocó que los PCT presionaran a los médicos para “estimular” a los pacientes a elegir los ISTCS.

También supuso que proveedores del NHS que de otro modo hubieran sido financiados para realizar esos tratamientos se encontraron con una caída de los ingresos. Dado que los ISTCS recibían más dinero para tratar casos más fáciles (carecían del equipamiento y no tenían intención de tratar casos más complejos), los hospitales del NHS encontraron que su capacidad para prestar atención sanitaria a casos más complejos empeoró debido a que su opción de reorganizar su presupuesto - esto es, utilizar el superávit obtenido de tratar casos más sencillos para ayudar a pagar el coste extra de casos complejos - se redujo drásticamente.

Esto es un ejemplo de la interdisciplinariedad de la atención sanitaria que hace que un sistema público integrado puede ofrecer un sistema sanitario adecuado y universal sin la

¹¹⁵ Player, S and Leys, C (2008) *Confuse and Conceal: The NHS and Independent Sector Treatment Centers*. London: Merlin.

¹¹⁶ Independent Sector Treatment Centers

necesidad de cobrar al paciente. Debido a que los ISTC elegían los casos simples - y por ello fáciles de tratar - eran capaces de asegurar un retorno razonable desde el punto de vista de negocio de sus inversiones. El hecho de que muchos no realizan el número completo de casos estipulado en sus contratos y que no tenían ningún incentivo en ello pues tenían garantizado el pago, simplemente mejoraba sus beneficios.

Esto es un ejemplo de cómo la creación de un mercado con una gran diversidad de proveedores requería un trato especial a las empresas comerciales al ser incapaces, como quedó demostrado, de competir satisfactoriamente con las instituciones más eficientes del NHS. Los esfuerzos extra del Departamento de Sanidad de justificaron como la creación de “igualdad de oportunidades” - estos proveedores privados se describían como en desventaja por el monopolio injusto del NHS y por los “subsidios” injustos pagados por el estado. En realidad, las oportunidades no estaban siendo igualadas, sino mejoradas en favor de las empresas privadas que de otro modo eran incapaces de competir con el NHS.

Aunque el Departamento de Sanidad insistía en que los ISTC habían sido planeados para áreas que necesitaban una capacidad extra, en la práctica no siempre se ajustaban a esta indicación. Surgieron numerosos conflictos entre el Departamento de Sanidad (o sus sedes regionales, los Strategic Health Authorities) y los PCT. Por ejemplo, en Rochdale, en el área del Gran Manchester, el director del PCT dimitió con la promesa de una revisión de la demanda para aumentar la capacidad fue ignorada. El PCT de Oxford intentó bloquear el establecimiento de un ISTC para la cirugía ocular, ya que fondos del PCT deberían dirigirse a este centro privado, y afectaría directamente al Hospital Ocular de Oxford del NHS que disfrutaba de renombre y reputación internacional y ningún problema de capacidad.

Aunque se presentaban en términos de mejorar la capacidad de elección del paciente, a los pacientes de les denegaba información relevante en la toma de decisión. Como proveedores de pacientes del NHS, estas entidades comerciales tienen el derecho de contar con el logo del NHS, algunos están situados en las inmediaciones y directamente adyacentes a instalaciones del NHS, y no es fácil distinguir que se trata de empresas privadas.

Aumentando la libre elección.

Los Centros de Tratamiento Independientes eran solo una parte de los planes de gobierno de profundizar en la presencia de compañías privadas en el NHS. La estrategia central de gobierno era presentar el mercado, no en términos de mercado, si no en términos de libertad de elección y conveniencia. A lo largo de los años, la elección del paciente en la atención especializada creció y en el año 2010 la Red de Libre Elección¹¹⁷ recogía 149 proveedores independientes. Esto incluía organizaciones sin ánimo de lucro y empresas privadas.

Desde la creación del NHS, el sector privado (o independiente) en la atención sanitaria en el Reino Unido ha sido muy pequeño, con el gasto sanitario privado representando solo el 13% del total del gasto sanitario en 2006¹¹⁸ y los proveedores privados representando un porcentaje similar de las prestaciones.

¹¹⁷ Extended Choice Network

¹¹⁸ ONS (2008) *Expenditure on Health Care in the UK*. UK Centre for Measurement of Government Activity, Office for National Statistics.

Una de las pocas entre el sector privado era BUPA, que regenta una serie de hospitales a lo largo de Inglaterra. Sin embargo, BUPA vendió su cadena de hospitales a Spire en 2007 para concentrarse en los seguros médicos privados. Siendo un proveedor hospitalario importante, Spire Healthcare tiene 37 hospitales y 1600 camas. Los otros dos proveedores hospitalarios principales son Netcare, una empresa sudafricana que había contratado anteriormente una cadena de clínicas oftalmológicas móviles como parte del programa de ISTC. Netcare proporciona unos 60 hospitales, bajo el nombre BMI, con 2.700 camas tras haber adquirido a General Healthcare Group en el año 2006¹¹⁹. Ramsay Healthcare es un proveedor hospitalario mucho menor; el 44% de sus ingresos depende del NHS. También demuestra la relación con ISCTS al comprar Capiro, que regentaba una cadena de centros de tratamiento en Inglaterra especializados en cirugía espinal.

Estos proveedores de hospitales no proporcionan a los pacientes del NHS el mismo nivel de servicios que a sus pacientes privados. El servicio difiere en varios ámbitos, incluyendo la rapidez en el acceso al tratamiento, la elección del profesional, privacidad del alojamiento y calidad de la alimentación.

El sector privado de la atención especializada en el Reino Unido refleja el carácter internacional de la prestación de atención sanitaria, la estrecha conexión entre la prestación de servicios hospitalarios y la prestación de los “centros de tratamiento”, el nivel de dependencia de los fondos públicos...

La Iniciativa Financiera Privada.

Orígenes y Bases.

La Iniciativa Financiera Privada (PFI¹²⁰) fue establecida en 1992 en la administración conservadora de John Major, aparentemente para conseguir fuentes adicionales de financiación para la inversión y las infraestructuras. No fue originalmente planteado para el uso del NHS pero se extendió rápidamente a las infraestructuras sanitarias, dada la intervención de David Willets, el Secretario de Hacienda en el momento. PFI requirió la abolición de reglas anteriores en Hacienda diseñadas para asegurar que la inversión privada no superaba los compromisos de gasto público.

Anteriormente, la construcción de nuevas infraestructuras implicaba la destinación de fondos de Hacienda para pagar por los nuevos desarrollos una vez acordados como resultado de la planificación regional. Si era necesario, los fondos se obtenían a través de la emisión de deuda del Estado. El nuevo edificio sería incluido en el NHS. Una empresa privada sería contratada para construirlo. La empresa sería pagada tras la construcción y el edificio pertenecería al NHS y sería gestionado y mantenido por el NHS.

Con la PFI, todo esto cambió. El desarrollo de un nuevo hospital se decide a nivel local y el riesgo financiero es asumido también a nivel local, directamente por el NHS Hospital Trust que lo contrata e indirectamente por la comunidad sanitaria local, que tiene que asegurar que el Hospital Trust recibe el dinero para pagar los contratos para la construcción. Los fondos ya no proceden de la administración central (Hacienda) para el proyecto y la construcción. En su lugar, el HT (Hospital Trust) convoca a concurso el proyecto, financiación, construcción, mantenimiento y gestión del nuevo edificio.

¹¹⁹ Véase Leys, C and Player, S (2011) *The Plot Against the NHS*. London: Merlin

¹²⁰ Private Finance Initiative

Estos concursos son publicados a través del Diario Oficial de la Unión Europea (DO) y se dirigen a organizaciones comerciales que formen consorcios para presentar propuestas. Un consorcio suele estar formado por una constructora, una empresa de mantenimiento, una empresa de gestión de servicios y una institución financiera. El consorcio elegido propone el hospital o edificio de acuerdo a las especificaciones del HT. Financia la construcción mediante créditos en el mercado privado de dinero. Una vez construido el edificio gestiona y organiza los servicios como limpieza y mantenimiento y mantiene la explotación durante la duración del contrato - alrededor de los treinta años.

Un gran número de consecuencias surgen de estos acuerdos. El sector comercial, que anteriormente se limitaba a la construcción del edificio, pertenece ahora a la vida del NHS en el largo plazo. Gestiona y mantiene las instalaciones y por ello cualquier reparación o cambio tendrá que ser acordado. Aunque el NHS tiene derecho a utilizar las instalaciones, éstas son propiedad del consorcio que tiene derecho a los flujos monetarios procedentes de él. Como la construcción es financiada mediante créditos privados, la tasa de interés es más alta lo que significa que el coste es más elevado de lo que hubiera sido de otro modo. Los fondos públicos para hacer frente a estos costes ya no procede de los presupuestos generales del estado si no que tiene que provenir de los ingresos de cada NHS Hospital Trust.

La lucha para hacer funcionar a la PFI.

Cuando los conservadores dejaron el poder en 1997, el progreso en hacer avanzar estos acuerdos extremadamente complicados era muy limitado y no se había firmado ni un solo contrato para la construcción de un hospital de gran tamaño. La dificultad yacía en la complejidad y el tamaño de estos contratos en un contexto en el que había muy poca o nula experiencia previa en este ámbito.

Aunque no fue el creador de la Iniciativa Financiera Privada, el gobierno del Reino Unido fue el primero en usarlo como un mecanismo de reestructuración de los servicios públicos. Por este motivo el gobierno del Reino Unido tuvo que crear las técnicas y estrategias necesarias para asegurar un cambio tan significativo. En 1997, muchos departamentos del estado carecían todavía de los conocimientos para llevar a cabo estos proyectos, el Departamento de Sanidad entre ellos.

Fue el gobierno Laborista de Tony Blair y Gordon Brown el que permitió el despegue de la PFI. Lo consiguió creando una infraestructura en el estado para desarrollar la PFI, extenderla y asistir en su implementación al guiar y dar apoyo en proyectos específicos. Esto fue conseguido por un grupo de trabajo del Tesoro entre 1997 y 1999 y por Partnerships UK entre 1999 y 2009. Partnerships UK y su sustituta Infrastructure UK, son parte de una red de comités y organismos unidos por consejos de afiliados comunes.

Estas instituciones, aunque operando dentro del estado y como parte del estado, estaban ideadas por individuos provenientes del sector privado y sus empleados eran individuos provenientes en su mayoría del sector privado, sobre todo de instituciones financieras.

De este modo, individuos cuyo bagaje y perspectiva se inclinan hacia el sector privado y cuya futura carrera se encuentra con toda probabilidad unida con oportunidades en el sector privado, juegan un papel crucial en el desarrollo de las políticas PFI y su extensión efectiva por toda la esfera de "lo público". En 2009, Partnerships UK se jactaba de más de 900 proyectos de una inversión de 70 millones de libras en el sector público.

Estas políticas han beneficiado enormemente los intereses comerciales privados. Constructoras, empresas de gestión y mantenimiento e instituciones financieras recibirán decenas de miles de millones de libras de ingresos públicos en las próximas décadas solo en el sector sanitario. En octubre de 2009, unos 85 proyectos de PFI eran operativos en el sistema sanitario, y otros 45 en algún momento del proceso de planificación. En 2009, Liebe y Pollock calcularon que unos 12.000 millones de libras en inversiones en PFI de nuevas infraestructuras sanitarias atraerán pagos de unos 70.000 millones de libras del presupuesto del NHS a las corporaciones privadas para pagar tanto por el uso de los edificios como por la prestación de algunos servicios¹²¹. Un año más tarde, un cálculo alternativo llegó a unos datos muy poco distintos, indicando que 11.300 millones de libras en inversión de capital generarían pagos de 65.000 millones¹²².

Costes.

Coste del crédito.

Una de las razones del mayor coste que supone el PFI (Inversión privada) es el coste del crédito. Para tener en cuenta el riesgo económico y la inflación, los expertos coinciden en que los créditos privados generan un punto adicional en la tasa de interés. Sin embargo, varias investigaciones desde 2002 en diferentes sectores han encontrado que las tasas de interés son muy superiores y parece seguro afirmar que la inversión privada costará entre dos y cinco puntos adicionales sobre el precio de la deuda soberana. Por ejemplo, un estudio de la Universidad de Manchester sobre la primera docena de hospitales financiados a través del FPI encontró que la tasa de interés rebasaba a la tasa pagada por la deuda soberana una media del 3,5%¹²³.

Falta de competencia en el mercado.

Se cree que estas tasas de interés más elevadas surgen de los defectos en el mercado, particularmente el coste de negociar los contratos y la falta de competencia entre los consorcios. En los primeros años de PFI, una vez que el concurso había sido fallado a la mejor propuesta, ésta podría aprovecharse de su posición de poder ya que sería extremadamente caro volver al mercado de nuevo a elegir otra propuesta.

En este contexto, el consorcio privado podría aumentar los precios en relación a los riesgos que considere correr en el prolongado proceso de negociación en el que se determinan los detalles del contrato. Esta situación se veía agravada por la falta de competidores en el mercado. Un informe de la Auditoría Nacional¹²⁴ señaló que de 46 proyectos en diferentes sectores, un tercio de ellos solo había atraído a dos consorcios a la competición¹²⁵. Un estudio escocés sobre proyectos terminados encontró que el número medio de consorcios competidores en los concursos era de solo 2,4.

La participación en este mercado de solo un reducido número de grandes competidores hace más probable la manipulación del mercado y la aparición de monopolios. Aunque no tenemos evidencias sobre la presión de monopolios en los precios en el mercado PFI,

¹²¹ Liebe, M and Pollock, A (2009) *The Experience of the Private Finance Initiative in the UK's National Health Service*. Edinburgh: The Center for International Public Health Policy.

¹²² Trigg, N (2010) Fears over 65 billion "NHS Mortgage" *BBC News* 13th August

¹²³ Shaoul, J., Stafford, A. and Stapleton, P. (2008) *The Best of Using Private Finance to build, finance and operate hospitals*, *Public Money and Management*, April pp 101-108

¹²⁴ National Audit Office

¹²⁵ National Audit Office (2007) *Improving the PFI Tendering Process*. London: The Stationery Office

sabemos que algunas corporaciones han sido acusadas de operar como un cártel. Un cambio en el proceso introducido en 2006 para mantener un segundo competidor en las negociaciones del contrato es un intento para ejercer presión a la baja en los precios exigidos por la propuesta vencedora.

Se piensa que esto ha resultado en periodos de negociación más cortos con la primera propuesta, menos monopolio en el control de precios, pero costes más altos en las transacciones - ya que se mantienen negociaciones de algún tipo con dos consorcios.

Coste de las transacciones.

El coste de las transacciones para sacar un proyecto desde cero son importantes. El coste de los primeros 15 hospitales de inversión privada fue del 4% del valor de la inversión de capital para cubrir gastos legales, técnicos y financieros así como otros gastos relacionados con las negociaciones.

Un estudio posterior de Dudkin y Valila¹²⁶ acerca de 55 proyectos completos en diferentes sectores llegó a conclusiones similares con los costes de las transacciones suponiendo una media del 3,8% del valor del capital invertido. Un coste adicional del 5% de observaba en los casos en los que la propuesta había fallado. Una investigación del Gobierno de Escocia indicó que las negociaciones duraban una media de 35 meses en los proyectos de hospitales de inversión privada en el programa PFI.

Estos elevados costes se traducen en pagos elevados que los agentes contratantes - en este caso los hospitales del NHS - tienen que abonar anualmente al consorcio privado. Cerca del 60% de estos pagos cubren la disponibilidad del hospital (el NHS no tiene la propiedad del edificio si no que paga por su uso) y el restante 40% cubre servicios asociados al edificio como la limpieza o el mantenimiento rutinario. Estos pagos anuales se cubren a través de los ingresos que generan las operaciones del hospital.

Por desgracia, las tarifas nacionales que reciben los hospitales por un tratamiento completo autorizan solo un 5,8% por costes de capital, pero PFI exige con frecuencia una cantidad de más del doble. Cifras oficiales del Departamento de Sanidad para 2010 muestran como grandes hospitales de iniciativa privada cobran hasta el 16%; en uno de los casos se alcanza el 20% de los ingresos por el tratamiento en concepto de gastos de capital.

Además, esto son costes fijos o semi-fijos que solo pueden ser alterado renegociando el contrato, lo que genera más costes. El 5,8% de la tarifa nacional responde una media nacional, evidenciando cuánto mayores son los costes de los hospitales de iniciativa privada. A finales de 2010, El Hospital de Coventry gastaba el 15% de su presupuesto en gastos ocasionado por PFI.

Con frecuencia, estos costes tan elevados no habían sido previstos. El estudio de la Universidad de Manchester dirigido por el profesor Shaoul y cols¹²⁷ indicó que estos pagos más elevados de lo previsto surgieron de la naturaleza incompleta de los contratos, es decir, la falta de especificidad y precisión, y la necesidad de dejar asuntos abiertos para la renegociación.

¹²⁶ G Dudkin and T Valila (2005) *Transaction Costs in public private partnerships: a first look at the evidence*. EIB Economic and financial Report 2005/03. Luxemburgo: Banco Europeo de Inversión.

¹²⁷ Shaoul, J. et al (2008) o cit

De media, estos 12 hospitales estaban pagando un 20% más en pagos al consorcio de lo que habían planeado. Dos investigaciones oficiales en nombre del Parlamento dirigidas por la Auditoría Nacional (NAO) y el Comité de Cuentas Públicas (PAC)¹²⁸, respectivamente, examinaron las dificultades y los costes adicionales que surgieron en la fase operativa de varios proyectos de iniciativa privada en varios sectores. La NAO calculó que unos 180 millones de libras habían sido gastados en concepto de cambios en los contratos en solo un año. Muchos cambios necesarios no estaban sujetos a los concursos públicos; los “socios” privados imponían un coste adicional de manera rutinaria del 5-10% para implementar estos cambios. La instalación de un enchufe nuevo podía costar 300 libras y la sustitución de una cerradura 500 libras.

Claramente, el coste para pacientes y profesionales es elevado. Los ingresos del hospital que deben ser apartados y transferidos al consorcio privado para pagar los costes ocasionados por PFI son ingresos que ya no están disponibles para la atención al paciente. Se puede esperar que los servicios clínicos sufran una presión a la baja de sus costes, bien a través de la reducción de los servicios prestados o bien a través de recortes en el apartado de costes de personal.

Por supuesto todos los hospitales tendrán costes ocasionados por el capital y el coste de servicios como la limpieza o la gestión inmobiliaria y el ahorro eficiente pueden ser posibles. Sin embargo, más allá de esto, los hospitales de iniciativa privada afrontan un problema adicional y presiones de viabilidad económica y es difícil atisbar una solución sin recortar en la cartera de servicios prestados.

Lo que parece ser un caso extremo ya está sucediendo en South East London donde la sanidad local se ha embarcado en gastos por encima de sus posibilidades en los últimos años¹²⁹. Las presiones financieras se habían visto agravadas por el hecho de que tres de los cuatro hospitales de la zona tenían importantes proyectos a cargo de la iniciativa privada. Sin embargo, es el cuarto hospital que carece de un esquema enmarcado en el PFI cuyos servicios están destinados a clausurarse. A día de hoy, la maternidad y los servicios de emergencia han sido clausurados; y es casi seguro que estas clausuras serán permanentes.

Un informe de la PAC¹³⁰ de enero de 2011 concluyó que la iniciativa privada en los hospitales a través del PFI se había desarrollado porque no había una fuente alternativa de financiación a través de canales públicos y no porque mejorara la gestión económica. La comisión concluyó que no había evidencias de que generaran valor por el dinero invertido¹³¹.

Interacción con otras políticas.

La Iniciativa privada PFI trae consigo otros problemas importantes en el largo plazo. Los pagos al PFI representan en la actualidad 1.250 millones de libras en el NHS pero en 2030 alcanzarán los 2.300 millones de libras. Estos pagos tendrán que producirse independientemente de las dificultades de los hospitales en ajustarse a ellos. Otras dos

¹²⁸ NAO (2008) *Making changes in operational PFI projects*. House of Commons National Audit Office; PAC (2008) *Making Changes in operational PFI projects*. House of Commons Public Accounts Committee

¹²⁹ Lister, J. (2007) *Under the Knife: An Analysis of the Planned Changes in Hospital and Health Services in South East London*. London: London Health Emergency

¹³⁰ Public Accounts Committee. Comisión de Cuentas Públicas.

¹³¹ PAC (2011) *PFI in Housing and Hospitals*. Public Accounts Committee, House of Commons. London: TSO

políticas desarrolladas inicialmente bajo el Neo-Laborismo agravarán probablemente el problema.

La primera es la reestructuración del NHS como un mercado, como se ha analizado en el capítulo correspondiente. Esto quiere decir que los hospitales reciben ingresos solo por los tratamientos prestados y deben competir con otros proveedores en un contexto de libertad de elección del paciente para asegurarse esos ingresos en primer lugar. Si sus ingresos caen porque fracasan en intentar atraer a los pacientes, los problemas en ajustarse a los pagos del PFI se agravan.

La segunda política que puede desestabilizar al sistema es el deseo del gobierno de trasladar algunos servicios actualmente prestados en los hospitales fuera de ellos. Esto incluye, entre otros, algunas consultas de los pacientes, servicios para la gestión de condiciones crónicas y algunos diagnósticos. Obviamente, la transferencia de la prestación de servicios fuera de los hospitales reduce la capacidad de estos de asegurar ingresos suficientes para hacer frente a sus costes.

La reconfiguración de hospitales y el surgimiento de las campañas “Salvemos nuestro Hospital”.

Los servicios hospitalarios recibieron a lo largo de los años fuertes críticas de políticos y profesionales de la atención primaria y general por el porcentaje del presupuesto del NHS que recibían. Los gastos generales eran muy elevados en algunos edificios de hospitales en distintos estados de conservación y reparación. Algunos servicios y especialidades eran especialmente exitosos al reservarse grandes cantidades del presupuesto, en parte por importancia de esos servicios para el electorado y en parte porque los profesionales de estas especialidades habían sido particularmente buenos lobbistas.

Según el NHS se orientó más hacia la atención primaria y la creciente fortuna de los consultorios generalistas contrarrestó el tradicional prestigio y los privilegios de los hospitales, y mientras los activistas en favor de la prevención ganaban voz, empezaron importantes movimientos para trasladar recursos de los hospitales a “la comunidad local”.

Cerrar hospitales atrae normalmente la oposición popular local. Sin embargo, el extenso programa de clausuras de importantes departamentos en los hospitales bajo el Laborismo canalizó una coordinación sin precedentes contra los cambios en los servicios. Numerosas políticas coincidieron en resultar en la degradación de hospitales locales muy apreciados. Una de estas fue la intención de concentrar la actividad de importantes servicios hospitalarios - como las emergencias, los servicios de maternidad, o los servicios de pediatría - en un menor número de unidades más grandes. Esto supuso la clausura de estos servicios en algunos hospitales y requirió que los afectados viajaran a hospitales alternativos más alejados. En 2006, El Director Ejecutivo del NHS, David Nicholson, dijo que 60 actuaciones de reconfiguración tendrían lugar a lo largo de Inglaterra como resultado de estas políticas de concentración.

Al mismo tiempo, una política conocida como “Atención más cercana a Casa”¹³², pretendía trasladar los servicios fuera de los hospitales cuando fuera posible y a lugares más cercanos al paciente, aparentemente por la conveniencia del paciente. Se aseguraba que mediante la reordenación de estos servicios (como dermatología, diabetes, ortopedia y cirugía general) y rediseñando los caminos y modelos de la

¹³² “Care Closer to Home”

prestación de la atención, sería proporcionado un servicio más integrado y más accesible para el paciente.

La justificación de estos dos distintos procesos de reconfiguración de servicios recaía en varios argumentos, normalmente presentaba en documentos públicos producidos bien por los PCT o por los HT la planificación para reconfigurar los servicios. Estos incluían: presiones de personal surgiendo de dificultades de contratación, la Directiva Europea de Horarios de Trabajo y un nuevo sistema de preparación para los médicos llamado Modernización de las Carreras Médicas¹³³; la revisión de las directrices de contratación en áreas que requerían un mayor ratio personal-paciente; la creencia de que se obtenían mejores resultados en la atención en unidades mayores o por médicos más especializados; incremento de las enfermedades crónicas (como la diabetes, la obesidad o el asma) considerándose que se tratan mejor en centros locales; desarrollo de la tecnología médica, como la telemedicina; accesibilidad; presiones financieras.

La transferencia de servicios fuera de los hospitales a entornos más locales, aún no atrayendo el apoyo incondicional de la población, no ha producido normalmente una oposición organizada y articulada. No es difícil observar por qué. Aunque puede haber una reducción del servicio ofrecido (si por ejemplo los pacientes reciben atención de un personal menos interdisciplinar que el anterior), esto puede afirmarse y normalmente solo se puede insinuar o especular. Aunque los servicios, en el proceso de reconfiguración, pueden ser contratados a proveedores comerciales, esto se evidencia y es difícil organizarse para explicarlo.

Ha habido alguna oposición a estos planes. Por ejemplo, una consulta llevada a cabo en el condado de Leicestershire, en East Midlands, encontró la oposición popular en una ciudad por el incierto futuro de un centro de salud, en otra por la propuesta de un nuevo centro de salud que competiría con el existente por los pacientes, en una tercera porque la transferencia de atención a un entorno local suponía la eliminación de un centro de atención local para unirlo todo en un gran centro de atención "local" más accesible; y en una cuarta ciudad porque suponía mover el Monumento a los Caídos en la Primera Guerra Mundial que se encontraba en un hospital local amenazado con ser clausurado¹³⁴. De estas cuatro, solo la primera tuvo éxito en salvaguardar los servicios existentes.

Las campañas contra la clausura de servicios hospitalarios importantes como las emergencias, han sido sin embargo, mucho más difícil de evitar para los ejecutores y los diputados. Estas campañas, que habitualmente se concentran en un pueblo o en una ciudad, más que esparcidas es un condado, se concentran en una instalación o en una institución concreta. Aquí es donde el cariño tradicional al NHS como núcleo duro del sistema de ha visto reflejado. Como mencionado anteriormente, esto no es nuevo - ya ha habido con anterioridad campañas de "salvemos nuestro hospital". Sin embargo, en 2006 la gran escala del programa de reconfiguración se encontró con una extensa red de campañas de resistencia. Cuando David Nicholson admitió que 60 hospitales serían afectados por la clausura de servicios importantes, la prensa reveló que unas 50 campañas importantes se habían levantado a lo largo del país contra estas clausuras.

¹³³ EU Working Time Directive // Modernising Medical Careers

¹³⁴ Ruane, S (2008) *Interpreting the Community Health Services Review Consultation - Commentary on Community Health Services Review Public Consultation Feedback Report*. Report for Leicestershire County Council Adult Social Care and Health Care Services Overview and Scrutiny Committee.

Muchas de estas han fracasado en su intento de salvar servicios pero ha habido algunos éxitos espectaculares¹³⁵. Además, muchas de estas campañas han trabajado en común y algo de coordinación e intercambio de información ha sido llevado a cabo por organizaciones como Community Hospitals Acting Nationally Together (CHANT), una asociación estrechamente vinculada al Partido Conservador, entonces en la oposición; y Keep Our NHS Public, una organización políticamente independiente en favor de un sistema sanitario provisto de forma pública, financiado públicamente y democráticamente gestionado.

Una de las dificultades ha sido la escasa fiabilidad de algunas informaciones proporcionadas por oficiales del NHS para el público y que hasta cierto punto han minado la confianza de la población en las propuestas de reconfiguración. Por ejemplo, las afirmaciones de que los resultados de la atención sanitaria son mejores en tanto en cuanto mayor es la instalación sanitaria han sido generalizadas de forma equívoca. Mientras que algunas cirugías por ejemplo, presentan mejores resultados en unidades médicas más grandes, como hospitales, este no es el caso en todas las intervenciones quirúrgicas y en algunos casos, unidades más pequeñas tienen mejores resultados¹³⁶.

Los activistas tampoco estuvieron siempre convencidos de que sus intereses sanitarios eran mejor respondidos cerrando los servicios locales, especialmente porque el tráfico afectaría sin duda a la capacidad de alcanzar instalaciones alternativas con rapidez. Además, las unidades de accidentes y de emergencias, además de ser usadas más o menos por todas las familias del país en algún momento, son usadas desproporcionadamente por aquéllos que viven en áreas degradadas y aquéllos que viven en los “márgenes” de la sociedad como los sin techo o los mentalmente enfermos. Como servicios que siempre están abiertos y donde los pacientes siempre son tratados y vistos, contribuyen a una mayor igualdad de la atención sanitaria.

Quizás lo más significativo en alimentar el escepticismo del público ha sido la sugerencia de que los planes de reconfiguración no son llevados a cabo por motivos económicos. Muchos activistas han percibido que las limitaciones financieras han ayudado a dar forma a propuestas incluso cuando estas han sido presentadas como propuestas para asegurar una mejor atención sanitaria. Donde las restricciones económicas con evidentes, es muy difícil ver la desaparición de un hospital como algo más que un recorte de servicios.

Así como las restricciones financieras, surgiendo de una variedad de factores en un momento de un gasto relativamente alto en atención sanitaria, otro factor clave en la reconfiguración ha sido la implementación de un sistema de mercado en el NHS. La Hoja de Ruta, Nuestra Salud, Nuestra Atención, Nuestra Decisión¹³⁷ presenta una visión de servicios diseñados, integrados de forma diferente y de servicios proveídos por diversos proveedores. Esto supuso un punto clave en la puesta en marcha de la estructura de mercado del NHS. La reconfiguración crea oportunidades para proveedores independientes - comerciales y sin ánimo de lucro - que generalmente no pueden llevar a cabo la puesta en marcha de un hospital entero pero sí son capaces de proporcionar un variedad de servicios más modesta.

¹³⁵ Ruane, S(2011) “Save our Hospital Campaigns in England: Why do some hospital campaigns succeed?” in J Lister (ed) *Europe’s Health for Sale: The Heavy Cost of Privatisation*. Libri

¹³⁶ Byrne, D and Ruane, S. (2007) *The Case for Hospital Reconfiguration - not Proven: A Response to the IPPR’s The Future Hospital*, London: Keep our NHS Public.

¹³⁷ Our Health, Our Care, Our Say

Conclusiones.

Un buen número de iniciativas políticas simultáneas ha alterado de manera significativa la prestación de atención hospitalaria. Una gestión fuertemente jerarquizada ha agudizado la gestión del rendimiento y los objetivos han tenido una gran importancia a la hora de dar forma a la gestión y a la actividad profesional. En algunos aspectos esto ha sido beneficioso para los pacientes. Al mismo tiempo una serie de acciones han sido tomadas para acercar a la filosofía de mercado este aspecto de la atención sanitaria: la creación de un nuevo régimen autónomo para los futuros hospitales, permitiéndoles entablar relaciones con organizaciones comerciales.

Además no rendirán cuentas a la Secretaría de Estado de Sanidad; la introducción de proveedores del sector privado utilizando fondos del NHS para tratamientos sencillos, intervenciones quirúrgicas de bajo riesgo y diagnósticos; la introducción de la competencia entre todas estas instituciones, pero no competencia en igualdad de condiciones ya que ISTC tendrán los ingresos garantizados; la imposición forzada de obtener inversiones en capital para mejorar las instalaciones a través de la iniciativa privada (PFI) como única ruta, creando un canal a través del cual una parte importante de los ingresos de los hospitales fluirá en el largo plazo a los consorcios privados; la transferencia estable de servicios fuera de los hospitales a entornos locales más accesibles; y la introducción del Pago por Resultados limitando los ingresos de un hospital de acuerdo al número de pacientes que utilizan sus servicios y presionados a la baja por las políticas que tiene lugar simultáneamente.

En general, la totalidad de las políticas desestabiliza las finanzas de los hospitales y es probable que el resultado sea la clausura de servicios y de hospitales enteros.

Los hospitales en España

María Luisa Lores Agúin

Complejo Hospitalario de Pontevedra. FADSP

Antes de la aprobación de **la Constitución** en 1978, el modelo de seguridad social en España tenía un carácter mutualista y su finalidad era esencialmente curativa. En el año 1977, al inicio de la democracia, el 23% de la población no se encontraba cubierta por la Seguridad Social.

La Constitución Española reconoce el derecho a la salud de toda la población y constituye el primer paso para el inicio de la reforma de la atención hospitalaria y de la atención primaria (AP), impulsada a su vez por la conferencia celebrada en 1978 en Alma Ata.

En los años 70 se inicia la construcción progresiva de los nuevos hospitales, con dotación adecuada, de forma que obliga al cierre de un número importante de centros privados. La tabla I muestra como la provisión privada de servicios sanitarios comienza a disminuir en los años 70, pasando de 43% en 1960 a 15% en 1983 (tabla I). Existían sin embargo diversas redes hospitalarias sin coordinación entre ellas ni con la AP

Tabla I

Año	Provisión pública	Provisión privada
1960	56,4	43,6
1970	63,9	36,1
1980	79,9	20,1
1983	84,5	15,5
1985	80,3	19,7
1987	77,5	22,5

El sistema sanitario precisaba de cambios para incrementar su eficiencia y calidad y existían condiciones que favorecían el desarrollo de un nuevo modelo de AP y de hospital, aún a pesar del proceso de transición política y de la debilidad de los primeros gobiernos democráticos de UCD, que dificultaban que estos se abordaran.

En 1986 el gobierno de España (PSOE) aprueba la Ley General de Sanidad, un texto bastante avanzado y que supuso un hito histórico para el sistema de salud español. Diseña un modelo sanitario en línea con los Servicios Nacionales de Salud más desarrollados de la época, del RU y de los Países nórdicos y contempla la creación de un sistema constituido por todas las infraestructuras y servicios públicos¹³⁸. En su artículo 45 enumera las características fundamentales del SNS, que incluyen la cobertura universal y la financiación y provisión públicas. La LGS considera a la atención privada como complementaria, que solo deberá utilizarse cuando los servicios públicos se muestren insuficientes.

Se ordena y planifica la atención sanitaria sobre una base territorial bien definida, el Área de Salud, de 200/250.000 habitantes, dotadas con los correspondientes equipos de atención primaria (EAP) y su hospital de referencia. Posteriormente se transfiere progresivamente la sanidad a las distintas CCAA. El SNS se concibe así como el conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados. La homologación de la formación de especialistas médicos y la acreditación de hospitales para impartir docencia constituye otro hecho esencial en la mejora de la atención hospitalaria en España.

138 Sánchez-Bayle M. Los hospitales en España. La reforma pendiente. FADSP.1996

La primera Ley sobre Especialidades Médicas, de 1955, dispone que para obtener el título de especialista era suficiente con inscribirse en el Colegio Médico en determinada especialidad y disponer del aval de cualquier especialista, con ejercicio público o privado. En 1977, el recién creado Ministerio de Sanidad regula la formación de postgrado. La selección se realiza mediante un examen para médicos internos residentes (MIR) simultáneo en todo el territorio nacional¹³⁹ y se acuerdan los requisitos de acreditación de los hospitales para la docencia.

La LGS, la regulación de la formación de especialistas y el desarrollo de las tecnologías sanitarias y de las especialidades médicas supusieron un importante impulso de la atención hospitalaria en España, mediatizado por la influencia sobre el SNS de las contradicciones existentes entre las dos tendencias opuestas en política sanitaria a nivel internacional, la defendida en la conferencia de Alma-Ata, con el objetivo de salud para todos, en un sistema centrado en la AP y el modelo mercantilista y neoliberal¹⁴⁰ impulsado por el triunfo de Thatcher y Reagan.

A pesar de los factores desfavorables, se universaliza la asistencia, se incrementa la equidad en el acceso y mejoran los indicadores de salud de la población.

La tabla II¹⁴¹ nos muestra como la población española (1995-2003) goza de una buena posición, comparativamente con el resto de los países europeos¹⁴² con un gasto sanitario inferior a la mayoría de estos (tabla III) lo que confirma la eficiencia de la reforma que se estaba realizando.

Tabla II- EVLI al nacer en hombres y mujeres de los países de la UE-15

Años	95 M	95 H	97 M	97 H	99 M	99 H	2001 M	2001 H	2003 M	2003 H
1995										
2003										
Alemania	64,3	60,0	64,3	61,9e	64,3e	62,3e	64,5e	64,1e	64,7e	65,0e
Austria		60,0		62,2		63,6	68,5	64,2	69,6e	66,2e
Bélgica	66,4	63,3	68,3	66,5	68,4	66,0	68,8	66,6	69,2e	67,4e
Dinamarca	60,7	61,6	60,7e	61,6	60,8	62,5	60,4	62,2	60,9e	63,0e
España	67,7	64,2	68,2	65,5	69,5	65,6	69,2e	66,0	70,2e	66,8e
Finlandia			57,6	55,5	57,4	55,8	59,9	56,7	56,5e	57,3e
Francia	62,4	60,0	63,1	60,2	63,3	60,1	63,3	60,5	63,9e	60,6e
Grecia	69,2e	65,8	68,7	66,4	69,4	66,7	68,8	66,7	68,4e	66,7e
Holanda	62,1e	61,1	61,4	62,5	61,4	61,6	59,4	61,9	58,8e	61,7e
Irlanda		63,2		63,2	67,6	63,9	66,5	63,3	65,4e	63,4e
Italia	70,0	66,7	71,3	68,0	72,1	68,7	73,0e	69,8	74,4e	70,9e
Luxemburgo										
Portugal	63,1	59,6	60,4	59,3	60,7	58,8	62,7	59,5	61,8e	59,8e
Reino Unido	61,2e	60,6	61,2e	60,9e	61,3e	61,2e	60,8e	61,1e	60,9e	61,5e
Suecia			60,0	62,1	61,8	62,0	61,0	61,9	62,2e	62,5e

EVLI- Esperanza de Vida Libre de Incapacidad. En blanco- Dato no disponible- e Dato estimado- M- Mujeres-H- Hombres

139Historia del MIR. Juan D. Tutosaus. H Universitario Virgen del Rocio. Sevilla

140 Irigoyen J. El declive de los discursos comunitarios en la reestructuración de la atención primaria en España. Expectativas y realidades de la atención primaria española. Fundación 1º de mayo. febrero 2010

141 www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/informeEVLI.pdf

142 www.sostenibilidad.es. Salud Pública

Tabla III

	Gasto sanitario total (PPP) (Público+Privado) 1990	Gasto público dólares internacionales per-cápita 2000
Austria	1544	2168
Bélgica	1796	1673
Dinamarca	1153	1960
España	820	1100
Finlandia	1280	1317
Francia	2499	2076
Grecia	502	870
Irlanda	835	1326
Italia	1526	1488
Luxemburgo	1399	2800
Portugal	618	1095
RU	1314	1454
Suecia	1938	1938
Media OCDE	1563	

Fuente: OCDE *Purchasing Power Parities and Real Expenditures*.

El Informe Abril

En el año 1991, durante el gobierno del partido socialista (PSOE) y únicamente 5 años después de la publicación de la LGS, una subcomisión del congreso de los diputados elabora el **Informe Abril**, con la justificación de tratar de evitar la supuesta ineficiencia a la que nos abocaba la gestión pública del sistema, debida *al incremento de las necesidades y exigencias de una población cada vez más envejecida y a unos recursos limitados*, pero con el verdadero objetivo de privatizar y relanzar las medidas neoliberales en el SNS. Recomendaba evitar el control estatal de la sanidad, definir una política menos restrictiva y más estable con el sector privado, implantar instrumentos de gestión empresarial y separar la financiación (pública) de la provisión de servicios (pública y privada) para introducir la competencia entre los proveedores, además de la libertad de elección.

Las recomendaciones del informe abril fueron respaldadas posteriormente por la Ley 15/1997, aprobada durante el gobierno de los conservadores (PP), sobre nuevas formas de gestión, que no excluye ninguna forma jurídica concreta para la gestión de los centros sanitarios públicos.

El informe Abril genera gran contestación, y su aplicación se retrasa y es muy desigual en las distintas CCAA, más intensiva en las comunidades gobernadas por el PP sobre todo en los últimos años ya que, de forma paradójica, la crisis económica parece servir de excusa para privatizar y dismantlar el sistema sanitario público.

Por otra parte en Europa, el **Tratado de Maastricht** (1992) establece que el gasto público de cada país no deberá superar el 3% del PIB ni su endeudamiento público el 60%, lo que supuso un apoyo inestimable para los defensores de la privatización de la

financiación y de la gestión de los hospitales, ya que el tratado no considera como endeudamiento público el contraído por empresas públicas acogidas a gestión privada, como ocurre con los modelos utilizados para privatizar el SNS español:

Las fundaciones sanitarias que el PP “ensaya” en Galicia, en varios hospitales comarcales de pequeño tamaño. Sus resultados, sin embargo, confirmaron el incremento de la ineficiencia y el fracaso del modelo¹⁴³, con un menor número de camas y profesionales por habitante, mayor demora media, menor actividad asistencial, menor capacidad resolutoria (selección de pacientes y altas tasas de derivación) y mayor insatisfacción de su personal. La ausencia de transparencia con sus cuentas se confirma tras la detección de diversas irregularidades por parte del “Consello de Contas de Galicia”¹⁴⁴.

El rechazo generado por las fundaciones sanitarias impidió la generalización de esta forma de gestión privada en Galicia y limitó su exportación a otras CCAA. Actualmente se encuentra paralizada.

Durante el gobierno del bipartito en Galicia (PSOE-BNG, 2006-2009), las fundaciones sanitarias gallegas se reintegran al sistema público¹⁴⁵.

La Iniciativa de Financiación privada (PFI)

Introducida en el RU y aplicada posteriormente en España. Con esta forma de gestión, las empresas adjudicatarias, agrupadas en uniones temporales (UTEs), constituidas esencialmente por constructoras y financieras, se encargan de la construcción de los hospitales y de su financiación, que no contabiliza como deuda pública y a cambio la Administración les cede la gestión de los servicios no asistenciales (mantenimiento, limpieza, seguridad, hostelería, servicios auxiliares, logística, documentación y administración) y en, algunos casos, la gestión de servicios asistenciales (laboratorios y radiología) Además, estas empresas privadas reciben los terrenos de titularidad pública que rodean a los hospitales, lo que les permite ampliar su área de negocio, creando y gestionando aparcamientos y centros comerciales.

La Administración se reserva la gestión de los servicios asistenciales restantes y paga un canon anual por la utilización de los hospitales durante el tiempo acordado, generalmente de 20 a 30 años.

La justificación fundamental para utilizar esta forma de gestión privada es reducir el tiempo y el coste de la construcción de los hospitales, sin embargo diversas publicaciones concluyen que son asombrosamente más caros (hasta 4 veces o más).

Por otra parte, el canon anual que los gobiernos deberán pagar a las empresas privadas se detrae del capítulo de gasto corriente, en detrimento del presupuesto destinado al funcionamiento de los centros y limita la capacidad de los hospitales para adaptarse a los cambios tecnológicos y poblacionales que, por otra parte, se deberán negociar uno a uno, durante un largo periodo de tiempo, con las empresas dueñas del hospital.

PFI en España

En España se construyeron con el modelo PFI los hospitales de Burgos, Mallorca y los nuevos hospitales de Madrid. La presidenta de Castilla La Mancha (PP) ha anunciado

143 Martín-García M. Sánchez-Bayle M. Nuevas formas de gestión y su impacto en las desigualdades. Gac Sanit 2004;18(supl 1):96-101

144 Defensor del Pueblo. Informe. 2004. Madrid

145 Nuevas formas de gestión: las fundaciones sanitarias en Galicia. Sánchez-Bayle M. Martín García M.. Documento de trabajo 43/2004. Fundación alternativas. Madrid

recientemente la privatización de la gestión de cuatro hospitales públicos y la construcción de otros cuatro nuevos hospitales PFI en la Comunidad.¹⁴⁶ Además, está pendiente la construcción de 2 Nuevos hospitales PFI en Galicia (PP), el hospital de Vigo, iniciado en noviembre 2011 y el de Pontevedra.

El nuevo Hospital de Vigo (NHV) ha sido adjudicado a una UTE de la que forman parte *la constructora OCA, el grupo Acciona y Concessia Cartera*. El servicio Galego de Saúde (SERGAS) pagará a esta UTE un canon de 71,67 millones de euros/año durante 20 años, lo que imposibilitará el funcionamiento del hospital, ya que dicho canon representa el 60% de su gasto corriente, de 120 millones de euros en el año 2011¹⁴⁷.

Por otra parte, la crisis financiera actual dibuja un nuevo escenario. En el caso del NHV, la mayoría de las cajas de ahorros seleccionadas para su financiación, incluidas en Concessia Cartera, han solicitado ayudas públicas al FROB (fondo público de reestructuración bancaria) para poder cumplir los requisitos de solvencia exigidos, así que se da la situación paradójica de que el Estado presta dinero público a entidades privadas para que financien los hospitales públicos, cuyo coste revertirá muy incrementado de nuevo sobre el Estado.

En la Comunidad de Madrid todos los nuevos hospitales se construyeron por medio de la PFI y posteriormente el gobierno autónomo (PP) anula la división territorial en Áreas sanitarias y crea el Área Única de Madrid, con el fin de que los pacientes puedan elegir cualquier proveedor de servicios sanitarios, público o privado, siguiendo el modelo de libre mercado.

La contrarreforma de la sanidad pública madrileña ha generado gran conflicto profesional y ciudadano y numerosas reclamaciones al defensor del pueblo¹⁴⁸ en una Comunidad Autónoma que contaba, al inicio de la democracia, con la red hospitalaria de mayor prestigio de España.

La Comunidad madrileña ya ha pagado a las empresas concesionarias más de lo que estas se han gastado en la construcción de los 8 centros inaugurados entre 2007 y 2008 (700 millones de euros) pero aún les adeuda 4000 millones¹⁴⁹. A pesar de esto, En mayo 2011 estas empresas han exigido un incremento de 10 millones en el canon anual, para evitar, según afirman, “el colapso del Sistema”

En la Comunidad Valenciana (PP) se implanta otra forma de gestión privada, tipo Concesión Administrativa, que se ensaya en el hospital de la Ribera (Alzira) construido, financiado y gestionado, tanto los servicios sanitarios como los no sanitarios, por el Consorcio Ribera Salud, encabezado por la aseguradora privada Adeslas. Debido al fracaso de la gestión privada del hospital de Alzira, este tuvo que ser rescatado en el año 2003 por el gobierno autónomo de la Comunidad Valenciana, que posteriormente lo devolvió saneado al consorcio Ribera salud, al que además cede la gestión de los 13 centros de salud del Área sanitaria correspondiente.

A pesar de este trato favorable, la solvencia de las entidades financieras que constituyen Ribera Salud, la Caja de Ahorros del Mediterraneo (CAM) y Bancaja, se encuentra bajo mínimos. La CAM ha sido considerada por el presidente del Banco de España como “lo peor de lo peor”¹⁵⁰ de las cajas de ahorros y ha tenido que ser intervenida. Bancaja se ha

146 Cospedal anuncia nuevas medidas de ahorro en sanidad. RTVCM 2 de diciembre de 2011

147 Complejo Hospitalario de Vigo. Información de la Consellería de sanidade. Xunta de Galicia

148 Informe del defensor del pueblo 2009

149 Asociación madrileña para la defensa de la sanidad pública. Observatorio de Atención primaria. 9 de mayo de 2011.

150 Ordóñez: La CAM es lo peor de lo peor. ElPaís.con. 30 de septiembre de 2011

fusionado con las otras entidades que forman el grupo Bankia, que ha solicitado ayudas públicas al FROB.

Por otra parte, en el año 2006, el 10% de los médicos de plantilla del hospital de Alzira renuncian a sus contratos y abandonan el hospital, en desacuerdo con sus condiciones de trabajo, a lo que hay que añadir las muchas denuncias de los pacientes por la inequidad en el trato y el deterioro de la calidad asistencial, ello a pesar de que su coste por usuario es superior a la media de la Comunidad Autónoma¹⁵¹.

Sin embargo, este modelo de gestión privada se extendió posteriormente por otras áreas sanitarias de la Comunidad Valenciana. Actualmente Ribera Salud gestionaba 5 hospitales y 100 centros de salud, además de participar en la gestión privada de la alta tecnología de la Comunidad.

De nuevo su deuda se ha ido incrementando y su gestión ha fracasado, de forma que los servicios sanitarios que gestiona están en venta. Recientemente, tras la intervención de la consultora PwC se ha seleccionado al grupo sueco Capió que se quedará con Ribera salud y se erige así en empresa líder en España tanto con respecto a la prestación sanitaria privada como a la público-privada. La operación está pendiente de confirmación definitiva¹⁵².

Un caso especial es el Modelo Catalán, que ya poseía una amplia red de centros concertados antes de la llegada de la democracia (al recibir las transferencias sanitarias en 1980, de cada 3 camas 2 eran concertadas) factor que favoreció una rápida consolidación de la gestión privada de su sistema de salud.

En el mismo año de publicación del Informe Abril entra en funcionamiento el Sistema Català de Salut como un ente público que gestiona tanto los centros públicos como los privados concertados, en un marco más propio de libre competencia que de cooperación. Todos los hospitales, también los públicos, pasan a estar financiados según la actividad desarrollada, no por asignación de un presupuesto¹⁵³.

El gobierno autonómico en poder de la derecha nacionalista durante más de 2 décadas supuso otro factor que facilitó la privatización del sistema sanitario catalán, que se ha acrecentado de forma alarmante con su retorno al poder hace un año. La concepción de la salud pública de Boi Ruiz, el consejero catalán de sanidad de la Generalitat de Cataluña, se define en una de sus frases *“La salud es un bien privado que depende de uno mismo, no del Estado”*¹⁵⁴ y uno de sus objetivos es implantar la *obligación de contratar una póliza privada de salud* a la población de Cataluña, claro que, antes de ser nombrado conseller catalán de sanidad, Boi Ruíz era presidente de la “patronal de entidades sanitarias privadas concertadas”

Consideraciones finales:

Las formas de gestión privada de los hospitales públicos han supuesto un rotundo fracaso además de hipotecar el futuro de muchos hospitales en España.

A pesar del ocultismo y la falta de transparencia de su gestión, lo que ha trascendido sobre los resultados e indicadores sanitarios de estos centros no resiste la comparación

151 Gonzáles Madel J. Público y privado en la atención primaria de salud en España. Expectativas y realidades de la Atención Primaria en Española. Fundación 1º de mayo. 2010.

152 Información.es. Alicante. 3 de diciembre de 2011

153 Girona L, Delás J. El modelo sanitario catalán, entre el mito y la realidad. Los hospitales en España. la reforma pendiente. Capítulo XX. 1996

154 Boi Ruiz. La salud depende de uno mismo no del estado. ElPaís.com. 25 de octubre de 2011

con la gestión pública, ni en eficiencia ni en nivel de satisfacción de profesionales y de usuarios.

El informe de la OMS, con respecto al modelo PFI, lo afirma *“En comparación con el sistema habitual, los nuevos servicios suelen construirse respetando los plazos y el presupuesto, pero ello se logra a menudo a expensas de la calidad. La necesidad de reducir al mínimo el riesgo para las partes significa que es muy difícil crear servicios «a prueba de acontecimientos futuros» en un mundo en rápida transformación. Por último, esos proyectos son extremadamente, si no prohibitivamente, complejos...parece que la colaboración público-privada complica aún más la ya de por sí difícil tarea de construir y dirigir un hospital”*¹⁵⁵

Sin embargo, la derechización del mapa político español, los conflictos de intereses entre los gobernantes, la industria sanitaria y el mundo financiero, que con la excusa de la crisis pretende adueñarse del SNS, junto a la reforma constitucional “exprés”, aprobada por acuerdo de ambos partidos mayoritarios (PSOE y PP) en agosto 2011, que impone al conjunto de la Administración española límites de endeudamiento público muy inferiores al 3% del Tratado de Maastricht, parecen abocarnos irremediablemente a estas formas de financiación privada, que someterán al sistema público a un endeudamiento impagable y a una privatización total.

Sin embargo, un estudio no interesado de los indicadores sanitarios tras la transición política en España nos demuestra que son las recomendaciones de la LGS, aún no derogada pero cada vez menos respetada, las que más han contribuido a incrementar la eficiencia y la equidad del sistema y los niveles de salud de la población española.

La “pelota está en manos de los profesionales y de la población española”

155 Alianzas público-privadas para los hospitales. Boletín de la OMS. Volumen 84. Noviembre de 2006

La Coalición Conservadora-Liberal Demócrata y sus reformas en el NHS¹⁵⁶

Introducción

En mayo de 2010, el gobierno laborista cedió el poder a una coalición del Partido Conservador, como socio mayoritario, y del Partido Liberal Demócrata, como socio minoritario.

Ambos partidos habían comprometido en sus programas electorales su apoyo a una estructura de mercado del NHS y a una mayor diversidad de proveedores. Los Conservadores habían repetido que no habría “más revisión a la baja del NHS” y que, en un contexto de recortes masivos en el sector público, la financiación del NHS sería protegida y aumentaría en términos reales. El acuerdo de coalición fue firmado el 11 de mayo de 2010 por ambos partidos como una plataforma de gobierno. El acuerdo excluyó explícitamente una revisión a la baja del NHS y no hacía mención alguna a los profundos cambios que vendrían.

En dicho acuerdo, la financiación del NHS aumentó en “términos reales” el 0,1% al año. Desafortunadamente, el aumento de la demanda resta importancia a este aumento y la transferencia de 1.000 millones de libras a las autoridades locales para atención social, deja al NHS con un recorte neto en su financiación. Además, el NHS está obligado a ahorrar de 10.000 a 20.000 millones de libras en concepto de “eficiencia” durante esta legislatura. Igualmente sorprendente, aunque todavía más en este contexto, fue la publicación de una Hoja de Ruta en julio de 2010, augurando un periodo de cambio y reestructuración, en fuerte contraste con las promesas previas a las Elecciones Generales y al compromiso incluido en el acuerdo de coalición.

Las propuestas principales de reforma contenidas en la Hoja de Ruta y la Ley de Atención Sanitaria y Social.

La Hoja de Ruta, Equidad y Excelencia: liberalizando el NHS¹⁵⁷ y la consiguiente Ley de Atención Sanitaria y Social (pendiente de trámite parlamentario en el momento de redacción de este documento), implicaba una reestructuración radical del NHS. Se evitaría una estructura de mercado con una división consumidor-proveedor pero las agencias de adjudicación de contratos estarían significativamente más abiertas a la privatización y el sistema regulador se alteraría para enfatizar la competencia entre “cualquier proveedor interesado”. Esto fue percibido como un cambio en la prestación de atención sanitaria, alejándose de los centros y hospitales del NHS hacia proveedores independientes del sector.

Un debate paralelo, sobre si la reforma debería ser considerada evolutiva o revolucionaria, apuntó tanto al alcance del cambio como a la continuidad con las políticas del anterior gobierno. El sistema Laborista ya permitía la contratación de atención sanitaria a cualquier proveedor bajo ciertos umbrales de coste y calidad. Había establecido la Tabla de Cooperación y Competencia para desarrollar las reglas del mercado y las reglas de la competencia que evitaran comportamientos de competencia desleal. Las agencias de adjudicación y contratación eran las Primary Care Trusts¹⁵⁸.

¹⁵⁶ NHS: *National Health Service*. Servicio Nacional de Salud en sus siglas en inglés.

¹⁵⁷ Cm 7881 (2010) *Equity and Excellence: Liberating the NHS*. London: The Stationery Office

¹⁵⁸ Primary Care Trusts o PCT. Garantes de Atención Primaria en sus siglas en inglés.

Ajudicación y gestión - General Practice Commissioning Consortia.

Las instituciones responsables de la gestión y la contratación en el sistema Laborista eran las Primary Care Trusts (PCTs). Bajo las propuestas de la coalición, estas serían abolidas y en su lugar esta tarea sería llevada a cabo por instituciones de nueva creación, llamadas "General Practice Commissioning Consortia" (GPCCs). Éstas debían ser órganos colegiados compuestos principalmente por miembros de los centros de salud. Podrían existir desde abril de 2012 aunque no adquirirían poderes estatutarios hasta abril de 2013.

Los GPCCs debían ser los responsables de la adjudicación de servicios para la atención especializada, emergencias y servicios a la comunidad para los pacientes en sus listas y de mejorar los resultados sanitarios. Encargarían servicios de emergencia sólo para los pacientes que viviesen en sus áreas pero no estuviesen en sus listas o las listas de otros centros sanitarios. Se les obligaría a que el gasto no excediera el presupuesto destinado. Como órganos estatutarios se les exigiría guardar los requerimientos legales en relación con la igualdad, los derechos humanos, la libertad de información y la protección de datos. Deberían mostrar sensibilidad a las necesidades y deseos de los pacientes, pero de acuerdo a la norma, no se les exigiría reunirse en público, consultar al público o publicar sus documentos. Deberían colaborar con otros profesionales y "actuar en asociación" con las autoridades locales. Tendrían una misión estatutaria para asegurar una mejora continua en la calidad; lo que incluiría la efectividad y la seguridad en la atención al paciente y el tratamiento y una experiencia integral del paciente recibiendo atención¹⁵⁹.

Inicialmente, los GPCC esperaban recibir entre 25 y 30 libras por paciente para gastos de funcionamiento pero esta cifra fue revisada drásticamente a la baja. Cada centro elegiría un médico como su representante en el órgano aunque éstos no tendrían que tener un consejo de administración. Cada órgano tendría un encargado de la contabilidad con responsabilidades específicas en relación con la mejora de la calidad, las finanzas y la promoción.

El nombre de estas nuevas organizaciones era un tanto engañoso. Con certeza, Commissioning Consortia incluirían GPs¹⁶⁰ y otros consultorios de medicina general, y a todos les era exigido adherirse a uno. Además la creación de los GPCC fue justificada por el gobierno para permitir que las decisiones de adjudicación de servicios fueran tomadas lo más cerca posible del paciente con un total compromiso clínico. Sin embargo, no se esperaba que más de una minoría de las GP participasen activamente en la parte más empresarial de la toma de decisiones. Esto incluye, entre otras cosas, la negociación y firma de contratos, su supervisión, la facturación y la auditoría, la determinación de obligaciones y el manejo de las disputas legales, organizar riesgos y la publicidad.

Además, la mayoría de las GP, el 75% según las encuestas, no se sentía entusiasta acerca de la realización de estas tareas. En su lugar, se podría esperar que el grueso de este trabajo fuera realizado por aquellas GP que ya tenían una orientación más empresarial. Estas serían asistidas por personas de relevante experiencia que se convertirían en empleados del organismo o adquirirían algún tipo de relación contractual con el mismo. Algunos de estos trabajadores provendrían de los PCT pendientes de abolición,

¹⁵⁹ BMA (2010) *The principles of GP commissioning. A statement of the GPC in the context of "liberating the NHS"*. London: British Medical Association; NHS Confederation (2010) *GP Commissioning Consortia: Next Steps and Managing the Transition*. London: NHS Confederation

¹⁶⁰ GP: *General Practice*. Consultas de Medicina General

trabajadores que de otro modo perderían sus puestos de trabajo; otros trabajarían para empresas privadas. De hecho estaba previsto que una significativa cantidad de las funciones administrativas pudieran y fueran contratadas a empresas privadas.

Incluso antes de la publicación de la Ley en enero de 2011 un número significativo de contratos con compañías privadas ya habían sido firmados. NHS Londres, la autoridad sanitaria que supervisa la capital, firmó un acuerdo con “KPMG Partnership for Commissioning”. Esta asociación comprende a la Asociación Nacional de Atención Primaria, Healthskills, Administración de Atención Primaria, UnitedHealth UK y Morgan Cole. KPMG es una de las “cuatro grandes” firmas de contabilidad global.

El contrato consistía en proporcionar desarrollo individual, de liderazgo y de organización a los ocho primeros consorcios “pioneros” en Londres. (Estos consorcios pioneros eran una suerte de consorcios en la sombra - grupos de médicos de familia que se habían organizado para desarrollar las habilidades y estructuras necesarias de manera que estuviesen preparados para asumir poderes y responsabilidades reales cuando el gobierno se lo exigiera en conformidad con su calendario.)

Otros consorcios administrativos en la sombra habían adquirido contratos con UnitedHealth UK; por ejemplo, la revista médica Pulse informó de que un consorcio había contratado con UnitedHealth UK ayuda y apoyo con sus “pacientes de alto riesgo”. Otro consorcio había firmado un acuerdo con Connect Physical Health para rediseñar la intermediación y los servicios de tratamiento y así reducir la remisión a ortopédicos¹⁶¹.

Todos estos eran contratos que indicaban métodos para reducir o en el mejor de los casos reorganizar la necesidad de atención sanitaria del paciente. La administración acabaría siendo una actividad mucho más comercial, tanto en su relación con socios comerciales como en su carácter cultural. La atracción para las compañías privadas eran las 60.000 o 80.000 millones de libras en manos de los consorcios para la administración de atención sanitaria.

Hay dos dimensiones en el conflicto de intereses generadas por la falta de previsión en el borrador original de la Ley. Por un lado si las GP podrían retener beneficios obtenidos mediante el recorte de la atención sanitaria proporcionada a sus pacientes. Estos beneficios, podrían ser invertidos en el centro, para por ejemplo mejorar el equipo informático, o podrían quedarse en los centros como un ingreso adicional.

La segunda dimensión del conflicto de intereses tiene relación con si las GP podrían remitir pacientes a proveedores en los que ellos tuvieran intereses materiales (por ejemplo una organización proveedora en cuyo establecimiento hayan estado envueltos o en el que tengan alguna inversión). Estarían de facto, encargando atención para sí mismos pero como un proveedor externo al NHS.

El profesor Kieran Walshe de la escuela de negocios de la Universidad de Manchester señaló que no había ninguna salvaguarda en la ley para impedir que los consorcios encargaran la administración de sus finanzas a compañías privadas en cuyo consejo de administración estuviesen representados miembros de la GP. Si la compañía administrase eficientemente las finanzas del consorcio, generando un ahorro, éste sería un “beneficio” que podría ser recogido por los miembros del consejo. De este modo, habría un incentivo económico directo para las GP en escatimar el gasto destinado a la

¹⁶¹ Iacobucci, G. (2011) *GP Pathfinders linking up with private firms*, Pulse. 12th January

atención sanitaria del paciente¹⁶². Mientras que algunos GP con orientación más empresarial podrían recibir esta ventaja con entusiasmo, la cúpula de la BMA, el sindicato de médicos, temió que esto empeoraría significativamente la relación paciente-médico y convirtió esto en su principal argumento en sus negociaciones para enmiendas a la Ley.

El requisito de los consorcios para ajustarse al presupuesto en un momento de significativas restricciones financieras crearía una mayor presión para “organizar la demanda” de atención hospitalaria y reducir las admisiones en los hospitales. La expectativa de los políticos era que conduciría a una reconfiguración de los servicios con intervenciones locales sustituyendo a la atención anteriormente dada en el hospital. El riesgo radicaba en que los servicios se configurarían respondiendo al corto plazo y a las restricciones pero ya no atenderían a requisitos a largo plazo.

Estos peligros se vieron reforzados por la falta de planificación dentro de los consorcios locales y la consiguiente necesidad de tomar decisiones en niveles muchos más altos que el propio consorcio. Mientras que los servicios inmediatos se adjudicaban fácilmente, servicios más complejos y tratamientos de mayor duración empeorarían o desaparecerían.

Consejo de Administración del NHS¹⁶³.

Para supervisar los GPCC, se estableció un nuevo órgano el Consejo de Administración del NHS. Este sería un órgano responsable de los resultados conseguidos por el NHS en el ámbito de Inglaterra. Sería responsable de asegurar un sistema adecuado de consorcios, autorizar nuevos GPCC y supervisar su rendimiento. Distribuiría recursos y respondería por ellos ante el Secretario de Estado. Trabajando conjuntamente con el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica¹⁶⁴ el Consejo de Administración del NHS desarrollaría un Marco de Resultados¹⁶⁵, que serviría para asegurar la administración efectiva de los consorcios y potenciar mejoras de calidad. El Marco se centraría en medidas relacionadas con las evaluaciones de los pacientes (PROMs)¹⁶⁶, experiencia del paciente y reducción de desigualdades. El Consejo de Administración también tendría responsabilidad en la atención primaria, y en algunos servicios especializados como atención en prisión, servicios psiquiátricos de alta seguridad y atención sanitaria para las fuerzas armadas. Salvaguardaría los “valores principales del NHS”. El director ejecutivo del NHS (Sir David Nicholson) fue nombrado como el Director Ejecutivo Designado del Consejo de Administración.

Era difícil de creer que el Consejo de Administración fuese pequeño dada su gran cantidad de tareas y las constantes llamadas que recibiría de los consorcios en busca de apoyo y dirección mientras estos se establecían en medio del caos institucional. Por si fuera poco, el Consejo era muy lejano para los consorcios que supuestamente debía supervisar y cuyo rendimiento debía controlar. Todo esto anunció la posible o urgente necesidad de sucursales regionales del Consejo¹⁶⁷, atenuando de este modo el objetivo paralelo del gobierno de reducir la burocracia y controlar los gastos del NHS.

¹⁶² Channel 4 Noticias (2011). *Leaked document shows doctors can profit from NHS reform. March 2nd*, <http://www.channel4.com/news/leaked-document-shows-doctors-can-profit-from-nhs-reform>

¹⁶³ NHS Commissioning Board.

¹⁶⁴ National Institute for Health and Clinical Excellence

¹⁶⁵ Commissioning Outcomes Framework

¹⁶⁶ Patient-Reported Outcome Measures

¹⁶⁷ Nuffield Trust (2010) *Liberating the NHS: Commissioning for Patients Consultation Response*. London: Nuffield Trust

Abolición de los PCT y SHA¹⁶⁸

Tanto los PCT como los SHA debían ser abolidos. Estas instituciones, la primera a nivel local y la segunda a nivel regional, habían llevado a cabo numerosas tareas relacionadas con el sistema de mercado, incluyendo la administración, la tutela y control del rendimiento y la salvaguarda de la seguridad del paciente. Algunas de estas tareas pasarían al nuevo Consejo de Administración, otras a los GPCC y otras todavía no habían encontrado un nuevo “hogar”.

El marco regulatorio.

Con la Hoja de Ruta y la Ley de Atención Sanitaria y Social, el marco regulatorio favoreció una dirección más competitiva. Un nuevo regulador económico sería el Monitor (distinto de aquél con el mismo nombre que con los Laboristas tenía la responsabilidad de regular los “Foundation Trusts”¹⁶⁹) y un nuevo regulador de calidad sería una reformada Comisión de Calidad de la Atención¹⁷⁰. Aspirantes a proveedores del NHS deberían registrarse antes en ambos organismos reguladores antes de poder proporcionar atención sanitaria.

La mayor atención crítica se centró en regulador económico propuesto. El Monitor tendría entre sus tareas principales no solo supervisar sino también estimular la competencia entre todos los proveedores de atención sanitaria y social (es decir no solo los Foundation Trusts y no solo atención sanitaria) así como trabajar junto a la Office of Fair Trading, la institución británica garante de la competencia, para aplicar la Ley de la Competencia y evitar así comportamiento de competencia desleal. “El rol del Monitor como regulador económico será garantizar que el mercado que provee de servicios al NHS opere por el interés público, estimulando la competencia y la elección del paciente cuando sea adecuado, regulando a los proveedores cuando sea necesario... El Monitor promoverá la competencia y la elección de servicios del paciente en un marco de juego limpio y tendrá poderes para restringir la competencia cuando ésta actúe contra el interés público”¹⁷¹.

En el contexto del NHS, esto significaba poner a prueba a organismos que adquiriesen “demasiada” atención sanitaria de proveedores tradicionales del NHS, inevitablemente esto interrumpiría y atenuaría el rol de las organizaciones del NHS en proveer atención a pacientes del NHS.

La segunda tarea del Monitor es regular los precios estableciendo unos precios máximos. En tercer lugar, el Monitor se aseguraría de la continuidad de los servicios. Esto se previó como parte de un protocolo de actuación mediante el cual la responsabilidad de tratar a un paciente sería transferida en el caso de fallo o colapso de un proveedor.

Paul Corrigan, el anterior asesor pro-mercado de Tony Blair, observó adecuadamente que el modo mediante el cual la relación entre proveedor y administración fue

¹⁶⁸ PCT: *Primary Care Trust*: Garantes de la Atención Primaria SHA; *Strategic Health Authorities*: Autoridades Sanitarias Estratégicas

¹⁶⁹ Foundation Trust: Institución del NHS garante local de la atención hospitalaria comúnmente traducida como consorcio hospitalario.

¹⁷⁰ Care Quality Commission

¹⁷¹ DH (2010) *Economica Regulation: Fact sheet*. London: DH. Gateway Reference: 15319 16 Dec.

organizada y regulada sería lo más significativo en el largo plazo¹⁷². El regulador económico transformaría el NHS de mitad sistema /mitad organización jerarquizada en un “completo quasi-mercado”¹⁷³ donde la atención sanitaria es comprada por los pacientes del NHS entre una variedad de diferentes proveedores. Comparaciones con la regulación de otros recursos tales como el agua el gas o la electricidad fueron hechas por varios participantes y comentaristas, incluyendo a David Bennet, el presidente del Monitor.

Diversidad de Proveedores.

El mercado Laborista permitió la entrada a una gran cantidad de proveedores y consorcios hospitalarios de un rendimiento económico elevado fueron animados a adquirir estatus de Foundation Trust con la libertad financiera y de otros ámbitos que ello confería. Bajo las propuestas de la Coalición, cualquier organización que asegurara su registro con los dos reguladores, sería capaz de competir para proporcionar atención sanitaria financiada por el NHS. Esto fue conocido como una política de “cualquier proveedor interesado”, o posteriormente, de “cualquier proveedor cualificado”.

Además, bajo sus propuestas, todos los hospitales del NHS, servicios locales, servicios de salud mental y servicios de ambulancias, deberían adquirir estatus de Foundation Trust. En el largo plazo, se les animaría a evolucionar a Empresas Sociales, enteramente ajenas al NHS y al sector público, compitiendo por contratos junto a otros proveedores. Si esta visión llegara a culminar, no habría de hecho proveedores del NHS de atención sanitaria del NHS. Los Foundation Trusts se diferenciarían ligeramente de sus antecesores Laboristas. Ya no habría un tope al ingreso privado que un Foundation Trust podría alcanzar en proporción de sus ingresos totales.

Los Foundation Trusts competirían del mismo modo que un proveedor independiente y serían regulados igual. Ninguno de estos proveedores tendría la tarea regulada de cubrir las necesidades sanitarias de los pacientes del NHS. Y ninguno - independiente, sin ánimo de lucro o del NHS - daría cuentas al Secretario de Estado.

La Elección del Paciente.

La libre elección del paciente fue un principio clave bajo el mandato laborista desde el 2002 en adelante. Más allá que en la elección de médico de cabecera y puntos de acceso de atención primaria, el principal hincapié fue en su aplicación a la atención especializada donde su aceptación por los pacientes fue relativamente lenta.

Esto se presentó como un punto principal en la defensa por parte del gobierno de su política de mercado. Bajo las propuestas de la coalición, la elección del paciente permaneció como una parte central del argumento con el que las reformas fueron presentadas y justificadas. La elección del paciente fue grabada en el núcleo de la ley, junto a la competencia, y sería extendida para que los pacientes eligieran no solo la institución proveedora, si no también el equipo de consulta.

El Papel de los Gobiernos Locales.

Las propuestas permitieron una expansión en el papel de los gobiernos locales en sanidad. El primer aspecto de esto fue la transferencia de competencias de salud pública del NHS a los gobiernos locales. El segundo elemento relacionado con la administración.

¹⁷² Corrigan, P. *Health Matters Blog* 30/07/10

¹⁷³ Cita textual en el original

Organismos estatutarios “Health and Wellbeing Boards”¹⁷⁴ serían establecidos por las autoridades locales para supervisar la administración de atención sanitaria y promover integración y colaboración en sanidad, atención social, salud pública y otros servicios locales y estrategias, considerando uniones específicas cuando fuera necesario.

Un tercer elemento en relación con el examen y análisis más profundo. Las existentes “Health Overview and Scrutiny Committees”¹⁷⁵ serían abolidos. Sus tareas serían asimiladas a grandes rasgos por los nuevos Health and Wellbeing Boards aunque las propuestas para el desarrollo de estas tareas no estaba claro. Nuevas organizaciones llamadas HealthWatch serían establecidas a nivel local para proporcionar la voz del paciente en el servicio. Las HealthWatch locales tendrían un representante en los mencionados consejos de salud y bienestar, los Health and Wellbeing Boards. Sin embargo, no se esperaba que este fuera un canal potente para la “voz” del paciente en el servicio dada la falta de claridad acerca de sus poderes y la ausencia de independencia - ya que sería establecido por las autoridades locales. También existiría un HealthWatch a nivel nacional pero del mismo modo sin independencia, en este caso situado en la Comisión de Calidad de la Atención¹⁷⁶.

Tareas y poderes de la Secretaría de Estado.

Entre las 350 páginas de la ley, mucho quedó obviado y olvidado. Dos aspectos que recibieron una tardía atención merecen ser tenidos en consideración. El primero corresponde a las tareas del Secretario de Estado en relación con el servicio de salud. Desde 1948, el Secretario de Estado había tenido una misión legal para no solo promover un sistema de salud adecuado sino también para garantizarlo. Según las propuestas de la Ley, la tarea de garantizar un servicio sanitario adecuado se perdería. En su lugar, el Secretario de Estado tendría la tarea de “actuar con la visión de garantizar servicios sanitarios adecuados”. Segundo, desde 1988, el Secretario de Estado había tenido la potestad de imponer cobros. Estos poderes se transferirían ahora a los consorcios administrativos (GPCC), de modo que los GPCC serían ahora libres no solo para designar servicios y decidir qué servicios hacer disponibles para los pacientes de sus listas sino también de cobrar por estos servicios si así lo deseaban¹⁷⁷.

Trámite parlamentario de la Ley: conflicto político y compromiso político.

La Hoja de Ruta fue publicada a mediados de Julio de 2010, “firmado” por el primer ministro, el Conservador David Cameron, el viceprimer ministro el Liberal Demócrata Nick Clegg y el Secretario de Estado de Sanidad, el Conservador Andrew Lansley. Aunque algunas organizaciones expresaron sus reservas o incluso su frontal oposición a las propuestas, hubo muy poco impulso aparente en la campaña de oposición.

Las compañías privadas aplaudieron las propuestas, siendo descritas por un portavoz de una de ellas como representación de “la desnacionalización de los servicios sanitarios en Inglaterra”. El influyente sindicato de médicos, British Medical Association (BMA), decidió no oponerse a las propuestas pero entró en su lugar en un “compromiso crítico” con el Secretario de Estado y el Departamento de Sanidad para negociar modificaciones en las propuestas; el Partido Laborista se hundió en su propia competición por el

¹⁷⁴ *Health and Wellbeing Boards*: Consejo de salud y bienestar, asimilable a una concejalía con competencias en sanidad.

¹⁷⁵ *Health Overview and Scrutiny Boards*: Consejo de supervisión y análisis profundo de la salud.

¹⁷⁶ *Care Quality Commission*

¹⁷⁷ Pollock, P and Price, D. (2011) *How the Secretary of State for Health proposes to abolish NHS in England*, British Medical Journal 342: 1695 22nd March.

liderazgo interno, en la que el portavoz de sanidad en la sombra era contendiente, e hizo por ello pocos comentarios sobre las propuestas hasta otoño.

La Hoja de Ruta invitaba a particulares y organizaciones a participar en un proceso de consulta pero éste estaría enfocado a cómo implementar las medidas del gobierno, no a si hacerlo o no. Seis mil respuestas fueron enviadas antes de la fecha límite a primeros de octubre pero nunca han sido hechas públicas (aunque algunas organizaciones han decidido publicar sus respuestas en sus propias páginas web).

En esta etapa, la BMA había comenzado a ser más abierta acerca de los aspectos de las propuestas que no le gustaban, incluyendo la perspectiva de una mayor presencia del sector privado y el carácter obligatorio de las reformas, aunque alabó la mayor presencia de médicos en la administración¹⁷⁸. Un gran número de profesionales expresaron su preocupación acerca de la escala y el alcance de las reformas y su apresurada implementación y este tipo de preocupaciones eran compartidas por otros muchos, incluyendo organizaciones de pacientes y organizaciones caritativas.

La Confederación del NHS, la representación de aquéllos que trabajan en la gerencia y administración de la atención sanitaria, identificaron un gran número de problemas técnicos que creía que debían ser modificados, del mismo modo que lo hicieron think tanks influyentes tales como el King's Fund y el Nuffield Institute. Ninguna de estas organizaciones expresó una oposición explícita.

Cuando la respuesta del gobierno a esta consulta fue publicada en diciembre de 2010, algunas de estas organizaciones se sorprendieron por la falta de cambio en las propuestas. La directiva de la BMA encontró que sus preocupaciones habían sido harto ignoradas y algunos miembros importantes de la BMA se sintieron cada vez más frustrados por la estrategia de "compromiso crítico" mediante la cual la directiva había esperado influenciar las políticas mediante el diálogo y el lobbyismo, una estrategia que creían fallida. Una carta abierta firmada por 100 profesionales enviada al British Medical Journal instaba a la directiva a abandonar el "compromiso crítico" y a movilizarse hacia una posición de frontal oposición.

La directiva no cedió pero sí acentuó sus críticas a las propuestas, sobre todo una vez que la ley fue publicada en enero de 2011 cuando quedó claro que mucho de su redacción era confusa y permisiva con consecuencias preocupantemente impredecibles y potencialmente peligrosas y que los centros de salud no recibirían tantas libertades en la administración y la gerencia como se había esperado inicialmente. La directiva de la BMA también aceptó un "encuentro especial de representantes" (SRM en sus siglas en inglés) en el que las regiones fueron invitadas a enviar representantes y mociones para que las opiniones de los militantes sobre la ley pudieran ser formalmente acordadas.

Según la BMA se preparaba para la SRM, miembros del partido Liberal Demócrata se empezaron a organizar para encontrar modificaciones a las propuestas de su propia coalición. Una ristra de enmiendas fueron presentadas contra una moción enviada para el congreso del partido de primavera por el portavoz de sanidad de los liberales demócratas, enteramente partidario de las políticas del gobierno. Las enmiendas consiguieron el apoyo de individuos muy influyentes dentro del partido y fueron aceptadas por la directiva sin someterlas a votación. Tan radicales eran estas enmiendas

¹⁷⁸ Las respuestas enviadas por la BMA en la consulta pueden ser encontradas en su página web en inglés
http://www.bma.org.uk/healthcare_policy/nhs_white_paper/consultationpaperswp.jsp#consultations

y sus consecuencias para la ley y la ruptura potencial en el seno del partido que fue revelada, que la aritmética parlamentaria para aprobar la ley se terció dudosa. Unos días antes del congreso de primavera, la BMA celebró su SRM durante el cual se aprobaron mociones hostiles a la ley, incluyendo una que llamaba a la inmediata paralización de la ley. Sin embargo, una moción denunciando la posición de la directiva de compromiso crítico no fue aprobada.

Los resultados de estos eventos sobrevinieron amplificadas por el portavoz laborista en materia sanitaria, y ayudaron a crear una crisis política importante entorno a esta ley. Por encima de todo, la ley no recibiría el número de votos necesarios para ser aprobada sin el apoyo de los miembros liberal demócratas del parlamento. En una sorprendente maniobra sin precedentes, el Secretario de Estado se vio obligado a detener la tramitación legislativa. Un periodo de dos meses sería abierto para “escuchar”; una comisión fue señalada por el Secretario de Estado, llamada el NHS Future Forum, encabezada por un médico conocido por apoyar las reformas del gobierno, que viajaría por todo el país, escucharía una variedad de puntos de vista y redactaría un informe haciendo recomendaciones al Secretario de Estado sobre cambios que deberían hacerse en la ley.

El presidente del NHS Future Forum aseguró que en el final del proceso miles de personas habían sido escuchadas y miles de reuniones habían sido atendidas por miembros del Forum. Sin embargo, activistas en favor de los servicios sanitarios, particularmente aquéllos en contra de la privatización permanecieron escépticos acerca de la autenticidad de este “proceso de escucha”. De hecho, muchos de estos encuentros que tuvieron lugar eran para “partes interesadas”, como el sector de voluntarios, más que para los ciudadanos en general.

La publicación del informe con una respuesta inmediata del gobierno fue un ejercicio con un exhaustivo control político y un pulido giro político. Una declaración de alabanza y apoyo fue publicada inmediatamente por el respetado King’s Fund. La importancia de las enmiendas a la ley sugeridas fue exagerada; todo el esfuerzo se puso en crear la sensación de que el gobierno estaba dando un giro de 180 grados en su política y que la ley enmendada sería muy diferente a la original.

En realidad, este no fue el caso. Las propuestas del gobierno permanecieron en su mayoría intactas. Había algunos cambios significativos, incluyendo mucho más poder para el Consejo de Administración del NHS (NHS Commissioning Board), pero muchas otras alteraciones eran mucho menos significativas y en general la esencia de la ley - convertir al NHS en un mercado regulado con amplia presencia de proveedores comerciales - permaneció intocable. Las demandas liberal demócratas de cambio, que habían sido considerablemente detalladas durante la prórroga legislativa, se habían centrado en reforzar los acuerdos de gobernanza de los consorcios GPCC y en mejorar la responsabilidad local y democrática en la administración, proponiendo salvaguardas para evitar ciertos tipos de comportamientos del sector privado; y asegurando que el regulador económico, el Monitor, tuviera como tarea principal no la promoción de la competencia como un fin en sí mismo si no la “promoción de los intereses de los pacientes”. Aunque algunos cambios se hicieron en estas áreas, el mercado competitivo como motor del nuevo sistema sanitario permaneció.

Enmiendas a las propuestas del gobierno surgidas del informe del Future Forum.

Las siguientes revisiones fueron anunciadas en la respuesta del gobierno al informe del Future Forum¹⁷⁹ y son válidas en el momento de redacción de este documento (Junio 2011).

Administración: los anteriormente mencionados General Practice Commissioning Consortia (GPCC) serán ahora denominados Clinical Commissioning Groups (CCGs). Todas las consultas deberán estar afiliadas a uno pero el tiempo para su implementación será flexible. Incluirán una mayor variedad de profesionales y contarán en sus puestos directivos con una enfermera colegiada y un médico especialista (atención secundaria). Los órganos directivos contarán también con dos miembros externos, uno de ellos con el objetivo de abogar por los intereses de los pacientes.

- Los CCG serán apoyados por un “consejo clínico”.
- Los CCG deben procurar establecerse adaptándose al marco de las autoridades locales (para mejorar la responsabilidad local) aunque esto no es un requerimiento absoluto.
- Los CCG tendrán responsabilidad para con toda la población de su área de influencia, aunque no queda clara hasta qué punto alcanza esa responsabilidad.

Acuerdos especiales serán establecidos para manejar conflictos de intereses, que de este modo, más que ser eliminados, serán normalizados. Pagos relacionados con el rendimiento todavía tendrán lugar por “administración efectiva” sugiriendo que los médicos se beneficiarán económicamente por minimizar gastos. Los órganos de gobierno deberán reunirse en público y publicar sus actas.

Los órganos administrativos clínicos tendrán la tarea de “promover una atención sanitaria y social integrada entorno a las necesidades de los pacientes” pero es difícil imaginar como se puede en contexto de mercado competitiva. Médicos, enfermeros y otros profesionales podrán agruparse en “consejos clínicos” para dar consejo sobre “cómo conseguir que la atención al paciente encaje sin problemas en todas las áreas del país”, y se espera que los CCG sigan su consejo.

Los consejos clínicos aconsejarán al Consejo de Administración del NHS sobre si los planes son viables y sobre cambios de importancia en el servicio. De este modo, los consejos clínicos ejercerían una posición de mucha influencia y tendrían un efecto restrictivo considerable en la autonomía de los CCG. Al mismo tiempo, “redes clínicas” de profesionales, cuidadores y pacientes también ejercerían de consejeros. Estos consejos y redes serán recibidos por el Consejo de Administración del NHS, sugiriendo que serían un canal de importancia a través del cual las políticas del Consejo de Administración serían impuestas.

Como se ha indicado, la puesta en marcha de estas comisiones y el ejercicio de sus cometidos será imposible sin apoyo externo, lo que implicará la formalización de acuerdos con Unidades de Apoyo (CSU), que incluyen a ex empleados del PCT y las empresas privadas. Todos los CSU estarán fuera del sector público para el año 2016. Dada la influencia que los CSU tendrán en la puesta en marcha las decisiones y prioridades, esto equivale a lo que podría describirse como la puesta en marcha de la privatización del sistema.

¹⁷⁹ Esta sección está basada en *Government Changes in Response to the NHS Future Forum Report*. London: Department of Health. June.

Consejo de Administración del NHS: El Consejo de Administración será establecido en octubre de 2012 pero no asumirá poderes completos hasta abril de 2013. Tendrá “acuerdos locales” que reflejen los actuales PCT y se aprovechará de asesoramiento profesional experto, como se ha descrito arriba.

Tendrá poderes considerablemente mayores tras la revisión de la ley. Mientras que el Monitor era considerado como el promotor y garante de la competencia en la redacción original de la ley, el principal conductor de la competencia en la propuesta revisada será el Consejo de Administración. Esto se guiará por un “mandato” publicado por el Secretario de Estado que establecerá expectativas muy claras sobre la elección de los pacientes - un “mandato de elección”. De acuerdo a este mandato, el Consejo de Administración dispondrá cómo una dirección en el derecho a elección y la competencia debería ser aplicado a servicios sanitarios específicos; establecerá cómo el derecho a elegir deber poner a disposición en el servicio sanitario y el “modelo de competencia” que facilitará y garantizará este derecho en los diferentes aspectos de la atención sanitaria. Esto incluirá dirección sobre cómo los servicios deben ser incluidos e integrados.

El Consejo de Administración también priorizará la aparición de presupuestos sanitarios individuales - que representaran una individualización del modo en el que los recursos son asignados para los servicios sanitarios.

En general, está claro que el Consejo de Administración del NHS se convertirá en una organización muy poderosa, llevando a cabo el deseo de los políticos imponiendo un modelo de libre elección y competencia sobre todo el sistema y restringiendo la autonomía de los grupos administrativos locales.

Abolición de los PCT y SHA: Estos organismos serán formalmente abolidos en abril de 2013, como se había planeado originalmente.

El sistema regulatorio: El Monitor no será descrito como un “regulador económico” pero tendrá muchas de las tareas de un regulador económico; será un regulador económico en todo excepto en el nombre. Asumirá poderes para ejecutar la norma existente del laborista “Cooperation and Competition Panel” y les dará un sustento estatutario claro. El Monitor tendrá poderes asimilables a los del Instituto británico de la Competencia o Office of Fair Trading como se observó en origen. La existencia de un regulador específico del sector con experiencia en la atención sanitaria es presentada por el gobierno como “la mejor salvaguarda contra la aplicación desproporcionada de la competencia”. Sin embargo, esto no ofrece protección real de la ley europea de la competencia. El Monitor será consultado por el Consejo de Administración del NHS acerca de cómo una dirección en el derecho a elegir y en la competencia deberían ser aplicados en servicios sanitarios concretos. Aunque el Monitor no promoverá la competencia “como fin en sí mismo”, continuará promoviéndola, pero en consonancia con una “deber principal” de proteger el interés de los pacientes.

El Monitor atrajo un grado considerable de hostilidad durante la prórroga parlamentaria, principalmente debido a su papel fomentando la competencia por encima de todo. Aunque sus poderes han sido enmendado y reducidos en algunos aspectos, el fomento y la aplicación de la competencia como motor clave del sistema sanitario continuará a través de una combinación del poder ejercido por el Consejo de Administración y los poderes ejercidos por el Monitor. Con un sustento estatutario basado en las leyes de la competencia y un órgano que las ejecute, regular el mercado competitivo no será tanto una labor administrativa como legal y está destinada a generar desafíos legales.

Diversidad de proveedores: Las Foundation Trusts podrían llevar hasta al cincuenta por ciento de su ingreso de la medicina privada. La referencia a “cualquier proveedor cualificado” permanece intacta aunque será aplicada por fases de acuerdo en contexto de distintos modelos de competencia establecidos para los distintos servicios. Se aplicará donde las tarifas locales o nacionales sean evidentes porque esto salvaguardará la calidad. La integración deberá ser un nuevo principio organizador y será expresada en el modo en el que se incluyan los servicios.

Es fácil imaginar organizaciones singulares, incluyendo - o particularmente - organizaciones del sector independiente - proporcionando todo un conjunto de servicios de manera integrada para los pacientes. Algunas organizaciones sanitarias en los Estados Unidos tienen renombre por esto (como Kaiser Permanente, una organización sin ánimo de lucro con sede en California) así que es concebible que serán parte significativa en este nuevo mercado. La ausencia de diversidad en este apartado no conlleva necesariamente menos privatización. Tanto la integración de servicios como la diversidad de proveedores son rutas para una potencial privatización, comprendida como una transferencia de actividades, responsabilidades, bienes y flujos financieros o de personal fuera del sector estatal.

Libre elección del paciente: todos los encargados de la administración y elección de servicios tendrás como tarea la promoción de la libre elección y el Consejo de Administración establecerá cómo debe abordarse en los diferentes servicios sanitarios, de acuerdo con el “mandado de libre elección” dispuesto. Se pretenderá aplicar la regla de “cualquier proveedor cualificado” en servicios donde los pacientes manifiesten su deseo de elección. Aunque la “libre elección” se presenta como el hilo conductor en detrimento de la competencia, esto es en esencia un recurso retórico ya que la libre elección deberá ser promulgada - o ejecutada - a través de distintos modelos de competencia. En todo caso, la competencia será un motor todavía más potente dada la fuerza combinada entre el Consejo de Administración y el Monitor.

Papel de los gobiernos locales: los “Health and Wellbeing Boards”¹⁸⁰ tendrán la nueva tarea de “hacer partícipes” a pacientes y al público. En realidad, esto es poco susceptible de otorgar influencia tanto a los pacientes como al público ya que la participación es fácil de manipular. Los Health and Wellbeing Boards deberán participar en todo el proceso de elección y contratación de servicios y se espera que los planes de los CG estarán “en línea con” la estrategia local de salud y bienestar.

Estos débiles cambios, refuerzan el endeble papel de los Health and Wellbeing Boards como organismos mediante los cuales la voluntad democrática local es insertada en el sistema. Habrá también una mención explícita a cómo HealthWatch será la representación de distintos usuarios del sistema, incluidos cuidadores de dependientes. Es difícil ver cómo esto tendrá significado real ya que los poderes de HealthWatch permanecen muy débiles y la “representación” del paciente es difícil de conceptualizar y aplicar a la práctica. A nivel nacional, la Comisión de Calidad tendrá una nueva tarea respondiendo al asesoramiento de HealthWatch.

Tarea y poderes del Secretario de Estado: no habrá recargos ni pagos adicionales impuestos si no hay una nueva legislación; sin embargo, el gobierno se compromete a proteger a los pacientes de recargos solo durante la duración de esta legislatura (es decir solo hasta 2015). La ley revisada todavía mantiene la derogación de la misión del Secretario de Estado de garantizar un servicio sanitario adecuado.

¹⁸⁰ véase cita 19

Conclusiones.

En resumen, el NHS se convertirá en una etiqueta dada a un sistema sanitario en el que en un grado todavía por determinar, tanto tareas de administración y gestión como de prestación de servicios, serán llevadas a cabo por organizaciones externas al NHS pero en el que la financiación seguirá proviniendo de los contribuyentes. En el peor de los casos, será esencialmente un sistema privado regulado para el desembolso de 100 millones de libras de dinero público.

Es difícil evitar concluir que el derecho a la sanidad será recortado o atenuado, aunque no será siempre evidente para los pacientes que experimentan retrasos en las listas de espera pero que normalmente esperan que serán tratados de acuerdo a sus necesidades. La reorganización está siendo sacada adelante, como se ha mencionado en un contexto de austeridad financiera. Se estima que la reorganización por sí sola costará entre 2.000 y 3.000 millones de libras (Walshe, 2010), aunque la estimación oficial era mucho menor y más cercana a los 1.500 millones.

Dada la situación de recortes y desorganización, y la responsabilidad financiera exigida, es inevitable que prioricen la prudencia económica y opten por la prestación más barata allá donde puedan.

La participación de corporaciones norteamericanas con experiencia en seguros sanitarios privados reforzará el cambio hacia una sanidad reducida. Estas corporaciones americanas tienden a presionar a la baja en los tratamientos disponibles para los pacientes. A día de hoy, algunas firmas como UnitedHealth UK, Tribal, Humana, Bupa y Aetna UK ya han ofrecido a las organizaciones sanitarias locales del NHS apoyo y soporte como referencia para su esquema de organización.

Como ya se ha mencionado, compañías privadas ya están siendo contratadas para asistir en la administración. En diciembre de 2010, UnitedHealth UK firmó un contrato con un consorcio sanitario londinense, el Great Western Consortium, para operar un nuevo sistema de citación de pacientes¹⁸¹, llamado "Servicio de Simplificación". El propósito de esta "simplificación" será reducir el número de remisiones a servicios y consultas o al menos reducir el coste global de dichas remisiones. Si el consorcio observará como su gasto baja en el largo plazo o si el gasto se derivará simplemente de la atención sanitaria a las burocracias administrativas privadas que ha contratado con UnitedHealth UK, sin reducirse, está todavía por ver.

Se puede esperar que los contratados privados para la administración y elección de servicios en el NHS tenderá a reducir el derecho del paciente interviniendo en el proceso profesional de definir las necesidades del paciente. Al mismo tiempo, se puede esperar que en el lado de las prestaciones, los contratados privados intentarán definir sus propias responsabilidades (y costes) de un modo minimalista. Obviamente, no podemos esperar que una empresa privada realizará algún trabajo para el que no haya sido contratada. Cualquier trabajo adicional requerido supondrá mayores costes para los administradores. Incluso dentro de los límites del contrato, la compañía intentará limitar sus costes. Esto puede lograrse de diversos modos, incluyendo la reducción de costes y la combinación de las competencias de sus profesionales y estandarizando la atención que proporciona.

¹⁸¹ "Referral Facilitation Service" Éste procesa todas las peticiones y reserva citas médicas en un sistema de libre elección.

Aunque los proveedores del NHS no tengan la misma orientación competitiva que sus homólogos independientes, competirán en el mismo mercado, un mercado en el que el grado al que llegará la competencia de precios no está claro, y en el que se producirá una reducción presupuestaria importante.

Tendrá que limitar del mismo modo la atención que proporcionan para ajustar sus costes. A grandes rasgos se puede esperar entonces que los límites del derecho a la sanidad se impondrán y sentirán cada vez más. Los pacientes serán tratados más por las especificaciones del contrato que de acuerdo a sus necesidades, con la salvedad de que la calidad será difícil de comprobar y garantizar.

En estas circunstancias, es probable que algunos pacientes prefieran “completar” la sanidad básica que reciben. Esto podría significar alojamiento privado, acceso a ciertos medicamentos o un tratamiento más rápido. Los proveedores se sentirán incentivados para estimular este comportamiento, incluyendo los del NHS, ya que no se impondrá un límite a la cantidad de beneficios que pueden acumular a través de cargos adicionales.

Con el tiempo, podemos esperar que se difumine el límite entre la sanidad pública y privada y que la proporción de gasto privado en sanidad respecto al total del gasto sanitario aumente. Por ello, aunque la reestructuración tiene como telón de fondo la organización y no la financiación, en la práctica habrá consecuencias para el régimen de financiación.

En la medida en que más atención sanitaria es contratada con proveedores del sector privado, trabajadores del NHS recibirán presiones para transferirse a otros puestos de trabajo. Aunque las condiciones serán protegidas en el momento del cambio de contrato, éstas serán horadadas con el tiempo, si la experiencia del personal transferido a los hospitales de iniciativa privada es algo a lo que atenerse. La profesionalidad en el NHS se ha desarrollado históricamente en un contexto en el que atender a las necesidades de los pacientes y la equidad de los servicios eran consideradas dimensiones fundamentales.

Aunque el NHS siempre ha mantenido un número modesto de pacientes privados, en la mayoría de los hospitales fuera de Londres, esto era considerado negativo. Ahora con un papel mas grande para el ingreso de la medicina privada, el personal del NHS podrá dividir su tiempo entre sus pacientes privados y el NHS. Pueden encontrar que sus recursos profesionales, su tiempo y experiencia, acaban dirigiéndose con mayor frecuencia a los pacientes de pago, en detrimento de los pacientes del NHS. La libertad de acordar muchos servicios con los pacientes privados y el difuso límite entre la atención financiada de manera pública o privada no solo atenúa el principio del NHS de que el acceso a la sanidad debería basarse en las necesidades y no en la capacidad de pagar si no que además invita al personal del NHS a participar en su desmantelamiento.

La importancia de las “reformas” de la Coalición de Gobierno no deberían, entonces, ser infravaloradas. No es una exageración decir que el NHS dejará de existir como la institución conocida por los británicos desde 1948. Será reemplazada por un sistema de atención sanitaria diferente, casi con certeza uno más costoso y más desigual.

Comienza la contrarreforma sanitaria: análisis del RD-Ley 16/2012 de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

El RD-Ley 16/2012 supone cambios fundamentales en el sistema sanitario público, e inician una verdadera contrarreforma sanitaria.

El RDL además utiliza el estilo habitual en las leyes de acompañamiento y reúne una gran cantidad de medidas de ámbito y características muy distintas que poco o nada tienen que ver con el supuesto objeto de la norma, por eso se precisa de un análisis detallado de cada una de ellas como vamos a hacer a continuación.

Capítulo I: de la asistencia sanitaria.

Consta de un único artículo y tres apartados cuya principal novedad es que vincula el derecho a la atención sanitaria con el aseguramiento y en ningún caso se señala que este aseguramiento tiene que ser a la Seguridad Social, y que se excluye de la atención sanitaria gratuita a quienes no ostenten esta condición; también se señala el control del Instituto Nacional de la Seguridad Social sobre el reconocimiento de las condiciones para el aseguramiento, la responsabilidad de las administraciones sanitarias para expedir la tarjeta sanitaria individual (TSI) y la limitación del derecho de los extranjeros no regularizados a la atención sanitaria en urgencias, en los embarazos y a los menores de 18 años.

Las disposiciones adicional primera y final quinta se establecen las condiciones para el pago de la atención sanitaria de los españoles residentes en otros países (en algunos casos) y de los extranjeros miembros de la Unión Europea o de otros estados parte del acuerdo sobre el espacio económico europeo que en lo fundamental refuerza los mecanismos de cobro por la asistencia prestada, pero que en lo esencial ya existían.

Este bloque establece algunas cuestiones especialmente preocupantes: Primero vincula el derecho a la atención sanitaria al aseguramiento, en contradicción con lo aprobado en la reciente Ley General de Salud Pública (2011), y abre una cierta indeterminación sobre la presencia de un aseguramiento distinto al régimen general de la Seguridad Social, lo que supondría no solo un grave retroceso en el modelo sanitario actual (vuelve a la etapa anterior a la Ley General de Sanidad de 1986) sino la posibilidad de que se abran modelos de seguros diferenciados para grupos distintos de población (en relación a su nivel económico) lo que deterioraría inevitablemente el sistema sanitario público.

En segundo lugar deja fuera a los inmigrantes no regularizados y les impone condiciones más rígidas para tener acceso a las TSI, manteniendo hasta el 31/8/2012 las TSI actuales. Se trata de una medida profundamente regresiva desde el punto de vista humanitario, de salud pública (aumenta el riesgo de focos de enfermedades infectocontagiosas) y sanitario (dejar a las urgencias como el único circuito de atención sanitaria a estas personas favorecerá un aumento de la presión asistencial en las mismas).

Por otro lado conviene recordar que el gasto sanitario de los inmigrantes es bajo y que la crisis económica se está encargando de disminuir este grupo de población. Por fin una cuestión a reseñar es que obliga a las administraciones sanitarias a la expedición de la TSI y no lo vincula a aportación económica por los usuarios lo que podría ilegalizar la práctica de algunas CCAA de intentar cobrar por la misma.

En cuanto al tan propagado “turismo sanitario” las modificaciones que se hacen son mínimas porque como es bien conocido el problema sobre todo es la ineptitud de las administraciones para registrar y facturar la atención prestada.

Capítulo II: De la cartera común de servicios del SNS.

Consta de un artículo y seis apartados que como novedad separan la cartera de servicios del SNS en 3 modalidades (básica, suplementaria y accesorio), la básica se identifica como gratuita en el momento del uso y las otras dos se establece que seguirán las normas que se establecen para el copago farmacéutico, sin que en este caso medien los límites en la cuantía a aportar por los ciudadanos (pensionistas o activos, crónicos o con patologías agudas).

Queda en manos del Ministerio, previo acuerdo del Consejo Interterritorial (CI) el fijar mediante una Orden tanto lo que incluye la cartera básica como las modalidades de copagos en la accesorio y suplementaria, dándole un plazo de 6 meses para la fijación del importe de los copagos (adicional segunda).

A pesar de lo que se ha publicitado por el Ministerio y el Gobierno se sigue manteniendo la posibilidad de que las CCAA tengan una cartera de servicios complementaria diferenciada con el único condicionante de que tienen que ser financiada con fondos propios (2.Cinco). Otra vez se plantean cuestiones muy importantes:

- Uno: La cartera de servicios vuelve a modificarse introduciendo copagos en la accesorio y complementaria, en principio, salvo en medicamentos, sin límites de cantidad, lo que vuelve a penalizar a los enfermos crónicos y a las rentas mas bajas, suponiendo limitaciones muy serias en cuestiones como el transporte sanitario que es imprescindible para muchos tratamientos (diálisis, oncológicos, etc) y que va a suponer una traba insalvable al acceso a estos tratamientos para muchas personas.
- Dos, la cartera básica (en principio gratuita) va a ser modificada lo que dadas las circunstancias será muy probablemente a la baja y abre unas perspectivas muy preocupantes para la salud.

Pese a las demagógicas intervenciones desde el Ministerio y el Gobierno las CCAA siguen manteniendo la posibilidad de establecer carteras de servicios diferentes en sus territorios en los mismos terminos que lo que ya existía.

Capítulo III: Medidas de cohesión y de garantía financiera del SNS

Consta de un artículo que establece el Fondo de Garantía Asistencial, con carácter extrapresupuestario, que en teoría se dedicara a compensar los gastos producidos en cada comunidad autónoma por personas residentes en otras distintas.

La idea es positiva y ha sido reclamada por la FADSP hace tiempo. No obstante su carácter extrapresupuestario, parece indicar que va a carecer de fondos lo que le restara efectividad.

Capítulo IV: Medidas sobre la prestación farmacéutica

Consta de 4 artículos, el primero dividido en dieciocho apartados, el segundo en dos y el tercero y cuarto sin apartados.

El primero que se presenta como modificación de la ley 29/2006 de garantías y uso racional de los medios parece estructurado para esconder lo mas relevante, pero en todo caso plantea: Prescripción por principio activo, lo que ya existía, pero de una forma que pervierte absolutamente su sentido.

La prescripción por principio activo, aunque ayude a la contención de costes a corto plazo, es, sobre todo, una filosofía. Una filosofía por la que los profesionales trabajan con los nombres de la sustancia que representa el medicamento y no con el nombre que va ligado a un producto industrial, por la que ese nombre se incorpora a las recetas y paulatinamente a todos los documentos, las historias clínicas, los informes de alta. Es una estrategia que tiende al debilitamiento del impacto comercial de los laboratorios y a recuperar el carácter científico de un tratamiento.

En la redacción actual se hace una concesión a Farmaindustria que siempre había pedido que, a igual coste al precio de referencia o precio menor se pudiera prescribir la marca, cediendo al ahorro económico pero anulando la potencia anti-comercial del concepto.

La distinción entre tratamientos agudos y crónicos es un brindis al sol ¿quién delimita la diferencia? Además la industria cada vez está menos interesada en tratamientos agudos (por ejemplo, de ahí la ausencia de investigación en antibióticos), y su repercusión en el conjunto de la prestación es muy baja. La distinción entre la primera receta y las demás en los tratamientos crónicos no tiene sentido. Imaginamos que es un intento de nadar entre dos aguas, la de la prescripción por principio activo y la de Farmaindustria, accediendo a las peticiones de esta última pero intentado condicionar la primera receta en un supuesto totalmente erróneo de que la marca o el genérico dispensado en la farmacia en la primera receta es el que se va a mantener en las dispensaciones sucesivas. Igualmente la distinción entre la primera receta y sucesivas en la práctica real va a ser muy difícil, salvo en el supuesto de receta electrónica, aun lejano en muchas CCAA.

Usos fuera de indicación.

El punto Uno.-5 del artículo 4, como se ha dicho más arriba, retrotrae la normativa sobre usos fuera de indicación de medicamentos a un pasado que todos quisimos olvidar. El RD 1015/2009 de medicamentos en situaciones especiales, estable que los usos fuera de indicación son responsabilidad del médico y que bastaba el consentimiento informado del paciente y su anotación en la historia clínica. A su vez, establece que en los centros sanitarios, por ejemplo, hospitales, tendrían que estar de acuerdo con las recomendaciones emitidas por ejemplo por las Comisiones de Farmacia y Terapéutica.

En la práctica el sistema estaba funcionando aceptablemente bien puesto que los usos fuera de indicación de medicamentos hospitalarios, con alto impacto económico están pasando el filtro de las comisiones de farmacia y los usos en la prescripción ambulatoria, en general muy excepcionales, tenían un cauce regulado, pero fluido. Lo que se propone es volver a la burocracia de un registro que ya mostró en el pasado que es inoperante. Y hay que recordar que una cosa es un uso fuera de indicación y otra una mala prescripción de medicamentos.

Receta electrónica.

Es positiva la incorporación a la norma de la obligatoriedad para toda España de un sistema de receta electrónica interoperable con sistemas de apoyo a la prescripción. Sin

embargo, cuando se detallan los componentes del sistema experto que deberá incorporar hay cosas esperpénticas o cuando menos incomprensibles.

Información de apoyo a la prescripción.

Está bien que la receta electrónica tenga un módulo de interacciones (ya existe en algunas CCAA como Andalucía), información económica y protocolos de tratamiento del propio servicio de salud (aunque de aplicación práctica difícil), mientras que decir que contendrá el Nomenclátor es obvio puesto que si no, no puede funcionar.

Más complejo será incluir protocolos de tratamiento de las sociedades científicas, ¿Cuáles? ¿Con qué criterio?, cuya única experiencia práctica conocida, la inclusión de los medicamentos recomendados por la Guía de la SEMFyC en los años 90 en Andalucía fue muy controvertida.

No se entiende bien qué significa “correspondencia entre principios activos” lo cual parece que quiere hacer referencia a equivalentes terapéuticos o principios activos que se pueden intercambiar, lo cual necesita de un trabajo de definición previo por organismos competentes y no se entiende que se incorporen bases de datos de ensayos clínicos.

La prescripción electrónica de toda la población no es el medio de reclutar pacientes para un ensayo como cualquiera puede comprender. Igualmente no es el vehículo para la formación e información sobre medicamentos. Sin embargo no se dice nada de módulos de ayuda a la prescripción relacionados con alergias, ajuste en insuficiencia renal o hepática o a otros parámetros clínicos, sistemas de alerta de duración o posología inadecuada, sistemas de alerta de contraindicaciones específicas del paciente y un largo etc que se conoce ampliamente en la literatura científica.

Financiación selectiva.

Hay dos grandes aspectos, la propiamente llamada financiación selectiva de medicamentos nuevos que se basa en la modificación de los artículos 89 y 90 de la citada ley y que era demandada y esperada desde hace tiempo por muchos sectores sociales y la sorprendentemente nueva propuesta de exclusión de la financiación de medicamentos actualmente financiados que se basa en la modificación del artículo 85 de la Ley de Garantías y Uso Racional del Medicamento.

La financiación selectiva de medicamentos nuevos es la propuesta más positiva (¿la única?) del decreto. Nuestro país se incorpora tarde a esta iniciativa que otros países como Inglaterra lleva ejerciendo desde hace más de una década a través de las estructura del NICE.

Se trata de que no todos los medicamentos que se registren se financien, o bien que se financien con condiciones, es decir, para unos pacientes determinados o bajo contratos de riesgo compartido. La posibilidad de una financiación selectiva de medicamentos ya estaba recogida en la Ley de Garantías y Uso Racional de Medicamentos, en el propio artículo 89 y otros, así como en los sucesivos Planes Estratégicos del Ministerio y también en el RD-ley 9/2011 de 19 Agosto 2011 de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del SNS se describe el desarrollo de un sistema de financiación selectiva.

Paralelamente, algunas Comunidades Autónomas han establecido normativa específica para la determinación de los criterios de selección de medicamentos de alto impacto clínico o económico, con objetivos, alcance normativo y organización del procedimiento

bastante heterogéneos. Otro aspecto positivo es que no solo se afectan los medicamentos nuevos, recién comercializados, sino todos aquellos que amplíen indicaciones, o incluso de oficio por la AGEMED.

En cuanto a la exclusión de medicamentos actualmente financiados, se trata de una propuesta que encajaría mal con el concepto de desinversión o re-inversión que se propone desde ámbitos de la economía de la salud y desde nuestra propia asociación.

La desinversión es un procedimiento, transparente, basado en la evidencia, realizado con participación de los implicados y suficientemente explicado a la población para dejar de financiar servicios, o en este caso medicamentos que o bien carecen de efectividad demostrada, o bien su relación de coste efectividad es desfavorable comparado con alternativas terapéuticas o, si no las hay, comparado con estándares más o menos establecidos de coste-efectividad. Sobre desinversión en medicamentos hay numerosos ejemplos en Canadá, Australia el Reino Unido e Italia.

Lo que el RD-Ley propone es un puro y simple recorte. Una transferencia de gasto público a gasto privado.

En el artículo 4.tres hay, de nuevo, una mezcolanza de cosas diversas. Los ciudadanos tendrán que empezar a pagarse los medicamentos de su bolsillo en las siguientes situaciones:

a) Medicamentos para síntomas menores.

Es quizá el apartado más grave por su repercusión social.

Es una estrategia que se ha realizado en España en dos ocasiones, una con gobierno de Felipe González y otra de José María Aznar; en aquel momento tenía un aspecto de racionalización de la oferta que ya no tiene. Hoy solo es una pura agresión a trabajadores y pensionistas por motivos económicos.

Se trata de una estrategia en la que gana el déficit y la industria farmacéutica puesto que al dejar de estar financiados, como el propio RD-Ley establece, los precios pasan a renegociarse al alza. Habrá que ver qué se considera medicamentos para síntomas menores, pero es de suponer que puedan entrara aquí medicamentos realmente útiles para el control de síntomas como antitérmicos, analgésicos, antihistamínicos, etc, que son de uso frecuente.

El apartado que hace referencia a que pasarán al bolsillo del ciudadano aquellos que estén así considerados en el entorno europeo es preocupante. Este entorno es muy variado, pero es de esperar que se mire solo a los países con menos medicamentos de este tipo financiado, por ejemplo, aquellos donde el omeprazol no lo está. Además, se estipula que ningún medicamento que no necesite receta podrá ser financiado. Esto se repite en el artículo 4.- cinco.2.

Esto es muy grave. En la actualidad, medicamentos seguros para la automedicación, como por ejemplo el paracetamol o el ibuprofeno, tenían presentaciones comerciales que eran de venta y precio libre y presentaciones comerciales que se podían recetar. Hay que distinguir la automedicación de la necesidad de uno de estos medicamentos prescrita por un médico del Sistema Nacional de Salud. Si un paciente con cáncer que necesita interferón también necesita paracetamol hay que garantizar que el medicamento sea útil, seguro y de uso extenso.

Esta condición es muy peligrosa pues pueden entrar aquí innumerables medicamentos y precisamente la condición de uso extenso va a hacer que el número de pacientes afectados sea muy grande. Es inconcebible un grado de indefinición así en una norma legal. Más parece un cajón de sastre para tener manos libres para poder pasar al bolsillo de los pacientes cualquier medicamento.

b) Medicamentos con precios seleccionados.

Parecería lógico que, si como resultado de la “subasta” un medicamento resulta seleccionado, los demás dejen de estar financiados. Sin embargo esto es una aberración legal. El decreto implica además:

- Dispensación del de menor precio y del genérico que también se estaba haciendo
- La limitación de las CCAA de su capacidad para “establecer de forma unilateral, reservas singulares específicas de prescripción, dispensación y financiación de fármacos y productos sanitarios”, dirigido evidentemente a Andalucía.
- Criterios de coste-efectividad, impacto presupuestario y mecanismos de retorno para la inclusión de nuevos medicamentos en la financiación.
- Fijación de precios que señala (Siete.90.6) que “como regla general, el precio de financiación por el SNS será inferior al precio industrial del medicamento aplicado cuando sea dispensado fuera del SNS”
- Establecimiento de un sistema de precios seleccionados
- Revisión periódica de los copagos por órdenes del Ministerio de Sanidad

Establecimiento del nuevo sistema de copago farmacéutico

Esta medida, que aparece casi escondido en el RDL (artículo 3, Trece), establece 4 tramos de aportación (60% para rentas superiores a 100.000 €; 50% para rentas entre 18.000 y 100.000€; 40% para rentas inferiores a 18.000€ y 10% para los pensionistas), a la vez a estos últimos se les ponen unos topes máximos de mensuales (8€ para rentas menores de 18.000€, 18€ para las situadas entre 18.000 y 100.000€ y 60€ para las superiores a esta cantidad).

Los excesos pagados por encima de estos topes máximos (casi todos los casos) serán “objeto de reintegro por la comunidad autónoma correspondiente, con una periodicidad máxima semestral” (4. Trece.7)

Además:

- Se establece la exigencia de la libre disposición para el Ministerio de los datos de consumo farmacéutico tanto de recetas como de centros sanitarios, y nada se dice sobre la publicidad de esta información.
- Se modifican las aportaciones de los laboratorios de acuerdo con la valoración Profarma
- Se cambian los descuentos sobre ventas de las oficinas de farmacia
- Se obliga al establecimiento de servicios de farmacia en los centros sanitarios con cien o mas camas
- Se establecen sistemas de acreditación para la manipulación y adecuación de preparaciones de medicamentos

En resumen: Se trata de una modificación legal que afecta a numerosos aspectos regulatorios del medicamento, hecha con precipitación, sin ninguna participación de los

agentes implicados y con una tan mala redacción que genera ambigüedad y en el futuro generará recursos y controversias importantes en su interpretación.

Se modifican leyes que han tenido un debate social y parlamentario importante y a las que se llegó tras grandes consensos, empobreciendo su articulado. Por ejemplo, el punto Uno.-5 del artículo 4, en un párrafo ininteligible modifica completamente, le da la vuelta, al RD 1015/2009 de medicamentos en situaciones especiales, un decreto que se discutió ampliamente con las sociedades científicas y los profesionales y que tiene una redacción impecable en línea con directivas y usos europeos.

Aunque la política farmacéutica es una competencia del Estado en su aspecto regulatorio y de establecimiento del marco general, las políticas de modulación de la prescripción, de gestión de compras y otras relacionadas son clara competencia de las CCA, cuyos servicios de salud pagan las facturas y dan la prestación efectiva. El decreto es de un fuerte aroma centralista e incurre en intromisiones graves en las funciones de las CCAA que serán, seguro, fuente de litigios innecesarios en el Tribunal Constitucional por parte de las CCAA más identitarias o donde gobierne el partido socialista.

Muchas de las propuestas tienen una posibilidad de ejecución práctica imposible o muy difícil, lo que da idea del desconocimiento de la realidad de los redactores finales del RD-Ley. Por otro lado, algunas partes tienen tal concreción y van encaminadas a cuestiones tan específicas que, estas sí, parecen propuestas por alguien que conoce muy bien la realidad. Es decir, parece que en la elaboración inicial se ha partido de un batiburrillo de iniciativas algunas fundadas y otras peregrinas, que ha ordenado (sic) y redactado finalmente alguien con escaso conocimiento del medio que pisa.

Aunque la situación de crisis es grave no ha sobrevenido de repente. Un partido que esperaba ganar las elecciones con cierta seguridad y que ha tenido más de 100 días de gobierno no debe hacer una chapuza legislativa como la que nos encontramos en este decreto.

Se establece un incremento del copago, fundamentalmente sobre los pensionistas que se intenta disimular utilizando el aumento sobre las rentas muy altas (mas 100.000€ declaran 253.000 activos, pero poner esta cifra en los pensionistas parece un chiste macabro).

Se ponen también unos topes máximos mensuales que no son tales porque previamente todos los pensionistas deberán pagar el 10% de los medicamentos y quizás 6 meses después les devolverán el dinero. ¿Cómo van a hacerlo los mas de 4.500.000 pensionistas que cobran menos de 650€ mensuales? ¿Con que dinero comerán, pagaran la luz, etc hasta que les lleguen las devoluciones? ¿Y mas aún, como es posible que además se les haga copagar el transporte sanitario, la dietoterapia, etc y que se les vayan a excluir prestaciones de la cartera básica y la financiación de mas medicamentos?

Se establece una agresión terrible sobre este colectivo de personas que es además el que tienen mayores problemas de salud y que va a ver seriamente obstaculizado su acceso a una parte importante de las prestaciones del SNS, sobre todo, pero no solo, las farmacéuticas.

Se opta por un sistema de tarjetas sanitarias y de recetas complejo (5 tipos de tarjetas y 7 de recetas) que aparte de costoso va complicar el funcionamiento de la asistencia sanitaria (Final séptima)

Se establece un sistema obligatorio de información al Ministerio del gasto farmacéutico total que es positivo, pero de cuya publicidad nada se dice ¿Dónde está la transparencia?

Se vuelven a incluir algunas medidas que ya existían (principio activo, información de apoyo, etc)

Hay algunas actuaciones sobre la industria y las oficinas de farmacia de carácter débil
Se obstaculiza la capacidad de las CCAA de tomar otras medidas de eficiencia en el control del gasto farmacéutico

En definitiva, se penaliza a los pensionistas, a los enfermos crónicos y a las personas con pocos recursos y no se aborda seriamente a los verdaderos responsables del gasto farmacéutico cuyos beneficios económicos se mantienen en lo esencial. Capítulo V Medidas en materia de recursos humanos Recoge 3 artículos, el primero con cuatro apartados, el segundo sin apartados y el tercero con siete. Trata de 3 temas muy distintos: La regulación de las Áreas de capacitación específica y su regulación (acreditación de centros, comités y diplomas)

El registro de profesionales del SNS

Se incorporan una serie de modificaciones del Estatuto Marco: modificación, creación y supresión de categorías, retribuciones en relación con la evaluación del desempeño, regulación de IT, integración de funcionarios y personal de cupo y zona y regulación fondos acción social.

En definitiva, se trata de un apartado que poco o nada tiene que ver con el título del RDL, sobre todo el primer artículo. Además, no se comprende bien la necesidad de regular las áreas de capacitación específica sin hacerlo primero con la troncalidad de la formación de especialistas.

El registro de profesionales está, en teoría establecido desde 2003; lo que hay que hacer es llevarlo a la práctica.

Las retribuciones de acuerdo con la evaluación del desempeño pueden ser positivas si se asegurar criterios explicados, ligados a la calidad y controles de la misma, caso contrario empeorara la calidad del sistema sanitario.

Disposiciones Adicionales

Algunas se han comentado ya, pero merecen un comentario.

Adicional cuarta: Medidas de eficiencia: A pesar de las demagógicas intervenciones sobre la creación de una agencia de compras del SNS, todo se queda en que el CL “fomentara” la “compra conjunta y centralizada”, es decir poco o nada concreto.

Plan de ahorro energético de los centros, para lo que las CCAA “adoptaran las medidas oportunas”: otro brindis al sol.

Plazo de 6 meses para adecuar los envases a las pautas y tiempos habituales de tratamiento, abandonando cualquier intento de prescripción por tratamientos y no por envases comerciales, de manera que el despilfarro de medicamentos una de las supuestas razones del RDL seguirá mas o menos igual.

Disposiciones Finales

Solo referirnos a:

Final sexta, refuerza el papel de la ONT en el control de la donación y manejo de las células y tejidos humanos, su contenido es positivo, pero tampoco se entiende su presencia en este RDL.

Final séptima tres: establece la incorporación en los informes de prescripción y terapéutica para los pacientes de los costes de los tratamientos, la llamada “factura sombra”, por supuesto sin que nadie haya evaluado ni los costes de hacerlo ni sus beneficios.

Consideraciones finales

Como se desprende del análisis detallado que se ha realizado del RDL, este incluye un conjunto de medidas de características muy distintas que en muchos casos nada tienen que ver con el supuesto objeto del mismo.

Por supuesto ninguna de sus medidas, ni de manera aislada ni en su conjunto garantizan el supuesto ahorro de 7.000 millones € que ha sido su teórica causa, y ello es perfectamente congruente con la ausencia notoria de una memoria económica que no se ha hecho y que por otro lado, leído en detalle el RDL no se podía hacer porque el mismo se mueve en el ámbito de la ciencia – ficción.

No obstante el RDL si que avanza algunos aspectos muy relevantes que deben ser considerados y que retratan los objetivos de la política sanitaria del PP mas allá de las declaraciones entre el marketing y la demagogia.

El primero es el acabar con el sistema sanitario universal como un derecho básico de la ciudadanía y apostar por un modelo de aseguramiento, un primer paso, todavía en el terreno declarativo que puede avanzar hacia un sistema dual en que las personas con mas recursos obtengan la atención de seguros privados (mas o menos subvencionados con fondos públicos) dejando a resto de la población en manos de un sistema público descapitalizado y deteriorado, tipo beneficencia.

El segundo es una actitud xenófoba que pretende dejar fuera de la atención sanitaria a un grupo socialmente muy desfavorecido como son los inmigrantes no regularizados, a pesar de que todas las evidencias señalan que se trata de un colectivo en franca disminución por la crisis y cuya presión sobre el sistema asistencial es muy pequeña, y que por lo tanto producen un gasto muy reducido, y a los que se obliga a saturar mas aún las ya saturadas urgencias.

El tercero es que a pesar de las demagógicas intervenciones públicas sobre el supuesto impacto del “turismo sanitario” este no ha sido acreditado mas allá de la falta de diligencia de las administraciones públicas para identificar y facturar adecuadamente la atención sanitaria prestada a ciudadanos extranjeros que no pertenecen al grupo anteriormente señalado.

El cuarto es el establecimiento de un sistema de copagos extremadamente agresivo sobre los pensionistas y los enfermos crónicos a los que se va a penalizar extremadamente dificultándoles y en muchos casos impidiéndoles en la práctica el

acceso a prestaciones sanitarias que son indispensables para su salud. A ello habrá que sumar el nuevo “medicamentazo” que se anuncia y la previsible retirada de prestaciones de la cartera básica.

El impacto de estas medidas sobre la ciudadanía es difícil de evaluar todavía pero inevitablemente se concretará en un empeoramiento de la salud, aumento de la morbilidad y de la mortalidad.

En contraste con la virulencia de estas medidas dirigidas a las personas mas enfermas y con menos recursos, las actuaciones sobre la industria farmacéutica son testimoniales y de escaso impacto económico.

Otras medidas que se han vendido como soluciones a los problemas económicos del SNS, como la agencia de compras del conjunto del sistema sanitario público se queda en una mera recomendación sin mucha capacidad operativa. Además se complementa el RDL con una serie de cuestiones que nada tienen que ver con la sostenibilidad, la calidad y la seguridad de las prestaciones del sistema sanitario público.

A modo de conclusión: Las cuestiones clave de la sanidad pública

1) FINANCIACION SUFICIENTE Y FINALISTA

El mantenimiento de la Sanidad Pública precisa de recursos suficientes para asegurar la atención de calidad a los problemas de salud de la población. El gasto sanitario público en España es bajo, en comparación con los países de nuestro nivel socioeconómico (menor que el promedio de la UE15, UE27 y OCDE) y crece moderadamente (aproximadamente la mitad en % anual que la media de la OCDE) y mas el gasto privado que el público. Por lo tanto no se justifican las visiones alarmistas sobre la sostenibilidad del sistema sanitario público

Un problema a tener en cuenta es el actual modelo de financiación de las CCAA que permite a estas decidir la cuantía que dedican a Sanidad sin garantizar ninguna cantidad mínima, de esta manera se ha producido una gran disparidad en la financiación sanitaria pública según comunidad autónoma (hasta 555 € por habitante y año de diferencia en los presupuestos de las CCAA para 2011).

Por ello hay que plantear un incremento de la financiación de la Sanidad Pública y poner en marcha una financiación finalista, controlada por el Ministerio de Sanidad y el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) que asegure unos presupuestos sanitarios suficientes.

En el Reino Unido, el gasto en los servicios de salud aumentó dramáticamente en la década de 2000, aproximándose a la media de la UE. Sin embargo, la revisión de la coalición de gobierno de los gastos en octubre de 2010 con el compromiso de mantener el gasto constante en términos reales, permitió al Patronato afirmar que se había verificado un aumento del gasto en el SNS, cuando otros departamentos se enfrentan a recortes términos reales. Sin embargo, en un contexto de creciente necesidad, debido a cambios demográficos en los que se unen crecimiento y el envejecimiento poblacional, los "ahorros por eficiencia" de esta medida se sitúan en torno a los 4 mil millones de Libras por año.

Aunque la población inglesa ha aceptado en gran medida los recortes en los servicios públicos, la base sobre la que esos recortes se están realizando ha sido cuestionada por un creciente número de críticos. Más del 70% del ajuste fiscal en el Reino Unido se ha orientado a la reducción del gasto, mientras que menos del 30% se ha acometido a través de los aumentos de impuestos; peor aún, ya que una de las importantes subidas de impuestos ha sido en el IVA, un impuesto de carácter regresivo, mientras que el aumento de impuestos (del 40% al 50%) en los ingresos de más de 150.000 Libras , presentado por el gobierno Laborista anterior ha sido eliminado.

Enfoques alternativos hacen hincapié en el déficit fiscal, en la innovación de infraestructuras y de negocios, el mantenimiento de empleo en el sector público y las reformas del sistema tributario para garantizar que sea progresiva, en que las grandes empresas paguen una mayor proporción de la carga general, y en perseguir con contundencia la evasión fiscal. Estos alternativas ofrecer un medio de restaurar el gasto de los servicios de salud y la necesidad de ser más rigurosos en el debate acerca del gasto en salud.

2) GARANTIZAR LA ACCESIBILIDAD A LA ATENCION SANITARIA A TODOS LOS CIUDADANOS EN TODO EL TERRITORIO

La crisis económica ha favorecido la actitud de algunas CCAA que pretenden ahorrar negando y/o dificultando la atención sanitaria a las personas que teniendo derecho a ella están domiciliadas en CCAA distintas. Este hecho es notoriamente ilegal, ya que la Ley de Cohesión y Calidad del SNS (2003) señala que uno de los derechos de los ciudadanos es *“recibir, por parte del servicio de salud de la comunidad autónoma en la que se encuentre desplazado, la asistencia sanitaria del catalogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud que pudiera requerir, en las mismas condiciones e idénticas garantías que los ciudadanos residentes en esa comunidad autónoma”*, lo que también es ratificado por el RD sobre catalogo de prestaciones del SNS (2006).

Por lo tanto es obvio que los problemas de desatención son ilegales y que una de las tareas del nuevo gobierno y del Ministerio de Sanidad es evitar que se produzcan, mediante la actuación inmediata de la Alta Inspección del Ministerio de Sanidad y si es preciso arbitrando las medidas económicas y/o de otro tipo que garanticen el derecho del acceso a la atención sanitaria en todo el territorio español.

La combinación de reducciones de los gastos relativos a las necesidades con las disposiciones de la nueva legislación pone en peligro el acceso equitativo a la atención de salud en el Reino Unido. Las nuevas organizaciones locales no tienen obligación de proporcionar atención integral de salud a los pacientes registrados en ellas.

Algunos servicios, particularmente relacionados con la promoción de la salud y su protección y la prevención de la enfermedad se transfieren fuera del Sistema Nacional de Salud a las autoridades locales que tienen facultades para cobrar por algunos de ellos. Los residentes que no están registrados con un médico de cabecera no tienen derecho a excepción de los servicios de ambulancia y atención de emergencia. La disminución de derechos así como de la cobertura puesta en marcha por las Comisiones Locales, junto con las restricciones de financiación, y a un enfoque cada vez más contractual de la atención sanitaria, es probable que dé como resultado una reducción importante en los derechos del paciente.

La libertad de las organizaciones de tomar sus propias decisiones sobre los servicios que su paciente debe tener, sus derechos y su modo de acceso, presagia un tratamiento cada vez más desigual de los pacientes, con distintas reglas del juego.

Las reconfiguraciones de los servicios, impulsadas en parte por la dinámica del mercado y en parte por la reducción de costos, es probable que reduzcan el acceso local a al menos algunos servicios. Las condiciones requeridas para acceder a un tratamiento cuentan con un amplio abanico de posibilidades. Por tanto, es necesario modificar muy drásticamente la nueva legislación para revertir esta tendencia, así como es necesaria una mejor financiación.

3) MANTENER LA GRATUIDAD EN EL MOMENTO DEL USO

Como ya hemos señalado no existe en nuestro país un problema real de exceso de gasto sanitario público, sino mas bien lo contrario, tampoco existe una sobreutilización del sistema sanitario (la tasa de consultas/habitante y año esta por encima de la media de la UE, mientras que las estancias hospitalarias/habitante/año son las menores de toda la UE), y por otro lado tanto los medicamentos como las pruebas diagnósticas, los ingresos hospitalarios son indicaciones de los profesionales

sanitarios, y la mayoría de las consultas también lo son. Por otro lado los copagos / tasas o tickets moderadores no han demostrado ningún efecto sobre la contención de la demanda inapropiada y si sobre la equidad y la accesibilidad, además de tener elevados costes de transacción y efectos indeseados. Por todo ello es imprescindible el mantener la gratuidad en el momento del uso de las prestaciones asistenciales y además el garantizar que no se van a producir tasas en algunas CCAA rompiendo el principio de cohesión y equidad del SNS.

Con el tiempo, podemos pensar que el acceso será cada vez más sensible a la capacidad de pago, lo que socava un principio fundamental del Sistema Nacional de Salud. A pesar de que la emergencia de nuevos requerimientos para el cuidado de la salud del SNS requiere de una legislación aún más inclusiva, ya que los pacientes se enfrentan a un derecho a la salud reducido y mayores tiempos de espera, con lo que deben encararse al dilema de renunciar a la atención médica necesaria o el pago de la misma.

De este modo, organizaciones como la NHS Trusts Foundation, que operan en un mercado cada vez más competitivo, pueden aumentar hasta la mitad de sus ingresos de la medicina privada, y tendrán todos los incentivos para el desarrollo de estrategias para incrementar la medicina privada que ofrecen.

Hay límites a los recursos disponibles en cualquier sistema de salud. Sin embargo, un fuerte financiamiento público, que minimiza la importancia de la medicina privada contribuye al establecimiento de una “norma cultural” en el que el pago del cuidado de la salud no se produzca, salvaguardando así la posibilidad de un acceso equitativo. La mercantilización de la atención a la salud desafía esa norma cultural, tanto más cuando se establece normativamente el pago por el cuidado de la salud, erosionando su principio fundamental que es la gratuidad en el momento de uso.

Como mínimo, las enmiendas a la legislación deben orientarse a reducir drásticamente o eliminar la libertad de los proveedores del NHS para aumentar los ingresos de la medicina privada y a establece el deber por parte de las distintas organizaciones de la puesta en marcha de todas las medidas necesarias para garantizar la prestación de la atención integral de salud y, fundamentalmente, la eliminación de las estructuras de mercado y los sistemas de incentivos para los proveedores de mercado (aseguramiento privado) de sus servicios a quienes tienen la capacidad de pago.

4) ESTABLECER MECANISMOS EFICACES DE COORDINACION EN EL CONJUNTO DEL SNS

La experiencia demuestra que no existe un funcionamiento coordinado del SNS, empezando por la falta de funcionalidad del CISNS. Aunque se planteo una mejora de su funcionamiento en la Ley de Cohesión la práctica ha demostrado la insuficiencia de las medidas adoptadas. Es necesario establecer mecanismos eficaces, tanto para la toma de decisiones por el CISNS como para garantizar que se estas son operativas. También es preciso desarrollar el Plan Integrado de Salud, pendiente desde la aprobación de la Ley General de Sanidad, en 1986, para establecer objetivos comunes de salud en todo el SNS.

Los procesos de mercado conducirán a la fragmentación del Sistema, lo que debilitará la integración, a pesar de la creación del SNS Comissionning Board. La eliminación de la responsabilidad contraída por la Comissionning Board, derivando las decisiones directamente desde el Secretario de Estado a las organizaciones proveedoras, debilitará su potencial de descentralización, multiplicará los niveles

burocráticos, y obstaculizará la coordinación. Si bien los ministros han mantenido que el nuevo sistema puede proporcionar elementos para la integración, existen dificultades para ver cómo se logrará a través de procesos de mercado y sugiere que sólo una reforma radical del sistema nuevo puede hacerlo posible.

5) GARANTIZAR LA TRANSPARENCIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Para poder evaluar el funcionamiento del SNS se precisan de sistemas de información compartidos por todas las CCAA y que estén disponibles para el conjunto de la población que es quien lo sufraga con sus impuestos. Es imprescindible que desde el Ministerio se realice un compromiso con la transparencia informativa de los datos fundamentales del funcionamiento del sistema sanitario público.

Los mercados constituyen una grave amenaza a la transparencia ya que incluso la organización pública puede considerar que cierta información es muy sensible a efectos comerciales para ser de dominio público y las empresas privadas lo saben. Las disposiciones de la Ley de Libertad de Información deben hacerse extensivas a las empresas privadas y organizaciones del tercer sector que reciben dinero público. Una gama más amplia de los documentos de NHS debe ser de dominio público. Los poderes de los órganos de control deben fortalecerse y la participación pública en los procesos de control a través de diversos mecanismos deben ser mejoradas, así como es necesario desarrollar nuevas formas de control. La transparencia debe formar parte de un sistema de rendición de cuentas democrático, que incluya todas las actuaciones ministeriales vinculadas con el sistema de salud.

6) MEJORAR LA EFICIENCIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El SNS tiene aspectos de ineficiencia que son bien conocidos y que deben de abordarse de manera inmediata para mejorar su situación financiera y reforzar su sostenibilidad, habría que hacer referencia a los tres mas importantes:

- Gasto farmacéutico: El gasto farmacéutico en España es muy elevado, muy superior al de los países de la UE y OCDE, aunque se han realizado avances al respecto, estos se han centrado en la prescripción extrahospitalaria, especialmente en Atención Primaria, mientras el gasto hospitalario continua aumentando de una manera descontrolada. Hay que realizar una política mas activa de contención del gasto sin alterar la calidad de la prescripción, con especial atención al control de las medidas de marketing de las empresas farmacéuticas y las actividades de formación e investigación esponsorizadas por la industria. Si se consigue situar al gasto farmacéutico en España en el promedio de la OCDE se ahorrarían 5.000 millones € anuales
- Sobreutilización tecnológica: existe un exceso de utilización inapropiada de los recursos tecnológicos en España (alrededor de un 30% del gasto se realiza en actuaciones inapropiadas), un mejor control de la utilización de la tecnología conseguiría ahorros muy notables superiores a los 30.000 millones € anuales, para ello hay que avanzar en la utilización de la medicina basada en la evidencia y en la creación de una agencia de evaluación de la tecnología que en la línea del NICE británico evalúe sus indicaciones
- Es necesaria la puesta en funcionamiento de una agencia pública de compras que utilice las ventajas de la economía de escala para las compras de tecnología y consumibles del SNS, probablemente podría producirse un ahorro en torno al 20-30% de su coste actual.

La eliminación de las estructuras de mercado y la restauración de los mecanismos de un servicio integrado y planificado se traducirá en costos administrativos significativamente más bajos y el dinero ahorrado por esos costes puede ser

liberado para el gasto en atención de la salud. Otros aumento de los costes derivados de los procesos de mercado, incluidos los gastos derivados de intervenciones innecesarias a través de las cuales los proveedores tratan de generar ingresos, también se evitarán. La eliminación de las estructuras de mercado también podría ayudar a evitar la implementación de otras medidas que responden a los incentivos perversos del aseguramiento privado y por las que se pone en riesgo incluso la calidad o el coste de la atención. Reconfiguraciones, incluido el traslado forzoso de algunos Servicios a los centros hospitalarios desde la atención primaria debe ser detenida hasta que una base de pruebas científicas de peso demuestren que, suponiendo un nivel igual de bueno de la atención de la salud, esto se traduce en ahorro de costes. Asimismo, debería facilitarse una mayor y más sistemática difusión de medidas de ahorro tecnológico.

7) PARALIZAR LOS PROCESOS DE PRIVATIZACIONES

Los procesos privatizadores puestos en marcha en el RU y algunas CCAA han supuesto notables incrementos de los costes de la atención sanitaria y en la construcción de las infraestructuras (entre 7-8 veces de sobre coste), además de empeorar la calidad de las prestaciones y deteriorar la red sanitaria pública que ha sufrido un detrimento presupuestario para poder sufragar estas privatizaciones. Acabar con el proceso de privatizaciones es una medida fundamental para mejorar la eficiencia y la calidad del SNS

8) POTENCIAR LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

La Atención Primaria de Salud es la clave de la accesibilidad y la eficiencia de nuestro sistema sanitario, pero pese a ello esta sufriendo un proceso progresivo de postergación, tanto presupuestaria como de recursos de personal y de pérdida de protagonismo en la atención sanitaria. Hay que recuperar las propuestas de la estrategia AP21 para que vuelva a ser el eje fundamental del SNS.

En el Reino Unido, los conflictos de intereses, por ejemplo, mediante los cuales los médicos podrían derivar a los pacientes a los proveedores en los que los médicos tienen un interés económico, amenazan con socavar la confianza del paciente en el médico de familia. Esos conflictos deben ser eliminados normativamente.

9) DESARROLLAR INSTRUMENTOS EFICACES DE PARTICIPACION

No pueden avanzarse en la mejora de eficiencia, eficacia y calidad del sistema sanitario público sin contar con la activa participación de profesionales, organizaciones sociales y ciudadanos. Hay que desarrollar los instrumentos concretos para que esta participación pueda hacerse efectiva. Estos deben implicar no sólo la participación, sino también mecanismos de rendición de cuentas democrática y de control.

