



Fundación  Sanatorio Güemes

LAS REFORMAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD DEL REINO UNIDO, ESTADOS UNIDOS Y PAÍSES BAJOS

DE LA DÉCADA DEL 90 AL SIGLO XXI

LAURA LIMA QUINTANA

MÓNICA LEVCOVICH

ANA RITA DÍAZ-MUÑOZ



Lima Quintana, Laura

Las reformas de los sistemas de salud del Reino Unido, Estados Unidos y Países Bajos de la década del '90 al siglo XXI / Laura Lima Quintana; Mónica Levcovich; Ana Rita Diaz Muñoz. - 1a ed. - Buenos Aires: Fundación Sanatorio Güemes, 2012.

104 p. ; 23x16 cm.

ISBN 978-987-24399-7-2

1. Salud. I. Levcovich, Mónica II. Diaz Muñoz, Ana Rita III. Título
CDD 614

Fecha de catalogación: 02/10/2012

Impreso en la Argentina

Hecho el depósito que previene la ley 11.723

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su almacenamiento en sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, electrónico, mecánico, fotocopia u otros medios sin el permiso previo del editor.

LAS REFORMAS DE LOS
SISTEMAS DE SALUD
DEL REINO UNIDO,
ESTADOS UNIDOS
Y PAÍSES BAJOS
DE LA DÉCADA DEL 90 AL SIGLO XXI

LAURA LIMA QUINTANA
MÓNICA LEVCOVICH
ANA RITA DÍAZ-MUÑOZ

E D I C I O N E S

Fundación  Sanatorio Güemes

ÍNDICE

Pág.

Agradecimientos	8
------------------------------	----------

Prólogo	9
----------------------	----------

Introducción	11
---------------------------	-----------

Reino Unido	15
De la década del 90 al siglo XXI	15
Características generales del sistema de Salud y su contexto	18
Demografía y economía.....	18
Centralización – descentralización.....	19
Recursos físicos y humanos.....	22
Derechos de los pacientes.....	23
Cobertura, financiamiento y gasto	24
Cobertura.....	24
Financiamiento.....	25
Gasto.....	26
Provisión de servicios y modalidad de pago	28
Regulación	32
Resultados del sistema	35
Percepción de los usuarios.....	36
Las desigualdades en Salud.....	37
Acceso.....	38
Equidad en la asignación de recursos.....	39
Libertad de elección.....	40
El futuro	40

Estados Unidos	45
De la década del 90 al siglo XXI	45
Antecedentes.....	45

Características generales del sistema de Salud y su contexto	48
Aspectos generales.....	48
Organización del sistema de Salud	49
Centralización - descentralización.....	50
Cobertura, financiamiento y gasto	52
Cobertura.....	52
Financiamiento.....	56
Gasto.....	57
Provisión de servicios y modalidad de pago	58
Provisión de servicios.....	58
Modalidades de pago – Mercado de contrataciones (adquisiciones).....	59
Regulación-instituciones reguladoras, evaluación de tecnologías	60
Resultados del sistema	61
El futuro	62

Países Bajos	67
De la década del 90 al siglo XXI	67
Características generales del sistema de Salud y su contexto	69
Aspectos generales.....	69
Antecedentes.....	69
Evolución del sistema de Salud de los Países Bajos.....	70
Principios que rigen el sistema de Salud.....	71
Organización.....	72
Centralización / descentralización.....	72
Cobertura, financiamiento y gasto	74
Cobertura.....	74
Financiamiento.....	75
Gasto.....	77
Provisión de servicios y modalidad de pago	78
Prestadores.....	78
Modalidades de pago – Mercado de contrataciones (adquisiciones).....	78
Regulación	80
Otras características de la regulación y el control.....	80

Resultados del sistema	82
El futuro	83
<hr/>	
Comentarios finales	87
Síntesis y recomendaciones	89
<hr/>	
Bibliografía	97
<hr/>	
Listado de siglas	101
Reino Unido	101
Estados Unidos	102
Países Bajos	102

AGRADECIMIENTOS

De manera especial, nuestro agradecimiento a la Fundación Sanatorio Güemes y al Dr. Mario Lugones por invitarnos a esta interesante propuesta de trabajo; por su valoración de nuestra trayectoria y por la confianza depositada en nosotras. Nuestro agradecimiento al Dr. Federico Tobar por su atenta lectura, comentarios y sugerencias que nos aportaron una interesante visión sobre los casos estudiados. A Mónica Hernández y a Julieta Lucero por sus comentarios y búsqueda de información.

Este libro es, de alguna manera, parte de un estimulante diálogo sobre la organización del sector Salud sostenido a lo largo de mucho tiempo con numerosos colegas, con quienes compartimos la inquietud por la búsqueda de mejores respuestas a las necesidades de Salud de nuestra sociedad y a quienes debemos reflexiones, ideas y sobre todo, la motivación para continuar pensando en estos temas con la convicción de que nuestro trabajo puede ser una contribución al debate comprometido e informado. En 1994 iniciamos ese diálogo con el Dr. Mario Lugones, quien nos estimuló a sistematizarlo en el libro “Sistemas de Salud en Procesos de Reforma”, cuya publicación auspició junto con la División de Políticas de Salud de OPS - Washington. Este libro intenta retomar y actualizar algunos de los ejes que guiaron ese trabajo original y continuar en la búsqueda de claves para repensar nuestro propio sistema de Salud.

Las autoras
Buenos Aires, agosto, 2012

PRÓLOGO

En el año 1994, la Organización Panamericana de la Salud publicó el libro “Sistemas de Salud en proceso de reforma”, con prólogo del Dr. José Romero Teruel, director de la División Salud y Desarrollo de la OPS/OMS y del Profesor Dr. Guillermo Jaim Etcheverry, director en ese momento de la Fundación Praxis Médica, ex decano de Medicina y ex rector de la Universidad de Buenos Aires.

“La Fundación Praxis Médica le había encomendado el análisis de la situación de los sistemas de Salud a un equipo de profesionales, en el que se integraron diferentes perspectivas disciplinarias y experiencias de trabajo en el campo de la Salud pública”, tal como puede leerse en dicho prólogo.

Los países analizados en ese momento fueron Alemania, Canadá, Estados Unidos, Holanda y el Reino Unido.

Las autoras eran Ana Rita Díaz Muñoz, Mónica Levcovich, Laura Lima Quintana y Silvina Ramos.

Casi veinte años después, y frente a una compleja situación política y económica mundial, me toca prologar un libro en el que se refiere al estado actual de 3 de aquellos países evaluados en 1994: Estados Unidos, Reino Unido y Países Bajos; y en el que intervienen tres de aquellas cuatro investigadoras.

Países que, como sabemos, están revaluando sus sistemas con respecto a lo que habíamos visto en los años 90.

Me consta del sacrificio y de la profesionalidad con que las autoras, en este caso Ana Rita Díaz Muñoz, Mónica Levcovich y Laura Lima Quintana han profundizado sobre cada país y como han seguido las distintas reformas que se están llevando a cabo en estos momentos.

No se me escapa que, al momento de la presentación de este libro faltarán pocos días para la elección presidencial en los Estados Unidos, donde uno de los temas en discusión es precisamente la reforma del sistema de Salud que ha llegado a la Corte Suprema de Justicia de ese país.

Las autoras de este trabajo, grandes amigas y profesionales, están comprometidas a terminar dos libros más, uno sobre sistemas de Salud de Europa y el otro sobre países de nuestro continente.

No quiero terminar sin agradecerles a ellas en nombre de la Fundación Sanatorio Güemes, toda su dedicación y decirles que espero ansioso sus próximos trabajos.

Gracias Ana Rita, Mónica y Laura.

Dr. Mario Iván Lugones
Presidente de la Fundación Sanatorio Güemes

INTRODUCCIÓN

El presente documento identifica y analiza las principales modificaciones introducidas durante los últimos años en los sistemas de Salud del Reino Unido, de Estados Unidos y de los Países Bajos. El trabajo se propone aportar elementos para la comprensión de estos cambios y de sus posibles impactos, en el contexto de las tendencias observadas en los procesos de reforma más generales de cada país, y se focaliza en ciertas dimensiones que pueden resultar más significativas para pensar la realidad de nuestro propio sistema de Salud.

Este documento tiene como antecedente el libro *“Sistemas de Salud en Proceso de Reforma”*¹, escrito en 1994, en el que nos abocábamos a analizar las reformas entonces en curso en cinco sistemas de Salud (Reino Unido, Canadá, Países Bajos, Alemania y Estados Unidos). En el prólogo de ese libro, se señalaba que “el análisis comparado de algunos modelos resulta de especial utilidad en momentos en que en el ámbito local y regional también se plantea la necesidad impostergradable de revisar los sistemas de Salud”. También se planteaba que esos países fueron seleccionados porque “han sido considerados modelos orientadores de las reformas de la atención médica, tanto por los atributos que pueden ser imitados, como por los que necesariamente deben revisarse en forma crítica”. Años más tarde se sigue planteando la necesidad de referenciar los cambios en distintos modelos y experiencias. Resulta interesante retomar ese análisis e indagar acerca de la evolución de algunas líneas de acción con resultados incipientes en ese momento, e investigar iniciativas desplegadas con posterioridad.

Dado que la mayoría de los sistemas de Salud tienen objetivos comunes y enfrentan dificultades semejantes, la observación de las condiciones en que se desenvuelven, de los movimientos que se producen para mejorar la calidad, la equidad, el nivel de gasto y la adecuación a las políticas globales, resulta de utilidad en la búsqueda de soluciones posibles en otros espacios.

Es esta la perspectiva con la cual abordamos el análisis; la mirada desde la realidad del sistema de Salud de la Argentina, haciendo hincapié en procesos, instrumentos, metodologías que puedan incorporarse a una fructífera reflexión conjunta.

Por otro lado, según la OMS, un sistema de Salud está formado por todas las personas que actúan y todas las medidas que se adoptan con la finalidad principal de mejorar la Salud. Esta definición está en consonancia con un concepto amplio que incluye a todos los determinantes de la Salud de una población, no exclusivamente la atención de la Salud propiamente dicha. En este sentido,

¹ Díaz Muñoz, A.R., M. Levcovich, L. Lima Quintana y S. Ramos (1994) *Sistemas de Salud en Proceso de Reforma*, Edición del Programa de Desarrollo de Políticas de Salud, División Salud y Desarrollo. Organización Panamericana de la Salud.

es posible diferenciar a los sistemas de atención de la Salud como “al funcionamiento combinado de la Salud pública y servicios personales de Salud” que están bajo el control directo de “agentes identificables”, especialmente los Ministerios de Salud de los países (European Observatory on Health Care Systems, 1999). Este último concepto es el que delimita el objeto de nuestro estudio. Si bien se aportan algunos parámetros que caracterizan el marco en que se inserta y desarrolla el sistema de atención de la Salud —demográficos, políticos y económicos—, el análisis se centra en los aspectos específicos del conjunto de normas y recursos que contribuyen a los cuidados de Salud o atención médica de la población.

Como ha sido mencionado, el estudio se centra en tres sistemas que presentan esquemas organizativos, de financiamiento y cobertura diversos entre sí, pero claramente hegemónicos en cada país, los cuales, en distinta medida, se reproducen y conviven en el sistema de Salud argentino.

Aunque desde este enfoque se brindan elementos para la comparación de los sistemas, no es este el objetivo del análisis que se presenta. Tampoco lo es el de establecer en los límites de este trabajo una evaluación de su desempeño.

La amplitud y complejidad del abordaje de los sistemas que hemos estudiado, nos ha obligado a decidir un cierto recorte analítico, en función de los objetivos y enfoque propuestos. El documento se ha centrado en la descripción de los procesos de cambio, el análisis de su secuencia y de la relación con el contexto más general de cada sistema de Salud y de cada sociedad en particular. No hemos profundizado en el análisis de datos estadísticos, aunque se han identificado y utilizado las fuentes más importantes y se aportan algunas referencias (*ver Bibliografía*) para acceder a los datos de los distintos sistemas y facilitar la búsqueda para quienes deseen completar los estudios de esta manera.

En la descripción de cada sistema se detallan las principales fuentes de financiamiento, se presentan los rasgos sobresalientes de los criterios de asignación y las características del acceso a los servicios como así también la evolución de los indicadores tradicionales del estado de Salud de la población.

Los capítulos 1, 2 y 3 contienen la descripción de cada uno de los sistemas abordados que abarca una sucinta reseña de su evolución de la década de 90 al siglo XXI; las características generales del sistema de Salud y su contexto; cobertura, financiamiento y gasto; provisión de servicios y modalidades de pago; instituciones de regulación; resultados del sistema y algunas propuestas que se plantean a futuro.

En el capítulo 4 se presentan comentarios finales relacionados con los criterios adoptados en el estudio realizado, las advertencias mencionadas en la bibliografía consultada y se resaltan algunos aspectos de las medidas introducidas durante los últimos años que pueden aportar al debate para mejorar el sistema de Salud argentino.

REINO UNIDO

DE LA DÉCADA DEL 90 AL SIGLO XXI

El nacimiento del sistema de Salud del Reino Unido se inscribe en reformas más integrales del sistema de la seguridad social, tanto en 1942 como en 1948. En 1942 se dio un primer paso de extensión de cobertura de seguro de desempleo, de retiro, de subsidios a los niños y de atención médica, basada en la condición de empleo. Esta iniciativa estaba asociada a la situación de guerra y a la necesidad de brindar mejores condiciones de productividad y competitividad a la economía del Reino Unido.

En 1948, se propone simplificar el sistema de seguridad social, homogeneizando los beneficios, y ampliar a todos los ciudadanos la cobertura de atención de la Salud, asumida por el Estado. Las mejoras propuestas, según el promotor de la creación del Servicio Nacional de Salud (NHS, su sigla en inglés) con las características generales que detenta actualmente, Aneurin Bevan, fueron consecuencia de la percepción de necesidades que permitió relevar la etapa anterior². El Servicio Nacional de Salud (NHS) implementado en 1948 según lo establecido por el NHS Act de 1946, determinó las características del financiamiento y la provisión de servicios de Salud en Gran Bretaña después de la Segunda Guerra Mundial, introdujo el principio de responsabilidad colectiva mediante el desarrollo de un servicio integral de Salud, que debía ser accesible para toda la población de manera gratuita en el punto de uso. Esta condición fue la clave de un sistema que puso el énfasis en la equidad de acceso³.

La oposición inicial de la profesión médica, que temía perder independencia a manos de la burocracia, fue superada gracias a la eficaz negociación del ministro de Salud, Aneurin Bevan, que hizo algunas concesiones a las demandas de autonomía profesional. De esta manera, a los médicos generalistas (GP) les fue permitido ejercer como contratistas independientes del NHS, mientras que los especialistas de hospital, empleados asalariados del NHS, retuvieron en gran medida el control de sus condiciones de empleo. Asimismo, mantuvieron su derecho a continuar con su práctica privada juntamente con su trabajo en el NHS, condiciones que permanecen vigentes hasta la actualidad.

La centralización del sistema, al principio, parecía presentar pocos problemas.

² <http://www.bbc.co.uk/archive/nhs/>

³ Interesa resaltar, en estos primeros momentos de constitución del sistema, la integralidad de las iniciativas, la manera en que se afirma que éstas se basan en el derecho de los ciudadanos y la incorporación de un enfoque de promoción de la Salud.

Como Aneurin Bevan remarcó memorablemente: “cuando un orinal se vacía en el piso de un hospital, su ruido debería resonar en el palacio de Westminster”. Desde su concepción en 1948 hasta 1974, la estructura organizativa del NHS en Inglaterra permaneció casi sin cambios. Sin embargo, desde entonces se produjeron reestructuraciones organizativas cada pocos años, independientemente de cuál fuera el gobierno en el poder (Marmor, 2009).

Hasta la década de 1990, el NHS en Inglaterra era un modelo integrado en el que no existía una separación entre el rol de compra y la prestación de servicios hospitalarios. En esa época, las autoridades sanitarias eran responsables de la atención de las poblaciones dentro de áreas geográficas fijas y administraban un presupuesto global mediante el cual se pagaba por los servicios de los hospitales, que también estaban, en teoría, bajo su control. Los médicos de familia (GP), por su parte, siempre habían actuado como proveedores independientes de servicios de atención primaria y se les pagaba a través de diferentes comités que los congregaban.

El mayor cambio en la organización y gestión en toda la historia del NHS se produjo tras un intenso debate sobre el gasto inadecuado en la Seguridad Social —que tuvo lugar a finales de 1987—, cuando Margaret Thatcher anunció una revisión interna del sistema sanitario bajo su propia presidencia. Esta revisión y sus recomendaciones condujeron a las reformas incorporadas en el National Health Service and Community Care Act de 1990, que introdujeron en el NHS un mercado “interno” o “cuasi” mercado⁴. De esta manera se promovió una división entre la función de compra, a cargo de las autoridades sanitarias, y la función de provisión, papel ejercido por los recién formados fideicomisos del NHS (*NHS trusts*). Estos últimos resultaron de la transformación de los hospitales de propiedad y control estatales en organizaciones semiindependientes y sin fines de lucro (*European Observatory of Health Care Systems 1999*). Al mismo tiempo, se transfirió parcialmente a los grupos de GPs que se transformaban en administradores de fondos (*fundholders*), el papel de demanda de determinados servicios para la atención de sus pacientes —principalmente de servicios hospitalarios electivos. De esta manera, estos grupos obtuvieron más autonomía sobre la prescripción y pruebas diagnósticas, al tiempo que siguieron prestando servicios de atención primaria a sus pacientes. Al momento en que los *fundholdings* fueron eliminados en la década de 1990, alrededor del 50% de las organizaciones de GP estaban constituidas como tales (*European Observatory of Health Care Systems, 2011*).

Se esperaba que los *NHS trust* compitieran entre sí por los contratos de

⁴ Es conveniente señalar que las reformas incorporadas en el sistema de Salud fueron mucho menos drásticas que las que se produjeron en otras áreas de la economía, donde las políticas de privatización fueron más intensas. Es probable que esto se debiera al fuerte apoyo de la población a las condiciones del sistema de Salud expuesto en diversas encuestas de opinión.

servicio de los compradores (los GP *fundholding* y las autoridades sanitarias). Este esquema de mercado interno, aunque con numerosas modificaciones y restricciones, fue utilizado como principal mecanismo para la asignación de recursos de atención de la Salud en gran parte de la década de 1990.

En 1997, la elección de un gobierno laborista llevó a cambios en las estructuras del NHS pero, a pesar de afirmar que la competencia de precios -como consecuencia de la existencia de un cuasi mercado- no había funcionado y sólo había producido costos de transacción excesivos, mantuvo la diferenciación entre compradores y proveedores.

El nuevo gobierno ajustó el lenguaje impuesto por la reforma anterior. Los proveedores hospitalarios ahora hacían “acuerdos” (no contratos) con “*commissioners*” (no compradores). Mientras tanto, la amalgama organizativa comenzó a cambiar adecuándose a la manera como trabajaba el cuasi mercado creado. Los GP *fundholding* desaparecieron y todos los GP fueron incluidos en los recién formados Grupos de Atención Primaria (*Primary Care Group* PCG). El efecto de esta política fue integrar la práctica general al NHS por primera vez en su historia. Todos estos cambios reforzaron la necesidad de y el compromiso por el gerenciamiento del servicio. “Modernización” fue el término clave metafórico del NHS *White paper* de 1997. Cuando, en el año 2000, el NHS de Inglaterra reafirmó el compromiso con el gerenciamiento, “modernización” se convirtió en su mantra. Este concepto refería a que los servicios de Salud debían ser tan eficientes como el sistema de negocios (*business system*) (Marmor, 2009).

En los años que siguieron, hubo numerosas reorganizaciones estructurales tales como el reemplazo de las autoridades de Salud de distrito por los *Trust* de Atención Primaria (PCT) y las autoridades regionales de salud por Autoridades Estratégicas de Salud (SHAs,) y a algunos organismos del NHS se les dio una mayor independencia del Departamento de Salud como las *Foundation Trust* (FTS). Los PCT se convirtieron en responsables de la prestación de la atención primaria y de muchos servicios comunitarios, incluso en algunas áreas de la salud mental, y la adquisición, en sus áreas geográficas definidas, de la mayoría de los servicios secundarios requeridos por sus pacientes. Los SHA se convirtieron, a su vez, en responsables por alcanzar los objetivos más amplios del sistema de atención de Salud en relación con los organismos locales de Salud. Asimismo, se introdujeron nuevas agencias reguladoras, tales como el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE) y la Comisión de Calidad de la Atención (CQC), para mantener las normas establecidas a nivel nacional.

Estos cambios se acompañaron por un marcado aumento de la participación del sector privado en la prestación de servicios al NHS. Esta nueva situación se expresa a través de la Iniciativa de Financiación Privada (PFI), que contrata

empresas privadas para construir y operar las instalaciones para el NHS, en períodos de 30 años o más, o la incorporación obligatoria del sector privado como prestador de servicios del NHS a través de “centros de tratamiento del sector independiente” (ISTCs). De esta manera, desde el año 2000, se formalizó la participación del sector privado en el NHS, sector que siempre había existido, pequeño pero significativo (EOHCS, 2011).

CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL SISTEMA DE SALUD Y SU CONTEXTO

Demografía y economía

Inglaterra, Escocia y Gales forman Gran Bretaña, con la incorporación de Irlanda del Norte, estos cuatro países forman el Reino Unido. En 2009, la población de Inglaterra se estimaba en 51, 8 millones, lo que constituye el 83,8% de la población total del Reino Unido. En 2009, 7,75 millones de personas vivían en la capital, Londres, por lo que era la ciudad más poblada de la Unión Europea (UE). El conjunto del Reino Unido se extiende sobre 244 820 km². Se estima que en 2010, la densidad de población en Inglaterra era 401/km² en comparación con 4931/km² en Londres. La población ha crecido en forma sostenida desde 1971 y se prevé que continúe creciendo a 60,7 millones en 2033. Al igual que el resto de Europa, Inglaterra tiene una población que envejece. La proporción de la población de 65 años y más aumentó del 13,4% en 1971 al 16,1% en 2008, mientras que la proporción de personas menores de 14 años disminuyó de casi el 23,7% a 17,6%. La población seguirá envejeciendo y se proyecta que el 22,2% de la población tendrá 65 años o más en 2031.

El producto interno bruto del Reino Unido (PIB) en términos reales aumentó en alrededor de un 46% entre 1990 y 2009, a partir de £760 mil millones a £1110 millones a precios de 2000.

En cuanto a la distribución del ingreso, desde 1990 se produjo una mejora expresada en la reducción, del 24% al 22%, en la proporción de personas que viven por debajo del 60% de la renta mediana⁵. Sin embargo, se verifica un aumento sustancial de este indicador desde 1979 cuando alcanzaba el 13%. También hay diferencias en la proporción de personas que viven en hogares de bajos ingresos sobre la base de las características étnicas. Por ejemplo, en el Reino Unido, en el período 2008-2009, usando la medición con deducción de los costos de vivienda, sólo el 20% de la población blanca podía clasificarse en la categoría de hogares de bajos ingresos en comparación con el 60% de

⁵ La forma más común de medir la pobreza en el Reino Unido es a través de la proporción de personas que viven en hogares cuyos ingresos están por debajo del 60% de la renta mediana.

los hogares de origen pakistaní o de Bangladesh y el 48% de los hogares de negros no caribeños.

Usando la definición de la Unión Europea —que considera en riesgo de pobreza a los individuos con menos de 60% de la mediana del ingreso pero con costos de vivienda incluidos—, el Reino Unido parece estar en una posición peor que la mayoría de sus vecinos.

Así, en 2003, el porcentaje de personas que vivían en el Reino Unido en los hogares con ingresos inferiores al 60% de la mediana fue de 18%, en comparación a la media europea del 15% (sobre la base de la UE-15, los 15 Estados miembros antes de mayo de 2004), el 11% en Finlandia, el 12% en Francia y 15% en Alemania. En 2008-2009, el porcentaje del Reino Unido se mantuvo en el 18%.

Una medida alternativa de la desigualdad de ingresos es el coeficiente de Gini⁶. En el Reino Unido el coeficiente de Gini, después de deducidos los gastos de vivienda, se incrementó de 0,37 a 0,40 (0,33 a 0,36 antes de deducir los costos de la vivienda) entre 1994-1995 y 2008-2009 (EOHCS, 2011).

Centralización – descentralización

Desde 1998, se han elegido las legislaturas y los gobiernos de Irlanda del Norte, Escocia y Gales. Las tres administraciones descentralizadas asumieron la responsabilidad sobre la Salud de su población y la mayoría de los servicios sociales personales, conformando modelos de Servicios Nacionales de Salud (NHS) de acceso universal, financiados por los impuestos generales y organizados en torno a los modelos de médicos de cabecera como puerta de entrada al sistema. En cada caso la Salud fue una notable prioridad política, en parte porque el desempeño del NHS era motivo de preocupación. Pero además porque la limitación en las políticas delegadas a estas administraciones convirtió a la Salud en una parte importante de los asuntos del gobierno y el parlamento.

La promoción de la autonomía y la rendición de cuentas fueron dos argumentos fundamentales para la delegación en el Reino Unido. El supuesto es que el control local implica mayor sensibilidad para las demandas y valores locales. Por ejemplo, en Escocia el gobierno tuvo la libertad de generar “soluciones escocesas para los problemas escoceses”. Procesos similares se dieron en Gales e Irlanda del Norte, aunque la diversificación en las políticas es limitada y no es nueva —por ejemplo, la administración territorial de la atención social y sanitaria siempre tuvo matices diferentes en los distintos países (Marmor, 2009).

⁶ Proporciona una medida en una escala de 0-1 donde 0 indica igualdad en el ingreso total y aumenta la desigualdad a medida que aumenta el coeficiente de cero a 1.

El gobierno central del Reino Unido es el responsable por la recaudación de impuestos y distribuye los recursos a los distintos servicios, fundamentalmente según una fórmula (la “fórmula Barnett”) que otorga niveles de gasto *per cápita* ligeramente más altos a las administraciones descentralizadas que a Inglaterra (Greer, 2011).

A fin de desarrollar las características de los sistemas de Salud de los cuatro países integrantes del Reino Unido, dado que las estadísticas no siempre están disponibles de manera homogénea para todos y teniendo en cuenta la importancia relativa de Inglaterra –que, como se mencionara, concentra el 88% de la población total–, en general, nos referiremos al NHS de este territorio.

Aunque el NHS está muy centralizado en cuanto a su financiación, negociada a nivel central, la gestión de estos recursos financieros –para prestar los servicios que satisfacen las necesidades de las poblaciones– se transfiere a las entidades locales encargadas de su adquisición (*Trust* de Atención Primaria - PCT), cuyas decisiones son indirectamente responsabilidad de otras instancias subnacionales (SHA) ante la Secretaría de Salud.

En este sentido, el Departamento de Salud asigna el 80% del presupuesto del NHS a los PCT mediante una fórmula de capitación ponderada. Desde el año 2005, también los médicos generalistas (GP) han jugado un papel, aunque mucho menor, en la función de adquisición a través del desarrollo de un mecanismo de compra denominado *Practice Based Commissioning* (PBC) (EOHCS, 2011). De esta manera, los consultorios también reciben un presupuesto basado en una capitación ponderada a fin de adquirir servicios para sus pacientes.

La responsabilidad del cuidado de la Salud en Inglaterra, financiada con fondos públicos, corresponde al Secretario de Estado de Salud⁷, que es responsable ante el Parlamento del Reino Unido. El Departamento de Salud es el órgano de gobierno central responsable del diseño de la política del NHS, la Salud pública, la asistencia social para adultos y otras áreas relacionadas. El Departamento del Tesoro desempeña un papel clave, a través de su influencia en la definición del presupuesto nacional para el cuidado de la Salud financiada con fondos públicos. El liderazgo en el Departamento de Salud es ejercido por el Secretario Permanente y por el Director General. El primero es responsable ante el Secretario de Estado y el parlamento por la forma en que el departamento funciona, mientras que el segundo proporciona la dirección estratégica para el NHS y la asistencia social.

La función principal del Departamento de Salud es apoyar al gobierno en la mejora de la salud de la población en Inglaterra, negocia con el Tesoro el nivel

⁷ El Secretario de Estado de Salud es actualmente un diputado electo y miembro del Consejo de Ministros. Está asistido por dos ministros de Estado y dos parlamentarios subsecretarios de Estado, uno de los cuales es responsable de la Salud pública y otro de la calidad.

de financiación para el NHS y asigna los recursos al NHS.

El papel del Departamento de Salud se ha ido centrando en las orientaciones estratégicas y políticas a ser adoptadas por entes locales semi-independientes. Sin embargo, la influencia ejercida por ese nivel en el funcionamiento del sistema es sustantiva en la medida en que mantiene la regulación y el control sobre la asignación y uso de los recursos y es responsable de asegurar la calidad de estos servicios y desarrollar la capacidad del sistema sanitario para satisfacer las necesidades de la población. Además, la legislación central establece el marco dentro del cual los organismos locales adquieren y prestan servicios⁸.

A nivel nacional, el Departamento de Salud es asistido en el establecimiento y seguimiento de las normas y la regulación del sistema de Salud por una serie de organismos gubernamentales e independientes. A nivel regional opera a través de 10 Autoridades Estratégicas de Salud (SHA)⁹, que son responsables de asegurar la calidad y el rendimiento de los servicios de Salud locales dentro de su área geográfica. Además, el Departamento de Salud y los SHA colaboran con las oficinas del gobierno regional, que son órganos del gobierno central responsables de los programas regionales que trabajan en las áreas de responsabilidad de todos los departamentos del gobierno central.

La responsabilidad de adquirir servicios de Salud a nivel local se asienta en 151 organizaciones de atención primaria, sobre todo PCT, cada uno con una población de referencia geográficamente definida de poco más de 340 mil personas, en promedio. Los PCT son monitoreados por los SHAs y son responsables ante el Secretario de Estado de Salud.

Los NHS *Foundation Trusts* (FT), son otra demostración del compromiso del gobierno con la descentralización de los servicios públicos y la creación de un sistema dirigido por los pacientes. Fueron creados a través del *Health and Social Care (Community Health and Standards) Act* 2003, y consolidados en el *National Health Service Act* 2006, para delegar el poder de decisión del control del gobierno central a organizaciones locales y comunitarias, de manera que sean más sensibles a las necesidades y deseos de la población local (<http://www.monitor-nhsft.gov.uk>).

Estas organizaciones locales/comunitarias ofrecen servicios para los pacientes del NHS, de acuerdo con sus principios básicos: la atención es gratuita y basada en la necesidad. Son corporaciones de bien público autorizadas y reguladas por un

⁸ Ha habido un mayor uso de la normativa del Marco Nacional de Servicios (NSF) y de las directrices del NICE en un intento de asegurar las “mejores prácticas” clínicas y / o el uso eficiente de los recursos en todo el NHS.

⁹ Los SHA se crearon en 2002 para gestionar el NHS en nombre del Secretario de Estado, en 2006 su número se redujo de 28 a 10.

organismo regulador independiente, conocido como Monitor. Están libres del control del gobierno central y deben rendir cuentas a sus comunidades locales. No requieren alcanzar el equilibrio — pueden acumular superávit o tener déficits temporarios —, a pesar de que cada año deben ser financieramente viables; pueden pedir prestado dinero dentro de los límites establecidos por el regulador, retener los excedentes y decidir sobre el desarrollo de servicios para la población local.

Recursos físicos y humanos

En Inglaterra, en el período 2007-2008, había 130.200 camas disponibles en los hospitales de agudos (*acute trust*) (es decir, camas de agudos, de geriatría y maternidad), y se calcula que había unas 35.700 camas en los otros países del Reino Unido, con un total de 165.900. Se estima que en 2007 había 9.572 camas disponibles en el sector privado en los 304 hospitales de agudos independientes en el Reino Unido.

La iniciativa financiera privada (PFI) lanzada por gobierno conservador en 1992, luego continuada bajo el gobierno laborista, fue una forma de aumentar el capital privado para los proyectos edilicios del NHS. Bajo este esquema, el NHS entra en un contrato de largo plazo (usualmente 30 años) con una compañía privada que construye un establecimiento y luego se lo arrienda al NHS. De esta manera, el gobierno evita gastos presupuestarios corrientes y asegura nuevas construcciones relativamente rápido. Como muchos de sus edificios son más antiguos que el propio NHS, el Departamento de Salud estableció un programa de innovaciones tendiendo a proveer 100 nuevos hospitales en 2010. La evaluación de los primeros esquemas del PFI sugiere que disminuyó el número de camas y produjo edificios de baja calidad (Marmor, 2009).

El número total de médicos que trabajaban en el NHS en Inglaterra era de 140.897 en 2009, lo que representa una tasa de incremento anual desde 1996 del 3,8%. Del total de médicos, 40.269 eran médicos generalistas (GP), de los cuales casi 46% eran mujeres.

La mayoría de los médicos trabaja en sociedad con otros colegas, emplea enfermeras y otros profesionales y dispone de consultorios para especialistas que atiendan a sus pacientes. En 2010 había 8.324 consultorios de médicos generalistas (General Practice). El PFI para hospitales tiene un correlato en la atención primaria con el *Local Improvement Finance Trust* (LIFT), una sociedad público-privada para desarrollar establecimientos que los proveedores de atención primaria pueden arrendar.

La oferta de dentistas en el Reino Unido se estimaba en 2008 en 0,51 dentistas por cada 1000 habitantes, incluidos los dentistas que trabajan en hospitales (EOHCS 2011).

Médicos y enfermeras

Inglaterra, de manera similar al Reino Unido, tiene una de las menores proporciones de médicos por cada 1000 habitantes de la UE; a pesar de la tendencia observada entre 2000 y 2009, que representó el mayor incremento entre los países de la UE, pasando de casi 2 a 2,7 médicos en ejercicio por cada 1000 habitantes¹⁰. En particular, el número de médicos generalistas (GP) por habitante en Inglaterra es sustancialmente menor que en Francia y que la media de la UE. También en el caso de las enfermeras Inglaterra se encuentra entre los países de la UE con menor número de este personal por cada 1000 habitantes, a pesar del ritmo de crecimiento anual del 2,1% entre 1996 y 2009. La tendencia creciente entre 1997 y 2009 dio lugar a un aumento de 6,6 a 8,1 enfermeras por cada 1000 habitantes.

Derechos de los pacientes

En teoría, los pacientes han tenido siempre la libertad de elegir un médico de cabecera dentro de la zona en que vivían; también han tenido la libertad de recibir tratamiento en cualquier hospital del país, siempre que su médico de cabecera estuviera dispuesto a derivarlo. Sin embargo, en la práctica, el espectro de la elección no ha sido tan amplio como implicaría esta afirmación. A menudo, ha sido difícil seleccionar un GP en algunas áreas, y por otra parte la mayoría de los pacientes aceptaba la elección que hacía el médico de cabecera del hospital de referencia, por lo general sin ningún tipo de consulta en cuanto a sus puntos de vista. La introducción del cuasi mercado en el NHS en el año 1991 restringía la elección del hospital por parte del paciente, ya que la mayoría de las veces se tenían que limitar a los hospitales con los que su autoridad distrital de Salud había contratado.

Un proceso contrario se inició en la etapa posterior. Como resultado de la dirección política elegida por los gobiernos Laboristas desde el año 2000, se produjo un cambio fundamental en la manera en que puede ser ejercida la elección dentro del NHS Inglés. A finales de 2004, a todos los pacientes que se encontraban en lista de espera por más de seis meses para cirugía electiva, se les ofreció la opción de, como mínimo, un hospital alternativo para un tratamiento más rápido.

En enero de 2006, la mayoría de los pacientes derivados por su médico de cabecera para una atención programada podían elegir por lo menos entre cuatro hospitales o clínicas.

¹⁰ Los países de la UE15 presentaban en 2007 un promedio de más de 3,4 y Francia, Alemania y Suecia tienen una relación superior a Inglaterra.

La promoción de la libertad de elección se refleja en la información que está disponible en las páginas web del NHS y del CQC, que incluye la publicación de los derechos, directorios de servicios e información sobre cuidado de la Salud (<http://www.cqc.org.uk/>).

Por primera vez, con la publicación de los Estatutos del NHS en 2009, que fueron actualizados posteriormente en 2010, el gobierno estableció un conjunto de derechos para los pacientes, el público y el personal con respecto al NHS. En el caso de los ciudadanos y pacientes, se dirigía a siete áreas:

- Acceso a servicios de Salud
- Calidad de la atención y el medio ambiente
- Tratamientos, medicamentos y programas aprobados a nivel nacional
- El respeto, el consentimiento y la confidencialidad
- Elección de efectores con base en información brindada por los GP
- La participación en el cuidado de su Salud y en el SNS
- Reclamo y compensación

COBERTURA, FINANCIAMIENTO Y GASTO

Cobertura

La cobertura de servicios —de acceso prácticamente gratuito— es universal y alcanza a todos los que “ordinariamente residen” en el país¹¹. La cobertura a través del NHS no se basa en una lista definida de beneficios. Por el contrario, en el marco del Acta del Servicio Nacional de Salud de 1977, el Secretario de Estado de Salud tiene la obligación de proporcionar servicios de salud “en la medida que estime necesaria para satisfacer todos los requerimientos razonables”. Sin embargo, por primera vez, con la publicación de los Estatutos del NHS en Inglaterra en 2009, que luego se actualizó en 2010, se estableció un conjunto de derechos para los pacientes, el público y el personal con respecto al NHS (*Department of Health* 2010).

El principio general que regía la cobertura de beneficios desde la creación del NHS ha sido la integralidad. En la práctica, integral significa que todos los servicios de atención médica que podrían razonablemente ser incluidos en el paquete de beneficios, deberían ser incluidos. No es una promesa de que todo va a estar cubierto. De hecho, el término “integral” deja suficiente espacio para una significativa discrecionalidad a ser ejercida por los decisores para determinar qué servicios se prestarán a través de la financiación del NHS (EOHCS, 2011).

¹¹ Los que no son residentes ordinarios —tales como visitantes o inmigrantes ilegales— sólo tienen acceso gratuito a servicios de emergencia o para el tratamiento de algunas enfermedades infecciosas.

En la práctica el NHS provee servicios preventivos, incluyendo programas de *screening* y de inmunizaciones; atención hospitalaria ambulatoria (especialistas) y con internación; servicios de médicos generalistas; medicamentos; atención dental; parte de la atención oftalmológica; salud mental, que incluye la atención de problemas de aprendizaje; cuidados paliativos; parte de la atención de crónicos y rehabilitación.

En el pasado, los médicos siempre habían sido libres de rechazar a cualquier solicitante que deseara unirse a su lista a menos que esa persona le hubiera sido asignada formalmente por una autoridad sanitaria o PCT. Bajo el actual contrato de GP, el profesional contratado “sólo puede rechazar a un candidato a unirse a su lista si tiene motivos razonables para hacerlo, que no se relacionan con la raza, género, clase social, edad, religión, orientación sexual, apariencia, discapacidad o condición médica del solicitante”.

Respecto de la cobertura de seguros médicos privados (PMI) a finales de 2008, había casi 4,4 millones de afiliados en el Reino Unido, extendida a otros 3,2 millones de personas (dependientes de los titulares), dando un total de 7,6 millones de personas cubiertas o 12,3% de la población del Reino Unido, lo que muestra un aumento sustancial en la cobertura desde 1971, cuando los seguros privados cubrían a 2,1 millones de personas. La mayoría, 3,3 millones, eran planes de empresa, y el resto planes individuales. La cobertura en Inglaterra en 2006 representaba el 13% de la población. Según una investigación de King y Mossialos, los suscriptores tienden a ser de entre 56 y 64 años, varones, viven en las zonas más ricas, como Londres, al este y al sureste de Inglaterra, tienen un status laboral alto, votan por el Partido Conservador, y pertenecen a grupos de ingresos altos. Así, la cobertura en el sureste de Inglaterra en 2006 fue del 18,5%, en Londres fue de 17,5% y en el este fue del 16% (EOHCS, 2011).

Financiamiento

La principal fuente del gasto en asistencia sanitaria en el Reino Unido sigue siendo la pública, con casi 83% en 2008.

El NHS se financia principalmente a través de impuestos generales, con un elemento proveniente de la seguridad social. En general los impuestos no tienen un destino específico¹². En Inglaterra, la mayoría de los ingresos del

¹² Dentro de la estructura tributaria se destacan los impuestos sobre la renta, IVA, impuesto de sociedades e impuestos especiales (sobre el combustible, el alcohol y el tabaco). El impuesto sobre la renta, cuyas tasas son ligeramente progresivas, en 2008-2009 representaba 10,7% del PBI. La tasa normal del IVA ha sido del 17,5% para algunos años pero se aplica una tasa reducida (5%) a determinados bienes y servicios (por ejemplo, combustible y energía doméstica, los productos para dejar de fumar) mientras que otros artículos, como alimentos, libros y ropa para niños, tienen una tasa de cero. La recaudación del IVA en el período 2008-2009 equivalía a 5,5% del PIB y el impuesto a las sociedades a 3,1% del PBI.

sistema de Salud es proporcionada por fuentes públicas (impuestos generales, de la seguridad social y algunos impuestos locales), y el resto a través de fuentes privadas, principalmente Seguros Médicos Privados (PMI), los copagos a cargo de los usuarios del NHS y los pagos directos por servicios privados. Las contribuciones al seguro nacional (NIC), que en 2008-2009 representaban 6,8% del PBI son las contribuciones obligatorias pagadas por los empleadores, empleados y trabajadores por cuenta propia sólo sobre los ingresos obtenidos del trabajo. La tasa de NICs que se aplica es del 11% (los empleados) y el 12,8% (los empresarios) sobre las ganancias brutas (en vez del ingreso) sin límite en el nivel de ingresos. Las NIC se utilizan para financiar las prestaciones reglamentarias, tales como subsidio de desempleo, prestación por incapacidad, primas por defunción, pensiones de jubilación y prestación por maternidad. También se utilizan para financiar el NHS (alrededor del 10% de los ingresos totales NIC), aunque el derecho al tratamiento del NHS no se basa en el pago de estas contribuciones.

En la medida en que el sistema tributario en general es ligeramente progresivo, y que la mayor parte del gasto en atención de Salud se realiza a través de las finanzas públicas, este gasto también puede ser considerado como moderadamente progresivo, aunque hay discrepancias entre los resultados de distintas investigaciones. En base a datos de 1993, Wagstaff et al, encontraron que, en general, el sistema de financiación en el Reino Unido es ligeramente progresivo: en particular, los impuestos directos y la tributación de la seguridad social (aunque algo menos) son progresivos, y los impuestos indirectos son regresivos (Wagstaff, 1999).

Por otro lado, otra investigación (Townsend, 2003) encontró que los impuestos directos en el período 2001-2002 (incluido el seguro social) eran progresivos en la medida en que el 20% de los hogares con mayor ingreso bruto pagan como impuestos directos el equivalente del 24% de los ingresos, frente al 12% pagado por el 20% más bajo. Sin embargo, los impuestos indirectos eran regresivos, representando el 30% de los ingresos brutos del 20% más bajo en comparación con sólo el 10% para el 20% superior. La combinación de impuestos directos e indirectos parecía ser regresivo (EOHCS, 2011).

Gasto

Los gastos de asistencia sanitaria en el Reino Unido han aumentado significativamente en los últimos años. El gasto total en Salud como proporción del PIB aumentó del 5,6% en 1980 al 9,3% en 2009. Mientras en la década del 80 la relación entre gasto en Salud y PBI creció un 5,4% y en la del 90 se incrementó un 18,6%, entre 2000 y 2009 este indicador aumentó casi 33%.

Los servicios de Salud siguen siendo predominantemente financiados con fondos públicos: en 2008, un 83% de los gastos derivaron de fuentes públicas.

Entre 1980 y 2000 se produjo una disminución en el gasto público como proporción del gasto total en Salud de 89,4% a 79,3%. Sin embargo, desde el año 2000, el gasto público casi se duplicó, mientras que el gasto privado aumentó en algo más del 50%, lo que resulta en un cambio en la proporción del gasto total de nuevo favorable al sector público. Esto se debió a la voluntad del gobierno laborista de acercar el gasto en el Reino Unido, como proporción del PIB, a la media europea. En 2002, el Ministro de Hacienda anunció planes para un aumento sostenido en el gasto del NHS, con un crecimiento anual del 7,4% real en el Reino Unido durante los cinco años hasta 2007-2008, y un 7,5% en Inglaterra. En el período 2002-2003, el 19,1% del gasto público proyectado en el Reino Unido fue para el cuidado de la salud. En 2008-2009, esta cifra había aumentado a 22,3%.

Cuadro N°1. Gasto en Salud · Reino Unido. 1980-2009.

	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2008	2009
Gasto total en Salud (% del PBI)	5,6	5,8	5,9	6,8	7	8,3	8,7	9,3
Gasto total en Salud per capita (libras)	231	369	586	863	1168	1719	1852	2102
Gasto total en Salud per capita (PPP)	468	689	960	1347	1837	2701	3129	3399
Gasto público en Salud (% sobre total)	89,4	85,8	83,6	83,9	79,3	81,9	82,6	83,6
Gasto privado en Salud (% sobre total)	10,6	14,2	16,4	16,1	20,7	18,1	17,4	16,4
Gasto de bolsillo (% sobre gasto total)	8,6	S/D	10,6	10,9	13,4	11,8	11,1	10,4
Seguros privados (% sobre gasto total)	1,3	2,5	3,3	3,2	1,6	1,4	1,2	1,1

Fuente: OECD - WHO

La intención de sostener con gasto público al sistema de Salud se refleja en el Plan para el NHS del Gobierno laborista donde figura como uno de los diez principios básicos del NHS que “el NHS prestará un servicio universal para todos basado en la necesidad clínica, no en la capacidad de pago”. De todos modos, con el tiempo, se han introducido algunos copagos a cargo de los usuarios.

PROVISIÓN DE SERVICIOS Y MODALIDAD DE PAGO

En 1999, el Departamento de Salud puso en marcha “grupos de atención primaria” integrados por médicos y otros profesionales de la Salud, que operarían como subcomités de las autoridades sanitarias manejando presupuestos para adquirir todos los servicios de Salud para las poblaciones a su cargo, dentro de un área geográfica determinada.

Posteriormente, en 2001, el Departamento de Salud anunció que para 2002, los grupos de atención primaria debían convertirse en organismos de derecho público denominados Trust de Atención Primaria (PCT), que sustituirían a las autoridades de salud y, eventualmente, asumirían la gestión de compra de todo el NHS, lo que situaba la toma de decisiones a un nivel más local. Para el año 2004, se habían establecido 303 PCT en toda Inglaterra y número que, luego de la reestructuración llevada a cabo en 2006, se redujo a 151 en abril de 2010.

El mecanismo presupuestario utilizado por el Departamento de Salud para asignar fondos a los PCT se basa en un enfoque conocido como “capitación ponderada”. Este ha sido perfeccionado y ampliado a dos objetivos: facilitar el acceso igualitario a la atención de Salud para personas en igualdad de riesgo y contribuir a la reducción de las desigualdades en Salud.

La capitación ponderada

Originalmente, para ajustar las asignaciones de capitación sólo se usaron la estructura por edades, los costos locales (para reflejar inevitables variaciones geográficas en el costo de la prestación de servicios) y las tasas estandarizadas de mortalidad. Posteriormente la fórmula se ha vuelto más sofisticada en términos de las técnicas estadísticas utilizadas y está en continuo desarrollo y refinamiento a través de la labor del Comité Asesor en Asignación de Recursos del Departamento de Salud.

- Los tres componentes de la fórmula de capitación son: los Servicios de Salud de hospitales y comunitarios (HCHS) con un peso de 76,3%, la prescripción que pondera un 12,4%, y los servicios médicos de atención primaria (PMS) con una participación del 11,3%. Los elementos clave que se utilizan para la ponderación son:
- Un elemento de necesidad, que se refiere tanto a la edad y a un número de factores socio-económicos indicativos de la necesidad de cuidado de la Salud.
- Un elemento referido a las necesidades adicionales en relación con las desigualdades en Salud.
- Un factor de las fuerzas del mercado (MFF), que ajusta en función de las diferencias en “Costos inevitables de la atención sanitaria”.

Los recursos también están a disposición de los PCT con destino a la formación de capital, aunque la mayoría de los fondos de inversión de capital son responsabilidad de las organizaciones proveedoras de servicios del NHS. Si el PCT sigue prestando los servicios, aunque esta opción se trató de reducir al mínimo, debe ser clara la separación entre su papel de proveedor y el de comprador de servicios. Como forma de aumentar la eficiencia, algunos servicios muy especializados, con un bajo número de usuarios son encargados a nivel regional por 10 grupos especializados de compradores.

Antes de 2003, los hospitales eran financiados principalmente utilizando un sistema de contratos anuales globales, con una suma de dinero acordada por una determinada cantidad de actividad. En el período 2003-2004, el gobierno introdujo un nuevo enfoque para la compra de servicios de salud denominado Pago por Resultados (PbR), estableciendo “grupos de recursos de atención médica” (HRG), el equivalente en inglés de los grupos relacionados

de diagnóstico, que constituían tarifas estándar para el mismo tratamiento independientemente del proveedor. De esta manera la adquisición local se centraría en el volumen, la idoneidad y calidad de los servicios y no en la diferencia de precios, aunque las tarifas reflejan diferencias regionales de costos inevitables. Quedan por fuera de este sistema, los servicios de salud mental, los cuidados críticos, los servicios comunitarios de salud y los servicios de ambulancias.

Los HRG agrupan en 1100 tarifas la atención desde la admisión hasta el egreso para 26000 intervenciones o diagnósticos codificados. Tradicionalmente las tarifas se fijaron sobre los costos promedio informados por los proveedores al NHS. En la práctica se incorporaron varios ajustes incluyendo un requerimiento de eficiencia. La tarifa recibida por el proveedor es multiplicada por un factor de fuerza de mercado, determinado a nivel nacional, para compensar mayores costos en algunas partes del país. También puede haber ajustes por estadías largas o cortas, por servicios especializados o para apoyar determinadas metas de política (*Department of Health, 2011*).

En abril de 2009 se introdujo un esquema denominado *Commissioning for Quality and Innovation* (CQUIN) para incluir en los contratos cláusulas que condicionan una proporción de los ingresos a la mejora en la calidad de los servicios.

En cuanto al pago al personal de salud, en 2004, mediante un convenio colectivo se llegó a un nuevo sistema salarial. Este acuerdo, que se comenzó a aplicar a nivel nacional desde diciembre de ese año, ajusta la escala salarial para todo el personal directamente empleado por el NHS, salvo algunas excepciones como los altos directivos.

De forma paralela, los contratos de los médicos especialistas sufrieron importantes reformas en 2003 y los de los médicos generalistas en 2004. Se introdujeron también nuevos contratos para los dentistas en 2006 y los farmacéuticos comunitarios en 2004.

Los consultores o especialistas son empleados asalariados del NHS que desde 1948 tenían derecho a trabajar también en el sector privado, así como para el NHS. Los consultores contratados a tiempo completo podían obtener hasta un 10% de su salario del NHS a partir de la práctica privada; a aquellos de tiempo parcial se les permitía practicar en privado sin ninguna restricción, a cambio de renunciar el pago de un onceavo de su salario NHS. Esta posible combinación genera debates respecto de efectos no deseados sobre el tiempo disponible y el nivel de compromiso de los profesionales con sus pacientes del NHS.

Contratación de Médicos Generalistas

Los contratos de los Médicos Generalistas (GP) se están negociando actualmente entre el órgano de representación de los médicos (el Comité de Médicos Generales de la Asociación Médica Británica - BMA) y el órgano de representación de los empleadores. En Inglaterra hay cuatro tipos de contratos posibles para los servicios de GP:

- Los contratos de servicios de medicina general: entre los consultorios médicos (prácticas) y sus PCT negociados sobre una base nacional (que cubren aproximadamente el 50% de los médicos).
- Los servicios médicos personales: entre los consultorios médicos (prácticas) y sus PCT sobre una base de negociación local, de modo que los requerimientos prestacionales y los indicadores de calidad se acuerdan entre ambas partes (que cubren aproximadamente el 45% de los médicos).
- Los proveedores alternativos de servicios médicos: entre los PCT y otros proveedores de medicina general distintos a los GP (hay algunos de estos con las empresas privadas de salud).
- Los servicios médicos de los PCT: cuando los médicos de cabecera son gestionados directamente por el PCT.

En 2003, un nuevo contrato legal con consultorios de GP asociados (alrededor del 73% de los médicos) permitió compartir las ganancias después de que fueran pagados los gastos; a los médicos que no fueran socios se les pagaría un salario como antes.

Los elementos principales del nuevo contrato son: pagos por servicios básicos (suma global), mejora de los servicios, atención fuera del horario y el Marco de la Calidad y los Resultados (QOF). Para proveer incentivos para la mejora de la calidad reciben un puntaje, que determina en parte su remuneración. El puntaje considera cómo está organizado el consultorio, la percepción de los pacientes sobre la atención recibida, si se ofrecen servicios extras como atención materno infantil o gestión de enfermedades crónicas (asma y diabetes entre otras). También reciben puntos por llevar el registro de pacientes con determinadas condiciones o enfermedades o por tratar de mejorar la salud de esos pacientes (*Commonwealth Fund*, 2011).

En 2002, el Departamento de Salud propuso cambios importantes en los servicios de odontología del NHS. Los PCT se convirtieron en responsables del presupuesto y la compra de estos servicios, de acuerdo a la evaluación de las necesidades locales.

El sistema de tarifas a los pacientes se simplificó y los pagos para los dentistas pasaron de ser por prestación a computarse en número de “unidades de actividad dental” (UDA), que se calculan como un sistema de puntos para diversos tipos de actividades dentales.

En 2004, se desarrolló un nuevo contrato farmacéutico nacional, que entró en vigor al año siguiente, según el cual la mayoría de las farmacias comunitarias prestan servicios sobre la base de tres niveles de servicio: esenciales, avanzados (comisionados a nivel nacional) y locales mejorados (demandados a nivel local)¹³.

Por su parte, los hospitales privados han hecho que sus servicios sean más accesibles a los pacientes sin seguro médico privado, a través, por ejemplo, de paquetes de precio fijo en el que el costo total del tratamiento es acordado de antemano, incluso si se presentan complicaciones inesperadas, lo que reduce la incertidumbre sobre el monto de la factura final. Sin embargo, los paquetes de precio fijo por lo general sólo se aplican a los procedimientos quirúrgicos de rutina, tales como prótesis de cadera y rodilla, cirugía de cataratas y las operaciones de hernia y es mucho menos probable que estén disponibles para condiciones médicas tales como el tratamiento del cáncer.

REGULACIÓN

El sistema prevé instancias normativas, de regulación y monitoreo a lo largo de todo el proceso de utilización de recursos, compra y uso de servicios y para todos los actores: tercer pagador, los proveedores institucionales de atención médica y los profesionales. La evolución hacia una mayor delegación de responsabilidades y autonomía de algunos actores, supuso el desarrollo de nuevos marcos regulatorios, de auditoría e inspección externas.

¹³ Los servicios esenciales son dispensa, promoción de Salud y consejería en estilos de vida, ayuda para el autocuidado, eliminación de medicinas y orientación a otros servicios. En la actualidad el único servicio avanzado se da cuando el farmacéutico revisa el uso de los medicamentos, ofrece asesoramiento para el uso apropiado a fin de promover la adherencia o recomienda cambios en la medicina a pacientes de los GP. Una farmacia puede proveer también servicios locales mejorados que son encargados localmente por los PCT y pueden incluir esquemas de cesación de uso de tabaco, administración supervisada de drogas como la metadona y tratamiento de dolencias menores (patologías simples) cuando una persona con tos o un resfrío, que de otra manera debe visitar a un GP, puede hacer la consulta en una farmacia.

Existe, así, una serie de organismos encargados de llevar adelante esta función. El Departamento de Salud, a través de los SHA, supervisa el trabajo de los PCT. En abril de 2009, la Comisión de la Calidad de la Atención (CQC) se hizo cargo de la Comisión de Salud, la Comisión para la Inspección de la Asistencia Social y la Ley de la Comisión de Salud Mental para la regulación de todos los cuidados de Salud y sociales en Inglaterra.

La Comisión de Salud provee medidas anuales del desempeño de los PCT contrastadas con normas establecidas por el Departamento de Salud, tanto en relación con los servicios que ofrece el PCT como con aquellos que contrata, incluyendo las formas de mejorar la Salud pública.

Regulación del proceso de compra: Los PCT utilizan contratos estándar nacionales para adquirir servicios de cuidados agudos de sus proveedores; deben incluir un marco contractual que condicione una proporción de los ingresos de los proveedores a la calidad y la innovación de sus servicios. Para ciertos procedimientos operativos, se espera que los proveedores también informen sobre “las medidas de resultado comunicadas por los pacientes”.

Recientemente, se ha introducido una regulación más formal de las ventas y la administración de seguros médicos privados bajo responsabilidad de la Autoridad de Servicios Financieros.

Regulación de proveedores: La CQC es ahora responsable de la regulación y la inspección de todos los proveedores de cuidados de la salud. Todos los proveedores estaban registrados bajo de la Ley de Normas de Cuidado de 2000. Ahora la CQC tiene la responsabilidad de otorgar licencias a todos los proveedores de Salud y asistencia social, para garantizar que cumplan con algunas normas esenciales de calidad comunes. También investiga a los proveedores individuales que acumulan quejas y puede cerrar servicios de bajo nivel de calidad. La CQC publica un informe anual sobre la calidad de los servicios de Salud y de asistencia social de adultos en Inglaterra. La Comisión de Auditoría supervisa la situación financiera y la probidad de los organismos del NHS a través de una auditoría independiente sobre la base de calidad y costo efectividad de administración financiera de las instituciones.

La Oficina Nacional de Auditoría (NAO) se ocupa de la economía, la eficiencia y eficacia con la que todos los órganos de gobierno usan los fondos públicos. También es responsable de auditar las cuentas de todos los departamentos y agencias del gobierno e informar los resultados al Parlamento.

El Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE) ha operado en el NHS desde 1999 y es responsable de reunir el conocimiento y proporcionar orientación sobre la promoción de la Salud y la prevención y tratamiento

de enfermedades a través del desarrollo de guías en tres áreas de Salud:

- Tecnologías para la Salud
- La práctica clínica
- Salud pública

El papel clave de NICE está en determinar si las intervenciones previstas en el NHS son seguras, eficaces y costo-efectivas.

Los PCT tienen la obligación legal de basar las decisiones clínicas en las recomendaciones del Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE) contenidas en la Guía de Evaluación de Tecnología. También se espera que implementen los Marcos Nacionales de Servicios (NSF) que establecen normas a las que deben atenerse los organismos del NHS, definidas por el Departamento de Salud que, de esta manera, también juega un papel en la regulación y el monitoreo de la provisión de servicios de Salud. Esta modalidad comenzó en 1999 con la salud mental siguiendo con adultos mayores, enfermedades coronarias, servicios para niños, jóvenes y maternidad; diabetes, entre otros. Los NSF se diseñan para proveer consenso alrededor de buenas prácticas en varias áreas de atención y por lo tanto reduce variaciones en la calidad de los servicios. Se espera que los proveedores trabajen dentro de estos marcos y se establecen metas que deben cumplir.

Hay un elemento adicional en el proceso de regulación que se ha creado específicamente para los FTs.

El Regulador Independiente de los FT del NHS, conocido comúnmente como Monitor, fue creado en 2004 para autorizar y regular los FTs, con el objetivo de garantizar que sean financieramente fuertes y bien administrados. El Monitor es responsable de autorizar la creación de FT y también interviene si un FT está en dificultades financieras.

RESULTADOS DEL SISTEMA

En los 10 años que van de 2000 a 2009 el Reino Unido aumentó, de manera deliberada, su gasto en Salud per capita más del 100%. Esto se vio reflejado entre otros indicadores en un aumento del 27% en la densidad de médicos por habitantes. Mientras tanto, los indicadores tradicionales de situación de salud siguieron una tendencia positiva como se puede observar en la tabla siguiente:

Cuadro N°2. Indicadores de Resultados · Reino Unido. 2000-2009.

Indicadores de salud	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Mortalidad Infantil por cada 1000 nacidos vivos	5,6	5,5	5,2	5,2	5,1	5,1	5	4,8	4,7	4,6
Esperanza de Vida al nacer en años -mujeres	80,3	80,5	80,6	80,5	81,2	81,3	81,7	81,8	81,9	82,5
Esperanza de Vida al nacer en años -varones	75,5	75,8	76	76,2	76,8	77,1	77,3	77,6	77,8	78,3
Gasto Total en Salud per cápita en PPP (estim. en U\$S)	1447,3	1594	1742,8	1854,7	2066,3	2239,1	2442,8	2481,3	2701,6	2934,6
Médicos Densidad por 1000 habitantes	2	2	2,1	2,2	2,3	2,4	2,5	2,5	2,6	2,7

Fuente: OECD Health Data 2011. Frequently requested data.

Más allá de estos números hay otras variables a tener en cuenta al momento de evaluar los resultados del sistema. Algunos de estos aspectos se desarrollan a continuación.

Percepción de los usuarios

EL NHS posee un sistema de información muy amplio y parte del mismo está orientado a recabar datos sobre la percepción de los usuarios acerca de su satisfacción con los servicios.

Los pacientes tienen disponibles mecanismos de registro de quejas. El número de éstas aumentó entre 1997/98 y 2009/10 un 13,9% en relación con los hospitales y un 33,2% respecto de los médicos y dentistas; el 75% de estas quejas fueron resueltas dentro de los límites de tiempo establecidos por norma y la mayoría se resuelven en el nivel local. En el mismo periodo las admisiones hospitalarias aumentaron un 32%.

Asimismo, se realizan de forma regular encuestas a usuarios de los servicios de atención de la Salud. Desde 2002 se ha informado acerca de las experiencias recientes sobre la atención del NHS de 1,6 millones de pacientes. Antes de ser incluidas en cada encuesta, las preguntas son discutidas y probadas extensamente con los pacientes y han sido desarrolladas teniendo en cuenta lo que los pacientes consideran importante acerca de su atención y tratamiento.

El 92% de las personas encuestadas en 2009 que habían sido internadas en los hospitales de agudos del NHS en Inglaterra creía que la calidad de la atención que había recibido era buena o mejor, esta proporción apenas ha cambiado desde 2002. Sin embargo, ha habido un aumento en la calificación de parte de su atención como excelente, del 38% al 43%. La satisfacción general con el NHS se incrementó entre 1997 y 2007 del 35% al 51%.

Cuadro N°3. Calificación de la atención recibida en establecimientos del NHS · Reino Unido. 2002-2010.

	2002	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Excelente	38%	40%	41%	42%	43%	44%	43%
Muy buena	36%	37%	36%	35%	35%	35%	35%
Buena	17%	15%	15%	14%	14%	13%	14%
Razonable	7%	6%	6%	6%	5%	5%	6%
Pobre	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%
Número de respondentes	92902	78319	78539	74732	71044	67146	64270

Fuente: Encuesta a pacientes adultos – 2010. Care Quality Commission

Las desigualdades en Salud

Una investigación de un Comité Selecto de la *Cámara de los Comunes* concluyó que: “La Salud en el Reino Unido está mejorando, pero en los últimos diez años las desigualdades en salud entre las clases sociales se han ampliado —la brecha ha aumentado en un 4% entre los hombres, y un 11% entre las mujeres. Las desigualdades en Salud no son sólo aparentes entre personas de diferentes grupos socioeconómicos —existen entre los diferentes géneros, diferentes grupos étnicos, y los ancianos y las personas que sufren de problemas de salud mental o dificultades de aprendizaje también tienen peor salud que el resto de la población”. (House of Commons, 2008/09). Esta afirmación tiene reflejo en un indicador que sintetiza el estado de salud de la población. Aunque la esperanza de vida mejora para todas las clases entre 1972-1976 y 2002-2005, el aumento de la esperanza de vida al nacer para la clase profesional ha superado la de los trabajadores no calificados en 1,9 años para los hombres y 2,2 años para las mujeres.

Para las personas nacidas entre 2002 y 2005, hubo una diferencia en la esperanza de vida al nacer de 7,3 años entre los varones de la clase de empleados no calificados y la clase profesional, y de 7 años entre las mujeres, igualmente diferenciadas por clase social. Las causas de estas diferencias pueden buscarse entre los diversos determinantes de la salud. Entre los factores de riesgo, el consumo de cigarrillos muestra una evolución en el mismo sentido. Mientras que la prevalencia del consumo de cigarrillos disminuyó entre 2000 y 2006 para todos los grupos socioeconómicos en Inglaterra, permaneció casi dos veces mayor en los grupos de empleados en trabajo rutinario y manual (29%) en comparación con el grupo de directivos y profesionales (15%). Por el contrario, la cantidad de alcohol consumido parece mostrar un incremento a mayores niveles de ingreso y sociales.

Por otra parte, el acceso a y la respuesta de los servicios de salud también es un factor explicativo de las inequidades. La mayoría de estudios indican que “la utilización de los servicios de GP es ampliamente equitativa, pero la de servicios especializados en relación a la necesidad tiende a favorecer a los más ricos” (Dixon et al., 2007).¹⁴

Sin embargo, para matizar esta afirmación cabe mencionar que en un grupo de 11 países de la OECD¹⁵ el Reino Unido presenta los porcentajes más bajos

¹⁴ Aunque un análisis basado en encuestas del año 2000 encuentra al Reino Unido como una de las excepciones a la distribución pro rico de las consultas con especialistas considerando el uso estandarizado (de acuerdo a la situación de salud expresada por el encuestado). van Doorslaer, E. and C. Masseria (2004).

¹⁵ Reino Unido, Suiza, Países Bajos, Suecia, Nueva Zelanda, Francia, Canadá, Noruega, Australia, Alemania y Estados Unidos.

de población que manifiesta dificultades en el acceso a los servicios de salud debido a los costos implicados en la atención. Sólo el 4% señala esta situación, ya sea entre personas con ingresos inferiores a la media como con ingresos superiores a ese nivel.

Coincidentemente con este resultado el gasto de bolsillo en salud como porcentaje del consumo final de los hogares es en el Reino Unido uno de los 4 más bajos de los países de la OECD, con un nivel de 1,6% (OECD, 2011).

Acceso

En 1997, el principal obstáculo para el acceso fácil a los servicios de atención no fueron los copagos sino las demoras. En 1998, eran comunes largos tiempos de espera para un tratamiento hospitalario, aunque la espera de más de dos años había sido eliminada por las medidas tomadas por el gobierno anterior. Los retrasos también eran frecuentes en los pacientes que querían ver a un médico de cabecera o habían concurrido a un departamento de Accidentes y Emergencia.

El nuevo Gobierno laborista, asumido en ese año, había hecho una promesa electoral de reducir en 100.000 el número de pacientes en listas de espera para un tratamiento hospitalario, lo que se logró en marzo de 2000.

En 2008, el número de pacientes en espera era tan bajo como lo había sido en la década de 1970 cuando había una actividad mucho menor. Sin embargo, desde 2008 se produjo un aumento de modo que en 2010 ascendía a más de 620 mil.

Por su parte, el tiempo de espera promedio para el tratamiento hospitalario se ha reducido considerablemente de 12,7 semanas a 4,3 semanas desde marzo de 2002 a marzo de 2010; en el mismo periodo también ha caído la espera para pacientes ambulatorios.

En 2004, el gobierno anunció su intención de introducir el objetivo —que debía alcanzarse a finales de 2008— de no superar las 18 semanas para un tratamiento para todas las condiciones tratadas por un especialista. Esta fue una meta “extremo a extremo” que cubre todas las etapas de la atención. Objetivos similares ya habían sido establecidos para el cáncer en el Plan de Cáncer del NHS: un objetivo de “extremo a extremo” de 62 días y uno de 31 días desde el diagnóstico al tratamiento. El objetivo de 18 semanas cubría todos los retrasos, incluso de aquellos esperando para el diagnóstico (EOHCS, 2011).

El rendimiento de Inglaterra en su conjunto mejoró de manera significativa en relación con este objetivo de manera que el 97,8% de los pacientes no ingresados (es decir, aquellos que después de la consulta y/o diagnóstico resulta que no necesitan tratamiento) fueron tratados en 18 semanas, en febrero de

2010, al igual que el 92% de los pacientes internados. En diciembre de 2009, la espera media para los pacientes ingresados fue de 7,7 semanas, el tiempo de espera promedio para los pacientes no ingresados fue de 4,2 semanas.

Asimismo, el NHS Plan fijó un objetivo de un máximo de cuatro horas de espera para todos los pacientes que buscan atención en los departamentos de Accidentes y Emergencia (A&E). Esto fue modificado posteriormente para permitir que una pequeña proporción de pacientes (por ejemplo, aquellos cuyo diagnóstico fuera difícil), pudiera permanecer más tiempo antes de ser tratados.

El NHS Plan estableció, también, que los pacientes serían capaces de ver a un profesional de atención primaria dentro de las 24 horas y un médico de cabecera dentro de las 48 horas. Este objetivo aún no se ha cumplido plenamente. En los resultados de la Encuesta a pacientes de GP 2008-2009, se observa que el 89% de los pacientes fueron capaces de ver un GP en 48 horas y alrededor del 83% de los pacientes se mostraron satisfechos con las horas de apertura de los consultorios de los GP.

Estas metas fueron acompañadas por un incremento en los presupuestos del NHS que permitió un importante aumento en el número de operaciones y pruebas diagnósticas realizadas. Los objetivos relacionados con el acceso a la atención de GP también fueron apoyados por un aumento de los recursos.

El número de médicos de familia se amplió sustancialmente, en particular en las zonas donde había insuficiente cantidad. Adicionalmente, se ofrecieron a los médicos incentivos financieros para abrir los consultorios durante más horas. La facilidad de acceso también se promovió a través de un programa de apertura de servicios ambulatorios en las principales calles o en los centros de transporte así como por la ampliación del papel de los farmacéuticos comunitarios y en 1998 con la creación del NHS *Direct* para permitir a los pacientes acceder a asesoramiento telefónico en cualquier momento del día.

Equidad en la asignación de recursos

En principio, la fórmula de asignación de recursos hace que sea factible una distribución de fondos territorialmente más equitativa, pero en la práctica este objetivo no se ha logrado. Los gobiernos han sido reacios a hacer grandes cambios de un año para el siguiente por lo que cualquier movimiento hacia medidas de mejora de la equidad (cuando la fórmula fue revisada) han sido, deliberadamente, lentas. Por otra parte, la fórmula no obliga a las áreas locales a un uso específico de recursos a nivel del sector en sentido amplio (por ejemplo, atención primaria, secundaria), por grupo de enfermedades (por ejemplo, cáncer, salud mental) o a nivel de procedimiento (por ejemplo, la eliminación de cataratas, cirugía de revascularización coronaria). Como resultado, persisten amplias variaciones en la forma en que se utilizan los recursos

entre diferentes partes del país. Hasta cierto punto, esto puede ser atribuido a la elección local. Sin embargo, el grado de variación es difícil de justificar en estos términos.

Para garantizar un nivel uniforme de servicio en relación a la necesidad, en todo el país, fueron diseñadas algunas medidas, las cuales no todas han entrado aún plenamente en vigor. Pero incluso cuando las estrategias del marco nacional de servicio (NSF) han estado vigentes durante la mayor parte de los últimos 10 años, se han identificado grandes diferencias, entre las áreas, en cuanto a disponibilidad de los servicios (atención cardíaca, diabetes, cáncer de pulmón y la artritis reumatoide).

Libertad de elección

Según la Encuesta a Pacientes Internados de 2010 el 32% de los pacientes que fueron derivados a un especialista en un hospital han discutido la elección del hospital con su médico de cabecera.

Mientras que, en un análisis reciente, no se encontraron inequidades entre los pacientes a los que se ofreció la posibilidad de elección, sí se percibieron diferencias en cómo los pacientes ejercen este derecho ya que los pacientes con menores niveles de educación eran menos propensos a optar por otras alternativas. Otras críticas respecto del énfasis del gobierno en la posibilidad de elegir de los pacientes se han centrado en el peligro de elevar las expectativas de la población (y los costos) a un nivel tal que las restricciones a la inversión y la financiación podrían eventualmente comprometer los principios fundamentales del NHS como la universalidad, integralidad y gratuidad en el punto de uso y en la posible tensión entre la ampliación de elección para los pacientes y una mayor delegación de la compra en los GP, que pueda limitarla.

EL FUTURO

La coalición que asumió el gobierno en 2010 propuso un programa de reforma en gran escala para ser implementado a fines de 2014 sujeto a consulta y legislación. La propuesta está orientada a dar mayor protagonismo a los gobiernos y comunidades locales, ampliar la libertad de elección de los pacientes y extender la autonomía de los hospitales. Los puntos salientes del programa son los siguientes:

Organización

Los SHA y los PCT serán abolidos. Será establecida una nueva junta, la NHS *Commissioning Board* (NHS CB), independiente del Departamento de Salud, como organismo en la sombra en 2011 y como institución de derecho público

en 2012. El Secretario de Estado para la Salud establecerá un mandato oficial para la junta para un periodo trianual, con actualización anual. Este mandato incluirá garantizar el progreso frente a un nuevo Marco de Resultados del NHS con metas de desempeño elegidas (después de una consulta) por el Secretario de Estado para la Salud.

De esta manera se planea abolir la mayoría de las metas de desempeño introducidas por el gobierno anterior y reemplazarlas con nuevas medidas de resultado que serán recogidas por la *Commissioning Board*, a la que serán transferidas la mayor parte de las funciones de la Agencia Nacional de Pacientes (*National Patient Agency*) y del Instituto para la Mejora y la Innovación (*Institut for Improvement and Innovation*) —dedicados a apoyar los esfuerzos de los proveedores del NHS para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de los servicios—, organismos que desaparecerán.

El rol de las autoridades locales en el sistema de Salud será extendido a través de la creación de juntas de Salud y bienestar a las que se les dará la responsabilidad de desarrollar las funciones de salud pública del NHS. También les corresponderá promover la relación entre los servicios de Salud y los de atención social.

Adquisición

Comenzando en abril de 2013, la responsabilidad sobre la mayor parte de las adquisiciones será delegada a los grupos locales de adquisición clínica (CCG) compuestos principalmente por GPs. La NHS CB asignará los recursos a estos grupos quienes le deberán responder por el uso de los mismos. La junta también asumirá la responsabilidad de la compra de servicios especializados, por ejemplo, aquellos actualmente adquiridos a nivel nacional o regional.

Elección de los pacientes

Adicionalmente a la posibilidad de elegir entre una serie de proveedores públicos y privados, los pacientes del NHS que requieran intervenciones electivas podrán elegir un especialista nombrado para esta atención donde sea clínicamente apropiado. La libertad de elección está por ser extendida a través de una política de “cualquier proveedor calificado” más allá de la cirugía electiva a otros tipos de cuidados (incluyendo salud mental y servicios comunitarios). Las funciones de los encargados de adquirir los servicios fueron modificadas para reflejar mejor el principio de “ninguna decisión sobre mí sin mí”.

Proveedores

Se espera que todos los trusts del NHS (hospitales) se conviertan en *Foundation Trust* (FT) en los próximos años. El Monitor, actualmente ente regulador de los FTs, será responsable por la regulación económica de todos los proveedores

del NHS. También compartirá responsabilidades con la nueva junta (NHS CB) en cuanto al establecimiento de las tarifas nacionales para los servicios del NHS. El Panel de Cooperación y Competencia será transferido al Monitor.

Competencia y reforma de mercado

La coalición gobernante se compromete a promover un mercado en los servicios de atención de la salud. Sin embargo, el Secretario de Estado para la Salud recientemente aseguró que “es absolutamente claro que la integración alrededor de las necesidades de los pacientes triunfará sobre otras cuestiones, incluyendo la aplicación de la competencia”.

Salud pública

La responsabilidad de los programas de Salud pública será transferida a las autoridades locales pero permanecerá financiada por el NHS. *Public Health England*, el nuevo servicio nacional de Salud pública, será una agencia ejecutiva del Departamento de Salud. Habrá obligaciones para el Secretario de Estado para la Salud, la NHS CB y los grupos locales de adquisición (CCG) relacionadas con la necesidad de reducir las inequidades en Salud.

ESTADOS UNIDOS

El estudio del sistema de atención de la Salud de los Estados Unidos constituye un caso interesante, como ejemplo de un sistema basado fuertemente en la lógica de mercado. Su estructura —particularmente compleja— se caracteriza por el rol central que juega el sector privado en la provisión y financiamiento de servicios, por un importante papel del Estado como asegurador y financiador de la cobertura de servicios a amplios grupos de población particularmente vulnerable, y por el fuerte grado de atomización en su organización.

La Ley aprobada en 2010, muy compleja, extensa y que, en la opinión de distintos analistas, deja aún muchos detalles sin resolver, marca un hito en el proceso de intentos de cambios más radicales en el sistema de atención.

DE LA DÉCADA DEL 90 AL SIGLO XXI

Antecedentes

Para el análisis del sistema, del proceso de reforma y del rol del Estado resulta relevante destacar algunos antecedentes históricos que marcan la trayectoria de la acción estatal y la de distintos actores en este campo. Muy tempranamente en su historia, Estados Unidos asumió la protección de ciertos grupos de población y la organización estatal en el área de la salud pública cuenta con antecedentes que datan de 1798, cuando se creó el servicio de salud para la Marina (*Marine Hospital Service*). A esta estructura se le agregaron, más tarde, otras responsabilidades. Durante la década de 1920, los problemas con la práctica privada condujeron a una limitación de las responsabilidades en los servicios de los Departamentos de Salud estatales y locales. En esa época se definieron los “seis servicios básicos” de los Departamentos de Salud Pública: estadísticas vitales, laboratorios de salud pública, control de enfermedades transmisibles, saneamiento ambiental, salud materno-infantil y educación para la Salud. Desde la Segunda Guerra Mundial, los gobiernos extendieron sus responsabilidades para incluir tareas de regulación y control de la calidad, otorgamiento de licencias institucionales y planificación (Jonas, 1992). La promoción del saneamiento y el control de las enfermedades transmisibles han sido definidas como tareas propias de los gobiernos locales.

La idea de contar con un servicio universal de Salud puede ser identificada tempranamente en la historia del país. Tanto Franklin D. Roosevelt en 1935 como Harry S. Truman en 1945, propusieron un Programa de Seguro de

Salud en el que todos los ciudadanos contribuyeran¹⁶ y, desde entonces, la propuesta de un sistema de Salud más inclusivo ha estado presente en las iniciativas de gobierno de los presidentes demócratas y de algunos mandatarios republicanos.

La legislación sobre la Seguridad Social, dentro de la cual queda comprendida la mayor parte de la actividad del Estado en el área de atención médica, se introdujo tardíamente en los Estados Unidos. En 1935, el *Social Insurance Act* implicó un avance sin precedentes del papel del gobierno federal en el campo social. La estructura del sistema de protección ideado en el marco del “New Deal” del presidente Roosevelt, reflejaba el impacto de la crisis del 29, que debilitó la confianza en las fuerzas del mercado para dar respuesta a las necesidades sociales de la población del país. En 1956 se legisló un seguro por invalidez para los trabajadores asegurados que quedasen incapacitados para trabajar como consecuencia de una enfermedad o accidente laboral (Ginzberg, 1982).

En la década de los setenta, se encuentran importantes transformaciones en la acción del Estado frente a problemáticas como la desigualdad, la pobreza y la discriminación de minorías. La creación de los programas gubernamentales *Medicaid*, de asistencia médica para los pobres, y *Medicare*, orientado a la población mayor de 65 años, tuvieron sensible impacto en términos de cobertura y equidad.

En los años ‘80, se inicia una nueva etapa política, se promueve la retirada del Estado en el campo de la seguridad social y la reducción del gasto social de los programas federales. Se imponen recortes en los beneficios y surgen iniciativas de organización que buscan racionalizar el gasto. En este contexto se expande el modelo de las HMO (*Health Maintenance Organizations*) y se promueve la estrategia de Cuidados y Competencia Gerenciada, (*Managed Care*) como forma de hacer más racional el gasto en Salud. A partir de la década de los ‘90 cobra nueva fuerza la idea de un seguro de Salud.

En el debate sobre las reformas al sistema en la década de los 90 se pusieron en juego dos alternativas: una sugería el establecimiento de un Programa Nacional de Salud, con un único pagador, siguiendo el modelo canadiense mientras que la segunda postulaba un esquema organizativo basado en el modelo de “competencia gerenciada” (*managed competition*) (Clancy et al, 1993).

En la propuesta del *Health Security Act*, enviada al Congreso, en octubre de 1993, por el presidente Clinton, se enfatizaban los aspectos referidos a la equidad en el acceso, destacando la falta de cobertura de más de 37 millones de

¹⁶ El Seguro de Salud no fue incluido en la agenda llevada al Congreso en los años 30’s, interpretando que su inclusión podría comprometer todo el proyecto. Ya entonces era clara la oposición de empresas hospitalarias, aseguradoras y la Asociación de Médicos de los Estados Unidos (AMA) (Belmartino, 2010).

personas. La propuesta consagraba la universalidad del acceso a los cuidados de Salud: cada ciudadano norteamericano o residente permanente debía estar comprendido en un plan de Salud y los ciudadanos con ingresos inferiores a un nivel establecido tendrían cobertura gratuita. Se delineaban distintos planes en los que se especificaban coberturas mínimas y rangos de gasto máximo de bolsillo. Se proponía la creación de “Alianzas Regionales” de proveedores de Salud que trabajarían bajo un esquema de pago por servicio. En la propuesta estas “Alianzas” tendrían un poder monopólico para la contratación centralizada de servicios de Salud o de planes para asegurar a sus afiliados. Se estipulaba la formación de una sola Alianza Regional en cada área y todos los grupos con menos de 5000 empleados estarían obligados a buscar cobertura en esa Alianza. En este esquema, los empleadores debían aportar como mínimo un 80% de las primas de los seguros de sus empleados.

El proyecto fue rechazado en el Congreso, imponiéndose la alianza apoyada por los republicanos y algunos demócratas y en la confluían las compañías de seguros, pequeños empresarios, la Asociación Médica, representaciones de dentistas y enfermeras, la Asociación de Hospitales Privados, la industria farmacéutica y la industria tabacalera.

En 1996, el *Health Insurance Portability and Accountability Act*, reguló la disponibilidad y margen de acción de los planes de seguro grupal y algunos planes de aseguramiento individual, estableciendo protecciones para los trabajadores y sus familias en caso de pérdida o cambio de su puesto de trabajo. Permitió —bajo ciertas condiciones— mantener la cobertura, limitó el manejo de las pre-existencias por parte de las aseguradoras y estableció un programa de cobertura de enfermedades catastróficas para empleados de empresas pequeñas, trabajadores por cuenta propia y para personas no aseguradas. Esta ley tuvo mayor impacto en la población adherida a pequeños planes de salud que en otros sectores y no modificó el cuadro de situación de los cubiertos (Tavares y Fleury, 2005).

Luego, en 1997, se aprobaron los proyectos de *Balanced Budget Act (BBT)* y *Tax Relief Act*. Estas fueron medidas orientadas a la contención del gastos federales, en particular en relación con *Medicaid* y *Medicare*, que se encontraba al borde de la quiebra. A través de esta ley se crearon los programas *Medicare+Choice*, que extendió la posibilidad de participar en el Medicare a otro tipo de organizaciones, antes limitado a las *Health Maintenance Organizations (HMO)* y se implementó un sistema de pago prospectivo en áreas de *Medicare*. Asimismo, en este marco legal se crearon los programas de *All-Inclusive Care for Elderly*, que extendió los cuidados de enfermería a los adultos de más de 55 años y el *State Children Insurance Program (SCHIP)* orientado a la cobertura asistencial de niños no cubiertos por otros seguros (Tabares y Fleury, 2005).

La bandera de la reforma del sector fue retomada con nuevo impulso en la campaña electoral por la presidencia en 2008, siendo un tema central en la agenda del entonces candidato Barak Obama. Una vez electo, Obama ubicó el tema entre sus principales prioridades y La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Accesibles (*Patient Protection and Affordable Care Act*, APPACA), fue promulgada el 23 de marzo de 2010.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL SISTEMA DE SALUD Y SU CONTEXTO

Aspectos generales

La república federal de los Estados Unidos está compuesta por 50 estados y tiene una superficie de 9.363.124 km². Según el último censo nacional, la población asciende a 308.745.538 habitantes (*United States Census Bureau*, 2010). Con una densidad media equivalente a 33 habitantes por km², la distribución de la población a lo largo del territorio es irregular, pues depende de diferentes condiciones geográficas y ambientales, niveles y tipos de actividad económica, distinguiéndose zonas densamente pobladas y otras prácticamente despobladas. Los mayores centros urbanos se hallan en el nordeste, cerca de los Grandes Lagos, en la región de Nueva Inglaterra y en la costa occidental, en oposición a lo que sucede en los estados de la región montañosa del oeste y de Alaska, con las densidades más bajas del país.

El 82% de la población estadounidense vive en los centros urbanos y nueve ciudades superan el millón de habitantes¹⁷. La población tiene una estructura típicamente envejecida: el 12,9% tiene más de 65 años, con un fuerte peso de los grupos de más edad dentro de dicha categoría. Debido a su reducido índice de natalidad (13,8‰), el crecimiento poblacional es muy bajo (0,96% anual). La inmigración ha sido un importante factor de crecimiento poblacional¹⁸ y ha moldeado el perfil demográfico, con un importante impacto en la demanda de servicios sociales, en particular los de atención de la Salud. La población hispana representaba el 16,3% de la población total en 2010 y es el grupo con el mayor porcentaje de población sin cobertura de Salud.

Hace décadas que la tasa de analfabetismo se mantiene en el 1%. El nivel de

¹⁷ La primera, Nueva York, tiene una densidad 6.731,83 hab/km² y la novena, Dallas, tiene 1.356,79 hab/km². En 2010, más del 60% de la población del país residía en las regiones Sur y Oeste.

¹⁸ Entre 2001 y 2010 la población hispana creció un 57,9% en la región Sur, con una tasa de crecimiento cuatro veces mayor que la del crecimiento total de esa región (14%). En el mismo período la población hispana dio cuenta de más de la mitad del crecimiento poblacional en dicho período en los Estados Unidos.

educación ha aumentado de forma constante en Estados Unidos en los últimos 70 años.

Un dato relevante en relación con las condiciones de vida de la población es el aumento de los niveles de pobreza y desigualdad en la sociedad norteamericana. En la última década la pobreza aumentó del 12,4% en 1999 a 15,1 en 2010 (afectando a 46, 2 millones de personas). La desigualdad en la distribución del ingreso también ha observado un consistente aumento en la última década, el Coeficiente de Gini pasó de un valor de 0,408 en 2000 a 0,468 en 2009.

Se estima que el PBI de Estados Unidos fue de US\$ 14.582.400 millones de dólares, valor que lo ubica en el primer lugar del ranking de las economías del mundo (Banco Mundial, 2012). La tasa de desempleo era del 9,1 en 2010.

Existe una separación constitucional de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, tanto en el nivel federal, como en los estados que componen la federación. Uno de los principios constitucionales esenciales es que el poder es compartido entre el gobierno federal y los estados. Algunos poderes básicos son delegados al gobierno federal, el resto se reserva a los estados miembros, entre ellos los poderes relacionados con la atención de salud de la población.

Estados Unidos tiene un sistema de gobierno bipartidista con alternancia en el poder de Demócratas, asociados a políticas más liberales, y Republicanos, caracterizados por orientaciones más conservadoras. Los estados que componen la federación tienen diferentes trayectorias políticas y se distingue el predominio más conservador entre las provincias del Sur y parte del Oeste, con la prevalencia de la tradición demócrata en los estados del Norte y parte del Este del país.

ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

El sistema de atención de la Salud de Estados Unidos es un sistema particularmente complejo. De manera general, White (2006) distingue como rasgos los siguientes aspectos, en términos de cobertura y provisión de servicios:

En términos de cobertura, las personas acceden a servicios de Salud, en forma no excluyente, a través de:

- Los seguros provistos por el gobierno, *Medicare* para las personas mayores (65 y más) o discapacitadas (según aprobación de los organismos federales) y *Medicaid* en el caso de familias de bajos ingresos. *Medicare* cubre servicios médicos y hospitalarios y, desde 2006, servicios farmacéuticos. En 2010 cubría a cerca de 45 millones de personas. *Medicaid* dentro de la población de bajos recursos, cubre particularmente la atención de niños y sus madres, servicios no cubiertos por *Medicare* para

adultos mayores y discapacitados. En 2010 cerca de 50 millones de personas estaban enroladas en este sistema de cobertura.

- La mayor parte de la población (170 millones de personas) está cubierta a través de su puesto de trabajo, sistema que —a diferencia de otros países que basan su cobertura en el empleo— es voluntario por parte del empleador. Sin embargo, en general los empleadores pagan más del 50% de las primas de seguros de salud. Habitualmente lo hacen comprando seguros en el mercado o estableciendo sus propias redes de servicios. Normalmente el aporte del empleado es un importe fijo y no se ajusta en función del nivel del salario. A menudo el empleador establece un aporte extra para cubrir a los familiares dependientes del trabajador y el empleado puede o no aceptar incluir y pagar su aporte por otros familiares en la cobertura.
- Casi 200 millones de personas (2010) son cubiertas por seguros privados, que tienen una variada oferta en términos de costos y beneficios provistos, niveles de copago requerido y reglas administrativas.

Centralización - descentralización

La responsabilidad sobre el cuidado de la salud de las personas, en los Estados Unidos, la comparten el sector público y el privado. El sector privado —como ha sido mencionado— cumple un papel central en la provisión de servicios. Se pueden identificar responsabilidades en relación con la Salud pública en todos los niveles de gobierno (federal, estatal y local). Si bien los rasgos generales reseñados sobre el sistema son válidos en cada uno de los estados, la estructura del sistema y las formas de implementar políticas difiere significativamente entre los mismos. Las características que asume el sistema en cada estado depende de su trayectoria política (en particular, el partido que ha predominado en el gobierno y el dinamismo de su sociedad civil, entre otros aspectos) y de su perfil demográfico (composición y origen de su población). Existen responsabilidades compartidas entre los niveles federal y estadual¹⁹. Algunos estados han utilizado su poder de delegación transfiriendo a los gobiernos locales algunas de sus obligaciones en Salud. El nivel federal opera de manera directa financiando proyectos, administrando programas para determinados segmentos de la población²⁰ y subvencionando la investigación y la enseñanza médica.

¹⁹ En la provisión de servicios de salud personales, el nivel federal se ocupa, por ejemplo, de los miembros de las fuerzas armadas y sus familias, los norteamericanos nativos y los veteranos, y de las personas que sufren enfermedades particulares como tuberculosis y enfermedades mentales.

²⁰ *Medicare* y *Medicaid* son dos programas que se financian parcialmente con fondos federales.

La organización más importante de salud en el ámbito federal es el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS), que tiene a cargo, de manera conjunta, el programa federal de seguridad social, los programas federales de asistencia social y los programas de este nivel relativos a servicios, investigación, regulación y control en el campo de la Salud. El Departamento de Salud y Servicios Humanos desempeña roles específicos a través de sus distintas agencias, entre las que se destacan:

- Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA)
- Centros para el Control de Enfermedades (CDC)
- Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA)
- Institutos Nacionales de Salud (NIH)
- Agencia para la Investigación en la Atención y Calidad de la Salud (HHRQ)

En todos los estados existe un organismo especializado en el área de Salud y su organización varía, reproduciéndose en algunos casos las instituciones del nivel federal y combinándose en otros con instituciones de la seguridad social u otros organismos de gobierno. Tal como sucede en el ámbito federal, no todas las acciones orientadas a la Salud se concentran en estas estructuras especializadas; muchas veces se desarrollan servicios de salud fuera de los Departamentos de Salud Pública, como es el caso de *Medicaid* o *Medicare*, que en algunos estados depende de los Departamentos de Bienestar.

Los gobiernos locales, por lo general, cubren las necesidades de los sectores sociales de más bajos ingresos y de los indigentes médicos. En todos los niveles, son los gobiernos locales los que brindan servicios de “salud pública” tales como abastecimiento de agua o provisión de cloacas, regulación y control de alimentos y medicamentos, control de enfermedades transmisibles, estadísticas vitales y laboratorio de Salud pública.

No existe una clara delimitación de lo que se considera como departamento local de salud, ni un sistema de información que releve y sistematice datos anuales de las actividades de estas divisiones (Jonas, 1992). Estos departamentos, con responsabilidades relativas a la salud de unidades geográficas menores que los estados, pueden tener un alto grado de autonomía en relación con las actividades que llevan adelante, aún cuando entre ellas desarrollen actividades delegadas por el gobierno del Estado respectivo. Muchos de estos departamentos se limitan a proveer los “seis servicios básicos”, aunque en los últimos años incorporaron servicios ambulatorios para la población de más bajos recursos.

Comúnmente proveen uno o más de los siguientes servicios: inmunizaciones, control ambiental, control de tuberculosis, salud materno-infantil, salud escolar, control de enfermedades venéreas, control de enfermedades crónicas, atención domiciliaria, planificación de la familia y atención ambulatoria.

COBERTURA, FINANCIAMIENTO Y GASTO

Cobertura

Las personas cubren sus necesidades de atención de la salud a través de seguros privados o gubernamentales. Los seguros privados comprenden los planes provistos a través de los empleadores o sindicatos, o suscritos por los individuos a compañías privadas. En tanto, los seguros gubernamentales comprenden los programas federales antes citados, como *Medicare* y *Medicaid*, los sistemas de seguro para la población militar, el programa de seguro para la población infantil (SCHIP - *State Children's Health Insurance Program*), así como otros seguros individuales a través de planes estatales²¹.

En 2010, el índice de cobertura privada alcanzaba al 64% de la población. El nivel de cobertura ha ido decreciendo desde 2001. En 2010, más de la mitad de la población (55,3%) estaba cubierta a través de un seguro de Salud proveniente de una relación de dependencia laboral. Un 15% de la población accede a servicios de Salud sólo a través los seguros estatales *Medicare* y *Medicaid*, en tanto un 16,3%²² de la población total (casi 50 millones de personas) no cuenta con ningún tipo de seguro.

Cuadro N°4. Cobertura de Salud por tipo de seguro · Estados Unidos. 2010¹ (%).

Cobertura privada total	64
Cobertura privada basada en el empleo	55,3
Cobertura a través de compra directa	9,8
Cobertura planes de gobierno total²	31
Medicaid	15,9
Medicare	14,5
Programas de cobertura Fuerzas Armadas	4,2
No cubiertos por Seguro Médico	16,3
¹ Las estimaciones por tipo de cobertura no son mutuamente excluyentes; las personas pueden estar cubiertas por más de un tipo de seguro de salud durante el año.	
² La cobertura de salud para las Fuerzas Armadas incluye Tricare y CHAMPVA (<i>Civilian Health and Medical Program of the Department of Veterans Affairs</i>), así como la cobertura del Departamento de Asuntos Veteranos y de Fuerzas Armadas.	

Fuente: US Census Bureau (2010). *Income, Poverty and Health Insurance Coverage in the United States*.

²¹ La información de cobertura de seguros es obtenida a partir de una encuesta específica (*Current Population Survey Annual Social and Economic Supplement - CPS ASEC*). La encuesta es retrospectiva y dado que la cobertura puede cambiar en el largo período de referencia (anual), algunas personas pueden responder sobre su cobertura actual al momento de la encuesta, en lugar de referir al período calendario previo. Por esta razón se estima que esta encuesta refleja mejor el nivel de cobertura en un cierto momento (el de la encuesta) que la situación en el período de referencia.

²² Valor que se incrementó entre 1990 (13,6%) y 2010 (16,3%).

Seguros estatales

Medicare es un seguro de Salud orientado a personas de 65 años y más, personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y para aquellos ciudadanos de todas las edades con enfermedad renal crónica (ERC), que necesiten diálisis o un trasplante de riñón. Son tres grandes áreas las que componen el programa, con servicios específicos para cada cobertura: *Medicare* Parte A (Seguro Hospitalario), que contribuye a cubrir internaciones en hospitales, servicios de enfermería, cuidados para pacientes terminales y tratamientos domiciliarios; *Medicare* Parte B (Seguro Médico), que ayuda a cubrir servicios médicos, cuidados ambulatorios y tratamientos domiciliarios, así como servicios de cuidados preventivos para mantener un buen estado de salud o para prevenir que ciertas enfermedades empeoren; y *Medicare* Parte D (Cobertura de Prescripciones Médicas), que representa la opción de prescripciones para medicamentos que están en manos de compañías privadas aprobadas previamente por *Medicare*, y puede contribuir a disminuir los costos de los medicamentos y proteger al beneficiario de posibles futuros aumentos.

Además, se puede considerar que *Medicare* cuenta con un cuarto componente, que son los planes “*Advantage*”, que están a cargo de compañías privadas aprobadas por *Medicare* (Parte C).

Cuando comenzó en 1966, alrededor de 19 millones de personas estaban cubiertas por el programa, la población cubierta ha ido en constante aumento, observándose una ampliación significativa en la última década. En 2010 alcanzaba a 47 millones que adherían a una o ambas partes (A y B) y cerca de 11 millones de personas habían elegido participar del Plan *Medicare Advantage*. En el caso de los beneficiarios de *Medicare* las personas con ingresos de hasta US\$ 13.070 anuales (para una sola persona) o hasta US\$ 26.120 en el caso de una pareja, pueden acceder hasta US\$ 4.000 anuales en ayuda para medicamentos y gastos no cubiertos (www.socialsecurity.gov/espanol/10988.pdf).

Medicaid, creado en 1965, es un programa que provee cobertura para ciertos servicios de salud para parte de la población pobre. Se financia con fondos federales y estatales de origen tributario y es administrado por los estados. Los beneficios y beneficiarios varían en cada Estado. Para acceder a los fondos federales, este programa requiere que el Estado provea un grupo de 21 servicios y estipula que las personas cubiertas con el programa de pagos en efectivo —Ingresos Suplementarios de la Seguridad, Ancianos y Discapacitados, o Ayuda para Familias con Hijos Dependientes— sean cubiertas por *Medicaid*. Sin embargo, cada Estado decide quién es cubierto y qué tarifas se pagan a los prestadores. Algunos de los estados más ricos proveen cobertura de *Medicaid* para los “indigentes sanitarios”, personas con ingreso no tan bajos como para ingresar en los programas de asistencia, pero lo suficientemente bajos como

para afrontar el pago de los servicios de Salud. Al igual que el caso de *Medicare*, este seguro ha ampliado significativamente su cobertura en la última década.

State Children's Health Insurance Program (SCHIP), seguro creado en 1997, como parte de las iniciativas de reforma del sistema durante el gobierno de ex presidente Bill Clinton²³. Al igual que *Medicare* y *Medicaid*, su financiamiento proviene de impuestos federales y de los estados. El Estado federal aporta financiamiento y las orientaciones generales y los gobiernos estatales lo implementan con grados variables de flexibilidad. Está orientado a familias con niños menores (de hasta 19 años) para ayudar a cubrir necesidades de atención de los niños de familias que se ubican por sobre los ingresos máximos que aplican a *Medicare*, pero por debajo de las posibilidades de acceso a otras coberturas. El seguro brinda, en forma gratuita o por un muy bajo costo, consultas médicas de rutina, inmunizaciones, cuidado dental, servicio de laboratorio y rayos, hospitalizaciones y visitas a servicios de emergencia. Se estimaba que en 2003, un total de 5,3 millones de niños estaban enrolados en este seguro (www.usgovinfo.about.com, 2012). En el mismo año se estimaba que 11,4% de los niños carecían de cobertura, pero este porcentaje aumentaba al 19,2% en el caso de los menores de 19 años de los sectores más pobres (*Department of Health and Human Services*, citado en [usgovinfo.about.com](http://www.usgovinfo.about.com), 2012).

Administración de Veteranos (VA). Si bien el sistema de Salud de VA cubre un pequeño porcentaje de población, resulta particularmente interesante por la integralidad con la que aborda la atención de la Salud, lo cual incluye diversos programas en los que se incorpora la promoción de la salud, atención, educación e investigación. Si bien es un sistema que sólo cubre a esta población particular, el modelo es considerado una versión del sistema de salud inglés (White, 2009). En 2009, el presidente Obama, designó un nuevo secretario para liderar una importante transformación de la institución con iniciativas tendientes a mejorar el sistema de atención a través de la incorporación de la informática y reducir costos, a eliminar la falta de vivienda, a mejorar la salud mental de los beneficiarios, el desarrollo de investigación a ser aplicada en el mejoramiento de las condiciones de vida de los veteranos, entre otras.

Seguros privados

Resulta complejo caracterizar la cobertura de los seguros privados, ya que sus modalidades y alcances varían, dependiendo del tipo de póliza que se contra-

²³ Luego de que el proyecto de reforma de 1993 fuera rechazado en el congreso, desde el gobierno y el parlamento se siguió trabajando en alternativas y propuestas que pudiesen significar un avance para reducir brechas de cobertura

te y existe en el mercado una extremadamente amplia variedad de ofertas²⁴. Los servicios que ofrecen y los costos de los planes dependen de determinadas variables como la edad, el peso, la condición o no de fumador, la historia clínica. En muchos casos supone someterse a un examen médico previo, las condiciones de salud preexistentes como asma, depresión, enfermedades cardiológicas, cáncer o diabetes, pueden hacer subir las primas de manera excesiva o aún dejar fuera de una posible cobertura.

Las coberturas están reguladas por los estados, pero éstos difieren en sus políticas respecto de la protección de los derechos de los ciudadanos. Estados como Vermont, Nueva York y Nueva Jersey establecen que los aseguradores deberán ofrecer coberturas a todo ciudadano, mientras que estados más conservadores como Florida o California, plantean menos restricciones a las compañías aseguradoras. Las aseguradoras se adaptan a estos controles regulando a través de los precios de modo que la cobertura, para un mismo perfil, puede ser más costosa en un contexto más restrictivo.

Al mismo tiempo, el mercado de seguros privados se caracteriza por su alto nivel de concentración y por el manejo empresarial que asumen, independientemente de la pertenencia de parte de ellos a la categoría “sin fines de lucro” (White, 2009). En las compañías “sin fines de lucro”, como la Blue Cross-Blue Shield Association²⁵, el excedente entre ingresos y egresos no se reparte entre los socios accionistas, sino que vuelve a ellas en forma de más servicios o salarios más altos para los empleados. Esta asociación de prestadores ha sido clave en la constitución y crecimiento de los planes Medicare y otros planes estatales. Las empresas aseguradoras con fines de lucro son compañías comerciales (por ejemplo Metropolitan Life, Travelers o Aetna) con una participación importante en el sector de seguros de Salud, verificándose una fuerte concentración entre las primeras del ranking.

En tanto, las personas no cubiertas por ningún tipo de seguro (16,3% de la población total), a los que apunta de manera particular la propuesta de reforma, tienen acceso a la atención sólo a través de los servicios de emergencias de hospitales, que no pueden negar la atención a ningún individuo que la demande.

²⁴ La revista Family Money en 2008, en una nota que buscaba orientar a los consumidores, caracterizaba el proceso de selección informada como complejo, difícil, confuso y tedioso y aportaba el dato que en el año 2006 alrededor de 50 millones de personas de menos de 65 años habían estado hasta 6 meses sin cobertura, en parte debido a esta complejidad y recomendaba tomarse al menos 60 días para evaluar las distintas alternativas (Bradford, 2008).

²⁵ Esta sola Asociación cuenta con 40 empresas asociadas que en 2010 cubrían a cerca de 100 millones de personas, entre los que se cuentan casi el 50% de los empleados del Gobierno federal y sus familias.

Financiamiento

El Estado, las familias y las empresas constituyen las fuentes de financiamiento del sistema de Salud de los EEUU. Los programas directos del gobierno, como *Medicare* y *Medicaid*, el sistema de hospitales del Departamento de Asuntos Veteranos, los hospitales psiquiátricos estatales y los hospitales públicos locales se financian con ingresos tributarios. Por otra parte, el estado federal otorga diversos subsidios para el acceso a los gastos no cubiertos por los seguros.

Medicare Parte A se financia parcialmente por impuestos federales sobre la nómina salarial por parte de empleadores y empleados (7,65% y 1,45%, respectivamente), y en parte por los propios beneficiarios. *Medicare* Parte B, se financia en un 75% por rentas generales y un 25% por primas pagadas por los beneficiarios. Como ha sido mencionado, *Medicare* se financia con fondos del gobierno federal y los gobiernos estatales. La participación federal varía en función de los niveles de ingreso de cada estado, que se define en función de la capacidad de aporte de cada estado. Se estima que en promedio el aporte estatal al programa es del 60%.

Las contribuciones voluntarias son el principal sostén de los organismos no gubernamentales que orientan sus actividades a la investigación y atención de determinadas patologías o grupos poblacionales, por ejemplo la *American Heart Association* (Asociación Norteamericana del Corazón), *American Cancer Society* (Sociedad Norteamericana contra el Cáncer), *Visiting Nurse Association* (Asociación de Enfermeras Domiciliarias), etc.

Además, a través de la política impositiva, el nivel federal promueve y subvenciona la compra de seguros y el consumo de servicios médicos de determinados sectores. Los gastos en salud —incluyendo primas, copagos, gastos no cubiertos y sistemas de ahorro para gastos médicos— pueden deducirse de los impuestos²⁶. Se estimaba que en 2011, la exención fiscal²⁷ por las contribuciones de la primas de salud pagadas por los empleadores constituían el costo fiscal más importante del país, totalizando —en una proyección para el año fiscal de 2011— 177 mil millones de dólares en ingresos fiscales no percibidos por el gobierno federal (*Alliance for Health Reform*, 2011).

A partir de la Ley de Reforma se incorporan gradualmente nuevas fuentes de financiación que se detallan en el siguiente recuadro.

²⁶ Existen límites para deducir este tipo de gastos. Por ejemplo, para cuentas de ahorro para gastos médicos, se requiere estar enrolado en un Plan de seguro de bajo costo y con altos niveles de copagos.

²⁷ Los pagos de seguros médicos para los trabajadores realizados por un empleador no se consideran impositivos desde el punto de vista del ingreso del trabajador, ni se incluyen en la nómina salarial a efectos impositivos.

Nuevas fuentes de financiación previstas en la Ley de Reforma

- Impuesto adicional del 5,4% a las personas que ganan más de 500.000 dólares al año, sobre sus ingresos que sobrepasen esa cantidad²⁸.
- Impuesto del 2,3 por ciento a la venta de aparatos médicos.
- Límites a las desgravaciones que benefician a empresas multinacionales
- Impuesto a la industria farmacéutica en función de participación en el mercado, por el cual se proyecta recaudar US\$ 2,5 mil millones anuales.
- Impuesto a las compañías de seguros médicos que aportarían US\$ 14,3 billones anuales.
- Impuesto del 40% del monto que exceda un importe base en los asegurados en planes de alto costo (“Cadillac”).

Gasto

El gasto total en Salud, estimado en 2009, alcanzó el 17.9% del PBI. El siguiente cuadro muestra la participación de las distintas fuentes de financiamiento.

Cuadro N°5. Gasto en Salud · Estados Unidos. 2009 (porcentaje).

Gasto total en Salud como porcentaje del PBI	17,9
Gasto público en Salud como porcentaje del gasto total en Salud	48,6
Gasto de seguridad social en Salud como porcentaje del gasto público en Salud	28,3
Gasto privado en Salud como porcentaje del gasto total en Salud	51,4
Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto privado en Salud	24,2
Planes privados prepagos como porcentaje del gasto privado en Salud	69,3

Fuente: Organización Mundial de la Salud.

²⁸ Se estima que el gravamen alcanzará una recaudación cercana a los 46.000 millones de dólares en diez años.

Estados Unidos ostenta notoriedad en el concierto de países desarrollados por ser el país con mayor gasto en Salud, por tener la mayor proporción de población no cubierta y, a su vez, por depender en mayor medida del gasto privado de los individuos y familias. La evaluación del desempeño de sistemas de salud en el mundo, realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000, dio cuenta de que Estados Unidos es el país que gasta la mayor proporción de su PBI en Salud, pero se ubica en el orden 37 de 191 países estudiados de acuerdo a los indicadores de resultado; mientras que en la mayor parte de los países industrializados los gastos privados no superan el 25% del gasto total debido a la cobertura universal, en Estados Unidos éstos representan el 56% del gasto total (OMS, 2000).

PROVISIÓN DE SERVICIOS Y MODALIDAD DE PAGO

Provisión de servicios

Los prestadores, en general, se rigen por la lógica de mercado, aun los categorizados como empresas “sin fines de lucro”. Todos ellos buscan obtener ingresos de fuentes diversas con una orientación empresarial.

En términos de los prestadores del sistema, se destaca el hecho que una combinación de fácil acceso al capital y débiles regulaciones, ha permitido la configuración de formas organizativas muy diversas, fruto de alianzas variadas entre prestadores, con un alto grado de fragmentación como resultado.

La participación del Estado en el mercado prestacional se limita a servicios directamente provistos a la población militar o a los veteranos, servicios de carácter preventivo como centros de inmunizaciones y otros servicios de salud pública provistos a nivel local y su participación en Hospitales-escuelas de universidades públicas.

Infraestructura de servicios

- Alrededor de 3.000 departamentos de salud y consejos de Salud locales en municipios y ciudades.
- 59 departamentos de Salud nacional en estados, territorios y en las islas del país.
- Agencias del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos en el Departamento de Servicios de Salud y Servicios (HHS).
- Agencias de salud tribal, coordinadas en el HHS por el Servicio de Salud Indígena.
- Se destacan también otros prestadores como: laboratorios públicos y privados (160.000), hospitales y otros proveedores privados de cuidados de la salud, organizaciones voluntarias, como la Cruz Roja estadounidense.

En 2008, existían 838.453 médicos en ejercicio y 2.583.770 profesionales de enfermería, lo cual significa una proporción de 273 médicos y de 842 enfermeras cada 100 mil habitantes. (US Census Bureau, 2012).

A partir de las medidas anunciadas en la reforma se teme una posible escasez de médicos de atención primaria pero, según la *American Medical Association* (AMA), los incentivos como el pago de préstamos a los estudiantes que ejercen en áreas con menos profesionales contenidos en la nueva ley pueden mejorar la cantidad de médicos.

Modalidades de pago – Mercado de contrataciones (adquisiciones)

Los prestadores privados son financiados por distintas fuentes como, por ejemplo, el pago directo de los pacientes, programas financiados por el Estado (por ejemplo, *Medicaid*), seguro social del gobierno (por ejemplo, *Medicare*), seguros privados y otros.

La modalidad de pago a los profesionales es predominantemente de pagos por servicio —*Fee for service*— de acuerdo a costos promedio, esta modalidad combinada con la libre elección del médico por parte del paciente y la libertad de elegir los procedimientos terapéuticos, tienden a crear una demanda creciente, con la consecuente expansión del gasto.

Se espera que con la Reforma se extiendan cambios en las modalidades de pago, la *American Medical Association*, supone que una mayor cantidad de profesionales de la salud serán compensados en *Medicare* por la calidad del

servicio y no por la cantidad, cambio que reducirá los gastos a la vez que mejorará la atención. Además, *Medicare* pagará más a los médicos en áreas donde haya una escasez de profesionales. Se estima que estos ajustes de pagos por diferencias regionales beneficiarán a médicos en 42 estados. Para la asociación es probable que gran parte de estos cambios también sean adoptados por las aseguradoras privadas.

Como se ha mencionado, la forma de pago predominante a los prestadores es pago por servicio o prestación, algunos médicos y otros profesionales relacionados con los servicios asistenciales son remunerados con salarios, el pago por capitación ha sido poco frecuente. En el programa *Medicare*, se paga a los hospitales a través de Grupos Relacionados por Diagnóstico (algo menos de 500 GRD diferentes).

Las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (*Health Maintenance Organizations*, HMO), las asociaciones de práctica independiente y las *Managed Care Organizations* son organizaciones cuyo nicho en el mercado de la Salud es la intermediación de los recursos entre quienes financian (los propios pacientes, las empresas o el Estado), los consumidores y los prestadores que se involucran en la compra de servicios asistenciales, con variadas modalidades, a diferencia de los seguros tradicionales indemnizatorios o de reembolso.

REGULACIÓN-INSTITUCIONES REGULADORAS, EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS

La regulación del sistema se encuentra en manos de distintos agentes siguiendo la estructura de financiamiento y la organización de los prestadores que se encuentran verticalizadas y fragmentadas en grandes grupos (Tavares y Fleury, 2005).

Más allá de las medidas regulatorias tendientes a asegurar niveles de calidad y confiabilidad de insumos y prácticas, la ausencia de controles al capital hace que primen en el sistema los intereses de los inversores que promoverán la aplicación de prácticas, insumos o modalidades de organización de la atención que resulten más rentables (White, 2009).

El caso de de la Administración de Drogas y Alimentos (FDA), puede ser un buen ejemplo de este tipo de límites de las medidas regulatorias. La FDA, institución de reconocida trayectoria, es la encargada de regular la entrada al mercado de productos y prácticas adecuadamente probadas y seguras. La legislación requiere para la aprobación de drogas, alimentos, dispositivos médicos y una variedad de productos que pueden incidir en la salud humana o animal que se realicen pruebas clínicas que aporten evidencia de la

eficacia y seguridad. Las estrictas pruebas que realiza la FDA garantizan la adecuación de los productos bajo determinadas circunstancias o para determinados usos, sobre los cuales pierde parte del control una vez puestos en el mercado. Es el caso del uso de medicamentos en condiciones no previstas en la aprobación de la FDA, que es una práctica común y legal y no siempre adecuadamente respaldada (Stafford, 2008).

En tanto el Instituto Nacional de Salud (NIH), desde su rol de agencia de investigación juega un papel central en la regulación de las prácticas médicas referidas a la inclusión de humanos en la investigación y aplicación de tecnologías. El NIH es la agencia de investigación más importante de los Estados Unidos y del mundo. Financia a miles de investigadores en universidades o institutos a lo largo del país y del extranjero, entrena investigadores y promueve la comunicación de información médica y científica. Se constituye por 27 institutos y centros, cada uno con una agenda específica de investigación, focalizándose en general en enfermedades o partes específicas del organismo. Juega un rol de liderazgo en la definición de la agenda de investigación médica, destacándose que más de 130 premios Nóbel han recibido apoyo del NIH.

RESULTADOS DEL SISTEMA

La bibliografía consultada coincide en que el sistema de Salud de EEUU no presenta resultados acordes con el gasto efectuado. Aún cuando el gasto por persona en promedio en Estados Unidos es mayor, los indicadores tradicionales de Salud, oferta de servicios y cobertura de seguros suelen mostrar ventajas en relación con los obtenidos en los sistemas de otros países. Estos resultados estarían asociados a la falta de cobertura de una proporción importante de población, y a mayores niveles de inequidad social y económica (Feeny et al, 2010). Asimismo, darían cuenta de una estructura del gasto en la que se destina insuficientes recursos a las actividades de prevención y a la Salud pública, aún cuando se reconoce la necesidad de enfrentar epidemias como, por ejemplo, la obesidad u otras asociadas a estilos de vida, sensibles a las acciones preventivas de relativo bajo costo.

Cuadro N°6. Indicadores de resultados · Estados Unidos. 1980-2009.

Indicador	1980	1990	2000	2005	2008	2009
Esperanza de vida al nacer						
Hombres	70	71,8	74,1	74,9	75,5	75,74
Mujeres	77,4	78,8	79,3	79,9	80,5	80,64
Total	73,7	75,4	76,8	77,4	78	78,24
Esperanza de vida a los 65 años ²						
Hombres	14,25	15,15	16,15	S/D	17,2	17,34
Mujeres	18,45	19,05	19,15	S/D	19,9	20,4
Mortalidad ¹	8,8	8,6	8,5	8,3	8,1	7,94
Mortalidad infantil ¹	12,6	9,2	6,9	6,9	6,64	6,44
Mortalidad neonatal menor a 28 días ¹	8,5	5,8	4,6	4,5	4,34	4,24
Mortalidad fetal ¹	9,1	7,5	6,6	6,2	s/d	s/d
Mortalidad materna ¹	9,2	8,2	9,8	15,13	s/d	s/d

Fuente: U.S. Census Bureau, *Statistical Abstract of the United States*, 2012

Referencias: ¹ Tasas por 1.000 habitantes. ² Promedio de años de vida por delante. ³ El aumento refleja parcialmente el uso de ítems separados en el certificado de muerte de embarazadas que han utilizado en una mayor cantidad de estados. ⁴ Fuente National Vital Statistics Reports, Deaths: Preliminary Data for 2009. ⁵ Estos datos representan al trienio compuesto por el año anterior al señalado en la columna, al año propiamente señalado y al año posterior. (http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr59/nvsr59_04.pdf).

EL FUTURO

La mirada del futuro del sistema ubica a la última reforma como eje de los posibles cambios. Si bien se presenta como una estrategia para lograr mayor racionalidad en el financiamiento y gasto del sector, aparece aún más claro en el relato el objetivo de producir un mayor nivel de equidad en el financiamiento y en la atención. Alrededor de estos dos ejes concita apoyos y detracciones.

En marzo de 2010 se promulgó la Ley de Protección al Paciente y de Cuidado de Salud Asequible (*Patient Protection and Affordable Care Act*), también llamada

Reforma de Salud. Esta esperada modificación, cuyos puntos han sido parcialmente aplicados y el resto se harán efectivos en los próximos años, concierne a distintas normas de la cobertura del seguro de salud tal cual se lo conocía hasta ese momento en los Estados Unidos. En los siguientes párrafos, de forma esquemática, se detallarán algunos aspectos.

La mayoría de los ciudadanos estadounidenses y residentes legales estarán obligados a tener un seguro de salud a partir del 2014. Habrá multas por carecer del servicio y se podrá conceder excepciones a las personas con dificultades financieras, por objeciones religiosas, a los indios americanos, a las personas sin cobertura durante menos de tres meses, a los inmigrantes indocumentados, presos, personas para quienes el plan de seguros más barato excede el 8% de sus ingresos y a aquellos con ingresos por debajo del umbral de declaración de impuestos (en 2009, el umbral para los contribuyentes menores de 65 años era de 9.350 dólares para solteros y 18.700 dólares para parejas). En otras palabras, a partir de 2014, la mayoría de la población debe tener seguro médico, ya sea a través de *Medicare* y *Medicaid*, de los empleadores, de los veteranos o cualquier otro seguro. En caso de no tenerlo, el ciudadano será multado con un pago, se define un límite anual para la multa por familia y, se determina que en caso de no pagar, el Estado no podrá confiscar ni embargar bienes o encarcelar al ciudadano.

Las personas no aseguradas y con enfermedades preexistentes podrán tener acceso a un programa provisional de fondo común nacional para seguros de alto riesgo. Además, hasta el 1 de enero de 2014, tanto los ciudadanos estadounidenses como los inmigrantes legales, que han estado sin seguro durante, al menos, seis meses pueden inscribirse para recibir cobertura a través de este mismo fondo y, así, acceder a primas subsidiadas.

En cuanto a la publicación de información para la ciudadanía, clave para aplicar los cambios de la ley, los estados deberán crear un “Intercambio de Seguro de Salud”, para ayudar a los residentes a identificar las opciones de cobertura en un formato estandarizado. El alcance de estos “Intercambios”, cuya información estará accesible en un sitio web, podrá variar de estado a estado, desde ser una herramienta para organizar la información sobre el mercado de seguros privados hasta constituirse en un mecanismo facilitador de la oferta de seguros para la elección de planes de seguros públicos o privados, proveyendo información, más allá de las actuales regulaciones.

Otro aspecto que se destaca es la restricción que imponen a las aseguradoras que no pueden quitar la cobertura a personas aseguradas, excepto en casos de fraude. Antes de la aprobación de la Ley era posible que las compañías rescindieran el contrato tras encontrar algún error técnico en la solicitud del servicio. Asimismo se eliminarán los periodos de espera superiores a 90 días para la cobertura del seguro.

Una de las primeras medidas ya adoptadas ha sido la eliminación de los copagos para los servicios preventivos recomendados por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE.UU. (USPSTF, *U.S. Preventive Services Task Force*), como por ejemplo los distintos exámenes relacionados con la prevención del cáncer.

Aspectos que sintetizan la secuencia de cambios propuestos en la reforma

- Enfermedades preexistentes: la reforma no permite que las aseguradoras rechacen la cobertura a niños con enfermedades preexistentes. A partir de 2014, esta medida también se aplicará a adultos. Además, se estableció un programa temporal para ayudar a aquellos con estas enfermedades a obtener la cobertura.
- Cambios en Medicare: a partir de la reforma, Medicare garantiza los beneficios del programa a todos los afiliados, permite el acceso gratuito a cuidados preventivos para la mayoría y elimina el periodo de carencia de Medicare Parte D de forma gradual.
- Extensión de cobertura: la reforma tiende a la extensión de la cobertura incluyendo a los hijos adultos hasta los 26 años, ofrece subsidios a personas de ingresos moderados o bajos que no entran dentro de los parámetros de los programas públicos existentes e incluye a más personas elegibles para Medicaid.
- Solvencia financiera de los seguros públicos: la reforma garantiza la solvencia financiera de Medicare por 10 años más y reduce el déficit en unos 143.000 millones de dólares.
- Cobertura de trabajadores: las empresas deberán dar cobertura de Salud a sus empleados y abonar, como mínimo el 72% del valor para los trabajadores solos y el 65% para los trabajadores con familiares.
- Cobertura a empleados de pequeñas empresas: no se obliga a las pequeñas empresas a dar cobertura de Salud a sus empleados y se ofrecen deducciones fiscales si los aseguran.
- Cobertura a empleados de grandes empresas: a las empresas grandes, con gastos en personal superiores a medio millón de dólares al año, que no proporcionen cobertura de salud a sus empleados, se las sancionará por valores que oscilan entre el 2 y el 8% de los salarios.

Entre las medidas de la Reforma, uno de los puntos que ha generado mayor controversia ha sido la obligatoriedad que impone a toda la ciudadanía de contratar un seguro de salud. En la interpretación de los sectores más liberales de la sociedad, este punto entraría en tensión con el derecho a elegir (mandato individual), uno de los valores consagrados dentro de la cultura de Estados Unidos, y establecido en la Constitución. Diversas presentaciones fueron elevadas a la Corte Suprema de Justicia para declarar la inconstitucionalidad de la Ley de reforma. En junio de 2012, la Corte Suprema de Justicia se expidió sobre el tema sentenciando que el llamado “mandato individual” si bien no es constitucional bajo la ley de Comercio, como había argumentado el Gobierno, sí puede serlo bajo la ley fiscal. De esta manera declaró la constitucionalidad de la medida de reforma basándose en el principio constitucional según el cual el Congreso tiene poder para decidir sobre los impuestos y que la obligatoriedad de cobertura puede ser considerada obligación fiscal de los ciudadanos. Esta sentencia dejó abierta la necesidad de algunos ajustes en la Ley y un espacio argumentativo para quienes se oponen a la medida. Siendo la propuesta un proceso gradual de cambios, su efectiva aplicación y la progresiva definición de una nueva modalidad dependerá de la correlación de poder entre las fuerzas públicas —clase política, actores directamente involucrados en la provisión de servicios, la ciudadanía— que se constituyan en activos agentes de los necesarios cambios.

PAÍSES BAJOS

DE LA DÉCADA DEL 90 AL SIGLO XXI

El sistema de Salud de los Países Bajos está basado en la seguridad social de acuerdo a la clasificación de los sistemas de Salud, propuesta por OCDE²⁹ en 1992, a partir de la principal fuente de financiación. Esto implica que una porción importante de su financiamiento se compone de las cuotas de la población ocupada y que los fondos de enfermedad, instituciones no gubernamentales regidas por el derecho público³⁰ administran estos recursos. Para el año 2000, los gastos totales en Salud rondaban el 8,5% del producto bruto nacional y casi todos los ciudadanos estaban cubiertos por el Seguro Social de Salud o por el Seguro Privado de Salud (la población sin ninguna cobertura rondaba el 1.6%).

Como características básicas del sistema se menciona que los servicios son brindados por proveedores externos, independientes, a través de acuerdos o contratos y que las prestaciones garantizadas a los beneficiarios, por cada componente del sistema, se encuentran determinadas³¹.

Antes de la reforma del año 2006, cuya preparación llevó 20 años, el sistema presentaba varios componentes responsables de asegurar diferentes servicios. Todos los residentes y no residentes de los Países Bajos empleados y sujetos al impuesto a las ganancias contaban con un seguro para tratamientos de alto costo y cuidados a largo plazo (AWBZ)³² y, al mismo tiempo, todos los trabajadores cuya remuneración se encontraba dentro de un valor especificado estaban obligados a asegurarse a un Fondo o Caja de Enfermedad (ZWF) hasta los 65 años³³. Aproximadamente el 65% de la población se encontraba asegurada por este componente del sistema en el año 2001. Entre los beneficios a los que tenían derecho los asegurados por las cajas de enfermedad se mencionan los tratamientos médicos y quirúrgicos llevados a cabo por especialistas, atención

²⁹ Organización de Cooperación para el Desarrollo Económico

³⁰ En los '70 eran aproximadamente 600 y a partir del 2001 son 24.

³¹ Se observan variaciones en el período de análisis.

³² Acta de gastos médicos excepcionales, con beneficios como internación hospitalaria luego del primer año, atención en casas de cuidados, atención de personas discapacitadas, cuidados pre y postneonatales.

³³ Desde 1998, las personas mayores de 65 y aseguradas previamente siguen en la caja de enfermedad independientemente de sus ingresos.

obstétrica, atención odontológica, internación en hospital general hasta 365 días, rehabilitación, atención farmacéutica, etc.

Otro componente del sistema correspondía al seguro voluntario (sustitutivo o complementario) que, en el año 2001, cubría aproximadamente al 29% de la población. Gran parte de las personas incluidas en el mencionado porcentaje no estaban obligadas a asegurarse a los fondos de enfermedad porque sus remuneraciones superaban el límite establecido. Este seguro ofrecía beneficios semejantes a los de las cajas de enfermedad ampliando la cobertura en atención odontológica, anteojos e incorporando mejoras en la internación y en el acceso a tratamientos alternativos.

Hasta la introducción del nuevo marco regulatorio se fueron incorporando cambios orientados tanto a la demanda de los usuarios como a la oferta de servicios. Se aplicó una política “evolucionista” de pequeños pasos en planes sucesivos. Se amplió la posibilidad de elección, por parte del afiliado, del prestador y del seguro de Salud, se estableció una mayor competencia entre prestadores y entre aseguradores y se incrementó el rol de las autoridades holandesas en el mercado prestador y asegurador de servicios de salud. Las principales herramientas fueron: transferencia de responsabilidades para alcanzar mejoras en la eficiencia a los distintos componentes del sistema: seguros, prestadores y usuarios; transparencia en cuanto a la calidad de los servicios e información aceptable a los usuarios. También se incrementó la responsabilidad financiera de los Fondos de Enfermedad.

A partir del año 2006 se introduce un seguro compulsivo único dejando atrás la separación entre seguros privados y sociales. El actual sistema sigue siendo un sistema basado en la solidaridad social que es administrado por compañías de seguros privadas³⁴, que están obligadas a asegurar a todos los que lo solicitan y que reciben compensación por los costos adicionales de asegurar a personas con alto riesgo sanitario (ajuste por riesgo). Como resultado de esta política las personas con problemas de salud frecuentes no son rechazadas por las aseguradoras ni tienen que pagar más por su seguro de Salud, los fondos se transfieren desde los planes de seguro que inscriben a personas con pocas necesidades sanitarias (y que incurren en gastos menores) a los que inscriben a personas de alto riesgo que requieren más servicios.

³⁴ Las Compañías son privadas por la autonomía relativa en términos de entrada en el mercado y el seguro es social por la determinación del marco jurídico al que están obligados todos los actores.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL SISTEMA DE SALUD Y SU CONTEXTO

Aspectos generales

El Reino de los Países Bajos está conformado por Holanda, Antillas Neerlandesas, Curazao, Sint Maarten y Aruba, está dividido en 12 Provincias y 633 Municipalidades y la forma de gobierno es la monarquía constitucional. Desde el año 2010, el Reino está compuesto por cuatro países equivalentes en lugar de tres. Aruba, Curaçao y St. Maarten no son territorios de ultramar (o overseas dependencies) del país “Países Bajos”, sino que son socios plenos y autónomos de los Países Bajos dentro del Reino. Los países disponen de un alto grado de autonomía interna. Las otras tres islas, Bonaire, St Eustatius y Saba (la Parte Caribeña de los Países Bajos) han optado por un vínculo directo con los Países Bajos. A grandes rasgos, su posición se parece a la de los municipios holandeses, con adaptaciones derivadas entre otras de sus pequeñas dimensiones, de la distancia que les separa de los Países Bajos y de su ubicación en el Caribe.

Los Países Bajos son una de las zonas más densamente pobladas del mundo y uno de los estados más desarrollados³⁵. En el año 2011, tenía una población de 16.680.500 habitantes, su economía se ubica en el 16^a lugar en el mundo y en el 10^o lugar de PBI per capita. La tasa de desempleo se ubicaba, para el mismo año en el 5%.

Se estima un crecimiento de la población de 0.412%, con un promedio de 1,66 hijos por mujer. La pirámide corresponde a población envejecida, con un 13% de la población con 65 años y más. Los gobiernos provinciales y municipales son autónomos y operan como agencias para implementar políticas del Gobierno central.

En el sistema de Salud las provincias son responsables de la planificación hospitalaria (inversiones de capital) y las municipalidades de la salud pública. Los trabajadores del sector representan aproximadamente el 11% de la fuerza laboral.

Antecedentes

Al estudiar el sistema de Salud de los Países Bajos y los cambios registrados durante los últimos años, se observa una relación cambiante entre los sectores público y privado en sus roles de aseguradores y prestadores de servicios de Salud. Las órdenes monásticas y religiosas inicialmente y luego instituciones privadas sin fines de lucro que brindaban asistencia a los enfermos han dado

³⁵ En 2008 estaba situado en el noveno lugar en cuanto a desarrollo humano según el Índice de Desarrollo Humano publicado por Naciones Unidas.

origen a la mayor parte de los hospitales que conforman el sistema y que conservan parte de su estructura original.

Evolución del sistema de Salud de los Países Bajos

- **1849:** Creación de la Asociación Médica.
- **1865:** Regulación de la práctica médica y farmacéutica.
- **1901:** Ley de Salud que crea el primer seguro para atención de accidentes de los trabajadores.
- **1906:** Ley de atención a los pobres.
- **1948:** Constitución de los Fondos de Enfermedad.
- **1956:** Ley de Salud dando origen a varias instituciones para la organización del sistema.
- **1966:** Acta de Seguro Médico.
- **1967:** Acta de Gastos Médicos Excepcionales.
- **1971:** Expansión de los beneficios asistenciales y servicios hospitalarios.
- **1983:** Constitución garantiza protección de salud a toda la población.
- **1987/8:** La Comisión DEKKER.
- **1991:** El Informe Dunning.
- **1992:** Fundación de la Federación de pacientes y organización de consumidores.
- **2006:** Ley de Seguro de Salud.

Evolución del sistema de Salud de los Países Bajos

En 1987/8, la comisión Dekker sugiere incorporar en el sistema de Salud los siguientes cambios: mayor libertad de elección, más responsabilidad de los asegurados, mecanismos de competencia gerenciada, introducción de incentivos de mercado entre los aseguradores y formas más selectivas de contratación de prestadores. Los dos elementos clave del sistema propuesto fueron la obligatoriedad de un seguro de Salud para toda la población y la regulación de la

competencia en el mercado de los aseguradores y proveedores. En síntesis, desde 1988 en adelante, el gobierno delegó más responsabilidades en el sector de la salud e intentó, por primera vez, introducir los principios de libre mercado.

Más tarde, en 1991, el informe Dunning recomienda: establecer una canasta básica de prestaciones en el seguro obligatorio y criterios de inclusión en la canasta básica de acuerdo a: servicios necesarios, efectivos, eficientes y determinación de responsabilidad individual. Y, como parte de la reforma orientada al mercado, se introdujo el ajuste por riesgo basado en variables demográficas; para atenuar los posibles errores en los cálculos de estos ajustes, se complementó con un sistema de reasignación por riesgo compartido.

Con la Ley de Seguro de Salud, que se puso en vigencia en enero de 2006 y después de dos décadas de intentos de incorporar mejoras en los fondos de enfermedad y en los seguros privados, se institucionaliza una reforma estructural que establece una nueva regulación en el sistema de Salud. Se introduce un esquema de obligatoriedad en donde las múltiples aseguradoras privadas de Salud compiten por los asegurados.

La Ley de Seguro de Salud obliga a las aseguradoras a ofrecer un paquete básico de salud a los ciudadanos y a estos a contratar un seguro de Salud, las aseguradoras deben aceptar a todos los ciudadanos y no pueden hacer diferencia de cuotas en base a riesgos. Un esquema de ajuste por riesgo es utilizado para compensar a las aseguradoras por diferencias en los gastos de atención³⁶.

Principios que rigen el sistema de Salud

El primer principio que rige la estructura y organización del sistema es la protección de la Salud como derecho social. El segundo es la equidad que tiende a asegurar similar tratamiento a las personas independientemente de sus ingresos o los del asegurador.

El tercer principio es la solidaridad que implica que los beneficios del Seguro Social son independientes de las contribuciones de los beneficiarios.

La ley del Seguro de Salud contiene previsiones que aseguran el carácter social del seguro de salud. Incluye, por ejemplo, la obligación de asegurar, contempla contribuciones compartidas y excluye la selección por riesgo. Como resultado, el seguro de Salud de los Países Bajos es caracterizado como un sistema de seguro social de salud aunque sea llevado a cabo por aseguradoras privadas.

³⁶ Se describe más adelante.

Organización

Hasta la reforma del 2006 el sistema de salud se conformaba en los siguientes tres compartimentos o componentes:

- El seguro social obligatorio, regulado por la ley de gastos médicos extraordinarios (AWBZ), para cuidados de tiempo prolongado (enfermos crónicos).
- El seguro básico universal (ZWF), correspondiente a los cuidados esenciales.
- El seguro voluntario complementario y/o sustitutivo para la cobertura de servicios que no se encuentran cubiertos en los dos anteriores o para las personas no obligadas.

Con la Ley de Seguro de Salud se abandonó la distinción entre los seguros obligatorio y privado voluntario existentes desde la segunda guerra. La reforma introdujo la competencia controlada entre prestadores y aseguradores y modificó el rol de cada uno de ellos como así también el del gobierno que pasó del control directo de cantidades, precios y capacidad productiva a establecer y supervisar las “reglas del juego”. Al mismo tiempo, la aplicación de la nueva Ley ha promovido la fusión de aseguradoras con los fondos de enfermedad y de los hospitales entre sí.

Actualmente, las interacciones entre los distintos actores se producen y pueden ser vistas y analizadas en tres planos o mercados diferentes; el mercado del seguro de salud, el de prestaciones en Salud y el de contrataciones/adquisiciones en Salud. En el primero, las aseguradoras ofrecen a los ciudadanos un paquete básico que están obligados a tener mientras que en los otros, las aseguradoras pueden negociar con los prestadores precio, cantidad y calidad de los diferentes servicios a contratar. Al mismo tiempo, los prestadores ofrecen, en forma directa, servicios a los pacientes ya que, en principio, los pacientes tienen libertad para elegir el prestador, quien está obligado a publicar sus tarifas. Sin embargo, las aseguradoras pueden imponer algunas restricciones a esta libertad de elección. Dicho de otro modo, actualmente las aseguradoras deben brindar atención a las personas a través de prestadores contratados y, cuando un asegurado opta por un prestador no contratado, la aseguradora establece un nivel de compensación para el asegurado. El reintegro o compensación por parte de la aseguradora no está predeterminado y se fija de acuerdo a los precios de mercado, además la aseguradora está obligada a mediar entre el paciente y el prestador para facilitar la atención del asegurado.

Centralización / descentralización

El área de Salud es responsabilidad del Ministerio de Salud, Bienestar y Deportes y los diferentes grados en que las responsabilidades se han ido

descentralizando ha variado a lo largo del tiempo. Actualmente, el rol central del gobierno es el de salvaguardar y controlar la implementación de las regulaciones y el desempeño del sector de atención de la salud. El Ministerio cuenta con una Agencia Central de Información que reúne todos los datos de los profesionales del sector requeridos para cumplir con la regulación como las licencias y registros que rigen en la organización del sistema.

Los servicios públicos de Salud, correspondientes a la prevención de la enfermedad y a la promoción y protección de la Salud, son responsabilidad de las municipalidades, que cuentan con 29 servicios públicos de salud para la realización de estas tareas. Las actividades a desarrollar en los servicios públicos han sido especificadas en la Ley de Salud Pública (2003) en la que se incluye: atención de la salud de los jóvenes, salud ambiental, asesoramiento médico y social, inspecciones sanitarias, salud pública para asilados, chequeo médico, epidemiología, educación sanitaria y salud mental comunitaria. La atención de las personas con discapacidades o enfermedades crónicas está parcialmente delegada en las municipalidades³⁷, dado que se encuentran más cerca de la población y pueden evaluar mejor sus necesidades.

Por otro lado, la prestación de servicios de atención institucionalizada de largo plazo es responsabilidad de las aseguradoras de Salud quienes requieren una licencia para ofrecer estos servicios. En el otorgamiento de las licencias, el gobierno ejerce un control indirecto.

El grado de descentralización en la organización del sistema puede ser analizado a partir del número de instituciones responsables de la regulación y fiscalización, de los agentes financiadores y/o responsables de los contratos con los prestadores. Con la introducción formal de la competencia controlada las aseguradoras privadas y los fondos de enfermedad se fusionaron en grandes compañías para fortalecer su posición competitiva. Como resultado, el número de aseguradoras de salud (aseguradoras privadas y fondos de enfermedad) pasó de 118 registradas en el año 1990 a 32 en el año 2008 y, además, el 88% del mercado se concentra en cuatro aseguradoras.

Los hospitales también se fusionaron en organizaciones de gran escala³⁸ completando una tendencia iniciada en los años 60. Los hospitales grandes pueden mejorar las decisiones de invertir en construcciones o en nuevas tecnologías restringiendo las posibilidades de duplicar servicios. Se verifica una importante reducción en el número de hospitales que pasaron de 172 a 94 entre los años 1982 y 2005.

³⁷ La responsabilidad del cuidado del discapacitado, como las sillas de ruedas, fue transferida a las municipalidades en 1994.

³⁸ El presupuesto de los nuevos grandes hospitales resulta mayor a la suma de los presupuestos de los hospitales antes de la fusión.

Por último, se menciona la existencia de numerosas instituciones y organizaciones privadas en áreas de investigación y capacitación que reciben fondos complementarios del gobierno.

COBERTURA, FINANCIAMIENTO Y GASTO

Cobertura

Las aseguradoras están obligadas a ofrecer un conjunto estandarizado de prestaciones (Plan de Salud Único) a todos los residentes de los Países Bajos y a los no residentes que se encuentran empleados y sujetos al impuesto a las ganancias.

Las posibles desigualdades en la cobertura y problemas de selección de riesgos son neutralizados por la normativa a las aseguradores que les impide negar la afiliación a ningún individuo. Los menores de 18 años están cubiertos con el seguro básico en forma gratuita.

Prestaciones cubiertas y responsables de la provisión

La atención de la Salud está dividida en atención preventiva, atención primaria y secundaria y atención del largo tratamiento.

La atención preventiva se encuentra centralizada en los prestadores públicos de Salud de los municipios.

El médico generalista³⁹ es la puerta de entrada y se constituye en la figura central del sistema.

La atención hospitalaria y de especialistas es sólo accesible por derivación, los beneficiarios pueden elegir el prestador luego de la derivación.

La atención del largo tratamiento es provista por enfermería en domicilio, hogares residenciales y organizaciones de atención domiciliaria.

El paquete básico de Seguro de Salud, definido por el gobierno, se ha simplificado, en el año 2009, estableciendo las funciones que los servicios desempeñan. En la selección de beneficios a incorporar se utilizan los criterios propuestos en el Informe Dunning de 1991 que indagan si el beneficio es esencial, si es costo-efectivo y si no es posible o conveniente dejarlo a cargo o responsabilidad de las personas.

³⁹ Médico generalista, de familia o de cabecera.

Paquete básico del Seguro de Salud

- Atención médica, atención primaria integral por médico de familia
- Cuidados dentales (cobertura odontológica hasta los 22 años)
- Tratamientos farmacéuticos
- Utensilios médicos y aparatos
- Atención de enfermería
- Servicios sanitarios, atención materna
- Internación (estada en hospitales)
- Transporte de personas
- Fisioterapia para enfermos crónicos
- Salud mental ambulatoria, internaciones psiquiátricas por 1 año

Financiamiento

Teniendo en cuenta un marco conceptual amplio⁴⁰, se habla de función de financiamiento en la que se incluye la recaudación de ingresos, los criterios de asignación, los mecanismos de compra, las modalidades de pago y la supervisión y evaluación del gasto. El objetivo de la función de financiamiento es recaudar fondos de diversas fuentes y establecer los incentivos financieros adecuados para que todas las personas tengan acceso a la salud pública efectiva y a los cuidados personales de la salud. Las modalidades de financiación no deben limitar el logro de los objetivos del sistema de Salud tanto en la mejora de la salud de la población como en la equidad de la contribución financiera. Por lo tanto, se deben generar recursos suficientes y sostenibles para la Salud y asegurar una utilización adecuada de los mismos. En el sistema de Salud de los Países Bajos se han incorporado incentivos a los consumidores para fomentar un comportamiento racional y para ejercer responsabilidad en el control de los prestadores y en la calidad de los servicios.

Dentro de la evaluación del gasto, los análisis completos tienen en cuenta el impacto de los incentivos económicos relacionados con el acceso, el total de

⁴⁰ OMS, Financing Health Promotion, Dorjsuren Bayarsaikhan y Jorine Muiser, Discussion Paper N° 4, 2007.

los gastos destinados a la atención de la Salud, la participación relativa de sus principales componentes y la asignación destinada a inversión y capacitación.

Antes del año 2006

Antes de la última reforma (2006) el sistema de Salud tenía como principales fuentes de financiamiento las rentas generales e impuestos específicos, la recaudación de las contribuciones correspondientes al seguro obligatorio y los gastos de bolsillo de las familias. Todas las contribuciones del seguro obligatorio de Salud (ZFW) se canalizaban en un Fondo Central, dirigido por la Junta de Seguros de Salud (CVZ).

La recaudación se asignaba, por capita ajustada por riesgo, a los 24 fondos o cajas de enfermedad. Cabe mencionar que la metodología de cálculo para realizar el ajuste por riesgo ha variado desde su implementación, a principios de los años 90; anualmente se negociaban los cambios en el sistema de ajuste por riesgo y riesgo compartido entre el Ministerio de Salud y el presidente de la Asociación Holandesa de Seguros Médicos mientras que los prestadores de salud no se encontraban involucrados en el proceso. La implementación del ajuste por riesgo enfrentó y enfrenta dificultades en la disponibilidad de datos como, por ejemplo, el costo anual por tipo de atención individual. Completaban el financiamiento los pagos realizados por los asegurados, con un peso relativo del 9% sobre el total de los gastos en Salud, según la siguiente composición: 4% por co-pagos al seguro de gastos extraordinarios; 2% por co-pagos al seguro obligatorio y 3% por pagos al seguro privado voluntario.

A partir del año 2006

Se mantiene actualmente una cotización para el seguro obligatorio que se determina de acuerdo al nivel de ingreso y que pagan todos los asegurados. Se encuentra determinada en un 6.5% de la renta ingresada anualmente hasta un valor de 30.015 Euros (2009) para los trabajadores formales en relación de dependencia y el 4.4% para los trabajadores autónomos⁴¹. El Ministerio de Salud, Bienestar y Deportes determina la prima estándar del Plan Básico y las aseguradoras fijan el costo adicional, base para la competencia entre las aseguradoras.

Actualmente la recaudación es asignada a las aseguradoras siguiendo un cálculo de ajuste por riesgo (ex ante) que tiene en cuenta variables de edad, género, consumo de servicios registrado en el año anterior, localización o región que habita y origen de los ingresos que percibe la persona. Se completa la asignación con un mecanismo de compensación que corrige los posibles errores del cálculo de ajuste por riesgo ex ante y un sistema de reembolso o corrección retrospectiva, con fuente en la recaudación de las contribuciones

⁴¹ Esta recaudación representa aproximadamente el 50% del gasto total en Salud.

obligatorias, que es asignado a las entidades para compensar los riesgos asumidos (redistribución entre las aseguradoras).

En un primer momento se implementaron incentivos para no incurrir en consumos abusivos de los servicios cubiertos que consistieron en descuentos por el poco uso del sistema (en el cálculo se excluían las consultas al médico de familia y la atención materna), pero el procedimiento fue criticado por discriminar a los enfermos crónicos ya que estos no podían recibir nunca reembolsos. Posteriormente, el sistema fue reemplazado por una franquicia obligatoria (a los mayores de 18 años) de 150 euros en 2009 por costos de atención médica por año⁴².

Los enfermos crónicos que usaban alto nivel de complejidad y los internados en instituciones con largo tratamiento recibían compensaciones por la franquicia obligatoria que se la pagaban a fin de año.

A partir del año 2009, las aseguradoras pueden compensar al asegurado por la franquicia obligatoria si son atendidos en los prestadores preferidos; esta medida se introdujo para que las aseguradoras dispusieran de un instrumento que incentivara a los pacientes a ir a los prestadores con los que tienen establecidos convenios de precio y calidad.

Parte de los últimos cambios relacionados con el financiamiento se encuentra en los esquemas de pago y convenios entre aseguradores y prestadores, algunos detalles de los nuevos mecanismos se presentan en el siguiente apartado.

Gasto

Para el año 2009 el gasto total en Salud se estimó en 10.8% del PBI, monto que registró entre 1998 y 2007 un crecimiento que ronda, en valores constantes, el 38%.

Las diferentes fuentes muestran la siguiente participación: contribuciones obligatorias (Primas) 66%, gasto privado 14%, gobierno 14% y otras fuentes 6%⁴³.

Del total del gasto del gobierno el 58% tiene como destino los cuidados de Salud y el resto corresponde a administración (3%) y apoyo social (39%).

La situación económica registrada durante los últimos años ha impactado en una reducción del presupuesto para atención de la Salud⁴⁴ y en la búsqueda de ahorros a partir de avances en eficiencia en el sector de hospitales.

⁴² Se excluyen los centros de atención primaria, obstetricia, cuidado y atención materna y atención odontológica para personas por debajo de los 22 años.

⁴³ De acuerdo a datos correspondientes al año 2007.

⁴⁴ Reducción del 0.4% del presupuesto global para salud en 2011.

PROVISIÓN DE SERVICIOS Y MODALIDAD DE PAGO

Prestadores

La estructura de los prestadores es mixta, los servicios de salud son brindados en un 15% en hospitales públicos, y el 85% restante en entidades sin fines de lucro (reguladas por la autoridad sanitaria). Las personas pueden elegir la institución donde atenderse, el médico general y el especialista. Para tener contratos con los seguros los prestadores deben ser instituciones acreditadas.

La disponibilidad de recursos puede reflejarse en los siguientes indicadores correspondientes al año 2008: 4,38 camas para atención de patologías crónicas y agudas del sector público y sector privado por 1000 habitantes y aproximadamente 4 médicos por mil habitantes.

El mecanismo de atención se organiza a partir de los médicos generales, de familia o de cabecera, que actúan como puerta de entrada al sistema. Su función es el primer nivel de atención y autorizar derivaciones a niveles de mayor complejidad. Cada médico generalista tiene bajo su responsabilidad hasta 2300 personas, atiende en su consultorio y también realiza consultas a domicilio, trabaja alrededor de 50hs. semanales y cada asegurado es asistido, en promedio, 4 veces al año. Todos los asegurados se inscriben para la atención en un médico generalista⁴⁵ que, como se ha mencionado, es el responsable de las derivaciones a los especialistas, estos últimos atienden privadamente y se encuentran por lo general en los hospitales⁴⁶.

Cuadro N°7. Médicos y enfermeros · Países Bajos. 2001-2007.

	2001	2007
Médicos generalistas	7763	8673
Médicos especialistas	13400	15360
Enfermeras en hospitales	77037	84350
Enfermeras en salud mental	24964	28300

Fuente: Elaboración propia sobre European Observatory on Health Systems and Policies, Health Systems in transition, Willemijn Schäfer et al, Vol 12, N1, 2010

La información contenida en el cuadro muestra una relación de algo más de 1900 personas por médico generalista para el año 2007.

Modalidades de pago – Mercado de contrataciones (adquisiciones)

Durante los últimos años se han registrado importantes cambios en el mercado

⁴⁵ En el 2008 había 8783 GPs en actividad.

⁴⁶ Las modalidades de contratación y pago se detallan en el siguiente apartado.

de contrataciones/adquisiciones estableciendo un nuevo esquema de financiamiento para los prestadores de servicios de Salud.

Las modalidades de pago han variado a partir de la introducción de la competencia gerenciada y por las responsabilidades otorgadas. En primer lugar se acordó cumplir con dos condiciones, previas al desarrollo de los cambios, contar con un sistema transparente y uniforme de precios y garantizar la libertad de los compradores de contratar selectivamente a los proveedores.

La Ley de Seguro de salud otorga el rol de comprador a las aseguradoras de Salud, este nuevo rol les transfiere mayor responsabilidad para alcanzar objetivos de calidad, viabilidad y accesibilidad a los servicios de Salud.

Atención primaria: antes de 2006, los centros de atención primaria y/o médico generalista (GPs) recibían una tasa *per capita* por los pacientes de los fondos de enfermedad (alrededor del 75% de la población de pacientes) y una tasa por servicio de sus pacientes privados (o de las aseguradoras privadas). Con la Reforma del 2006, ambos sistemas se fusionaron: la tasa *per capita* se extendió a todos los ciudadanos registrados en alguna práctica con una tasa adicional por consultas. Estos cambios tuvieron como impacto, entre 2006 y 2008, un mayor número de consultas registradas de las esperadas y el correspondiente incremento en los gastos en atención primaria.

Atención pacientes internados: los hospitales y las instituciones de salud mental se financiaban por presupuestos basados en capacidad (número de camas, médicos, complejidad) mecanismo que se modificó a fin de introducir la competencia entre las instituciones. Se creó un sistema mixto de financiamiento en donde el dinero acompaña al paciente y se implementó una modalidad de pago denominada “combinación de diagnóstico y tratamiento” (DBC). Desde el año 2005, los hospitales deben declarar los gastos basados en el sistema DBCs. En ese año el 7% de los DBCs se negociaron libremente entre aseguradoras y prestadores, en precio, cantidad y calidad. Para el resto de los DBCs la autoridad de salud establece los precios, las aseguradoras y prestadores solo negocian cantidad y calidad.

En el año 2008 el porcentaje de DBCs que se negoció libremente se expandió al 20%, la evaluación del impacto de este sistema fue positiva en las áreas de calidad, accesibilidad y precios y al año siguiente el porcentaje llegó al 34%.

La atención de largo plazo/largo tratamiento ha registrado, en las últimas décadas, incrementos en los gastos, en la demanda y en las listas de espera. Para su resolución se implementaron cambios (año 2007) como la creación de “paquetes de atención intensiva” para los internados con largo tratamiento y, para la atención del enfermo grave, el DBCs se estableció con la participación de las organizaciones de los hospitales, los médicos especialistas y las aseguradoras además del Ministerio de Salud. En este sistema los prestadores

contratados perciben una compensación más alta por los pacientes con mayores necesidades de atención que por los pacientes con menores necesidades.

Resulta de interés destacar los cambios en el sistema de remuneraciones de los GP a partir de la introducción de un incentivo para sustituir la atención secundaria por la primaria. A partir del 2006, los GPs pueden contratar por sí mismos y cobrar por gastos de Salud que sustituyan la atención secundaria.

REGULACIÓN

La característica esencial de la nueva Ley de Seguro de Salud es que se rige bajo las leyes que regulan el ámbito privado. La Autoridad de los Países Bajos para los cuidados de la salud (NZa) es un cuerpo independiente del Ministerio de Salud, Deporte y Bienestar responsable de supervisar los procesos en los tres mercados involucrados, seguros, provisión y contrataciones.

La relación entre aseguradoras y asegurados es privada y puede renovarse anualmente, la aseguradora no puede dar por finalizado un contrato, sólo lo puede hacer el asegurado. Los aseguradores ofrecen la posibilidad de un seguro voluntario de salud complementario a sus miembros y, desde enero de 2006, los consumidores pueden comprar un seguro médico adicional de otra compañía de seguros que el paquete de prestaciones básicas.

Varias circunstancias facilitaron la adopción de la nueva Ley, en primer lugar sus contenidos venían siendo discutidos desde los 80s. y, en segundo lugar, se alcanzó un consenso general acerca de la necesidad de implementar un sistema básico de seguro de salud para toda la población.

Las fusiones entre aseguradoras privadas de Salud y fondos de Salud, previas a la sanción de la Ley, mostraron la posibilidad de una mayor coherencia e integración en el sistema y facilitaron la nueva regulación.

A pesar de todo, la implementación de la Ley del seguro ha tenido algunas complicaciones, en un primer momento, las aseguradoras establecieron precios muy competitivos para sus cuotas y se originaron pérdidas financieras. Por otro lado, se han puesto en marcha algunos sistemas para el control de los gastos o incentivos para un uso de los servicios más eficiente.

Otras características de la regulación y el control

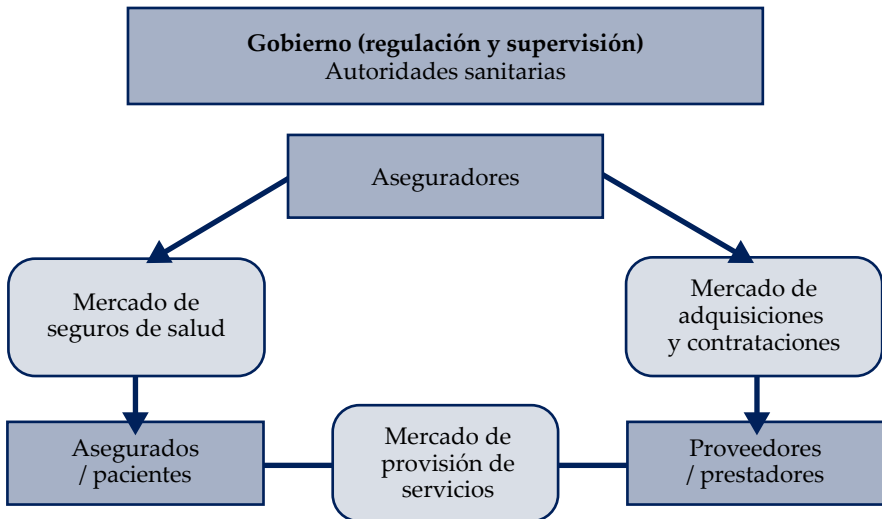
Existe regulación para la negociación de las tarifas, el valor de la capita y también se regula el valor de las primas. La asociación de los profesionales es parte de la regulación con su participación en las negociaciones de tarifas. Los médicos están unidos en la Real Asociación Médica de los Países Bajos (KNMG), subdividida en tres categorías principales: médicos de hospital, médicos generales y médicos asalariados. Estos últimos trabajan en el campo de la Salud pública, en hospitales municipales y del gobierno y en los ocho hospitales universitarios.

Los dentistas y los farmacéuticos tienen su propia asociación nacional. Los enfermeros están organizados en tres sociedades, cada una de las cuales representa un grupo con identidad propia. Otras profesiones de Salud, sobre todo en el sector paramédico y de apoyo, siguen buscando establecer una identidad propia, su lugar en la atención a la Salud y su poder negociador.

Algunas funciones y actividades del Instituto Nacional de Salud Pública e Higiene Ambiental (RIUM) son parte de la regulación del sistema. En el instituto trabajan aproximadamente 1500 personas desarrollando tareas de supervisión de alimentos, calidad y seguridad en el consumo y de regulación de la introducción de nuevos medicamentos, además de las funciones relacionadas con las inmunizaciones y el control de las patologías infecciosas. También es responsable de elaborar y brindar, a través de internet (www.kiesbeter.nl), información a los usuarios para colaborar en la elección de prestador y asegurador en la que se actualizan los datos relacionados con la disponibilidad de recursos, listas de espera y precios entre otros.

Se ha regulado también la participación de los usuarios y pacientes, a partir de 1995 se cuenta con legislación sobre los derechos de los pacientes y se han generado, desde entonces numerosas organizaciones que los representan. Existen organizaciones genéricas de pacientes y también específicas, según condiciones o patologías de los mismos que se encuentran, en gran medida, agrupadas en la Federación de pacientes y organización de consumidores fundada en 1992.

Actores y mercados en el sistema de salud de los Países Bajos desde 2006



Fuente: European Observatory on Health Systems and Policies, Health Systems in transition, Willemijn Schäfer et al, Vol 12, N1, 2010.

RESULTADOS DEL SISTEMA

En el siguiente cuadro se presenta la evolución entre los años 2002 y 2009 de los indicadores tradicionales de Salud como mortalidad infantil y esperanza de vida. También se presenta el gasto en salud per capita y la cantidad de médicos por mil habitantes que resume el acceso a los servicios.

Cuadro N°8. Situación de salud · Países Bajos. 2002-2009.

INDICADORES DE SALUD	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Mortalidad Infantil por cada 1000 nacidos vivos	5,0	4,8	4,4	4,9	4,4	4,1	3,8	..
Esperanza de Vida al nacer en años - mujeres	80,7	80,9	81,4	81,6	81,9	82,3	82,3	82,3
Esperanza de Vida al nacer en años - varones	76,0	76,2	76,9	77,2	77,6	78,0	78,0	78,3
Esperanza de Vida al nacer en años - ambos sexos	78,4	78,6	79,2	79,4	79,8	80,2	80,2	80,3
Gasto Total en Salud per cápita a precios corrientes y PPPs. (estim. en u\$s)	2833	3097	3309	3450	3613	3853	4063	..
Médicos, densidad por 1000 habitantes	3,38	3,48	3,60	3,71	3,82	3,93

Fuente: OECD health data - selected data: OECD Health Statistics (database)

Los resultados medidos por los indicadores generales de Salud e indicadores de Salud materno-infantil, que se muestra en el siguiente cuadro, son buenos. Pese a ello, las autoridades sanitarias consideran que aún puede disminuir la mortalidad evitable.

Cuadro N°9. Evolución de los indicadores de salud materno – infantil · Países Bajos. *Años seleccionados entre 1980 y 2007.*

	1980	1990	2000	2007
Defunciones neonatales x 1000 nacidos vivos	5.7	4.8	3.9	3.2
Defunciones posneonatales x 1000 nacidos vivos	2.9	2.3	1.2	0.9
Defunciones maternas x 100000 nacidos vivos	8.8	7.6	8.7	5.0

Fuente: Elaboración propia sobre WHO: Regional Office for Europa 2009.

Por último, la relación entre el gasto en Salud y el resultado sanitario alcanzado es buena o adecuada y las encuestas, que miden opinión de los usuarios, concluyen que los mismos están satisfechos con el sistema.

EL FUTURO

Antes de la reforma del 2006 existía insatisfacción del público con el sistema de atención de la Salud, especialmente con las crecientes listas de espera, la falta de respuesta a las preferencias de los afiliados, y la falta de planificación central relacionada con el presupuesto global del gobierno. Estos temas han sido especialmente contemplados en las reformas y, actualmente, se ha revertido gran parte de la opinión de los usuarios y el sistema de Salud de los Países Bajos es positivamente valorado.

En las encuestas e índices de calidad⁴⁷ sobre los sistemas de Salud, en particular de los países que integran la Unión Europea, ocupa los primeros puestos, reflejando el alcance y la amplitud de los servicios que se aseguran y brindan.

A partir de la reforma del 2006 el mecanismo central de regulación ha tenido como instrumento la competencia regulada entre los distintos participantes quienes determinan, conjuntamente con el gobierno el Plan de Salud único.

Por otro lado, desde la perspectiva del financiamiento sigue preocupando el sostenido crecimiento en el gasto. La estructura de la población, la aparición de diferentes enfermedades con posibilidades de tratamiento y el crecimiento de la morbilidad por causas crónicas y degenerativas suponen necesidades crecientes de fondos ya que los nuevos padecimientos demandan diferentes servicios de cuidados paliativos. Al mismo tiempo, los asegurados ven con preocupación la posibilidad de que las aseguradoras incrementen las cuotas.

Desde la perspectiva de la prestación de servicios, se mencionan algunos desafíos dados por la infraestructura y la disponibilidad de recursos. En los

⁴⁷ Índice Eurohealth de la consultora sueca Health Consumer Powerhouse.

Países Bajos siguen funcionando las grandes infraestructuras hospitalarias⁴⁸ y el número de camas se ha reducido, en los últimos años, de 522 a 438 por cada 100.000 habitantes, valor que se encuentra muy por debajo de la media europea, que ronda las 600. Para mantener este indicador se requieren importantes esfuerzos en la gestión, privilegiando a las clínicas pequeñas, más fáciles de gestionar y de controlar los gastos.

Desde la perspectiva del acceso, se sostiene que es necesario conservar y completar la actual modalidad que establece acudir primero a la asistencia sanitaria de primera línea⁴⁹: el médico de familia, el dentista, el fisioterapeuta o la matrona evitando una atención innecesaria más compleja y cara. Además, se tiende a garantizar la ausencia de colas en urgencias, mantener la admisión en internación de los pacientes que estrictamente lo requieran y continuar con la agilidad en las altas⁵⁰.

Los nuevos reclamos se encuentran asociados a modalidades de atención que hoy están fuera del sistema regular de atención de la Salud, como tratamientos alternativos y atención informal.

Se considera que el proceso de transición no ha terminado y aún es necesario que los actores adquieran y consoliden las herramientas apropiadas para asumir sus nuevos roles. La información sobre precios y calidad al paciente debe ser mejorada, la calidad debe ser visible y mensurable y la transparencia del sistema de precios para GPs y hospitales debe estar garantizada. Al mismo tiempo, se considera conveniente que, entre aseguradoras y prestadores, se logre un espacio de negociación más amplio con un proceso más ágil. Además, se avanza en un constante pulido del sistema de ajuste por riesgo para tender a la sana competencia y eliminar incentivos perversos en las aseguradoras.

Se menciona que desde la sanción de la nueva Ley no ha pasado el tiempo suficiente como para concluir si la introducción de la competencia regulada, en atención de la salud, es la manera de alcanzar los objetivos del sistema en relación con la calidad, viabilidad y accesibilidad a los servicios.

En la actualidad, el rol central del gobierno es salvaguardar y controlar la implementación de las regulaciones y el desempeño general del sector de atención de la Salud.

⁴⁸ Levantadas en los años setenta, como el hospital universitario Erasmus, en Róterdam, o el ACM de Ámsterdam.

⁴⁹ La primera línea de asistencia suele costar alrededor del 4% del presupuesto total de la asistencia sanitaria.

⁵⁰ A pesar de algunas reducciones en algún tipo de atención como la de la discapacidad, la reducción de las listas de espera sigue siendo un desafío.

En el período 1990-2009 se destacan los siguientes cambios en la conformación de la oferta de servicios: aparición de clínicas con consultorios externos multidisciplinarios y aparición de centros de tratamiento, independientes de los hospitales especializados, atendidos por médicos especialistas.

Finalmente, la situación actual del sistema de salud es el resultado de una política “evolucionista” de pequeños pasos surgidos de planes previos hasta la constitución de una reforma sistémica. Ejemplos de estos pasos fueron la posibilidad otorgada a los asegurados para cambiar de fondo de enfermedad (*sickness funds*), la armonización de las tarifas en los seguros privados y la liberación negociable de las tarifas para cuidado fisioterapéutico. Al mismo tiempo, se incluyeron elementos de competencia regulada y el tan deseado proyecto de Seguro obligatorio de Salud para todos los residentes. En el centro de este nuevo sistema se ubicó la Ley de Seguro de Salud que se puso en vigencia en enero de 2006.

Con la nueva ley la selección de riesgos ha dejado de ser tema de debate en la política de salud ya que las aseguradoras no pueden negar la afiliación a ningún individuo.

Además, hospitales más pequeños, más prevención, medicina ambulatoria y atención a domicilio, reconversión absoluta del concepto de urgencias y una financiación a medias entre el Estado y los ciudadanos constituyen las bases del modelo de asistencia sanitaria por el que han optado los Países Bajos que, como se ha mencionado, desde hace algunos años ocupan los primeros puestos en las listas de calidad asistencial en Europa.

COMENTARIOS FINALES

La descripción realizada en los capítulos anteriores muestra que aún los sistemas con estructuras maduras deben resolver desafíos relacionados con las modificaciones en la tecnología, en los aspectos demográficos, en el contexto socio-económico y en la expectativa de su población. En consecuencia, se producen cambios en la normativa y en los procesos de manera casi permanente que, a veces, pueden interpretarse como rupturas parciales o transformaciones un poco más profundas pero, en muy pocas ocasiones, estos cambios completan una transición a otro sistema.

La bibliografía revisada señala, al mismo tiempo, que ningún país, con independencia de la magnitud de sus recursos, ha logrado garantizar para todas las personas el acceso inmediato a todas las tecnologías o intervenciones que puedan mejorar la salud o prolongar la vida. Es decir, que ninguno de los países garantiza la cobertura completa sin ningún pago directo ni lista de espera y, por este motivo, se ven obligados a reexaminar, permanentemente, el desarrollo de su sistema de atención de la salud. Por otro lado, entre los antecedentes de muchos de los cambios introducidos en los sistemas de Salud, suele mencionarse la segunda revolución epidemiológica asociada a las enfermedades crónicas⁵¹, esta situación introduce una dificultad adicional en el análisis de los resultados a partir de los indicadores tradicionales de esperanza de vida y mortalidad infantil ya que los mismos miden cantidad de vida en años y no la calidad de la misma y, se advierte, la necesidad de tener en cuenta que la exclusiva mirada a estos indicadores puede dejar afuera el análisis de la expansión de servicios relacionados con tratamientos paliativos y prevención primaria y secundaria que afectan más la calidad que la cantidad de vida.

También, el interés de distintas disciplinas y organismos en el estudio de los sistemas de salud y sus resultados ha producido numerosos documentos y ampliado conceptos y perspectivas. Actualmente se acepta que la asignación de recursos en los sistemas de salud se enfrenta a los problemas originados por la asimetría en la información tanto cuando asigna el mercado como cuando lo hace el Estado (Ortún Rubio, 1990) que, además de asignar en forma directa, condiciona las asignaciones del mercado a partir de sus regulaciones. Al mismo tiempo, se reconoce que la atención sanitaria es muy intensiva en recursos humanos y, por consiguiente, las particularidades en las modalidades de pago a los prestadores directos y proveedores de insumos pueden originar importantes diferencias en los gastos globales en situaciones semejantes de consumo e indicadores tradicionales de Salud.

⁵¹ Programa salud para todos en el año 2000, Oficina Regional Europea de OMS (38 objetivos).

Por lo tanto, la mirada a los cambios introducidos en los distintos sistemas puede ser abordada desde el análisis de variables políticas, económicas, epidemiológicas y sociales. Desde la perspectiva económica, la evolución del gasto supone considerar el incremento en los precios, la variación en la frecuencia de utilización de servicios, en la incorporación de tecnología y en la expansión de la cobertura, entre otras variables relevantes.

Es importante observar también la posibilidad de cambios en el papel del Estado al proteger y garantizar prestaciones de Salud, regular los seguros sociales, modificando, de ese modo, el peso relativo de los gastos de los individuos y las variaciones introducidas en la gestión de los recursos humanos. Asimismo, la estructura de los sistemas puede mostrarse con mayor o menor flexibilidad frente a las variaciones en los perfiles epidemiológicos y tecnológicos y, además, los ciudadanos pueden ejercer diferentes grados de presión al expresar sus necesidades y demandas.

Sin embargo, es importante destacar que se tiende a garantizar, para el total de la población, el derecho a usar un conjunto de servicios (prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación) bajo diferentes modos de protección y financiamiento. Esta tendencia comparativa ha convertido a la convergencia de los sistemas de salud en un tema de debate. Si bien parte de la literatura señala la convergencia de elementos comunes en función de la transición demográfica y epidemiológica, las presiones de costos, la incorporación tecnológica y la difusión de grandes directrices políticas promovidas por organismos internacionales, también se sostiene que se pueden observar importantes diferencias en el grado y la extensión de las formas de protección social, las modalidades de financiación, organización y oferta de servicios (Observatorio Iberoamericano, 2011).

En realidad hay tanta evidencia de una continua diferencia (o divergencia) en los arreglos nacionales para el financiamiento, la provisión y regulación de la atención de la Salud como de un incremento de la similitud. En general, las variaciones en el interior de cada sistema han sido más de grado que de naturaleza ya que si bien las presiones que enfrentan son aparentemente comunes, no impactan de la misma manera. Puede sostenerse que existen persistentes patrones de continuidad en los modelos de atención de la salud aunque hay permanentes intentos de aprendizaje a partir de la observación de los cambios que se introducen en otros sistemas (Marmor, 2009).

Al encarar el estudio de los sistemas de Salud de estos tres países tuvimos en cuenta que efectuar análisis comparativos requiere la utilización de marcos metodológicos complejos y que es frecuente que los análisis comparativos presenten algunas limitaciones que impiden una clara comprensión de los procesos de cambio y sus resultados. Además, suelen encontrarse discrepancias

entre las fuentes tanto en los indicadores cuantitativos como en los desarrollos argumentativos.

En este sentido nuestro propósito fue presentar descripciones que, al enfocar la mirada sobre las mismas variables, permitieran obtener algunos resultados más claros y útiles aunque, tal vez, menos ambiciosos.

SÍNTESIS Y RECOMENDACIONES

Como síntesis del estudio realizado puede destacarse que, en el período analizado, en cada uno de los sistemas de Salud se han introducido cambios en forma continua y de distinta intensidad. Los cambios propuestos y/o aplicados, con objetivos diversos, han generado variados niveles de resistencia entre las instituciones que conforman el sistema y han debido responder a las presiones de los usuarios y/o beneficiarios que difieren de acuerdo a la historia y contexto general en el que se desenvuelve el sistema.

Una parte de las modificaciones que no llegan, en general, a constituir una reforma del sistema responden, de alguna manera, a los cambios registrados en la estructura de la población con el consecuente crecimiento de la morbilidad por causas crónicas y degenerativas que demandan bienes y servicios adicionales y diferentes servicios de cuidados paliativos.

Otra parte de las modificaciones tiene la intención de controlar el incremento de los gastos que, según la bibliografía, aumenta tanto por los cambios en la epidemiología y la mayor expectativa de vida como por las presiones de los ciudadanos y la innovación tecnológica. Esta situación origina importantes conflictos en la asignación de recursos y una difícil articulación entre la demanda individual y la demanda macro sectorial, o sea entre la atención individual y la agregada, entre lo que ve el médico (y cree necesitar la persona) y lo visto por quienes regulan y administran el sistema.

En el caso de RU desde su consolidación en 1948 mantuvo las características esenciales: un servicio integral de salud, que debía ser accesible para toda la población de manera gratuita en el punto de uso, financiado básicamente con recursos del tesoro a partir de la recaudación de impuestos generales y con responsabilidad nominada ya que toda la población es distribuida entre los GP que funcionan como puerta de entrada al sistema.

El cambio más sustancial se produjo en la década del 90, cuando se introdujo la separación entre la función de compra y la de provisión. Este proceso no se revirtió aun en la alternancia de gobiernos a pesar de que se modificó el énfasis desde la promoción de la competencia al fortalecimiento de la capacidad de gerenciamiento.

A lo largo de la historia del Servicio Nacional de Salud se verificaron otras tendencias: aumento de la descentralización y simultáneamente desarrollo de instituciones reguladoras y de control con la intención de garantizar parámetros de calidad homogéneos a nivel nacional y aumentar la rendición de cuentas; incorporación de nuevas formas de asignación de recursos con la introducción de incentivos para la mejora de la equidad, la calidad y la accesibilidad; mayor protagonismo de los niveles locales y los médicos generalistas en la adquisición de servicios; aumento de la participación del sector privado como forma de actualizar la infraestructura y resolver las listas de espera y mayor participación de los pacientes en la elección de efectores.

Es importante mencionar que en el año 2000 el gobierno tomó la decisión y concretó un aumento del financiamiento del NHS para acercar la relación entre gasto y PBI al del promedio de los países de la UE, pasando del 7% al 9,3% a fin de subsanar el mayor impedimento al acceso que constituían las listas de espera.

Asimismo, cabe destacar la alta conformidad de la población con el modelo vigente lo que impidió que el gobierno conservador, que asumió a finales de la década de los 80 y llevó a cabo políticas de privatización en toda la economía, pudiera establecer reformas más profundas en el sistema de salud orientadas en esa dirección.

Por su parte, la profesión médica logró mantener cierta independencia inicial y, sin perder este privilegio, fue siendo integrado más en la arquitectura del NHS en etapas posteriores al otorgársele funciones de representación de sus pacientes ante otros efectores y de planificación y conducción en las instituciones locales.

Estados Unidos ostenta notoriedad entre los países desarrollados como ejemplo de un sistema basado fuertemente en la lógica de mercado, por ser el país con el mayor gasto en salud, por tener la mayor proporción de población no cubierta y, a su vez, por depender en mayor medida del gasto privado de los individuos, familias y empresas. Su estructura particularmente compleja se caracteriza por el rol central que juega el sector privado en la provisión y financiamiento de servicios, por un importante papel del Estado como asegurador y financiador de la cobertura de amplios grupos de población y por el fuerte grado de atomización en su organización.

La Administración Clinton, en la década del 90, propuso una amplia reforma que sufrió el rechazo en el Congreso. A pesar de eso, con posterioridad, se mantuvo vigente el tema en la agenda social. Los agentes involucrados en el sistema han expresado posiciones públicamente, la ciudadanía ha tomado posición y se dieron importantes cambios parciales que fueron pavimentando el camino hacia un nuevo intento de reforma más radical.

El gasto total en Salud en 2009 representaba el 17,9% del PBI, el 51,4% correspondía a gasto privado.

La Ley de Protección al Paciente y de Cuidado de Salud Accesible (*Patient Protection and Affordable Care Act*), aprobada en marzo de 2010, muy compleja, extensa y que en la opinión de distintos analistas deja aún muchos detalles sin resolver, marca un hito en el proceso de transformación. Esta normativa establece que la mayoría de los ciudadanos estadounidenses y residentes legales estarán obligados a tener un seguro de salud a partir del 2014, ampliando la cobertura de Salud a categorías de población actualmente no cubiertas. Un programa provisional de fondo común nacional de seguros de alto riesgo dará acceso a una cobertura a las personas sin seguro de Salud y con enfermedades preexistentes. Ese mismo fondo, permitirá el acceso a primas subsidiadas tanto a los ciudadanos estadounidenses como a los inmigrantes legales que han estado sin seguro durante, al menos, seis meses.

La Ley establece, además, restricciones a las aseguradoras para evitar que éstas puedan quitar la cobertura, excepto en casos de fraude. Los planes de seguro tendrán la obligación de ampliar la cobertura para incluir a los hijos de hasta 26 años y no les estará permitido denegar la cobertura a los hijos dependientes menores de 19 años por enfermedades preexistentes.

A partir del 1 de enero de 2014 se eliminarán los períodos de espera superiores a 90 días para la cobertura del seguro y estarán disponibles facilidades para financiar los costos compartidos para quienes tengan ingresos de hasta el 400% del nivel federal de pobreza.

Medicaid ampliará su cobertura a todas las personas cuyos ingresos no superen el 133% del nivel federal de pobreza que no entren dentro de los parámetros de elegibilidad propuestos históricamente por *Medicare*.

La Ley busca fortalecer las actividades de prevención, promover la atención primaria y el cuidado personal de la salud con más información sobre nutrición y sobre el cuidado de las enfermedades crónicas y la eliminación de los copagos para los servicios preventivos recomendados.

Para facilitar el acceso a los seguros, los estados deberán crear “Intercambios de Seguro” (*American Health Benefits Exchanges*), pensados como un sitio web de fácil acceso, con toda la información sobre el mercado de seguros y las herramientas para ayudar a individuos y pequeñas empresas a identificar las opciones de cobertura en un formato estandarizado.

Estas medidas se financian con cambios impositivos, nuevas fuentes de financiamiento y la ampliación de la base de aporte de contribuyentes de altos ingresos a *Medicare* además de la introducción de acciones específicas que permitan disminuir los costos de los programas públicos y de los seguros privados.

En el caso del Reino de los Países Bajos, hasta la introducción del nuevo marco regulatorio del año 2006, que establece un seguro compulsivo único dejando atrás la separación entre seguros privados y sociales, se fueron incorporando cambios orientados tanto a la demanda de los usuarios como a la oferta de servicios siguiendo una política “evolucionista” de pequeños pasos en planes sucesivos. Se destacan cambios que ampliaron la posibilidad de elección, por parte del afiliado, del prestador y del seguro de Salud, también se estableció una mayor competencia entre prestadores y entre aseguradores y se incrementó el rol de las autoridades en el mercado prestador y asegurador de servicios de Salud. Ejemplos de estos pasos fueron la posibilidad otorgada a los asegurados para cambiar de fondo de enfermedad (sickness funds), la armonización de las tarifas en los seguros privados y la liberación negociable de las tarifas para cuidado fisioterapéutico. Al mismo tiempo, se incluyeron elementos de competencia regulada y el tan deseado proyecto de Seguro obligatorio de Salud para todos los residentes.

El actual sistema sigue siendo un sistema basado en la solidaridad social, administrado por compañías de seguros privadas, que están obligadas a asegurar a todos los que lo solicitan y que reciben compensación por los costos adicionales de asegurar a personas con alto riesgo sanitario, los fondos se transfieren desde los planes de seguro que inscriben a personas con pocas necesidades sanitarias (y que incurren en gastos menores) a los que inscriben a personas de alto riesgo que requieren más servicios. Los servicios son brindados, mayoritariamente, por proveedores externos, independientes, a través de acuerdos o contratos y las prestaciones garantizadas a los beneficiarios se encuentran determinadas, con algunas variaciones registradas durante el período analizado. La aplicación de la nueva Ley ha promovido la fusión de aseguradoras con los fondos de enfermedad y de los hospitales entre sí. También se han incorporado incentivos a los consumidores para fomentar un comportamiento racional y para ejercer responsabilidad en el control de los prestadores y de la calidad de los servicios.

Para el año 2009 el gasto total en Salud se estimó en 10.8% del PBI, monto que registró entre 1998 y 2007 un crecimiento que ronda, en valores constantes, el 38%.

Finalmente, las dificultades para efectuar comparaciones y las limitaciones mencionadas no impiden, sin embargo, mantener el interés por conocer qué pasa en otros lugares, cómo se ven y evalúan los problemas, qué opciones para la acción se tienen en cuenta, cómo se establecen las prioridades y cómo son los procesos de implementación. Este aprendizaje despliega oportunidades de reflexión aun si las experiencias no son fácilmente transferibles.

Ofrecer nuevas perspectivas en la observación de los problemas y proponer ajustes al esquema nacional sustentados en datos no debe ser tomado como

una tarea trivial. Incluso, el enfoque comparativo —o la alineación de análisis transversales de varios sistemas— ayudan a disciplinar el proceso de descripción de los problemas del propio sistema de salud y colabora en la búsqueda de explicaciones causales sin suponer necesariamente que las políticas implementadas en un país puedan ser replicadas en otros contextos.

Efectivamente, no todos los sistemas pueden incorporar los mismos cambios ni el impacto esperado puede ser comparado. Como ya se ha mencionado, las diferencias en el contexto, historia y composición de los sistemas son determinantes y el sistema de gobierno, el sustrato cultural local, la configuración de los sistemas en términos organizativos también condicionan la adopción de instrumentos que funcionan en otros ámbitos (Marmor, 2009).

En este sentido, las características del sistema de Salud argentino, que yuxtapone rasgos importantes de los tres sistemas analizados en este estudio, presentan una complejidad particular cuando se intentan identificar soluciones, adecuadas en otros espacios, para ser aplicadas a problemas semejantes en nuestro sistema.

Sin embargo, es posible dejar planteadas algunas líneas o dimensiones que orienten las reflexiones vinculadas a las preocupaciones que genera la evolución y situación actual del sistema de Salud de nuestro país.

En primer lugar, y en relación con los ritmos e intensidad de los cambios, cabe destacar la constatación de la gradualidad de los mismos, tal como ha sido observada para el caso de los tres países estudiados. Los procesos de reforma se dan en un contexto en el que las premisas básicas más valoradas dentro de cada sistema se tienden a mantener, preservando y garantizando los derechos ciudadanos que constituyen su núcleo central, como es el caso de Reino Unido y de los Países Bajos. La gradualidad puede darse, por otra parte, por una fuerte resistencia a producir cambios en tal núcleo de valores, como sería el caso de Estados Unidos.

Por su parte, los cambios implican reposicionamiento de distintos actores, destacándose la creciente incorporación en el debate y la gestión de actores comunitarios y representaciones de usuarios. En el Reino Unido se amplió el protagonismo de la comunidad en las decisiones acerca de la asignación de recursos y la conducción de los servicios. Asimismo, la preeminencia de los servicios públicos no impidió la incorporación más activa del sector privado como forma de complementar una oferta que resultó limitada para dar respuesta a las necesidades de la población.

Estos cambios requirieron el desarrollo de sistemas de información que, por un lado, relevan las preferencias de los usuarios y su percepción sobre el desempeño de los prestadores y, por otro, otorgan la transparencia necesaria para sustentar las opciones de elección.

También a lo largo del tiempo se instalaron numerosos organismos y sistemas para normalizar, supervisar y controlar servicios y prestadores así como mecanismos de distribución de recursos y formas de pago que favorecen la equidad y la calidad de la cobertura.

En los Países Bajos los cambios introducidos a lo largo de los últimos 20 años culminaron en una regulación que integra, en el aseguramiento, a las instituciones de la seguridad social y privadas conservando los principios de equidad y solidaridad. En la aplicación secuencial de los cambios se tuvo en cuenta la demanda de los usuarios, la oferta de servicios y la activa participación de las organizaciones que los representan.

En relación con los cambios en el financiamiento y gestión del sistema se destaca la asignación de fondos a partir del ajuste por riesgo y, dentro de los aseguradores, la fusión de las aseguradoras privadas con las cajas de enfermedad como resultado de la incorporación de la competencia controlada, lo cual dio la posibilidad de una mayor coherencia e integración en el sistema. También se amplió la capacidad de elegir prestador y asegurador y se estableció una mayor competencia entre prestadores y aseguradores, se incrementó el rol de las autoridades en el mercado prestador y asegurador de servicios de salud garantizando un sistema de información que permita a cada sector disponer de los datos necesarios para tomar decisiones.

Tanto en el caso de los Países Bajos como en el Reino Unido, se destaca que en la modalidad de acceso a los servicios el rol de los médicos generalistas o de familia es fundamental ya que sólo a través de las derivaciones la población recibe atención hospitalaria y de médicos especialistas. De esta manera todo el sistema se organiza en base al concepto amplio de atención primaria de la Salud. En el caso de los Estados Unidos, si bien esta es una herramienta que está prevista muy parcialmente por algunas compañías aseguradoras, está siendo trabajada a nivel de propuestas — tanto de gobierno como de empresas aseguradoras privadas— para mejorar la eficiencia, cambiando el foco desde la atención centrada en especialistas hacia modelos que recuperen estrategias de la atención primaria (Thompson et al, 2011).

En Estados Unidos, si bien el Estado posee una participación sustantiva en el financiamiento y en los organismos de control, ésta no resulta suficiente para neutralizar la actuación de intereses sectoriales y corporativos que, montados sobre una concepción que prioriza la libertad y responsabilidad individual, limitan la capacidad de extender la cobertura a toda la población al tiempo que produce gastos superfluos y excesivos.

Sin embargo, es de destacar que en los últimos años, se estableció un amplio debate acerca de los beneficios y restricciones del sistema de salud, a partir del cual se exponen de manera explícita, las posiciones de los distintos grupos de

interés. Esta discusión llevará a introducir mejoras significativas en el sistema tendientes a disminuir costos y ampliar la cobertura y la equidad.

Por otra parte, cabe resaltar que la organización federal del país produce disparidades en los beneficios a los que accede la población en general y particularmente las más vulnerables, que depende de la capacidad fiscal y la orientación política predominante en cada jurisdicción. Al crear condiciones mínimas y básicas de cobertura, las medidas diseñadas en la nueva legislación podrían ayudar a reducir estas inequidades.

BIBLIOGRAFÍA

Alliance for Health Reform (2011). Cubriendo temas de Salud, 6ª. Edición. Capítulo 2.- Costo de los Servicios de Salud en :<http://www.allhealth.org/sourcebookcontent.asp?CHID=149>

Banco Mundial (2012) Datos PBI en ; www.datos.bancomundial.org

BBC – Documentos en: <http://www.bbc.co.uk/archive/nhs/>

Belmartino, S. (2010) “Historias de la profesión médica: Argentina y Estados Unidos en el siglo XX” en Salud Colectiva, vol. 6, No 3, septiembre-diciembre, Buenos Aires, pp. 334.

Blue Cross-Blue Shield. Información institucional, en: <http://www.bcbs.com/about-the-association/>

Bradford, Stacy (2008). “Buying Private Health Insurance”, en Family Money, enero, en www.smartmoney.com/spend/family-money/Buying-private-health-insurance-14819/

Chalkidou, Kalipso, Sean Tunis, Ruth Lopert, Lise Rochait, Peter T. Sawicki, Mona Nasser, Bertrand Xerri (2009) Comparative Effectiveness Research and Evidence-Based Health Policy: Experience from Four Countries, Milbank Quarterly, Volume 87, Issue 2, June, pp: 339-367.

Clancy C., Himmellestein DU, Woolhandler S. (1993) “Questions and answers about managed competition” , en International Journal of Health services, 23, pp. 213-218.

Department of Health (2010): The NHS Constitution, the NHS belongs to us all. London, Department of Health, en: <http://www.dh.gov.uk>

Department of Health (2011) en: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_128864.pdf

European Observatory on Health Care Systems (EOHCS): Health Care Systems in Transition – United Kingdom – 1999

European Observatory on Health Systems and Policies, Willemijn Schäfer et al, Vol 12, N1, 2010.

European Observatory on Health Care Systems (EOHCS) (2011) , Health Systems in transition, Vol.13 N°1, United Kingdom (England) Health System Review.

Eurostat. European Commission, en :<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>

Euro Headache Index (2012), Time to learn from the Dutch champions how to build value-for-money healthcare, Brussels, en: www.healthpowerhouse.com/

Feeney et al. (2010). "Comparing population health in the United States and Canada" Population Health Metrics, 2010, 8:8, en :<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1478-7954-8-8.pdf>

Health affairs, (Project Hope) 2004, Health - adjusted premium subsidies in the Netherlands, Wynand P M M van de Ven; René C J A van Vliet; Leida M Lamers.

Health Consumer Powerhouse (2012). Euro Headache Index 2012 en: http://www.healthpowerhouse.com/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=56&Itemid=76

King, Dereck, Elias Mossialos (2005) The Determinants of Private Medical Insurance Prevalence in England, 1997–2000, Health Services Research, Issue 1, pp: 195-212, Febrero en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1475-773.2005.00349.x/abstract>

Lamers, L.M., R.C.J.A. van Vliet, and W.P.M.M. van de Ven, (2003) "Risk Adjusted Premium Subsidies and Risk Sharing: Key Elements of the Competitive Sickness Fund Market in the Netherlands," *Health Policy* 65, no. 1 ; pp: 49–62.

Lister S. A. (2005) An Overview of the US Public Health System in the context of Emergency Preparedness. Congressional Research Service, en: <http://www.fas.org/sgp/crs/homsec/RL3179.pdf>

Longley, Robert (2012), "Millions of uninsured kids eligible for health coverage. Schip and Medicaid are there to help" en: <http://usgovinfo.about.com/od/medicarehealthinsurance/a/schipupdate.htm>

Marmor, Theodore R.; Freeman, Richard and Okma, Kieke G.H. editores (2009); "Comparative Studies and the Politics of Modern Medical Care", Yale University Press. 2009

National NHS patient survey programme (2010), Survey of adult inpatients 2010 -Full national results with historical comparisons, en: <http://www.cq.org.uk/public/reports-surveys-and-reviews/surveys/inpatient-survey-2010>

Observatorio Iberoamericano de Políticas e Sistemas de Saúde (2011), Documento base para la construcción del Observatorio Iberoamericano de Políticas y Sistemas de Salud. Brasilia Junio.

OECD Health Data 2010, en: <http://www.oecd-ilibrary.org>

OECD(2009).Health at a Glance 2009.OECD Indicators en:http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2009_health_glance-2009-en

OECD, INDICATORS, Panorama de la Salud 2009.

OECD (2011) Health at a Glance 2011. OECD Health Indicators en: <http://www.oecd.org/dataoecd/6/28/49105858.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2007). Financing Health Promotion, Discussion Paper N° 4, OMS, Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (2010).Informe Sobre la salud en el mundo. La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. OMS, Ginebra.

Organización Mundial de la Salud, en: www.who.int

Organización Mundial de la Salud (2012), en: www.who.int

Ortún Rubio, Vicente (1990). *La economía en sanidad y Medicina, Instrumentos y limitaciones*, Euge Editorial, Barcelona.

Quadagno, Jill ((2006), "One Nation Uninsured. Why the U.S. has No National Health Insurance", Oxford University Press, New York.

Reerink, Ever (1990) "Garantía de la Calidad de la atención de la salud en los Países Bajos", *Salud Pública de México*; Vol. 32(2):118-130, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca.

Scott L. Greer: Centralizing England and decentralizing the United Kingdom: The paradox of power in British health services. En Euro Observer Volume 14, Number 1, spring 2011.

Stafford, Randall S. (2008) "Regulating off-label drug use. Rethinking the role of FDA" *New England Journal of Medicine*, 2008 358:1427-1429, abril 3.

Sitio de Monitor, en: <http://www.monitor-nhsft.gov.uk>

Tabares Quinhoes, Trajano Augustus y Sonia Fleury (2005), "la Reforma del Sistema de Salud de los estados Unidos de América en los años 90". *Salud Colectiva*, mayo-agosto, año/vol 1, Número 002, pp 129-153 Universidad de Lanús, Buenos Aires, en <http://redalyc.uaemex.mex/pdf/731/73110202.pdf>

The Commonwealth Fund (2011) International Profiles of Health Care Systems 2011, en: <http://www.commonwealthfund.org/Publications/Fund-Reports/2011/Nov/International-Profiles-of-Health-Care-Systems-2011.aspx?omnicid=20>

Townsend (2003). *The burden of taxation*. London, House of Commons Library, en: <http://www.parliament.uk/documents/commons/lib/research/rp2003/rp03-074.pdf>

U.S.Census Bureau (2010) Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2009 en: <http://www.census.gov/prod/2010pubs/p60-238.pdf>. Consultado el 30/9/2011

U.S.Census Bureau (2012) Health & Nutrition: Health Care Resources, en Statistical Abstract of the United States, en : www.census.gov/compendia/statab/2012/tables/12s0172.pdf

van Doorslaer, E. and C. Masseria (2004), "Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries", OECD Health Working Papers, No. 14, OECD Publishing, en: <http://dx.doi.org/10.1787/687501760705>

Wagstaff A et al (1999). Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *Journal of Health Economics*, 18:263–290.

White, Joseph (2009) *The Unites Sates and Lessons for Abroad* en "Comparative Studies and the politics of Modern Medical Care", Marmor Theodore R., Richard Freeman and Kieke G.H. Okma ed., Yale University, New Haven and London.

World Health Organization (2007a) The New Dutch health Insurance scheme, Discussion Paper N° 3, OMS, Ginebra.

World Health Organization (2011) Global Health Expenditure Database; OMS, Ginebra.

Wynand P. M. M. van de Ven; René C. J. A. van Vliet; Leida M. Lamers (2004) "Health - adjusted premium subsidies in the Netherlands" *Health Affairs*, 23 No 3, pp: 45-55 .

LISTADO DE SIGLAS

REINO UNIDO

A & E Accident & emergency - Accidentes y Emergencias

CQC Care Quality Commission - Comisión de Calidad de la Atención

CQUIN Commissioning for Quality and Innovation - Contratación para la calidad y la innovación

FT Foundation Trust - Hospitales del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, que se constituyen con el status de corporaciones públicas sin fines de lucro.

GP General practitioner - Médico generalista

HCHS Hospital and community health services - Servicios de salud de hospitales y comunitarios

HRG Healthcare resource group - Grupos de recursos de atención médica

ISTC Independent-sector treatment centre - Centros de tratamiento del sector independiente

LIFT Local Improvement Finance Trust - Fideicomisos para la mejora del financiamiento local

MFF Market forces factor - Factor de las fuerzas del mercado

NAO National Audit Office - Oficina Nacional de Auditoría

NHS National Health Service - Servicio Nacional de Salud

NHS CB Commissioning Board - Junta del Servicio Nacional de salud encargada del seguimiento de la gestión para asegurar el cumplimiento de metas.

NIC National insurance contribution - Contribución al seguro nacional

NICE National Institute for Health and Clinical Excellence - Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica

OECD Organisation for Economic Co-operation and Development - Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

PBC Practice based commissioning - Contratación con base en el consultorio

PbR Payment by results - Pago por Resultados

PCG Primary Care Group - Grupos de Atención Primaria

PCT Primary care trust - Fideicomisos de atención primaria

PFI Private finance initiative - Iniciativa de Inversión Privada

PMI Private medical insurance - Seguros médicos privados

PMS Primary medical services - Servicios médicos de atención primaria

QOF Quality and Outcomes Framework - Marco de la Calidad y los Resultados

SHA Strategic health authority - Autoridades estratégicas de Salud

UE - Unión Europea

ESTADOS UNIDOS

HMO Health Maintenance Organizations - Organizaciones de Mantenimiento de la Salud

AHM American Heart Association - Asociación Norteamericana de Cardiología

ACS American Cancer Society - Sociedad Norteamericana contra el Cáncer

VNA Visiting Nurse Association - Asociación de Enfermeras Domiciliarias

PAÍSES BAJOS

AWBZ - Ley de gastos médicos extraordinarios / seguro para tratamientos de alto costo y cuidados a largo plazo

ZWF - Ley del seguro básico universal obligatorio

CVZ - Junta de Seguros de Salud

*DBC*s - Combinación de diagnóstico y tratamiento como unidad de pago a los hospitales e instituciones de salud mental

PG - Médico generalista, de familia o del primer nivel de atención

KNMG - Real Asociación Médica de los Países Bajos, subdividida en tres categorías principales: médicos de hospital, médicos generales y médicos asalariados

RIUM - Instituto Nacional de Salud Pública e Higiene Ambiental

Este libro se terminó de imprimir en el mes de octubre de 2012,
en Latingráfica S. R. L., Rocamora 4161,
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.



El presente documento identifica y analiza las principales modificaciones introducidas durante los últimos años en los sistemas de Salud del Reino Unido, de Estados Unidos y de los Países Bajos. El trabajo se propone aportar elementos para la comprensión de estos cambios y de sus posibles impactos, en el contexto de las tendencias observadas en los procesos de reforma más generales de cada país, y se focaliza en ciertas dimensiones que pueden resultar más significativas para pensar la realidad de nuestro propio sistema de Salud.

E D I C I O N E S

Fundación  Sanatorio Güemes