

El sistema sanitari

David Elvira
Laura Sampietro

PID_00206810

Temps mínim previst de lectura i comprensió: **8 hores**



Índex

1. Organització	5
1.1. Sistemes de salut i de serveis	5
1.2. Models	7
1.2.1. Introducció	7
1.2.2. Model d'assegurances socials (bismarckià)	12
1.2.3. Model de servei nacional de salut (Beveridge)	15
1.2.4. Model de lliure mercat (privat)	17
1.3. Regulació	17
1.4. Drets, deures i apoderament dels ciutadans en els sistemes de salut	18
1.4.1. Introducció	18
1.4.2. Drets i deures	18
1.4.3. Apoderament de la ciutadania	20
2. Finançament	23
2.1. Definició de la funció de finançament d'un sistema sanitari	23
2.2. Mobilització de recursos: la subfunció d'obtenció d'ingressos ...	32
2.3. Posada en comuna (<i>pooling</i>) de riscos i recursos: la subfunció d'assegurament	34
2.4. Assignació de recursos i sistemes de pagament: la subfunció de compra	37
3. Provisió	39
3.1. Equitat	39
3.1.1. Valors	39
3.1.2. Equitat vertical, horitzontal i categòrica en salut	40
3.2. Eficiència	41
3.2.1. Introducció	41
3.2.2. Eficiència tècnica i de gestió	42
3.2.3. Eficiència social	43
3.2.4. Mètodes per a l'avaluació de l'eficiència dels serveis sanitaris	44
3.3. Atenció primària	45
3.3.1. Introducció	45
3.3.2. Models d'atenció primària	46
3.3.3. Organització de l'atenció primària	51
3.3.4. Alguns elements de la reforma en atenció primària	53
3.4. Atenció hospitalària	54
3.4.1. Introducció	54
3.4.2. Característiques de la dotació hospitalària segons el model sanitari	55
3.4.3. Tendències en l'atenció hospitalària	58

3.5.	Atenció socio sanitària	60
3.5.1.	Introducció	60
3.5.2.	Serveis socials	62
3.5.3.	Serveis sanitaris	65
4.	Actors del sistema.....	67
4.1.	Actors del sistema	67
4.2.	Funció i influència potencial de cadascun dels grups	68
4.2.1.	Elit sanitària	68
4.2.2.	Proveïdors de l'assistència	70
4.2.3.	Població	71
4.2.4.	Grups d'interès	71
5.	Avaluació i qualitat de l'atenció.....	73
5.1.	Origen del debat de qualitat i la seva evolució	73
5.2.	L'avaluació i la qualitat	75
5.3.	Definició i perspectives de la qualitat assistencial	77
5.4.	Mesura de la qualitat de l'atenció	79
5.5.	Mètodes per a la mesura de la qualitat assistencial	81
6.	Aspectes clau de les reformes sanitàries.....	84
6.1.	Marc d'anàlisi	84
6.2.	Principals reformes als països occidentals	87

1. Organització

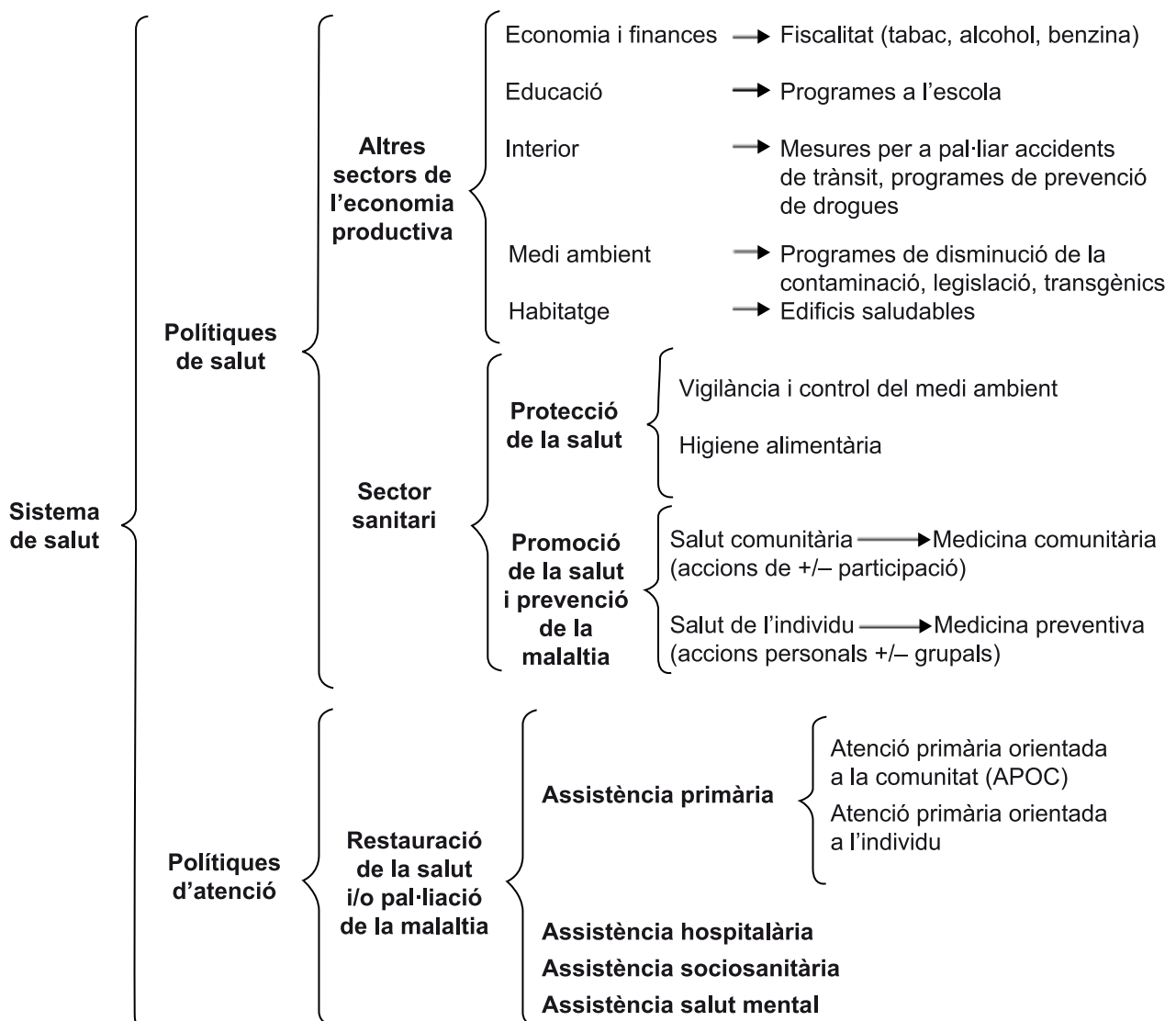
1.1. Sistemes de salut i de serveis

Abans d'iniciar qualsevol anàlisi de sistemes s'ha d'aclarir què s'entén per *sistema* i, concretament, per *sistema de salut*, i quina diferència hi ha (si n'hi ha cap) amb un sistema de serveis. Un *sistema* es pot definir com un conjunt d'elements interrelacionats entre ells amb l'objectiu de convertir *inputs* en *outputs*. Un sistema de salut abraça, d'aquesta manera, totes les organitzacions, les institucions i els recursos dels quals emanen iniciatives la principal finalitat de les quals és millorar la salut. No sempre les institucions, les organitzacions i els recursos pertanyeran a l'àmbit de la sanitat. Com es veurà en la secció de salut pública, els determinants de la salut són diversos i, molts dels quals són fora del sector sanitat (p. ex., habitatge, desenvolupament socioeconòmic, entre d'altres).



Al seu torn, per *sistema de serveis* (o d'atenció sanitària) entenem les institucions, les persones i els recursos implicats en la prestació d'atenció sanitària als individus d'una població. Per tant, un sistema (o subsistema) d'atenció sanitària forma part del sistema de salut.

En un sistema de salut, es podran definir polítiques de salut o polítiques de servei dependent del nivell i/o sector/subsistema en el qual es vulgui actuar. Les polítiques de salut no sempre incidiran en el subsistema de serveis. Es podrien elaborar polítiques en altres àmbits que repercutissin favorablement en la salut de la població; es tractaria de definir actuacions intersectorials dirigides a la millora de la salut, però també es poden definir actuacions dirigides al sector sanitari i, concretament, als àmbits de protecció de la salut i de promoció de la salut i prevenció de la malaltia. Referent a les polítiques de serveis / atenció, s'incideix directament en el subsistema d'atenció i, en aquesta línia, les actuacions definides es dirigeixen a restaurar la salut perduda i/o a pal·liar els efectes de la malaltia utilitzant els diferents recursos assistencials que té el sistema de salut.



Font: adaptació de Gil Piédrola, *Medicina Preventiva y Salud Pública* (2000, març)

1.2. Models

1.2.1. Introducció

Des d'un punt de vista metodològic, és molt difícil comparar els diferents sistemes sanitaris que hi ha a escala mundial perquè cada estat és diferent quant a les característiques geogràfiques, demogràfiques, a l'organització política, als problemes de salut, al nivell de desenvolupament socioeconòmic, etc.

No obstant això, la caracterització dels sistemes sanitaris se sol dur a terme per la manera com es financen, és a dir, com s'obtenen els recursos econòmics.

Hi ha quatre fonts principals de finançament de la sanitat:

- 1) impostos,
- 2) contribucions a la Seguretat Social,
- 3) subscripcions voluntàries a entitats d'assegurança privades,
- 4) pagament directe per servei.

En funció d'aquesta categorització, el finançament de sistemes sanitaris es pot classificar com a **sistemes obligatoris o establerts per llei** (sistemes de seguretat social i sistemes basats en impostos) o **sistemes voluntaris** (assegurança de salut voluntària o pagament directe).

Aquestes diferents fonts de finançament serveixen per a caracteritzar o definir el model de sistema sanitari d'un país. D'aquesta manera, hi ha tres models purs de sistemes sanitaris:

1) **Model d'assegurances socials (bismarckià)**: el sistema es finança amb la Seguretat Social (p. ex., Àustria, Bèlgica, França, Alemanya, Luxemburg, Holanda, Suïssa).

2) **Model de servei nacional de salut (Beveridge)**: el sistema es finança amb els impostos generals de l'Estat (p. ex., Espanya, Suècia, Dinamarca, el Regne Unit, Noruega, Finlàndia, Nova Zelanda, el Canadà, Islàndia, Austràlia).

3) **Model de lliure mercat (privat)**: el sistema es finança amb les contribucions directes del ciutadà, bé sigui a una entitat d'assegurança privada o amb pagaments directes per acte mèdic (p. ex., els Estats Units).

Una vegada definits aquests tres models, cal precisar que no hi ha cap país que tingui un model pur. En general, els sistemes basats en impostos també introdueixen alguns elements de sistemes de seguretat social. Al seu torn, un sistema de seguretat social sovint introdueix elements de sistemes basats en impostos. A més, hi ha una sèrie de països el model sanitari dels quals es troba en transició: els països de l'antiga Europa de l'Est el sistema sanitari dels quals

es basava històricament en el model Semashko i que en l'actualitat estan evolucionant cap a sistemes basats en esquemes de seguretat social. El model Semashko es caracteritzava per un sistema finançat directament per l'Estat, amb un control de la sanitat molt centralitzat.

Model Semashko

Aquest model de sistema sanitari es va desenvolupar a l'antiga Unió Soviètica i es tractava d'un sistema extremament centralitzat i sota el control estatal.

Es tractava d'un sistema molt jerarquitzat, basat en policlíniques i altres institucions assistencials que proporcionaven un ampli rang de serveis especialitzats com a primer nivell de contacte amb el sistema sanitari. Tractaven de compensar la qualitat baixa dels serveis proporcionats i les deficiències en material amb una disponibilitat molt elevada de personal sanitari i un accés ràpid a l'ingrés hospitalari.

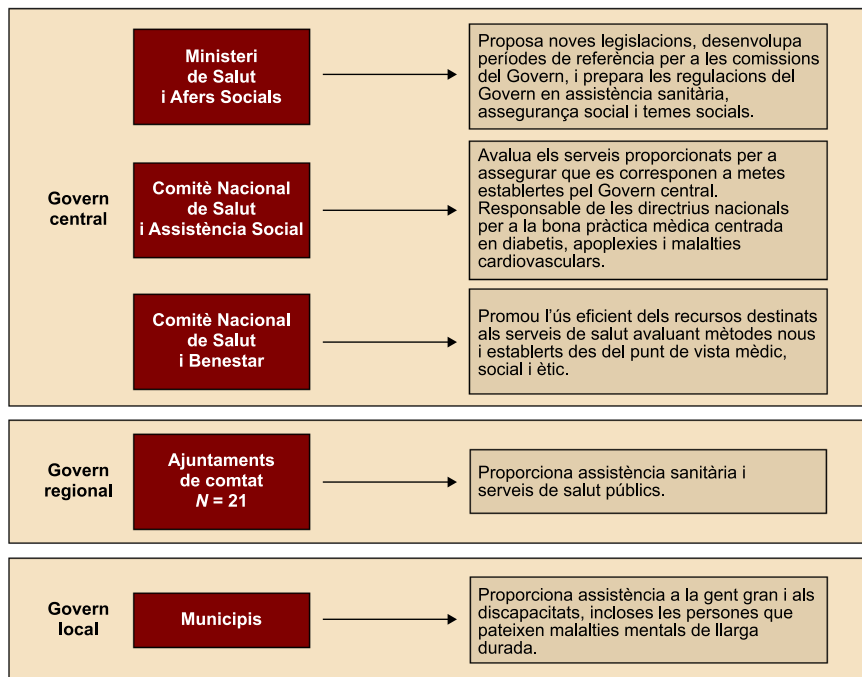
De la mateixa manera que la caracterització d'un sistema és determinada amb relació al seu finançament, la seva organització és determinada per les característiques de model de país, és a dir, per la seva organització politicoterritorial. Dependent del model d'Estat i del seu nivell de descentralització, l'organització d'un sistema pot variar considerablement d'un país a un altre, fins i tot tenint el mateix model de sistema (Beveridge, bismarckià o privat).

El terme d'*organització* fa referència a la institució que té les funcions de cohesió del sistema, planificació, finançament, gestió i provisió de serveis de salut i de serveis d'atenció.

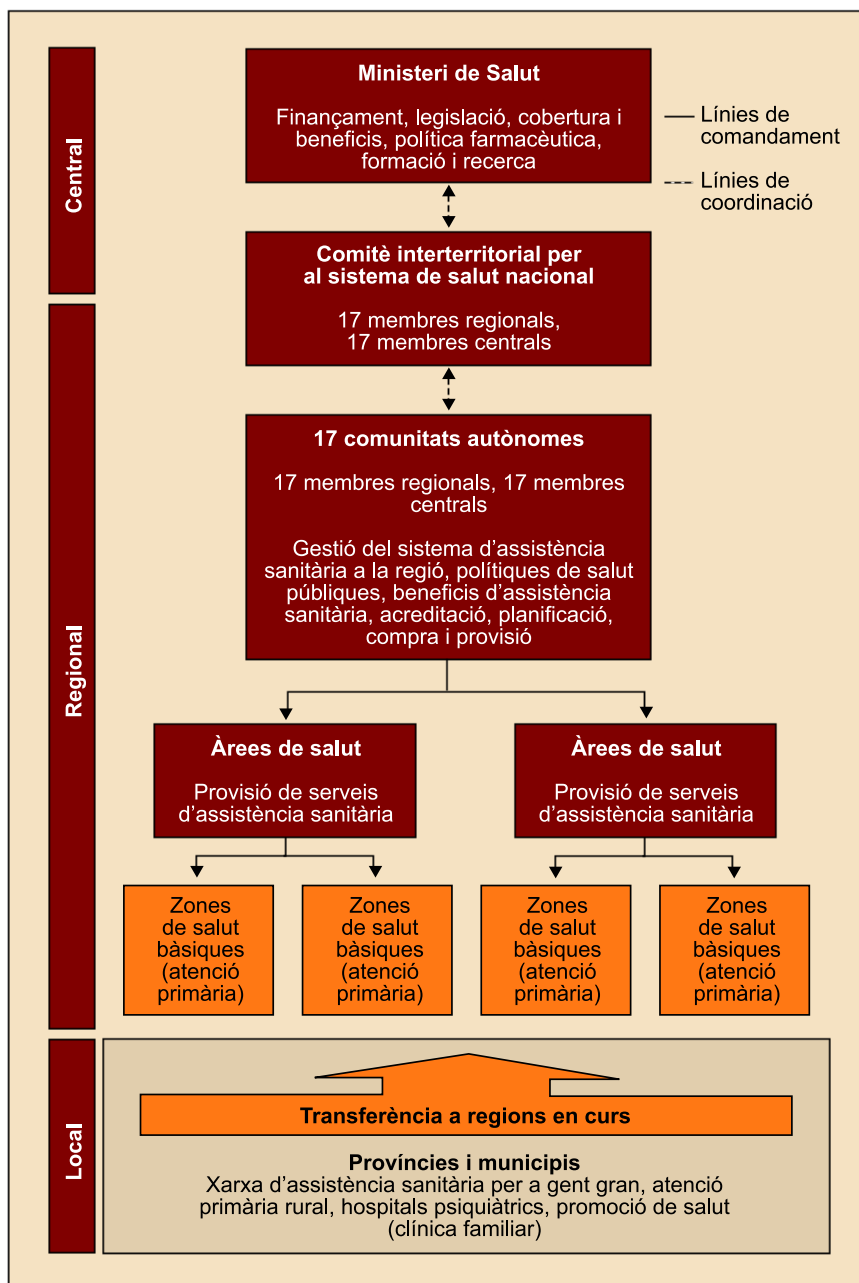
Exemple

Suècia i Espanya són dos països amb una monarquia parlamentària, i ambdós es caracteritzen per seguir un model Beveridge, però s'organitzen d'una manera diferent. Suècia organitza el seu sistema sanitari en tres nivells de govern –central, regional (a partir dels 21 comtats que s'uneixen en 6 regions sanitàries) i local (municipis)–, mentre que a Espanya l'organització sanitària es duu a terme principalment en dos nivells de govern –central i autonòmic.

Organització dels serveis de salut i socials suecs

Font: *The Conference Board of Canada*

Sistema sanitari espanyol



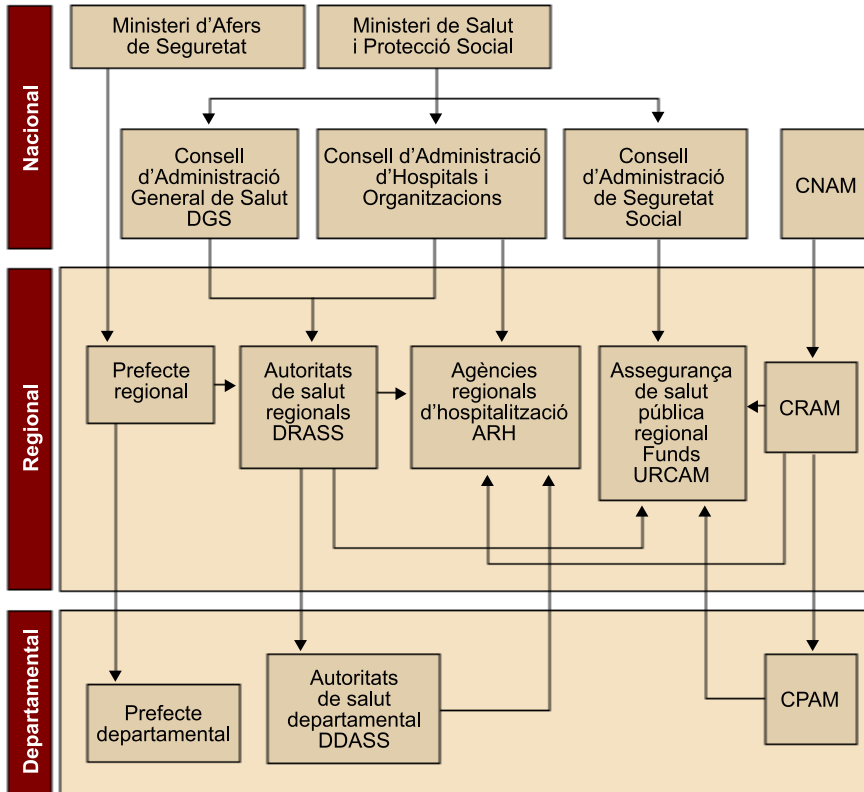
Font: adaptació de *The Conference Board of Canada*

Municipis

Els municipis tenen un paper residual o mínim en l'organització sanitària i aquestes funcions estan sent traspasades als governs autònoms que es dediquen, principalment, a la provisió d'uns serveis determinats, com l'assistència psiquiàtrica, l'atenció rural, els centres de planificació familiar, entre d'altres.

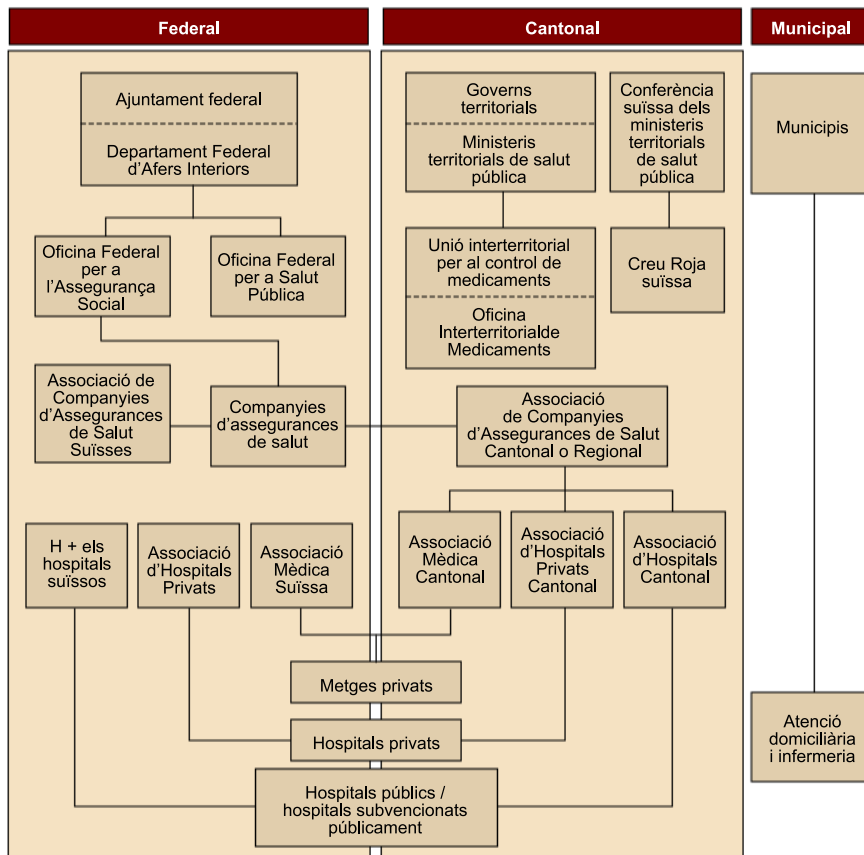
De la mateixa manera succeeix en el cas de França i Suïssa, dos països amb model Beveridge: França és una república mentre que Suïssa és un estat federal. França té una organització sanitària molt centralitzada: tota l'estructura sanitària depèn de direccions generals del Ministeri de Sanitat, a excepció de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (Caixa Nacional d'Assegurança de Malaltia dels Treballadors Assalariats), que és un òrgan amb consell independent.

Sistema sanitari francès



Font: adaptació de *The Conference Board of Canada*

Sistema sanitari suís



Font: adaptació de *The Conference Board of Canada*

Les estructures es ramifiquen en regions i, en un estrat inferior, en departaments. Per contra, Suïssa en ser un estat federal, cadascun dels seus cantons té la seva pròpia estructura sanitària en paral·lel a la federal, i hi pot haver petites diferències entre cantons.

1.2.2. Model d'assegurances socials (bismarckià)

Els models basats en la seguretat social tenen l'origen en grups d'individus que en el passat (en l'edat mitjana segons López Piñero) es van associar i van crear uns fons monetaris per tenir una mica de seguretat financera en els moments de dificultats. Al principi, quan un dels seus membres sofria algun contratemps, se li donava una quantitat monetària perquè fes front a les seves despeses sanitàries o al seu manteniment si es quedava sense ocupació. A partir d'aquestes experiències, el 1883 neix la primera llei d'assegurança sanitària obligatòria a Alemanya. Els principis en els quals es basa aquest model són:

- 1) Consideració de la salut com un bé tutelat pels poders públics.
- 2) Finançament dels serveis sanitaris mitjançant quotes obligatòries d'empresaris i treballadors (assalariats i autònoms), amb més o menys col·laboració de l'Estat.
 - a) Es requereix a l'empresari que pagui part de les contribucions del treballador (d'aquesta manera el càrrec de l'assistència no recau exclusivament en l'empleat; si no fos així, i fos el treballador qui hagués de pagar el 100% de la contribució, hi podria haver persones de rendes baixes o molt baixes que no poguessin accedir a un fons de prestacions).
 - b) Difusió i minimització del risc a partir d'una assistència obligatòria (com més persones facin contribucions, més fons hi haurà disponibles per a sanitat i es produeix la subsidiarització entre grups de risc).
- 4) Els serveis finançats d'aquesta manera estan destinats únicament als qui han cotitzat i a les persones que depenen d'ells.
- 5) Provisió d'assegurament a partir d'institucions públiques i d'unes altres gairebé públiques sense ànim de lucre (d'aquesta manera es minimitza la monopolització de l'assistència). Existència de manera habitual d'assegurances voluntàries complementàries i persistència de les xarxes assistencials de beneficència.
- 6) Pagament als proveïdors (personal i serveis sanitaris) mitjançant contractes i per nombre de serveis.

A partir de la creació del primer sistema basat en la seguretat social, es van desenvolupar rèpliques en diferents països, però cap sistema no és exactament igual. Cada sistema és molt condicionat per la seva estructura política, social, econòmica, i per la seva cultura i els seus valors.

No obstant això, tots tenen en comú que els fons per a sanitat es recullen mitjançant contribucions a la Seguretat Social, que duen a terme tant empresaris com treballadors, autònoms i pensionistes, i que aquests fons estan marcats per a finalitats assistencials.

Tot i així, en pràcticament tots els països amb aquest model, l'Estat central, a partir dels pressupostos generals, subsidiaritzava el fons de la Seguretat Social. El nivell de subsidiarització varia entre països. A més, en aquests sistemes, l'Estat també sol aportar fons addicionals dirigits a temes sanitaris, però no assistencials com són la salut pública, la recerca sanitària i l'educació mèdica.

Exemples

Àustria 42%, Suïssa 14%

El fons de Seguretat Social es distribueix a les diferents entitats d'assegurança assistencial (públiques o gairebé públiques sense ànim de lucre) perquè siguin aquestes institucions les que gestionin la provisió de serveis. Aquests sistemes, no obstant això, es caracteritzen per disposar també de l'existència d'entitats d'assegurança assistencial totalment privades que no reben fons de l'Estat, sinó que procedeixen de les contribucions directes que fan els clients.

Models europeus bismarckians**Model francès o de reemborsament públic**

El finançament és públic i els serveis els presten les institucions públiques, moltes de les quals són autònomes o proveïdors privats. El pacient té llibertat d'elecció, paga els serveis i els ens públics que financen el sistema li reintegren l'import. Com a aspectes positius, destaquen els alts nivells de qualitat i satisfacció dels usuaris; i com a aspecte negatiu, el seu cost elevat.

Model alemany o de contracte públic - pressupost global

El finançament és públic i els serveis poden ser prestats per institucions públiques autònomes i pel sector privat, de manera que la ciutadania pot triar el prestador dels serveis. Els ens financers mantenen relació amb els proveïdors mitjançant contractes públics i pressupostos globals. Els ens financers compren serveis orientats a necessitats i, d'aquesta manera, s'evita la inflació produïda pel sistema francès.

Model holandès

Sistema mixt d'assegurament públic i privat que presenta problemes similars al model de lliure mercat.

Obligatorietat de la contribució

L'existència d'un sistema sanitari totalment privat a països de model bismarckià fa que la contribució obligatòria no sigui sempre així per a tots els ciutadans.

Exemple

A Àustria, Bèlgica, França i Luxemburg pràcticament tota la població ha de contribuir al fons de la Seguretat Social. Per contra, a Alemanya i Holanda només ho han de fer aquells amb un nivell d'ingressos inferior a un límit establert. La població restant a Alemanya s'ha d'assegurar o bé a partir d'una assegurança privada o de la seguretat pública, mentre que a Holanda ho poden fer en una entitat privada o romandre sense assegurança mèdica. En el cas de Suïssa, és voluntària a excepció d'alguns cantons que l'han fet obligatòria per a tota la població o per a determinats grups, com són els ancians i els nens.

El nivell de contribució es calcula segons els ingressos i l'han de dur terme tant l'empresari com els treballadors. Generalment, la proporció és del 50:50 (Alemanya, Àustria, Luxemburg i Holanda), però en altres països l'empresari paga més que el treballador, com és el cas de França. La negociació del nivell de contribució es fa a diversos nivells, però és el Govern central qui en té el control final. En alguns països es permet que les diferents entitats difereixin en el cost de les seves pòlisses, però en uns altres, com és el cas de Luxemburg i Bèlgica, no està permès.

Cartera sanitària i cobertura poblacional

El govern central dels sistemes sanitaris de model bismarckià sol establir un nivell de cobertura de prestacions sanitàries a la qual han de donar resposta totes les entitats d'assegurança. No obstant això, hi ha prestacions que poden quedar fora del sistema i que fan que la ciutadania opti a una doble cobertura (publicoprivada).

En el cas de França, té un assegurament privat complementari fort, el 24% de la despesa sanitària és privada. La doble cobertura representa el 12% del total de la despesa sanitària i, en general, aquestes entitats reemborsen al cent per cent la despesa feta directament pel pacient.

Quant a la cobertura poblacional, es podrien distingir quatre patrons:

- 1) Tota la població coberta per l'assegurança sanitària obligatòria (Àustria, França, Luxemburg).
- 2) La pràctica totalitat de la població coberta per l'assegurança sanitària obligatòria i una minoria que rep una cobertura parcial.
- 3) Cobertura de tota la població, però voluntarietat quant a l'adscripció a l'assegurança assistencial obligatòria.

Exemple

A Suïssa, l'assegurança suplementària inclou tractaments odontològics i hospitalització privada, entre d'altres.

Exemple

A Bèlgica l'assegurança obligatòria cobreix només els autònoms en el cas de riscos majors.

4) Només una part de la població coberta per l'assegurança obligatòria, com és el cas d'Alemanya.

Entitats d'assegurança assistencial públiques o gairebé públiques sense ànim de lucre

En tots els països es tracta d'institucions que tenen independència quant a la seva gestió, el pressupost i la propietat jurídica. No obstant això, totes elles es troben subjectes a una regulació estricta pel govern de cada país.

El nombre d'entitats d'assegurança assistencial varia considerablement entre països.

No obstant això, la tendència és fusionar-se i constituir aliances entre institucions per a reduir-ne el nombre a cada país. Augmentar el nombre de beneficiaris i, així, difuminar els riscos és una de les principals raons de fer aquestes fusions.

Característiques de les entitats d'assegurança assistencial

Les entitats d'assegurança assistencial es poden organitzar d'acord amb:

- a) grups de treballadors d'un mateix sector,
- b) àmbit territorial (p. ex., Holanda),
- c) per ideari religiós o polític (p. ex., Bèlgica),
- d) per tipus d'empresa (p. ex., Àustria).

Limitacions

Aquest sistema no es caracteritza per contribuir a la solidaritat en termes financers. Generalment, es paga un percentatge fix respecte al salari o ingressos dels individus (amb un límit màxim). En aquesta situació, les persones amb ingressos molt elevats (per sobre del límit) paguen, en comparació, menys que les que tenen ingressos inferiors. D'altra banda, en els sistemes en què és possible renunciar a la Seguretat Social (p. ex., Holanda), els individus no contribueixen al sistema de finançament, de manera que el fan més regressiu. En els sistemes en què hi ha diverses entitats d'assegurança i en els quals l'individu en pot escollir l'un o l'altre, es pot arribar a produir una selecció per risc (les empreses tendeixen a escollir els individus que presenten un perfil de riscos absent o mínim).

1.2.3. Model de servei nacional de salut (Beveridge)

És característic dels països amb tradició socialdemòcrata. El seu punt de partida es troba en finalitzar la Segona Guerra Mundial quan, al Regne Unit, Beveridge impulsa un sistema nacional de salut sota el principi que tot individu té dret al millor tractament mèdic existent, independentment dels seus mitjans

Exemple

En el cas d'Holanda els ciutadans que tenen una renda *per capita* superior a un límit establert.

Exemple

En el cas de les entitats d'assegurança suïsses, s'han d'inscriure a l'Oficina Federal d'Assegurança Social, i en el cas de França ho han de fer a la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAM).

Exemple

53 a Holanda, 453 a Alemanya

econòmics. Aquest model es troba a Espanya, al Regne Unit i als països nòrdics. El finançament és públic i els serveis els presta hegemònicament el sector públic. La capacitat d'elecció és escassa.

Descentralització del finançament

En les últimes dècades hi ha hagut una demanda creixent per la descentralització del finançament sanitari en aquests països. A Finlàndia, des de 1972, la recollida d'impostos i la responsabilitat de provisió de serveis assistencials es duen a terme des dels municipis. A Dinamarca, els comtats són responsables del finançament i de la provisió de serveis hospitalaris i del reemborsament de l'atenció rebuda, mentre que els municipis s'encarreguen de l'atenció domiciliària i de programes de promoció i prevenció. A Suècia, els comtats, a partir d'impostos locals, són els que financen els hospitals i els seus professionals. Al Regne Unit, i recentment a Catalunya (Espanya), hi ha una tendència a la separació entre proveïdor i finançador, amb l'objectiu de tenir una autonomia financera més gran a les autoritats locals.

Les característiques que defineixen aquest model són:

- 1) Consideració de la salut com un bé tutelat per l'Estat.
- 2) Finançament dels serveis sanitaris per mitjà dels impostos establerts pels diferents governs, amb aportacions complementàries variables dels sistemes de seguretat socials.

Exemple

Al Regne Unit el 79% del pressupost prové dels impostos i el 16%, dels fons socials.

El finançament a partir d'impostos es considera com una contribució a la solidaritat social (*risk pooling*).

- 3) Gran control governamental de tot el procés de finançament i provisió de serveis sanitaris.
- 4) Universalitat i equitat com a principis essencials de l'organització del sistema.
- 5) Problemes freqüents de burocràcia, sobreutilització, eficiència i llistes d'espera.

En aquesta línia, les diferències amb el model de la Seguretat Social són:

- La cobertura és universal, és a dir, inclou tots els residents d'un país, per la qual cosa que es contribueixi econòmicament a una entitat d'assegurança deixa de ser el factor determinant de dret a l'atenció sanitària.
- Tots els individus tenen dret als mateixos tipus de serveis, no és així en els models de seguretat social. Irlanda n'és l'excepció, on només els més pobres poden accedir a tots els beneficis i la resta de la població ha de fer contribucions de copagament segons tipus de serveis.
- L'Estat assumeix la responsabilitat de finançar els serveis de salut a partir dels impostos.

- Les entitats d'assegurança assistencial perden la seva identitat diferenciada i independència de l'Estat.
- La provisió dels serveis de salut (hospitals, ocupació de metges i altres professionals) es troba en mans del sector públic.
- No existeix la selecció per risc.

1.2.4. Model de lliure mercat (privat)

Els Estats Units representen el model sanitari de lliure mercat. No obstant això, a països de l'oest d'Europa, on hi ha els models basats en la Seguretat Social, coexisteix aquest model en diferent grau.

Les característiques d'aquests sistemes són les següents:

- 1) Consideració de la salut com un bé de consum, no necessàriament protegit pels poders públics.
- 2) Contribució estatal reduïda al manteniment dels serveis sanitaris i limitada a grups vulnerables i desfavorits.
- 3) Desregulació per part de l'Estat de la provisió de serveis sanitaris.
- 4) Coexistència de xarxes de beneficència i assegurances privades.
- 5) Costos molt elevats.
- 6) Problemes greus d'equitat i accessibilitat.

Hi ha una diferència important entre la transformació d'un sistema sanitari impulsat per l'Estat en un altre sistema de seguretat social administrat per organitzacions sense ànim de lucre (p. ex., Alemanya, Holanda) i l'admissió d'entitats d'assegurança amb ànim de lucre dins del mercat d'atenció sanitària. En el primer cas, es tracta d'una via diferent d'organitzar la solidaritat social, mentre que en el segon l'impuls és el lucre i pot desembocar en una desigualtat més gran de l'atenció sanitària entre la població.

1.3. Regulació

La regulació és una de les activitats bàsiques de la intervenció del sector públic en els sistemes de salut i consisteix en l'establiment d'un marc legal i normatiu que determina les "regles del joc" dels sistemes sanitaris.

Algunes de les regulacions que trobem en el sector de la salut es relacionen de vegades més amb els valors socials dominants que per arguments purament tècnics.

En aquests casos, el comportament de l'Estat és clarament paternalista, ja que entén que la salut és un "bé preferent" de consum obligat per la població.

Exemple

Les que afecten la venda d'alcohol o tabac.

Altres vegades, la regulació es pot entendre com un mecanisme d'articulació de l'oferta i la demanda de serveis sanitaris en un "mercat" en què la informació és transcendental i en què la regulació permet establir estàndards de qualitat a partir de titulacions reconegudes, acreditació de centres proveïdors de serveis o establiment de normes per a l'ús de publicitat en els fàrmacs.

1.4. Drets, deures i apoderament dels ciutadans en els sistemes de salut

1.4.1. Introducció

A la fi de la dècada de 1980, principi de la de 1990, sorgeixen a Europa diferents iniciatives dirigides a explicitar i regular els drets que tenen els pacients en els sistemes de salut del seu país.

El naixement dels drets dels pacients té com a fi la sensibilització dels serveis d'atenció sanitària cap a les demandes dels ciutadans i pretenen ser la base de la relació entre els usuaris i els professionals sanitaris. Al llarg de la dècada de 1990, una vegada definides i instaurades diferents normes que recullen els drets i deures dels pacients a Europa, reneix amb força la necessitat i el desig d'una implicació més grana dels ciutadans en la definició de polítiques de salut i de serveis, i en la presa de decisions informada en la trobada metge-pacient. Comença a sorgir amb força el concepte d'*apoderament ciutadà* (*citizen empowerment*) en els seus diferents vessants, com a ciutadà o com a pacient, i en un rang ampli de possibilitats (des de la participació consultiva a la decisió total per part de la ciutadania).

1.4.2. Drets i deures

Diferents experts en el tema de drets i deures dels pacients proposen diferents classificacions. Adaptant la proposta de Sánchez-Caro (2000), es podrien classificar els drets dels usuaris d'un sistema sanitari com aquells derivats de l'assistència sanitària i aquells derivats del dret a la informació, encara que els uns i els altres es troben interrelacionats.

Entre els drets **derivats de l'assistència sanitària** cal destacar:

- La lliure autodeterminació pel que fa a:
 - **Consentiment informat:** el pacient ha de conèixer les conseqüències (beneficis i riscos) de l'aplicació d'un tractament, i ha de donar la seva autorització signada en cas d'acceptació d'una intervenció. Hi ha excepcions al consentiment informat: quan la no-intervenció comporti un risc per a la salut pública, quan l'usuari directe no estigui capacitat per a prendre decisions (en aquest cas, el dret recau en un familiar o afí) i quan la urgència del cas no permeti demores.

- **Dret a rebutjar el tractament:** el pacient té dret a la lliure elecció de tractament entre les alternatives disponibles i al seu rebuig a ser tractat (en cas que aquest rebuig es doni en pacients ingressats, haurà de signar un alta voluntària).
- A ser tractat amb respecte i dignitat sigui quina sigui la seva raça, creença o situació socioeconòmica.
- A l'assignació de metge i a conèixer-ne el nom.
- A l'elecció de metge sota els termes que estableixi la llei.
- A poder exercitar queixes pel tractament rebut i suggeriments de millora.
- A participar en activitats sanitàries segons la llei.

Entre els **drets derivats de la informació**, a part dels esmentats en el procés assistencial, destaquen:

- El respecte a la confidencialitat i a la intimitat dels pacients.
- El coneixement complet i continuat sobre el seu procés assistencial –tant oral com per escrit–, que inclou diagnòstic, pronòstic i alternatives terapèutiques.
- L'existència de la història clínica i l'accés a la història (exceptuant les observacions, apreciacions o anotacions subjectives del metge) i a l'informe d'alta en pacients que han estat hospitalitzats.
- El coneixement de quines proves i quins tractaments se li apliquen i on hi pot accedir en el sistema.

Referent als deures dels pacients es destaca:

- Facilitar lleialment i veraçment, o col·laborar en la seva obtenció, les dades sobre l'estat físic o sobre la salut que siguin necessàries per raons d'interès públic o amb motiu de l'assistència sanitària.
- Complir amb les prescripcions generals emeses per a la comunitat o població, i les específiques per al pacient.
- Signar el document d'alta voluntària si el pacient ingressat no accepta el tractament (quan el pacient no signi, la direcció del centre sanitari, a proposta del metge responsable, en pot ordenar l'alta forçosa).
- Responsabilitat en l'ús dels serveis sanitaris.

- Cuidar de les instal·lacions i col·laborar en el manteniment dels centres sanitaris.

1.4.3. Apoderament de la ciutadania

Des del final del segle XX, diferents governs de tot el món advoquen per una participació ciutadana més gran tant en el disseny de polítiques sanitàries com en les decisions sobre el seu procés assistencial.

Exemples

Un exemple d'això el constitueix el Regne Unit amb els seus dos documents, *White Paper "The New NHS"* (1997) i *First Class Service* (1998), que emplacen el Servei Nacional del Regne Unit a desenvolupar i potenciar la participació ciutadana.

Un altre exemple n'és el Canadà, on davant la crisi en el seu sistema sanitari s'està assumint una proposta de més descentralització en la presa de decisions, cosa que promou una transparència més gran i la inclusió de ciutadans en els processos de decisió sanitària a escala dels governs provincials.

Recentment l'Organització de Cooperació i Desenvolupament Econòmic (OCDE) defensa, en el seu document *Consultation and Public Participation in Policy-Making* (2001), la participació activa dels ciutadans en l'establiment de polítiques en general d'acord amb tres principis: el desenvolupament d'una política pública més encertada, la millora de la confiança de la població en els governs i el reforçament de la democràcia. En aquesta línia, la participació s'associa a la visió de l'atenció sanitària com un "bé social".

Exemple

Un exemple pràctic i innovador s'ha dut a terme a Catalunya (Espanya), on s'ha dissenyat un sistema de prioritització de pacients en llista d'espera de cirurgia de cataractes i d'artroplàstia de genoll i maluc d'acord amb la participació de mostres representatives de diferents grups d'agents relacionats directament o indirectament amb aquests procediments (pacients, familiars, clínics, població sense la patologia).

La participació que es defensa es fa en diferents nivells del procés d'atenció, tant en el disseny de polítiques de salut i de serveis (macroescala), en la selecció d'hospitals i metges (mesoescala) i en la trobada metge-pacient (microescala).

A una escala macro i meso, hi ha diversos elements o premisses que han d'ocórrer perquè el ciutadà hi pugui participar activament. Aquests elements es refereixen tant a característiques individuals i circumstàncies de l'individu, com a elements que depenen més del sistema en si.

Elements per a la participació ciutadana en política i planificació de serveis (macro-meso)

Capacitat personal	Oportunitat organitzativa
Coneixement i educació	Accés i coneixement organitzatiu
Confiança i assertivitat	Comunicació professional i actituds
Salut i característiques sociodemogràfiques	Informació

Capacitat personal	Oportunitat organitzativa
Temps disponible	Canvis i terminis
Nivell econòmic	
Altruisme	

Font: Eurohealth (2003-2004, hivern)

No obstant això, hi ha una sèrie de barreres que dificulten la participació. Una d'elles és el poc coneixement que, en general, la ciutadania sol tenir sobre el funcionament del sistema sanitari, per la qual cosa és difícil que hi intenti participar; hi sol haver poques (per no dir cap) estructures formals o informals que ajudin la ciutadania a comprendre aspectes i el vocabulari utilitzat en el sector salut. D'aquesta manera, el ritme de resposta i avanç de qualsevol sistema sanitari pot arribar a frustrar fins a l'activista més actiu i entusiasta. Tot i així, també hi pot haver facilitadors.

Exemple

Grups de voluntaris que ajudin a comprendre millor el sistema i a canalitzar iniciatives ciutadanes, accions proactives d'institucions o serveis d'atenció locals que en facilitin l'accés (en alguns casos fins i tot s'han creat consells de ciutadans dins dels hospitals) i informació accessible per mitjà de noves vies, com és el cas d'Internet.

A escala micro, en la consulta del metge, també hi ha una sèrie de premisses tant pel que fa al pacient com pel que fa a l'organització.

Elements per a la participació del pacient en la provisió de serveis (micro)

Capacitat personal	Oportunitat organitzativa
Coneixement i educació	Accés i continuïtat
Confiança i assertivitat	Temps i recursos
Característiques sociodemogràfiques	Comunicació professional i actituds
Salut i estat psíquic	Informació

Font: Eurohealth (2003-2004, hivern)

No obstant això, cal destacar que en l'última dècada el nivell de comunicació metge-pacient ha millorat, en molts casos, bé sigui perquè el metge s'esforça en la comunicació o perquè el pacient està millor informat i és menys dependent del metge. També hi ha barreres en aquest nivell. D'una banda, cal esmentar la desigualtat en el coneixement entre el professional sanitari i el pacient; de l'altra, l'educació del pacient o les habilitats del clínic també poden influir en una bona participació, la dificultat de ser actiu quan s'està tractant amb un individu malalt (especialment en episodis aguts) i l'escassetat de temps generalitzada en les trobades metge-pacient.

Però també hi ha facilitadors.

Exemples

Iniciatives en què professionals ben entrenats (solen ser infermeres) informen prèviament el pacient sobre riscos i beneficis de tractaments perquè aquest prengui la decisió (per exemple, al Canadà).

2. Finançament

2.1. Definició de la funció de finançament d'un sistema sanitari

Els sistemes de salut tenen com a objectius bàsics (OMS, 2000):

- Aconseguir un bon estat de salut de la població.
- Tenir capacitat de respondre a les expectatives no sanitàries de la població.
- Aconseguir un grau adequat de justícia en la contribució financera del sistema.

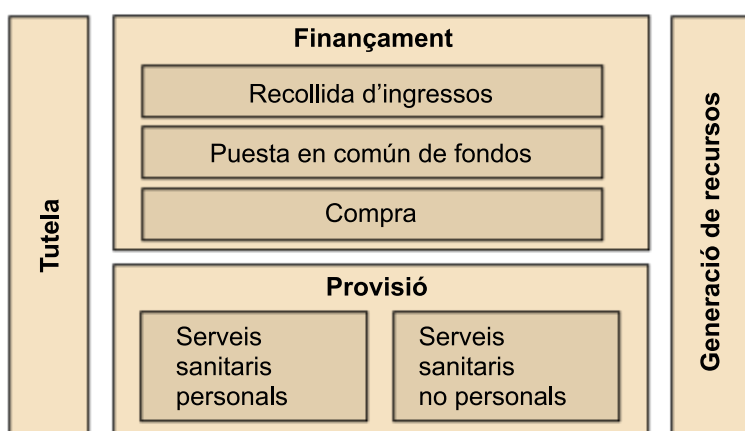
La consecució d'aquests tres objectius estratègics bàsics també comporta la consecució d'altres objectius intermedis (Durán, 2004):

- **L'acceptabilitat:** com responen els sistemes a les expectatives dels ciutadans.
- **L'accés:** si els pacients poden obtenir els serveis necessaris en el lloc i moment adequats.
- **La idoneïtat:** si l'assistència és rellevant per a les necessitats i es basa en estàndards establerts.
- **La competència:** coneixement i habilitats dels qui proveeixen l'assistència amb relació a la que presten concretament.
- **La continuïtat:** com encaixen entre ells els serveis, inclosa la seva coordinació, integració i facilitat d'accés entre nivells assistencials.
- **L'efectivitat:** si cada servei individual funciona quant al fet que afecta la salut com a resultat.
- **L'eficiència:** entesa tradicionalment des del punt de vista de l'eficiència tècnica, o la capacitat d'aconseguir els millors resultats al cost més baix.
- **Sostenibilitat:** la capacitat del sistema d'aportar la seva infraestructura, com la mà d'obra, les instal·lacions, els equipaments, ser innovador i respondre a les necessitats que sorgeixin.

Els sistemes de salut, com qualsevol altra organització complexa, desenvolupen una sèrie d'activitats sistemàtiques ("funcions") que pretenen aconseguir els objectius estratègics i intermedis plantejats. S'entén que els sistemes de salut duen a terme quatre d'aquestes funcions:

- El finançament, que inclou la recollida d'ingressos, la posada en comú dels fons i la compra de serveis.
- La provisió de serveis sanitaris personals i no personals.
- La generació de recursos, inclosos els recursos humans, les instal·lacions, entre d'altres.
- La tutela o supervisió del sistema.

Funcions dels sistemes sanitaris



Font: Murray; Frenk. *Who framework for health system performance assessment*

En aquest marc, per tant, entenem que:

"[...] el finançament del sistema sanitari és el procés pel qual es recapten els ingressos primaris i secundaris, s'acumulen en dipòsits comuns de fons i s'assignen a activitats dutes a terme pels proveïdors de serveis".

Frenk i Murray (2000)

Atenent a l'*Informe Mundial de la Salut 2000*, el propòsit del finançament és fer disponibles els diners i oferir a qui presta els serveis els incentius idonis per assegurar que tots els individus puguin accedir a una assistència sanitària i una salut pública efectiva.

Un dels factors que més ha incidit en el desenvolupament de nous esquemes que garanteixin un finançament idoni i sostenible dels sistemes de salut, ha estat, sens dubte, l'increment enorme de la despesa sanitària en molts països en les últimes dècades.

En aquest sentit, adjuntem algunes dades rellevants:

Evolució de la despesa *per capita* i de la seva fracció pública als països de l'OCDE, 1960-2000

	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	2000
Alemanya	98	135	228	484	856	1.175	1.522	2.713
Austràlia	99	127	219	463	696	998	1.310	1.730
Àustria	69	94	172	289	716	984	1.383	2.277
Bèlgica	55	84	135	320	607	879	1.242	1.918
Canadà	109	155	264	457	773	1.244	1.811	1.783
Dinamarca	70	125	226	363	618	807	1.051	2.574
Espanya	14	38	85	198	342	452	774	1.071
Estats Units	143	204	346	592	1.064	1.711	2.601	4.187
Finlàndia	57	95	172	320	539	865	1.291	1.789
França	75	124	215	409	736	1.083	1.529	2.396
Grècia	16	27	61	107	192	282	400	905
Holanda	74	106	222	441	742	931	1.286	2.041
Irlanda	37	52	102	246	477	572	748	1.326
Islàndia	53	88	146	307	611	889	1.379	2.149
Itàlia	51	83	162	296	600	814	1.296	1.855
Japó	27	64	133	269	540	792	1.119	2.373
Luxemburg	-	-	160	340	657	930	1.392	2.580
Noruega	95	-	141	322	573	846	1.193	2.283
Nova Zelanda	49	77	183	369	568	747	995	1.416
Portugal	-	-	48	166	265	398	554	845
Regne Unit	80	101	155	286	474	685	985	1.303
Suècia	94	151	285	496	897	1.150	1.455	2.456
Suïssa	96	141	281	541	886	1.224	1.640	3.564
Turquia	-	-	-	39	67	66	133	118
Mitjana OCDE	70	104	180	343	604	855	1.212	1.984

Font: Schieber; Polier; Greewald (2000). "Health Expenditure Performance: International Comparison and Data Update. Health Spending; Delivery and Outcomes in OECD". WHO. *World Health Report*.

Despesa pública com a percentatge de la despesa sanitària. OCDE 1960-2000

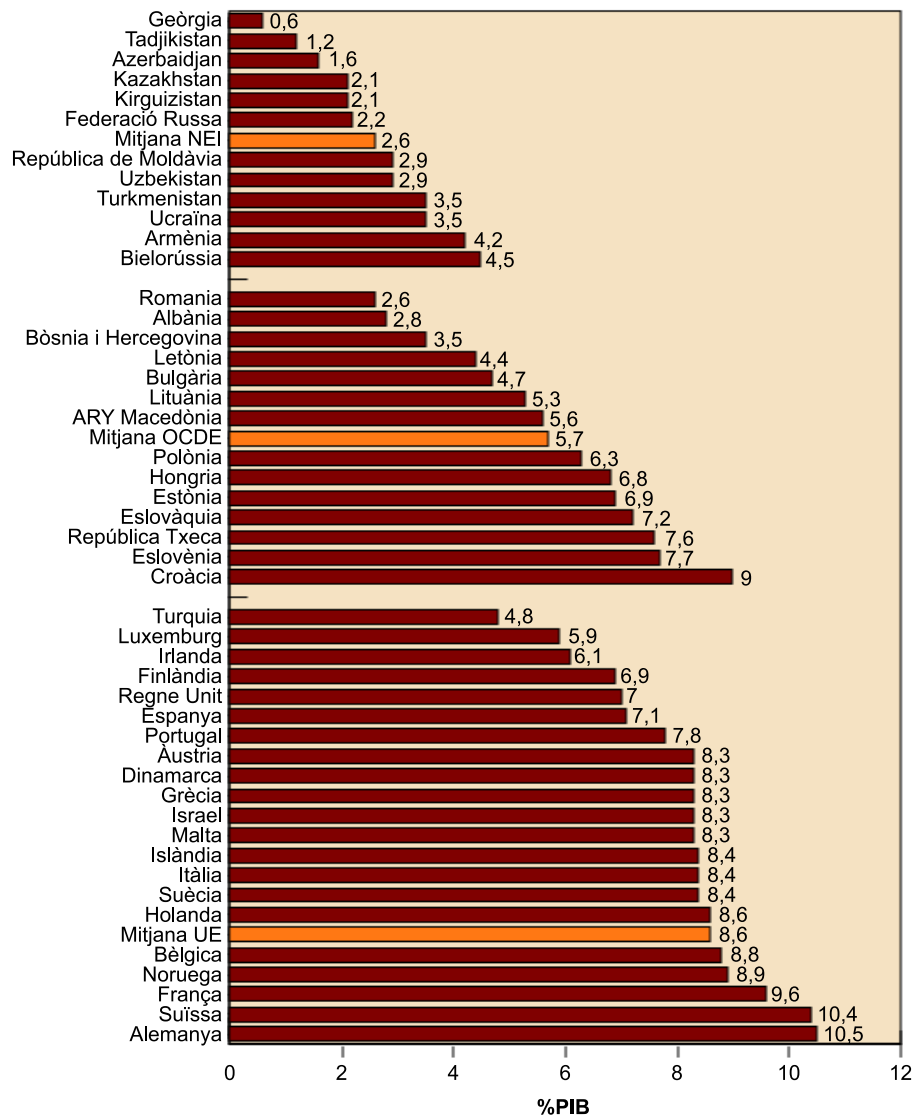
	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	2000
Alemanya	66	71	70	77	75	74	72	77
Austràlia	48	54	57	71	63	71	68	72
Àustria	69	70	63	70	69	67	67	67

Font: Durán (2004)

	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	2000
Bèlgica	62	75	87	80	83	82	89	83
Canadà	43	52	70	76	75	75	72	72
Dinamarca	89	86	86	92	85	84	83	84
Espanya	59	51	65	77	80	81	80	71
Estats Units	25	25	37	41	42	41	42	44
Finlàndia	54	66	74	79	79	79	81	74
França	58	68	75	77	79	77	74	77
Grècia	64	71	53	60	82	81	77	66
Holanda	33	69	64	73	75	75	71	71
Irlanda	76	76	82	79	82	77	75	77
Islàndia	67	78	83	87	88	91	87	84
Itàlia	83	88	86	86	81	77	78	57
Japó	60	61	70	72	71	73	72	80
Luxemburg	-	-	-	92	96	98	96	95
Noruega	81	-	92	96	98	96	95	82
Nova Zelanda	78	81	80	84	84	85	82	72
Portugal	-	-	59	59	72	56	62	57
Regne Unit	85	86	87	91	90	86	84	97
Suècia	73	80	86	90	93	90	80	78
Suïssa	61	61	64	69	68	69	68	69
Turquia	-	-	-	49	27	50	36	74
Mitjana OCDE	63	68	73	76	76	76	74	74

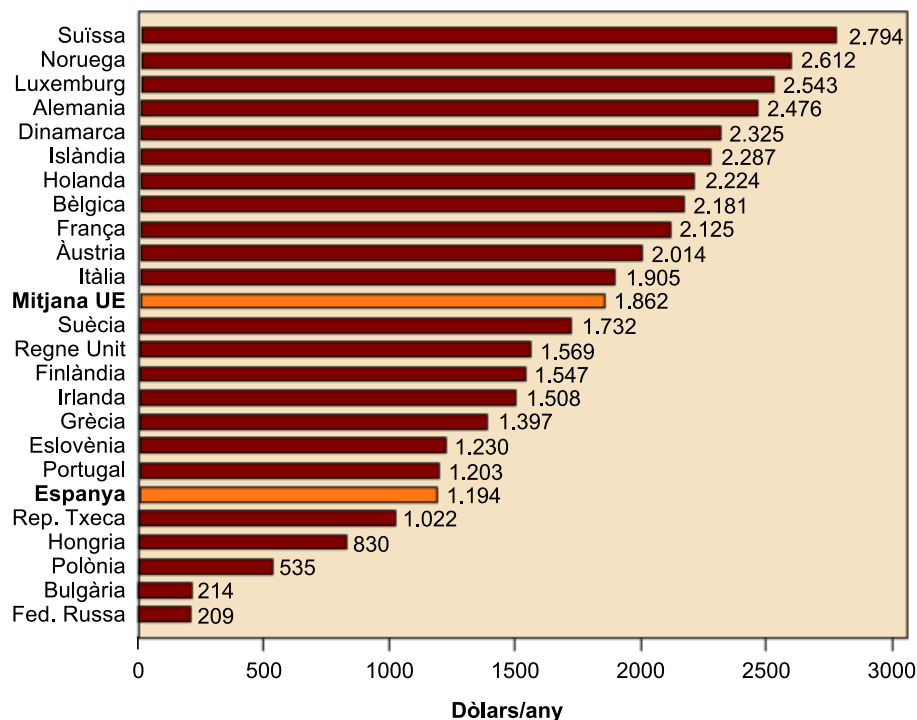
Font: Durán (2004)

Despesa sanitària total en salut com a percentatge del PIB OMS regió europea, 1999 o últim any disponible



Font: Who (2002)

Despesa sanitària *per capita* en dòlars americans a paritat de poder adquisitiu a Europa, 2002



Font: Who. *European Health Report* (2002)

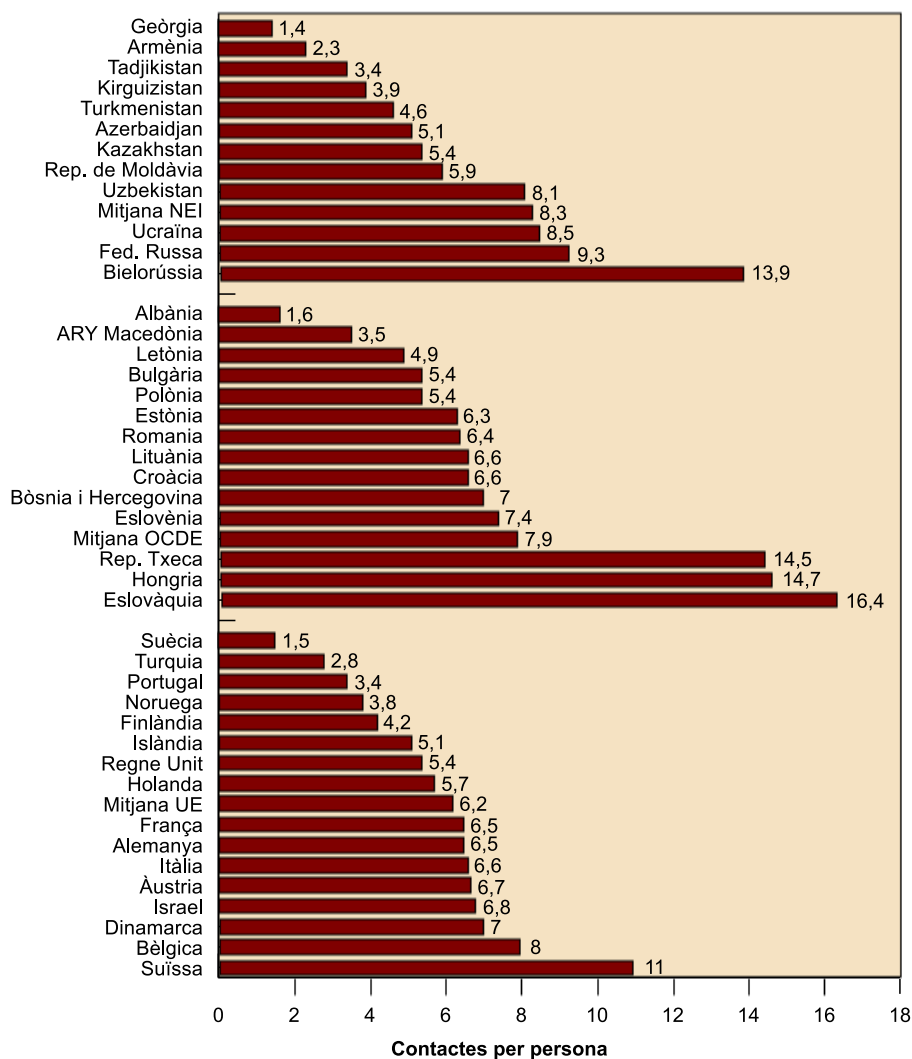
Les taules mostren increments sostinguts de la despesa *per capita* en salut. S'observa entre el 1960 i el 2001 un creixement clar de la despesa sanitària en termes reals: tots els països han anat invertint més recursos reals en els serveis reals de salut. Durant aquest període de temps, la majoria de països ha incrementat d'una manera més ràpida la seva despesa sanitària real durant la dècada de 1960 i, en arribar a la dècada de 1980, s'ha tendit cap a una estabilització més gran de la despesa sanitària amb relació al PIB (Puig, 2004).

De manera general, a més, es pot observar que els països que partien d'una despesa superior el 1960 estan experimentant taxes de creixement de la despesa inferiors als que partien de nivells més baixos (**hipòtesi de convergència**). L'excés de creixement de la despesa, entès com el creixement d'aquest per sobre del creixement del PIB, ha tendit a ser més gran des de 1990 als països el nivell de despesa inicial dels quals era inferior, fet que abona la hipòtesi de tendència cap a la convergència internacional de la despesa *per capita* en salut.

No obstant això, hi ha excepcions a aquest patró de comportament molt rellevants: els tres països amb la ràtio de despesa més elevada (Alemanya, Suïssa i els Estats Units) han mostrat un excés de creixement de la despesa sanitària (fet que planteja dubtes seriosos sobre l'eficiència d'aquests sistemes de salut).

Una anàlisi de les taules també és indicatiu de la disparitat existent entre els recursos utilitzats i costos en els sistemes sanitaris entre diferents països, i també les disparitats existents quant als patrons d'utilització i resultats en salut:

Contactes anuals amb el metge de consulta externa per persona OMS regió europea, 1999 o últim any disponible



Font: Who. Health for All. Database (2002)

Utilització dels ingressos i acompliment dels hospitals d'aguts a l'Europa occidental. OMS regió europea, 1999 o últim any disponible

	Llits hospitalaris per 1.000 habitants	Admissions per 100 habitants	Estada mitjana en dies	Taxa d'ocupació (%)
Alemanya	7,0 ^a	19,6 ^b	11,0 ^a	76,6 ^b
Àustria	6,4 ^a	25,8 ^a	6,8 ^a	75,4 ^a
Bèlgica	5,2 ^b	18,9 ^c	8,8 ^b	80,9 ^c
Dinamarca	3,4 ^a	18,7	5,7	78,3 ^a
Espanya	3,2 ^c	11,2 ^c	8,0 ^c	77,3 ^c

Nota: a = 1998; b = 1997; c = 1996; d = 1995; e = 1994; f = 1993; g = 1992
Font: WHO. Health for All. Database

	Llits hospitalaris per 1.000 habitants	Admissions per 100 habitants	Estada mitjana en dies	Taxa d'ocupació (%)
Finlàndia	2,5	19,7	4,5	74,0 ^d
França	4,3 ^a	20,3 ^d	5,6 ^a	75,7 ^a
Grècia	3,9 ^g			
Holanda	3,4 ^a	9,2 ^a	8,3 ^a	61,3 ^a
Irlanda	3,2 ^a	14,6 ^a	6,8 ^a	84,3 ^a
Islàndia	3,8 ^d	18,1 ^d	6,8 ^d	
Israel	2,3	17,9	4,3	94,0
Itàlia	4,5 ^a	17,2 ^a	7,1 ^a	74,1 ^a
Luxemburg	5,5 ^a	18,4 ⁱ	9,8 ^c	74,3 ⁱ
Malta	3,8		4,2	79,3
Noruega	3,3 ^a	14,7 ^c	6,5 ^c	81,1 ^c
Portugal	3,3 ^a	11,9 ^a	7,3 ^a	75,5 ^a
Regne Unit	2,4 ^a	21,4 ^c	5,0 ^c	80,8 ^a
Suècia	2,5	15,6 ^a	5,1 ^c	77,5 ^c
Suïssa	4,0 ^a	16,4 ^a	10,0 ^a	84,0 ^a
Turquia	2,2	7,3	5,4	57,8

Nota: a = 1998; b = 1997; c = 1996; d = 1995; e = 1994; f = 1993; g = 1992
Font: WHO. Health for All. Database

Expectativa de vida en néixer, expectativa de vida als seixanta anys i mortalitat infantil a països de l'OCDE

	Expectativa de vida en néixer		Expectativa de vida als seixanta anys ajustada segons discapacitat		Mortalitat infantil
	Homes	Dones	Homes	Dones	
Alemanya	73,7	80,1	14,3	18,5	5,0
Bèlgica	74,5	81,3	15,8	19,6	6,0
Canadà	76,2	81,9	16,0	18,9	6,0
Dinamarca	72,9	78,1	14,2	17,2	5,2
Espanya	75,3	82,1	16,8	20,1	5,0

Fuentes: WHO. World Health Report (1999) i World Health Report (2000)

	Expectativa de vida en néixer		Expectativa de vida als seixanta anys ajustada segons discapacitat		Mortalitat infantil
	Homes	Dones	Homes	Dones	
França	74,9	83,6	16,8	21,7	5,1
Grècia	75,5	80,5	16,9	18,8	7,3
Holanda	75,0	81,1	15,4	19,7	5,2
Hongria	66,3	75,1	11,7	15,5	10,6
Irlanda	73,3	78,3	13,9	16,6	5,5
Itàlia	75,4	82,1	16,2	19,9	5,8
Japó	77,6	84,3	17,5	21,6	3,8
Luxemburg	74,5	81,4	15,8	19,7	4,9
Portugal	72,0	79,5	14,0	17,7	6,9
Regne Unit	74,7	79,7	15,7	18,6	6,1
Estats Units	73,8	79,7	15,0	18,4	7,8

Fuentes: WHO. *World Health Report (1999)* i *World Health Report (2000)*

Les dades aportades confirmen el que ja van apuntar alguns autors com Dubos, Mckewon o Cochrane: hi ha dubtes seriosos que hi hagi una relació directa i causal entre les millores de salut i els augments de costos, i hi ha desigualtats serioses en salut a escala internacional.

De fet, les àmplies diferències en els costos han generat molta bibliografia per a explicar aquesta variabilitat. En la bibliografia sobre el tema destaquen dos factors que tradicionalment s'han prioritzat en l'explicació d'aquestes variacions: la capacitat econòmica del país i la proporció de població més gran de seixanta-quatre anys. En aquest sentit, estudis recents mostren una relació lineal, positiva i estadísticament significativa (especialment entre els països de rendes més altes), entre el nivell de renda i la despesa sanitària *per capita* (característica típica d'un bé de luxe¹ i no d'un bé de necessitat². Quant a l'efecte de la proporció de persones més grans de seixanta-quatre anys, la hipòtesi es basa en el fet observat que la despesa sanitària és creixent amb l'edat i especialment a partir dels seixanta-quatre anys. No obstant això, no hi ha prou evidència empírica per a sostenir aquesta hipòtesi agregadament (Puig, 2004).

(1) El bé de luxe és el bé el consum del qual augmenta proporcionalment quan la renda s'incrementa.

(2) El bé de necessitat és el bé el consum del qual augmenta proporcionalment quan es redueix la renda.

Per a fer front, per tant, al creixement de la despesa sanitària a escala internacional, hem de destacar tres subfuncions del finançament dels sistemes sanitaris que intenten abordar l'objectiu d'aconseguir un finançament idoni i sostenible d'aquests sistemes:

1) La subfunció referida a la mobilització de recursos econòmics.

2) La subfunció d'assegurament.

3) La subfunció de compra i pagament a proveïdors de serveis.

2.2. Mobilització de recursos: la subfunció d'obtenció d'ingressos

La mobilització de recursos o obtenció d'ingressos es refereix a la capacitat del sistema de salut per a rebre recursos monetaris de fonts primàries (famílies i companyies) i fonts secundàries (governos i donants) per a fer front als costos del sistema. La mobilització de recursos, vinculada a la suficiència del sistema, és fonamental en un aspecte tan crític com la de garantia d'accés al sistema.

L'aspecte crític en el disseny de sistemes d'obtenció de recursos és la decisió sobre el nivell de prepagament en el sistema de finançament, és a dir, la quantitat de recursos *ex-ante* que es recullen amb relació al moment d'ús dels serveis.

Les fonts d'obtenció de recursos són diverses:

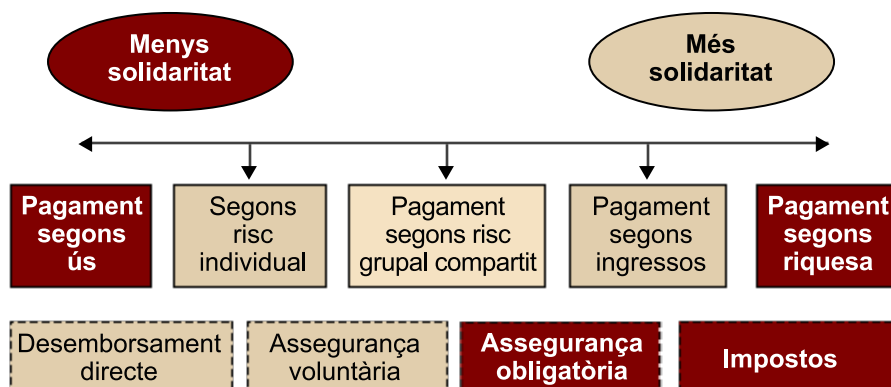
- impostos generals,
- contribucions obligatòries a un sistema de seguretat social,
- cotitzacions a una assegurança sanitària voluntària privada,
- pagaments de butxaca,
- donacions.

Les fonts d'obtenció de recursos es vinculen, a més, a l'anàlisi de justícia i equitat relacionades amb la dicotomia contribució i utilització. La situació més "justa" en aquest sentit seria aquella en què hi hagués una separació completa entre contribució i utilització (especialment de les intervencions de cost elevat). Amb això es permetria una contribució comuna dels recursos basada en la riquesa, enfront d'un ús basat en la necessitat. Per contra, a mesura que al pacient se li exigeixi un copagament com a preconditionió per a rebre assistència, la vinculació- contribució-ús més gran crearà una restricció superior a l'accés als pobres.

En aquest sentit, el finançament per impostos genera la màxima separació entre pagament i ús, mentre que en l'extrem oposat hi hauria el pagament de butxaca, en què aquesta separació no existeix.

La solidaritat en el finançament sanitari

Qui paga / qui se'n beneficia?



Font: Durán (2004)

La separació entre contribució i utilització és habitual als països desenvolupats per raons de justícia i equitat. Per a això, s'han creat agències que poden gestionar els ingressos i derivar els recursos cap al pagament de la provisió de serveis. En els casos en què aquestes agències tenen una gran debilitat institucional, per motius operatius i organitzatius, es fa impossible la separació de contribució i ús fins al punt que en alguns països tenen dificultats serioses per a l'establiment de cotitzacions de seguretat social, a causa de l'alt percentatge d'economia informal. En aquests països, de vegades, és necessària la introducció de copagaments per a l'accés a determinades intervencions per raons estrictament vinculades a l'augment d'ingressos (reforç de la capacitat financera del sistema) o bé com a mecanisme de control de la demanda (davant problemes de sobreutilització evident). En aquest sentit, molts autors apunten al fet que els mecanismes de copagament tenen més efectes de "racionament" que de "racionalització" (Durán, 2004). Els mateixos autors apunten el fet que és aconsellable cenyir l'ús de copagaments a les necessitats de baix cost i pre-dictibles.

En exercicis de política sanitària comparada i atenent als mateixos consells de l'OMS en el seu *Informe Mundial de la Salut*, s'han d'usar sempre que sigui possible mètodes de prepagament que permetin una distribució dels recursos coherent amb una distribució adequada dels riscos, tal com s'especifica més endavant. Aquest és un consell aplicable sempre que els costos administratius i de transacció dels mètodes de prepagament no posin en perill els beneficis potencials del mètode.

Finalment, un altre dels aspectes que cal tenir en compte amb relació a la col·lecció de recursos es refereix a la decisió sobre el nombre d'agències que han de desenvolupar aquesta subfunció. En aquest sentit s'apunten dos factors de decisió (Durán, 2004):

1) **Economies d'escala:** aconseguir una grandària òptima dels recursos per aconseguir rendibilitzar al màxim les infraestructures i els recursos humans que representen costos fixos per a l'organització.

2) **La concentració de recursos:** capacitat de concentrar un alt volum de recursos i gestionar correctament els riscos dels contribuents al sistema per a fer-lo financerament sostenible (aconseguir articular la llei de grans nombres).

2.3. Posada en comuna (*pooling*) de riscos i recursos: la subfunció d'assegurament

La posada en comuna de riscos consisteix en l'acumulació i gestió de recursos amb la finalitat de minimitzar els riscos financers dels individus que han pagat la seva assistència sanitària fent que comparteixin les prestacions. En aquest sentit, s'aconsegueix una col·lectivització dels recursos (deixen d'estar assignats a contribuents particulars) i passen a formar part d'una "borsa comuna" de recursos, que serveix per a fer front al pagament dels serveis requerits pels contribuents que han contribuït al fons comú. En tot cas, el punt clau és que el fons comú serveix per a pagar els serveis dels individus contribuents al fons, independentment del grau de contribució que hi hagin fet. Fa referència, per tant, a un fons "solidari" en què el criteri de contribució acostuma a ser la capacitat de pagament i el criteri d'ús, el de necessitat (es tracta del funcionament d'una assegurança de salut).

Com s'ha indicat anteriorment, la posada en comú dels recursos i la seva distribució per mitjà del criteri de necessitat és una manera de repartir els riscos entre els participants del fons de recursos per a la salut. D'aquesta manera, es minimitza el cost que representaria per als contribuents del fons el fet d'enfrontar-se a intervencions de cost alt, si bé aquelles intervencions d'alta probabilitat i baix cost segurament podrien ser preferiblement pagades mitjançant pagament per butxaca per molts contribuents (d'aquí sorgeix el principi de solidaritat i la necessitat d'obligatorietat de la seguretat mèdica pública).

Els principals factors clau del desenvolupament de la funció d'assegurament o *pooling* són, per tant:

- Separar la posada en comú dels recursos, segons el grup de població i atenent a un principi de "capacitat de pagament" (sistema públic) o risc potencial d'ús del sistema (sistema privat). Si la posada en comú de recursos a partir d'aquests fons només tenen en compte el risc d'utilització (i defineixen d'aquesta manera la quota de contribució individual al fons), es poden generar problemes per a l'equitat perquè l'associació entre disponibilitat de recursos i necessitat acostuma a ser inversa. Amb la finalitat d'evitar que els sistemes de salut siguin regressius, la contribució al fons de recursos per a la salut ha de tenir previstos mecanismes de subvenció als individus de rendes baixes. Aquesta és la raó per la qual la majoria de països introdueixen subsidis públics i mecanismes compensatoris, tant

en sistemes de *pools*/fons múltiples (sistemes bismarckians d'Holanda, de l'Argentina i d'Hondures) com en les organitzacions de *pool*/fons únic (sistemes Beveridge del Brasil, de la Gran Bretanya o Espanya).

- Separar els fons posats en comú per a serveis d'assistència personal (intervencions) i no personal (salut pública).
- Establir subvencions creuades entre contribuent de risc alt i baix (aplicar un principi de "necessitat").

Per a poder desenvolupar els factors clau descrits s'han de produir els requisits següents:

- La grandària del fons de recursos i dels contribuents a aquest fons han de ser suficients per a l'aplicació de la llei dels grans nombres que permet una distribució òptima dels riscos i, per tant, un nivell de subvencions creuades financerament sostenible.
- Mecanismes adequats per a l'establiment efectiu de subvencions creuades entre els individus de risc baix i els de risc alt.
- Organitzacions amb la solidesa institucional suficient per a poder desenvolupar la subfunció d'assegurament.

Finançament: posada en comú dels riscos i patrons de cobertura

		Font dels fons		
		Privada		Pública
Forma de pagament	De butxaca	Assegurança privada	Assegurança social	Impostos generals
Portador del cost	Individual	<i>Riscos cada vegada més compartits</i>		Tota la població
Cobertura	Exclou els més pobres	<i>Creixent equitatiu</i>		Universal
Exemples actuals	La majoria dels països d'ingressos baixos	Països d'ingressos mitjans EUA i alguns de l'OCDE		Altres països de l'OCDE

Font: *Who* (1999)

Les experiències internacionals en el desenvolupament d'assegurances de salut nacionals apunten a concloure que:

- No hi ha cap limitació en l'existència de multiplicitat de *pools*/fons per a la salut, si són d'una grandària adequada per a la diversificació del risc.
- Quan no és possible crear un sol *pool*/fons (pel context social, la debilitat institucional de les organitzacions rectores del sistema de salut, entre d'altres), es demostra preferible (en termes d'eficiència i equitat) disposar de *pools* petits abans que optar pel pagament de butxaca.

En alguns casos la diversitat de *pools*/fons (diversitat d'agències asseguradores) permet la competència entre ells, fet que permet millorar els incentius a la innovació, millorar l'actitud de resposta a les expectatives dels usuaris potencials de l'assegurança i pressionar cap a la reducció de costos, ja que els diferents fons han de competir per a captar clients, en no disposar del mercat captiu d'un sol *pool*, i disposar de la diversitat òptima de riscos individuals per a poder sobreviure financerament.

Enfront dels avantatges associats a la diversitat de *pools*/fons/agències asseguradores en termes dels beneficis de la competència, hi ha riscos clars associats a aquesta fragmentació i competència:

- Hi ha el risc que la fragmentació no permeti obtenir un nombre òptim d'associats, amb la qual cosa les primes que cal pagar per a fer *els pools* financerament sostenibles poden ser tan altes que facin que l'usuari, amb percepció de risc baix, opti per preferir un pagament de butxaca.
- Els incentius perversos de les agències asseguradores en establir els seus *pools* a partir d'una selecció perversa dels seus contribuents al fons (**selecció adversa**), de manera que només es permeti assegurar aquells individus amb probabilitats objectives baixes de fer ús dels recursos del *pool*/fons. D'aquesta manera, es crearien barreres d'accés en funció del risc de necessitat.
- Els comportaments oportunistes dels usuaris (**risc moral**). Aquesta és una característica pròpia de qualsevol sistema d'assegurament i consisteix en el comportament estratègic de l'assegurat: una vegada forma part del *pool*/fons aplica un comportament estratègic de modificació del seu risc de manera que acaba fent un ús dels recursos per sobre del seu risc objectiu anterior a estar assegurat.

Exemple

Fa pràctiques de risc que si no tingués l'assegurança no duria a terme.

Amb la finalitat de fer front a les estratègies oportunistes potencials, tant per part de les agències asseguradores com dels seus usuaris, es planteja la necessitat de dur a terme diverses regulacions:

- Quant als possibles problemes d'accés (exclusió del *pool*). S'estableix, en alguns casos, la participació obligatòria, desvinculant la cotització al risc, i l'aplicació d'incentius financers (mecanismes de compensació del risc o subvencions per a l'adhesió al *pool* d'individus de rendes baixes). En qualsevol cas, també s'han de tenir en compte els problemes de costos de transacció que pot comportar l'engedada d'aquests mecanismes de correcció.
- Quant a aspectes com les condicions d'entrada i sortida del *pool*, la cartera de serveis associada a l'agència asseguradora, la protecció del contribuent, entre d'altres, també han de ser susceptibles de regulació.

2.4. Assignació de recursos i sistemes de pagament: la subfunció de compra

"Comprar intervencions és el procés pel qual amb els recursos recollits i llocs en comú es paga als proveïdors institucionals o individuals a canvi que desenvolupin un conjunt d'intervencions assistencials."

Durán (2004)

Mitjançant la subfunció de la compra s'ha d'assegurar que es presta el paquet d'intervencions de salut adequat a la contribució que s'ha fet en el *pool*, de manera que, a més, es minimitza el risc de capacitat de resposta i sostenibilitat financera del sistema.

Per a exercir la subfunció de compra s'han de valorar tres preguntes clau:

1) Quines intervencions comprar?

Amb relació als objectius de salut plantejats en els processos de planificació i mitjançant la identificació d'intervencions eficaces i efectives que generin el consum de recursos més baix (cost-efectives).

2) On comprar?

Establir criteris d'elecció de proveïdors (processos d'acreditació) i triar el millor nivell assistencial amb relació al tipus de servei requerit (atenció primària, hospitalària o sociosanitària).

3) Com comprar?

Triar la unitat de compra (intervencions, productes intermedis, activitats preventives) i dissenyar els mecanismes de pagament adequats per a oferir incentius a la conducta eficient dels proveïdors.

La compra es pot fer d'una manera passiva (amb pressupostos històrics o pagant d'una manera retrospectiva les factures presentades pels proveïdors de serveis) o d'una manera activa/estratègica (pagant prospectivament, de manera que les tarifes als proveïdors siguin tarifes tancades i pactades amb anterioritat a les intervencions finançades). En aquest sentit, són fonamentals els sistemes de pagament utilitzats. Com hem vist, aquests sistemes de pagament són definits per tres elements bàsics:

1) **L'elecció de la unitat de pagament.** Podem utilitzar com a unitat de pagament el global de l'activitat d'un proveïdor, les unitats de producció concretes per línies d'activitat (altes, consultes, visites domiciliàries, entre d'altres) o productes intermedis (proves diagnòstiques).

2) **L'elecció temporal.** El pagament pot ser prospectiu (anterior a la provisió/producció del servei) o retrospectiu (una vegada la provisió/producció del servei ja s'hagi fet).

3) **L'elecció del risc financer.** Amb relació als dos elements anteriors, també és possible triar quin agent assumeix la major part del risc financer.

Exemple

Si paguem retrospectivament amb relació a l'activitat facturada pel proveïdor mitjançant una tarifa basada en costos, el risc financer recau plenament en el comprador. Si, per contra, el sistema es paga en un pagament prospectiu mitjançant l'ús d'una tarifa construïda a partir del cost mitjà del conjunt de proveïdors i per un volum d'activitat concret, llavors el risc financer recau plenament en el proveïdor.

Per tant, segons el sistema de pagament, es generen diferents incentius als proveïdors que detallarem en la taula següent:

Mecanismes de pagament a proveïdors i comportament d'aquests

Mecanismes	Conducta de proveïdors			
	Prevenir problemes de salut	Prestar serveis	Respondre a expectatives legítimes	Contenir costos
Pressupostos per partides	+/-	--	+/-	+++
Pressupost global	++	--	+/-	+++
Capacitació (amb competició)	+++	--	++	+++
Pagament relacionat amb diagnòstic	+/-	++	++	++
Pagament per acte	+/-	+++	+++	---

Nota: +++ efecte molt positiu; ++ algun efecte positiu; +/- poca o cap variació; -- algun efecte negatiu; --- efecte molt negatiu
Font: WHO (1999)

3. Provisió

3.1. Equitat

3.1.1. Valors

En els entorns de reforma del sector de la salut, hi ha propostes alternatives que busquen captar el suport de la societat. La capacitat per a determinar quines metes i quins objectius hauria de perseguir depèn de com la societat en el seu conjunt jutgi les alternatives existents a partir dels seus valors. Aquests valors poden ser (Durán, 2004):

- Materials (p. ex., el consum de béns).
- De serveis (p. ex., qualitat percebuda).
- Simbòlics o espirituals (p. ex., la capacitat de decidir sobre la pròpia salut).

Els valors no són els únics elements que poden incidir directament sobre l'estipulació de polítiques de salut, també s'han de tenir en compte la resta d'elements clau d'un sistema polític:

- Les demandes efectuades per individus o grups.
- Els recursos posseïts o recollits (impostos).
- Els suports: el vot, la voluntat de contribuir a la Hisenda pública, entre d'altres.

En aquest marc de decisió política, podem afirmar que els valors són un dels elements més decisius en la definició d'una política sanitària. Aquests valors es plasmen en les societats democràtiques en dos grans àmbits (el "liberal" i l'"igualitari") que tenen un impacte sobre elements clau de la definició d'un sistema de salut:

- La concepció de la responsabilitat social.
- El grau de consciència social sobre la importància del sistema de salut.
- La definició i preocupació per l'equitat del sistema.
- El grau de desenvolupament i volum de la demanda de serveis.
- L'articulació i tipologia de l'oferta de serveis de salut.
- El disseny dels mecanismes d'ajust, tant des del punt de vista de la justícia social com de l'eficiència del sistema.
- La definició, el disseny i l'aplicació dels criteris d'èxit del sistema.

En aquest sentit, l'OMS (Salut XXI) destaca tres valors bàsics associats a un sistema de salut:

1) **La salut com un dret humà fonamental.** La qualitat de vida experimentada per un individu té molts determinants, entre els quals la salut s'apunta com un dels fonamentals. De fet, les necessitats primàries i secundàries dels individus (menjar, no ser perseguit, tenir un lloc on viure, entre d'altres) estan íntimament relacionades amb el benestar físic i mental de l'individu.

2) **La participació i la rendició de comptes.** Tots els sectors de la societat han de ser estimulats a reconèixer les seves responsabilitats, pel que fa a assegurar un accés a serveis de salut idonis segons la seva necessitat (Durán, 2004). Per aquesta raó, es fa necessària la introducció d'estructures que permetin una participació significativa de la col·lectivitat en els estaments encarregats de dissenyar, implantar i avaluar polítiques de salut. En aquest sentit, l'OMS insisteix en la necessitat de desenvolupar mecanismes democràtics i transparents que garanteixin la rendició de comptes dels proveïdors i finançadors dels serveis de salut (especialment en l'àmbit públic).

3) **Equitat.** L'informe proclama el dret bàsic de tota persona a aconseguir el màxim estat de salut possible, amb independència de la raça, de la religió, del gènere o de qualsevol altre element de discriminació potencial. En aquest sentit, el disseny de polítiques socialment responsables s'hauria d'orientar cap a la reducció de les diferències internacionals i nacionals dels estàndards de salut. En conseqüència, s'ha de disposar de la capacitat analítica i política per a identificar correctament les causes i les fonts de la inequitat en salut.

3.1.2. Equitat vertical, horitzontal i categòrica en salut

Un dels criteris per a la provisió de serveis de salut és el basat en la introducció de principis d'equitat i accés. Amb diferents aproximacions al concepte d'*equitat*, tracta d'identificar la manera com els sistemes de salut deriven els mecanismes adequats per a la seva garantia:

- **Equitat vertical.** Orientada a establir com s'ha de diferenciar, de manera òptica, entre individus que gaudeixen de nivells de benestar o renda diferents. En termes de salut, l'equitat vertical és la que garanteix l'adequació del servei al nivell diferent de necessitat de salut percebuda pels individus ("tractar diferent els diferents").
- **Equitat horitzontal.** Estableix que els individus que són rellevants en els aspectes idèntics, han de ser tractats d'una manera idèntica (o similar). En termes de salut, l'equitat horitzontal és la que garanteix que l'accés al sistema és independent de factors discriminatoris com la raça, la religió o les idees polítiques ("tractar igual els iguals").

- **Equitat categòrica.** Estableix la igualtat de resultats necessària entre tots els individus de la societat. És un principi d'equitat igualitari aplicable als "béns preferents" com la salut, que han de ser proveïts i consumits, en una quantitat "mínima decent", de manera obligatòria per tots els ciutadans.

3.2. Eficiència

3.2.1. Introducció

Avui dia els agents que intervenen en el procés d'atenció sanitària cada vegada presten més atenció al concepte d'**eficiència**. Quan els gestors i planificadors aborden l'avaluació de l'eficiència en sanitat, ho fan normalment des de dos àmbits: l'àmbit de la **macrogestió** o política sanitària i l'àmbit de la **mesogestió** o gestió de centres. La macrogestió sanitària o política sanitària consisteix en la intervenció de l'Estat per a augmentar l'equitat i corregir les disfuncions del mercat (externalitats, monopòlis, informació imperfecta, etc.) amb l'objectiu de millorar l'estat de salut i la satisfacció de la població amb els serveis sanitaris. La política sanitària s'expressa mitjançant les formes que adopta el finançament i la regulació de serveis sanitaris i la regulació d'altres aspectes relacionats amb la salut com els estils de vida, la nutrició, el treball o l'impacte mediambiental. La mesogestió sanitària o gestió de centres interessa a gerents i a planificadors; els permet fer una valoració global d'un centre o d'un servei i comparar-los amb uns altres del seu entorn.

Quan els professionals sanitaris (clínic fonamentalment) aborden l'avaluació de l'eficiència ho fan des de la **microgestió** o gestió clínica. La gestió clínica pretén restaurar els nivells de salut dels pacients mitjançant accions que concerneixen a pacients individuals, a grups de pacients associats per patologia o procediment comú o per la unitat d'assistència. La gestió clínica es basa en l'evidència científica, en la valoració dels resultats clínics i econòmics, i en l'establiment argumentat de les prioritats en la presa de decisions que adopta l'equip sanitari amb l'objectiu de restaurar els nivells de salut dels pacients que atenen.

No obstant això, quan abordem el terme **eficiència** hem de parar esment a quin concepte utilitzem: *eficiència tècnica, de gestió o eficiència social*.

- L'eficiència **tècnica** consisteix a analitzar si una unitat determinada utilitza massa recursos de treball i capital (personal sanitari, equips, etc.) per a un mateix nivell de producte (per exemple, estada hospitalària, alta, grup relacionat amb el diagnòstic o GRD, etc.) que la que produeix una altra unitat de les mateixes característiques, o bé produeix un producte inferior per a una mateixa combinació de recursos.

- L'eficiència **de gestió** analitza com es combinen els recursos o factors productius (treball i capital) i si es combinen en una proporció errònia atesos el cost i la productivitat (per exemple, la proporció entre metges i infermeres en un servei determinat).
- L'eficiència **social** (avaluació econòmica) intenta analitzar si les quantitats produïdes de cada bé o servei són compatibles amb les preferències dels ciutadans.

3.2.2. Eficiència tècnica i de gestió

Quan l'objectiu de l'investigador és analitzar l'eficiència **tècnica i de gestió** d'un programa o procediment determinats, ha de parar esment, principalment, als anomenats *costos directes*, que són directament atribuïbles al procediment o tecnologia que s'avalua sobre la població seleccionada. Aquests costos fan referència al treball del personal, el cost dels equips, els fàrmacs o els fungibles.

Per tal de dur a terme un estudi econòmic d'un servei, programa o procediment distingirem tots els processos que hi estan relacionats, i també els costos associats a les complicacions atribuïbles a aquests processos (són els costos coneguts com a *costos induïts*). Concretament distingirem:

- **Processos no lligats a l'activitat assistencial.** Processos vinculats a la gestió administrativa i de formació de pacients i familiars. Això inclou els costos de personal sanitari i no sanitari.
- **Processos lligats a l'activitat assistencial.** Fa referència als costos del personal sanitari dedicat a l'activitat assistencial de l'NPD: visites del personal, consultes externes, entre d'altres.
- **Prestacions.** Conjunt de costos atribuïbles a les proves diagnòstiques i terapèutiques.
- **Farmàcia.** Cost del consum de fàrmacs i del material nutricional.
- **Equipament i fungible.** Costos del material i de l'equipament amb les seves depreciacions.
- **Complicacions.** Costos associats a les complicacions que puguin sorgir, derivades del mateix procés analitzat (reingressos, fàrmacs addicionals, visites urgents, etc.).

Una vegada definits i identificats tots els recursos afectats hem de definir quina unitat de mesura de costos utilitzem. Les fonts d'informació sobre costos en els sistemes sanitaris no estan, per regla general, prou desenvolupades i es-

tandarditzades. El baix grau de desenvolupament de la comptabilitat analítica en els centres proveïdors de serveis provoca que sovint s'utilitzin indicadors *proxy* dels costos com les tarifes (*charges*, en anglès) de reemborsament dels serveis públics establerts per les asseguradores o pels compradors de serveis públics; o bé els preus de mercat. La utilització d'aquests indicadors ha de ser cautelosa atès que no hi ha cap garantia que les tarifes reflecteixin els costos. DE vegades, les tarifes són resultat d'una negociació política i no d'un reflex del consum de recursos associats a una activitat.

L'aproximació a l'anàlisi de l'eficiència tècnica i de gestió ha de tenir en compte, des del punt de vista metodològic, els aspectes següents:

- Si se suposa que les alternatives que es comparen (p. ex., un nou programa/servei/procediment enfront de la pràctica habitual fins al moment) tenen la mateixa efectivitat, és a dir, tenen els mateixos resultats (*outcome*, en anglès) sobre l'estat de salut, la comparació entre alternatives s'ha de dur a terme d'acord amb els costos, i s'ha d'escollir l'alternativa amb un cost inferior amb el mateix nivell d'efecte sobre l'estat de salut. Aquest tipus d'anàlisi es coneix com a *anàlisi de minimització de costos*.
- Si les alternatives que es comparen no tenen la mateixa efectivitat, les anàlisis que cal utilitzar són els anomenats *estudis d'anàlisis cost-efectivitat*, *anàlisi cost-utilitat* i *l'anàlisi cost-benefici*. Aquests estudis comparen diferents alternatives tant des del punt de vista dels costos com des del punt de vista dels efectes sobre l'estat de salut.

3.2.3. Eficiència social

Referir-se a *impacte social* implica la necessitat de tenir en compte no sols els costos assistencials i de gestió dels programes/serveis/procediments, sinó també el conjunt dels costos "intangibles" associats a les diferents alternatives de provisió de serveis: costos emocionals de pacients i cuidadors, desplaçaments de familiars, descens de la productivitat laboral lligada al creixement de l'absentisme laboral dels pacients i cuidadors, entre d'altres.

En aquest sentit, una avaluació de l'eficiència social hauria d'estimar, a més dels costos directes assistencials i no assistencials, els costos següents:

- **Costos indirectes.** Aquests s'entenen com els costos derivats de la reducció de la capacitat productiva d'un individu, costos de desplaçament al centre sanitari o temps d'espera per a ser tractat.
- **Costos intangibles.** Costos associats a l'estat de salut, qualitat de vida, causats per l'estrès, l'angoixa, l'ansietat o el dolor.

Elaborar una anàlisi d'eficiència dels serveis de salut (provisió) implica també parlar de beneficis ja sigui en termes de resultats en salut (*outcome*) relacionats amb els guanys de "quantitat" de vida (anys de vida, etc.) o relacionats amb "qualitat" de vida, en termes clinicomèdics (EuroQol, SF-36³ i també en termes de comoditat i benestar per als pacients, cuidadors, familiars i entorn social dels pacients.

⁽³⁾EuroQol / SF-36
Mesures de salut percebuda

3.2.4. Mètodes per a l'avaluació de l'eficiència dels serveis sanitaris

Anàlisi cost-efectivitat (ACE)

És possiblement el mètode més utilitzat en l'avaluació econòmica de serveis sanitaris. Els costos es mesuren en unitats monetàries i els efectes sobre l'estat de salut es mesuren en unitats naturals de mesures sanitàries (anys de vida guanyats, supervivència global, supervivència lliure de malaltia, mortalitat evitada, nombre de casos detectats en estudis de cribatge, estades hospitalàries evitades, infeccions evitades, indicadors clínics, entre d'altres). Així, per exemple, es podrien comparar els resultats de la nutrició parenteral hospitalària amb l'NPD en termes d'esperança de vida (anys de vida). Les limitacions d'utilitzar aquest enfocament són evidents: més enllà del fet que es tracta d'una anàlisi que requereix resultats plenament comparables de les alternatives avaluades (p. ex., guanys en termes d'esperança de vida), els resultats d'un tractament poden no estar estrictament o exclusivament vinculats a guanys en termes d'anys de vida. Hi ha altres dimensions dels resultats sanitaris i no sanitaris vinculats als programes/serveis/procediments: comoditat del tractament, proximitat a l'entorn familiar, restitució de la vida sociolaboral, entre d'altres.

Anàlisi cost-utilitat (ACU)

Aquest tipus d'anàlisi d'eficiència es caracteritza per comparar tractaments o programes amb més d'un resultat mèdic o amb resultats no directament comparables entre ells, ja que el que es compara és el guany d'utilitat que resulta d'una millora de l'estat de salut amb relació als recursos invertits per a aconseguir aquesta millora. L'ACU utilitza com a mesura de l'efecte sobre l'estat de salut la "utilitat" mesurada en anys de vida ajustats per qualitat-AVAQ (*qualys* en anglès), que recull tant efectes sobre la supervivència, com efectes sobre la qualitat de vida. Entre les limitacions bàsiques d'aquesta aproximació, destaca el fet que només es recull part de la "utilitat" que aquest tractament té sobre el pacient. Exclusivament es tenen en compte els guanys d'utilitat en termes de millores de l'estat de salut, però no en termes de benestar emocional, comoditat o simple preferència enfront de resultats similars de programes alternatius (p. ex., rebre els serveis nutricionals parenterals a casa o en una institució amb internament).

Anàlisi cost-benefici (ACB)

Si el que es pretén és fer una anàlisi econòmica més completa, amb dimensió "social", que serveixi d'instrument de prioritització vertader en l'assignació de recursos sanitaris, l'instrument més idoni és l'ACB. Es tracta de l'únic mètode d'avaluació econòmica que duu a terme, estrictament, una anàlisi d'eficiència basada en els principis de la nova economia del benestar. L'ACB mesura tant els costos com els efectes sobre la salut en unitats monetàries.

L'anàlisi cost-benefici s'entén com una aproximació a un projecte d'inversió "social". Mitjançant una actualització de tots els costos i beneficis socials del programa avaluat, s'analitza si els beneficis dels agents que guanyen amb els projectes (pacients), compensen els costos dels agents que perden amb l'execució del programa, projecte o servei (cuidadors o serveis col·lectius de salut). Si es dona el cas que la totalitat dels beneficis supera la totalitat dels costos, s'entén que hi ha un increment global del benestar de la societat.

3.3. Atenció primària

3.3.1. Introducció

L'Organització Mundial de la Salut defineix l'**atenció primària** com el primer nivell d'atenció assistencial, d'accés universal a través de la participació de la comunitat i a un cost assumible pel sistema. D'aquesta manera, els serveis que proporciona l'atenció primària es classifiquen en tres grups:

- 1) promoció de la salut;
- 2) prevenció de la malaltia;
- 3) serveis diagnòstics, terapèutics, rehabilitadors i pal·liatius.

L'atenció primària es fonamenta en quatre elements estratègics definits en la Declaració del Alma-Ata (OMS, 1978):

- 1) Necessitat de reorientar els serveis assistencials a l'atenció primària de manera que l'atenció secundària i terciària n'actuïn com a suport.
- 2) Un concepte de política de salut que inclogui assessorament sobre hàbits de vida i determinants ambientals de la salut.
- 3) Implicació comunitària i individual, de manera que la comunitat participi en el procés de presa de decisions i l'individu es responsabilitzi de la seva pròpia salut.
- 4) Utilització de tecnologia adequada i cost-efectiva, que es redistribueixi de l'hospital cap a l'atenció primària.

Els models d'atenció primària i les fórmules per a organitzar-la varien entre països. En l'apartat següent es descriuen els models existents als països desenvolupats.

3.3.2. Models d'atenció primària

Considerant els països industrialitzats, es podrien definir quatre models diferenciats d'atenció primària, que es podrien classificar en dos grups:

1) Atenció primària d'abordatge professional

En aquest cas, l'atenció primària es dirigeix a les persones que busquen els seus serveis (usuaris/clients) i/o a les que s'inscriuen en centres/metges que proveeixen serveis d'atenció primària (subscriptor).

El metge és el responsable últim de l'atenció i no ha de rendir comptes a organismes o institucions governamentals. El finançament d'aquests serveis se sol fer mitjançant "pagament per acte" o mitjançant fórmules de quantitats fixes per pacient (*per capita*), o per una barreja d'aquests sistemes. Els serveis que es proveeixen són essencialment els de prevenció, diagnòstic i terapèutics. El pacient no participa en la direcció d'aquestes organitzacions.

Hi ha dos submodels:

a) Model de contacte

Aquest model se centra a facilitar a l'individu un primer contacte amb el sistema sanitari, per la qual cosa la responsabilitat recau més en el client/usuari que en el subscriptor. Entre les seves característiques principals hi ha:

- L'atenció la proveeix el metge, sol o en grup, gairebé exclusivament a la població a la qual atén en les consultes.
- Els metges rarament treballen en equip (ni amb infermeres).
- Se solen pagar a partir de pagament per acte mèdic.
- Si hi ha disponible un sistema d'informació, aquest servei se centra en la unitat d'atenció i difícilment és compartit.
- No hi ha mecanismes formals que garanteixin la continuïtat de l'atenció.
- No hi ha mecanismes formals que garanteixin la integració de l'atenció amb altres components del sistema.

Exemples d'aquest tipus de model són les consultes privades o clíniques d'atenció primària (*walk-in medical clinics*). Entre els països que tenen aquest model d'atenció primària hi ha els Estats Units i Bèlgica.

b) Model de coordinació

L'atenció prestada es coordina amb altres serveis i se segueix el pacient. El seu objectiu és proporcionar una atenció continuada de serveis al llarg del temps, principalment a pacients que s'adscriuen a un centre (subscriptors). Les característiques d'aquest model inclouen:

- El finançament és generalment a partir del pagament *per capita* o sistemes mixtos (*per capita*, per sessió o pagament per acte).
- Hi ha un equip d'atenció compost per metges i infermeres.
- A cada pacient se li assigna un professional (metge o infermera) perquè en faci el seguiment.
- Els sistemes d'informació s'utilitzen per a transferir informació a altres unitats del sistema.
- Es disposa d'una infermera d'enllaç amb altres unitats del sistema que coordina i integra serveis.

Entre els països que tenen aquest model hi ha el Regne Unit, Holanda, Dinamarca i els Estats Units per mitjà de les anomenades *HMO (Health Maintenance Organizations)*.

2) Atenció primària orientada a la comunitat

Aquest tipus d'atenció es dirigeix a millorar la salut de la població que viu en una àrea geogràfica determinada i a promoure els serveis comunitaris. La seva missió és donar resposta a les necessitats de salut de la població i proveir-la de tots els serveis mèdics, socials i comunitaris que requereixi. L'atenció primària orientada a la comunitat (APOC) ha estat objecte de diverses definicions⁴.

(4) Definicions APOC

"La pràctica de la medicina i de la infermeria focalitzada en l'individu i en la promoció de la salut en la comunitat."

Kark (1983)

"La integració de la medicina comunitària amb l'atenció primària."

Institut de Medicina (EUA)

"L'atenció primària, com a responsable de la cura de la salut en l'àmbit individual i poblacional."

Associació Internacional d'Epidemiologia

"Procés continu, en el qual l'atenció primària és proporcionada a una comunitat definida basada en les necessitats de salut identificades i a través de la integració planificada de la salut pública amb la pràctica de l'atenció primària."

Escola de Salut Pública i Medicina Comunitària de Hadaza, Universitat Hebrea i Kings Collage de Londres

Totes les definicions tenen com a substrat la promoció, la protecció i el manteniment de la salut en la comunitat.

Els centres que proporcionen aquest tipus d'atenció són dirigits per representants públics i es financen mitjançant les autoritats locals o regionals. Hi ha un equip d'atenció primària format per professionals de diferents disciplines que proveeixen serveis mèdics, socials i comunitaris. El rang de serveis i funcions és ampli: promoció de la salut i prevenció de la malaltia, serveis de diagnòstic, tractament, pal·liació, rehabilitació i atenció domiciliària.

Per a fer operativa l'APOC, ha de complir una sèrie de característiques:

- Existència d'una població definida.
- Servei d'atenció primària amb atenció clínica individual.
- Participació comunitària en la cura de la seva pròpia salut.
- Mobilitat amb relació al fet que els professionals han de sortir del centre per a identificar els determinants de salut, tant macro com micro (casa).
- Basada en dades epidemiològiques (necessitats, estat de salut, activitats dutes a terme i avaluació).

Els països escandinaus, els *trusts* d'atenció primària del Regne Unit i la majoria d'equips d'atenció primària d'Espanya són exemples de països que segueixen aquest model d'atenció primària.

Hi ha dos tipus d'APOC: el model comunitari integrat i el no integrat.

a) Model comunitari integrat

Aquest model potencia la integració de l'atenció primària en altres nivells del sistema utilitzant diversos recursos i estratègies. Les seves característiques són:

- Utilitza la tecnologia de la informació per a centralitzar la informació clínica i crear xarxes de coneixement.
- L'equip d'atenció primària assumeix la responsabilitat quant a la continuïtat de la cura.
- Disponibilitat de serveis les 24 h/dia, 7 dies a la setmana.
- Cooperació amb altres serveis d'atenció primària i altres nivells assistencials del sistema. Els centres tenen prou delegació i recursos per a signar contractes o comprar serveis d'altres proveïdors.

b) Model comunitari no integrat

A diferència del model anterior, no disposa de mecanismes d'integració definits. Es caracteritza per:

- Absència de sistemes d'informació que permeti la concentració i integració d'informació.
- Els serveis no estan disponibles les 24 h/dia els 7 dies a la setmana.
- No hi ha mecanismes formals que permetin la continuïtat de l'atenció del pacient.
- Els centres proporcionen un ampli rang de serveis directament, però no hi ha col·laboració ni acords amb altres centres del sistema sanitari.

Cadascun dels models definits té un impacte diferent en els resultats esperats⁵ de l'atenció primària en l'efectivitat, la productivitat, la continuïtat d'atenció, l'accessibilitat, l'equitat, la responsabilitat i la qualitat.

⁽⁵⁾Impacte dels models d'AP en els resultats esperats de l'atenció sanitària

Resultat	Model de contacte professional	Model de coordinació professional	Model comunitari integrat	Model comunitari no integrat
Efectivitat ⁶	4	3	2	1
Productivitat ⁷	3	3	1	1
• Cost	4	1	3	2
• Ús				
Continuïtat ⁸	3	4	2	1
Accessibilitat ⁹	1	1	4	3
Equitat	3	3	2	1
Responsabilitat ¹⁰	1	1	3	3
Qualitat ¹¹	3	3	2	1

1 = màxim; 4 = mínim

⁽⁶⁾Efectivitat

Capacitat per a mantenir o millorar la salut.

⁽⁷⁾Productivitat

El cost dels serveis i la quantitat, el tipus i la naturalesa dels serveis utilitzats davant un problema de salut.

⁽⁸⁾Continuïtat

Capacitat que els serveis es proveeixin d'una manera successiva i d'una manera coherent als requeriments del problema de salut, d'acord amb les necessitats de salut i el context personal de cada pacient.

⁽⁹⁾ **Accessibilitat**

Rapidesa en la visita a un metge de família i facilitat d'accés a l'atenció especialitzada i diagnòstica.

⁽¹⁰⁾ **Responsabilitat**

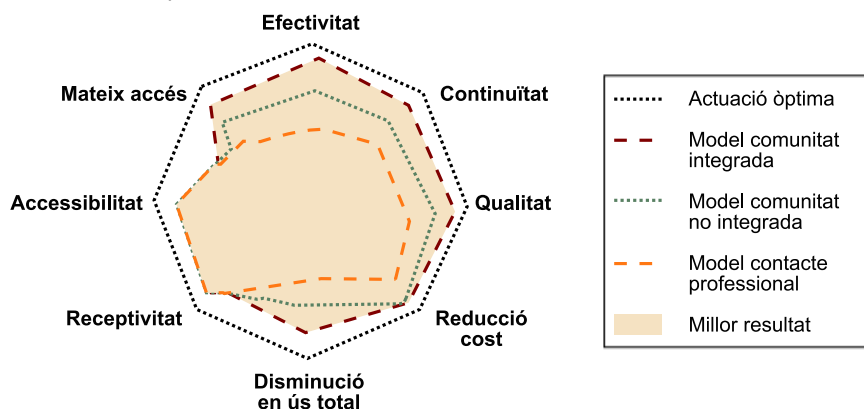
Consideració i respecte per les expectatives i preferències del pacient i dels proveïdors.

⁽¹¹⁾ **Qualitat**

L'adequació de la cura percebuda, tant pel pacient com pel professional, la qual cosa permet la sostenibilitat del sistema.

Si volguéssim construir el model d'atenció primària ideal, hauríem de combinar característiques de diversos d'aquests models; la millor combinació seria la unió del model comunitari integrat i el model professional de contacte.

Model d'atenció primària ideal



3.3.3. Organització de l'atenció primària

De la mateixa manera que no hi ha un sistema o model de salut pur o únic, també l'organització de l'atenció primària difereix entre països que fins i tot pertanyen a un mateix model de sistema sanitari o a un mateix tipus/model d'atenció primària.

Adscripció de pacients

L'adscripció de pacients a l'atenció primària pot ser:

1) **Geogràfica:** els metges de família serveixen a una població d'un àmbit geogràfic definit.

Exemple

A Espanya, un centre de salut cobreix un territori de 20.000 a 25.000 persones (encara que hi pot haver zones amb menys població).

Altres països amb aquest tipus d'adscripció són Bulgària, Croàcia, Finlàndia, Grècia, Honduria, Noruega, Portugal, Suècia, Turquia.

En alguns països s'està potenciant adscriure a un metge una llista de pacients o contingent. Aquest fet s'està duent a terme per a passar d'un sistema de finançament del metge assalariat a un sistema *per capita* i per a potenciar el paper del metge de família com a porta d'entrada a l'atenció especialitzada (*gatekeeping*). Països amb aquest sistema són Finlàndia, Hongria, Noruega, Romania, Suècia, entre d'altres.

2) Llista de pacients o per famílies: els metges de família tenen adscrits individus específics o famílies concretes. Generalment es paga al metge *per capita* i solen ser professionals independents amb contractes d'activitat. Aquest sistema el trobem a Catalunya (Espanya), al Regne Unit, Holanda, Irlanda, Dinamarca i Itàlia.

3) Sense adscripció: en diversos països no és obligatori per a tothom haver-se d'adscriure a un metge de família. A Dinamarca, el 3% de la població (que pertany a l'anomenat *Grup 2*) s'eximeix d'aquesta obligació. A Holanda, les persones no assegurades pel sistema públic (aproximadament un 39%) no tenen obligació d'adscriure's a un metge de família. Tampoc no hi ha llistes de pacients adscrits a metges de família a Àustria, Bèlgica, França ni Alemanya. Quan ocorre, els pacients poden consultar tants metges com vulguin (siguin primaristes o especialistes), encara que, en general, els pacients solen tenir un metge de família, o ser-hi fidels.

Derivació a altres nivells del sistema

L'accés a l'atenció especialitzada es pot dur a terme a partir del metge de família (*gatekeeping*) o tenir un accés directe als seus serveis.

1) Gatekeeping: es tracta de regular l'accés a especialistes amb l'aprovació del metge de família. Els països amb aquest sistema són Croàcia, Dinamarca, Holanda, Finlàndia, Irlanda, Itàlia, Noruega, Portugal, Espanya, el Regne Unit, entre d'altres. Encara que el metge de família actua com a filtre a l'atenció especialitzada, no sempre és així i, alhora, hi ha algunes exempcions o variacions. A Espanya i en altres països mediterranis, hi ha el que es diu *derivació inversa*, en què el pacient va al seu especialista privat i després acudeix al metge de família perquè li autoritzi la realització de proves diagnòstiques al sistema públic. Al seu torn, el pacient pot accedir a l'especialista pel sistema d'urgències mèdiques. Això últim també ocorre a Holanda, però en aquest país cal demanar una autorització posterior al metge de família (això es coneix com a *derivació posterior*). També en aquest país, després d'un any de ser vist per l'especialista, el pacient necessita una nova autorització del metge de família (*derivació estesa*). Al Regne Unit, els pacients amb malalties de transmissió sexual poden accedir directament a l'especialista. En la majoria de països amb aquest sistema, l'única manera d'escollir l'especialista és amb la medicina privada.

2) **Accés directe a l'especialista:** aquesta opció es pot dur a terme a Andorra, Àustria, Bèlgica, França, Alemanya, Grècia, Hongria, Islàndia, Luxemburg, Suècia, Suïssa i Turquia. A Alemanya, els pacients necessiten una aprovació del metge de família per a accedir a les cures hospitalàries, però no a atenció especialitzada que no requereixi hospitalització. A Bèlgica, França, Luxemburg i Suïssa, els pacients poden escollir el seu metge de família i el seu especialista, i també poden triar entre institucions públiques o privades i entre centres d'atenció especialitzada ambulatoris o hospitalaris.

3.3.4. Alguns elements de la reforma en atenció primària

Els països amb sistemes d'atenció primària consolidats i de finançament públic estan promovent canvis en la manera de proveir i organitzar l'atenció primària perquè sigui més resolutiva i abraci un nivell de qualitat òptim. Alguns d'aquests elements són:

- **Més responsabilitat en la gestió del pressupost:** es tracta d'assignar un pressupost a l'equip d'atenció primària (*per capita* o uns altres) i que sigui aquest qui el gestioni, podent comprar serveis de diagnòstic o atenció especialitzada i assumint la responsabilitat en els seus resultats.
- **Potenciació de la integració de l'AP:** es tracta de potenciar el model APOC, especialment el que proporciona una atenció comunitària integrada. Aquest tipus d'atenció s'associa a unes millores considerables en l'efectivitat i eficiència dels serveis sanitaris que es proporcionen. Hi ha tres tipus d'integració necessària: funcional, organitzativa, educativa. La integració funcional es refereix al treball en equip, coordinat i absent de duplicacions. La integració organitzativa requereix que l'equip d'atenció primària delimiti quina és la seva cartera de serveis i es relacioni estretament amb els especialistes, els serveis socials i els serveis de salut pública. I, finalment, la integració educativa significa mantenir un nivell actualitzat de coneixements i habilitats.
- **Efecte de substitució:** es tracta de potenciar l'actuació del metge especialista en l'àmbit de l'atenció primària i comunitària. Fa referència al fet que els metges de família siguin més resolutius en la seva atenció i derivin només els casos que necessiten un seguiment especialitzat. No obstant això, aquest fet també requereix que el metge de família delegui/derivi d'una manera adequada (quantitat i qualitat) pacients als professionals d'infermeria i que aquests, al seu torn, utilitzin altres professionals (auxiliars) per als serveis de menys especialització.
- **Comunicació i transferència d'informació:** es tracta de desenvolupar tecnologies de la informació i comunicació potents, en forma d'estacions de treball clínic, en què els professionals puguin introduir informació relativa al pacient i mantenir actualitzats els seus coneixements, alhora que

comparteixin, i transfereixin, tota aquesta informació amb els altres professionals d'atenció primària i d'altres nivells assistencials.

3.4. Atenció hospitalària

3.4.1. Introducció

L'hospital és el centre assistencial encarregat de l'internament clínic i on es proveeix l'atenció especialitzada i complementària que requereixi el pacient. El concepte d'*hospital* ha anat evolucionant en la història de la humanitat d'acord amb els canvis, o evolució, tant social com a política, dels diferents països i com a resposta a les diferents necessitats expressades per la seva població.

Regne Unit i França

En aquests països, per exemple, les posicions de l'Administració central del Ministeri de Sanitat, fins a un nivell jeràrquic molt alt, es troben destinades a professionals que han seguit la seva carrera dins de l'Administració. En aquest sentit, la política i la gestió a macroescala estan força diferenciades. Per aquesta raó, el polític ha de buscar, algunes vegades, suports externs a l'Administració sanitària central per poder impulsar els seus programes de govern. Aquesta situació es va plantejar al Regne Unit al començament de la dècada de 1990 quan els polítics volien impulsar canvis importants en l'estat de benestar, mentre que els tècnics de l'Administració eren refractaris a introduir i impulsar aquests canvis. Als Estats Units, no obstant això, a causa del model liberal del sistema sanitari, les polítiques dissenyades pel Govern tenen un impuls primordial en el sistema considerat com a públic (Medicare i Medicaid), mentre que la influència en el sistema privat és limitada.

Avui, segons l'OCDE, els hospitals es podrien classificar en tres grans grups: públics, privats sense ànim de lucre i privats amb ànim de lucre. Tot i així, en el cas dels hospitals públics, el Banc Mundial en proposa una subclassificació: organitzacions pressupostades, organitzacions autonomitzades i organitzacions corporativitzades. En els models o sistemes sanitaris tradicionals (Beveridge, bismarckià i privat, que s'han esmentat anteriorment), hi pot haver tot tipus d'hospital, òbviament amb diferències quant al percentatge de centres d'una característica o una altra.

Hospitals públics: organitzacions pressupostades

Els hospitals formen part del sistema públic. Els gestors de l'hospital són purament administradors del pressupost. La seva estructura està altament jerarquitzada i controla tant les decisions del dia a dia com les de tipus més estratègic. El finançament de l'activitat de l'hospital prové dels pressupostos, establerts d'acord amb històrics i dirigits a línies d'actuació concretes. El pressupost no gastat en l'activitat a la qual anava dirigit, s'ha de retornar o gastar, i el dèficit contret per l'hospital es cobreix amb el sistema públic.

Hospitals públics: organitzacions autonomitzades

Els hospitals també formen part del sistema públic, però els administradors es transformen en vertaders gestors, i tant les decisions del dia a dia com les més estratègiques, les duu a terme el gerent de l'hospital. No obstant això, la comptabilitat roman encara en la jerarquia administrativa, encara que els objectius que es pretenen aconseguir estan millor definits. La relació amb l'autoritat pública s'estableix mitjançant "contractes d'activitat" (p. ex., l'anomenat *contracte programa* a Espanya). El finançament es duu a terme, en general, pel pressupost global sense que estigui marcat per a ítems concrets d'activitat. Si es produeixen estalvis en una àrea d'activitat, es poden passar a una altra àrea. El pressupost es pot ajustar al *case mix* de l'hospital i poden tenir ingressos addicionals (p. ex., gràcies a clients privats, bé sigui per pagament directe o per contracte amb entitats d'assegurança assistencial). Poden arribar a retenir un percentatge del possible superàvit per a l'any fiscal següent.

Hospitals públics: organitzacions corporativitzades

Partint d'una organització autonomitzada, té més autonomia i constitueix una corporació. El gerent té el control complet sobre la producció de béns i serveis. L'hospital, encara que pot pertànyer al sector públic, té personalitat jurídica pròpia. Se li assigna un pressupost del qual ha de rendir comptes i el qual, en cas d'insolvència, haurà de tancar. Els ingressos provenen de contractes, d'entitats públiques i privades, i pot acumular beneficis. Els directors i el consell d'administració tenen una responsabilitat total sobre el funcionament de l'hospital. Un exemple d'hospital d'aquestes característiques el constitueixen els *trusts* del Regne Unit.

3.4.2. Característiques de la dotació hospitalària segons el model sanitari

Model Beveridge

Els hospitals de la majoria de països amb model de sistema nacional de salut han evolucionat d'una organització pressupostària cap a una altra de tipus autonomitzada. Aquesta evolució continua cap a la corporativització dels hospitals. No obstant això, l'abast d'aquesta evolució és diferent segons els països.

L'any 1991, el Regne Unit comença a transformar els seus hospitals en els anomenats *trusts*¹².

Vegeu també

Model de servei nacional de salut Beveridge

⁽¹²⁾ Els *trusts* en el sistema nacional de salut del Regne Unit

Funcions

- Contractar personal en els termes que consideri apropiats.
- Comprar i vendre propietats.
- Establir contractes amb el National Health Service (NHS) i uns altres.

- Dur a terme recerca, comissionar-la o deixar les seves instal·lacions per a aquest propòsit.
- Proporcionar entrenament al *staff* o deixar les seves instal·lacions per dur-ho a terme.
- Dur a terme funcions juntament amb altres òrgans i institucions.
- Tractar pacients privats i generar ingressos, sempre que això no interfereixi amb altres obligacions.
- Acceptar diners, terres o altres propietats.

Beneficis de la seva independència

- Adquirir actius, ser-ne propietari i disposar-ne per a optimitzar la seva efectivitat.
- Proposar desenvolupaments de capital directament a la direcció executiva de l'NHS.
- Prendre diners prestats, dins dels límits permesos, principalment per a edificis i equips nous o per a reformar edificis ja existents.
- Crear les seves pròpies estructures de gestió.
- Contractar el seu propi personal, crear les seves estructures pròpies de personal i establir les seves condicions d'ocupació.
- Fer propaganda dels seus serveis, dins de les guies deontològiques.

Gestió del *trust*: consell de direcció

- Un director, no executiu, designat pel secretari d'Estat.
- Fins a cinc directors no executius, dos procedents de la comunitat local i designats per l'autoritat sanitària regional, els restants designats pel secretari d'Estat. Si el *trust* té una activitat docent important, un dels membres ha de pertànyer a la universitat.
- Un nombre equivalent de directors executius, fins a un màxim de cinc, inclosos un director gerent, un director de finances, un director mèdic i un director d'infermeria.

Aquests responen a la separació de funcions de provisió i finançament que s'inicia al Regne Unit i s'estableix una relació contractual entre les parts. Al seu torn, els *trusts* tenen una autonomia financera i capacitat de decisió més grans quant a salari i contractació de personal. Altres països europeus van seguir aquest model del Regne Unit, però les fórmules utilitzades i el nivell de desenvolupament aconseguit varia entre països avui dia. A Espanya, la comunitat d'Andalusia inicia l'experiència de gestió totalment privada d'un dels seus hospitals públics (Hospital Costa del Sol, 1992). A Catalunya se separa el finançament de la provisió de serveis i es creen els consorcis (amb participació minoritària privada i gestió totalment privada). Al País Basc es converteix en una entitat pública regida pel dret privat i els hospitals formen part d'una corporació.

En altres països com Suècia es produeix una devolució total cap als hospitals. Per exemple, el 1999 es ven un hospital públic de la ciutat d'Estocolm a una companyia privada amb ànim de lucre, que posteriorment contracta els seus serveis a compradors públics. A Itàlia, d'altra banda, 100 hospitals grans es transformen en *trust*, i la relació contractual es duu a terme amb el Govern

regional. A Dinamarca, no obstant això, es crea la corporació hospitalària de Copenhaguen el 1995, que permet al comprador regional públic dur a terme un contracte en bloc (es contracta un grup d'hospitals).

Els llits¹³ dels hospitals de països amb model sanitari Beveridge són majoritàriament públics, encara que també hi ha, en percentatge variable segons el país, llits en hospitals privats sense ànim de lucre, encara que en aquests últims el control de les autoritats sobre aquests llits és pràcticament nul.

(13) Percentatge de llits segons tipus d'hospital i país

Percentatge de llits	Hospitals públics	Hospitals privats sense ànim de lucre	Hospitals privats
Model Beveridge			
Regne Unit	90	ND	ND
Escandinàvia	90	ND	ND
Itàlia	78	ND	ND
Portugal	77	ND	20
Espanya	69	ND	18
Model bismarckià			
Àustria	69	26	ND
Bèlgica	60	40	ND
Alemanya	55	38	ND
França	65	15	ND
Luxemburg	50	50	ND
Holanda	--	100*	--

* Excepte els hospitals universitaris; ND = no disponible

Model bismarckià

Als països amb aquest model sanitari, hi ha una barreja d'hospitals públics i privats sense ànim de lucre, que solen pertànyer a tercers pagadors. Segons aquest model, els hospitals duen a terme contractes amb les entitats d'assegurança assistencial. L'hospital públic sol ser autònom i, sovint, corporatitzat. Quant a la propietat, pot ocórrer que l'autoritat sanitària propietària de l'hospital no sigui la mateixa que l'autoritat que en contracta els serveis (p. ex., nacional enfront de regional o local).

Vegeu també

Model d'assegurances socials (bismarckià)

Planificació, eficiència i qualitat

En tots els països la capacitat de planificació que tenen les autoritats sanitàries es pot exercir tant als hospitals públics com als privats sense ànim de lucre. En el cas dels hospitals privats amb ànim de lucre, no es pot exercir cap tipus de regulació amb l'objecte d'assegurar l'equitat d'accés i la capacitat financera de la institució.

La regulació per a la planificació d'hospitals difereix entre països i es pot classificar en:

- **Ex-post:** en aquest cas, la capacitat instal·lada existent al país es considera per dur a terme una planificació territorial (de recursos públics). Per exemple, a Suïssa, quan cada cantó fa la seva planificació d'hospitals, ha de considerar tots els recursos existents (públics i privats).
- **Ex-ante:** en aquest cas, es regula la instal·lació d'hospitals futurs, és a dir, s'ha de demanar permís a l'autoritat sanitària competent abans de construir un hospital. Per exemple, a Holanda, Alemanya, Catalunya (Espanya).

Tant els sistemes de salut bismarckians com els de tipus Beveridge tenen el mateix èxit quant a garantia de provisió pública d'atenció especialitzada.

Quant a l'eficiència, no hi ha proves científiques concloents que defineixin quin tipus d'organització hospitalària és la més eficient. Al Regne Unit, hi ha estudis que mostren que la disponibilitat de *trust* potencia una atenció més eficient, mentre que altres estudis argumenten un augment de costos i una disminució de productivitat, encara que en aquests últims no s'ajusti per qualitat, la qual cosa en podria esbiaixar el resultat. A Suècia, un estudi observacional longitudinal que es va fer entre el 1985 i el 1995 va mostrar que en aquells comtats on s'havia introduït la separació entre la compra i la provisió s'obtenia una atenció hospitalària més eficient.

Finalment, quant a la qualitat dels serveis proporcionats pels diferents models d'hospital, tampoc no hi ha evidència científica concloent que expressi dades tant sobre millores en la qualitat i en el lliure accés com sobre la transparència més gran d'un model d'hospital o d'un altre.

3.4.3. Tendències en l'atenció hospitalària

Característiques de l'evolució dels hospitals en aquesta última dècada:

1) **Efecte de substitució.** Amb aquest terme es vol designar l'agrupació de recursos entre centres d'atenció sanitària (hospitals de diferents nivells, centres d'atenció primària, entre d'altres) i dins dels mateixos amb l'objecte de desenvolupar les millors solucions, i les menys costoses, donant resposta al canvi de necessitats i demandes de la societat. En altres paraules, es tracta d'organitzar els recursos humans, tècnics/tecnològics i informacionals, amb l'objecte d'obtenir els millors resultats clínics, financers i de l'estat de salut del pacient. Entre les actuacions que s'estan duent a terme es poden destacar les següents:

- Hospital a domicili (el pacient es dona d'alta més de pressa i segueix la convalescència al seu domicili).

- Tecnologies d'ús domiciliari (p. ex., diàlisi peritoneal).
- Potenciació de cirurgia major ambulatoria i procediments mínimament invasius.
- Seguiment de l'embaràs sense complicacions en l'atenció primària.

2) Millora en l'adequació de les admissions hospitalàries. Hi ha tres línies d'actuació:

- Substitució per l'atenció primària (s'inclou l'augment del poder resolutiu de l'atenció primària i el traspàs d'algunes activitats d'atenció especialitzada secundària a l'atenció primària).
- Augment dels llindars d'admissió de pacients (s'utilitzen diferents fórmules com poden ser la creació d'unitats d'observació, educació dels professionals sanitaris).
- Desenvolupament d'intervencions alternatives a l'hospital (p. ex., provisió de serveis d'especialistes fora de l'hospital, entre d'altres).

3) *Entrepreneurship*. Els gestors d'hospitals públics incorporen elements d'empresa a un àmbit prèviament molt burocratitzat. L'objectiu final és aconseguir les metes públiques amb instruments del sector privat com:

- La recerca activa d'oportunitats.
- Innovació.
- Assumpció de riscos comercials.
- Responsabilització en els èxits i fracassos (fracàs del negoci) de la institució.

4) Tancament d'hospitals i disminució de llits hospitalaris. En la dècada de 1990 es va potenciar, especialment amb més intensitat en alguns països com el Regne Unit, el tancament d'hospitals. No obstant això, l'èxit d'aquesta línia política va variar entre països, especialment pel gran impacte social (descontentament) al qual va donar lloc i, com en el cas de Suïssa, per ser de difícil execució a causa de la indefinició en la propietat dels hospitals.

És el cas dels Estats Units quan l'expresident Clinton va voler introduir una reforma en el sistema sanitari americà o a França, a mitjan dècada 1990, quan es van introduir els *referents médicaux*, en què es regulava la introducció i l'ús de determinats procediments assistencials.

Al Regne Unit, el tancament d'hospitals va ser precedit per algunes fusions d'hospitals en un grup, i fins i tot en algun cas es va tancar un hospital. Aquesta tàctica també es va seguir a Austràlia, on trenta-dos hospitals públics es van organitzar/es van fusionar en set xarxes hospitalàries, la qual cosa va donar com a resultat un tancament d'un total de nou hospitals.

El tancament d'hospitals no és una mesura popular; per tant, molts països han optat per tancar llits i no hospitals. En general, en aquests països se segueix una política de substitució perquè els llits se substitueixen per altres serveis més concordes a les necessitats actuals (p. ex., serveis ambulatoris).

El tancament de llits, en general, no estalvia costos, ja que el cost més elevat d'un hospital s'atribueix al manteniment de la seva estructura física (edifici) i a despeses fixes.

5) **Gestió clínica.** La gestió clínica es basa en l'assumpció que una organització ben gestionada és aquella que integra, a cada nivell de l'organització, un bon servei clínic, un control financer adequat i una qualitat clínica excel·lent. En la gestió clínica, els hospitals són els responsables de la millora contínua de la qualitat dels serveis i la salvaguarda d'estàndards de qualitat assistencial elevada mitjançant la creació i el manteniment d'un entorn en què pugui créixer l'excel·lència professional. L'OMS divideix la qualitat en quatre àrees:

- a) Exercici professional (qualitat tècnica).
- b) Utilització de recursos (eficiència).
- c) Gestió del risc (el risc de lesió o dany associat amb la provisió del servei).
- d) Satisfacció del pacient amb el servei proporcionat.

La gestió clínica s'ha de dirigir a aconseguir una organització cohesionada i consolidada en què contínuament se n'avaluen els resultats.

3.5. Atenció sociosanitària

3.5.1. Introducció

En les últimes dècades, la majoria dels països desenvolupats assisteix a una inversió progressiva en la seva piràmide poblacional. És a dir, s'incrementa el volum de població més gran de seixanta-cinc anys i disminueix la natalitat. Aquest fet es deu, fonamentalment, a l'augment de l'esperança de vida de la població com a conseqüència de les millores en la seva qualitat de vida i dels progressos científicotecnològics que, en general, milloren l'estat de salut dels pacients amb edats cada vegada més avançades. En el període 1995-2005 es preveu que el nombre de persones més grans de seixanta-cinc anys de la Unió Europea sofreixi un increment del 50%. En general, en aquests països s'arriba a la vellesa en millor estat de salut, amb la qual cosa les demandes de béns i serveis es bifurquen en un doble vessant: d'una banda, aquells en bon estat de salut i, de l'altra, aquells que han arribat amb una deterioració manifesta. Segons l'anterior, s'observa un augment progressiu de la necessitat de respondre a diferents demandes quant a autonomia econòmica (pensions contributives i no contributives), serveis d'atenció sanitària i social, habitatge, oci i transport.

Exemple

A França s'han creat consells regionals amb l'objecte de tancar 24.000 llits d'aguts, i substituir-los per altres tipus de serveis més necessaris i concordes amb l'evolució de les tecnologies.

Paral·lelament al creixement de la població més gran de seixanta-cinc anys, es preveu que el ritme de creixement de la població més gran de vuitanta anys superarà el del grup de més grans de seixanta-cinc anys en el seu conjunt. Aquest fenomen és el que es coneix com a *envelliment de l'envelliment*, i una de les seves possibles conseqüències és un augment del nombre de persones dependents en la població.

El Consell d'Europa (1998) va definir les *persones dependents* com a:

"[...] aquelles que per raons lligades a la falta o a la pèrdua de capacitat física, psíquica o intel·lectual, tenen necessitat d'una assistència i/o ajuda important (ajuda d'una altra persona) per a la realització de les activitats de la vida diària".

Atès que, en general, les persones són dependents a llarg termini, les seves cures requereixen un abordatge tant sanitari com social. Per aquest motiu, quan s'esmenta l'atenció a aquestes persones es fa referència a les cures sociosanitàries. Perquè siguin les adequades i responguin a les necessitats del pacient, cal una bona col·laboració i coordinació dels diferents nivells assistencials (atenció primària i especialitzada), dels recursos del sistema (socials i sanitaris) i de les diferents fonts de finançament (públiques i privades). D'aquesta manera, un element clau és disposar d'un bon sistema d'informació que caracteritzi i classifiqui els individus susceptibles d'aquest tipus d'atenció i, alhora, que orienti sobre el seu maneig i seguiment. Hi ha diferents sistemes de classificació de pacients a escala mundial, però el més utilitzat és el *resource utilization groups*¹⁴ (RUG).

⁽¹⁴⁾ **RUG: resource utilization groups**

Aquest sistema va ser dissenyat als Estats Units el 1985. En l'actualitat hi ha múltiples versions i adaptacions a les particularitats de les poblacions de diferents països. Aquesta classificació preveu tant les característiques clíniques del pacient i la seva capacitat per a desenvolupar activitats de la vida diària (classificant-los en set grups de complexitat assistencial –rehabilitació especial, tractaments extensius, cures especials, complexitat clínica, deterioració cognitiva, problemes del comportament, dependència física– amb subgrups en cadascun dels grups, cosa que origina un total de quaranta-quatre grups diferents de pacients de diferent complexitat), com les càrregues de treball d'infermeria generades (i per tant els seus costos). Aquesta informació es complementa amb el *resident assessment instrument* (RAI), que és una eina que ajuda a determinar quin ha de ser el pla de cures d'un pacient específic. Consta de tres elements:

- El formulari CMD, que permet analitzar d'una manera estandarditzada una sèrie d'aspectes del pacient.
- "Marcadors", que determinen la necessitat d'aplicar una orientació especial al pla de cures.
- El *resident assessment protocol* (RAP), que són recomanacions d'actuació davant cada problema.

La tipologia de l'usuari que requereix serveis d'atenció sociosanitària és variada, ja que inclou pacients geriàtrics, malalts terminals, pacients amb trastorns mentals crònics, malalts crònics amb patologies que generen dependència i individus amb grans minusvalideses. La majoria de les situacions que creen dependència poden ser incloses en algun dels trastorns següents: alteracions motores (òssies, articulars, musculars, de la motilitat), alteracions cogni-

tives (demència, depressió) i alteracions sensorials (disminució de la visió i de l'audició). Els serveis d'atenció a les persones grans dependents s'esmenten en l'apartat següent.

3.5.2. Serveis socials

La majoria d'organitzacions internacionals recomanen que la persona envelleixi a casa seva. També es tracta de l'opció que prefereixen la majoria de persones d'edat avançada, com mostren diferents enquestes dutes a terme recentment a escala europea. L'OCDE (1996) recomana que per a aconseguir aquest objectiu hi ha d'haver:

- Un entorn domèstic d'acord amb els estats de necessitat dels usuaris.
- Una mobilització i potenciació de les xarxes socials informals.
- Una atenció domiciliària assegurada per un ampli ventall de serveis.
- Una gamma d'establiments de cures institucionals que assegurin la necessitat d'estades temporals i de llarga estada.

Serveis socials per a persones dependents

1) **Adaptació d'habitatges.** Es tracta de dotar l'habitatge d'unes condicions d'habitabilitat i accessibilitat adequades a l'estat de la persona dependent. Generalment es duen a terme gràcies a ajudes econòmiques per a la rehabilitació i adaptabilitat funcional dels habitatges que ho necessiten. A Espanya, aquestes ajudes procedeixen de les administracions públiques a partir de subvencions a fons perdut o préstecs d'interès nul o baix.

2) **Servei d'atenció domiciliària (SAD).** Són serveis bàsics de caràcter personal que inclouen: netejar la casa, rentar, planxar, comprar i preparar menjars, neteja personal, mobilitzacions i transferències, vestir/desvestir, perruqueria, cures sanitàries elementals i podologia. De vegades, també contenen serveis de teleassistència i de menjar a domicili. L'organització i coordinació del SAD, les solen dur a terme treballadors socials, encara que en alguns casos les duu a terme un equip multidisciplinari. La prestació directa dels serveis la duen a terme treballadors familiars i auxiliars d'atenció domiciliària. Aquest tipus de serveis els solen finançar públicament les administracions locals.

En molts països europeus, especialment els del nord d'Europa, hi ha una tendència a mantenir l'individu d'edat avançada al seu domicili i oferir-li tots els serveis, socials i sanitaris, en el seu medi habitual. És a dir, consisteix en el fet que continuïn al seu domicili el màxim possible. Segons l'opinió de la majoria de persones grans és el sistema preferit. A més, hi ha estudis que mostren que l'individu manté millor les seves capacitats si continua en el seu medi habitual. La provisió i el finançament del SAD¹⁵ segueix diferents models segons el país de què es tracti.

(15) Organització en la provisió del SAD

Suècia

Els SAD estan descentralitzats i es comparteixen responsabilitats. Els comtats són responsables de l'atenció d'infermeria i processos aguts, i els municipis s'encarreguen de donar els serveis de suport diari a la gent gran, els incapacitats o malalts mentals. L'atenció domiciliària, la coordina l'equip d'atenció primària, encara que de vegades la duu a terme l'hospital. Generalment, la responsable és una infermera, encara que també proveeixen serveis els metges d'atenció primària o del districte que són gratuïts. També s'ofereixen serveis de fisioterapeutes o terapeutes ocupacionals, que pertanyen al centre d'atenció primària o bé es tracta de professionals privats contractats pels comtats o els municipis. Els municipis financen els serveis de professionals que ajuden les persones grans a dur a terme les seves activitats diàries. Aquests serveis es proporcionen al 8% de la gent entre 65-79 anys i al 20% de la gent gran de 80 anys. El dret a viure al domicili i a obtenir cures, sigui quina sigui la seva intensitat, és regulat en la Llei de serveis socials. Més del 33% dels empleats municipals treballa en activitats d'atenció a les persones grans.

Suïssa

Els SAD s'inclouen com a obligatoris dins de la cartera de serveis de totes les entitats d'assegurança assistencial que operen en aquest país. No obstant això, segons el cantó, hi ha diferències en els serveis inclosos dins del SAD. Els municipis cedeixen la provisió dels serveis a les organitzacions independents. El 80% dels SAD el proveeixen organitzacions privades sense ànim de lucre, i un 13% són organitzacions de la comunitat. En aquest país s'ha produït un canvi de la demanda de residències a una demanda superior de permanència en domicili, amb un gran suport per part de la infermeria. Els cuidadors, a més, reben una pensió d'acord amb el temps dedicat a aquestes funcions.

França

En aquest país els SAD són encara molt nous. D'aquesta manera, les cures de la persona gran encara se centren en la seva majoria a l'hospital. Els hospitals privats amb ànim de lucre tenen una quarta part dels llits del país dedicats a l'atenció de les persones grans. Quan no es tracta d'atenció mèdica, els serveis socials ajuden les famílies i els pacients, i fan una valoració prèvia de la seva situació econòmica per a determinar si es cobrarà o no alguna cosa per aquests serveis. La responsabilitat sobre les residències i els SAD per a persones dependents és competència dels municipis, mentre que els llits de llarga estada es troben en un 90% als hospitals públics.

Austràlia

El 1985, el Govern d'aquest país aprova l'anomenat "Programa d'atenció domiciliària i comunitària" (*Home and community care program*, HACC), amb l'objecte de potenciar la independència de persones amb incapacitats i evitar-ne l'ingrés innecessari a residències. Els serveis que s'inclouen en aquest programa són molt amplis (p. ex., serveis paramèdics, infermeria comunitària, menjars, etc.). El 20% dels australians més grans de setanta anys utilitza aquests serveis, el 40% dels quals és més gran de vuitanta anys. El 60% es finança mitjançant la Commonwealth i el 40%, cada estat. L'any 2003-2004 es van fer inversions addicionals per a crear programes de rehabilitació i inserció de les persones grans, des de la residència al seu domicili.

Nova Zelanda

El 4% dels neozelandesos viu en residències, però la majoria rep SAD o són cuidats pels seus parents. La inversió en SAD es va doblar el 2003 respecte al 1995, a causa de polítiques específiques del Govern que promouen que el ciutadà necessitat romanguí al seu domicili.

3) Servei de teleassistència. Consisteix en un dispositiu que té la persona i que, en cas de necessitat (accident, caiguda, etc.), es prem i emet un senyal d'alarma captat per una central d'escolta. Aquesta central contacta per telèfon amb l'usuari i, si és necessari, envia ajuda urgent al seu domicili. La seva utilització es promou tant des de l'Administració com des d'organitzacions no governamentals, i des de la iniciativa privada.

4) Llars i associacions de jubilats. Es tracta de centres on es reuneixen les persones grans que promouen la seva convivència i la millora de les seves condicions de vida mitjançant l'organització d'activitats i la disposició de diferents serveis (p. ex., podologia, perruqueria, entre d'altres). En alguns també s'ofereix atenció sanitària (p. ex., rehabilitació menor, ajuda a domicili, etc.). En alguns casos, s'han engegat unitats d'estades diürnes per a persones dependents. La majoria d'aquests recursos depèn de l'Administració pública i d'associacions de persones grans.

5) Centres de dia. L'Insero (Institut de Serveis Socials d'Espanya) defineix aquest recurs com a "servei sociosanitari i de suport familiar que ofereix durant el dia atenció a les necessitats personals bàsiques, terapèutiques i socio-culturals de persones grans afectades per diferents graus de dependència, i que en promou l'autonomia i la permanència en el seu entorn habitual". Aquests centres ofereixen tres tipus de servei:

a) Atenció social (detecció, acolliment, orientació i seguiment de casos, coordinació del pla d'intervenció, relació amb la família, etc.).

b) Atenció a la salut psicofísica (rehabilitació i control psicofísic, activitats psicoterapèutiques, teràpia ocupacional, higiene personal i dietètica).

c) Socialització i participació (entrenament en habilitats socials i relacions personals, etc.), com a recurs de suport a la família.

6) Estades temporals en residències. Permet que, d'una manera temporal (no superior a 60 dies), una persona gran de seixanta-cinc anys que requereixi ser internada ho pugui fer. Aquest servei serveix de suport familiar i evita la institucionalització permanent de la persona.

7) Sistemes alternatius d'allotjament. Es tracta d'una àmplia gamma d'allotjaments per a persones grans que, per diferents motius, es veuen obligades a abandonar el seu domicili i opten per solucions semblants a la seva manera de vida habitual. Se'n poden diferenciar dos grans grups:

a) Allotjaments on la intimitat és prioritària: es tracta d'apartaments individuals en un entorn en què hi ha recursos de suport (p. ex., bugaderia, restaurants, menjar a domicili, serveis mèdics, entre d'altres).

b) Allotjaments on la convivència preval: habitatges tutelats ocupats per grups de quatre a deu persones, habitatges comunals, miniresidències de fins a vint persones (medi rural), acolliment (acolliment familiar, convivència intergeneracional, entre d'altres).

8) Serveis socials institucionals. Aquests serveis els constitueixen les residències i són el principal recurs d'assistència institucional de llarga durada a Espanya. Hi ha una àmplia oferta amb diferències importants depenent de si el re-

curs és públic, privat o d'organitzacions no governamentals. Segons la societat espanyola de geriatria i gerontologia (1995), a més de l'atenció a les necessitats bàsiques (alimentació, higiene i allotjament), en aquest tipus d'institucions han de constar una sèrie de programes:

a) Programa sanitari: atenció mèdica, fisioteràpia, teràpia ocupacional, entre d'altres.

b) Programes psicosocials: atenció psicològica, intervenció amb les famílies, animació sociocultural, entre d'altres.

c) Programes per a persones amb deterioració cognitiva: orientació a la realitat, entrenament d'habilitats bàsiques, entre d'altres.

d) Programes de cures pal·liatives: atenció a persones amb malaltia terminal.

La utilització de residències varia segons els països. En aquells amb rendes *per capita* elevades, l'ús de residències s'estima entorn del dos al cinc per cent de la població de gent gran. No obstant això, l'ús més o menys elevat de residències està molt influenciat per les decisions de caràcter polític que es prenguin en un país.

Exemple

Fa uns anys, al Regne Unit les residències es van potenciar amb l'objecte de passar pacients d'edat avançada dels hospitals a aquest tipus d'institucions, fet que va provocar un augment considerable de residències privades.

3.5.3. Serveis sanitaris

Atenció primària de salut

Entre els objectius de l'atenció primària es troben els de promocionar la salut dels ancians i prevenir la seva malaltia, donar assistència als problemes específics i identificar precoçment els factors de risc biopsicosocials, les incapacitats funcionals i les disfuncions socials. En molts casos, l'equip d'atenció primària també s'encarrega de l'atenció domiciliària a persones grans malaltes o ancians fràgils.

Atenció hospitalària

En l'atenció hospitalària hi ha diversos recursos dirigits a les persones grans.

1) Serveis o unitats de geriatria: en general és molt poc usual, encara que als hospitals, per norma, es disposa de serveis o seccions estructurades de geriatria i cada servei, a més, pot disposar d'un equip de valoració i cures geriàtriques, hospital de dia, entre d'altres.

2) Equips de valoració i cures geriàtriques (EVCG): es tracta d'una unitat hospitalària interdisciplinària i bàsica en l'atenció específica de pacients geriàtrics del centre i de suport a l'atenció primària de l'àrea corresponent a l'hospital. L'equip el constitueixen un geriatre, personal d'infermeria i un tre-

ballador social. Entre les seves funcions cal destacar la valoració de la persona gran ingressada en els diferents serveis de l'hospital i l'orientació terapèutica, i compleix una funció d'assessorament i suport amb l'atenció primària.

Catalunya

A Catalunya hi ha unes unitats semblants anomenades *unitats funcionals interdisciplinàries sociosanitàries* (UFISS), la funció de les quals és l'assessorament i el suport en casos de pacients ingressats complicats, la creació de protocols i l'assegurament del continu assistencial dels pacients amb l'atenció primària.

3) Hospital de dia geriàtric: és un servei diürn d'assistència interdisciplinària, principalment sanitària, on acudeix l'ancià fràgil per rebre tractament integral (rehabilitació física, problemes d'expressió social, incontinència, entre d'altres) i posteriorment tornar a casa seva. L'equip d'aquest recurs el constitueixen un metge, un infermer, un auxiliar d'infermeria, un treballador social, un terapeuta ocupacional, un fisioterapeuta i un psicòleg.

4) Unitat d'hospitalització d'aguts (UHA): l'Insalud la defineix com una unitat hospitalària per a l'ingrés de pacients geriàtrics, per a dur-ne a terme una valoració exhaustiva i el tractament de processos aguts o reaguditzacions. Són unitats amb un nombre de llits que oscil·la entre deu i quinze.

5) Unitat de convalsència: es tracta d'unitats destinades a persones amb malalties de base que requereixen una reeducació per a dur a terme activitats de la vida diària i per a readaptar-se a la seva situació de malaltia, després de procediments mèdics o quirúrgics. Es considera un servei de mitja estada i sol tenir entre seixanta i noranta llits.

6) Unitat de cures pal·liatives: són unitats de mitja estada dirigides a l'atenció de malalts terminals. El seu objectiu és afavorir el confort i la qualitat de vida del malalt. L'equip el constitueixen metges, infermeres i auxiliars, assistents socials, psicòlegs, fisioterapeutes, terapeutes ocupacionals i membres de l'Església.

4. Actors del sistema

4.1. Actors del sistema

En l'anàlisi de qualsevol "sistema" d'un país (econòmic, social, cultural, judicial, sanitari), s'han d'identificar els qui en són els actors (o en terminologia anglosaxona, *stakeholders*) que poden influenciar el disseny de polítiques de salut i de serveis, i la seva implantació i el seu desenvolupament. En un sistema sanitari els actors que cal considerar són:

- 1) La que es podria denominar **elit sanitària**, que inclou els polítics, planificadors, finançadors, entre d'altres.
- 2) Els **proveïdors** de l'assistència, que inclou els gestors d'institucions sanitàries i altres professionals sanitaris encarregats de l'impuls de polítiques a escala territorial, i també els professionals de la pràctica clínica (principalment metges i infermeres).
- 3) La **població**, que inclou tant els pacients com els usuaris potencials del sistema (població sana).
- 4) Els **grups d'interès**, que inclouen entitats, empreses, institucions, associacions i, en general, qualsevol grup públic o privat que tingui interessos econòmics en el sector de la salut.

Les diferències en els equilibris de poder i les seves relacions poden condicionar molt l'evolució i les dinàmiques del sistema sanitari, de manera que creen diferències entre països encara que tinguin el mateix model de sistema. En resum, els actors del sistema sanitari¹⁶ es diferencien pel seu focus d'interès (científic, professional, *lobby* polític i/o econòmic) i pel grup al qual representen.

⁽¹⁶⁾Actors del sistema sanitari alemany

A Alemanya hi ha més de cent organitzacions científiques mèdiques que es troben unides en l'Association of the Scientific Medical Societies (AWMF). Fora del camp corporativista, les associacions mèdiques es classifiquen en les que tenen una funció de caràcter eminentment professional i les que desenvolupen una funció més de caràcter polític (*lobbying* o influència econòmica).

Les primeres constitueixen organitzacions de metges i organitzacions similars de caràcter científic per especialitat, i treballen en el desenvolupament d'estàndards per a la pràctica professional, i també defensen els seus interessos entre el conjunt de metges de les diferents organitzacions i especialitats. Hi ha un altre tipus d'organitzacions de metges de caràcter local les funcions principals de les quals són l'educació i la disponibilitat d'un fòrum de debat per a tots els metges que treballen en una àrea o regió territorial determinada.

D'altra banda, les organitzacions de metges la funció principal de les quals és la de *lobby* inclouen l'associació de metges ambulatoris (Hartmann Union) i la dels metges

d'hospitals (Marburg Union). Aquestes dues organitzacions lluiten per la defensa dels drets i condicions salarials dels seus membres. També hi ha una organització dirigida al *lobby*, però en aquest cas l'objectiu és aconseguir un nivell de salut i de serveis assistencials més òptim.

En el cas de les infermeres, hi ha dues organitzacions voluntàries d'aquest tipus de professionals: l'Associació d'Infermeres Alemanyes i la Federació d'Associacions d'Infermeres Alemanyes, que representa les associacions d'infermeres catòliques, protestants i de la Creu Roja. Hi ha altres organitzacions menys conegudes d'altres grups de professionals assistencials com són la dels psicoterapeutes o la de les llevadores.

El *lobby* més important en el sector farmacèutic, el constitueix l'Organització Alemanya de Farmacèutics, que engloba totes les farmàcies privades del país que tenen el monopoli de la distribució de fàrmacs. Juntament amb la Càmera de Farmacèutics, constitueixen la Federació d'Organitzacions de Farmacèutics.

Referent a la indústria farmacèutica, hi ha dues organitzacions: l'Associació de Companyies de Recerca Farmacèutica (que engloba 37 empreses, que representen més de dos terços del mercat) i l'Associació Federal de la Indústria Farmacèutica (que disposa de 300 membres, que representen la tercera part restant del mercat). Finalment, hi ha dues associacions més que representen interessos específics: l'Associació Federal d'Empreses Farmacèutiques que produeixen OTC (*over the counter*, fàrmacs que poden ser venuts fora de les farmàcies) i l'Associació Alemanya de Productors de Genèrics (principis actius fora de patent).

L'últim grup important amb relació a la provisió de serveis és la Federation of Voluntary Welfare Associations, que engloba sis associacions sense ànim de lucre que tenen i gestionen hospitals, residències, agències d'atenció domiciliària i de transport sanitari. Aquestes sis associacions són: Workers's Welfare Association, German Red Cross, German Caritas Association (catòlica), Association of Protestant Welfare Organizations, Welfare Organization of the Jews in Germany, Association of the Independent Voluntary Welfare Organizations.

Respecte al comprador de serveis, hi ha 52 entitats privades d'assegurança assistencial (1997), que té la seva representació per mitjà de l'Association of Private Health Insurance. Es tracta d'un grup de *lobby* molt important en la definició de l'assegurança privada. Del total de les companyies, vint-i-cinc es troben en borsa.

Finalment, la població assegurada o els pacients no es troben representats per organitzacions de gran rellevància. Hi ha un llarg espectre d'associacions per a malalties específiques, que representen un total de deu mil membres, però no hi ha una única associació que els englobi tots com a pacients en general. No obstant això, es dona el cas d'una petita associació poc coneguda, i sol·licitada a escala parlamentària, denominada *Associació General de Pacients*. A més, algunes agències de protecció del consumidor han començat recentment a interessar-se pel sector de la salut i han començat a investigar els hospitals i proveïdors en general per poder assessorar la població de manera adequada.

4.2. Funció i influència potencial de cadascun dels grups

4.2.1. Elit sanitària

Les principals funcions de l'elit sanitària són dissenyar polítiques de salut i de serveis, i establir mecanismes per a la seva implantació i el seu desenvolupament. En alguns països aquestes dues funcions es troben estretament vinculades (p. ex., Espanya i el Canadà) i en uns altres no ocorre d'aquesta manera (p. ex., el Regne Unit, França i els Estats Units). En aquest últim cas, es poden canviar, alentir o parar actuacions dibuixades des dels cercles polítics.

El Regne Unit i França

En aquests països, per exemple, les posicions de l'Administració central del Ministeri de Sanitat, fins a un nivell jeràrquic molt alt, es troben destinades a professionals que han seguit la seva carrera dins de l'Administració. En aquest sentit, la política i la gestió a macroescala estan força diferenciades. Per aquesta raó, el polític ha de buscar, algunes

vegades, suports externs a l'Administració sanitària central per poder impulsar els seus programes de govern. Aquesta situació es va plantejar al Regne Unit al principi de la dècada de 1990 quan els polítics volien impulsar canvis importants en l'estat de benestar, mentre que els tècnics de l'Administració eren refractaris a introduir i impulsar aquests canvis. Als Estats Units, no obstant això, a causa del model liberal del seu sistema sanitari, les polítiques dissenyades pel Govern tenen un impuls primordial en el sistema considerat com a públic (Medicare i Medicaid), mentre que la influència en el sistema privat és limitat.

Els polítics, en la seva posició des del govern, són els que legislen l'atenció sanitària i, moltes vegades, a més són els encarregats de finançar-la i gestionar-ne el finançament. A més, també poden ser els propietaris del sistema d'atenció sanitària i/o el patró dels professionals. Això ocorre, per exemple, a Espanya: té la major part dels centres de salut i, al seu torn, els metges que hi treballen són assalariats. A França i Alemanya, no obstant això, els professionals de la pràctica clínica són contractats, o finançats, per les entitats d'assegurança sanitària. En el cas del Regne Unit, el Govern pot finançar els seus serveis sense que hi hagi una vinculació salarial (p. ex., *primary care groups*, que són grups de metges organitzats que ofereixen els seus serveis a l'ens públic). Els polítics poden ser una força de canvi, però també d'obstrucció.

En general, les polítiques que poden obtenir un benefici a llarg termini són menys suggeridores a aquest nivell per la seva baixa rendibilitat a curt termini.

Quant als planificadors, encarregats de traduir el dibuix polític a una proposta d'acció coherent dins del context sanitari del país, també poden tenir un paper facilitador o obstructor. Tal com s'esmenta anteriorment, depenent del grau de vinculació als estaments polítics, l'impuls de polítiques de salut i de serveis pot resultar ser més o menys facilitada. Quant a altres factors que poden influir en la seva obstrucció, hi ha la llunyania i el coneixement de la situació diària del sector sanitari. D'aquesta manera, com més allunyats es trobin del coneixement dels problemes i del funcionament de primera línia dels serveis de salut i d'atenció, més irreal serà la traducció del dibuix polític i menys factible serà la seva introducció i el seu impuls en el sistema.

Finalment, els finançadors decideixen com es repartiran els riscos sanitaris en una població, com s'organitzarà l'accés als recursos sanitaris, i, en el cas dels models bismarckians, com serà el funcionament de l'entitat respecte al consumidor. En els models Beveridge, el finançador és el govern, mentre que en els models bismarckians ho són les entitats d'assegurança assistencial. En aquest últim cas, les entitats d'assegurança es poden convertir en grups d'interès i/o pressió, i actuar en l'assessorament o regulació dels serveis idonis per al finançament dels diferents tipus de malaltia.

En el model de lliure mercat, no obstant això, encara que el finançador és el treballador o l'empresa, l'entitat financera resultar ser la que determina les característiques de la provisió de serveis. Al seu torn, són un grup d'interès o de pressió important a escala governamental.

4.2.2. Proveïdors de l'assistència

Es tracta dels gestors d'institucions sanitàries i altres professionals sanitaris encarregats de l'impuls de polítiques a escala territorial, i també dels professionals de la pràctica clínica (principalment metges i infermeres).

A escala meso (àmbit territorial i institucions sanitàries), els gestors són els encarregats d'introduir i impulsar activament les estratègies dibuixades pels polítics, conceptualitzades i organitzades per planificadors, i pagades per finançadors. Per tant, el seu paper és clau per al funcionament del sistema, ja que constitueixen el pont entre dos nivells: el superior i l'operatiu. La dependència, de tipus orgànic, funcional i/o laboral, d'aquests gestors de sistema amb les "elits sanitàries" en condicionarà l'actuació com a facilitador, qüestionador i/o element de pressió dins del sistema.

Gestor: facilitador, qüestionador o grup de gestió

Si el gestor ocupa un càrrec de lliure assignació pel govern, òbviament el seu paper serà de facilitador (com ocorre en el sistema públic d'Espanya). De la mateixa manera succeirà si el gestor forma part de l'estructura administrativa governamental a escala territorial. Per contra, si ha estat triat per altres agents pot ser o bé un facilitador o un qüestionador (p. ex., els *trusts* d'hospitals al Regne Unit). Finalment, si es tracta d'un gestor d'un model sense cap vinculació governamental, es podria constituir com a element de pressió al govern i fins i tot poder arribar a crear «microsistemes» sanitaris dins d'un context més general (p. ex., en alguns casos als Estats Units, on hi ha gestors encarregats de la provisió de serveis d'atenció primària i especialitzada que venen la seva activitat a entitats d'assegurança assistencial lliure).

Finalment, els professionals de la pràctica clínica, metges i infermeres poden influenciar més en les característiques de funcionament del sistema sanitari, perquè es tracta de professionals que decideixen a qui se li ha d'oferir serveis i a qui no, i quin tipus de serveis s'han d'oferir. A més, tenen un paper clau referent a generar demanda d'atenció per part de la població. D'altra banda, a partir dels seus òrgans de representació influeixen en les decisions d'aplicació d'una o una altra política dissenyada a escala governamental, sobretot pel que fa a la provisió de serveis, que se sol acomodar als interessos dels professionals. Aquesta influència varia depenent del país de què es tracti.

En la majoria dels països d'Europa, la professió mèdica i infermera s'ha organitzat en associacions. Una de les seves principals tasques consisteix a mantenir i millorar la qualitat de la pràctica mèdica, per mitjà de diferents actuacions com, per exemple, el disseny d'estàndards, participar en la formació de postgraus o participar en debats sobre política sanitària i ètica mèdica. El Royal College irlandès i britànic i la Bunderausschu a Alemanya en serien dos exemples. Hi ha diversos tipus d'associacions mèdiques: les unes de caràcter voluntari (p. ex., British Medical Association, Danish Medical Association, Royal Dutch Medical Association), i les altres de caràcter obligatori (col·legiació obligatòria a França, Itàlia, Espanya i Portugal).

A part d'aquestes associacions més generals, hi ha associacions de caràcter científic establertes per especialitats o grups d'especialitats. En alguns països, aquestes associacions també actuen com a sindicats, i participen activament en les negociacions referent als salaris i honoraris dels metges i a la posició de cadascun dels grups membres dins del sistema sanitari. Institucions d'aquest tipus són la Française Ordre des Médecines i la British Medical Association, d'una banda, i els col·legis mèdics espanyols, de l'altra. En alguns països les associacions mèdiques poden exercir un paper de *lobbies* en situacions concretes.

És el cas d'Estats Units quan l'expresident Clinton va voler introduir una reforma en el sistema sanitari americà o a França, a mitjan la dècada 1990, quan es van introduir els *referents médicaux*, en què es regulava la introducció i l'ús de determinats procediments assistencials.

4.2.3. Població

La població és representada pels qui utilitzen el sistema, pacients, i per aquells individus sans que paguen impostos (model Beveridge), fan contribucions a un fons estatal (model bismarckià) o a una entitat d'assegurança assistencial lliure (model del lliure mercat). Els pacients transformen els problemes de salut que perceben en demandes concretes en l'àmbit sanitari. Les percepcions sobre salut i malaltia, i les expectatives sobre l'eficàcia del sistema sanitari, influeixen en l'ús que les persones fan del sistema sanitari. La cultura de la població influeix molt la manera com la població utilitza els serveis, per la qual cosa és extremament important educar la població perquè es transformi en un consumidor crític de l'assistència sanitària. A mesura que augmenta la globalització del coneixement, tant en el seu nivell com en el seu accés, la població rep cada vegada més informació sobre opcions assistencials i sobre el nivell d'accessibilitat a un servei o un altre en diferents països. Aquest fet, juntament amb l'augment progressiu de la qualitat de vida de la població, tant als països desenvolupats com als països en vies de desenvolupament, fa que les expectatives i les demandes de serveis assistencials siguin cada vegada més grans. Als països occidentalitzats, democràtics i amb un consumisme creixent, l'enfortiment de la posició del pacient (actual o potencial) s'està compensant amb la seva educació. El poder del ciutadà varia entre els països desenvolupats. Hi ha països amb mecanismes de participació més establerts que uns altres (p. ex., Irlanda, Holanda, el Regne Unit, països escandinaus i, menys, al sud d'Europa). També succeeix amb les associacions de pacients i la seva influència en el sistema (p. ex., a Holanda la Federació de Pacients i Consumidors té molta influència i poder en el seu sistema sanitari, mentre que a Espanya és encara poca i aïllada).

4.2.4. Grups d'interès

Dins d'aquest apartat se solen incloure el sector de la indústria farmacèutica i el dels productes sanitaris. No obstant això, també s'han d'incloure altres grups d'interès com poden ser les associacions d'entitats d'assegurança lliure privada o altres tipus d'organització que aglutinin empreses amb un determinat interès

(p. ex., a Espanya, Edat&Vida, que és una associació d'empreses de diferents sectors de l'economia productiva del país l'activitat de la qual es desenvolupa, directament o indirectament, entorn del col·lectiu de persones grans). En general, aquests grups d'interès no són altruistes, sinó que protegeixen els seus interessos, especialment els de tipus econòmic. El nivell d'influència i les seves característiques pot variar en un mateix país i entre països.

Per exemple, a Espanya, Farmaindustria és l'organització que acull i representa les indústries farmacèutiques que operen al mercat sanitari espanyol. El seu nivell d'influència és elevat en les negociacions amb el Govern central amb relació a quins fàrmacs seran finançats pel Govern central, i també pel que fa als preus.

5. Avaluació i qualitat de l'atenció

5.1. Origen del debat de qualitat i la seva evolució

Des dels orígens de la medicina s'ha sobreentès que el metge té prou coneixements tècnics sobre l'abordatge de patologies i que aplica aquest coneixement en el millor interès i benefici del pacient. En la dècada de 1980 i al principi de la dècada de 1990 aquesta assumpció es comença a posar en dubte. L'origen d'aquest qüestionament va ser doble:

- 1) A causa de les diferències observades en l'aplicació/utilització i en els resultats de l'atenció segons qui la proporcionava.
- 2) A causa de l'augment dels costos de l'atenció mèdica (que no sempre donaven lloc a millores de l'estat de salut de l'individu i la població).

D'aquesta manera, a la fi de la dècada de 1970, Wennberg i Gittelsohn van ser els primers a identificar variacions, tant en el procés com en els resultats, de l'atenció entre pacients que rebien tractaments rutinaris per a patologies específiques en diferents centres i diferents estats dels Estats Units (Wennberg i Gittelsohn, *Science*, 1978). Cap a la meitat de la dècada de 1980, l'experiment que va fer en aquest mateix país Rand Health Insurance també va demostrar en l'àmbit de la salut que els resultats eren inferiors en pacients pobres amb malalties cròniques, que rebien atenció d'una institució sanitària sense ànim de lucre (Group Health Cooperative of Puget Sound), que en els que acudien a institucions sanitàries de pagament per servei (Ware i altres, *Lancet*, 1986). També es van observar diferències en les taxes d'utilització de determinats procediments en zones geogràfiques properes, l'única diferència de les quals era el nombre de cirurgians d'un estat a un altre. D'aquesta manera, l'endoarteriectomia carotídia variava segons l'àrea geogràfica (la utilització del procediment en una àrea era quatre vegades superior a la d'una altra zona) com una associació positiva entre el nombre de cirurgians i el nombre de procediments efectuats, ajustat per la població (Leape i altres, *NEJM*, 1989).

A la fi de la dècada de 1980, principi de la de 1990, comencen a sorgir els processos de racionament de serveis sanitaris dirigits, principalment, a disminuir els costos de l'atenció. L'OCDE va comunicar el 1993 que en els vint-i-cinc anys anteriors, la despesa sanitària havia crescut el doble del que havia augmentat la riquesa als països industrialitzats (OCDE, *Health Data*, 1993). La major part d'aquest creixement s'atribuïa a l'augment del volum i de la intensitat dels serveis proporcionats (Eddy, 1993). Alguns proveïdors comencen a retallar, limitar o racionar el nombre de procediments i prestacions oferts fins al moment, per a la disminució de l'aplicació de tècniques diagnòstiques i

tractaments inadequats, amb la qual cosa es milloraria la qualitat assistencial i, òbviament, també els costos. No obstant això, estudis posteriors han mostrat que disminuir el volum de procediments no equival sempre a augmentar la qualitat de l'assistència. Així mateix, un estudi comparatiu entre la determinació de l'ús apropiat de la derivació aortocoronària entre els Estats Units i el Regne Unit, va posar de manifest que simplement reduir el volum de procediments no implicava reduir necessàriament la proporció de procediments inadequats (Bernstein i altres, *Int J Tech Ass Health Care*, 1993).

En la dècada de 1980, a més, apareix el control de qualitat. Aquesta tècnica, dirigida a preservar la qualitat assistencial, se centrava en la identificació d'errors en el procés de provisió de l'atenció i a penalitzar els metges que els havien dut a terme. Al principi, els esforços anaven dirigits a identificar errors en els paràmetres de qualitat establerts per institucions reguladores o organitzacions d'acreditació (p. ex., Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations, JCAHO, dels Estats Units). El treball es duia a terme revisant tota la documentació relativa al procés d'atenció, a l'obtenció de credencials, la revisió del treball efectuat i la supervisió dels comitès hospitalaris. Les actuacions dutes a terme en el control de qualitat identificaven errors, però excepcionalment impulsaven actuacions dirigides a millorar els resultats de salut després del procés d'atenció.

Al començament de la dècada de 1990, sorgeix un nou concepte de *qualitat*, centrat en la millora contínua de la qualitat assistencial. Aquesta nova línia d'actuació se centra a potenciar l'eficàcia, l'efectivitat i l'eficiència dels serveis sanitaris amb l'objecte d'aconseguir uns resultats de salut adequats. D'aquesta manera, sorgeixen els moviments de recerca amb relació als resultats de salut (*outcomes research*); la seva base es troba en el reconeixement de l'existència de variacions en la pràctica clínica i en la necessitat de conèixer com aquestes variacions afecten els resultats del procés assistencial. En aquest mateix període, el Working for Patients del Regne Unit i amb la creació de l'Agency for Healty Care Policy and Research (AHCPR, el 1989) als Estats Units es potencia l'anàlisi crítica de l'efectivitat i adequació de les pràctiques assistencials habituals. Així mateix, l'AHCPR crea el programa d'efectivitat mèdica, que s'operativitza en una sèrie de grups interdisciplinaris de professionals (Patient Outcome Research Teams, PORT) que comencen a dur a terme la recerca sobre els resultats de l'atenció de diferents processos assistencials. A més, apareixen nous instruments que ajuden a analitzar per què es produeixen els errors en la pràctica clínica mirant el conjunt d'elements que intervenen en el procés d'atenció i els components clau de qualsevol organització d'èxit. Aquests instruments provenen dels models d'anàlisi i gestió industrials i empresarials (p. ex., ISO, EFQM). L'objectiu no és identificar on s'han produït els errors per a culpabilitzar i penalitzar, sinó comprovar en quina etapa del procés, o en quin element del sistema, s'ha produït l'error i millorar-lo. S'assumeix que els errors són conseqüència d'una mala organització o del sistema en si i no exclusivament de l'acte mèdic.

El 1991, el *Harvard Medical Practice Study* va informar que es produeixen efectes adversos en un 4% de les hospitalitzacions i que el 14% d'aquests efectes tenen conseqüències fatals.

Exemple

Recentment s'ha observat que l'administració d'una dosi equivocada de fàrmacs en pacients ingressats representa el 28% dels errors hospitalaris (Leape, *JAMA*, 1995). La causa d'aquest error no és exclusivament del professional que l'ha causat, sinó que l'error és probablement conseqüència de l'acció de diferents professionals (p. ex., metges, farmacòlegs clínics i infermeres) i de possibles errors en la transcripció de les ordres. Aquest concepte de *dèficit de qualitat* a causa del sistema i no únicament del professional s'ha materialitzat en un estudi recent de l'Institute of Medicine dels Estats Units, conegut com a *To Err is Human* ('errar és humà').

Nombre de morts

Cada any moren als Estats Units, per causes prevenibles, una quantitat de persones equivalent al volum de morts per accident aeri d'un jumbo cada dos dies (Leape, *JAMA*, 1994).

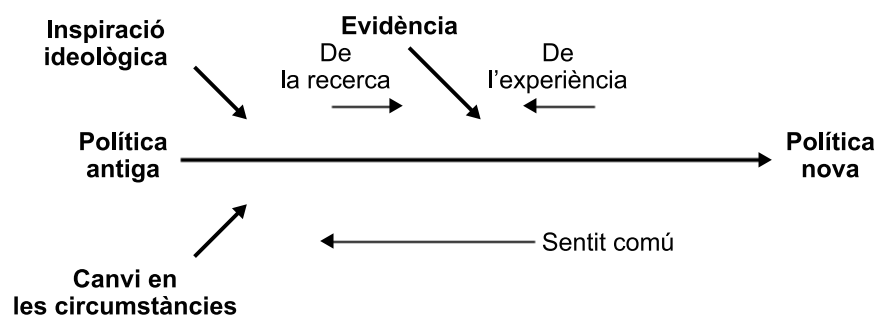
En general, els plans de qualitat inclosos en una política nacional s'interpreten com a símbol de recerca i garantia d'una més gran equitat, efectivitat, eficiència, acceptació i satisfacció del pacient, tant individualment com col·lectivament. Tots aquests termes, englobats en el concepte de *qualitat*, n'expliquen la popularitat, i també la complexitat.

5.2. L'avaluació i la qualitat

Durant les tres últimes dècades del segle xx, l'avanç en el coneixement científic ha seguit un ritme exponencial. De la mateixa manera, ha crescut el nombre de publicacions científiques que aporten dades sobre els riscos, beneficis i costos associats als procediments científics. Davant aquest excés d'informació, els professionals de la clínica, els gestors i els planificadors d'atenció sanitària no es poden mantenir permanentment actualitzats només seleccionant i llegint articles d'algunes revistes de prestigi o acudint a congressos nacionals i internacionals. No obstant això, necessiten fonamentar tota decisió que afecti la població en general, o el pacient en particular, en el millor coneixement científic disponible. Per aquest motiu, s'han desenvolupat instruments metodològics potents que resumeixen d'una manera rigorosa la informació sobre efectes (seguretat, eficàcia i efectivitat) i costos de l'aplicació de nous tests diagnòstics, tractaments i procediments mèdics i quirúrgics. D'aquesta manera, sorgeix el moviment de la medicina basada en l'evidència (MBE) i del procés de presa de decisions¹⁷ basat en l'evidència (PDBE), amb el desenvolupament d'instruments diversos per a dur-los a terme. Ambdós moviments impulsen la presa de decisions, sobre l'individu en el cas de l'MBE, i sobre poblacions en el cas de la PDBE, d'acord amb informació científica de la millor qualitat, després d'un procés d'interrogació¹⁸ sobre la informació disponible i l'aplicabilitat dels resultats a cada procés de decisió.

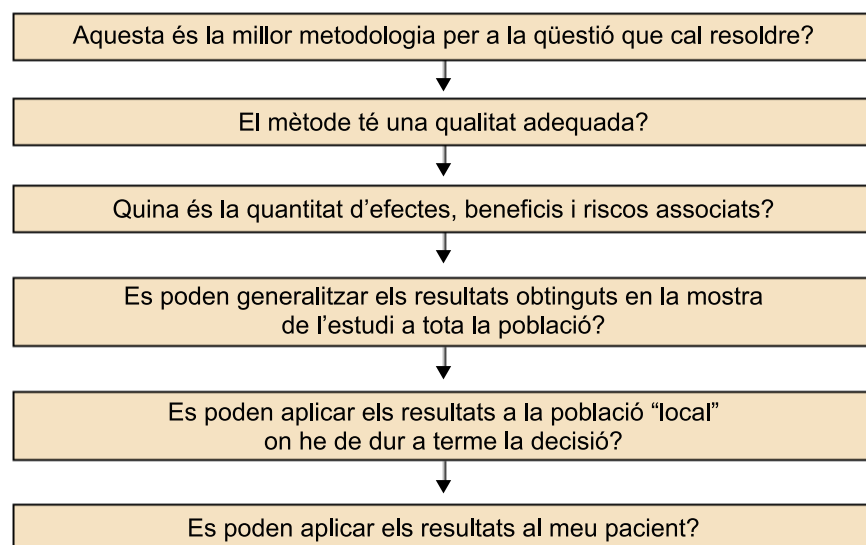
(17)

Presca de decisions de polítiques de salut i de serveis basats en l'evidència



(18)

Procés d'interrogació per la PDBE i l'MBE



Quan s'utilitza el coneixement científic, i es duu a terme una bona gestió de qualitat, la probabilitat d'obtenir uns beneficis elevats de la intervenció sanitària a un cost assumible i amb pocs riscos per a la població és molt alta.

L'avaluació i la qualitat són dos elements que interaccionen en el continu de la presa de decisions i de l'actuació assistencial. En primer lloc, s'ha de garantir que qualsevol procediment que es dugui a terme en individus o en poblacions ha mostrat la seva **seguretat**¹⁹, la seva **eficàcia**²⁰ i la seva **efectivitat**²¹. També és recomanable, quan es disposi d'informació, poder corroborar que la intervenció (sigui de tipus preventiu, diagnòstic, terapèutic o rehabilitador) sigui eficient²². Quan totes o la majoria de les condicions exposades es poden constatar en una intervenció, resulta ser el model o estàndard d'or (*gold standard*) que cal seguir. És llavors quan apareix la qualitat d'un servei, que s'entén com el grau en el qual un professional sanitari o un servei assistencial s'aproxima a l'estàndard d'atenció establert en l'avaluació, és a dir, s'apliquen les intervencions estàndard establertes científicament de la manera correcta. Si aplicant-se el procediment estàndard no s'obtinguessin els resultats espe-

⁽¹⁹⁾Riscos inherents o derivats de l'aplicació d'una intervenció sanitària determinada, poden ser tant efectes indesitjables, reaccions adverses o un altre tipus d'iatrogènies.

⁽²⁰⁾Obtenció dels efectes beneficiosos esperats de l'aplicació d'una intervenció sanitària en condicions ideals d'aplicació, és a dir, pels millors metges, en els millors centres (amb tecnologia sofisticada) i en pacients molt seleccionats. Serien els resultats derivats dels assajos clínics aleatoritzats de qualitat metodològica elevada.

Institute of Medicine (Estats Units), 1990

El grau mitjançant el qual els serveis de salut per a individus i per a les poblacions augmenten la probabilitat d'obtenir els resultats de salut esperats i que són consistents amb el coneixement científic actual.

Segons Donabedian:

"Són possibles i legítimes diferents definicions de qualitat depenent d'on estiguem situats en el sistema de salut i de quins siguin la naturalesa i l'àmbit de les nostres responsabilitats."

Donabedian, *JAMA*, 1988

Donabedian

Donabedian és considerat el precursor del moviment de la qualitat assistencial.

La qualitat de l'atenció es pot abordar des de diferents punts de vista o perspectives:

1) Professionals assistencials

Els professionals de l'atenció sanitària tendeixen a definir la *qualitat* en termes dels atributs i els resultats proveïts pels metges i rebuts pels pacients i, per tant, defineixen la *qualitat* en termes de l'excel·lència dels serveis que proveeixen. La "qualitat tècnica" de l'atenció té dues dimensions:

- a) L'adequació de l'atenció (proveir l'atenció correcta).
- b) L'habilitat o perícia amb què es proveeix (proveir l'atenció de la millor manera).

Per a proveir l'atenció adequada a un pacient concret, cal dur a terme decisions d'alta qualitat, i dur-la a terme d'una manera adequada requereix habilitats, judici i una temporalitat ajustada (finestra terapèutica). Una característica important en la qualitat tècnica és la capacitat comunicativa del clínic amb el pacient. Un volum creixent de literatura posa de manifest la importància de la comunicació i de la informació metge-pacient com a variable clau en l'obtenció de millors resultats en la salut dels pacients. A més, cada vegada la capacitat d'incloure en el procés de decisió terapèutica les preferències del pacient s'introdueix més en el concepte de *qualitat*, ja que s'ha comprovat que, tant aquest fet com les decisions compartides, es deriven en millors resultats en salut. Per aquesta raó, en la definició de *qualitat* formulada per l'Institute of Medicine dels Estats Units s'inclou el terme de *resultats volguts*.

2) Organitzacions sanitàries i asseguradors

S'hi inclouen els governs, entitats d'assegurança i agències encarregades de la compra de serveis per als seus assegurats o representats. Des d'aquesta perspectiva, l'èmfasi rau més en l'obtenció de beneficis per a la població que per al pacient individual. Per aquesta raó, l'abast de la qualitat ha de tenir en compte el grau en què es cobreixen les necessitats de la població coberta, els resultats obtinguts i les característiques organitzatives de la provisió. En altres paraules, emfatitzen el funcionament del sistema quan defineixen la *qualitat* de l'atenció. Des d'aquesta perspectiva, entre els atributs de l'atenció de qua-

litat hi ha l'equitat (justícia distributiva) i l'accessibilitat (quant temps han d'esperar els beneficiaris per a obtenir un determinat tipus de serveis, o si uns serveis determinats, com són les especialitats, estan disponibles en un proveïdor de salut determinat).

3) Compradors de salut (empresaris, sindicats, cooperatives de consumidors, particulars)

En els sistemes de salut de lliure mercat o en qualsevol sistema sanitari en què l'opció d'assegurament privat es pugui exercir, és possible que diferents usuaris puguin seleccionar entre proveïdors depenent dels resultats de salut que obtenen diferents proveïdors a escala poblacional o de les característiques de l'organització assistencial. Des d'aquesta perspectiva, l'èmfasi també rau més en l'obtenció de beneficis per a un determinat tipus de població (en el cas d'empresaris, sindicats, grup de consumidors), o per al pacient individual si és el mateix pacient qui compra directament els serveis.

Als Estats Units, l'interès dels "grups de compradors" va donar lloc al fet que la National Committee for Quality Assurance i altres organismes i institucions desenvolupessin indicadors de qualitat que poguessin ser utilitzats pels compradors de serveis per a comparar els resultats de diferents entitats d'assegurances (p. ex., Health Plan Employer Data and Information Set, HEDIS) i de diferents proveïdors assistencials.

En alguns països, com, per exemple, el Regne Unit i Suècia, es publiquen periòdicament els resultats obtinguts de diferents indicadors assistencials (p. ex., llistes d'espera) entre diferents proveïdors.

5.4. Mesura de la qualitat de l'atenció

La qualitat de l'atenció es pot mesurar segons tres elements que configuren l'acte assistencial i hi incideixen: l'estructura, el procés i els resultats.

1) Estructura

Es tracta de les característiques dels metges i dels hospitals (p. ex., l'especialitat d'un metge o les característiques de l'hospital). Hi pot haver característiques pròpies de l'hospital, com l'organització o la seva estructura física, que donin lloc a la presència d'efectes adversos o a una atenció per sota dels estàndards de qualitat. Per a minimitzar aquests efectes, a la fi del segle XX van aparèixer entitats i organismes d'acreditació d'hospitals. Aquests organismes defineixen i estableixen criteris mínims (quant a estructura i processos) de qualitat per al bon funcionament d'hospitals i centres assistencials (p. ex., la JCAHO als Estats Units). Així mateix, la majoria de països desenvolupats té en el seu sistema de salut algun institut, entitat o unitat responsable d'analitzar els requisits mínims estructurals que ha de complir per qualsevol centre o servei sanitari. Quant a les característiques dels metges, hi ha diferents activitats orga-

Publicació de resultats

Els resultats fins i tot es publiquen en Internet per a la seva consulta pública.

nitzades per la professió mèdica per a assegurar la qualitat assistencial, com són: l'examen de grau, els sistemes de crèdit per a l'educació continuada, els protocols, les auditories, les revisions per altres col·legues, els indicadors de rendiment clínic, entre d'altres.

2) Procés

És constituït pels components de la trobada entre el metge o un altre professional sanitari i el pacient (p. ex., tests diagnòstics, intervenció quirúrgica, entre d'altres). La base de l'estudi del procés assistencial per a mesurar la qualitat de l'atenció derivarà en un resultat concret. En cas que el procés presenti errors, el resultat volgut no s'aconseguirà. Les persones que critiquen la utilització de les mesures de procés en l'anàlisi de la qualitat assistencial argumenten que els elements de procés poden no ser predictors exactes del resultat. D'aquesta manera, si s'augmentessin els recursos per a millorar els processos assistencials, el cost de l'atenció mèdica augmentaria, sense observar-se, en conseqüència, millores en els resultats de salut (Ellwood, *NEJM*, 1988). Aquest fet ja es constata quan es compara el percentatge de producte interior brut (PIB) que diferents països dediquen a la sanitat i la seva relació amb els resultats obtinguts. Per tant, països amb un percentatge de PIB elevat destinat a sanitat no sempre resulten ser els que presenten millors indicadors sanitaris –mortalitat, morbiditat, qualitat de vida percebuda, entre d'altres– (p. ex., els Estats Units = 14% PIB enfront d'Espanya = 7% PIB).

3) Resultats

Fa referència al canvi en l'estat de salut obtingut pel pacient (p. ex., millora en símptomes o en la mobilitat) que pot ser atribuït a un acte assistencial previ. A la fi del segle XX, a la mesura de resultats de tipus més biològic es van afegir els resultats de caràcter psicosocial, és a dir, a la mesura de la qualitat de vida. Els detractors de la utilització d'aquestes mesures argumenten que el nivell de salut d'un pacient després d'una actuació mèdica depèn no sols del tipus i de la qualitat de servei rebut, sinó també d'altres factors inherents al pacient com la gravetat del patiment o l'estat de salut previ a aquesta actuació. En conseqüència, no sempre és cert que la millor assistència produeixi més salut; els pacients ben assistits es poden no curar o recaure, i resulta ser especialment cert amb la prolongació de la vida i la cronificació de moltes malalties.

En general, es considera que les millors mesures de qualitat assistencial són les de procés, ja que, com s'ha comentat, un mal resultat no sempre es produeix com a conseqüència d'un error en l'atenció. De la mateixa manera, en algunes condicions clíniques els pacients poden millorar encara que no hagin rebut l'atenció que necessitaven.

En aquest sentit, la qualitat de l'atenció depèn més de la mesura del procés que dels resultats, sobretot quan es volen comparar proveïdors o plans de provisió assistencial.

5.5. Mètodes per a la mesura de la qualitat assistencial

Hi ha diferents mètodes de mesura de la qualitat assistencial d'acord amb el procés, els resultats o ambdós, que es classifiquen en dos grans grups:

1) Implícits

Aquests mètodes ocorren en cas que no hi hagi estàndards o acords sobre el que es considera bona o mala qualitat. En general, els aplica el mateix clínic després d'haver dut a terme un acte assistencial, sol utilitzar la història clínica i les preguntes que es formula són:

- **Va ser adequat el procés d'atenció?**
- Si hagués aplicat una atenció millor, **hauria obtingut millors resultats?**
- Considerant tant el procés com els resultats, **la qualitat de l'atenció en general ha estat bona?**

Aquest mètode és totalment subjectiu i, des del punt de vista metodològic, resulta ser el més feble.

2) Explícits

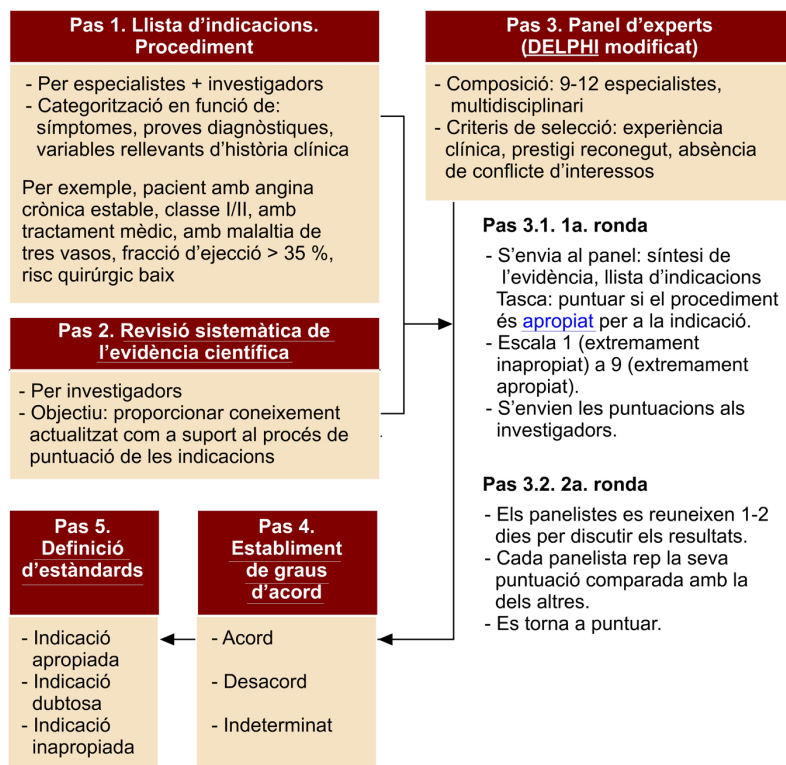
Quan hi ha criteris explícits sobre els quals mesurar la qualitat, més robustos són des del punt de vista metodològic. Els criteris explícits procedeixen de l'evidència científica o d'aquesta combinada amb el consens professional (utilitzant metodologies adequades, p. ex., mètode RAND²⁵) quan no hi ha evidència científica conloent. Generalment és una infermera o un metge entrenats en metodologia de qualitat qui compara el procés d'atenció dut a terme amb el que s'hauria d'haver dut a terme (patró d'or o *gold-standard*), i el resultat se sol expressar com el percentatge de criteris que s'han complert respecte al *gold-standard*. Una de les tècniques utilitzades en aquest procés són les auditories d'històries clíniques.

Excepcions

Encara que hi ha excepcions a aquesta regla, com, per exemple, comparar els resultats de salut després d'una derivació coronària, que s'ajusten per diferències en el *case mix* dels pacients.

(25)

Metodologia RAND: mètode de l'ús apropiat (basat en la revisió de la literatura i en el judici col·lectiu d'un panel d'experts)



Font: adaptació de P. Lázaro de Mercado; I. Marín León (ed.) (1997). *Evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria*. Santander/Madrid: Universidad Internacional Menéndez y Pelayo; SmithKline Beecham.

26 27 28 29 30

(26) El mètode Delphi és una de les tècniques utilitzades en la recerca qualitativa per a arribar a un consens sobre determinats aspectes sanitaris. La diferència del mètode Delphi utilitzat per la RAND rau en el fet que en aquest cas no força els membres del panel a arribar a un consens. Està dissenyat per a identificar el grau d'acord.

(27) Revisió sistemàtica de l'evidència científica (RSEC)

Consisteix en una anàlisi explícita, estructurada, exhaustiva i sistemàtica, basat en el mètode científic, del coneixement sobre els procediments i intervencions que es duen a terme en l'entorn sanitari. Proporciona informació sobre la seguretat, l'eficàcia, la idoneïtat i la relació cost-conseqüència de l'adopció de tecnologies i procediments mèdics en el procés d'atenció als pacients. L'RSEC comporta l'avaluació independent, feta amb rigor i criteris explícits, de les proves o evidències disponibles.

Fases:

- Recerca en totes les bases de dades accessibles (Medline, EMBASE, Cochrane, DARE, HTA) utilitzant una estratègia de recerca definida. També recerques manuals de cites.
- Classificació per qualitat dels articles identificats.
- Síntesi de l'evidència, ajustant per qualitat i classificant la informació per resultats, riscos, utilització i altres aspectes destacables del procediment.

(28) Apropiat: el benefici esperat (p. ex., augment de l'esperança de vida, disminució del dolor, millora de la qualitat de vida) excedeix les conseqüències negatives esperades (p. ex., mortalitat, morbiditat, ansietat), per un marge prou ampli per a merèixer la pena dur a terme el procediment. S'exclouen consideracions sobre cost.

⁽²⁹⁾Indicacions apropiades = totes aquelles sense desacord (inclou acord i indeterminat) si la medicina es troba en el rang 7-9.

Indicacions inadequades = totes aquelles sense desacord (inclou acord i indeterminat) si la medicina es troba en el rang 1-3.

Indicacions dubtoses = indicacions la medicina de les quals és en el rang 4-6 i totes aquelles puntuades amb desacord independentment de la seva mitjana.

⁽³⁰⁾Acord = quan en un panel de nou membres, no més de dos panelistes, han puntuat fora de la regió de tres punts (1-3, 4-6, 7-9) que conté la mitjana.

Desacord = quan les puntuacions de tres o més panelistes són en el rang de l'1-3, i tres o més en el rang 7-9.

Acord indeterminat = indicacions en les quals no hi ha ni acord ni desacord.

Un altre dels mètodes explícits utilitzats compara els resultats obtinguts amb els predits en un model que ha estat prèviament validat d'acord amb l'evidència científica i el judici clínic. Per exemple, es podria fer la pregunta següent: en una població de pacients amb diabetis de tipus II i amb unes característiques determinades, quins serien els resultats esperats després d'un any d'assistència excel·lent, mitjana o baixa? Es podria predir que amb una atenció de qualitat elevada el 95% dels pacients tindria l'hemoglobina glicosilada en sang normal i que el 80% es trobaria en el seu pes. Amb una qualitat moderada aquests resultats podrien ser del 75% i del 50%, respectivament. Aquests resultats esperats explícits es compararien amb els resultats obtinguts del procés d'atenció que es revisa.

Quant a la font de dades que cal utilitzar dependrà, en gran manera, de l'objectiu de l'estudi. L'avanç dut a terme en els últims anys en els sistemes d'informació, tècniques de comunicació i en els sistemes informàtics, han ampliat el ventall de fonts de dades a les quals acudir per a mesurar la qualitat assistencial. Avui dia es pot tenir accés ràpid i barat a múltiples tipus de dades: facturació, entrevistes amb els pacients, històries clíniques informatitzades, etc. Al seu torn, també es pot recórrer a la revisió tradicional de la història clínica en paper (o d'altres registres manuals fora de la història clínica del pacient); a l'elaboració d'enquestes/estudis per a recollir dades específiques per a mesurar la qualitat assistencial, o observacions directes de la trobada metge-pacient. Cada font de dada pot produir diferents visions de la qualitat de l'atenció, o pot servir per a diferents propòsits, per la qual cosa des d'un principi s'ha de tenir molt clar l'objectiu en l'ús de la informació. Per exemple, volem estudiar la informació sobre tractaments que dona el metge en una trobada. Si es pregunta a una pacient, a qui se li acaba de diagnosticar un càncer de mama, si el metge li ha comentat les diferents opcions terapèutiques, pot dir que no encara que el metge ho hagi fet. L'impacte emocional de la notícia pot haver fet que la pacient no captés la informació i influir en la seva resposta. D'altra banda, el metge podria no haver escrit en la història clínica que es dona informació sobre les opcions terapèutiques quan sí que ho ha fet. En aquest cas, la utilització de cintes de vídeo o casset poden ser d'utilitat per a mesurar l'actuació feta.

6. Aspectes clau de les reformes sanitàries

6.1. Marc d'anàlisi

L'anàlisi dels sistemes sanitaris que es presenten, per tant, es basa en l'anàlisi de l'acompliment (*performance*) a partir dels denominats *resultats esperats* (resultats intermedis potencialment mesurables):

- Generació de bons estàndards de salut.
- Resposta adequada a les expectatives dels usuaris.
- Contribució financera equitativa al sistema.

Per tant, per a dur a terme una anàlisi dels sistemes de salut cal:

- Mesurar la consecució d'objectius de salut.
- Mesurar els recursos, dins i fora del sistema, usats per a això.
- Estimar l'eficiència amb què s'usen aquests recursos per a això.
- Avaluar la manera mitjançant la qual les funcions del sistema influeixen en els assoliments i en l'eficiència.
- Dissenyar i posar en pràctica polítiques que permetin millorar, alhora, tant els assoliments com l'eficiència.

L'anàlisi dels sistemes de salut comporta necessàriament la capacitat d'estudi de les **reformes** dels sistemes sanitaris.

Una reforma és:

"[...] un procés que busca canvis més importants a escala nacional en les polítiques, els programes i les pràctiques relacionades amb les finalitats i prioritats; les lleis i les regulacions; l'estructura organitzativa dels serveis sanitaris, i les fonts, els mecanismes i la ubicació dels recursos en el terreny financer. És deliberada, planificada i s'entén que condueix a canvis a llarg termini, permanents, en lloc de canvis *ad hoc* o a una resposta d'emergència. Té a veure amb la idea de buscar els grans problemes en el sistema sanitari i implica molts actors i institucions".

Partnership for Health Reform

L'anàlisi de la reforma d'un sistema sanitari es pot fer des de tres perspectives mútuament complementàries:

1) Anàlisi macro

Dissenyar i posar en pràctica una reforma en el sector de la salut és un procés predominantment polític (Durán, 2004) en el qual s'han de considerar les relacions entre el nivell polític de la iniciativa, els objectius plantejats i les estratègies desenvolupades (Frenk, 1995).

Referència bibliogràfica

En el desenvolupament d'aquest apartat, s'ha considerat l'enfocament metodològic inclòs en l'*Informe Mundial de la Salut*, 2000, *Sistemas Sanitarios: mejorar el desempeño* elaborat per l'OMS, en què es defineixen i analitzen les bases del funcionament dels sistemes sanitaris.

Nivell polític	Objectius	Estratègies
Sistemàtic	Equitat Qualitat Eficiència	<ul style="list-style-type: none"> • Establir drets • Establir mecanismes institucionals: <ul style="list-style-type: none"> – Organismes de participació – Nivells de govern (descentralització) – Barreja publicoprivada – Participació social – Participació intersectorial – Generació de recursos
Pragmàtic	Eficiència assignativa	Establiment de criteris cost-efectivitat
Organitzatiu	Eficiència tècnica i qualitat	Disseny organitzatiu, incentius, valors, productivitat, entre d'altres
Instrumental	Millora de l'acompliment	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemes d'informació • Recerca científica • Innovació tecnològica • Desenvolupament dels recursos humans

L'anàlisi de les reformes dels sistemes sanitaris des de la perspectiva macro consisteix a identificar i analitzar les estratègies adequades per a la consecució dels objectius polítics del sistema.

2) Anàlisi meso

Comprendre els sistemes sanitaris i avaluar els resultats de les reformes requereix tenir en compte un conjunt de factors que afecten les organitzacions i institucions de salut. En l'àmbit meso, les reformes dels sistemes de salut afecten:

- Els sistemes de relacions entre agents del sistema.
- Els interessos polítics (àmbit macro) i de grups d'interès.
- Els sistemes de control social.
- Els espais per al desenvolupament biomèdic.
- Els mecanismes de redistribució de recursos (equitat).

S'assumeix que dins d'un conjunt de valors socials concret i la influència variable de diferents actors (vegeu la figura de més avall) s'han de lligar un cert nombre d'*inputs* mitjançant processos que condueixen a determinats productes esperats. L'anàlisi de reformes en l'àmbit meso pretén identificar i caracteritzar la manera com aquestes interaccions funcionen i com es construeixen les propostes adequades per a la consecució d'objectius de les organitzacions i institucions del sector de la salut.

Marc per a lligar les polítiques, els objectius

Principis	Protagonistes	Problemes i propòsits			Propostes	
<i>Sistema sanitari com a tal</i>						
		<i>Inputs i processos</i>	<i>Outputs</i>	<i>Outcomes/resultats</i>		
(p. ex.) Solidaritat	(p. ex.) - El públic i els seus representants				Objectius de guany en salut (p. ex. millorar l'expectativa de vida)	Canviem (p. ex.) les funcions a i b
Reciprocitat	- El Parlament i el Govern - Els professionals (metges, infermers...) - Els mitjans de comunicació				Objectius de satisfacció (p. ex. dels pacients o de la societat, etc.)	Canviem (p. ex.) el funcionament de y
Rendició de comptes	- Les ONG - Universitats i centres de recerca				Objectius de tipus econòmic (p. ex. millorar l'eficiència i la productivitat, assegurar la sostenibilitat)	Canviem (p. ex.) el procediment z
Democràcia	- Sector privat - Agències / donants internacionals				Altres objectius socials (p. ex. equitat, accés, prestigi, coneixement)	Canviem (p. ex.) la influència d'un agent concret
Etc.	- Altres					

Font: Durán (2004)

3) Anàlisi micro

Analitzar les reformes de salut des de la perspectiva micro consisteix a analitzar l'acompliment de les organitzacions pel que fa a la gestió productiva/clínica, financera, dels recursos humans, dels processos interns, entre d'altres.

Per aquesta raó, tradicionalment l'anàlisi a escala micro utilitza metodologies de treball importades de les escoles de pensament dels negocis en les quals es distingeixen els *inputs* (finançament, personal, coneixement, infraestructures, entre d'altres), dels processos (assistencials i no assistencials), dels *outputs* (serveis produïts) i dels *outcomes* (els resultats en salut aconseguits).

Analitzar els processos de reforma dels sistemes de salut des d'una perspectiva micro consisteix a identificar i caracteritzar els processos en termes d'eficàcia³², efectivitat³¹ i eficiència³³.

⁽³¹⁾Efectivitat: beneficis clínics obtinguts de l'aplicació d'intervencions sanitàries en condicions normals d'aplicació, és a dir, pel metge mitjà, en un centre mitjà i en pacients no seleccionats.

⁽³²⁾Eficàcia: obtenció dels efectes beneficiosos esperats de l'aplicació d'una intervenció sanitària en condicions ideals d'aplicació, és a dir, pels millors metges, en els millors centres (amb tecnologia sofisticada) i en pacients molt seleccionats. Serien els resultats derivats dels assajos clínics aleatoritzats de qualitat metodològica elevada.

⁽³³⁾Eficiència: en termes de l'economia de la salut s'entén com el cost-oportunitat d'una intervenció sanitària, és a dir, com els beneficis perduts per invertir en una opció assistencial amb menys beneficis que una altra actuació amb més beneficis. També es refereix a l'obtenció d'uns resultats esperats amb un cost més baix per unitat que una altra intervenció dirigida a la mateixa condició clínica.

6.2. Principals reformes als països occidentals

En aquest marc d'anàlisi són múltiples les aportacions fetes per l'Oficina Europea de l'OMS relacionades amb la identificació i l'anàlisi de les reformes dels sistemes sanitaris. A continuació, es resumeixen algunes de les principals aportacions d'aquesta oficina.

La major part dels esforços fets pels països desenvolupats quant a les reformes del sistema sanitari efectuades s'ha orientat cap a l'augment de l'accés de la població als serveis sanitaris, cap a la universalització de les prestacions i cap a l'augment de la satisfacció dels usuaris a partir de polítiques actives de millora de la qualitat del sistema de prestació de serveis sanitaris.

L'engegada d'aquest tipus de polítiques va ser a causa de la disponibilitat més gran de recursos destinats a salut com a conseqüència del creixement econòmic sostingut d'aquests països en els últims vint anys. A més, l'aplicació de reformes orientades a l'ampliació de cobertura i la millora de la qualitat va comportar la reforma i flexibilització d'algunes organitzacions.

Alguns exemples de reformes recents dels sistemes sanitaris en alguns països de l'OCDE (resum aportat per Durán, 2004) són:

- Idoneïtat, equitat i protecció d'ingressos
 - Ampliació de cobertura dels sistemes d'assegurances: Espanya (1984, 1986 i 1989), Holanda (principi de 1990) i Irlanda (1991).
- Eficiència macroeconòmica
 - Facturació extra per part dels metges: França (1990).
 - Increments inferiors dels costos: OCDE.
 - Pressupostos globals per a metges: Alemanya (1977) i Bèlgica (1991).
 - Pagament capitatiu als metges: Irlanda (1989).
 - Pressupostos globals per a hospitals: Holanda (1983), Bèlgica (1984), França (1984) i Alemanya (1986).
- Anàlisi microeconòmica, elecció i autonomia

Bibliografia

L'elaboració d'aquesta síntesi es basa en el llibre *Reformas sanitarias en Europa, análisis de las estrategias actuales*, editat el 1996 per R. Saltman i J. Figueras.

- Pas d'un model de seguretat social pressupostari a un model contractual: antiga Alemanya de l'Est (1991).
- Competició gestionada entre metges: Alemanya (1977) i el Regne Unit (1990).
- Competició gestionada entre productes farmacèutics: Alemanya (1977) i Holanda (1991).
- Competició gestionada entre hospitals: Alemanya (1977), el Regne Unit (1992) i Holanda (principi de 1990).
- Competició gestionada entre asseguradores: Holanda (principi de 1990).

De l'experiència recent de reformes en els sistemes de salut dels països de l'OCDE es poden extreure les conclusions següents (Schieber, 1993):

- Ha estat més fàcil ampliar els processos i desenvolupar la infraestructura del sistema que reduir capacitat i controlar costos.
- Malgrat una gran expansió en l'accés, hi continua havent diferències significatives entre grups socials.
- Les estratègies de control de cost de contingut macro no han produït millores d'eficiència a escala micro i viceversa.
- Les millors estratègies per a controlar els costos i estimular l'eficiència han estat donar poder als consumidors i articular les polítiques "els diners segueixen el client" en un context de pressupostos globals.
- La majoria de països s'enfronta a un excés de metges (especialment especialistes) i de llits hospitalaris. Les polítiques de control de recursos han tingut només èxits parcials.
- Les expectatives dels consumidors, l'avenç tecnològic i l'envelliment progressiu de la població han estat factors determinants del creixement dels costos sanitaris en tots els països.
- Els costos administratius semblen ser més alts en els esquemes d'assegurances privades i socials que en els serveis nacionals de salut.
- Els factors socials com la pobresa, la drogoaddicció, les malalties de transmissió sexual, el tabaquisme, entre d'altres, i altres malalties d'inducció social tenen impactes importants en els costos i en els resultats de salut.

- El pagament per acte fragmentat dels serveis, tal com succeeix als Estats Units, davant la inexistència d'un únic comprador de serveis o un únic conjunt de regles per aplicar a tot el sistema, ha estat l'estratègia de política sanitària menys reeixida per al control de costos i la garantia d'accés (malgrat els alts nivells de qualitat que es poden aconseguir en el model).
- Una avaluació adequada dels sistemes sanitaris requereix una bona base de dades a escala micro, meso i macro.

Potser la conclusió més important que es pot extreure de les reformes sigui que

"el procés d'implementació de la reforma és com a mínim tan important com el contingut i per tant ha de rebre la mateixa quantitat d'atenció".

Walt (1994)

En aquest sentit, el quadre següent resumeix el conjunt de factors que influeixen sobre l'aplicació de reformes del sector sanitari actual:

Factors facilitadors	Factors dificultadors
<ul style="list-style-type: none"> • Formulació clara d'objectius polítics. • Disposar d'un objectiu principal. • Característiques tècniques senzilles. • Existeixen els coneixements i tecnologies adequats. • No es necessiten nous recursos. • Canvi marginal de l'<i>statu quo</i>. • Gradualitat del canvi. • Posada en pràctica per part d'un sol agent. • Enggada ràpida: terminis curts, menys distorsió i resistència. 	<ul style="list-style-type: none"> • Metes de reforma en conflicte. • Objectius múltiples, alguns dels quals en conflicte amb valors polítics i socials. • Complexitat tècnica. • Dèficit d'experiència i formació dels agents vinculats a la reforma. • Desenvolupament de sistemes d'informació i pagament cars. • Grans canvis sobre l'<i>statu quo</i>. • Oposició al canvi. • Col·laboració publicoprivada difícil. • Reformes complexes i execució lenta. • Dificultat en el disseny i implementació de nous sistemes (procediments i institucions).

