

El sistema sanitario

David Elvira
Laura Sampietro

PID_00193889

Tiempo mínimo previsto de lectura y comprensión: **8 horas**



Índice

1. Organización	5
1.1. Sistemas de salud y de servicios	5
1.2. Modelos	6
1.2.1. Introducción	6
1.2.2. Modelo de seguros sociales (Bismarckiano)	12
1.2.3. Modelo de servicio nacional de salud (Beveridge)	16
1.2.4. Modelo de libre mercado (privado)	17
1.3. Regulación	18
1.4. Derechos, deberes y empoderamiento de los ciudadanos en los sistemas de salud	18
1.4.1. Introducción	18
1.4.2. Derechos y deberes	19
1.4.3. Empoderamiento del ciudadano	20
2. Financiación	23
2.1. Definición de la función de financiación de un sistema sanitario	23
2.2. Movilización de recursos: la subfunción de obtención de ingresos	32
2.3. Puesta en común (<i>pooling</i>) de riesgos y recursos: la subfunción de aseguramiento	34
2.4. Asignación de recursos y sistemas de pago: la subfunción de compra	37
3. Provisión	39
3.1. Equidad	39
3.1.1. Valores	39
3.1.2. Equidad vertical, horizontal y categórica en salud	40
3.2. Eficiencia	41
3.2.1. Introducción	41
3.2.2. Eficiencia técnica y de gestión	42
3.2.3. Eficiencia social	43
3.2.4. Métodos para la evaluación de la eficiencia de los servicios sanitarios	44
3.3. Atención primaria	45
3.3.1. Introducción	45
3.3.2. Modelos de atención primaria	46
3.3.3. Organización de la atención primaria	52
3.3.4. Algunos elementos de la reforma en atención primaria	53
3.4. Atención hospitalaria	54
3.4.1. Introducción	54

3.4.2.	Características de la dotación hospitalaria según el modelo sanitario	56
3.4.3.	Tendencias en la atención hospitalaria	59
3.5.	Atención sociosanitaria	61
3.5.1.	Introducción	61
3.5.2.	Servicios sociales	63
3.5.3.	Servicios sanitarios	67
4.	Actores del sistema	69
4.1.	Actores del sistema	69
4.2.	Función e influencia potencial de cada uno de los grupos	70
4.2.1.	Elite sanitaria	70
4.2.2.	Proveedores de la asistencia	72
4.2.3.	Población	73
4.2.4.	Grupos de interés	74
5.	Evaluación y calidad de la atención	75
5.1.	Origen del debate de calidad y su evolución	75
5.2.	La evaluación y la calidad	77
5.3.	Definición y perspectivas de la calidad asistencial	79
5.4.	Medida de la calidad de la atención	81
5.5.	Métodos para la medida de la calidad asistencial	83
6.	Aspectos clave de las reformas sanitarias	86
6.1.	Marco de análisis	86
6.2.	Principales reformas en los países occidentales	89

1. Organización

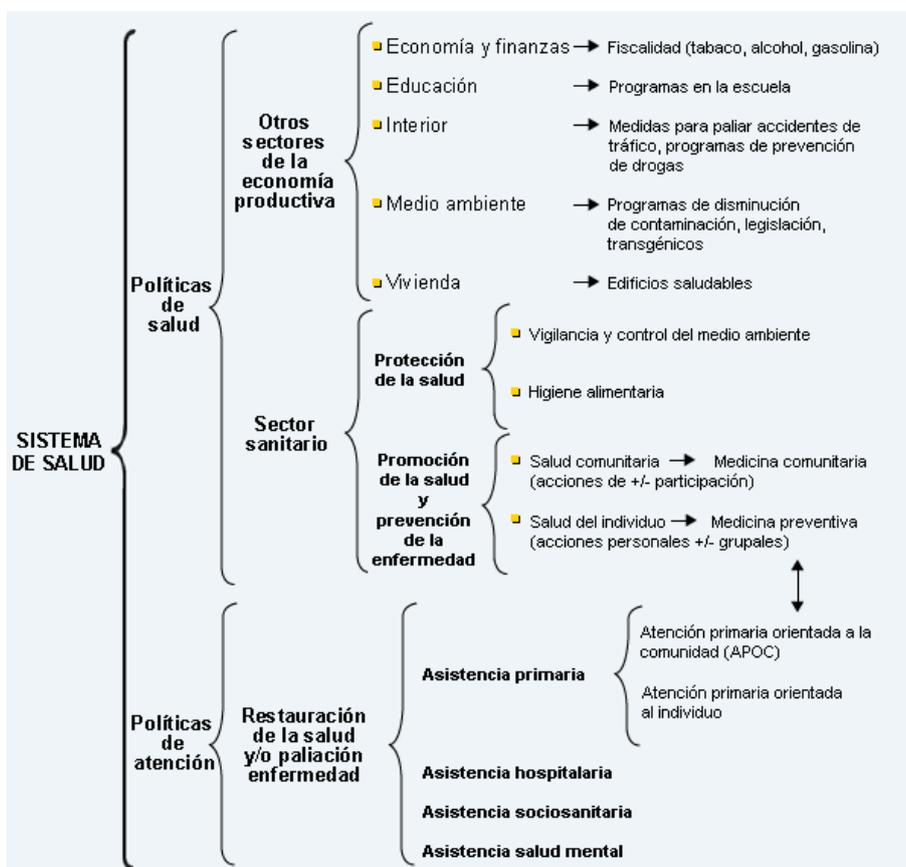
1.1. Sistemas de salud y de servicios

Antes de iniciar cualquier análisis de sistemas debe clarificarse qué se entiende por sistema y, en concreto, por sistema de salud, y qué diferencia existe (si la hay) con un sistema de servicios. Un sistema puede definirse como un conjunto de elementos interrelacionados entre sí con el objetivo de convertir *inputs* en *outputs*. Un sistema de salud abarca, de esta manera, todas las organizaciones, las instituciones y los recursos de los que emanan iniciativas cuya principal finalidad es mejorar la salud. No siempre las instituciones, organizaciones y recursos pertenecerán al ámbito de la sanidad. Como se verá en la sección de salud pública, los determinantes de la salud son diversos y, muchos de ellos, fuera del sector sanidad (p. ej., vivienda, desarrollo socioeconómico, entre otros).



A su vez, por sistema de servicios (o de atención sanitaria) entendemos las instituciones, las personas y los recursos implicados en la prestación de atención sanitaria a los individuos de una población. Por tanto, un sistema (o subsistema) de atención sanitaria formará parte del sistema de salud.

En un sistema de salud, se podrán definir políticas de salud o políticas de servicio dependiendo del nivel y/o sector/subsistema en el que se quiera actuar. Las políticas de salud no siempre incidirán en el subsistema de servicios, podrían elaborarse políticas en otros ámbitos que repercutieran favorablemente en la salud de la población, se trataría de definir actuaciones intersectoriales dirigidas a la mejora de la salud, pero también pueden definirse actuaciones dirigidas al sector sanitario y, en concreto, a los ámbitos de protección de la salud, y de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En lo referente a las políticas de servicios /atención, se incide directamente en el subsistema de atención y, en esta línea, las actuaciones definidas se dirigen a restaurar la salud perdida y/o a paliar los efectos de la enfermedad utilizando los diferentes recursos asistenciales que posee el sistema de salud.



Fuente: adaptación de Gil Piédrola, *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Marzo, 2000

1.2. Modelos

1.2.1. Introducción

Desde un punto de vista metodológico, es muy difícil comparar los diferentes sistemas sanitarios que existen a nivel mundial porque cada estado es diferente en cuanto a sus características geográficas, demográficas, organización política, problemas de salud, nivel de desarrollo socioeconómico, etc.

No obstante, la caracterización de los sistemas sanitarios suele llevarse a cabo por el modo como se financian, es decir, cómo se obtienen los recursos económicos.

Existen cuatro fuentes principales de financiación de la sanidad:

- 1) Impuestos
- 2) Contribuciones a la seguridad social
- 3) Suscripciones voluntarias a entidades de seguro privadas
- 4) Pago directo por servicio

En función de esta categorización, la financiación de sistemas sanitarios puede clasificarse como **sistemas obligatorios o establecidos por ley** (sistemas de seguridad social y sistemas basados en impuestos) o **sistemas voluntarios** (seguro de salud voluntario o pago directo).

Estas diferentes fuentes de financiación sirven para caracterizar o definir el modelo de sistema sanitario de un país. De esta manera, existen tres modelos puros de sistemas sanitarios:

- 1) **Modelo de seguros sociales** (Bismarckiano): el sistema se financia a través de la seguridad social (p. ej., Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Luxemburgo, Holanda, Suiza).
- 2) **Modelo de servicio nacional de salud** (Beveridge): el sistema se financia a través de los impuestos generales del Estado (p. ej., España, Suecia, Dinamarca, Reino Unido, Noruega, Finlandia, Nueva Zelanda, Canadá, Islandia, Australia).
- 3) **Modelo de libre mercado** (privado): el sistema se financia a través de las contribuciones directas del ciudadano, bien sea a una entidad de seguro privada o a través de pagos directos por acto médico (p. ej., Estados Unidos).

Una vez definidos estos tres modelos, cabe precisar que no existe ningún país que posea un modelo puro. Por lo general, los sistemas basados en impuestos también introducen algunos elementos de sistemas de seguridad social. A su vez, un sistema de seguridad social a menudo introduce elementos de sistemas basados en impuestos. Además, existen una serie de países cuyo modelo sanitario se encuentra en transición: los países de la antigua Europa del Este cuyo sistema sanitario se basaba históricamente en el modelo Semashko y que en la actualidad están evolucionando hacia sistemas basados en esquemas de seguridad social. El modelo Semashko se caracterizaba por un sistema financiado directamente a través del Estado, con un control de la sanidad muy centralizado.

Modelo Semashko

Este modelo de sistema sanitario se desarrolló en la antigua Unión Soviética y se trataba de un sistema extremadamente centralizado y bajo el control estatal.

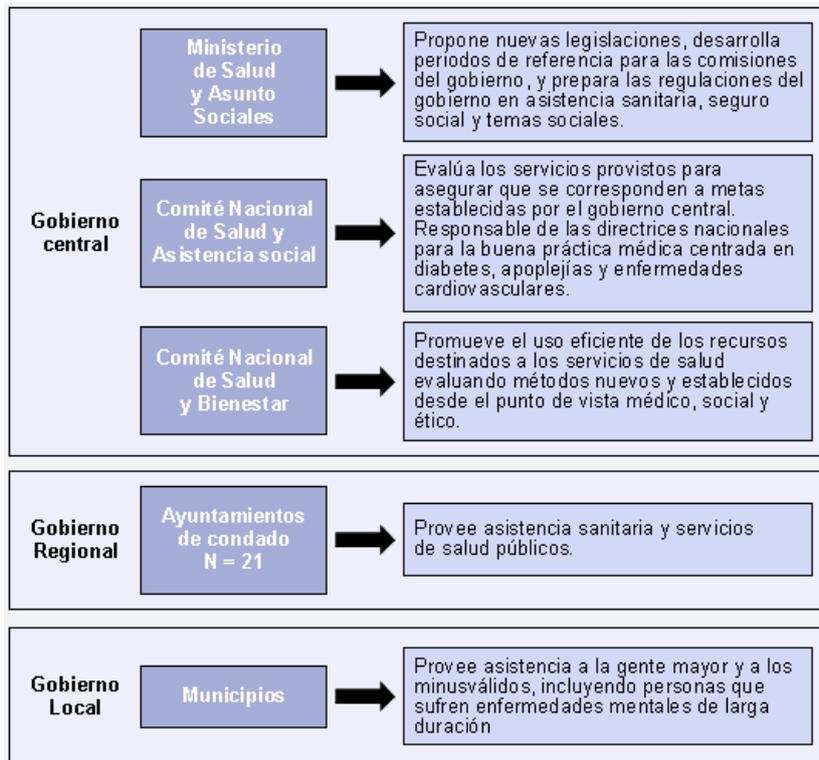
Se trataba de un sistema muy jerarquizado, basado en policlínicas y otras instituciones asistenciales que proporcionaban un amplio rango de servicios especializados como primer nivel de contacto con el sistema sanitario. Trataban de compensar la baja calidad de los servicios proporcionados y las deficiencias en material con una disponibilidad muy elevada de personal sanitario y un acceso rápido al ingreso hospitalario.

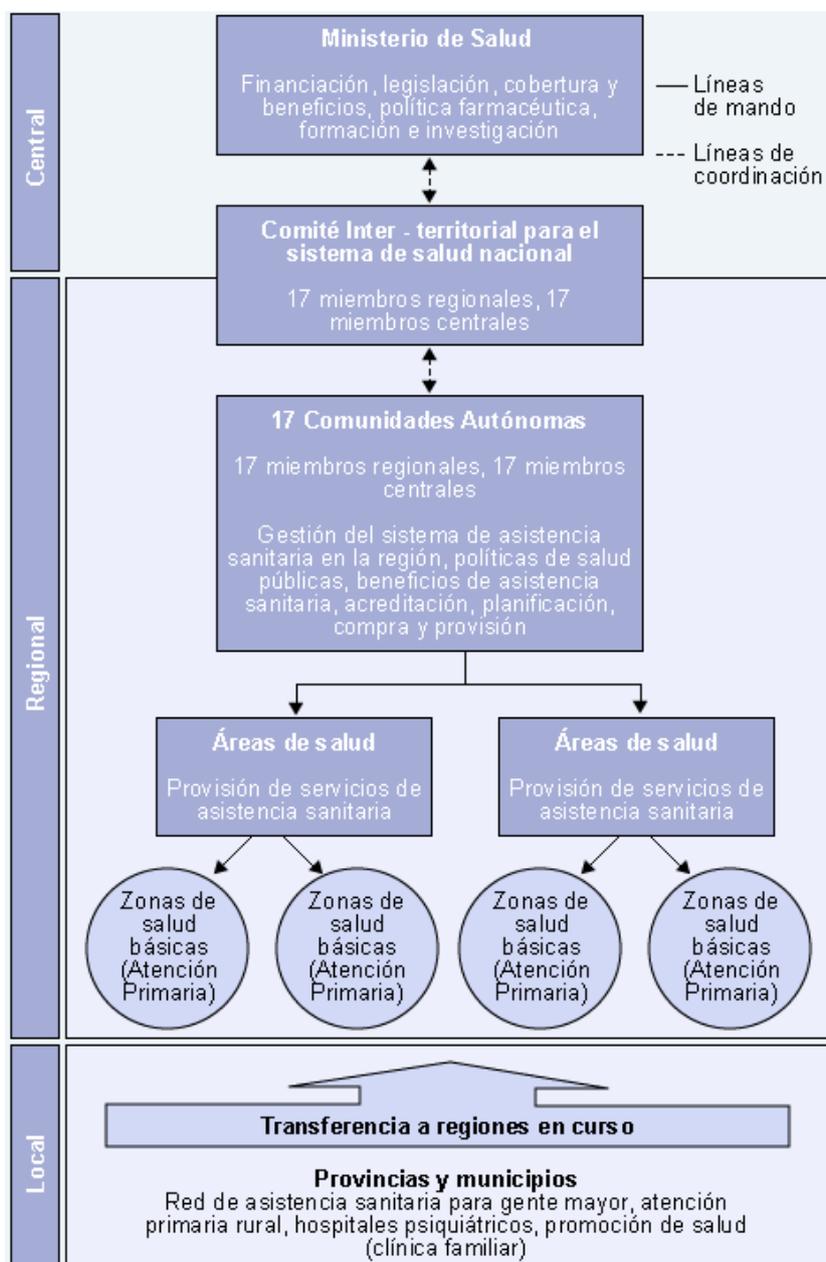
De la misma forma que la caracterización de un sistema viene dado en relación a su financiación, su organización viene determinada por las características de modelo de país, es decir, por su organización politicoterritorial. Dependiendo del modelo de Estado y de su nivel de descentralización, la organización de un sistema puede variar considerablemente de un país a otro, aun teniendo el mismo modelo de sistema (Beveridge, Bismarckiano o privado).

El término de *organización* hace referencia a la institución que tiene las funciones de cohesión del sistema, planificación, financiación, gestión y provisión de servicios de salud y de servicios de atención.

Ejemplo

Suecia¹ y España² son dos países con monarquía parlamentaria, ambos se caracterizan por seguir un modelo Beveridge, pero se organizan de forma diferente. Suecia organiza su sistema sanitario en tres niveles de gobierno –central, regional (a través de los 21 condados que se unen en 6 regiones sanitarias) y local (municipios)–, mientras que en España la organización sanitaria se lleva a cabo principalmente en dos niveles de gobierno –central y autonómico.

(1) Organización de los servicios de salud y sociales suecosFuente: *The Conference Board of Canada*

(2) Sistema sanitario español

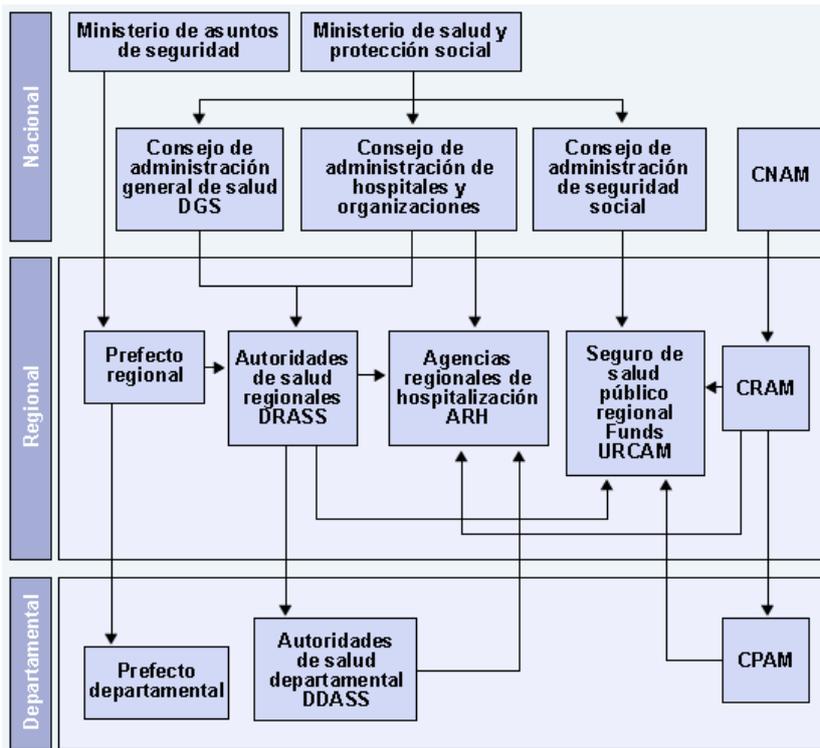
Fuente: adaptación de *The Conference Board of Canada*

Municipios

Los municipios tienen un papel residual o mínimo en la organización sanitaria y estas funciones están siendo traspasadas a los gobiernos autónomos que se dedican, principalmente, a la provisión de unos servicios determinados, como la asistencia psiquiátrica, atención rural, centros de planificación familiar, entre otros.

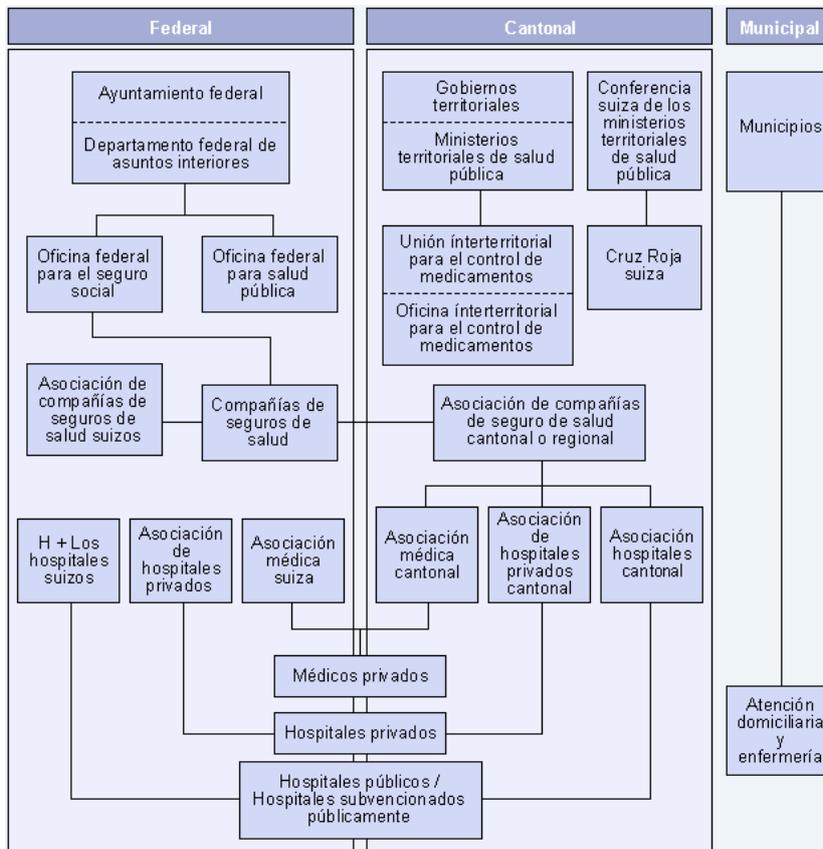
De la misma manera sucede en el caso de Francia³ y Suiza⁴, dos países con modelo Beveridge: Francia es una república mientras que Suiza es un estado federal. Francia tiene una organización sanitaria muy centralizada: toda la estructura sanitaria depende de Direcciones Generales del Ministerio de Sanidad, a excepción de la Caja Nacional de Seguro de Enfermedad de los Trabajadores Asalariados, que es un órgano con consejo independiente.

(3) Sistema sanitario francés



Fuente: adaptación de *The Conference Board of Canada*

(4) Sistema sanitario suizo



Fuente: adaptación de *The Conference Board of Canada*

Las estructuras se ramifican en regiones y, a un nivel inferior, en departamentos. Por el contrario, Suiza al ser un estado federal, cada uno de sus cantones tiene su propia estructura sanitaria en paralelo a la federal, pudiendo existir pequeñas diferencias entre cantones.

1.2.2. Modelo de seguros sociales (Bismarckiano)

Los modelos basados en la seguridad social tienen su origen en grupos de individuos que en el pasado (en la edad media según López Piñero) se asociaron y crearon unos fondos monetarios para tener un poco de seguridad financiera en los momentos de apuros. Al principio, cuando uno de sus miembros sufría algún contratiempo, se le daba una cantidad monetaria para que hiciese frente a sus gastos sanitarios o su mantenimiento si se quedaba sin empleo. A partir de estas experiencias, en 1883 nace la primera ley de seguro sanitario obligatorio en Alemania. Los principios en los que se basa este modelo son:

- 1) Consideración de la salud como un bien tutelado por los poderes públicos.
- 2) Financiación de los servicios sanitarios mediante cuotas obligatorias de empresarios y trabajadores (asalariados y autónomos), con mayor o menor colaboración del Estado.
 - a) Se requiere al empresario que pague parte de las contribuciones del trabajador (de esta forma el cargo de la asistencia no recae exclusivamente en el empleado, si no fuese así, y fuese el trabajador quien tuviese que pagar el 100% de la contribución, podrían haber personas de rentas bajas o muy bajas que no pudieran acceder a un fondo de prestaciones).
 - b) Difusión y minimización del riesgo a través de una asistencia obligatoria (cuantas más personas realicen contribuciones, más fondos habrán disponibles para sanidad y se produce la subsidiarización entre grupos de riesgo).
- 3) Los servicios financiados de este modo están destinados únicamente a quienes han cotizado y a las personas que dependen de ellos.
- 4) Provisión de aseguramiento a través de instituciones públicas y de otras casi públicas sin ánimo de lucro (de esta manera se minimiza la monopolización de la asistencia). Existencia de forma habitual de seguros voluntarios complementarios y persistencia de las redes asistenciales de beneficencia.
- 5) Pago a los proveedores (personal y servicios sanitarios) mediante contratos y por número de servicios.

A partir de la creación del primer sistema basado en la seguridad social, se desarrollaron réplicas en distintos países, pero ningún sistema es exactamente igual. Cada sistema viene muy condicionado por su estructura política, social, económica, y por su cultura y valores.

Sin embargo, todos tienen en común que los fondos para sanidad se recogen a través de contribuciones a la seguridad social, que llevan a cabo tanto empresarios como trabajadores, autónomos y pensionistas, y que estos fondos están marcados para finalidades asistenciales.

No obstante, en prácticamente todos los países con este modelo, el Estado central, a través de sus presupuestos generales, subsidiariza el fondo de la seguridad social. El nivel de subsidiarización varía entre países. Además, en estos sistemas, el Estado también suele aportar fondos adicionales dirigidos a temas sanitarios, pero no asistenciales como son la salud pública, la investigación sanitaria y la educación médica.

Ejemplos

Austria 42%, Suiza 14%

El fondo de seguridad social se distribuye a las diferentes entidades de seguro asistencial (públicas o casi públicas sin ánimo de lucro) para que sean estas instituciones las que gestionen la provisión de servicios. Estos sistemas, sin embargo, se caracterizan por disponer también de la existencia de entidades de seguro asistencial totalmente privadas que no reciben fondos del Estado, sino que proceden de las contribuciones directas que realizan sus clientes.

Modelos europeos Bismarckianos

Modelo francés o de reembolso público

La financiación es pública y los servicios los prestan las instituciones públicas, muchas de las cuales son autónomas o proveedores privados. El paciente tiene libertad de elección, paga los servicios y los entes públicos que financian el sistema le reintegran el importe. Como aspectos positivos destacan los altos niveles de calidad y satisfacción de los usuarios; y como aspecto negativo, su elevado coste.

Modelo alemán o de contrato público-presupuesto global

La financiación es pública y los servicios pueden ser prestados por instituciones públicas autónomas y por el sector privado, pudiendo el ciudadano elegir el prestador de los servicios. Los entes financieros mantienen relación con los proveedores mediante contratos públicos y presupuestos globales. Los entes financieros compran servicios orientados a necesidades y, de esta manera, se evita la inflación producida por el sistema francés.

Modelo holandés

Sistema mixto de aseguramiento público y privado que presenta problemas similares al modelo de libre mercado.

Obligatoriedad de la contribución

La existencia de un sistema sanitario totalmente privado en países de modelo Bismarckiano hace que la contribución obligatoria no sea siempre tal para todos los ciudadanos.

Ejemplo

En Austria, Bélgica, Francia y Luxemburgo prácticamente toda la población debe contribuir al fondo de la seguridad social. Por el contrario en Alemania y Holanda sólo deben hacerlo aquéllos con un nivel de ingresos inferior a un límite establecido. La población restante en Alemania debe asegurarse o bien a través de un seguro privado o del seguro público, mientras que en Holanda pueden hacerlo en una entidad privada o permanecer sin seguro médico. En el caso de Suiza, es voluntaria a excepción de algunos cantones que la han hecho obligatoria para toda su población o para determinados grupos, como son los ancianos y los niños.

El nivel de contribución se calcula según los ingresos y se lleva a cabo tanto por el empresario como por los trabajadores. Generalmente, la proporción es del 50:50 (Alemania, Austria, Luxemburgo y Holanda), pero en otros países el empresario paga más que el trabajador, como es el caso de Francia. La negociación del nivel de contribución se realiza a varios niveles, pero es el gobierno central quien tiene el control final. En algunos países se permite que las diferentes entidades difieran en el coste de sus pólizas, pero en otros, como es el caso de Luxemburgo y Bélgica, no está permitido.

Cartera sanitaria y cobertura poblacional

El gobierno central de los sistemas sanitarios de modelo Bismarckiano suele establecer un nivel de cobertura de prestaciones sanitarias a la que deben dar respuesta todas las entidades de seguro. No obstante, existen prestaciones que pueden quedar fuera del sistema y que hacen que el ciudadano opte a una doble cobertura (pública-privada).

Ejemplo

En Suiza, el seguro suplementario incluye tratamientos odontológicos y hospitalización privada entre otros.

En el caso de Francia, posee un fuerte aseguramiento privado complementario, el 24% del gasto sanitario es privado. La doble cobertura representa el 12% del total del gasto sanitario y, por lo general, estas entidades reembolsan al cien por cien el gasto realizado directamente por el paciente.

En cuanto a la cobertura poblacional, podrían distinguirse cuatro patrones:

1) Toda la población cubierta por el seguro sanitario obligatorio (Austria, Francia, Luxemburgo).

2) La práctica totalidad de la población cubierta por el seguro sanitario obligatorio y una minoría que recibe una cobertura parcial.

3) Cobertura de toda la población, pero voluntariedad en cuanto a la adscripción al seguro asistencial obligatorio.

4) Sólo una parte de la población cubierta por el seguro obligatorio, como es el caso de Alemania.

Entidades de seguro asistencial públicas o casi públicas sin ánimo de lucro

En todos los países se trata de instituciones que tienen independencia en cuanto a su gestión, presupuesto y propiedad jurídica. No obstante, todas ellas se encuentran sujetas a una regulación estricta por parte del gobierno de cada país.

El número de entidades de seguro asistencial varía considerablemente entre países.

No obstante, la tendencia es realizar la fusión y la constitución de alianzas entre instituciones para reducir su número en cada país. Aumentar el número de beneficiarios y, así, difuminar los riesgos es una de las principales razones de la realización de estas fusiones.

Características de las entidades de seguro asistencial

Las entidades y seguro asistencial pueden organizarse de acuerdo con:

- a) Grupos de trabajadores de un mismo sector
- b) Ámbito territorial (p. ej., Holanda)
- c) Por ideario religioso o político (p. ej., Bélgica)
- d) Por tipo de empresa (p. ej., Austria)

Limitaciones

Este sistema no se caracteriza por contribuir a la solidaridad en términos financieros. Generalmente, se paga un porcentaje fijo respecto al salario o ingresos de los individuos (con un límite máximo). En esta situación, aquéllos con ingresos muy elevados (por encima del límite) pagan, en comparación, menos que aquéllos con ingresos menores. Por otro lado, en aquellos sistemas donde es posible renunciar a la seguridad social (p. ej., Holanda), los individuos no contribuyen al sistema de financiación, haciéndolo más regresivo. En los sistemas en que hay varias entidades de seguro, y en los cuales el individuo

Ejemplo

En Bélgica el seguro obligatorio cubre sólo a los autónomos en el caso de riesgos mayores.

Ejemplo

En el caso de Holanda los ciudadanos que tienen una renta per cápita superior a un límite establecido.

Ejemplo

En el caso de las entidades de seguro suizas deben inscribirse en la Oficina Federal de Seguro Social, y en el caso de Francia deben hacerlo en la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAM).

Ejemplo

53 en Holanda, 453 en Alemania

puede optar o escoger uno u otro, se puede llegar a producir una selección por riesgo (las empresas tienden a escoger aquellos individuos que presentan un perfil de riesgos ausente o mínimo).

1.2.3. Modelo de servicio nacional de salud (Beveridge)

Es característico de los países con tradición socialdemócrata. Su punto de partida se encuentra al finalizar la Segunda Guerra Mundial cuando, en el Reino Unido, Beveridge impulsa un sistema nacional de salud bajo el principio de que todo individuo tiene derecho al mejor tratamiento médico existente, independientemente de sus medios económicos. Este modelo se encuentra en España, Reino Unido y los países nórdicos. La financiación es pública y los servicios los presta hegemonícamente el sector público. La capacidad de elección es escasa.

Descentralización de la financiación

En las últimas décadas ha habido una creciente demanda por la descentralización de la financiación sanitaria en estos países. En Finlandia, desde 1972, la recolección de impuestos y la responsabilidad de provisión de servicios asistenciales se llevan a cabo desde los municipios. En Dinamarca, los condados son responsables de la financiación y provisión de servicios hospitalarios y del reembolso de la atención recibida, mientras que los municipios se encargan de la atención domiciliaria y de programas de promoción y prevención. En Suecia, los condados, a través de impuestos locales, son los que financian a los hospitales y sus profesionales. En el Reino Unido, y recientemente en Cataluña (España), hay una tendencia a la separación entre proveedor y financiador, con el objetivo de tener una mayor autonomía financiera a las autoridades locales.

Las características que definen este modelo son:

- 1) Consideración de la salud como un bien tutelado por el Estado.
- 2) Financiación de los servicios sanitarios por medio de los impuestos establecidos por los diferentes gobiernos, con aportaciones complementarias variables de los sistemas de seguro sociales.

La financiación a través de impuestos se considera como una contribución a la solidaridad social (*risk pooling*).

- 3) Gran control gubernamental de todo el proceso de financiación y provisión de servicios sanitarios.
- 4) Universalidad y equidad como principios esenciales de la organización del sistema.
- 5) Problemas frecuentes de burocracia, sobreutilización, eficiencia y listas de espera.

En esta línea, las diferencias con el modelo de la seguridad social son:

Ejemplo

En el Reino Unido el 79% del presupuesto proviene de los impuestos y el 16% de los fondos sociales.

- La cobertura es universal, es decir, incluye a todos los residentes de un país, por lo que el que se contribuya económicamente a una entidad de seguro deja de ser el factor determinante de derecho a la atención sanitaria.
- Todos los individuos tienen derecho a los mismos tipos de servicios, no es así en los modelos de seguro social. Irlanda es la excepción, donde sólo los más pobres pueden acceder a todos los beneficios, el resto de la población ha de hacer contribuciones de co-pago según tipo de servicios.
- El estado asume la responsabilidad de financiar los servicios de salud a través de los impuestos.
- Las entidades de seguro asistencial pierden su identidad diferenciada e independencia del Estado.
- La provisión de los servicios de salud (hospitales, empleo de médicos y otros profesionales) se halla en manos del sector público.
- No existe la selección por riesgo.

1.2.4. Modelo de libre mercado (privado)

Estados Unidos representa el modelo sanitario de libre mercado. No obstante, en países del oeste de Europa, donde existen los modelos basados en la seguridad social, coexiste este modelo en diferente grado.

Las características de estos sistemas son las siguientes:

- 1) Consideración de la salud como un bien de consumo, no necesariamente protegido por los poderes públicos.
- 2) Contribución estatal reducida al mantenimiento de los servicios sanitarios y limitada a grupos vulnerables y desfavorecidos.
- 3) Desregulación por parte del Estado de la provisión de servicios sanitarios.
- 4) Coexistencia de redes de beneficencia y seguros privados.
- 5) Costes muy elevados.
- 6) Problemas graves de equidad y accesibilidad.

Existe una importante diferencia entre la transformación de un sistema sanitario impulsado por el estado en otro sistema de seguro social administrado por organizaciones sin ánimo de lucro (p. ej., Alemania, Holanda) y la admisión de entidades de seguro con ánimo de lucro dentro del mercado de atención sanitaria. En el primer caso, se trata de una vía diferente de organizar la solidaridad social, mientras que en el segundo el impulso es el lucro y puede desembocar en una mayor desigualdad de la atención sanitaria entre la población.

1.3. Regulación

La regulación es una de las actividades básicas de la intervención del sector público en los sistemas de salud y consiste en el establecimiento de un marco legal y normativo que determinas las "reglas del juego" de los sistemas sanitarios.

Algunas de las regulaciones que encontramos en el sector salud se relacionan a veces más con los valores sociales dominantes que por argumentos puramente técnicos.

Ejemplo

Las que afectan a la venta de alcohol o tabaco.

En esos casos, el comportamiento del Estado es claramente paternalista, entendiendo que la salud es un "bien preferente" de obligado consumo por parte de la población.

En otras ocasiones, la regulación se puede entender como un mecanismo de articulación de la oferta y la demanda de servicios sanitarios en un "mercado" en que la información es trascendental y donde la regulación permite establecer estándares de calidad a través de titulaciones reconocidas, acreditación de centros proveedores de servicios o establecimiento de normas para el uso de publicidad en los fármacos.

1.4. Derechos, deberes y empoderamiento de los ciudadanos en los sistemas de salud

1.4.1. Introducción

A finales de los años ochenta, principios de los noventa, surgen en Europa distintas iniciativas dirigidas a explicitar y regular los derechos que tienen los pacientes en los sistemas de salud de su país.

El nacimiento de los derechos de los pacientes tiene como fin la sensibilización de los servicios de atención sanitaria hacia las demandas de los ciudadanos y pretenden ser la base de la relación entre los usuarios y los profesionales sanitarios. A lo largo de la década de los noventa, una vez definidas e instauradas diferentes normas que recogen los derechos y deberes de los pacientes en Europa, renace con fuerza la necesidad y el deseo de una mayor involucración de los ciudadanos en la definición de políticas de salud y de servicios, y en la toma de decisiones informada en el encuentro médico-paciente. Empieza a surgir con fuerza el concepto de *empoderamiento ciudadano* (*citizen empowerment*) en sus diferentes vertientes, como ciudadano o como paciente, y en un rango amplio de posibilidades (desde la participación consultiva a la total decisión por parte del ciudadano).

1.4.2. Derechos y deberes

Diferentes expertos en el tema de derechos y deberes de los pacientes proponen distintas clasificaciones. Adaptando la propuesta de Sánchez-Caro (2000), se podría clasificar los derechos de los usuarios de un sistema sanitario como aquéllos derivados de la asistencia sanitaria y aquéllos derivados del derecho a la información, aunque unos y otros se encuentran interrelacionados.

Entre los derechos **derivados de la asistencia sanitaria** cabe destacar:

- La libre autodeterminación en lo que se refiere a:
 - **Consentimiento informado:** el paciente debe conocer las consecuencias (beneficios y riesgos) de la aplicación de un tratamiento, debiendo dar su autorización firmada en caso de aceptación de una intervención. Existen excepciones al consentimiento informado: cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública, cuando el usuario directo no esté capacitado para tomar decisiones (en este caso el derecho recae sobre un familiar o allegado) y cuando la urgencia del caso no permita demoras.
 - **Derecho a rechazar el tratamiento:** el paciente tiene derecho a la libre elección de tratamiento entre alternativas disponibles y a su rechazo a ser tratado (en el caso que este rechazo se dé en pacientes ingresados, deberá firmar un alta voluntaria).
- A ser tratado con respeto y dignidad sea cual sea su raza, creencia o situación socioeconómica.
- A la asignación de médico y al conocimiento de su nombre.
- A la elección de médico bajo los términos que establezca la Ley.
- A poder ejercitar quejas por el tratamiento recibido y sugerencias de mejora.
- A participar en actividades sanitarias según la Ley.

Entre los **derechos derivados de la información**, a parte de los mencionados en el proceso asistencial, destacan:

- El respeto a la confidencialidad y a la intimidad de los pacientes.
- El conocimiento completo y continuado sobre su proceso asistencial –tanto oral como por escrito–, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas terapéuticas.

- La existencia de la historia clínica y el acceso a la misma (exceptuando las observaciones, apreciaciones o anotaciones subjetivas del médico) y al informe de alta en pacientes que han sido hospitalizados.
- El conocimiento de qué pruebas y tratamientos se le aplican y dónde puede acceder a ellos en el sistema.

En lo referente a los deberes de los pacientes se destaca:

- Facilitar leal y verazmente, o colaborar en su obtención, los datos sobre su estado físico o sobre su salud que sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.
- Cumplimiento con las prescripciones generales emitidas para la comunidad o población, y las específicas para el paciente.
- Firmar el documento de alta voluntaria si el paciente ingresado no acepta el tratamiento (cuando el paciente no firme, la dirección del centro sanitario, a propuesta del médico responsable, podrá ordenar el alta forzosa).
- Responsabilidad en el uso de los servicios sanitarios.
- Cuidar de las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de los centros sanitarios.

1.4.3. Empoderamiento del ciudadano

Desde finales del siglo XX, diferentes gobiernos de alrededor del mundo abogan por una mayor participación ciudadana tanto en el diseño de políticas sanitarias como en las decisiones sobre su proceso asistencial.

Ejemplos

Ejemplo de ello lo constituye el Reino Unido con sus dos documentos, el *White Paper "The New NHS"* (1997) y el *A First Class Service* (1998), que emplazan al Servicio Nacional del Reino Unido a desarrollar y potenciar la participación ciudadana.

Otro ejemplo es Canadá, donde ante la crisis en su sistema sanitario se está asumiendo un abordaje de mayor descentralización en la toma de decisiones, promoviendo una mayor transparencia y la inclusión de ciudadanos en los procesos de decisión sanitaria a nivel de los gobiernos provinciales.

Recientemente la OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) defiende, en su documento *Consultation and Public Participation in Policy-Making* (2001), la participación activa de los ciudadanos en el establecimiento de políticas en general en base a tres principios: el desarrollo de una política pública más acertada, la mejora de la confianza de la población en los gobiernos y el refuerzo de la democracia. En esta línea, la participación se asocia a la visión de la atención sanitaria como un "bien social".

Ejemplo

Un ejemplo práctico e innovador se ha llevado a cabo en Cataluña (España), donde se ha diseñado un sistema de priorización de pacientes en lista de espera de cirugía de cataratas y de artroplastia de rodilla y cadera en base a la participación de muestras representativas de diferentes grupos de agentes relacionados directa o indirectamente con estos procedimientos (pacientes, familiares, clínicos, población sin la patología).

La participación que se defiende se realiza en diferentes niveles del proceso de atención, tanto en el diseño de políticas de salud y de servicios (macronivel), en la selección de hospitales y médicos (mesonivel) y en el encuentro médico-paciente (micronivel).

A un nivel macro y meso, existen varias premisas o elementos que deben existir para que el ciudadano pueda participar activamente. Estos elementos se refieren tanto a características individuales y circunstancias del individuo, como a elementos que dependen más del sistema en sí.

Elementos para la participación ciudadana en política y planificación de servicios (macro-meso)

Capacidad personal	Oportunidad organizativa
Conocimiento y educación	Acceso y conocimiento organizativo
Confianza y asertividad	Comunicación profesional y actitudes
Salud y características sociodemográficas	Información
Tiempo disponible	Cambios y plazos
Nivel económico	
Altruismo	

Fuente: *Eurohealth* (2003-2004, invierno)

No obstante, existe una serie de barreras que dificultan la participación. Una de ellas es el poco conocimiento que, en general, el ciudadano suele tener sobre el funcionamiento del sistema sanitario, por lo que es difícil que intente participar, suele haber pocas (por no decir ninguna) estructuras formales o informales que ayuden al ciudadano a comprender aspectos y el vocabulario utilizado en el sector salud. De esta manera, el ritmo de respuesta y avance de cualquier sistema sanitario puede llegar a frustrar hasta al más activo y entusiasta activista. Sin embargo, también pueden existir facilitadores.

Ejemplo

Grupos de voluntarios que ayuden a comprender mejor el sistema y a canalizar iniciativas ciudadanas, acciones proactivas de instituciones o servicios de atención locales que faciliten su acceso (en algunos casos incluso se han creado consejos de ciudadanos dentro de los hospitales) e información accesible a través de nuevas vías, como es el caso de Internet.

A nivel micro, en la consulta del médico, también existen una serie de premisas tanto a nivel del paciente como a nivel de la organización.

Elementos para la participación del paciente en la provisión de servicios (micro)

Capacidad personal	Oportunidad organizativa
Conocimiento y educación	Acceso y continuidad
Confianza y asertividad	Tiempo y recursos
Características sociodemográficas	Comunicación profesional y actitudes
Salud y estado psíquico	Información

Fuente: *Eurohealth* (2003-2004, invierno)

No obstante, cabe resaltar que en la última década el nivel de comunicación médico-paciente ha mejorado, en muchos casos; bien sea porque el médico se esfuerza en la comunicación o porque el paciente está mejor informado y es menos dependiente del médico. También existen barreras a este nivel. Por un lado, cabe mencionar la desigualdad en el conocimiento entre el profesional sanitario y el paciente; por otro, la educación del paciente o las habilidades del clínico también pueden influir en una buena participación, la dificultad de ser activo cuando se está tratando con un individuo enfermo (especialmente en episodios agudos) y la escasez de tiempo generalizada en los encuentros médico-paciente.

Sin embargo, también existen facilitadores.

Ejemplos

Iniciativas donde profesionales bien entrenados (suelen ser enfermeras) informan previamente al paciente sobre riesgos y beneficios de tratamientos para que éste tome la decisión (Canadá).

2. Financiación

2.1. Definición de la función de financiación de un sistema sanitario

Los sistemas de salud tienen como objetivos básicos (OMS, 2000):

- Conseguir un buen estado de salud de la población.
- Tener capacidad de responder a las expectativas no sanitarias de la población.
- Conseguir un grado adecuado de justicia en la contribución financiera del sistema.

La consecución de estos tres objetivos estratégicos básicos también conlleva la consecución de otros objetivos intermedios (Durán, 2004):

- **La aceptabilidad:** cómo responden los sistemas a las expectativas de los ciudadanos.
- **El acceso:** si los pacientes pueden obtener los servicios necesarios en el sitio y momento adecuados.
- **La idoneidad:** si la asistencia es relevante para las necesidades y se basa en estándares establecidos.
- **La competencia:** conocimiento y habilidades de quienes proveen la asistencia en relación con la que en concreto prestan.
- **La continuidad:** cómo encajan entre sí los servicios, incluida su coordinación, integración y facilidad de acceso entre niveles asistenciales.
- **La efectividad:** si cada servicio individual funciona en cuanto a que afecta a la salud como resultado.
- **La eficiencia:** entendida tradicionalmente desde el punto de vista de la eficiencia técnica, o la capacidad de lograr los mejores resultados al menor coste.
- **Sostenibilidad:** la capacidad del sistema de aportar su infraestructura, como la mano de obra, las instalaciones, los equipamientos, ser innovador y responder a las necesidades que surjan.

Los sistemas de salud, como cualquier otra organización compleja, desarrollan una serie de actividades sistemáticas ("funciones") que pretenden conseguir los objetivos estratégicos e intermedios planteados. Se entiende que los sistemas de salud llevan a cabo cuatro de esas funciones:

- La financiación, que incluye la recogida de ingresos, la puesta en común de los fondos y la compra de servicios.
- La provisión de servicios sanitarios personales y no personales.
- La generación de recursos, incluidos los recursos humanos, las instalaciones, entre otros.
- La tutela o supervisión del sistema.

Funciones de los sistemas sanitarios



Fuente: Murria; Frenk. *Who framework for health system performance assessment*.

En este marco, por tanto, entendemos que:

"la financiación del sistema sanitario es el proceso por el cual se recaudan los ingresos primarios y secundarios, se acumulan en depósitos comunes de fondos y se asignan a actividades llevadas a cabo por los proveedores de servicios".

Frenk y Murray (2000)

Atendiendo al *Informe Mundial de la Salud 2000*, el propósito de la financiación es hacer disponible el dinero y ofrecer a quienes prestan los servicios los incentivos idóneos para asegurar que todos los individuos puedan acceder a una asistencia sanitaria y una salud pública efectiva.

Uno de los factores que más ha incidido sobre el desarrollo de nuevos esquemas que garanticen una financiación idónea y sostenible de los sistemas de salud, ha sido, sin duda, el enorme incremento del gasto sanitario en muchos países en las últimas décadas.

En este sentido, adjuntamos algunos datos relevantes:

Evolución del gasto per cápita y de su fracción pública en los países de la OCDE, 1960-2000

	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	2000
Alemania	98	135	228	484	856	1.175	1.522	2.713
Australia	99	127	219	463	696	998	1.310	1.730
Austria	69	94	172	289	716	984	1.383	2.277
Bélgica	55	84	135	320	607	879	1.242	1.918
Canadá	109	155	264	457	773	1.244	1.811	1.783
Dinamarca	70	125	226	363	618	807	1.051	2.574
España	14	38	85	198	342	452	774	1.071
Estados Unidos	143	204	346	592	1.064	1.711	2.601	4.187
Finlandia	57	95	172	320	539	865	1.291	1.789
Francia	75	124	215	409	736	1.083	1.529	2.396
Grecia	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
Islandia	53	88	146	307	611	889	1.379	2.149
Italia	51	83	162	296	600	814	1.296	1.855
Japón	27	64	133	269	540	792	1.119	2.373
Luxemburgo	–	–	160	340	657	930	1.392	2.580
Noruega	95	–	141	322	573	846	1.193	2.283
Nueva Zelanda	49	77	183	369	568	747	995	1.416
Portugal	–	–	48	166	265	398	554	845
Reino Unido	80	101	155	286	474	685	985	1.303
Suecia	94	151	285	496	897	1.150	1.455	2.456
Suiza	96	141	281	541	886	1.224	1.640	3.564
Turquía	–	–	–	39	67	66	133	118
Media OCDE	70	104	180	343	604	855	1.212	1.984

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

Gasto público como porcentaje del gasto sanitario. OCDE 1960-2000

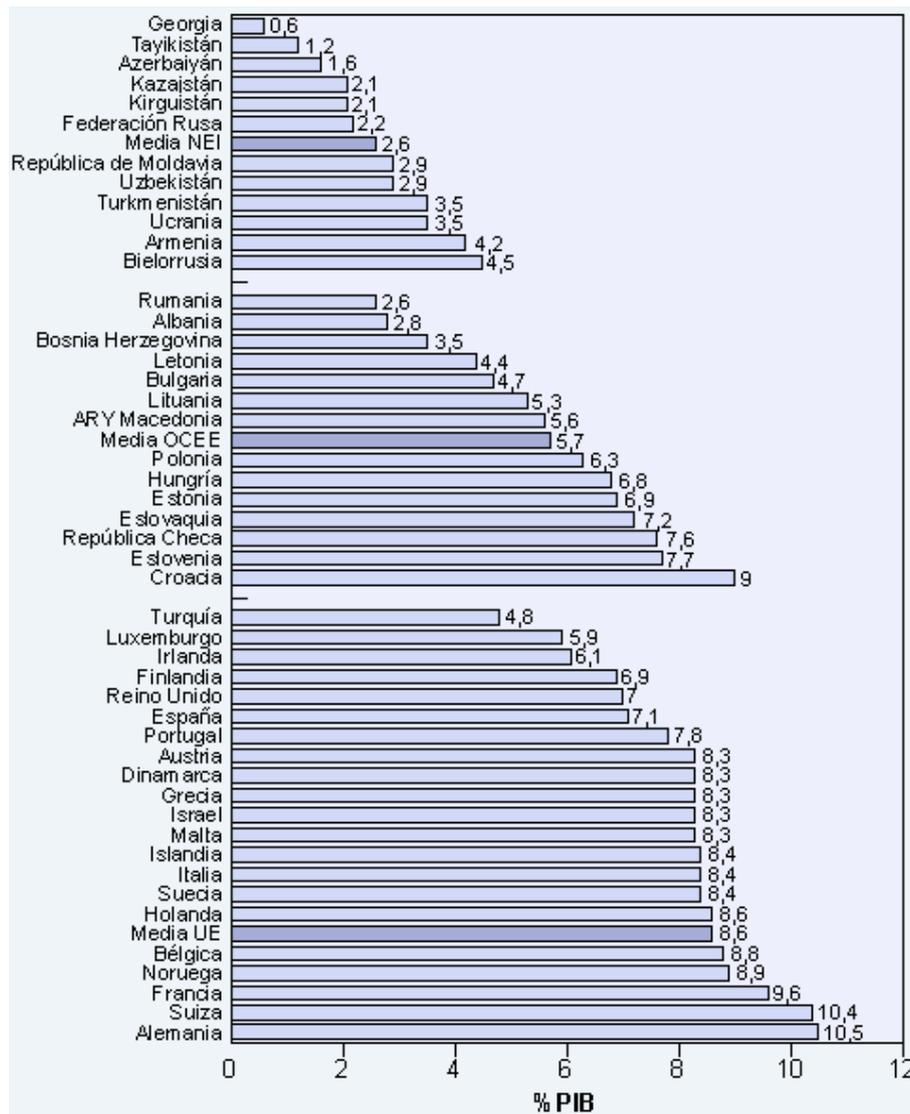
	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	2000
Alemania	66	71	70	77	75	74	72	77
Australia	48	54	57	71	63	71	68	72
Austria	69	70	63	70	69	67	67	67

Fuente: Durán (2004)

	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	2000
Bélgica	62	75	87	80	83	82	89	83
Canadá	43	52	70	76	75	75	72	72
Dinamarca	89	86	86	92	85	84	83	84
España	59	51	65	77	80	81	80	71
Estados Unidos	25	25	37	41	42	41	42	44
Finlandia	54	66	74	79	79	79	81	74
Francia	58	68	75	77	79	77	74	77
Grecia	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
Islandia	67	78	83	87	88	91	87	84
Italia	83	88	86	86	81	77	78	57
Japón	60	61	70	72	71	73	72	80
Luxemburgo	–	–	–	92	96	98	96	95
Noruega	81	–	92	96	98	96	95	82
Nueva Zelanda	78	81	80	84	84	85	82	72
Portugal	–	–	59	59	72	56	62	57
Reino Unido	85	86	87	91	90	86	84	97
Suecia	73	80	86	90	93	90	80	78
Suiza	61	61	64	69	68	69	68	69
Turquía	–	–	–	49	27	50	36	74
Media OCDE	63	68	73	76	76	76	74	74

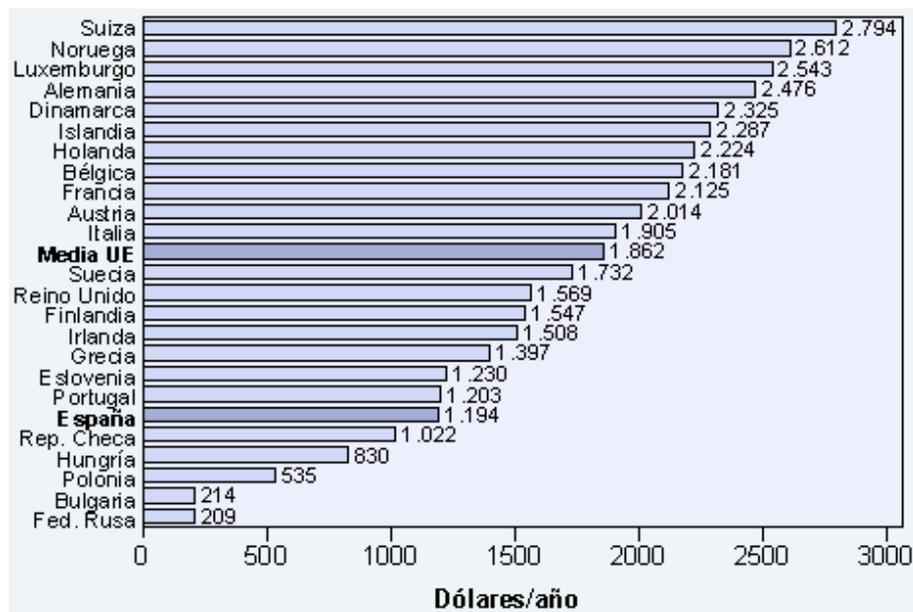
Fuente: Durán (2004)

Gasto sanitario total en salud como porcentaje del PIB OMS Región Europea, 1999 o último año disponible



Fuente: Who (2002)

Gasto sanitario per cápita en dólares americanos a paridad de poder adquisitivo en Europa, 2002



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

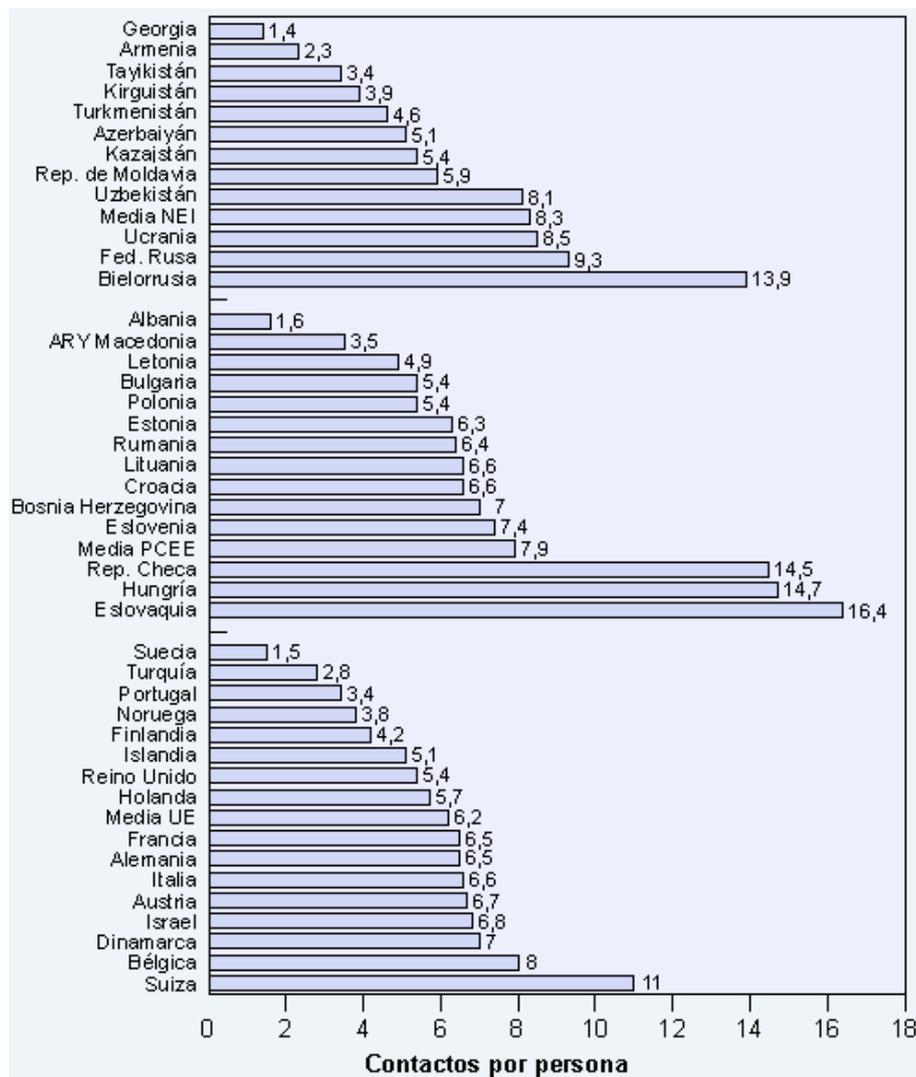
Las tablas muestran incrementos sostenidos del gasto per cápita en salud. Se observa entre 1960 y 2001 un claro crecimiento del gasto sanitario en términos reales: todos los países han ido invirtiendo más recursos reales en los servicios reales de salud. Durante ese periodo de tiempo, la mayoría de países han incrementado de forma más rápida su gasto sanitario real durante la década de 1960 y, al llegar a la década de 1980, se ha tendido hacia una mayor estabilización del gasto sanitario con relación al PIB (Puig, 2004).

De forma general, además, puede observarse que aquellos países que partían de un gasto mayor en 1960 están experimentando tasas de crecimiento del gasto inferiores a aquellos que partían de niveles más bajos (**hipótesis de convergencia**). El exceso de crecimiento del gasto, entendido como el crecimiento de éste por encima del crecimiento del PIB, ha tendido a ser mayor desde 1990 en aquellos países cuyo nivel de gasto inicial era inferior, hecho que abona la hipótesis de tendencia hacia la convergencia internacional del gasto per cápita en salud.

No obstante, existen excepciones a este patrón de comportamiento muy relevantes: los tres países con la ratio de gasto más elevada (Alemania, Suiza y Estados Unidos) han mostrado un exceso de crecimiento del gasto sanitario (hecho que plantea serias dudas sobre la eficiencia de dichos sistemas de salud).

Un análisis de las tablas también es indicativo de la disparidad existente entre los recursos utilizados y costes en los sistemas sanitarios entre distintos países, así como las disparidades existentes en cuanto a los patrones de utilización y resultados en salud:

Contactos anuales con el médico de consulta externa por persona OMS Región Europea, 1999 o último año disponible



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

Utilización de los ingresos y desempeño de los hospitales de agudos en Europa occidental. OMS Región Europea, 1999 o último año disponible

	Camas hospitalarias por 1000 habitantes	Admisiones por 100 habitantes	Estancia media en días	Tasa de ocupación (%)
Alemania	7,0 ^a	19,6 ^b	11,0 ^a	76,6 ^b
Austria	6,4 ^a	25,8 ^a	6,8 ^a	75,4 ^a
Bélgica	5,2 ^b	18,9 ^c	8,8 ^b	80,9 ^c
Dinamarca	3,4 ^a	18,7	5,7	78,3 ^a
España	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
Fuente: WHO. Health for All. Database

	Camas hospitalarias por 1000 habitantes	Admisiones por 100 habitantes	Estancia media en días	Tasa de ocupación (%)
Finlandia	2,5	19,7	4,5	74,0 ^d
Francia	4,3 ^a	20,3 ^d	5,6 ^a	75,7 ^a
Grecia	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
Islandia	3,8 ^d	18,1 ^d	6,8 ^d	
Israel	2,3	17,9	4,3	94,0
Italia	4,5 ^a	17,2 ^a	7,1 ^a	74,1 ^a
Luxemburgo	5,5 ^a	18,4 ^e	9,8 ^c	74,3 ^e
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
Reino Unido	2,4 ^a	21,4 ^c	5,0 ^c	80,8 ^a
Suecia	2,5	15,6 ^a	5,1 ^c	77,5 ^c
Suiza	4,0 ^a	16,4 ^a	10,0 ^a	84,0 ^a
Turquía	2,2	7,3	5,4	57,8

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

Expectativa de vida al nacer, expectativa de vida a los sesenta años y mortalidad infantil en países de la OCDE

	Expectativa de vida al nacer		Expectativa de vida a los 60 años ajustada según discapacidad		Mortalidad infantil
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
Alemania	73,7	80,1	14,3	18,5	5,0
Bélgica	74,5	81,3	15,8	19,6	6,0
Canadá	76,2	81,9	16,0	18,9	6,0
Dinamarca	72,9	78,1	14,2	17,2	5,2
España	75,3	82,1	16,8	20,1	5,0

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

	Expectativa de vida al nacer		Expectativa de vida a los 60 años ajustada según discapacidad		Mortalidad infantil
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
Francia	74,9	83,6	16,8	21,7	5,1
Grecia	75,5	80,5	16,9	18,8	7,3
Holanda	75,0	81,1	15,4	19,7	5,2
Hungría	66,3	75,1	11,7	15,5	10,6
Irlanda	73,3	78,3	13,9	16,6	5,5
Italia	75,4	82,1	16,2	19,9	5,8
Japón	77,6	84,3	17,5	21,6	3,8
Luxemburgo	74,5	81,4	15,8	19,7	4,9
Portugal	72,0	79,5	14,0	17,7	6,9
Reino Unido	74,7	79,7	15,7	18,6	6,1
Estados Unidos	73,8	79,7	15,0	18,4	7,8

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

Los datos aportados confirman lo que ya apuntaron algunos autores como Dubos, Mckewon o Cochrane: existen serias dudas de que haya una relación directa y causal entre las mejoras de salud y los aumentos de costes, y existen serias desigualdades en salud a nivel internacional.

De hecho, las amplias diferencias en los costes han generado una basta literatura para explicar dicha variabilidad. En la literatura sobre el tema destacan dos factores a los cuales tradicionalmente se han priorizado en la explicación de estas variaciones: la capacidad económica del país y la proporción de población mayor de 64 años. En este sentido, estudios recientes muestran una relación lineal, positiva y estadísticamente significativa (especialmente entre los países de rentas más altas), entre el nivel de renta y el gasto sanitario per cápita (característica típica de un bien de lujo⁵ y no de un bien de necesidad⁶). En cuanto al efecto de la proporción de personas mayores de 64 años, la hipótesis se basa en el hecho observado de que el gasto sanitario es creciente con la edad y especialmente a partir de los 64 años. Sin embargo, no existe evidencia empírica suficiente para sostener dicha hipótesis a nivel agregado (Puig, 2004).

⁽⁵⁾El bien de lujo es aquel cuyo consumo aumenta proporcionalmente cuando la renta se incrementa.

⁽⁶⁾El bien de necesidad es aquel cuyo consumo aumenta proporcionalmente cuando se reduce la renta.

Para hacer frente, por tanto, al crecimiento del gasto sanitario a nivel internacional, debemos destacar tres subfunciones de la financiación de los sistemas sanitarios que intentan hacer frente al objetivo de alcanzar una financiación idónea y sostenible de dichos sistemas:

- 1) La subfunción referida a la movilización de recursos económicos.
- 2) La subfunción de aseguramiento.

3) La subfunción de compra y pago a proveedores de servicios.

2.2. Movilización de recursos: la subfunción de obtención de ingresos

La movilización de recursos u obtención de ingresos se refiere a la capacidad del sistema de salud para recibir recursos monetarios de fuentes primarias (familias y compañías) y fuentes secundarias (gobiernos y donantes) para hacer frente a los costes del sistema. La movilización de recursos, vinculada a la suficiencia del sistema es fundamental en un aspecto tan crítico como la de garantía de acceso al sistema.

El aspecto crítico en el diseño de sistemas de obtención de recursos es la decisión sobre el nivel de prepago en el sistema de financiación, es decir, la cantidad de recursos ex-ante que se colectan en relación con el momento de uso de los servicios.

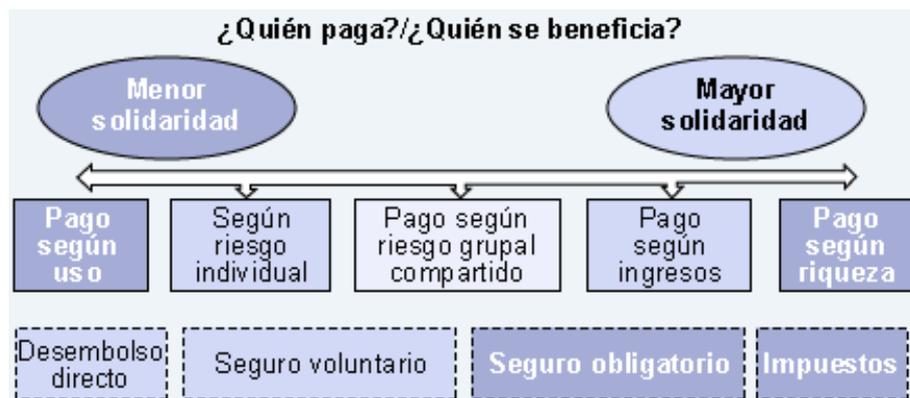
Las fuentes de obtención de recursos son diversas:

- Impuestos generales
- Contribuciones obligatorias a un sistema de seguro social
- Cotizaciones a un seguro sanitario voluntario privado
- Pagos de bolsillo
- Donaciones

Las fuentes de obtención de recursos se vinculan, además, al análisis de justicia y equidad relacionadas con la dicotomía contribución y utilización. La situación más "justa" en este sentido sería aquella en que se diera una separación completa entre contribución y utilización (especialmente de las intervenciones de coste elevado). Con ello se permitiría una contribución común de los recursos basada en la riqueza, frente a un uso basado en la necesidad. Por el contrario, a medida que al paciente se le exija un co-pago como precondition para recibir asistencia, la mayor vinculación contribución-uso creará una mayor restricción al acceso a los pobres.

En este sentido la financiación por impuestos genera la máxima separación entre pago y uso, mientras que en el extremo opuesto estaría el pago de bolsillo, en que dicha separación no existe.

La solidaridad en la financiación sanitaria



Fuente: Durán (2004)

La separación entre contribución y utilización es habitual en los países desarrollados por razones de justicia y equidad. Para ello se han creado agencias capaces de gestionar los ingresos y derivar los recursos hacia el pago de la provisión de servicios. En los casos donde existe una gran debilidad institucional por parte de estas agencias, por motivos operativos y organizativos, se hace imposible la separación de contribución y uso hasta el punto que en algunos países tienen serias dificultades para el establecimiento de cotizaciones de seguridad social, debido al alto porcentaje de economía informal. En estos países, en ocasiones, es necesaria la introducción de co-pagos para el acceso a determinadas intervenciones por razones estrictamente vinculadas al aumento de ingresos (refuerzo de la capacidad financiera del sistema) o bien como mecanismo de control de la demanda (ante problemas de evidente sobreutilización). En este sentido, muchos autores apuntan a que los mecanismos de co-pago tienen más efectos de "racionamiento" que de "racionalización" (Duran, 2004). Los mismos autores apuntan a que es aconsejable ceñir el uso de co-pagos a las necesidades de bajo coste y predecibles.

En ejercicios de política sanitaria comparada y atendiendo a los propios consejos de la OMS a través de su *Informe mundial de la salud*, deben usarse siempre que sea posible métodos de prepago que permitan una distribución de los recursos coherente con una distribución adecuada de los riesgos, tal y como se especifica más adelante. Éste es un consejo aplicable siempre y cuando los costes administrativos y de transacción de los métodos de prepago no pongan en peligro los beneficios potenciales del método.

Por último, otro de los aspectos a tener en cuenta en relación con la colección de recursos se refiere a la decisión sobre el número de agencias que deben desarrollar esta subfunción. En este sentido se apuntan dos factores de decisión (Duran, 2004):

1) **Economías de escala:** conseguir un tamaño óptimo de los recursos para lograr rentabilizar al máximo las infraestructuras y los recursos humanos que representan costes fijos para la organización.

2) **La concentración de recursos:** capacidad de concentrar un alto volumen de recursos y realizar una correcta gestión de los riesgos de los contribuyentes al sistema para hacerlo financieramente sostenible (conseguir articular la ley de grandes números).

2.3. Puesta en común (*pooling*) de riesgos y recursos: la subfunción de aseguramiento

La puesta en común de riesgos consiste en la acumulación y gestión de recursos con el fin de minimizar los riesgos financieros de los individuos que pagaron su asistencia sanitaria haciendo que compartan las prestaciones. En este sentido, se consigue una colectivización de los recursos (dejan de estar asignados a contribuyentes particulares) y pasan a formar parte de una "bolsa común" de recursos, que sirve para hacer frente al pago de los servicios requeridos por los contribuyentes que han contribuido al fondo común. En todo caso, el punto clave es que el fondo común sirve para pagar los servicios de los individuos contribuyentes al fondo, independientemente del grado de contribución que hayan realizado al mismo. Hace referencia, por tanto, de un fondo "solidario" en donde el criterio de contribución acostumbra a ser la capacidad de pago y el criterio de uso el de necesidad (se trata del funcionamiento de un seguro de salud).

Como se ha indicado anteriormente, la puesta en común de los recursos y su distribución a través del criterio de necesidad, es una forma de repartir los riesgos entre los participantes del fondo de recursos para la salud. De esta manera, se minimiza el coste que representaría a los contribuyentes del fondo el hecho de enfrentarse a intervenciones de alto coste, si bien, aquellas intervenciones de alta probabilidad y bajo coste seguramente podrían ser preferiblemente pagadas, mediante pago por bolsillo por muchos contribuyentes (de aquí surge el principio de solidaridad y la necesidad de obligatoriedad del seguro médico público).

Los principales factores clave del desarrollo de la función de aseguramiento o *pooling* son, por tanto:

- Separar la puesta en común de los recursos, según el grupo de población y atendiendo a un principio de "capacidad de pago" (sistema público) o riesgo potencial de uso del sistema (sistema privado). Si la puesta en común de recursos a través de estos fondos sólo toman en cuenta el riesgo de utilización (y definen de esta manera la cuota de contribución individual al fondo), se pueden generar problemas para la equidad porque la asociación entre disponibilidad de recursos y necesidad acostumbra a ser inversa. Con el fin de evitar que los sistemas de salud sean regresivos, la contribución al fondo de recursos para la salud debe tener previstos mecanismos de subvención a los individuos de rentas bajas. Ésa es la razón por la que la mayoría de países introducen subsidios públicos y mecanismos compensatorios, tanto en sistemas de *pools*/fondos múltiples (sistemas Bismarck

de Holanda, Argentina y Honduras) como en las organizaciones de *pool*/fondo único (sistemas Beveridge de Brasil, Gran Bretaña o España).

- Separar los fondos puestos en común para servicios de asistencia personal (intervenciones) y no personal (salud pública).
- Establecer subvenciones cruzadas entre contribuyente de alto y bajo riesgo (aplicar un principio de "necesidad").

Para poder desarrollar los factores clave descritos se deben dar los siguientes requisitos:

- El tamaño del fondo de recursos y de los contribuyentes a dicho fondo deben ser suficientes para la aplicación de la ley de los grandes números que permite una distribución óptima de los riesgos y, por tanto, un nivel de subvenciones cruzadas financieramente sostenible.
- Mecanismos adecuados para el establecimiento efectivo de subvenciones cruzadas entre los individuos de bajo riesgo a los de alto riesgo.
- Organizaciones con la solidez institucional suficiente para poder desarrollar la subfunción de aseguramiento.

Financiación: puesta en común de los riesgos y patrones de cobertura

	Fuente de los fondos			
	Privada		Pública	
■ Forma de pago	De bolsillo	Seguro privado	Seguro social	Impuestos generales
■ Portador del coste	Individual	<i>Riesgos cada vez más compartidos</i>		Toda la población
■ Cobertura	Excluye a los más pobres	<i>Creciente equitativo</i>		Universal
■ Ejemplos actuales	La mayoría de los países de ingresos bajos	EE.UU	Países de ingresos medios y algunos de la OCDE	Otros países de la OCDE

Fuente: *Who* (1999)

Las experiencias internacionales en el desarrollo de seguros de salud nacionales apuntan a concluir que:

- No existe limitación alguna en la existencia de multiplicidad de *pools*/fondos para la salud, si son de un tamaño adecuado para la diversificación del riesgo.
- Cuando no es posible crear un solo *pool*/fondo (por el contexto social, la debilidad institucional de las organizaciones rectoras del sistema de salud, entre otros), se demuestra preferible (en términos de eficiencia y equidad) disponer de *pools* pequeños antes que optar por el pago de bolsillo.

En algunos casos la diversidad de *pools*/fondos (diversidad de agencias aseguradoras) permite la competencia entre ellos, hecho que permite mejorar los incentivos a la innovación, mejorar la actitud de respuesta a las expectativas de los potenciales usuarios del seguro y presionar hacia la reducción de costes, ya que los distintos fondos deben competir para captar clientes, al no disponer del mercado cautivo de un solo *pool*, y disponer de la diversidad óptima de riesgos individuales para poder sobrevivir financieramente.

Frente a las ventajas asociadas a la diversidad de *pools*/fondos/agencias aseguradoras en términos de los beneficios de la competencia, existen claros riesgos asociados a dicha fragmentación y competencia:

- Existe el riesgo de que la fragmentación no permita obtener un número óptimo de asociados, con lo que las primas a pagar para hacer los *pools* financieramente sostenibles pueden ser tan altas que hagan que el usuario, con percepción de bajo riesgo, opte por preferir un pago de bolsillo.
- Los incentivos perversos de las agencias aseguradoras al establecer sus *pools* a través de una selección perversa de sus contribuyentes al fondo (**selección adversa**), de manera que sólo se permitan asegurar aquellos individuos con probabilidades objetivas bajas de hacer uso de los recursos del *pool*/fondo. De esta manera se crearían barreras de acceso en función del riesgo de necesidad.
- Los comportamientos oportunistas de los usuarios (**riesgo moral**). Ésta es una característica propia de cualquier sistema de aseguramiento y consiste en el comportamiento estratégico del asegurado: una vez forma parte del *pool*/fondo aplica un comportamiento estratégico de modificación de su riesgo de manera que acaba haciendo un uso de recursos por encima de su riesgo objetivo anterior a estar asegurado.

Con el fin de hacer frente a las potenciales estrategias oportunistas, tanto por parte de las agencias aseguradoras como de los usuarios de las mismas, se plantea la necesidad de realizar diversas regulaciones:

- En cuanto a los posibles problemas de acceso (exclusión del *pool*). Se establece, en algunos casos, la participación obligatoria, desvinculando la cotización al riesgo, y la aplicación de incentivos financieros (mecanismos de compensación del riesgo o subvenciones para la adhesión al *pool* de individuos de rentas bajas). En cualquier caso, también deben tenerse en cuenta los problemas de costes de transacción que puede suponer la puesta en marcha de estos mecanismos de corrección.
- En cuanto a aspectos como las condiciones de entrada y salida del *pool*, la cartera de servicios asociada a la agencia aseguradora, la protección del contribuyente, entre otros, también deben ser susceptibles de regulación.

Ejemplo

Realiza prácticas de riesgo que si no tuviera el seguro no realizaría.

2.4. Asignación de recursos y sistemas de pago: la subfunción de compra

"Comprar intervenciones es el proceso por el cual con los recursos colectados y puestos en común se paga a los proveedores institucionales o individuales a cambio de que desarrollen un conjunto de intervenciones asistenciales."

Durán (2004)

Mediante la subfunción de la compra se debe asegurar que se presta el paquete de intervenciones de salud adecuado a la contribución que se ha hecho en el *pool*, de manera que, además, se minimiza el riesgo de capacidad de respuesta y sostenibilidad financiera del sistema.

Para ejercer la subfunción de compra se deben valorar tres preguntas clave:

1) ¿Qué intervenciones comprar?

En relación con los objetivos de salud planteados en los procesos de planificación y mediante la identificación de intervenciones eficaces y efectivas que generen el menor consumo de recursos (coste-efectivas).

2) ¿Dónde comprar?

Establecer criterios de elección de proveedores (procesos de acreditación) y elegir el mejor nivel asistencial en relación con el tipo de servicio requerido (atención primaria, hospitalaria o sociosanitaria).

3) ¿Cómo comprar?

Elegir la unidad de compra (intervenciones, productos intermedios, actividades preventivas) y diseñar los mecanismos de pago adecuados para ofrecer incentivos a la conducta eficiente de los proveedores.

La compra puede realizarse de forma pasiva (a través de presupuestos históricos o pagando de forma retrospectiva las facturas presentadas por los proveedores de servicios) o de forma activa /estratégica (pagando de forma prospectiva, de manera que las tarifas a los proveedores sean tarifas cerradas y pactadas con anterioridad a las intervenciones financiadas). En este sentido son fundamentales los sistemas de pago utilizados. Como hemos visto, estos sistemas de pago vienen definidos por tres elementos básicos:

1) **La elección de la unidad de pago.** Podemos utilizar como unidad de pago el global de la actividad de un proveedor, las unidades de producción concretas por líneas de actividad (altas, consultas, visitas domiciliarias, entre otros) o productos intermedios (pruebas diagnósticas).

2) **La elección temporal.** El pago puede ser prospectivo (anterior a la provisión/producción del servicio) o retrospectivo (una vez la provisión/producción del servicio ya se haya realizado).

3) **La elección del riesgo financiero.** En relación con los dos elementos anteriores, también cabe la posibilidad de elegir qué agente asume la mayor parte del riesgo financiero.

Ejemplo

Si pagamos retrospectivamente en relación con la actividad facturada por el proveedor mediante una tarifa basada en costes, el riesgo financiero recae plenamente en el comprador. Si, por el contrario, el sistema se paga en un pago prospectivo mediante el uso de una tarifa construida a través del coste medio del conjunto de proveedores y por un volumen de actividad concreto, entonces el riesgo financiero recae plenamente en el proveedor.

Atendiendo, por tanto, al sistema de pago, se generan distintos incentivos a los proveedores que pasamos a detallar en la siguiente tabla:

Mecanismos de pago a proveedores y comportamiento de éstos

Mecanismos	Conducta de proveedores			
	Prevenir problemas de salud	Prestar servicios	Responder a expectativas legítimas	Contener costes
Presupuestos por partidas	+/-	--	+/-	+++
Presupuesto global	++	--	+/-	+++
Capacitación (con competición)	+++	--	++	+++
Pago relacionado con diagnóstico	+/-	++	++	++
Pago por acto	+/-	+++	+++	---

Nota: +++ efecto muy positivo; ++ algún efecto positivo; +/- poca o ninguna variación; -- algún efecto negativo; --- efecto muy negativo
Fuente: WHO (1999)

3. Provisión

3.1. Equidad

3.1.1. Valores

En los entornos de reforma del sector salud, existen propuestas alternativas que buscan captar el apoyo de la sociedad. La capacidad para determinar qué metas y objetivos debería perseguir depende de cómo la sociedad en su conjunto juzgue las alternativas existentes a través de sus valores. Dichos valores pueden ser (Durán, 2004):

- Materiales (p. ej., el consumo de bienes).
- De servicios (p. ej., calidad percibida).
- Simbólicos o espirituales (p. ej., la capacidad de decidir sobre la propia salud).

Los valores no son los únicos elementos que pueden incidir directamente sobre la estipulación de políticas de salud, también deben tenerse en cuenta el resto de elementos clave de un sistema político:

- Las demandas efectuadas por individuos o grupos.
- Los recursos poseídos o recolectados (impuestos).
- Los apoyos: el voto, la voluntad de contribuir a la hacienda pública, entre otros.

En este marco de decisión política podemos afirmar que los valores son uno de los elementos más decisivos en la definición de una política sanitaria. Esos valores se plasman en las sociedades democráticas en dos grandes ámbitos (el "liberal" y el "igualitario") que impactan sobre elementos clave de la definición de un sistema de salud:

- La concepción de la responsabilidad social.
- El grado de conciencia social sobre la importancia del sistema de salud.
- La definición y preocupación por la equidad del sistema.
- El grado de desarrollo y volumen de la demanda de servicios.
- La articulación y tipología de la oferta de servicios de salud.
- El diseño de los mecanismos de ajuste, tanto desde el punto de vista de la justicia social como de la eficiencia del sistema.
- La definición, diseño y aplicación de los criterios de éxito del sistema.

En este sentido, la OMS (Salud XXI) resalta tres valores básicos asociados a un sistema de salud:

1) La salud como un derecho humano fundamental

La calidad de vida experimentada por un individuo tiene muchos determinantes, entre los cuales la salud se apunta como uno de los fundamentales. De hecho, las necesidades primarias y secundarias de los individuos (comer, no ser perseguido, tener un lugar donde vivir, entre otros) están íntimamente relacionadas con el bienestar físico y mental del individuo.

2) La participación y la rendición de cuentas

Todos los sectores de la sociedad deben ser estimulados a reconocer sus responsabilidades, en lo concerniente a asegurar un acceso a servicios de salud idóneos según su necesidad (Durán, 2004). Por esta razón, se hace necesaria la introducción de estructuras que permitan una participación significativa de la colectividad en los estamentos encargados de diseñar, implantar y evaluar políticas de salud. En este sentido, la OMS insiste en la necesidad de desarrollar mecanismos democráticos y transparentes que aseguren la rendición de cuentas de los proveedores y financiadores de los servicios de salud (especialmente en el ámbito público).

3) Equidad

El informe proclama el derecho básico de toda persona a alcanzar el máximo estado de salud posible, con independencia de su raza, religión, género o cualquier otro elemento de discriminación potencial. En este sentido, el diseño de políticas socialmente responsables se debería orientar hacia la reducción de las diferencias internacionales y nacionales de los estándares de salud. En consecuencia, debe disponerse de la capacidad analítica y política para identificar correctamente las causas y fuentes de la inequidad en salud.

3.1.2. Equidad vertical, horizontal y categórica en salud

Uno de los criterios para la provisión de servicios de salud es el basado en la introducción de principios de equidad y acceso. Con distintas aproximaciones al concepto de equidad, trata de identificar la forma en que los sistemas de salud derivan los mecanismos adecuados para su garantía:

- **Equidad vertical**

Orientada a establecer cómo debe diferenciarse, de manera óptica, entre individuos que disfrutan de niveles de bienestar o renta diferentes. En términos de salud, la equidad vertical es aquella que garantiza la adecuación del servicio al nivel distinto de necesidad de salud percibida por los individuos ("tratar distinto a los distintos").

- **Equidad horizontal**

Establece que aquellos individuos que son relevantes en los aspectos idénticos, deben ser tratados de modo idéntico (o similar). En términos de salud, la equidad horizontal es aquella que garantiza que el acceso al sistema es independiente de factores discriminatorios como la raza, la religión o las ideas políticas ("tratar igual a los iguales").

- **Equidad categórica**

Establece la necesaria igualdad de resultados entre todos los individuos de la sociedad. Es un principio de equidad igualitario aplicable a los "bienes preferentes" como la salud, que han de ser provistos y consumidos, en una cantidad "mínima decente", de forma obligatoria por todos los ciudadanos.

3.2. Eficiencia

3.2.1. Introducción

Hoy en día los agentes que intervienen en el proceso de atención sanitaria cada vez prestan más atención al concepto de **eficiencia**. Cuando los gestores y planificadores abordan la evaluación de la eficiencia en sanidad, lo hacen normalmente desde dos niveles: el nivel de la **macrogestión** o política sanitaria y el nivel de la **mesogestión** o gestión de centros. La macrogestión sanitaria o política sanitaria consiste en la intervención del Estado para aumentar la equidad y corregir las disfunciones del mercado (externalidades, monopolios, información imperfecta, etc.) con el objetivo de mejorar el estado de salud y la satisfacción de la población con los servicios sanitarios. La política sanitaria se expresa a través de las formas que adopta la financiación y regulación de servicios sanitarios y la regulación de otros aspectos relacionados con la salud como los estilos de vida, la nutrición, el trabajo o el impacto medioambiental. La mesogestión sanitaria o gestión de centros interesa a gerentes y a planificadores; les permite hacer una valoración global de un centro o de un servicio y compararlo con otros de su entorno.

Cuando los profesionales sanitarios (clínicos fundamentalmente) abordan la evaluación de la eficiencia lo hacen desde la **microgestión** o gestión clínica. La gestión clínica pretende restaurar los niveles de salud de los pacientes mediante acciones que conciernen a pacientes individuales, a grupos de pacientes asociados por patología o procedimiento común o por la unidad de asistencia. La gestión clínica se basa en la evidencia científica, en la valoración de los resultados clínicos y económicos, y en el establecimiento argumentado de las prioridades en la toma de decisiones que adopta el equipo sanitario con el objetivo de restaurar los niveles de salud de los pacientes que atienden.

Sin embargo, cuando abordamos el término **eficiencia** debemos prestar atención a qué concepto utilizamos: eficiencia técnica, de gestión o eficiencia social.

- La **eficiencia técnica** consiste en analizar si una determinada unidad utiliza demasiados recursos de trabajo y capital (personal sanitario, equipos, etc.) para un mismo nivel de producto (por ejemplo, estancia hospitalaria, alta, Grupo Relacionado con el Diagnóstico o GRD, etc.) que la que produce otra unidad de las mismas características, o bien produce un menor producto para una misma combinación de recursos.
- La **eficiencia de gestión** analiza cómo se combinan los recursos o factores productivos (trabajo y capital) y si se combinan en una proporción errónea dado su coste y productividad (por ejemplo, la proporción entre médicos y enfermeras en un determinado servicio).
- La **eficiencia social** (evaluación económica) intenta analizar si las cantidades producidas de cada bien o servicio son compatibles con las preferencias de los ciudadanos.

3.2.2. Eficiencia técnica y de gestión

Cuando el objetivo del investigador es analizar la **eficiencia técnica y de gestión** de un determinado programa o procedimiento, debe prestar atención, principalmente, a los llamados costes directos, que son directamente atribuibles al procedimiento o tecnología que se evalúa sobre la población seleccionada. Estos costes hacen referencia al trabajo del personal, el coste de los equipos, los fármacos o los fungibles.

Para realizar un estudio económico de un servicio, programa o procedimiento distinguiremos todos los procesos relacionados con el mismo, así como los costes asociados a las complicaciones atribuibles a dichos procesos (son los costes conocidos como *costes inducidos*). Concretamente distinguiremos:

- **Procesos no ligados a la actividad asistencial.** Procesos vinculados a la gestión administrativa y de formación de pacientes y familiares. Esto incluye los costes de personal sanitario y no sanitario.
- **Procesos ligados a la actividad asistencial.** Hace referencia a los costes del personal sanitario dedicado a la actividad asistencial de la NPD: visitas del personal, consultas externas, entre otros.
- **Prestaciones.** Conjunto de costes atribuibles a las pruebas diagnósticas y terapéuticas.

- **Farmacia.** Coste del consumo de fármacos y del material nutricional.
- **Equipamiento y fungible.** Costes del material y del equipamiento con sus depreciaciones.
- **Complicaciones.** Costes asociados a las complicaciones que puedan surgir, derivadas del propio proceso analizado (reingresos, fármacos adicionales, visitas urgentes, etc.).

Una vez definidos e identificados todos los recursos afectados debemos definir qué unidad de medida de costes utilizamos. Las fuentes de información sobre costes en los sistemas sanitarios no están, por regla general, lo suficientemente desarrolladas y estandarizadas. El bajo grado de desarrollo de la contabilidad analítica en los centros proveedores de servicios, provoca que a menudo se utilicen indicadores "proxy" de los costes como las tarifas (*charges* en inglés) de reembolso de los servicios públicos establecidos por las aseguradoras o compradores de servicios públicos; o bien los precios de mercado. La utilización de estos indicadores debe ser cautelosa dado que no hay ninguna garantía de que las tarifas reflejen los costes. En ocasiones las tarifas son resultado de una negociación política y no de un reflejo del consumo de recursos asociados a una actividad.

La aproximación al análisis de la eficiencia técnica y de gestión debe tener en cuenta, desde el punto de vista metodológico, los siguientes aspectos:

- Si se supone que las alternativas que se comparan (p. ej., un nuevo programa/servicio/procedimiento frente a la práctica habitual hasta el momento) tienen la misma efectividad, es decir tienen los mismos resultados (*outcome* en inglés) sobre el estado de salud, la comparación entre alternativas se realizará en base a los costes, escogiéndose aquella alternativa con un coste menor con el mismo nivel de efecto sobre el estado de salud. Este tipo de análisis se conoce como *análisis de minimización de costes*.
- Si las alternativas que se comparan no tienen la misma efectividad, los análisis a utilizar son los llamados estudios de *análisis coste-efectividad*, *análisis coste-utilidad* y el *análisis coste-beneficio*. Estos estudios comparan diferentes alternativas tanto desde el punto de vista de los costes como desde el punto de vista de los efectos sobre el estado de salud.

3.2.3. Eficiencia social

Referirse a impacto social implica la necesidad de tener en cuenta no sólo los costes asistenciales y de gestión de los programas/servicios/procedimientos, sino también el conjunto de los costes "intangibles" asociados a las distintas alternativas de provisión de servicios: costes emocionales de pacientes y cui-

dadores, desplazamientos de familiares, descenso de la productividad laboral ligada al crecimiento del absentismo laboral de los pacientes y cuidadores, entre otros.

En este sentido, una evaluación de la eficiencia social debería estimar, además de los costes directos asistenciales y no asistenciales, los siguientes costes:

- **Costes indirectos.** Estos se entienden como los costes derivados de la reducción de la capacidad productiva de un individuo, costes de desplazamiento al centro sanitario o tiempo de espera para ser tratado.
- **Costes intangibles.** Costes asociados al estado de salud, calidad de vida, causados por el estrés, la angustia, la ansiedad o el dolor.

Realizar un análisis de eficiencia de los servicios de salud (provisión) implica también hablar de beneficios ya sea en términos de resultados en salud (*outcome*) relacionados con las ganancias de "cantidad" de vida (años de vida, etc.) o relacionados con "calidad" de vida, en términos clínicomédicos (EuroQol, SF-36⁷ y también en términos de comodidad y bienestar para los pacientes, cuidadores, familiares y entorno social de los pacientes.

⁽⁷⁾ EuroQol / SF-36
Medidas de salud percibida.

3.2.4. Métodos para la evaluación de la eficiencia de los servicios sanitarios

Análisis coste-efectividad (ACE)

Es posiblemente el método más utilizado en la evaluación económica de servicios sanitarios. Los costes se miden en unidades monetarias y los efectos sobre el estado de salud se miden en unidades naturales de medidas sanitarias (años de vida ganados, supervivencia global, supervivencia libre de enfermedad, mortalidad evitada, número de casos detectados en estudios de cribaje, estancias hospitalarias evitadas, infecciones evitadas, indicadores clínicos, entre otros). Así, por ejemplo, se podrían comparar los resultados de la nutrición parenteral hospitalaria con la NPD en términos de esperanza de vida (años de vida). Las limitaciones de utilizar este enfoque son evidentes: más allá del hecho de que se trata de un análisis que requiere resultados plenamente comparables de las alternativas evaluadas (p. ej., ganancias en términos de esperanza de vida), los resultados de un tratamiento pueden no estar estricta o exclusivamente vinculados a ganancias en términos de años de vida. Existen otras dimensiones de los resultados sanitarios y no sanitarios vinculados a los programas/servicios/procedimientos: comodidad del tratamiento, proximidad al entorno familiar, restitución de la vida sociolaboral, entre otros.

Análisis coste-utilidad (ACU)

Este tipo de análisis de eficiencia se caracteriza por comparar tratamientos o programas con más de un resultado médico o con resultados no directamente comparables entre ellos, ya que lo que se compara es la ganancia de utilidad que resulta de una mejora del estado de salud en relación con los recursos invertidos para conseguir dicha mejora. El ACU utiliza como medida del efecto sobre el estado de salud la "utilidad" medida en años de vida ajustados por calidad-AVAQ (*qualys* en inglés), que recoge tanto efectos sobre la supervivencia, como efectos sobre la calidad de vida. Entre las limitaciones básicas de esta aproximación, destaca el hecho de que sólo se recoge parte de la "utilidad" que dicho tratamiento tiene sobre el paciente. Exclusivamente se toman en cuenta las ganancias de utilidad en términos de mejoras en el estado de salud, pero no en términos de bienestar emocional, comodidad o simple preferencia frente a resultados similares de programas alternativos (p. ej., recibir los servicios nutricionales parenterales en casa o en una institución con internamiento).

Análisis coste-beneficio (ACB)

Si lo que se pretende es realizar un análisis económico más completo, con dimensión "social", que sirva de verdadero instrumento de priorización en la asignación de recursos sanitarios, el instrumento más idóneo es el ACB. Se trata del único método de evaluación económica que realiza, estrictamente, un análisis de eficiencia basado en los principios de la nueva economía del bienestar. El ACB mide tanto los costes como los efectos sobre la salud en unidades monetarias.

El análisis coste-beneficio se entiende como una aproximación a un proyecto de inversión "social". Mediante una actualización de todos los costes y beneficios sociales del programa evaluado, se analiza si los beneficios de aquellos agentes que ganan con los proyectos (pacientes), compensan los costes de aquellos agentes que pierden con la ejecución del programa, proyecto o servicio (cuidadores o servicios colectivos de salud). Si se da el caso que la totalidad de los beneficios supera a la totalidad de los costes, se entiende que hay un incremento global del bienestar de la sociedad.

3.3. Atención primaria

3.3.1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud define la **atención primaria** como el primer nivel de atención asistencial, de acceso universal a través de la participación de la comunidad y a un coste asumible por el sistema. De esta manera, los servicios que proporciona la atención primaria se clasifican en tres grupos:

- 1) Promoción de la salud
- 2) Prevención de la enfermedad
- 3) Servicios diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y paliativos

La atención primaria se fundamenta en cuatro elementos estratégicos definidos en la Declaración del Alma-Ata (OMS, 1978):

- 1) Necesidad de reorientar los servicios asistenciales a la atención primaria de manera que la atención secundaria y terciaria actúen como soporte de ésta.
- 2) Un concepto de política de salud que incluya asesoramiento sobre hábitos de vida y determinantes ambientales de la salud.
- 3) Implicación comunitaria e individual, de manera que la comunidad participe en el proceso de toma de decisiones y el individuo se responsabilice de su propia salud.
- 4) Utilización de tecnología adecuada y coste-efectiva, redistribuyéndose del hospital hacia la atención primaria.

Los modelos de atención primaria y las fórmulas para organizarla varían entre países. En el siguiente apartado se describen los modelos existentes en los países desarrollados.

3.3.2. Modelos de atención primaria

Considerando los países industrializados, podrían definirse cuatro modelos diferenciados de atención primaria, que podrían clasificarse en dos grupos:

1) Atención primaria de abordaje profesional

En este caso la atención primaria se dirige a aquellas personas que buscan sus servicios (usuarios/clientes) y/o a aquellos que se inscriben en centros/médicos que proveen servicios de atención primaria (suscriptor).

El médico es el responsable último de la atención y no deben rendir cuentas a organismos o instituciones gubernamentales. La financiación de estos servicios suele hacerse mediante "pago por acto" o mediante fórmulas de cantidades fijas por paciente (per cápita), o por una mezcla de estos sistemas. Los servicios que se proveen son esencialmente los de prevención, diagnóstico y terapéuticos. El paciente no participa en la dirección de estas organizaciones.

Existen dos submodelos:

a) Modelo de contacto

Este modelo se centra en facilitar al individuo un primer contacto con el sistema sanitario, por lo que la responsabilidad recae más en el cliente/usuario que en el suscriptor. Entre sus características principales se encuentran:

- La atención la provee el médico, solo o en grupo, casi exclusivamente a aquella población a la que atiende en las consultas.
- Los médicos raramente trabajan en equipo (ni con enfermeras).
- Suelen pagarse a través de pago por acto médico.
- Si existe disponibilidad de un sistema de información, este servicio se centra en la unidad de atención y difícilmente es compartido.
- No hay mecanismos formales que garanticen la continuidad de la atención.
- No hay mecanismos formales que garanticen la integración de la atención con otros componentes del sistema.

Ejemplos de este tipo de modelo son las consultas privadas o clínicas de atención primaria (*walk-in medical clinics*). Entre los países que tienen este modelo de atención primaria se encuentran Estados Unidos y Bélgica.

b) Modelo de coordinación

La atención prestada se coordina con otros servicios y se sigue al paciente. Su objetivo es proporcionar una atención continuada de servicios a través del tiempo, principalmente a pacientes que se adscriben a un centro (suscriptores). Las características de este modelo incluyen:

- La financiación es generalmente a través del pago per cápita o sistemas mixtos (per cápita, por sesión o pago por acto).
- Existe un equipo de atención compuesto por médicos y enfermeras.
- A cada paciente se le asigna un profesional (médico o enfermera) para que realice su seguimiento.
- Los sistemas de información se utilizan para transferir información a otras unidades del sistema.
- Se dispone de una enfermera de enlace con otras unidades del sistema que coordina e integra servicios.

Entre los países que tienen este modelo se encuentran el Reino Unido, Holanda, Dinamarca y Estados Unidos a través de las llamadas HMO (*Health Maintenance Organizations*).

2) Atención primaria orientada a la comunidad

Este tipo de atención se dirige a mejorar la salud de la población que vive en un área geográfica determinada y a promover los servicios comunitarios. Su misión es dar respuesta a las necesidades de salud de la población y proveerla de todos los servicios médicos, sociales y comunitarios que requiera. La atención primaria orientada a la comunidad (APOC) ha sido objeto de diversas definiciones⁸.

⁽⁸⁾Definiciones APOC

"La práctica de la medicina y de la enfermería focalizada en el individuo y en la promoción de la salud en la comunidad."

Kark (1983)

"La integración de la medicina comunitaria con la atención primaria."

Instituto de Medicina (USA)

"La atención primaria, como responsable del cuidado de la salud a nivel individual y a nivel poblacional."

Asociación Internacional de Epidemiología

"Proceso continuo, en el cual la atención primaria es proporcionada a una comunidad definida basada en las necesidades de salud identificadas y a través de la integración planificada de la salud pública con la práctica de la atención primaria."

Escuela de Salud Pública y Medicina Comunitaria de Hadaza, Universidad Hebrea y Kinas Collage de Londres

Todas las definiciones tienen como sustrato la promoción, la protección y el mantenimiento de la salud en la comunidad.

Los centros que proporcionan este tipo de atención están dirigidos por representantes públicos y se financian a través de las autoridades locales o regionales. Existe un equipo de atención primaria formado por profesionales de diferentes disciplinas que proveen servicios médicos, sociales y comunitarios. El rango de servicios y funciones es amplio: promoción de la salud y prevención de la enfermedad, servicios de diagnóstico, tratamiento, paliación, rehabilitación y atención domiciliaria.

Para hacer operativa la APOC, tiene que cumplir una serie de características:

- Existencia de una población definida.
- Servicio de atención primaria con atención clínica individual.
- Participación comunitaria en el cuidado de su propia salud.
- Movilidad en relación con el hecho de que los profesionales deben salir del centro para identificar los determinantes de salud, tanto macro como micro (casa).
- Basada en datos epidemiológicos (necesidades, estado de salud, actividades llevadas a cabo y evaluación).

Los países escandinavos, los *trusts* de atención primaria del Reino Unido y la mayoría de equipos de atención primaria de España son ejemplos de países que siguen este modelo de atención primaria.

Existen dos tipos de APOC: el modelo comunitario integrado y el no integrado.

a) Modelo comunitario integrado

Este modelo potencia la integración de la atención primaria en otros niveles del sistema utilizando varios recursos y estrategias. Sus características son:

- Utiliza la tecnología de la información para centralizar la información clínica y crear redes de conocimiento.
- El equipo de atención primaria asume la responsabilidad en cuanto a la continuidad del cuidado.
- Disponibilidad de servicios las 24 h/día, 7 días a la semana.
- Cooperación con otros servicios de atención primaria y otros niveles asistenciales del sistema. Los centros tienen la suficiente delegación y recursos como para firmar contratos o comprar servicios de otros proveedores.

b) Modelo comunitario no integrado

A diferencia del anterior modelo, no dispone de mecanismos de integración definidos. Se caracteriza por:

- Ausencia de sistemas de información que permita la concentración e integración de información.
- Los servicios no están disponibles las 24 h/día los 7 días a la semana.
- No existen mecanismos formales que permitan la continuidad de la atención del paciente.
- Los centros proporcionan un amplio rango de servicios directamente, pero no existe colaboración ni acuerdos con otros centros del sistema sanitario.

Cada uno de los modelos definidos tiene un impacto diferente en los resultados esperados⁹ de la atención primera en la efectividad, la productividad, la continuidad de atención, la accesibilidad, la equidad, la responsabilidad y la calidad.

(9)

Impacto de los modelos de AP en los resultados esperados de la atención sanitaria

Resultado	Modelo de contacto profesional	Modelo de coordinación profesional	Modelo comunitario integrado	Modelo comunitario no integrado
Efectividad ¹⁰	4	3	2	1

1 = máximo; 4 = mínimo

Resultado	Modelo de contacto profesional	Modelo de coordinación profesional	Modelo comunitario integrado	Modelo comunitario no integrado
Productividad¹¹ • Coste • Uso	3 4	3 1	1 3	1 2
Continuidad¹²	3	4	2	1
Accesibilidad¹³	1	1	4	3
Equidad	3	3	2	1
Responsabilidad¹⁴	1	1	3	3
Calidad¹⁵	3	3	2	1

1 = máximo; 4 = mínimo

⁽¹⁰⁾Efectividad

Capacidad para mantener o mejorar la salud.

⁽¹¹⁾Productividad

El coste de los servicios y la cantidad, tipo y naturaleza de los servicios utilizados ante un problema de salud.

⁽¹²⁾Continuidad

Capacidad de que los servicios se provean de manera sucesiva y de forma coherente a los requerimientos del problema de salud, de acuerdo con las necesidades de salud y el contexto personal de cada paciente.

⁽¹³⁾Accesibilidad

Rapidez en la visita a un médico de familia y facilidad de acceso a la atención especializada y diagnóstica.

⁽¹⁴⁾Responsabilidad

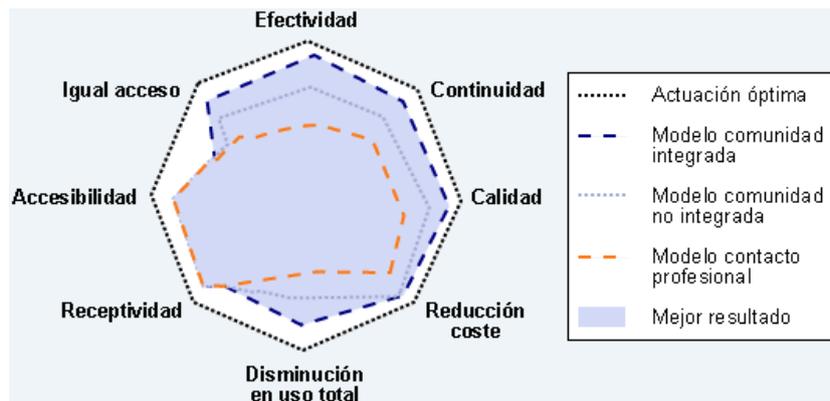
Consideración y respeto por las expectativas y preferencias del paciente y de los proveedores.

⁽¹⁵⁾Calidad

La adecuación del cuidado percibida, tanto por el paciente como por el profesional, permitiendo la sostenibilidad del sistema.

Si quisiéramos construir el modelo de atención primaria ideal¹⁶ deberíamos combinar características de varios de estos modelos, siendo la mejor combinación la unión del modelo comunitario integrado y el modelo profesional de contacto.

(16)



3.3.3. Organización de la atención primaria

De la misma forma que no hay un sistema o modelo de salud puro o único, también la organización de la atención primaria difiere entre países aun perteneciendo a un mismo modelo de sistema sanitario o a un mismo tipo/modelo de atención primaria.

Adscripción de pacientes

La adscripción de pacientes a la atención primaria puede ser:

1) **Geográfica:** los médicos de familia sirven a una población de un ámbito geográfico definido.

Ejemplo

En España, un centro de salud cubre un territorio de 20.000 a 25.000 personas (aunque puede haber zonas con menos población).

Otros países con este tipo de adscripción son Bulgaria, Croacia, Finlandia, Grecia, Hungría, Noruega, Portugal, Suecia, Turquía.

En algunos países se está potenciando adscribir a un médico una lista de pacientes o cupo. Este hecho se está llevando a cabo para pasar de un sistema de financiación del médico asalariado a un sistema per cápita y para potenciar el papel del médico de familia como puerta de entrada a la atención especializada (*gatekeeping*). Países con este sistema son Finlandia, Hungría, Noruega, Rumanía, Suecia, entre otros.

2) **Lista de pacientes o por familias:** los médicos de familia tienen adscritos individuos específicos o familias concretas. Generalmente se paga al médico per cápita y suelen ser profesionales independientes con contratos de actividad. Este sistema lo encontramos en Cataluña (España), Reino Unido, Holanda, Irlanda, Dinamarca e Italia.

3) **Sin adscripción:** en diversos países no es obligatorio para todo el mundo deberse adscribir a un médico de familia. En Dinamarca, el 3% de la población (que pertenece al llamado Grupo 2) se exime de esta obligación. En Holanda,

las personas no aseguradas por el sistema público (aproximadamente un 39%) no tienen obligación de adscribirse a un médico de familia. Tampoco hay listas de pacientes adscritos a médicos de familia en Austria, Bélgica, Francia y Alemania. Cuando ocurre, los pacientes pueden consultar a tantos médicos como deseen (sean primaristas o especialistas), aunque, por lo general, los pacientes suelen tener, o ser fieles, a un médico de familia.

Derivación a otros niveles del sistema

El acceso a la atención especializada puede llevarse a cabo a través del médico de familia (*gatekeeping*) o tener un acceso directo a sus servicios.

1) *Gatekeeping*: se trata de regular el acceso a especialistas a través de la aprobación del médico de familia. Los países con este sistema son Croacia, Dinamarca, Holanda, Finlandia, Irlanda, Italia, Noruega, Portugal, España, Reino Unido, entre otros. Aunque el médico de familia actúa como filtro a la atención especializada, no siempre es así y, a la vez, existen algunas exenciones o variaciones. En España y en otros países mediterráneos, existe lo que se llama la *derivación inversa*, donde el paciente va a su especialista privado y luego acude al médico de familia para que le autorice la realización de pruebas diagnósticas a través del sistema público. A su vez, el paciente puede acceder al especialista a través del sistema de urgencias médicas. Esto último también ocurre en Holanda, pero en éste país se debe de pedir una autorización posterior al médico de familia (esto se conoce como *derivación posterior*). También en este país, tras un año de ser visto por el especialista, el paciente necesita una nueva autorización del médico de familia (*derivación extendida*). En el Reino Unido, los pacientes con enfermedades de transmisión sexual pueden acceder directamente al especialista. En la mayoría de países con este sistema, la única manera de escoger al especialista es a través de la medicina privada.

2) **Acceso directo al especialista**: esta opción se puede llevar a cabo en Andorra, Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Grecia, Hungría, Islandia, Luxemburgo, Suecia, Suiza y Turquía. En Alemania, los pacientes necesitan una aprobación del médico de familia para acceder a los cuidados hospitalarios, pero no a atención especializada que no requiere hospitalización. En Bélgica, Francia, Luxemburgo y Suiza, los pacientes pueden escoger a su médico de familia y a su especialista, y también pueden elegir entre instituciones públicas o privadas y entre centros de atención especializada ambulatorios u hospitalarios.

3.3.4. Algunos elementos de la reforma en atención primaria

Los países con sistemas de atención primaria consolidados y de financiación pública están promoviendo cambios en la forma de proveer y organizar la atención primaria para que sea más resolutiva y alcance un nivel de calidad óptimo. Algunos de estos elementos son:

- **Mayor responsabilidad en la gestión del presupuesto:** se trata de asignar un presupuesto al equipo de atención primaria (per cápita u otros) y que sea éste quien lo gestione, pudiendo comprar servicios de diagnóstico o atención especializada y asumiendo la responsabilidad en sus resultados.
- **Potenciación de la integración de la AP:** se trata de potenciar el modelo APOC, especialmente aquel que proporciona una atención comunitaria integrada. Este tipo de atención se asocia a unas mejoras considerables en la efectividad y eficiencia de los servicios sanitarios que se proporcionan. Hay tres tipos de integración necesaria: funcional, organizativa, educativa. La integración funcional se refiere al trabajo en equipo, coordinado y ausente de duplicaciones. La integración organizativa requiere que el equipo de atención primaria delimite cuál es su cartera de servicios y se relacione estrechamente con los especialistas, los servicios sociales y los servicios de salud pública. Y, por último, la integración educativa significa mantener un nivel actualizado de conocimientos y habilidades.
- **Efecto de sustitución:** se trata de potenciar la actuación del médico especialista en el ámbito de la atención primaria y comunitaria. Hace referencia a que los médicos de familia sean más resolutivos en su atención y deriven sólo aquellos casos que necesitan un seguimiento especializado. Sin embargo, este hecho también requiere que el médico de familia delegue/derive de forma adecuada (cantidad y calidad) pacientes a los profesionales de enfermería y que éstos a su vez utilicen otros profesionales (auxiliares) para aquellos servicios de menor especialización.
- **Comunicación y transferencia de información:** se trata de desarrollar tecnologías de la información y comunicación potentes, en forma de estaciones de trabajo clínico, donde los profesionales puedan introducir información relativa al paciente y mantener actualizados sus conocimientos, a la vez que compartan, y transfieran, toda esta información con sus otros profesionales de atención primaria y de otros niveles asistenciales.

3.4. Atención hospitalaria

3.4.1. Introducción

El hospital es el centro asistencial encargado del internamiento clínico y donde se provee la atención especializada y complementaria que requiera el paciente. El concepto de hospital ha ido evolucionando en la historia de la humanidad de acuerdo con los cambios, o evolución, tanto social como política, de los diferentes países y como respuesta a las diferentes necesidades expresadas por su población.

Reino Unido y Francia

En estos países, por ejemplo, las posiciones de la Administración central del Ministerio de Sanidad, hasta un nivel jerárquico muy alto, se encuentran destinadas a profesionales que han seguido su carrera dentro de la Administración. En este sentido, la política y la gestión a macronivel están bastante diferenciadas. Por esta razón, el político debe buscar, algunas veces, apoyos externos a la Administración sanitaria central para poder impulsar sus programas de gobierno. Esta situación se planteó en el Reino Unido a principios de los años noventa cuando los políticos querían impulsar importantes cambios en el estado de bienestar, mientras que los técnicos de la Administración eran reacios a introducir e impulsar estos cambios. En Estados Unidos, sin embargo, debido al modelo liberal de su sistema sanitario, las políticas diseñadas por el gobierno tienen un impulso primordial en el sistema considerado como público (Medicare y Medicaid), mientras que la influencia en el sistema privado es limitada.

Hoy, según la OCDE, los hospitales se podrían clasificar en tres grandes grupos: públicos, privados sin ánimo de lucro y privados con ánimo de lucro. No obstante, en el caso de los hospitales públicos, el Banco Mundial propone una subclasificación: organizaciones presupuestadas, organizaciones autonomizadas y organizaciones corporativizadas. En los modelos o sistemas sanitarios tradicionales (Beveridge, Bismarckiano y privado, que se han mencionado anteriormente), puede haber todo tipo de hospital, obviamente con diferencias en cuanto al porcentaje de centros de una u otra característica.

Hospitales públicos: organizaciones presupuestadas

Los hospitales forman parte del sistema público. Los gestores del hospital son puramente administradores del presupuesto. Su estructura está altamente jerarquizada y controla tanto las decisiones del día a día como las de tipo más estratégico. La financiación de la actividad del hospital proviene de los presupuestos, establecidos en base a históricos y dirigidos a líneas de actuación concretas. El presupuesto no gastado en la actividad al que iba dirigido, debe devolverse o gastarse, y el déficit incurrido por el hospital se cubre a través del sistema público.

Hospitales públicos: organizaciones autonomizadas

Los hospitales también forman parte del sistema público, pero los administradores se transforman en verdaderos gestores, y tanto las decisiones del día a día como las más estratégicas, las realiza el gerente del hospital. No obstante, la contabilidad permanece todavía en la jerarquía administrativa, aunque los objetivos que se pretenden alcanzar están mejor definidos. La relación con la autoridad pública se establece a través de "contratos de actividad" (p. ej., el llamado *contrato programa* en España). La financiación se lleva a cabo, en general, por el presupuesto global sin que esté marcado para ítems concretos de actividad. Si se producen ahorros en un área de actividad, se pueden pasar a otra área. El presupuesto puede ajustarse al *case-mix* del hospital y pueden tener ingresos adicionales (p. ej., a través de clientes privados, bien sea por pago directo o por contrato con entidades de seguro asistencial). Pueden llegar a retener un porcentaje del posible superávit para el siguiente año fiscal.

Hospitales públicos: organizaciones corporativizadas

Partiendo de una organización autonomizada, tiene una mayor autonomía, constituyendo una corporación. El gerente tiene el control completo sobre la producción de bienes y servicios. El hospital, aunque puede pertenecer al sector público, tiene personalidad jurídica propia. Se le asigna un presupuesto del que tiene que rendir cuentas y, en caso de insolvencia, deberá cerrar. Los ingresos provienen de contratos, de entidades públicas y privadas, y puede acumular beneficios. Los directores y el consejo de administración tienen una responsabilidad total sobre el funcionamiento del hospital. Un ejemplo de hospital de estas características lo constituyen los *trusts* del Reino Unido.

3.4.2. Características de la dotación hospitalaria según el modelo sanitario

Modelo Beveridge

Los hospitales de la mayoría de países con modelo de sistema nacional de salud han evolucionado de una organización presupuestaria hacia otra de tipo autonomizada. Esta evolución continúa hacia la corporativización de los hospitales. Sin embargo, el alcance de esta evolución es diferente según los países.

En el año 1991, el Reino Unido comienza a transformar sus hospitales en los llamados *trusts*¹⁷.

Ved también

Modelo de servicio nacional de salud Beveridge

⁽¹⁷⁾ Los trusts en el sistema nacional de salud del Reino Unido

Funciones

- Contratar *staff* en los términos que considere apropiados.
- Comprar y vender propiedades.
- Establecer contratos con el NHS (National Health Service) y otros.
- Llevar a cabo investigación, comisionarla o dejar sus instalaciones para este propósito.
- Proporcionar entrenamiento al *staff* o dejar sus instalaciones para llevarlo a cabo.
- Llevar a cabo funciones conjuntamente con otros órganos e instituciones.
- Tratar pacientes privados y generar ingresos, siempre que ello no interfiera con otras obligaciones.
- Aceptar dinero, tierras u otras propiedades.

Beneficios de su independencia

- Adquirir, ser propietario y disponer de activos para optimizar su efectividad.
- Proponer desarrollos de capital directamente a la dirección ejecutiva del NHS.
- Tomar dinero prestado, dentro de los límites permitidos, principalmente para nuevos edificios y equipo o para reformar edificios ya existentes.
- Crear sus propias estructuras de gestión.

- Emplear su propio *staff*, crear sus estructuras propias de *staff* y establecer sus condiciones de empleo.
- Hacer propaganda de sus servicios, dentro de las guías deontológicas.

Gestión del *trust*: consejo de dirección

- Un director, no ejecutivo, designado por el secretario de Estado.
- Hasta cinco directores no ejecutivos, dos procedentes de la comunidad local y designados por la autoridad sanitaria regional, los restantes designados por el secretario de Estado. Si el *trust* tiene una actividad docente importante, uno de los miembros pertenecerá a la universidad.
- Un número equivalente de directores ejecutivos, hasta un máximo de cinco, incluyendo un director gerente, un director de finanzas, un director médico y un director/a de enfermería.

Estos responden a la separación de funciones de provisión y financiación que se inicia en el Reino Unido y se establece una relación contractual entre las partes. A su vez, los *trusts* poseen una mayor autonomía financiera y capacidad de decisión en cuanto a salario y contratación de *staff*. Otros países europeos siguieron este modelo del Reino Unido, pero las fórmulas utilizadas y el nivel de desarrollo alcanzado varía entre países hoy en día. En España, la comunidad de Andalucía inicia la experiencia de gestión totalmente privada de uno de sus hospitales públicos (Hospital Costa del Sol, 1992). En Cataluña se separa la financiación de la provisión de servicios y se crean los consorcios (con participación minoritaria privada y gestión totalmente privada). En el País Vasco se convierte en una entidad pública regida por el derecho privado y los hospitales forman parte de una corporación.

En otros países como Suecia se produce una devolución total hacia los hospitales. Por ejemplo, en 1999 se vende un hospital público de la ciudad de Estocolmo a una compañía privada con ánimo de lucro, que posteriormente contrata sus servicios a compradores públicos. En Italia, por otra parte, 100 hospitales grandes se transforman en *trust*, llevándose a cabo la relación contractual con el gobierno regional. En Dinamarca, sin embargo, se crea la corporación hospitalaria de Copenhague en 1995, que permite al comprador regional público llevar a cabo un contrato en bloque (se contrata a un grupo de hospitales).

Las camas¹⁸ de los hospitales de países con modelo sanitario Beveridge son mayoritariamente públicas, aunque también existen, en porcentaje variable según el país, camas en hospitales privados sin ánimo de lucro, aunque en estos últimos el control de las autoridades sobre estas camas es prácticamente nulo.

(18)

Porcentaje de camas según tipo de hospital y país

Porcentaje camas	Hospitales públicos	Hospitales privados sin ánimo de lucro	Hospitales privados
Modelo Beveridge			

* Excepto los hospitales universitarios; ND = no disponible

Porcentaje camas	Hospitales públicos	Hospitales privados sin ánimo de lucro	Hospitales privados
Reino Unido	90	ND	ND
Escandinavia	90	ND	ND
Italia	78	ND	ND
Portugal	77	ND	20
España	69	ND	18
Modelo Bismarckiano			
Austria	69	26	ND
Bélgica	60	40	ND
Alemania	55	38	ND
Francia	65	15	ND
Luxemburgo	50	50	ND
Holanda	--	100*	--

* Excepto los hospitales universitarios; ND = no disponible

Modelo Bismarckiano

En los países con este modelo sanitario, hay una mezcla de hospitales públicos y privados sin ánimo de lucro, que suelen pertenecer a terceros pagadores. Según este modelo, los hospitales llevan a cabo contratos con las entidades de seguro asistencial. El hospital público suele ser autónomo y, a menudo, corporativizado. En cuanto a la propiedad, puede ocurrir que la autoridad sanitaria propietaria del hospital no sea la misma que la autoridad que contrata los servicios de éste (p. ej., nacional frente a regional o local).

Ved también

Modelo de seguros sociales (Bismarckiano)

Gestor: facilitador, cuestionador o grupo de gestión

Si el gestor ocupa un cargo de libre asignación por el gobierno, obviamente su papel será de facilitador (como se da en el sistema público de España). De igual manera sucederá si el gestor forma parte de la estructura administrativa gubernamental a nivel territorial. Por el contrario, si ha sido elegido por otros agentes puede ser o bien un facilitador o un cuestionador (p. ej., los trusts de hospitales en el Reino Unido). Por último, si se trata de un gestor de un modelo sin ninguna vinculación gubernamental, podría constituirse como elemento de presión al gobierno e incluso poder llegar a crear «microsistemas» sanitarios dentro de un contexto más general (p. ej., en algunos casos en Estados Unidos, donde existen gestores encargados de la provisión de servicios de atención primaria y especializada que venden su actividad a entidades de seguro asistencial libre).

Planificación, eficiencia y calidad

En todos los países la capacidad de planificación por parte de las autoridades sanitarias puede ejercerse tanto en los hospitales públicos como en los privados sin ánimo de lucro. En el caso de los hospitales privados con ánimo de lucro, no puede ejercerse ningún tipo de regulación con el objeto de asegurar la equidad de acceso y la capacidad financiera de la institución.

La regulación para la planificación de hospitales difiere entre países y se puede clasificar en:

- **Ex-post:** en este caso la capacidad instalada existente en el país se considera para llevar a cabo una planificación territorial (de recursos públicos). Por ejemplo, en Suiza, cuando cada cantón realiza su planificación de hos-

pitales, tienen que considerar todos los recursos existentes (públicos y privados).

- **Ex-ante:** en ese caso se regula la instalación de futuros hospitales, es decir, debe pedirse permiso a la autoridad sanitaria competente antes de construir un hospital. Por ejemplo, en Holanda, Alemania, Cataluña (España).

Tanto los sistemas de salud Bismarckianos como los de tipo Beveridge tienen el mismo éxito en cuanto a garantía de provisión pública de atención especializada.

En cuanto a la eficiencia, no existe evidencia científica concluyente que defina qué tipo de organización hospitalaria es la más eficiente. En el Reino Unido, existen estudios que muestran que la disponibilidad de *trust* potencia una atención más eficiente, mientras que otros estudios argumentan un aumento de costes y una disminución de productividad, aunque en estos últimos no se ajuste por calidad, lo cual podría sesgar el resultado. En Suecia, un estudio observacional longitudinal que se dio entre 1985 y 1995 mostró que en aquellos condados donde se había introducido la separación entre la compra y la provisión se obtenía una atención hospitalaria más eficiente.

Por último, en cuanto a la calidad de los servicios proporcionados por los distintos modelos de hospital, tampoco existe evidencia científica concluyente que exprese datos tanto sobre mejoras en la calidad y en el libre acceso como mayor transparencia de uno u otro modelo de hospital.

3.4.3. Tendencias en la atención hospitalaria

Características de la evolución de los hospitales en esta última década:

1) Efecto de sustitución

Con este término quiere designarse la agrupación de recursos entre centros de atención sanitaria (hospitales de diferentes niveles, centros de atención primaria, entre otros) y dentro de los mismos con el objeto de desarrollar las mejores soluciones, y las menos costosas, dando respuesta al cambio de necesidades y demandas de la sociedad. En otras palabras, se trata de organizar los recursos humanos, técnicos/tecnológicos e informacionales, con el objeto de obtener los mejores resultados clínicos, financieros y del estado de salud del paciente. Entre las actuaciones que se están llevando a cabo, se pueden destacan las siguientes:

- Hospital a domicilio (el paciente se da de alta más pronto y sigue su convalecencia en su domicilio).
- Tecnologías de uso domiciliario (p. ej., diálisis peritoneal).
- Potenciación de cirugía mayor ambulatoria y procedimientos mínimamente invasivos.

- Seguimiento del embarazo sin complicaciones en la atención primaria.

2) Mejora en la adecuación de las admisiones hospitalarias

Se dan tres líneas de actuación:

- Sustitución por la atención primaria (se incluye el aumento del poder resolutivo de la atención primaria y el traspaso de algunas actividades de atención especializada secundaria a la atención primaria).
- Aumento de los umbrales de admisión de pacientes (se utilizan diferentes fórmulas como pueden ser la creación de unidades de observación, educación de los profesionales sanitarios).
- Desarrollo de intervenciones alternativas al hospital (p. ej., provisión de servicios de especialistas fuera del hospital, entre otros).

3) *Enterpreneurship*

Los gestores de hospitales públicos incorporan elementos de empresa a un ámbito previamente muy burocratizado. El objetivo final es alcanzar las metas públicas con instrumentos del sector privado como:

- La búsqueda activa de oportunidades.
- Innovación.
- Asumir riesgos comerciales.
- Responsabilización en los éxitos y fracasos (fallo del negocio) de la institución.

4) Cierre de hospitales y disminución de camas hospitalarias

En la década de los noventa se potenció, especialmente con mayor intensidad en algunos países como el Reino Unido, el cierre de hospitales. Sin embargo, el éxito de esta línea política varió entre países, especialmente por el gran impacto social (descontento) a que dio lugar y, como en el caso de Suiza, por ser de difícil ejecución debido a la indefinición en la propiedad de los hospitales.

Es el caso de Estados Unidos cuando el ex-presidente Clinton quiso introducir una reforma en el sistema sanitario americano o en Francia, a mediados de los años noventa, cuando se introdujeron los «Referentes Médicos», donde se regulaba la introducción y uso de determinados procedimientos asistenciales.

En el Reino Unido, el cierre de hospitales fue precedido por algunas fusiones de hospitales en un grupo, e incluso en algún caso se cerró un hospital. Esta táctica también se siguió en Australia, donde 32 hospitales públicos se organizaron/fusionaron en 7 redes hospitalarias, resultando en este proceso un cierre de un total de 9 hospitales.

El cierre de hospitales no es una medida popular, por tanto muchos países han optado por cerrar camas y no hospitales. En general, en estos países se sigue una política de sustitución en cuanto que las camas se sustituyen por otros servicios más acordes a las necesidades actuales (p. ej., servicios ambulatorios).

El cierre de camas, en general, no ahorra costes, ya que el mayor coste de un hospital se atribuye al mantenimiento de su estructura física (edificio) y a gastos fijos.

Ejemplo

En Francia se han creado consejos regionales con el objeto de cerrar 24.000 camas de agudos, sustituyéndolas por otros tipos de servicios más necesarios y acordes con la evolución de las tecnologías.

5) Gestión clínica

La gestión clínica se basa en la asunción que una organización bien gestionada es aquella que integra, a cada nivel de la organización, un buen servicio clínico, un adecuado control financiero y una excelente calidad clínica. En la gestión clínica, los hospitales son los responsables de la mejora continua de la calidad de los servicios y la salvaguarda de estándares de elevada calidad asistencial mediante la creación y el mantenimiento de un entorno donde pueda crecer la excelencia profesional. La OMS divide la calidad en cuatro áreas:

- a) Ejercicio profesional (calidad técnica).
- b) Utilización de recursos (eficiencia).
- c) Gestión del riesgo (el riesgo de lesión o daño asociado con la provisión del servicio).
- d) Satisfacción del paciente con el servicio proporcionado.

La gestión clínica debe dirigirse a alcanzar una organización cohesionada y consolidada donde continuamente se evalúan sus resultados.

3.5. Atención sociosanitaria

3.5.1. Introducción

En las últimas décadas, la mayoría de los países desarrollados están asistiendo a una inversión progresiva en su pirámide poblacional. Es decir, se incrementa el volumen de población mayor de 65 años y disminuye la natalidad. Este hecho se debe, fundamentalmente, al aumento en la esperanza de vida de la población como consecuencia de las mejoras en su calidad de vida y de los progresos científicotecnológicos que, en general, mejoran el estado de salud de los pacientes con edades cada vez más avanzadas. En el período 1995-2005 se prevé que el número de personas mayores de 65 años de la Unión Europea sufra un incremento del 50%. Por lo general, en estos países se llega a la vejez en mejor estado de salud, con lo que las demandas de bienes y servicios se bifurcan en una doble vertiente: la generada por aquellos en buen estado de salud y aquellos que han llegado con un deterioro manifiesto. Según lo anterior, se observa un aumento progresivo en la necesidad de responder a dis-

tintas demandas en cuanto a autonomía económica (pensiones contributivas y no contributivas), servicios de atención sanitaria y social, vivienda, ocio y transporte.

Paralelamente al crecimiento de la población mayor de 65 años, se prevé que el ritmo de crecimiento de la población mayor de 80 años superará al del grupo de mayores de 65 años en su conjunto. Este fenómeno es lo que se conoce como "**envejecimiento del envejecimiento**", siendo una de sus posibles consecuencias un aumento en el número de personas dependientes en la población.

El Consejo de Europa (1998) definió a las personas dependientes como:

"aquéllas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de una asistencia y/o ayuda importante (ayuda de otra persona) para la realización de las actividades de la vida diaria."

Dado que, por lo general, las personas son dependientes a largo plazo, sus cuidados requieren un abordaje tanto sanitario como social. Por este motivo, cuando se menciona la atención a estas personas se hace referencia a los cuidados sociosanitarios. Para que sean los adecuados y respondan a las necesidades del paciente, se requiere una buena colaboración y coordinación de los distintos niveles asistenciales (atención primaria y especializada), de los recursos del sistema (sociales y sanitarios) y de las diferentes fuentes de financiación (pública y privada). De esta manera, un elemento clave es disponer de un buen sistema de información que caracterice y clasifique a los individuos susceptibles de este tipo de atención y, a la vez, que oriente sobre su manejo y seguimiento. Existen diferentes sistemas de clasificación de pacientes a nivel mundial, pero el más utilizado es el *resource utilization groups*¹⁹ (RUG).

(19)RUG: resource utilization groups

Este sistema fue diseñado en Estados Unidos en 1985. En la actualidad existen múltiples versiones y adaptaciones a las particularidades de las poblaciones de diferentes países. Esta clasificación contempla tanto las características clínicas del paciente y su capacidad para desarrollar actividades de la vida diaria (clasificándolos en siete grupos de complejidad asistencial –rehabilitación especial, tratamientos extensivos, cuidados especiales, complejidad clínica, deterioro cognitivo, problemas del comportamiento, dependencia física– con subgrupos en cada una de ellos, originando un total de cuarenta y cuatro grupos distintos de pacientes de diferente complejidad), como las cargas de trabajo de enfermería generadas (y por tanto sus costes). Esta información se complementa con el *resident assessment instrument* (RAI), que es una herramienta que ayuda a determinar cuál debe ser el plan de cuidados de un paciente específico. Consta de tres elementos:

- El formulario CMD, que permite analizar de forma estandarizada una serie de aspectos del paciente.
- "Marcadores", que determinan la necesidad de aplicar una orientación especial al plan de cuidados.
- El *resident assessment protocol* (RAP), que son recomendaciones de actuación ante cada problema.

La tipología del usuario que requiere servicios de atención sociosanitaria es variada, ya que incluye a pacientes geriátricos, enfermos terminales, pacientes con trastornos mentales crónicos, enfermos crónicos con patologías que generan dependencia e individuos con grandes minusvalías. La mayoría de las

situaciones que crean dependencia pueden ser incluidas en alguno de los trastornos siguientes: alteraciones motoras (óseas, articulares, musculares, de la motilidad), alteraciones cognitivas (demencia, depresión) y alteraciones sensoriales (disminución de la visión y de la audición). Los servicios de atención a las personas mayores dependientes se mencionan en el siguiente apartado.

3.5.2. Servicios sociales

La mayoría de organizaciones internacionales recomiendan que la persona envejezca en su domicilio. También se trata de la opción que prefieren la mayoría de personas de edad avanzada, como muestran diferentes encuestas realizadas recientemente a nivel europeo. La OCDE (1996) recomienda que para lograr este objetivo ha de existir:

- Un entorno doméstico acorde con los estados de necesidad de los usuarios.
- Una movilización y potenciación de las redes sociales informales.
- Una atención domiciliaria asegurada por un amplio abanico de servicios.
- Una gama de establecimientos de cuidados institucionales que aseguren la necesidad de estancias temporales y de larga estancia.

Servicios sociales para personas dependientes

1) Adaptación de viviendas

Se trata de dotar la vivienda de unas condiciones de habitabilidad y accesibilidad adecuadas al estado de la persona dependiente. Generalmente se llevan a cabo a través de ayudas económicas para la rehabilitación y adaptabilidad funcional de las viviendas que lo necesitan. En España, estas ayudas proceden de las administraciones públicas a través de subvenciones a fondo perdido o préstamos de nulo o bajo interés.

2) Servicio de atención domiciliaria (SAD)

Son servicios básicos de carácter personal que incluyen: limpieza de la casa, lavado, planchado, compra y preparación de comidas, aseo personal, movilizaciones y transferencias, vestir/desvestir, peluquería, cuidados sanitarios elementales y podología. A veces también contienen servicios de teleasistencia y de comida a domicilio. La organización y coordinación del SAD suele llevarse a cabo por trabajadores sociales, aunque en algunos casos se realiza por un equipo multidisciplinar. La prestación directa de los servicios la llevan a cabo trabajadores familiares y auxiliares de atención domiciliaria. Este tipo de servicios suele financiarse a nivel público por las administraciones locales.

En muchos países europeos, especialmente los del norte de Europa, existe una tendencia a mantener al individuo de edad avanzada en su domicilio y ofrecerle todos los servicios, sociales y sanitarios, en su medio habitual. Es decir, consiste en el hecho de que continúen en su domicilio lo máximo posible.

Según la opinión de la mayoría de personas mayores es el sistema preferido. Además, existen estudios que muestran que el individuo mantiene mejor sus capacidades si continúa en su medio habitual. La provisión y la financiación de SAD²⁰ sigue diferentes modelos según el país que se trate.

(20) Organización en la provisión de SAD

Suecia

Los SAD están descentralizados y se comparten responsabilidades. Los condados son responsables de la atención de enfermería y procesos agudos, y los municipios se encargan de dar los servicios de soporte diario a la gente mayor, los incapacitados o enfermos mentales. La atención domiciliar la coordina el equipo de atención primaria, aunque a veces lo lleva a cabo el hospital. Generalmente, la responsable es una enfermera, aunque también proveen servicios los médicos de atención primaria o del distrito que son gratuitos. También se ofrecen servicios de fisioterapeutas o terapeutas ocupacionales, que pertenecen al centro de atención primaria o bien se trata de profesionales privados contratados por los condados o los municipios. Los municipios financian los servicios de profesionales que ayudan a las personas mayores a llevar a cabo sus actividades diarias. Estos servicios se proporcionan al 8% de la gente entre 65-79 años y al 20% de la gente mayor de 80 años. El derecho a vivir en el domicilio y a obtener cuidados, sea cual sea su intensidad, está regulado en la ley de servicios sociales. Más del 33% de los empleados municipales trabajan en actividades de atención a las personas mayores.

Suiza

Los SAD se incluyen como obligatorios dentro de la cartera de servicios de todas las entidades de seguro asistencial que operan en este país. No obstante, según el cantón, existen diferencias en los servicios incluidos dentro del SAD. Los municipios ceden la provisión de los servicios a las organizaciones independientes. El 80% de los SAD lo proveen organizaciones privadas sin ánimo de lucro, siendo un 13% organizaciones de la comunidad. En este país se ha producido un cambio de la demanda de residencias a una mayor demanda de permanencia en domicilio, con un gran soporte por parte de la enfermería. Los cuidadores, además, reciben una pensión de acuerdo con el tiempo dedicado a estas funciones.

Francia

En este país los SAD son todavía muy nuevos. De esta manera, los cuidados de la persona mayor aun se centran en su mayoría en el hospital. Los hospitales privados con ánimo de lucro poseen un cuarto de las camas del país dedicados a la atención de las personas mayores. Cuando no se trata de atención médica, los servicios sociales ayudan a las familias y a los pacientes, realizando una valoración previa de su situación económica para determinar si habrá o no cobro alguno por estos servicios. La responsabilidad sobre las residencias y SAD para personas dependientes es competencia de los municipios, mientras que las camas de larga estancia se encuentran en un 90% en los hospitales públicos.

Australia

En 1985, el gobierno de este país aprueba el llamado "Programa de atención domiciliar y comunitaria" (*Home and community care program*, HACC), con el objeto de potenciar la independencia de personas con incapacidades y evitar su ingreso innecesario en residencias. Los servicios que se incluyen en este programa son muy amplios (p. ej., servicios paramédicos, enfermería comunitaria, comidas, etc.). El 20% de los australianos mayores de 70 años utiliza estos servicios, siendo el 40% mayor de 80 años. El 60% se financia a través de la Commonwealth y el 40% cada estado. En el año 2003-2004 se han realizado inversiones adicionales para crear programas de rehabilitación e inserción de las personas mayores, desde la residencia a su domicilio.

Nueva Zelanda

El 4% de los neozelandeses viven en residencias, pero la mayoría reciben SAD o son cuidados por sus parientes. La inversión en SAD se ha doblado en 2003 respecto a 1995, debido a políticas específicas del gobierno que promueven que el ciudadano necesitado permanezca en su domicilio.

3) Servicio de teleasistencia

Consiste en un dispositivo que posee la persona y que, en caso de necesidad (accidente, caída, etc.), se pulsa y emite una señal de alarma captada por una central de escucha. Esta central contacta por teléfono con el usuario y, si es necesario, envía ayuda urgente a su domicilio. Su utilización se promueve tanto desde la administración como desde organizaciones no gubernamentales, y desde la iniciativa privada.

4) Hogares y asociaciones de jubilados

Se trata de centros donde se reúnen las personas mayores que promueven su convivencia y la mejora de sus condiciones de vida mediante la organización de actividades y la disposición de diferentes servicios (p. ej., podología, peluquería, entre otros). En algunos también se ofrece atención sanitaria (p. ej., rehabilitación menor, ayuda a domicilio, etc.). En algunos casos, se han puesto en marcha unidades de estancias diurnas para personas dependientes. La mayoría de estos recursos dependen de la administración pública y de asociaciones de mayores.

5) Centros de día

El Imsero (Instituto de Mayores y Servicios Sociales de España) define este recurso como "servicio sociosanitario y de apoyo familiar que ofrece durante el día atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de personas mayores afectadas por diferentes grados de dependencia, promoviendo su autonomía y la permanencia en su entorno habitual". Estos centros ofrecen tres tipos de servicio:

- a) Atención social (detección, acogimiento, orientación y seguimiento de casos, coordinación del plan de intervención, relación con la familia, etc.).
- b) Atención a la salud psicofísica (rehabilitación y control psicofísico, actividades psicoterapéuticas, terapia ocupacional, higiene personal y dietética).
- c) Socialización y participación (entrenamiento en habilidades sociales y relaciones personales, etc.), como recurso de apoyo a la familia.

6) Estancias temporales en residencias

Permite que, de forma temporal (no superior a 60 días), una persona mayor de 65 años que requiera ser internada lo pueda hacer. Este servicio sirve de apoyo familiar y evita la institucionalización permanente de la persona.

7) Sistemas alternativos de alojamiento

Se trata de una amplia gama de alojamientos para personas mayores que, por diferentes motivos, se ven obligadas a abandonar su domicilio y optan por soluciones parecidas a su modo de vida habitual. Pueden diferenciarse dos grandes grupos:

a) Alojamientos donde la intimidad es prioritaria: se trata de apartamentos individuales en un entorno donde existen recursos de soporte (p. ej., lavandería, restaurantes, comida a domicilio, servicios médicos, entre otros).

b) Alojamientos donde la convivencia prevalece: viviendas tuteladas ocupadas por grupos de cuatro a diez personas, viviendas comunales, miniresidencias de hasta veinte personas (medio rural), acogimiento (acogida familiar, convivencia intergeneracional, entre otros).

8) Servicios sociales institucionales

Estos servicios los constituyen las residencias y son el principal recurso de asistencia institucional de larga duración en España. Hay una amplia oferta con diferencias importantes dependiendo de si el recurso es público, privado o de organizaciones no gubernamentales. Según la sociedad española de geriatría y gerontología (1995), además de la atención a las necesidades básicas (alimentación, higiene y alojamiento), en este tipo de instituciones han de constar una serie de programas:

a) Programa sanitario: atención médica, fisioterapia, terapia ocupacional, entre otros.

b) Programas psicosociales: atención psicológica, intervención con las familias, animación sociocultural, entre otros.

c) Programas para personas con deterioro cognitivo: orientación a la realidad, entrenamiento de habilidades básicas, entre otros.

d) Programas de cuidados paliativos: atención a personas con enfermedad terminal.

La utilización de residencias varía según los países. En aquéllos con rentas per cápita elevadas, el uso de residencias se estima alrededor del dos al cinco por ciento de la población mayor. No obstante, el mayor o menor uso de residencias está muy influenciado por las decisiones de carácter político que se tomen en un país.

Ejemplo

Hace unos años, en el Reino Unido las residencias se potenciaron con el objeto de pasar pacientes de edad avanzada de los hospitales a este tipo de instituciones, hecho que provocó un aumento considerable de residencias privadas.

3.5.3. Servicios sanitarios

Atención primaria de salud

Entre los objetivos de la atención primaria se encuentran los de promocionar la salud de los ancianos y prevenir su enfermedad, dar asistencia a los problemas específicos e identificar precozmente los factores de riesgo biopsicosociales, las incapacidades funcionales y las disfunciones sociales. En muchos casos, el equipo de atención primaria también se encarga de la atención domiciliaria a personas mayores enfermas o ancianos frágiles.

Atención hospitalaria

En la atención hospitalaria existen diversos recursos dirigidos a las personas mayores.

1) **Servicios o unidades de geriatría:** en general es muy poco usual, aunque en los hospitales, por norma, se dispone de servicios o secciones estructuradas de geriatría y cada servicio, además, puede disponer de un equipo de valoración y cuidados geriátricos, hospital de día, entre otros.

2) **Equipos de valoración y cuidados geriátricos (EVCG):** se trata de una unidad hospitalaria interdisciplinar y básica en la atención específica de pacientes geriátricos del centro y de apoyo a la atención primaria del área correspondiente al hospital. El equipo lo constituyen un geriatra, personal de enfermería y un trabajador social. Entre sus funciones cabe destacar la valoración de la persona mayor ingresada en los diferentes servicios del hospital y la orientación terapéutica, y cumple una función de asesoramiento y apoyo con la atención primaria.

Cataluña

En Cataluña existen unas unidades parecidas llamadas *unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias* (UFISS), cuya función es el asesoramiento y apoyo en casos de pacientes ingresados complicados, la creación de protocolos y el aseguramiento del continuo asistencial de los pacientes con la atención primaria.

3) **Hospital de día geriátrico:** es un servicio diurno de asistencia interdisciplinar, principalmente sanitaria, donde acude el anciano frágil para recibir tratamiento integral (rehabilitación física, problemas de expresión social, incontinencia, entre otros) y posteriormente regresar a su domicilio. El equipo de este recurso lo constituye un médico, un enfermero, un auxiliar de enfermería, un trabajador social, un terapeuta ocupacional, un fisioterapeuta y un psicólogo.

4) **Unidad de hospitalización de agudos (UHA):** el Insalud la define como una unidad hospitalaria para el ingreso de pacientes geriátricos, para llevar a cabo una valoración exhaustiva y el tratamiento de procesos agudos o reagudizaciones. Son unidades con un número de camas que oscila entre diez y quince.

5) Unidad de convalecencia: se trata de unidades destinadas a personas con enfermedades de base que requieren una reeducación para llevar a cabo actividades de la vida diaria y para readaptarse a su situación de enfermedad, tras procedimientos médicos o quirúrgicos. Se considera un servicio de media estancia y suele tener entre sesenta y noventa camas.

6) Unidad de cuidados paliativos: son unidades de media estancia dirigidas a la atención de enfermos terminales. Su objetivo es favorecer el confort y la calidad de vida del enfermo. El equipo lo constituyen médicos, enfermeras y auxiliares, asistentes sociales, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y miembros de la iglesia.

4. Actores del sistema

4.1. Actores del sistema

En el análisis de cualquier "sistema" de un país (económico, social, cultural, judicial, sanitario), deben identificarse quienes son los actores (o en terminología anglosajona, *stakeholders*) que pueden influenciar el diseño de políticas de salud y de servicios, así como su implantación y desarrollo. En un sistema sanitario los actores a considerar son:

- 1) La que podría denominarse **elite sanitaria**, que incluye a los políticos, planificadores, financiadores, entre otros.
- 2) Los **proveedores** de la asistencia, que incluye a los gestores de instituciones sanitarias y otros profesionales sanitarios encargados del impulso de políticas a nivel territorial, así como a los profesionales de la práctica clínica (principalmente médicos y enfermeras).
- 3) La **población**, que incluye tanto a los pacientes como a los usuarios potenciales del sistema (población sana).
- 4) Los **grupos de interés**, que incluyen entidades, empresas, instituciones, asociaciones y, en general, cualquier grupo público o privado que tenga intereses económicos en el sector salud.

Las diferencias en los equilibrios de poder y sus relaciones pueden condicionar mucho la evolución y las dinámicas del sistema sanitario, creando diferencias entre países aun teniendo el mismo modelo de sistema. En resumen, los actores del sistema sanitario²¹ se diferencian por su foco de interés (científico, profesional, *lobby* político y/o económico) y el grupo al que representan.

⁽²¹⁾Actores del sistema sanitario alemán

En Alemania existen más de cien organizaciones científicas médicas que se encuentran unidas en la Association of the Scientific Medical Societies (AWMF). Fuera del campo corporativista, las asociaciones médicas se clasifican en las que tienen una función de carácter eminentemente profesional y las que desarrollan una función más de carácter político (*lobbying* o influencia económica).

Las primeras constituyen organizaciones de médicos y organizaciones similares de carácter científico por especialidad, y trabajan en el desarrollo de estándares para la práctica profesional, así como defendiendo sus intereses entre el conjunto de médicos de las diferentes organizaciones y especialidades. Existe otro tipo de organizaciones de médicos de carácter local cuyas funciones principales son la educación y la disponibilidad de un foro de debate para todos los médicos que trabajan en un área o región territorial determinada.

Por otro lado, las organizaciones de médicos cuya función principal es la de *lobby* incluyen la asociación de médicos ambulatorios (Hartmann Union) y la de los médicos de hospitales (Marburg Union). Estas dos organizaciones luchan por la defensa de los dere-

chos y condiciones salariales de sus miembros. También existe una organización dirigida al *lobby*, pero en este caso el objetivo es conseguir un nivel de salud y de servicios asistenciales más óptimo.

En el caso de las enfermeras, existen dos organizaciones voluntarias de este tipo de profesionales: la Asociación de Enfermeras Alemanas y la Federación de Asociaciones de Enfermeras Alemanas, que representa a las asociaciones de enfermeras católicas, protestantes y de la Cruz Roja. Existen otras organizaciones menos conocidas de otros grupos de profesionales asistenciales como son la de los psicoterapeutas o la de las comadronas.

El *lobby* más importante en el sector farmacéutico lo constituye la Organización de Farmacéuticos Alemana, que engloba a todas las farmacias privadas del país que tienen el monopolio de la distribución de fármacos. Junto con la Cámara de Farmacéuticos, constituyen la Federación de Organizaciones de Farmacéuticos.

En lo referente a la industria farmacéutica, existen dos organizaciones: la Asociación de Compañías de Investigación Farmacéutica (que engloba 37 empresas, que representan más de dos tercios del mercado) y la Asociación Federal de la Industria Farmacéutica (que cuenta con 300 miembros, que representan la tercera parte restante del mercado). Por último, existen dos asociaciones más que representan intereses específicos: la Asociación Federal de Empresas Farmacéuticas que producen OTC (*over the counter*, fármacos que pueden ser vendidos fuera de las farmacias) y la Asociación Alemana de Productores de Genéricos (principios activos fuera de patente).

El último grupo importante en relación con la provisión de servicios es la Federation of Voluntary Welfare Associations, que engloba seis asociaciones sin ánimo de lucro que poseen y gestionan hospitales, residencias, agencias de atención domiciliar y de transporte sanitario. Estas seis asociaciones son: Workers's Welfare Association, German Red Cross, German Caritas Association (católica), Association of Protestant Welfare Organizations, Welfare Organization of the Jews in Germany, Association of the Independent Voluntary Welfare Organizations.

Respecto al comprador de servicios, existen 52 entidades privadas de seguro asistencial (1997), que tiene su representación a través de la Association of Private Health Insurance. Se trata de un grupo de *lobby* muy importante en la definición del seguro privado. Del total de las compañías, veinticinco se encuentran en bolsa.

Por último, la población asegurada o los pacientes no se encuentran representados por organizaciones de gran relevancia. Existe un largo espectro de asociaciones para enfermedades específicas, que representan un total de diez mil miembros, pero no hay una única asociación que los englobe a todos como pacientes en general. No obstante, se da el caso de una pequeña asociación poco conocida, y solicitada a nivel parlamentario, denominada Asociación General de Pacientes. Además, algunas agencias de protección del consumidor han empezado recientemente a interesarse por el sector salud y han empezado a investigar a los hospitales y proveedores en general para poder asesorar a la población de manera adecuada.

4.2. Función e influencia potencial de cada uno de los grupos

4.2.1. Elite sanitaria

Las principales funciones de la elite sanitaria son diseñar políticas de salud y de servicios, y establecer mecanismos para su implantación y desarrollo. En algunos países estas dos funciones se encuentran estrechamente vinculadas (p. ej., España y Canadá) y en otros no ocurre de esta manera (p. ej., Reino Unido, Francia y Estados Unidos). En este último caso, pueden cambiarse, ralentizarse o pararse actuaciones dibujadas desde los círculos políticos.

Reino Unido y Francia

En estos países, por ejemplo, las posiciones de la Administración central del Ministerio de Sanidad, hasta un nivel jerárquico muy alto, se encuentran destinadas a profesionales que han seguido su carrera dentro de la Administración. En este sentido, la política y la gestión a macronivel están bastante diferenciadas. Por esta razón, el político debe buscar,

algunas veces, apoyos externos a la Administración sanitaria central para poder impulsar sus programas de gobierno. Esta situación se planteó en el Reino Unido a principios de los años noventa cuando los políticos querían impulsar importantes cambios en el estado de bienestar, mientras que los técnicos de la Administración eran reacios a introducir e impulsar estos cambios. En Estados Unidos, sin embargo, debido al modelo liberal de su sistema sanitario, las políticas diseñadas por el gobierno tienen un impulso primordial en el sistema considerado como público (Medicare y Medicaid), mientras que la influencia en el sistema privado es limitada.

Los políticos, en su posición desde el gobierno, son los que legislan la atención sanitaria y, en muchas ocasiones, además son los encargados de financiarla y gestionar su financiación. Además, también pueden ser los propietarios del sistema de atención sanitaria y/o el patrón de los profesionales. Esto ocurre, por ejemplo, en España: posee la mayor parte de los centros de salud y, a su vez, los médicos que trabajan en ellos son asalariados. En Francia y Alemania, sin embargo, los profesionales de la práctica clínica son contratados, o financiados, a través de las entidades de seguro sanitario. En el caso del Reino Unido, el gobierno puede financiar sus servicios sin existir una vinculación salarial (p. ej., *primary care groups*, que son grupos de médicos organizados que ofrecen sus servicios al ente público). Los políticos pueden ser una fuerza de cambio, pero también de obstrucción.

En general, las políticas que pueden obtener un beneficio a largo plazo son menos sugerentes a este nivel por su baja rentabilidad a corto plazo.

En cuanto a los planificadores, encargados de traducir el dibujo político a una propuesta de acción coherente dentro del contexto sanitario del país, también pueden tener un papel facilitador u obstructor. Tal y como se menciona anteriormente, dependiendo del grado de vinculación a los estamentos políticos, el impulso de políticas de salud y de servicios puede resultar ser más o menos facilitada. En cuanto a otros factores que pueden influir en su obstrucción se encuentra la lejanía y el conocimiento de la situación diaria del sector sanitario. De esta manera, cuanto más alejados se encuentren del conocimiento de los problemas y del funcionamiento de primera línea de los servicios de salud y de atención, más irreal será la traducción del dibujo político y menos factible será su introducción e impulso en el sistema.

Por último, los financiadores deciden como se van a repartir los riesgos sanitarios en una población, como se organizará el acceso a los recursos sanitarios, y en el caso de los modelos Bismarckianos, como será el funcionamiento de la entidad respecto al consumidor. En los modelos Beveridge, el financiador es el gobierno, mientras que en los modelos Bismarckianos lo son las entidades de seguro asistencial. En este último caso, las entidades de seguro pueden convertirse en grupos de interés y/o presión, actuando en el asesoramiento o regulación de los servicios idóneos para la financiación de los distintos tipos de enfermedad.

En el modelo de libre mercado, sin embargo, aunque el financiador es el trabajador o la empresa, la entidad financiera resultará ser la que determina las características de la provisión de servicios. A su vez, son un grupo de interés o de presión importante a nivel gubernamental.

4.2.2. Proveedores de la asistencia

Se trata de los gestores de instituciones sanitarias y otros profesionales sanitarios encargados del impulso de políticas a nivel territorial, así como de los profesionales de la práctica clínica (principalmente médicos y enfermeras).

A nivel meso (nivel territorial e instituciones sanitarias), los gestores son los encargados de introducir e impulsar activamente las estrategias dibujadas por los políticos, conceptualizadas y organizadas por planificadores, y costeadas por financiadores. Por lo tanto, su papel es clave para el funcionamiento del sistema, ya que constituyen el puente entre dos niveles: el superior y el operativo. La dependencia, de tipo orgánico, funcional y/o laboral, de estos gestores de sistema con las "elites sanitarias" condicionará su actuación como facilitador, cuestionador y/o elemento de presión dentro del sistema.

Gestor: facilitador, cuestionador o grupo de gestión

Si el gestor ocupa un cargo de libre asignación por el gobierno, obviamente su papel será de facilitador (como se da en el sistema público de España). De igual manera sucederá si el gestor forma parte de la estructura administrativa gubernamental a nivel territorial. Por el contrario, si ha sido elegido por otros agentes puede ser o bien un facilitador o un cuestionador (p. ej., los trusts de hospitales en el Reino Unido). Por último, si se trata de un gestor de un modelo sin ninguna vinculación gubernamental, podría constituirse como elemento de presión al gobierno e incluso poder llegar a crear «microsistemas» sanitarios dentro de un contexto más general (p. ej., en algunos casos en Estados Unidos, donde existen gestores encargados de la provisión de servicios de atención primaria y especializada que venden su actividad a entidades de seguro asistencial libre).

Finalmente, los profesionales de la práctica clínica, médicos y enfermeras pueden influenciar más en las características de funcionamiento del sistema sanitario, porque se trata de profesionales que deciden a quién se le ha de ofrecer servicios y a quién no, y qué tipo de servicios se deben ofrecer. Además, tienen un papel clave en lo referente a generar demanda de atención por parte de la población. Por otro lado, a través de sus órganos de representación influyen en las decisiones de aplicación de una u otra política diseñada a nivel gubernamental, sobre todo en lo que respecta a la provisión de servicios, que suele acomodarse a los intereses de los profesionales. Esta influencia varía dependiendo del país que se trate.

En la mayoría de los países de Europa, la profesión médica y enfermera se ha organizado en asociaciones. Una de sus principales tareas consiste en mantener y mejorar la calidad de la práctica médica, a través de diferentes actuaciones como, por ejemplo, el diseño de estándares, participar en la formación de postgrado o participar en debates sobre política sanitaria y ética médica. El Royal Collage irlandés y británico y la Bunderausschu en Alemania serían dos ejemplos. Existen varios tipos de asociaciones médicas: unas de carácter

voluntario (p. ej., British Medical Association, Danish Medical Association, Royal Dutch Medical Association), y otras de carácter obligatorio (colegiación obligatoria en Francia, Italia, España y Portugal).

A parte de estas asociaciones más generales, existen asociaciones de carácter científico establecidas por especialidades o grupos de especialidades. En algunos países estas asociaciones también actúan como sindicatos, participando activamente en las negociaciones en lo referente a los salarios y honorarios de los médicos y a la posición de cada uno de los grupos miembros dentro del sistema sanitario. Instituciones de este tipo son la Française Ordre des Médecines y la British Medical Association, por un lado, y los colegios médicos españoles, por otro. En algunos países las asociaciones médicas pueden ejercer un papel de *lobbies* en situaciones concretas.

Es el caso de Estados Unidos cuando el ex-presidente Clinton quiso introducir una reforma en el sistema sanitario americano o en Francia, a mediados de los años noventa, cuando se introdujeron los «Referentes Médicales», donde se regulaba la introducción y uso de determinados procedimientos asistenciales.

4.2.3. Población

La población está representada por los que utilizan el sistema, pacientes, y por aquellos individuos sanos que pagan impuestos (modelo Beveridge), realizan contribuciones a un fondo estatal (modelo Bismarckiano) o a una entidad de seguro asistencial libre (modelo del libre mercado). Los pacientes transforman los problemas de salud que perciben en demandas concretas a nivel sanitario. Las percepciones sobre salud y enfermedad, y las expectativas sobre la eficacia del sistema sanitario, influyen en el uso que las personas hacen del sistema sanitario. La cultura de la población influye mucho el modo en cómo la población utiliza los servicios, por lo que es extremadamente importante educar a la población para que se transforme en un consumidor crítico de la asistencia sanitaria. A medida que aumenta la globalización del conocimiento, tanto en su nivel como en su acceso, la población recibe cada vez más información sobre opciones asistenciales y sobre el nivel de accesibilidad a uno u otro servicio en diferentes países. Este hecho, junto con el progresivo aumento de la calidad de vida de la población, tanto en los países desarrollados como en los de en vías de desarrollo, hace que las expectativas y las demandas de servicios asistenciales sean cada vez mayores. En los países occidentalizados, democráticos y con un creciente consumismo, el fortalecimiento de la posición del paciente (actual o potencial) se está compensando con su educación. El poder del ciudadano varía entre los países desarrollados. Existen países con mecanismos de participación más establecidos que otros (p. ej., Irlanda, Holanda, Reino Unido, países escandinavos y, menos, en el sur de Europa). También sucede con las asociaciones de pacientes y su influencia en el sistema (p. ej., en Holanda la Federación de Pacientes y Consumidores tiene mucha influencia y poder en su sistema sanitario, mientras que en España es todavía poca y aislada).

4.2.4. Grupos de interés

Dentro de este apartado suelen incluirse el sector de la industria farmacéutica y el de los productos sanitarios. No obstante, también deben incluirse otros grupos de interés como pueden ser las asociaciones de entidades de seguro libre privado u otros tipos de organización que aglutinen empresas con un determinado interés (p. ej., en España, Edad&Vida, que es una asociación de empresas de diferentes sectores de la economía productiva del país cuya actividad se desarrolla, directa o indirectamente, alrededor del colectivo de personas mayores). Por lo general, estos grupos de interés no son altruistas, sino que protegen sus intereses, especialmente los de tipo económico. El nivel de influencia y sus características puede variar en un mismo país y entre países.

Por ejemplo, en España, Farmaindustria es la organización que acoge y representa a las industrias farmacéuticas que operan en el mercado sanitario español. Su nivel de influencia es elevado en las negociaciones con el gobierno central en relación con qué fármacos van a ser financiados por el gobierno central, y también en lo que se refiere a sus precios.

5. Evaluación y calidad de la atención

5.1. Origen del debate de calidad y su evolución

Desde los orígenes de la medicina se ha sobreentendido que el médico tiene los suficientes conocimientos técnicos acerca del abordaje de patologías y que aplica este conocimiento en el mejor interés y beneficio del paciente. En la década de los ochenta y principios de los noventa esta asunción se empieza a poner en entredicho. El origen de este cuestionamiento fue doble:

- 1) Debido a las diferencias observadas en la aplicación/utilización y en los resultados de la atención según quien la proporcionaba.
- 2) A causa del aumento de los costes de la atención médica (que no siempre daban lugar a mejoras del estado de salud del individuo y la población).

De esta manera, a finales de los setenta, Wennberg y Gittelsohn fueron los primeros en identificar variaciones, tanto en el proceso como en los resultados, de la atención entre pacientes que recibían tratamientos rutinarios para patologías específicas en distintos centros y diferentes estados de Estados Unidos (Wennberg y Gittelsohn, *Science*, 1978). Hacia mediados de los años ochenta, el experimento que realizó en este mismo país Rand Health Insurance también demostró en el ámbito de la salud que los resultados eran inferiores en pacientes pobres con enfermedades crónicas, que recibían atención de una institución sanitaria sin ánimo de lucro (Group Health Cooperative of Puget Sound), que en los que acudían a instituciones sanitarias de pago por servicio (Ware y otros, *Lancet*, 1986). También se observaron diferencias en las tasas de utilización de determinados procedimientos en zonas geográficas próximas, cuya única diferencia era el número de cirujanos de un estado a otro. De esta manera, la endarteriectomía carotídea variaba según el área geográfica (la utilización del procedimiento en un área era cuatro veces superior a la de otra zona) como una asociación positiva entre el número de cirujanos y el número de procedimientos realizados, ajustado por la población (Leape y otros, *NEJM*, 1989).

A finales de los ochenta, principios de los noventa empiezan a surgir los procesos de racionamiento de servicios sanitarios dirigidos, principalmente, a disminuir los costes de la atención. La OCDE comunicó en 1993 que en los veinticinco años anteriores, el gasto sanitario había crecido el doble de lo que aumentó la riqueza en los países industrializados (OECD *Health Data*, 1993). La mayor parte de este crecimiento se atribuía al aumento en el volumen y en la intensidad de los servicios proporcionados (Eddy, 1993). Algunos proveedores empiezan a recortar, limitar o racionar el número de procedimientos y presta-

ciones ofertados hasta el momento, para la disminución de la aplicación de técnicas diagnósticas y tratamientos inadecuados, con lo que se mejoraría la calidad asistencial y, obviamente, también los costes. No obstante, estudios posteriores han mostrado que disminuir el volumen de procedimientos no equivale siempre a aumentar la calidad de la asistencia. Asimismo, un estudio comparativo entre la determinación del uso apropiado de *bypass* aortocoronario entre Estados Unidos y el Reino Unido, puso de manifiesto que simplemente reduciendo el volumen de procedimientos, no implicaba reducir necesariamente la proporción de procedimientos inadecuados (Bernstein y otros, *Int J Tech Ass Health Care*, 1993).

En la década de los ochenta, además, aparece el control de calidad. Esta técnica, dirigida a preservar la calidad asistencial, se centraba en la identificación de errores en el proceso de provisión de la atención y en penalizar a los médicos que los habían llevado a cabo. En un principio, los esfuerzos iban dirigidos a identificar errores en los parámetros de calidad establecidos por instituciones reguladoras o organizaciones de acreditación (p. ej., Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations, JCAHO de Estados Unidos). El trabajo se llevaba a cabo revisando toda la documentación relativa al proceso de atención, a la obtención de credenciales, la revisión del trabajo realizado y la supervisión de los comités hospitalarios. Las actuaciones realizadas en el control de calidad identificaban errores, pero excepcionalmente impulsaban actuaciones dirigidas a mejorar los resultados de salud tras el proceso de atención.

A principios de los noventa, surge un nuevo concepto de calidad, centrado en la mejora continua de la calidad asistencial. Esta nueva línea de actuación se centra en potenciar la eficacia, la efectividad y la eficiencia de los servicios sanitarios con el objeto de alcanzar unos resultados de salud adecuados. De esta manera, surgen los movimientos de investigación en relación con los resultados de salud (*outcomes research*); su base se encuentra en el reconocimiento de la existencia de variaciones en la práctica clínica y en la necesidad de conocer cómo estas variaciones afectan a los resultados del proceso asistencial. En este mismo periodo, el Working for Patients del Reino Unido y con la creación de la Agency for Healthy Care Policy and Research (AHCPR en 1989) en Estados Unidos se potencia el análisis crítico de la efectividad y adecuación de las prácticas asistenciales habituales. Asimismo, la AHCPR crea el programa de efectividad médica, que se operativiza en una serie de grupos interdisciplinares de profesionales (Patient Outcome Research Teams, PORT) que empiezan a llevar a cabo la investigación sobre los resultados de la atención de diferentes procesos asistenciales. Además, aparecen nuevos instrumentos que ayudan a analizar por qué se producen los errores en la práctica clínica mirando el conjunto de elementos que intervienen en el proceso de atención y los componentes clave de cualquier organización de éxito. Estos instrumentos provienen de los modelos de análisis y gestión industriales y empresariales (p. ej., ISO, EFQM). El objetivo no es identificar dónde se han producido los errores para culpabilizar y penalizar, sino comprobar en qué etapa del proceso, o en qué

elemento del sistema, se ha producido el error y mejorarlo. Se asume que los errores son consecuencia de una mala organización o del sistema en sí y no exclusivamente del acto médico.

En 1991, el *Harvard Medical Practice Study* informó de que se producen efectos adversos en un 4% de las hospitalizaciones y de que el 14% de estos efectos tienen consecuencias fatales.

Ejemplo

Recientemente se ha observado que la administración de una dosis equivocada de fármacos en pacientes ingresados representa el 28% de los errores hospitalarios (Leape, *JAMA*, 1995). La causa de este error no es exclusivamente del profesional que lo ha causado, sino que el error es probablemente consecuencia de la acción de diferentes profesionales (p. ej., médicos, farmacólogos clínicos y enfermeras) y de posibles errores en la transcripción de las órdenes. Este concepto de déficit de calidad debido al sistema y no únicamente al profesional se ha materializado en un estudio reciente del Institute of Medicine de Estados Unidos, conocido como *To Err is Human* ('Error es humano').

En general, los planes de calidad incluidos en una política nacional se interpretan como símbolo de búsqueda y garantía de una mayor equidad, efectividad, eficiencia, aceptación y satisfacción del paciente, tanto a nivel individual como colectivo. Todos estos términos, englobados en el concepto de calidad, explican su popularidad, y también su complejidad.

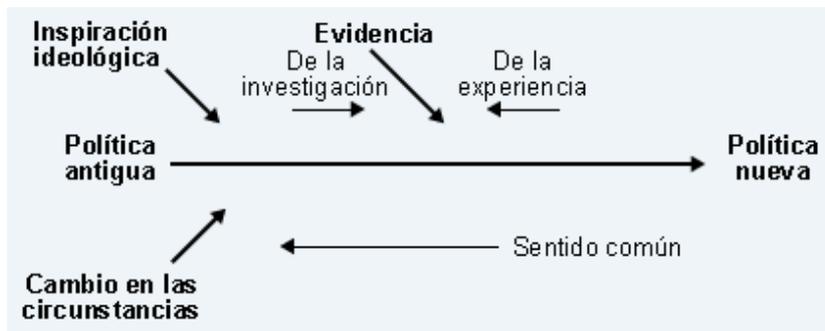
5.2. La evaluación y la calidad

Durante las tres últimas décadas del siglo xx, el avance en el conocimiento científico ha seguido un ritmo exponencial. De igual forma ha crecido el número de publicaciones científicas aportando datos sobre los riesgos, beneficios y costes asociados a los procedimientos científicos. Ante este exceso de información, los profesionales de la clínica, los gestores y los planificadores de atención sanitaria, no pueden mantenerse permanentemente actualizados con sólo seleccionar y leer artículos de algunas revistas de prestigio o acudir a congresos nacionales e internacionales. No obstante, necesitan fundamentar toda decisión que afecte a la población en general, o al paciente en particular, en el mejor conocimiento científico disponible. Por este motivo, se han desarrollado instrumentos metodológicos potentes que resumen de manera rigurosa la información sobre efectos (seguridad, eficacia y efectividad) y costes de la aplicación de nuevos test diagnósticos, tratamientos y procedimientos médicos y quirúrgicos. De esta manera, surge el movimiento de la medicina basada en la evidencia (MBE) y del proceso de toma de decisiones²² basado en la evidencia (TDBE), con el desarrollo de instrumentos diversos para llevarlos a cabo. Ambos movimientos impulsan la toma de decisiones, sobre el individuo en el caso de la MBE, y sobre poblaciones en el caso de la TDBE, en base a información científica de la mejor calidad, después de un proceso de interrogación²³ sobre la información disponible y la aplicabilidad de los resultados a cada proceso de decisión.

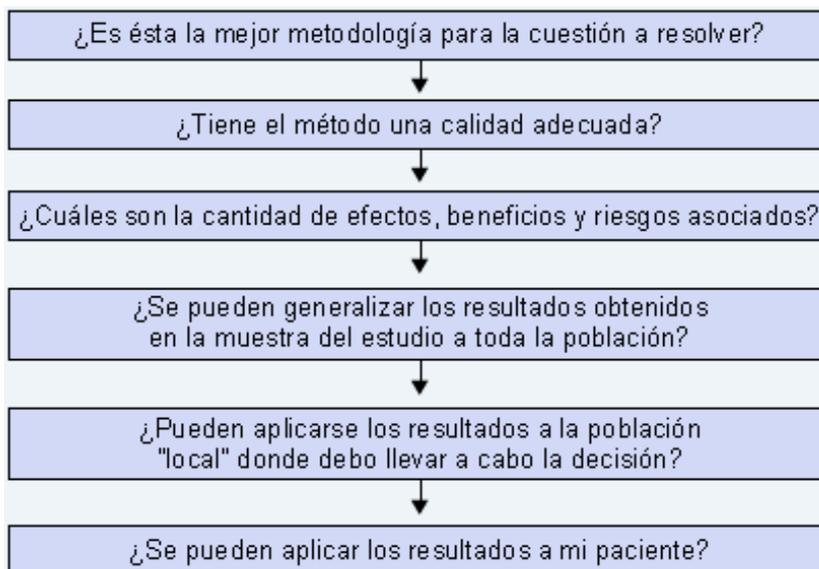
Contenido complementario

Cada año fallecen en Estados Unidos, por causas prevenibles, una cantidad de personas equivalente al volumen de fallecidos por accidente aéreo de un jumbo cada dos días (Leape, *JAMA*, 1994)

(22) **Toma de decisiones de políticas de salud y de servicios basados en la evidencia**



(23) **Proceso de interrogación para la TDBE y la MBE**



Cuando se utiliza el conocimiento científico, y se lleva a cabo una buena gestión de calidad, la probabilidad de obtener unos beneficios elevados de la intervención sanitaria a un coste asumible y con pocos riesgos para la población es muy alta.

La evaluación y la calidad son dos elementos que interactúan en el continuo de la toma de decisiones y de la actuación asistencial. En primer lugar, se debe garantizar que cualquier procedimiento que se lleve a cabo en individuos o en poblaciones ha mostrado su **seguridad**²⁴, su **eficacia**²⁵ y su **efectividad**²⁶. También es recomendable, cuando se disponga de información, poder corroborar que la intervención (sea de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, o rehabilitador) sea eficiente²⁷. Cuando todas o la mayoría de las condiciones expuestas pueden constatarse en una intervención, resulta ser el modelo o estándar de oro (*gold standard*) a seguir. Es entonces cuando aparece la calidad de un servicio, entendiéndose como el grado en el cual un profesional sanitario o un servicio asistencial se aproximan al estándar de atención establecido en la evaluación, es decir, se aplican las intervenciones estándar establecidas científicamente del modo correcto. Si aplicándose el procedimiento estándar no se obtuviesen los resultados esperados, entonces se debería comprobar que

(24) Riesgos inherentes o derivados de la aplicación de una determinada intervención sanitaria, pueden ser tanto efectos indeseables, reacciones adversas, u otro tipo de iatrogenias.

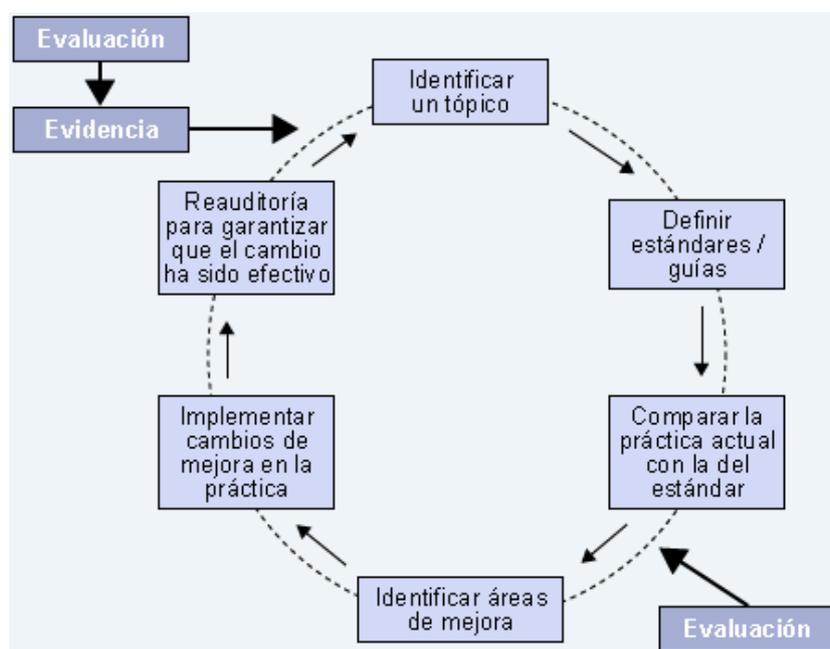
(25) Obtención de los efectos beneficiosos esperados de la aplicación de una intervención sanitaria en condiciones ideales de aplicación, es decir, por los mejores médicos, en los mejores centros (con tecnología sofisticada) y en pacientes muy seleccionados. Serían los resultados derivados de los ensayos clínicos aleatorizados de elevada calidad metodológica.

en el proceso de atención ha habido algún fallo que se debería considerar. Se puede realizar mediante diferentes técnicas de investigación, como pueden ser las auditorías, y todo este proceso conformaría el denominado ciclo de evaluación y calidad²⁸.

(26) Beneficios clínicos obtenidos de la aplicación de intervenciones sanitarias en condiciones normales de aplicación, es decir, por el médico promedio, en un centro promedio y en pacientes no seleccionados.

(27) En términos de la economía de la salud se entiende como el coste-oportunidad de una intervención sanitaria, es decir, como los beneficios perdidos por invertir en una opción asistencial con beneficios menores que otra actuación con mayores beneficios. También se refiere a la obtención de unos resultados esperados con un menor coste por unidad que otra intervención dirigida a la misma condición clínica.

(28) Ciclo de evaluación y calidad



5.3. Definición y perspectivas de la calidad asistencial

Durante mucho tiempo se ha debatido sobre una definición de calidad asistencial²⁹ que fuese sensible y lo suficientemente específica como para capturar el sentido de la calidad en sus distintas dimensiones y perspectivas. En realidad, con el tiempo, los elementos que forman parte de la definición de calidad han evolucionado desde la inclusión de riesgos y beneficios de las intervenciones (cantidad) y la inclusión de las preferencias de los pacientes (efectos deseados), hasta el hecho de contemplar tanto la cantidad como la calidad de vida obtenida.

(29) Definiciones de calidad

Donabedian, 1980

El tipo de atención de la cual se espera que maximice la sensación de bienestar del paciente, después de que uno haya tenido en cuenta el balance entre las ganancias y las pérdidas esperadas del proceso de atención.

American Medical Association, 1984

La atención que consistentemente contribuye a la mejora o mantenimiento de la calidad y/o duración de la vida.

Institute of Medicine (Estados Unidos), 1990

El grado mediante el cual los servicios de salud para individuos y para las poblaciones aumentan la probabilidad de obtener los resultados de salud esperados y que son consistentes con el conocimiento científico actual.

Según Donabedian:

"son posibles y legítimas diferentes definiciones de calidad dependiendo de dónde estamos situados en el sistema de salud y de cuál es la naturaleza y ámbito de nuestras responsabilidades."

Donabedian, *JAMA*, 1988

Contenido complementario

Donabedian es considerado el precursor del movimiento de la calidad asistencial.

La calidad de la atención puede abordarse desde diferentes puntos de vista o perspectivas:

1) Profesionales asistenciales

Los profesionales de la atención sanitaria tienden a definir la calidad en términos de los atributos y los resultados proveídos por los médicos y recibidos por los pacientes y, por tanto, definen la calidad en términos de la excelencia de los servicios que proveen. La "calidad técnica" de la atención tiene dos dimensiones:

- a) La adecuación de la atención (proveer la atención correcta).
- b) La habilidad o pericia con que se provee (proveer la atención de la mejor manera).

Para proveer la atención adecuada a un paciente concreto, se requiere llevar a cabo decisiones de alta calidad, y llevarla a cabo de forma adecuada requiere habilidades, juicio y una temporalidad ajustada (ventana terapéutica). Una característica importante en la calidad técnica es la capacidad comunicativa del clínico con el paciente. Un volumen creciente de literatura pone de manifiesto la importancia de la comunicación, e información, médico-paciente como variable clave en la obtención de mejores resultados en salud de los pacientes. Además, cada vez la capacidad de incluir en el proceso de decisión terapéutica las preferencias del paciente se introduce más en el concepto de calidad, ya que se ha comprobado que, tanto este hecho como las decisiones compartidas, se derivan en mejores resultados en salud. Por esta razón, en la definición de *calidad* formulada por el Institute of Medicine de Estados Unidos se incluye el término de *resultados deseados*.

2) Organizaciones sanitarias y aseguradores

Se incluyen los gobiernos, entidades de seguro y agencias encargadas de la compra de servicios para sus asegurados o representados. Desde esta perspectiva, el énfasis radica más en la obtención de beneficios para la población que para el paciente individual. Por esta razón, el alcance de la calidad tiene que

tener en cuenta el grado en que se cubren las necesidades de la población cubierta, los resultados obtenidos y las características organizativas de la provisión. En otras palabras, enfatizan el funcionamiento del sistema cuando definen la calidad de la atención. Desde esta perspectiva, entre los atributos de la atención de calidad se encuentran la equidad (justicia distributiva) y la accesibilidad (cuánto tiempo deben esperar los beneficiarios para obtener un determinado tipo de servicios, o si unos servicios determinados, como son las especialidades, están disponibles en un proveedor de salud determinado).

3) Compradores de salud (empresarios, sindicatos, cooperativas de consumidores, particulares)

En los sistemas de salud de libre mercado o en cualquier sistema sanitario donde la opción de aseguramiento privado pueda ejercerse, existe la posibilidad de que diferentes usuarios puedan seleccionar entre proveedores dependiendo de los resultados de salud que obtienen diferentes proveedores a nivel poblacional o de las características de la organización asistencial. Desde esta perspectiva, el énfasis también radica más en la obtención de beneficios para un determinado tipo de población (en el caso de empresarios, sindicatos, grupo de consumidores), o para el paciente individual si es el mismo paciente quien compra directamente los servicios.

En Estados Unidos, el interés de los "grupos de compradores" dio lugar a que la National Comité for Quality Assurance y otros organismos e instituciones desarrollaran indicadores de calidad que pudieran ser utilizados por los compradores de servicios para comparar los resultados de distintas entidades de seguros (p. ej., Health Plan Employer Data and Information Set, HEDIS) y de distintos proveedores asistenciales.

En algunos países, como por ejemplo, el Reino Unido y Suecia, se publican periódicamente los resultados obtenidos de diferentes indicadores asistenciales (p. ej., listas de espera) entre diferentes proveedores.

5.4. Medida de la calidad de la atención

La calidad de la atención puede medirse en base a tres elementos que inciden y configuran el acto asistencial: la estructura, el proceso y los resultados.

1) Estructura

Se trata de las características de los médicos y de los hospitales (p. ej., la especialidad de un médico o las características del hospital). Pueden existir características propias del hospital, como la organización o su estructura física, que den lugar a la presencia de efectos adversos o a una atención por debajo de los estándares de calidad. Para minimizar estos efectos, a finales del siglo XX aparecieron entidades y organismos de acreditación de hospitales. Estos organismos definen y establecen criterios mínimos (en cuanto a estructura

Contenido complementario

Incluso se publican en Internet para su consulta pública.

y procesos) de calidad para el buen funcionamiento de hospitales y centros asistenciales (p. ej., la JCAHO en Estados Unidos). Asimismo, la mayoría de países desarrollados poseen en su sistema de salud algún instituto, entidad, o unidad responsable de analizar los requisitos mínimos estructurales a cumplir por cualquier centro o servicio sanitario. En cuanto a las características de los médicos, existen diferentes actividades organizadas por la profesión médica para asegurar la calidad asistencial, como son: el examen de grado, los sistemas de crédito para la educación continuada, los protocolos, las auditorías, las revisiones por otros colegas, los indicadores de rendimiento clínico, entre otros.

2) Proceso

Está constituido por los componentes del encuentro entre el médico u otro profesional sanitario y el paciente (p. ej., test diagnósticos, intervención quirúrgica, entre otros). La base del estudio del proceso asistencial para medir la calidad de la atención derivará en un resultado concreto. En el caso de que el proceso presente fallos, el resultado deseado no se alcanzará. Las personas que critican la utilización de las medidas de proceso en el análisis de la calidad asistencial argumentan que los elementos de proceso pueden no ser predictores exactos del resultado. De esta manera, si se aumentasen los recursos para mejorar los procesos asistenciales, el coste de la atención médica aumentaría, sin observarse, en consecuencia, mejoras en los resultados de salud (Ellwood, *NEJM*, 1988). Este hecho ya se constata cuando se compara el porcentaje de producto interior bruto (PIB) que diferentes países dedican a la sanidad y su relación con los resultados obtenidos. Por tanto, países con porcentaje de PIB elevado destinado a sanidad no siempre resultan ser los que presentan mejores indicadores sanitarios –mortalidad, morbilidad, calidad de vida percibida, entre otros– (p. ej., Estados Unidos = 14% PIB frente a España = 7% PIB).

3) Resultados

Hace referencia al cambio en el estado de salud obtenido por el paciente (p. ej., mejora en síntomas o en la movilidad) que puede ser atribuido a un acto asistencial previo. A finales del siglo XX, a la medida de resultados de tipo más biológico se añadieron los resultados de carácter psicosocial, es decir, a la medida de la calidad de vida. Los detractores de la utilización de estas medidas argumentan que el nivel de salud de un paciente tras una actuación médica depende no sólo del tipo y de la calidad de servicio recibido, sino también de otros factores inherentes al paciente como la gravedad del padecimiento o el estado de salud previo a dicha actuación. En consecuencia, no siempre es cierto que la mejor asistencia produzca más salud; los pacientes bien asistidos pueden no curar o recaer, y resulta ser especialmente cierto con la prolongación de la vida y la cronificación de muchas enfermedades.

Por lo general, se considera que las mejores medidas de calidad asistencial son las de proceso, ya que, como se ha comentado, un mal resultado no siempre se produce como consecuencia de un error en la atención. De la misma manera, en algunas condiciones clínicas los pacientes pueden mejorar aunque no hayan recibido la atención que necesitaban.

En este sentido, la calidad de la atención depende más de la medida del proceso que de los resultados, sobre todo cuando se quieren comparar proveedores o planes de provisión asistencial.

5.5. Métodos para la medida de la calidad asistencial

Existen diferentes métodos de medida de la calidad asistencial en base al proceso, a los resultados o a ambos, que se clasifican en dos grandes grupos:

1) Implícitos

Estos métodos se dan en el caso de no existir estándares o acuerdos sobre lo que se considera buena o mala calidad. Por lo general los aplica el propio clínico después de haber llevado a cabo un acto asistencial, suele utilizar la historia clínica y las preguntas que se formula son:

- ¿Fue el proceso de atención adecuado?
- Si hubiese aplicado una atención mejor, ¿hubiera obtenido mejores resultados?
- Considerando tanto el proceso como los resultados, ¿la calidad de la atención en general ha sido buena?

Este método es totalmente subjetivo y desde el punto de vista metodológico resultar ser el más débil.

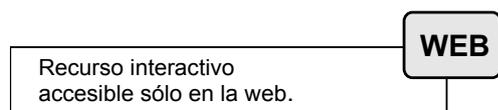
2) Explícitos

Cuando existen criterios explícitos sobre los que medir la calidad, más robustos desde el punto de vista metodológico. Los criterios explícitos proceden de la evidencia científica o de ésta combinada con el consenso profesional (utilizando metodologías adecuadas, p. ej., método RAND³⁰) cuando no existe evidencia científica concluyente. Generalmente es una enfermera o médico entrenado en metodología de calidad quien compara el proceso de atención llevado a cabo con el que debería haberse llevado a cabo (patrón de oro o *gold standard*), y el resultado suele expresarse como el porcentaje de criterios que se han cumplido respecto al *gold standard*. Una de las técnicas utilizadas en este proceso son las auditorias de historias clínicas.

Contenido complementario

Aunque existen excepciones a esta regla, como por ejemplo comparar los resultados de salud después de un *bypass* coronario, que ajusta por diferencias en el *case-mix* de los pacientes).

(30) Metodología RAND: Método del uso apropiado (basado en la revisión de la literatura y en el juicio colectivo de un panel de expertos)



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

31 32 33 34 35

⁽³¹⁾El método Delphy es una de las técnicas utilizadas en la investigación cualitativa para llegar a un consenso sobre determinados aspectos sanitarios. La diferencia del método Delphy utilizado por la RAND radica en que en este caso no fuerza a los miembros del panel a llegar a un consenso. Está diseñado para identificar el grado de acuerdo.

(32) Revisión sistemática de la evidencia científica (RSEC)

Consiste en un análisis explícito, estructurado, exhaustivo y sistemático, basado en el método científico, del conocimiento sobre los procedimientos e intervenciones que se llevan a cabo en el entorno sanitario. Proporciona información sobre la seguridad, la eficacia, la idoneidad y la relación coste-consecuencia de la adopción de tecnologías y procedimientos médicos en el proceso de atención a los pacientes. La RSEC comporta la evaluación independiente, realizada con rigor y criterios explícitos, de las pruebas o evidencias disponibles.

Fases:

- a) Búsqueda en todas las bases de datos accesibles (Medline, EMBASE, Cochrane, DARE, HTA) utilizando una estrategia de búsqueda definida. También búsquedas manuales de citas.
- b) Clasificación por calidad de los artículos identificados.
- c) Síntesis de la evidencia, ajustando por calidad y clasificando la información por resultados, riesgos, utilización y otros aspectos destacables del procedimiento.

⁽³³⁾Apropiado: el beneficio esperado (p. ej., aumento de la esperanza de vida, disminución del dolor, mejora de la calidad de vida) excede las consecuencias negativas esperadas (p. ej., mortalidad, morbilidad, ansiedad), por un margen suficientemente amplio para merecer la pena llevar a cabo el procedimiento. Se excluyen consideraciones sobre coste.

⁽³⁴⁾Indicaciones apropiadas = todas aquellas sin desacuerdo (incluye acuerdo e indeterminado) si la medicina se encuentra en el rango 7-9.

Indicaciones inapropiadas = todas aquellas sin desacuerdo (incluye acuerdo e indeterminado) si la medicina se encuentra en el rango 1-3.

Indicaciones dudosas = indicaciones cuya medicina está en el rango 4-6 y todas aquellas puntuadas con desacuerdo independientemente de su mediana.

⁽³⁵⁾Acuerdo = cuando en un panel de nueve miembros, no más de dos panelistas, han puntuado fuera de la región de tres puntos (1-3, 4-6, 7-9) que contiene la mediana.

Desacuerdo = cuando las puntuaciones de tres o más panelistas están en el rango del 1-3, y tres o más en el rango 7-9.

Acuerdo indeterminado = indicaciones en las que no existe ni acuerdo ni desacuerdo.

Otro de los métodos explícitos utilizados compara los resultados obtenidos con los predichos en un modelo que ha sido previamente validado en base a la evidencia científica y al juicio clínico. Por ejemplo, se podría hacer la siguiente pregunta: en una población de pacientes con diabetes de tipo II y con unas determinadas características, ¿cuáles serían los resultados esperados tras

un año de asistencia excelente, media o baja? Se podría predecir que con una atención de elevada calidad el 95% de los pacientes tendrían la hemoglobina glicosilada en sangre normal y que el 80% se encontrarían en su peso. Con una calidad moderada estos resultados podrían ser del 75% y del 50% respectivamente. Estos resultados esperados explícitos se compararían con los resultados obtenidos del proceso de atención que se revisa.

En cuanto a la fuente de datos a utilizar dependerá en gran medida del objetivo del estudio. El avance realizado en los últimos años en los sistemas de información, técnicas de comunicación y en los sistemas informáticos, han ampliado el abanico de fuentes de datos a los que acudir para medir la calidad asistencial. Hoy en día se puede tener acceso rápido y barato a múltiples tipos de datos: facturación, entrevistas con los pacientes, historias clínicas informatizadas, etc. A su vez, también puede recurrirse a la tradicional revisión de la historia clínica en papel (o de otros registros manuales fuera de la historia clínica del paciente); a la realización de encuestas/estudios para recoger datos específicos para medir la calidad asistencial, o observaciones directas del encuentro médico-paciente. Cada fuente de dato puede producir diferentes visiones de la calidad de la atención, o puede servir para diferentes propósitos, por lo que desde un principio se debe tener muy claro el objetivo en el uso de la información. Por ejemplo, queremos estudiar la información sobre tratamientos que da el médico en un encuentro. Si se le pregunta a un paciente, al cual se le acaba de diagnosticar un cáncer de mama, si el médico le ha comentado las diferentes opciones terapéuticas, éste puede decir que no aunque el médico lo hubiese hecho. El impacto emocional de la noticia puede haber hecho que el paciente no captase la información e influir en su respuesta. Por otro lado, el médico pudiera no haber escrito en la historia clínica que se da información sobre las opciones terapéuticas cuando sí que lo ha hecho. En este caso, la utilización de cintas de video o casete pueden ser de utilidad para medir la actuación realizada.

6. Aspectos clave de las reformas sanitarias

6.1. Marco de análisis

El análisis de los sistemas sanitarios que se presentan, por tanto, se basa en el análisis del desempeño (*performance*) a partir de los denominados resultados esperados (resultados intermedios potencialmente medibles):

- Generación de buenos estándares de salud.
- Respuesta adecuada a las expectativas de los usuarios.
- Contribución financiera equitativa al sistema.

Para realizar, por tanto, un análisis de los sistemas de salud se ha de:

- Medir la consecución de objetivos de salud.
- Medir los recursos, dentro y fuera del sistema, usados para ello.
- Estimar la eficiencia con que se usan dichos recursos a tal efecto.
- Evaluar la manera mediante la cual las funciones del sistema influyen en los logros y en la eficiencia.
- Diseñar y poner en práctica políticas que permitan mejorar, a la vez, tanto los logros como la eficiencia.

El análisis de los sistemas de salud conlleva necesariamente la capacidad de estudio de **las reformas** de los sistemas sanitarios.

Una reforma es:

"un proceso que busca cambios mayores a nivel nacional en las políticas, los programas y las prácticas relacionadas con los fines y prioridades; las leyes y las regulaciones; la estructura organizativa de los servicios sanitarios; y las fuentes, mecanismos y ubicación de los recursos en el terreno financiero. Es deliberada, planificada y se entiende que conduce a cambios a largo plazo, permanentes, en lugar de cambios *ad hoc* o a una respuesta de emergencia. Tiene que ver con buscar los grandes problemas en el sistema sanitario e implica a muchos actores e instituciones".

Partnership for Health Reform

El análisis de la reforma de un sistema sanitario puede hacerse desde tres perspectivas mutuamente complementarias:

1) Análisis macro

Diseñar y poner en práctica una reforma en el sector salud es un proceso predominantemente político (Duran, 2004) donde se deben considerar las relaciones entre el nivel político de la iniciativa, los objetivos planteados y las estrategias desarrolladas (Frenk, 1995).

Contenido complementario

En el desarrollo de este apartado, se ha considerado el enfoque metodológico incluido en el *Informe mundial de la salud, 2000*, Sistemas Sanitarios: mejorar el desempeño elaborado por la OMS, donde se definen y analizan las bases del funcionamiento de los sistemas sanitarios.

Nivel político	Objetivos	Estrategias
Sistemático	Equidad Calidad Eficiencia	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer derechos • Establecer mecanismos institucionales: <ul style="list-style-type: none"> – Organismos de participación – Niveles de gobierno (descentralización) – Mezcla público-privado – Participación social – Participación intersectorial – Generación de recursos
Pragmático	Eficiencia asignativa	Establecimiento de criterios coste-efectividad
Organizativo	Eficiencia técnica y calidad	Diseño organizativo, incentivos, valores, productividad, entre otros
Instrumental	Mejora del desempeño	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemas de información • Investigación científica • Innovación tecnológica • Desarrollo de los recursos humanos

El análisis de las reformas de los sistemas sanitarios desde la perspectiva macro consiste en identificar y analizar las estrategias adecuadas para la consecución de los objetivos políticos del sistema.

2) Análisis meso

Comprender los sistemas sanitarios y evaluar los resultados de las reformas requiere tener en cuenta un conjunto de factores que afectan a las organizaciones e instituciones de salud. En el ámbito meso, las reformas de los sistemas de salud afectan a:

- Los sistemas de relaciones entre agentes del sistema.
- Los intereses políticos (ámbito macro) y de grupos de interés.
- Los sistemas de control social.
- Los espacios para el desarrollo biomédico.
- Los mecanismos de redistribución de recursos (equidad).

Se asume que dentro de un conjunto de valores sociales concreto y la influencia variable de distintos actores (véase la figura de más abajo), deben ligarse a un cierto número de *inputs* mediante procesos que conducen a determinados productos esperados. El análisis de reformas en el ámbito meso pretenden identificar y caracterizar la manera en que dichas interacciones funcionan y cómo se construyen las propuestas adecuadas para la consecución de objetivos de las organizaciones e instituciones del sector salud.

Marco para ligar las políticas, los objetivos

Principios	Protagonistas	Problemas y propósitos	Propuestas
<p>(p. ej.) Solidaridad</p> <p>Reciprocidad</p> <p>Rendición de cuentas</p> <p>Democracia</p> <p>Etc.</p>	<p>(p. ej.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ El público y sus representantes ■ El parlamento y el gobierno ■ Los profesionales (médicos, enfermeros...) ■ Los medios de comunicación ■ Las ONG ■ Universidades y centros de investigación ■ Sector privado ■ Agencias/ donantes internacionales ■ Otros 	<p><i>Sistema sanitario como tal</i></p> <p><i>Inputs y procesos Outputs Outcomes/Resultados</i></p>	<p>Cambios (p. ej.) las funciones a y b</p> <p>Cambios (p. ej.) el funcionamiento de y</p> <p>Cambios (p. ej.) el procedimiento z</p> <p>Cambios (p.e.) la influencia de tal agente</p>
		<p>Objetivos de ganancia en salud</p> <p>(p. ej. mejorar la expectativa de vida)</p>	
		<p>Objetivos de satisfacción</p> <p>(p. ej. de los pacientes o de la sociedad, etc.)</p>	
		<p>Objetivos de tipo económico</p> <p>(p. ej. mejorar la eficiencia y la productividad, asegurar la sostenibilidad)</p>	
		<p>Otros objetivos sociales</p> <p>(p. ej. equidad, acceso, prestigio, conocimiento)</p>	

Fuente: Durán (2004)

3) Análisis micro

Analizar las reformas de salud desde la perspectiva micro consiste en analizar el desempeño de las organizaciones en lo concerniente a la gestión productiva/clínica, financiera, de los recursos humanos, de los procesos internos, entre otros.

Por esta razón, tradicionalmente el análisis a nivel micro utiliza metodologías de trabajo importadas de las escuelas de pensamiento de los negocios en las que se distinguen los *inputs* (financiación, personal, conocimiento, infraestructuras, entre otros), de los procesos (asistenciales y no asistenciales), de los *outputs* (servicios producidos) y de los *outcomes* (los resultados en salud conseguidos).

Analizar los procesos de reforma de los sistemas de salud desde una perspectiva micro consiste en identificar y caracterizar los procesos en términos de eficacia³⁶, efectividad³⁷ y eficiencia³⁸.

⁽³⁶⁾**Eficacia**

Obtención de los efectos beneficiosos esperados de la aplicación de una intervención sanitaria en condiciones ideales de aplicación, es decir, por los mejores médicos, en los mejores centros (con tecnología sofisticada) y en pacientes muy seleccionados. Serían los resultados derivados de los ensayos clínicos aleatorizados de elevada calidad metodológica.

⁽³⁷⁾**Efectividad**

Beneficios clínicos obtenidos de la aplicación de intervenciones sanitarias en condiciones normales de aplicación, es decir, por el médico promedio, en un centro promedio y en pacientes no seleccionados.

⁽³⁸⁾**Eficiencia**

En términos de la economía de la salud se entiende como el coste-oportunidad de una intervención sanitaria, es decir, como los beneficios perdidos por invertir en una opción asistencial con beneficios menores que otra actuación con mayores beneficios. También

se refiere a la obtención de unos resultados esperados con un menor coste por unidad que otra intervención dirigida a la misma condición clínica.

6.2. Principales reformas en los países occidentales

En este marco de análisis son múltiples las aportaciones realizadas por la Oficina Europea de la OMS relacionadas con la identificación y el análisis de las reformas de los sistemas sanitarios. A continuación se resumen algunas de las principales aportaciones de la Oficina.

La mayor parte de los esfuerzos realizados por los países desarrollados en cuanto a las reformas del sistema sanitario emprendidas, se ha orientado hacia el aumento del acceso de la población a los servicios sanitarios, hacia la universalización de las prestaciones y hacia el aumento de la satisfacción de los usuarios a través de políticas activas de mejora de la calidad del sistema de prestación de servicios sanitarios.

La puesta en marcha de este tipo de políticas fue debido a la mayor disponibilidad de recursos destinados a salud como consecuencia del crecimiento económico sostenido de esos países en los últimos veinte años. Además, la aplicación de reformas orientadas a la ampliación de cobertura y la mejora de la calidad supuso la reforma y flexibilización de algunas organizaciones.

Algunos ejemplos de reformas recientes de los sistemas sanitarios en algunos países de la OCDE (resumen aportado por Duran, 2004) son:

- Idoneidad, equidad y protección de ingresos
 - Ampliación de cobertura de los sistemas de seguros: España (1984, 1986 y 1989), Holanda (principios 1990) e Irlanda (1991).
- Eficiencia macroeconómica
 - Facturación extra por parte de los médicos: Francia (1990).
 - Incrementos menores de los costes: OCDE.
 - Presupuestos globales para médicos: Alemania (1977) y Bélgica (1991).
 - Pago capitativo a los médicos: Irlanda (1989).
 - Presupuestos globales para hospitales: Holanda (1983), Bélgica (1984), Francia (1984) y Alemania (1986).
- Análisis microeconómica, elección y autonomía
 - Paso de un modelo de seguro social presupuestario a un modelo contractual: antigua Alemania del Este (1991).

Bibliografía

La elaboración de la presente síntesis está basada en el libro *Reformas sanitarias en Europa, análisis de las estrategias actuales*, editado en 1996 por R. Saltman y J. Figueras).

- Competición gestionada entre médicos: Alemania (1977) y Reino Unido (1990).
- Competición gestionada entre productos farmacéuticos: Alemania (1977) y Holanda (1991).
- Competición gestionada entre hospitales: Alemania (1977), Reino Unido (1992) y Holanda (principios de 1990).
- Competición gestionada entre aseguradoras: Holanda (principio 1990).

De la experiencia reciente de reformas en los sistemas de salud de los países de la OCDE se pueden extraer las siguientes conclusiones (Schieber, 1993):

- Ha sido más fácil ampliar los procesos y desarrollar la infraestructura del sistema que reducir capacidad y controlar costes.
- A pesar de una gran expansión en el acceso, sigue habiendo diferencias significativas entre grupos sociales.
- Las estrategias de control de coste de contenido macro no han producido mejoras de eficiencia en el nivel micro y viceversa.
- Las mejores estrategias para controlar los costes y estimular la eficiencia han sido dar poder a los consumidores y articular las políticas de "el dinero sigue al cliente" en un contexto de presupuestos globales.
- La mayoría de países se enfrentan a un exceso de médicos (especialmente especialistas) y de camas hospitalarias. Las políticas de control de recursos han tenido sólo éxitos parciales.
- Las expectativas de los consumidores, el avance tecnológico y el progresivo envejecimiento de la población han sido factores determinantes del crecimiento de los costes sanitarios en todos los países.
- Los costes administrativos parecen ser más altos en los esquemas de seguros privados y sociales que en los servicios nacionales de salud.
- Los factores sociales como la pobreza, la drogadicción, las enfermedades de transmisión sexual, el tabaquismo, entre otros, y otras enfermedades de inducción social tienen impactos importantes en los costes y en los resultados de salud.
- El pago por acto fragmentado de los servicios, tal y como sucede en Estados Unidos, ante la inexistencia de un único comprador de servicios o un único conjunto de reglas que aplicar a todo el sistema; ha sido la estrategia

de política sanitaria menos exitosa para el control de costes y la garantía de acceso (a pesar de los altos niveles de calidad que se pueden conseguir en el modelo).

- Una adecuada evaluación de los sistemas sanitarios requiere una buena base de datos a niveles micro, meso y macro.

Quizá la conclusión más importante que se puede extraer de las reformas sea que

"el proceso de implementación de la reforma es como mínimo tan importante como el contenido y por consiguiente debe recibir la misma cantidad de atención".

Walt (1994)

En este sentido el siguiente cuadro resume el conjunto de factores que influyen sobre la aplicación de reformas del sector sanitario actual:

Factores facilitadores	Factores dificultadores
<ul style="list-style-type: none"> • Formulación clara de objetivos políticos. • Disponer de un objetivo principal. • Características técnicas sencillas. • Existen los conocimientos y tecnologías adecuados. • No se necesitan nuevos recursos. • Cambio marginal del <i>statu quo</i>. • Gradualidad del cambio. • Puesta en práctica por parte de un solo agente. • Puesta en marcha rápida: plazos cortos, menor distorsión y resistencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Metas de reforma en conflicto. • Objetivos múltiples, algunos de los cuales en conflicto con valores políticos y sociales. • Complejidad técnica. • Déficit de experiencia y formación de los agentes vinculados a la reforma. • Desarrollo de sistemas de información y costeo caros. • Grandes cambios sobre el <i>statu quo</i>. • Oposición al cambio. • Dificil colaboración público-privado. • Reformas complejas y ejecución lenta. • Dificultad en el diseño e implementación de nuevos sistemas (procedimientos e instituciones).

