

Tendencias recientes y reformas de los Sistemas de Salud. Mercados internos con competencia y sin competencia y los Sistemas Integrados de Salud

Recent tendencies and reforms of the Health systems. Internal markets with and without competition and integrated health systems

R. Bengoa¹

INTRODUCCIÓN

El papel del Estado está cambiando en todos los países que buscan una modernización de sus estructuras y una reorganización de sus políticas sociales. En el caso de España, la transformación es aún mayor que en otros países debido a la descentralización y reorganización en un Estado de Comunidades Autónomas.

Los posibles roles del Estado (Administración) en relación con los servicios del sector público pueden ser:

- Regulador y Fomento
- Financiador/comprador
- Proveedor/planificador

Cualquier sistema público combina todas o algunas de estas funciones. En muchos países de nuestro entorno es precisamente esta combinación la que se está transformando. Típicamente, los nuevos

cambios implican una mezcla de separación entre las funciones de financiación y de provisión, la introducción de contratos, la descentralización financiera, y la competencia y más recientemente, y como consecuencia de los anteriores cambios, la organización de Sistemas Integrados de Salud.

Los cambios en la estructura de los sistemas públicos coinciden con un cambio en la cultura de las organizaciones públicas. Se reta al "credo" actual del sector público y se redefinen las fronteras entre los gestores, los políticos y los profesionales. Es decir, la división de trabajo entre estos actores del sistema está cambiando.

Es importante subrayar que el propósito final del sector público y los principios que guían a sus distintos sectores (salud, educación, etc.) no cambian. Lo que cambia es la forma de organizar y gestionar el sector para alcanzar esos principios

ANALES Sis San Navarra 1998; 21 (2): 197-202.

1. Dr. Rafael Bengoa es socio-director de la consulta B & F Gestión y Salud. B & F está consorciada con dos consultoras británicas en una organización llamada International Health Partnership (IHP).

El International Health Partnership está compuesto por B & F Gestión y Salud en Bilbao, España; Dearden Management y HSMU de la Universidad de Manchester en el Reino Unido.

El Centro IHP está en el País Vasco. Es una unidad creada para el análisis, la evaluación, la formación y la diseminación de know-how asociado al desarrollo de sistemas integrados de salud y de la gestión clínica. Este Centro independiente apoya y estudia la puesta en práctica de *los Sistemas Integrados de Salud* en las instituciones piloto en España y en Europa.

El Dr. Bengoa es también profesor de gestión estratégica en ESADE- Barcelona.

Aceptado para su publicación el 10 de febrero de 1998.

y fines sociales. Se transforma el entorno en el que opera la organización, no sus fines.

Estos cambios, pues, no se basan en la teoría de que son los principios inherentes al sector público los que hacen ineficiente el sistema, sino de que la eficiencia del sector público puede ser mejorada de forma significativa si se introducen ciertos razonamientos de "mercado" en su lógica de funcionamiento.

Los puntos convergentes en todos los países que han llevado a cabo reformas del sector de la salud son:

- La separación de las actividades estratégicas y de financiación de las actividades de provisión.
- La introducción de modelos de competencia gestionada.
- El abandono de modelos de gestión basados en la autoridad de la jerarquía y en el control (control y mando).
- La restricción de modelos de mercado libre y de reembolso por acto.
- La reforma y fortalecimiento de la Asistencia Primaria.
- El desarrollo de los Sistemas Integrados de Salud "managed care".

La agregación de estas tendencias tiende a conformar un sistema de salud basado en la competencia y en un sistema integrado de salud (SIS).

LA ORGANIZACIÓN DE UN "MERCADO INTERNO". LA COMPETENCIA GESTIONADA.

La eficiencia en un modelo de competencia gestionada.

Este concepto no se refiere a un modelo "puro" de competencia, opción por otro lado descartada por todos los países europeos; sino a la introducción de ciertos elementos de competencia en los sistemas de salud planificados. Con la introducción de estos elementos de competencia se persigue mejorar la calidad de la atención, una mayor innovación y mejoras de eficiencia.

La experiencia internacional demuestra que no existe necesariamente una rela-

ción entre la financiación pública de los servicios sanitarios y la titularidad pública de las instituciones proveedoras de servicios (ej. hospitales). Tanto Canadá como Holanda pagan sus servicios de salud principalmente de fuentes públicas a unas instituciones privadas sin fin de lucro. En cambio, Inglaterra, Suecia y España combinan financiación pública con titularidad pública.

El ejemplo de Canadá, donde el acceso a los servicios es universal, demuestra que la responsabilidad sobre la financiación es la clave para garantizar el acceso a los servicios, no la titularidad de las instituciones.

En todos los países existen dificultades en la provisión de servicios de salud. Las evidencias indican que los recursos no se utilizan eficientemente y que el rendimiento y la calidad de los proveedores puede ser mejorado. Así, se puede ver que existe un exceso de énfasis en la atención hospitalaria en prácticamente todos los países, lo que evidencia ineficiencia en la utilización de los hospitales, falta de incentivos para atender a los pacientes en la atención primaria y falta de integración entre la atención primaria, secundaria y social.

La insatisfacción con este estado de cosas ha inducido a muchos países a buscar nuevas políticas en el sector de la salud. Esto ha llevado a los países con un exceso de planificación y regulación a buscar modelos más competitivos y flexibles; y a aquéllos con exceso de mercado a introducir más regulación.

Prácticamente todos los sistemas nacionales de salud europeos están intentando reequilibrar sus sistemas introduciendo algún grado de competencia en los mismos. Este es el caso de Suecia, Finlandia, Inglaterra y País de Gales, Islandia y Holanda. En España, este cambio fue sugerido en el Informe Abril de 1991 y se ha actualizado en el reciente informe "La Sanidad: La Reforma Posible" (informe ESADE 1997).

En España empiezan a perfilarse las líneas generales de una agenda de cambio. El Ministerio de Sanidad actual y tres Comunidades Autónomas ya se han pronunciado favorablemente a la introduc-

ción de elementos competitivos en el sistema de salud

La evidencia de los países que han introducido un cierto grado de competencia en sus sistemas indica que se están dando mejoras considerables en la innovación y en la eficiencia de los sistemas. Es especialmente visible la mejora en las listas de espera y en la puesta en práctica de nuevas técnicas como la cirugía de día.

Por otro lado, estas iniciativas exigen más sistemas de control de calidad y de acreditación que los establecidos hasta la fecha.

Un modelo sin competencia

Recientemente se ha abierto un debate importante para España sobre el impacto negativo que pudiera tener la "competencia" en el sector de la salud. Este debate se ha agudizado en Inglaterra con la nueva propuesta del Gobierno de Blair para la Sanidad (1998) en la que se mantienen los ejes básicos de la reforma del partido conservador (separación financiación/provisión; autonomía de los hospitales etc.) pero se sugiere eliminar la competencia entre centros y razonar los contratos-programa con los centros en base a una lógica de medio-plazo. Por otro lado esta propuesta refuerza el papel de la atención primaria a la que se pretende dar la responsabilidad de prácticamente todo el presupuesto. Los 35.000 médicos generales (GP's) serán responsables de la contratación de toda la atención hospitalaria y atención comunitaria, incluida las urgencias.

Sin embargo es probable que, incluso en este contexto en el que la política sanitaria es anti competencia, estos centros de atención primaria (compradores de servicios a la atención especializada) hagan "competir" parcialmente a los centros especializados ya que su fuerza radicará precisamente en esa facultad.

La equidad en el modelo de competencia gestionada.

Obviamente es fundamental también considerar la variable de la equidad en cualquier reforma sanitaria. En términos

de equidad, se considera que un sistema basado en la competencia deberá garantizar las siguientes condiciones para que las mejoras indicadas más arriba no tengan efectos inequitativos.

Las reformas en otros países indican que estas condiciones son organizables por la Administración):

a) Garantizar la accesibilidad a los servicios básicos a todos los ciudadanos

En términos de equidad es importante preguntarse si estas mejoras de innovación de servicios, de calidad y de eficiencia serán para todos los ciudadanos o sólo para unos cuantos.

Las mejoras de eficiencia de los modelos competitivos se consideran en general como una de las formas de ejercer la necesaria contención de costes en sector sanitario. El aumento de costes debido a los avances tecnológicos y demográficos ha sido ampliamente descrito en España, por lo que no se necesita repasar en este documento.

La competencia entre proveedores para obtener contratos de aquellos que contratan servicios de salud consigue una reducción real de los costes. En consecuencia, la mejora de eficiencia traerá consigo una contención de costes en las instituciones.

Sin embargo, esto no garantiza que los costes totales de la atención sanitaria vayan a disminuir, ya que tanto los proveedores como los compradores de servicios tienen un incentivo para aumentar la utilización de servicios, a menos que se fijen unos presupuestos totales para el sector en el ámbito nacional y autonómico. Esto implica mantener un cierto nivel de planificación y de techo presupuestario en estos modelos más competitivos para, entre otras cosas, seguir una política de control de costes.

Si esto no fuera así, aumentaría el gasto total en sanidad, lo que implicaría finalmente un aumento de las aportaciones al sistema por los ciudadanos. Como es improbable una reducción de la cobertura, un posible aumento de impuestos afectaría más a los menos favorecidos.

Se puede concluir que las mejoras de eficiencia intencionada con los modelos más competitivos son beneficiosas si se garantiza la accesibilidad a los servicios y se utilizan medidas de contención de costes. Ambas funciones exigen que la Administración mantenga un cierto nivel de planificación.

b) Monitorizar el sistema para asegurar que las mejoras de calidad alcancen a todos.

Con este fin los programas y sistemas de "calidad" han recibido un gran impulso en los países que han introducido elementos competitivos en el sector (sistemas de acreditación, peer reviews, etc).

c) Promocionar los incentivos para la innovación

Los avances en medicina normalmente han contribuido a mejoras para los pacientes. En un sistema basado en la competencia, los compradores de servicios pueden tender a no invertir en innovaciones caras, por lo que será necesario asegurar por parte de la administración que esos servicios reciben fondos de investigación y desarrollo.

d) Garantizar ciertos servicios de prevención

En un sistema basado en la competencia existen una serie de servicios que no son individuales sino colectivos y por lo tanto no son susceptibles de competencia. Los programas de prevención son, a menudo, caros porque afectan a numerosos individuos y solo serán coste-efectivos si se implementan de una forma programática y si alcanzan a toda una población en riesgo.

De la investigación reciente en inequidades sociales se deduce que la efectiva utilización de los servicios de salud, especialmente los servicios preventivos, es uno de los modos de intervención con mayor potencial para la reducción de inequidades. Se ha demostrado que es necesario un sistema de salud flexible para poder alcanzar todos los grupos socio-económicos de igual forma. Esto es así para todas las intervenciones en salud pública probadas como eficaces en una revisión reciente de publicaciones.

Esta flexibilidad es algo inherente a un sistema basado en la competencia, ya que existe un incentivo para diferenciar los servicios.

Una consecuencia de los puntos anteriores es que un cierto nivel de planificación central es necesario en un modelo competitivo (Ministerio y CCAA). Los programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud, los sistemas de monitorización de la calidad y de acreditación, la cobertura y accesibilidad a los servicios, los incentivos a la innovación son finalmente responsabilidades de Gobierno.

Sin embargo, es importante subrayar que detentar la responsabilidad en el ámbito central de ciertos programas no significa necesariamente la implementación central de esos programas. En cualquier sistema (basado en la competencia o no) los programas de prevención, de acreditación, de control de calidad, de evaluación tecnológica, etc. pueden implementarse por agencias externas a la administración mientras que se mantiene la responsabilidad del Gobierno sobre los mismos.

LOS SISTEMAS INTEGRADOS DE SALUD (S.I.S.)

Los Sistemas Integrados de Salud (la forma que toma el concepto de Managed Care en Europa) se han convertido en uno de los puntos de convergencia de desarrollo en atención sanitaria internacional.

Los S.I.S. son un enfoque de atención integrada y han sido definidos como: "una red de organizaciones que provee servicios coordinados integrados a una población definida y que está dispuesta a responsabilizarse clínicamente y económicamente de los resultados en salud de esa población." (Shortell Stephen M, Robin R, Anderson D.)

El Sistema Nacional de Salud (SNS) en España, al igual que en otros países, ha intentado ofrecer servicios de salud integrados y coordinados, pero esto sólo se ha conseguido en parte. La responsabilización y el rendimiento de cuentas ("accountability") en términos clínicos y económicos del estado de salud de una población ni siquiera está aún en fase embrionaria en nuestro país. Por consiguiente, es necesari-

rio iniciar políticas con incentivos diseñados para mantener a la gente sana y a los pacientes fuera del hospital.

Los S.I.S. se basan en esta orientación que dirige los incentivos del sistema para que los pacientes reciban la atención adecuada en el nivel adecuado. Una de las variantes organizativas más visibles en Europa (principalmente en Finlandia, Suecia y Reino Unido) hacia los S.I.S. es la compra, por parte de los equipos de atención primaria, de la atención especializada y otros servicios comunitarios (atención primaria como gestora de recursos).

Esta política desarrolla los siguientes objetivos:

- aumentar la integración entre la atención primaria y especializada, buscando mejoras de calidad y ofreciendo incentivos para mejorar la eficiencia.
- orientar los servicios hacia las necesidades de los consumidores.
- abrir la puerta a la innovación en el SNS.
- dar mayor control a los profesionales de atención primaria sobre el destino del dinero para sus pacientes al tener la responsabilidad fiscal, además de la responsabilidad clínica, sobre el concepto de puerta de entrada al sistema de salud.

Como todas las innovaciones, este modelo implica una serie de retos que es necesario solucionar antes de generalizar-

lo en una o varias Comunidades Autónomas. La principal es la de adecuar los riesgos financieros con el fin de minimizar los incentivos perversos y maximizar los incentivos deseables.

El concepto de "sistema integrado" ha evolucionado en los últimos años. Al concepto de fórmula organizativa explicado más arriba (atención primaria como compradora de servicios, "Health Maintenance Organizations", etc.), hoy en día le ha sucedido un nuevo concepto según el cual la atención integrada es un contexto para la introducción de una serie de innovaciones en gestión.

Más concretamente, estas innovaciones son la gestión de enfermedades o gestión de patologías (disease management) y la gestión individual del paciente (individual patient care).

Estos conceptos interrelacionados e interdependientes se representan jerárquicamente en la figura 1.

La necesidad de establecer estrategias de Salud (Objetivos de salud) en los niveles nacional y autonómico es considerado como un instrumento imprescindible de direccionalidad para el sistema de salud. De hecho, varias Comunidades Autónomas ya han desarrollado sus Planes de Salud.

El segundo eslabón son los S.I.S. ya explicados.

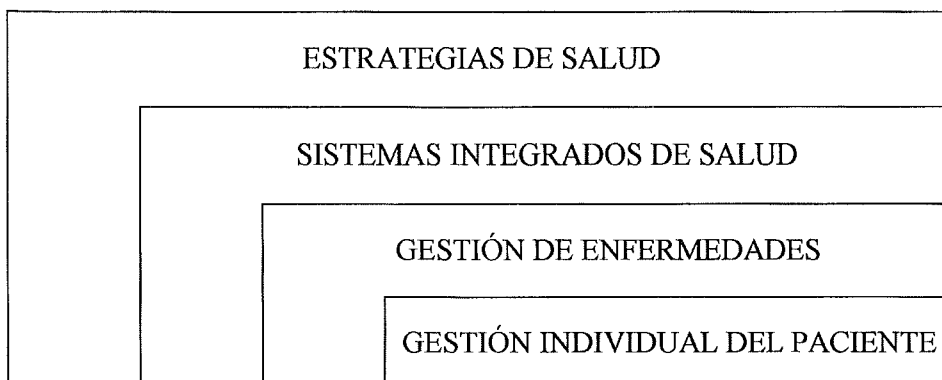


Figura 1. Un contexto para los Sistemas Integrados de Salud. Fuente: International Health Partnership (IHP)

El tercer eslabón, la gestión de enfermedades, es un planteamiento de gestión poblacional.

El concepto central de la gestión de enfermedades es la de percibir al paciente como una entidad que existe en el tiempo, experimentando la historia natural de una enfermedad y no una historia constituida por episodios discretos de enfermedad o encuentros ocasionales con diferentes profesionales de la atención sanitaria. De esta forma se reintroduce en el debate sanitario el viejo ideal de la "continuidad de la atención", pero en esta ocasión se añade un concepto que no existía previamente: el hecho que esa continuidad puede ser formalmente gestionada por medio de la utilización de procedimientos operativos, guías y protocolos.

Por lo tanto, se sobreentiende que habría una coordinación estructurada de la atención sanitaria a través de la atención primaria, secundaria y terciaria. El potencial de esta técnica, entendida como principio organizativa, es muy importante para los pacientes al mejorar la continuidad de la atención y reducir el uso de tratamientos inadecuados.

El enfoque es la prevención de episodios caros de enfermedades concretas (ej. diabetes), gestionando y coordinando la atención a esos pacientes en todos los centros de atención. Se considera que cada enfermedad tiene su ciclo vital y estructura económica y que para apoyar el proceso de la enfermedad se pueden desarrollar protocolos de atención.

Se pretende asimismo mejorar la calidad de la atención y colocar al paciente en el centro del proceso.

Esto requiere un sistema de información avanzado y de atención suficientemente integrado en el que se pueda relacionar la atención primaria, las consultas externas, los hospitales, los centros de rehabilitación, atención a domicilio y centros de larga estancia. Esto es bastante

más factible en España que en otros países como los E.E.U.U. donde todos los componentes del sistema están desintegrados.

Como se puede comprobar, el concepto de gestión de enfermedades comparte el mismo objetivo y filosofía que los sistemas integrados de salud ("managed care"): es decir, la mejor coordinación de recursos entre los componentes del sistema de salud para producir mejores resultados para los pacientes a un coste más reducido. Con ambos enfoques se intenta pasar de un razonamiento "de componentes" a un razonamiento de sistemas.

Las últimas evaluaciones sobre proyectos de gestión de enfermedades (Emergency Care Research Institute, NEWS, 1995 Nov-Dic.) aportan resultados espectaculares. Se han reducido los ingresos hospitalarios (ej. para el asma, complicaciones diabéticas), los tiempos de espera, la utilización de medicamentos (ej. para la úlcera péptica) y ciertos procedimientos (ej. las tasas de cesáreas).

El último escalón del recuadro se refiere a la gestión individual del paciente. Este no es un instrumento poblacional sino individual.

Consiste en la utilización de una serie de técnicas proactivas de gestión para gestionar ese 10% de pacientes individuales que consumen aproximadamente el 60% de los recursos. Según un reciente estudio belga, el 5% de los pacientes en un hospital consume el 50% de los medicamentos. Se trata, en definitiva, de ser proactivo y preventivo con la atención a estos pacientes.

Estos conceptos e instrumentos son aún enfoques emergentes en muchos países y en España pertenecen de momento más a los círculos académicos que a los de decisión. Sin embargo, es muy probable que estos conceptos sean el centro del razonamiento de gestión y organización en los próximos años en todo Europa.