

## La provisión de los servicios sanitarios en la Unión Europea, ¿un espacio para el sistema europeo de salud?(\*)

---

Carlos Artundo Purroy

Consultor OMS.

---

### Historia de los sistemas sanitarios

- Producto social y cultural histórico
- Los actuales, del siglo XX
- Las Guerras Mundiales
- Su cuestionamiento en los setenta
- La década de los noventa
- OMS, Informe Mundial de la Salud 2000

---

Un *sistema sanitario* es el conjunto de todas las organizaciones, instituciones y recursos dedicados a producir acciones de salud

*Acción de salud* es "cualquier esfuerzo, sea en asistencia al individuo, servicios de salud pública o iniciativas de tipo intersectorial, cuyo fin primario es mejorar la salud"

Murray & Frenk 2000, bulletin of WHO, 78 (6), 717

---

---

### Historia sistemas sanitarios últimas décadas

- Incremento espectacular gasto sanitario
- Gasto predominantemente público
- Presiones crecientes para la reforma (demografía, EPI, tecnología, demanda)
- Decada de los noventa: informe BM 1993
  - "Invertir en salud"
  - Paquete asistencial básico + suplementario
  - Reformar financiación sistemas
  - Énfasis lado demanda y mercado
- OMS Informe Mundial de la Salud 2000
  - Reevaluando rol sistema sanitario y salud
  - Macroeconomía y salud

---

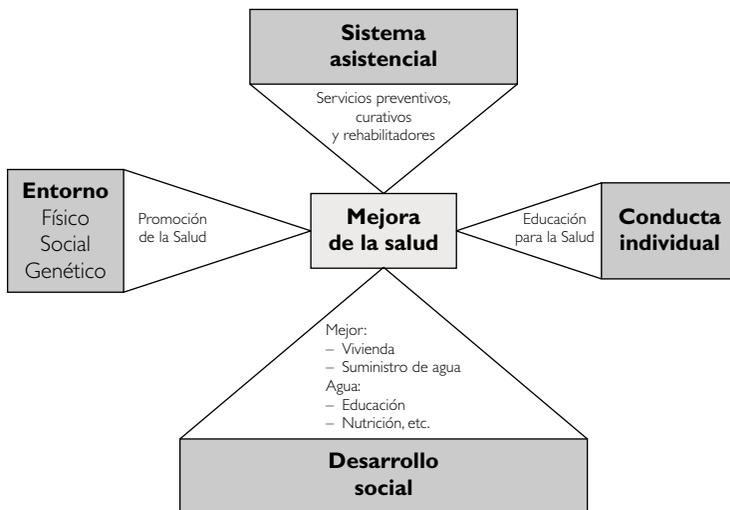
Los países consiguen resultados distintos en salud porque, entre otras cosas, articulan de forma diferente las funciones y componentes de sus sistemas sanitarios

---

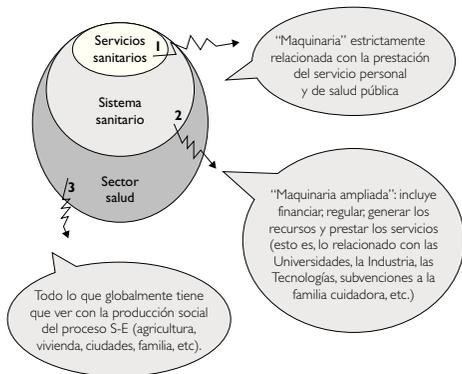
---

(\*) Presentación correspondiente a la conferencia inaugural de las Jornadas.

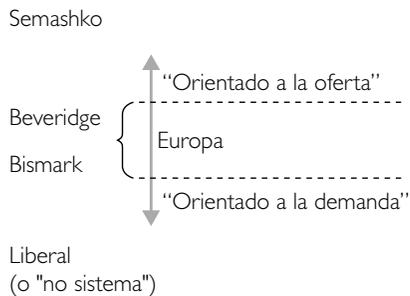
**“Componentes” de un sistema sanitario según el esquema del Informe Lalonde**



**Servicios sanitarios, sistema sanitario, sector salud**



**Modelos tradicionales de sistemas sanitarios**



**Principal actor en los “modelos” de sistemas sanitarios tradicionales**

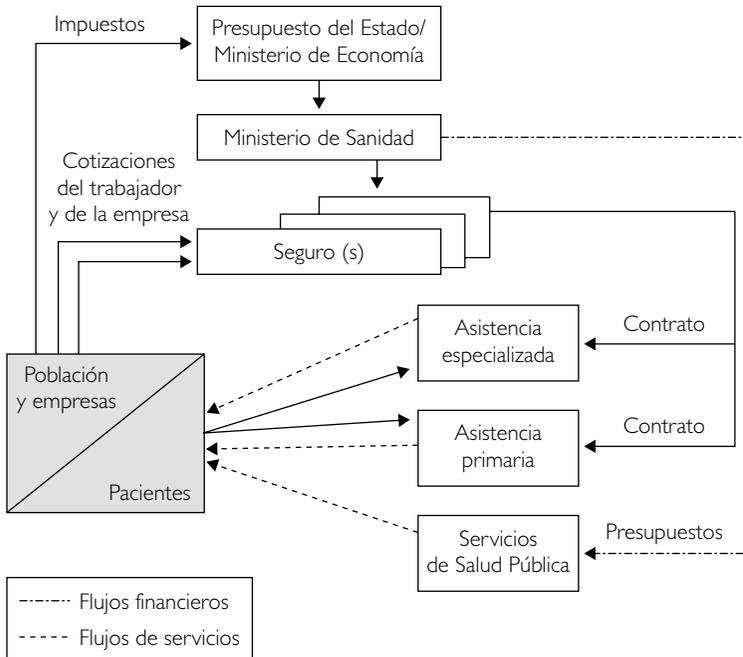
- Semashko     • El gobierno
- Beveridge   • El gobierno (+ Los médicos)
- Bismarck    • El comprador (+ Gobierno y médicos)
- Liberal       • El ciudadano

**Modelo Bismarck (“sistema de seguros sociales”)**

- Financiado por cuotas obligatorias de empresarios y trabajadores y apoyado por los impuestos
- Los recursos financieros van a parar a “Fondos” que son entidades no gubernamentales reguladas por ley para gestionar estos recursos
- Dichos Fondos contratan hospitales, médicos de familia, etc. para que provean los servicios a sus asegurados mediante contratos basados en un presupuesto o mediante pago por acto

**Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Países Bajos**

**Financiación del sistema sanitario; modelo Bismarck**



---

### Modelo Semashko

- Financiación del presupuesto del Estado (pero baja prioridad por considerarlo "sector no productivo")
- Directamente controlados por el gobierno a través de un sistema de planificación central
- Acceso libre para todos
- Todos los trabajadores empleados públicos y asalariados
- Inexistencia formal del sector privado

**Todos los antiguos países de la órbita soviética y/o Miembros del COMECON**

---

---

### Modelo Beveridge ("Servicio Nacional de Salud")

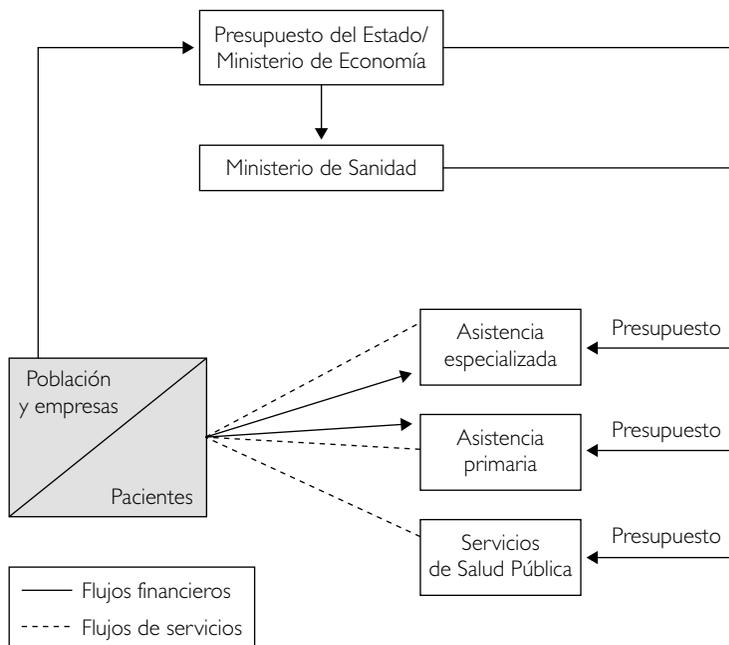
- Financiación a través de impuestos (Presupuestos del Estado)
- Control gubernamental y parlamentario
- Cierta sector privado
- Libertad de acceso a todos
- Gran implicación del Estado en la gestión
- Médicos asalariados o por capitación
- Algunos pagos directos por parte de los usuarios

**Dinamarca, España, Finlandia, Grecia, Irlanda, Italia, Noruega, Portugal, Reino Unido, Suecia**

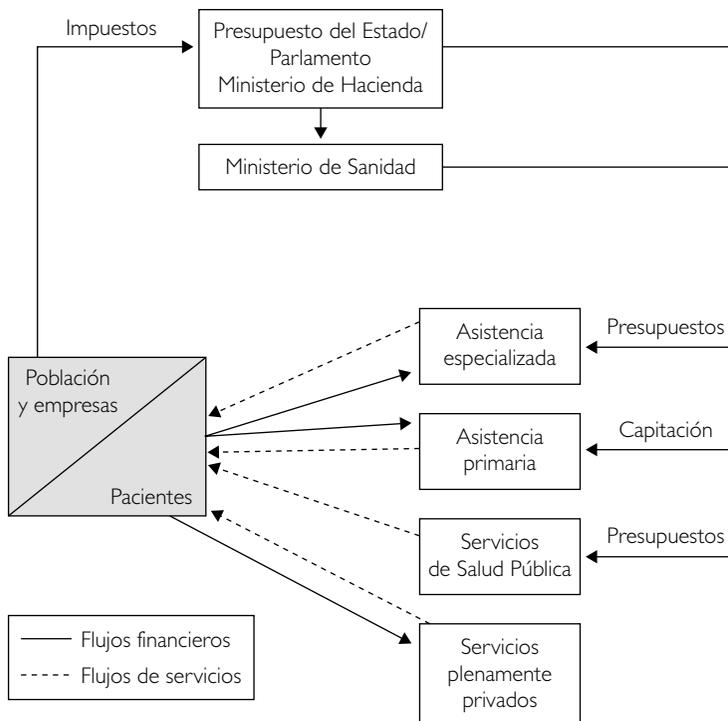
---

---

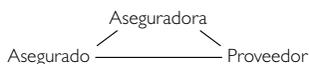
### Financiación del sistema sanitario en los países comunistas



### Financiación del sistema sanitario Beveridge



#### Modelo Liberal ("No Sistema")



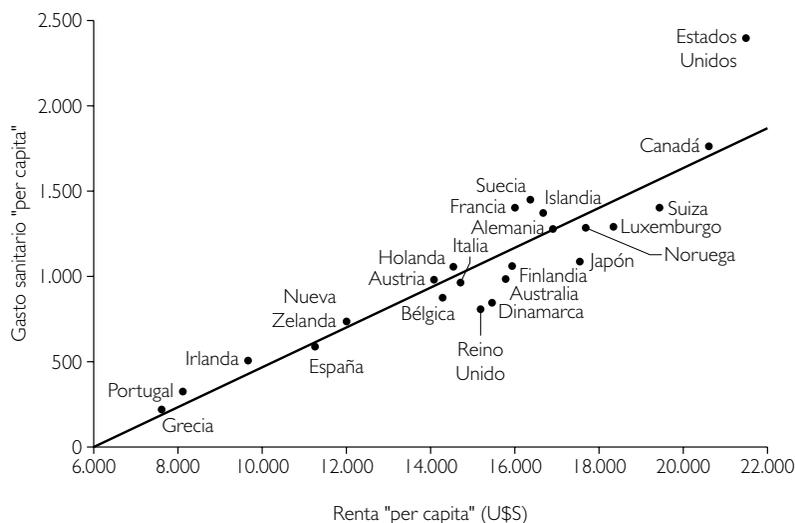
- Relación puramente comercial entre las partes
- Restricción a los potenciales asegurados:
  - Por riesgos muy altos (no les dejan)
  - Por no disponer de dinero (no pueden)
 Total: 40 millones en EE.UU.
- Competencia feroz. Entre las aseguradoras en EE.UU., al año:
  - Ganan beneficios un 10% de ellas
  - Otro 10% tiene que cerrar

#### Estados Unidos y Suiza

#### La mezcla contemporánea de modelos de Servicios Sanitarios

	Liberal	Seguro voluntario	Seguro obligatorio	Servicio Nacional de Salud
Alemania	+	++	++++	–
Bélgica	+	+++	+++++	–
España	+	++	+	+++++
Francia	+	+++	+++++	–
Italia	+	++	–	+++++
Países Bajos	+	+++	++++	–
Reino Unido	+	+	–	+++++
EE.UU.	+++	++++	++	+

**Correlación riqueza-gasto sanitario en países concretos, 1990.**



#### Algunas preguntas

- Relevancia de los "modelos"
- Modelos "buenos y malos"
- Modelos híbridos/mestizaje
- "Acercamiento" entre discursos
- ¿Modelo europeo?

#### Los nuevos miembros de la UE, sistema sanitario

- Recursos para la salud en general escasos (UE); significativas diferencias entre los países; imbalances y desigualdades regionales, incrementos significativos en co-pagos
- Número de médicos y enfermeras por debajo de la media UE; instituciones sanitarias con exceso de personal; a pesar de carencias en enfermería y algunas especialidades médicas

#### Los nuevos miembros de la UE, sistema sanitario

##### Hospitales:

- Capacidad excesiva a pesar de las disminuciones
- Mejorando la actuación
- Falta sostenibilidad nuevas tecnologías; necesidades en evaluación de tecnologías y sistemas de mantenimiento

Debilidad de la Atención primaria (deficiente acceso a los especialistas y procedimientos diagnósticos, interfases entre niveles, falta de recursos para inversión)

Falta de continuidad entre niveles y con servicios sociales; pocas alternativas de larga estancia y residencias

Bajo estatus social y financiero de los profesionales sanitarios, falta de motivación, posibilidad de emigración

	Average length of stay in hospitals		In-patient care admissions		Hospital beds (00000)		Out of pocket exp
	1991	2001	1991	2001	1991	2001	% of total exp
Bulgaria	13,9	10,7	18,1	15,3	977	720	22,4
Czech Republic	15,6	11,5	18,1	20,1	1.069	852	8,6
Estonia	17,1	8,7	18,0	19,7	1.129	672	19,7
Hungary	12,4	8,7	22,0	26,1	996	*825	21,2
Latvia	17,4	11,3	21,3	20,07	1.362	820	40,0
Malta	–	–	–	–	–	496	31,5
Poland	12,3	*8,9	12,2	*15,5	653	*556	25,9
Romania	11,7	8,6	19,0	24,4	892	749	36,2
Slovakia	14,5	10,0	16,9	19,7	913	779	10,4
Slovenia	11,1	8,3	15,1	16,6	601	516	10,8
EU average	13,3	***10,0	17,3	**18,4	703	*581	–

### Los nuevos miembros de la UE, las reformas

Las reformas básicas relacionadas con la "arquitectura" del sistema han sido establecidas: *sistemas más orientados al mercado y la demanda con mayor variedad en la financiación y provisión*

- Establecimiento de los fondos de seguros sanitarios
- Diferenciación entre regulación, financiación y provisión
- Privatización de algunos proveedores
- Papel para las organizaciones profesionales (cámaras, asociaciones)
- Descentralización
- Descentralización del sector hospitalario y mayor autonomía para los hospitales
- Médicos de familia contratados y nuevos esquemas

### Los nuevos miembros de la UE, sistema sanitario

Faltan desarrollos esenciales de las reformas ("fine tuning")

en aspectos de organización y gestión:

- Nuevos actores y definición de sus roles
- Asignación de recursos y fondos
- Políticas de reembolso
- Mecanismos de información y control
- Competencia entre los agentes
- Garantía de calidad

Necesidades en formación:

- Formación en gestión para profesionales sanitarios y administradores de hospitales
- Ampliar la orientación clínica y control de costes para médicos
- Programas de formación específicos para GPs ligados con sus responsabilidades crecientes

---

### Descentralización sanitaria

- Desconcentración (descentralización administrativa; transferencia de competencias administrativas, del nivel central al periférico)
- Devolución (descentralización o restitución política; del gobierno central a los gobiernos autónomos/regionales)
- Delegación (transferencia de sus responsabilidades de gestión a entes u organismos autónomos)
- Privatización (transferencia de la propiedad o funciones del gobierno al sector privado, sea con ánimo de lucro o sin el)

---

### Tendencias en la provisión de servicios

- *Reestructuración de los hospitales* (menos camas / más actividad, nuevas tecnologías, políticas de sustitución, concepto de interfase, tamaño de los hospitales, atención centrada en el paciente y en la calidad de servicio)
- *El nuevo papel de la atención primaria* (GP detentadoras de presupuestos en UK, RTC, etc.)
- *Desarrollo de los Recursos Humanos* (adecuación del número de profesionales, cambios en formación, redefinición de roles y sustituciones, etc.)

---

### Tendencias generales de las reformas

- Cambio en los papeles del Estado
- Descentralización (y re-concentración)
- Poderes derechos y capacidad de elección del ciudadano
- Políticas de control de costes
- El rol de la nueva salud pública

---

### Las reformas sanitarias en Europa

#### Elementos clave para cualquier reforma

- Temporización y ritmo del proceso (*big bang* o incrementalismo)
- Sostenibilidad financiera (a corto y medio plazo, futuros gastos del sistema y gastos de administración del cambio)
- Voluntad política y liderazgo (conflicto de pasos, credibilidad)
- Alianzas estratégicas (ganar aliados, neutralizar resistencias)

---

### Tendencias en la provisión de servicios

- *Mejorar los resultados y la calidad asistencial* (nueva cultura de calidad orientada a los resultados; ETS, acreditación, directrices clínicas, atención basada en la evidencia, etc.)
- *Descentralización de la gestión* (a las instituciones proveedoras, separación funciones compra y provisión, nueva cultura de la gestión)
- *Desplazamiento de las fronteras entre hospitales, atención primaria y atención domiciliaria* (dilución de fronteras tradicionales, procesos de sustitución, hospitales en casa, etc.)

---

### Las reformas sanitarias en Europa

#### Elementos clave para cualquier reforma

- Apoyo público (marketing social, uso de simbolismos)
- Infraestructura y capacidades técnicas (sistemas de información, finanzas, etc.)
- Uso de herramientas idóneas (normativas, educativas, incentivos, etc.)
- Gestión del Proceso (objetivos y responsabilidades, incertidumbres, etc.)

\*Saltman R., y Figueras J., EDS 1996 "European health care reforms, analysis of current strategies", WHO-Euro

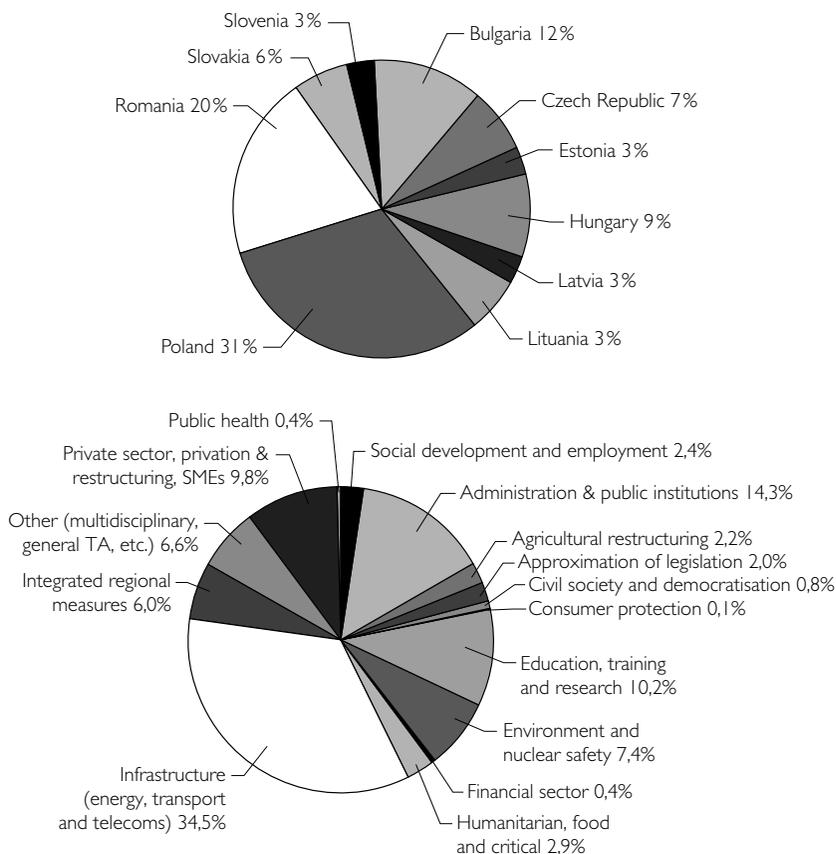
---

### La ampliación de la UE

- Proceso finalizado para 10 países
  - Nueva unión con 25 países y + 450 m
  - Prioridades políticas en la ampliación: estabilidad, seguridad, e integración económica sostenible
  - Salud no es prioridad en la agenda
  - Los temas de salud pública dispersos en 4 áreas: libertad de movimiento de productos, agricultura, política social y empleo y salud pública y protección de los consumidores
- 

---

### PHARE



---

### Políticas de la UE y salud

Art. 152 Tratado de AMSTERDAM  
Garantizar "un elevado nivel de protección a la salud humana" en La "definición e implementación de todas (UE) las políticas y Actividades" y trabajar con los EM para mejorar la SP, prevenir la enfermedad y evitar las fuentes de peligro para la salud.

- Legislación en Salud Pública (cap. 13, política social y empleo)
  - Tabaco (directiva 2001/37/EC)
  - Red de enfermedades transmisibles (Decisión 2119/57/EC)
  - Rápida alerta y respuesta (Decisión 200/57/EC)
  - Lista de enfermedades, definición de caso...
- Delegación del poder de decisión en algunos asuntos de Salud Pública, en las instituciones de la Unión europea

---

### Políticas de la UE y salud

- Libre circulación de cosas y productos
- Libertad de movimiento de las personas
- Libre movimiento de los servicios, incluidos los médicos y otros servicios sanitarios
- Seguridad en el transporte
- Funcionamiento del mercado interior
- Competencia
- Coordinación de las políticas económicas

---

### Políticas de la UE y salud

- Política comercial común, incluye alimentos y medicamentos
- Seguridad Social y protección social de los trabajadores
- Educación y formación continuada
- Salud Pública
- Cohesión económica y social
- Investigación y desarrollo tecnológico
- Cooperación para el desarrollo

---

### Políticas de la UE y salud

No políticas explícitas en sistemas sanitarios o atención sanitaria, pero múltiples y "random" efectos, debido a las regulaciones y normas en mercado interior, empresa, empleo y muy importante, las sentencias del TEJ

---

### Políticas de la UE y salud

#### El Programa de Salud Pública (2003-2008)

- Mejorar la información y el conocimiento para el desarrollo de la salud pública
- Mejorar la capacidad de responder rápidamente y de una manera coordinada a los riesgos y amenazas para la salud
- Promover la salud y prevenir la enfermedad abordando los determinantes de la salud en todas las políticas y actividades

*Oportunidades para desarrollar agenda de Políticas de Salud*

*Pública:* Reforzamiento institucional, formación, equipamiento, red de vigilancia, red de alerta y reacción rápida, redes y estructuras para monitorizar la salud, "health impact assessment" en alguna legislación comunitaria, desarrollo y diseminación de información y conocimiento sanitario, apoyo a las mejores prácticas, promoción, coordinación con las ONGs...

---

### El proceso de reflexión, a alto nivel, sobre la movilidad de pacientes y desarrollo en atención sanitaria en la UE

- Pretendía respuesta política coherente para cuestiones que afectan a los sistemas sanitarios europeos, incluyendo las sentencias del TEJ
- Impulsado en la reunión de Ministros de Salud Europeos, de 8 de febrero de 2002
- Integrando Ministerios, Asociaciones Internacionales de Mutuas, Red de Hospitales Europeos (HOPE), Asociación Europea de Gestión Sanitaria (EHMA), Forum de Pacientes Europeos, Asociación de Médicos Europeos (CPME)...

---

### **UE: conclusiones, proceso de reflexión**

Invitar a la Comisión a explorar posibilidades de avanzar en:

- Derechos de los pacientes a a nivel europeo
  - Marco común para la compra de servicios sanitarios
  - Centros europeos de referencia
  - Evaluación de las tecnologías sanitarias
  - Información sanitaria
  - Estudiar movimientos de pacientes, especialmente regiones transfronterizas
  - Estudiar realidad de movimientos de profesionales sanitarios
- 

---

### **UE: conclusiones, proceso de reflexión**

Por último:

- Plantear decisiones TEJ y sus consecuencias
  - Explorar cooperación en atención sanitaria
  - Observar de cerca el impacto de la UE en los sistemas sanitarios de los EM
  - ¿Dónde estamos?
- 

---

### **Tratado sobre la Constitución Europea**

- Fomentar la cooperación entre Estados Miembros, en particular mejorar la complementariedad de sus servicios de salud en las regiones fronterizas
  - Promover la cooperación con terceros países y con las organizaciones internacionales en materia de Salud Pública
  - Medidas frente a los problemas comunes de seguridad:
    - Calidad y seguridad de órganos y sustancias humanas, sangre y derivados
    - Medidas en los ámbitos veterinario y fitosanitario
    - Calidad y seguridad de medicamentos y productos sanitarios
    - Sistema de vigilancia y alerta
- 

---

### **Tratado sobre la Constitución Europea**

Parte III, de las políticas y el funcionamiento de la Unión. Capítulo V, sección 1ª. Salud Pública

- Protección de la salud
  - Lucha contra las pandemias
  - Vigilancia de las amenazas transfronterizas para la salud
  - Reducción de la incidencia de tabaco, alcohol y otras drogas
- 

---

### **Tratado sobre la Constitución Europea**

Artículo final:

*“La acción de la Unión, en el ámbito de la salud, respetará las responsabilidades de los Estados Miembros en lo referente a la definición de su política de salud, así como a la organización y prestación de servicios sanitarios y atención médica, así como a su financiación”*

---