

# LIBRO BLANCO DEL DEPARTAMENTO Y DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD DEL REINO UNIDO

8 DE DICIEMBRE DE 1997  
VERSION CONDENSADA\*\*

Cuad. Méd. Soc. XXXVIII, 3, 1997/ 87-92

*Prof. Dr. Carlos Montoya\**

## 1. INTRODUCCION

El Gobierno se compromete a darle a este país el mejor sistema de atención de salud del mundo. Este Libro Blanco explica de qué manera el Gobierno construirá un servicio moderno y confiable.

Para ello tenemos que cambiar la forma en que se maneja el Servicio Nacional de Salud (SNS). En efecto, la introducción del mercado interno por el gobierno anterior impidió al servicio orientarse de modo adecuado hacia las necesidades de los pacientes. Este gobierno se compromete de nuevo con el principio histórico del SNS: que si Ud. está enfermo allí estará el SNS para ayudar; y que el acceso se basará solamente en la necesidad, no en su capacidad de pago, o quien es su médico (GP) o dónde Ud. vive.

El proceso de modernización empezó el 2 de mayo de 1997, el día después de la elección. A partir de ese día se han abordado los peores excesos del mercado interno y se han asignado recursos adicionales para la atención.

## 2. DESCARTAR LOS FALSOS DILEMAS

Algunos dicen que adecuar el SNS a las necesidades de cada paciente está más allá de su capacidad, debido al cambio demográfico, a las expectativas crecientes y a los avances médicos.

El gobierno rechaza este análisis. Las expectativas crecientes deben ser encauzadas para modelar servicios que respondan mejor a las necesidades y preferencias de los usuarios... una nueva carta (Charter) del SNS equilibrará los derechos de acceso de las personas con su responsabilidad por el uso razonable de los servicios. Y a medida que la tecnología avanza, haciendo posible tratamientos menos invasores, ciertos costos bajarán; a más largo plazo, también ayudará el mayor énfasis del gobierno en mejorar la salubridad y reducir las inequidades. La curva del envejecimiento tiende a progresar cada vez más lentamente.

La opción entre financiamientos imposibles por un lado y la obligación de racionar o de imponer copagos, por otro, es un falso dilema. El SNS economizará un billón de libras en el actual período parlamentario al bajar los costos administrativos propulsados por el mercado interno y al usar las ventajas de sustituir fragmentación por colaboración en la toma de decisiones. Se evaluará el costo-efectividad de los tratamientos y la generalización de las prácticas más eficientes.

El mantener al SNS como un servicio universal se justifica también porque de él depende la salud de la economía... El costo-efectividad del SNS ayuda a mantener la carga tributaria claramente por debajo del promedio de la Unión Europea, alentando la inversión y fortaleciendo los estímulos al trabajo y al ahorro.

---

\* Traducción y síntesis.

\*\* El resumen ejecutivo del Libro Blanco está firmado por el Premier Tony Blair.

### 3. LO QUE CONSERVARA. PAPEL CENTRAL DE LA ATENCION DE PRIMER NIVEL

El gobierno mantendrá aquellos aspectos del SNS que funcionan bien. Retendrá la separación entre la planificación de la atención hospitalaria y su ejecución; dicha planificación será realizada por los equipos del nivel primario y por las direcciones de salud, asegurando que el SNS local responda a las necesidades de los pacientes. Los hospitales y otros proveedores participarán en la preparación de esos planes, pero su deber básico será el satisfacer las demandas por servicios accesibles y de calidad.

El gobierno también desarrollará el papel cada vez más importante de la atención primaria (de primer nivel) en el SNS.

### 4. LO QUE SE ABOLIRA Y PORQUE: EL MERCADO INTERNO Y LA "TENEDURIA DE FONDOS"

Se desecharán los aspectos que han fracasado. El mercado interno fue un intento mal concebido de enfrentar las presiones que el SNS encaraba. Ha sido un obstáculo a la necesaria modernización del servicio. Creó más problemas que los que solucionó. Por eso está siendo abolido.

El mercado interno dividió la responsabilidad de planificar, financiar y proveer la atención entre 100 Direcciones de Salud, unos 3500 grupos de GPs "tenedores de fondos" (que eran la mitad de las consultas de GPs) y más de 400 "Trusts" hospitalarios y otros. Un SNS así fragmentado no ha estado en buena posición para resolver el tema crucial de mejorar la integración de la atención de salud y del servicio social. Las personas que tienen varias necesidades se han visto empujadas de un lugar a otro dentro de un sistema en el cual las distintas organizaciones estaban obligadas a trabajar según sus propias agendas más que en torno a las necesidades de cada paciente.

El mercado interno creó competencia por los pacientes. En el proceso creó injusticia para los pacientes. Algunos GPs pudieron lograr un trato mejor para sus pacientes, y ello por causas financieras más que clínicas. La moral del personal ha sido erosionada por el énfasis en los valores competitivos, los cuales se contradicen con el ethos de equidad que es intrínseco para el SNS y sus profesiones. Los clínicos de los hospitales fueron deliberadamente puestos en la situación de enfrentarse entre sí y contra la atención de nivel primario. La comunidad de GPs fue dividida en dos partes

casi iguales, entre "tenedores de fondos" y no "tenedores de fondos".

En el mercado, algunas organizaciones del SNS rechazaban el compartir prácticas mejoradas que hubieran beneficiado a una mayor cantidad de pacientes, por temor a perder ventajas competitivas. La calidad ha sufrido: por ejemplo, la mortalidad por enfermedad coronaria entre los menores de 65 años es casi tres veces mayor en Manchester que el W. Surrey; las rehospitalizaciones son un 70% más frecuentes en un área que en otra, y así sucesivamente.

En el mercado interno, el índice de eficiencia compradora (Purchaser Efficiency Index, IEC) era la única medida verdadera del desempeño; distorsionaba las prioridades y obstaculizaba la entrega de servicios eficientes, efectivos y de calidad, todo lo cual frustraba a la totalidad del personal.

El mercado interno creó una frondosa burocracia. Por ejemplo, un trust contrató con más de 900 fondos y envió 40.000 facturas anuales. Los costos administrativos subieron a niveles insostenibles, restándose a la atención de los pacientes. El mercado obligó a los trust a competir para lograr contratos que duraban sólo un año y que a veces eran suscritos día por día; este corto-placismo llevaba a una preocupación perpetua por defender el status quo en vez de crear espacios para planificar y realizar mejoras importantes. Progresivamente las Juntas (Boards) de los trust adoptaron la práctica de reunirse en secreto, lo cual hacía difícil que la gente supiera qué planeaba su hospital local y cuál era su desempeño.

Algunos GPs han usado la "teneduría de fondos" para acicatear a ciertos servicios hospitalarios y para extender la gama de servicios disponibles en sus consultas. Pero el esquema también ha sido burocrático y caro. Ha conducido a un desarrollo fragmentado, sin un plan coherente. Ha separado artificialmente la responsabilidad por atenciones programadas y por las de emergencia, y ha proporcionado ventajas a algunos pacientes a expensas de otros. Por lo demás, el esquema cubre sólo a parte del país y a parte de los servicios.

### 5. CORREGIR LA HERENCIA DEL MERCADO INTERNO Y DE LA TENEDURIA DE FONDOS

Para superar la fragmentación creada por el mercado interno, el nuevo SNS operará localmente en torno a un Programa de Mejoramiento de la Salud (Health Improvement Programme, PMS)

encabezado por la Dirección de Salud y acordado con todos los actores.

La cooperación reemplazará a la competencia. Habrá mecanismos para que se compartan las prácticas mejoradas; un Marco Nacional de Desempeño ayudará a superar las diferencias de calidad que hoy se observan.

El IEC será reemplazado por un conjunto de indicadores que medirán aquello que realmente preocupa a los usuarios, incluyendo costo y resultados. Los presupuestos se unificarán de modo de que correspondan localmente a las necesidades.

Este Libro Blanco hará que exista un tope a los costos administrativos y reducirá el número de entidades compradoras (commissioners) de las 3600 actuales a alrededor de 500. Se limitarán los costos de transacción. Se terminarán los contratos anuales: el nuevo SNS trabajará con convenios financieros de tres –a veces cinco– años, los cuales permitirán a las clínicas y administradores concentrarse en maneras de mejorar la atención hasta niveles de excelencia.

El modelo actual de GPs “tenedores de fondos” se termina y se desarrollará un modelo llamado Agrupaciones de Atención Primaria.

Además, en el nuevo SNS todas las reuniones de las Juntas de los Trusts, así como de las Agrupaciones de Atención Primaria, serán públicas.

## 6. LA CALIDAD EN EL CENTRO DEL SNS

Debe haber calidad en el sentido más amplio: actuar correctamente, en el momento debido, para las personas que necesitan la atención, y actuar bien “a la primera”. Sin calidad hay inequidad.

Para ello se elaborarán, al nivel nacional, Guías para las Acciones (GPA); y se creará un Instituto Nacional de Excelencia Clínica (INEC). Al nivel local habrá mecanismos para velar por la calidad, incluyendo una nueva Comisión para el Mejoramiento de la Salud (CMS), con facultades para supervisar la calidad de las prestaciones locales y resolver los defectos que encuentre.

## 7. LA EFICIENCIA DEBE IR JUNTO CON LA CALIDAD

La eficiencia también es esencial para la calidad. Para lograrla, se unificarán los presupuestos locales, que estaban fragmentados; se pondrá un tope a los costos de administración, los que serán asignados de manera unificada para cada Direc-

ción de Salud y las respectivas Agrupaciones de Atención Primaria; se elaborarán costos de referencia de las intervenciones; se estimulará la eficiencia y se sancionará la ineficiencia.

## 8. SE REDEFINEN LAS FUNCIONES DE LOS PRINCIPALES COMPONENTES DEL SNS. COMO SIGUE:

- Las Direcciones de Salud encabezarán la formulación y monitoreo de los PMS trienales, con objetivos comunes para todos los componentes locales; establecerán nexos con los servicios sociales; asignarán los fondos a las Agrupaciones de Atención Primaria (Primary Care Groups) y supervisarán el uso de los mismos; celebrarán convenios con los proveedores, función que traspasarán gradualmente a las AAP; coordinarán las inversiones, el desarrollo del personal y la información; promoverán la participación pública en la toma de decisiones acerca del servicio de salud local. Habrá un menor número de direcciones en el país, con menos personal y más poderes. Será su deber legal el mejorar la salud de su población. Su Director de Salud Pública recuperará la independencia para presentar un informe anual, y éste será el punto de partida para el PMS.
- Las Agrupaciones de Atención Primaria (AAP) estarán formadas por todos los GP de un área (típicamente de 100.000 habitantes), junto con enfermeras comunitarias. A partir de abril de 1999 asumirán progresivamente el papel de encargar (commission) las atenciones locales, en reemplazo de los mecanismos actuales (“teneduría de fondos” y otros). Darán cuenta a la Dirección de Salud correspondiente, con la cual contraerán un compromiso de responsabilidad (accountability) anual, pero podrán decidir la distribución de su presupuesto dentro del marco del PMS. Posteriormente, tendrán la posibilidad de convertirse en trust autónomos de Atención Primaria.
- Los Trust Hospitalarios y los Trust de Atención en la Comunidad firmarán Convenios de Servicios con las Direcciones de Salud o –cada vez más– con las AAP, dentro del PMS y en relación con las Guías para las Acciones, (GPA). Tendrán responsabilidades legales, entre otras, por la calidad de sus prestaciones. En caso de desacuerdo con las AAP, decidirá la Dirección de Salud.

- El Departamento (Ministerio) de Salud –y dentro de él el Ejecutivo del SNS– integrará la política nacional de salud y servicios sociales, dando liderazgo a todo el sistema. Desarrollará, junto con las profesiones, las GPA nacionales. El secretario de Estado (Ministro) tendrá “poderes en reserva” para intervenir ahí donde fallen las Direcciones de Salud, las AAP o los trust. El ejecutivo monitoreará a las Direcciones y premiará a los que mejor cumplan con una suma “modesta”, que no vulnere el principio de asignación según necesidades.
- Las oficinas Regionales del Ejecutivo del SNS deberán asegurar que las Direcciones de Salud y las AAP, en conjunto, establezcan convenios para los servicios de especialistas del nivel Regional. También se preocuparán de que se desarrolle la colaboración entre el SNS y los gobiernos locales, pudiendo los ejecutivos de estos últimos tomar parte en las reuniones de las direcciones de salud. Deberán monitorear y apoyar el desempeño de las direcciones.
- Comités médicos locales: por ley, representan a todos los GPs del área de una Dirección de Salud y deben ser consultados por ésta en cuanto a condiciones de trabajo, reclamos y ética.
- Consorcios de educación locales y regionales, formados por los trust y las Direcciones de Salud.
- Zonas de Acción para la Salud, formadas por entidades del SNS y otras, con el objeto de ensayar nuevos métodos para mejorar la salud local. En abril de 1998 habrá hasta diez zonas funcionando; cada una cubrirá un área del tamaño de una dirección de salud, o mayor. “Grupos de acción” abordarán el problema de las listas y tiempos de espera, que estaban aumentando.
- Servicios de salud comunitaria: se proporcionan en el hogar, la escuela, en clínicas y aun en la calle. Incluyen enfermería domiciliaria, enfermería psiquiátrica comunitaria, fisioterapia, etc.
- Trust de especialistas en salud mental y en corrección de problemas del aprendizaje se organizarán fuera de los futuros trust de atención primaria.

## 9. EL DESARROLLO FUTURO DE LA ATENCION PRIMARIA.

El mercado interno exageró el papel de la atención primaria como comprador de servicios hos-

pitalarios, a expensas del progreso de los propios servicios del nivel primario. Las AAP corregirán esta distorsión.

Habrán cuatro opciones para la forma que las AAP puedan adoptar, a saber:

- (i) como forma básica, pueden asesorar a la Dirección de Salud en el diseño de los convenios de provisión de atenciones para su población;
- (ii) pueden gestionar el presupuesto para su población, pero como parte de la Dirección de Salud;
- (iii) pueden establecerse como entidades autónomas que rinden cuenta a la Dirección de Salud en cuanto a los convenios que celebran, y
- (iv) pueden agregar a la opción anterior la responsabilidad de proveer servicios de salud comunitarios.

Se establecerá la categoría legal de “trust de atención primaria” para las opciones (iii) y (iv). El gobierno espera que la fusión de una AAP con un trust de salud comunitaria produzca un ahorro en el gasto administrativo.

Las AAP requerirán la contribución de profesionales de enfermería, de promoción de salud, así como dentistas, optometristas y farmacéuticos.

Los “trust de AP” podrán manejar hospitales comunitarios y servicios de rehabilitación y recuperación. En todo este proceso, cada GP conservará su status de “contratista” independiente.

## 10. LA ADMINISTRACION DE LOS HOSPITALES

Los hospitales responderán ante la respectiva Oficina Regional del Ejecutivo del SNS por el cumplimiento de sus obligaciones legales y por su operación como entes públicos. Retendrán el control de su patrimonio; pero las direcciones de salud asegurarán que sea utilizado en forma consistente con los PMS, con las estrategias locales referentes al patrimonio y con los requerimientos generales del SNS. No habrá información administrativa de los trust que pueda clasificarse como confidencial. Dentro del marco nacional de desempeño, deberán rendir un informe público anual.

Las juntas de los trust deberán recibir informes mensuales sobre evaluación y mejoramiento de calidad, tal como ahora reciben informes financieros. Para asegurarlo, se sugiere crear un sub-comité de Normas (“clinical governance”) en cada junta.

Se estimulará el logro de niveles *apropiados* de utilización de los servicios, en vez de los in-

centivos que apuntan al aumento de las hospitalizaciones, sean necesarias o no.

Se promoverá la entrega de responsabilidad presupuestaria a los equipos clínicos y la participación directa en la gestión del trust de los profesionales de mayor experiencia. Simultáneamente, se autorizará que una parte de las economías que sean asignadas por los equipos clínicos a inversiones, de un modo compatible con el PMS local; la otra parte irá al "commissioner".

La cooperación entre clínicos de los hospitales, entre ellos y los GPs, y con los servicios sociales hará posible dirigir los convenios de servicios hacia el mejoramiento real de la salud. Se establecerán "programas de atención" (por ej.: para diabetes), que cubran de manera integrada y continua la atención de los distintos niveles de complejidad técnica, según las necesidades de los pacientes, cruzando las fronteras organizacionales en cuanto a su planificación y administración.

Todos los trust deberán publicar los costos de los tratamientos que realizan.

Los trust deberán dar prioridad al desarrollo y participación del personal, estableciendo buenas condiciones de trabajo y un sistema de pago equitativo, según escalas nacionales, que además permita superar las rigideces que actualmente aquejan a numerosos grupos. Las acciones respectivas deberán ser parte del informe anual de cada trust. A nivel nacional habrá una fuerza de tarea dedicada a impulsar la participación del personal en el modelado de la atención de la salud.

## 11. UN SERVICIO DE SALUD UNICO PARA LA NACION

Es propósito del gobierno renovar al SNS como *un* organismo único para toda la población, al tiempo que entrega un servicio personalizado a cada paciente.

El Departamento de Salud y el Ejecutivo del SNS darán el ejemplo en cuanto a contención de sus propios costos.

El Gobierno reforzará la calidad y el costo-efectividad mediante los nuevos mecanismos antes mencionados: GPA, INEC, CMS. Además, el Programa de Investigación y Desarrollo del SNS agregará a su línea de Evaluación de Tecnologías una nueva actividad de investigación de la organización y calidad de la atención; y mejorará el acceso de todo el SNS a los resultados de las investigaciones.

En cuanto al INEC, se llamará a participar en

él a profesionales de la salud, a académicos, a economistas de la salud, a representantes de los usuarios y al SNS. Su desarrollo será, en cierto modo, experimental.

El gobierno espera que los profesionales sean responsables de la calidad de su propio trabajo, de un modo abierto, y en cooperación con los organismos reguladores.

El marco nacional de desempeño incluirá seis aspectos, a saber:

- la mejora del nivel del salud, reflejada, por ejemplo, en la reducción de la mortalidad prematura;
- el acceso equitativo, es decir, basado en necesidades, cualquiera sea el lugar de residencia, la clase, la raza, la edad o el sexo;
- la efectividad, pertinencia y oportunidad de las atenciones, junto con la reducción de lo inapropiado;
- la eficiencia económica, medida, por ejemplo, por la duración de las estadas, la frecuencia de cirugía ambulatoria, los costos unitarios, la productividad del trabajo, el gasto administrativo o la productividad del capital;
- como producto de lo anterior, la opinión de los usuarios y del personal (se hará una Encuesta Nacional anual), y
- los resultados directos, inmediatos, de la atención.

Este marco amplio de evaluación reemplazará al Índice de Eficiencia Compradora (IEC) correspondiente al régimen de mercado, el cual disimulaba la amplia dispersión existente en cuanto a nivel, calidad e impacto de las acciones. El IEC se basa en el resultado contable y en la cantidad de "episodios médicos completados", y de ese modo tenía un efecto perverso: por ejemplo, los trust eran recompensados por hospitalizar, aun cuando los pacientes hubieran podido ser tratados mejor en la comunidad. El mercado interno mostró que la manera de medir el desempeño y las metas adoptadas deciden la orientación del SNS; si son incorrectas o muy estrechas la distorsionan.

## 12. LA GESTION FINANCIERA

El mercado interno produjo caos y altos costos. El régimen de los trust, construido sobre un modelo cuasi comercial, los movió a competir por más ingresos marginales. Las Direcciones de Salud y los GPs debían buscar en el mercado las "mejores compras". El corto-placismo resultante impedía al SNS planificar bien. El sistema de mer-

cado interno no fue eficiente ni financieramente disciplinado, como lo prueban los déficit y los altos costos administrativos que se produjeron.

La equidad en la distribución de los fondos será objeto de la atención de un nuevo Comité Asesor para la Asignación de Recursos. Se fijara una fórmula para la asignación a las AAP, así como hoy existe una para las direcciones de salud.

Las inversiones principales serán determinadas por las necesidades. El atascamiento en los proyectos de la Iniciativa de Financiamiento Privado (IFP) ha sido superado. Esos proyectos han sido objeto de priorización. Hoy existe el mayor programa de construcción hospitalaria de la historia del SNS. Se está explorando el potencial de extender la asociación público-privada en otras áreas, por ej.: la informática y los servicios comunitarios de salud.

Los clínicos tendrán mayor control y flexibilidad sobre sus recursos, gracias a la fusión de presupuestos hoy separados: el de hospitales, el de servicios de salud comunitarios, el de medicamentos para la atención de nivel primario, y el de personal e infraestructura para la atención primaria. También se tenderá a la formulación y ejecución presupuestaria conjunta entre el SNS y la atención social, a nivel local.

El mercado interno solía dejar a muchos pacientes fuera de los contratos con los hospitales o en situación dudosa, y esto generaba la necesidad de contratos caso a caso, con las siguientes molestias y trámites burocráticos. Ahora se reducirán al mínimo estos casos, gracias a los convenios de largo plazo entre AAP y trust y a un sistema de ajustes presupuestarios en vez de facturaciones.

Las fusiones y coordinaciones que se han explicado contribuirán, en su conjunto, a reducir la burocracia.

### 13. IMPLEMENTACION

El cambio no será una reorganización radical, que genere costos y que interfiera con la atención. El SNS ha tenido ya demasiado de eso. Lo que se desea es un cambio que vaya en el sentido de lo que quieren los usuarios y el personal, y de acuerdo con los valores tradicionales del SNS.

Desde ya se pondrá en funciones una línea de apoyo al público, que funcionará las 24 horas; se reducirá el tiempo de espera en casos de posible cáncer; se implementará una moderna red de comunicaciones a través de todo el SNS.

Se logrará un SNS accesible y que responda a la gente cuando y donde aparezcan sus necesidades. Un SNS cada vez mejor, moderno y confiable.