

REFLEXIONES ACERCA DE LOS CAMBIOS RECIENTES EN LA POLÍTICA DE SALUD DEL REINO UNIDO

Cuad. Méd. Soc. XXXVIII, 3, 1997/ 93-95

Dr. Carlos Montoya A.

1. ANTECEDENTES

Desde 1948 hasta hoy, el Reino Unido se ha dado un Servicio Nacional de Salud, para todas las necesidades de salud de toda la población, financiado por el presupuesto fiscal. Estas características, que gozan del apoyo general del país y del personal del Servicio, empezaron a ser erosionadas por la reforma del gobierno conservador, en el período 1990-1997; pero han sido reafirmadas por el gobierno laborista elegido en mayo de 1997. El proceso es de interés para Chile, donde en años recientes algunos sectores propusieron adaptar elementos de la reforma conservadora (sic), con las mismas justificaciones utilizadas en aquel país: contención del gasto fiscal y mejor atención.

El Servicio de Salud inglés tuvo desde su origen, y por razones propias de la historia de ese país, una división en tres compartimientos: hospitales, medicina general ("general practitioners": GPs) y servicios de salud en la comunidad. En cambio, el servicio de salud chileno tuvo, desde 1952, una estructura basada en la unidad de esos tres componentes; una consecuencia de ello fue la provisión de la atención de primer nivel por equipos multidisciplinarios constituidos en Centros de Salud. Sólo hacia el final del gobierno militar se consumó en Chile la separación de la mayor parte de la atención primaria, que pasó de los Servicios de Salud territoriales a la administración municipal: ello fue, junto con la creación de las ISAPRE en la misma época, un elemento básico de la reforma, de inspiración neoliberal, que sufrió el sistema de salud chileno, y que no se ha revertido aún.

2. LA REFORMA DEL GOBIERNO CONSERVADOR (1)

Uno de los cambios producidos en Inglaterra en 1989-1991 consistió en que los hospitales, que antes dependían de las autoridades de salud locales, pasaron a ser trusts autónomos que debían competir entre sí por contratos anuales de venta de sus prestaciones a las autoridades locales de salud y a aquellos GPs que aceptaron manejar fondos para dicho efecto. Estos GPs, igual que las autoridades locales de salud, respondían ante las oficinas Regionales del Ejecutivo del SNS.

Los Servicios de Salud en la Comunidad fueron convertidos también en trusts.

Otro aspecto de la reforma fue la iniciativa de Financiamiento Privado (PFI), en virtud de la cual se negó toda inversión estatal a los hospitales en tanto estos no hubieran buscado previamente y sin resultado el financiamiento por alguna empresa privada. También se amplió la compra de servicios desde el SNS a proveedores privados. Se iba al cambio estructural de la propiedad y de los objetivos del sistema, que tendría altos costos futuros y que desplazaba a la atención de las necesidades de salud como foco principal de la acción.

Transcurridos tres años de la ejecución de la Reforma, la evaluación desde las profesiones, los medios académicos y las comunidades locales era ya adversa. Según ellos, el mercado interno, la teneduría de fondos por los GPs, la PFI y la fragmentación de las transacciones, produjeron inequidad, insuficiencia de servicios necesarios, inequidad y deterioro de la calidad; reemplazaron la cooperación por la competencia y la transparencia por el secreto comercial.

Con todo, no se modificó la naturaleza del financiamiento del sistema, que siguió estando casi enteramente a cargo del Fisco: no se transformó en seguro. En algunos aspectos se debió aumentar el control por parte del Ejecutivo central. Tampoco se definieron paquetes o planes de salud mínimos en forma centralizada, aunque aparecieron localmente bajo la forma de “contratos anuales en bloque” entre los compradores y los trusts. El Servicio sobrevivió, en su esencia, por el apoyo masivo de la población y de sus propios trabajadores.

3. PROPUESTA ELECTORAL LABORISTA (2).

Recogiendo las críticas a la “reforma”, el programa electoral del Partido Laborista proponía en 1996 una reintegración de cada red local de atención en torno a un plan y presupuesto. Además, la inversión privada, (PFI) dejaría de tener prioridad obligatoria.

4. EL LIBRO BLANCO DEL GOBIERNO BLAIR (3)

Siete meses después de ascender al poder, el Gobierno Laborista formula una política clara y completa –Libro Blanco– y anuncia para mediados de 1998 el enunciado de objetivos técnicos de salud (Libro Verde). Señala como norte la satisfacción de las necesidades de toda la población; rechaza el argumento de que dicha satisfacción sea imposible. Se compromete a no desorganizar el sistema. Reafirma la intención de seguir utilizando la participación del sector privado en materia de inversiones y de compra de ciertos servicios: probablemente era éste el elemento políticamente más difícil de revertir, una vez iniciado por el gobierno anterior. Subraya el efecto positivo de un Sistema Nacional de Salud para la economía y la sociedad.

La nueva política promete corregir los problemas creados por la anterior mediante: la planificación local (“Programas de Mejoramiento de la Salud”); criterios integrales de evaluación (“Marco Nacional de Desempeño” en vez del “Índice de Eficiencia Compradora”); unificación de los presupuestos; contratos que regirán para un territorio y población definidos y para períodos de 3 años o más; y normas de calidad.

Los hospitales retienen su estatuto de trusts, pero se reafirma su condición de entidades públicas, así como la necesaria inclusión de sus activi-

dades en el Programa Local. Los convenios de provisión de servicios incluirán ahora la gran mayoría de las prestaciones y tendrán una duración tal que aumente la seguridad para los contratantes y para la población. Se anuncia una estricta supervisión de la calidad de sus servicios, abierta al escrutinio público. No adquieren el papel central que aparentemente se les asignaba –para cada distrito– en el Programa Electoral del Partido Laborista: en el Libro Blanco este papel aparece destinado a las Agrupaciones de Atención Primaria (AAP).

Se suprime desde ya la figura de los “GPs tenedores de fondos”. Estos médicos formarán AAP, integradas para servir a poblaciones definidas (de un tamaño típico de 100.000 habitantes) con autonomía progresiva para manejar el presupuesto en coordinación con la Dirección Local de Salud respectiva. Se les orienta hacia la integración con los Servicios de Salud en la Comunidad, procurando estimular la participación de los gobiernos locales.

Se asegura que, en la nueva situación, los actores no tendrán que gastar esfuerzos en competir por contratos y mejores ofertas, ni en enviar innumerables facturas, y podrán concentrarse en atender bien las necesidades de salud de la población.

Se da especial importancia a la participación de los profesionales y a la equidad en el trato de sus remuneraciones.

5. ALGUNAS LECCIONES PARA CHILE

El interés del sistema inglés reside en la posibilidad de que analicemos sus experiencias. Su gran lección, válida para el mundo consiste en haber demostrado la ventaja de tener un Sistema o Servicio Nacional de Salud (*no un Seguro Público*). Sobre su efectividad, eficiencia y equidad se ha escrito mucho, y se ha llegado siempre a las mismas conclusiones.

Pero no se trata de copiar. Las condiciones de Inglaterra son muy diferentes a las de Chile. El principio de poner decisiones presupuestarias en manos del nivel primario es atractivo: pero Inglaterra lo ha aplicado teniendo un GP por cada 2.000 ó 2.500 habitantes. Es muy distinto tener, como hoy en Chile, una atención primaria urbana con un médico por cada 10.000 habitantes o poco menos, sometida a una administración fragmentada en 300 Municipios y mantenida en la pobreza por obra de una política incomprensible. Por otra parte, Chile tiene la experiencia y el potencial –que

no parece tener Inglaterra –de formar para la atención de primer nivel equipos pluridisciplinarios con las especialidades básicas de la medicina, los cuales tendrían mayor capacidad resolutive (y por ende, mayor efectividad y eficiencia para el sistema en su totalidad) que el GP inglés. Tales equipos podrían realizar fácilmente una atención integral, es decir, inspirada en la comprensión del modelo biopsicosocial, supuesta una formación profesional congruente con la tradición nacional.

El hospital trust surgió de la idea de un mercado interno; fracasada ésta, el hospital inglés queda ahí donde corresponde a su historia secular, es decir, como un ente público separado que exige un esfuerzo continuo para ser integrado realmente con el resto de la red local. Esta integración real es aún posible en Chile, si se devuelve la administración de la atención primaria –hoy municipalizada– a los Servicios de Salud.

El perfeccionamiento futuro de nuestro Sistema Nacional de Salud reside en aplicar los principios básicos de la Salud Pública a nuestro potencial histórico aprendiendo de la experiencia universal, experiencia que hoy se enriquece con la evaluación que el Reino Unido hace de los pobres resultados obtenidos al aplicar en su Servicio de Salud aspectos de la ideología económica neoliberal.

6. ALGUNAS REACCIONES POSTERIORES AL LIBRO BLANCO EN INGLATERRA

Según un despacho de Lancet (4) “médicos y administradores, y aun la oposición, recibieron bien los contenidos principales del Libro Blanco”. El Reino Unido se une a otros países que introdujeron la competencia en sus sistemas de salud –Nueva Zelanda, Holanda y Suecia–, todos los cuales empiezan a revertir tal política. En el documento fueron evitados algunos temas conflictivos: el racionamiento y el financiamiento privado.

Simultáneamente, se ha propuesto una opción diferente de la PFT para financiar las inversiones del sistema público a un costo mucho menor para el contribuyente, en forma más ética y sin que el gobierno pierda el control de la política de salud: consistiría en la emisión de bonos del SNS, con respaldo gubernamental, los cuales serían de interés para los Fondos de Pensiones, las Compañías de Seguros y otros inversionistas institucionales.

Expertos del King's Fund también piensan que las propuestas son sensatas, especialmente en cuanto se implantarán desde la base hacia arriba y en forma gradual; pero notan que hay interrogantes y supuestos, que no se dice nada concreto acerca del presupuesto y que el ahorro de un billón de libras en burocracia sobre cinco años es una ficción, ya que las AAP requerirán elevadas sumas para partir. Apuntan que en realidad hay cuatro Libros Blancos, y el de Escocia, al menos, tiene una orientación algo diferente al de Inglaterra, que es el que hemos traducido y comentado.

REFERENCIAS

1. Montoya Aguilar, C., La Reforma del Sistema de Salud del Reino Unido, Cuadernos Médicos Sociales 1996; 37 (2): 113-118
2. Montoya Aguilar, C., Frente a la Reforma del Servicio de Salud de Gran Bretaña: Sinopsis de la Propuesta Laborista, Cuadernos Médicos Sociales, 1996; 37 (3): 89-90.
3. Ministerio de Salud y Ejecutivo Nacional del Servicio Nacional de Salud-Libro Blanco, 8.12.1997.
4. Dean, M., End of sharp-elbowed internal market for NHS, Lancet 20/27 Dic. 1997; 350:1829.
5. Keen, H., (Pdte. Federación de Apoyo al SNS), Fisher, P. (Pdte. Asociación Especialistas del SNS), Draper, P. (Secretario Red para las Políticas de Salud), carta al Lancet, 13 Dic. 1997; 350:1620.
6. Dixon, J., May, N., New Labour, New NHS?, BMJ, 20-27. Dic. 1997; 315: 1639-40.