

FRENTE A LA REFORMA DEL SERVICIO DE SALUD DE GRAN BRETAÑA: SINOPSIS DE LA PROPUESTA LABORISTA

Cuad. Méd. Soc. XXXVII, 3, 1996/ 89-90

Dr. Carlos Montoya A.*

Aquellos lectores que se hayan interesado en "La Reforma del Sistema de Salud del Reino Unido" (1) tendrán una explicable curiosidad por conocer qué propone la oposición en aquel país. Como se sabe, en las encuestas de opinión y en las elecciones locales el Partido Laborista aventaja al Partido Conservador actualmente en el Gobierno.

La agenda para la salud del Partido Laborista, recientemente difundida (2), incluye un diagnóstico y numerosas proposiciones detalladas. Con el objeto de no exceder una extensión razonable, se resumen aquí sólo las propuestas concretas que se refieren a los aspectos fundamentales de la reforma thatcheriana, expuestos en el artículo citado. A continuación, se indican las correcciones sugeridas para algunas consecuencias negativas de la reforma; y finalmente, se mencionan algunas grandes líneas de política de salud.

1. LA REFORMA

1.1 ¿Qué hacer con los trusts hospitalarios?

En vez de impulsar la competencia entre hospitales, en un "mercado interno", los "trusts se transformarán en servicios locales de salud (LHSs), que incluirán a los hospitales, sistemas de ambulancias y programas de salud mental y de salud comunitaria, dentro de un marco de cooperación...".

La Dirección Distrital o Regional de Salud acordará programas integrales de atención de salud (CHAs) con los LHS, a revisar anualmente pero dentro de planes de más largo plazo. En estos acuerdos participarán los médicos de la primera línea (GPs) y también representantes de la comunidad.

Los fondos se asignarán en forma de presupuestos fijos, dependiendo éstos de las necesidades y costos locales. Los presupuestos tomarán en cuenta las referencias cruzadas que se producen entre distintos LHS, de acuerdo a los programas convenidos entre ellos, la Dirección de Salud y los GPs. "Los hospitales y demás componentes de los LHSs tendrán completa responsabilidad administrativa y la libertad para tomar las decisiones del día a día respecto a la atención...". La Dirección de Salud asignará el financiamiento, coordinará y hará el monitoreo de la provisión general de prestaciones según los CHAs.

1.2 ¿Qué hacer con el esquema de "GPs tenedores de fondos"?

Los médicos de primera línea formarán, a nivel de localidad (más o menos 50.000 hbs.) o de distrito (cientos de miles de hbs.), grupos de planificación y presupuestación de los servicios de primera línea ("Commissioning groups"). Estos grupos tendrán una estructura flexible, adaptada a las iniciativas locales, y funcionarán en coordinación

* Profesor titular de Salud Pública, Universidad de Chile.
Nota del editor: Trabajo complementario al de "Reforma del Sistema de Salud Pública del Reino Unido" publicado en el número anterior.

con las Direcciones de Salud respectivas. Los mismos grupos pueden participar en la discusión de los programas acordados con los LHSs. El presupuesto se asignará según el tamaño de población inscrita, con ponderación por otros factores; y la distribución entre ítem será flexible, bajo la responsabilidad de cada "consulta" (practice).

1.3 Los servicios de atención comunitaria

Se organizarán en forma intersectorial y se flexibilizará la disposición actual que reserva cuantiosos fondos al sector privado, sin perjuicio de lo cual se favorecerá la diversidad de organizaciones de apoyo. Se abrirá un amplio debate sobre el tema.

1.4 La salud mental

Se presentará un proyecto de nueva ley que asegure la importancia del cuidado de los enfermos mentales en el seno de la comunidad y que al mismo tiempo garantice los recursos para que esta estrategia sea segura y efectiva.

2. CORRECCION DE ALGUNAS CONSECUENCIAS DE LA REFORMA DE 1991

El Partido Laborista propone reducir los gastos administrativos, que se han visto hipertrofiados como resultado de la reforma. Propone también disminuir el derroche que resulta de aplicar procedimientos inapropiados. También aumentará la eficiencia económica al eliminar el ausentismo del personal derivado de la baja moral y de las condiciones de trabajo insatisfactorias que se asocian a la reforma.

En lugar de la negociación de condiciones de trabajo en cada establecimiento por separado, si-

tuación que crea inseguridad y desorden, habrá un marco nacional de remuneraciones, sin perjuicio de respetar un margen de flexibilidad local.

La búsqueda de financiamiento privado para las inversiones en salud dejará de ser obligatoria.

Frente a la "cultura del temor" (de perder los empleos) que se ha difundido en el Servicio de Salud, se eliminará la "cláusula mordaza" de los contratos y se asegurará la participación de los funcionarios y de la comunidad en las Juntas consultivas de los distintos niveles.

Se dará importancia al nombramiento de directivos idóneos, adoptándose medidas concretas de salvaguardia de este requisito.

3. FORTALECIMIENTO DE LAS POLITICAS GENERALES DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD

El programa pone énfasis en el uso de la planificación, asociada particularmente a la epidemiología y al principio de equidad. También desarrolla extensamente los aspectos de promoción de la salud.

Se declara que el Servicio Nacional de Salud será una organización única, que actuará a nivel local y nacional para realizar una atención integrada, de alta calidad y gratuita en el momento de ser entregada, usando un patrimonio que pertenecerá al sector público. "El paciente estará antes que el mercado".

REFERENCIAS.

1. Montoya-Aguilar, Carlos, "La Reforma del Sistema de Salud del Reino Unido". Cuadernos Médico-Sociales (Colegio Médico de Chile), 1996.
2. The Labour Party, Renewing the National Health Service: the Labour's agenda for a healthier Britain, reprinted in: International Journal of Health Services, 1996; 26 (2): 269-308.