

Estado y Políticas Públicas en Europa. Afrontando el problema de acceso en masa a una medicina de calidad. Un estudio comparado.

Por Leandro Venacio

1. Introducción:

Históricamente todas las sociedades se han preocupado por buscar respuestas al problema de la salud, la medida en que las encontraron dependió y dependerá de múltiples factores, sociales, políticos, económicos y lógicamente del desarrollo moral y científico.

Las primeras experiencias recaen en el modelo de seguridad social (Bismark), surgido en Alemania en el siglo XIX como la respuesta política del mariscal Bismark ante la presión social. Se caracteriza por ser un sistema de seguro obligatorio con aporte del trabajador, del empleador y del Estado en su versión original. El Estado tiene la función de tutelar la seguridad social.

Por otra parte, otro modelo de servicio nacional de salud se consolida en Inglaterra al elaborarse el plan Beveridge y al hacerse cargo de la protección sanitaria el propio Estado.

Las intervenciones públicas en el campo de la sanidad comienzan a desarrollarse en los años cincuenta, cuando el Estado debe hacer frente a dos problemas simultáneos: el primero, es el aumento de los costos de la medicina, la cual conoce enormes progresos e introduce nuevos tratamientos y tecnologías, y segundo, la revolución de las expectativas de los años setenta.

La cuestión principal que el Estado tiene que afrontar es la de contener los costos, tratando de satisfacer las solicitudes de los ciudadanos, y al mismo tiempo, garantizar una medicina de calidad.¹

Se han desarrollado diversas formas de intervención. Pasando por criterios que dejan amplio espacio al mercado de las aseguradoras privadas que imponen precios según criterios acordados (Estados Unidos), por sistemas en los cuales las mutuales públicas o semi – públicas constituyen el principal vehículo de erogación de los

¹ La intervención en el campo de la sanidad puede ser interpretada como una exigencia sistémica o como el resultado de procesos de movilización social.

servicios médicos sanitarios (Francia, Holanda y Alemania) y por criterios que prevén un acceso a la sanidad que es pagado con los impuestos (Suecia, Italia, Gran Bretaña y España).

En las páginas siguientes, se realiza una exploración comparativa de las diversas políticas públicas observadas en un grupo de sistemas políticos que condividen un mismo diseño institucional (constitucional, representativo y democrático) y, más estrechamente, una común tradición institucional, científica y tecnológica en el desarrollo de las estructuras que erogan prestaciones sanitarias. Más precisamente, los países que se analizan son: Francia, Alemania, Inglaterra, Italia, Holanda, España, Suecia y Estados Unidos. El análisis se apoya en dos esquemas de referencia: por un lado, los cambios realizados que se orientan a cambiar el rol del médico y por otro, la introducción de reformas sanitarias orientadas al modelo de competición regulada.

2. La intervención de la mano pública en la sanidad: datos generales y la intervención en el comportamiento de los médicos.

Todos los sistemas políticos occidentales están hoy caracterizados por una fuerte intervención pública en la erogación de las prestaciones médico – sanitarias; se notan, entre ellos, notables diferencias en las razones que han motivado a los gobiernos a intervenir, en la modalidad de sus intervenciones y en los momentos históricos en los cuales se pone mano a las políticas de intervención. Tres son los factores que emergen distintamente en las recientes políticas sanitarias:

- En primer lugar, al progreso y consolidación de una medicina, tanto diagnóstica como terapéutica, de alto nivel tecnológico y de gran complejidad institucional que, ha demostrado ser eficaz y tener una tendencia a un extraordinario aumento de los costos.
- En segundo lugar, números siempre más grandes de ciudadanos están en grado de acceder a estos nuevos tipos de tratamiento médico – sanitario.
- Por último, este aumento del gasto sanitario se verificó en el cuadro de la así llamada crisis fiscal de *Welfare State*, viniendo así reforzada la predisposición de los gobiernos a ejercitar un control más rígido.

La expansión del *Welfare State* – y conjuntamente el acceso de masa a una medicina más compleja y costosa – ha enfatizado ciertos fenómenos, aunque no los ha causado. Estos fenómenos recaen sobre la base de lo que formaba la autonomía

médica la cual han sido modificada o en algunos casos han sido diluida a través de la introducción de elementos de control de la categoría profesional de los médicos:

- La remuneración de los médicos según la fórmula de la correspondencia de un honorario directo del paciente y libremente determinado por el médico por la prestación del servicio profesional, ha sido modificado por una numerosidad de fórmulas para calcular el monto y la forma a pagar.
- El derecho a un ejercicio independiente de la profesión caracterizado por una interrelación médico – paciente altamente individualizado, y exento de controles, ha pasado a desarrollarse, en tiempo y espacio, a operar en el ámbito de ambientes fuertemente estructurales y organizativamente complejos.
- La elite médica durante la primera mitad del siglo tenía un poder autoritario y absoluto, teniendo la responsabilidad de dirigir, controlar y coordinar operarios sanitarios. Frente a la gran revolución tecnológica de nuestro tiempo, no ha podido mantener su posición.
- La protección de la autonomía profesional depende de la capacidad de las corporaciones médicas de adoptar un modelo consensual de comportamiento y, correlativamente de evitar modalidades de acción de tipo conflictual – sindical. Este criterio ha sido sometido a una erosión irreversible, formándose corporaciones diferentes, con intereses divergentes, las cuales están más de una vez en conflicto con el estado. La intermediación fiscal ha empujado a los médicos a organizarse en asociaciones que tienen carácter sindical y que obedecen a diversos criterios de organización, como por ejemplo la especialidad, la afiliación política etc. Este cambio es la consecuencia lógica del aumento de la especialización y de la necesidad de los médicos de distinguir y diferenciar sus propios intereses.

Se trata de fenómenos que están íntimamente vinculados a las transformaciones técnico – científicas de la medicina contemporánea. Estos fenómenos de erosión son en gran parte debidos a cuestiones recientes de carácter político – económico.

Un factor de gran importancia es el representado por las características socio – culturales de las asociaciones profesionales de médicos. Así, el poder del médico se ha reducido no sólo por la intermediación del estado, sino también, por las características de los grupos que los representan y de la propia capacidad de negociación. Se podría decir, que el médico, el cuál una vuelta era solista, se ha convertido en miembro de la orquesta, de la cual el director no necesariamente es un médico.

Fijadas las coordenadas conceptuales e institucionales dentro de las cuales se centra nuestro análisis, paso ahora a mostrar los efectos que las diversas modalidades de intervención pública ha tenido sobre el status y la autonomía de los médicos, y evaluar cuales y cuantos han sido los daños a la elitaria postura de la cooperación médica.

En Europa, dos son las comunidades profesionales que han conservado las características clásicas de la autonomía (Alemania y Holanda) mientras los otros (Francia, Inglaterra, Suecia e Italia) han tenido grandes cambios en su autonomía, de forma e intensidad diferente.

En el caso alemán y holandés, la mano pública influye solamente sobre la renta de los médicos. La relación entre las organizaciones médicas y el Estado está institucionalizada y la protección de la economía está asegurada. La cuestión de mantener vivas las libertades profesionales de los médicos garantiza una mayor eficacia del servicio.

Las asociaciones medicas del Lander, privilegian un modelo consensual de comportamiento y negocian con la administración pública la cual asume el rol de contraparte. El resultado de este complejo proceso de negociación trae consigo mayor confianza y previsibilidad al estilo de administración

El caso Holandés está también fuertemente caracterizado por el corporativismo, y en una medida más alta de aquella observable en Alemania. Por lo que se puede decir que especialmente en Holanda, más que en otra parte del mundo, la clásica definición de autonomía médica es practicada rigurosamente.

Un cuadro totalmente diferente surge cuando entramos en el análisis de los otros cuatro casos europeos.

Podemos confirmar que, si bien Francia exhibe de un modo marcado la dimensión cultural del colectivismo jerárquico, lo hace de una manera extremadamente centralizada en la soberanía, ya que compete exclusivamente al Estado tomar la iniciativa de definir, iniciar e implementar la política económica y social. El carácter altamente burocrático y centralizado de la medicina francesa ha metido en peligro la autonomía de los médicos.

Los términos que mejor describen las actividades asociativas de los médicos franceses son la debilidad y la fragmentación. En conclusión, el sistema francés puede ser descrito como una medicina administrativa: una profesión cuya capacidad de definir y controlar el propio ambiente de trabajo está drásticamente limitado.

España presenta una situación particular, y tal particularidad se atribuye a la transición del régimen autoritario franquista al actual régimen constitucional –

democrático. El punto importante es que España, en largísima medida, la sanción estatal constituyó el crisma de operatividad de la profesión médica, que ha sido nutrida y elevada por el Estado, y por tanto, es fácilmente penetrable por el mismo Estado. La categoría de los médicos ha sido debilitada por la falta de reconocimiento social.

La transición a la democracia ha disminuido la capacidad de la medicina española de jugar un rol autónomo: la explosión del pluralismo político sindical ha fragmentado la estructura de articulación de los intereses médico profesionales. Esta situación ha facilitado la propensión del Estado español a penetrar en lo interno de la profesión. Podemos decir, que por motivos y condiciones diferentes, también la española es una medicina administrativa.

Gran Bretaña ha sido el primer país europeo en instituir un programa universal de sanidad pública fundado sobre el principio de la prestación directa del *Nacional Health Service (NHS)*. El objetivo perseguido de los gobiernos ha sido contener la balanza, objetivo conseguido con suceso. La presencia de médicos de base que tienen el rol de gate – keepers aseguran el buen funcionamiento de la sanidad y la salvaguardia de la balanza. Por otra parte, los médicos ingleses han tenido la capacidad de proteger la autonomía profesional a través de su cohesión, y se han opuesto a la burocratización autoritaria del sistema manteniendo un grado aceptable de autonomía. Se reconoce que en Inglaterra el management del NHS puede ser interpretado como un instrumento que facilita el trabajo de los médicos más que ejercitar controles hacia ellos.

En el transcurso de los últimos años, Suecia gradualmente se ha movido hacia un sistema de erogación de las prestaciones médico – sanitario articulado sobre una pluralidad de casas mutuales públicas y semipúblicas, coordinadas y sostenidas por el gobierno central, a través de un servicio sanitario nacional cuya gestión y financiamiento ha estado en larga parte descentralizado y atribuido a los consejos provinciales de las más grandes municipalidades. Correlativamente, los médicos han tenido que adaptarse a una serie de redimensionamiento de su status y de su capacidad de controlar el ambiente de trabajo.

En los últimos años, la medicina sueca a estado a la defensiva y, en el tiempo, ha perdido muchas de las prerrogativas que tenían precedentemente. Aunque, en la interpretación restrictiva que vimos en el caso inglés, la autonomía clínica ha sido preservada en el caso sueco.

Italia instituyó el *Servizio Sanitario Nazionale (SSN)* en 1978 reemplazando un sistema sanitario articulado sobre una multitud de entes paraestatales y semiprivados. Dentro de este sistema, los médicos italianos han tenido que adaptarse a una

interpretación restrictiva del concepto de autonomía, no sólo en grado de ejercitar controles significativos en el ambiente de trabajo el cual, por otro lado, está extremadamente politizado.

Por último, en el caso Norteamericano, la categoría profesional de los médicos tuvo que hacer frente a diversas medidas: primero, para reducir los costos se adoptaron medidas de control – por parte de las empresas privadas - del comportamiento profesional de los médicos, segundo, se crearon vínculos e incentivos capaces de inducir a la elite médica a modificar sus propios comportamientos a lo mejor de sus capacidades y sus competencias.

Emblemático en este punto de vista es el caso de los *Diagnostic Related Groups*, que ha introducido una variedad de procedimientos, todos centrados en el *peer review*, del control de los pares por los pares. La autoridad gubernativa no ha, de ninguna manera, tomado las decisiones que pudieran ser caracterizadas como reglas autoritarias para aplicarse puntillosamente, al contrario, la mano pública se limitó a definir los objetivos de las políticas sanitarias, mientras su implementación fue confiada a los médicos que tienen la experiencia, la capacidad y los conocimientos técnico – científicos para hacerlo. Por ello las medidas adoptadas, tuvieron por efecto, simplemente cambiar algunos comportamientos.

3. El sistema de financiamiento, el sistema de producción y el sistema de distribución de recursos.

Recurriendo a una distinción general, cada sistema sanitario nacional puede ser entendido como la interacción de tres componentes fundamentales: el sistema de financiamiento, el sistema de producción y el sistema de distribución de recursos. Por otro lado, hay grandes diferencias si la competición abarca un nivel del sistema sanitario más que otros. En Alemania y en los Países Bajos, elementos competitivos son introducidos a nivel del financiamiento; en Suecia y en España la competencia es incentivada entre los proveedores de los servicios sanitarios; en el Reino Unido y en Italia, mecanismos *market-oriented* son los que interesan principalmente a los mecanismos de distribución de los recursos entre financiadores y proveedores.

A partir de los años ochenta, una serie de presiones comunes, han llevado a la mayor parte de los países europeos a meter mano a la reorganización del propio sistema sanitario. Estas presiones han sido de orden económico, tecnológico, social y demográfico. Entre estas, la principal presión, ha sido la de disminuir el gasto.

Sobre todos los objetivos, se diferencia como prioritario, obtener una mayor eficiencia a través del incremento de competitividad del sistema sanitario. De esta manera, todos los gobiernos han adoptado un conjunto de medidas de corto plazo y de intervenciones estructurales a largo plazo. El fin evidente de las medidas adoptadas es desincentivar el consumo de prestaciones no necesarias y aligerar las agencias públicas de algunos gastos descargándolos sobre los privados. La tabla 1 (Ver anexo 1) ejemplifica los diferentes modelos de competencia regulada, los cuales son aplicados por los diferentes países a saber:

El modelo A de competencia entre financiadores, es aplicado en los Países Bajos y en Alemania. En el primer caso, la equidad del sistema estaría garantizada por un fondo central de compensación entre los aseguradores. Si bien los proyectos de reformas se han ido modificando, la idea de la mayor competición entre aseguradores no fue nunca puesta en discusión. A partir de 1992, a los holandeses obligatoriamente inscritos en la aseguración social de enfermedad, cada año, se les concede la elección del fondo de enfermedad. Además del financiamiento del fondo central, los fondos de enfermedad piden a sus propios aseguradores el pago de un "premio nominal". La entidad del premio, que cada fondo fija autónomamente pero que debe ser igual a todos los inscritos, representa, junto con la cualidad de los servicios ofrecidos, el principal elemento de competición entre los fondos.

El sistema sanitario alemán, en los últimos años, ha sido intervenido por varios legisladores para ser modificado. El principal cambio estructural se dirigió a crear una mayor competencia entre los aseguradores, el cual entró en vigor a partir de 1996. La *Srukturereform*, aprobada en 1993, garantiza a la mayoría de los alemanes la libertad de elegir la caja de enfermedades en la cual asegurarse. Actualmente la competición entre las cajas para atraer nuevos inscritos se juega en términos de la diferenciación de la cuota contributiva o del paquete de servicios que ofrece. El efecto más evidente de la reforma estructural de 1993 ha consistido en la reducción del número de las cajas de enfermedad operativas en el territorio nacional: en 1993 eran 1200 mientras que en el 2002 eran 420.

El modelo B de competencia entre productores, es aplicado en Suecia y España. En Suecia, los diversos gobiernos han aplicado varias medidas de reforma poniéndose de acuerdo en implementar medidas que favorezcan la libertad de elección de los pacientes. Actualmente están en libertad de elegir tanto al médico de familia como al hospital. La norma de la libertad de práctica médica a determinado un aumento de los médicos privados. Finalmente, el sistema sueco, es un sistema altamente regulado y

de fuerte carácter público, no obstante, está creciendo el rol de los proveedores privados.

En España, siete regiones gozan de la total autonomía sanitaria, mientras que las diez restantes, están dirigidas directamente por el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD).

Para contribuir a la necesidad de mayor competición en sanidad se aplican las reformas del *Abril Report* (1991) y el "*contratos – programa*" (1993). Tales contratos consisten en un acuerdo financiero que incorporan objetivos de producción a través de los cuales las agencias públicas negocian cada año con varios proveedores el volumen, el precio y la calidad de los servicios a dar. A fin de favorecer la competición entre proveedores públicos y privados, fue aprobada la conversión de los hospitales públicos en fundaciones (1998).

El objetivo de estas medidas era conceder a los *manager* hospitalarios flexibilidad en la gestión del personal y en la compra a los proveedores. Estas reformas han encontrado numerosos obstáculos en la fase de implementación, y la competencia a nivel de producción sigue siendo baja, por lo que podemos concluir diciendo que la medicina española continúa siendo una medicina administrativa.

El modelo C de competencia a nivel de mecanismo de distribución es adoptado por el Reino Unido e Italia. En el Reino Unido, la reforma conservadora (Thatcher 1990) apuntaba a la creación del mercado interno haciendo de la competición la propia bandera, y la reforma laborista (1997) ha puesto el acento en la cooperación y la integración de los diversos componentes del sistema sanitario.

El modelo del mercado interno fue introducido por el gobierno conservador a través de la "*NHS and Community Care Act*" (DHAs) de 1990. El mercado interno no contribuyó al aumento de la calidad, y a los pacientes no se les garantizó una mayor libertad de elección de los proveedores. Los costos administrativos del sistema fueron incrementados como también ha aumentado la insatisfacción de los ciudadanos.

La contrarreforma del gobierno de Blair, ha puesto un freno al desarrollo del mercado interno, conservando la separación entre entes territoriales y hospitales; el instituto más original de los introducidos por el gobierno conservador, el *fund holding*, fue abolido. La reforma de la sanidad proponía un aumento en la inversión en la sanidad de 1,5 millones de libras para modernizar el sistema y acercar y facilitar el acceso a la asistencia sanitaria a toda la población. La autoridad sanitaria territorial ha englobado a los médicos de base y fueron transformados, después de una fase de transición, en *Primary Care Trust*.

En caso italiano, la reforma sanitaria de 1978 sentó las bases de un sistema público de salud universal, donde el Estado proporciona atención sanitaria gratuita en condiciones de igualdad para todos los residentes. La arquitectura de este modelo es descentralizada a partir de las 21 regiones que forman el mapa italiano y de aseguramiento obligatorio a través del Servicio Sanitario Nacional (SSN).

La reforma del SSN de 1993 pretendió introducir una suerte de competencia entre los proveedores de servicios sanitarios con el fin de asegurar cierta libertad de elección a los pacientes. De este modo se redujo el número de unidades locales de salud y se transformaron en empresas públicas sanitarias locales (Aziende Sanitarie Locali, ASL), con criterios de gestión del sector privado y balance presupuestario. Asimismo se incluyeron nuevos métodos financieros permitiendo a los pacientes elegir entre los distintos proveedores de servicios, tanto públicos como privados.

Junto a la privatización de parte de los servicios sanitarios se ha profundizado la descentralización del sistema otorgando por la ley (en 1992 y 1993) mayores competencias y funciones a las regiones, hasta crear una red de 21 sistemas regionales de salud. No obstante esto, la Autoridad Antimonopolio de Italia, constató en 1998 que la competencia entre el SSN y la empresa privada era todavía limitada. Por otra parte, si bien la intención ha sido introducir una reforma de acuerdo al modelo descrito, las diversas interpretaciones se enfocan en que el paciente sigue siendo el actor menos significativo del sistema.

Los datos presentados muestran las marcadas diferencias entre las diversas intervenciones de reforma adoptadas en varios países. La cuestión es que las intervenciones de *policy* han intentado introducir más mercado en la sanidad, lo que no significa que las diversas medidas adoptadas por los diversos países sean siempre similares. Entre los diversos países hay, por el contrario, profundas diferencias, que las recientes reformas han contribuido a preservar, y en algunos casos a acentuar.

Un caso que se distingue de los ejemplificados es el de Estados Unidos, y recae principalmente en la modalidad de intervención. Esta diferencia es básicamente cultural.

Con el aumento de las diferencias sociales, y correlativamente, la disminución de la probabilidad que el mercado fuese el garante de una aceptable combinación de los intereses y las expectativas, presiones organizadas de intervención pública interrumpen en la arena política de los países occidentales. Las respuestas en Europa y Estados Unidos han sido muy diferentes. En el viejo continente la tendencia fue claramente hacia el universalismo, hacia la solidaridad, por el contrario en Estados Unidos, la preferencia ha sido siempre la del particularismo, es decir a favor del *“cash*

transfer” que determina la base exclusivamente económica y financiera de su medicina.

Así, Estados Unidos ha dejado gran parte de la sanidad en manos del mercado y es recién en 1964 (Presidencia de Jhonson) que se introducen el Medicare y el Medicaid junto al Head Start, y doce años después se puso en marcha la Health Care Financing Administration (HCFA) para gestionar el Medicare y el Medicaid de forma separada de la administración de seguridad social.

4. Conclusiones:

Como hemos visto, el problema que enfrentan los gobiernos es el de crear una estructura que tenga en cuenta las siguientes cuestiones, las cuales en buena medida son incompatibles:

- garantizar un acceso de masa a una medicina de elevado tenor tecnológico – científico
- a una medicina, inconmensurablemente más costosa que aquella de hace 30 o 40 años
- sin degradar ni la calidad ni la eficiencia
- bajo un contexto político – económico que impone el aumento radical de la eficiencia del sistema sanitario disminuyendo los costos.

En este paper hemos tratado de analizar los diferentes sistemas políticos occidentales para ver en tiempo y forma como se ha tratado de resolver el problema. El problema al cual hacemos referencia, se ha afrontado de diversas maneras y la identificación de dos modalidades de intervención, como la introducción de instrumentos de control del comportamiento de los médicos y la aplicación de elementos de competencia en el sistema sanitario, no implica que las formas de intervención sean las mismas.

Lo que si podemos identificar como variables comunes son:

- Hoy, las erogaciones de prestación medico-sanitario constituye un complejo entretendido colectivo por lo cual, si se quiere maximizar la probabilidad de una

funcionalidad adecuada, deben dar al interior, contextos organizativos más o menos formalmente estructurales.

- Hay un acceso de masa a la medicina moderna, que se ha venido verificando en los diversos países analizados, coherentemente con diferentes configuraciones culturales e institucionales de la intervención pública.
- Tales modificaciones del cuadro médico–sanitario, están poniendo en peligro la interpretación de la autonomía médica.

Es posible decir que Estados Unidos dispone de un sistema sanitario que parece mejor estructurado para lograr el acceso de masa a una medicina costosa, y esto es gracias a la tradición americana del pluralismo institucional. Por otra parte, cuando los sistemas políticos europeos han intervenido en la sanidad, lo han hecho de forma monopolística y burocrática, lo que los ha hecho complejos y susceptibles.

Por último, quién logre tener un formato organizativo en grado de garantizar las condiciones operativas compatibles con un correcto despliegue de la profesionalidad médica, será aquella organización que maximice la probabilidad de identificar los errores para su rápida corrección.

Al mismo tiempo, evite la conflictividad entre Estado y grupos de intereses, lo que lleva a la adopción de proyectos de reforma ambiguos y divididos, que terminan por encontrar obstáculos en la fase de implementación; evite también los controles jerárquico – burocráticos y no los controles profesionales.

Por otra parte, la inestabilidad política impide, la formación de políticas controlables y meditadas. Es importante, hacerse de un sistema político con estructuras administrativas modernas, que estén en grado de afrontar la complejidad impuesta por la tecnología y cambie continuamente las propias estructuras para responder a los nuevos problemas.

Este es, a mi entender, el tipo de organización que estará en grado de responder, de manera eficaz y eficiente, al complejo problema de la sanidad.

Anexo 1:

Cada sistema sanitario puede ser entendido como compuesto de tres sistemas:

- 1) el financiamiento
- 2) la producción de los servicios
- 3) los mecanismos de distribución de los recursos entre financiadores y erogadores

Tabla 1 Diversos caminos de reforma:

Modelo	Modo de acción
A - Competencia entre financiadores	Máxima libertad de los usuarios y menor intervención directo de las agencias públicas.
B - Competencia entre productores	El Estado conserva el monopolio del financiamiento, favorece el desarrollo de los erogadores privados y garantiza a los usuarios la libertad de elección de los proveedores.
C - Competencia entre los distribuidores	Gran intervención estatal y reducida libertad de elección de los usuarios.

Bibliografía:

- Freddi, Giorgio. **"Introduzione: cultura política e profesionalità medica"**. pp. 7-47
- Freddi, Giorgio, **"Conclusión: profesionalità medica e racionalità administrativa"**. pp. 429-441
- Toth, Federico. **"Le riforme sanitarie in prospettiva comparata: tre modelli di managed competition."** pp. 1-25

