

Los sistemas sanitarios en Europa (tercera parte)

REINO UNIDO

Población	64,3 millones
Tasa mortalidad infantil estimada	4,3/1.000 nacimientos
Gasto en salud % PIB	9,1%
Esperanza de vida al nacer (años)	81,1 (79,2H/82,9M)
Esperanza de vida +65 años	18,5 H/20,9M
Tasa obesidad	24,7%
Tasa fumadores	20%
Consumo alcohol (litros/capita)	10,6

FRANCIA

Población	65,8 millones
Tasa mortalidad infantil estimada	3,8/1.000 nacimientos
Gasto en salud % PIB	11,6%
Esperanza de vida al nacer (años)	82,2 (79 H/85,6M)
Esperanza de vida +65 años	19,1 H/23,4M
Tasa obesidad	14,5%
Tasa fumadores	24,1%
Consumo alcohol (litros/capita)	11,8

ITALIA

Población	60,7 millones
Tasa mortalidad infantil estimada	3,4/1.000 nacimientos
Gasto en salud % PIB	9,62%
Esperanza de vida al nacer (años)	82,8 (79 H/85,6M)
Esperanza de vida +65 años	18,5 H/22,1M
Tasa obesidad	10,4%
Tasa fumadores	22,1%
Consumo alcohol (litros/capita)	6,1

En el presente artículo analizaremos cómo se organizan en materia de sanidad Francia, Italia y Reino Unido. Con muchos puntos de unión pero con algunas diferencias, los sistemas sanitarios europeos se ven forzados ahora a renovarse para poder sobrevivir a los cambios evidentes de la nueva sociedad.

En 2050 el 37% de la población europea superará los 60 años. Un dato contundente que está empujando a los gobernantes de los países europeos a tomar decisiones para continuar garantizando una sanidad universal, de calidad y lo más eficiente posible.

Precisamente, en la primera parte de este estudio, veíamos como el envejecimiento y el consecuente aumento de las enfermedades crónicas supone el mayor reto para los gobiernos europeos.

Principales características de los modelos sanitarios

	Francia	Italia	Reino Unido
Modelo	SSS	SNS	SNS
Cartera servicios definida nivel central	Sí (positiva)	Sí (positiva)	Sí (negativa)
Modo de provisión predom. en AP	Privada	Pública	Privada
% de Provisión pública en Hospitales	66	81	96
Libertad elección médico AP	Sí	Sí	Sí
Filtro para acceso a especialistas	No	Sí	Sí
Listas de espera como problema político	No	Sí	Sí

Copago pacientes

	Francia	Italia	Reino Unido
Atención primaria	Sí	No	No
Atención espec ambulatoria	Sí	Sí	No
Ingreso hospital	Sí	No	No
Urgencias	Sí	Sí	No
Fármacos con receta	Sí	Sí	Sí

Modelo de remuneración de los médicos

	Francia	Italia	Reino Unido
Médicos atención primaria	Pago por servicio	Capitación	Salario/ Capitación/ Pago por servicio
Especialistas ambulatorios	Pago por servicio	Salario	Salario
Especialistas hospitalarios	Salario	Salario	Salario
Urgencias	Sí	Sí	No
Fármacos con receta	Sí	Sí	Sí

SNS: Sistema Nacional de Salud. SSS: Sistema de Seguridad Social.

FRANCIA

La sanidad en Francia utiliza el modelo Bismarck, con un presupuesto sanitario organizado a través de cajas de seguro de enfermedad de los trabajadores asalariados. Un 75% del financiamiento público proviene de los ingresos e impuestos fiscales. Asimismo, el sistema sanitario también se sustenta por otras fuentes de financiación como la Contribución Social Generalizada (CSG) que se aplica a todos los ingresos, los impuestos y tasas (sobre el capital, productos de inversión, tabaco, alcohol, juego...) y las transferencias de organismos como el fondo de Solidaridad de Vejez o el Fondo Nacional de Solidaridad para la Autonomía y otros productos. La industria farmacéutica también contribuye a través de un impuesto del 1% sobre sus beneficios y tasas por publicidad.

Este sistema está controlado principalmente por el Estado, ya sea a nivel nacional como regional. Las competencias del sistema sanitario se dividen entre el Parlamento y el Gobierno, que definen los presupuestos y el techo de gasto en salud, el Sistema Nacional de Seguridad Social (que compra los servicios) y a un nivel más pequeño las regiones y municipios.

Cobertura asistencial y servicios

El sistema sanitario francés tiene que proporcionar asistencia sanitaria a una población que supera los 60 millones de habitantes. La gran mayoría de servicios se ofrecen mediante médicos autónomos libres, tanto en hospitales privados como en consultas de centros de atención primaria. El paciente paga directamente por el servicio y luego es reembolsado por el seguro de salud, exceptuando los enfermos crónicos y con bajos recursos. Después recuperan parte del sistema de seguro.

Los pacientes pagan además un euro (que se resta del reembolso) por cada visita al médico, prueba de laboratorio y radiografía (hasta un máximo de 4 € al día y 50 € al año y tipo de actividad). En 2008 este pago se extendió a los medicamentos, cuidados auxiliares y transporte sanitario.

Los ingresos hospitalarios están cubiertos en un 80%, las consultas médicas en un 70%, la atención dental al 70%, la analítica al 60% y la farmacia del 15 al 65%. Se excluyen del seguro obligatorio algunas prestaciones como la cirugía cosmética, y además existen algunas limitaciones en la utilización de algunos equipos como la densitometría de cribado o la mamografía de cribado fuera de los periodos estipulados.

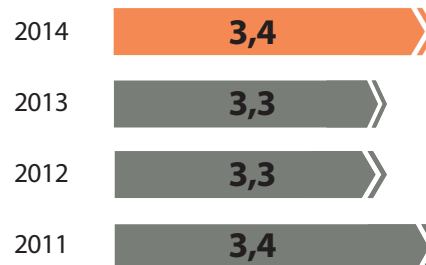
En Francia hay hospitales públicos, privados sin ánimo de lucro y privados con ánimo de lucro. Los públicos constituyen alrededor del ¼ del total y 2/3 de las camas. Los especialistas que trabajan en los hospitales cobran mediante un salario.

En la Atención Primaria, el paciente puede elegir libremente el médico especialista sin tener que pasar el filtro.

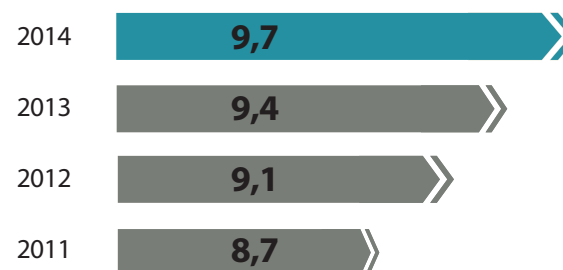
Reformas en los servicios de salud

En Francia, varias organizaciones han puesto en marcha una serie de reformas para los servicios de salud en los hospitales basados en la innovación. Según un informe de Hope (*European Hospital*

NÚMERO DE MÉDICOS (por 1.000 habitantes)



NÚMERO DE ENFERMERAS (por 1.000 habitantes)

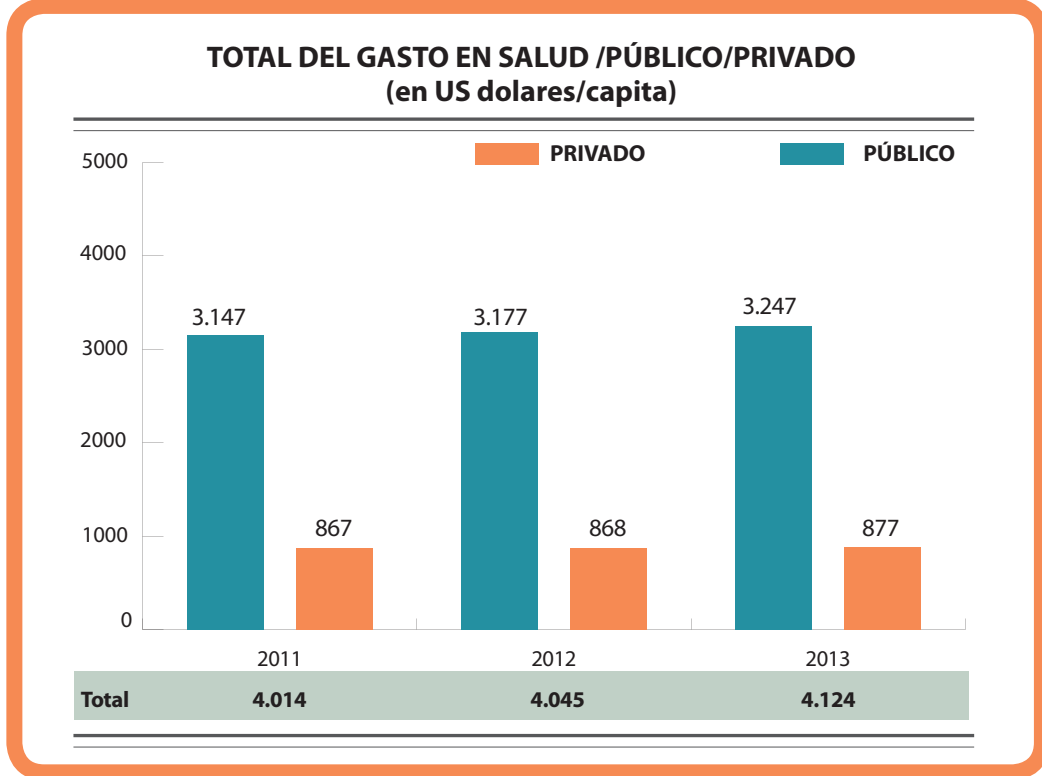
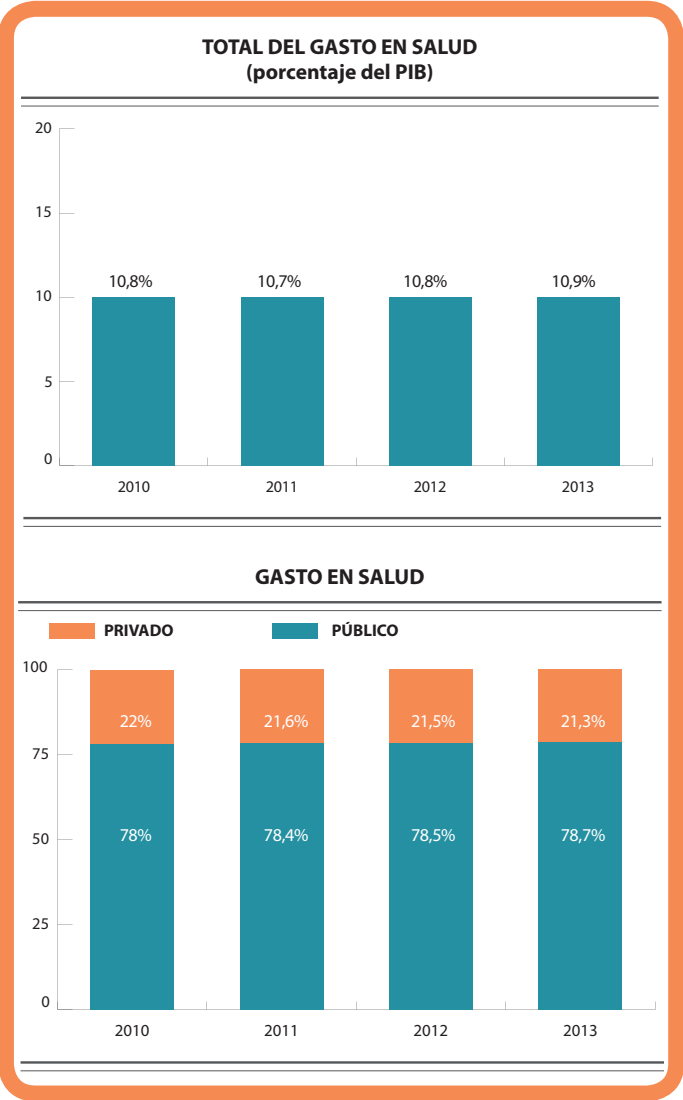


Desde 2005 el paciente abona algunos servicios como radiografías, pruebas al laboratorio, visita al médico. También abona medicamentos, cuidados auxiliares y transporte sanitario

El sistema francés es un sistema sanitario centralizado: estructurado a nivel territorial (regional y departamental), en el que algunas funciones son adoptadas por las autoridades locales

and Healthcare Federation), un primer tipo de innovación es la colaboración entre los hospitales públicos y privados. Un ejemplo de cooperación es UniHA, un sistema de compras centralizadas que involucra a 58 hospitales y AGEPS (Agencia General de Equipamiento y Productos para la Salud) que está creada para apoyar la compra de productos médicos utilizados por 38 hospitales y un *holding* de hospitales de París. Asimismo, la cooperación entre los centros públicos y privados es una práctica muy habitual en Francia: los hospitales públicos comparten con los médicos privados equipos de diagnóstico. Por su parte, también existen iniciativas relativas al cuidado centralizado, consistentes en la unificación de varios departamentos con el mismo órgano o enfermedad. Un ejemplo de esta práctica es el llamado *Pôle Femmes- Mère- Enfant of the Centre Hospitalier* de Niort, que ha fusionado los servicios de ginecología, obstetricia y pediatría. Básicamente, la elección de la descentralización de los servicios de salud se ha dado por la necesidad de reducir los costes que representa la hospitalización. La asistencia en casa es una de las soluciones que utiliza el país galo para reducir estos costes. Por ejemplo, los hospitales ofrecen servicios externos a zonas rurales (Hospital de Roanne en el pueblo de Cours la Ville), que cuenta con un equipo multidisciplinar de profesionales para asistir al paciente en casa, especialmente a los enfermos de Alzheimer.

La cirugía cosmética, los tratamientos termales y otras prestaciones son excluidas del seguro obligatorio



Ofrece una cobertura universal basada en la residencia, a través de un seguro de salud público y para los inmigrantes una cobertura médica universal

ITALIA

Desde 1978, Italia cuenta con un Sistema Nacional de Salud que tiene como objetivo principal ofrecer una cobertura universal y financiación a través de los impuestos.

El servicio sanitario italiano se organiza en tres niveles: gobierno central, gobierno regional y gobierno territorial. El Ministerio de Salud representa el principal órgano gestor y es el encargado de distribuir las funciones, coordinando toda esta cartera. La planificación del Servicio Sanitario Nacional en Italia se concreta con la adopción de un Programa Sanitario Nacional (PSN) elaborado por el Gobierno y propuesto por el Ministerio de Salud. Con una duración trienal, este programa especifica y pone los límites cuantitativos, tipológicos y cualitativos de las varias prestaciones que el SSN tiene que ofrecer para garantizar de una manera uniforme y equitativa entre los varios territorios nacionales. Pero en la planificación sanitaria también las regiones adoptan su propio Plan Sanitario Regional, para conseguir los objetivos y el funcionamiento que garantizan las exigencias específicas de la población regional. De este modo, en Italia, no sólo se considera un único plan de actuación estatal, sino que también existe un plan de política sanitaria regional, que garantiza la participación de las autoridades locales y de las formaciones sociales privadas sin ánimo de lucro, los sindicatos de entes sanitarios públicos y privados y las estructuras privadas acreditados por el servicio sanitario nacional.

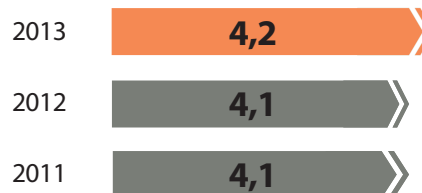
Financiación

La financiación pública de la cartera de sanidad supone en Italia el 75% del gasto. Los seguros privados ejercen un papel pequeño, el 15% de la población tiene este tipo de seguros que fundamentalmente cubren costes no cubiertos por el seguro público y complementan algunos servicios para llegar a cubrir el 100% del coste. Asimismo, algunos costes sanitarios son asumidos directamente por el propio paciente, como procedimientos diagnósticos, medicamentos, visitas al especialista o uso innecesario de las emergencias.

El gasto sanitario en Italia ha disminuido en los últimos años como en la mayoría de los países de la UE, tras la aplicación de políticas de austeridad. Asimismo, la reducción del gasto farmacéutico también ha contribuido al descenso del gasto sanitario. Entre 2008 y 2012, el gasto en medicamentos ha bajado el 14% en términos reales. Algunas de sus causas son la reducción de los márgenes para los mayoristas y farmacias, la reducción de precios de los genéricos sobre una base de sistema de precios de referencia. La cuota en Italia de los genéricos ha aumentado del 6% en 2008 al 9% en 2012.

El acceso a la atención primaria permite la libre elección del médico, quien ejerce una labor de agencia para el acceso al resto del sistema. En la Atención Primaria, los médicos y pediatras pueden elegir trabajar a tiempo parcial o completo para el SNS y al mismo tiempo pueden atender a centros privados. Son pagados por un sistema de remuneración caputivo. Los proveedores de los hospitales son una mezcla de hospitales públicos y privados

NÚMERO DE MÉDICOS (por 1.000 habitantes)



NÚMERO DE ENFERMERAS (por 1.000 habitantes)



En Italia existen tres categorías principales de reembolso de medicamentos a través de la Agencia Italiana de medicamentos

Los servicios esenciales de asistencia sanitaria, denominados LEA, incluyen un listado positivo y negativo con las prestaciones que cubre el sistema sanitario italiano y las que se excluyen de dicha cobertura

El acceso a la atención primaria permite la libre elección del médico, quien ejerce una labor de agencia para el acceso al resto del sistema

concertados. Y en cuanto a los especialistas extrahospitalarios, los proveedores llegan a través de la ASL (Agencia Sanitaria Local) o sistemas públicos y privados contratados por las ASL. Los médicos especialistas tanto ambulatorios como en hospitales cobran un salario.

Catálogo básico de prestaciones (LEA)

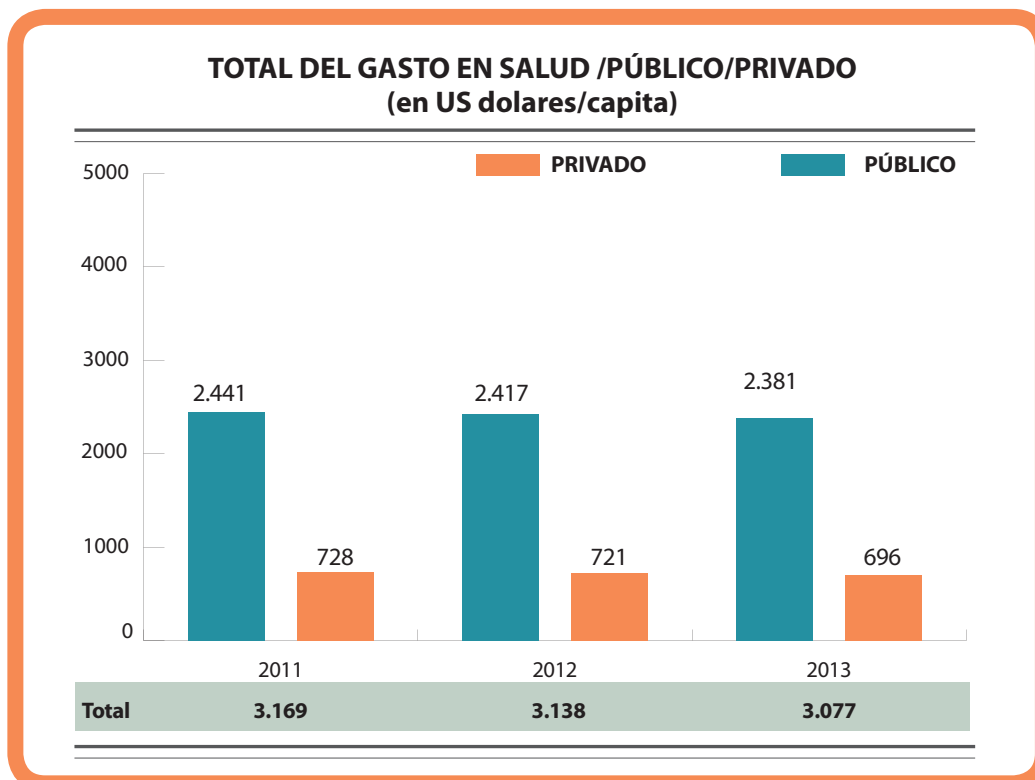
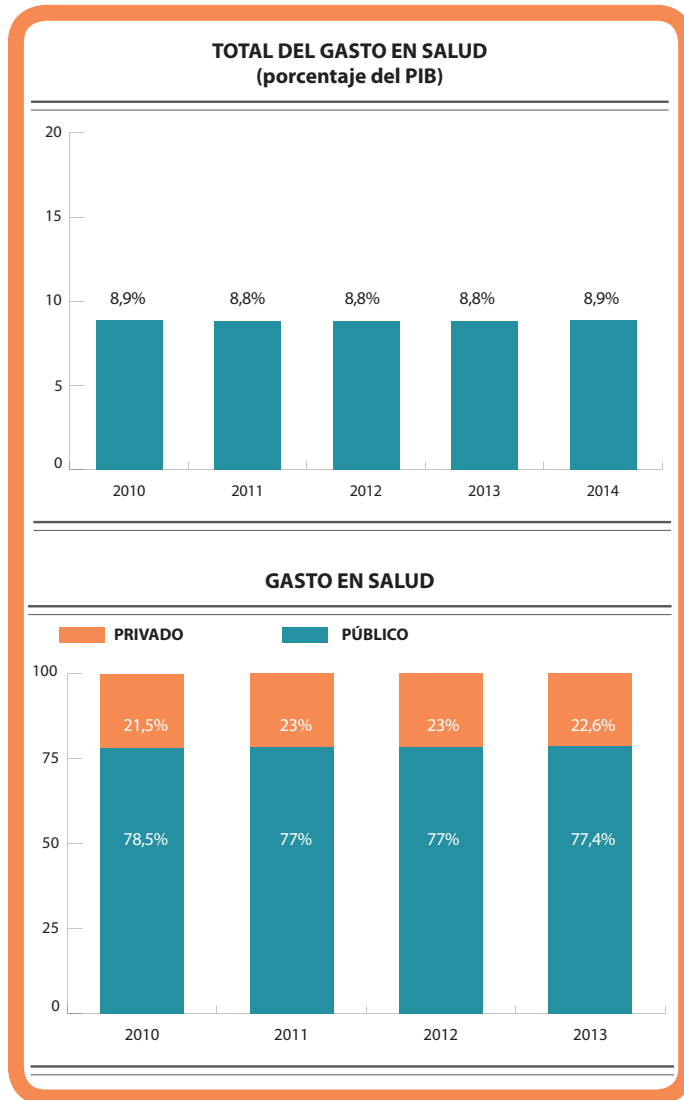
Los servicios esenciales de asistencia sanitaria, denominados LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), incluyen un listado positivo y negativo con las prestaciones que cubre el sistema sanitario italiano y las que se excluyen de dicha cobertura. De forma independiente, las regiones pueden ofertar prestaciones no incluidos en los LEAs pero asumiendo su financiación. Los LEA se organizan en tres grandes áreas: la asistencia sanitaria colectiva; la asistencia territorial y la asistencia hospitalaria.

En el catálogo básico y prestaciones en poblaciones específicas como los niños hasta 16 años, los discapacitados o los enfermos de VIH, se incluye la atención dental. En cambio están excluidas prestaciones como la cirugía cosmética, la circuncisión ritual, la ortodoncia, etc.

En cuanto a medicamentos, en Italia existen tres categorías principales de reembolso de medicamentos a través de la Agencia Italiana de medicamentos. El grupo A (medicamentos para enfermedades graves y crónicas. Reembolso 100%). El grupo C: medicamentos que no se reembolsan. Y el grupo H (medicamentos de uso solo hospitalario).

Reforma del copago

El Senado y el Congreso de los Diputados aprobaron el año pasado una serie de medidas encaminadas a equilibrar los presupuestos sanitarios y ahorrar 5.000 millones de euros de esta cartera.



De este modo, se introdujeron una serie de copagos sanitarios como el pago de 10 euros por visita al especialista, o el abono de 25 euros en el caso de los ingresos en urgencia de poca gravedad. Estas medidas han sido muy polémicas en el país de la bota porque introducen unos incrementos muy desorbitados como los 46 euros que cuestan los análisis de sangre. Desde 1978, los ciudadanos ya pagaban por determinados servicios sanitarios, por ejemplo, un electrocardiograma tenía un coste de 11 euros, o un examen pulmonar costaba 12,97 euros.

REINO UNIDO

El sistema de salud británico, el National Health Service (NHS), es financiado por los impuestos generales nacionales, con un limitado papel de otros seguros. Los cuatro países que integran el Reino Unido funcionan de forma independiente con su propio sistema sanitario de salud. El Departamento de Salud de los cuatro países gestiona su propio presupuesto. En Inglaterra, por ejemplo, se destina un 85% a la Atención Primaria en base a una fórmula ponderada que incluye capitación y resultados de diversos indicadores cumplidos por las organizaciones de AP (152 Primary Care Trusts). Por su parte, las aseguradoras privadas cubren el 12% de la población inglesa. En Reino Unido también existe el copago para los medicamentos extrahospitalares, aunque hay excepciones (niños, personas con bajos ingresos, mayores de 60 años y personas con enfermedades crónicas).

Por último, los proveedores del sistema sanitario, los denominados TRUSTs (hospitales o unidades autogobernadas dentro del NHS dirigidos por un consejo administrativo sin dependencia de otras autoridades de distrito o regionales), compran sus servicios a los hospitales públicos y médicos privados autoempleados. A los médicos de la Atención Primaria se les paga mediante una combinación de salario, capitación y desempeño de servicios. Por su parte, los especialistas de hospital y ambulatorios reciben un salario.

Cartera de servicios

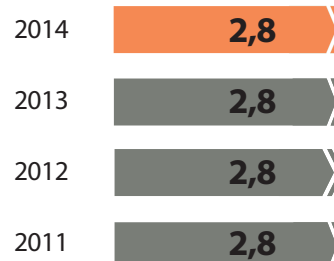
El acceso a la Atención Primaria permite la libre elección del médico, y en la atención especializada los pacientes pueden elegir hospital entre una lista ofrecida por su médico de AP. En el Reino Unido no hay una cartera de servicios como tal. Según la Ley Nacional de Sanidad de 1977 se deben proporcionar los servicios sanitarios "razonablemente necesarios". En 2009, una nueva Ley de Sanidad expone el derecho de acceso a la atención sanitaria gratuita, con excepciones limitadas acordadas por el Parlamento británico, y a recibir los tratamientos recomendados por NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence), quien emite recomendaciones clínicas y sobre el uso de tecnologías sanitarias que tienen carácter obligatorio para todo el SNS.

Los servicios que no están cubiertos por el NHS son los fármacos de venta sin receta, los servicios oftalmológicos y los servicios sociales, con exenciones y precios reducidos en función de las rentas en algunos casos. La prestación farmacéutica y algunos servicios como los cuidados dentales se incluyen mediante copago.

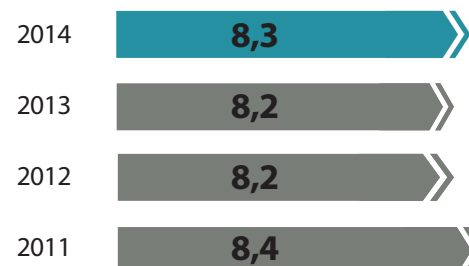
Reducción gasto farmacéutico

El Reino Unido ha optado como en muchos países de Europa por reducir el gasto farmacéutico con la venta de genéricos. Estos fármacos han pasado de tener una cuota de mercado de dos tercios, en el año 2000, a tres cuartos en 2011, el mayor porcentaje de los países OECD. Sin embargo, el consumo de algunos tipos de medicamentos prescritos por el médico como antidepresivos y antibióticos ha aumentado de forma significativa en este país, así como en otros territorios europeos.

NÚMERO DE MÉDICOS (por 1.000 habitantes)



NÚMERO DE ENFERMERAS (por 1.000 habitantes)

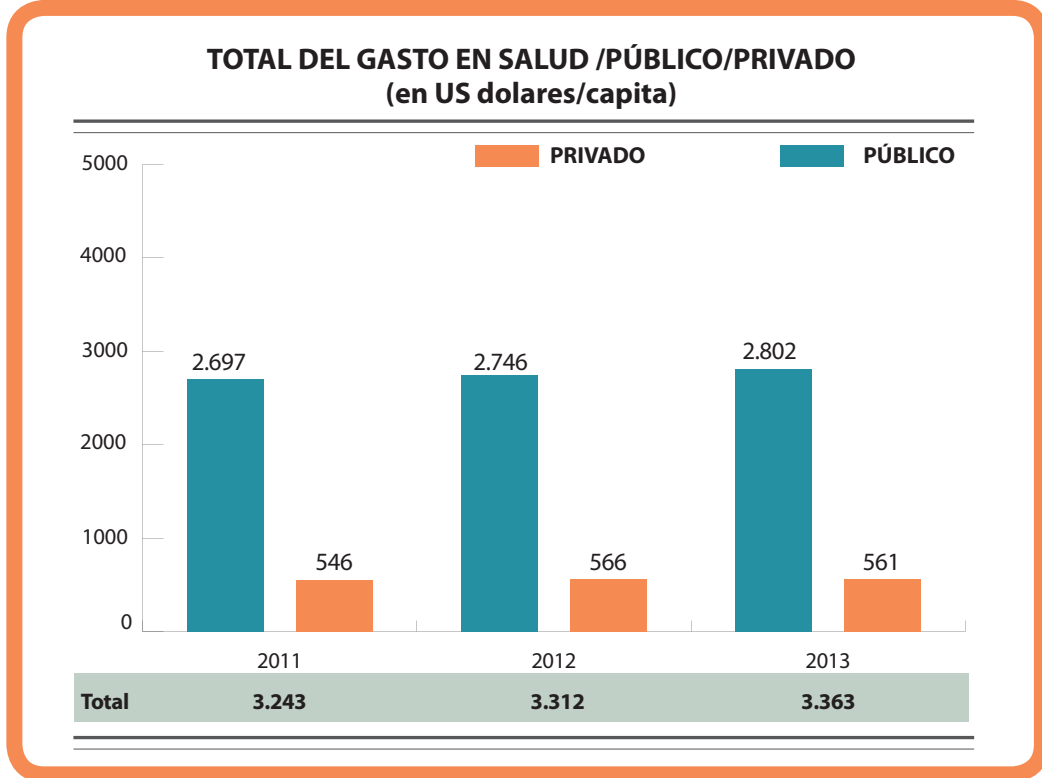
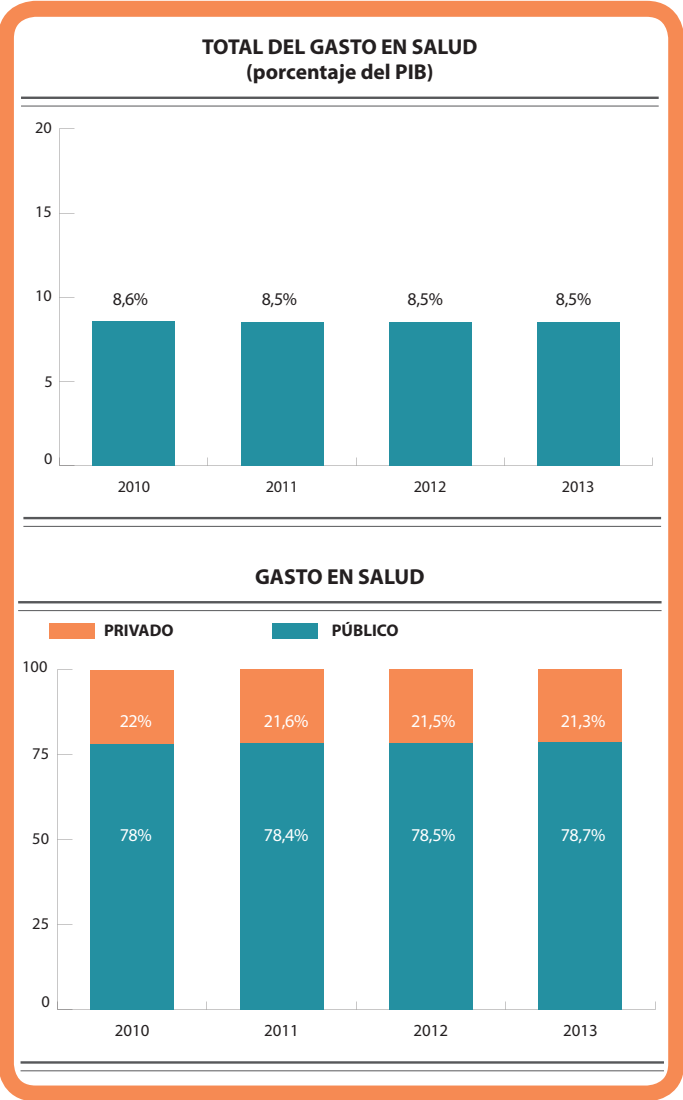


En los últimos años se han incrementado muy significativamente los tiempos de espera en los hospitales y centros de Reino Unido, creando una crispación generalizada entre la población. En los últimos años, el gobierno británico también ha ido subiendo paulatinamente el copago en farmacia con topes cuatrimestrales o anuales. Además, otra de las medidas tomadas por el gobierno ha sido la supresión de la gratuidad del transporte sanitario.

La Ley de Atención Social 2012

La *Health and Social Care Act* fue aprobada por el Gobierno conservador de David Cameron en 2012 y entró en vigor el 1 de abril de 2013. Se trata de una ley de reforma de la sanidad pública que ha causado mucha polémica en este país puesto que abre la puerta al sector privado. Entre los aspectos que contempla esta ley se encuentra el establecimiento de un Consejo inde-

Los servicios que no están cubiertos por el NHS son los fármacos de venta sin receta, los servicios oftalmológicos y los servicios sociales, con exenciones y precios reducidos en función de las rentas en algunos casos



pendiente del SNS con el fin de asignar recursos y proveer una comisión de orientación. Además esta ley da vía libre a que las instalaciones del NHS sean utilizadas por el sector de salud privado. La Ley de Atención Social británica pretende conseguir un ahorro de 4.500 millones de libras. Es decir, esta ley abre la posibilidad de compra de servicios sanitarios por parte de los médicos de AP, que a su vez, pueden formar parte del accionariado (GP fund holdings). +

Fuente: OECD