



Historia y Desarrollo del Servicio Nacional de Sanidad del Reino Unido 1948 - 1999

The Health Systems Resource Centre is managed for the UK Department for International Development by the Institute for Health Sector Development

1 Abreviaturas

A & E Servicio de urgencias

BMA Asociación Británica de Médicos Colegiados

CHI Comisión para la mejora de la Salud

DHA Dirección de Sanidad de Distrito

DMU Unidad Gestionada Directamente

DPH Director de Salud Pública

FHSA Dirección de Servicios de Salud para la Familia

GP Médicos de Familia

GPFH Médicos de Familia "Fundholder"- (Médicos de familia gestores - que gestionan su propio presupuesto)

HA Dirección de Sanidad

HImP Programa para la mejora de la salud

HoN La Salud de la Nación

NHS Sistema Nacional de Salud

NICE Instituto Nacional para la Efectividad Clínica

OHN Nuestra Nación más saludable

PAM Profesión vinculada a la medicina

PCG Grupo de Atención Primaria

PCT Entidades de Atención Primaria

R & D Investigación y Desarrollo

RAWP Grupo de Trabajo para la Asignación de Recursos

2 Introducción

Desde 1991 el sistema nacional de salud (NHS) del Reino Unido ha experimentado algunas de las más radicales reformas desde su creación, en 1948, como un servicio público integral. A pesar de su magnitud, las reformas han mantenido el principio fundamental de la asistencia médica gratuita para el usuario. Sin embargo y debido al incremento de la demanda y de los costes, se está empezando a cuestionar cada vez más la capacidad del sistema para proporcionar una cobertura total. Este documento describe brevemente la historia del NHS, lo que puede ayudarnos a entender mejor porqué tuvieron lugar estas reformas, qué nos han enseñando y cómo se están desarrollando los planes actuales.

Figura 1: Fechas claves en la evolución del NHS

- 1946 Ley del Servicio Nacional de Salud
- 1948 El NHS se inaugura el 5 de julio
- 1967 Carta del Médico de Familia (Documento de Derechos e Obligaciones del Médico de Familia)
- 1974 Reorganización Importante. Se crean distintos niveles de administración por “área” (regional, de zona, de distrito). Las autoridades municipales transfieren sus competencias al NHS en materia de salud pública.
- 1976 Se inicia el RAWP (grupo de trabajo para la asignación de recursos) que subsiste hasta 1991 (el RAWP aplica datos de mortalidad a poblaciones regionales ponderadas con el fin de asignar de forma equitativa los fondos a cada una de estas regiones)
- 1982 Desaparecen las direcciones por “área”
- 1984 Se introduce el principio de Dirección General

- 1987 Se introduce un nuevo sistema de pago a médicos de familia que pretendía incrementar la actividad en promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- 1988 Revisión importante del papel de la Salud Pública
- 1989 *Working for Patients* (“*Trabajando para los pacientes*”) explica las grandes reformas previstas para la introducción de un mercado interno en la asistencia médica pública del Reino Unido.
“Caring for Patients” (“*Asistencia a los pacientes*”) fomenta la asistencia médica desde la comunidad
- 1991 Entran en vigor las reformas de *“Working for Patients”* (“*Trabajando para los Pacientes*”). Se publica *“Patient’s Charter”* (*Documento sobre derechos y obligaciones de los Pacientes*) y *“Health of the Nation”* (*La Salud de la Nación*).
- 1992 Informe Tomlinson sobre la asistencia médica en Londres
- 1996 Fusión de las DHAs y FHSAs; desaparecen las Direcciones De Salud Regionales (Regional Health Authorities)
- 1998 *“The New NHS: Modern-Dependable”* (*el nuevo NHS Moderno-Fiable*) plantea propuestas para nuevas reformas. Se publica *“A First Class Service: Quality in the new NHS”* (“*Un Servicio de primera clase: Calidad en el nuevo NHS*”) perfilando una estructura para la mejora de la calidad en la prestación de servicios.
- 1999 Se publica el Proyecto de Ley (White paper) *“Saving lives; Our Healthier Nation”* (“*Salvando vidas; Nuestra nación más saludable*”), la nueva estrategia nacional para la salud.

3 Orígenes y Creación del NHS

Desde hace 400 años ha existido cierta forma de provisión de asistencia médica y social en Inglaterra. Históricamente, los pobres, enfermos y ancianos recibían

asistencia de las órdenes religiosas, concretamente de los monasterios. En 1543, el rey Enrique VIII crea la nueva Iglesia de Inglaterra (para poder legitimar su segundo matrimonio con Ana Bolena) y se proclama su dirigente. Consecuentemente, la Iglesia Católica excomulga a Inglaterra y el rey a cambio decide disolver los monasterios, eliminando así la principal fuente de cuidados para la población más vulnerable.

Durante los siguientes 50 años, se fueron introduciendo medidas que pretendían asegurar alguna forma de apoyo para la población más vulnerable. En 1601, bajo el reinado de la reina Isabel I, estas medidas fueron recogidas en la primera **Ley de los Pobres**. Esta ley establecía hospicios para atender a los pobres y enfermos, así como un sistema de "alivio en la calle" que a su vez proporcionaba una especie de subsidio para apoyar a la gente pobre en sus domicilios.

Hasta el siglo XIX, esta ley fue la principal fuente de asistencia prestada por el estado. Para entonces, las actitudes hacia los pobres habían cambiado y muchos pensaban que los hospicios proporcionaban una asistencia demasiado benévola. La 'ayuda a domicilio' desapareció y se establecieron austeros asilos que proporcionaban alojamiento a pobres, huérfanos y ancianos.

A pesar de que, en teoría, se esperaba que esos grupos fuesen atendidos por separado, en la práctica esto no sucedió jamás, alojándose todos juntos en grandes instituciones. Hacia finales del siglo diecinueve, se construyeron edificios anexos para alojar a estos enfermos. La asistencia era muy básica y a menudo proporcionada por voluntarios sin experiencia. Ya entonces, Florence Nightingale, entre otras, destacó las atroces condiciones en las que vivían.

A medida que el conocimiento de la base anatómica y patológica de la enfermedad fue mejorando, otras instituciones empezaron a prestar asistencia médica. Las Instituciones locales y municipales establecieron hospitales de **enfermedades**

infecciosas y otros centros, separados, para **enfermos y discapacitados mentales**. Se establecieron además, muchos “hospitales voluntarios”, dirigidos por un Consejo de Administración. La asistencia médica era prestada por especialistas que acudían a estos centros pero que indudablemente tenían su práctica privada en cualquier otro lugar. Por motivos económicos, estos hospitales tendían a centrarse en la atención a pacientes con problemas relativamente graves que no precisaban de largas estancias.

Mientras tanto, los servicios de asistencia primaria y comunitaria se fueron desarrollando bastante independientemente de los hospitales. La atención comunitaria, incluyendo la atención a domicilio junto con la salud pública y ambiental, siempre había sido competencia de las Instituciones Locales. Sin embargo, a principios del siglo veinte, se inicia la financiación y provisión de los servicios de medicina de familia a través de planes de seguros. En 1911, el gobierno, bajo el control de Lloyd George, amplió el plan de seguros para poder incluir a todos los hombres trabajadores, permitiéndoles escoger un médico de familia de un ‘panel’ de médicos locales. Aunque este **‘sistema de panel’** no proporcionaba cobertura a toda la familia o a los miembros dependientes de ella, supuso una diferencia considerable para una gran parte de los pobres, al otorgarles el derecho a una asistencia médica gratuita, financiada por el gobierno.

En 1938 tuvo lugar el primer paso en la creación de un servicio nacional de salud. La guerra inminente obligó al gobierno a establecer un **Servicio Médico de Urgencias**. Ante la previsión de tener que atender una gran demanda de urgencias, se registraron los diferentes hospitales que eran dirigidos desde una oficina central. Al final de la segunda guerra mundial, ya se había establecido el concepto de un servicio hospitalario integrado y financiado por el estado. En 1948, el recién elegido gobierno laborista creó el **Sistema Nacional de Salud** (NHS). Este sistema formaba parte de una serie de reformas de bienestar social concebidas para garantizar niveles básicos de seguridad social y bienestar personal. Por primera

vez, el gobierno británico asumía la responsabilidad de la provisión de un extenso servicio preventivo y curativo para toda la población.

Los principios fundamentales que sostenían el NHS eran y siguen siendo la financiación de los servicios principalmente a través de impuestos generales, su carácter gratuito, su amplia cobertura y accesibilidad para todos, independientemente de su situación económica. A pesar de que, paralelamente al NHS, siempre ha existido un sistema de salud privado, reducido pero importante, que ha actuado según el estado económico del país, la población británica ha estado recibiendo durante casi cincuenta años una asistencia médica por la que no ha tenido que pagar directamente.

La estructura del nuevo servicio hizo eco de sus orígenes dispares y las divisiones artificiales entre los distintos elementos persistieron durante muchos años. Existían tres grupos importantes¹:

- **Hospitales estatales (nacionalizados)**

Los hospitales, que anteriormente estaban dirigidos por las Instituciones Municipales y organizaciones voluntarias de beneficencia, pasaron a ser competencia de las Direcciones Regionales de Hospitales (Regional Hospitals Board). Las competencias en el ámbito local, fueron delegadas a los Comités de Gestión Hospitalaria (Hospital Management Committees). Las especialidades agudas retuvieron su alto estatus tradicional en comparación con los servicios para ancianos y enfermos mentales que mantenían un status inferior. Hasta principios de los años 90, la asistencia a enfermos de larga estancia se proporcionaba en grandes instituciones impersonales. Hace relativamente poco que la atención hospitalaria a ancianos y enfermos mentales se ha integrado con otros tipos de atención hospitalaria.

- **Red nacional de médicos de familia**

Se sustituyó el sistema de panel por una red de médicos de familia. La atención primaria estaba a cargo de esta red de médicos, cuyos honorarios se fijaban y pagaban a nivel nacional. Los médicos de familia eran además “guardianes” de la entrada a otros niveles asistenciales, derivando pacientes, por ejemplo al nivel hospitalario, si lo consideraban necesario. Los servicios de atención primaria eran gestionados por los Consejos Ejecutivos y financiados directamente por el Ministerio de Sanidad.

- **Servicios de salud comunitarios y atención a domicilio**

Servicios como, por ejemplo, *enfermería domiciliaria*, *salud pública y ambiental* y *promoción de la salud / prevención de la enfermedad*, continuaron siendo dirigidos por la Administración Local electa, que a su vez era también responsable de vivienda, caminos y enseñanza.

A pesar de que estos tres grupos eran financiados por el gobierno central, cada uno tenía su propia administración. A lo largo de la historia del NHS, esta división inicial de las diferentes funciones entre diversas organizaciones estatutarias, ha supuesto un problema para la prestación integral y coordinada de los servicios. Hace relativamente poco tiempo que el NHS se ha hecho responsable de la prestación y coordinación de estos servicios. Sin embargo, funciones tales como los servicios sociales individualizados, la asistencia socio sanitaria para la mayoría de los ancianos y la competencia en medio ambiente, viviendas, caminos, enseñanza y paro (de importancia fundamental para la salud general) han permanecido en manos del gobierno local y central. Intentos repetidos de crear un enfoque más homogéneo sobre la política social en general, y la sanidad en particular, no han tenido mucho éxito. El nuevo gobierno (elegido en mayo de 1997) lanzó un programa importante, bajo el nombre de “gobierno unido”. En términos de salud este concepto hace referencia a la acción coordinada de todos estos grupos (cuyas actividades tienen un impacto en salud) y de aquellos que proporcionan la asistencia médica.

La creación del NHS dividió la profesión médica en personal asalariado (especialistas médicos residentes) y contratistas externos (médicos de familia y la mayoría de los dentistas). Los médicos especialistas también tenían la libertad de trabajar en el sector privado, gracias a contratos a tiempo parcial con el NHS. En resumen, esta distinción ha seguido teniendo importancia a pesar del paso del tiempo, en el mejor de los casos realiza un uso eficaz de los conocimientos de los diferentes especialistas médicos y en el peor de los casos crea una lucha por el control del poder.

4 Los años 50: Control y Dominio

Tras haber creado un enorme sector de salud nacionalizado, varios gobiernos empezaron a analizar en su momento, cómo podían organizarse los servicios de una forma más eficiente. El sistema de gestión que predominaba en los hospitales era del tipo 'dominio y control', lo que reflejaba el sistema de atención prevalente durante los años de la guerra, con el envío de instrucciones desde el gobierno central a los consejos de administración de cada hospital. Los servicios comunitarios tenían un sistema parecido, con la diferencia de que en este caso estaban dirigidos por las autoridades locales electas. Por el contrario, los médicos de familia eran contratistas externos y no tenían por qué ser "gestionados" de la misma manera, aunque pudiese ejercerse cierto control sobre ellos a través de un sistema centralizado de contratación de servicios. Debido a estas diferencias, el énfasis por el cambio se centró en los hospitales, donde sí podía ejercerse una influencia más directa.

Desde 1948 persistía, en general, una administración hospitalaria con tres áreas de responsabilidad y varias combinaciones de gestión médica y de enfermería². Por entonces, los hospitales eran dirigidos por un superintendente médico, una supervisora o jefe de enfermería y un administrador no médico. La administración intentaba conseguir que los hospitales fuesen edificios limpios y que dispusiesen de un buen suministro y de un buen mantenimiento. Dicha administración no estaba obligada a asegurar un funcionamiento eficaz de estos hospitales, ni a cuestionar la práctica médica o de enfermería, a menos que algo funcionara mal.

Un informe publicado en 1956³ manifestó la preocupación existente sobre muchos temas que aún en los años 90 nos son familiares. Estas preocupaciones incluían:

- Las tendencias cambiantes en la salud y enfermedad
- La importancia de la prevención de enfermedades

- La necesidad de que los médicos de familia y los hospitales trabajasen conjuntamente
- La necesidad de que existiese una adecuada prestación de servicios domiciliarios para ancianos
- La cuestión de sí, en la práctica, el NHS podría ser capaz de satisfacer cualquier demanda, clínicamente justificada.

A pesar de estas preocupaciones - todas ellas variaciones del peligro de una demanda que excediese la capacidad de provisión de asistencia médica - se rechazó la necesidad de una fórmula para la asignación de recursos a nivel nacional. En otras palabras, la asignación de fondos entre las regiones no se determinaba por medio de un sistema centralizado, sino que los hospitales se financiaban según presupuestos históricos (sobre lo que se había gastado el año anterior), independientemente de su utilización y demanda. Tuvieron que pasar 20 años para que el problema de los presupuestos históricos fuese tratado seriamente.

5 Los años 60: Desarrollo/Ampliación/Expansión

Los años 60 fueron una década de rápida expansión tanto en nuevos edificios, como en tecnología y en beneficios para el sistema de salud con un boom en la construcción de nuevos hospitales. La planificación de la sanidad se centró en un proyecto para la adquisición de bienes. El 'Plan hospitalario para Inglaterra y Gales'⁴ (Hospital Plan for England and Wales) marcó las 'normas' - el número de camas por cada 1000 habitantes- utilizando las 14 direcciones de salud regionales como base para la planificación y construcción de nuevos hospitales.

Se definieron, centralmente, los servicios de los que debían disponer los Hospitales Generales de Distrito. Todos ellos debían disponer de servicios de urgencias y consultas externas con especialistas en cirugía y en medicina interna⁵. Se incluyeron los servicios para ancianos y enfermos mentales, y los hospitales de una única especialidad fueron perdiendo prestigio.

El concepto de Hospital General de Distrito incluía la prestación de servicios a la población local, de una manera amplia y bien organizada. Únicamente aquellos pacientes que necesitaban cierta atención especializada, debían desplazarse hasta los Hospitales Regionales donde disponían de especialidades como cardiología y neurocirugía, por ejemplo. En la práctica, estos centros regionales se desarrollaron en torno a Hospitales Universitarios, lo que supuso una distorsión de la distribución de especialidades, principalmente en Londres y otras grandes ciudades.

A pesar de ya existir los primeros indicios de una orientación de los servicios de salud hacia la población, persistían algunos obstáculos, como por ejemplo:

- La financiación de los hospitales todavía estaba basada en el gasto histórico, sin estar vinculada al tamaño de la población

- Los médicos de familia podían, teóricamente, remitir sus pacientes a cualquier centro
- Los servicios comunitarios continuaban siendo gestionados por las instituciones locales

La segunda cuestión importante en los años 60 fue el desarrollo de la estructura profesional de los especialistas (jefes de servicio) y de la asesoría médica que se ofrecía a la administración⁶. Se alentó a los especialistas a agruparse en divisiones según especialidades afines y a implicarse en la planificación de servicios, incluyendo la coordinación de la actividad hospitalaria con los servicios comunitarios. Esta iniciativa podría considerarse como la precursora de las actuales tendencias en gestión clínica - véanse “los años 1980”.

La tercera cuestión, y posiblemente la más importante de los años 60, fue el desarrollo de unos servicios de Atención Primaria personalizados. La calidad de la práctica médica en esta especialidad era muy variable. La medicina familiar se consideraba como una profesión de segunda clase para los médicos que no llegaban a ser especialistas. Los médicos de familia estaban mal pagados, trabajaban en exceso y no existía una formación para postgraduados. Cualquier médico podía dedicarse a la medicina general después de haber acabado un año de prácticas como residente. Después de muchas negociaciones, el gobierno y la Asociación Británica de Médicos (BMA) como representante de los médicos, acordaron una nueva fórmula de pago para los médicos de familia - una combinación de pago por paciente y por acto médico – combinando esta nueva forma de pago con planes para la mejora de la calidad en la práctica de la medicina familiar. Estos planes comprendían el reconocimiento de la medicina familiar como especialidad con formación de postgrado y la previsión de fondos para la mejora de las consultas y para contratar personal auxiliar.

6 Los años 70: Gestión por consenso

Los años 70 se caracterizaron por un enfoque “empresarial” de la gestión de la sanidad. Aunque se avanzaba hacia un sistema de financiación per cápita, las relaciones entre la dirección y el personal se deterioraron a causa de la influencia de fuertes sindicatos, descontentos en su mayoría. Este deterioro fue consecuencia, en parte, de un intento por parte de la dirección de resolver las ineficiencias del sistema (incluyendo lo que ahora podría identificarse como el inicio del programa de racionalización, cuando se redujo la duración de las estancias). Pero el deterioro de las relaciones también fue consecuencia de las reclamaciones por una mejora en los salarios, históricamente muy bajos, algo que fue imposible satisfacer.

En 1974 y tras un prolongado período de investigaciones y consultas⁷⁸⁹ iniciado por el propio gobierno conservador en la década de los años 70, tuvo lugar una importante reorganización del NHS que pretendía mejorar la coordinación de los servicios. Cuando el gobierno laborista subió al poder en 1974, continuó con las reformas propuestas por el anterior gobierno. La reestructuración de 1974 se enfrentó a dos de los problemas que afectaban al NHS desde hacía mucho tiempo:

- 1 Acercar el NHS al concepto de la financiación per cápita
- 2 Integrar los servicios hospitalarios y comunitarios y la salud pública.

La reestructuración de 1974 tuvo lugar cuando el auge de la economía disminuía y la planificación empezaba a dar más importancia a los servicios que a los edificios. Se hizo hincapié en la coordinación y administración de servicios dentro de unos límites geográficos bien delimitados. Las 14 Direcciones de Salud Regionales se convirtieron en Autoridades Estratégicas de Planificación, transfiriendo la responsabilidad de las operaciones a las nuevas Direcciones de Salud de Distrito. Ambos niveles eran gestionados por Consejos de Administración elegidos por la Secretaria de Estado del Ministerio de Sanidad. Ciertos cargos estaban ocupados

por profesionales, tales como médicos, enfermeras, personal de las instituciones locales y sindicalistas. Sin embargo, ninguno de estos cargos podía estar ocupado por individuos que también formasen parte de los Consejos de Administración, los que actualmente corresponderían a los llamados "Directores Ejecutivos" (Executive Directors).

Cada *Dirección de Área* era responsable de una población, de entre 500.000 y 1.000.000 habitantes. Cada área estaba subdividida en *Distritos De Salud* con poblaciones de aproximadamente 200.000 habitantes y todos sus representantes pertenecían a la profesión médica. Estos Distritos, sin embargo, eran dirigidos por equipos multidisciplinares de gestión, responsables de la gestión diaria y que trabajaban bajo normas de consenso. Las Direcciones de Sanidad de Área eran las instituciones responsables de la contratación de los empleados, salvo en el caso de los jefes de servicio que seguían siendo contratados por las Direcciones Regionales, a menos que trabajasen en hospitales docentes.

Las autoridades municipales seguían siendo responsables de aquellas actividades de la salud pública relacionadas con la higiene alimentaria y la seguridad medio ambiental, mientras que el NHS pasó a ser responsable de los programas de prevención de la enfermedad. Las reformas de 1974 condujeron al establecimiento de comités asociados, entre el NHS y las autoridades municipales, responsables de los servicios sociales, la vivienda y la enseñanza. A pesar de la confusión inicial, la reestructuración progresó en un tema clave, el de eliminar las divisiones entre las diferentes partes de los servicios, consiguiendo que los equipos de gestión reuniesen, en un sólo grupo, a representantes de hospitales, de la medicina familiar y de la salud pública.

Al margen de estas innovaciones, la financiación histórica y anual de servicios se mantuvo como el método básico de asignación de recursos, desde las Direcciones

de Sanidad Regionales a las Direcciones de Área. Aunque, el personal era contratado por estas últimas, los contratos estaban basados en los términos y condiciones de servicios establecidos a nivel nacional, con sus grados y escalas de salarios.

La reestructuración de 1974 pretendía aumentar la transparencia y responsabilidad de la delegación, pero se enfrentó a tres problemas fundamentales:

- Dio lugar a una organización rígida, con demasiados niveles en el proceso de la toma de decisiones. La reestructuración no tuvo en cuenta los numerosos niveles de administración ya existentes dentro de los hospitales y servicios comunitarios. En el caso concreto de enfermería hospitalaria, podían existir hasta cuatro niveles de administración antes de llegar aún al nivel de la unidad o del sector local. La mayoría de las personas que trabajaban en el sector, consideraban que el sistema estaba sobrecargado de directores. Los cambios de 1974 fueron mal recibidos y a principios de los años 80 se eliminaron muchos de ellos, para reducir el exceso de burocracia existente.
- Los convenios fueron inflexibles y tanto las estructuras de gestión, como los cargos, fueron determinados de forma uniforme por un manual central.
- Las decisiones de gestión se tomaban por consenso, con equipos formados por seis altos cargos directivos y profesionales que llegaban a un acuerdo en cuanto a los planes futuros, pero sin un director general o jefe ejecutivo a su cabeza. Aunque, en teoría, esto parecía atractivo (en términos de igualdad entre las distintas profesiones), en la práctica, resultaba en una ineficacia e incluso inexistencia de la toma de decisiones.

Como consecuencia de la rígida planificación central de los años 70, se decidió cambiar la distribución de recursos que, basada históricamente en la financiación

según la oferta, había creado a lo largo de los años una situación de desigualdad geográfica¹⁰. Una fórmula nacional denominada RAWP (creada por el grupo de trabajo para la asignación de recursos - Resource Allocation Working Party-) aplicaba las estadísticas de mortalidad a las poblaciones regionales ponderadas para obtener así una repartición justa de los fondos. El RAWP pretendía asignar más fondos a las regiones que necesitaban más ayuda pero que en el pasado habían recibido una menor financiación. Entre 1976 y 1991, fecha de su desaparición, el RAWP redujo paulatinamente los fondos en algunas regiones, mientras que los incrementó en otras.

Otro cambio significativo en la forma de pensar, durante la década de los años 70, fue la prioridad relativa asignada a los diferentes servicios¹¹. Concretamente, se consideró la necesidad de reformar los servicios para enfermos y discapacitados mentales porque:

- Los estándares de atención eran pobres, además de haberse publicado numerosos artículos sobre varios 'escándalos'
- Los edificios estaban generalmente aislados y eran inadecuados
- Muchos de los residentes más mayores habían sido ingresados bajo unos criterios médicos anticuados (por ejemplo, por tener un hijo fuera de matrimonio)

Era preciso reformar estos servicios para proporcionar una asistencia adecuada y para asegurar que no se repitieran los mismos errores cometidos en el pasado. Los servicios para ancianos también fueron revisados, y, a partir de esas iniciativas, se diseñaron nuevos modelos de Servicios Comunitarios. El objetivo de estas reformas era el de realizar, en la medida de lo posible, nuevas inversiones en los servicios para enfermos no agudos.

7 Los años 80: Dirección General

A principios de los años 80 se pusieron en marcha dos cambios importantes en la distribución de recursos financieros: Los recursos económicos fueron transferidos de una zona geográfica a otra - para resolver las antiguas desigualdades (RAWP) -, así como a los servicios no especializados.

Se empezaron a establecer los principios para una futura financiación hospitalaria y de servicios comunitarios, basada en un modelo caputivo. Mientras tanto, aún quedaba mucho por hacer para lograr dismantelar la burocracia excesiva, generada por las reformas de 1974¹². El primer gobierno conservador de la señora Thatcher llegó al poder en 1979, con un programa de reformas radicales a nivel estatal. En 1982, se disolvieron las Direcciones de Área y se intentaron reducir los gastos de administración.

Se crearon nuevas Direcciones de Distrito constituidas por los representantes municipales electos¹³, reconociéndose la necesidad de que estas direcciones, que actuaban como las instituciones de planificación y gestión de servicios para poblaciones de entre 200.000 y 500.000 habitantes, desarrollaran acuerdos flexibles y planes locales. Las Direcciones Regionales, que tenían un papel de supervisión, no tomaban parte en las actividades cotidianas, sino que concentraban sus actividades en la asignación de recursos económicos.

La Comisión Real¹² (Royal Commision), que aconsejó se pusieran en marcha estas reformas, había rechazado explícitamente la idea de introducir en el NHS, un sistema de Dirección General (en lugar de una dirección por consenso). Dos años más tarde, un influyente informe encargado por el gobierno a un importante empresario, Sir Roy Griffiths¹⁴, contradijo estas recomendaciones, introduciéndose, en 1984, un nuevo "Sistema General de Dirección", que pretendía conseguir lo siguiente:

- Que existiese una persona, en cada uno de los niveles de la organización, con autoridad y representatividad para la planificación e implementación de las decisiones
- Mayor flexibilidad en las estructuras de los equipos
- Mayor énfasis en un liderazgo claro y evidente
- Mayor transparencia en la toma de decisiones

Los empleados clínicos y profesionales (exceptuando los jefes de servicio) debían responder ante los gerentes, una decisión que causó problemas entre el personal de enfermería, puesto que los jefes de servicio continuaban siendo responsables ante la Dirección de Sanidad que les contrataba (región o distrito).

En el Departamento de Sanidad también tuvieron lugar ciertos cambios. Se creó un Consejo Político presidido por el ministro, con objeto de que fuese este consejo el que estableciese estrategias, liberando al ministro de las actividades cotidianas del servicio y transfiriendo esta competencia a un comité ejecutivo denominado "NHS Management Executive", que más tarde se llamó "NHS Executive (NHSE)". EL NHSE seguía perteneciendo al cuerpo de funcionarios pero se diferenciaba del Departamento de Sanidad en que este último continuaba siendo el responsable de definir las políticas.

El informe Griffiths introdujo otra serie de cambios importantes, coherentes con una Dirección General. Se fijó un presupuesto global para las unidades operativas de cada distrito (p.ej, hospitales, servicios de salud comunitarios), substituyendo a los presupuestos divididos por actividades (suministros, hostelería, enfermería). Este proceso se vio facilitado por la aparición de sistemas de información financiera que permitían asignar costes por actividad clínica.

Siendo los médicos responsables de la toma de decisiones clínicas y por lo tanto, los que realmente determinan el gasto presupuestario en atención médica, se decidió promover una mayor participación de los clínicos en la gestión. A través de proyectos pilotos (bastante complicados) se fueron introduciendo gradualmente los sistemas de presupuestación por departamento clínico, facilitando así la identificación de costes por nivel de especialidad y permitiendo que cada especialidad se convirtiese en una unidad de gestión – frecuentemente llamadas “consejos clínicos” – con competencia en la gestión de recursos.

Se enfatizó la necesidad de invertir en sistemas de información de gestión que permitiesen mejorar la calidad en la toma de decisiones de los administradores¹⁵. Estos cambios dejaron ver claramente que se esperaba una gestión más ‘empresarial’ en la prestación de servicios hospitalarios. En cuanto al desarrollo de sistemas de información clínica, este fue complicado y arriesgado a la vez, puesto que el NHS nunca había cobrado a sus pacientes y nunca había tenido que calcular el coste del tratamiento individual. En cuanto a los sistemas de información de gestión, estos se basaban en la administración de personal y materiales y sus costes eran bajos. A menudo se subestimaron los costes y la tecnología necesarias para adoptar sistemas de gestión basados en la clínica, siendo este un tema a tener en cuenta por aquellos países que planteen implementar un sistema parecido.

Cambios similares tuvieron lugar en los servicios de Salud Pública y de Atención Primaria. En 1987, el gobierno decidió que debía de incrementarse la actividad en temas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, por lo que reviso los sistemas de pago a los médicos de familia¹⁶¹⁷. En 1988, la especialidad de Salud Pública fue objeto de un estudio especial. El hecho de que muchos especialistas en Salud Pública estuviesen implicados en temas de gestión y planificación, en detrimento de su papel en los programas de control de enfermedades transmisibles y de prevención de enfermedades crónicas, llevo a recomendar la ampliación de la especialidad y clarificó su papel. Concretamente, se

recomendó que cada distrito dispusiese de un Director de Salud Pública (DPH) responsable de la salud de la población local. El DPH debía realizar un informe anual para demostrar que había cumplido con sus responsabilidades. Esta medida reforzó la necesidad de revisar la distribución de recursos en el NHS, considerando “la inversión” en salud y las necesidades, según el tamaño de la población¹⁸.

Las transformaciones que tuvieron lugar en los años 80 preconizaron las reformas en salud que acontecieron en 1989¹⁹. A pesar de la racionalización de la gestión y el énfasis en la importancia de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, las presiones sobre los recursos se habían ido acumulando durante los 10 años precedentes. El cierre de los hospitales y las salas hospitalarias atraía la atención de la prensa y generaba alarma pública. Una de las preocupaciones del gobierno era el hecho de que en el sistema actual no existieran incentivos para los hospitales mejor administrados y de alta carga asistencial. Las Direcciones de Salud de Distrito – responsables de la gestión de los hospitales y de los servicios de salud comunitarios - presentaban limitaciones financieras y asignaban los recursos a las regiones, según presupuestos históricos (con ajustes marginales realizados por el RAWP). Por lo tanto, los presupuestos para los hospitales y unidades comunitarias que estas direcciones gestionaban, continuaban siendo asignados según patrones históricos de utilización.

Esta situación provocó, o quizás no resolvió, algunos de los problemas financieros existentes:

- a) Cuando el flujo de pacientes cambió, los fondos no lograron atravesar las fronteras de las Direcciones de Sanidad de Distrito, salvo aquellos fondos que fueron empujados por los activos fijos. En teoría, todos los servicios hospitalarios estaban preparados para recibir pacientes derivados de cualquier otro centro del país. Los flujos podían cambiar por diversas razones, ya fuese el nombramiento de un nuevo jefe de servicio o la creación de un nuevo servicio (o la reducción de

otro ya existente). No obstante, no existía correlación con la correspondiente financiación.

- b) En una época de rápidos avances tecnológicos, el desarrollo de algunos servicios, en particular de las técnicas diagnósticas, quirúrgicas y tratamientos especializados, podían rápidamente sobrepasar la capacidad de los fondos disponibles, debido a la cantidad de pacientes derivados desde otros distritos.
- c) Las listas de espera aumentaron enormemente en ciertas áreas; no existían mecanismos para controlar el exceso - y la falta - de capacidad.
- d) No existían incentivos para recompensar la eficiencia ya que la financiación no estaba asociada a los niveles de actividad y por lo tanto, tampoco a la productividad creciente. Cuantos más pacientes eran tratados, mayor era el riesgo de sobrepasar el gasto.

El famoso caso de un bebé en Birmingham, que no pudo ser sometido a cirugía cardíaca, junto con la preocupación pública ante las crecientes listas de espera, convencieron a la Señora Thatcher, de la necesidad de una acción radical. Las reformas que se sugirieron se basaban en la creencia de que los servicios públicos eran, de por sí, menos eficientes que los del sector privado, que las fuerzas del mercado mejorarían la eficiencia y que se debía dar poder al consumidor, cuando esto fuese factible.

Las primeras sugerencias, por parte de la derecha, de reemplazar la financiación directa mediante impuestos, por un seguro de enfermedad privado o nacional, fueron descartadas. Esto fue debido, en parte, a dificultades políticas y en parte a otros factores como el hecho de que desde hacía mucho tiempo la población británica había sentido un apego especial por el NHS, tal vez como el elemento más valorado del estado del bienestar. La gratitud inicial de los pacientes por estos servicios

“*gratuitos*” fue desarrollando, a lo largo de los años, la noción de que el tratamiento es un servicio gratuito al que el usuario tiene derecho. La experiencia estadounidense en cuanto al impacto del seguro en los costes de fabricación, constituyó otro factor. Además, el Ministerio de Hacienda Pública del Reino Unido siempre había estado en contra de la imposición hipotecada, por lo que descartó la posibilidad de un impuesto especial para la sanidad. Como consecuencia de todos estos factores, se mantuvo la recaudación de impuestos como la base de la financiación.

Los sistemas de cupones que daban poder al usuario también fueron rechazados por la obvia razón de que no permitían compartir el riesgo entre una población apropiada. La necesidad de la asistencia médica no es uniforme y no puede predecirse. Los co-pagos también fueron rechazados, puesto que la mayoría de los usuarios estarían exentos y los costes administrativos sobrepasarían los beneficios.

Un especialista norteamericano, el Profesor Eindhoven, ejerció una gran influencia en las reformas por la que finalmente se optó. Eindhoven era partidario de la idea de crear un mercado interno en el NHS, en el cual los proveedores de la asistencia médica - hospitales y servicios comunitarios - competirían en nombre de sus pacientes, para obtener los fondos que las Direcciones de Sanidad administraban. Las propuestas presentadas se basaban en las reformas ya introducidas por el gobierno central, junto con la creación de las agencias ejecutivas. De la misma manera, las reformas del NHS produjeron una división muy importante entre compradores y proveedores (la “división comprador-proveedor”). Los proveedores del NHS fueron renombrados NHS Trusts (administraciones autónomas) y se les confirió más libertad en el área administrativa. Por ejemplo, podían emplear a su propio personal, obtener financiación privada y retener el superávit. Además, se otorgó a ciertos médicos de cabecera (“fundholders”) el derecho a acceder a los fondos de la Dirección de Sanidad, que les permitía contratar la asistencia médica para sus pacientes, directamente de los proveedores hospitalarios.

Las propuestas se presentaron en 1989, en un proyecto de ley (white paper) titulado "Working for Patients" ("Trabajando para los Pacientes"). Las reacciones en el NHS estaban divididas: algunas personas celebraron el carácter empresarial que sostenía la creación de los Trusts y la promoción de la competencia, distanciándose de las preceptivas estructuras inflexibles que existían en la reestructuración de 1974. Los críticos de las reformas temían que las propuestas desembocaran en la privatización del sistema y acabaran con la cooperación entre las instituciones del NHS. Otros pensaban que los detalles técnicos de la contratación terminarían con la libertad que tenían los médicos de familia de derivar a los hospitales que sus propios pacientes elegían. Como consecuencia, ciertos médicos de familia optaron por el nuevo sistema de "fundholding", como una medida que les permitía mantener la libertad clínica.

El hecho de que se hubiera emitido el proyecto de ley, significaba que las propuestas ya no podían ser debatidas, fijándose el mes de abril de 1991 como la fecha para su implementación. Se instituyeron las reformas a nivel nacional sin realizar ningún proyecto piloto. Mucha gente, sobre todos académicos y profesionales, creía que el tiempo de implementación era demasiado corto. Los administradores de altos cargos tenían opiniones diferentes, creían que el sistema tenía problemas y que los recursos y las demandas no coincidían. Las propuestas planteaban, al menos, una solución posible, y la noción de la libertad que se ofrecía a los Trusts era atractiva. En cualquier caso, mientras que la opción de convertirse en un Trust o en "fundholder" era voluntaria, la división fundamental entre compradores y proveedores era obligatoria y la agenda estaba fijada. El NHSE asumía la responsabilidad de la implementación y tanto los niveles centrales como de distrito, con bastante esfuerzo por parte de los asesores de empresas, consiguieron cumplir a tiempo con los objetivos acordados.

8 Los años 90: El Mercado interno

“Working for Patients” (Trabajando para los Pacientes) introdujo diversas propuestas, que dieron lugar a las reformas más radicales, en el NHS desde que éste se creara. Durante su desarrollo, se acabó con el consenso de los años de la posguerra sobre la administración del NHS. La figura 2 recoge las siete recomendaciones más importantes de “Working for Patients”.

Figura 2 Las reformas de 1989: - “Working for Patients”

	Recomendaciones	Objetivos
1	La implantación de un ‘mercado interno’ a través de la separación de la compra y provisión de servicios (contratación) .	Recompensar a los proveedores más eficientes y populares; generar competencia para mejorar la calidad de los servicios.
2	El establecimiento de Trusts autónomos , responsables de la prestación de servicios hospitalarios y comunitarios. Los Trusts eran directamente responsables ante el gobierno central.	Delegar la responsabilidad de la toma de decisiones sobre los servicios, a un grupo que se encontrase más próximo a los pacientes. Eliminar la necesidad de los proveedores de servicios de tener que consultar con sus superiores, principalmente en temas de gestión financiera y condiciones del personal.
3	La creación voluntaria de “fundholding” para médicos de familia permitiéndoles contratar directamente los servicios hospitalarios – principalmente los servicios de consultas externas, cirugía electiva y pruebas diagnósticas.	Mejorar los estándares hospitalarios a través de la competencia por los presupuestos de los médicos de familia y conseguir que estos tuviesen mayor influencia en las decisiones del hospital.
4	El uso de “contratos” no legales entre compradores y proveedores para el pago de	Aumentar la transparencia en cantidad y calidad de los servicios prestados; mejorar la calidad de los servicios y otorgar a los

5	<p>proveedores para el pago de unos servicios previamente definidos. Los médicos de familia serán consultados por la Dirección de Sanidad en la asignación de contratos importantes.</p> <p>La adopción de una base de financiación capitativa (población ponderada) por la contratación de servicios para una determinada población, en lugar de la financiación directa de servicios prestados según los presupuestos históricos.</p>	<p>compradores el derecho a elegir entre varios proveedores.</p> <p>Fomentar una distribución equitativa de los recursos entre la diferentes partes del país, orientar los servicios para satisfacer las necesidades locales en lugar de los intereses de la profesión médica.</p>
6	<p>La introducción de cobros capitales para los edificios y equipamiento</p>	<p>Aumentar la responsabilidad de los médicos hospitalarios, incluyendo su rendimiento laboral.</p>
7	<p>La promoción de “Auditorias Clínicas” de evaluación médica y planes de carrera para los jefes de servicio.</p>	<p>Promover la explotación eficaz de terrenos y otros bienes inmobiliarios</p>

El cambio de mayor alcance fue la introducción de un “mercado interno” para la atención médica. Dentro de este mercado, las Direcciones de Sanidad asumían la responsabilidad de evaluar el estado de salud de su población residente, y de contratar los servicios necesarios para satisfacer las necesidades ya identificadas del sector estatal o, en teoría, del privado también. Por el contrario, los proveedores del NHS convertidos en organizaciones “autogobernadas”, podían concentrarse en la prestación eficiente de servicios.

En lugar de asignar los recursos directamente a los proveedores según bases históricas, los presupuestos fueron calculados por las Direcciones de Sanidad, sobre una base capitativa, asociada al tamaño de la población, la edad y el índice de pobreza. El objetivo era que, puesto que los fondos no iban a parar

automáticamente a los proveedores, estos tenían que competir por los fondos de los compradores, ofreciendo servicios eficientes, más sensibles y de mayor calidad.

Además de convertir a las Direcciones de Sanidad en compradoras de servicios, el gobierno introdujo un plan voluntario que permitía a ciertos médicos de familia (los denominados fundholders) disponer de un presupuesto descentralizado, para contratar un número limitado de servicios. Estos cambios pretendían:

1. Establecer compradores de asistencia médica, alternativos a las Direcciones de Sanidad, que conocieran más detalladamente las necesidades de los pacientes.
2. Romper la estricta división financiera entre la Atención Primaria y los hospitales, dirigidos por las Direcciones de Sanidad de Distrito/Servicios de Salud Comunitarios.
3. Mejorar la calidad de asistencia especializada, en virtud de una relación más directa entre el médico de familia y el hospital, opuesta a la postura más indirecta que adoptaban las Direcciones de Sanidad, las cuales no remitían directamente los pacientes a los especialistas. Los médicos de familia sabían qué regiones tenían las listas de espera más bajas, cuales eran los hospitales más eficaces en enviar las pruebas u otros resultados y conocían directamente las experiencias de sus pacientes.

Los presupuestos de los médicos de familia “fundholder” se calculaban según actividad histórica y se deducían de la Dirección de Sanidad de la que dependían, según su localización. Al principio, solo aquellos centros con cobertura mayor de 11.000 pacientes podían solicitar ser “fundholders”, y sus presupuestos solo cubrían la cirugía electiva, consultas externas y pruebas diagnósticas, además de los costes de farmacia y personal (alrededor de un millón de libras esterlinas, dependiendo de la consulta). Estas restricciones reflejaban, tanto la preocupación de que las consultas más pequeñas no podrían predecir la demanda y por lo tanto, no podían calcular cuantos servicios debían comprar, como la preocupación de que no

dispondrían de los adecuados conocimientos técnicos sobre condiciones más especializadas e infrecuentes. Se esperaba que los “fundholders” infundieran un dinamismo y un nivel deseable de competencia en el mercado controlado.

Paralelamente al desarrollo del proceso de compra, las reformas permitieron a los proveedores individuales, poder solicitar convertirse en Administraciones Autónomas (Trusts) del NHS. Los Trusts pretendían ser organizaciones semi-autónomas, dirigidas de una manera más empresarial que las DMUs (Unidades de Gestión Directa), a las cuales reemplazaron. Esto proporcionaría una mayor eficiencia y calidad, mientras que aumentaría su responsabilidad y capacidad de elección de los compradores.

Aunque eran sociedades sin fines de lucro, los Trusts podían conseguir ingresos de otras fuentes como por ejemplo, camas privadas o actividades comerciales y ellos mismos tenían la responsabilidad de contratar a su propio personal. Para los contratos del NHS, se suponía que los precios se basaban en costes reales. Sin embargo, en la práctica, ésto resultó problemático.

Se alentaba a los proveedores de servicios comunitarios para que se establecieran como administraciones autónomas (Trusts), separadas de los proveedores de servicios para enfermos agudos. Esto generó un cambio en la atención hacia los servicios comunitarios y primarios, impidiendo que la financiación se asignara mayoritariamente a los hospitales de agudos más importantes. Los Trusts se establecían en varias etapas y eran designados como tales según los planes comerciales que las organizaciones proponían y su viabilidad a largo plazo. La figura 3 esquematiza el papel de las Direcciones de Sanidad, los Médicos de Familia (fundholder) y los Trusts.

Estas reformas pretendían conseguir mejoras en cinco áreas clave: eficiencia, calidad, equidad, elección/reacción y responsabilidad. En conjunto, se esperaban

que mejoras en estas áreas condujeran la transformación de NHS, de una burocracia pasiva (todavía controlada por presupuestos históricos) a una organización con capacidad de dar respuesta y donde los fondos se destinasen a satisfacer las necesidades de los pacientes.

Figura 3: El papel de compradores y proveedores

	Compradores		Proveedores
	<i>Dirección De Sanidad</i>	<i>Médico de Familia "Fundholder" (GPFH)</i>	<i>Trust</i>
<i>Responsable ante</i>	El ejecutivo del NHS a través de un proceso de gestión por objetivos de actividad (rendimiento)	El Ejecutivo del NHS por su papel de comprador (contratante)	El ejecutivo del NHS por su rendimiento financiero; Prestadores de servicios contratados
<i>Presupuesto prefijado para</i>	Compra de servicios para la población residente en nombre de los médicos de familia que no tienen fondos (no fundholders), además de la asistencia que los contratos de los médicos de familia con fondos (fundholders – GPFH) no cubren	Farmacia y Personal. Diversos servicios comunitarios, cirugía electiva, urgencias y consultas externas, que dependen del tipo de "fundholding"	Gastos de personal y otros gastos implicados en el funcionamiento de los servicios prestados
<i>Presupuesto fijado por</i>	El Ejecutivo del NHS	Direcciones de Sanidad	Contratos firmados con las Direcciones de Sanidad y médicos de familia "fundholders"
<i>Contratos con</i>	Trusts y el sector privado	Trusts y el sector privado	Direcciones de Sanidad y GPFHs
<i>Responsable</i>	Identificar necesidades,	Contratación de	Prestación de asistencia

<i>de</i>	fijar prioridades, obtener opiniones de la población y los usuarios de los servicios. Contratar asistencia para la población. Monitorizar los contratos. Coordinación con otros entes	asistencia para pacientes. Monitorización de contratos, incluyendo la calidad de los servicios prestados	de alta calidad de acuerdo con los contratos
<i>Capaz de</i>	Elegir la asistencia médica y los proveedores según el presupuesto	Reinvertir los ahorros en la consulta o gastar más en prestar mas servicios	Obtener más fondos para generar capital. Establecer términos y condiciones para el personal
<i>¿Parte del NHS?</i>	Si	Si	Si

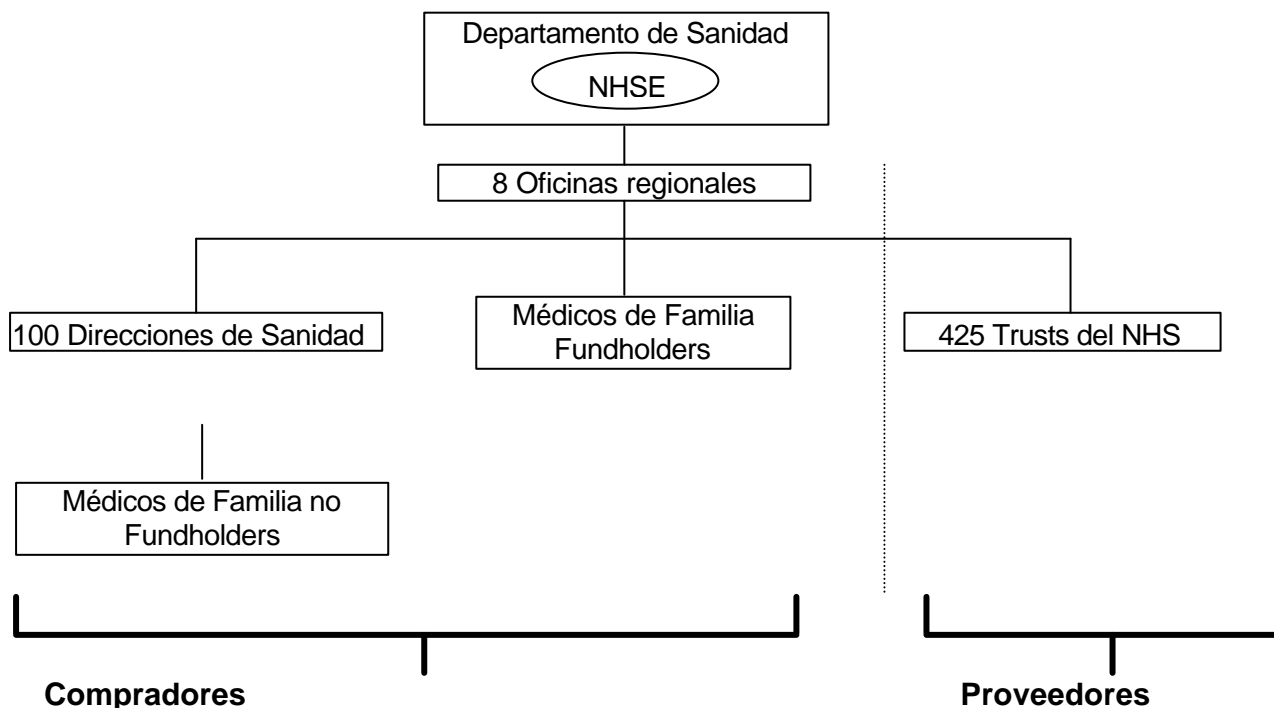
Reflejando esta filosofía, tanto las *estructuras* como las *funciones* del Departamento de Sanidad y de las Direcciones de Sanidad cambiaron a medida que la toma de decisiones se iba transfiriendo a nivel local. Con la introducción de las reformas, los “Comités de Médicos de Familia” pasaron a llamarse “Direcciones de Servicios de Salud para la Familia” (FHSAs), responsables de la prestación de servicios de Atención Primaria. Sucesivamente ambas direcciones, junto con las Direcciones de Sanidad de Distrito, fueron reordenadas para que tuviesen los mismos límites geográficos.

Las Direcciones de Sanidad Regionales asumieron la responsabilidad de la probidad financiera de los Trusts del NHS y de los Médicos de Familia ‘fundholders’. Al principio, éstas contrataban también algunos servicios especializados para condiciones poco frecuentes o muy técnicas (tales como la cirugía plástica, los trasplantes de médula o la diálisis renal). En 1996, esta función fue trasladada a las Direcciones de Sanidad de Distrito –DHAs- desapareciendo las Direcciones de

Sanidad Regionales –RHAs- como Direcciones de Sanidad Estatutarias. En la práctica y debido a las dificultades que presentaba evaluar la necesidad de dichos servicios para una comunidad relativamente pequeña, las Direcciones de Sanidad de cada Región se agruparon para la compra-contratación de servicios especializados, nombrando una dirección principal representativa.

Se sustituyeron las RHAs por las recién creadas Oficinas Regionales del Ejecutivo del NHS, que formaban parte de la administración pública y que tenían competencias en la gestión del rendimiento de los Trusts, Direcciones de Sanidad y Médicos de Familia “fundholders”; la asignación estratégica de recursos; la planificación de Recursos Humanos y la Investigación y Desarrollo. Al mismo tiempo, se fusionaron las DHAs y las FHSAs en Direcciones de Sanidad unificadas, integrándose finalmente la contratación de los Servicios Comunitarios, Hospitalarios y de Atención Primaria. La figura 4 muestra la estructura del NHS en abril de 1996.

La Figura 4: La estructura del NHS en Inglaterra, 1996



Las propuestas de 1989 se basaban en unos principios muy claros. Sin embargo, los detalles de su implementación fueron deliberadamente poco específicos²⁰, con la intención de fomentar la participación activa de los directores del NHS en su desarrollo. Al iniciarse el proceso de la implementación de las reformas, se completaron los detalles y el ritmo de los cambios se aceleró, reflejando el enorme cambio cultural que estaba teniendo lugar. La participación de gerentes de diferentes áreas, divididos en equipos de trabajo a nivel nacional para trabajar aspectos prácticos de la implementación, fue un éxito, divulgando conocimientos y entusiasmo por todo el sistema. Al cabo de seis años, todos los proveedores se habían convertido en Trusts y más de la mitad de la población estaba adscrita a un Médico de Familia Fundholder. Se introdujeron nuevos modelos de financiación para Médicos de Familia y el sistema original de los “fundholders” se fue extendiendo progresivamente a las consultas más reducidas que atendían poblaciones de unos 5.000 habitantes. También se introdujo una forma más limitada de ‘fundholding de la comunidad’, que permitía a las consultas pequeñas, con listas de 3.000 personas, contratar servicios no-hospitalarios. Por otro lado, el ‘fundholding extendido’, amplió los servicios que las consultas más grandes podían contratar.

Algunos grupos de ‘fundholders’ formaron “multi-fondos” para compartir los recursos y ofrecer una base sólida para la planificación de servicios. En 1997 existían más de 50 multifondos, los cuales cubrían a más de 3 millones de personas. En este mismo año, se establecieron 80 “programas experimentales de contratación total” (‘total purchasing pilots’), basados en grupos de ‘fundholders’, responsables de la contratación de toda la asistencia hospitalaria y comunitaria. Mientras tanto, otros Médicos de Familia, que a menudo estaban en contra del sistema de fundholding, formaron cooperativas que actuaban como organismos consultivos para las Direcciones de Sanidad, pero sin introducir acuerdos de contratación separados, con altos costes asociados a estos.

Aunque a menudo se consideraba que los fundholders eran equivalentes a las Direcciones de Sanidad, en realidad estos tenían bastantes más ventajas. En primer lugar, podían invertir en sus propias consultas capital generado por el proyecto, contratando por ejemplo a más personal o mejorando el local. Algo que no ocurría con las Direcciones de Sanidad. En segundo lugar, los fundholders demostraron que podían ser contratantes más efectivos que las Direcciones de Sanidad, a pesar del poder contratante de éstas. Siendo relativamente reducidos, los “fundholders” podían pasar contratos de unos proveedores a otros sin desestabilizarlos. En teoría, también podían elegir realizar servicios diagnósticos de nivel secundario, mejorando el interés de los pacientes y reteniendo algún superávit financiero.

Las motivaciones, que llevaron a algunas consultas a convertirse en ‘fundholding’, fueron muy diversas. Algunos médicos de familia eligieron ser fundholders para proteger a sus proveedores locales, al continuar contratando sus servicios. Otros querían mejorar, lo antes posible, la práctica hospitalaria y no tuvieron escrúpulos para implementar cambios de forma inmediata. Aquellos proveedores (sobre todo hospitales de agudos) que no pudieron asegurar los contratos y las derivaciones de pacientes de los médicos “fundholders”, experimentaron los primeros efectos de una verdadera competición en el nuevo mercado interno.

A veces se consideraba que los “fundholders” disponían de presupuestos desproporcionadamente altos, puesto que para fijar sus presupuestos se utilizaban datos más detallados (a nivel de procesos) que los que se utilizaban para fijar los presupuestos de las Direcciones de Sanidad (a nivel de especialidad). Antes de las reformas, los hospitales registraban tradicionalmente menos actividad porque existían pocos incentivos para registrarla de forma precisa. En algunas regiones, se permitió que los “fundholders” calcularan la actividad de su propio hospital para fijar su presupuesto, registrando con frecuencia niveles muchos más altos que los publicados por los hospitales y las Direcciones de Sanidad. Los problemas surgieron cuando la información se tradujo a los presupuestos reales. La opinión de

que los fundholders eran injustamente privilegiados estaba extendida en el interior del NHS y esta idea nunca se erradicó completamente, predisponiendo contra el proyecto a algunos Trusts y Direcciones de Sanidad. Retrospectivamente era evidente que el uso de una política de contratación uniforme podía haber evitado alguno de estos problemas. (Otras experiencias adquiridas sobre la asignación equitativa realizada por niveles inferiores a los de las Direcciones de Sanidad, han sido utilizadas posteriormente con buenos resultados, al establecer asignaciones a los Grupos de Atención Primaria (PCG), como parte de las tendencias actuales de reforma -1999-).

La introducción de las reformas de 1989 provocó una gran controversia. En gran parte debido a la desconfianza cultural de introducir principios empresariales y una libre competencia, en un servicio público. Pero también debido a preocupaciones por la fragmentación de los servicios a través del estado, casi autónomo, de los Trusts. A medida que el mercado interno fue creciendo y desarrollándose, incluso los oponentes más radicales tuvieron que aceptar que algunos de los cambios habían generado beneficios. La división comprador - proveedor proporcionó una planificación de servicios más racional. La administración hospitalaria mejoró, con una mayor flexibilidad y la adopción de prácticas de trabajo innovadoras en algunos Trusts.

Sin embargo, aún era más significativo el hecho de que el mercado interno no constituyese un verdadero mercado, fuertemente dirigido desde el nivel central y con un impacto determinado por la presencia de diversas consideraciones políticas. No se permitía a los compradores realizar cambios inesperados en los contratos, se hacía poco uso del sector privado y muy pocos Trusts cerraron. En muchas partes del país, no se esperaba ni fue posible una competencia real entre proveedores y compradores, que pasaron a establecerse como un sistema de 'monopolios bilaterales', basados en especificaciones explícitas de actividad, precios y normas.

Seguían existiendo ciertas preocupaciones reales. En primer lugar, mucha gente percibía una desigualdad creciente en cuanto a accesibilidad a los servicios, lo que reflejaba el hecho de que las Direcciones de Sanidad habían asumido la responsabilidad de establecer prioridades (racionamiento), y de que en algunos distritos se estuviesen introduciendo algunas medidas sobre elección de servicios.

En segundo lugar, los costes de administración del mercado interno eran muy elevados. Se nombraron 10.000 nuevos directores durante los primeros tres años del funcionamiento del mercado interno, aunque esta cifra incluía a un gran número de especialistas clínicos existentes, que asumían papeles de gestión a tiempo parcial. Un incremento similar había ocurrido antes de que se propusiese un mercado interno, creyéndose que se conseguirían verdaderas ganancias en eficiencia. Sin embargo, este aumento fue percibido como una manera de reducir los recursos disponibles para la asistencia, y los sucesivos Ministros de Sanidad se fijaron objetivos para la reducción de los costes de gestión.

Para determinar si los costes de administración son excesivamente elevados, es necesario fijarnos en el bajo porcentaje del presupuesto del NHS dedicado a gestión (3%), en comparación con el gasto en gestión que realizan otras empresas o industrias parecidas. Algunos creían que el NHS había estado 'subgestionado' durante mucho tiempo, principalmente si se tenían en cuenta los rápidos cambios en su agenda. Aunque los procesos de reforma quizás acercaron el NHS a un nivel más realista, aún existían en algunos sectores, la percepción de que los gestores, como burócratas que eran (y a veces aún siguen siendo) estaban profundamente arraigados a la cultura médica. En ocasiones, los medios de comunicación se aprovecharon de esto, alimentando la desconfianza pública sobre los fondos del NHS que se desviaban a la gestión. Esta percepción sobre la gestión del NHS trajo consigo claras divisiones políticas. Por otra parte, la introducción de la gestión clínica en los últimos años, ha impulsado un cambio cultural hacia una cultura de mayor participación y apoyo a estos temas.

Cuando el Partido Laborista ganó las elecciones generales en mayo de 1997, su manifiesto incluyó la intención de suprimir el mercado interno. Se establecieron las líneas generales provisionales que daban instrucciones a los Trusts (administraciones autónomas) y a las Direcciones de Sanidad para que cooperasen en lugar de competir. Empezaron las discusiones sobre la nueva partida de reformas que culminaron en la publicación del proyecto de ley ('white paper') llamado "El nuevo NHS: moderno – fiable"²¹ (*The New NHS. Modern. Dependable*). Igual que ocurrió con el proyecto de 1989, el programa precisaba de un laborioso proceso de implementación. Se mantuvieron los aparatos clave de las asignaciones capitativas para las Direcciones de Sanidad; los poderes descentralizados para los Trusts del NHS y la división comprador - proveedor. El mayor cambio fue la abolición del fundholding de los médicos de cabecera a partir de marzo de 1999, a la vez que se estableció una nueva forma de cooperación en la Atención Primaria, '**El Grupo de Atención Primaria**'. Se fijaron objetivos para una reducción de costes de gestión en unos 100 millones de libras anuales, mediante la simplificación del proceso de contratación y la unificación de recursos. Los ahorros estaban destinados a ser reinvertidos en la asistencia a los pacientes.

9 Compra y Contratación

La introducción del mercado interno en 1991 permitió que las Direcciones de Sanidad de Distrito, libres de la gestión operativa, pudiesen centrarse en la planificación de la provisión de atención médica para la población. Se desarrolló una nueva disciplina de compra, basada en un primer ciclo de evaluación de las necesidades de la población, estableciendo los servicios requeridos para satisfacer estas necesidades, contratando, monitorizando y evaluando estos servicios para iniciar, finalmente, un nuevo ciclo de evaluación.

La aplicación de este sencillo proceso al sistema de sanidad vigente (y establecido) resultó difícil. Los compradores no siempre podían iniciar cambios radicales, porque el gobierno central intervenía con frecuencia para proteger los hospitales, ya fuese por razones prácticas (como mantener un servicio para otros compradores) o por razones políticas (como evitar cierres impopulares de hospitales).

Los compradores tampoco estaban seguros sobre cómo y por donde empezar el proceso de evaluación basado en las necesidades. Las posibilidades teóricas eran la división de la población según edad y sexo, el tipo de atención o de enfermedad, o la zona geográfica. En la práctica, cada comprador tendía a examinar los problemas más conocidos, como por ejemplo, las presiones vinculadas con los servicios de salud para enfermedades mentales agudas o las largas listas de espera en cirugía ortopédica y traumatología. Mientras esto suponía un uso sensato de las escasas habilidades de compra, no afrontaba el problema de cómo los compradores iban a descubrir aquellas enfermedades de las que todavía no tenían conocimiento.

En poco tiempo, muchos compradores se encontraron con el problema de que, a principios de año, los Trusts reclamaban haber cumplido o incluso excedido los contratos y, por lo tanto, necesitaban más fondos. Existían dos razones principales

para que esto ocurriese: en primer lugar, muchos especialistas clínicos creían que si cumplían rápidamente con sus compromisos de actividad electiva, se les asignaría más fondos para que pudiesen seguir operando. A pesar de que la inversión del gobierno en el NHS sobrepasaba la inflación, un crecimiento sin precedentes en la demanda (sobre todo de urgencias) y, por lo tanto, en la actividad, mantuvo la presión sobre los recursos.

En segundo lugar, el nuevo e importante incentivo de registrar rápidamente la actividad de los pacientes solucionó el problema del subregistro. Evidentemente los Trusts disponían de medidas explícitas y aplicables para "engordar" la actividad, registrando, por ejemplo, los procedimientos menores de pacientes de consultas externas como casos de hospital de día. Existía gran preocupación por la exactitud de los datos financieros y de actividad, e incluso muchos creían que ésta solo podía mejorar si los datos se utilizaban para la toma de decisiones reales.

La financiación contractual significó la participación en el mercado interno de todos los proveedores y no solo de los Trusts. Todos los gestores se implicaron en el diseño de los sistemas de contratación local, utilizando una dirección central mínima y los datos económicos y de actividad básicos, entonces disponibles. Existía una innovación importante desde la base, donde los gestores creaban sistemas que compartían con los demás, de forma formal o informal, a través de iniciativas financiadas desde la administración central.

A falta de un contrato nacional estándar, la mayoría de los compradores unieron sus experiencias y se desarrollaron procesos similares. La mayoría de los contratos se dividieron en programas que cubrían diferentes aspectos, todos ellos relacionados con estándares económicos y de actividad específicos, sujetos a los términos y condiciones generales.

Existían tres tipos básicos de contrato: *por 'bloque'*, *por 'coste y volumen'*, y *por 'coste por caso'*. La mayoría de los contratos de las Direcciones de Sanidad, sobre todo al inicio de las reformas, se asignaban por bloque, proporcionando por un precio establecido el acceso a todos los servicios prestados por los proveedores. Por el contrario, los contratos por 'coste y volumen' especificaban desde el principio los niveles de actividad esperados en cada especialidad. Los contratos de 'coste por caso' eran contratos más detallados, donde la remuneración estaba directamente vinculada a la actividad y podía incluir costes marginales, como por ejemplo el coste medio de asistencia.

Los contratos por bloque permiten gestionar, de forma relativamente sencilla, grandes cantidades de dinero para un gran volumen de actividad. Pero a veces, este sistema es poco sensible en el caso de especialidades concretas. Por el contrario, otros modelos de contrato son más detallados pero provocan situaciones en las cuales los compradores y los proveedores individuales tienen que gestionar contratos múltiples de diferente volumen, donde deben especificar los servicios que incluyen, el volumen de las prestaciones, el coste, los estándares necesarios y las reglas comerciales que controlan el contrato.

Existe cierta tensión entre, la forma de ver un contrato como un medio para concretar cualquier cosa (que requiere la negociación y la supervisión regular de grandes cantidades de papeleo) y la forma de ver un contrato como un instrumento que solo sirve para efectuar cambios prioritarios. Algunos contratos contienen entre 10 y 20 especificaciones para diversas especialidades. Otros contratos son más prácticos, con una lista que recoge las normas generales de calidad (los tiempos de espera, la tramitación de alta, el respeto a la cultura y la religión, etc.).

Los contratos muy detallados corren el riesgo de contener demasiadas especificaciones. Cabría destacar que si algún servicio no está explícitamente incluido en el contrato, puede argumentarse que no tiene porque ser prestado. Una

exagerada especificación también puede ensombrecer la división comprador-proveedor, en aquellos casos en que los compradores se sienten obligados a controlar el contrato línea por línea, de una forma extremadamente detallada. El segundo enfoque “menos detallado” es más económico en términos de habilidades y recursos, pero tiene la desventaja de que cuando las cosas salen mal, es posible que se critique a un comprador por no haber tomado medidas para esa eventualidad en el contrato.

La introducción de la contratación trajo consigo cierto comportamiento pseudo-comercial, en el que los negociadores a veces olvidaban que trabajaban en un servicio público, donde trataban con colegas y no con adversarios. A veces era necesario la intervención desde niveles superiores para recordar que el propósito de la contratación era el de asegurar beneficios para los pacientes, más que el de ganar a cualquier coste. Esta fue una experiencia que el gobierno Laborista entrante ya había anotado y que rápidamente consideró; el proceso no debía ser más importante que el objetivo.

10 **Hacia el 2000: El 'nuevo' NHS**

En diciembre de 1997 se publica "El nuevo NHS. Moderno. Fiable" (*"The new NHS. Modern. Dependable"*). Para la gestión del NHS, iniciada con "Trabajando por los pacientes" (*"Working for Patients"*), supuso más una evolución que una revolución. A pesar del rechazo al carácter competitivo del mercado interno, se mantiene la división fundamental comprador - proveedor, que separaba la planificación de la atención de su provisión, confirmando la transformación de NHS en un sistema de salud dirigido por la Atención Primaria. Las responsabilidades del Consejo Administrativo en el rendimiento financiero se complementan ahora con sus responsabilidades en materia de calidad asistencial. Se enfatiza de nuevo la importancia de que los distintos socios locales de la economía de la salud, cooperen en lugar de competir. El rendimiento en gestión incluye una larga lista de indicadores y "benchmarks". Algunas de las características claves de la reforma se listan en la figura 5.

Seis principios sostienen las propuestas:

- 1 Renovar y mejorar el NHS como un servicio nacional
- 2 Que la provisión de la atención en salud sea una responsabilidad del nivel local.
- 3 Concentrarse en la calidad de asistencia
- 4 Trabajar en equipo
- 5 Promover eficiencia y rendimiento
- 6 Recuperar la confianza pública

Se consolidan tres aspectos de actividad ya existentes y se les otorga un nuevo énfasis: el papel de la Atención Primaria (a través de los Grupos de Atención Primaria – Primary Care Groups, PCGs); los intentos de vincular actividades del NHS a una estrategia nacional de salud; un énfasis explícito en calidad y estándares.

Grupos de Atención Primaria

Bajo estas propuestas y a partir de abril de 1999, se obliga a todos los Médicos de Familia a formar parte de un Grupo de Atención Primaria (PCG). Cada grupo está compuesto por unos 50 Médicos de Familia y sus empleados, cubriendo a una población de alrededor de 100,000 personas. Cubren determinadas áreas geográficas y cada grupo está dirigido por un consejo, compuesto por una mayoría natural de Médicos de Familia y representantes de enfermería, grupos comunitarios y de la Dirección de Sanidad. Los PCGs asumirán el papel de proveedores y compradores al mismo tiempo.

Los PCGs, en su papel de proveedores de atención médica y compradores de atención secundaria, recibirán fondos de su Dirección de Sanidad de acuerdo a una base capitativa, ajustada por nivel de pobreza. Por lo tanto, y por primera vez, la atención primaria y secundaria se prestarán según un único presupuesto (único y limitado). Esto facilitará la transferencia de fondos entre la Atención Primaria, secundaria o los servicios sociales, pero introducirá por primera vez, un límite a la prescripción farmacéutica de los Médicos de Familia.

Se espera que los PCGs vayan desarrollándose a través de cuatro niveles, que irán reflejando su grado de autonomía. Los PCGs del nivel más básico (nivel 1) solo asesorarán a las Direcciones de Sanidad en la toma de decisiones en cuanto a la compra de servicios. Los PCGs de niveles más avanzados (nivel 2 ó 3) dispondrán de un presupuesto global para la provisión y compra de casi toda la asistencia. De manera más radical, los grupos de nivel 4 serán capaces de fusionarse con los Trusts comunitarios para convertirse en Trusts autónomos de Atención Primaria. No queda muy claro si los Médicos de Familia serán contratados por estos Trusts y, en el caso de que no lo sean, tampoco queda muy claro cual será su relación contractual.

A diferencia del programa de 'Fundholding', que siempre fue voluntario (aunque con considerables incentivos económicos para fomentar la participación de individuos), todas las consultas de primaria han tenido que integrarse en un PCG. Además, mientras que el 'fundholding' hace referencia al papel de los Médicos de Familia como compradores, los nuevos acuerdos les afectan también como proveedores de asistencia. Aunque los Médicos de Familia mantienen los contratos actuales y su status como médicos independientes, se verán obligados a asumir la responsabilidad comercial en la utilización de recursos y en la calidad de la asistencia que prestan. Esto representa un cambio cultural donde se espera que los Médicos de Familia, asignados a un PCG, controlen el rendimiento clínico de sus colegas y ajusten la variabilidad en calidad asistencial.

Figura 5 Las reformas de 1997: “El nuevo NHS. Moderno. Fiable”

	Propuesta	Objetivo
1	La desaparición del mercado interno	Reducción de costes de transacción, más cooperación entre los Trusts, la asistencia primaria, las direcciones de sanidad y los servicios sociales
2	La introducción de Grupos de Atención Primaria (PCGs), cada uno de ellos responsable de la compra de asistencia médica para poblaciones de 100.000 personas	Suprimir la inequidad entre pacientes registrados en consultas de 'fundholders' o no 'fundholders'. Reducir los costes de comisión. Presupuesto único para la Atención Primaria, incluyendo farmacia
3	Las direcciones de sanidad deben asumir un papel estratégico en el desarrollo de Programas para la Mejora en Salud (HimPs) a tres años, junto con el NHS local, los PCGs y las direcciones de sanidad locales	Un enfoque cooperativo de la planificación de servicios a largo plazo. Provisión de asistencia médica (y social) fijada dentro de una estrategia de sanidad más amplia.
4	La introducción de 'Clinical Governance' ¹ imponiendo una responsabilidad	Promover la calidad como núcleo de actividades del NHS y un control más

¹ Clinical Governance abarca los procesos que debe seguir la práctica clínica en los servicios de salud, que garanticen que las intervenciones del personal de salud sean de eficacia probada (basadas en la evidencia), a un coste razonable (según la disponibilidad de recursos del sistema de salud) y se

	imponiendo una responsabilidad estatutaria sobre los ejecutivos de los Trusts para la calidad asistencial	actividades del NHS y un control más riguroso de la práctica clínica
5	Una nueva marco para la gestión de rendimiento para evaluar seis factores: los resultados, la accesibilidad, las opiniones de pacientes y cuidadores, la eficacia y eficiencia y una mejora en la sanidad general a través de la asistencia prestada	Indicadores más amplios de rendimiento para reducir incentivos económicos y perversos
6	El establecimiento de dos nuevos organismos. Un Instituto Nacional de Excelencia Clínica (NICE) que se ocupe de desarrollar estructuras nacionales para la provisión de asistencia. Una Comisión para la mejora en salud (CHImp) que evalúe la asistencia clínica según estas y otras normas	Mejorar y controlar la calidad y la eficacia de la asistencia utilizando normas nacionales
7	La inversión en tecnología informática, por ej. una línea telefónica nacional para proveer información a pacientes (NHS Direct) y la difusión de la intranet del NHS, para conectar todos los consultorios	Provisión de asistencia más apropiada y mejorar la comunicación entre diferentes sectores

Enfoque estratégico para la compra

Aunque la función fundamental de las direcciones de sanidad es mejorar la salud de su población, tradicionalmente han estado orientadas a la planificación y la compra de servicios de salud. El nuevo NHS permite a las Direcciones de Sanidad concentrarse en la planificación estratégica, dejando a los PCGs el papel de negociar los estándares de asistencia y la provisión local.

Las Direcciones de Sanidad tendrán que realizar **Programas para la mejora en Salud** (HimPs) a tres años, partiendo del informe anual que elabore el Director de Salud Pública. Los programas tendrán que ser desarrollados conjuntamente por los

ofrezcan con la mayor calidad y comodidad posibles para el paciente y para sus cuidadores más cercanos

socios locales y reflejar las prioridades nacionales de **“Salvando vidas: Nuestra Nación más saludable”**. Las Direcciones de Sanidad serán responsables de asegurar que todas las entidades regionales participantes (PCGs, Trusts, municipios, grupos comunitarios) formen parte del proceso, y para ello deberán estar asignados al programa, del que se espera proporcione un marco para la asistencia médica y social en el ámbito local.

El objetivo es generar un proceso de compra menos competitivo y crear relaciones más cooperativas entre las diferentes partes del NHS y con organizaciones no vinculadas al NHS (sobre todo municipios, grupos voluntarios y grupos comerciales/empresariales de la región), cuyas actividades tiene un fuerte impacto sobre la sanidad. El papel del NHS dentro de una estrategia para la salud más amplia también deberá ser más detallado.

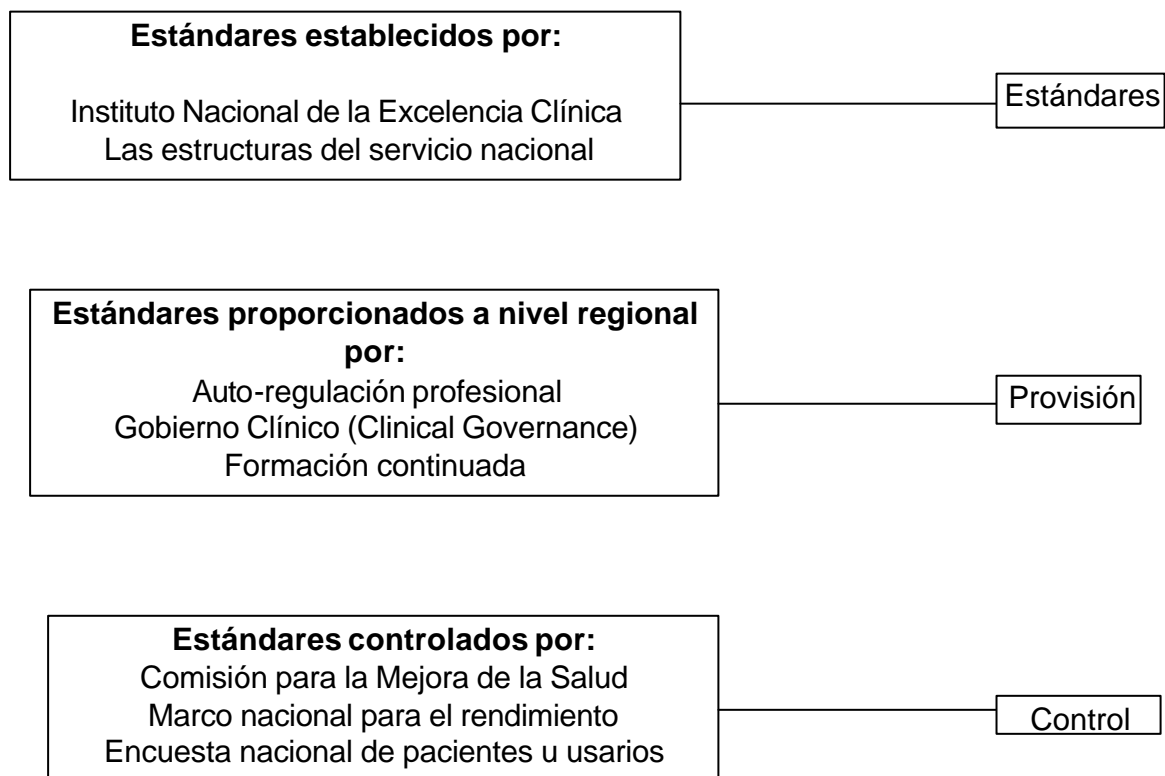
Este nuevo énfasis en la cooperación se ha visto reforzado por otras novedades que obligan a los proveedores a ofrecer asistencia, dirigida por los jefes de servicio de todas las especialidades, durante las 24 horas del día. Tales novedades incluyen:

- La consideración, por parte del gobierno, de las directivas de la Unión Europea, las cuales limitan el horario laboral de los médicos en formación (no especialistas)
- Las ‘reformas Calman’ en la formación médica de posgrado que introducen programas de formación más cortos, pero más intensivos
- El papel más activo de los jefes de servicio en la formación de sus médicos residentes, reduciendo el tiempo que dedican a la atención de los pacientes
- La creciente demanda, por parte de los pacientes, de una asistencia dirigida por los jefes de servicio
- Mayor especialización en las diferentes disciplinas médicas, lo que precisa de nuevos acuerdos para asegurar que los hospitales dispongan de una cobertura médica apropiada las 24 horas del día.

La calidad

En junio de 1998, el gobierno publicó unas propuestas para plantear el tema de calidad “en el núcleo de la asistencia médica²²”. Hay tres componentes que forman parte de la estrategia: el establecimiento de normas claras, el desarrollo de sistemas regionales para conseguirlas y la supervisión de los logros. La figura 6 ilustra los vínculos entre los tres componentes.

La Figura 6 - Estableciendo, proporcionando y controlando estándares (Fuente: “ Un servicio de primera clase. Calidad en el nuevo NHS” - “A First Class Service. Quality in the new NHS”)



Estableciendo estándares

El **Instituto Nacional de Excelencia Clínica (NICE)** será una Dirección de Sanidad especial, que asumirá el papel que actualmente asumen una serie de organizaciones cuya función es la de generar información y directrices sobre una asistencia médica efectiva. Tendrá la responsabilidad de identificar posibles intervenciones en salud que puedan tener un impacto sobre el NHS, además de examinar la práctica actual, desarrollar y difundir pautas en el uso más rentable de esas intervenciones y aconsejar formas apropiadas de implementación.

En particular, el NICE supervisará la producción de los **Marcos del Sistema Nacional de Servicios** (*“National Service Frameworks”*) en cuanto a las áreas principales de políticas de salud. Al principio, estas estructuras fijarán las normas para la gestión de oncología, enfermedades cardiovasculares y las enfermedades mentales. Posteriormente, se pretende crear un marco único para cada enfermedad/condición clínica, que cada año se complementará con 30-50 evaluaciones sobre intervenciones específicas.

El NICE también asumirá la responsabilidad de las cuatro **‘Comisiones Confidenciales Nacionales de Investigación’** existentes que examinan mortalidad quirúrgica, perinatal, infantil, materna y los casos de suicidio y homicidio cometidos por enfermos mentales.

Proporcionando estándares

Uno de los aspectos más radicales de las reformas es la introducción del “Gobierno Clínico” (*Clinical Governance*), en los Trusts comunitarios, los Trusts de atención a agudos, los Grupos de Atención Primaria (PCGs) y las Direcciones de Sanidad. Esta *Clinical Governance* es una especie de Gobierno Corporativo que designa a los Trusts y directores generales de las Direcciones de Sanidad como responsables

de la calidad asistencial (provisionalmente, se designa una persona responsable para cada uno de los PCGs). Esto incorpora el control de calidad, la evaluación clínica, la gestión del riesgo y la formación del personal y significa que, por primera vez, los clínicos (en particular los jefes de servicio) son responsables ante los gerentes de la calidad de la asistencia prestada.

Los Trusts han tenido que desarrollar rápidamente sistemas para satisfacer estas necesidades, estableciendo por ejemplo, comités responsables del gobierno clínico *-clinical governance-*, que deben informar mensualmente a la junta de gobierno del Trust. Por otro lado, se aconseja a los PCGs (cuyos miembros no han trabajado dentro de una estructura institucional) que identifiquen un número limitado de áreas prioritarias concretas, para ser revisadas. Es probable que los sistemas de gobierno clínico se vayan fortaleciendo a medida que se desarrollan.

Otros mecanismos para garantizar una buena calidad asistencial se basan en reforzar los mecanismos existentes de autoregulación, así como el concepto de formación continuada. La autoregulación se convierte en objeto de examen tras la publicación de una serie de casos de negligencia médica. La consecuente preocupación pública, fuerza a los colegios de médicos a considerar sistemas más rigurosos para la acreditación y regulación de los especialistas. La confianza en los profesionales se ha visto seriamente dañada y la profesión médica se encuentra presionada para que se introduzca un “gobierno clínico”, a pesar de las restricciones potenciales que esto supone para la autonomía clínica

Controlando estándares

Mientras se espera que el NICE “indique a los médicos cuáles son sus responsabilidades”, la nueva **Comisión para la Mejora en Salud** (*Commission for Health Improvement*) (CHI) asegurará que “estos las cumplan”. La CHI será un nuevo organismo estatutario, responsable de un programa continuado de revisiones

y visitas a los Trust del NHS (comunitarios y de atención primaria), cada tres o cuatro años. Será responsable de revisar los preparativos del “Gobierno Clínico” -*clinical governance*-, de la implementación de las Estructuras del Servicio Nacional, de otras directrices establecidas por el NICE y del rendimiento general, tal como indican los nuevos acuerdos de gestión del rendimiento y las encuestas nacionales a pacientes. Al igual que el NICE, la CHI se financiará con recursos ya existentes, principalmente aquellos utilizados para apoyar al “Grupo Asesor para Estándares Clínicos”.

La CHI difundirá ejemplos de práctica correcta y hará recomendaciones para afrontar dificultades. Las Oficinas Regionales, Direcciones de Sanidad y los proveedores de servicios serán capaces de invitar a la CHI para que investigue ciertos problemas, aunque las organizaciones locales serán las responsables de continuar con la investigación. La CHI también podrá denunciar a los especialistas clínicos al Colegio de Médicos (GMC) y a otros organismos reguladores, si consideran que existen irregularidades en su actuación individual.

Estos cambios representan un giro fundamental en la relación entre las profesiones clínicas, los gestores, los compradores y el gobierno. Aunque una mayor atención sobre las normas y la responsabilidad debería haberse hecho hace tiempo, es imprescindible que ésta no comprometa la relación entre el médico y el paciente, la cual depende de la capacidad del clínico de actuar en beneficio del paciente.

Será igualmente importante evitar generar incentivos perversos que fomenten la mala práctica a través del uso inapropiado de indicadores de rendimiento poco fiables, sobre todo cuando se utiliza el sistema británico de clasificación según su rendimiento. Por ejemplo, es posible que los especialistas clínicos se resistan a practicar la cirugía en las personas que presenten pronósticos graves porque los resultados podrían tener un efecto negativo en su consulta (aunque puede que éste comporte un uso más eficaz de los recursos). De manera parecida, las encuestas

que evalúan la satisfacción de los pacientes deben medir los indicadores apropiados de calidad más adecuados en aquellos casos que se pretende que los proveedores inviertan en servicios clínicos, y no en servicios de 'hostelería' hospitalaria.

Sin embargo, en muchos aspectos, los cambios simplemente formalizan y amplían los arreglos ya existentes, aunque de un modo más sistemático. Tanto el NICE como la CHI incorporarán las funciones de organismos existentes, y no se les asignan más recursos aunque tengan que asumir un mayor número de tareas o de mayor complejidad. No obstante, se teme que ambos institutos no sean capaces de tener un impacto significativo sobre la práctica clínica. En los EEUU, la Agencia para la Política y la Investigación de atención en salud (semejante al NICE), no pudo cumplir con las obligaciones de sus funciones, y su competencia se vio reducida. Asimismo el CHI necesitará de gran cantidad de recursos para revisar, cada tres o cuatro años, 450 Trusts del NHS y una cantidad equivalente de Trusts de Atención Primaria.

11 *Investigación y Desarrollo (I + D)*

Antecedentes

El NHS siempre ha sido el único recurso para la investigación e incorporación de sus resultados en la práctica clínica. Hasta la introducción del mercado interno, los costes de tal trabajo estaban incluidos en el presupuesto general del Sistema de Sanidad. Cuando la financiación se ajustaba a un patrón histórico, la mayor parte de la investigación y desarrollo (I+D) se llevaba a cabo en un número relativamente reducido de unidades académicas y de formación.

A falta de una estrategia nacional para I+D, los temas principales de investigación reflejaron el interés personal de los investigadores y las prioridades de los grupos externos de financiación (en su mayor parte instituciones benéficas y compañías privadas). Esto favoreció a las patologías y servicios más sofisticados, olvidando con frecuencia las causas comunes de la enfermedad que eran responsabilidad del NHS en los niveles de atención primaria y comunitaria. Enfermería y otras 'profesiones relacionadas con la medicina' (PAMs) emprendieron muy pocas actividades de investigación y desarrollo, existiendo pocos estudios en cuanto a cómo los hallazgos de la investigación podían ser incorporados en la práctica rutinaria. De hecho, el NHS no se benefició de la gran cantidad de trabajos de investigación que su personal realizaba en sus instalaciones.

En 1988 el gobierno nombró al primer director nacional de I+D. A pesar del nombramiento de este alto cargo y la introducción de una estrategia nacional para fijar las prioridades de investigación, se temía que la I+D estuviera contaminada por el mercado interno. Una gran parte del trabajo de I+D recibía fondos a través de los contratos del NHS, al considerarse que la investigación clínica depende de la participación del paciente. Pese a los mecanismos de financiación directa desde la administración central (vigentes desde hacía mucho tiempo) de los costes

adicionales de docencia e investigación (por ejemplo, la llamada “Cantidad Adicional para Docencia e Investigación”), separar los costes reales de la docencia clínica y la investigación de la asistencia al paciente se había convertido en algo casi imposible. La mayoría de los Hospitales Universitarios (donde tradicionalmente se llevaba a cabo la mayor parte de la docencia y la investigación) eran apenas capaces de calcular estos costes de forma aproximada, y como consecuencia, sus precios de contratación eran a menudo excesivamente altos. El cálculo explícito de los costes por episodio de asistencia, introducidos por la contratación, impulsó nuevamente la eliminación de los costes de docencia e investigación de la ecuación, de modo que los compradores pudieron hacer verdaderas comparaciones entre los proveedores. Algunos temían que la investigación fuera eliminada completamente, sobre todo en los casos en que los hospitales estuvieron realizando investigaciones a largo plazo, de relevancia para el NHS en su totalidad, pero aparentemente poco relevantes para una institución individual que trabaja para sobrevivir y prosperar en un ambiente competitivo.

Las reformas de Culyer

En 1993, el gobierno estableció un equipo de trabajo especial, dirigido por el Profesor Anthony Culyer, con el objetivo de revisar los acuerdos de financiación para la I & D. El equipo presentó un informe al cabo de un año²³. El sector de la I+D del NHS se definió como un trabajo claramente establecido, supervisado, bien gestionado y que proporcionaba nuevos conocimientos, los cuales estarían disponibles y serían extrapolables a otras poblaciones. Esto excluía el desarrollo de servicios “per se” y reforzaba el principio de que la I+D, respaldada por el NHS, no es propiedad de organizaciones individuales sino que es un “bien común”.

En apoyo a estos principios, las reformas de Culyer proponían que toda la I+D del NHS debería ser financiada por un nuevo impuesto procedente de las asignaciones anuales distribuidas entre las Direcciones de Sanidad. El valor de esta única fuente

de financiación se calculó inicialmente según las estimaciones de los proveedores, y sustituyó a un nivel equivalente de financiación que éstos recibían de un gran número de servicios y fuentes académicas.

Estableciendo prioridades para I +D

La estrategia nacional es determinada por un reorganizado 'Consejo Central de Investigación y Desarrollo', dirigido por el director de I+D y compuesto por representantes del NHS, organismos académicos y benéficos, y compañías privadas. Esto permite a los principales financiadores externos de la investigación realizada dentro del NHS clarificar el nivel de apoyo que sus proyectos pueden necesitar. Junto a este organismo nacional, los directores regionales de I+D son un punto clave para determinar la asignación de recursos para investigación dentro de sus propias regiones, y para fijar prioridades locales que complementan la estrategia nacional.

La estrategia recibe la información de varios subgrupos, responsables de las áreas importantes de I+D. El grupo más importante es el Programa de Evaluación en Salud y Tecnología (*Health and Technology Assessment Programme*) que recibe solicitudes para evaluar la eficacia de nuevos fármacos e intervenciones, y hace recomendaciones acerca de su implementación. Dentro de estas responsabilidades, el Comité Nacional de Detección Precoz (*National Screening Committee*) supervisa la introducción de todos los nuevos programas, según un criterio revisado y desarrollado originariamente en los años 60, por Wilson y Jungner²⁴. Según éste, se ha descartado la implantación de un programa de detección precoz del cáncer de próstata en pacientes asintomáticos, pero los programas pilotos de detección precoz del cáncer de colon y de los aneurismas de aorta abdominal serán introducidos en 1999.

Mecanismos de financiación

Los costes de I + D se clasifican en tres categorías:

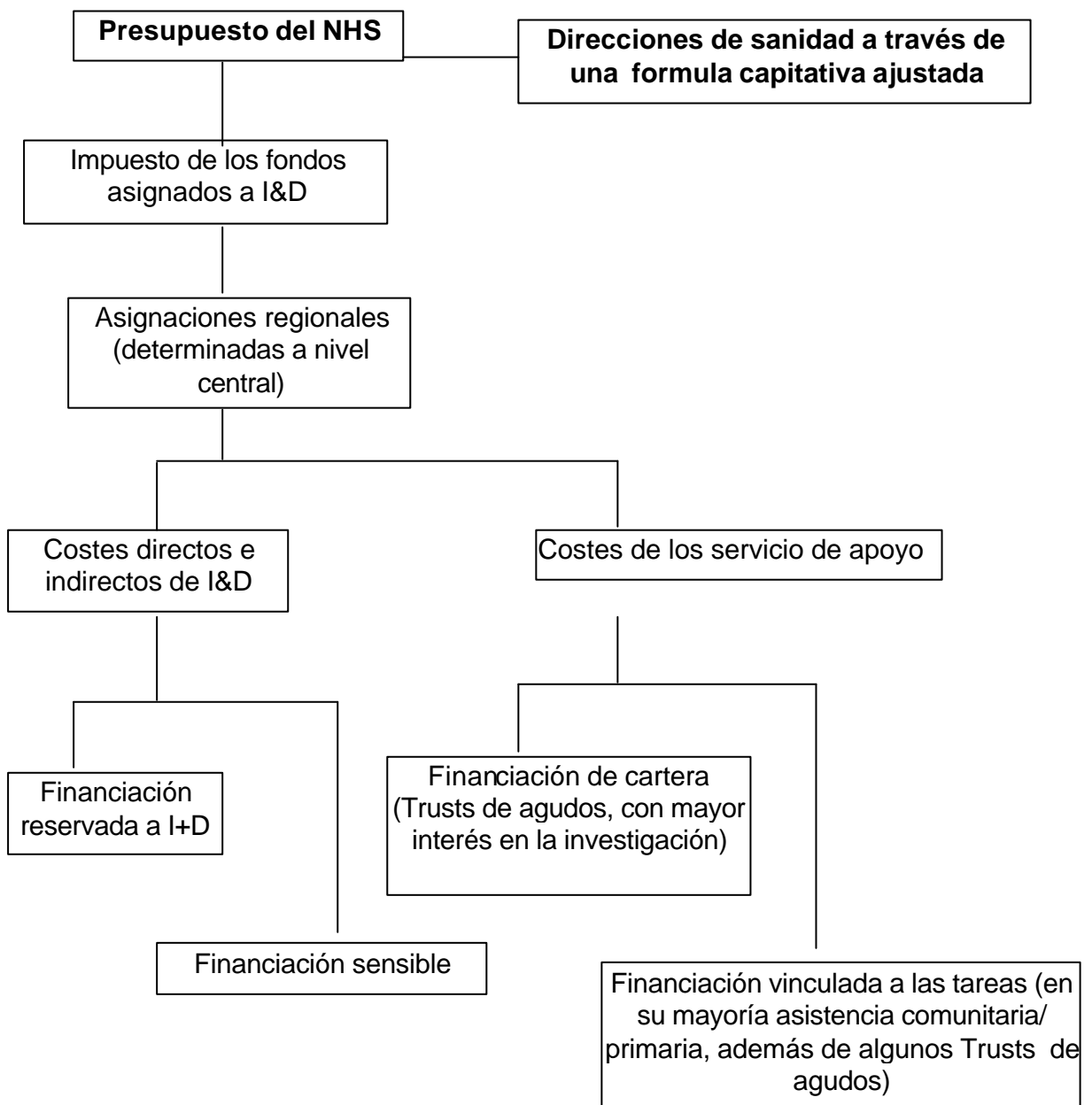
- Costes directos e indirectos. Esto incluye los costes del personal, bienes, fármacos y el procesamiento de datos
- Costes de los servicios de apoyo, que incluye los costes marginales implicados en el apoyo a proyectos individuales de I+D, incluyendo los gastos generales del espacio/local donde se realiza de investigación, las citas extras en consultas externas y los gastos suplementarios en los que incurren los servicios rutinarios como los laboratorios de patología y radiología.
- Costes de las instalaciones de investigación. Costes necesarios para el mantenimiento de las instituciones que realizan I+D a gran escala, los cuales no pueden ser atribuidos a programas específicos.

Las últimas dos categorías se financian por un periodo de cuatro años, según las notificaciones por parte de los proveedores y las evaluaciones de investigación más recientes, las cuales complementan evaluaciones académicas similares. Los proveedores que piensan llevar a cabo I+D a pequeña escala y los nuevos participantes en este campo, pueden solicitar una financiación “vinculada a las tareas” (*Task-linked*). Las instituciones más importantes (servicios de investigación) tienen derecho a “la financiación de cartera” (*Portfolio Funding*) que conlleva una responsabilidad de control de calidad y financiero por parte del propio centro.

Los costes directos e indirectos de I+D son asignados predominantemente dentro de un programa “por encargo”, cuyas prioridades reflejan la estrategia nacional para I+D. Pero existe un mecanismo paralelo de “financiación con capacidad de dar respuesta”, (*responsive funding*) que se ocupa de la financiación de proyectos aprobados pero que el programa no cubre. De esta manera se retiene un elemento de flexibilidad dentro del sistema que permite la continuación de la investigación básica y la satisfacción de necesidades locales. Además, los compradores y proveedores locales pueden encargar y realizar investigación por si mismos.

La figura 7 ilustra los flujos de fondos destinados a I+D según este marco estratégico.

La Figura 7 - Fondos del NHS destinados a I+D



12 **Estrategias de Salud**

La salud de la nación

En 1991, el mismo año en que se introdujo el mercado interno, el Gobierno publicó su primera “estrategia de salud”, más orientada a la salud que a los servicios de salud. El informe ‘**La Salud de la Nación**’ (HoN)²⁵²⁶ (*The Health of the Nation*) estableció que las Direcciones de Sanidad serían responsables de la salud de su población residente, y no sólo de la compra de tratamientos para la misma. Esto animó a los nuevos compradores a concentrarse en estrategias coste-efectivas, para tratar causas mayores de enfermedad, pero también hizo hincapié en las medidas que los individuos podían tomar para proteger su salud.

La estrategia fijó numerosos objetivos a cuatro años para la mejora de la salud de la población. Como una estrategia coherente de salud, se presentaron conjuntamente cinco áreas clave, Estas áreas (que representaban las causas prevenibles más comunes de enfermedades graves y muertes, en Inglaterra y Gales) eran:

- Cánceres
- Enfermedades cardiovasculares y accidentes vasculares cerebrales (AVC)
- Accidentes
- SIDA/VIH y salud sexual
- Enfermedades mentales, incluyendo suicidios.

Los cribajes (screening) poblacionales y los programas de promoción de la salud, diseñados para modificar las conductas individuales (por ejemplo tabaquismo, prácticas sexuales) fueron acordados por las poblaciones de cada distrito y vinculados a mejoras cuantificables según pautas acordadas. Sin embargo, existían objetivos múltiples dentro de cada área y los críticos observaron que, en general, estos objetivos eran simplemente extrapolaciones de tendencias ya existentes. Además, la capacidad de la estrategia se vio limitada por la resistencia del gobierno de aquellos años a reconocer que los factores sociales, medioambientales y

económicos (en particular la desigualdad y la pobreza) son las mayores causas de enfermedad.

Las Direcciones de Sanidad de Distrito, responsables de dirigir las estrategias a nivel local, formaron grupos multi-disciplinarios para preparar e iniciar la acción. Es probable que el enorme cambio de agenda, al que debían enfrentarse las Direcciones de Sanidad, junto con las presiones financieras a las que debían enfrentarse los municipios locales, redujeran el impacto de las acciones, pero aún así, las direcciones realizaron un gran trabajo y establecieron algunos esquemas innovadores que consiguieron superar las tradicionales barreras intersectoriales y profesionales.

En 1996, y a pesar de haberse logrado conseguir algunos objetivos, destacaban algunas excepciones, tales como el incremento de la tasa de fumadores adolescentes, y el hecho de que cada día había un mayor número de adultos obesos, o muy obesos.

Salvando vidas: Nuestra Nación más Sana

Una de las primeras acciones del nuevo gobierno laborista en 1997 fue el primer nombramiento en el país de un Ministro para la Salud Pública, responsable ante la Secretaria de Estado. Consecuentemente, se publicó el borrador de un documento político para reemplazar al HoN, **Nuestra Nación más Sana (OHN)**²⁷ (*“Our Healthier Nation”*). Cuando se escribió este informe, se acababa de publicar el “White Paper”, que resultó de las consultas realizadas a “Nuestra Nación más Sana” (Salvando Vidas) y que fija un objetivo a nivel nacional, salvar 300.000 vidas durante la próxima década, concentrándose especialmente en cuatro áreas: cáncer; enfermedades cardiovasculares y accidentes vasculares cerebrales; accidentes y enfermedades mentales.

“Salvando Vidas: Nuestra Nación más Sana” difiere del HoN en algunos aspectos importantes. Por ejemplo, reconoce la asociación entre inequidad, pobreza y enfermedad. Aparece un cambio importante con respecto al enfoque del HoN, donde la mejora de la salud era responsabilidad del individuo, ya que ahora se reconoce que dicha mejora solo puede ocurrir en un marco de cambios más amplios que proporcionen mayor poder a los individuos. Por consiguiente, la estrategia propone la elaboración de “contratos nacionales de salud” en cada una de las cuatro áreas. En cada una de ellas tanto el gobierno como los municipios/grupos comunitarios y los individuos deben aceptar ciertas responsabilidades. La estrategia también identifica tres escenarios donde debería centrarse la acción. Las características más importantes de la nueva estrategia se resumen en la figura 8.

La Figura 8 – Salvando Vidas: Nuestra Nación mas sana: puntos clave

	Objetivos
1	Aumentar la calidad de vida y la esperanza de vida en general
2	Mejorar la sanidad de los más pobres y reducir las desigualdades en salud
	Escenarios
1	Escuelas sanas (niños)
2	Lugares de trabajo sanos (adultos)
3	Barrios sanos (ancianos)
	Objetivos (para el 2010)
1	Enfermedades cardiovasculares y AVC: reducir las muertes en dos quintas partes (personas menores de 75 años)
2	Accidentes: reducir los accidentes en una quinta parte y las lesiones graves en una décima parte
3	Cáncer: reducir las muertes en una quinta parte (personas menores de 75 años)
4	Enfermedades mentales: reducir las muertes por suicidio en una quinta parte como mínimo

La principal crítica dirigida a estas propuestas es que, como ocurría con el HoN, no plantean objetivos para reducir las desigualdades. El proceso de consulta acabó en un cambio significativo en los objetivos del borrador, que ahora cubren el grupo de edad entre 65 y 75 años en respuesta a la crítica de que los ancianos estaban excluidos de la estrategia. Los objetivos propuestos para las cuatro áreas clave son indicadores de salud muy limitados (por ejemplo, utiliza las tasas de suicidio como reflejo de las enfermedades mentales). “La Salud de la Nación” tuvo que enfrentarse a problemas similares, al limitar su enfoque sobre algunas áreas clave y tener que priorizar la monitorización de un número reducido de objetivos. “Salvando Vidas: Nuestra Nación más sana” ha reducido aún más dicho ámbito, y a pesar de haberse presentado como estrategias diferenciadas del gobierno, los niveles de tabaquismo, alcoholismo y el uso ilícito de drogas no han sido incluidos en el conjunto de los objetivos fijados.

A la nueva estrategia se le ha proporcionado un papel más preponderante, dentro de las Direcciones de Sanidad, que el proporcionado al HoN. Detalla, de una forma más clara, mecanismos y responsabilidades para ponerla en práctica a nivel local, utilizándola principalmente como base para **los programas de mejoras en salud** (Health Improvement Programmes - HimP) desarrollados a tres años por las Direcciones de Sanidad. Estos programas definen el marco en el que tendrán que operar los grupos de atención primaria, el NHS en general, las direcciones de sanidad y los grupos comunitarios y voluntarios, para mejorar la salud a nivel local. Las nuevas responsabilidades de los grupos de Atención Primaria y los Trusts incluyen, de manera explícita, la salud pública.

Para complementar este nuevo enfoque, el gobierno pretende incorporar una nueva función en las Direcciones de Sanidad locales, que promueva el bienestar económico, social y medioambiental en sus áreas. Para ello, obliga a estas direcciones a adoptar los planes de acción para el desarrollo sostenible de la “**Agenda 21**”, aprobada en la “Cumbre sobre la Tierra”, organizada en 1992 por la

ONU, en Río de Janeiro. También se han establecido varias **zonas de acción sanitaria** (*Health Action Zones*), a través de un proceso de licitación competitiva. El objetivo de estas zonas de acción sanitaria es el de conseguir que tanto Direcciones de Sanidad como Municipios, el NHS, compañías privadas y grupos comunitarios y de voluntarios, participen en programas de mejoras en salud a largo plazo. Para apoyar a cada una de las zonas, se les han proporcionado una serie de recursos con la finalidad de promover el trabajo conjunto entre los distintos socios, responsables también de facilitar información sobre qué mecanismos de trabajo en equipo pueden tener mayor éxito en los Programas de Mejora en Salud (HimP).

En la misma línea, “Salvando vidas” propone establecer una red de **Centros de Vida Sana** (*Healthy Living Centres*) en todo el país. Estos centros pretenden ser centros de recursos que proporcionen un enfoque para las actividades locales en mejoras de salud. De los fondos de la lotería nacional se han destinado 300 millones de libras esterlinas para este proyecto. Los estándares y la calidad de la Salud Pública serán supervisados por una nueva **Agencia del Desarrollo de la Salud**. Existirán otras iniciativas para dar apoyo al desarrollo de la investigación e información en Salud Pública.

13 El Consumismo y el Código del Paciente

En 1991, el primer ministro John Major, sucesor de Margaret Thatcher, propuso publicar una serie de “Códigos del Ciudadano”. Estos eran vistos como una manera de obligar a las organizaciones del estado a reaccionar ante las demandas de los individuos, por medio de la definición de los estándares de servicio que los pacientes podían esperar. El **Código del Paciente** (*The Patient’s Charter*) estableció algunos de los estándares básicos que los usuarios del NHS podían esperar recibir. Algunos servicios fueron establecidos como derechos,²⁸ y se inició el sistema de clasificación (league tables), que compara directamente el rendimiento de los diferentes proveedores. Esta forma de responsabilidad pública tenía la intención de mejorar, de un forma explícita, los estándares más básicos de la prestación de servicios.

Algunos comentaristas dieron buena acogida al mensaje claro de que los estándares de asistencia al paciente individual debían mejorar (y de una manera visible). Sin embargo, mucha gente criticó el Código del Paciente porque se centraba en procedimientos básicos y no en resultados clínicos. Por ejemplo, se especificó el tiempo máximo de espera para los tratamientos de rutina de pacientes externos e internos y para las citas de pacientes no hospitalizados. Generalmente, los estándares fueron considerados irrelevantes pero amenazantes al mismo tiempo, alentando así a los pacientes a quejarse de condiciones sobre las que el personal del NHS tenía poco control. De manera similar, muchos pacientes creían que los estándares eran poco realistas, y que poco tenían que ver con la asistencia que recibían.

En 1997, el gobierno laborista pidió a Greg Dyke, un antiguo ejecutivo de la televisión, que desarrollase propuestas para un código revisado. Un informe publicado en 1998²⁹ proponía un nuevo código, basado en un mínimo de normas

nacionales, que fue ampliado a nivel local para reflejar las preocupaciones del personal y de la comunidad. Se esperaba que el personal y los pacientes percibieran estas normas como más relevantes, significativas y realizables que las anteriores. Sin embargo, se temía por el desarrollo de los estándares locales cuando uno de los objetivos principales del gobierno era el de reducir o eliminar, a nivel nacional, la variabilidad asistencial. Todavía está por aprobar un código del paciente revisado y definitivo.

14 **La Asistencia Comunitaria**

En 1989 se publicó la “**Atención a las Personas**” (*Caring for People*), formada por una serie de propuestas que promovían la asistencia en la comunidad, en lugar de en las grandes instituciones, tanto para enfermos y discapacitados mentales, como para ancianos y discapacitados físicos³⁰. Estas propuestas condujeron el diseño de una serie de paquetes individuales de atención en servicios hospitalarios y comunitarios, supervisados por personal asistencial, asignado a cada paciente de forma personalizada.

Los enfermos fueron alentados a vivir en sus hogares, mientras fuera posible, proporcionándoles los servicios necesarios en su propio domicilio. El consumidor, a nivel individual, estaría en el centro de una red de servicios prestados por diversas agencias – las autoridades locales (que proporcionan los servicios sociales), los servicios sanitarios y el voluntariado (sin ánimo de lucro). Además de promover la importancia primordial de las necesidades del individuo, las propuestas pretendían promocionar la planificación racional y la financiación de todas las organizaciones. “Asistencia a las personas” representó una solución centrada en el usuario a un problema que existía desde el comienzo del NHS – la división de competencias entre el NHS y las demás agencias.

Para la implementación de los planes, se precisó un cambio importante. Se cerraron la mayor parte de los hospitales psiquiátricos de larga estancia y los residentes se trasladaron a pequeñas unidades residenciales situadas en la comunidad. La asistencia hospitalaria para ancianos empezó a parecerse a la asistencia proporcionada por otros hospitales especializados, con tiempos de estancia más cortos para problemas agudos. Las residencias para ancianos, gestionadas en su

mayoría por compañías privadas, se ampliaron rápidamente para poder proporcionar asistencia de larga estancia y rehabilitación.

No sorprende que la introducción de estos cambios hiciese poco para promover nuevas maneras de colaboración entre distintas organizaciones, ni nuevos enfoques en la gestión conjunta del presupuesto. Esto reflejó, en parte, las diferencias de cultura organizativa existentes entre el NHS y los Servicios Sociales, así como las barreras burocráticas para el trabajo conjunto y la integración de presupuestos.

En esta situación, la atención psiquiátrica comunitaria era percibida, en general, como una serie de intervenciones en las que fracasaba la asistencia al individuo como consecuencia de una falta de continuidad asistencial por parte de los distintos equipos multidisciplinarios. Tuvieron lugar una serie de incidentes importantes, donde pacientes psiquiátricos se autolesionaron o lesionaron a otros, provocando la desconfianza pública. De hecho, la tasa de homicidios cometidos por enfermos mentales se fue reduciendo de forma constante a partir de los años 50 y durante los años 90.

La atención socio sanitaria a los ancianos también estaba sujeta a problemas de financiación. A pesar de que la asistencia está financiada por el NHS, las personas con debilidad mental o demencia que precisan de asistencia social continuada son sometidos a una verificación de recursos económicos, y no tienen derecho a recibir asistencia financiada por el estado hasta que no han agotado o consumido la mayor parte de sus bienes. Esta distinción artificial entre la asistencia sanitaria y social es considerada, de forma generalizada, como injusta y poco equitativa. Una Comisión Real sobre la asistencia continuada ha propuesto que el estado financie toda la asistencia, ya sea asistencia social o asistencia socio-sanitaria³¹. Aunque la postura del gobierno todavía no es clara, las consecuencias financieras son enormes y, a

pesar de los planes previstos para la población actual de ancianos, es casi inevitable que la gente más joven tendrá que asegurar su propia asistencia en el futuro.

Las reformas más recientes del NHS ofrecen nuevos mecanismos para coordinar la asistencia proporcionada por las distintas agencias, lo que permitirá, a través de una red de organizaciones, mejorar la eficacia, la coherencia y la sensibilidad de los servicios con el objetivo de satisfacer las múltiples necesidades de los usuarios. El nuevo papel otorgado a las direcciones sanitarias, que deben desarrollar, junto con otras organizaciones del NHS y los municipios, los Planes de Mejoras en salud, deberá generar estrategias comunes entre los servicios sanitarios y sociales, para el desarrollo y la provisión de asistencia. De modo similar, las direcciones de sanidad y los municipios podrán compartir una gran parte de sus presupuestos y nombrar una de las organizaciones para que lidere la gestión de algunos servicios. A pesar de estas mejoras, es poco probable que se consiga solucionar el problema de financiación, o que desaparezcan por completo las barreras.

15 La Racionalización de los Servicios para pacientes agudos – el ejemplo de Londres

Aunque esta sección se basa concretamente en la experiencia de Londres, la racionalización de los servicios también ha tenido lugar en otras ciudades importantes de Inglaterra. Gales y Escocia, también, han desarrollado planes nacionales para la fusión y reorganización de sus servicios de salud. Sin embargo, todos comparten los mismos conductores del cambio, una combinación de rápidos cambios tecnológicos; una reducción de las estancias medias; un cambio hacia nuevas formas de asistencia ambulatoria y extra hospitalaria; la escasez de mano de obra en ciertas áreas clínicas; y una dispersión de la formación y la investigación en atención primaria y atención a agudos.

La introducción del mercado interno en 1991, y el cambio hacia la financiación capitativa a través de compradores, amenazaron la viabilidad de varios hospitales universitarios prestigiosos, sobre todo en Londres. Existían varias razones para ello:

- Las reformas pusieron de manifiesto el alto coste de los servicios, incluyendo el valor de los bienes.
- En general, la financiación capitativa sustrajo fondos de las grandes ciudades (actualmente en las ciudades vive relativamente menos gente que en el pasado, puesto que ha habido una migración importante a las áreas peri-urbanas).
- Los grandes hospitales universitarios atrajeron a pacientes desde todos los puntos del país. Sin embargo, los compradores más distantes en términos geográficos, solo remitían dos o tres pacientes al año, un flujo tan escaso de casos que no se incluía en el sistema de contratos por bloque, por lo que estaban sujetos a acuerdos especiales que requerían autorización previa. Estos casos eran, con frecuencia, importantes para la formación y la investigación, pero los

grandes hospitales universitarios corrían el riesgo de perder grandes cantidades de dinero si no podían recobrar los costes de este trabajo.

- En todo el mundo los hospitales se enfrentaban a un cambio de rol. El aumento de la cirugía ambulatoria, las estancias más cortas y las nuevas tecnologías apuntan hacia un nuevo estilo de trabajo.

El gobierno, preocupado por la situación londinense, solicitó a un académico médico, Sr Bernard Tomlinson (que trabajaba fuera de Londres), que examinara los servicios de salud de la capital. Los principales puntos de sus hallazgos en 1992, fueron los siguientes³²:

- Los estándares de atención primaria (en particular, la práctica de la medicina general) eran, en general, peores en Londres que en el resto del país
- En Londres existía un exceso de camas en los hospitales de agudos que eran usadas de manera inapropiada.
- El efecto de la financiación per cápita, que sustraía fondos del centro de la ciudad de Londres, y el alto coste de los hospitales universitarios, indicaba la necesidad de cierres o fusiones.
- Las facultades de medicina debían redistribuir sus recursos entre una menor cantidad de campus universitarios.
- Los servicios de alta especialización (por ejemplo, atención de patología renal, los hospitales monográficos postgraduados) necesitaban una revisión urgente alegando la existencia de un exceso de departamentos demasiado pequeños³³.

Aunque el informe confirmó lo que el gobierno ya esperaba, generó gran controversia. Como respuesta formal al informe del profesor Tomlinson³⁴, el gobierno tomó las siguientes medidas:

- Estableció un mecanismo especial de financiación para mejorar la atención primaria en Londres, que permitió a los compradores iniciar nuevos programas,

con una financiación a 5 años, mediante la transferencia de recursos desde la asistencia especializada.

- Diseñó un plan para fusiones y cierres de hospitales, incluyendo algunos hospitales de fama mundial (el St. Bartholomew's, el Hammersmith e incluso el Guys, hospital que había sido presentado como el pionero del movimiento de los Trusts).
- La racionalización de las facultades de medicina.
- Una revisión de los servicios especializados, que proponía fusiones entre los departamentos, en la línea de las fusiones entre hospitales universitarios
- Una financiación 'transicional' para los hospitales, cuyos gastos de funcionamiento excedían sus ingresos contractuales, a fin de que les permitiese mantener la estabilidad mientras tenían lugar los cambios.

Los críticos argumentaron sus discrepancias con los planes para la ciudad de Londres, por motivos tanto de tradición como de lógica. La idea de que Londres tenía demasiadas camas de agudos, parecía incomprensible para los médicos – tanto médicos de familia como especialistas – que intentaban ingresar pacientes en los hospitales. Desde entonces, los estudios han mostrado que la posición relativa de Londres depende cómo se cuantifique el problema. Si se excluyen las camas para ancianos, las super-especialidades y obstetricia, la capital dispone, proporcionalmente a su población, de menos camas quirúrgicas y de agudos que otras partes del país. Los críticos también afirmaban que una mejora en la atención primaria estimularía la demanda de una mayor atención hospitalaria.

El coste total de las fusiones sobrepasaría los cientos de millones de libras, y algunos dudaban de si sería prudente cerrar hospitales que acababan de recibir importantes inversiones (algunas de ellas conseguidas por la demanda pública). Los argumentos emocionales eran muy importantes. Para los defensores de la tradición y

de los centros de excelencia, era inadmisibles la posibilidad de cerrar hospitales de fama mundial.

Por el contrario, el partido laborista se comprometió a reconsiderar las propuestas y consecuentemente, una de las primeras acciones del gobierno fue la de establecer, en junio de 1997, una segunda revisión de los servicios de salud en la capital, bajo la dirección de Sir Leslie Turnberg³⁵.

Las propuestas aceptadas por el gobierno, incluían:

- El establecimiento de una única oficina regional en Londres, la cual reemplazaría las dos direcciones existentes.
- Una inversión adicional en los servicios de atención primaria, comunitaria y enfermedades mentales.
- Un mayor enfoque en la provisión de instalaciones 'intermedias', como rehabilitación o camas de convalecencia.
- La organización de los servicios especializados en cinco sectores, los cuales corresponden a las cinco escuelas universitarias de formación médica de la capital.
- El aumento del número de médicos de familia en la capital.
- Poner fin a los cierres de camas, puesto que la ciudad de Londres no tenía un exceso de camas cuando se comparaba con otras partes del país.
- Poner restricciones en el cierre de los departamentos de urgencias
- Elaborar recomendaciones sobre planes de progreso o cierre de los hospitales, que incluían sugerencias para revisar el cierre concreto de un servicio de urgencias o el cierre del hospital.

Los problemas de Londres (a parte de los de sus facultades de medicina), son problemas comunes a la mayor parte de las grandes ciudades. Ahora muchos están de acuerdo con la necesidad de un cambio en las grandes ciudades del Reino

Unido, pero a un ritmo prudente y controlado, que asegure la buena práctica médica. El enfoque adoptado para resolver estos problemas ha reflejado el contexto general del NHS, que ha avanzado desde una filosofía de mercado, a principios de los 90, a la situación actual, con una economía de salud más centralista y planificada.

16 **Recursos Humanos y Empleo**

Históricamente, el personal del NHS era contratado localmente según convenios nacionales, negociados y acordados a nivel central y que incluían procesos para la resolución de disputas. En ciertos casos incluyó el derecho de apelar contra las decisiones locales ante el Ministerio de Sanidad. Existía un plan nacional de pensiones. El empleo se consideraba permanente a menos que un empleado decidiese irse o trasladarse dentro del NHS. En este último caso, el individuo conservaba los derechos de antigüedad y jubilación que ya tenía.

La introducción de la negociación colectiva a nivel local fue una característica de las reformas del sector público de los años 80 en el Reino Unido, y el NHS no fue una excepción. Como en otros países, los sueldos representan entre el 70 y 75% del coste en salud, y los gestores locales opinaban que no serían capaces de manejar sus fondos hasta que no pudiesen controlar este gasto. Tras la introducción de la Gestión General en 1985, las diversas categorías de administradores y gestores se sustituyeron por algo de flexibilidad local que incluía al personal. Se estableció un plan de salarios vinculado al rendimiento de los altos cargos directivos – un plan nacional gestionado a nivel local.

Uno de los objetivos de la filosofía de **Trabajando para los pacientes** (*Working for patients*) era el de dividir el NHS en unidades más pequeñas que facilitaran la negociación. Con su introducción, los Trusts del NHS asumían la responsabilidad de contratar la mayoría de su personal y de imponer sus propios convenios. El personal existente tenía el derecho de conservar sus condiciones contractuales si pedían un traslado, pero los Trusts podían contratar personal nuevo (incluidos especialistas) de acuerdo a las condiciones que consideraran oportunas. En la práctica, la mayor parte de los Trusts copiaban el modelo de contrato ya existente.

La política del ejecutivo del NHS fue la de devolver a los Trusts la responsabilidad de las negociaciones del convenio colectivo anual del personal transferido, manteniendo sus antiguas condiciones de empleo. Esta reforma avanzó lentamente , provocando controversia. En 1995, se acordó que el convenio colectivo de todo el personal, excepto los médicos, se negociará a nivel local dentro de las directrices nacionales. Un organismo nacional seguía determinando los sueldos de médicos y enfermeras.

Para el personal de las direcciones contratantes, se mantuvieron las mismas condiciones nacionales. Se consideraron las propuestas para un convenio colectivo pero jamás se implantaron. Los médicos de familia seguían trabajando, asociados con otros colegas, como contratistas autónomos, contratando a su propio personal de enfermería y administrativo, para lo que con frecuencia se basaban en los convenios nacionales.

La introducción de las “nuevas reformas del NHS” puso fin a la descentralización gradual de la responsabilidad del empleo. Se han revisado las estructuras salariales para investigar si sería posible crear un tipo de sueldo colectivo que cubriese a todo el personal profesional, administrativo y de otros departamentos. Se mantienen los Trusts del NHS como organismos contratantes pero es improbable que se permita a los mismos desarrollar su propio convenio laboral.

Cabe destacar que existen dos leyes que han tenido un impacto significativo sobre los acuerdos salariales, tan importante como el que han tenido sobre las condiciones laborales. Estas dos normativas son, las **reformas Calman** sobre la formación médica de los postgraduados y la **directiva de la Unión Europea sobre el horario laboral**.

Las reformas Calman³⁶ fueron introducidas para normalizar y mejorar la formación médica. Cada especialidad debía establecer programas de formación con evaluaciones anuales de los médicos en formación. El número de médicos que

accedían a un nivel de formación era directamente controlado y teóricamente se ajustaba a las necesidades futuras estimadas de especialistas. Se introdujeron nuevas normativas que limitaban las horas que los médicos en formación podían trabajar cada semana, y determinaban los períodos de descanso entre guardias.

A los “decanos” de postgraduados de nueva creación se les asignó una proporción de los gastos para la formación de los nuevos residentes, que ellos ‘invertieron’ en los Trusts, siguiendo el espíritu de mercado interno. Este acuerdo forzó a los Trusts a proporcionar ciertos estándares básicos para la formación y el alojamiento, a riesgo de perder una parte significativa de sus fondos (así como una parte de su personal médico) si no cumplían.

Simultáneamente la legislación europea exigía que el gobierno introdujese nuevos acuerdos para mejorar el proceso de formación y acreditación de los especialistas. Además, se introdujeron nuevas normativas que regulaban el nombramiento y la contratación de los jefes de servicio. De esta manera, un médico reconocido como especialista en cualquier país de la Unión Europea, podría solicitar un lugar de trabajo en el Reino Unido, en las mismas condiciones de igualdad que los licenciados británicos.

A pesar del nuevo sistema de formación, la planificación de la mano de obra se mantiene como una ciencia imperfecta, y pocas veces las estimaciones profesionales sobre los niveles de personal han estado en concordancia con los recursos necesarios para alcanzar los objetivos. Sigue existiendo una falta de médicos en algunas especialidades, por ejemplo en pediatría, psiquiatría y anestesia, mientras que ahora existe un excedente de obstetras. Los problemas no se limitan solo a los médicos: también se teme por el futuro del personal de enfermería, lo que requiere de una acción a nivel nacional y local. No solo es imprescindible que se mantenga la contratación de personal de enfermería en

formación, también se debe incentivar a los que están trabajando para así obtener el máximo rendimiento a sus habilidades.

17 **Conclusiones**

Este documento describe cómo se ha desarrollado el NHS desde sus comienzos, en concreto su gestión. Ilustra la complejidad que supone alcanzar un nivel uniforme en la prestación de servicios de salud para todo el territorio nacional. El NHS se desarrolló a partir de una existente y compleja combinación entre servicios de salud y sociales, determinada según pautas históricas. El NHS se ha mantenido a la cabeza de la agenda política durante toda su existencia, y ha estado sujeto a sucesivas reorganizaciones, así como a diversas crisis financieras. Las expectativas del servicio han ido incrementándose de manera exponencial, guiadas por avances tecnológicos y cambios generales de la sociedad, los cuales han hecho hincapié en los derechos del individuo y en unos servicios más orientados al consumidor.

Hasta los años 90, la gestión general del NHS fue controlada estrictamente desde en nivel central, aunque la autonomía clínica seguía siendo sagrada y se prestó poca atención a los procesos asistenciales, que determinan los costes principales de la provisión de asistencia médica. Cabe destacar que una de las principales intenciones de las reformas del mercado interno fue la creación de un servicio más responsable y eficaz, en el cual la prestación de la asistencia debía adaptarse a los recursos disponibles mediante la devolución de los presupuestos a los Trusts del NHS, a sus directivos de administración y a los médicos de familia 'fundholders'.

El impacto del mercado interno fue probablemente menos importante de lo que cabría esperar dado el grado de controversia que generó. El mantenimiento del equilibrio entre el incremento en eficiencia y el incremento en los costes de transacción ha sido apropiado, pero la conclusión final a este respecto todavía no se ha encontrado. Los análisis más detallados de la eficacia señalan que el aumento en la actividad puede explicarse en gran medida por una mejora en la captura de datos, por los cambios tecnológicos, y por las pautas de asistencia a los pacientes individuales. El principio fundamental sobre el que se sostienen las reformas

defiende que un mayor grado de competencia genera una mayor eficacia. Este principio también ha sido puesto en duda sobre la base de que la competencia verdadera nunca existió en este sector, afirmación fundamentada en que la asistencia médica es un mercado notoriamente imperfecto, siendo muy difícil en la práctica, entrar o salir del mercado en un corto plazo de tiempo. Además, en Estados Unidos se ha observado que es posible que la competencia incremente los costes de forma perversa, pues los proveedores intentan conseguir más contratos ofertando un mayor número de servicios.

Se ha sugerido que, lejos de aumentar la competencia, el mercado interno ha generado una serie de monopolios bilaterales entre los compradores y los proveedores. Por otro lado, cabe recordar que aunque es posible que la competencia haya sido un mecanismo útil para alcanzar una racionalización del NHS a través de cierres de hospitales, se puede debatir si la competencia es o no es útil para la mejora de la equidad.

En el contexto de las reformas de 1991, surgen dos cuestiones principales relacionadas con el tema de la falta de equidad. La primera es la creación de unos servicios de salud de dos categorías ('two tier'), en el cual los pacientes de los médicos de familia fundholders tenían acceso preferencial al tratamiento, en parte porque éstos recibían presupuestos desproporcionadamente generosos, y porque los fundholders se beneficiaron de las múltiples ventajas inherentes que tenían con respecto a las Direcciones de Sanidad compradoras de servicios. No existe evidencia que demuestre que los pacientes de los médicos no fundholders estuvieran peor que antes de las reformas. En realidad, podría discutirse si un sistema de dos categorías no es una característica inevitable del proceso de mejora de un servicio de salud. Siempre existen individuos innovadores y líderes en la vanguardia del conocimiento, pero el reto es asegurar que otros sean capaces de aprender de sus experiencias y no de encontrarse sistemáticamente en una situación de desventaja.

En segundo lugar, existía en un principio la preocupación de que los Trusts y los médicos de familia fundholders seleccionaran a aquellos pacientes con patologías relativamente sencillas de tratar y poco costosas. Sin embargo, no existe evidencia de que esto haya ocurrido, aunque sí es cierto que existía esta posibilidad, cuyas consecuencias se han podido observar, por ejemplo, en el servicio sanitario de los EEUU. Los motivos por los cuales no se dió este proceso de selección adversa de pacientes son poco claros, aunque probablemente reflejen unos principios éticos y el hecho de que los clínicos no tuviesen ningún interés económico en el NHS. Quizás aún es mas importante el hecho de que los elementos más caros e impredecibles de la asistencia se financiasen independientemente de los servicios principales.

Los beneficios menos tangibles de las reformas fueron limitados (como por ejemplo, las mejoras de calidad, la capacidad de elección o la capacidad de dar respuesta). Aunque con frecuencia se ridiculizó el **Código del Paciente**, éste aumentó las expectativas individuales en cuanto a la calidad de asistencia, generando una demanda de mejores servicios. Desgraciadamente, esto solo llevó a que los Trusts tomaran medidas poco significativas. Las encuestas de satisfacción de los pacientes fluctuaban con los niveles de financiación disponibles para el NHS, mientras los cambios en el tamaño de las listas de espera se vieron más afectados por iniciativas concretas del gobierno que por cualquiera de las mejoras de calidad vinculadas al status de los Trusts. Para una revisión detallada del impacto del mercado interno, véase el trabajo publicado por la *King's Fund*³⁷.

A pesar de las críticas, el marco establecido por el mercado interno ha sido aceptado, y las reformas más recientes siguen manteniendo muchas de sus características. Se reconoce que la división comprador-proveedor proporciona una división sistemática de las responsabilidades entre los que asignan los recursos y establecen las estrategias en salud, y los que suministran servicios sanitarios o sociales definidos de forma más precisa. De modo similar, **la financiación per**

cápita ofrece la posibilidad de elaborar servicios que puedan satisfacer las necesidades de la población, en lugar de los propios intereses organizativos.

Pese a la retórica del *White Paper* de 1997, la creación de los **Grupos de Atención Primaria** basados en el principio de *'fundholding'* refuerza la idea de que el personal de atención primaria está estratégicamente situado para determinar la cantidad y la calidad de los servicios requeridos al nivel local. Debería destacarse que las actuales propuestas son más determinantes que los proyectos voluntarios ya existentes. Se obliga a todos los consultorios a formar parte de un grupo de atención primaria, y se espera que estos grupos se encarguen de todos los servicios, menos los especializados. Está por ver si estos grupos más independientes podrán cooperar eficazmente, y si tendrán los conocimientos, la experiencia, el apoyo y los recursos adecuados para administrar estas tareas. Los grupos de atención primaria también son proveedores de asistencia. Tendrán un papel importante, actuando como el eje vertebral de las redes locales de proveedores de asistencia en salud, siendo responsables de la integración de los servicios primarios y secundarios para las poblaciones de referencia de cada grupo, utilizando los nuevos Marcos Nacionales de Servicios (*National Service Frameworks*). El objetivo a largo plazo es fusionar estos grupos con los *Trusts* comunitarios, lo que ya ha empezado a plantear ciertas cuestiones sobre cual será el estatus de los médicos de familia que trabajan por cuenta propia, y cual será su posición eventual dentro de estas organizaciones.

Uno de los avances más significativos, no logrado hasta ahora, ha sido el de integrar el NHS (en gran parte, orientado a la curación de enfermedades) en una estrategia de salud más amplia. La estrategia original, "Salud de la Nación", estuvo poco vinculada a las principales actividades del NHS y no hacía referencia a los determinantes de la salud de mayor alcance. La nueva estrategia, **Nuestra Nación más Sana** (*Our Healthier Nation*) tiene un alcance más amplio. La introducción de **"Los Programas par las Mejoras en Salud"** (*Health Improvement Programmes*) y el hecho de que sea obligatorio incorporar las prioridades del OHN, ofrecen la

oportunidad de vincular, de una manera más explícita, las actividades del NHS a la estrategia.

No obstante, puede que un cambio igualmente importante y determinado por la nueva estrategia del NHS sea el énfasis en la calidad clínica. La incorporación de *Clinical Governance* en todas las organizaciones del NHS, y el cambio cultural necesario para su facilitación, ofrece posibilidades de cambiar el “cómo” se realiza la provisión de la asistencia en salud. Además, la creación del **Instituto Nacional de Excelencia Clínica** y la **Comisión para las Mejoras en Salud** probablemente supondrán una menor autonomía clínica pero también una mayor transparencia.

El aumento de las expectativas de los usuarios, junto con las demandas por una mejora en la regulación y el incremento de los acuerdos contractuales bajo los que los médicos están empleados, está forzando un cambio en la posición que estos sostienen. Los organismos reguladores, tales como el GMC² (*General Medical Council*) y el UKCC (*United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting*) ya están revisando sus sistemas de acreditación e introduciendo nuevos procesos de convalidación. El gobierno está actualmente revisando los contratos que realiza con los especialistas y las oportunidades únicas que estos otorgan a los mismos, para trabajar en sus consultas privadas, paralelamente al ejercicio de su profesión dentro del NHS.

Es probable que la nueva visión prometida por las reformas del NHS precise de recursos extras. Los sueldos del personal del NHS son muy bajos en comparación con el sector privado, y las dificultades de contratación son cada vez más notorias. Es necesario implantar sistemas de información para sostener la práctica de *Clinical Governance*, si se quiere que éste sea un proceso útil. Cabe destacar que una mejora en la formación y la supervisión de los médicos y enfermeras reducirá tiempo clínico, lo que implicará la necesidad de una mayor contratación de personal.

² El General Medical Council es un organismo regulador de la profesión médica

Cambios importantes en la asistencia sanitaria y social presentan nuevos desafíos. Tanto la **Asistencia Comunitaria** (*Community Care*) como las tendencias cambiantes en la asistencia a agudos (hospital del día, estancias más cortas) obliga a los médicos de familia a asumir la responsabilidad de ofrecer atención 24 horas al día. Se requieren cambios tanto en la organización del personal médico, como en su formación, para permitir asegurar una mayor prestación asistencial extrahospitalaria, optimizando así el tiempo de los profesionales en salud que trabajan dentro del hospital. Las **reformas Calman** han conducido una reestructuración del sistema de formación médica, con una reducción del tiempo de formación y nuevos planes de futuro para los profesionales, permitiendo a los médicos hospitalarios conseguir su acreditación como médicos especialistas en un periodo de tiempo más corto. Sin embargo, la principal preocupación actual es saber si se ha ido demasiado lejos y ahora, los cirujanos concretamente, reciben una formación demasiado limitada antes de convertirse en especialistas.

Los estudiantes de pregrado necesitan conocer mejor la especialidad de medicina familiar y comunitaria para poder apoyar este distanciamiento de la medicina hospitalaria. La Medicina de Familia debería convertirse en una especialidad atractiva para muchos médicos. El 25% de los médicos de familia tienen más de 50 años y ha disminuido el número de licenciados escogen la medicina familiar como especialidad. Se desconoce qué impacto tendrá la introducción de los nuevos PCGs, aunque poca gente considera las responsabilidades extras y la amenaza potencial al status de los médicos que trabajan por cuenta propia, como un incentivo para entrar en la medicina familiar.

Como en otros países occidentales, la población británica envejece. Uno de los principales efectos de esta tendencia es que mientras los ciudadanos se mantienen sanos durante más tiempo, existe una preocupación a nivel nacional sobre las futuras cargas de las pensiones y demandas socio sanitarias mientras se produce una

disminución de la población activa. Actualmente se realiza un cierto control sobre la utilización de los servicios socio sanitarios, obligando al pago de estos servicios a aquellas personas que dispongan de suficientes ahorros para poder pagar una residencia, incluso si esto supone que deban vender su casa.

Mientras que esto puede parecer razonable para aquellos que no viven en el Reino Unido, en realidad perjudica al concepto original del estado de bienestar de proporcionar una atención de por vida, decepcionando así a todos aquellos que han cotizado impuestos toda su vida con la esperanza de que el estado los cuidaría en su vejez.

Ateniéndonos a la limitación de recursos, es inevitable pensar que en lugar de esperar que el NHS proporcione una cobertura sanitaria global y al mismo tiempo universal, será necesario racionalizar la asistencia en salud y alcanzar un consenso sobre cuales deben ser sus objetivos para el siglo XXI.

¹ **As set out in the NHS Act 1946** (The National Health Service Act, 1946, HMSO, Londres. This was succeeded by the NHS Act 1977 and subsequently by the NHS and Community Care Act 1990.

² **Ministry of Health, Central Health Services Council, 1954**

Report of the Committee on the Internal Administration of Hospitals (Bradbeer Report), HMSO, Londres

³ **Ministry of Health, 1956**

Report of the Committee of Enquiry into the Cost of the National Health Service (Guillebaud Report) HMSO Londres

⁴ **Ministry of Health, 1962**

A Hospital Plan for England and Wales, HMSO Londres

⁵ **Department of Health and Social Security and Welsh Office, Central Health Services Council, 1969**

The Functions of the District General Hospital (Bonham-Carter Report) HMSO Londres

⁶ **Ministry of Health, 1967**

First Report of the Joint Working Party on the Organisation of Medical Work in Hospitals (Chairman Sir G Godber; known as “The Cogwheel Report”) HMSO Londres

⁷ **Ministry of Health, 1968**

The Administrative Structure of Medical and Related Services in England and Wales (The First Green Paper) HMSO Londres

⁸ **Department of Health and Social Security, 1971**

National Health Service Re-organisation Consultative Document HMSO Londres

⁹ **Department of Health and Social Security, 1972**

Management Arrangements for the Reorganised National Health Service HMSO Londres

¹⁰ **Department of Health and Social Security, 1976**

Sharing Resources for Health in England (RAWP Report) HMSO Londres

¹¹ **Department of Health and Social Security, 1976**

Priorities for Health and Personal Social Services in England Consultative Document HMSO Londres

¹² **Royal Commission on the National Health Service, 1979 Cmnd. 7615 HMSO Londres**

¹³ **Department of Health and Social Security and Welsh Office, 1979**

Patients First HMSO Londres

¹⁴ **NHS Management Inquiry, 1983**

The Griffiths Report Letter to the Secretary of State

¹⁵ **Department of Health and Social Security**

Steering Group on Health Services Information (chaired by Edith Korner), reports from 1982 onwards, HMSO Londres

¹⁶ **Department of Health and Social Security, 1986**

Primary Health Care: An Agenda for Discussion HMSO Londres

¹⁷ **Department of Health and Social Security, 1987**

Promoting Better Health The Government’s Programme for Improving Primary Health Care, HMSO Londres

¹⁸ **Department of Health, 1988**

Public Health in England and Wales HMSO Londres

¹⁹ **Department of Health, 1989**

Working for Patients, HMSO Londres

²⁰ **Department of Health, 1989**

Working Papers 1-10. Working for Patients HMSO Londres

²¹ **Department of Health, 1997**

The new NHS. Modern. Dependable. The Stationary Office, Londres

²² **Department of Health, 1998**

A First Class Service, Quality in the new NHS, The Stationary Office, Londres

²³ **Department of Health, 1994**

Supporting Research and Development in the NHS Report of a Task Force led by Professor Anthony Culyer, HMSO Londres

²⁴ **National Screening Committee, 1998**

Health Department’s of the UK First report of the National Screening Committee, The Stationary Office, London

²⁵ **Department of Health, 1991**

The Health of the Nation – A Consultative Document for Health in England, HMSO Londres

²⁶ **Department of Health, 1992**

The Health of the Nation, HMSO Londres

²⁷ **Department of Health, 1998**

Our Healthier Nation, The Stationary Office, Londres

²⁸ **Department of Health, 1991**

The Patient’s Charter, HMSO Londres

²⁹ **Department of Health, 1998**

The New NHS Charter, The Stationary Office, Londres

Department of Health, 1989

Caring for People

³⁰ **Department of Health, 1989**

Caring for People

Community Care in the Next Decade and Beyond, HMSO Londres

³¹ **Sutherland S et al, 1999**

With respect to old age: Long term care – rights and responsibilities

Report by the Royal Commission on Long Term Care, The Stationary Office, London

³² **Tomlinson B et al, 1992, Report of the Inquiry into London's health Service , Medical**

Education and Research, (The Tomlinson Inquiry) HMSO, Londres

³³ **Report of Independent Reviews of Specialist Services in London**

(Six full reports and six executive summaries) HMSO June 1993

³⁴ **Department of Health, 1993, Making London Better**

Government Response to London Review Report, The Stationary Office, London

³⁵ **Turnberg et al, 1997, Health Services in London – A Strategic Review**

(The Turnberg Enquiry), The Stationary Office, London

³⁶ **Department of Health, 1993, Hospital Doctors: Training for the Future**

Report of the Working Group on Specialist Medical Training, HMSO, Londres

³⁷ **Le Grand et al, 1998**

Learning from the NHS Internal Market

Kings Fund Publishing, London