



TÍTULO

BENCHMARKING SISTEMAS SANITARIOS, COPAGO, URGENCIAS

AUTOR

Juan Toral Sánchez

	Esta edición electrónica ha sido realizada en 2013
Tutor	Juan José Sánchez Luque
Curso	I Curso de Experto Universitario en Medicina de Urgencias y Emergencias
ISBN	978-84-7993-924-3
©	Juan Toral Sánchez
©	De esta edición: Universidad Internacional de Andalucía
Fecha documento	Curso 2011/2012



Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas

Usted es libre de:

- Copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra.

Bajo las condiciones siguientes:

- **Reconocimiento.** Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciadador (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o apoyan el uso que hace de su obra).
- **No comercial.** No puede utilizar esta obra para fines comerciales.
- **Sin obras derivadas.** No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.

- *Al reutilizar o distribuir la obra, tiene que dejar bien claro los términos de la licencia de esta obra.*
- *Alguna de estas condiciones puede no aplicarse si se obtiene el permiso del titular de los derechos de autor.*
- *Nada en esta licencia menoscaba o restringe los derechos morales del autor.*



BENCHMARKING

Sistemas Sanitarios, Copago, Urgencias

Juan Toral Sánchez

Tutor asignado: **Juan José Sánchez Luque**

Proyecto Final

I Curso de Experto Universitario en
Medicina de Urgencias y Emergencias

Universidad Internacional de Andalucía

Curso 11/12

Índice

1. Introducción	pág.3-4
2. ¿Qué es el benchmarking?	pág.5-6
3. Sistemas Sanitarios Europeos	pág.7-11
4. Holanda: el caso del mejor sistema sanitario de Europa	pág.12-14
5.Sistema Nacional de Salud español comparado con Europa	pág.15-20
6.Sistemas de copago en Europa	pág.21-23
7. Sistemas de copago fuera de Europa	pág.24-27
8. Impacto del copago	pág.28-29
9.Influencia del copago: el caso de Urgencias	pág.30-31
10.Urgencias	pág.32-33
11. Urgencias: el caso español	pág.33-34
12. Bibliografía	pág.34-37
13. Anexos	pág.38-47



Introducción

Estamos ante un panorama político, económico y social sin precedentes en la historia reciente que está haciendo que se eleven a primera plana debates como el de la sostenibilidad del sistema de salud, que hasta hace años no entendía de tendencias macroeconómicas y era una de las piedras angulares del sistema del bienestar. En la actualidad este Sistema Nacional de Salud abarca una partida considerable del PIB español viniendo de una tendencia en las últimas décadas donde el gasto público en sanidad había crecido a mayor ritmo que el PIB (tendencia compartida en los países de la Unión Europea), trayectoria que se ha acentuado debido en parte a la recesión. En el caso español, el porcentaje del PIB ha ido evolucionando en los últimos años del 8,5% del PIB en 2007, al 9% en 2008 y hasta el 9,5% en 2009, aunque se espera una inversión drástica y existen estimaciones preocupantes que prevén un posible descenso del porcentaje del PIB destinado a sanidad que podría ser del 5,1% en 2015.

Las trágicas consecuencias de la crisis económica en la que estamos inmersos ha obligado a buscar nuevas respuestas para viejas preguntas y en la búsqueda de posibles soluciones para frenar la tendencia creciente del gasto sanitario y la crisis de deuda actual se han buscado nuevas alternativas que modulen la demanda, siendo a este nivel el copago la principal herramienta para paliar el problema.

Sin embargo, no podemos tomar decisiones de este calado a la ligera, no al menos sin antes, intentar responder a una serie de preguntas: ¿qué efecto tendría la disminución de la utilización de los servicios sanitarios sobre la salud de la población? ¿cómo cambiarían esos efectos con las características de los pacientes y qué tipo de servicios de salud (necesarios y menos necesarios) disminuirían más con la introducción del copago? Y tras esto, ¿qué forma tendría o podría adoptar que adoptar el copago?

Pero antes de tomar cualquier medida, tenemos que tener claro el contexto en el que nos movemos. Está demostrado empíricamente y a escala internacional que a medida que un país se enriquece, la proporción de su renta (tanto pública como privada) que destina a salud aumenta. Esta tendencia, además se ve incrementada por el envejecimiento poblacional que conlleva un incremento en la tasa de dependencia y en la composición de la enfermedad. En la actualidad, la tasa de dependencia española (personas menores de 16 años y mayores de 64 en relación con las personas en edad de trabajar) es del 47,8% y se estima que en el año 2049 podría llegar a ser casi del 90%, elemento que presiona aún más las finanzas públicas. Los efectos demográficos cambiaron tras la Guerra Civil donde se produjo un boom prenatal, al que hay que sumar la tendencia a la baja de los últimos años para renovar la población juvenil y el fenómeno de inmigración que ha hecho del envejecimiento poblacional español una realidad. Además la enfermedad ha sufrido un proceso evolutivo, pasando de las antañas infecciones y patologías mortales agudas, a la cronificación patológica actual, lo que conlleva un

mayor uso de los servicios sanitarios, en lo que los críticos sociales consideran un atentado contra la selección natural, ya que la gente vive y se reproduce con enfermedades que años atrás eran mortales.

Existen diversos estudios poblacionales que están intentando dar respuestas al panorama actual, como el estudio del OCDE (*Gay et al de 2011*), que establece un ranking de países estimando las muertes que se podrían haber evitado con una atención eficiente, siendo Francia el país con una menor mortalidad evitable, mientras que España se sitúa en el 10 de 31 países analizados. Lo que podemos extraer de todo esto es que existe un amplio margen de mejora.

Volviendo a uno de los temas capitales de este trabajo final, podemos citar que la aparición del copago y la fortaleza de su repercusión se ha producido debido a la crisis actual y a la estructura demográfica de nuestra sociedad, que debido a su envejecimiento, ejerce una gran presión sobre el Estado del bienestar. El copago no es (ni debe ser) la única alternativa para garantizar la sostenibilidad. Hay otras alternativas que podrían mejorar la viabilidad económica del Sistema Nacional de Salud, como sería rediseñar el sistema, aumentar la integración de los servicios, priorizar prestaciones, establecer protocolos...que además de repercutir en el ahorro económico, daría mejores resultados en el nivel de salud de la población. Fomentar prevención podría ser una inversión rentable con frutos futuros aunque intangibles para los deseos inmediatos de los políticos de hoy en día.

Pero a la hora de mejorar e intentar buscar alternativas que promuevan cambios en busca de la mejoría, no debemos ceñirnos a las peculiaridades de nuestra razón. Las comparaciones internacionales son un medio excelente para analizar nuestra realidad con otra perspectiva, lo que nos llevaría a ampliar horizontes y aprender viendo cómo funcionan en otros países distintas combinaciones de recursos, esquemas organizativos y normativas. La experiencia de los demás puede servirnos como un experimento del que sacar conclusiones, por lo que no podemos ignorar los errores y aciertos producidos más allá de nuestras fronteras. Por este motivo existe una amplia bibliografía que analiza y compara las diferentes políticas públicas utilizadas como estrategias tanto por gobiernos como por oposición. Estas comparaciones traspasan su relevancia en el mundo de la sanidad y son también esenciales para la supervivencia de las organizaciones empresariales, como demuestra el peso del *benchmarking* (emular a los mejores) en los textos de *management*, herramienta que será el punto de partida de este trabajo.

Dicho estudio internacional que tiene como eje la comparación de la sanidad es potencialmente necesario debido en parte a la complejidad del sector sanitario que podemos indicar que es uno de los más complejos de las sociedades contemporáneas, debido en parte a la importancia capital de los temas en juego, el panorama de la salud individual y colectiva, cuantiosos recursos,... y por la gran diversidad de tomar de decisiones basadas en la evidencia de efectividad y calidad que se dan en el sector salud.

¿Qué es el benchmarking?

El *benchmark* es una técnica que se emplea para medir el rendimiento de un sistema o componente del mismo, en comparación con el que se refiere específicamente a la acción de ejecutar un *benchmark*.

El término inglés *benchmark* proviene de las palabras *bench* (banquillo, mesa) y *mark* (marca, señal). En la acepción original del inglés la palabra compuesta sin embargo podría traducirse como medida de calidad. El uso del término provendría de la Inglaterra del siglo XIX, cuando los agrimensores hacían un corte o marca en una piedra o en un muro para medir la altura o nivel de una extensión de tierra. El corte servía para asegurar un soporte llamado *bench*, sobre el cual luego se apoyaba el instrumento de medición, en consecuencia, todas las mediciones posteriores estaban hechas con base en la posición y altura de dicha marca.

El *benchmark* nace con una eminente vertiente económica teniendo su origen en las Ciencias de Administración de Empresas. Pero su utilidad se ha expandido y ha pasado a ser también un proceso continuo de medir productos, servicios y prácticas contra competidores más duros o aquellas compañías reconocidas como líderes en la industria.

El *benchmarking* por lo tanto puede definirse como *un proceso sistemático y continuo para evaluar comparativamente los productos, servicios y procesos de trabajo en organizaciones*. Consiste en tomar "comparadores" o *benchmarks* a aquellos productos, servicios y procesos de trabajo que pertenezcan a organizaciones que evidencien las mejores prácticas sobre el área de interés, con el propósito de transferir el conocimiento de las mejores prácticas y su aplicación.

La utilización del benchmarking como se ha citado anteriormente, se ha circunscrito tradicionalmente a las organizaciones empresariales pero actualmente se ha extendido a diferentes ámbitos, lo que ha supuesto una metamorfosis en su puesta en práctica. Una de estas nuevas acepciones ha sido el caso de su utilización como una herramienta de gran utilidad en la gestión de los servicios de salud, al permitir que cualquier organización establezca un proceso continuo de análisis y comparación de procesos. De esta forma, es un instrumento de ayuda en la toma de decisiones y en la planificación estratégica de las organizaciones de salud. Esto hará que se pueda aplicar el benchmarking a este proceso y su desarrollo permite nutrirnos de las experiencias y el conocimiento de otros.

Dicho de otra manera para afianzar este término desconocido para el

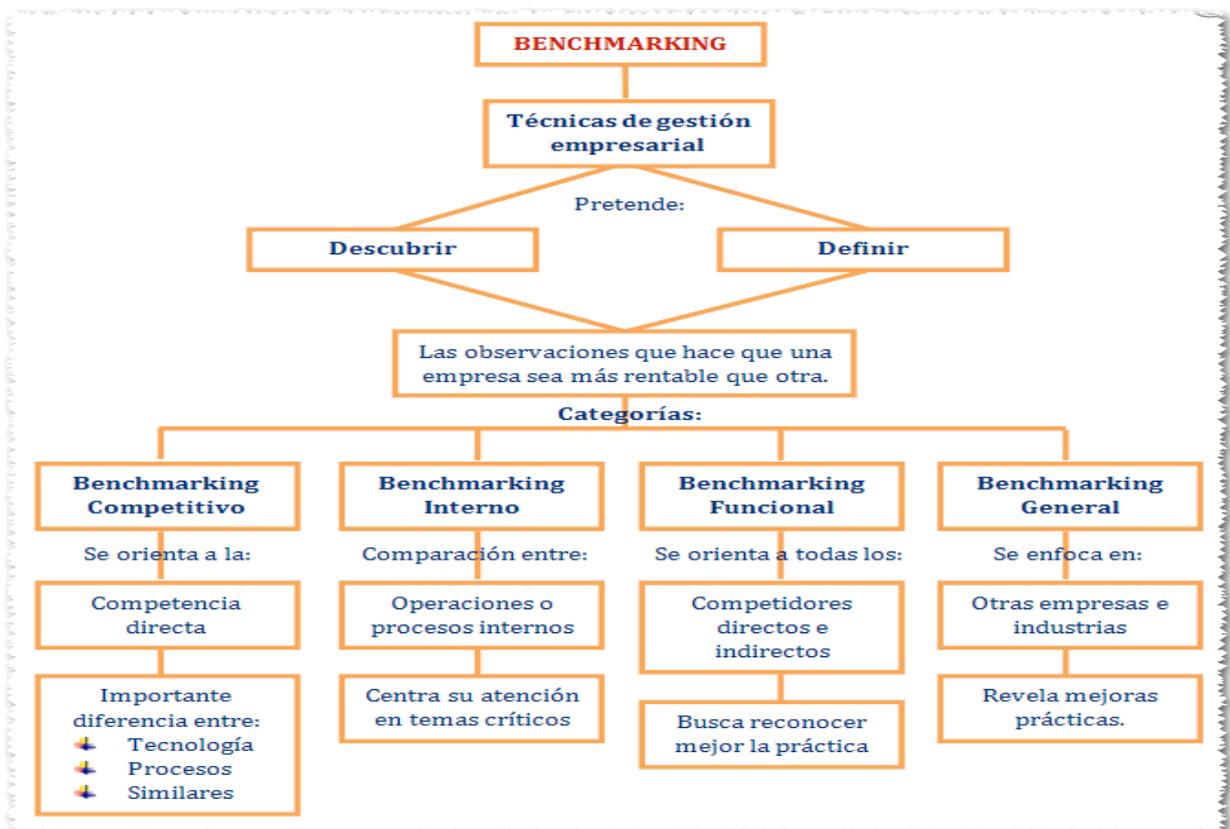
público general, el benchmarking puede definirse como un proceso de evaluación continuo y sistemático en el que se analizan y comparan permanentemente los procesos de una organización respecto de las organizaciones líderes de cualquier lugar del mundo con el fin de obtener la información necesaria para ayudar a mejorar la actuación.

La utilidad de esta herramienta en el sector sanitario es una realidad como han demostrado recientes estudios actividades de benchmarking que han traído asociados mejora tanto en servicios médicos como quirúrgicos e incluso en servicios de urgencias.

La importancia del *benchmarking* no se limita en la detallada mecánica de la comparación, sino sobre todo en el impacto que pueden tener estas comparaciones sobre los comportamientos de las entidades o personas responsables de los cambios. Se puede considerar como un proceso útil de cara a lograr el impulso necesario para realizar las mejoras y cambios, que pueden ser difíciles de emprender sin un respaldo de peso que justifique el viraje de rumbo.

El mecanismo de actuación es sencillo. Es un proceso continuo que compara actividades, que le hace encontrar la mejor, para luego intentar copiar esta actividad generando el mayor valor agregado posible.

En conclusión, el benchmarking es la consecuencia de una administración para la calidad, además de ser una herramienta en la mejora de procesos.



(esquema gráfico *Benchmarking*)

Sistemas Sanitarios Europeos

(el objetivo de este trabajo es el análisis de los diferentes Sistemas Sanitarios dentro de la Medicina de Urgencias y Emergencias. Previo a este análisis he creído conveniente una breve descripción general sobre el panorama de los Sistemas Sanitarios europeos en general)

Los sistemas sanitarios no son entes ajenos a la realidad social de un país, por lo que se pueden considerar variantes directos de los sistemas sociales, y comparten estructuras de estos como serían las relaciones sociales, estructuras y estratificaciones sociales de la sociedad que tienen cabida en los sistemas sanitarios. El eje central de los sistemas sociales son sus funciones sociales (valga la redundancia), que son las actividades dirigidas a satisfacer las necesidades de la sociedad a la que sirve, a través de sus instituciones o estructuras que tienen por finalidad ejecutarlas. Dentro de estas funciones, el cuidado de la salud es lo que configura el sistema sanitario.

Cuando estudiamos el sistema sanitario de un país, estamos al mismo tiempo analizando los valores de su sociedad y gobernantes, su financiación, cómo se asignan los recursos en sanidad, la cartera de servicios que oferta que debe ir acorde y programa en relación con el grado de cobertura o protección sanitaria deseada, su legislación, organización administrativa y el modelo de gestión que tiene que intentar preservar la prestación de servicios de tal forma que sea eficaz, efectivo, eficiente y de calidad.

Como he citado anteriormente, los sistemas sanitarios, son, por lo tanto, sistemas sociales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) los ha definido más recientemente como un conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a la salud en los hogares, los lugares de trabajo, los lugares públicos y las comunidades, así como en el medio ambiente físico y psicosocial, y en el sector de la salud y otros sectores afines.

Los sistemas sanitarios son sistemas complejos, abiertos e interrelacionados con factores determinantes de otros sistemas, donde tiene que convivir con sistemas ajenos pero interconectados como el político, el fiscal o el sistema educativo. Para cumplir las premisas promulgadas por la OMS, dicho sistema sanitario debe cumplir una serie de cualidades:

- **Universalidad:** que dé cobertura a toda la población a través de una atención integral, medicina preventiva, asistencia primaria, asistencia terciaria de todas las patologías agudas y crónicas.
- **Equidad:** en la distribución de sus recursos
- **Eficiente:** aportar las mejores prestaciones y el mejor nivel de salud al menor coste
- **Flexibilidad:** para poder adaptarse y responder de manera rápida a las nuevas necesidades

- **Participación de los ciudadanos:** tanto en la planificación como en la gestión del sistema

El concepto de **equidad** en su acepción sanitaria se entiende como la necesidad de una igualdad tanto en la posibilidad de acceso como en la igualdad de trato, sin distinción de sexos religión o razas y además igualdad de cartera de servicios para todos los ciudadanos de la misma nación, con los mismos programas de vacunación y tratamiento.

Otros conceptos para hablar de un sistema sanitario tienen que ver con la esfera económica probabilística. Se requiere una **calidad asistencial**, presentando calidad tanto a nivel de eficacia como de eficiencia. **Eficacia** ya que debe lograr el efecto deseado en los planteamientos generales que en el caso de la actividad sanitaria se centra en el correcto diagnóstico y tratamiento logrando la curación o la mejoría, mediante la rehabilitación. **Eficiencia** por su parte tiene que ver a con el coste obtenido para lograrlo.

En los Anexos (figura 1), podemos ver a través de un gráfico el gasto macroeconómico de las partidas que destinan al componente sanitario en los países más relevantes de nuestro entorno.

En la figura 3 (Anexos) se reflejan los datos de gasto sanitario y su participación pública y privada de 17 países de Europa.

La media de los países desarrollados está alrededor del 9% del producto interior bruto (PIB), llegando a cifras mucho más altas en EEUU.

En los últimos años, y debido a la escasez de recursos, a unos costes crecientes, y a la introducción de nuevas tecnologías, y todo esto alentado por la depresión económica que nos azota, se han producido intentos de ordenación y priorización dentro de los servicios sanitarios. Y es que tenemos que tener en mente que los recursos disponibles son **limitados**, y el hecho de invertir más recursos en un sector implica invertir menos recursos en otro, concepto que en Economía se conoce como *coste de oportunidad*. Esto debe ser tenido en cuenta ya que los servicios más importantes deben asegurarse y para eso es necesario una correcta previsión.

Por lo tanto es necesario priorizar, y esto implica la necesidad de elegir entre varios posibles usos de los recursos por los que compiten varios beneficiarios, es decir, es la decisión de asignar recursos a uno de esos posibles beneficiarios antes que a otro, o simplemente asignar más recursos a uno que a otro.

Si hacemos una visión amplia del panorama geográfico, vemos que los países que componen la actual Unión Europea ofrecen una cobertura prácticamente universal, pese a existir dos modelos diferentes de funcionamiento.

Por un lado están los mutualistas en los que el Estado garantiza las prestaciones sanitarias mediante cuotas obligatorias, que se conocen como *modelo Bismarck*, entre los que se encuentran países como Francia, Alemania, Austria, Bélgica, Luxemburgo y Holanda. Y por otro lado encontramos los del Sistema Nacional de Salud (SNS) o modelo **Beveridge**, en los que la financiación de la sanidad pública procede de los presupuestos generales del Estado y es prestada, asimismo, en condiciones de universalidad, equidad y gratuidad, a lo que se acogen países como el Reino Unido, Suecia, Finlandia, Noruega, Dinamarca, Italia, España o Portugal.

Históricamente los países del norte de Europa tienen más afinidad para funcionar bajo el modelo Beveridge, mientras que los países centroeuropeos tienen más afinidad por el modelo Bismarck. Pero hay que destacar que con el paso del tiempo estas diferencias se han ido debilitando (en los últimos diez años la financiación por medio de impuestos ha crecido en países como Francia, Italia y Portugal donde su importancia en la financiación era previamente muy escasa), por lo que *la tendencia actual en Europa es hacia un modelo convergente de los dos sistemas*.

Comparación entre los dos grandes modelos sanitarios de la Unión Europea	
Sistemas de Seguridad Social (Alemania, Francia, Austria)	Sistemas de impuestos (Reino Unido, Países Nórdicos, España)
Contratos entre los sistemas de Seguridad Social y los proveedores sanitarios, públicos (hospitales públicos de Francia) o privados. El personal sanitario del país pertenece a una gran variedad de entidades diferente.	Sistemas integrados: con carácter general los servicios son de patrimonio y gestión del financiador (gobiernos). El personal sanitario es empleado público (excepciones en Atención Primaria).
El sistema no favorece la planificación organizativa ni la coordinación entre niveles asistenciales.	Organización basada en la planificación poblacional y territorial de los servicios sanitarios. Coordinación entre niveles asistenciales y servicios sociales (<i>continuum</i> de cuidados)
No existe formalmente Atención Primaria (aunque las reformas de Alemania y Francia favorecen el modelo de médico general-de familia).	La atención está basada en la medicina de Atención Primaria (médico general-de familia, responsable de una lista de población y puerta de entrada a los especialistas – <i>gatekeeping</i>).
En la medicina no-hospitalaria trabajan tanto generalistas como especialistas, profesionales autónomos, que cobran por acto médico (en algunos casos también los médicos de los hospitales)	Los médicos generales-de familia pueden ser empleados públicos (España, Finlandia) o también profesionales autónomos (Reino Unido, Italia) pero no cobran por acto médico (capitación).
Las características del sistema y de los proveedores determinan una gran libertad de elección para los pacientes (tipo de médicos, veces, etc.)	Los pacientes deben acudir a su médico general en primer lugar y si es el caso éste les remite al especialista correspondiente.
Listas de espera prácticamente inexistentes (mercado de servicios médicos muy abierto)	Existencia de importantes listas de espera, cuya importancia varía mucho según países.
Satisfacción: un alto nivel de satisfacción de la población con el sistema sanitario, sin variaciones significativas entre países.	Satisfacción: grandes variaciones entre países. Muy alta (la mejor) en los países nórdicos (más ejemplares), muy baja en los países de funcionamiento peor (Italia, Portugal) e intermedia en España y Reino Unido.
Gasto sanitario más alto (mayor influencia de la demanda).	Gasto sanitario menor (alto grado de control por los gobiernos)

De todo lo anterior queda claro que el SNS español es parte del grupo de sistemas integrados públicos tipo Servicio Nacional de Salud, junto con los países nórdicos, el Reino Unido, que por ser los sistemas más ejemplares dentro del grupo serán los que principalmente utilizaremos como

referente principal, dejando más de lado los casos de Italia y Portugal.

A modo de repaso histórico, hay que destacar que de entre los países con modelos Seguridad Social, Alemania es el referente histórico desde que el Canciller Bismarck anunciara la creación del sistema en 1881. La Seguridad Social ha sido, y continua siendo, la piedra angular no solo de los sistemas de protección social, sino del desarrollo económico. Casi todos los países han desarrollado sus sistemas sanitarios públicos a partir de ella, posibilitando en algunos casos (como sería el caso español o italiano) una posterior migración a financiación por impuestos. En la actualidad en la EU-15, además de Alemania, tienen sistemas financiados fundamentalmente por la Seguridad Social: Francia, Austria y Bélgica. En estos países existe una importante aportación de impuestos, una tendencia que es más clara en las recientes reformas de Alemania y Francia. Con el ingreso en la UE-25 de los nuevos países del Este que han migrado a sistemas de Seguridad Social desde su anterior financiación estatal, **el modelo Bismarck es el dominante en la UE.**

Pese a que la fuente pública de financiación es el valor más usado para clasificar los modelos, el elemento que mejor y más define y caracteriza a los servicios sanitarios de un país (tanto desde la perspectiva de la población/paciente, como para la política y gestión sanitaria) es la **forma en la que los recursos financieros terminan llegando a los proveedores** (médicos, hospitales,...) y la relación que ello establece entre financiadores-proveedores.

Si atendemos a este modo de clasificación, vemos como existen para ello dos alternativas básicas: **contratación e integración.**

En los sistemas de contratación (también conocidos como no integrados) nos basados en contratos asegurador-financiador compra, que en España conocemos como conciertos, y en los proveedores privados y públicos que los servicios sanitarios precisan para su población. Este es el modelo típico de los sistemas clásicos de Seguridad Social como Alemania o Francia, los cuales no poseen hospitales ni emplean médicos.

Por el contrario, en el modelo integrado, la Seguridad Social o su Administración pública producen por sí mismas sus servicios sanitarios médicos, integrando para ello a los proveedores en su misma organización, configurando una red propia de instalaciones y servicios sanitarios, como sería el caso de la Seguridad Social española. En este modelo, el financiador, que sería el Estado o la Seguridad Social, emplea directamente al personal sanitario y gestiona sus centros. Éste es el modelo típico de todos los sistemas sanitarios europeos financiados históricamente por impuestos como Reino Unido o los Países Nórdicos, pero también el de países del sur de Europa entre los que destacan España, Italia o Portugal, que crearon inicialmente sus sistemas de Seguridad Social para luego pasar a financiar sus servicios sanitarios por impuestos extendiéndolos a toda la población. En este modelo integrado, los trabajadores sanitarios son empleados públicos y los sistemas

sanitarios operan dentro de las coordenadas del sector público de cada país.

Por lo tanto podemos emplear diversos matices para realizar las comparaciones entre los sistemas sanitarios de un país. Se puede usar para ello la estructura organizativa y sus leyes; los modelos de financiación; la extensión de la cobertura que ofrecen a los ciudadanos y el precio que han de pagar por ella (si existe o no el copago).

Los Sistemas Nacionales de Salud de los países de la Unión Europea reflejan realidades muy dispares en lo que concierne a los derechos de los pacientes por lo que analizando los sistemas sanitarios de los diferentes países de nuestro entorno (benchmarking), podemos apreciar los elementos fundamentales de las estructuras de las sociedades contemporáneas que no están funcionando correctamente, demostrándose la incapacidad de los servicios de salud para proporcionar un nivel de cobertura nacional que satisfaga la demanda y las nuevas necesidades, ante el hecho de que los servicios prestados no sean acordes con sus expectativas, por lo que vemos como la comparación entre nuestros semejantes es una buena herramienta de mejora.

Debemos tener en cuenta que los tintes e importancia económica es de relativa incursión. Fue en los años noventa cuando al objetivo de equidad se le añade el objetivo de eficiencia en todos los sistemas sanitarios públicos europeos. Esto supuso un reto para adaptarse a las nuevas directrices marcadas por lo que los sistemas sanitarios europeos se vieron en la obligación de introducir medidas conducentes a la racionalización y el control de costes ya sea desde el lado de la oferta a través de presupuestos prospectivos, modificación de la forma de reembolso de los servicios hospitalarios, o con la introducción de protocolos clínicos, pero también modificando la demanda a través de copagos, tickets moderadores, establecimiento de prioridades, racionamiento, incentivos de mercado a la demanda individual.....

La sostenibilidad y el equilibrio financiero es una preocupación común que comparten todos los sistemas sanitarios europeos. Tenemos que adaptarnos a los tiempos que corren, y la realidad social es que nos enfrentamos a un gasto que crece debido en parte al rápido crecimiento de la innovación tecnológica, el envejecimiento de las poblaciones, el surgimiento de nuevos patrones de mortalidad y morbilidad y los constantes cambios en las actitudes frente a la salud, que cada vez se equipara más a belleza y juventud.

Holanda: el caso del mejor sistema sanitario de Europa

Desde hace siete años, la organización de consumidores de Suecia *Health Consumer Powerhouse*, especializada en el sector de la sanidad y en colaboración con la Comisión Europea, viene realizando el *Euro Health Consumer Index* (EHCI), que es un informe donde se refleja y mide la calidad de los sistemas públicos sanitarios de 35 países europeos. Para ello se basan en cinco criterios sobre los que forjan la clasificación: derechos de los pacientes e información (175 puntos), listas de espera (250 puntos), resultados (300 puntos), servicios cubiertos (175 puntos) y productos farmacéuticos (100 puntos), para un total máximo de 1.000 puntos.

En la clasificación histórica, desde su creación hace siete años, los primeros puestos han venido copándose por los países con mejor calidad de vida como Dinamarca, Islandia, Luxemburgo, Suecia o Suiza. Son países potentes económicamente, que con la riqueza que generan han construido modelos tanto públicos como privados que aumentan la calidad prestada.

Sin embargo, en lo que respecta a los sistemas sanitarios, hay un país, el holandés, que destaca desde hace años, en la clasificación EHCI:

En 2012 Holanda obtuvo 872 puntos, sacándole 50 puntos a Dinamarca, que es el país que se sitúa en la segunda posición.

El modelo holandés funciona, ¿pero por que es tan bueno este sistema?

✓ El modelo

Desde 2006, y gracias a la alianza de colaboración parlamentaria de los principales partidos tanto de izquierda como de derecha, se puso en marcha un novedoso sistema de financiación pública y prestación de servicios privada. El Estado asegura de esta manera que todos sus ciudadanos estén cubiertos, al mismo tiempo que las empresas del sector compiten para atraer a los clientes/contribuyentes.

Por ley, todos los ciudadanos holandeses están obligados a contratar un seguro médico. La normativa establece un catálogo mínimo de prestaciones que toda compañía aseguradora debe ofrecer y que está entre los más completos de todos los sistemas públicos europeos. Y además, y también por ley, las empresas que compiten en este mercado tienen prohibido rechazar a los pacientes en función de su edad o historial clínico, llegando incluso a recibir un plus si el asegurado pertenece a un grupo de riesgo.

Todo este proceso se paga entre el Gobierno, las empresas y los asegurados. Este año, la cuota mensual a pagar por parte del paciente gira en torno a los 100 euros por adulto (los niños de cada familia están incluidos en la póliza de sus padres). Pero el gobierno holandés no es ajeno a la crisis e intenta asegurar una serie de ayudas en función de los ingresos. Hasta el 70% de los hogares del país recibe algún tipo de subvención pública para ayudar en el pago del seguro. Por ejemplo: en

2010, para una persona soltera que viviera sola y ganase 33.000 euros, la ayuda mensual alcanzaba los 61 euros. Y en el caso de hogares de muy bajos ingresos, el Estado puede llegar a pagar la práctica totalidad del seguro.

Además de este fijo, cada holandés tiene que pagar cada año una pequeña cantidad que se asemeja a un copago del que va tirando en sus primeras visitas al médico (este año era de 220 euros). De esta manera, cuando acude por primera vez al especialista o acude a la farmacia es como si sacara dinero del monedero virtual, que cuando se acaba, es cuando se echa mano del seguro privado citado anteriormente.

✓ El resto del sistema

El Estado holandés tiene que comprobar que todos sus ciudadanos están asegurados, pero la decisión sobre con qué empresa hacerlo es individual. Este sistema de reciente implantación (2006), ya ha comenzado a dar sus frutos, que giran en torno a cuatro pilares:

1. *Grandes enfermos*: al pagar un plus el Gobierno a las compañías por asegurar a los pacientes más pluripatológicos (y costosos) que en otros países son evitados por las compañías, por lo que la cobertura y buenos cuidados de los pacientes más graves o crónicos están preservados. Pero además, existe un seguro público que cubre este tipo de tratamientos, por lo que los enfermos encuentran una cobertura importante.

2. *Competencia*: este sistema obliga a una férrea competencia entre las compañías aseguradoras, que forjan un mercado vibrante y dinámico del que el principal beneficiarios es el ciudadano holandés

3. *Más servicios*: el catálogo mínimo de prestaciones que se ofrece en Holanda es incluso mayor que en otros países europeos, pero aún así, las compañías pueden ofrecer a quien así lo desee complementos en el seguro (desde servicios dentales, hasta fisioterapia, pasando por mejores condiciones de hospitalización). Quien lo desee, puede pagar complementos a su póliza y cubrir así estas necesidades especiales.

4. *Coste*: el caso holandés es un caso curioso. Debemos de partir de la base de que no es un sistema barato, pero es que los propios holandeses quieren que así no sea. La ciudadanía valora los servicios prestados por las aseguradoras y muchos de ellos además contratan plus asociados al mínimo legal establecido.

El coste por habitante y año subió en 2010 a los 3.890€, sólo superado en Europa por Noruega y Suiza. También desde el punto de vista porcentual el gasto es elevado, puesto que alcanza el 12,0% del PIB, por encima de Francia, Alemania o Dinamarca.

El ejercicio que como nación tenemos que hacer, es pensar sobre si merece la pena tener el mejor sistema del continente, incluso aunque cueste algo más.

En Holanda están convencidos que la salud es el máspreciado de los

bienes, por lo que a los holandeses no les importa pagar algo más por un buen servicio, que encima y debido a la libertad para elegir al médico que cada uno quiera, hace que el grado de satisfacción alcance y lo eleven al primer puesto de la *Euro Health Consumer Index*.

Sistema Nacional de Salud español comparado con Europa

Los condicionantes meramente pertenecientes al sector salud no son los únicos determinantes que explican la salud tanto individual como colectiva. Esto es importante, pero no lo es menos que la propia biología humana o los factores ambientales externos (medio ambiente físico y, sobre todo el entorno socioeconómico) y los estilos de vida que se condiciona por el entorno social en el que uno se desarrolla, siendo esto último lo que más influye a la hora de condicionar el nivel de salud.

Es por esto por lo que la política de la salud que vela su promoción y protección, debe ser intersectorial y no debe limitarse al Ministerio de Sanidad, y debe constituir una prioridad política que vaya más allá del corto plazo de los cuatro años de una legislatura, prioridad que debe aumentarse en relación al nivel de avance social del país.

La Unión Europea es un modulador importante en el campo de la Salud Pública jugando un papel activo. Un aspecto de gran interés en la política sanitaria de los países más avanzados de la UE es la atención a las desigualdades socioeconómicas en salud, que es un indicador de justicia social y sirve como instrumento para mejorar la salud de la población. Lamentablemente esta preocupación es todavía secundaria en la política española.

Los nuevos avances tecnológicos y farmacéuticos ha experimentado una explosión en los últimos años, que a su vez ha incrementado los costes. Es por ello que es importante actuar bajo el amparo de los niveles de evidencia

científica de efectividad y eficiencia. En países como Suecia, Reino Unido, Alemania o Francia entre otros, se han creado y potenciado Agencias de Evaluación de tecnologías y prácticas médicas, bien dotadas de medios y capacidad de decisión en esta materia. Lamentablemente España presenta un panorama de Agencias (una central y varias de las CCAA) que carecen de la masa crítica para desempeñar un papel relevante en un tema tan crítico para el sistema sanitario, lo que hace que a este nivel nos coloquemos un peldaño por debajo de nuestros coetáneos.

Si nos centramos por un momento en cifras, podemos abrir dos frentes. Por un lado, el peso económico que tiene la política sanitaria, que es parte importante de la macroeconomía del país: en 2004 el gasto sanitario total en porcentaje del PIB fue 10.9% en Alemania, 15.3% en los EEUU, 10.5 en Francia, 9.1% en Suecia, y 8.1% en España. Por otro lado, la influencia que genera sobre el empleo de una nación: 10.6% en Alemania y Noruega, 8% en Francia y Canadá, por el 4.6% en España.

La gran diferencia entre España con otros países pasa por los servicios de cuidados a enfermos crónicos y ancianos, que en nuestro territorio se realiza en la mayoría de las ocasiones con carácter no remunerado ni

reconocido, más aún por la privación que ha supuesto los recortes en la Ley de Dependencia.

Si hacemos una comparación global y totalitaria, en su conjunto, el sistema sanitario español es comparable con el del resto de países similares, ya que da cobertura de la población, tiene una equidad global y de acceso, calidad técnica, eficiencia económica,... Nuestro Sistema Nacional de Salud es un gran éxito de la sociedad española, por su capacidad tanto tecnológica como de capital humano, por su accesibilidad de su red de servicios que llega a todos los rincones del país, por ofrecer acceso a los últimos avances de la medicina y la tecnología médica, porque significa seguridad y tranquilidad ante la enfermedad y accidentes para toda la población española. Aunque no es un sistema perfectamente pulido, por lo que aún debemos y tenemos que seguir trabajando sobre él para mejorar sus prestaciones y hacerlo de la forma más eficiente.

Los que a continuación cito, pueden ser parte de los dilemas mejorables de nuestro sistema. El SNS español tiene una cobertura poblacional casi total, es universal de facto pero no todavía *de iure*. A pesar de la financiación de la sanidad por impuestos al 100%, quedan ciudadanos excluidos que no tienen derecho al SNS, mientras que existen importantes colectivos, como los funcionarios del Gobierno central y otros sectores con sistemas de Seguridad Social propios y ajenos que entrañan diferencias y privilegios, que pueden hacer de ésta, una situación injusta ya que enfrenta el acceso a los servicios sanitarios, privando a la sanidad pública de usuarios, lo que puede sesgar los estándares de la calidad del SNS.

Ahora, de manera esquemática realizaré una rápida comparación a diferentes niveles entre España y Europa:

❖ Prestaciones:

El SNS español posee una cartera de servicios vanguardista que suministra a través de la red de centros que existen dando cobertura a todo el territorio español. El acceso a dicho sistema es razonablemente eficaz y equitativo, equiparable al de otros países.

El lunar principal del SNS donde existe un importante déficit es en los servicios de los cuidados, siendo éste un área con graves carencias, que dejan desprotegidas a muchas personas, repercutiendo negativamente en la vertiente curativa de la atención sanitaria. La atención a pacientes crónicos, ancianos, o enfermos mentales, que precisan más cuidados que tratamientos, constituye el déficit de servicios más grave de la sanidad española, fenómeno que se ha acentuado últimamente por el envejecimiento demográfico.

En este área tenemos que aprender mucho de otros países europeos, sobre todo de los nórdicos que son el patrón de referencia a imitar.

Existe otro cajón de sastre de prestaciones sanitarias en las que el SNS no responde fielmente a las necesidades de la población, presentando déficits respecto a otros países europeos, entre los que se encuentra odontología, prótesis auditivas, gafas...

❖ **Coordinación-sistema descentralizado:**

Desde Enero de 2002 el SNS pasó a ser gestionado en su totalidad por las comunidades autonómicas en un modelo descentralizado, siendo éstas las responsables de la asistencia sanitaria en sus respectivos territorios. Este proceso ha sido sin duda la reforma estructural más importante de la sanidad española en toda su historia. El intercambio en dichas transferencias ha dejado al descubierto la precariedad de los mecanismos de cohesión y coordinación del conjunto del sistema español.

Suecia, Italia y Reino Unido e Italia, son ejemplo de países sanitariamente similares al español, al tratarse de Estados compuestos, con un grado de descentralización política y fiscal comparable al nuestro. Sus regiones tienen competencias sanitarias y una organización muy similar a la del SNS español, siendo buenos ejemplos sobre los que sacar conclusiones. Suecia es el país que ofrece el ejemplo más elaborado, eficaz y estable de coordinación cooperativa, tanto a nivel interterritorial como sociosanitario, compatible con una gran autonomía de las regiones responsables de los servicios. Esto es posible gracias a la figura del Consejo de Salud y Bienestar que aúna responsabilidades sobre servicios sociales y sanitarios al servicio de las regiones.

Fuera de Europa, Canadá sería el mejor reflejo al que mirarnos. Tiene un sistema político y sanitario similar al nuestro y se encuentra institucionalizado en las conferencias de Presidentes, un modelo muy productivo que aporta resultados positivos.

❖ **Atención Primaria:**

En los países con Servicios Nacionales de Salud (Reino Unido, países nórdicos, Portugal e Italia), la Atención Primaria se forma como un nivel asistencial diferenciado, siendo a su vez la vía de acceso para la atención especializada. Es un modelo de calidad y eficiencia que está siendo imitado, como ha ocurrido con Francia y Alemania .

Características –según tipo de Sistema sanitario- del primer nivel del primer nivel de atención (Medicina General) en Europa (organización-trabajo, retribución, lista-cupo, puerta de entrada a especialistas.

	% MG ⁽¹⁾ autónomos	Sistema pago ⁽²⁾	Cupo	Puerta
Servicio Nacional de Salud				
Dinamarca	100	capitativo + ppa	Si	Si
Finlandia	2	salario	No	No
Grecia	30	salario (Aut: ppa)	No	No
Italia	98	capitativo	Si	Si
Noruega	58	ppa (Empl: salario)	No	Si
Portugal	1	salario	?	Si
España	4	salario	Si	Si
Suecia	1	salario	No	No
Reino Unido	99	capitativo + otros	Si	Si
Sistemas de Seguridad Social				
Austria	99	ppa	No	No
Bélgica	97	ppa	No	No
Francia	97	ppa	No	No
Alemania	100	ppa	No	No
Irlanda	91	capitativo	Si	Si
Holanda	93	capitativo + ppa	Si	Si
Suiza	99	ppa	No	No

Fuente: Boerma , Fleming, 1998; Boerma e.a., 1993; Boerma, Van der Zee, Fleming, 1997).
Abreviaturas: MG = Médicos Generales; PPA = pago por acto; Cap = Pago capitativo).

Notas: (1) El porcentaje de MG autónomos proviene de una encuesta europea de 1993-94, (Boerma, Fleming, 1998. (2) Sistema de pago dominante; en paréntesis si >25% pero <50% tiene un sistema diferente (Aut = pago si autónomo, Emp = pago si empleado)

La principal diferencia en este punto, es que en varios países el Médico de Atención Primaria no es empleado a sueldo por las organizaciones sanitarias, sino un profesional independiente con un contrato de prestación de servicios, que recibe dinero en función de una serie de parámetros-competencias, siendo el pago capitativo (según las personas en su lista o cupo) es el más importante.

El ejemplo más ilustrativo de este sistema es, sin duda, el Reino Unido, cuya medicina general (*General Practice*) ha sido un referente internacional durante muchos años. El SNS español es junto con Portugal, Finlandia y Suecia, uno de los países con médicos de Atención Primaria empleados en lugar de vinculados con contratos. De nuevo merece la pena citar a Suecia que no tiene tradición de Atención Primaria, donde sus pacientes pueden acudir libremente a las consultas externas de los hospitales.

A día de hoy, Finlandia es el país europeo que más se asemeja a nuestro modelo actual de Atención Primaria.

Son muchas las voces críticas que estén trasladando el foco mediático y resolutivo a la Atención Primaria, de la que solicitan mayor personalización en su atención, más medios y capacidad resolutiva,

una mayor cultura general de servicio, una reorientación del papel de la enfermería hacia los cuidados domiciliarios (lo que se conoce como *enfermería comunitaria*), de gran calado en Reino Unido y países nórdicos.

❖ Atención especializada y hospitales:

Gracias a los hospitales públicos, la altura técnica de la medicina española hace que no tenga nada que envidiarle a la de otros países de nuestro entorno.

Sin embargo, existen diferencias que se ponen de manifiesto cuando comparamos con nuestros vecinos europeos. En España una de las primeras cosas que destaca es el corto horario de funcionamiento habitual (de 8 a 15h), en lugar de 8 a 17h. En contrapartida, los hospitales públicos españoles mantienen fuera de estos horarios la retribución del personal sanitario como de guardia, fenómeno que no tiene comparación con otros países. Esto es un problema que viene de lejos, ya que por la forma de pago a los médicos hospitalarios, se ha calculado que el 30% de su sueldo mensual vienen de las guardias, por lo que un campo sobre el que trabajar sería el reajuste laboral y la correcta compensación económica.

Pero sin duda, donde se encuentran las diferencias más importantes es en la forma de gestionar un hospital.

Los hospitales públicos españoles, en su amplia mayoría, responden a un patrón organizativo cuyo referente es el Real Decreto 521/1987 sobre organización y funcionamiento de los hospitales del INSALUD.

No existe un Consejo o Junta que tenga autoridad para asumir competencias importantes, por lo que la autonomía y personalidad propia de un hospital queda en un segundo plano. Nuestros hospitales suelen depender de una gerencia unipersonal, lo que hace ingobernable la complejidad del sistema. En el panorama actual, el nombramiento del/la Gerente de turno tiene un carácter totalmente discrecional que, además, reproduce hacia abajo en cascada, a toda la estructura de gestión hospitalaria (dirección médica, gestión, enfermería, supervisoras de planta...).

Están existiendo intentos en los hospitales de reciente creación de trabajar con nuevas fórmulas de gestión, como el caso de la Comunidad Valenciana donde recae la gestión de todo un Área de Salud a una empresa privada a través de una concesión administrativa.

La experiencia internacional en este campo es común y todos los países de nuestro entorno cuentan con Consejos de Administración para el gobierno de sus hospitales, que son el órgano decisorio del hospital, en el cual reside su representación y autonomía.

Estos Consejos varían con la cultura organizativa de cada país: en Francia son más representativos de instituciones (ayuntamientos o colegios profesionales), mientras que en el Reino Unido tiene rasgos de voluntariado cívico y vocación de reflejar la sociedad a la que el hospital sirve. Al mismo tiempo, en los países europeos el personal de los hospitales públicos suele ser gestionado y contratado por el propio hospital, acogiéndose a un marco de normas de ámbito más amplio, ya sean nacionales o regionales.

Las citadas anteriormente, son las diferencias existentes, aunque también tenemos que reconocer coincidencias que son logros positivos para el correcto funcionamiento, entre los que podemos citar:

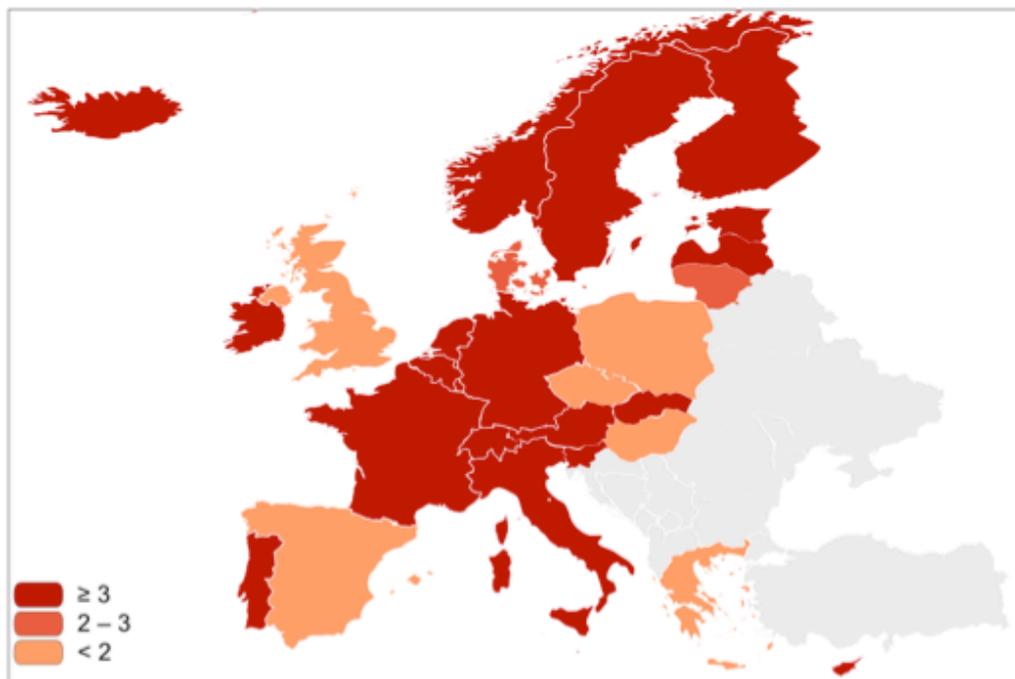
- la definición del hospital como segundo nivel asistencial, al que se accede por referencia del médico de atención primaria.
- la planificación territorial de los hospitales (cada Área de Salud un Hospital).
- el empleo a tiempo completo y retribución por sueldo (no por acto médico) de los médicos de hospital

Sistemas de copago en Europa

Como ya he citado con anterioridad, el copago está utilizándose como la fórmula magistral con la que intentar solucionar varios de los problemas económicos en los que nos encontramos inmersos.

Para saber dónde estamos es bueno hacer una visión global a modo de comparación viendo cómo se articula en Europa. Para ello me apoyaré en el análisis de los *Health Systems in Transition*, que son unos informes que el *European Observatory on Health Systems and Policies* realiza para cada país (los 15 de la UE y Noruega)

Los sistemas de copago en Europa: extensión del copago (Enero, 2012)



El copago, tal y como demuestra la imagen, está muy extendido en Europa y prácticamente todos los países europeos tienen establecidas políticas de participación del usuario en algún nivel asistencial.

Solamente España, Dinamarca y Reino Unido no han extendido su participación más allá de los fármacos, tal y como se puede ver en la siguiente tabla:

País	Atención	Especialistas	Atención	Servicios de urgencias	Fármacos
	Primaria		Hospitalaria		
Alemania	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Austria	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Bélgica	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Dinamarca	No	No	No	No	Sí
España	No	No	No	No	Sí
Finlandia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Francia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Grecia	No	No	Sí	Sí	Sí
Holanda	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Irlanda	No	No	Sí	Sí	Sí
Italia	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Luxemburgo	Sí	Sí	Sí	No	Sí
Noruega	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Portugal	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Reino Unido	No	No	No	No	Sí
Suecia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

En Europa la finalidad del copago tiene dos metas: la recaudatoria y la disuasoria. La gran mayoría de los países tienen sistemas de copago en servicios donde el paciente puede decidir, como es el caso de Atención Primaria (9 países), Urgencias (12 países) o el consumo de fármacos (todos los países). Pero también existen copagos donde la decisión del paciente tiene menos peso, como en las visitas a los médicos especialistas (11 países) y la atención hospitalaria (12 países).

En cuanto al tipo de servicios afectados por el copago, decir que son muy variados. Existen países donde se aplica una tarifa fija en Atención Primaria, como es el caso de los 10€ de Alemania o Austria, o los 13,70€ de Finlandia. Portugal con 5€ es donde el cobro es más barato, en contraposición con Noruega que con 23,5€ marca el límite superior. En otros países, el contribuyente paga un porcentaje del coste de la visita médica, que puede oscilar entre el 8% del coste como en Bélgica, hasta el 30% como en Francia. Existen países como Bélgica y Luxemburgo donde existe una tarifa adicional para las visitas domiciliarias.

En el caso de la atención hospitalaria, los mecanismos de copago varían

significativamente en función de la patología y el tratamiento a recibir, lo que dificulta las comparaciones entre países. Alemania (10€), Austria (8€), Bélgica (27,7€), Luxemburgo (19,44€) y Suecia (8,76€) aplican un copago por día de hospitalización. Hay países, como sería el caso francés, han optado por una fórmula que incluye tanto el pago de un porcentaje del coste de la hospitalización en torno al 20% como por una cantidad fija por día de estancia hospitalaria que asciende a 18€/día.

En todos los casos anteriores y sea cual sea la forma de pago, se establecen un máximo de días durante los cuales el usuario asumirá el coste.

Sin duda alguna, el caso de las Urgencias es el que más susceptibilidades ha despertado, asunto que ha rellenado páginas de diarios y minutos de noticieros. Varios países aplican la política de devolver el dinero pagado en caso de tratarse de una visita de urgencia, como ocurre en Grecia e Italia.

Si analizamos los datos a gran escala, podemos encontrar un punto débil a nivel de la medicina preventiva o las estancias hospitalarias, donde los niveles de copago son más bajos que si comparamos con medicina especializada y Urgencias donde los costes son mayores.

En los sistemas de copago europeos, también es generalizado el uso de mecanismos de protección de los colectivos más vulnerables (rentas más bajas, pacientes de alto riesgo...) con la fijación de un límite máximo de contribución al año o a la exención total. Destacan a este nivel Alemania, Francia, Italia y Portugal, que tienen exenciones para un amplio colectivo de personas en situación de vulnerabilidad y que abarcan todos los niveles asistenciales.

Sistemas de copago fuera de Europa

A continuación ampliaré las vistas para hablar de los diferentes sistemas sanitarios y copagos aplicados fuera de Europa, centrándome en los países más influyentes.

❖ **Estados Unidos**

Su financiación y provisión de servicios en el ámbito de la salud es mayoritariamente privada a excepción de una serie de programas como *Medicare* (orientado a ancianos y personas con algún tipo de discapacidad), *Medicaid* (orientado a personas de renta baja, con preferencia para niños, embarazadas, discapacitados), *Children's Health Insurance Program* y los programas *Veterans Health Administration* y *TRICARE* (para miembros tanto en activo como retirados de las fuerzas armadas).

Todas las personas que no entren en estos programas, tendrán que elegir un seguro privado. La elección de aseguradoras privadas y de proveedores médicos es muy amplia.

Pese a esto, existe una fracción muy importante de población que carece de seguro médico. Para evitar esto, se promulgan intentos burocráticos: en 2006 se aprobó una reforma sanitaria en Massachusetts, y en Marzo de 2010 Obama firmó la reforma federal aprobada por las cámaras donde se busca eliminar esta bolsa de ciudadanos sin seguro, ofreciendo seguros a primas reducidas, descuentos para ciudadanos con renta baja, creando consorcios de seguros públicos que ofrezcan planes de cobertura a PYMES, etc.

El copago en EEUU se da en casi todos los servicios, y aunque en cifras muy variables, la media se establece en torno a los 25- 30\$ para visitas al médico de atención primaria, y por encima de los 45\$ para las visitas al especialista. **El coste de las visitas a urgencias puede oscilar entre 75-150\$.** Existen además el copago en farmacia que suele tener unos costes fijos que oscilan entre los 10-15\$ por prescripción si se trata de medicamentos genéricos, hasta los 30-50\$ si es un medicamento de marca.

❖ **Australia**

Su sistema sanitario está financiado principalmente por impuestos, pero también dispone de servicios sanitarios subsidiados a través de un sistema nacional de salud conocido como *Medicare*. Los servicios sanitarios son gestionados por los gobiernos federales y suministrados por proveedores tanto públicos como privados.

Existen copagos en atención especializada ambulatoria, en atención hospitalaria y en atención farmacológica. Con el fin de las rentas de

los pacientes se ha introducido un límite de gasto anual para los servicios no hospitalarios. Una vez alcanzado el umbral máximo de gasto que en 2010 fue de 555,7\$ australianos para las rentas bajas y de 1.111,6\$ australianos para el resto de la población, el Medicare cubre el 80% de los desembolsos monetarios a los que deba hacer frente el paciente durante el resto del año en curso. Existen al mismo tiempo subsidios adicionales y exenciones para ciertos grupos, entre los que se encuentran pensionistas o veteranos de guerra.

Por lo que respecta a la atención primaria, los pacientes eligen el médico que desean, sin necesidad de afiliarse a él/ella. El *Medicare* reembolsa, generalmente, el 100% de la tarifa fijada para los médicos de atención primaria, el 85% de la tarifa estándar de un especialista o consultas, y entre el 75% y el 100% de los costes de los servicios de hospitalización. Si el médico decide cobrar un precio por encima de la tarifa fijada, el paciente paga no sólo el porcentaje de copago establecido sino también la diferencia entre tarifas. Para acceder a la especializada se necesita un volante del médico de cabecera para poder acogerse a la cobertura del *Medicare*, excepto en caso de accidente o visitas a urgencias.

Sin embargo, los médicos pueden decidir cobrar más que la tarifa de

Se puede elegir el hospital, pero no el profesional sanitario que les va a tratar. Si optan por ser tratados como pacientes públicos en un hospital público, el *Medicare* cubre la totalidad de los servicios suministrados en el hospital. Si el paciente decide acudir a un hospital privado, sí se puede elegir el especialista que quiere que le trate pero el *Medicare* cubre el 75% del coste de los servicios suministrados, quedando fuera de esta cobertura los costes de alojamiento, alquiler de quirófano y equipo y suministro de fármacos.

❖ **Canadá**

Su sistema sanitario está altamente descentralizado. Los gastos a este nivel son financiados conjuntamente por el gobierno federal y los gobiernos de las diez provincias y los dos territorios existentes, vía impuestos. La *Canadian Health Act* garantiza la provisión universal y gratuita de dichos servicios sanitarios, a excepción de los gastos asociados a farmacia no hospitalaria.

❖ **Corea del Sur**

El sistema sanitario coreano se basa en las contribuciones de los trabajadores y los jefes. Este sistema ofrece cobertura a, aproximadamente, un 96% de la población. La población no cubierta por el sistema contributivo está protegida por el llamado Programa de Ayuda Médica que se financia con cargo a los presupuestos generales. La combinación de ambos programas hace que la cobertura médica

en Corea sea universal.

El copago en Corea ha creado debate que obliga a modificaciones periódicas, pero la dinámica es que el sistema se base en las contribuciones monetarias de los pacientes por lo que el nivel del copagos suele ser muy elevado.

En Corea existen topes máximos para los pacientes con el fin de evitar el riesgo de tener que asumir desembolsos monetarios muy altos de ciertas enfermedades. Este límite se establece por semestres y depende del nivel de ingresos, oscilando entre los 1.490 y los 2.591€.

El mayor copago se aplica en los hospitales terciarios (con un 60% de coparticipación), seguido por el de los hospitales generales (se paga un 50% si es urbano y un 45% si es rural). El copago en un hospital estándar es un 40% si es urbano o un 35% si es rural. Finalmente, en los centros de salud el porcentaje de copago es de un 30%.

En la atención hospitalaria, en general, los pacientes deben hacer frente al coste de "alojamiento" (los niños pagan sólo un 10%), además de un 20% del coste del tratamiento recibido y un 50% del coste de la manutención.

❖ **Japón**

Funciona con un seguro sanitario universal que cubre a la práctica totalidad de los ciudadanos. Para ello, el seguro lo vincula con el empleo.

Los seguros laborales cubren a los trabajadores por cuenta ajena, mientras que los seguros locales gestionan la cobertura de los autónomos, desempleados, así como los trabajadores de la agricultura o la pesca.

El sistema de cobertura es bastante generoso e incluye no sólo atención ambulatoria y hospitalaria, sino también cobertura dental, atención a la maternidad, costes de transporte,... Sin embargo, existen copagos para la mayor parte de servicios médicos que, generalmente, son del 30% del coste de los servicios. Existen límites para proteger a los individuos frente a desembolsos monetarios muy elevados. Dicho límite mensual para un asegurado de renta media es de aproximadamente 550€, que se extiende si dos o más miembros de una misma familia incurrir en gastos que excedan los 260€.

En Japón existe el mismo copago para las visitas a atención primaria, a atención especializada ambulatoria y por hospitalización. El copago es de un 30% tanto para los titulares del seguro como para los beneficiarios. Los niños menores de 3 años tienen un copago reducido del 20% y los mayores de 70 años del 10% (si tienen renta alta el porcentaje asciende al 20%).

En Japón, los pacientes pueden ir directamente a la consulta sin cita previa, y no se necesitan volante desde Atención Primaria para acceder a la atención especializada.

❖ Nueva Zelanda

Nueva Zelanda tiene un sistema nacional de salud, financiado principalmente vía impuestos. Existe también un seguro social obligatorio para accidentes. La provisión de salud ha sido, desde sus orígenes, compartida por una variedad de agencias públicas, privadas y entidades sin ánimo de lucro.

En general, los servicios sanitarios proporcionados en los hospitales, tanto los ambulatorios como aquellos que requieran hospitalización, están exentos de copago. Sin embargo, los ciudadanos contribuyen a la financiación de los gastos de atención primaria y del gasto farmacéutico.

Recientemente, se ha puesto en marcha la llamada "*Primary Health Care Strategy*" orientada a reducir la carga monetaria de los pacientes que, además, ha extendido el derecho a cobertura total de atención primaria a niños hasta 18 años y mayores de 65 años. Los médicos tienen cierta libertad para fijar sus tarifas, por lo que no existe un desembolso fijo por visita. Como referencia, los pacientes que por su nivel de renta deben hacer frente a los mayores desembolsos monetarios pagan, habitualmente, entre 40-50\$ neozelandeses por visita, lo que viene a equivaler a 20-26€.

Aunque los pacientes eligen el médico de atención primaria que desean, y no necesitan registrarse, la "*Primary Health Care Strategy*" aboga (por ahora de manera voluntaria) por un sistema de registro de los pacientes con un médico de atención primaria que haga de "proveedor de primer contacto". Para acceder a la medicina especializada los pacientes requieren de un volante del médico de atención primaria.

La medicina especializada proporcionada en los servicios ambulatorios de los hospitales públicos neozelandeses es gratuita. Aquellos pacientes que demanden los servicios de especialistas privados deben hacer frente a la totalidad de los gastos.

Impacto del copago

Muchos han sido los trabajadores y expertos que han abordado los resultados de las recientes medidas introducidas. Mars et al (2011), establece una serie de conclusiones muy acertadas sobre el impacto que el copago ha supuesto:

1. Un mayor copago, no se traduce en una peor salud de la población.
2. Hay dos excepciones: los pacientes de alto riesgo (hipertensos, cardiopatas,...) y los más pobres, que se verían perjudicados por un mayor copago.
3. Cuando los pacientes pagan parte del coste cometen muchos errores y no saben priorizar, de manera que acaban reduciendo su consumo sanitario tanto de tratamientos valiosos como de los menos valiosos para su salud. La única excepción son los servicios de Urgencias, donde el copago no pareció reducir su uso en situaciones realmente urgentes.

✓ Impacto del copago en el uso de servicios de salud:

El copago repercute en la utilización de los servicios de salud y en el consumo de medicamentos, siendo especialmente relevante en las rentas más bajas y en las poblaciones más vulnerables. Se ha demostrado que el copago reduce el consumo adecuado de medicamentos y el uso adecuado de servicios de salud. Diversos estudios han demostrado que el copago hace que el cumplimiento terapéutico se vea mermado; este menor cumplimiento lleva asociado que se aumenten las hospitalizaciones y la mortalidad. Hay estudios como uno realizado en Canadá (Tamblyn et al 2001) que demuestra que el copago reduce el consumo de ciertos medicamentos como los antidepresivos, antiparkinsonianos o para el hipotiroidismo.

Se ha demostrado como se ha indicado, que se reduce la utilización de todo tipo de servicios sanitarios, aunque su impacto es menor en el caso de enfermedades agudas o de tratamientos esenciales, y es mayor en contraposición, en visitas preventivas y en los tratamientos menos esenciales. Un estudio muy ilustrativo al respecto es el de Cherkin et al (1990), donde se llegó a la conclusión de que un copago de 5\$ en EE.UU reducía un 14% las revisiones médicas, pero no afectaba de forma significativa las vacunaciones infantiles, ni los test de detección de cáncer en mujeres ni el consumo de medicamentos cardíacos, por lo que una de las recomendaciones que hace este estudio es que la implantación de un copago en Atención Primaria no se haga de forma indiscriminada para cualquier tipo de servicio preventivo y se mantenga la gratuidad para aquellos considerados esenciales

✓ Efectos del copago sobre la salud de la población:

Muchos son los trabajos que han analizado este efecto. Parece que

el copago no se traduce en una peor salud poblacional, aunque los resultados presentan importantes variaciones, por lo que tenemos que ser más cautos a la hora de afirmar categóricamente.

Las visitas a Urgencias son una de las patatas calientes del copago, sobre lo que existen varios debates abiertos, debido a la masificación existente y a la percepción de que es a este nivel donde se hace una mayor utilización inapropiada de los servicios de salud. Existen consensos y evidencias de que al introducir copago en Urgencias se disminuye el uso de los mismos. No obstante, el punto esencial a investigar es el impacto que estos copagos pueden tener en el nivel de salud de la población.

En Europa existen varios estudios al respecto. El informe de Thompson, Mossialos y Jemial de 2002 recoge la experiencia observada en varios países: en Finlandia donde se usó un copago modesto para las visitas a urgencias en Traumatología pediátrica, las visitas disminuyeron un 18% para niños pequeños y un 27% para niños mayores; en Irlanda, las visitas (apropiadas como inapropiadas) disminuyeron con el copago, lo que ha tenido efectos adversos sobre el control de la presión arterial y la supervivencia de pacientes de alto riesgo.

A modo de reflexión sobre el copago, hay que indicar que la línea de la mayoría de los trabajos existentes es evaluar su influencia sobre la asistencia sanitaria en datos generales, pero sin embargo, son escasos los trabajos que analizan los efectos del copago sobre la salud o el impacto en el acceso por parte de la población más vulnerable, por lo que podría producirse una merma que no se estuviera teniendo en cuenta.

Imponer un copago reduce el nivel de utilización de los servicios preventivos, por lo que esto no puede pasarse por alto; no obstante, no existen trabajos que evalúen si dicha reducción en la prevención tiene efectos sobre la salud.

En el caso de Urgencias y en EEUU se ha demostrado que imponer un copago sobre las visitas a urgencias tiene un efecto disuasorio mayor sobre las visitas realmente no urgentes. Este efecto disuasorio es mayor para los estratos sociales de renta baja y los grupos más vulnerables, por lo que se corre el riesgo de acentuar la brecha entre una sanidad de primer nivel con otra situada un escalafón por debajo.

Influencia del copago: el caso de Urgencias

Como he comentado con anterioridad, el copago en los servicios de Urgencias ya es una realidad en varios países europeos. Existen ejemplos al respecto que demuestran gran variabilidad a la hora de aplicar cómo se aplica el copago: Eslovaquia, por ejemplo, no aplica ningún tipo de copago por la utilización de los servicios sanitarios, a excepción de las visitas a urgencias (1,99€/visita). Copagos en las visitas a urgencias se aplican también en Finlandia (15€/visita para visitas nocturnas o en fin de semana), Portugal (8,75€/visita), República Checa (3,60€/visita para visitas nocturnas o en fin de semana), y Suecia (entre 9,3€ y 28€ por visita, según la región).

En ciertos casos, el copago sólo se aplica si las visitas a urgencias no son derivadas por el médico de atención primaria. Este es el caso de Bulgaria (entre 4,75€ y 9,59€ si no son visitas derivadas), o Irlanda (100€ si no son visitas derivadas y el paciente no queda ingresado -con exenciones en casos materno infantiles, infectocontagiosos o de personas con pocos recursos que tienen la «carta médica» o tarjeta acreditativa de necesidad social-).

Por último, en otros casos, se impone un copago (por ejemplo, 25€/visita en algunas regiones italianas) cuando la visita al servicio de urgencias no se considera justificada.

Tras una revisión bibliográfica sobre el caso de Urgencias, en lo relacionado a las Urgencias y el copago, he encontrado tres trabajos que analizan el impacto de éstos sobre la utilización de los servicios de Urgencias y los tres encuentran una reducción en la misma.

Selby, Fireman y Swain (1996) estudian la introducción de un copago para las visitas a urgencias para alguna de las empresas aseguradas en relación al grupo de control de aquellas empresas cuyo copago no se vio alterado. Encuentran una reducción significativa en las visitas a urgencias (15%), principalmente entre pacientes con patologías poco probables de constituir una verdadera urgencia. Sin embargo, los autores advierten que los resultados no pueden extrapolarse a los mayores ni a las personas de rentas bajas ya que los participantes en el estudio eran en su mayoría gente joven que trabajaba en el sector informático.

El trabajo de Hsu y otros (2006) encuentra también una relación entre copagos y reducciones en las visitas a urgencias.

Más recientemente, Wharam y otros (2007) analizan el comportamiento de un grupo de individuos durante su primer año de pertenencia a un plan de salud con un deducible alto y encuentran que la reducción en la utilización de los servicios de emergencia es de un 10%. Además, encuentran que las visitas realmente urgentes no se vieron significativamente reducidas por el copago, mientras que sí se observan

grandes reducciones para las visitas no urgentes.

Hay un estudio que resulta curioso y elocuente, en el que parecen encontrarse caminos alternativos para llegar al mismo punto de partida. Murphy y otros (1997) analizaron el impacto de una política implementada en Irlanda en Marzo de 1994 por la cual el copago para las visitas a los servicios de urgencias se duplicó, y al mismo tiempo, se eximió del pago del mismo a los pacientes que acudían a los servicios de Urgencias con un volante de su Médico de Atención Primaria. El estudio encuentra una pequeña reducción, aunque estadísticamente significativa, en el número de pacientes que acudían directamente a los servicios de urgencias sin ser realmente urgentes pero, al mismo tiempo, un aumento en el número de pacientes de estas características referidos por su médico de atención primaria. Con todo ello, la carga total del servicio de emergencias del hospital se vio inalterada. (hay que tener en cuenta que estos resultados se basan tras el estudio de un único hospital, sin existir grupo control para comparar)

Existen dos trabajos de Ahlmaa-Tuompo, Linna y Kekomaki (1998) que analizan para el caso de Finlandia la introducción en los años 90 de un pequeño copago para las visitas a Urgencias en una unidad de Traumatología pediátrica. El primero de los estudios encuentra que la tasa de visitas se redujo en un 27% para los niños más mayores y en un 18% para los más pequeños. La reducción en las visitas se produjo tanto para las leves como para las serias. El segundo de los trabajos encuentra que no existen diferencias significativas en el número de visitas por estatus socioeconómico.

Urgencias

Antes de abordar la situación de nuestro país, es necesario echar mano a las cifras para saber la entidad del problema. Según la Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado con fecha del 2007, queda reflejado que fueron atendidas 26.265.096 urgencias, siendo el 79,4% de ellas en hospitales públicos, estimándose una frecuentación de las urgencias hospitalarias en España en 585,3 urgencias por cada mil habitantes, con un porcentaje de ingresos del 10,5%. El número total de urgencias hospitalarias creció un 23,2%, entre 2001-2007. El 52,5% de los 5.239.416 pacientes ingresados en hospitales en 2007 fueron ingresos urgentes.

El problema que actualmente estamos viendo no es nuevo. Ya en 1988, el Defensor del Pueblo denunció el aumento de la frecuentación, la masificación y el uso inapropiado de las Urgencias hospitalarias. Pero esto que algunos lo consideran una lacra, no es un fenómeno aislado de España. Se trata de fenómenos internacionales, que se comparten con sistemas sanitarios próximos, como el *National Health Service* inglés (NHS), o alejados en estructura, organización y funcionamiento, como el americano. La tasa de frecuentación de las Urgencias en España es notablemente más elevada que la británica (370 por cada mil habitantes), con una tasa más baja de ingresos sobre urgencias (11% - 21%), y que en el sistema sanitario de los Estados Unidos de América (382 por cada mil habitantes).

Lo que es una realidad es que a mayor saturación, las condiciones en las que se desarrolla la asistencia sanitaria, merma la calidad de la misma. Sin ser la masificación en el NHS tan acusado como el español, existe una publicación de la National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death que deja al descubierto que más de un tercio de los pacientes atendidos en esta unidad había recibido una atención insuficiente desde la perspectiva clínica u organizativa y, en el 7,1% de los casos, la evaluación inicial fue considerada pobre o inaceptable.

La saturación de los servicios de Urgencias es un problema que afecta a la mayoría de los países, independientemente de su nivel socioeconómico. La situación de sobrecarga en Urgencias es un problema de todo el hospital, y no exclusivo de las Unidades de Urgencias Hospitalarias.

Las causas que con mayor frecuencia pueden explicar dicha saturación que se recogen en una reciente revisión serían la obligación de las Unidades de Urgencias Hospitalarias de atender las patologías no urgencias (en algunos centros suponen más del 70%), la movilidad de la población y la dotación de hospitales más próximos a los ciudadanos que ha hecho que mejore la accesibilidad a las Urgencias. Hoy más factores satélites que pueden explicar la creciente demanda: existe una alta derivación de pacientes muy ancianos y con pluripatología a las Urgencias, existen pacientes hiperfrecuentadores, factores estacionales como la gripe o las agudizaciones asmáticas, un personal sanitario

insuficiente para hacer frente a la demanda, retrasos en traslados o ingresos que hacen que se saturan a la espera de salida, o la falta de camas que a día de hoy es una realidad que colapsa los servicios de Urgencias de los hospitales.

Es de una lógica aplastante, pero tal como he comentado anteriormente, la saturación de las Unidades de Urgencias hospitalarias, dificulta la correcta atención sanitaria al paciente cuando el tiempo de instauración del tratamiento es fundamental, factor que en la medicina de urgencia es vital, entre los que destacan patologías tan prevalentes como síndrome coronario agudo, ictus isquémico agudo, traumatismo grave... Todo esto provoca retrasos diagnósticos, lo que conlleva un aumento de la morbi-mortalidad, favoreciéndose también el error humano, el incremento de la mortalidad hospitalaria y el de la estancia media hospitalaria, por lo que es una concatenación de despropósitos en cadena.

Todo esto trae asociado que la satisfacción del usuario se vea mermada, por lo que el número de quejas aumenta, al igual que se eleva el porcentaje de pacientes que abandonan las Urgencias sin ser atendidos.

El aumento de la demanda asistencial urgente, la saturación de los servicios de Urgencias y la inadecuada utilización de estos servicios son una realidad compartida por la mayoría de los sistemas sanitarios de los países occidentales desarrollados. La estimación de uso inapropiado tiene un rango de variabilidad muy grande. Diversos estudios parecen concluir en que no existe un método efectivo para reducir la demanda de casos leves e inapropiados sin demorar los casos graves.

Un Informe elaborado por el *College of Emergency Medicine* (CEM) y la *British Association for Emergency Medicine* (BAEM), se muestra escéptico con la posibilidad de derivar eficazmente una parte relevante de la demanda asistencial de los servicios de Urgencias hacia otros servicios de Atención Primaria.

Urgencias: el caso español

La tendencia de la frecuentación en los servicios de Urgencias es una realidad en alza. Desde que en 1988 se realizara el informe del Defensor del Pueblo, la demanda asistencial ha ido sufriendo un incremento continuo. Según los datos estadísticos, la tasa de frecuentación a las unidades de Urgencias hospitalarias (en atenciones agudas) se incrementó un 24% en 8 años (1997-2005). En este mismo periodo, y en términos absolutos el incremento fue de un 37%, a pesar del desarrollo de los dispositivos de atención continuada en atención primaria.

Con todo esto, se estima una frecuentación de 460 urgencias totales por 1.000 habitantes y año para el SNS y de 562 urgencias por 1.000 habitantes y año para el conjunto del sistema sanitario español.

La estimación del uso inapropiado de las Urgencias en España varía en un rango que oscila entre el 24% y el 79%. La principal vía de acceso es de forma espontánea, pese a que el usuario conozca la atención continuada que se presta en Atención Primaria. Las cifras de las urgencias que se producen por cuenta propia del paciente sin ser remitido desde otro servicio rondan el 80%. De todas estas consultas, aproximadamente el 80% de los pacientes son dados de alta domiciliaria. El motivo que argumentan los usuarios del servicio de Urgencias como primera opción por la que se decantan es que les ofrece mayor confianza y la expectativa de que la atención es más rápida.

El conocimiento de la oferta de servicios, que constituye el nivel de información a la población, las experiencias previas y la situación vital de la persona modulan el tipo de demanda originada tras el autodiagnóstico del paciente ante la pérdida de su nivel de salud. El paciente acude al dispositivo donde cree que su atención va a ser más efectiva, en términos de seguridad, la que le supone mayor confianza y de calidad técnica, más allá de regirse por criterios éticos o de gasto.

Existe un estudio catalán "*Estudi sobre L'Activitat i L'Organització dels Serveis D'Urgències Hospitalaris*", que trabaja sobre el conjunto de hospitales de agudos de la red hospitalaria de utilización pública de Cataluña, sobre los que se estudian los tiempos de espera que giran en torno a: 13,59 minutos desde la llegada del paciente a la unidad de Urgencias hasta que se realiza el triaje; 66,7 minutos desde la llegada a la consulta; 173,4 minutos desde la visita al alta; y 221,5 minutos desde la llegada a Urgencias hasta el alta. Un 24,1% de los pacientes tenían tiempos superiores a las 4 horas desde la llegada al alta. La duración del episodio en urgencias era superior a 8 horas y 24 horas en el 8,5% y 1,9% de los casos, respectivamente. La tasa de reingresos en menos de 72 horas era, en este estudio, del 6%.

Si seguimos desmenuzando los resultados de este estudio, destaca que el 20% de los episodios de urgencia hospitalarias estaban generados por pacientes menores de 15 años, y el 19% por mayores de 64 años. El 84% de los pacientes que acudieron a los servicios de Urgencias de hospitales de agudos catalanes fue diagnosticado de complejidad baja, siendo dados de alta domiciliaria sin requerir seguimiento posterior. En la

distribución por especialidades, el 37,5% se clasificaban como urgencia médica o urgencia; el 20% como traumatología; el 17%, pediátrica; el 9%, quirúrgica; el 9% gineco-obstétrica; el 1% de salud mental; y un 6% restante como otras especialidades. Las categorías diagnósticas mayores más frecuentes eran el sistema músculo-esquelético (8%), piel y mama (6%), ORL (5%), respiratorio (4%) y digestivo (4%).

Siguiendo desmenuzando las estadísticas, citar que la estimación de efectos adversos en hospitalización relacionados con la atención en las unidades de Urgencias es del 0,75%.

A nivel autonómico, en Andalucía se ha promovido un estudio realizado conjuntamente por la SEMES y la Escuela Andaluza de Salud Pública en el que en sus conclusiones se sugiere la conveniencia de que se produzca una integración de las unidades de Urgencias hospitalarias con los servicios de urgencia de atención primaria, para que de dicha simbiosis se potencien los beneficios.

Bibliografía

- Alcaraz Martínez J., Lorenzo Martínez S., Fariñas Álvarez B., Calvo Pérez A., González Pérez M. Benchmarking en el proceso de urgencias entre siete hospitales de diferentes comunidades autónomas. Rev Calid Asist. 2011;26(5):285-291
- Peiró S. Los mejores hospitales. Entre la necesidad de información comparativa y la confusión. Rev Calid Asist. 2001;16:119-30.
- Zapatero Gaviria A, Barba Martín R. Benchmarking entre servicios de Medicina Interna. Rev Clin Esp. 2009;209:107-9.
- Farinas-Álvarez C, Ansorena-Pool L, Álvarez-Diez E, Herrera-Carral P, Valdor-Arrairan M, Piedra-Antón L, et al. ¿Es posible una red de benchmarking entre hospitales públicos? Proceso de creación de la Red.7. Rev Calid Asist. 2008;23:199-204.
- Costa Estany JM. Benchmarking de procesos. Rev Calid Asist. 2008;23:1-2.
- González P., Prieto Prados JL., Porteiro N. Teoría y política del copago en sanidad. Cátedra de Economía de la Salud, Universidad Pablo de Olavide en colaboración con la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía
- García del Águila JJ., Mellado Vergel FJ., García Escudero G. Sistema integral de urgencias: funcionamiento de los equipos de emergencias en España. Emergencias 2001;13:326-331
- Mas N., Cirera L, Viñolas G. Los sistemas de copago en Europa, Estados Unidos y Canadá: implicaciones para el caso español. Business School. Nov 2011
- Unidad de urgencias hospitalarias: Estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Política Social
- Euro Health Consumer Index 2012 Report. 2012
- Los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarias en España. 2011 Mensor

<http://www.semes.org/>

<http://www.semicyuc.org/>

Los sitios más interesantes para el análisis internacional comparado de los sistemas sanitarios son, entre otros:

El European Observatory on Health Systems and Policies

(<http://www.euro.who.int/observatory>)

El International Network Health Policy & Reform que cuenta con un excelente sistema de seguimiento y análisis de reformas sanitarias

(<http://www.healthpolicymonitor.org/>)

La OCDE cuyos datos sobre el sector sanitario son el estándar de referencia para las comparaciones internacionales.

(<http://www.oecd.org>)

Reglamento Sanitario Internacional (2005), Segunda Edición. OMS

Anexos

Figura 1

Países	Esperanza de vida Pobl. total al nacer Años	Camas en hospitales No. total camas hosp. Por 1 000 habitantes	Consultas Consultas médicas Número por capita	Gasto total en salud Gasto total en salud % PIB	Gasto total en salud Gasto púb. en salud % PIB	Gasto total en salud Gasto priv. en salud % PIB	Gto. salud/ agente fn. Gasto púb. en salud ícapita, US\$ PPP	Gto. salud/ agente fn. Gasto púb. en salud % gasto total salud	Gto. salud/ agente fn. Gasto priv. en salud % gasto total salud	Gto. salud/ agente fn. Seguros privados % PIB
Alemania	79,6 ¹	8,3 ¹	-	10,6 ¹	8,1 ¹	2,4 ¹	2 981 ¹	78,8 ¹	23,1 ¹	1,0 ¹
Austria	79,9 ¹	7,6 ¹	6,7 ¹	10,1 ¹	7,7 ¹	2,4 ¹	2 748 ¹	76,2 ¹	23,8 ¹	0,5 ¹
Bélgica	79,5 ¹	6,7 ^b	-	10,4 ¹	-	-	-	-	-	0,5 ¹
Dinamarca	78,6 ¹	-	-	9,5 ¹	-	-	-	-	-	0,1 ^{1d}
España	81,1 ¹	-	8,1 ¹	8,4 ¹	6,0 ¹	2,4 ¹	1 751 ¹	71,2 ¹	28,8 ¹	0,5 ¹
Finlandia	79,5 ¹	6,9 ¹	4,3 ¹	8,2 ¹	6,2 ¹	2,0 ¹	2 027 ¹	76,5 ¹	24,5 ¹	0,2 ¹
Francia	80,9 ¹	7,2 ¹	6,4 ¹	11,1 ¹	8,9 ¹	2,3 ¹	2 750 ¹	79,7 ¹	20,3 ¹	1,4 ¹
Grecia	79,6 ¹	-	-	9,1 ¹	5,8 ¹	3,3 ¹	1 829 ¹	61,8 ¹	38,4 ¹	-
Hungría	75,2 ¹	7,9 ¹	12,9 ¹	6,3 ¹	5,9 ¹	2,4 ¹	1 066 ¹	70,9 ¹	29,1 ¹	-
Islandia	81,2 ¹	-	6,3 ^{1e}	9,2	7,6	1,6	2 738 ¹	82,5	17,5	-
Italia	-	4,5 ¹	-	8,7	6,7	2,0	2 018 ¹	77,0	23,0	0,1
Luxemburgo	79,4 ¹	5,8 ¹	9,0 ¹	7,3 ^{1e}	6,6 ^{1e}	0,7 ^{1e}	3 910 ^{1e}	90,9 ^{1e}	9,1 ^{1e}	0,1 ^{1e}
Noruega	80,6 ¹	3,6 ¹	-	8,7 ¹	7,3 ¹	1,4 ¹	3 780 ¹	84,0 ^e	16,0 ^e	-
Países Bajos	79,8 ¹	4,5 ¹	5,5 ¹	9,3 ¹	-	-	-	-	-	0,5 ^{1d}
Polonia	75,3 ¹	6,5 ¹	6,6 ¹	6,2 ¹	4,3 ¹	1,9 ¹	636 ¹	69,9 ¹	30,0 ¹	0,0 ¹
Reino Unido	-	3,6 ¹	5,1 ¹	8,4 ^{1d}	7,3 ^{1d}	1,1 ^{1d}	2 408 ^{1d}	87,3 ^{1d}	12,7 ^{1d}	-
República Checa	76,7 ¹	8,2 ¹	12,9 ¹	6,6 ¹	5,9 ¹	0,8 ¹	1 309 ¹	87,9 ¹	12,1 ¹	0,0 ¹
República Eslovaca	74,3 ¹	6,7 ¹	10,4 ¹	-	-	-	-	-	-	-
Suecia	80,8 ¹	-	2,8 ¹	9,2 ¹	7,5 ¹	1,7 ¹	2 615 ¹	81,7 ¹	18,3 ¹	-
Suiza	81,7 ¹	3,5 ¹	-	11,3 ^{1e}	6,8 ¹	4,5 ¹	2 997 ^{1e}	60,3 ^{1e}	39,7 ^{1e}	1,0 ^{1e}
Turquía	71,8	2,7 ¹	-	-	-	-	-	-	-	-

Source ECO-SALUD OCDE 2008, junio 08

En la figura 1 se pueden ver comparativamente, junto con parámetros del estado de salud y esperanza de vida de la población al nacer, otros parámetros de indicadores en recursos de salud como el número de camas hospitalarias por 1.000 habitantes y el número de consultas médicas per cápita; los gastos sanitarios, reflejados en gasto total en salud como porcentaje del PIB nacional; participación del gasto público en este gasto total, también en porcentaje del PIB; gasto privado en salud; gasto público en salud per cápita en US\$ PPP (paridad de poder adquisitivo per cápita); y gasto en salud por medio de los seguros privados, todos ellos datos del 2007, de 21 países de Europa (Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Islandia, Italia, Luxemburgo, Noruega, Países Bajos, Polonia, Reino Unido, República Checa, Suecia, Suiza y Turquía). Leyenda de la gráfica: b) = serie trunca; e = estimación; d = diferencias en la metodología. ('1, '2, '3 = datos de años precedentes; 1, 2, 3 = datos de años siguientes). (Fuente ECOSALUD OCDE 2008).

Figura 3

Países	Gasto total en salud /cápita, US\$ PPC	Gasto total en salud % gasto total salud	Gasto total en salud % PIB	Gasto púb. en salud /cápita, US\$ PPC	Gasto púb. en salud % gasto total salud	Gasto púb. en salud % PIB	Gasto priv. en salud /cápita, US\$ PPC	Gasto priv. en salud % gasto total salud	Gasto priv. en salud % PIB
Alemania	2 937	100,0	10,6	2 327	79,2	8,4	610	20,8	2,2
Austria	3 668	100,0	10,1	2 313	75,4	7,6	755	24,6	2,5
Bélgica	2 685	100,0	9,0	-	-	-	666	24,8	2,2
Canadá	2 874	100,0	9,6	2 002	69,6	6,7	872	30,4	2,9
Dinamarca	2 696	100,0	8,8	2 236	82,9	7,3	460	17,1	1,5
España	1 745	100,0	7,3	1 244	71,3	5,2	501	28,7	2,1
Estados Unidos	6 305	100,0	14,7	2 387	44,8	6,5	2 938	55,4	8,1
Finlandia	2 089	100,0	7,6	1 550	74,2	5,6	539	25,8	2,0
Francia	2 780	100,0	10,0	2 185	78,6	7,9	595	21,4	2,1
Grecia	1 792	100,0	8,2	1 138	63,5	5,2	654	36,5	3,0
Irlanda	2 360	100,0	7,1	1 795	76,0	5,4	565	24,0	1,7
Italia	2 223	100,0	8,3	1 696	74,5	6,2	567	25,5	2,1
Luxemburgo	3 081	100,0	6,8	2 782	90,3	6,1	299	9,7	0,7
Países Bajos	2 833	100,0	8,9	1 709	62,5	5,5	1 064	37,5	3,3
Portugal	1 657	100,0	9,0	1 197	72,2	6,5	460	27,8	2,5
Reino Unido	2 165	100,0	7,6	1 805	83,4	6,4	360	16,6	1,3
Suecia	2 707	100,0	9,3	2 225	82,1	7,7	486	17,9	1,7

Source ECO-SALUD OCDE 2008, junio 08

Tabla 3 | Copagos en atención ambulatoria (primaria y especializada), hospitalización y urgencias en la UE27+ Islandia, Noruega y Suiza.

Países	Co-participación en el coste				Condicionantes	
	Att. Primaria	Att. Especializada	Hospitalización	Urgencias	Límites totales	Exenciones/reducciones
Alemania	10€ en la primera visita al médico por trimestre. 10€ por visitas adicionales a otros médicos en el trimestre sin volante del médico de atención primaria.	10€/día (máx. 28 días)	-	-	Límite del 2% del salario bruto (1% para enfermedades crónicas). Límite de 28 días por año al pago diario por hospitalización.	Exención total para menores de 18 años y mujeres embarazadas.
Austria	Adquisición de la e-card: 10€/año. Funcionarios y autónomos: 20% Empleados ferroviarios, minería y empleados públicos (no funcionarios): 14%	Titular: 10€/día (máx. 4 semanas por año) Beneficiario: 10%	-	-	Límite de 4 semanas por año al pago diario por hospitalización.	Copagos reducidos para ciertos colectivos. Exención total para niños, pensionistas, personas de renta baja.
Bélgica	10%-25% según se tenga o no reembolso 5€ adicionales si la visita no es preferente (10%- 35% si es visita a domicilio).	15-40% según grupo de reembolso 5,02€-14,14€/día según categoría de reembolso. Tasa fija por admisión 41,44€	-	-	Límites anuales de 450€, 650€ y 1000€ (según renta).	Los copagos menores se aplican a personas con "reembolso preferente" (renta baja).
Bulgaria	1% del salario mínimo mensual (aprox. 1,1€/visita)	2% del salario mínimo mensual (aprox. 2,2€/día) Límite: 10 días/año	Entre 4,75€-9,50€ si no son visitas derivadas	-	Límite de 10 días por año al pago diario por hospitalización.	Exención total para ciertas patologías, niños, veteranos de guerra, indigentes.

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes «Health Care Systems in Transition» realizados por el European Observatory on Health Systems and Policies y de la información del MISSOC (Mutual Information System on Social Protection in the European Union) de la Comisión Europea (2009).

(*) Información no disponible.

Países	Co-participación en el coste			Condicionantes		
	Att. Primaria	Att. Especializada	Hospitalización	Urgencias	Límites totales	Exenciones/reducciones
Chipre	Pago fijo: 2€, 6,83€ ó 14,52€, en función de la categoría de reembolso del paciente.	Pago fijo: 2€, 8,54€ ó 20,50€, en función de la categoría de reembolso del paciente. Además, 0%, 50% ó 100% del coste de las pruebas diagnósticas.	Grupo de reembolso especial: 6.83€, 10.25€ y 20.50€/día según tipo alojamiento (1ª, 2ª ó 3ª clase).	-	-	Tres categorías de reembolso: "atención gratuita" (funcionarios, trabajadores del sistema educativo, militares, familias de renta baja), reembolso preferente (familias de renta media) o normal Exención total para mayores de 65 años.
Dinamarca	Si el paciente elige pertenecer al Grupo 2 (con acceso directo al especialista), entonces tiene un copago en atención especializada.			No hay copagos		
Eslovaquia	-	-	-	1,99 €/visita	-	-
Eslovenia	Entre el 5-75% del coste de los servicios. Existen seguros voluntarios suplementarios que cubren el copago.			-	-	El tratamiento de ciertas enfermedades (cáncer, diabetes, esclerosis, enfermedades mentales, etc) tiene cobertura total. También están exentos de copagos los niños y los gastos asociados a la maternidad.
España				No hay copagos		

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes «Health Care Systems in Transition» realizados por el European Observatory on Health Systems and Policies y de la información del MISSOC (Mutual Information System on Social Protection in the European Union) de la Comisión Europea (2009).

(*) Información no disponible.

Países	Co-participación en el coste				Condicionantes	
	Att. Primaria	Att. Especializada	Hospitalización	Urgencias	Límites totales	Exenciones/reducciones
Estonia	Hasta 3,20€/visita (sólo en caso de visita domiciliaria)	Hasta 3,20€/visita (excepto si el paciente ha sido referido dentro de la misma institución, o por otro médico de la misma especialidad).	Hasta 1,6€/día (por un máximo de 10 días por episodio) Pagos mayores para alojamientos "por encima de lo estándar"	-	Límite de 10 días por episodio al pago diario por hospitalización.	Exención total para niños menores de 2 años, embarazadas y la hospitalización en unidades de cuidados intensivos
Finlandia	11€/visita (un máximo de 3 veces por año) ó 22€ año	22€ visita ambulatoria. 72€ cirugía ambulatoria	26€/día (12€/día si se alcanza el límite máximo de gasto anual)	15€ para visitas nocturnas o en fin de semana	590€/año (no incluye gasto farmacéutico).	Exención total para menores de 18 años
Francia	1€ por acto médico (con un límite de 50€/año). 30% coste visita (50% si se trata de visitas al especialista no derivadas por el médico de atención primaria).	20% más 16€/día (12 en atención psiquiátrica) con un máximo de 30 días. 18€ por intervenciones médicas importantes (cuyo coste exceda los 91€)	-	-	Límite de 50€ anuales al copago fijo por visita ambulatoria Límite de 30 días al pago diario por hospitalización.	Exención total por renta, para el tratamiento de ciertas patologías (50 entre las que están SIDA, diabetes, cáncer, patologías psiquiátricas, etc.), beneficiarios de pensiones de invalidez. Exención del pago de 1€ por acto médico para menores de 18 años y personas de renta baja.
Grecia	No hay copagos					
Holanda	-	Deducible de 155€/año con el seguro básico obligatorio			Exención del deducible para menores de 18 años y atención al parto	
Hungría	No hay copagos (fueron abolidos en referéndum en 2008)					

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes «Health Care Systems in Transition» realizados por el European Observatory on Health Systems and Policies y de la información del MISSOC (Mutual Information System on Social Protection in the European Union) de la Comisión Europea (2009).

(*) Información no disponible.

Países	Co-participación en el coste				Condicionantes	
	Att. Primaria	Att. Especializada	Hospitalización	Urgencias	Límites totales	Exenciones/reducciones
Irlanda	Categoría I: 0% Categoría II: 100% (excepto que dispongan de una GP Visit Card).	-	75€/día (máximo 750€/año)	100€ si la visita no es derivada, con ciertas excepciones	Límite al gasto en atención primaria (90€/mes) y en hospitalización (750€/año).	Los mayores de 70 años y las rentas bajas pertenecen a la categoría I y tiene derecho a una "medical card" que implica la exención total de copago. Dentro de la Categoría II personas de renta media-baja tienen acceso a una GP visit card que da exención total en atención primaria
Islandia	Entre 5,17 y 15€/visita	20€ más el 40% del coste (máximo 139€)	-	(*)	Hay un límite anual de 139€ (de 45€ para niños y de 34€ para pensionistas).	Menores de 18 años tienen exención total en atención primaria y copagos reducidos en especializada. Pensionistas tienen copagos reducidos en atención primaria y especializada.
Italia	-	36,15€/visita	-	25€/visita (si no era realmente urgente)	-	Exención total para pensionistas de renta baja, grandes minusválidos (grado de minusvalía de al menos 2/3) y niños menores de 6 años. Exención parcial para minusválidos (con grado menor que 2/3), enfermos crónicos y para servicios relacionados con el embarazo y la lactancia.
Letonia	1,42€/visita. Visita domiciliaria: pago fijado por el médico (máx. 2,85€ para mayores de 80 años, minusválidos y cuidados paliativos)	7,12€/visita	General: 17€/día. Hospitalización por psiquiatría, oncología, afecciones pulmonares desintoxicación: 7,12€/día.	-	Límite por episodio de hospitalización: 356€ Límite total anual (incl. ambulatoria y hospitalización): 569€/año.	Exención total para menores de 18 años, gastos asociados con la maternidad, minusválidos (con grado de minusvalía alta) y ciertas patologías (psiquiátricas, SIDA, cáncer, etc.). Reducción del 50% para personas de renta baja.
Lituania	No hay copagos					

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes «Health Care Systems in Transition» realizados por el European Observatory on Health Systems and Policies y de la información del MISSOC (Mutual Information System on Social Protection in the European Union) de la Comisión Europea (2009).

(*) Información no disponible.

Países	Co-participación en el coste				Condicionantes	
	Att. Primaria	Att. Especializada	Hospitalización	Urgencias	Límites totales	Exenciones/reducciones
Luxemburgo	20% del coste de la primera visita (en un periodo de 28 días)	10% de las siguientes visitas.	12,64€/día (por un máximo de 30 días)	-	La participación en el coste está limitada al 2,5% de los ingresos brutos anuales Límite de 30 días al pago diario por hospitalización	
Malta	15€/visita	33€/visita	-	-	No hay copagos	
Noruega					Límite anual de 198€ para gastos médicos, pruebas y medicamentos.	Exención total para niños menores de 12 años. Los gastos de los menores de 16 años se suman a los de uno de sus progenitores en el cómputo del límite anual. Exenciones para accidentes y enfermedades laborales, ciertas patologías y tipos de paciente.
Polonia	No hay copagos para atención ambulatoria u hospitalaria (sí los hay para rehabilitación, ortopedia o pruebas diagnósticas, con porcentajes asociados al nivel de renta)					
Portugal	2,2€/visita	3€ si es un hospital de distrito, o 4,5€ si es en un hospital central.	5,2€/día los primeros 10 días	Entre 3,7€ y 9,4€ por visita	Límite de 10 días por episodio al pago diario por hospitalización	Exención total para embarazadas, menores de 12 años, desempleados y ancianos. Reducciones de un 50% para mayores de 65 años.
Reino Unido	No hay copagos					

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes «Health Care Systems in Transition» realizados por el European Observatory on Health Systems and Policies y de la información del MISSOC (Mutual Information System on Social Protection in the European Union) de la Comisión Europea (2009).

(*) Información no disponible.

Países	Co-participación en el coste				Condicionantes	
	Att. Primaria	Att. Especializada	Hospitalización	Urgencias	Límites totales	Exenciones/reducciones
República Checa	1,2€/visita	Att. Especializada 2,40€/día	3,60€ para visitas nocturnas o en fin de semana		Límite anual de 200€ (excl. hospitalización y urgencias) Límite de 100€ para menores de 18 años y mayores de 65	Exención total para personas de pocos recursos, neonatos, enfermos crónicos, embarazadas y ciertas enfermedades contagiosas.
Rumanía	No hay copagos					
Suecia	Entre 9,33 y 19€/visita (según región)	Entre 19 y 28€/visita (según región)	Máximo 7,46€/día	Entre 9,33 y 28€/visita (según región)	Límite anual de 84€	La mayor parte de las regiones otorgan una exención total a niños. El valor del copago se ajusta al nivel de renta.
Suiza	Deducible anual de 202€ 10% coste servicio al gasto que supere los 202€ del deducible Posibilidad de acogerse a seguros de salud con un deducible mayor					
	Límite total anual de 471€ 235,5€ para los menores de 18 años					
	Menores exentos de deducible Exención total para gastos asociados a la maternidad.					
	Coste adicional de 6,72€/día					

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes «Health Care Systems in Transition» realizados por el European Observatory on Health Systems and Policies y de la información del MISSOC (Mutual Information System on Social Protection in the European Union) de la Comisión Europea (2009).

(*) Información no disponible.

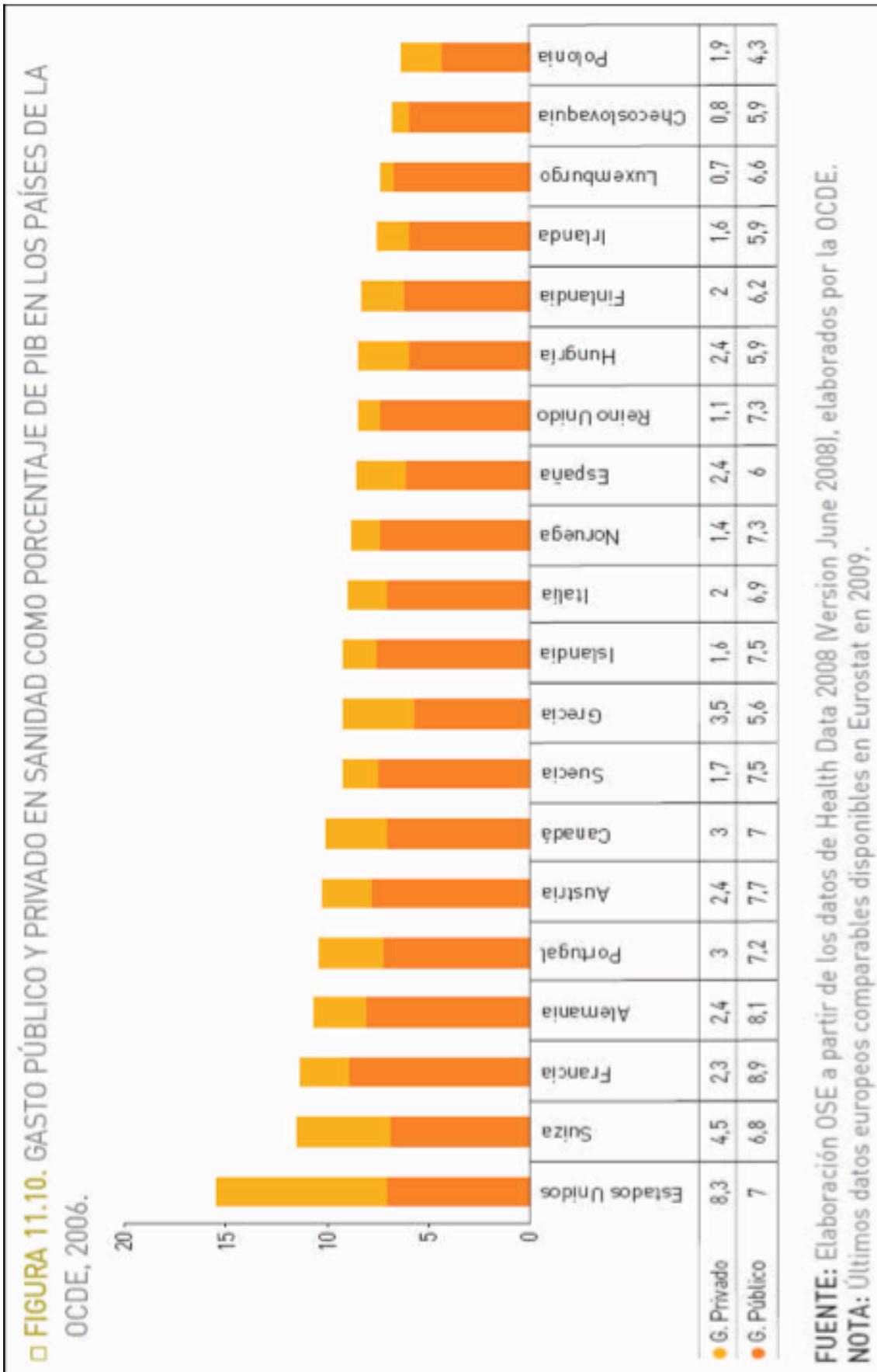
Tabla 4 | Copagos en atención ambulatoria (primaria y especializada), hospitalaria y farmacológica en la OCDE (excluyendo Europa).

Tipo de sistema de salud	Países							
	Australia	Canadá	Corea	EE.UU	Japón	Nueva Zelanda	México	Turquía
Atención primaria	Financiación pública (vía impuestos) Provisión mixta	Financiación pública (vía impuestos) Provisión mixta	Financiación mediante contribuciones Provisión fundamentalmente privada	Sistema privado (esquemas HMO y PPO mayoritarios) Programas públicos para ciertos colectivos 1,7% de la población carece de seguro	Financiación mediante contribuciones e impuestos Provisión fundamentalmente privada	Financiación pública (vía impuestos) Provisión mixta	Financiación pública (contribuciones e impuestos) 1/3 de la población carece de seguro	Financiación pública (contribuciones e impuestos) Provisión mixta
Especialistas	15%	-	30-60% dependiendo del tipo de institución y su ubicación	Mucha variabilidad entre seguros Suele oscilar entre 20 y 30\$ visita	30%	El copago no suele superar los 26€ (niños y mayores de 65 años exentos)	-	-
Hospitalización	25% más coste de alojamiento, alquiler de quirófano y medicinas (sólo si el paciente quiere ser tratado como "paciente privado")	-	Coste de alojamiento (reducido para niños), 20% del tratamiento y 50% de la manutención	Mucha variabilidad entre seguros Suele superar los 45\$ visita	30%	-	-	-
Fármacos	20€ por prescripción (3,2€ para ciertos colectivos, fundamentalmente pensionistas) Límite anual al gasto en fármacos	Mucha variabilidad entre regiones (copagos, deducibles, grupos con derecho a exención)	Grupos de protección 30% Resto: Mismo porcentaje que la atención médica ambulatoria	Generalmente copagos fijos por prescripción Pagos mayores para medicamentos de marca que para genéricos	30%	Copago fijo de entre 3 y 15€ Si el medicamento no está totalmente subsidiado el paciente paga la diferencia	-	20% población general 10% pensionistas
Otros	Existe un límite de gasto anual para servicios no hospitalarios	Gran prevalencia de seguros privados complementarios para hacer frente al gasto en fármacos	Existe un límite de gasto semestral Mayor cobertura para enfermos crónicos	Es habitual (sobre todo en sistemas PPO) la presencia de cantidades deducibles	Existe un límite de gasto mensual Reducciones para mayores de 70 años y menores de 3	-	-	Importante presencia de pagos informales

Fuente: Elaboración propia.

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes «Health Care Systems in Transition» realizados por el European Observatory on Health Systems and Policies y de la información del MISSOC (Mutual Information System on Social Protection in the European Union) de la Comisión Europea (2009).

(*) Información no disponible.



un

■
i

Universidad
Internacional
de Andalucía

A