

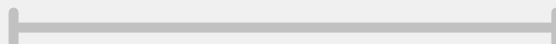
Especialización en Sistemas de Salud y Seguridad Social

Trabajo Final Integrador

Autor: Juan Pablo Cocozzella

UN ANÁLISIS DEL SISTEMA DE SALUD INGLÉS

2011



Citar como: Cocozzella, J. P. (2011). Un análisis del sistema de salud inglés.
[Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

INTRODUCCIÓN

Geografía y demografía

Inglaterra es uno de los 4 países que constituyen el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte. Inglaterra, Escocia, y Gales constituyen Gran Bretaña, y con la adición de Irlanda del Norte, forman el Reino Unido. (Fig. 1.1)

Fig. 1.1
The United Kingdom and its constituent countries



La población Inglesa en 2009 se estimó en 51.809.700 (83.8% del total poblacional de UK (OMS 2010^a). Londres es la ciudad con mayor población de la UE. En 2009 tenía 7.75 millones de habitantes. El Reino Unido tiene una extensión total de 244.820 km². La densidad en Inglaterra en 2010 fue 401/km² (Londres 4931/km²).

La población ha aumentado constantemente desde 1971, y esta proyectada en 60.7 millones para 2033. (Tabla 1.1). Como el resto de Europa, Inglaterra tiene una población envejecida (Fig.1.2). La proporción de la población > 65 años o mas paso de 13.4% en 1971 al 16.1% en 2008, mientras la proporción de menores de 14 años cayo de 23.7% al 17.6%. La tendencia al envejecimiento poblacional se mantiene, y esta proyectado que para el 2031 el 22.2% tendrá 65 años o más.

Table 1.1

Demographic indicators for England, 1971–2008

	1971	1981	1991	2001	2005	2008
Total population (thousands)	46 412	46 821	47 875	49 450	50 466	51 446
Female (%)	51.4	51.3	51.4	51.1	50.9	50.8
0–14 years (%)	23.7	20.3	19.0	18.8	17.9	17.6
65+ years (%)	13.4	15.2	15.8	15.8	15.9	16.1
Old-age dependency ratio ^a	28.1	29.9	30.0	29.7	29.9	30.8
Crude birth rate ^b	15.9	12.8	13.8	11.4	12.1	13.1
Crude death rate ^b	11.5	11.6	11.2	10.0	9.6	9.2
Total fertility rate ^c	2.37	1.79	1.81	1.63	1.79	1.97
Population growth (%) ^d	–	0.07	0.24	0.38	0.58	0.71

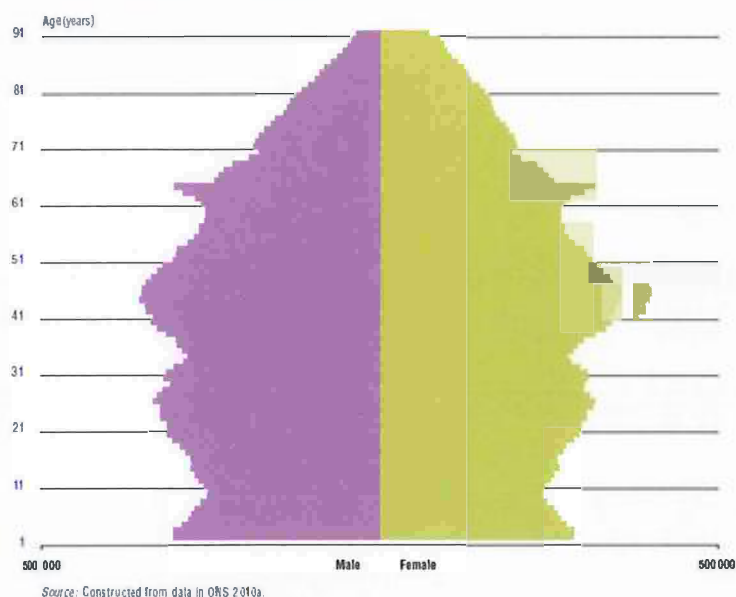
Sources: ONS 1997 (for 1971), 2009a (for 1981–2008).

Notes: ^aPercentage of males 65 years and over plus females 60 years and over to working population (defined as males 16–64 years and females 16–59 years); ^bPer 1000 population, all ages; ^cAverage number of children that would be born to a woman if between the ages of 15 and 49 years she experienced current age-specific fertility rates (the figure for 1971 is for England and Wales);

^dCompound rate of growth over the previous five years.

Fig. 1.2

England population by sex and age, 2009



Contexto económico

El Producto Bruto Interno (PBI o GDP) del Reino Unido en términos reales aumento alrededor del 46% entre 1990 y 2009 (£760 billones a £1.110 billones a precios 2000). El valor en poder de compra se multiplico más del doble en el mismo período. En la actualidad el valor de la Libra esterlina respecto del Dólar es de US\$ 1.56.

Entre 1995 y 2010 la fuerza laboral en Inglaterra aumento 11.8% (casi 2.8 millones de personas). La tasa de desempleo en Inglaterra cayó del 8.7% en 1995 al 4.7% en 2005. Sin embargo, con la crisis global, aumento y en 2010 esta en 7.8%. El coeficiente de Gini del RU, luego de deducir los costos de vivienda, aumentó de 0.37 a 0.40 entre 1994-95 y 2008-09

Contexto Político

El Reino Unido es una monarquía constitucional, gobernada por un parlamento formado por dos cámaras. La Cámara de Comunes está representada por Miembros del Parlamento elegidos democráticamente por elecciones cada 5 años para representar 650 distritos. La Cámara de los Loores comprende 629 pares vitalicios, 91 pares hereditarios, y 24 del clero.

El Jefe del Gobierno es el Primer Ministro, que lidera el partido que comanda la mayoría de la Cámara de Comunes.

En 1998 el Gobierno incorporo la Convención Europea de Derechos Humanos en su Ley, así como el General Agreement on Tariffs and Trade (GATT) y numerosos tratados internacionales que afectan a la salud, tales como la Convención por los Derechos del Niño y la Convención Internacional por la Protección de los derechos de los trabajadores inmigrantes y sus familias.

Situación de Salud

La expectativa de vida al nacer aumento entre 1981 y 2008 a razón de 5.1 años para la mujer y 6.9 años para el hombre, alcanzando 82.1 y 78.0 años respectivamente. (Tabla 3.1)

Tabla 3.1

Life expectancy and healthy life expectancy at birth in England, 1981–2008

	1981	1991	1995	2001	2006	2008
Life expectancy at birth, females	77.0	78.9	79.5	80.6	81.7	82.1
Life expectancy at birth, males	71.1	73.4	74.3	76.0	77.5	78.0
Healthy life expectancy at birth, females ^a	67.0	68.9	68.9	70.1	70.7	na
Healthy life expectancy at birth, males ^a	64.7	66.3	66.7	67.1	68.7	na

Sources: ONS 2004, 2010c; Smith, Edgar & Groom 2008.

Notes: For each year, these estimates are based on data for three years, averaged and used for the central year (e.g. 2008 is based on the years 2007–2009). ^aThe latest figures for healthy life expectancy are for 2006 and relate to three years of the General Household Survey 2005–2007; na: Not available.

En 2009 hubo 459.241 muertes en Inglaterra, algo más del 51.5% en mujeres. Se pueden desagregar por causa de muerte en:

- Enfermedades circulatorias: 32,5%
- Cáncer: 28,0% (el 46,5% de las muertes totales por cáncer correspondió a pulmón, colorrectal, mama y próstata).
- Enfermedades del aparato respiratorio: 13,8%
- Enfermedades del aparato digestivo: 5,1%

- Causas externas: 3.6%
- Enfermedades infecciosas: 1,2%

Los índices de mortalidad para la mayoría de las principales categorías nosológicas han declinado (Tabla 3.2). El periodo 1971-2006 presenta un gran descenso en los índices de mortalidad ajustados por edad para las 3 categorías principales: enfermedades respiratorias (56% para hombres y casi 30% para mujeres), cánceres (22% hombres y 10% mujeres) y enfermedades circulatorias (casi 2/3 hombres y mujeres)

Tabla 3.2

Age-standardized mortality rates per 100 000 population for major diseases in the United Kingdom, 1971–2006

	Respiratory		Cancer		Circulatory	
	Male	Female	Male	Female	Male	Female
1971	201.5	90.9	281.1	174.8	693.6	428.5
1981	186.9	97.7	281.4	182.5	604.1	356.0
1991	118.5	66.7	278.9	186.2	458.2	279.6
2001	98.2	65.4	237.8	166.0	325.8	201.7
2006	89.0	64.1	220.1	156.9	246.2	155.9

Determinantes clave en el estado de salud:

Los factores claves con impacto en mortalidad y estado de salud en general son las Enfermedades No Transmisibles (ENT), entre ellos los niveles de tabaquismo, consumo de alcohol, y obesidad de la población. Estos factores han experimentado cambios en los últimos años (Tabla 3.3)

Tabla 3.3

Factors influencing health status in England, 1993–2008

	Alcohol consumption (%) ^a		Cigarette smoking (%) ^b		Obesity (%) ^c		Overweight (%) ^c	
	Male	Female	Male	Female	Male	Female	Male	Female
1993	na	na	28	26	13.2	16.4	44.4	32.2
1998	36	20	28	27	17.3	21.2	45.5	32.1
2003	39	23	27	24	22.2	23.0	43.2	32.6
2008	41	32	24	20	24.1	24.9	41.8	32.0

Sources: Information Centre 2009a.

Notes: ^aProportion of the population aged 16 years and over consuming more than the recommended number of units of alcohol on a single day (4 units for men and 3 for women); ^bProportion of the population aged 16 years and over who are current smokers; ^cObesity in adults is defined as the proportion of the population aged 16 years and over having a body mass index (BMI) ≥ 30 kg/m²; overweight is defined as having a BMI ≥ 25 but <30 kg/m²; na: Not available.

Índices de Inmunización

Los índices de inmunización contra el sarampión han mejorado considerablemente en Inglaterra: desde 46% en menores de 2 años (1971) al 85% (2008-2009), luego de un retroceso ligado a la introducción en 1998 de la triple viral, ligada a las controversias públicas sobre su asociación con autismo. Pese a los esfuerzos para revertir estos datos, aun no se llega a la recomendación de la OMS de cubrir al menos 95% de niños hasta los 2 años.

Immunization rates in England for children under 2 years, 1971 to 2008–2009

	Percentage of children <2 years of age						
	1971	1980	1991	1997	2000	2003	2009
Measles	46	53	87	92	88	82	85
Diphtheria	80	81	92	96	95	94	94
Pertussis	78	41	84	94	94	93	94

Sources: Information Centre 2007a, 2009b.

Notes: Figures for 1971 are for England and Wales. Figures for 1991 and years thereafter refer to the financial year (e.g. 1990–1991). For data after 1991, these figures only refer to children vaccinated with the MMR vaccine; they do not include children vaccinated with a single measles vaccine.

Por esta causa hubo un significativo aumento de casos de sarampión reportados, y en Agosto 2008 el gobierno advirtió sobre el peligro de una epidemia.

Inequidades en Salud

Las inequidades en salud entre los grupos socioeconómicos han aumentado desde los años 70. Para la población nacida entre 2002 y 2005, la diferencia en expectativa de vida para los hombres es de 7.3 años entre la clase no capacitada y la clase profesional, y de 7.0 años para las mujeres.

Mortalidad y factores de riesgo para morbilidad reflejan diferencias significativas entre los grupos sociales, tanto para obesidad como alcoholismo y tabaquismo.

Salud Materno Infantil

En 2009 hubo 671.058 nacidos vivos en Inglaterra, 49% niñas. El 7% se clasificó como bajo peso al nacer (<2500 gr.).

La mortalidad infantil y perinatal en Inglaterra descendió fuertemente desde 1976 (Tabla 1.9), desde 14.2/1000 nacidos vivos a 4.7 en 2008 (Infantil) y de 17.6 a 7.6/1000 nacidos vivos para la neonatal.

Tabla 3.4

Indicators of maternal and child health in England, 1976–2008

	1976	1981	1991	2001	2005	2008
Infant mortality rate ^a	14.2	10.9	7.3	5.4	5.0	4.7
Perinatal mortality rate ^b	17.6	11.7	8.0	8.0	8.0	7.6
Maternal mortality rate per 100 000 live births ^c	na	na	10.1 (7.2)	11.4 (6.0)	14.0 (7.1)	na

Sources: Lewis 2007; ONS 2009a.

Notes: ^aDeaths in a child under 1 year of age per 1000 live births; ^bStillbirths and deaths under 1 week of age per 1000 live births and stillbirths (in October 1992, the legal definition of a stillbirth was changed from a baby born dead after 28 completed weeks of gestation or more to one born dead after 24 weeks; so data prior to this are not strictly comparable with those after); ^cDeaths resulting from pregnancy, childbirth or puerperium (the figures are for the United Kingdom and come from the Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (Lewis 2007); figures given are three-year averages for 1988–1990, 1997–1999 and 2003–2005. Figures in parentheses are from official death certificate data alone; na: Not available.

Estructura del Sistema de Salud

El principio general de la cobertura es que debe ser integral. En la práctica significa que todos los cuidados de salud que razonablemente puedan estar incluidos en el paquete de beneficios serán incluidos. No es una promesa de que todo será cubierto, y de hecho queda bastante espacio para que los decisores (Secretario de Estado y por delegación SHAs y PCTs) puedan ejercer discrecionalidad en determinar que servicios serán provistos a través del financiamiento del NHS.

Las cortes han reconocido claramente la necesidad de los organismos de salud de fijar prioridades dado lo limitado de los recursos, pero deben poder demostrar que sus decisiones de cobertura no son injustamente discriminatorias, y han sido tomadas en el mejor interés de la mayoría.

Desde 2000, se trata de abordar la cuestión de las diferencias geográficas de cobertura a través del uso de evaluación de tecnología por el NICE. Las organizaciones del NHS están obligadas a financiar los medicamentos y tratamientos recomendados por el NICE, e igualmente están obligadas a seguir su guía si se recomienda no adoptar determinada tecnología o droga.

Los servicios de Salud en Inglaterra son en su mayoría gratuitos en el punto de servicio. El NHS brinda medicina preventiva, cuidados primarios, y servicios hospitalarios a todos los “residentes ordinarios”. Mas del 12% de la población está cubierta por esquemas de aseguramiento voluntario en salud (Private Medical Insurance-PMI) que básicamente proveen acceso a cuidados electivos agudos en el sector privado.

El Departamento Nacional de Salud (NHS) es el organismo del gobierno central responsable de fijar las políticas de salud pública, ayuda social para el adulto, y otras áreas relacionadas.

A nivel nacional el NHS está asistido para fijar y monitorear estándares y regular el sistema de salud por una serie de organismos gubernamentales e independientes:

- Comisión para Calidad de la Atención: *The Care Quality Commission (CQC)* Promueve las mejoras en calidad en el NHS y el sector independiente, y es responsable de controlar el desempeño de los mismos.
- “Monitor”: *Regula los Foundation Trusts (FTs)* y es independiente del gobierno.

- Agencia para la Protección de la Salud (*Health Protection Agency-HPA*) Responsable por la protección de la Salud Pública
- Instituto Nacional para la Salud y Excelencia Clínica: *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)* Responsable de evaluar y brindar guías sobre medicamentos, tratamientos, y procedimientos nuevos o existentes en el NHS. Incluye además guías en salud pública.

La responsabilidad del cuidado de la salud financiada con fondos públicos reside en la Secretaría de Estado de Salud, a cargo del Departamento de Salud, que opera a nivel regional a través de 10 Autoridades Estratégicas de Salud (SHAs) responsables de garantizar la calidad y desempeño de los servicios locales de salud dentro de sus áreas geográficas. Debe rendir cuentas ante el Parlamento. La responsabilidad de comisionar los servicios de salud en el nivel local residen en 151 organizaciones de cuidados primarios, principalmente care trusts (PCTs) cada una de las cuales cubre una población, definida geográficamente, de alrededor de 340.000 personas.

Estos Care Trusts son monitoreadas por las SHAs y se reportan con la Secretaría de Estado de Salud. El Departamento de Salud destina el 80% del presupuesto del NHS a los PCTs, en forma capitada según población, edad, varios indicadores de necesidades de salud, y los distintos costos en las diferentes zonas geográficas. La mayoría de los servicios de salud con financiamiento público son comisionados por PCTs, y desde 2005, los General Practitioners (GP) han tenido un rol en la gestión a través del desarrollo de practice-based commissioning (PBC)

La atención primaria de la salud es provista por el NHS en diferentes formas. El punto de entrada para las necesidades médicas habituales es en general a través de GPs .

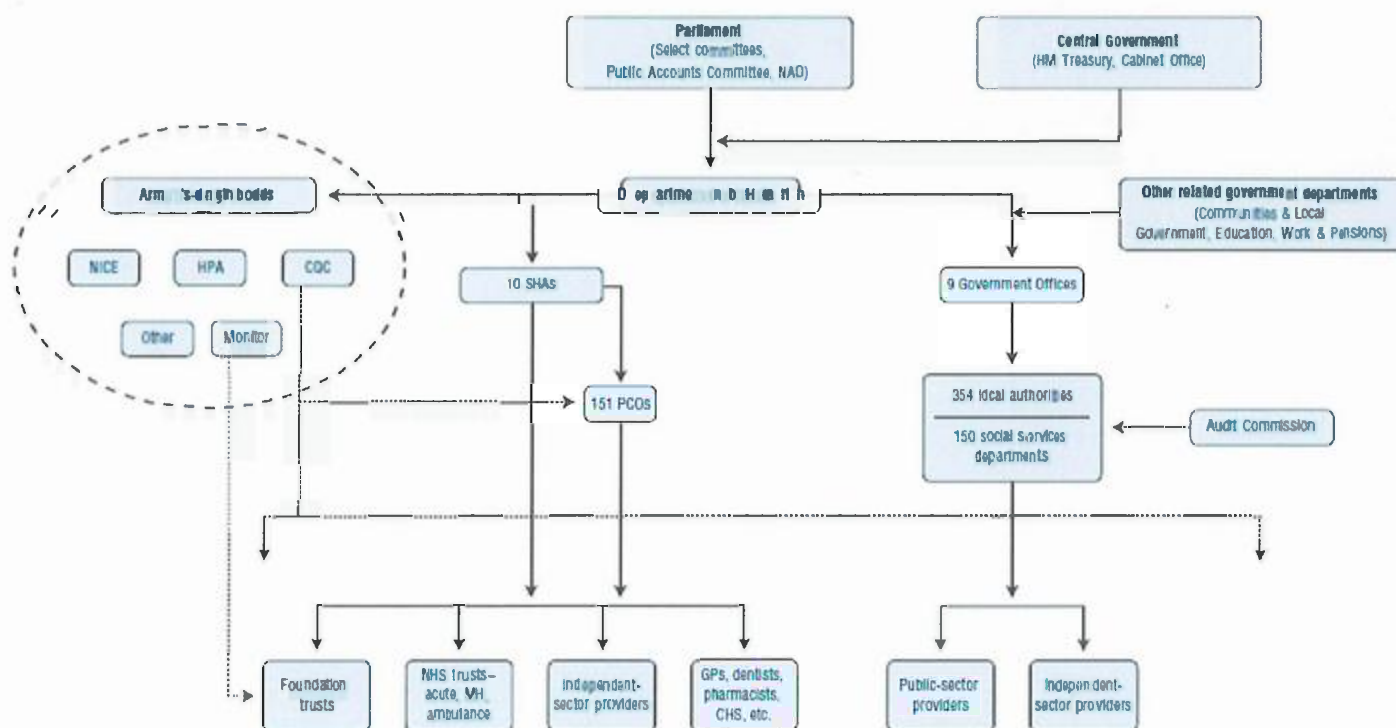
La atención secundaria financiada por el NHS es provista a través de médicos especialistas asalariados (consultores), enfermeras y otros profesionales de la salud que trabajan en hospitales públicos o "trusts".

Hay un pequeño sector privado financiado con seguros privados, pagos directos de los pacientes o pagos públicos a partir de los PCT y el Departamento de Salud; principalmente provee cuidados agudos electivos. El sector independiente es regulado por el CQC.

El sector del voluntariado y comunitario tiene un rol importante, alrededor de 35000 ONG y organizaciones comunitarias son proveedoras de cuidados sociales y de salud, con financiamiento a cargo de fondos públicos pero también donaciones y pagos a cargo de los usuarios. En 2004-2005 financiaron mas de £12 billion en cuidados sociales y salud.

El NHS es altamente centralizado en términos de financiamiento, el cual es una asignación de parte del Tesoro, basada en los impuestos y negociada a nivel central. Algunos fondos se recaudan a nivel de los hospitales locales mediante esquemas de generación de ingresos. Sin embargo el manejo de estos recursos para satisfacer las necesidades de la población local se delegan en las PCTs, que rinden cuentas al Departamento de Salud a través de las SHAs.

Overview of the health care system in England, 2010



Source: Based on Department of Health 2007a.

Notes: Contractual or managerial relationships shown by continuous lines; Regulatory role shown by dotted lines; CHS: community health services; MH: mental health; PCO: primary care organization.

Financiamiento

El Sistema de Salud en Inglaterra es financiado principalmente con fondos públicos a través de impuestos generales y NICs (contribuciones de los seguros nacionales). Sin embargo algunos cuidados se financian a través de los seguros médicos privados, por los pagos de los usuarios para servicios del NHS, por pagos directos de individuos en relación con medicamentos ambulatorios y ayudas médicas (ortodoncia, muletas) por ejemplo.

Los recursos financieros en salud son destinados por el gobierno central (Tesoro) al Departamento de Salud que a su vez los distribuye. Fig. 11

Los principales ingresos para el sistema de salud en Inglaterra provienen de fuentes públicas, 83% en 2008,(rentas generales 76.2%, NICs 18.4%, impuestos locales) y el resto de fuentes privadas, básicamente seguros privados, cargo a los usuarios del NHS, y pagos directos por atención privada.

Las rentas generales constituyen la fuente principal del financiamiento del NHS. Sus principales ingresos provienen de los impuestos a la renta, IVA (VAT, Value Added Tax), impuestos corporativos e impuestos especiales al combustible, alcohol y tabaco.

Por otro lado las NICs (National Insurance Contribution), son contribuciones obligatorias pagadas por los empleadores (11%), empleados (12,8%), y trabajadores autónomos, únicamente sobre los ingresos brutos (no aplican a pensiones, intereses, o dividendos). Los % son para ingresos superiores a £110/semana. Para autónomos la contribución es 8% en ganancias mayores a £5715.

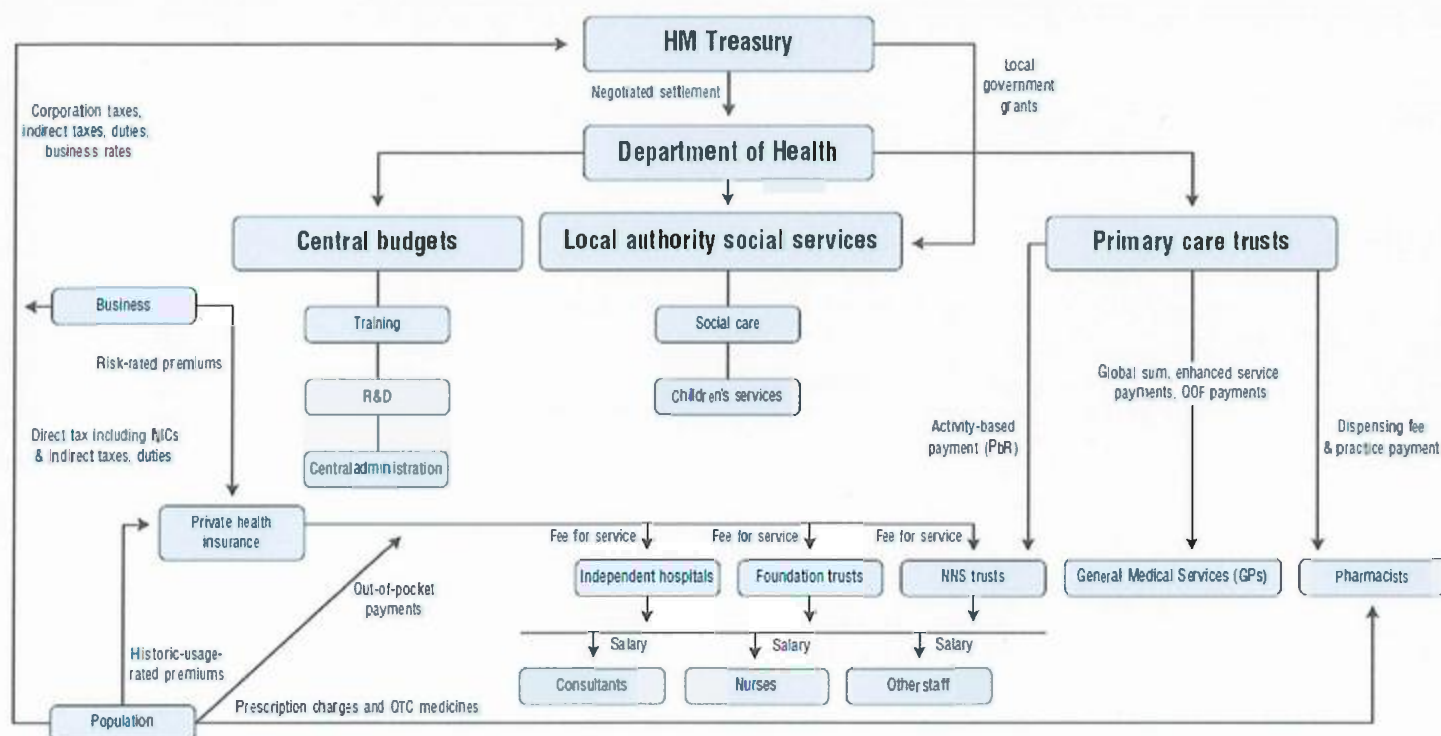
En cuanto a los servicios sociales (cuidados domiciliarios, residencias) se financian parcialmente con impuestos locales (municipales, tasas de negocios). Estos impuestos no se destinan a atención de la salud.

Los PMI (Seguros Médicos Privados) brindan cobertura para mejoras en los servicios, tales como acceso más rápido y mayor poder de elección del usuario. Son comprados ya sea por individuos (incluyendo adherentes) o por grupos, usualmente empleadores como parte del

paquete de beneficios de sus empleados. Su contribución al mercado es menor. En 2008 el gasto público fue del 83% del total (£103.6 billones), mientras que la contribución de los PMI fue del 2.9% del total (£3.6 billones). (Laing & Buisson 2009), y tenían 4.4 millones de afiliados en el RU. Con sus adherentes el total de individuos con cobertura era de 7.6 millones (12.3% de la población total). No hay regulación ni del producto ni del precio en el mercado de los seguros médicos.

Fig.11

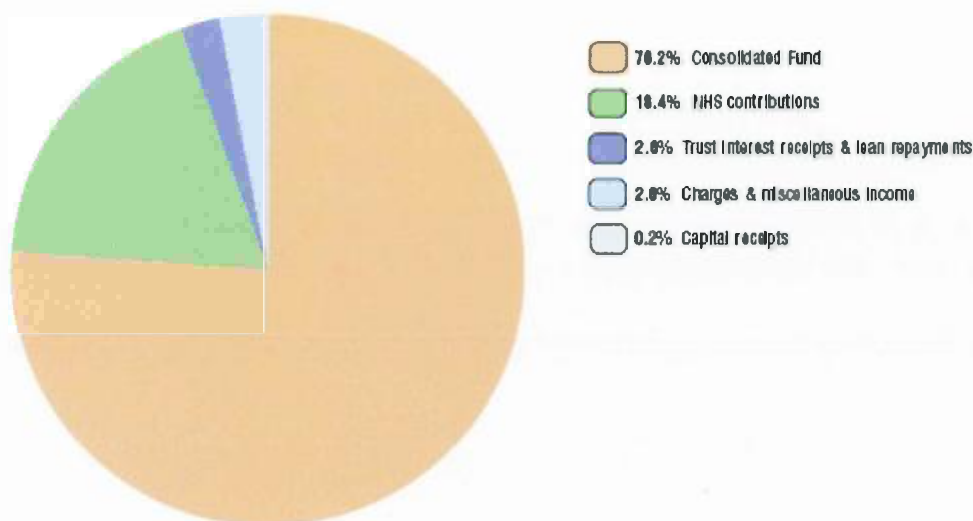
Financial flows in the English health care system, 2010



El sistema de financiamiento público del NHS consiste en organizaciones que brindan servicios (proveedores) y organizaciones que contratan servicios (principalmente PCTs). Cada año el 80% del presupuesto total es adjudicado a los PCTs que son responsables de adquirir servicios primarios, comunitarios, intermedios y hospitalarios de un rango de proveedores, básicamente públicos pero incluyendo privados y voluntarios.

Fig. 12

Sources of finance for NHS expenditure, 2006–2007



Source: Department of Health 2006f.

Note: These figures have not been made available after 2006–2007.

Asignación del financiamiento

El mecanismo presupuestario usado por el Departamento de Salud para la asignación de fondos a los PCTs se basa en un enfoque llamado “capitación ponderada”, la cual tiene como objetivos garantizar el mismo acceso al sistema de salud para las personas con un mismo riesgo, y contribuir a reducir las inequidades en salud.

Los presupuestos para las diferentes regiones de Inglaterra se calculan en base a la estimación estadística de las necesidades de la población a cargo. Para ajustar las cápitás se usaban originalmente la estructura etaria, los costos locales (para reflejar las variaciones geográficas en el costo de los servicios) y las tasas de mortalidad estandarizadas. Actualmente se agregan indicadores sanitarios, factores sociales, y una medición específica de inequidades en salud. Hasta 1990 el NHS se basaba en un modelo sin separación entre los roles de compra o adquisición y los de provisión de servicios hospitalarios. Las autoridades de salud responsables por poblaciones en áreas geográficamente designadas eran responsables por un presupuesto global que pagaba por los servicios de los hospitales, los cuales estaban bajo su control. Los GPs operaban como proveedores independientes de servicios de cuidados primarios y eran

pagados a través de Comités de Médicos de Familia separados, que no eran parte de las autoridades sanitarias.

En 1991 se introdujo un modelo contractual que estableció un “mercado interno”, con una división entre el rol de adquisición (a cargo de las autoridades sanitarias) y el rol de provisión (a cargo de los NHS trusts). Esta separación de roles llevo a la transformación de los hospitales estatales en organizaciones semi independientes sin fines de lucro, las NHS trusts. Se establecieron los GP fundhldings, que transfirieron el rol de comisionar cierto servicios a grupos de GPs que se transformaron en compradores de servicios para sus pacientes, y continuaron brindándoles servicios de cuidados primarios.

En 1992 el Departamento de Salud introdujo “grupos de cuidados primarios” definidos geográficamente, que comprendían GPs y otros profesionales de la salud, y que manejaban presupuestos para la adquisición de todos los servicios de salud para las poblaciones a su cargo. En 2002 estos grupos se transformaron en PCTs, que reemplazaron a las autoridades de salud y asumieron el manejo de la totalidad del presupuesto del NHS para las adquisiciones, poniendo así a la toma de decisiones en un nivel más local.

En relación con los mecanismos de pago, desde 2002 hubo importantes reformas en la forma en que el NHS contrata a los proveedores de servicios y a los empleados del NHS.

Se incorporo el concepto de pago por resultado, tanto a los servicios de salud como al personal de salud.

Previo al 2003 los hospitales cobraban una suma acordada por un nivel dado de actividad. Los precios se acordaban localmente, y se pagaba a los proveedores una suma fija sin relación con el trabajo efectivamente realizado, sin relación entre actividad, mix de casos, y pago.

El PbR se introdujo en 2004 como una tarifa regulada a nivel nacional, y se pagaba a los hospitales por la actividad que desarrollaban, para introducir incentivos a la mejora en el desempeño.

En ese momento también se definió el pago de un monto extra a los GP por brindar servicios ligados a alcanzar estándares de calidad en la praxis médica. El Quality of Outcome Framework (QOF) es un conjunto de indicadores que crean un puntaje en el que se basa la cantidad de fondos extras que se pagan a cada práctica (sobre un total de 1000 puntos disponibles).

Los componentes del QOF son 4:

- Estándares clínicos (88 indicadores) que cubren áreas clínicas como enfermedad coronaria, ACV, HTA, EPOC, epilepsia, cáncer, asma, etc.

- Estándares organizacionales: (36 indicadores) incluye registro, información, educación, gerenciamiento, etc.
- Opinión de los pacientes: (3 indicadores)
- Servicios adicionales: (9 indicadores) incluye screening cervical, servicios de maternidad y anticoncepción, y salud infantil.

El derecho de una práctica a pagos por calidad se determina a través de un puntaje, con un máximo posible de 1000 puntos. En 2007 cada punto equivalía a £125 por acto con una población asignada estándar. La responsabilidad de priorizar, desarrollar y reevaluar indicadores del QOF es del NICE a partir del 2009

Pagos de Bolsillo

La mayoría de los cuidados en salud del NHS son gratis en el punto de uso. Sin embargo hay servicios no cubiertos por el sistema y los pacientes deben por lo tanto pagarlos ellos mismos (pagos directos) o bien están cubiertos pero mediante un copago. Los pagos informales (plus medico) no son una característica del sistema inglés.

Los pagos directos cubren tratamientos privados en instituciones del NHS (13% de los pagos de bolsillo), medicinas de venta libre (41% de los pagos de bolsillo), oftalmología, y cuidados sociales; los copagos cubren las prescripciones del NHS y odontología.

Los pagos directos para tratamientos privados son principalmente para procedimientos quirúrgicos agudos y electivos. La mayoría de estos gastos en el RU se financian a través de los seguros privados (61% en 2008), si bien los pagadores directos constituyeron el 14% del total.

El NHS no brinda servicios oftalmológicos universales. En lugar de ello, se apunta a ciertos grupos (niños, estudiantes, población adulta de bajos ingresos o > 60 años, diabéticos o en riesgo de glaucoma) para el acceso a exámenes visuales gratuitos a cargo del NHS y para asistencia en la adquisición de anteojos.

Los servicios odontológicos del NHS son otro ejemplo de copagos, son provistos por dentistas independientes, bajo acuerdos hechos con las autoridades sanitarias locales.

La mayoría de los dentistas atienden pacientes del NHS como particulares. Aunque toda población tiene derecho a tratamiento odontológico por el NHS en la práctica es cada vez más

difícil por lo cual deben optar por tratamiento particular. Como resultado los seguros privados dentales han aumentado mucho recientemente.

Gasto en Salud

El gasto en salud de Inglaterra aumento significativamente los últimos años. Como % del PBI paso del 5.6% en 1980 a 8.7% en 2008, un aumento en términos del gasto en efectivo de £55.1 billón a £125.4 (Haynes 2010).

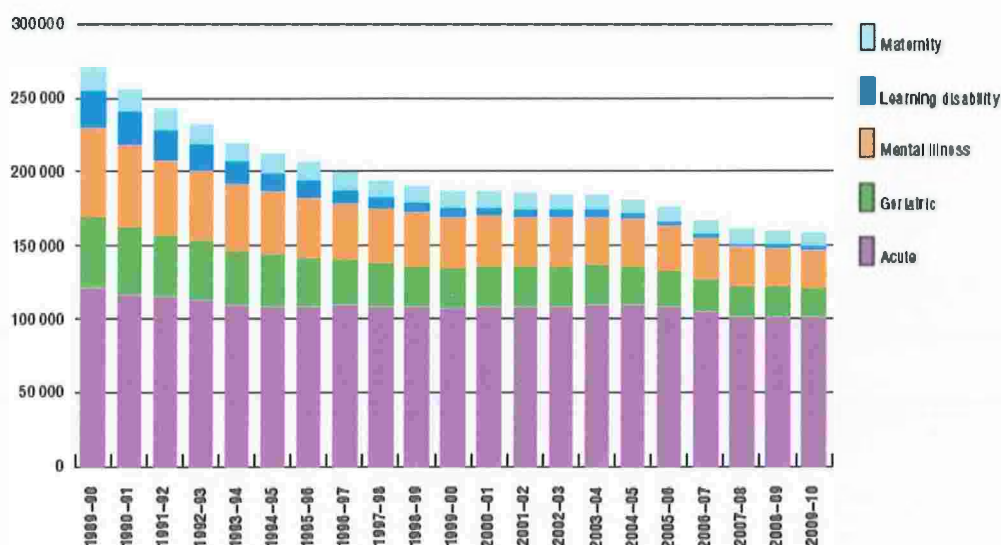
Los servicios de salud se mantienen predominantemente públicos: en 2008 el 83% del gasto en salud derivo de fuentes públicas. El gasto gubernamental en salud como proporción del gasto total aumento en forma constante del 9.6% en los anos 70 al 15.5% entre 2005 y 2009. Como proporción del PBI ha aumentado para el mismo periodo de 4.1% a 6.9%.

RECURSOS FÍSICOS Y HUMANOS

Recursos Físicos

En 1950 había 271.000 camas para agudos en los hospitales del NHS en Inglaterra (6.6 camas/1000 hab.). Hubo una declinación constante del número de camas y en 2009 2010 estas suman 100.621 camas (1.9/1000 hab.). Si se suman las camas de las residencias geriátricas el número total sube a 2.3 camas/1000 hab.

Average daily number of available beds, by sector, England, 1989–1990 to 2009–2010

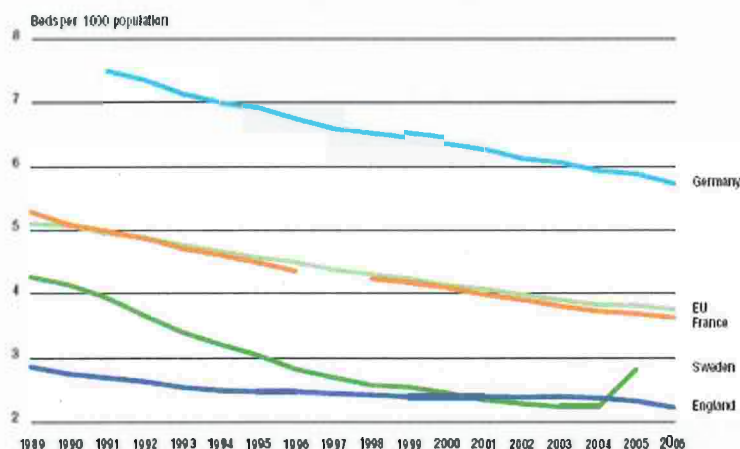


Source: Based on data from Department of Health 2009j, 2010p.

La reducción en el número de camas es una tendencia común en los países industrializados, y es particularmente acentuada en Inglaterra. En 2006 el número de camas para agudos y maternidad cayó a 2.2/1000 hab, comparado con Alemania (5.7), Francia (3.6), Suecia (2.8) y el promedio de la UE de 3.8. (Fig.16)

Fig. 16

Acute and maternity care beds per 1000 population in England and selected European countries, 1989–2006 (latest available year)



Sources: European data based on European Health for All database, updated August 2009 (WHO Regional Office for Europe 2009); English data based on Department of Health 2010p.
Notes: Definitions of acute beds may vary slightly between countries; in some cases private and public sector beds are included, although not for England; maternity beds are included alongside acute in these international comparisons. The EU average is based on the EMIS.

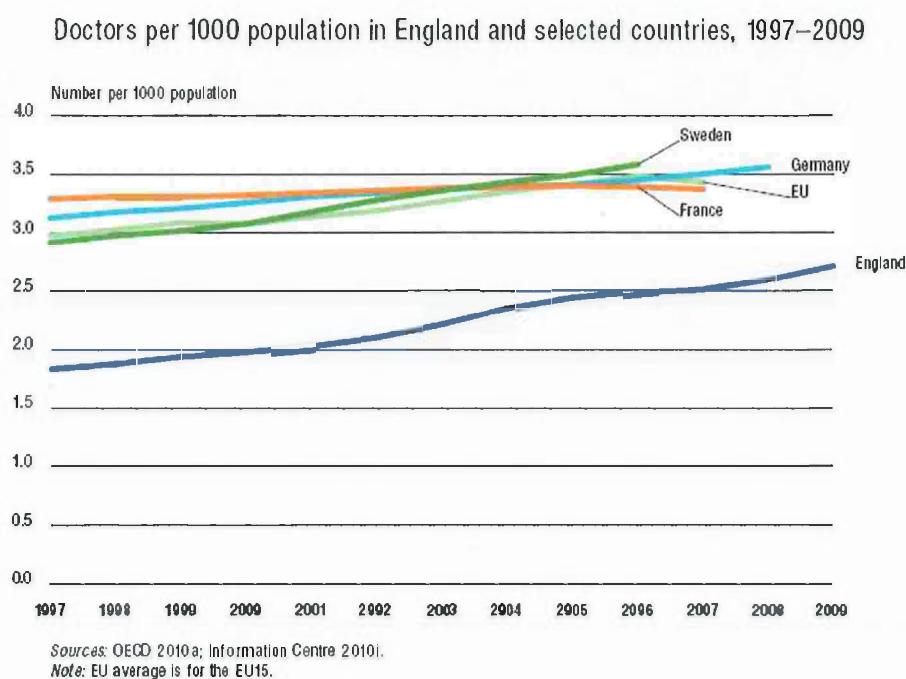
Recursos Humanos

Un elemento clave en la política del NHS desde 2000 ha sido la expansión del personal. El número total de empleados en el NHS aumento 375.000 entre 1996 y 2009 a un ritmo anual del 2.4%. Hubo un aumento significativo en el número de médicos, así como en los niveles gerenciales, cuyo número se duplico. El grupo más grande de personal de salud es el personal de enfermería, que representa más del 29% de todo el personal de salud.

El número total de médicos trabajando en el NHS era 140.897 en 2009, representando un incremento del 3.8% anual desde 1996. Del total de médicos, 40.269 eran GPs, de los cuales casi el 46% eran mujeres.

El RU tiene los números más bajos de médicos por cada 1000 hab. de la UE (pese a la tendencia al aumento entre 2000 y 2009), de alrededor de 2 – 2.7 médicos en práctica / 1000 hab., comparado al promedio de los países de la UE15 de 3.4 en 2007 (OECD 2010^a) (Fig. 5.3)

Fig. 5.3



El número de GPs por hab. en Inglaterra es substancialmente menor que en Francia y la UE, alrededor de 0.8 GPs / 1000 hab. en 2009.

El total de enfermeras, parteras, y enfermeras de las practicas de GPs en el NHS en 2009 era 417.164, con un índice de crecimiento anual del 2.1%. Inglaterra esta entre los países de la UE

con el menor número de enfermeras por cada 1000 hab., de 8.1% comparado al promedio de los países de la EU15, de 9.0% en 2007.

Estrategias priorizadas en Salud Pública

Inmunización

Inglaterra tiene un espectro de programas de inmunización gratuita a través del NHS muy abarcativo, lo que implicó una caída sustancial en el número de personas registradas con enfermedades potencialmente evitables. La vacunación no es obligatoria. Los vacunadores deben obtener un consentimiento informado, y en el caso de menores de 16 años este debe ser dado por los padres.

El programa vigente (Octubre 2010) provee protección contra difteria, tétano, pertusis, *Haemophilus influenzae b* (Hib), polio, meningococo serogruppo C, sarampión, paperas, rubéola y neumococo. Además hay programas selectivos para niños con riesgo aumentado para ciertas enfermedades (hepatitis B, TBC, influenza).

Los mayores de 65 reciben una dosis única de vacuna polisacarida antineumococcica y una dosis anual anti influenza. Desde 2008 se agregó la vacuna contra el HPV para las niñas entre 12 y 13 años.

Principales Reformas del Sistema de Salud

Aunque el programa de reforma desarrollado desde 1997 fue de rango masivo, algunos rasgos básicos del NHS se mantienen sin modificaciones, como el financiamiento por rentas generales, la provisión básicamente publica de los servicios, y la división entre compras y funciones de provisión de de servicios. Al margen de los niveles sin precedentes de recursos financieros destinados al NHS desde 2000, las medidas de reforma mas importantes

consistieron en la introducción del sistema de pago a los hospitales basado en resultados (PbR), el uso creciente del aporte del sector privado, el manejo mas autónomo del los hospitales del NHS a través de foundation trusts (FTs), la introducción de la elección por el paciente del prestador para cuidados electivos, nuevos contratos con los GP, consultores, y odontólogos, el establecimiento del Instituto Nacional para la Salud y Excelencia Clínica (NICE), y la creación de la Comisión de Calidad de Cuidados (CQC) para regular a los proveedores y monitorear la calidad de los servicios. El acceso a los cuidados hospitalario fuera de las emergencias continúa en manos de los GPs.

Actualmente hay restricciones significativas al gasto de parte del Gobierno, que intenta introducir una reforma aun más amplia. Desde 1997 en adelante, el Gobierno Laborista introdujo una serie de reformas mayores en el NHS y servicio relacionados.

Un nuevo gobierno fue electo en Mayo 2010 (una coalición de Conservadores y Demócratas Liberales) que publicó un documento llamado *Equidad y Excelencia: Liberando al NHS* en Julio 2010 donde señalaban los cambios venideros, con reformas en 13 áreas:

1. Crear un Servicio de Salud Pública, con liderazgo en evidencia y análisis de la salud pública.
2. Transferir las funciones de mejora local de la salud a las autoridades locales, con financiamiento claramente delimitado, y rendición de cuentas ante la Secretaria de Estado de Salud.
3. Dotar al Centro de Información en Salud y Cuidado Social con mas sólida base legal y con rectoría sobre otras organizaciones en relación a recolectar información.
4. Consagrar como el propósito central del NHS a la mejora en resultados en cuidados de la salud.
5. Transformar al NICE en un organismo publico no departamental, para definir su rol y funciones, reformar sus procesos, asegurar su independencia, y extender sus competencias a la acción social
6. Establecer una Junta Directiva del NHS independiente, que rinda cuentas a la Secretaria de Estado, allanando el camino para abolir los SHAs.
7. Establecer límites claros al rol de la Secretaria de Estado, respecto a la Junta del NHS y a las organizaciones locales del NHS.
8. Brindar a las autoridades locales nuevas funciones para aumentar la legitimidad democrática local en relación a las estrategias locales del NHS.

9. Establecer un marco legal para un sistema integras de consorcios de GPs, allanando el camino para abolir los PCTs.
10. Establecer HealthWatch como parte estatutaria del CQC (Care Quality Commission).
11. Reformar el modelo de Foundation Trusts para permitir nuevas formas de gobernanza, con mayor transparencia, permitiendo abolir el modelo de los NHS trusts.
12. Fortalecer el rol del CQC como inspector calificado de calidad.
13. Desarrollar Monitor como el regulador económico del cuidado de salud y acción social, incluyendo administraciones especiales.

Conclusiones

La expectativa de vida en Inglaterra aumento desde 1997, si bien esto no es del todo atribuible a las políticas recientes del gobierno. Los años esperados de vida saludable presentan un panorama mixto, con una tendencia a la mejoría en los hombres, y un retroceso en las mujeres.

Según los datos más recientes, el gobierno parece determinado a cumplir sus metas en cáncer y enfermedades circulatorias, si bien esto parece ser solo la continuación de una tendencia previa. En comparación, hubo menos éxitos en obtener reducciones en las tasas de suicidio, y ningún éxito en reducir las tasas de muertes accidentales.

El NHS Ingles ha logrado un progreso substancial en algunas áreas, particularmente en mejorar el acceso, y en menor grado los resultados. Es menos claro si se ha vuelto más eficiente (ciertamente no, si se aceptan las medidas globales de productividad del Office for National Statistics) y en otras áreas el rendimiento ha resultado pobre, en especial en las inequidades en salud.

El factor más significativo entre 1997 y 2010 fue el gran incremento en el gasto público en salud. Gasto en salud per cápita en términos corrientes (incluido el gasto privado) aumentó de £ 231 en 1980 a £ 1168 en 2000 y en 2008 fue de £ 1852.

La expansión en la cantidad de personal del NHS ha sido un aspecto central en las políticas del gobierno desde 2000. Se produjo un incremento de más de 50.000 doctores, incluyendo 10.000 GPs más; y casi 100.000 más enfermeras y matronas. La productividad del NHS sin embargo no ha mejorado en dicho periodo.

El NHS ha logrado progresos sustantivos en algunas áreas, como el acceso a cuidados electivos. Los tiempos de espera han mejorado también.

Sin embargo aunque la reducción de las desigualdades de salud fue un objetivo clave para el gobierno, la situación ha empeorado a pesar de una amplia gama de políticas introducidas para cumplir con ese objetivo, no obstante ha mejorado la salud de la población general.

Bibliografía

- Health System in Transition (Vol. 13 Nro. 1- 2011) United Kindom-England. Health system review
- Gabbay J (1992). The health of the nation. BMJ, 305:129–130.
- Gaffney D et al. (1999a). PFI in the NHS: is there an economic case. BMJ, 319:116–119.
- Gaffney D et al. (1999b). NHS capital expenditure and the private finance initiative: expansion or contraction? BMJ, 319:48–51.
- Gaynor M, Moreno-Serra R, Propper C (2010). Death by market power: reform, competition and patient outcomes in the National Health Service. Bristol, Centre for Market and Public Organisation (Working paper 10/242) (<http://www.bristol.ac.uk/cmpo/publications/papers/2010/wp242.pdf>, accessed 12 January 2011).
- Kamarudeen S (2010). Amenable mortality as an indicator of healthcare quality – a literature review. Newport, Office for National Statistics (<http://www.statistics.gov.uk/articles/nojournal/Amenable-Mortality.pdf>, accessed 12 January 2011).
- Keen J (2008). Does anyone care about fairness in adult social care? York, Joseph Rowntree Foundation (<http://www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/2292.pdf>, accessed 12 January 2011).
- King D, Mossialos E (2005). The determinants of private medical insurance prevalence in England, 1997–2000. Health Services Research, 40:195–212.