

Bismarck y Beveridge, modelos para una sanidad en construcción

Por **LUIS SILVA PONTE**

El sistema sanitario público alemán, denominado sistema Bismarck, es el más antiguo del mundo y data de finales del siglo XIX. De este sistema han surgido otros sistemas universales como el sistema británico, conocido como Beveridge, actualmente denominado *National Health Service* (NHS). La diferencia fundamental entre los sistemas Bismarck y Beveridge es la forma de acceso al servicio médico. Así, el paciente del NHS tiene que pasar de forma obligada por el médico de cabecera para acudir al especialista, mientras que en el sistema Bismarck puede acudir directamente al especialista.

Desde el punto de vista de control y gestión, los fondos de la caja pública de salud alemanes los gestionan hoy 154 aseguradoras de enfermedad obligatorias. El usuario o su empresa eligen el fondo de salud privado que deseen contratar mientras que en el NHS la gestión de los fondos es pública. Ambos sistemas se financian vía impuestos, pero en Alemania la mitad de las aportaciones la realizan las empresas.

En el NHS el usuario solo paga una parte del gasto dental y óptico, y en el sistema Bismarck el ciudadano paga diez euros por visita a medicina general o especializada, consulta dental, por día de estancia hospitalaria y por transporte sanitario a consulta u hospital. A diferencia del NHS, el sistema Bismarck establece una creciente lista de pruebas opcionales de pago por el paciente.

En términos generales, el sistema Bismarck, con mayores recursos asistenciales, es más caro que el sistema Beveridge.

Nuestro sistema sanitario universal, el Sistema Nacional de Salud (SNS), es más reciente y es una combinación de estos dos sistemas mencionados. El funcionario en España puede elegir entre la cobertura del SNS o de la aseguradora privada que elija.

El porcentaje de asegurados privados en España es superior porcentualmente al de Alemania y Reino Unido. Este hecho permite pagar menos impuestos para financiar la sanidad. La primera lectura de la comparativa permite pensar que los alemanes disponen de mayor calidad, libertad de elección de sistema y acceso

que la mayoría de los británicos y españoles. Parece razonable que todos los usuarios que financien doblemente el sistema –el público vía impuestos y el privado vía prima de seguros– deberían recibir ahora, más que nunca, un premio vía incentivo fiscal, ya que el crecimiento del seguro de salud complementario aliviaría significativamente la carga sanitaria del Estado.



En una crisis que genera un déficit público relevante, a Europa le toca reestructurarse. El Reino Unido, en su visión para los próximos cinco años, considera al paciente como el centro del sistema. Lo revolucionario de su reforma es que el paciente accederá de forma fácil y sencilla a toda la información relevante para tomar decisiones sobre su salud. Hace énfasis en la excelencia de los resultados clínicos, que determinarán gradualmente

la remuneración de los profesionales.

Así, el paciente accederá a la información sobre resultados clínicos de médicos, hospitales y otros prestadores, y dispondrá de libertad de elección de profesionales e infraestructura.

EXISTE UNA REVITALIZACIÓN DE LA CALIDAD TOTAL: HACERLO BIEN, SEGURO, EN EL MENOR TIEMPO, CON EL MENOR COSTE Y A LA PRIMERA

Las comisiones clínicas locales tendrán el protagonismo atendiendo a las demandas de servicio sanitario local y controlarán los fondos del NHS. Así se reducirá la burocracia central de los *trusts* de medicina primaria e instituciones de estrategia sanitaria.

Se financiarán los programas municipales de estilo de vida saludable para reducir las cargas sanitarias a medio plazo y se observa mayor actividad asistencial domiciliaria.

El sistema Bismarck es reconocido por los deseos gubernamentales de competitividad entre los gestores de los fondos de salud, que han pasado de 300 en los años 90 a 154 en el 2011, y se prevén nuevas fusiones. Esta competencia ha hecho que los pacientes, que conocen a través de Internet los datos relevantes de las aseguradoras, exijan más inmediatez en el acceso al servicio médico y realicen una mayor utilización de segundas opiniones, de forma que los profesionales más eficaces y eficientes reciben mayor compensación, y la calidad percibida por el paciente se convierte en la clave de actuación. Estos cambios en las reglas del juego de

los dos sistemas auguran una tendencia hacia un sistema europeo con menos diferencias y más próximo a la gestión eficiente de los recursos para alcanzar unos objetivos cuantificables y medibles en términos de calidad y coste.

Consideramos irrenunciable el hecho de que el paciente europeo, que dispone de mayor nivel de cultura sanitaria, vaya a ser cada vez más el centro del sistema salud. Así y aprovechando la revolución tecnológica, los sistemas de salud le trasladan progresivamente el poder de la información para tomar decisiones y la capacidad de acceso a los servicios (presencial o a distancia) asistenciales, convirtiéndole en el protagonista de sus cuidados de salud y bienestar.

Es fundamental y esencial garantizar a todos los usuarios unas coberturas mínimas universales con una infraestructura hospitalaria mayoritariamente pública, cualquiera que sea la forma de gestión, dejando en un segundo plano otras coberturas complementarias que ha de financiar complementariamente el paciente.

Parece clara, en ambos sistemas, la intención de conseguir más libertad de elección para el paciente y conseguir más producción y calidad por menos o igual coste. Así consideramos saludable para el sistema poner a competir, en términos de excelencia, a los prestadores y hospitales –públicos, sin ánimo de lucro y privados–

con la intención de remunerar a profesionales y hospitales por criterios de eficacia y eficiencia.

Pensamos que esta forma de remuneración va a contribuir a eliminar burocracia sin valor en términos de salud y a la reinención de las estructuras organizativas e infraestructuras de producción de salud. Existe, por tanto, una clara revitalización europeísta de la calidad total: hacerlo bien, seguro, en el menor tiempo, con el menor coste y a la primera. Todo para mejorar en esperanza y calidad de vida.

Uno de los aspectos de mejora necesario va a ser el que se refiere a los métodos normalizados europeos de medición que nos permitan comparar en todos los países y centros, con los mismos métodos, los resultados de salud y la forma en que se consiguen.

Por último, es intención de la Comisión Europea que todos dispongamos de una tarjeta y una historia unificadas que determinen nuestros derechos de salud, el acceso a los servicios y a los fármacos, una tarjeta que contribuya, en definitiva, a que todos nos sintamos un poco más europeos.

Luis Silva Ponte es director de Rivadeneira Consulting/ Bestprofile. Artículo escrito en colaboración con Ernesto Pelzing, doctor en Filosofía por la Universidad de Bochum (Alemania)

MIHealth FORUM

Health Management & Clinical Innovation

**EL ENCUENTRO DE LA INNOVACIÓN CLÍNICA
Y LA GESTIÓN SANITARIA**

24 - 25 MAYO 2012
www.mihealthforum.com

El primer foro internacional sobre la Innovación Clínica y su impacto en la Gestión Sanitaria. Los mejores expertos debatirán sobre los 4 ejes del cambio:

Conocimiento

Tecnología

Organización

Sostenibilidad

**Forme parte del cambio.
El futuro está en MIHealth.**