



La crisis de los sistemas de salud de los países occidentales

Javier Carnicero
Giménez de Azcárate

La difícil situación que presenta nuestro Sistema Nacional de Salud se repite en otros países de la OCDE, que también mostraron durante la pandemia por COVID-19 su insuficiente preparación y planes inapropiados para responder a la emergencia. La pandemia también puso de manifiesto vulnerabilidades que no habían sido abordadas antes, especialmente en lo que respecta a las cadenas de suministro de material sanitario, disponibilidad de personal sanitario, así como las insuficientes inversiones en recursos de salud. Como consecuencia de esta situación, en 2024 los sistemas de salud todavía no se han recuperado del parón de actividad ocasionado por la pandemia (Vandenbroucke F. 2024).

Un editorial del *Lancet* alerta sobre los problemas del Servicio Nacional de Salud inglés (NHS): “El NHS tiene 75 años y está enfermo, aunque tiene tratamiento”, y muestra algunos indicadores que confirman la gravedad de la situación. Los pacientes con sospecha de infarto esperan cinco veces más por una ambulancia que el objetivo de 18 minutos. En el año 2022, 347.707 pacientes esperaron más de 12 horas en las áreas de Urgencias esperando cama, cuatro veces más que en el conjunto de los 10 años anteriores. El exceso de mortalidad en 2022 fue el más alto de los últimos 50 años. El abandono de pro-

fesionales del sistema ha alcanzado cifras récord. La inversión insuficiente, la falta de personal y el funcionamiento del sistema a plena capacidad se han visto acompañados por la profunda desmoralización y agotamiento del personal del NHS, el aumento de la demanda de servicios y el crecimiento inercial de la incidencia de la COVID-19 y la gripe. Se ha descui-



dado la salud pública, y el estancamiento de la esperanza de vida y los problemas de la asistencia social se han agravado. A todo ello se añade un sistema de servicios sociales también con graves dificultades. El editorial llega a afirmar que se considera que este es el momento más peligroso para el NHS desde su creación. El gobierno británico se inclina a pensar que esta situación es insostenible y que se necesitan cambios radicales que incluyan un aumento de las contribuciones y copagos (*The Lancet* (1) 2023).

Aunque el 90% de la población británica sigue profundamente comprometida con los principios de acceso equitativo a una asistencia gratuita en el punto de prestación, la satisfacción con el sistema de salud está en mínimos históricos. Para muchas personas, el acceso a la atención sanitaria es difícil. Se han convertido en la norma los tiempos de espera de hasta dos años para una intervención quirúrgica habitual, las dificultades para conseguir cita en atención primaria, y un sistema de urgencias y accidentes completamente desbordado, con largos tiempos de espera y colas para conseguir una ambulancia, y también los retrasos en la atención y el tratamiento del cáncer (*The Lancet* (2) 2023; Younge G 2024). Otros autores afirman que los estándares de calidad están por debajo de los que son aceptables para los clínicos y para los pacientes, e insisten en los problemas de *burnout* y baja moral de los profesionales, que se acompañan del descenso de la satisfacción de los pacientes (Cooksley T 2023). Por otra parte, el editor del BMJ considera que el NHS, que tiene 75 años, está dañado, desmoralizado y distraído, aunque también es querido por la población. “Y por si el amor no fuera suficiente, el polvo mágico de los principios fundacionales salpica al NHS con el aura de una religión. Satisfacer las necesidades de todos, la gratuidad en el punto de atención y estar basado en las necesidades clínicas y no en la capacidad de pago”, son los principios que han perdurado y que hacen que sea tan querido por la población. El apego emocional del público al NHS sigue siendo fuerte a pesar del empeoramiento de los indicadores sanitarios en la última década. Pero los cálculos de la demanda y de la capacidad del sistema se han mostrado erróneos. La crisis de retención de personal puede

“

No se pueden esperar resultados distintos aplicando las mismas medidas de siempre

”

provocar un éxodo masivo por motivos salariales, de condiciones laborales y de pensiones. Las razones del deterioro de la salud de la población y la crisis actual del NHS son complejas, pero, en resumen, según el autor, se trata de un fracaso político. La investigación sobre la gestión de la COVID-19 en el Reino Unido es un catálogo espantoso de decisiones políticas desastrosas, aunque no solo se aplican a la respuesta del Reino Unido a la COVID-19, sino también a la respuesta de la UE a la epidemia (Abbasi K, 2023).

En Francia se encuentran con problemas similares a los de España y Reino Unido. Como ocurre con un sistema que ha tenido su apogeo en términos de “consumo”, el enfoque curativo muestra sus limitaciones en resultados globales, como muestran los indicadores de salud; por ejemplo la esperanza de vida, que ha tocado techo y se sitúa al mismo nivel que la media de la OCDE, con años de vida ganados gracias a la “pérdida de autonomía” de las personas; una mortalidad materna e infantil que duplica la de los países escandinavos; un récord de muertes por suicidio (11.000), y una prevalencia de enfermeda-



des crónicas que no deja de aumentar. Se afirma que se trata de un sistema muy compartimentado que ya no puede demostrar ningún valor añadido ni en su funcionamiento normal ni en modo de gestión de crisis (Amri K, 2023). El sistema muestra dos problemas estrechamente relacionados entre sí, la escasez de profesionales que se estima durará al menos 10 años y las listas de espera (Sommer A, 2024).

El gobierno irlandés ha comenzado la aplicación de su programa de 10 años para crear un sistema sanitario de acceso universal, denominado *Sláintecare-sláinte*, que significa salud en gaélico. Adoptado en 2018, la idea general es reorientar el sistema de dos niveles, con una dependencia de un sistema basado en seguros y dominado por los servicios hospitalarios, hacia un sistema financiado con fondos públicos centrado en la atención primaria de salud y la atención comunitaria. Los objetivos principales son la reducción de las listas de espera, la supresión de los copagos por gastos de hospitalización de los niños, la gratuidad de los anticonceptivos y la contratación de médicos consultores en régimen de exclusividad. El número de pacientes que superan los tiempos de espera recomendados disminuyó un 11% en 2022, y las cifras publicadas el 6 de marzo de 2024 muestran que el 45% de los consultores han firmado los nuevos contratos de dedicación exclusiva con hospitales públi-

cos para percibir un sueldo que oscila entre 217.325 y 261.051 euros. Sin embargo, aunque el 77% del total del gasto sanitario lo sufraga el gobierno irlandés, el 12% aún procede de los seguros sanitarios privados, y el 11% procede de los pagos directos de los hogares. El sistema continúa fragmentado y el acceso puede ser difícil, sobre todo para aquellos con recursos limitados. Las diferencias entre grupos de renta, según la OCDE, son considerables y cada vez mayores. En 2020, el cáncer se convirtió en la principal causa de muerte, con más del 29% de todos los fallecimientos, y continúa el consumo excesivo de alcohol entre los adultos, aunque está disminuyendo. Para lograr la atención universal se necesita el respaldo del electorado, y para ello la población necesita ver mejoras tangibles en el servicio. Sin embargo, los avances sustanciales han sido lentos y completar la tarea requerirá una notable inversión, voluntad política y liderazgo (*The Lancet*, 2024).

Se estima que Estados Unidos dedica un 16,6% de su PIB a financiar el gasto en salud en 2022 (España un 10,04). Tradicionalmente es el país de la OCDE que más porcentaje de su PIB gasta en salud y siempre ha tenido una tendencia ascendente. Sin embargo, parece que la reforma sanitaria impulsada por el presidente Obama ha tenido algún efecto, porque el porcentaje de estadounidenses sin seguro médico se

ha reducido casi a la mitad desde 2010. El gasto federal en programas sanitarios, lejos de dispararse, ha crecido mucho más despacio de lo previsto. En 2010, la oficina presupuestaria preveía que los desembolsos en los principales programas sanitarios obligatorios alcanzarían el 10% del PIB a mediados de la década de 2030 y “seguirían aumentando a partir de entonces”; ahora, la misma oficina pronostica que esa cifra será inferior al 7%. El gasto sanitario como porcentaje del PIB tiende a estabilizarse en los últimos años, con la excepción del año 2020, año de la pandemia, y el gasto per cápita ha descendido (Krugman P, 2024; Cutler DM, 2023).

A pesar de esos datos esperanzadores, Estados Unidos también debe hacer frente a desafíos en su sistema de salud, como la población sin seguro de salud o con cobertura inadecuada, la baja educación científica y sanitaria de la población, las deficiencias en la prevención y asistencia a las enfermedades crónicas asociadas con mortalidad prematura y discapacidad, y la gran variabilidad en la calidad de la asistencia y en los resultados de salud. Además, un importante número de personas no tiene médico de familia o no confían en su médico (Alpert JS, 2023). A pesar de las mejoras, el problema de la equidad, como ocurre en otros países, continúa presente como se puso de manifiesto con crudeza con motivo de la pandemia por la COVID-19 (DeParle J, 2024). La incidencia y prevalencia del síndrome de *burnout* entre los pro-

fesionales de salud muestra cifras preocupantes (Nundy S, 2022).

En la introducción del informe de casi 360 páginas publicado en 2002 por la Comisión sobre el futuro de la atención sanitaria en Canadá, el comisario Roy Romanow escribió que: “los canadienses consideran la asistencia sanitaria un bien público, un símbolo nacional y un aspecto definitorio de su ciudadanía”. Según una encuesta nacional realizada una década más tarde, el 94% de los canadienses considera el sistema de salud “una importante fuente de orgullo colectivo”. Posiblemente lo más sorprendente de la ley que creó el sistema de salud es que toda la legislación, incluidos los textos en inglés y francés, apenas ocupa dieciocho páginas. En comparación, la *Affordable Care Act* de 2010, también conocida como *Obamacare*, ocupa más de novecientas. El sistema canadiense también tiene sus dificultades y desafíos, entre los que tradicionalmente se encuentran las listas de espera. Sin embargo, una encuesta de 2016 muestra que el 60% de los entrevistados se mostraban favorables a un incremento de los impuestos ligado a una mejora de las coberturas. El sistema se encuentra sometido a las tensiones presupuestarias propias de un sistema público que también se acompaña de un envejecimiento de la población. La legislación establece esencialmente un monopolio público sobre la asistencia sanitaria, al menos en los ámbitos que este cubre. Existen las clínicas y la-



boratorios privados, pero se les prohíbe cobrar a los pacientes por servicios cubiertos por el sistema. Esto significa que cualquiera con medios para pagar una atención “*premium*” no puede hacerlo, a menos que viaje a otro país (Whitlock N, 2020).

En resumen, el dilema al que se enfrentan los ministros de sanidad es cómo recuperar la capacidad y la calidad de los sistemas sanitarios en un momento de aumento de los costes de la atención sanitaria, que se acompaña de restricciones económicas dirigidas a reducir o al menos contener el crecimiento del gasto público. La situación tanto en España como en otros países exige modificaciones profundas de los sistemas de salud. No basta con aumentar el presupuesto y continuar haciendo lo mismo porque no se pueden esperar resultados distintos aplicando las mismas medidas de siempre.

Bibliografía

1. Abbasi K, The NHS at 75: love, and political consensus, is all you need BMJ 2023;381:p1479 <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.p1479>
2. Amri K. Un système à bout de souffle qui doit laisser place à une nouvelle organisation!: Le Parcours Patient. Finances Hospitalières. 2023. n° 175 – Janvier, 14-16 https://finances-hospitalieres.fr/un-systeme-a-bout-de-souffle-qui-doit-laisser-place-a-une-nouvelle-organisation-le-parcours-patient_679A4E863E7BBC.html
3. Cooksley T, Clarke S, Dean J, Hawthorne K, James A, Tzortziou-Brown V, Boyle A. NHS crisis: rebuilding the NHS needs urgent action. BMJ. 2023 Jan 3;380:1. doi: 10.1136/bmj.p1.
4. Cutler DM. Health Care in a Time of Deficit Concern. JAMA Health Forum. 2023 Mar 3;4(3):e230930. doi: 10.1001/jamahealthforum.2023.0930. PMID: 36951856.
5. DeParle J. Sisyphus on the Street. The New York Review of Books 2024 ; 6 :18-20 <https://www.nybooks.com/articles/2024/04/04/sisyphus-on-the-street-rough-sleepers/>
6. Krugman P. El ‘Obamacare’ vuelve a estar en serio riesgo. El País. 2024. 30 marzo. <https://elpais.com/economia/negocios/2024-03-30/el-obamacare-vuelve-a-estar-en-serio-riesgo.html>
7. Nundy S, Cooper LA, Mate KS. The Quintuple Aim for Health Care Improvement: A New Imperative to Advance Health Equity. JAMA. 2022 Feb 8;327(6):521-522. doi: 10.1001/jama.2021.25181.
8. Sommer A. Les listes d’attente comme outil de pilotage. Finances Hospitalières. 2024. n° 188 - Mars 2024 https://finances-hospitalieres.fr/les-listes-d-attente-comme-outil-de-pilotage_679B4F88407DBE.html
9. The Lancet (1). The NHS is sick, but it is treatable. Lancet. 2023 Jan 28;401(10373):245. doi: 10.1016/S0140-6736(23)00164-2.
10. The Lancet (2). The NHS at 75: a partnership in need of restoration. Lancet. 2023 Jul 1;402(10395):1. doi: 10.1016/S0140-6736(23)01357-0.
11. The Lancet. Health equity in Ireland: past, present, and future. Lancet. 2024 Mar 30;403(10433):1205. doi: 10.1016/S0140-6736(24)00628-7. PMID: 38555122.
12. Vandebroucke F. Working together to advance resilient health systems across the OECD. Lancet. 2024 Feb 3;403(10425):415-416. doi: 10.1016/S0140-6736(24)00129-6.
13. Whitlock N. Where Health Care Is a Human Right. The New York Review of Books. 2020. November 19 <https://www.nybooks.com/articles/2020/11/19/canada-where-health-care-is-a-human-right/?printpage=true>
14. Young G. Small Island. What has happened to Britain? The New York Review of Books 2024; 5:6-8 <https://www.nybooks.com/articles/2024/03/21/small-island-gary-young/>

Consultor de sistemas y servicios de salud
javiercarnicero@cognitiosalud.es