



Alemania: calidad y financiación de la asistencia en crisis

Germany: Quality and Funding of the Health Care in Crisis

■ Marcial Velasco Garrido y Reinhard Busse

Resumen

El principal motor de las reformas del sistema sanitario alemán es, al igual que en la mayoría de los países europeos, la contención del gasto sanitario. A lo largo de las últimas reformas, sin embargo, se puede observar una creciente preocupación por la calidad asistencial. La reforma, en vigor desde enero de 2004, a través del establecimiento del Instituto para la Calidad y Eficiencia de la Asistencia Sanitaria ha culminado una verdadera ofensiva para mejorar la calidad asistencial. En este artículo damos, en primer lugar, una reseña histórica sobre el sistema sanitario alemán, necesaria para comprender sus características actuales, y describimos los rasgos principales de la organización de la asistencia. A continuación, presentamos las medidas más relevantes encaminadas a mejorar la calidad de la asistencia y, por último, abordaremos la discusión actual en torno a la financiación.

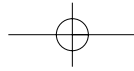
Palabras clave

Alemania. Calidad Asistencial. Financiación del Sistema Sanitario. Reforma del Sistema Sanitario.

Abstract

As in most European countries, the main motor for reform in the German Health Care system has been cost-containment. However, the latest reform initiatives have been increasingly concerned about the quality of Health Care. A law enacted at the beginning of 2004, which creates the "Institute for Quality and Efficiency in Health Care", culminates an offensive in favour of improving the quality of the health system. In this paper, we first give a historical introduction regarding the origins and organization of the German Health Care system. Subsequently, we present the most relevant interventions to improve quality and we finally summarize the current discussion on the future model of financing.

El primer autor es Médico y trabaja como investigador en la Technische Universität Berlin, Dept. of Health Care Management, Strasse des 17. Juni 145, 10623 Alemania (correspondencia: marcial.velasco@tu-berlin.de). El segundo autor es Catedrático de Gestión Sanitaria y Associate Research Director del European Observatory for Health Care Systems. World Health Organization. Berlin Hub, Strasse des 17. Juni 145, 10623 Alemania.



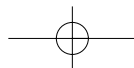
Key words

Health Care Financing. Health Care Reform. Germany. Quality of Health Care.

■ Orígenes del Sistema Sanitario alemán

El Seguro Sanitario Estatutario (SSE) alemán, considerado como el primer sistema de seguridad social establecido en el mundo, cumplió 120 años en 2003. La Revolución Industrial, que en Alemania se desarrolló especialmente a partir de la mitad del siglo XIX, la transformación social inducida por ésta y la aparición de un Movimiento Obrero que amenazaba la estabilidad del *Reich*, son los factores determinantes que llevaron al establecimiento de lo que hoy se conoce como sistema "bismarckiano" de seguridad social. Las crecientes protestas de la clase obrera industrial urbana, motivadas por sus condiciones de vida miserables y por su falta de derechos, fueron canalizadas principalmente por las organizaciones de orientación marxista, que en 1875 se unían para constituir el Partido Socialdemócrata Alemán (SPD). Tanto el Canciller Bismarck como muchos otros contemporáneos atribuían a la Socialdemocracia un importante potencial revolucionario, y veían en él una amenaza para el orden establecido. En consecuencia, en 1878 se aprobaba la llamada *Ley contra el peligro público de la Socialdemocracia*, que prohibía cualquier actividad extraparlamentaria de las organizaciones y sindicatos socialistas. Sin embargo, el fracaso de esta política de represión se venía a reconocer de forma implícita en la *Declaración del Káiser (Kaiserliche Botschaft)* de 1881, en la que el bienestar social de los más desfavorecidos se convertía en uno de los objetivos prioritarios para la supervivencia del *Reich*. La política de bienestar se convertía así en un instrumento esencial para alcanzar la paz social y garantizar la estabilidad, necesarias para el desarrollo económico y militar.

Desde mediados del siglo XIX en diversos estados del *Reich* existían distintos tipos de Fondos de Enfermedad (*Krankenkassen*) o mutuas, cuyo objetivo principal era la compensación de las pérdidas financieras motivadas por la imposibilidad de trabajar en caso de enfermedad, pero que diferían considerablemente en sus orígenes y funcionamiento. Por un lado existían diversas mutuas voluntarias, que habían sido creadas bajo el signo de la solidaridad obrera por los propios trabajadores (*Hilfskassen*). En algunas localidades, en cambio, sus residentes eran obligados por ley a cotizar a una mutua local (*Zwangshilfskassen*). Por último, algunas compañías habían establecido sus propias mutuas, que cubrían a sus empleados (*Fabrikkrankenkassen*). En 1883, se dio el primer gran paso en la política de pacificación social al aprobar la *Ley del Seguro Sanitario de los Trabajadores*, que unificaba la legislación existente e implantaba la idea del SSE en todo el territorio del *Reich*, aunando las tres tradiciones de mutuas descritas. En sus inicios, el objetivo principal del seguro era garantizar unos ingresos mínimos para compensar las pérdidas monetarias del trabajador por causa de enfermedad, maternidad o defunción. Con el tiempo, sin embargo, la financiación de la asistencia sanitaria se ha convertido en la función principal del SSE.



El estado social se fue ampliando posteriormente con la introducción sucesiva del seguro de accidentes laborales (1884), del seguro de pensiones por envejecimiento (1889), y del seguro de desempleo (1927) culminando, finalmente, con el establecimiento del seguro para cubrir los gastos de la asistencia a domicilio o en residencias en caso de incapacidad (1994).

Durante el Nazismo se mantuvo básicamente la estructura de la asistencia sanitaria y de su financiación, si bien los fondos dedicados a la asistencia social y salud pública se desviaron a la consecución de la "higiene racial". Además se prohibió a los médicos judíos el ejercicio de su profesión.

Tras el fin de la Segunda Guerra Mundial y con el establecimiento en la zona de ocupación soviética de la República Democrática Alemana, se implantó un sistema centralizado de asistencia, en el que los médicos eran empleados del Estado y la asistencia ambulatoria se organizaba en centros de salud estatales, que cubrían la atención primaria y la atención especializada ambulatoria. Con la Reunificación Alemana en 1990 este sistema se abolió, adoptándose el existente en la República Federal.

La mencionada ley de 1883 establecía ya los principios fundamentales del sistema, que con ligeras modificaciones se han mantenido hasta hoy:

Seguro estatutario: La Ley del Seguro *estatuye* qué personas están obligadas a asegurarse en uno de los múltiples Fondos de Enfermedad, y qué personas quedan liberadas de esta obligación. La obligatoriedad del seguro se determina por la pertenencia a un determinado grupo laboral y por el nivel de ingresos. Originariamente la obligatoriedad se limitaba a los obreros industriales asalariados, pero con el tiempo se ha ido extendiendo a otros grupos hasta incluir a la mayor parte de la población (tabla 1). El nivel salarial a partir del cual se alcanza la liberación de la obligatoriedad de asegurarse se sitúa actualmente en cerca de 42.000 euros brutos anuales. Las personas que superen dichos ingresos pueden asegurarse en compañías privadas¹.

Financiación conjunta por cuotas sobre el salario: Los Fondos de Enfermedad recaudan una cuota sobre el salario de los trabajadores con la que se financian los gastos. Inicialmente el asalariado asumía dos terceras partes y el empleador el resto de la cuota. En 1949 se establecía la *paridad* en la cotización y desde entonces la cuota recae a partes iguales en el empleador y en el asalariado. La cuota media ha ido aumentando continuamente desde un 2% en 1885, hasta situarse en el 14,3% en 2003 (tabla 1).

Autogestión del sistema y corporativismo: El estado alemán delegó desde un principio la administración y organización del sistema en los propios Fondos de Enfermedad y en las asociaciones corporativas de los profesionales médicos, limitándose a ejercer una función supervisora. La autogestión implica que son las organizaciones corporativas las que tienen el

¹Las compañías privadas son empresas aseguradoras con ánimo de lucro, a diferencia de los Fondos de Enfermedad que son entes de derecho público sin ánimo de lucro.

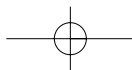


Tabla 1. Evolución del Seguro Sanitario Estatutario alemán

	1885	1913	1925	1960 [#]	1987 [#]	1991	1997	2003
Población (Millones)	46,7	63,7	63,3	55,4	61,1	80,3	82,0	82,5
Miembros* del Seguro (% de la población)	9	20	29	49	60	63	61	62
Asegurados** (% de la población)	10	34	51	83	88	89	87	85
Fondos de Enfermedad	18.776	21.342	7.777	2.028	1.182	1.209	554	314
Cuota media (% del salario bruto)	2,0	3,0	6,0	8,4	12,6	12,4	13,6	14,3

* Miembros: son aquellas personas que contribuyen a la financiación del sistema mediante el pago de la cuota.

** Asegurados: incluye a los miembros y a sus familiares.

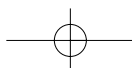
Incluye sólo datos de la República Federal de Alemania (RFA).

Fuentes: Alber J (1992), Ministerio de Salud y Seguridad Social (2003).

derecho y la obligación de negociar y firmar contratos, y de financiar o proveer servicios sanitarios a los miembros del SSE, además de velar por la calidad de dichos servicios. En Alemania, por tanto, no existe ninguna institución central que asuma funciones de coordinación o planificación de acuerdo con objetivos de salud. Como ya se ha explicado, el objetivo primordial del SSE era restablecer la paz social, y no necesariamente mejorar la situación de salud de la población, lo que lo diferencia de los Servicios Nacionales de Salud.

Estructura y organización de la Asistencia Sanitaria

El elemento más característico de la asistencia sanitaria alemana es la estricta separación de los sectores de asistencia ambulatoria y hospitalaria, cuya organización y regulación difieren considerablemente. Esta separación, e incluso descoordinación, se considera el origen de buena parte de la ineficacia del sistema sanitario alemán. A continuación describiremos brevemente las características principales de ambos sectores.



Sector ambulatorio

Las Asociaciones Regionales de Médicos del Seguro Estatutario² (ARMSE), actualmente 23, disponen del monopolio de la asistencia ambulatoria. La exclusividad de la organización y provisión de la asistencia médica ambulatoria, que se estableció por primera vez en 1933, se puede considerar como la victoria más importante del corporativismo médico. Este monopolio implica que ni administraciones regionales o locales, ni hospitales, ni Fondos de Enfermedad tienen derecho a organizar ni proveer este tipo de asistencia.

Las Asociaciones Regionales se agrupan en una Asociación Federal, que representa a todos los profesionales libres del sector ambulatorio en las negociaciones de los contratos colectivos con los Asociaciones Federales de los Fondos de Enfermedad. Ambas instituciones corporativas negocian además el contenido detallado del catálogo de prestaciones ambulatorias y el valor relativo en puntos de dichas prestaciones. Los puntos se aplican para calcular la remuneración de los médicos. La legitimidad democrática de estas corporaciones ha sido cuestionada en varias ocasiones, en especial su falta de transparencia en el proceso de toma de decisiones referentes al catálogo de prestaciones.

Las ARMSE, por su parte, tienen la obligación de garantizar la asistencia ambulatoria en su jurisdicción correspondiente de acuerdo con las necesidades de salud de la población. Dicha obligación implica la provisión de servicios en todas las especialidades médicas, así como la asistencia de urgencias. Para la provisión de estos servicios, las ARMSE negocian con los fondos de enfermedad un presupuesto colectivo, generalmente basado en la población atendida, con el que remunerar a los médicos adscritos. A cambio, las ARMSE garantizan la provisión efectiva de asistencia de acuerdo con estándares mínimos de calidad estipulados por la ley o por acuerdos contractuales específicos.

La asistencia ambulatoria es prestada por médicos en ejercicio libre de su profesión, adscritos a la ARMSE correspondiente. La mayoría de los médicos establecen su consulta por cuenta propia, encargándose ellos mismos de financiar el equipamiento y el personal adicional necesario. Actualmente alrededor de 125.000 médicos (uno por cada 659 habitantes) participan en la asistencia ambulatoria financiada por el SSE, de los que un 30% lo hace en consultas compartidas y el 6% son empleados como asistentes de consulta. La asistencia ambulatoria incluye prácticamente todas las especialidades (tabla 2). La remuneración de las consultas se basa en la suma de puntos obtenidos por cada acto médico, independientemente del número de pacientes atendidos. Este sistema, unido al mayor valor relativo de las prestaciones "tecnificadas", supone un estímulo considerable a la inversión en equipamientos costosos como, por ejemplo, ecografía o endoscopia³, cuya amortización se alcanza mediante una utilización liberal, que incluso puede llegar a ser inapropiada por exceso.

² A continuación nos referiremos únicamente a la asistencia médica, si bien la organización de la asistencia dental sigue las mismas premisas.

³ En Alemania una buena parte del diagnóstico por la imagen no es ni mucho menos monopolio exclusivo de una

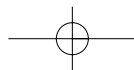


Tabla 2. Asistencia ambulatoria: distribución por especialidades de los médicos afiliados al Seguro Sanitario Estatutario (2002)

Especialidad	Número	Especialidad	Número
Medicina General	43.061	Dermatología	3.308
Medicina Interna	17.179	Psicoterapia	3.223
Ginecología y Obstetricia	9.702	Urología	2.552
Pediatría	5.769	Anestesia	2.491
Oftalmología	5.201	Radiología	2.424
Neurología	5.049	Cirugía Maxilofacial	829
Traumatología y Cirugía Ortopédica	4.963	Análisis de Laboratorio	615
Otorrinolaringología	3.926	Anatomía Patológica	498
Cirugía General	3.601	Psiquiatría Infantil	460
		Otros	1.214
		Total	116.065

Fuente: Asociación Federal de Médicos del Seguro Estatutario (2003).

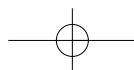
Desde el punto de vista del paciente, la característica más llamativa del sistema sanitario alemán es la libre elección. Si bien los pacientes deberían elegir un médico de familia que coordine su atención, los usuarios tienen derecho a acudir a cualquier médico adscrito al SSE, sea éste generalista o especialista, sin necesidad de ser remitido por su médico de familia. Además, si eligen un médico de familia pueden cambiarlo fácilmente en un trimestre.

La figura 1 representa de forma esquemática las relaciones entre los actores principales de la asistencia ambulatoria.

Sector hospitalario

En Alemania hay 2.240 hospitales con alrededor de 553.000 camas (630 camas por cada 100.000 habitantes en 2001). Al igual que en muchos países europeos, desde los años 80 se ha producido una reducción progresiva del número de camas hospitalarias, con una aceleración de este proceso tras la Reunificación (fig. 2). La reducción de camas conlleva paralelamente una reducción de la estancia media hospitalaria.

sola especialidad. Por ejemplo, la formación en la especialidad de medicina interna incluye exploraciones endoscópicas y ecografía entre otras técnicas. Los generalistas por su parte, pueden adquirir conocimientos en ecografía mediante cursos de formación continuada, que les facultan para la utilización de dichas técnicas.



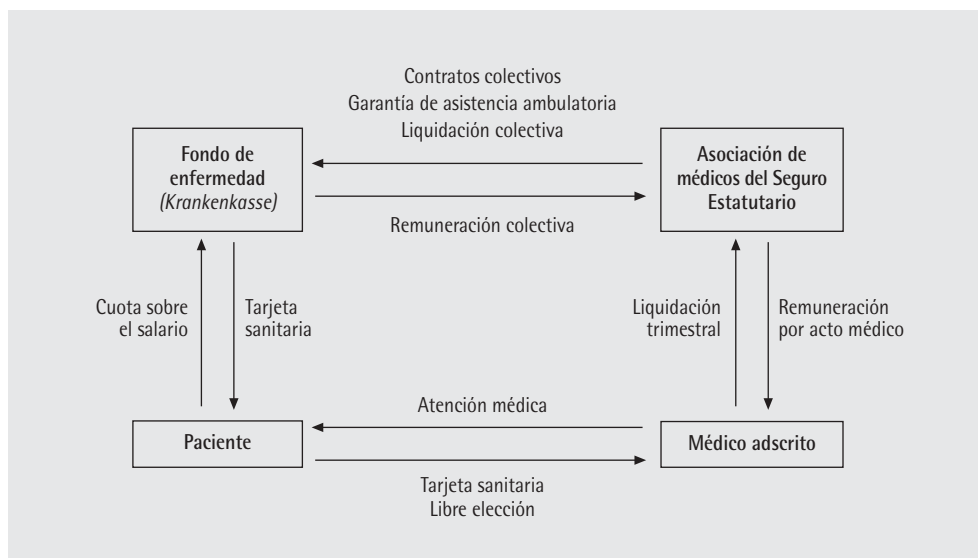
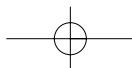


Figura 1. Organización de la asistencia ambulatoria en Alemania.

Actualmente, trabajan en el sector hospitalario algo más de un millón de personas, de las que cerca de 140.000 son personal médico asalariado.

Los modelos de propiedad de los hospitales son diversos. Existen hospitales públicos, que en su mayoría pertenecen a administraciones locales o regionales y suponen un 53% de las camas disponibles. Además, hay hospitales privados sin ánimo de lucro, que en general suelen pertenecer a órdenes u organizaciones de carácter religioso, y representan el 38% de las camas. Por último, están los hospitales privados con ánimo de lucro, que en general suelen ser más pequeños y aportan el 8% de las camas. En los últimos años se observa una tendencia hacia la privatización de camas hospitalarias públicas y hacia la formación de grandes consorcios hospitalarios privados con ánimo de lucro. Por otro lado, algunas administraciones están privatizando la gestión de sus hospitales a la vez que mantienen su propiedad, como es el caso de Berlín.

Las autoridades regionales (*Länder*) son las encargadas de planificar el número de hospitales y de camas necesarias para cubrir las necesidades de su población. El gobierno regional establece el llamado "Plan de Hospitales", en el que se estipula el número de camas por especialidad y hospital. La inclusión en este plan es condición para la participación en la asistencia a asegurados del SSE, lo que supone una especie de "acreditación" para recibir dinero público. A la vez es una garantía para la existencia del hospital, pues los Fondos de Enfermedad están obligados a establecer contratos con todos los hospitales incluidos en el plan.



■ Alemania: calidad y financiación de la asistencia en crisis

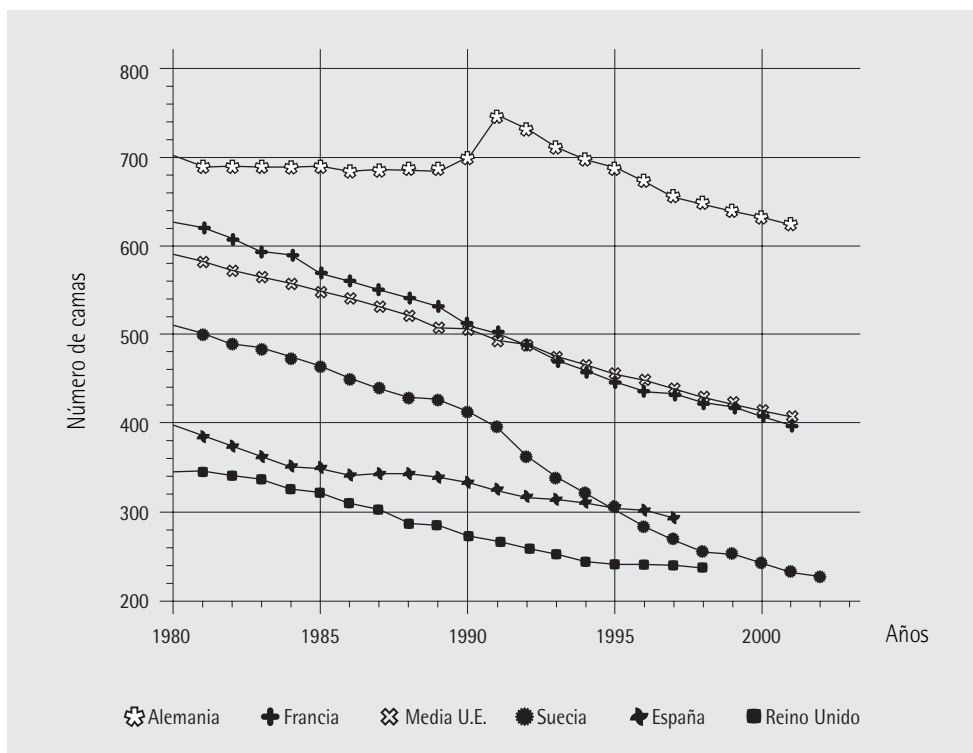
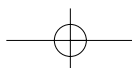


Figura 2. Evolución del número de camas hospitalarias (por cada 100.000 habitantes). Fuente: Oficina Regional Europea de la OMS: Base de Datos "Salud para todos".

La financiación de los hospitales sigue un sistema dual, en el que los gobiernos regionales financian las inversiones de los hospitales incluidos en el plan, mientras que los costes derivados de la asistencia, mantenimiento y personal, son financiados mediante los pagos que realizan los fondos de enfermedad por cada paciente. La introducción de los Grupos diagnósticos relacionados (GDR) para la remuneración de los hospitales ha entrado en 2004 en su fase definitiva. Este sistema, basado en el australiano, viene a sustituir al sistema mixto existente (remuneración por procedimientos, por días de estancia o por casos) con el fin de mejorar la eficiencia de la asistencia hospitalaria.

Aunque existen Asociaciones Regionales de Hospitales y una Asociación Federal, no tienen el carácter monopolístico de las ARMSE. Como ya hemos señalado, los hospitales no pueden ofrecer asistencia ambulatoria, con la excepción de los hospitales clínicos universitarios que disponen de un servicio de policlínicas cuya finalidad es más bien la investigación y la docencia. Un paciente que requiera tratamiento hospitalario es enviado a él por un médico del sector ambulatorio y, cuando el paciente es dado de alta tras su estancia hospitalaria, el segui-



miento se lleva a cabo exclusivamente en el sector ambulatorio extrahospitalario. La elección del hospital es libre, salvo para la atención psiquiátrica, que está regionalizada.

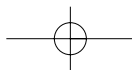
La calidad asistencial cuestionada

Si bien, como explicaremos con más detalle en la próxima sección, el motor principal de las reformas del SSE es de índole macroeconómica, la calidad de la asistencia sanitaria ha ido ganando en importancia a lo largo de las reformas aprobadas desde 1989 cuando, además de reorganizar la legislación relativa al SSE, se introducía la obligación de los proveedores de participar en medidas de gestión y mejora de la calidad.

La preocupación por la calidad asistencial es una manifestación del progresivo reconocimiento de las debilidades del sistema alemán y del creciente temor a un empeoramiento de la misma a consecuencia de la política de contención de costes. El debate sobre la eficacia y la calidad se avivó aún más tras la publicación del *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000* de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En este informe se realizaba una evaluación de los sistemas sanitarios de los países miembros con arreglo al grado de consecución de los tres objetivos que para cualquier sistema de salud se consideran como primordiales: mejora de la salud de la población, respuesta a las demandas y expectativas de la población (*responsiveness*), y financiación justa (*fairness*). Dicho informe presentaba un elenco de parámetros construido de acuerdo con el "índice de rendimiento" (*performance*), que sintetizaba el grado de realización de los objetivos citados en relación con los recursos invertidos y que, por lo tanto, se puede considerar como una estimación de la eficacia del sistema. Alemania ocupaba el puesto número 25 del ranking mundial, quedando por detrás de la mayoría de los países de la Unión Europea incluida España, que alcanzaba el séptimo lugar. Alemania obtenía "buenas notas" sobre todo en su capacidad de responder a las expectativas de la población, lo que no sorprende a la vista de la posibilidad de libre elección de generalistas y especialistas, y al alto número de proveedores, tanto en el sector ambulatorio como en el hospitalario, que hacen de las listas de espera un fenómeno prácticamente desconocido en este país⁴.

La organización y configuración de la asistencia sanitaria juegan un papel clave en el rendimiento de cualquier sistema de salud. Desde este punto de vista, una de los mayores debilidades del sistema alemán es la estricta separación de sectores. Si bien, es difícil cuantificar con exactitud los problemas derivados de tal fragmentación y de la falta de coordinación entre sectores, existe una impresión generalizada de que acarrear consecuencias negativas para los pacientes. Entre los problemas más preocupantes se pueden citar la duplicación de exploraciones o tratamientos, así como los retrasos en el diagnóstico de enfermedades graves o en el inicio de un tratamiento efectivo.

⁴Las listas de espera existen únicamente para trasplantes de órganos, por motivos de disponibilidad.



■ Alemania: calidad y financiación de la asistencia en crisis

El sistema da prioridad al mantenimiento de una gran oferta de asistencia en ambos sectores y permite, e incluso estimula, la amplia difusión de tecnologías de coste medio y elevado, que en algunos casos parecen llegar a sobreutilizarse, como por ejemplo el cateterismo cardíaco con carácter diagnóstico. Por otra parte, se ha detectado una infrautilización de algunas intervenciones de probada eficacia y la reducida penetración de prácticas clínicas basadas en la evidencia. El tratamiento de la hipertensión arterial, por ejemplo, en comparación con los países del entorno europeo es poco satisfactorio, como demostró el estudio EUROASPIRE.

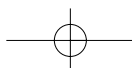
En el informe de 2001 del *Consejo de Expertos para la Acción Concertada en el Sistema de Salud*⁵ se identificaron diversas áreas de la asistencia con problemas de calidad, derivados de los efectos sinérgicos de la citada fragmentación y de los déficit en la aplicación de la evidencia científica a la práctica clínica. Especialmente preocupante se considera la calidad de la asistencia en algunas enfermedades de relevancia epidemiológica, como el cáncer de mama y la diabetes mellitus. Por ejemplo, la mortalidad por cáncer de mama en relación a su incidencia es más elevada que en Suecia, Holanda o Francia, lo que indica deficiencias en el diagnóstico precoz y en el tratamiento del mismo.

A la vista de estos déficit, se han multiplicado las iniciativas encaminadas a mejorar la calidad de la asistencia, y que se pueden dividir en dos grandes grupos: por una parte, desarrollo de modelos de gestión de la calidad, junto con medidas de evaluación y control de la calidad; y, por otra, la promoción de prácticas clínicas basadas en la evidencia. A continuación resaltamos los ejemplos más interesantes.

Gestión y control de la calidad

Como ya hemos señalado, en 1989 se introdujo la obligatoriedad de participar en medidas de gestión de la calidad, si bien se dejaba a los proveedores la elección del sistema que consideraran más adecuado a sus necesidades. En el sector ambulatorio existe desde mediados de los 90 un programa de certificación y recertificación, implementado por la AFMSE, con el objetivo de garantizar la calidad de algunos servicios ambulatorios que suponen en conjunto el 30% de los mismos. Los profesionales que deseen ofrecer determinados servicios como, por ejemplo, mamografía o colonoscopia entre otros, están obligados a demostrar el cumplimiento de determinados estándares estructurales y sobre procesos para obtener la autorización que les permita obtener remuneración del SSE por ellos (*certificación*). Dicha autorización debe ser renovada periódicamente para poder seguir liquidando por el servicio en cuestión

⁵Se trata de una comisión multidisciplinar (Medicina, Economía, Salud Pública) nombrada por el Ministerio de Salud que elabora informes anuales sobre la situación del sistema de salud y propuestas sobre posibles soluciones a los problemas identificados.



("recertificación"). En el caso de la mamografía se evalúa anualmente la calidad técnica de una muestra al azar de las radiografías realizadas en cada consulta y de la documentación de las pacientes. Además, el médico debe someterse a un examen anual en el que debe interpretar 200 mamografías con el objetivo de asegurar que su especificidad y sensibilidad son aceptables, debiendo alcanzar al menos un 90% en cada uno de estos parámetros para obtener la autorización. En el caso de la colonoscopia, la recertificación se basa en la documentación de un mínimo de 200 casos anuales, incluyendo al menos diez polipeptomías, aunque no existen mecanismos para controlar si la utilización de la intervención es apropiada.

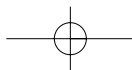
Los hospitales han implementado diversos sistemas de gestión de la calidad siguiendo enfoques de gestión de la calidad total (*Total Quality Management*), aunque la efectividad de muchos de estos sistemas se ha cuestionado.

Desde el año 2000 los hospitales están obligados a participar en un programa nacional de evaluación externa. Con este fin, los órganos corporativos (Fondos de Enfermedad, Asociación Médica Federal y Asociación Alemana de Hospitales) han creado la "Agencia Federal de Garantía de la Calidad" (*Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH*, BQS). El programa evalúa más de 350 indicadores de calidad, tanto sobre procesos como de resultados, correspondientes a 30 intervenciones, en su mayoría quirúrgicas. La recogida de datos se basa principalmente en un *software* estandarizado, y el grado de documentación supera el 85% de los casos atendidos. Los hospitales remiten la información a la Agencia y a cambio reciben informes individuales en los que pueden ver su posición relativa respecto al resto de hospitales alemanes según los diferentes indicadores (*benchmarking*), así como recomendaciones respecto a las áreas en que la Agencia ha identificado déficit de calidad. Además, la Agencia pone a disposición del público un informe nacional anual⁶ gratuito que incluye los resultados de forma anónima de todos los hospitales.

Por último, a partir de este año todos los hospitales deberán elaborar una memoria anual de calidad siguiendo un modelo estándar. La memoria recoge sobre todo información relativa a la estructura del hospital (número de especialistas, disponibilidad de aparatos) y al volumen de servicios por especialidades y por indicaciones. No incluirá, sin embargo, información sobre mortalidad o tasas de complicaciones. Las memorias serán publicadas en Internet por parte de los Fondos de Enfermedad, con el fin de poner a disposición de los pacientes información relevante a la hora de elegir un hospital donde someterse a un tratamiento.

Por último, en el ámbito de la calidad hospitalaria es de reseñar el recién acordado "Catálogo de intervenciones que requieren un volumen mínimo de casos". Este catálogo se negocia entre los órganos corporativos y debe recoger una serie de intervenciones en las que se disponga de evidencia científica de la existencia de una relación inversamente proporcional entre el número de procedimientos llevados a cabo en un hospital y los resultados del mismo medidos, por ejemplo, en mortalidad postoperatoria. A partir del próximo ejercicio, los

⁶De momento están disponibles los informes de 2001 y 2002.



■ Alemania: calidad y financiación de la asistencia en crisis

hospitales que no superen los umbrales establecidos perderán la licencia para realizar dichas operaciones. Con esta medida se pretende excluir a aquellos hospitales de los que se pueden esperar los peores resultados, y concentrar las operaciones en un número menor de centros con el fin de optimizar la utilización de los recursos. El catálogo incluye, de momento, trasplantes de hígado (mínimo diez anuales) y renales (20 anuales), esofagectomía y pancreatometomía (cinco anuales, respectivamente) y trasplante de células madre (12 anuales). El catálogo acordado por los órganos corporativos ha sido muy criticado por dejar fuera intervenciones para las que también se ha observado una relación entre volumen y calidad, y cuyo impacto a nivel poblacional sería mucho mayor como, por ejemplo, la cirugía coronaria o las artroplastias de rodilla, que eran el tipo de intervenciones que el legislador esperaba concentrar en mayor grado.

Medicina basada en la evidencia

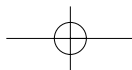
La cultura de la *medicina basada en la evidencia* se está abriendo paso en el sistema alemán. A nivel institucional se ha implantado en el proceso de toma de decisiones respecto a la inclusión o exclusión de procedimientos del catálogo de prestaciones ambulatorias. Desde 1997 dichas decisiones se basan en la mejor evidencia disponible recogida en informes de evaluación de tecnologías sanitarias (*Health Technology Assessment*) que se elaboran al efecto por parte de los actores involucrados en dicho proceso. Con el fin de respaldar este trabajo, se ha creado una agencia de evaluación de tecnologías sanitarias, dependiente del ministerio de Salud, encargada de elaborar tales informes y de llevar a cabo revisiones sistemáticas de la literatura; no obstante, la descoordinación entre dicha agencia y los órganos corporativos impide una utilización efectiva de los informes elaborados, y en algunas ocasiones ha dado lugar a una duplicación del trabajo.

Por otra parte, las sociedades de especialistas se han embarcado en la tarea de elaborar *guías de práctica clínica*. El número de éstas ha crecido rápidamente en los últimos años, si bien la mayoría no cumplen los requisitos internacionales⁷ como para considerarse basadas en la mejor evidencia, sino que reflejan más bien la opinión de un grupo de expertos.

En general se puede decir que hasta ahora las actividades encaminadas a mejorar la calidad asistencial se han llevado a cabo de forma muy fragmentada y descoordinada, lo que ha limitado su éxito considerablemente, además de suponer un cierto derroche de recursos.

La *Ley de Modernización del Sistema Sanitario*, en vigor desde enero de este año, ha encomendado a los órganos corporativos de autogobierno el establecimiento de un "Instituto para la calidad y la eficiencia de la asistencia sanitaria". Según el legislador, la misión del Instituto es la de contribuir a la continua mejora de la calidad de la asistencia sanitaria mediante la

⁷Criterios de la colaboración AGREE para la lectura crítica de guías de práctica clínica.

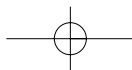


promoción de prácticas clínicas basadas en la evidencia científica. El modelo en el que se basará esta institución es el del *National Institute for Clinical Excellence (NICE)* británico. Inicialmente, el gobierno planeaba la creación de una agencia estatal subordinada directamente al Ministerio de Salud e independiente de los órganos de autogobierno. Sin embargo, como resultado del consenso con la oposición, necesario para lograr la aprobación de la ley, se decidió que el Instituto formará parte de los órganos de autogobierno, y que será financiado por éstos.

Para cumplir su misión el Instituto deberá realizar las siguientes funciones:

- Elaboración de informes de evaluación de tecnologías sanitarias y de revisiones sistemáticas de la literatura científica, que será una de sus tareas principales. El Instituto evaluará la evidencia disponible y la pondrá a disposición de los órganos de autogobierno que deberán ponderar dicha evidencia en su toma de decisiones, especialmente en lo referente al catálogo de prestaciones.
- Elaboración de dictámenes y recomendaciones respecto a cuestiones de calidad y eficiencia de las prestaciones del SSE: Con el fin de identificar ámbitos de la asistencia con déficit de calidad, el Instituto podrá llevar a cabo auditorías clínicas para evaluar el cumplimiento de estándares y la utilización apropiada de los recursos.
- Evaluación de las *guías de práctica clínica* ya existentes, así como elaboración de recomendaciones para el diseño de programas de atención integral (*disease management programmes*). Estos programas, de los que hasta ahora se han acreditado dos, cáncer de mama y diabetes, pretenden mejorar la coordinación inter e intrasectorial en la atención a determinadas patologías. En ellos, los proveedores participantes se comprometen a seguir guías de práctica clínica basadas en la evidencia. El Instituto deberá proveer la evidencia científica para elaborar los protocolos de actuación correspondientes.
- Evaluación de la efectividad de fármacos. Se deberá comparar la efectividad de nuevos fármacos con la de la terapia estándar. La idea original de evaluar, además, la relación coste-efectividad ha sido finalmente desechada.
- Información del público general. El Instituto deberá informar al público no profesional de forma comprensible sobre los resultados de su trabajo. Dicha información deberá ser elaborada de forma que los usuarios puedan utilizarla en su toma de decisiones para valorar los beneficios y riesgos de los procedimientos evaluados y la calidad de la asistencia.

Los temas a tratar por el "Instituto para la calidad y la eficiencia de la asistencia sanitaria" vendrán dados por las asociaciones corporativas. Tanto el Ministerio de Salud como representantes de los usuarios podrán solicitar el tratamiento de temas que consideren relevantes, si bien la decisión final de incluirlos en la agenda del Instituto recaerá en las asociaciones corporativas mencionadas.



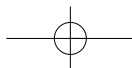
El Instituto ha creado grandes expectativas por su potencial de aunar los esfuerzos de mejora de la calidad y fomento de la eficiencia; pero, a la vez, ha generado un cierto rechazo en los sectores más conservadores de la profesión médica, que ven en él dirigismo estatal y un recorte de la libertad profesional.

¿Contención de costes, o un nuevo modelo de financiación?

La financiación paritaria por cuotas sobre el salario del SSE significa que cualquier incremento de las cuotas conlleva un encarecimiento de los costes del empleo, lo que a su vez dificulta el crecimiento y la competitividad de la economía alemana y, por ende, obstaculiza la creación de empleo. Siguiendo este razonamiento macroeconómico, los sucesivos gobiernos alemanes han concentrado sus esfuerzos en frenar el crecimiento de dichas cuotas, objetivo conocido como "estabilidad de la cuota"; es decir, que ésta no crezca más rápido que los ingresos sujetos a cotización. La cuota media se ha incrementado continuamente desde la década de los sesenta, cuando se situaba en un 8,5% del salario, hasta el nivel actual, próximo al 14,5% (tabla 1). Tradicionalmente, las causas de este aumento se han atribuido a una "explosión del gasto" motivada principalmente por el progresivo envejecimiento de la población alemana y por las innovaciones tecnológicas que encarecerían la asistencia médica. La transformación demográfica, con el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas y el consiguiente mayor consumo de recursos, sería el principal y directo responsable del aumento del gasto sanitario.

Esta percepción ha hecho que, para alcanzar la estabilidad de la cuota, el objetivo primordial de las reformas del sistema sanitario alemán llevadas a cabo desde finales de los 70 haya sido la contención del gasto sanitario. En 1977, siendo Canciller de la República Federal de Alemania el socialdemócrata Helmut Schmidt, al frente de una coalición de gobierno entre socialdemócratas y liberales, se aprobó la *Ley de Contención del Gasto del Seguro Estatutario*, con el objetivo de frenar el gasto sanitario creciente y, en especial, el del sector hospitalario; con ella se abría la era de contención de costes que se prolonga hasta nuestros días.

El espectro de medidas utilizadas desde entonces ha sido variado y su descripción detallada superaría los límites de este artículo. Entre ellas se incluyen la reforma de los mecanismos de remuneración, reducción en la oferta de asistencia, establecimiento de presupuestos cerrados, introducción y progresivo aumento de los copagos en diversos sectores (medicamentos, estancias hospitalarias, transporte), racionalización y recortes en el catálogo de prestaciones, introducción de elementos de mercado para fomentar la competencia entre fondos de enfermedad y entre proveedores con el fin de aumentar la eficiencia, y hasta medidas de emergencia como la congelación de los honorarios de los profesionales médicos y la congelación de la cuota por decreto (estas últimas decretadas para el año 2003).

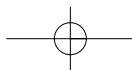


Es de reseñar que una de las tendencias más relevantes de los últimos años ha sido la creciente transferencia de los costes hacia el asegurado y el paciente, y la simultánea exoneración del empleador, pero no un ahorro en sentido estricto. Con la *Ley de Modernización del Seguro Estatutario*, en vigor desde enero del 2004, se ha dado un paso de gigante en esta dirección. Por un lado, se ha introducido un modelo de ticket moderador (sin antecedentes en un sistema caracterizado hasta ahora por el acceso libre a cualquier especialista), por el que los pacientes deberán pagar una tasa de 10 euros en la primera consulta ambulatoria de cada trimestre. Las consultas relacionadas con programas preventivos como el cribado del cáncer, así como toda la asistencia pediátrica, quedan eximidas del pago de dicha tasa. Por otra parte, se incrementa el nivel de todos los copagos ya existentes y se endurecen las condiciones de exención de los mismos. A partir de ahora todos los asegurados, incluidos los pensionistas o las personas que reciben subsidios sociales, están obligados a realizar copagos hasta el 2% de sus ingresos brutos anuales. Para "enfermos crónicos graves" el límite será el 1% de sus ingresos anuales. El gobierno federal ha transmitido a los órganos de autogestión del sistema la responsabilidad de definir qué pacientes deben ser considerados como enfermos crónicos graves y por lo tanto beneficiarse de menores niveles de copagos. La definición acordada a principios de año⁸ indica que deberán ser considerados enfermos crónicos graves todas aquellas personas que a causa de la misma enfermedad hagan uso de los servicios médicos una o más veces por trimestre a lo largo de por lo menos un año; y que, además, cumplan uno de los siguientes criterios: grado de minusvalía de más del 60%, o necesidad de asistencia domiciliaria o de tratamiento continuado sin los que la esperanza y/o la calidad de vida del paciente se verían seriamente amenazadas.

El sistema sanitario alemán parece, además, despedirse del tradicional principio de financiación paritaria de la cuota del Seguro Sanitario Estatutario, establecido en el año 1949. En primer lugar, se crea un nuevo seguro adicional obligatorio para cubrir la prestación protésica dental, que a partir de 2005 queda excluida del catálogo de prestaciones del SSE. Este seguro dental será financiado exclusivamente por el asalariado. En segundo lugar, y a partir del año 2006, la financiación del subsidio de enfermedad se asumirá exclusivamente por el asalariado. La suma de estas dos medidas supondrá una redistribución considerable en la financiación de la cuota del SSE en detrimento de los asalariados, que se verán obligados a asumir el 54% de dicha carga, mientras que los empleadores reducirán su contribución al 46%.

Pero, si se considera el porcentaje del producto interior bruto (PIB), se puede ver que la aparente explosión de costes de hecho no ha existido. Desde 1975 hasta 1990 el gasto se mantuvo constante en torno al 9% del PIB. A principios de los 90 se produjo un aumento, princi-

⁸La definición presentada inicialmente establecía dos visitas ambulatorias por trimestre, así como al menos dos ingresos en los dos últimos años a causa de la misma enfermedad, y un grado de minusvalía del 70%. Esta regulación fue rechazada por el Ministerio de Salud y Seguridad Social por considerarla demasiado estricta.



■ *Alemania: calidad y financiación de la asistencia en crisis*

palmente a consecuencia de la Reunificación, hasta alcanzar alrededor del 10,5%, y en torno al que se mantiene desde entonces.

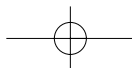
Actualmente, se ha reconocido que al problema del aumento del gasto, que no ha sido tan explosivo como se creía, se suma el progresivo estrechamiento de la base financiera del SSE. La pérdida de ingresos del Sistema se debe a que las cuotas se aplican sólo sobre el salario; de ahí que, el aumento del desempleo, que ha pasado desde el 1,3% de la población activa en 1969 a más del 12% en febrero de 2004, haya significado una notoria disminución de ingresos para el SSE. Por otra parte, la reducción de la proporción del PIB dedicada a salarios implica que, a pesar de crecer el PIB, una proporción cada vez menor del mismo se invierte en la financiación del SSE. Algunos componentes importantes del PIB, como los crecientes beneficios empresariales, no contribuyen en nada a la financiación del SSE.

El reconocimiento de que tanto el aumento del gasto sanitario como la disminución de los ingresos del SSE están en el origen del aumento acelerado de las cuotas, han llevado a un replanteamiento del modelo de financiación. En el propio borrador de la citada *Ley de Modernización* se reconoce que la verdadera reforma pendiente es la del modelo de financiación del sistema. El debate actual se centra, por lo tanto, en las opciones que permitan alcanzar una financiación sostenible que garantice la supervivencia de los distintos pilares del estado de bienestar alemán y que, a la vez, no interfiera con los objetivos de crecimiento económico y consolidación presupuestaria manifestados por el Canciller Gerhard Schröder en la presentación del paquete de reformas del gobierno roji-verde conocido como *Agenda 2010*.

En lo que respecta al SSE, se barajan dos alternativas propuestas por una comisión de expertos nombrada para asesorar al Ministerio de Salud y Seguridad Social, cuyas filosofías subyacentes difieren considerablemente: un modelo de *Seguro Nacional Obligatorio* y un modelo de *Seguro Estatutario de Prima Unitaria*.

El *Seguro Nacional Obligatorio* tiene como objetivo principal aumentar la base financiera del sistema. Se eliminaría la posibilidad de liberarse del mismo, englobando a toda la población, independientemente de sus ingresos, y obligando a participar en la financiación del SSE al segmento más rico de la población. De esta forma, la población que actualmente tiene un seguro sanitario privado pasaría a cotizar al SSE. Las aseguradoras privadas podrían ofrecer seguros complementarios para prestaciones no vitales. Las cuotas al seguro nacional se calcularían en relación a los ingresos totales, es decir se tendrían en cuenta no sólo los ingresos salariales, sino también otros tipos de ingresos como, por ejemplo, los derivados del rendimiento de capitales o de alquileres. Esta es una de las novedades más relevantes de esta propuesta, que ha sido muy criticada por sus detractores al conllevar la asunción de funciones fiscales por parte de los Fondos de Enfermedad. La cotización proporcional a los ingresos mantendría el componente redistributivo en la financiación del sistema sanitario, hecho relevante para satisfacer los objetivos de equidad de los sistemas de salud, reconocidos a nivel internacional.

La otra opción, el *Seguro Estatutario de Prima Unitaria*, tiene como principal objetivo desligar totalmente la cotización al SSE de los costes del empleo. Para ello se establecería una prima



unificada por adulto asegurado independiente de sus ingresos, es decir, una especie de tarifa plana (se baraja una suma de 210 euros mensuales). Con esto, el SSE perdería su componente de redistribución de la riqueza. El Estado asumiría esta función mediante subvenciones a personas económicamente más débiles, y el empleador quedaría totalmente liberado de su contribución a la financiación del sistema. El seguro privado continuaría existiendo en su forma actual, pues se mantendría la posibilidad de liberarse del SSE para los salarios más elevados.

Entre los principales partidos alemanes existe un cierto consenso respecto a la necesidad de reformar el modelo de financiación a corto plazo. Tanto Socialdemócratas como Verdes abogan por el modelo de seguro nacional. Los Conservadores de la Unión Cristiano Demócrata (CDU) se inclinan, en cambio, por un modelo de tarifa plana. Por el contrario, la Unión Social Cristiana (CSU), el partido hermano de la CDU en Baviera, se opone al sistema de prima única y parece favorecer más el modelo de seguro nacional.

Comentario final

El ejemplo de Alemania revela las debilidades de un sistema en el que no existe una coordinación central de la asistencia sanitaria basándose en objetivos de salud.

A pesar de disponer de una importante cantidad de recursos, actualmente cerca del 10,5% del PIB, la descoordinación de la asistencia y la falta de una estrategia de salud explícita hacen que la calidad de los resultados no sea suficientemente satisfactoria. Los pasos dados hasta ahora hacia la mejora de la calidad han adolecido de la fragmentación típica del sistema, y por tanto han visto mermada su efectividad.

La reforma de la financiación del sistema, cuyo objetivo primordial es de carácter económico, deberá acompañarse de estrategias para mejorar la coordinación y cooperación entre sectores y actores, con el fin de alcanzar una utilización verdaderamente efectiva de los recursos invertidos.

Bibliografía recomendada

- Busse R, Riesberg A. Health care systems in transition- Germany. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, 2000 (disponible en www.observatory.dk).
- Gericke CA, Wismar M, Busse R. Cost-sharing in the German health care system. Diskussionspapier 2004/4, Technische Universität Berlin, Fakultät Wirtschaft und Management, Berlin, 2004. (<http://www.wtu-berlin.de/diskussionspapiere/dp04-2004.pdf>).
- Perleth M. Denkfabrik für Profis und Patienten. *Gesundheit-Gesellschaft* 2004;7(1):30-35.
- Riesberg A, Busse R. Cost-shifting (and modernization) in German health care. *EuroObserver* 2003;5(4):4-5 (disponible en www.observatory.dk).
- Wörz M, Wismar M. What is green health care policy. *Int J Health Services* 2001;31:847-867.