

DERECHO Y VIDA

ius et vita

ISSN 1692-6455

Febrero de 2013, número xcVIII

Reestructuración del NHS inglés y sus principales consecuencias

Angélica María León Martínez*

Introducción

En un continente donde la recesión económica ha sido la constante de los últimos años, hablar de fuertes modificaciones a los sistema de salud despierta gran inquietud, específicamente en el caso del *National Health Service* inglés, que no se limita a ser la entidad por medio de la cual se prestan los servicios de salud sino que representa el espíritu de un país, además de ser un modelo internacional. Por esto consideramos pertinente hacer un análisis de los aspectos tanto positivos como negativos de la reciente reforma al sistema de salud inglés realizada por medio del Health and Social Care Act 2012.

1. Orígenes y antiguo funcionamiento

El sistema de salud inglés (*National Health Service*) reconocido por su modelo centralizado de financiación pública proveniente de impuestos tiene su origen en el *National Health Act* de 1946. Este sistema fue oficialmente constituido en 1948, por iniciativa del ministro de la época ANEURIN BEVAN, con el objetivo de armonizar los diferentes servicios de salud que venían prestándose de manera desagregada y, esencialmente, como respuesta a la gran demanda de servicios de salud que se generó después de la Segunda Guerra Mundial¹.

La financiación, fundamentalmente pública del NHS por medio de impuestos, no solo permitió desarrollar un sistema con acceso universal exento de pago en el momento de recibir los servicios *free of charge/delivery point*², sino que también logró llevar a la praxis el anhelado principio de solidaridad, pues los gastos de sostenimiento del sistema son cubiertos en un 80% por los contribuyentes de acuerdo con su nivel de ingresos³.

Actualmente, el NHS es una de las empresas más grandes del mundo y sin duda la más influyente en la economía del Reino Unido; su

* Abogada de la Universidad Externado de Colombia, especialista en Derecho médico de la misma Universidad. Actualmente realiza un LLM en Derecho Médico en Queen Mary, University of London.

1. EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS. *Health Care Systems in Transition*. London School of Economics and Political Science. United Kingdom 1999, p. 4.

2. *Ibid.*, p. 5.

3. Otros ingresos del sistema se generan por el pago que se hace por algunos servicios (*prescription charging*), por ejemplo, en el servicio de odontología se cobra por algunos tratamientos e igualmente existen algunos recargos para los extranjeros: “**Prescription charging**: In England, eligible patients pay a prescription charge of £7.20 per item (or alternatively ‘subscription’-type charges). Wales, Scotland and Northern Ireland have abolished prescription charging. In 2010/11, England raised £450m through the prescription charge (0.5% of the NHS resource budget). **Dental Charging**: All the devolved administrations charge for NHS

presupuesto representa un poco más de 7% del PIB del país. Además, es un sistema de clase mundial que cuenta con los profesionales de la salud más capacitados y los servidores públicos de mayor reconocimiento en el Reino Unido⁴.

Desde 1948, y hasta antes de la reforma aprobada en el 2012, “National and social Act 2012”, la administración del sistema era esencialmente pública; en el nivel de mayor jerarquía se encontraba el Departamento de Salud (*Department of Health*) que, bajo la dirección del secretario de Salud (*Secretary of State for Health*), representaba el nivel político, en el que tradicionalmente se desarrollaban y controlaban las políticas nacionales relacionadas con la salud⁵ (imagen 1). En el segundo nivel estaban las diez Autoridades Estratégicas para la Salud

(*Strategic Health Authorities*) que se distribuían territorialmente y cuya principal labor consistía en armonizar las políticas nacionales de salud con las necesidades locales. Asimismo, estos diez organismos debían garantizar el progreso de la salud en cada uno de los territorios donde eran competentes, asegurar el acceso a los servicios de salud, así como la calidad en la atención de los usuarios.

En el tercer nivel del antiguo sistema se encontraban los organismos de mayor trascendencia, reconocidos como los Enclaves de Salud Primaria (*Primary Care Trust*), que actuaban en nombre del Departamento de Salud y eran los responsables de satisfacer las necesidades de atención de la salud de todos los habitantes en el territorio de su competencia⁷. Alrededor del

80%⁸ de los fondos del NHS (£ 89bn en 2011/12) eran asignados a los 151 *Primary Care Trusts (PCT)*, cuya principal función era la contratación de los servicios de salud, de acuerdo con las políticas trazadas por el gobierno, y que trataban de satisfacer las necesidades locales⁹.

La distribución de fondos entre los PCT a los hospitales del NHS y otros proveedores se realizaba por medio de contratos o por un sistema conocido como pago por resultados, en el que se establece una “tarifa” basada en el promedio nacional de costos de cada tipo de tratamiento¹⁰.

2. Introducción del White Paper

Como lo hemos dicho, el sistema de salud del Reino Unido se desarrollaba como un sistema eminentemente público y solidario, pero con una organización demasiado descentralizada. Durante muchos años la estructura analizada funcionó con éxito, pero desde hace poco tiempo el NHS ha mostrado una actividad de baja eficiencia en diferentes especialidades de la salud, así como en su cobertura. Asimismo, los estudios más recientes mostraron que el sistema se había burocratizado al punto que el paciente no era el centro del servicio sino que se encontraba sometido a los diferentes niveles y procesos que debía superar antes de recibir los servicios de salud correspondientes¹¹.

Por otra parte, diferentes factores han incrementado los costos (imágenes 2 y 3) en la prestación de servicios de salud: crecimiento demográfico de la población del Reino Unido (generado esencialmente por el fenómeno migratorio), prolongación del tiempo de vida de los pacientes por medio de tratamientos muy costosos para el sistema y, por último, dado el avance tecnológico de la sociedad en general y de algunos sistemas de salud a nivel comparado, se ha venido exigiendo la modernización de la infraestructura y de los servicios de acuerdo con los estándares internacionales de calidad¹².



Imagen 1⁶

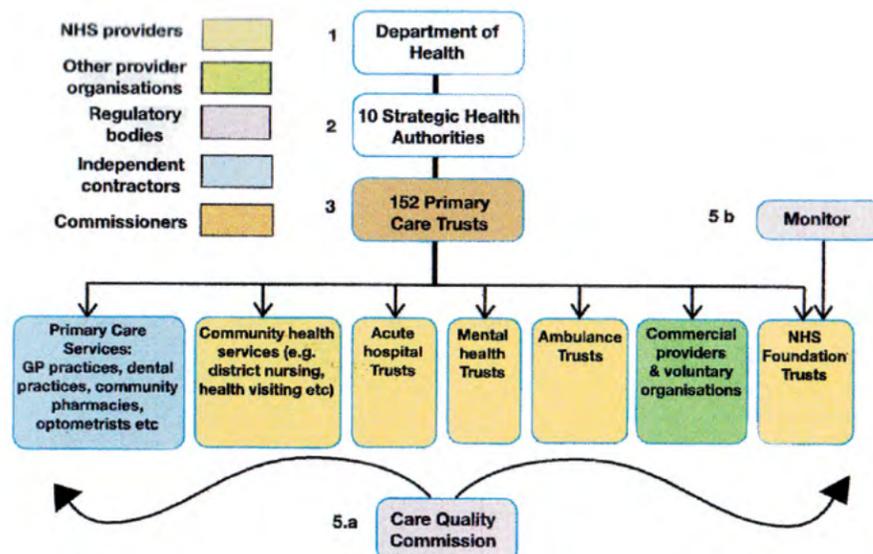
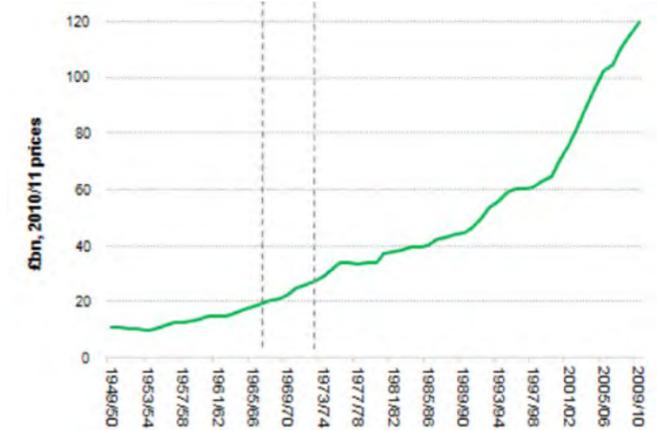


Imagen 2¹³



General government expenditure on UK Health Services: 1950/51 to 2010/11

dental treatment (although exemptions differ). In England, patients pay between £17.50 and £209 depending on the complexity of work performed.² In Wales, the range is £12 to £177. In Northern Ireland, patients pay 80% of the cost of treatment, up to £384; Scotland operates a similar system. Income raised through dental charges amounted to £614.3m in England in 2009/10; in Wales, the figure was £27.3m. **Other sources of income:** Other, less significant sources of income are earned, for example, through charging overseas visitors and their insurers for the cost of NHS treatment. Hospitals can also raise revenue through car parking charges, patient telephone services etc. In addition, NHS Trusts can earn income through treating patients privately: in England, NHS Trusts generate 0.6%³: RACHAEL HARKER. *NHS funding and expenditure*, House of Commons Library, London-United Kingdom, abril 2012, p. 8.

4. “As the White Paper said, at its best, the NHS is world class. The people who work in the NHS are among the most talented in the world, and some of the most dedicated public servants in the country”. Department of Health (2011). *Health and Social Care Bill 2011, Coordinating document for the Impact Assessments and Equality Analysis*, London-United Kingdom. 2012, p. 7. Disponible en: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsLegislation/DH_123583 (consultado el 15 de septiembre 2012).

5. European Observatory on Health Care Systems. Ob. cit., p. 21.

6. The Structure of the NHS – from Junior Doctor’s Guide to the NHS (NHS, 2009). Disponible en: <http://jerome23.wordpress.com/2010/07/13/the-structure-of-the-nhs>. (consultado el 15 de septiembre 2012).

7. ALLYSON M. POLLOCK, DAVID PRICE, PETER RODERICK, TIM TREUHERZ, DAVID MCCOY, MARTIN MCKEE, LUCY REYNOLDS. *How the Health and Social Care Bill 2011 would end entitlement to comprehensive health care in England*, *TheLancet.com*, vol. 379, febrero 4, 2012, p. 1.

8. El restante 20% del presupuesto del NHS comprende los gastos de capital y los fondos distribuidos para ejecutar programas a nivel regional y nacional.

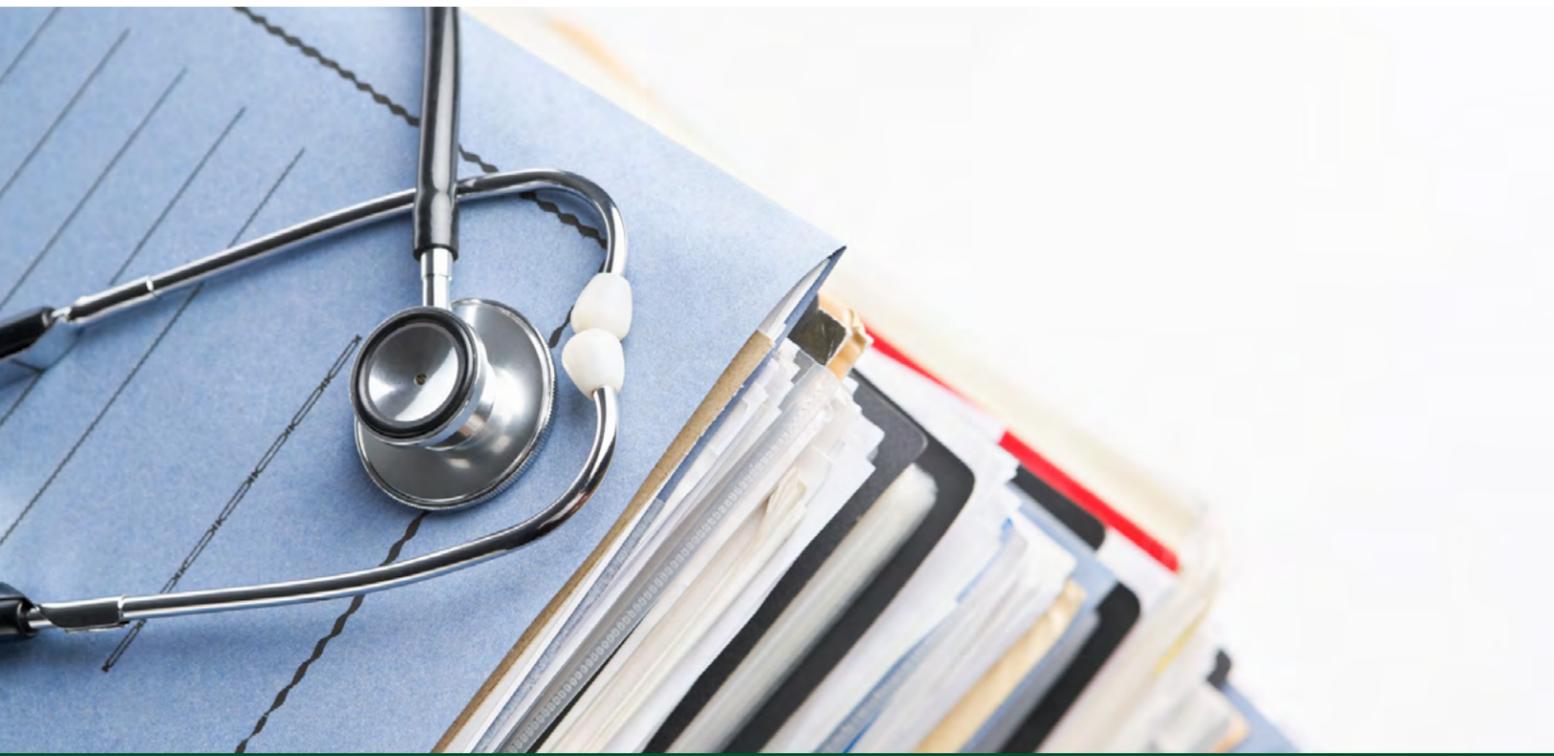
9. *NHS funding and expenditure*. House of Commons Library. London-United Kingdom, abril 2012, p. 8.

10. *Ibid.*

11. Department of Health (2011). Ob. cit., 7.

12. “At the same time demand is increasing due to demographic pressures, public expectations and medical advances” (art 2,89). “Medical advances and new technology – commentators in the US have estimated that approximately half of the growth in health spending is due to technological change, which tends to both lower thresholds for treatment and increase the capacity for more intensive interventions (though it is difficult to disentangle this effect from rising patient expectations)”, Department of Health (2011). Ob. cit., 8.

13. RACHAEL HARKER. *NHS funding and expenditure*, House of Commons Library, London-United Kingdom, abril 2012, p. 4.



en general²⁸, excepcionalmente en el sistema legal inglés, el Primer Ministro decidió suspender el trámite legislativo el 4 de abril de 2011, con el objetivo de escuchar (*listening exercise*) los diferentes sectores que se oponían a la reforma.

Algunas modificaciones útiles fueron introducidas al proyecto²⁹ como resultado del proceso de escucha y de las deliberaciones parlamentarias, pero sus principales propuestas se mantuvieron. Transcurrido

un mes se decidió continuar con el trámite legislativo; el proyecto fue aprobado en su tercera lectura en la Cámara de los Comunes por 316 votos a favor y 251 en contra. Posteriormente se desarrolló similar trámite en la Cámara de los Lores, hasta que finalmente el 19 de marzo del 2012 fue aprobado por esta Cámara y recibió sanción real el 27 de marzo del 2012, convirtiéndose de esta manera en ley *Health and Social Care Act 2012*³⁰.

4. Modificaciones sustanciales de la reforma

Las modificaciones que se propusieron y aprobaron por medio del *Health and Social Care Act 2012* se fundamentan en la necesidad de reforzar el rol del paciente como verdadero pilar del sistema británico de seguridad social en salud, razón por lo cual se otorgó un papel activo en la prestación de los servicios y se enfatizó en la necesidad de proporcionar no solo el servicio de salud sino un servicio de alta calidad.

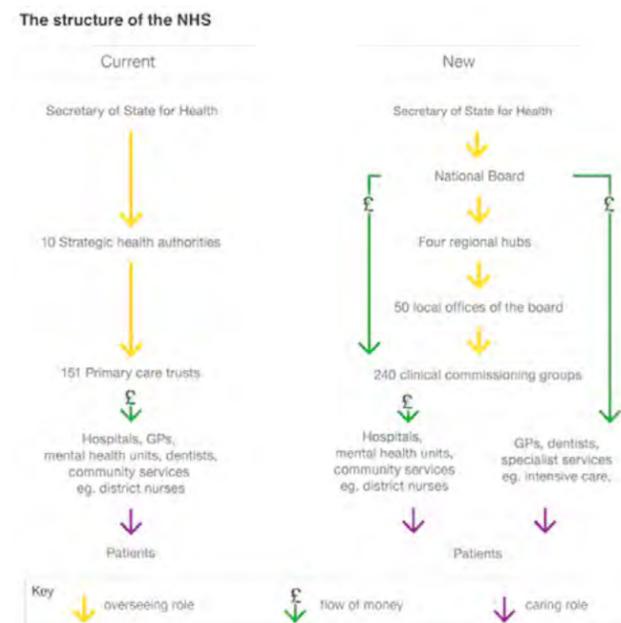
Bajo este panorama, y con el claro objetivo de eliminar la burocracia que se había venido adueñando del sistema en las últimas décadas, una de las principales reformas fue la eliminación de las *Strategic Health Authorities* (SHA) y los *Primary Care Trusts* (PCT). Una vez ejecutada esta reestructuración, se cree que se logrará reducir considerablemente la burocracia en el sistema y se reducirán los costos de manejo del mismo en un 45%, para lograr, de esta manera, la meta de ahorro programado para los siguientes cuatro años³¹.

Con la reforma el NHS deja de ser un sistema dirigido y controlado por el Departamento de Salud y el secretario de Salud, para dar lugar a un sistema altamente discrecional, caracterizado por la elección y la competencia, dentro del cual la prestación del servicio de salud tiende a estar regido más por reglas y principios del derecho privado.

En síntesis, los principales cambios al NHS introducidos por la reforma fueron (gráfica 2): Primero, la creación de una junta independiente *National Board* cuya labor principal es asignar recursos del presupuesto nacional destinado a la salud y orientar la utilización que se haga de estos recursos. Segundo, se eliminan las *Strategic Health Authorities* (SHA) y los *Primary Care Trusts* (PCT) y se dispone que los GP deberán agruparse en *Clinical Commissioning Groups* con el objetivo de comisionar los servicios de salud. Tercero, se fortalece el rol que venía desarrollando la *Care*

Quality Commission y finalmente se convirtieron los *Foundations Trust* del anterior sistema en un regulador económico.

Imagen 5³²



Una vez comprendido el esquema general del nuevo sistema, se pretenden analizar las ventajas y desventajas de los cambios que generaron mayor controversia, como lo son: La creación de la *National Health Service Commissioning Board* (*National Board*) y los *Clinical Commissioning Groups* (CCG), el rol del nuevo regulador económico del NHS, y, finalmente, el establecimiento de la competencia como uno de los pilares del sistema.

1. La *National Health Service Commissioning Board*

Su principal función será supervisar los *Clinical Commissioning Groups*, controlar que los servicios prestados por éstos cumplan los estándares de calidad, la promoción del paciente

28. “The British Medical Association (BMA) said on Thursday that the relationship between family doctors and patients would suffer irreparable damage and that the reforms would be “irreversibly damaging to the NHS” (...). The BMA denounced the health and social care bill as “complex, incoherent and not fit for purpose, and almost impossible to implement successfully, given widespread opposition across the NHS workforce” <http://www.guardian.co.uk/politics/2012/mar/01/nhs-reform-bill-incoherent-doctors>. “Opposition is unprecedented as the government scrapes around for support from insignificant medical groups, most with commercial links. The BMA tends to oppose change, from Nye Bevan to Ken Clarke and Blair. But it’s remarkable that so many royal colleges are opposed, even the Royal College of GPs, supposed to be a beneficiary. Editors of the three medical journals object. The health select committee, dominated by coalition MPs, issues dire warnings” <http://www.guardian.co.uk/commentisfree/2012/feb/06/nhs-bill-finish-cameron-ideology>. “The defiant tone was set at the start of Save our NHS rally at Westminster’s central hall when the crowd gave a noisy standing ovation to June Hautot, the veteran NHS campaigner who made headlines last month when she cornered Andrew Lansley as he tried to get into Downing Street for the prime minister’s NHS summit, from which most key medical organisations were excluded (...) Thousands of nurses, midwives, doctors, physiotherapists, cleaners, porters and other NHS workers were thought to have attended the rally, with marches from the headquarters of the British Medical Association near Euston and St Thomas’s hospital in south London converging on Westminster”. <http://www.guardian.co.uk/society/2012/mar/07/save-nhs-rally-health-bill>.

29. “Since the Bill was originally introduced in January 2011, there have been changes made to it as a result of both Commons Committee and as a result of the NHS Future Forum report. Among the key changes set out in the Government response to the Future Forum report are that: GP consortia will now be called “clinical commissioning groups”, and will have governing bodies with at least one nurse, one specialist doctor and lay members. -where a clinical commissioning group is ready and willing, it will take on commissioning responsibility from April 2013; if it is not ready by that date, the local arms of the NHS Commissioning Board will commission on its behalf. -Commissioners will be supported by clinical networks and clinical senates, both hosted by the NHS Commissioning Board. -there will be clearer duties across the system to involve patients, the public and carers; -Foundation trusts will have public board meetings. Health and wellbeing boards will have a stronger role in local councils. -Monitor’s core duty will be to protect and promote the interests of patients not to promote competition as if it were an end in itself...” (art. 1,13)

30. United Kingdom Parliament. <http://services.parliament.uk/bills/2010-11/healthandsocialcare.html>. (consultado: 23 de septiembre de 2012).

31. Department of Health (2011).Op. cit., p. 9.

32. BBC News. <http://www.bbc.co.uk/news/health-12177084> (Consultado: septiembre 6, 2012). Debe aclararse que la gráfica fue realizada mientras se le daba trámite legislativo a la reforma, por lo tanto, el *current sistem* hace referencia al sistema que existía antes de la aprobación del *National and social Act 2012*.

y la libertad de los mismos para ser parte activa de las decisiones relevantes en su proceso de atención y tratamiento.

Igualmente, la *National Board* es el organismo encargado de promover y soportar el proceso de transformación de los GP en *Commissioning Groups*³³, pero solo autorizará el tránsito de estas entidades cuando considere que los actuales GP se encuentran listos para asumir sus nuevas funciones como *Commission consortia*³⁴; si para abril del 2013, plazo máximo establecido para que todos los GP se transformen, algunas de estas entidades no se encuentran preparadas para la transformación, los servicios se prestarán de manera conjunta por la *Comission Board* y el correspondiente GP.

Por último, se estableció que los *Clinical Groups* no podían prestar todos los servicios de salud, así que algunos servicios especiales (por ejemplo, odontología, farmacia, servicios de atención primaria y servicios oftalmológicos especializados) fueron asignados directamente a la *National Health Service Commissioning Board*³⁵.

Bajo esta nueva perspectiva del sistema, la *National Health Service Commissioning Board* es la encargada de evitar la interferencia política, pues se dispuso que los miembros ejercerán sus funciones con una alta discrecional y sin el directo control del secretario de Salud del Estado, lo cual sin duda genera una primera barrera en el deber del secretario de Salud y del Gobierno en general de proveer o asegurar la prestación de un servicio de salud³⁶.

2. Los *Comissioning Clinical Groups*

Tradicionalmente, las entidades encargadas de contratar los servicios de salud (*Primary Care Trust*) no tenían un contacto directo con los pacientes, de ahí que las decisiones se tomaban generalmente sin tener en cuenta a los usuarios, y

los profesionales que participaban, en la mayoría de los casos, no tenían conocimiento de sus necesidades y aspiraciones.

Se determinó que las decisiones debían ser acordadas previo estudio de las reales carencias y aspiraciones de los pacientes, para tal caso debían proporcionar verdaderos canales de información a los usuarios, y de esta manera ponerlos en el centro de la prestación de los servicios con el objetivo de lograr una atención integral por parte de los prestadores y una potencial reducción en los costos generados por el NHS³⁷.

Los *Comissioning Clinical Groups* no son otra cosa que los tradicionales GP pero transformados estructuralmente. Ahora cuentan con la capacidad técnica y administrativa para manejar las asignaciones presupuestales de la *National Health Service Commissioning Board*, y asimismo puedan contratar los servicios con los proveedores tanto públicos como privados.

Además, la reforma complementó las funciones de los CCG con la creación de las entidades locales *Health Watch* para dar a las comunidades una voz más fuerte, pues estos garantizarán que los puntos de vista de los pacientes y los reclamos de los mismos sean conocidos por los comisionados e igualmente deberán asesorar a los usuarios en la toma de decisiones con relación a los servicios de salud y atención médica³⁸.

Este fortalecimiento de las autoridades locales mejorará teóricamente la coordinación estratégica entre el servicio de salud y el bienestar de la correspondiente localidad, pues se estableció en la reforma que una vez se hayan determinado las necesidades particulares de su comunidad deberá desarrollarse una estrategia de salud pública y bienestar para el área. Así, este tema igualmente descentralizado pondrá como principales promotores de las políticas en salud pública los *Clinical Commissioning Groups*.



Resulta inoficioso negar que bajo este nuevo rol que será asumido por las autoridades locales se podrán democratizar las decisiones que se tomen en el NHS, dándole una mayor legitimidad al sistema. Sin embargo, son múltiples las críticas y desventajas que se han venido percibiendo en relación con esta nueva iniciativa.

Como primera medida, bajo el anterior sistema, el secretario de Salud tenía el deber de seguir promoviendo un servicio integral de salud gratuita, y bajo ninguna circunstancia podía hacer caso omiso de ese deber³⁹. No obstante, el artículo 12 de la reforma transfiere la mayoría de las potestades del Departamento de Salud a los *Clinical Commissioning Groups* los que, a diferencia de los antiguos PCT, actuarán con alta discrecionalidad y sin un control político directo por parte del Departamento de Salud.

Por consiguiente, debido a la gran autonomía tanto económica como política de la que fueron investidos los CCG, y al nuevo enfoque competitivo del sistema, el deber de prestar un servicio de salud público de cobertura universal en el Reino Unido comenzó a distorsionarse.

Además, el deber de organizar la prestación de los servicios de salud se impone a cada uno de los CCG pero estos no tendrán el deber de promover un servicio integral de salud gratuita⁴⁰, pues la nueva regulación otorga a los *Clinica Comissioning Groups* la potestad de seleccionar a los pacientes sobre la base de las listas otorgadas por los médicos generales.

Aunque el Gobierno expresó que su principal intención es “reforzar” el deber primordial de promover un servicio integral de salud, la creación de múltiples organismos locales con una alta independencia del Departamento de Salud (cuyo número permanece indeterminado), si bien tiene el beneficio de democratizar las decisiones a través de una participación directa con los pacientes, se corre un alto riesgo que el NHS pierda su integralidad, pues los diferentes servicios de salud serán prestados de manera desagregada y de acuerdo con las necesidades de los usuarios de cada localidad, pero en ausencia de un fuerte marco central común.

Asimismo, la segregación del sistema puede generar efectos económicos devastadores, pues una de las principales razones por la que los servicios

33. ASTHANA SHEENA. Ob. cit., p. 816.

34. Department of Health (2011). Ob. cit., p. 11. “The road map to authorisation is based on a phased approach. It is proposed that the first phase is a risk assessment of the proposed ‘configuration’ of a CCG. The second would be the ‘development path’ – the period during which emerging CCGs can gain experience and continue to build up a track record. The final stage is the full ‘authorisation process’ where CCGs will need to apply to the NHS Commissioning Board to be established and authorised”. Department of Health. “Developing clinical commissioning groups: Towards authorisation”. London, United Kingdom. 30 Sep 2011. Disponible en: <http://www.dh.gov.uk/health/2011/09/developing-clinical-commissioning-group-authorisation/>. (consultado: 10 de septiembre de 2012).

35. Department of Health (2011). Ob. cit., p. 11.

36. ALLYSON M. POLLOCK (otros). Ob. cit., p. 1.

37. Department of Health. Ob. cit., p. 10.

38. Department of Health. Ob. cit., p. 12.

39. ALLYSON M. POLLOCK (otros). Ob. cit., p. 3.

40. *Ibid.*

de salud son prestados de manera sistemática es la distribución del riesgo. Normalmente los sistemas de salud pretenden crear un balance entre las personas que son económicamente productivas, saludables y, por lo tanto, pueden contribuir al sistema por medio de su fuerza de trabajo, y las personas como los niños y adultos mayores quienes tienen mayor riesgo en su estado de salud y por lo mismo tienen mayor riesgo de usar continuamente el sistema. No obstante, en el nuevo sistema la división e independencia de cada una de las entidades locales es tan fuerte que se teme por la unidad no solo sistemática sino económica, con lo que se pondría en alto riesgo el equilibrio explicado con anterioridad: “thus, the establishment of as many as 600 consortia would expose the health system to undue budgetary risk”⁴¹.

De igual manera, varios sectores de oposición afirmaron que los GP son centros esencialmente médicos, que no cuentan con la suficiente experiencia en asuntos económicos y administrativos como para que el 80% del presupuesto del NHS les sea traspasado con el objetivo de contratar los servicios; por más que estos deban seguir un proceso para que la *Commission Board* los acredite como *Clinical Commission Groups*, se duda de la capacidad de estos para manejar dicho presupuesto, pues finalmente bajo la nueva estructura ellos continuarán siendo un equipo de profesionales de la salud.

3. Competencia

Aunque el Sistema Nacional de Salud (NHS) en el Reino Unido sigue siendo ampliamente reconocido por su financiación mediante ingresos públicos, las últimas décadas han sido testigos de la constante exposición del NHS a los principios del mercado. La nueva reforma siguió esta corriente y dispuso que los proveedores deberían convertirse en *Foundation Trusts* y competir con otros proveedores del sector privado o voluntario⁴².

Bajo el antiguo sistema eran mínimos los incentivos dados a los proveedores para que respondieran a

las principales necesidades y expectativas de los pacientes, o para que incrementaran la calidad de sus servicios, en parte debido a que no se promovía la eficiencia o la calidad a su máximo potencial, esencialmente por la falta de información acerca de los diferentes proveedores que podían utilizar los médicos, pacientes y el público en general, creando así la idea de que los usuarios no tienen opción. Este fenómeno estimuló una acentuada inactividad por parte de los proveedores quienes tenían igual o mayor número de usuarios anualmente sin realizar ningún esfuerzo por mejorar la calidad del servicio prestado⁴³.

Por lo anterior, la reforma propuso reorganizar el sistema con la idea de mantener un control en la calidad y en la regulación económica, desarrollando un sistema de concesiones y pago por resultados, superando el manejo fundamentalmente nacional y regional del antiguo NHS⁴⁴.

Se dio por sentado que por medio del incentivo de la competencia económica en un sistema de salud se garantiza realmente el derecho de elección de los pacientes y se aumentan los estándares de calidad y eficiencia⁴⁵. Sin duda, cuando no se tiene el monopolio como proveedor público de servicios y existe conciencia sobre la necesidad de competir con diferentes proveedores, provenientes incluso de sectores más fuertes como el privado, la calidad de los servicios ofrecidos por los mismos tendrá que mejorar para subsistir dentro del sistema.

Con el objetivo de controlar la competencia en el sector se estableció que el *Foundation Trust Regulator Monitor* se convertiría en un regulador económico para controlar las prácticas anticompetitivas del mercado y vigilaría los precios que se pagan a los proveedores. Paralelo al *Monitor* regulador económico se dispuso que actuaría la *Care Quality Commission* que tendría a cargo el licenciamiento de los proveedores y la inspección de los servicios prestados por los mismos⁴⁶.

El *Monitor* económico se presenta como un organismo independiente de la Secretaría de Estado de Salud, y tendrá que supervisar los prestadores (públicos y privados) en el nuevo sistema. Sin embargo, no tiene la obligación de promover un servicio integral, una consideración crucial dado que sus decisiones sobre el alcance de la competencia afectarán la viabilidad financiera de los servicios locales. En un movimiento paralelo los hospitales del NHS que antes de la reforma recibían la mayor parte de su financiación de fuentes del NHS serán libres de obtener casi la mitad de sus ingresos de pacientes privados⁴⁷.

En síntesis, como en un sistema de salud la competencia no puede ser un fin en sí mismo, el papel del *Monitor* es promover y proteger los intereses de los pacientes mediante la promoción de la rentabilidad y la calidad en la prestación de los servicios, más que un deber de “promover” la competencia de manera proactiva. Es decir, el *Monitor* tiene poderes para hacer frente a los abusos y las restricciones a la competencia que actúan contra los intereses de los pacientes⁴⁸.

No obstante, se podría decir que la introducción de factores de competencia en el *National Health Service* en el Reino Unido fue, sin duda, uno de los temas más controvertidos de la reforma; principalmente porque para la gran mayoría de los opositores esto significará la desaparición del pilar fundamental del NHS como un sistema público de cobertura universal, para pasar a un sistema gobernado por leyes y principios de competencia privada, y cada vez más cercano al sistema estadounidense de salud. Cuando se adopta la competencia de mercado, las leyes que regularán el sistema serán esencialmente las de la oferta y la demanda así como los principios del derecho de la competencia, el cual fundamentalmente pretende la limitación

de intervención de los poderes gubernamentales, tendiendo siempre a la privatización de la prestación de los servicios de salud.

Además, la idea de establecer la competencia como la clave para incrementar la calidad de los servicios sin un incremento en los costos, se torna débil pues no existe mayor reducción en los costos de la que se genera cuando tanto administradores como proveedores son de origen público, pues esta relación claramente genera un costo de transacción menor⁴⁹.

Conclusión

Se considera que los cambios introducidos transforman los pilares del NHS; indiscutiblemente bajo la nueva regulación la noción del sistema ha cambiado tanto para los habitantes del Reino Unido como para los funcionarios del NHS, pues las políticas de administración, de acceso público, solidaridad y cobertura universal probablemente pasarán a ser parte de la historia del NHS.

Resulta prematuro evaluar el impacto que esta reforma tendrá, especialmente con relación a los aspectos negativos, pero la segmentación del sistema, los factores de competencia, los nuevos administradores sin la suficiente experticia en políticas públicas y administración parecen ser una realidad en el Sistema de Salud del Reino Unido. La reforma se imponía, pues existía una clara necesidad de involucrar más al paciente, reducir costos, de manera especial los generados por la excesiva burocracia, la modernización de la infraestructura, pero se considera que los anteriores no son argumentos suficientes para realizar una completa reestructuración del sistema sacrificando las principales nociones que hicieron del *National Health Service* un modelo mundial; existían medios más eficaces y menos lesivos.

41. ASTHANA SHEENA. Ob. cit., p. 818.

42. Ibid., 815.

43. Department of Health. Ob. cit., p. 8.

44. “Control based on quality and economic regulation, commissioning and payments by results, rather than national and regional management” (Department of Health, 2010, 44).

45. ASTHANA SHEENA. Ob. cit., p. 817.

46. Ibid., p. 815.

47. ALLYSON M. POLLOCK (otros). Ob. cit., p. 2.

48. Department of Health. Op. cit., p. 15.

49. MORENO-SERRA R. “System-wide impacts of hospital payment reforms: evidence from Central and Eastern Europe and Central Asia”. *Journal of Health Economics*. 2010, p. 601. Charles Webster. “National Health Service: A Political History” Oxford University Press. Oxford, United Kingdom, p. 50.

Bibliografía

ALLYSON M. POLLOCK, DAVID PRICE, PETER RODE-
RICK, TIM TREUHERZ, DAVID MCCOY, MARTIN MCKEE,
LUCY REYNOLDS. *How the Health and Social Care
Bill 2011 would end entitlement to comprehensive
health care in England*, *The Lancet*.com, vol. 379,
febrero 4, 2012.

ASTHANA SHEENA. “Liberating the NHS? A
commentary on the Lansley White Paper, “Equity and
Excellence”. *El Servier, Social Science and Medicine*.
London, United Kingdom. 2011.

BBC News. [http://www.bbc.co.uk/news/
health-12177084](http://www.bbc.co.uk/news/health-12177084) (consultado septiembre 6, 2012).

Charles Webster. *National Health Service: A
Political History*, Oxford University Press, Oxford,
United Kingdom.

DEPARTMENT OF HEALTH. “Developing clinical
commissioning groups: Towards authorisation”.
London, United Kingdom. 30 Sep 2011. Disponible
en [http://www.dh.gov.uk/health/2011/09/developing-
clinical-commissioning-group-authorisation/](http://www.dh.gov.uk/health/2011/09/developing-clinical-commissioning-group-authorisation/)
(consultado: 10 de septiembre de 2012).

DEPARTMENT OF HEALTH (2011). “Health and Social
Care Bill 2011, *Coordinating document for the
Impact Assessments and Equality Analysis*, London-
United Kingdom, 2012. Disponible en: [http://www.
dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/)

[PublicationsLegislation/DH_123583](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsLegislation/DH_123583) (consultado el 15
de septiembre 2012).

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS.
Health Care Systems in Transition, London School
of Economics and Political Science, London-United
Kingdom, 1999.

HAM, CHRIS. *The coalition government’s plans for
the NHS in England*, London, United Kingdom, 14
July 2010, p. 4. Disponible en:

<http://www.bmj.com/content/341/bmj.c3790>
(consultado: 10 de septiembre de 2012).

HOUSE OF COMMONS HEALTH COMMITTEE. Public
Expenditure. *Thirteenth Report of Session 2010–12*,
2012.

MORENO-SERRA, R. *System-wide impacts of
hospital payment reforms: evidence from Central and
Eastern Europe and Central Asia*, *Journal of Health
Economics*, 2010.

RACHAEL HARKER. *NHS funding and expenditure*,
House of Commons Library, London-United
Kingdom, abril 2012.

STEVENS, SIMON. “NHS Reform is a risk worth
taking. *Financial times*”, London, United Kingdom,
15 de julio 2010. Disponible en: [www.ft.com/cms/
s/0/2932b84e-904a-11df-ad26-00144feab49a.html](http://www.ft.com/cms/s/0/2932b84e-904a-11df-ad26-00144feab49a.html)
(consultado: 10 de septiembre de 2012).