

Próximos pasos para fortalecer los Sistemas de Salud y Atención Social del Reino Unido a partir de las debilidades reveladas por la pandemia de coronavirus

Sally Ruane.

Reader in Social Policy – director of Health Policy Research Unit. De Montfort University. Leicester (UK)

La respuesta del Reino Unido a la pandemia de coronavirus se ha visto comprometida por el debilitamiento previo de los servicios públicos, particularmente en la atención médica y social. En palabras de un profesor de salud pública: “indudablemente, las debilidades estructurales dentro del sistema de salud, producidas por la austeridad, la comercialización y la reestructuración constante, han disminuido la capacidad de planificación y movilización rápida y efectiva, especialmente en Inglaterra” (McCoy, 2020). Ciertos pasos clave son necesarios para fortalecer el sistema de salud del Reino Unido.

FINANZAS PÚBLICAS

No podemos volver a las políticas de austeridad que han debilitado los servicios y contribuido a la inseguridad laboral, al aumento de la pobreza y al empobrecimiento de los hogares (Hudson-Sharpe and Runge, 2017; Inman, 2020). Habría que considerar la deuda pública adquirida por la respuesta del coronavirus de la misma manera que la deuda pública contraída por la segunda guerra mundial, es decir, como una deuda excepcional que surge de un evento excepcional y que se paga muy lentamente durante décadas.

FINANCIACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA Y SOCIAL

La atención de la salud debe ser gratuita en el momento del uso y financiarse mediante impuestos generales. Hay que aumentar el nivel de financiamiento para el servicio de salud, para permitirle ponerse al día con la creciente necesidad y los costos asociados, mejorando el acceso y reduciendo los tiempos de espera. La presión al alza sobre los costos que surgen de los cambios demográficos, el perfil cambiante de la morbilidad (especialmente el alto nivel de afecciones crónicas), los avances médicos y la inflación específica de los servicios de salud (que tiende a ser mayor que la inflación general), generalmente se calcula en alrededor del 4% en términos reales cada año. Los aumentos anuales fueron alrededor del 4% de promedio cada año entre 1949, después de la fundación del NHS, y el año 2010. Sin embargo, entre 2010 y 2018 bajaron al 1.4% e incluso ahora, después de un impulso, los aumentos

anuales son solo del 3.4%. Algunos han calculado que este aumento anual del 3,4% permiten poco más que el NHS se quede estable, mientras que se requiere un 4% para recuperar el desempeño del servicio después de la disminución que sufrieron los fondos en la época de austeridad desde 2010; mientras que se requeriría un 5% % para reorganizar el servicio como querría el gobierno (Hopson, 2018; King's Fund, 2020).

Hay que asegurarse de que la financiación de la salud pública, la infraestructura y la formación, con capacidades nuevas y mejoradas, se mantengan al mismo ritmo que la financiación de los servicios de atención de salud. El gasto per cápita en salud pública se ha reducido en un 25% en los últimos cinco años (Finch et al, 2018). No se debe volver a la política de sacar dinero del presupuesto de salud pública y transferirlo a la financiación de servicios de atención médica. Tenemos que asegurarnos de que la financiación de la asistencia social siga el ritmo de la creciente necesidad de una asistencia social de buena calidad, en contraste con los recortes experimentados desde 2010: la financiación en asistencia social sigue siendo £ 300 millones por debajo del nivel de financiación en 2010 en términos reales. Estas políticas requerirán un impulso significativo en la financiación por las autoridades locales que albergan los departamentos de salud pública y de atención social para adultos.

En relación con cada una de estas dimensiones de la salud y la atención social, y antes de los aumentos anuales adecuados, hay que proporcionar un impulso significativo inmediato a la financiación para compensar la sub-financiación reciente y abordar el aumento de las necesidades de salud y atención social previstas después de la pandemia de coronavirus.

REORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

► **NHS:** Debemos dejar de obligar a los sistemas locales del NHS a elegir entre una mejor atención hospitalaria y mejores servicios basados en la comunidad; los pacientes necesitan todos estos servicios para contar con los recursos adecuados. Hay que detener el paso a los sistemas de atención integrados basados en la provisión inadecuada de hospitales de agudos, a la provisión de atención primaria y comunitaria fragmentada y con pocos recursos y a una fuerza laboral menos cualificada. Debemos restaurar una única bolsa de riesgo na- ►

cional, y el deber legal del Secretario de Estado es proporcionar un servicio integral de salud para todos los residentes.

► **Salud pública:** es necesario revisar la estructura y el funcionamiento del '(no) sistema' de salud pública en Inglaterra, que se produjo después de una reorganización perjudicial en la Ley de Salud y Asistencia Social de 2012, para que esté menos fragmentado y sea más coherente; capaz de planificar y movilizarse de manera más efectiva y coordinar actividades a nivel nacional, pero a través de departamentos bien dotados y localmente conectados en red (Pollock and Harding-Edgar, 2020; Vize, 2020). Esto implicará una fuerte inversión en el desarrollo de capacidades de salud pública del país a nivel local, incluso a través de una fuerza laboral ampliada, para que el servicio pueda funcionar en áreas específicas aprovechando el conocimiento local y la colaboración entre las autoridades locales.

Tenemos que establecer una estrategia integral para pruebas y rastreo de contactos. Hay que seguir la política escocesa de realizar pruebas, seguimiento de contactos y apoyo para aquellos que se aíslan a sí mismos, a través de directores locales de salud pública, en colaboración con otros socios cuando sea necesario. Esto implicará el trabajo de rastreo de contactos, incluido el que se cree que se contrató recientemente con empresas privadas como Serco (a pesar de la investigación previa de la empresa por parte de la Oficina de Fraudes Graves) (Merrick, 2020). La privatización de esta actividad evita y pospone una vez más la necesidad de desarrollar la capacidad de salud pública para que las futuras amenazas graves para la salud (así como la amenaza de coronavirus en curso) puedan manejarse de manera más efectiva de lo que ha sido hasta el momento con Covid-19. Los datos de las pruebas deben fluir a los departamentos de salud locales. La salud ambiental ha sufrido graves recortes en los últimos años, pero desempeña un papel importante en el seguimiento de contactos y la planificación de emergencias. La capacidad general debe ampliarse y fortalecerse.

► **Atención social:** hay que fortalecer el protagonismo de los trabajadores de atención social que han sufrido dificultades para acceder a equipos de protección personal y una mortalidad superior al promedio de Covid-19. La incapacidad de las voces de los cuidadores remunerados para ser escuchadas, incluidas las que brindan atención domiciliar y las que trabajan en residencias de ancianos, ha surgido en parte debido al carácter privatizado y, en consecuencia, fragmentado de la atención social, incluso cuando la financiación es pública, y en parte debido a los bajos niveles de sindicalización entre los cuidadores. Esta falta de un protagonismo de cuidadores fuertes y coherentes ha contribuido a un alto número de muertes entre los residentes de hogares de cuidados. El estado necesita retomar la responsabilidad de garantizar que quienes necesitan atención social, apoyo social y asistencia para vivir de manera independiente reciban lo que necesitan. La provisión pública en lugar de la subcontrata-

ción es más efectiva para facilitar la coherencia, la visibilidad del sector, la sindicalización y la fuerza de una presencia combinada. Deben considerarse propuestas para un servicio unificado para la atención de salud y la atención social (e.g. Pollock et al, 2020).

AMPLIAR LA CAPACIDAD DEL SERVICIO DE SALUD

Ampliar la atención primaria y la capacidad de la comunidad, incluidos los equipos de atención comunitaria (médicos y enfermeros generalistas, etc), los hospitales comunitarios para rehabilitación, convalecencia y atención sub-aguda y equipos basados en la comunidad, que comprenden enfermeras comunitarias, fisioterapeutas comunitarios, dietistas, consejeros, visitantes de salud, coordinadores de atención y otras profesiones de salud responsables de apoyar el mantenimiento de la salud fuera de los entornos hospitalarios. Desarrollar instalaciones flexibles que puedan cambiar entre las funciones de hospital comunitario y hospital de aislamiento cuando sea necesario, para proporcionar un lugar alternativo donde atender a los pacientes que salen del hospital y no puedan regresar a hogares residenciales o a sus propios hogares, por razones relacionadas con la protección de otras personas.

Ampliar la capacidad hospitalaria, incluidas las camas generales y agudas y la capacidad de cuidados intensivos, para que los hospitales puedan proporcionar atención de emergencia y atención planificada simultáneamente, sin tener que priorizar la atención de emergencia y externalizar la atención planificada. Ampliar la capacidad hospitalaria aguda para reducir la dependencia del sector privado, que elige actividades rentables y evita casos con resultados inciertos, dejando al NHS con una mayor proporción de casos complejos en relación con el total pero con un presupuesto reducido. Una expansión de la capacidad hospitalaria aguda reducirá las descargas inadecuadas e inseguras, mejorará el flujo de pacientes dentro del hospital, especialmente entre las salas de Accidentes y Emergencias, y reducirá el estrés experimentado por el personal del hospital que debe tratar de encontrar camas para los pacientes que necesitan ingreso. Este personal a menudo atiende a pacientes ubicados en salas inapropiadas debido a la escasez de camas, o en áreas de detección donde los departamentos de Accidentes y Emergencias están demasiado llenos para evaluarlos o atienden a pacientes en los pasillos ("enfermería en los pasillos") debido a la capacidad inadecuada. La expansión de la capacidad acelerará los tiempos de entrega entre los paramédicos de las ambulancias y el personal de accidentes y emergencias.

ABORDAR LA ESCASEZ DE MANO DE OBRA

La capacidad de la atención hospitalaria y comunitaria y la capacidad de atención social no se pueden ampliar a menos que el gobierno aborde la escasez de mano de obra. Se han estimado que existen 100.000 vacantes en el NHS en Inglaterra, con miles más en Escocia, y se estiman de 122.000 vacantes en atención social, una tasa de vacantes de alrededor del 8% (House of

Commons Library, 2020). La planificación de la fuerza laboral no ha recibido la consideración que requiere en varias décadas y la responsabilidad debe ser asumida más directamente por un Ministro de Estado. Como un paso en la dirección correcta, el gobierno necesita restablecer la beca de capacitación completa para aquellos grupos profesionales que la perdieron en 2017, como enfermeras, logopedas y matronas, y ampliar el número de becas financiadas. Es esencial reducir la presión en el trabajo favoreciendo lugares de trabajo con mejores recursos y un mayor número de personal, y reducir la tasa de deserción (que varía en English Trusts entre 11% y 19% dependiendo del área geográfica) y favorecer la retención y adhesión de los trabajadores sanitarios (Buchan et al, 2019).

Los salarios de los trabajadores de salud y asistencia social han estado congelados desde 2010 y se necesitará un aumento significativo en los salarios para muchas categorías de trabajadores, para garantizar que se reconozca el valor público que se les asigna. Las cargas impuestas a las personas que vienen de supervisores para trabajar en el NHS y la atención social deben ser abolidas. Se debe mejorar el estado y las recompensas del trabajo en el NHS y la atención social

DESPRIVATIZAR

Donde existan contratos con formas comerciales y organizaciones del tercer sector, hay que garantizar la transparencia. A mediados de mayo, se habían adjudicado contratos relacionados con coronavirus por valor de 1.000 millones de libras sin ningún proceso competitivo (Evans et al, 2020). Incluso el hecho de la adjudicación de contratos no siempre ha sido evidente.

Tenemos que alejarnos de un modelo de salud y atención social que se base en la capacidad del sector privado. En la atención social, esto es alrededor del 90% y, aunque mucho menos en la atención de la salud, ha habido una dependencia poco saludable y creciente de la capacidad del sector privado para complementar la capacidad del NHS.

MEJORANDO LA SALUD

La salud no se trata solo del NHS. Las desigualdades en el tabaquismo y el consumo de alcohol deben abordarse, y estimular vida más activa, como andar en bicicleta y caminar, puede mejorar la salud individual y contribuir a reducir los niveles de contaminación. La salud de la población en general no puede mejorarse sustancialmente sin abordar las desigualdades estructurales, y esto debe ser parte de una estrategia a largo plazo para proteger la salud de la población. Se deben tomar medidas para reducir la desigualdad de ingresos y riqueza, mejorar los derechos de los trabajadores, descentralizar el poder, fortalecer las protecciones de salud y seguridad en el lugar de trabajo y la provisión de seguridad social y vivienda. Aún más fundamentalmente, la emergencia climática debe ser confrontada y combatida.

Finalmente, en la planificación de la salud, debemos actuar y no ignorar el aprendizaje de los escenarios de simulación, como el ejercicio de simulación pandémica en 2016, hacer un mejor uso de los recursos que tenemos, cuidar mejor a las personas que trabajan en salud y atención social, revertir el descuido histórico de la atención social, ser más receptivos ante la evidencia que sustenta las decisiones y dar mayor prioridad a la atención de las personas mayores y vulnerables. (Traducción:MSB) ◆

BIBLIOGRAFÍA

- Bottery, S. (2020) Social care services: Funding cuts are biting hard, King's Fund <https://www.kingsfund.org.uk/blog/2020/01/social-care-funding-cuts-are-biting-hard>
- Buchan, J., Charlesworth, A., Gershlick, B and Seccombe, I. (2019) Attrition: A critical moment: NHS staffing trends, retention and attrition, Health Foundation https://www.health.org.uk/sites/default/files/upload/publications/2019/A9%20Critical%20Moment_1.pdf
- Evans, R., Garside, J., Smith, J. and Duncan, P. (2020) Firms given £1bn of state contracts without tender in Covid-19 crisis, The Guardian, May 15 <https://www.theguardian.com/world/2020/may/15/firms-given-1bn-of-state-contracts-without-tender-in-covid-19-crisis>
- Finch, D., Bibby, J. and Elwell-Sutton, T. (2018) Taking our health for granted: Plugging the public health grant funding gap, King's Fund <https://www.health.org.uk/publications/taking-our-health-for-granted>
- Hopson, C. (2018) The new NHS funding settlement and what happens next, NHS Providers Blog <https://nhsproviders.org/news-blogs/blogs/the-new-long-term-nhs-funding-settlement-and-what-happens-next>
- House of Commons Library (2020) The health and social care workforce gap, Insights for the New Parliament <https://commonslibrary.parliament.uk/social-policy/health/the-health-and-social-care-workforce-gap/>
- Hudson-Sharpe, N. and Runge, J. (2017) International trends in insecure work: a report for the Trades Union Congress, National Institute of Economic and Social Research
- Inman, P. (2020) Number of people in poverty in working families hits record high, The Guardian, February 7 <https://www.theguardian.com/business/2020/feb/07/uk-live-poverty-charity-joseph-rowntree-foundation>
- King's Fund (2020) The NHS budget and how it has changed, King's Fund Blog, March 13 <https://www.kingsfund.org.uk/projects/nhs-in-a-nutshell/nhs-budget>
- McCoy, D. (2020) What exactly is the government strategy for COVID-19, and is it right? Centre for Health and the Public Interest Blog, March 31 <https://chpi.org.uk/blog/what-exactly-is-the-government-strategy-for-covid-19-and-is-it-right/>
- Merrick, R. (2020) Coronavirus: Plan to use private firm at centre of outsourcing scandal to run contact tracing attacked, The Independent, May 4
- Pollock, A. and Harding-Edgar, L. (2020) Coronavirus crisis: underfunding, restructuring, privatisation and fragmentation at the heart of the crisis in Holyrood and Westminster, Scottish Left Review 117, <https://www.scottishleftreview.scot/coronavirus-crisis-underfunding-restructuring-privatisation-and-fragmentation-at-the-heart-of-the-crisis-in-holyrood-and-westminster/>
- Pollock, A., Clements, L. and Harding-Edgar, L. (2020) Covid-19: why we need a national health and social care service, British Medical Journal BMJ 2020;369:m1465
- Vize, R. (2020) How the erosion of our public health system hobbled England's covid-19 response, British Medical Journal, BMJ 2020;369:m1934 May 20