

El fortalecimiento del papel del ciudadano en los sistemas de sanidad pública en Europa*

Javier García-Lacalle, Emilio Martín y Sonia Royo

1. Introducción

Las opiniones y experiencias de los pacientes se están convirtiendo en un aspecto importante para mejorar la calidad de los servicios sanitarios (Draper y Hill, 1996). El papel pasivo de los pacientes que tradicionalmente ha caracterizado a la sanidad pública está siendo reemplazado por una demanda activa de servicios personalizados y respetuosos, y las instituciones sanitarias están sometidas a una creciente presión para responder mejor a esos deseos (De Ruyter y Wetzels, 1998). El paciente, que pasa a ser considerado “cliente” de los servicios sanitarios, es visto como un actor fundamental dentro de la sanidad. Durante las dos últimas décadas, los gobiernos están llevando a cabo medidas para involucrar a los ciudadanos en las políticas, planificación y prestación de servicios sanitarios (Baggott, 2005). Estas medidas son necesarias para orientar los sistemas de sanidad a los ciudadanos, de forma que se dé respuesta a sus legítimas expectativas de asumir una mayor responsabilidad en los aspectos que afectan a su salud y cuidados (Anderson, 1996; Wait y Nolte, 2006).

Entre las iniciativas llevadas a cabo, la mayoría de los países de Europa con servicios nacionales de salud, como es el caso de España, Reino Unido y los países escandinavos, están implementando políticas que permiten la libertad de elección de hospital. Permitir a los pacientes elegir el centro donde recibir cuidado médico supone cambiar los mecanismos de planificación que caracterizaban a los servicios nacionales de salud, basados en una organización centralizada, a mecanismos de mercado basados en una mayor descentralización de los prestadores de servicios y cierta competencia entre ellos. El derecho a elegir puede interpretarse como un cambio gradual de estos sistemas sanitarios hacia sistemas caracterizados por una mayor atención a los usuarios, y refleja la adopción de los principios de la Nueva Gestión Pública (NGP), o *New Public Management* (Vrangbæk ...[et al], 2007). Por ejemplo, en los países escandinavos, el principal motivo detrás de la introducción de la elección del paciente, además de pretender mejorar la eficiencia en la prestación de servicios, ha sido fortalecer el papel de los pacientes y, por tanto, de los ciudadanos (Vrangbæk y Østergren, 2006). En plena época del consumismo o “consumerismo”, fomentar la participación de los pacientes en la atención sanitaria pública parece ser un aspecto importante de la agenda política (Holmström y Röign, 2010). Por lo tanto, con este tipo de medidas se pretende, además de mejorar la atención sanitaria, fortalecer el papel de los ciudadanos y recuperar la confianza de estos en los gobiernos e instituciones públicas.

Este trabajo analiza las diferencias existentes en los sistemas sanitarios en Europa desde el punto de vista de su grado de orientación al ciudadano-paciente, tratando de identificar los factores explicativos del nivel de desarrollo alcanzado en este ámbito. La pregunta de investigación a la que se pretende dar respuesta es la siguiente: ¿qué factores afectan el grado de orientación al ciudadano-paciente de los sistemas sanitarios en Europa? En particular, el documento se centra en la influencia del nivel de recursos destinados a sanidad, el modelo de organización del sistema sanitario y el estilo de administración pública. El propósito es comprender mejor las relaciones existentes entre dichos factores y el grado de orientación al paciente, así como identificar distintos perfiles de países europeos en función de sus niveles de orientación al ciudadano-paciente.

Los recursos destinados a sanidad y el modelo organizativo del sistema sanitario han sido utilizados en la literatura para explicar la calidad de los servicios prestados, medida principalmente en términos de recursos empleados y resultados obtenidos (véase, por ejemplo, Gil y Gracia, 2002; o Van der Zee y Kroneman, 2007). El estilo de administración pública ha sido utilizado para explicar las

Recibido: 22-12-2010. Aceptado: 22-05-2011.

(*) Este trabajo ha sido financiado por el Plan Nacional de I+D+i a través del proyecto ECO2010-17463 (ECON-FEDER).

diferencias entre países ante las reformas llevadas a cabo en distintos ámbitos del sector público (Hood, 1995; Pollitt y Bouckaert, 2000; Torres, 2004) y otros desarrollos recientes en la gestión pública, como el *e-government* (Torres ...[et al], 2005; Pina ...[et al], 2009). Sin embargo, la influencia de estos tres factores en la orientación al paciente de los sistemas sanitarios no ha sido analizada hasta la fecha de forma conjunta.

El trabajo se estructura de la siguiente manera. La sección 2 está dedicada al fortalecimiento del papel de los ciudadanos en un entorno de mayor orientación al paciente de los sistemas sanitarios. La sección 3 presenta el contexto institucional en el que se enmarca este documento. Las secciones 4 y 5 exponen los datos y la metodología, y el análisis de resultados, respectivamente. Por último, en las secciones 6 y 7 se discuten los resultados y se consignan las conclusiones de la investigación.

2. Participación de los ciudadanos en el ámbito sanitario

Fortalecer el papel del paciente significa que los profesionales, las organizaciones y los responsables de la elaboración y desarrollo de las políticas sanitarias deben ser más sensibles y receptivos a las preferencias y necesidades de los pacientes. La orientación hacia el paciente se enmarca dentro de un cambio en las relaciones entre los pacientes y los prestadores de servicios sanitarios. Como resultado de este proceso para fomentar el fortalecimiento del papel de los ciudadanos, o una mayor participación activa de los mismos (*empowerment*¹, en su denominación en inglés), se espera que los pacientes no sólo sean capaces de gestionar su enfermedad, sino también sus vidas (Aujoulat ...[et al], 2007). Bastian (2008) afirma que apoyar a los ciudadanos en sus propios valores y decisiones es coherente con la definición de fortalecimiento del papel del paciente dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), a saber: “El fortalecimiento del papel del paciente puede ser un proceso social, cultural, psicológico o político mediante el cual los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades. Mediante este proceso, las personas perciben una relación más estrecha entre sus metas y el modo de alcanzarlas y una correspondencia entre sus esfuerzos y los resultados que obtienen” (OMS, 1998: 16).

No existe un marco conceptual único que justifique una mayor participación de los ciudadanos en el ámbito sanitario (Wait y Nolte, 2006; Lemire ...[et al], 2008). Wait y Nolte (2006) consideran que existen dos perspectivas importantes en este ámbito: la perspectiva democrática y la consumista. La perspectiva democrática asume que una mayor participación ciudadana llevará a un proceso de toma de decisiones más democrático, mejorando, por tanto, la transparencia y rendición de cuentas de las instituciones públicas. Esta perspectiva enfatiza la importancia de fomentar la participación ciudadana para conseguir el logro de dos objetivos: (i) mantener un sistema democrático fuerte y ayudar a las personas a cumplir con sus obligaciones ciudadanas; y (ii) representar de forma adecuada la diversidad de intereses y filiaciones de la sociedad en el proceso político. La perspectiva consumista es vista como una forma de mejorar el desempeño de las organizaciones que prestan servicios sanitarios mediante la introducción de competencia, ya que fomentándola se reafirman los derechos de los usuarios a la información, al acceso a los servicios y a la libertad de elección.

Lemire ...[et al] (2008) argumentan que la noción de fortalecimiento del papel del ciudadano se ha discutido en muchas disciplinas y está sujeta a numerosos enfoques e interpretaciones debido, principalmente, a la ambigüedad que rodea a este concepto y a la variedad de partícipes, contextos y circunstancias que lo definen. El fortalecimiento del papel del paciente encuentra partidarios en la literatura académica no sólo por razones económicas, como la de mejorar la eficiencia en la prestación de servicios mediante la introducción de cierta competencia en el sector, sino también médicas y humanas. La idea de una mayor participación es, en sí misma, un valor añadido en el ámbito de la sanidad pública, además de las razones éticas que justifican que sean los pacientes los que participen en las decisiones que les afectan directamente (Segal, 1998). Vrangbæk y Østergren (2006) afirman que el papel de los pacientes se ve especialmente reforzado cuando estos tienen la oportunidad de escoger el

hospital donde recibir atención especializada. Desde una perspectiva política, permitir a los ciudadanos elegir hospital tiene la ventaja de trasladar parte de la responsabilidad de las políticas sanitarias a los usuarios. Además, según Vrangbæk y Østergren (2006), la libertad de elección representa para los políticos una forma de mejorar los sistemas sanitarios y un cambio en las decisiones de asignación de recursos sin tener que incrementar necesariamente los niveles de gasto sanitario.

Algunos profesionales de la sanidad son escépticos sobre este nuevo enfoque de participación activa del paciente, ya que lo consideran como la última de las terminologías “políticamente correctas” y un argumento para justificar políticas que disminuyan el control de médicos y profesionales sanitarios sobre las decisiones en el sector. Sin embargo, Anderson y Funnell (2010) opinan que este escepticismo no está bien fundamentado, ya que fortalecer el papel del paciente supone el reconocimiento de que estos ya controlan parte de las decisiones fundamentales y que, al darles más poder de decisión, pueden valorar mejor las distintas alternativas y tomar decisiones en función de sus preferencias.

Además del interés político en involucrar al ciudadano, un elemento fundamental que está afectando a este tipo de reformas es el acceso a la información relacionada con la salud y la sanidad que las tecnologías de la información y comunicación (TIC), y especialmente Internet, ponen a disposición de los ciudadanos. Internet ha dado acceso a una gran cantidad de información en un momento en que los pacientes están adoptando un papel más activo en su propia salud. Según algunos autores, como Beun (2003), las TIC van a convertirse en una parte integral de las organizaciones sanitarias y de la prestación de servicios en el futuro. Con la expansión de Internet, se están diseñando e implementando nuevos sistemas de información sanitaria que potencian la coordinación entre diferentes actores dentro del sistema (Currim ...[et al], 2006). La orientación al paciente está cambiando la sanidad europea (European Commission, 2006) y la aplicación de las TIC es un aspecto fundamental en esta orientación al paciente y en el fortalecimiento de su posición en el sistema, ya que permiten dar la información que cada ciudadano requiere en el momento en que la precisa (European Commission, 2006; Royal Society, 2006; Fundación Telefónica, 2006; Hesse y Shneiderman, 2007; Lemire ...[et al], 2008).

3. Contexto institucional

Sistemas de salud en la Unión Europea

En función de la relación existente entre financiadores y prestadores de los servicios públicos de salud, en Europa se distinguen dos grandes categorías de sistemas sanitarios (véase, por ejemplo, Mossialos ...[et al], 2002; Van der Zee y Kroneman, 2007). Por un lado, está el modelo *Beveridge* en aquellos países que cuentan con sistemas nacionales de salud financiados mediante impuestos, como España, Italia, Reino Unido y los países escandinavos. Por otro lado, está el modelo *Bismarck*, en el cual la sanidad se financia principalmente mediante la contratación de seguros por parte de los trabajadores asalariados. Este modelo es el adoptado, entre otros, por Alemania, Bélgica, Francia y Holanda.

En los países con sistemas nacionales de salud (*Beveridge*), la responsabilidad de la gestión de los servicios sanitarios recae en el Ministerio de Sanidad o su equivalente a nivel regional, en el caso de sistemas de salud descentralizados. Tradicionalmente, la organización de estos sistemas se ha basado en dos aspectos fundamentales: 1) distribución de los servicios sanitarios en función de la situación geográfica de la población, y 2) estructura piramidal, con los médicos y centros de atención primaria en la base de la pirámide y hospitales altamente especializados en la cúspide. Acceder a la atención especializada requiere de la solicitud del médico de atención primaria, lo que se conoce como “sistema con vigilante” (*gatekeeper*). Los médicos de atención primaria suelen tener una relación contractual con el propio sistema, del que reciben un salario, y los hospitales son propiedad del Estado.

En los países con un sistema de seguros sociales (*Bismarck*), el sistema sanitario está organizado de una forma más flexible. El Estado tiene menor influencia y el sistema es más plural, con una mayor participación de organizaciones médicas y sociales y con una fuerte influencia de los prestadores de los

servicios y de las compañías de seguros. Normalmente, es posible un acceso directo de los pacientes tanto a la atención primaria como a la especializada, sin criterios geográficos que restrinjan su capacidad de decisión. La atención primaria suele prestarse por médicos que trabajan por cuenta propia, mientras que la atención especializada suele prestarse en hospitales privados sin ánimos de lucro.

Además de estos dos tipos de sistemas de sanidad, los países pertenecientes al bloque soviético se caracterizaban por tener unos sistemas sanitarios centralizados dentro de una estructura gubernamental altamente jerarquizada, conocido como modelo *Semashko*. En estos países, la cobertura sanitaria era universal y gratuita, pero con importantes deficiencias, como, por ejemplo, escasez de recursos, bajo desarrollo tecnológico y elevado número de personal, mal remunerado y sin incentivos para prestar servicios de calidad de forma eficiente (Rechel y McKee, 2009). Tras la caída del comunismo, los países con este sistema se han reconvertido para adoptar un modelo *Beveridge* o *Bismarck*, o un sistema mixto. En estos países, las reformas han supuesto una reducción del sector hospitalario, la introducción de mayor número de proveedores de servicios privados, un cambio en los métodos de financiación, y esfuerzos para mejorar la calidad de los servicios prestados (Rechel y McKee, 2009). Según estos autores, la mayoría de estos países han adoptado un sistema basado en seguros sociales (*Bismarck*), aunque la implementación de este modelo ha sido complicada debido a las dificultades institucionales y económicas por lo que, en algunos de estos países, se ha continuado financiando la sanidad mediante la transferencia de ingresos gubernamentales al sector, resultando de esta manera en un modelo mixto.

Tradicionalmente, los países con un modelo *Bismarck* han sido más propicios a orientar sus sistemas de salud hacia los pacientes que los países con un modelo *Beveridge*, por existir una cierta competencia entre compañías de seguros y hospitales para atraer pacientes. Sin embargo, en la actualidad se está produciendo un proceso de convergencia entre ambos modelos. En los países de tipo *Beveridge* se está llevando a cabo un proceso de descentralización y concesión de mayor autonomía en la gestión de los hospitales públicos y se está dando a los pacientes libertad para elegir hospital. Por su parte, en los países con un modelo *Bismarck*, los gobiernos están tratando de influir en mayor medida en las decisiones sobre atención hospitalaria, limitando algunas de las alternativas de elección de los pacientes para conseguir una mayor eficiencia.

Estilos de administración pública

El estilo de administración pública ha sido utilizado por diversos autores (entre otros, Kickert, 1997; Pollitt y Bouckaert, 2000; Torres, 2004) para explicar las diferentes características de las reformas del sector público entre países. Según estos autores, la introducción de innovaciones en la gestión pública se ve influenciada por elementos de la cultura administrativa y organizativa, antecedentes históricos y las características del marco legal. En la Unión Europea (UE), tradicionalmente se han destacado cuatro modelos de administración pública (Kickert, 1997; Torres, 2004): germánico, sur-europeo, anglosajón y un último grupo que comprende los países nórdicos y Holanda², considerado como una mezcla de los modelos germánico y anglosajón. Asimismo, a los países anteriores es necesario añadir los países de la Europa del Este.

Los **países germánicos** se caracterizan por un esquema de complejas interrelaciones entre la administración central, estados federales y gobiernos locales, una importante filosofía legalista, prácticas administrativas altamente burocráticas y un sistema jerárquico muy arraigado (Hammerschmid y Meyer, 2005). La *Weisungsprinzip*, principio de las normas, establece un sistema fuertemente jerarquizado tanto dentro de los organismos como entre organismos, con normas que regulan las funciones con un considerable nivel de detalle (Torres, 2004).

El modelo **sur-europeo** se basa en el derecho administrativo, lo cual implica estructuras altamente burocráticas y jerárquicas, y en la existencia de un marco muy legalista para los procesos de toma de decisiones administrativas, basado en las ideas de conformidad con el debido proceso e igualdad de tratamiento (Guyomarch, 1999). El modelo germánico y el sur-europeo son similares en el

sentido de que ambos modelos de administración pública son legalistas (Parrado ...[et al], 2005) y tienen normas administrativas como la base de la organización de su administración pública, aunque también presentan características que permiten diferenciarlos (Torres, 2004). En el modelo sur-europeo, el Estado desempeña un papel central como regulador y protector del interés general. Incluso en los países con un mayor grado de descentralización (como Italia, España o Bélgica) la administración central establece las características comunes de los servicios públicos para todo el país, recauda la mayor parte de los ingresos fiscales y mantiene delegaciones en las provincias y regiones con objeto de garantizar la uniformidad de las políticas y el mismo nivel de servicios públicos en todo el país (Torres, 2004).

En los países germánicos y sur-europeos, las reformas de la NGP -cuyo máximo exponente se encuentra en los países angloamericanos (Pollitt y Bouckaert, 2000; Torres, 2004)- han encontrado dificultades a la hora de adaptarse a sus sistemas legalistas y burocráticos. En estos países, en general, se han producido reajustes centrados en la modernización del sector público con objeto de mejorar la imagen que los ciudadanos tienen de la Administración y dar una imagen de modernidad (Torres y Pina, 2004; Hammerschmid y Meyer, 2005) en lugar de transformar los estilos y estructuras de administración pública tradicionales (Guyomarch, 1999; Capano, 2003; Torres y Pina, 2004; Tavares y Alves, 2006). Es decir, muchas de las medidas implementadas en estos países se han centrado en aquellos elementos de la NGP que resultaban más compatibles con su cultura administrativa, renovando de esta forma el paradigma tradicional de administración pública mediante la incorporación de nuevos valores e ideas sin tener que reemplazar los ya existentes (Capano, 2003; Torres, 2004; Hammerschmid y Meyer, 2005; Minvielle, 2006; Tavares y Alves, 2006).

Los países **anglosajones** han sido pioneros en incorporar los criterios de eficiencia y eficacia en la gestión pública (Hood, 1995; Pollitt y Bouckaert, 2000). En estos países se han implementado importantes iniciativas de transferencia de competencias tanto a nivel territorial (descentralización) como a través de la creación de agencias (desconcentración), y también han sido más propensos a la introducción de mecanismos de mercado y de competencia en el sector público, así como prácticas de gestión propias del sector privado con objeto de conseguir una mayor flexibilidad en la distribución de recursos. Del mismo modo, mediante la introducción de iniciativas de calidad y cartas de servicios, estos países también han sido pioneros en la concepción de los ciudadanos como consumidores de servicios, como clientes. Por todos estos motivos, los países pertenecientes a este entorno han sido considerados como líderes en la introducción de las reformas de la NGP.

Los **países nórdicos** son Estados unitarios que pertenecen a un modelo de administración pública preocupado por la satisfacción de las necesidades de los ciudadanos y el desarrollo del Estado del bienestar (Keating, 2001). Según Peters (2000), la característica distintiva de este grupo de países es el fuerte compromiso existente hacia el bienestar social y económico de la población. Estos países también se caracterizan por la existencia de una larga tradición de deliberación, cooperación, negociación y consulta en los procesos de toma de decisiones sobre asuntos públicos (Christensen ...[et al], 2002; Kickert, 2002), y la búsqueda de la eficiencia y eficacia en la prestación de servicios públicos está vinculada con la satisfacción de los deseos y demandas de los ciudadanos (Torres, 2004).

Los **países de la Europa del Este** formaron parte del antiguo bloque comunista y estuvieron bajo la influencia política y administrativa de la Unión Soviética. La mayor parte de ellos pertenecen en la actualidad a la Unión Europea. En estos países, la centralización se combinaba con la concentración del poder en los órganos de más alto nivel del Estado bajo el control del Partido Socialista (Hesse, 1993). Estos países han estado inmersos en profundas reformas de la administración pública para lograr la transición desde el anterior estilo comunista a un régimen democrático, con sistemas económicos de tipo capitalista o de mercado. Durante los años 1990, se instrumentaron prácticas de gestión de tipo “de mercado” con el objetivo de introducir herramientas que garantizaran la transparencia y rendición de cuentas. Estos países también han adoptado reformas para mejorar la comunicación entre gobiernos y ciudadanos y la prestación de servicios públicos (Toonen, 1993).

Como puede extraerse de los párrafos anteriores, de los cinco estilos de administración pública vigentes en Europa, el anglosajón y el nórdico son los que, *a priori*, parecen ofrecer un marco más propicio para el desarrollo de sistemas sanitarios con un mayor nivel de orientación al usuario, dada su inclinación a concebir al ciudadano como cliente. En los países germánicos, sur-europeos y de la Europa del Este también se han ido introduciendo reformas de este tipo, pero éstas son más recientes y no han tenido el mismo alcance que en los países anglosajones y nórdicos.

4. Datos y metodología del análisis

Datos

Los datos utilizados para realizar este estudio se han extraído del informe sobre el grado de orientación al usuario de los sistemas sanitarios de 33 países de Europa, elaborado por la Fundación *Health Consumer Powerhouse* (HCP) para el año 2009 (HCP, 2009). Este informe mide el grado de orientación al usuario sobre la base de una serie de indicadores agrupados en seis categorías (entre paréntesis se presenta la máxima puntuación posible en cada categoría): Derechos e información de los pacientes (175), E-salud (75), Tiempos de espera para recibir tratamiento (200), Resultados y calidad de los servicios prestados (250), Cobertura de los servicios sanitarios (150) y Cobertura farmacéutica (150). Un último índice, Puntuación total, es la suma de las puntuaciones de las seis categorías anteriores (por lo que la puntuación máxima es 1.000). Este índice representa el grado de orientación al usuario en cada país de forma global. Tradicionalmente, los sistemas sanitarios se han estudiado centrándose principalmente en los recursos empleados o los resultados obtenidos (por ejemplo, Gil y Gracia, 2002; Van der Zee y Kroneman, 2007). La metodología utilizada por la HCP ofrece una perspectiva más amplia para valorar los sistemas sanitarios.

La categoría *Derechos e información de los pacientes* estudia la habilidad de un sistema sanitario para eliminar barreras de comunicación entre médicos y organizaciones sanitarias y pacientes. Esta categoría es especialmente importante para la HCP ya que, al no depender del gasto destinado a sanidad, incluso los países con menos recursos pueden desarrollarla. La categoría *E-salud* refleja la creciente importancia que tienen las TIC en sanidad e incluye aspectos como el historial médico electrónico y otras soluciones para mejorar la comunicación entre profesionales, y entre estos y los pacientes. *Tiempos de espera para recibir tratamiento* tiene en cuenta, entre otros aspectos, si los pacientes obtienen cita con su médico de familia el mismo día que lo solicitan, o el tiempo que transcurre desde que se diagnostican determinadas enfermedades (como cáncer) hasta que se recibe tratamiento. La categoría *Resultados y calidad de los servicios prestados* valora el rendimiento de los distintos sistemas de sanidad en lo que se refiere a los resultados de los tratamientos efectuados, utilizando para ello indicadores como la mortalidad infantil, mortalidad en caso de infarto o infecciones hospitalarias. *Cobertura de los servicios* mide el grado de equidad en el acceso a los servicios y la posibilidad de que los ciudadanos tengan acceso a determinados tratamientos. *Cobertura farmacéutica* valora el acceso a información sobre medicamentos, el porcentaje del coste de los fármacos cubierto por algún subsidio o el tiempo en que los nuevos fármacos pasan a estar parcial o totalmente financiados por el sistema sanitario. Los indicadores que forman cada una de estas seis categorías (HCP, 2009: 45-56) han sido seleccionados por un panel de expertos de siete países europeos e incluyen indicadores utilizados habitualmente por la OMS (por ejemplo, “mortalidad infantil” dentro de la categoría *Resultados y calidad de los servicios prestados*); indicadores elaborados y utilizados por la OCDE y la UE (por ejemplo, “operaciones de cataratas realizadas por cada 100.000 ciudadanos de más de 65 años”, dentro de la categoría *Cobertura de los servicios*) y otros indicadores que han sido obtenidos por la HCP a partir de encuestas realizadas a organizaciones de pacientes o consultas a las agencias nacionales de salud de cada país (como, por ejemplo, “acceso de los pacientes a su historial médico”, dentro de la categoría *Derechos e información de los pacientes*).

El estudio de la HCP analiza los 27 países de la UE más Suiza, Noruega y cuatro países candidatos a formar parte de la UE: Albania, la Antigua República Yugoslava (ARY) de Macedonia,

Croacia e Islandia. Malta, por no disponer del dato del % del PIB destinado a sanidad, y los cuatro países candidatos a entrar en la UE han sido excluidos de nuestro análisis. Por lo tanto, la muestra final objeto de estudio está formada por 28 países: los 27 países que actualmente componen la UE excepto Malta, más Suiza y Noruega.

Metodología aplicada

Dado que el informe de la HCP no estudia qué factores pueden estar influyendo en la puntuación alcanzada en cada país, el trabajo analiza de forma empírica las relaciones existentes entre el grado de orientación al ciudadano-paciente y el nivel de recursos destinados a sanidad en cada país, el sistema de salud vigente y su estilo de administración pública. La Tabla 1 presenta las puntuaciones en las seis categorías de orientación al paciente de la HCP, la puntuación total del índice de orientación al usuario y el porcentaje de gasto destinado a sanidad, medido como % del PIB, de los países analizados. Como se ha indicado anteriormente, las puntuaciones originales proporcionadas por la HCP tienen un nivel máximo distinto para cada una de las categorías. Para facilitar las comparaciones, las puntuaciones de la Tabla 1 han sido expresadas en porcentajes sobre el máximo posible en cada categoría.

La relación existente entre el porcentaje del PIB destinado a sanidad y la puntuación obtenida en las seis categorías que componen el índice de orientación al ciudadano y la puntuación total ha sido analizada mediante un análisis de correlaciones, utilizando el coeficiente de Spearman. La interpretación de este coeficiente es similar al de Pearson, pero tiene la ventaja de que no exige normalidad de las variables analizadas. El coeficiente de Spearman refleja el grado de relación lineal entre dos variables y puede presentar valores entre -1 y +1. Un resultado de +1 significa que existe una correlación positiva perfecta entre las variables. Los datos sobre el porcentaje del PIB dedicado a sanidad se han obtenido del Informe de la OCDE sobre salud del año 2010 (OECD, 2010). De los países en los que la OCDE no aporta este dato (Bulgaria, Chipre, Letonia, Lituania y Rumania), la información se ha obtenido de Eurostat. Los datos del PIB se corresponden al año 2008, excepto para aquellos casos donde se indica otro año (véase la Tabla 1). Los análisis se han realizado con el programa SPSS versión 15.0.

Mediante un análisis *cluster*, aplicando el método de Ward, se han agrupado los países, según su similitud, en las seis categorías de la HCP, con el objetivo de clasificar los países en un número reducido de grupos homogéneos que nos permita explicar qué características influyen en la orientación hacia el paciente de los distintos sistemas sanitarios en Europa. En la explicación de la formación de los grupos se prestará atención al tipo de sistema sanitario, el estilo de administración pública y el porcentaje del PIB dedicado a sanidad de cada país. El método de Ward es especialmente recomendable si lo que se pretende es establecer grupos internamente semejantes y lo más distintos entre sí que sea posible (Ward, 1963). Este método ha sido aplicado en otros estudios en materia de gestión pública, como Pina ...[et al] (2009 y 2010). Las variables utilizadas en el análisis *cluster* (las seis categorías de orientación al paciente) han sido estandarizadas en el rango 0-1 para evitar que la clasificación obtenida esté determinada por la diferente puntuación máxima de cada una de las categorías.

Tabla 1
Orientación al usuario y recursos destinados a sanidad (% PIB)

País	Derechos e información	E-salud	Tiempos de espera	Resultados y calidad	Cobertura de servicios	Cobertura farmacéutica	Total	PIB (%)
Alemania (GE)	70,3%	50,7%	93,5%	85,6%	66,7%	83,3%	78,7%	10,5
Austria (AU)	85,1%	66,7%	86,5%	76,0%	71,3%	83,3%	79,5%	10,5
Bélgica (BE)	74,3%	50,7%	93,5%	62,0%	90,7%	58,7%	73,2%	10,2
Bulgaria* ² (BG)	48,0%	56,0%	60,0%	38,0%	38,0%	33,3%	44,8%	7,1
Chipre* (CY)	62,9%	50,7%	80,0%	62,0%	66,7%	50,0%	63,7%	5,8
Dinamarca ¹ (DK)	100,0%	84,0%	60,0%	80,8%	80,7%	92,0%	81,9%	9,7
Eslovaquia (SK)	59,4%	38,7%	66,5%	38,0%	57,3%	75,3%	56,0%	7,8
Eslovenia (SL)	85,1%	50,7%	60,0%	62,0%	71,3%	66,7%	66,8%	8,3
España (SP)	48,0%	56,0%	46,5%	71,6%	71,3%	83,3%	63,0%	9,0
Estonia (ES)	74,3%	61,3%	60,0%	57,2%	66,7%	66,7%	63,8%	6,1
Finlandia (FI)	81,7%	66,7%	46,5%	90,4%	80,7%	58,7%	72,1%	8,4
Francia (FR)	81,7%	44,0%	86,5%	80,8%	76,0%	75,3%	77,8%	11,2
Grecia ¹ (GR)	48,0%	33,3%	73,5%	76,0%	52,7%	50,0%	60,0%	9,7
Holanda (NE)	92,6%	84,0%	73,5%	90,4%	86,0%	92,0%	86,3%	9,9
Hungría (HU)	77,7%	61,3%	73,5%	47,6%	57,3%	66,7%	63,3%	7,3
Irlanda (IR)	62,9%	56,0%	60,0%	80,8%	76,0%	75,3%	70,1%	8,7
Italia (IT)	62,9%	44,0%	60,0%	85,6%	62,0%	66,7%	67,1%	9,1
Letonia* ² (LV)	52,0%	38,7%	60,0%	52,4%	52,7%	42,0%	51,2%	6,8
Lituania* (LT)	77,7%	50,7%	60,0%	52,4%	47,3%	33,3%	54,6%	6,6
Luxemburgo (LU)	77,7%	56,0%	86,5%	80,8%	90,7%	58,7%	77,7%	7,2
Noruega (NO)	77,7%	66,7%	53,5%	90,4%	80,7%	66,7%	74,0%	8,5
Polonia (PL)	66,9%	50,7%	53,5%	52,4%	57,3%	58,7%	56,5%	7,0
Portugal (PO)	70,3%	89,3%	40,0%	62,0%	71,3%	66,7%	63,2%	9,9
Reino Unido (UK)	70,3%	72,0%	40,0%	71,6%	80,7%	83,3%	68,2%	8,7
Rep. Checa (CzR)	48,0%	50,7%	66,5%	76,0%	80,7%	66,7%	66,7%	7,1
Rumania* (RO)	52,0%	33,3%	60,0%	42,8%	47,3%	50,0%	48,9%	5,4
Suecia (SE)	66,9%	72,0%	46,5%	100,0%	90,7%	75,3%	76,2%	9,4
Suiza (SW)	77,7%	61,3%	93,5%	85,6%	62,0%	75,3%	78,8%	10,7
MEDIA	69,7%	57,0%	65,7%	69,7%	69,0%	66,2%	67,3%	8,5

* Datos de gasto (% PIB) destinado a sanidad obtenido de Eurostat (2010).

1: Datos sobre gasto (% PIB) para 2007.

2: Datos sobre gasto (% PIB) para 2006.

Fuente: HCP (2009).

Para profundizar en las diferencias entre los grupos formados, en lo relativo a las puntuaciones de las distintas categorías de orientación al paciente y en el gasto destinado a sanidad, se ha llevado a cabo un análisis mediante el estadístico *U* de Mann-Whitney, que permite comprobar si existen diferencias significativas entre dos muestras independientes (en este caso, los grupos tomados de dos en dos). Adicionalmente, para ayudar a interpretar mejor la relación existente entre la cantidad de recursos destinados a sanidad y el índice de orientación al usuario de los distintos sistemas sanitarios, se presenta de una forma visual, mediante un diagrama de cajas, el gasto en sanidad de cada uno de los grupos formados en el análisis *cluster*.

5. Análisis de resultados

Los resultados del análisis de correlaciones (Tabla 2) entre los distintos índices de orientación al paciente y el porcentaje del PIB dedicado a sanidad muestran la existencia de correlaciones positivas y significativas en tres categorías: *Resultados y calidad de los servicios*, *Cobertura de los servicios sanitarios* y *Cobertura farmacéutica*, mostrando que la puntuación en estas categorías está directamente relacionada con la cantidad de recursos destinados a la sanidad. *Derechos e información* y *E-salud* no muestran una correlación significativa con el gasto que se destina a sanidad, indicando que estos aspectos dependen más de una cultura o voluntad de orientación hacia el paciente que de los recursos empleados. *Tiempos de espera* tampoco muestra una correlación significativa con el porcentaje del PIB destinado a sanidad, lo que sugiere que los aspectos organizativos del sistema sanitario son fundamentales en este aspecto. Como es de esperar por las correlaciones existentes entre las distintas subcategorías y el gasto sanitario, la *Puntuación total* presenta una correlación positiva y significativa con el porcentaje del PIB destinado a sanidad. La Figura 1 presenta de forma gráfica, mediante un diagrama de dispersión, la relación positiva existente entre el porcentaje del PIB destinado a sanidad y la puntuación total de orientación al usuario. Estos resultados indican que el gasto destinado a sanidad es un factor que influye en la orientación al usuario, pero solo en algunos aspectos, y que se puede lograr una mayor orientación al paciente sin necesidad de destinar una mayor cantidad de recursos al sistema sanitario, mediante la utilización de las TIC o suministrando más información a los pacientes, por ejemplo.

Tabla 2
Correlación entre los índices de la HCP y el gasto en sanidad

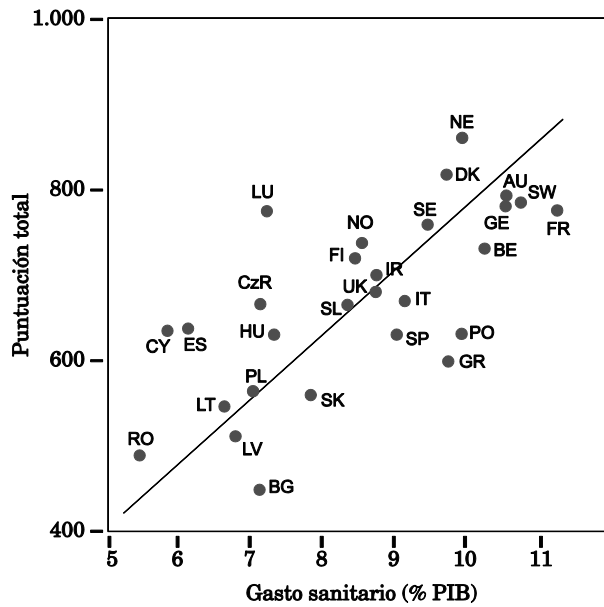
Índices de orientación al paciente	Correlación con Gasto sanitario (% PIB)
Derechos e información de los pacientes	0,373 (0,051)
E-salud	0,305 (0,115)
Tiempos de espera	0,296 (0,126)
Resultados y calidad de los servicios	0,605** (0,001)
Cobertura de los servicios sanitarios	0,417* (0,027)
Cobertura farmacéutica	0,648** (0,000)
Puntuación total	0,702** (0,000)

Entre paréntesis, significatividad de la correlación.

** Significatividad del 0,01; * Significatividad del 0,05.

Fuente: elaboración propia a partir de HCP (2009).

Figura 1
Relación entre *Puntuación total* y porcentaje de PIB destinado a sanidad

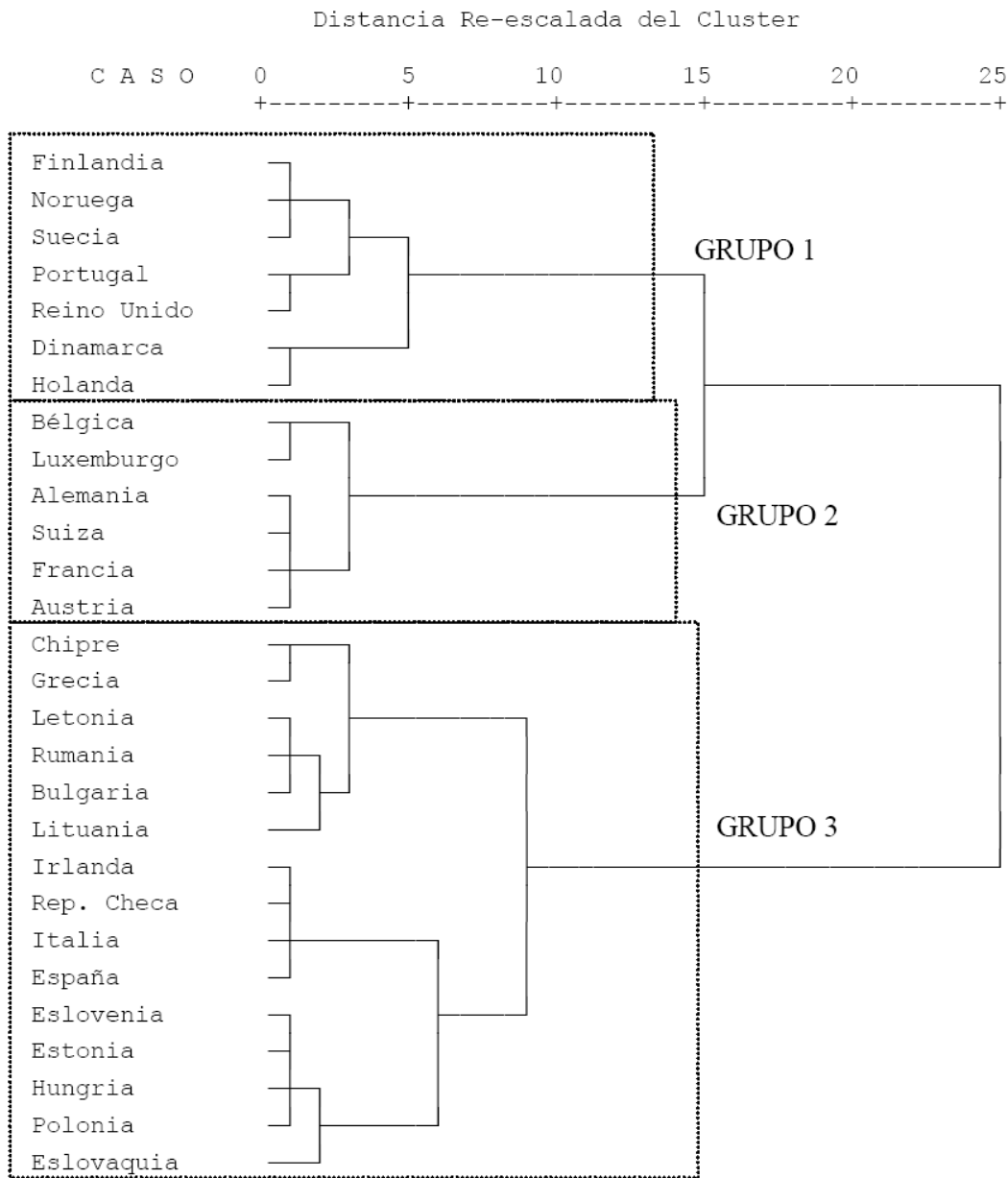


Nota: la línea discontinua representa la regresión lineal entre ambas variables.

Fuente: elaboración propia.

La Figura 2 muestra el resultado del análisis *cluster* de los países considerados, que los clasifica en tres grupos diferenciados. La composición de los tres grupos obtenidos indica que el estilo de administración pública y el tipo de sistema sanitario son factores que están influyendo en el grado de orientación hacia los pacientes.

Figura 2
Agrupación de los países conforme al análisis *cluster*



Fuente: elaboración propia.

El Grupo 1 está formado por cinco países del norte de Europa (Dinamarca, Finlandia, Noruega, Suecia y Holanda), Reino Unido y Portugal. Por lo tanto, la mayor parte de los países que forman este grupo pertenecen al estilo de administración pública nórdico. Los países de este grupo, salvo Holanda, tienen un sistema sanitario basado en servicios nacionales de salud (modelo *Beveridge*). El Grupo 2 está formado por seis países de la Europa continental. Tres son de estilo germánico (Alemania, Austria y Suiza) y tres de estilo sur-europeo (Bélgica, Francia y Luxemburgo). Todos los países de este grupo tienen sistemas de salud del tipo *Bismarck*. El Grupo 3 está formado por tres países de estilo de administración sur-europeo (España, Grecia e Italia), Irlanda y por los países que se han incorporado recientemente a la Unión Europea (entre 2004 y 2007). Este grupo incluye países con sistemas tipo

Beveridge (como España, Grecia, Italia y Rumania) y países que han adoptado el sistema tipo *Bismarck* (como la República Checa y Hungría). La Tabla 3 presenta los principales estadísticos de los tres grupos formados en el análisis *cluster* y los resultados del test *U* de Mann-Whitney que permiten comparar la orientación a los usuarios de los tres grupos formados en función de las puntuaciones obtenidas en las categorías del informe de la HCP y del PIB destinado a sanidad. La Figura 3 muestra un análisis gráfico, mediante un diagrama de cajas, del gasto que se destina a sanidad en cada grupo de países.

Tabla 3
Estadísticos descriptivos y resultados del Test *U* de Mann-Whitney

	GRUPO	Media	Desv. típ.	Mín.	Máx.	Resultados del test <i>U</i>		
						1-2	1-3	2-3
Derechos e información	1	139,9	21,8	117	175	20,500 (0,942)	15,500** (0,009)	13,000* (0,012)
	2	136,2	9,2	123	149			
	3	108,0	21,9	84	149			
E-salud	1	57,3	6,9	50	67	1,00** (0,004)	0,000** (0,000)	30,000 (0,232)
	2	41,2	6,2	33	50			
	3	36,6	6,9	25	46			
Tiempos de espera	1	102,9	24,2	80	147	0,000** (0,002)	21,500* (0,023)	0,000** (0,000)
	2	180,0	7,7	173	187			
	3	125,3	16,6	93	160			
Resultados y calidad	1	209,1	32,7	155	250	13,500 (0,277)	12,000** (0,004)	13,000* (0,012)
	2	196,2	22,1	155	214			
	3	149,1	38,6	95	214			
Cobertura de servicios	1	122,3	8,9	107	136	14,500 (0,343)	5,000** (0,001)	16,000* (0,023)
	2	114,3	18,2	93	136			
	3	90,5	17,8	57	121			
Cobertura farmacéutica	1	114,6	19,8	88	138	17,000 (0,560)	22,000* (0,028)	22,000 (0,069)
	2	108,7	16,9	88	125			
	3	88,5	22,9	50	125			
% PIB	1	9,2	0,7	8,4	9,9	7,000* (0,045)	13,000** (0,005)	7,000** (0,003)
	2	10,1	1,4	7,2	11,2			
	3	7,5	1,3	5,44	9,7			

Entre paréntesis: significatividad asintótica (bilateral) del estadístico *U*.

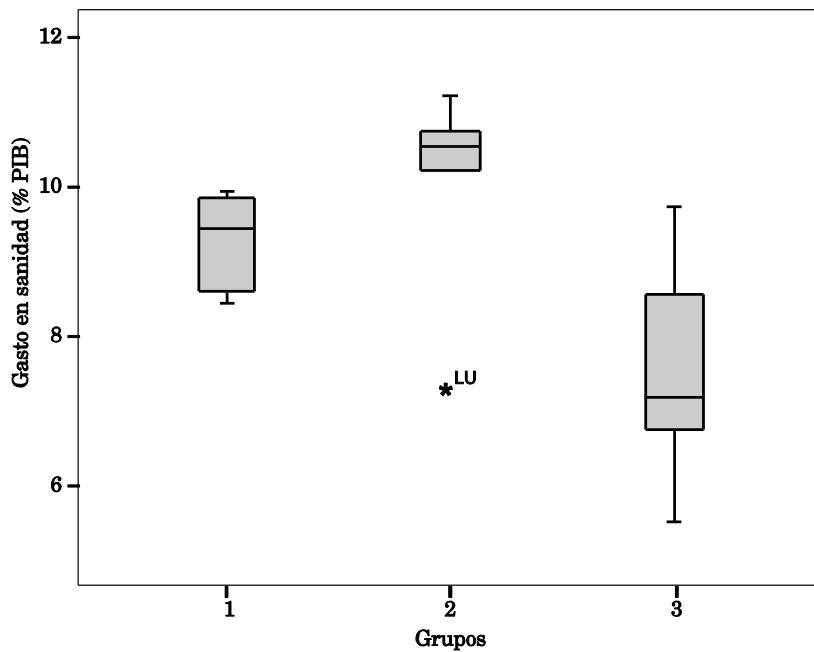
** Significativo a nivel 0,01; * Significativo a nivel 0,05;

Fuente: elaboración propia.

El Grupo 1 se caracteriza por una alta orientación al usuario de los servicios sanitarios. Presenta las mejores puntuaciones medias en todas las categorías excepto en *Tiempos de espera* (donde la diferencia con los otros dos grupos es significativa). Estos países destinan en torno al 9% de su PIB a sanidad. El Grupo 2 también se caracteriza por un alto nivel de orientación al ciudadano. Aunque las puntuaciones medias de este Grupo son inferiores a las del Grupo 1 en 5 de las 6 categorías, la diferencia solo es estadísticamente significativa en la categoría de *E-salud*. El Grupo 2 es el que tiene las mejores puntuaciones en la categoría *Tiempos de espera*, con diferencias estadísticamente significativas respecto a los otros dos grupos. En promedio, el porcentaje del PIB destinado a sanidad en este grupo es el más alto: superior al 10% del PIB. A la vista del dato de la desviación típica del % del PIB dedicado a sanidad, parece que es el grupo que contempla la mayor heterogeneidad en este aspecto. Sin embargo, el análisis gráfico de la Figura 3 revela que esta heterogeneidad se debe a la

existencia de un caso extremo en este grupo, Luxemburgo, que destina a sanidad un porcentaje de su PIB muy inferior al del resto de los países que componen este grupo. El Grupo 3 posee las peores puntuaciones en todas las categorías, excepto en *Tiempos de espera*, donde obtiene una puntuación media intermedia entre los dos grupos anteriores. En el resto de categorías, las puntuaciones son significativamente menores con respecto al Grupo 1. Con respecto al Grupo 2, las puntuaciones son significativamente menores en todas las categorías excepto en *E-salud* y *Cobertura farmacéutica*. Los países de este grupo dedican, en promedio, el 7,5% del PIB a sanidad, aunque existen importantes diferencias entre países. El test de diferencia de medias (Test *U*) muestra diferencias significativas entre los tres grupos en el nivel de recursos destinados a sanidad, diferencias que se pueden observar gráficamente en la Figura 3.

Figura 3
Diagrama de cajas del gasto sanitario (% PIB) de cada grupo



Fuente: elaboración propia.

El diagrama de cajas³ muestra que el Grupo 1 presenta una alta homogeneidad en el porcentaje del PIB dedicado a sanidad, como se refleja en el tamaño y prolongaciones de la caja. Este grupo tiene una mediana que se sitúa por encima del 9% y todos los países del grupo dedican más del 8% de su PIB a sanidad. Todos los países del Grupo 2, excepto Luxemburgo, también presentan una elevada homogeneidad en el nivel de recursos destinado a sanidad, dedicando más del 10% de su PIB a sanidad. Luxemburgo aparece como un caso extremo dentro del Grupo 2, ya que solo dedica el 7,2% de su PIB a sanidad. Este país es un caso atípico dentro de la UE, por su población y tamaño, pero especialmente por su situación económica, con una renta per cápita muy superior a la media, lo que le permite dedicar un porcentaje relativamente bajo de su PIB a sanidad, sin que ello repercuta en la calidad de los servicios sanitarios prestados. Finalmente, la caja del Grupo 3 es alargada y con extensas prolongaciones, lo que indica una alta dispersión en el porcentaje del PIB destinado a sanidad. Con una mediana por debajo del 8% y una media de 7,5% (véase la Tabla 3), este grupo contiene países como España, Grecia o Italia que dedican al menos el 9% de su PIB a sanidad, junto con países como Rumania o Chipre que no llegan al 6%. En general, estos resultados son coherentes con los obtenidos por Van der Zee y Kroneman (2007), que analizan las diferencias entre países con sistemas de seguros

sociales y con sistemas nacionales de salud, sin incluir en su estudio los países del antiguo bloque soviético, y concluyen que en términos de resultados no hay diferencias significativas entre ambos modelos, mientras que los segundos tienen una mejor contención de costes.

6. Discusión

Los gobiernos de los países europeos, preocupados por recuperar la confianza del ciudadano en las instituciones públicas, están llevando a cabo una serie de reformas que afectan la prestación de servicios públicos. La sanidad pública, por su condición de servicio fundamental dentro del Estado del bienestar, ha experimentado cambios significativos que afectan la forma de entender las relaciones entre los distintos actores involucrados en la provisión del servicio. La tendencia es la de dar un mayor protagonismo a los usuarios de los servicios sanitarios no solo para mejorar la calidad de éstos, lo que por sí mismo contribuiría a mejorar la confianza ciudadana en la Administración, sino como estrategia política para fomentar una mayor participación ciudadana en los asuntos que les afectan directamente. De esta forma, los gobiernos trasladan parte de su responsabilidad a los ciudadanos, que pasan a asumir un papel más activo en la toma de decisiones sobre cuestiones de atención sanitaria y se espera que asuman las consecuencias de su decisión.

Permitir una mayor participación del paciente en las decisiones que le afectan requiere orientar la prestación de servicios públicos sanitarios hacia los ciudadanos. Los resultados han evidenciado que la orientación al paciente depende, en parte, de la cantidad de recursos que se dedican a la atención sanitaria ya que, en general, cuanto más recursos, mayor es la cobertura de los servicios y el nivel de calidad. Este resultado puede interpretarse de dos formas. Por un lado, puede argumentarse que una mayor orientación hacia el paciente requiere destinar una importante cantidad de recursos a la provisión de servicios sanitarios. Dar más derechos a los pacientes no solo exige promover una legislación al efecto, sino destinar recursos que les permitan ejercer realmente esos derechos, algo que no siempre ocurre. Por otro lado, también puede argumentarse que la prioridad de los usuarios y pacientes será, en primer lugar, que los servicios básicos se presten de forma satisfactoria y, una vez cubierta esta necesidad básica, demandarán nuevos y mejores servicios, más personalizados y orientados a sus necesidades, así como una mayor participación en las políticas sanitarias y capacidad de decisión. Por ello, según este punto de vista, la demanda de unos servicios más orientados al paciente surgirá una vez que se dediquen suficientes recursos a la sanidad para que los pacientes vean cubiertas sus necesidades básicas de atención sanitaria de forma adecuada. Esto es, cuando los aspectos relacionados con la perspectiva consumista, donde priman los intereses del paciente como usuario, han sido desarrollados.

A pesar de que los resultados han evidenciado que, en general, el porcentaje de gasto sanitario contribuye a mejorar la orientación al ciudadano de los servicios sanitarios, existen aspectos vinculados a la perspectiva democrática de la participación ciudadana que no dependen del nivel de recursos empleados. Por lo tanto, la orientación al ciudadano de los sistemas sanitarios se puede potenciar actuando sobre aquellos aspectos que mejoran la transparencia y la comunicación, que apenas requieren recursos adicionales. Por ejemplo, promover el uso de las TIC en sanidad puede ser una estrategia para orientar los sistemas sanitarios al paciente sin necesidad de destinar una gran cantidad de recursos económicos. No obstante, pocos países presentan una puntuación elevada en esta categoría, mostrando que, en este aspecto, todavía queda un amplio margen de mejora. La adecuada implantación de estas tecnologías requiere además de recursos económicos, cambios organizativos, que dependen más de una voluntad de cambio para adoptar nuevos modelos de gestión. Sólo el Grupo 1, formado principalmente por países nórdicos, con un modelo de administración pública claramente orientado a la satisfacción de las necesidades de los ciudadanos, destaca en el grado de desarrollo de la categoría *E-salud*. Esto puede ser fruto del convencimiento de que las TIC son una manera de mejorar la transparencia, eficiencia y eficacia del sector público o de un mayor grado de desarrollo de la administración electrónica en estos países.

El estilo de administración pública y la organización de los sistemas sanitarios parecen estar influyendo en el grado de orientación a los usuarios de los sistemas sanitarios. Los países que cuentan con un estilo de administración pública donde prima la concepción del ciudadano como cliente y la mayor preocupación por tratar de satisfacer sus necesidades (estilos nórdico y anglosajón) alcanzan altos niveles de orientación al usuario. Los países con un estilo basado en el cumplimiento de las normas legales (germánico y sur-europeo) también pueden alcanzar niveles similares de orientación al usuario de los servicios sanitarios, pero destinando una cantidad de recursos significativamente mayor a la sanidad. Esto puede deberse a que en los países nórdicos y anglosajones existe una organización que centraliza la gestión, ya sea a nivel nacional o regional, que permite una mejor asignación de recursos y ahorros de costes. Además, estos países han liderado la adopción de las reformas de la NGP y la incorporación de herramientas de gestión propias del sector privado encaminadas a mejorar la economía, eficiencia y eficacia del sector público. Como contrapartida, estos países cuentan con el inconveniente de las listas de espera, ya que tradicionalmente éstas han sido utilizadas como mecanismo para regular el coste y acceso a los servicios sanitarios. Pese a que en los últimos años se ha prestado especial atención a la reducción de las listas de espera en los países con sistemas nacionales de salud, los países con sistemas de seguros sociales consolidados presentan mejores resultados en la dimensión *Tiempos de espera*. En estos países, los pacientes han tenido tradicionalmente libertad para elegir hospital, lo que ha venido obligando a los prestadores de servicios a minimizar los pacientes en lista de espera y el tiempo hasta la intervención.

Los países del ámbito sur-europeo que cuentan con sistemas nacionales de salud destinan a la sanidad un porcentaje similar de recursos que los países nórdicos, pero muestran un grado de orientación al paciente mucho menor, sobre todo en cuanto a *Resultados y calidad* y *Derechos e información a los pacientes*. Mejoras en esta última categoría, en principio, no requieren una mayor dotación de recursos, sino una voluntad política de orientar la administración y los servicios públicos hacia el ciudadano. En estos países, la mayor orientación al paciente podría lograrse sin tener que asignar más recursos mediante el uso más decidido de criterios de eficiencia y eficacia, como muestra el hecho de que los países con estilo de administración pública nórdico logran mayores niveles de orientación al paciente sin tener que dotar a su sanidad con más recursos para ello.

Los países del antiguo bloque soviético se encuentran todavía en un periodo de adaptación de sus estructuras políticas y servicios públicos, y tienen que introducir reformas que permitan aumentar los recursos destinados a la sanidad. No obstante, en algunos aspectos, como *Derechos e información a los pacientes* y *E-salud*, presentan niveles similares al resto de países, lo que confirma que estas dimensiones, sobre todo la primera, dependen más de una decisión política que de la disponibilidad de recursos.

7. Conclusiones

Orientar los sistemas de salud hacia los pacientes es un paso importante para involucrar a los ciudadanos en las políticas sanitarias, fortaleciendo así su participación en la *res pública*. Es difícil demandar a los ciudadanos que participen en decisiones sobre políticas sanitarias si no se les permite tomar parte en las decisiones que les afectan directamente. Una mayor orientación de los servicios sanitarios hacia los pacientes no solo supone una mejora de los mismos, sino que puede mejorar la opinión que tienen los ciudadanos de sus gobiernos e instituciones públicas. Por lo tanto, en el ámbito sanitario, fomentar la perspectiva consumista fortalece la perspectiva democrática. Este estudio muestra que la orientación al ciudadano de los sistemas sanitarios no solo depende de los recursos destinados, sino que hay aspectos donde el estilo de administración pública, reflejo de una mayor voluntad de orientarse hacia el ciudadano, así como el tipo de sistema sanitario elegido, también son factores relevantes.

Los estilos anglosajón y nórdico ofrecen un marco más propicio para lograr unos sistemas sanitarios más orientados al ciudadano, dada su mayor inclinación a concebir a los ciudadanos como

usuarios o clientes y la mayor preocupación por tratar de satisfacer sus necesidades. En los países germánicos, sur-europeos y de la Europa del Este también se han ido introduciendo medidas para orientar los sistemas sanitarios hacia el paciente, pero no siempre han tenido el mismo alcance que en los países anglosajones y nórdicos. Los estilos administrativos basados en la legalidad, como el germánico y sur-europeo, pueden lograr una orientación al usuario similar a la del estilo nórdico o anglosajón, pero a costa de destinar más recursos. El estilo de administración sur-europeo muestra, en general, una baja orientación al usuario en aspectos que, en principio, no requieren un volumen importante de recursos, muy probablemente por la escasa tradición de transparencia y apertura de la administración hacia la ciudadanía en estos países. Los países del antiguo bloque soviético que se han incorporado a la UE presentan la peor orientación al usuario en los aspectos que requieren más recursos, pero parecen estar compensando esta debilidad mostrando una voluntad de orientarse al usuario en los aspectos que no requieren dedicar una cantidad significativa de recursos económicos.

En lo que se refiere al modelo de sistema sanitario (*Beveridge* o *Bismarck*), se observa que en ambos modelos se pueden alcanzar elevados niveles de orientación al usuario. Los países germánicos y sur-europeos que destacan en los niveles de orientación al paciente cuentan con un sistema sanitario de tipo *Bismarck*, lo que indica que este modelo facilita la obtención de niveles elevados de orientación al paciente, pero a costa de dedicar más recursos a financiar su sanidad. En los países con un modelo *Beveridge* hay una mejor contención de costes, debido a la existencia de una organización centralizada que asigna de una forma más eficiente los recursos destinados a la sanidad pública.

En definitiva, los resultados obtenidos han puesto de manifiesto que un mayor grado de orientación al paciente no es solo cuestión de dedicar los recursos suficientes para proporcionar un servicio en condiciones adecuadas, sino que también depende de los mecanismos desarrollados para garantizar la transparencia y participación de los ciudadanos en los asuntos públicos, que en buena medida vienen influenciados por el estilo de administración pública. Fortalecer el papel del paciente en la sanidad supone fortalecer el papel del ciudadano en la vida pública, lo que mejorará su confianza en las instituciones públicas.

Notas

¹ El término *empowerment* se refiere al desarrollo de las capacidades personales para poder participar activamente y modelar la vida propia y la de la comunidad en términos económicos, sociales y políticos; es decir, a la capacitación para una plena participación en los procesos de toma de decisiones (definición de la base de datos de terminología inter-institucional de la Unión Europea, IATE: <http://iate.europa.eu>).

² Holanda se clasifica habitualmente dentro del estilo de administración nórdico (véase Kickert, 1997; Torres, 2004).

³ En un diagrama de caja, el borde superior de la misma refleja el percentil 75 y el borde inferior el percentil 25, por lo que la caja contiene el 50% de los datos de la muestra. La línea dentro de la caja marca la mediana de la distribución. Los extremos de las prolongaciones que surgen de la caja muestran el valor más grande y más pequeño que no llegan a ser atípicos, mientras los casos atípicos (los que se encuentran a una distancia mayor a 1,5 veces el tamaño de la caja, tanto por encima como por debajo de la misma), se muestran mediante un círculo. Los asteriscos muestran los casos extremos, es decir, aquellos valores alejados más de tres longitudes de caja del percentil 25 o 75.

Bibliografía

- Anderson, J. M. (1996), "Empowering Patients: Issues and Strategies", en *Social Science and Medicine*, Vol. 43 N° 5, New York, pp. 697-705.
- Anderson, R. M. y Funnell, M. (2010), "Patient Empowerment: Myths and Misconceptions", en *Patient Education and Counseling*, Vol. 79 N° 3, Chesterfield, pp. 277-282.
- Aujoulat, I.; D'Hoore, W.; y Deccache, A. (2007), "Patient Empowerment in Theory and Practice:

- Polysemy or Cacophony?”, en *Patient Education and Counseling*, Vol. 66 N° 1, Chesterfield, pp. 13-20.
- Baggott, R. (2005), “A Funny Thing Happened on the Way to the Forum? Reforming Patient and Public Involvement in the NHS in England”, en *Public Administration*, Vol. 83 N° 3, Malden, pp. 535-551.
- Bastian, H. (2008), “Health Literacy and Patient Information: Developing the Methodology for a National Evidence-Based Health Website”, en *Patient Education and Counseling*, Vol. 73 N° 3, Chesterfield, pp. 551-556.
- Beun, J. G. (2003), “Electronic Healthcare Record; a Way to Empower the Patient”, en *International Journal of Medical Informatics*, Vol. 69 N° 2, München, pp. 191-196.
- Capano, G. (2003), “Administrative Traditions and Policy Change: When Policy Paradigms Matter. The Case of Italian Administrative Reform during the 1990s”, en *Public Administration*, Vol. 81 N° 4, Malden, pp. 781-801.
- Christensen, T.; Læg Reid, P.; y Wise, L. R. (2002), “Transforming Administrative Policy”, en *Public Administration*, Vol. 80 N° 1, Malden, pp. 153-178.
- Currim, I. S.; Gurbaxani, V.; LaBelle, J.; y Lim, J. (2006), “Perceptual Structure of the Desired Functionality of Internet-Based Health Information Systems”, en *Health Care Management Science*, Vol. 9 N° 2, Secaucus, pp. 151-170.
- De Ruyter, K. y Wetzels, M. (1998), “On the Complex Nature of Patient Evaluations of General Practice Service”, en *Journal of Economic Psychology*, Vol. 19 N° 5, Bolton, pp. 565-590.
- Dieterich, A. (2007), “The Modern Patient: Threat or Promise? Physicians’ Perspectives on Patients’ Changing Attributes”, en *Patient Education and Counseling*, Vol. 67 N° 3, Chesterfield, pp. 279-285.
- Draper, M. y Hill, S. (1996), “Feasibility of National Benchmarking of Patient Satisfaction with Australian Hospitals”, en *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 8 N° 5, Dublin, pp. 457-466.
- European Commission (2006), *ICT for Health and i2010. Transforming the European Healthcare Landscape: towards a Strategy for ICT for Health*, Luxembourg, European Commission. Information Society and Media.
- Eurostat (2010), *Public Health Database*, Luxembourg, Eurostat, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/data_public_health/database,02-10-2010.
- Fundación Telefónica (2006), *Las TIC en la sanidad del futuro*, Barcelona, Ariel.
- Gil, J. y Gracia, E. (2002), “A Comparison of the USA Health Care Effort with Other OECD Countries”, en *Hacienda Pública Española / Revista de Economía Pública*, Vol. 161 N° 2, Madrid, pp. 31-48.
- Guyomarch, A. (1999), “Public Service, Public Management and the Modernization of French Public Administration”, en *Public Administration*, Vol. 77 N° 1, Malden, pp. 171-193.
- Hammerschmid, G. y Meyer, R. E. (2005), “New Public Management in Austria: Local Variation on a Global Theme?”, en *Public Administration*, Vol. 83 N° 3, Malden, pp. 709-733.
- HCP (2009), *Euro Health Consumer Index 2009 Report*, Bruxelles, Health Consumer Powerhouse, <http://www.healthpowerhouse.com/files/Report-EHCI-2009-090925-final-with-cover.pdf>, 15-03-2010.
- Hesse, B. W. y Shneiderman, B. (2007), “eHealth Research from the User’s Perspective”, en *American Journal of Preventive Medicine*, Vol. 32 N° 5, Washington, pp. S97-S103.
- Hesse, J. J. (1993), “From Transformation to Modernization: Administrative Change in Central and Eastern Europe”, en *Public Administration*, Vol. 71 Nos. 1-2, Malden, pp. 219-257.
- Holmström, I. y Röing, M. (2010), “The Relation between Patient-Centeredness and Patient

- Empowerment: a Discussion on Concepts”, en *Patient Education and Counseling*, Vol. 79 N° 2, Chesterfield, pp. 167-172.
- Hood, C. (1995), “The New Public Management in the 1980s: Variations on a Theme”, en *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 20 Nos. 2-3, Maryland Heights, pp. 93-109.
- Keating, M. (2001), “Public Management Reform and Economic and Social Development”, en *OECD Journal on Budgeting*, Vol.1 N° 2, Paris, pp. 141-212.
- Kickert, W. (1997), “Public Management in the United States and Europe”, en *Public Management and Administrative Reform in Western Europe*, W. Kickert (ed.), Cheltenham, Edward Elgar.
- _____ (2002), “Public Governance in Small Continental European States”, en *International Journal of Public Administration*, Vol. 25 N° 12, Philadelphia, pp. 1471-1491.
- Lemire, M.; Sicotte, C.; y Paré, G. (2008), “Internet Use and the Logics of Personal Empowerment in Health”, en *Health Policy*, Vol. 88 N° 1, Maryland Heights, pp. 130-140.
- Minvielle, E. (2006), “New Public Management à la Française: the Case of Regional Hospital Agencies”, en *Public Administration Review*, Vol. 66 N° 5, Washington, pp. 753-763.
- Mossialos, E.; Dixon, A.; Figueras, J.; y Kutzin, J. (eds.) (2002), *Funding Health Care: Options for Europe*, Buckingham, Open University Press (European Observatory on Health Systems and Policies Series).
- OECD (2010), *OECD Health Data 2010*, Paris, OECD, http://www.oecd.org/document/46/0,3343,en_2649_34631_34971438_1_1_1_1,00.html, 02-10-2010.
- OMS (1998), *Promoción de la salud: glosario*, Ginebra, OMS, http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_sp.pdf, 09-10-2010.
- Parrado Díez, S.; Loeffler, E.; y Bovaird, T. (2005), “Evaluación de la calidad de la gobernanza local: algunas lecciones de la experiencia europea”, en *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, N° 33, Caracas, pp. 33-60.
- Peters, B. G. (2000), *Four Main Administrative Traditions*, Washington, World Bank, <http://go.worldbank.org/8W85CKFC80>, 04-10-2010.
- Pina, V.; Torres, L.; y Royo, S. (2009), “E-Government Evolution in EU Local Governments: a Comparative Perspective”, en *Online Information Review*, Vol. 33 N° 6, Bingley, pp. 1137-1168.
- _____ (2010), “Is E-Government Promoting Convergence towards More Accountable Local Governments?”, en *International Public Management Journal*, Vol. 13 N° 4, Philadelphia, pp. 350-380.
- Pollitt, C. y Bouckaert, G. (2000), *Public Management Reform: a Comparative Analysis*, Oxford, Oxford University Press.
- Rechel, B. y McKee, M. (2009), “Health Reform in Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union”, en *The Lancet*, Vol. 374 N° 9696, London, pp. 1186-1195.
- Royal Society (2006), *Digital Healthcare: the Impact of Information and Communication Technologies on Healthcare*, London, Royal Society, http://royalsociety.org/Report_WF.aspx?pageid=8216&terms=digital+healthcare, 10-09-2008.
- Segal, L. (1998), “The Importance of Patient Empowerment in Health System Reform”, en *Health Policy*, Vol. 44 N° 1, Maryland Heights, pp. 31-44.
- Tavares, L. V. y Alves, A. A. (2006), “The Future of Portuguese Public Administration and a New Agenda for Public Administration Sciences in the 21st Century”, en *Public Administration*, Vol. 84 N° 2, Malden, pp. 389-406.
- Toonen, T. A. J. (1993), “Analysing Institutional Change and Administrative Transformation: a Comparative View”, en *Public Administration*, Vol. 71 Nos. 1-2, Malden, pp. 151-168.
- Torres, L. (2004), “Trajectories in Public Administration Reforms in European Continental Countries”, en *Australian Journal of Public Administration*, Vol. 63 N° 3, Brisbane, pp. 99-112.

- Torres, L. y Pina, V. (2004), "Reshaping Public Administration: the Spanish Experience Compared to the UK", en *Public Administration*, Vol. 82 N° 2, Malden, pp. 445-464.
- Torres, L.; Pina, V.; y Acerete, B. (2005), "E-Government Developments on Delivering Public Services among EU Cities", en *Government Information Quarterly*, Vol. 22 N° 2, Maryland Heights, pp. 217-238.
- Van der Zee, J. y Kroneman, M. W. (2007), "Bismarck or Beveridge: a Beauty Contest between Dinosaurs", en *BMC Health Services Research*, Vol. 7:94, London, pp. 1-11, <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-7-94.pdf>, 10-11-2008.
- Vrangbæk, K. y Østergren, K. (2006), "Patient Empowerment and the Introduction of Hospital Choice in Denmark and Norway", en *Health Economics, Policy and Law*, Vol. 1 N° 4, Cambridge, pp. 371-394.
- Vrangbæk, K.; Østergren, K.; Birk, H. O.; y Winblad, U. (2007), "Patient Reactions to Hospital Choice in Norway, Denmark and Sweden", en *Health Economics, Policy and Law*, Vol. 2 N° 2, Cambridge, pp. 125-152.
- Wait, S. y Nolte, E. (2006), "Public Involvement Policies in Health: Exploring Their Conceptual Basis", en *Health Economics, Policy and Law*, Vol. 1 N° 2, Cambridge, pp. 149-162.
- Ward, J. H. (1963), "Hierarchical Grouping to Optimise an Objective Function", en *Journal of the American Statistical Association*, Vol. 58 N° 301, Alexandria, pp. 236-244.