



Algunos apuntes sobre el sistema sanitario japonés

Resumen

En este artículo se hace un análisis del sistema sanitario de Japón, de sus tipos de seguros y de su regulación. Se subrayan los cambios introducidos en la legislación a lo largo de 1997 para poder responder a las exigencias crecientes del sistema. Se hace un análisis breve de la estructura sanitaria y del modo de aplicación de las políticas estatales en las prefecturas y las regiones.

La segunda parte del artículo se refiere al hospital Santa María y al modelo de dirección hospitalaria en este centro. Se demuestra como los cambios operados en el sistema se reflejan en el hospital y como el hospital responde y se adapta a estas reformas.

Introducción

A comienzos de 1997 visité Japón invitado por la Agencia Japonesa de Colaboración Internacional (JICA). Estuve participando en un curso de 70 días sobre la dirección de los hospitales y los aspectos financieros del sistema. La sede para la realización del curso fue el hospital privado Santa María, con 1.500 camas, en la ciudad de Kurume, provincia de Fukuoka. Se trata de un curso bastante completo, con sesiones dedicadas a cada unidad del hospital y que estudia los aspectos de gestión, flujos financieros, planes de desarrollo, etc. De acuerdo con mis intereses específicos visité además tres Prefecturas, sus Administraciones Locales, el Ministerio de Sanidad, el Instituto de Política y Administración Sanitaria, el Fondo de Seguro Sanitario, el Comité sobre el control de los Pagos y la Unión de los Médicos.

Rasgos principales del sistema sanitario japonés

A continuación describiré algunos de los rasgos que considero de interés. No se trata de un análisis exhaustivo, sino más bien de unos apuntes que llamen la atención sobre diferentes aspectos del sistema.

1. La cobertura de la población con asistencia sanitaria pública es completa (100%), mediante un modelo de seguridad social complementado con otras estructuras estatales. Existe un seguro sanitario para los trabajadores y sus familias. Hay un segundo fondo diferente donde se aseguran las profesiones liberales. Existe un tercer fondo, de creación reciente, para los ancianos (el "Plan de Oro", mediante el que se recaudan ingresos de los trabajadores activos para cubrir las necesidades de las personas mayores de 65 años). Los fondos contratan médicos y hospitales. Los médicos para la asistencia primaria (extrahospitalaria) son privados, autónomos (100%). Los hospitales son privados (65%) y públicos (35%) de las Prefecturas, y de las Universidades. El pago sigue las reglas



de pago por acto (fee for service) tanto en atención primaria como en hospitales. La fijación de los precios para cada tipo de atención es centralizada. Existe un sistema de puntos, parecido al sistema alemán. En Japón también existe un sistema de puntos para la prescripción farmacéutica, mediante el que se calcula el pago a los médicos y a los hospitales.

2. Hasta el día uno de abril de 1997 el asegurado pagaba por la asistencia extrahospitalaria el 10% del coste del servicio y el 20% en el caso de familiares (beneficiarios). Desde abril los porcentajes han subido a un 20 y un 30% respectivamente. Los mayores de 65 años pagaban 1.000 yenes (alrededor de 1.000 pesetas). Ahora pagan 2.000.
3. En la asistencia hospitalaria el asegurado pagaba el mismo porcentaje hasta los primeros 20 días de estancia, y después de los primeros 20 días era libre de pago. Ahora el período sometido a copago se ha reducido a 14 días.
4. Los hospitales están en competencia entre sí para tener más pacientes. Están desarrollando actividades atractivas para la población. Apoyan a las comunidades locales de diversos modos. Los hospitales privados de Japón se asocian entre sí y con otro tipo de fundaciones o estructuras relacionadas con la sanidad, intentando prestar servicios más complejos.
5. Uno de los fenómenos que llama la atención de los hospitales japoneses es su estancia media: el promedio para el país son 45 días. La explicación está relacionada con la carencia de una red bien desarrollada de centros de media y larga estancia, sociosanitarios, para enfermos crónicos. Por otra parte, la tradición japonesa exige para los enfermos, y sobre todo para los ancianos, cuidados constantes. Las familias de los ancianos trabajan y no pueden cuidarlos en casa. Los hospitales están así obligados a tratarlos y atenderlos en períodos más prolongados. En los últimos tiempos, el Ministerio de Sanidad y los fondos de seguro están introduciendo una serie de medidas que estimulan la construcción de centros de tratamiento prolongado (enfermos crónicos) para que los hospitales se ocupen de enfermos agudos. El objetivo en una primera etapa es reducir la estancia media a 14 días. En los centros para crónicos la financiación se hará con presupuestos globales, prospectivos. Para cada paciente ingresado se darán unos recursos determinados por cada 90 días de ingreso.
6. La presión del mercado y las normas legales están obligando a cerrar los hospitales pequeños (entre 20 y 100 camas) y al mismo tiempo fuerzan la reducción de camas en los grandes hospitales, que deben desarrollar cada vez más actividades relacionadas con el diagnóstico y la prevención, en régimen ambulatorio.
7. El Gobierno define la política sanitaria y regula la oferta sanitaria (número de hospitales, número de profesionales sanitarios) así como los fondos de seguro sanitario (fijando las prestaciones y los precios). La autoridad sanitaria se ejerce a través de las Prefecturas. Las Prefecturas (provincias) son responsables de la salud pública, promoción de la salud y prevención de las enfermedades, sanidad materno-infantil, control e higiene de los alimentos, control de los medicamentos y vigilancia del ejercicio de las profesiones sanitarias.
8. Los estándares de alimentación de Japón son muy estrictos. La calidad de la alimentación se controla continuamente. Los productos se elaboran con mínima cantidad de sal y de azúcar



industrial. Los alimentos que predominan en la dieta son el arroz, los vegetales, el pescado y la carne de aves.

9. Los gastos del sistema sanitario ascienden a 7,2% del PIB. El 17% de la industria japonesa trabaja para el sector sanitario (farmacéutica, química, electrónica, industria pesada, textil, etc).

El Hospital de Santa María

Es un hospital regional de alta cualificación. Es centro colaborador de la OMS para la atención pediátrica (la mortalidad neonatal en su región se ha reducido a 3,8 por 1000).

La dirección del hospital se basa en el keyrezu japonés, donde cada profesional realiza su responsabilidad dentro de los marcos de su puesto de trabajo y sin esperar órdenes desde arriba. La dirección del hospital informa periódicamente a los jefes de servicio de los resultados de su trabajo. Se informa también de los resultados económicos. Mensualmente los jefes de servicio envían propuestas de mejora del trabajo de sus servicios respectivos. En los hospitales privados con ánimo de lucro los gastos de personal son un 45% frente a los hospitales no profit cuyos gastos de personal pueden ascender hasta un 80%. En los hospitales privados se trabaja de forma intensiva, realizando un gran volumen de servicios. Las remuneraciones de los médicos japoneses son alrededor de 10.000 \$/mes (1,5 millones de pts.). En los hospitales privados la remuneración es un 30% más alta que en los públicos. Los sueldos no dependen de la antigüedad ni de las especialidades. El sueldo de los jefes de servicio es un 10% más alto.

En el Hospital Santa María cada empleado tiene unos beneficios sociales entre los que se encuentran: la atención gratuita para sí mismo y para sus familiares en el hospital y 10 días de vacaciones pagadas, dos veces al año, en cualquier sitio del mundo elegido por él mismo. El espíritu de sacrificio de los empleados se muestra en que renuncian a una de sus vacaciones y disfrutan únicamente de 10 días. Cuando se logran buenos resultados financieros se entregan, semestralmente, unas pagas extraordinarias que pueden llegar hasta el importe de dos sueldos mensuales. No existe diferencia entre las unidades, y todos reciben premios iguales.

El proceso de tratamiento está organizado de tal manera que se optimice la realización de pruebas diagnósticas y terapéuticas. Se están desarrollando nuevas líneas de programas de prevención en colaboración con los fondos del seguro, las empresas y los municipios. Se está construyendo un nuevo edificio de seis plantas para procedimientos diagnósticos, centro de día y soporte de atención domiciliaria. Estos cambios muestran de qué manera el hospital intenta responder a las modificaciones y exigencias del entorno.

Los lemas de los directores del Hospital Santa María no son casuales: "Asistencia enfocada al paciente" y "En nombre de la sociedad".

Los problemas del sistema sanitario: la sostenibilidad financiera

Debido al aumento de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad se estima que en el año 2020 el 26% de la población tendrá más de 65 años. Teniendo en cuenta que actualmente las personas mayores consumen más de la mitad del gasto sanitario, las previsiones apuntan a un aumento importante de dicho gasto. Por ello se adoptó la medida de separar el fondo de seguro para los ancianos, así como un aumento de las tasas que pagan los pacientes. También se intentan disminuir los gastos hospitalarios separando los servicios para pacientes crónicos, de tipo social o socio-sanitario. La atención a domicilio y los programas preventivos son otra respuesta a esta creciente demanda. En este sentido se han reforzado también los centros de salud de las empresas y sus programas de salud laboral.

En conclusión:

Puedo decir que en uno de los países económicamente más desarrollados del mundo la sanidad funciona con una buena organización, adaptada a las necesidades del país, y con unos costes relativamente bajos. Desde el punto de vista de un visitante, lo que más admiré fueron la organización, las tecnologías y, sobretodo, el comportamiento de los profesionales.

	1984	1995
Población		126.000.000
Renta per cápita (SPPA)	11.525	21.912
Esp. vida al nacer mujeres	80,2	82,8
Esp. vida al nacer varones	74,5	76,4
Mortalidad infantil	6,0	4,3
Cobertura	100%	100%
Gasto sanitario total (% PIB)	6,5	7,2
Camas hospitalarias		1.680.925
Ocupación		82,5%
Estancia media	54,6	45,5
Ingresos hospital/1000 h	7,0	9,0
Consultas aten.pri./h	14,0	16,3

Tabla 1. Información sobre el sistema sanitario

	1984	1993
Total hospitales	9.574	9.844
Hospitales Nacionales	438	394
Hospitales Públicos	1.366	1.378
Hospitales del Seguro Social	139	137
Hospitales de médicos	3.356	4.550
Hospitales privados	3.468	2.530
Otros Hospitales	807	855

Hospitales con 20-99 camas	4.844	4.259
Hospitales con 100-299 camas	3.447	3.998
Hospitales con 300-499 camas	866	1.083
Hospitales con 500 y más camas	417	504

Tabla 2. Información sobre la estructura hospitalaria

Bibliografía

- ¹ Annual Report on Health and Welfare 1995-1996. Medical Care-Quality Information, Choice and Assesment. Ministry of Health and Welfare of Japan, March 1997.
- ² Community Health Service. Vol I, II, III. St. Mary's Hospital.
- ³ Organisation of the Government of Japan. Institute of Administrative Management under supervision of Prime Minister's office Government of Japan. 1996.
- ⁴ Ikegami N. Japanese Health Care: low cost through regulated fees. Health Affairs 1991; fall: 87-109.
- ⁵ Iglehart JK. Japan's medical care system. N Engl J Med 1988; 319: 807-12.

Dimitar Iliev
Jefe del Departamento de Programa
del Centro Nacional de Salud Pública. Sofía, Bulgaria