

SECTOR PRIVADO - SECTOR PUBLICO EN SALUD ALTERNATIVAS PARA SU DESARROLLO

Cuad. Méd.-Soc., XXXIII, 4, 1992/ 62-71

Dr. Gonzalo Navarrete M. / Chile
Dr. Gilberto Reyes I. / Honduras
Dr. Luisa D. Tillerio S. / Venezuela
Dr. Armando A. Villareal V. / Panamá

INTRODUCCION

Actualmente América Latina vive un conjunto de cambios producto de tres hechos fundamentales, en primer lugar, la crisis económica expresada en la disminución del crecimiento económico, concentración en un sector social del capital nacional, transferencia neta de recursos al exterior, aumento de la cantidad y calidad de la pobreza y aparición de nuevos pobres. En segundo lugar, se han impuesto desde los organismos financieros internacionales políticas de ajuste estructural, que tienden a disminuir el tamaño del Estado, el gasto social, estimular la transferencia de unidades productivas y de servicios hacia el sector privado, políticas de recuperación de costos y descentralización del aparato estatal. Conjuntamente se ha impuesto un consenso en el sentido de aplicar una política social de mercado como modelo de desarrollo y salida a la crisis.

En el sector salud la polémica se puede abordar desde la descripción de la cantidad y calidad de los déficits existentes en los servicios de salud públicos y privados, como también desde la óptica de cuál es el rol y las condicionantes para el desarrollo posible de cada sector en el actual contexto y de las fuerzas que juegan en sus definiciones. Creemos que esta segunda óptica es más útil como aporte a la reflexión.

Previamente es necesario recordar que la salud ha sido definida, y existe consenso en esto, no solo como la ausencia de enfermedad sino también como el completo bienestar psíquico y social, esto pone al sector en estrecha relación con el carácter del desarrollo de las fuerzas productivas y del conjunto de los actores sociales definidos para cada país. De esta manera las propuestas nacidas acerca de la acción

del Estado, su rol en la salud y el rol del sector privado tienen una dimensión técnica, otra política y están en un contexto social y económico, lo cual les establece un marco dinámico de negociación donde la viabilidad de las distintas propuestas dependerá del estado y peso relativo de cada uno de los siguientes aspectos:

- 1) Cual es el grado de desarrollo económico y el contexto ideológico predominante.
- 2) El grado de desarrollo efectivo de los sectores público y privado.
- 3) La fuerza relativa y el rol de los distintos actores en la puja por la distribución de los recursos.
- 4) La historia del desarrollo de cada sistema de atención.
- 5) La magnitud del déficit de recursos para el logro de los objetivos técnicos, económicamente viables y políticamente acordados.

El presente trabajo enfocará en primer lugar el marco teórico en el cual se plantea la privatización; posteriormente se analizarán cuatro experiencias nacionales (Honduras, Panamá, Venezuela y Chile) en las que existen distintos grados de desarrollo de los sistemas y de opciones en torno a la salud pública y privada, y finalmente se harán comentarios y sugerencias para cada alternativa.

MARCO TEORICO

El concepto de privatización expresa fundamentalmente una opción para reducir la participación estatal en el desempeño de actividades de producción y de servicios a través de empresas públicas. Esta reducción generalmente se lleva a

cabo mediante la transferencia parcial o total de estas empresas al sector privado o mediante el estímulo de la participación de dicho sector en la producción de bienes y servicios cuya competencia originalmente estuvo asignada al sector público.

Los criterios considerados para tomar esta medida se fundamentan en la excesiva intervención, regulación y control del Estado y en las deficiencias de las empresas públicas, habitualmente con carácter monopolístico, en el desempeño de sus funciones. En este sentido, es necesario señalar que las causas por las cuales se ha producido el desarrollo de un Estado protagónico en los diferentes sectores, no son solo el producto de ideologismos o principios políticos de los gobiernos, sino que responde además a problemas estructurales, económicos y sociales, existentes en nuestras sociedades. De este modo las características de la acción estatal pueden resumirse de la siguiente forma:

1.- Inversión de la propiedad pública en el sector financiero, como consecuencia de la necesidad del Estado de desarrollar el sector industrial.

2.- Concentración de la actividad pública en la explotación de recursos naturales no renovables y nacionalización de empresas con capitales extranjeros.

3.- Desarrollo de actividades de producción de bienes intermedios, en los cuales no participaba el sector privado, particularmente durante la década del 60 y luego del agotamiento del modelo de desarrollo orientado hacia la sustitución de importaciones.

4.- Rescate de empresas, dada la debilidad de las empresas privadas en el sector industrial y financiero (H Boneo. -87.30- 31).

A finales de la década de los setenta hubo un marcado énfasis de la concepción neoliberal en América Latina, como producto del agotamiento del modelo desarrollista y de las experiencias populistas de los años 60, por lo cual se impulsaron medidas monetaristas desde los organismos internacionales (FMI, BID, BM).

Dentro de estas medidas se encuentra el impulso de la privatización, con el objetivo de someter a las empresas públicas a la disciplina del mercado para hacerlas más eficientes, conjuntamente esto permitiría reducir al gasto público, disminuir el déficit fiscal y facilitar la obtención de financiamiento externo.

La privatización es solo una de un conjunto de medidas que pretenden contribuir a la reforma del sector público. Esta ha sido presentada como la vía más efectiva para incrementar el desarrollo económico, sustentado en la competencia y el libre mercado.

La privatización puede ser implementada en distintas formas:

- 1.- Venta de activos o empresas en forma directa o mediante su transformación en sociedades anónimas con venta de acciones en forma total o parcial.
- 2.- Liberalización o reducción de las acciones de regulación directa que determinan el ingreso a un sector o tipo de producción de bienes y servicios.
- 3.- Desregulación o eliminación de normativas que impiden el manejo privado de áreas de protección de intereses sociales, laborales o de planificación.
- 4.- Contratación o concesión a empresas privadas para la realización de actividades vinculadas a los servicios públicos. (O. Guerrero- 90. 226-229).

Sin embargo, la privatización comienza a manifestarse mediante lo que podría denominarse Privatización Silenciosa o Pasiva, que tiene dos variantes: a) Debilitamiento paulatino de los servicios públicos mediante la desinversión y congelamiento de cargos.

b) Transición gradual o transferencia de tareas y personal al sector privado.

LIMITACIONES DEL MERCADO EN EL SECTOR SALUD

EFICIENCIA:

La ejecución de medidas de privatización tienen como fundamento la mejoría de la eficiencia, lo que equivale a decir que a igual o menor costo se entregan servicios similares o superiores. La experiencia existente demuestra que si bien es cierto desde la perspectiva del sector privado la entrega de servicios de salud es cualitativamente mejor, sus costos son superiores a los del sector público, en igual grado de desarrollo social, como son los casos de Estados Unidos y Canadá; además cuando coexisten los dos sistemas el sector privado muestra mayores costos que el público.

EFICACIA:

La eficacia tiene relación con la naturaleza de los objetivos, que para el sector público se refieren al logro de mejores niveles de salud para el conjunto de la población, en cambio para el sector privado estos se relacionan con la obtención de rentabilidad económica en el desarrollo de sus actividades. Esto marca una diferencia esencial en la orientación de los servicios que prestan. De esta manera el sector público requiere de inversiones para la promoción y

fomento de la salud conjuntamente con las acciones curativas, mientras que las inversiones del sector privado privilegian estas últimas.

SOBERANÍA DEL CONSUMIDOR:

Una de las limitaciones fundamentales para el buen funcionamiento del mercado en salud radica en el hecho que el consumidor o demandante de servicios de salud no cuenta con la información y autonomía de decisión necesaria para elegir el tipo de servicio que necesita, así como la prestación más adecuada para resolver sus problemas al menor costo y con la mejor calidad. De esta manera el prestador controla o influye decisivamente sobre la demanda de prestaciones con el propósito de aumentar su ingreso y en esa forma maximizar su propia ganancia.

PODER ADQUISITIVO DE LOS USUARIOS:

El mercado funciona y se regula en el libre juego de la oferta y la demanda, lo que implica que debe existir una capacidad de demanda por los servicios ofrecidos. Esta demanda requiere capacidad adquisitiva. Sin embargo, con el poder adquisitivo actual de nuestras sociedades y el nivel de precios crecientes, gran parte de la población no tiene ingresos suficientes para acceder al mercado de la salud, así el mercado satisface sólo las necesidades de los grupos con mayores ingresos.

COSTOS CRECIENTES:

El desarrollo de sistemas privados competitivos implica la atracción para cada sistema de la mayor cantidad de demanda posible, esto sólo puede hacerse por la oferta de servicios cada vez más atractivos que en salud implican tecnología de punta, hotelería y suntuarios, todo lo cual aumenta los costos de las prestaciones.

EXPERIENCIAS NACIONALES

HONDURAS

La República de Honduras está situada en Centroamérica; cuenta con una población aproximada de 5 millones de habitantes y una extensión territorial de 112.088 Km. Su Producto Interno Bruto así como su Producto Per Cápita son bajos por lo que está clasificada como país en vías de desarrollo.

A partir de 1982 se inicia el proceso de democratización, pero en forma paralela comienzan a perfilarse serios problemas de tipo económico y social. La crisis económica internacional inició sus efectos negativos en el país en el año 1981 y se

recrudesció en el período 1985-1989. Sus signos se reflejaron en un descenso dramático de la producción nacional, se incrementó la desocupación, se inició un proceso acelerado de la inflación, desequilibrios en la balanza de pagos y en consecuencia escasez de divisas, además de un marcado ascenso del déficit fiscal, lo cual afectó el abastecimiento de insumos críticos entre ellos los medicamentos, a la vez que la moneda nacional fue perdiendo valor frente al dólar, formándose un mercado no oficial para la obtención de divisas.

Producto de esta crisis el país no tuvo capacidad para el pago de los intereses y amortización de capital de la deuda externa. Además, no se buscaron opciones para atenuar la crisis por lo que Honduras en los últimos años de la década fue declarada no elegible para nuevos financiamientos y se paralizaron los desembolsos de los proyectos en ejecución.

En el inicio de los 90 se implementa el proceso de ajuste estructural de la economía cuyos efectos recaen en mayor medida en los estratos de la población en situación de pobreza. Para aminorar este impacto el gobierno está implementando medidas de compensación social, cuyos resultados son positivos, esperando que en el mediano plazo estas medidas se traduzcan en una reactivación de la economía y en el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

El impulso más grande para extender la cobertura de los servicios de salud se inició en el primer quinquenio de la década de los 70, con la formulación e implementación de una política de extensión de cobertura, con fundamento en la Atención Primaria en Salud y tomando como principios básicos los siguientes:

- 1.- Amplia participación comunitaria en todas las etapas de la planificación.
- 2.- Reorganización institucional para acoplarla al nuevo modelo de servicios de salud.
- 3.- Coordinación sectorial e intersectorial.
- 4.- Establecimiento de un sistema único de salud.
- 5.- Construcción, equipamiento y operación de una amplia red de establecimientos de salud.

Este modelo de atención considerado democrático, generó muchas expectativas y efectivamente creó las bases del actual sistema de salud e incorporó amplios grupos de población a los servicios. No obstante, los cambios políticos suscitados posteriormente no permitieron la consolidación del sistema y su estrategia más importante, como es la participación comunitaria, sufrió cambios de enfoque y en consecuencia se debilitó.

Actualmente los principales problemas están referidos a los déficits, la esperanza de vida es de 66

años y de cada 1.000 niños nacidos vivos, 56 mueren antes de cumplir su primer año de vida, siendo la causa fundamental las enfermedades diarreicas, respiratorias agudas y la desnutrición.

Ademas de ello, aproximadamente un 30% de los hondureños no tienen acceso a ningún tipo de servicios de salud, públicos ni privados. El 70% restante es atendido en un 67% por el sector público y 3% por el sector privado.

La orientación del gasto ha sido fundamentalmente hacía gastos fijos, especialmente en sueldos y salarios, afectando con ello las asignaciones para costos variables, sobre todo en insumos estratégicos, a excepción de los dos últimos años donde el presupuesto para medicamentos y útiles menores médico-quirúrgico se duplicó.

El alto costo administrativo de los programas de salud ha obligado a la contratación de servicios privados en algunas actividades como las de alimentación en los hospitales, vigilancia y aseo, lo que ocasionó desde luego pugnas y enfrentamientos entre las fuerzas sindicales y el Estado. En el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) se privatizó el servicio de imprenta, la que fue transferida a los trabajadores quienes actualmente le venden servicios a la institución.

Otro ejemplo es que para agilizar el desarrollo de proyectos de inversión, especialmente en agua potable y saneamiento se está trabajando con organizaciones privadas voluntarias de acuerdo a sus posibilidades y bajo el liderazgo del Estado.

Desde luego, estos son conceptos diferentes a que los servicios de salud sean proporcionados directamente por el sector privado. Es en este sentido que se ha concertado con organismos internacionales par que los servicios de salud tanto del Ministerio de Salud Pública como los del IHSS, se amplíen y mejoren bajo las siguientes premisas:

- 1.- Servicios coordinados entre ambas instituciones, dado que actualmente funcionan bajo un débil sistema de interrelación.
- 2.- Mejoramiento de los ingresos financieros en el Ministerio de Salud a través de cuotas de recuperación.
- 3.- Mejoramiento de los servicios hospitalarios

En el sector salud el caso conocido propiamente de privatización es el de los medicamentos, que fue controlado por el Colegio de Químicos Farmacéuticos por varias décadas a través del control de calidad de los productos y la otorgación de permisos para el funcionamiento de las droguerías y farmacias.

La iniciativa de un nuevo Código Sanitario trasladando esta responsabilidad al Ministerio de Salud Pública originó un serio conflicto entre el Ministe-

rio y el Colegio en referencia, apoyado por otros gremios, asociaciones y la empresa privada, llegando finalmente a una concertación, aprobándose el nuevo código y compartiendo las responsabilidades ambas instituciones.

Finalmente, como se ha señalado anteriormente el grado de desarrollo económico y de los servicios de salud en el país, hace que el tema de la privatización no sea una prioridad ni una exigencia en este momento, siendo más bien la preocupación del gobierno desarrollar estrategias innovadoras para ampliar la cobertura de los servicios y mejorar su calidad.

PANAMA

Panamá es un país de 2,4 millones de habitantes, con una tasa de crecimiento demográfico de 2,0, anual y con ingreso nacional per cápita de cerca de 2.000 dólares anuales. Tiene una esperanza de vida al nacer de 72 años, una mortalidad infantil de 25 muertes de menores de 1 año por cada 1.000 nacidos vivos, una estructura de mortalidad con predominio de las enfermedades crónicas y degenerativas y se asigna cerca del 30% del gasto público al sector salud. Al mismo tiempo existe una gran desigualdad en la distribución social y regional del ingreso, lo que ha contribuido a mantener altos niveles de pobreza y marginalidad. Actualmente se estima que cerca de la mitad de la población vive en situación de pobreza, la que fue agravada a partir de la crisis político-económica surgida durante los años 1987-1990.

La constitución vigente de la República declara de manera expresa que es función esencial del Estado velar por la salud de de la población y reconoce el derecho de los individuos como parte de la comunidad, a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud. Igualmente contempla la integración orgánica y funcional de los servicios gubernamentales de salud.

Con base al precepto constitucional señalado, desde 1973 se mantiene el servicio único de salud pública, integrado por el Ministerio de Salud y la Caja del Seguro Social. De esta manera, la población tiene acceso a todo el servicio de salud pública independientemente de su afiliación o no a la seguridad social. El sistema, aunque ha contribuido en forma importante al mejoramiento de los niveles de salud de la población no ha estado exento de problemas financieros y administrativos, que han mermado la calidad de la atención durante los últimos años.

El sector de la salud del país está conformado por el subsector de salud gubernamental y el subsector de atención médica privada. Corresponde al Mi-

nisterio de Salud la responsabilidad legal y formal de fijar la política del sector y coordinar las otras instituciones del sector público y el sector privado. Aunque el sector privado había venido actuando con una relativa baja participación en la atención de los problemas de salud, debido en parte a la función que la Constitución panameña dio al Estado, para 1983 se determinó que el sector privado participaba con el 40% del gasto total en servicios de salud. Pero a pesar de representar un peso importante del gasto social en salud, apenas contaba con el 10% de las camas hospitalarias, empleaba menos del 20% de los profesionales de la salud a tiempo completo y atendía menos del 4% de los partos ocurridos al año, lo cual denota la prestación de un servicio altamente concentrado para un reducido grupo de población de altos ingresos. Puede presumirse que ese nivel de atención privada aún se mantenga o quizás haya disminuido como consecuencia de la crisis económica que afecta sensiblemente a la gran mayoría de la población del país.

En este contexto de crisis económica y ajuste estructural se ha planteado la política de privatización del país. Sin embargo, dentro de las acciones de privatización que se adelantan no se ha planteado aun en forma concreta la privatización en los servicios de salud. No obstante, en los lineamientos de la Política Nacional de Salud se considera fundamental la participación coordinada y reglamentada del sector privado en la solución de los problemas de salud. Igualmente se señala que "con el objeto de propender a la mayor eficiencia en la gestión de los servicios de salud, el Estado, previa revisión, análisis y reglamentación, podrá adquirir servicios en el sector privado a precios competitivos del mercado libre, estableciendo en todo caso mecanismos estrictos de auditoría y control de calidad". Por otra parte, para la modificación de la Ley de Seguridad Social que actualmente se discute, se llegó a plantear como alternativa a la solución de su crisis financiera la privatización del servicio, aunque tal propuesta tuvo escasa o ninguna aceptación por la comunidad en general.

Tales enunciamientos sugieren que el esquema de privatización podría alcanzar eventualmente la atención de los servicios de salud en Panamá. La posición del Estado como responsable directo de la salud de la población pudiera cambiar como efecto de la política de ajuste estructural y la existencia de mercados que alientan ese cambio. Pero ello podrá esperarse solamente en el mediano plazo. Por ahora la privatización en salud no representa un problema social en Panamá.

VENEZUELA

Venezuela tiene una población de 18.105.265 habitantes, concentrado en zonas urbanas, específicamente en el Distrito Federal y los Estados Aragua, Carabobo, Miranda y Zulia.

Para el año 1987 el PIB era de 456.544 millones de Bolívares, aumentando en un 4,2% en 1988 para luego disminuir a un 8,1% en 1989. Asimismo, el PIB per cápita se calcula en US 2.454 en el año 88 y US 3.200 para el año 90.

El porcentaje de pobres, en el año 1982 se calculó en un 32,6%, de los cuales 10,3% se ubicaban en pobreza extrema y 22,3% en pobreza crítica. Sin embargo, luego de la crisis económica que se inicia a partir del año 1983, el porcentaje de pobres se incrementó (en el 89 el 22,3% se ubicó en pobreza extrema y el 31,4% en pobreza crítica) debido al deterioro de los ingresos, lo cual revierte la capacidad adquisitiva en relación a los precios, en la medida que aumenta el índice de desempleo y se expande el sector informal de la economía.

Por otra parte, la población venezolana tiene una tasa de mortalidad general de 4,4% x 1.000 nvr, una mortalidad infantil de 22,7% y una tasa de mortalidad materna de 0,6. La tasa de natalidad llegó a 27,8% en el año 88.

En cuanto a la situación del sistema de salud puede decirse que actualmente existe un colapso en las instituciones prestadoras de este servicio, motivado fundamentalmente por:

- Poco desarrollo de políticas de organización interna en los servicios, la cual hace difícil llevar a cabo una buena gestión.
- Insuficiencias de recursos.
- Poca implementación de un sistema coherente de referencia de pacientes del primer nivel de atención hacia niveles más complejos.
- Inequidad en la distribución de los recursos hospitalarios.
- Poco énfasis en el aspecto preventivo.
- Débil expansión del sector privado.
- Excesiva centralización por parte del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y
- Baja cobertura de los servicios.

Ante esta situación se ha planteado la necesidad de reestructurar el sistema de salud venezolano. No obstante hasta la fecha no se ha llegado a un consenso en torno a la alternativa más adecuada para llevar a cabo dicha reestructuración. Por ello sólo señalaremos los argumentos expuestos por los representantes de los sectores público y privado, siendo estos la Comisión de Salud de la Federación Venezolana de Cámaras y Asociaciones de Comercio y Producción

(FEDECAMARAS), la Asociación Venezolana de Hospitales y Clínicas Privadas y la Comisión para la Reestructuración de la Gestión Hospitalaria.

La Comisión de Reestructuración de la Gestión Hospitalaria—integrada por representantes del Fondo de Inversión de Venezuela, CORDIPLAN, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, la Gobernación de Distrito Federal, la Comisión de Salud de la Cámara del Senado y la Comisión de Servicios de la Cámara de Diputados— ha elaborado una propuesta que podría considerarse como la única que hasta el momento presenta el sector público.

Esta Comisión reconoce que existe un colapso en los servicios médicos hospitalarios pertenecientes al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) y al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) que se evidencian en desorganización administrativa, insuficiencias presupuestarias, carencia de materiales, sub-utilización de equipos, indisciplina laboral e incumplimiento de horarios.

A partir de este diagnóstico se plantea como estrategia la Reestructuración de la Gestión Hospitalaria mediante un sistema de concesiones, pretendiendo lograr los siguientes objetivos:

- Exonerar al MSAS y al IVSS de las actividades administrativas.
- Implementar esquemas modernos y eficientes en la gestión hospitalaria.
- Lograr mayor autonomía administrativa y financiera a nivel regional, estadual y municipal.
- Mejorar las condiciones de los trabajadores del sector.
- Mejorar la calidad de prestación del servicio de salud.

La gestión de hospitales quedaría en manos de empresas privadas especializadas, permitiendo también la participación de instituciones sin fines de lucro y de seguros privados. Igualmente, se tiene previsto que los costos por la prestación de estos servicios entregados en concesión sean cubiertos por las gobernaciones y municipios y/o empresas de seguros públicas y privadas. El Estado tendrá la responsabilidad de controlar y fiscalizar estos centros, actividad que dependerá de la Contraloría General y de la Fiscalía General de la República.

La concesión de los Centros Hospitalarios se realizaría bajo los siguientes términos:

- Concesiones reguladas por un sistema de normas establecidas por el Estado.
- Tarifas fijadas según acuerdos entre el Estado y las empresas concesionarias.
- Período entre 20 y 50 años, renovable.
- Eventuales exoneraciones de las obligaciones fiscales y derechos arancelarios.

- Prohibición de traspaso a terceros de la concesión.
- Caducidad del contrato en caso de no cumplimiento a los contratos.

Por su parte, el sector privado a través de la Asociación de Hospitales y Clínicas Privadas sostiene que la calidad del servicio que prestan los hospitales públicos especialmente los del MSAS es muy baja atribuyéndolo a una preparación insuficiente de los administradores quienes sólo responden a conflictos sindicales o gremiales limitando las decisiones a intereses partidistas. Conjuntamente esta administración no cuenta con formación gerencial ni cuadros técnicos capaces de generar alternativas para la solución de los problemas.

Así se propone como alternativa el incentivo por parte del Estado a la participación del sector privado mediante la eliminación de restricciones en el cobro de aranceles, agilización de los trámites para la construcción de clínicas y transformación de los hospitales públicos en “Centros de Referencia Ambulatoria” que deriven la atención de mayor complejidad hacia clínicas privadas.

CHILE

Chile es un país con 12.5 millones de habitantes, con un PBI de alrededor de US. 2000 por persona año que tiene un índice general de 44, de pobreza y 18, de pobreza extrema. Sus indicadores de morbimortalidad tienen cifras superiores a otros países con similar desarrollo económico, a saber una mortalidad general del 5.8 por mil, mortalidad infantil del 16.3 por 1000 nacidos vivos, esperanza de vida de 71.5 años y desnutrición infantil en el menor de 6 años del 8.2, focalizada en desnutrición grado 1. Demográficamente presenta una estructura de transición con un crecimiento de 1.7, y población mayor de 15 años del 63,. (Población mayor de 64 años menor de 15 años aumentó del 12 al 20, entre 1950 y 1990).

Desde el punto de vista sanitario en 1952 se crea el Sistema Nacional de Salud, SNS, que coloca a todos los organismos dedicados al cuidado de la salud bajo una dirección central que coordina esfuerzos, desarrolla infraestructura, canaliza los recursos, implementa políticas y programas y forma RRHH en forma integrada con la Universidad. Este organismo tiene una concepción solidaria que se hace cargo de entregar cobertura a obreros e indigentes, desarrollo de programas globales de prevención, pero que excluye de acciones curativas a empleados públicos y privados.

En 1960 se crea la “Ley de Medicina de Libre Elección” SERMENA, (Servicio Médico Nacional

de Empleados), que da cobertura a los empleados que no la recibían del SNS, estos pueden optar por una atención en el SNS o acceder a la medicina privada mediante un subsidio estatal y el pago adicional directo. Este sistema se amplía en 1979 a los obreros con la creación del "Fondo Nacional de Salud" (FONASA), organismo centralizado que reemplaza al SERMENA.

El financiamiento proviene de aportes del beneficiario, el Estado y el empleador.

En el período comprendido entre 1980 y 1965 se impone los principales cambios estructurales en el sector salud, estos se impusieron desde el gobierno de carácter dictatorial, sin que mediara un proceso de discusión por parte de los usuarios, organizaciones gremiales de prestadores ni partidos políticos (abolidos a la fecha).

Esta decisión se fundamentó en la necesidad de implementar en el sector salud las políticas de libre mercado persiguiéndose desarrollar un sector privado de salud. Conjuntamente en 1985 se reforma la Ley de Salud.

Para el sector público los principales cambios consisten en la creación de un nuevo régimen en el cual los beneficiarios se catalogan según sus ingresos dividiéndose en cuatro grupos. Los dos primeros corresponden a indigentes (población sin ingresos o beneficiarios de pensiones asistenciales) y aquellos con ingresos inferiores a US. 90 mensuales. Estos grupos son los únicos exentos de pago. Los otros dos grupos cancelan entre el 25 y el 50%, de los aranceles hospitalarios siendo eximidos en 1990 del pago en la atención primaria. Además el SNS se cambia por un sistema que consta de 27 servicios de salud autónomos, que cuentan con patrimonio propio y personalidad jurídica asumiendo el Ministerio un rol normativo y de control. Finalmente, en 1987 se traspasa progresivamente a las Municipalidades la administración de la atención primaria.

Para el sector privado en 1981 se crea el subsistema de "Instituciones de Salud Previsional" (ISAPRES) que consiste en un sistema de empresas de seguros privados en el cual los cotizantes pueden inscribirse libremente entregando a el las su cotización legal. Esta relación se establece por un contrato privado diferente según el monto de la cotización.

El funcionamiento de este sistema requiere de algunos análisis que reproducimos a continuación:

1.- Se produce un cambio significativo en el sistema general de financiamiento del sistema de salud por el cual el aporte directo del trabajador pasa de un 2% del salario en 1973 al 7%, en 1982. Paralelamente desaparece el aporte del empleador y disminuye el aporte fiscal, cambiando así la compo-

sición general del gasto en salud con un incremento del aporte directo del usuario, que pasa del 32, al 44, del total, y una disminución del gasto fiscal, del 56, al 37, entre los años 1980-1991.

2. - Se introduce un sistema de subsidios significativos desde el sector fiscal al sector privado que según calcula la Superintendencia de ISAPRES equivale casi al total de la ganancia del sistema ISAPRE.

Estos son pago estatal de licencias maternales, programas de vacunaciones, programas de alimentación complementaria para los usuarios del sistema ISAPRES y utilización de un aporte adicional del 2% con cargo al empleador, pero descontable de impuestos.

3. - El sistema de financiamiento descrito al ser esencialmente por prepago hace que los sectores de mayores ingresos que cotizan principalmente en el subsistema ISAPRE concentren en este los recursos. Así en 1991 el 18%, de la población adscrita a las ISAPRES 3 millones de personas, concentran prácticamente el 50%, del total de recursos disponibles. Se pierde así los conceptos de equidad y solidaridad. Mas aun el sector de ingresos medios y bajos que cotiza en el sistema público financia al sistema nacional de servicios de salud.

4.- Las ISAPRES establecieron un sistema de carencias (período en el cual a pesar de cotizar no se reciben algunos beneficios), exclusiones, prestaciones que no se entregan en ninguna circunstancia y preexistencias (las enfermedades existentes previas a la firma del contrato no son cubiertas). Todas estas circunstancias son de cargo directo del usuario o asumidas por el Estado.

Además los contratos pueden ser cambiados una vez al año.

5.- Las ISAPRES no realizan ni contribuyen financieramente a programas de promoción ni fomento, los que son de entero cargo fiscal.

6.- Actualmente se ha producido una sobredimensión de la capacidad instalada tecnológica en el sector privado.

Como contraparte el sector público ha estado sometido desde 1983 a una fuerte restricción financiera con la consecuente reducción en la inversión tecnológica, de infraestructura y reparaciones, deterioro en los salarios y condiciones de los trabajadores, lo que sumado a una escisión en los niveles de atención primaria con la secundaria y terciaria ha producido un deterioro del sistema público. Esto ha creado un sistema de cuidados de salud dual en el cual el 18%, de la población de mayores ingresos tiene acceso a una salud de alta tecnología, costos elevados, infraestructura creciente

no solidaria y subsidiada por el estado. Mientras el 80%, restante ha sufrido un deterioro progresivo soportando la disminución del aporte fiscal y pagando así el costo del ajuste económico.

Todo lo anterior, después del inicio de la democratización del país en 1990 ha puesto en discusión pública el modelo vigente.

Este debate para el sector privado implica definir cuales son los subsidios que se mantendrán; establecer contratos mínimos y de carácter permanente; buscar sistemas de financiamiento para la tercera edad; controlar los costos administrativos y la expansión tecnológica.

Para el sector público se plantea la necesidad de financiamiento que reponga el aporte fiscal y la disminución del ingreso por la cotización de los sectores de altos ingresos; redefinir el nivel de descentralización de la atención primaria; mejora de la capacidad de gestión de los servicios descentralizados; desarrollo de una política de RRHH integral; redefinir el carácter de la red de atención en la cual se invertirán los fondos del Banco Mundial.

En este marco negocian actualmente los distintos actores con el objeto de lograr las decisiones políticas más convenientes para cada uno de ellos.

CONCLUSIONES

1.- Sistema Público de Salud.

a.- El deterioro del sistema público tiene al menos dos realidades, por una parte existen países en los cuales el desarrollo del sector público no ha logrado una cobertura mínima suficiente para atender las necesidades básicas de su población; por otra, en los países en que esta se ha desarrollado las insuficiencias estructurales administrativas y financieras han deteriorado la cantidad y calidad de las prestaciones. Pero en ambos casos las consecuencias del ajuste económico han profundizado sus déficits y han colocado al sector en una crisis de credibilidad social planteándose en todos los casos alternativas para su reestructuración. Estas alternativas están encauzadas hacia la privatización de servicios, la incorporación de tecnologías administrativas adecuadas, reformulación de los sistemas de financiamiento y descentralización.

b.- El manejo integrado de los recursos económicos destinados a salud y previsión muestra inconvenientes para ambos sectores, desviándose estos hacia uno u otro según la presión social o política, lo que impide el desarrollo de estrategias coherentes en el tiempo.

c.- La desarticulación de los niveles de atención no se ha traducido en mejoría de los servicios sino

más bien ha significado una disminución en la disponibilidad de recursos, pérdida del rol e importancia de la atención primaria en salud y no ha significado en la mayoría de los casos un aumento sustantivo de la participación social.

d.- La importancia relativa, el rol y la organización del sector público de salud muestran variaciones importantes en los distintos países, sin percibirse una definición clara, lo que evidencia una falta de voluntad política en su desarrollo.

e.- Hasta ahora la evolución de los indicadores de salud de la población ha sido responsabilidad de este sector no teniendo el sector privado un rol significativo en la mejoría de estos en la mayoría de nuestros países.

2.- Desarrollo del sector privado.

a.- El desarrollo de un sector privado de cuidado de la salud depende de la existencia potencial de un mercado para el cual exista capacidad de pago. Esto es función del nivel de desarrollo económico.

b.- Existen países de menor desarrollo económico en los cuales el tema de la privatización no tiene relevancia.

c.- La existencia de un sistema de salud privado requiere que, existiendo un mercado potencial, el sector privado lo visualice como rentable.

d.- Necesariamente el desarrollo del sector privado desviaría los recursos provenientes desde los sectores de altos ingresos, que actualmente financian una parte del sector público. Esto requiere alguna forma de compensación con el objeto de no profundizar el deterioro del sistema público. Más aun la existencia de subsidios estatales para desarrollar un subsistema privado también debe cuidar la distribución equitativa de los fondos.

e.- Las experiencias de salud privada tiene como eje un modelo curativo con ausencia de una visión de la salud integrada al desarrollo social de políticas de promoción y fomento y ha tendido por lo tanto a un aumento sustantivo de los costos.

RECOMENDACIONES

1.- Sector Privado

a.— La privatización de servicios de apoyo es una alternativa viable de bajo riesgo y rápida ejecución que puede contribuir a la incorporación al mercado de un área de servicios habitualmente subutilizados y que podría generar empleo productivo.

b.- El traspaso de servicios actualmente en manos del sector público orientado a la atención de sectores de menores ingresos necesita de un sistema

de financiamiento adecuado que tenga un componente fiscal significativo o capaz de recibir aportes directos desde el sector privado u organismos internacionales, ambos deben asegurar permanencia en el tiempo dada la naturaleza del servicio que se presta.

c.- El desarrollo de un sistema privado para sectores de altos ingresos que requiera subsidio directo o indirecto estatal, para ser sustentable en el tiempo debe ser de corta duración y no ser la base del sistema, puesto que esta situación lo hará inviable en el mediano plazo. Igualmente este subsidio no debe significar disminución de recursos para un sector público ya suficientemente desfinanciado.

d.- La existencia de una acreditación de servicios, un sistema de control sobre las eventuales distorsiones en relación a la sobredemanda y un sistema racional de expansión tecnológica son condición necesaria para el buen funcionamiento del sistema privado.

e.- La implementación de un sistema privado requiere de la evaluación previa de las condiciones epidemiológicas y sociales considerando que la responsabilidad final de la atención de salud recaerá en el Estado. Un eventual colapso económico del sistema privado o situaciones catastróficas de los beneficiarios deberán ser asumidas en última instancia por el sistema público de salud.

f.- Es recomendable que en la gestión del sistema privado los usuarios tengan algún nivel de participación en la toma de decisiones y explorar formas de cogestión relacionadas con la prestación de servicios (cooperativas, mutuales, empresas de participación multilaterales).

2.- Sector Público

Tal como se ha señalado el modelo general de desarrollo es la economía social de mercado y el mercado de la salud tiene diversas limitaciones. Se plantea entonces la necesidad de explorar cual sería el rol del Estado en este contexto a objeto de introducir las correcciones necesarias que lo hagan compatible con el modelo económico, introducir modernizaciones que le permitan adoptar metodologías tecnoadministrativas nuevas, disminuir su burocracia, controlar los elementos de corrupción y flexibilizarlo a iniciativas innovadoras, con la finalidad que pueda ejercer efectivamente su responsabilidad sobre la salud del conjunto de la población, pero orientando su acción en forma diferencial a las necesidades de salud de cada segmento social.

a.- Definición de la población objetivo:

En una subsidiaridad creciente el Estado entrega

a los particulares cuotas crecientes de responsabilidad, de esta manera, todo aquél que pueda costearse la solución de su problema debe hacerlo. Así, para la población con ingreso suficiente no es el Estado quien debe asumir la carga de otorgarle prestaciones, se hace necesario entonces definir cual es el tamaño de **lo población beneficiaria del sector y promover** estrategias para el desarrollo de sistemas de atención adecuados para cada población. Haciéndose cargo el sector público de aquellos sectores carenciados, que no necesariamente coinciden solo con los pobres estructurales sino también con los nuevos pobres y sectores de ingreso medio que ante eventos vitales catastróficos no tienen capacidad de pago directo.

b.- Asegurar igualdad de oportunidades y equidad:

Pocas áreas sociales son tan claramente esenciales para la mantención y desarrollo de la capacidad productiva, similares consensos existen tan solo con la educación—cultura y vivienda. Pero además el conseguir individuos sanos física y mentalmente permite la expresión en el mercado de agentes económicos nuevos y de mayor capacidad.

Por esto el Estado debe promover el acceso al sistema de salud discriminando en beneficio de aquellos que tienen dificultades para hacerlo ya sea económicas, geográficas, culturales, etc. Esto debe hacerse sin despreocuparse por obtener una calidad creciente.

c. - Prevención -Promoción-Transparencia

Como se ha señalado las principales limitaciones del mercado de la salud, tanto público como privada, están relacionadas por una parte, con la ausencia del principal elemento de regulación que es la información y por otra, con la escasa importancia que han tenido las políticas de promoción y fomento. Ambas vinculadas al imprescindible control de costos.

Es por lo tanto función ineludible contar con estrategias y financiamiento en el desarrollo de una política de comunicación de masas abierta y amplia, que tienda a la promoción de conductos y actitudes sanas e informes técnicamente sobre la efectividad real de los tratamientos y tecnologías disponibles, incentivando el espíritu crítico de la población.

d.- Participación Social:

La promoción efectiva de la participación social desde el Estado en las acciones de salud no es una mera opción político-ideológica, sino una necesidad de eficiencia, ya que permite:

– Involucrar a los actores sociales en la propuesto

de acciones posibles y pertinentes.

- Compromete a las personas y las organizaciones en la ejecución de proyectos y programas.
- Posibilita el aparte de recursos desde distintos sectores.
- Evalúa y exige eficiencia administrativo o los prestadores y continuidad en los programas.

Conjuntamente la participación social tiene como subproducto el desarrollo de la capacidad organizativa, la comprensión de una realidad más compleja, aporta al desarrollo social y finalmente mejora la efectividad de las políticas de salud.

e.- Control y compatibilización de costos:

La presión por aumento de costos derivada de una explosión en la oferta de actividades, la incorporación creciente de tecnología de dudoso costo-beneficio, uso indiscriminado de medicamentos, sobreconsumo inducido, requieren del Estado de un fuerte rol normativo en lo interno y de auditoría y capacidad de control en lo externo.

Hacia las organismos estatales lo existencia de equipos técnicos capaces de elaborar programas estructurados con objetivos evaluables y costos conocidos en una estrecha relación entre los niveles centrales y operativas es imprescindible en esta materia.

f.- Solidaridad en la Distribución de los Recursos:

La responsabilidad social en el cuidado de la

salud asigna al Estado el rol de asegurar la participación solidaria al bien común, recaudando los recursos y generando mecanismos de distribución eficiente y eficaz. Esta es una forma concreta en que el Estado compromete el esfuerzo de todos al desarrollo y crecimiento del conjunto de la sociedad.

g.- Relación Docente Asistencial:

La formación de recursos humanos tiene una dimensión tecnológica insustituible, pero a su vez al menos en el campo que comprometa los recursos públicos, debe ser parte de una concepción integral del crecimiento de los diferentes agentes de salud. Así, es indispensable que las entidades publicas formadoras de recursos humanos y las ejecutoras de las políticas de salud concerten formas concretas de integración teórico-prácticas.

h.- Estructuración del Sistema Básico Integrado de Atención:

La creación de Unidades Operativas Descentralizadas e Integrales, que cumplan la función de compatibilizar las normativas y programas nacionales con las demandas y proyectos locales parece una estrategia necesaria. Estas Unidades deben integrar todos los niveles de atención configurando un espacio concreto para la efectiva participación social, la relación docente asistencial, la promoción intersectorial del desarrollo social y la atención de salud a través de equipos con capacidad de ejercer una atención integral. Ω