

Papel del Estado y del Sector Privado en la Atención de Salud (*)

ANTONIO C. DE AZEVEDO

- El artículo expone conceptos básicos y experiencias internacionales recientes relativos al Estado y su compromiso con las cuestiones de salud.
 - Se analizan las distintas acepciones del término "público" como: burocrático, de propiedad del Estado o como representando servicio esencial a la comunidad y la relación de esas acepciones con la prestación de servicios de salud.
 - Existen distintas fórmulas institucionales que permiten la mantención del interés comunitario en la prestación de acciones de salud y una adecuada participación del Estado.
 - La evolución histórica del rol del Estado en la prestación de servicios de salud muestra que éste es bastante reciente, de fines del siglo XIX. Las distintas formas de sistemas resultantes van desde aquellos con mínima participación estatal, como el norteamericano, hasta los intensamente estatizados como es el caso del Servicio Nacional de Salud Británico y el SNS chileno, en su configuración original.
 - La crisis de los costos en salud modificó el papel del Estado en todos los tipos de Sis-
- temas, aunque en distintas direcciones. Son comentados, además, los hallazgos de la Conferencia de la OMS realizada en Leeds, Reino Unido en 1991, analizando las transformaciones en siete sistemas de salud europeos y en Israel y sus perspectivas.
 - Se destaca el concepto de "Competencia Administrada" (Managed Competition), así como su reflejo en distintos sistemas de salud, principalmente en el Plan Clinton. Ese concepto implica el surgimiento de un nuevo rol en la prestación de servicios, además de los clientes, prestadores y financiadores, que es el de patrocinador ("sponsor"), entidad que articula los intereses de una proporción de los clientes del sistema y con el volumen de compras que logra administrar, parte en busca de planos de salud más competitivos para sus participantes.
 - La evolución reciente del rol del Estado en la oferta de servicios de salud varía desde situaciones de aparente privatización, como eventualmente podría ser considerada la situación británica actual, hasta situaciones de inequívoca estatización relativa, como la configurada en las propuestas del Gobierno Clinton.

* Basado en trabajo presentado en "Primeras Jornadas de Gestión en Salud del Sector Público Servicio de Salud". Valparaíso-San Antonio. 2-6 de nov. 1993.

Antonio C. De Azevedo es Asesor OPS/OMS en Organización de Servicios de Salud, Representación en Chile, Monjitas 689, Santiago.

1. Concepto de Estado y sus aspectos relevantes a la gestión de servicios de salud

Se puede considerar como una definición operacional de Estado, para nuestros propósitos, como aquel espacio que los grupos humanos en determinado punto de su evolución social se reservan para la gestión de sus más diversas funciones internas como grupo, y además las de su relacionamiento con otros grupos humanos. Al configurar ese espacio, se ve siempre necesario conceder al mismo y a sus ocupantes una considerable suma de poder, lo que se encuentra acentuado en la característica que Max Weber destaca como típica de los Estados, cual es el monopolio de la violencia.

De hecho, en las sociedades organizadas, la única persona que puede (aunque se espere que lo debe hacer con la máxima prudencia) utilizar la violencia legalmente es el Estado (Sociedad organizada, con un gobierno autónomo, y que ejerce el rol de persona moral distinta delante de otras sociedades análogas con las cuales se relaciona -Lalande [11]). Esa característica del Estado conduce, en la mayoría de las sociedades, a una relación ambivalente entre el mismo y la sociedad civil a la que se propone servir.

Al mismo tiempo, la sociedad civil reconoce la indispensabilidad del Estado y tiende a otorgarle una suma importante de funciones que son vitales para su supervivencia como grupo humano organizado; pero, por otro lado, teme que la concentración de poderes en el mismo ocurra en desmedro de la independencia, el confort y la prosperidad de la otorgante.

- 1.1. Los partidos políticos son organizaciones de la sociedad civil que tienen como finalidad peculiar y primaria el acceso al poder, o sea, el intento de asumir la gestión del Estado como medio para

cumplir a cabalidad los objetivos de servicio a la comunidad para los cuales son creados. Al realizar ese esfuerzo, dentro de los modelos democráticos, ejercen además una de las funciones más fructificantes para el ejercicio de la democracia, o sea, la de oposición. De esa forma, en un régimen democrático maduro, los partidos políticos se constituyen en verdaderos y legítimos puentes entre la sociedad civil y el Estado. (Maar [12].)

- 1.2. Es necesario destacar las distintas formas de equilibrio entre el Estado y la sociedad civil, desde el Estado tutelar, o sea aquel que asume casi la totalidad de las funciones de la sociedad, actualmente representado por muy pocos ejemplos, como el del Estado cubano; hasta, en otro extremo, el Estado asesor, cumpliendo no más que lo indispensable de sus atribuciones peculiares, como ocurre en algunas economías de mercado. Entre esos dos extremos se pueden observar y desear las más distintas gradaciones de recubrimiento de la sociedad por las funciones del Estado.

- 1.3. Es muy esclarecedor para el delineamiento del rol del Estado, y de especial importancia al estudiar el rol de éste en relación a la salud, comprender tres órdenes de funciones:

- Funciones propias o privativas, o sea funciones incuestionadas como pertinentes al Estado, en cualquier tipo de sociedad. Ejemplo: Relaciones Exteriores, Policía, Defensa, Fisco, Justicia.
- Funciones facultativas: Aquellas que involucrando una deseable participación del Estado en la mayoría de las sociedades, pero admitiendo, en prácticamente todos esos casos, la posibilidad e incluso el interés de participación del

sector privado en tales actividades. Ejemplo: Salud, Educación, entre otras.

- Funciones eventuales: Son actividades que en pocos países, o solamente en situaciones transitorias, se consideran como adecuadas a la participación del Estado. Ejemplo: Las actividades productivas en general.

- 1.4. Otra cuestión que amerita reflexión es el hecho de que un Estado "disminuido" necesita, para que tenga efectividad, contar con instituciones fuertes a nivel de la sociedad civil. Todavía, las instituciones fuertes son una de las manifestaciones más marcadas del desarrollo social, o sea, es muy improbable que un país en sus fases iniciales de desarrollo se pueda permitir el lujo de reducir su aparato estatal en ausencia de instituciones civiles robustas que puedan asumir algunas de las funciones (por supuesto, no esenciales) del Estado. En otras palabras, se define un dilema de la reducción del Estado en los países menos desarrollados.

2. Estado y salud

- 2.1. Cuando se trata de comprender el rol del Estado en las actividades de salud hay que distinguir tres acepciones distintas del concepto de público: "público" como burocrático; "público" como perteneciente al Estado, y "público" como volcado esencialmente al servicio comunitario.

La primera acepción es la que se utiliza cuando se comenta que el Estado no tiene condiciones de operar efectivamente un establecimiento complejo de salud, por ejemplo un hospital terciario. Eso es perfectamente verdadero, ya que los métodos de la burocracia tradicional, procesal, con gran énfasis en "cómo se hacen las cosas", más que en "qué

cosas se hacen" o "con qué oportunidad se las hace", son poco compatibles con la gestión de servicios de salud complejos. Es importante notar que el énfasis procesalista es, a su vez, esencial en las funciones peculiares del Estado. Así, por ejemplo, en policía es esencial no cuántas confesiones se obtuvieron, sino cómo se las obtuvo. Su validez jurídica está estrechamente ligada al proceso por el que se obtuvieron, mucho más que a su contenido. De igual forma, por más que la sociedad califique su aparato judicial como engorroso, no le interesa que una eventual agilidad del mismo ocurra en perjuicio del rigor del proceso judicial. Evidentemente, tratándose de servicios de salud, tal rigor procesal no solamente es innecesario, sino que puede mostrarse incompatible con la operación de servicios complejos de alta dinámica de gestión.

La segunda acepción es la que se encuentra involucrada cuando se menciona una "empresa pública", o sea, un establecimiento donde quizás el único elemento público sea el hecho de ser el Estado su propietario exclusivo o mayoritario. Es el caso de muchas empresas vinculadas a actividades infraestructurales como energía, comunicaciones, minería y otras, en países de Latinoamérica. Esta acepción de público es perfectamente compatible con un servicio de salud dinámico, efectivo, productivo y socialmente útil, siempre y cuando la agilidad y flexibilidad de los procesos administrativos sean adecuadas a la naturaleza y complejidad de los servicios o bienes que se produzcan.

La tercera acepción, que se refiere a lo público como sinónimo de servicio a la comunidad, es la que se observa en sectores donde el Estado tradicionalmente concede servicios a empresas privadas, como en muchos países de Latinoamérica, como el sector de transportes urbanos. En otras palabras, po-

cos países o municipalidades estatizan completamente su transporte urbano, sin perjuicio, de que posiblemente ninguno de ellos, supone que el transporte urbano pueda dejar de ser considerado como un servicio público. En esa tercera acepción, los servicios de salud no podrán jamás dejar de considerarse como servicios de utilidad pública. Las transformaciones ocurridas recientemente en el sistema de salud de los EE.UU., quizás, uno de los países del mundo donde el sistema de salud llegó a su extremo de privatización, es un elocuente ejemplo de la consideración contemporánea de que los servicios de salud obligatoriamente tienen que tener un carácter de servicio público, por lo menos en gran parte de su extensión, para que se preserve su utilidad social y su viabilidad económica. (PAHO/WHO [14].) Con relación a estas distintas acepciones del término "público" es fácil comprender que el servicio de salud, especialmente *no puede ser público* en el sentido de "burocrático". *Sí puede serlo*, pero no es obligatorio que lo sea, en el sentido de la propiedad de los bienes de producción. Obligatoriamente *tiene que serlo*, en el sentido de servicio a la comunidad.

- 2.2. Finalmente, cuando se debate la fórmula institucional que deben asumir los servicios de salud para que se maximice su efectividad y utilidad social, especialmente tratándose de los más complejos, que exigen una mayor dinámica de gestión, se podría mencionar la empresa pública, o, quizás menos efectivamente, la entidad pública de administración indirecta, pero no se puede dejar de mencionar la empresa privada sin finalidad de lucro. Ese tipo de entidad, en muchos países de Latinoamérica denominada "empresa o entidad pública no estatal" no solamente ofrece las condiciones de agilidad y de control social necesarios para la operación de

servicios de salud complejos, sino que, además, hace parte de la experiencia histórica multicientenaria de muchos países del continente (hospitales de caridad o "santas casas" en algunos países) y que ha sido despreciada en función de un ímpetu, a partir de los años '50 y '60, en que parecía que la seguridad social se haría cargo de toda la atención de salud, hecho que hoy día pocas personas admiten como factible.

3. Evolución del papel del Estado en salud

3.1. Los principios

Desde los principios de su fase empírica, que empieza con Hipócrates en el quinto siglo a.C. (Garrison [8]), la medicina se caracterizó como una actividad esencialmente privada involucrando la relación interpersonal entre un prestador de servicios y un cliente. Todavía en Roma continuaba siendo una actividad privada, realizada entre el médico independiente y sus clientes o, incluso, entre un patricio y su esclavo médico. La existencia de primitivos "hospitales" o valetudinaria, mantenidos por el Estado, no invalida esa percepción ya que la intención de esas instituciones era menos la de proveer atención médica a los enfermos que la de liberar la ciudad de los enfermos que pudieran afear sus calles o poner en riesgo la salud de los ciudadanos. (Mascarenhas [13].)

3.2. Instituciones medievales

El hospital medieval sigue siendo una institución privada, ya que en su gran mayoría es operado por congregaciones religiosas. Su intencionalidad es inequívocamente terapéutica aunque, debido a las limitaciones tecnológicas de entonces y además a la naturaleza religiosa de su constitución, tales establecimientos ejercían mucho más una función de consuelo y soporte al sufrimiento del enfermo.

3.3. El surgimiento de la seguridad social
Con el surgimiento en las últimas dos décadas del siglo XIX, en Alemania, de las primeras instituciones nacionales de seguridad social, progresivamente ese tipo de mecanismo de soporte social de las poblaciones obreras pasó a financiar la atención de salud como actividad complementaria a su finalidad esencial que era el financiamiento de las jubilaciones y auxilios-enfermedad. (Field [7].) El hecho de que en sus momentos iniciales los fondos de seguridad social trabajaran con poblaciones necesariamente jóvenes hacía que hubiese recursos disponibles para cobertura de los gastos con salud. En la medida en que las poblaciones aseguradas fueron envejeciendo, y además los costos en salud incrementándose en función de la progresiva agregación de tecnología, los sistemas de seguridad pasaron progresivamente a registrar déficit. La historia de los sistemas de salud de los países desarrollados en el siglo XX muestra las distintas formas de intervención del Estado para resolver ese problema (Field [7].).

3.4. Los Servicios Nacionales de Salud
Algunos países, especialmente después de la Segunda Guerra Mundial, vuelven a implantar sistemas de salud de alta cobertura poblacional y financiados esencialmente a partir de impuestos. Este tipo de solución tiene como ventaja la obtención de los resultados relacionados a las amplias coberturas de los servicios. El ejemplo más típico y de más larga duración es el Sistema Británico (National Health Service) creado en 1948. Ese modelo fue aplicado en pocos países, como Canadá y Australia (parcialmente) y Chile, siendo Gran Bretaña el único país donde el modelo permanece con sus características originales. Ese tipo de modelo debe ser mencionado cuando se comenta la relación entre Estado y Salud, ya que se

trata de una opción donde el Estado no es sólo el financiador, sino el prestador básico de todos los servicios. El modelo británico es considerado por no pocos estudiosos de sistemas nacionales de salud como el más costo-efectivo que se conoce, ya que con el compromiso de una parcela relativamente baja del PIB (6,6% 1990) se obtienen resultados sociales de los mejores, dentro de los países desarrollados. (Shieber [15].)

3.5. La crisis de financiamiento del sector y el papel del Estado
La actual crisis en el financiamiento del Sector Salud prácticamente en todos los países del mundo se relaciona con el incremento tecnológico y el envejecimiento de las poblaciones. El fenómeno puede ser apreciado por el hecho de que entre el 1985 y 1990, Canadá y Estados Unidos presentaron un incremento real promedio en sus gastos per cápita en salud respectivamente del 2,7 y 3,9% al año. Verdad que España exhibió un incremento real muy acentuado, pero en este caso ha sido voluntario, en función de una propuesta de incremento del componente fiscal del gasto (Artells Herrero [2]). Gran Bretaña también presentó un incremento real positivo, restando como países relativamente estables en cuanto a sus gastos per cápita a Japón, Holanda Suecia y Alemania. Dichos países forman parte de un estudio realizado en Leeds, Gran Bretaña en 1990 (Barnard [3]), exactamente con la finalidad de discutir los rumbos en el financiamiento y la gestión de salud en países desarrollados.

4. Tendencias actuales

El motivo principal que impulsa las importantes transformaciones que se observan en los sistemas de salud de los países desarrollados es principalmente el ya mencionado incremento acentuado

en los costos reales de la atención a la salud (Dwyer [4].) Dentro de las múltiples soluciones que estos países proponen, se pueden, entretanto, identificar algunas tendencias generales.

La reunión de Leeds, al estudiar los siete países mencionados e Israel, llega a las siguientes conclusiones (Barnard [3]):

- 4.1. Un incremento de las prácticas de auto cuidado y autorresponsabilidad, aliviando así los sistemas de salud de algunas prácticas y cuidados que suelen ser más efectivos y mucho más económicos cuando son ejecutados por las mismas personas, pacientes o sus familiares.
- 4.2. Estrategia de Promoción de la Salud. Esta tendencia se manifiesta no solamente por la inclusión y énfasis en los planes de cobertura de riesgos de salud, de las prácticas preventivas (como se evidencia muy claramente en el Plan Clinton PAHO/WHO [14]), sino por el énfasis reciente en propuestas amplias de participación de la comunidad, incluso en la formulación de estrategias amplias de promoción de la salud como es el ejemplo de las Comunidades Saludables.
- 4.3. La percepción progresiva y prácticamente unánime respecto de la inadecuación de los modelos de atención. Aun modelos que los teóricos de la atención a la salud siempre consideraron muy efectivos, como el británico, pasan por transformaciones considerables que buscan tornarlos más efectivos y económicos y que ofrezcan atención que los clientes perciben como de calidad (Abel-Smith [1].)
- 4.4. Se observan nuevas formas de organización de los servicios, de tal forma que en el estudio mencionado se incluyen, en parte o en su todo, los siguientes puntos:

— Menos énfasis en lo formal. La perspectiva de lo descrito como gestión burocrática o institucional-legal se aleja cada vez más de la gestión de los servicios. En la medida en que la práctica de salud, especialmente a nivel de los hospitales más complejos, se transforma en procesos tecnológicos muy complejos, intensivos en tecnología, se hacen indispensables las técnicas de gestión que permitan enfrentar las realidades de mercado asociadas a la distribución de ese tipo de servicio. Son muy frecuentes en América Latina los equipos de alta complejidad, como tomógrafos computarizados y de resonancia magnética, que permanecen en sus empaques porque las organizaciones públicas no tienen agilidad para permitir la adecuación de facilidades para su instalación oportuna, o su mantenimiento óptimo. Algunas de esas situaciones son dramáticas, ya que los equipos no resisten el almacenaje por períodos largos y la duración de su vida útil puede que sea corta, entre 6 y 8 años, debido a la obsolescencia tecnológica o falta de repuestos relacionada al permanente surgimiento de nuevos productos en función del acelerado ritmo de evolución de ese tipo de equipo.

— Aumento de la Competencia. La denominada Revolución de la Calidad que se observa en los países desarrollados hace que los clientes sean progresivamente exigentes, inicialmente con relación a los productos que reciben, pero progresivamente en relación a los servicios, incluso los de salud. Ese fenómeno social del fin del presente siglo involucra que en muchos países desarrollados, los clientes

(pacientes y sus familiares) ya no se sujeten a una única alternativa de servicio, por buena que pueda ser. Como ejemplo, se puede mencionar la evolución de las Organizaciones de Mantención de la Salud (HMO) norteamericanas hacia las Organizaciones de Prestadores Preferenciales (PPO), donde, al contrario de las primeras, el paciente tiene toda una variedad de opciones de sistemas de prestación a elegir, involucrando formas diferenciadas de su participación en el pago de los servicios. (Enthoven [6].)

- Una tendencia apenas aparentemente contraria a la anterior es el surgimiento de modelos cooperativos que buscan compensar los efectos destructivos de la competencia tradicional. Aquí se ejemplifican las distintas formas de cooperación entre financiadores y prestadores y entre distintos grupos de interés dentro de éstos (profesionales y hospitales, por ejemplo). Este fenómeno se puede identificar tanto en la constitución de grupos de práctica profesional y la cooperación de éstos con los hospitales en los EE.UU. como tras un fenómeno no imaginable algunos años como la contratación de servicios hospitalarios privados por los GPs británicos, en beneficio de su clientela (personas inscritas en su lista de atención y cuyos gastos de salud salen de un presupuesto que es asignado a los GPs dentro del sistema de "fundholding" -Abel Smith [1], Harrison [9].)
- Ética de calidad y de los valores profesionales. Se identifica una tendencia que el control de gastos promovida por los sistemas estatales o por las aseguradoras priva-

das esté limitado y equilibrado por la consideración de los imperativos éticos presentados por los profesionales de salud (principalmente médicos y enfermeras, pero progresivamente por otros profesionales).

- 4.5. Planificación hacia el futuro (Planificación Estratégica). El reconocimiento de las tendencias de cambio que se dan principalmente en los países desarrollados obligan a que los sistemas nacionales, así como las organizaciones de salud, se vean presionados a practicar en distintos grados las técnicas de gestión prospectiva, principalmente las involucradas bajo el concepto de Planificación o Gestión Estratégica.
- 4.6. Mejora del desempeño económico de los servicios. Esta tendencia se identifica en la mayoría de los sistemas en transformación. En algunos de ellos, como en España (Artells Herrero [2]), por medio de la sencilla gestión de costos, en otras por la utilización de los grupos de diagnósticos asociados (DRG's) y, finalmente, en otros por la utilización de propuestas de paquetes de atención o planes mínimos de atención, como es el ejemplo de la experiencia de Oregon, en los EE.UU., cuyas bases conceptuales se proyectan en el Plan Clinton (PAHO/WHO [14].)
- 4.7. Respeto del ambiente. Esta tendencia se manifiesta por la consideración destacada de los factores ambientales, como ocurre en la estrategia de Ciudades Saludables, pero además por la consideración de la calidad del ambiente urbano y la problemática de muchos daños, como por ejemplo los accidentes de tránsito, los cánceres y las afecciones pulmonares, en los cuales las agresiones al ambiente constituyen importante factor causal.

4.8. Mejora de la gestión pública. Aunque una gran mayoría de las prácticas de salud puedan ser conducidas fuera del sistema público propiamente tal, o en las fronteras del mismo con el sector público, hay un número de acciones que, por su naturaleza, por ejemplo la normatización, la fiscalización y vigilancia en salud, tendrán que ser conducidas por aquel sector que, por tanto, debe modernizarse. Esa tendencia se observa en la mayoría de los países desarrollados, donde, al tiempo que se traspasan varias tareas de ejecución al sector privado, se intenta mejorar la gestión pública en aquellas funciones que con poca probabilidad podrán ser asumidas por el sector privado.

4.9. Acción a partir de la comunidad. La percepción del hecho de que los principales problemas modernos de salud pública no podrán ser planteados o resueltos sino a partir de la iniciativa de la misma comunidad, ha despertado un intenso interés en la movilización de ésta para las iniciativas de salud. En otras palabras, un problema tradicional de salud pública, por ejemplo una epidemia de poliomielitis, aunque surgiera un interés y compromiso comunitario, podría, en principio, ser planteado y conducido a partir del sistema o servicio de salud. En contraste, cuando se piensa en hacer algo por el problema de alcoholismo, accidentes de tránsito o drogadicción en determinada comunidad, a nadie se le ocurre empezar la acción a partir del servicio de salud, ya que todas las acciones relevantes para el planteamiento y solución del problema tendrán que surgir necesariamente de la comunidad en sus distintas manifestaciones y formas de organización.

5. El concepto de Competencia Administrada y su importancia para el rol del Estado en la prestación de servicios de salud

Ante las recientes transformaciones en los sistemas de salud de los países del primer mundo surgió el concepto: el de Competencia Administrada ("Managed Competition"). Dicho concepto fue perfeccionado por Alain C. Enthoven, profesor de Gestión en la Universidad de Stanford, y busca dar cuenta de los fenómenos que se observan en algunos países desarrollados y que involucran en menor o mayor grado la existencia de una autoridad denominada patrocinador ("sponsor") dentro de la terminología del autor, y que promueve una estructura de mercado para los distintos planes de salud en competencia, establece reglas buscando la equidad, trata de crear una demanda elástica en relación a precios y evitar la selección no compensada de riesgos por los aseguradores. El patrocinador puede, según las circunstancias, asumir la forma de una cooperativa de compra de servicios de salud o una autoridad estatal con representación de los empleadores o de la comunidad de los consumidores. El concepto de la "competencia administrada" surge de la inhabilidad revelada por los sistemas de salud bajo el régimen de libre competencia en mantener precios y regular la demanda, en función de las extremas peculiaridades de la producción y distribución de esos servicios.

La Competencia Administrada surge de las extremadas imperfecciones del mercado de servicios de salud donde, especialmente en algunos países de economía liberal, termina ocurriendo el denominado sistema colegiado o de oligopolios ("gilded system"), o sea, los profesionales médicos constituyen grupos de defensa de sus intereses basados en tradiciones y códigos de ética, que impiden que se realice competencia

en términos de calidad y costo de los servicios.

Lo mismo ocurre con los hospitales, productores de insumos y otros tipos de servicios en el sector, que de esta forma constituyen una estructura de resistencia a la libre competencia y, por ende, de mantención e incremento de costos. Lo que ya ocurría en algunos de esos países es que algunos compradores muy importantes por los volúmenes de servicios adquiridos, como ejemplo grandes empresas y órganos gubernamentales, obligaban a que los prestadores se organizaran en unidades de producción (hospitales, médicos y otros profesionales y productores de insumos) que de alguna forma competían en base a los premios anuales de cobertura per cápita, por los contratos de servicios con esos compradores de gran volumen. Lo que, en esencia la "Competencia Administrada" se propone es ampliar ese margen de competencia a toda población necesitada de servicios, estableciendo la figura de patrocinadores ("sponsors") que actúan como compradores de servicios para pequeñas empresas y personas individuales que ahora agrupadas piensan participar en el denominado mercado administrado. Los mercados administrados constituyen la base del Plan Clinton (Enthoven [6]), que pretende reorientar la atención en salud en los EE.UU., pero además, se encuentran, como principio, dentro de las transformaciones que se observan en distintos países europeos, como por ejemplo Gran Bretaña, Suecia y Holanda (Harrison [9], Slunge [16], y Van der Heuvel [10].)

6. Comparación entre los que ocurre en los EE.UU. y en Gran Bretaña

Si quisiéramos reflexionar respecto de qué fenómeno está ocurriendo de forma más marcada en los países desarrolla-

dos, la privatización o la estatización de los servicios de salud, vale la pena que consideremos el ejemplo de estos dos países. Aparte de su herencia cultural común y de su tradición inequívocamente capitalista, los dos países desarrollaron sistemas de salud prácticamente antagónicos en su concepción. EE.UU. optó por un sistema de libre competencia de precios, que al final, debido a las peculiaridades comentadas del mercado de servicios de salud, terminará por consolidar el sistema de alianzas u oligopolios ("guilded system") que rige en aquel país, lo que conlleva importantes fallas de cobertura y el incremento incontrolable de precios.

El sistema británico, a su vez, se desarrolló inmediatamente después de la II Guerra, en un modelo de Servicio Nacional de Salud con financiamiento por vía fiscal y cobertura universal a todos los niveles. Los distintos autores consideran unánimemente el sistema británico es más costo-efectivo que el americano. En 1991 empleaba 6,6% de su Producto Geográfico Bruto en salud, en tanto, EE. UU. gastaba el 13,2%, lo que al final representaba una diferencia de prácticamente 3 veces en los costos per cápita del último en relación al primero. Cuando se comparan los indicadores tradicionales de salud, se observa para 1990 una expectativa de vida al nacer prácticamente idéntica (73,0 y 78,5 años para mujeres y varones, respectivamente en G.B. contra 72,0 y 78,8 en los EE.UU.), pero una mortalidad infantil menor en G.B. (7,9 contra 9,1 por mil nacidos vivos en los EE.UU.).

Muchos autores consideran que esa diferencia de mortalidad infantil puede ser atribuible a la falta de programas preventivos, como de vacunaciones y a los vacíos de cobertura de servicios en los EE.UU. (Schieber [15]). A su vez, los servicios de salud británico venían sufriendo críticas de los usuarios debido a la falta de personalización de la aten-

ción y filas de espera para algunos servicios hospitalarios entre los cuales se destacaban las prótesis de cadera, con esperas de hasta 6 meses. La solución encontrada en el caso británico definidas por los dos "White Papers" de 1987 y 1989 fue introducir competencia en el sistema, permitiendo que el nivel regional (Autoridad Distrital de Salud o DHH) puedan negociar con hospitales distintos, la referencia de sus pacientes y a partir del segundo documento algunos grupos de generalistas (GPs) con más de 9.000 personas inscritas en la totalidad pudieran administrar el presupuesto integral de salud de esas personas, pudiendo incluso adquirir servicios especializados y hospitalarios en instituciones privadas.

Incentivos financieros estimulan a los GPs a mantener un perfil más económico de consumo de tales servicios. De parte de los EE.UU., los costos crecientes de los servicios (3,9% al año entre 1985 y 1991 - Schieber [15]) y la presión de los no asegurados o inadecuadamente asegurados sobre hospitales y prestadores hizo que la reforma de salud fuera uno de los puntos más destacados de la plataforma de gobierno del entonces candidato Bill Clinton. El Plan Clinton propone de hecho un incremento inicial de la participación del gobierno en los gastos de salud (de 40% a cerca de 60%), en la cobertura integral de la población con un "Plan Mínimo" y, en esencia, la instalación de la Competencia Administrada como propuesta básica de atención de salud en el país (PAHO/WHO [14]). Cuando se examina lo que ocurre en Gran Bretaña (como en parte también en Holanda o Suecia) se podría hablar de una cierta privatización de esos sistemas. Al examinar, entretanto, lo que se realiza en los EE.UU., por lo menos en términos de origen de los recursos, se podría hablar perfectamente de una estatización relativa. Entretanto, como se

observó, todos los sistemas buscan implementar mecanismos de competencia entre prestadores y financiadores (aseguradoras y planes de pre-pago) por una atención más costo-efectiva.

7. Conclusiones

- a) En el desarrollo de los servicios de salud, la participación del Estado es un fenómeno bastante reciente, de fines del siglo XIX.
- b) Los incrementos acentuados en los costos de esos servicios, particularmente desde la segunda mitad del presente siglo, hicieron que los países busquen fórmulas de contención de tales costos, la mayoría de las cuales involucran algún nivel de competencia entre prestadores o aseguradores.
- c) La necesidad de competitividad implica en el hecho que los servicios sean cada vez menos prestados directamente por estructuras estatales tradicionales.
- d) No obstante, la participación del Estado en el financiamiento de los servicios continúa siendo elevada, incluso como mecanismo que asegure de la equidad en algunos países, como en los EE.UU.
- e) La fórmula que distintos países están adoptando para controlar el incremento de los costos y aumentar la satisfacción de los clientes es la denominada Competencia Administrada, que involucra la introducción de una entidad o autoridad patrocinadora ("sponsor") que capta los recursos de los clientes más vulnerables como las pequeñas empresas, personas físicas no empleadas o autoempleadas y los jubilados, e incorporándoles a sus planes hacen que gocen de algunas ventajas que, de otro modo, solamente lograrán las grandes empresas o organizaciones estatales.
- f) Dentro de esos nuevos mecanismos de competencia se observa una tendencia a una mayor intervención del Estado en sistemas muy liberales, como el de los

EE.UU., y una introducción de mecanismos de mercado en sistemas de elevada participación estatal, como es el caso del sistema británico.

- g) Volviendo a la conceptualización presentada al inicio de este trabajo (1.3) y delante de la evolución reciente de los sistemas de salud en países desarrollados, se puede entender que el Estado debe ejercer algunas funciones precipuas con relación a la salud, a ejemplo de la regulación de la práctica, la fiscalización del ejercicio de las profesiones de salud, el control de alimentos y medicamentos, entre otros. Se observa, no obstante, una tendencia a que la prestación de servicios sea ofrecida dentro de prácticas de mercado regulado (en algunos contextos denominadas de "Competencia Administrada"), donde la competencia entre financiadores y prestadores pueda resultar en servicios más costo-efectivos y de mejor calidad para ser ofrecidos al cliente.

8. Referencias Bibliográficas

1. Abel-Smith, B. "The Reform of the National Health Service. *Quality Assurance in Health Care*, 4 [4]: 263-272. 1992.
2. Artells Herrero, J. J. *et al.* "Current developments in health care in Spain" in PAHO/WHO —New Directions in Managing Health Care— Proceedings and Outcome of a Working Group on New Approaches to Managing Health Services, Leeds, U.K., 29-31. Enero, 1990. PAHO/WHO *Document Reproduction Series* N° 23. Washington. Agosto, 1992.
3. Barnard, K. "Trends in Health Care: Beyond Market Economics. A Reflexion on 40 years past and 10 years future" in PAHO/WHO —New Directions in Managing Health Care— Proceedings and Outcome of a Working Group on New Approaches to Managing Health Services, Leeds, U.K., 29-31. January, 1990. PAHO/WHO *Document Reproduction Series* N° 23. Washington. Agosto, 1992.
4. Dwyer, P. *et al.* "We'll Need Hilary Clinton in Holland". *Business Week* 50-51. Noviembre 8. 1993.
5. Elliot, J. "A General Theory of Bureaucracy". Ed. Heinemann. London. 1983.
6. Enthoven, A. C. "The History and Principles of Managed Competition". *Health Affairs*. pp. 24-48. Suppl. 1993.
7. Field, M. G. "L'Evolution comparée des systèmes de santé: convergences, diversité et recoupments". *Médecine et Hygiene* 46: 422-430, 10 de febrero de 1988.
8. Garrison, F. H. "Historia de la Medicina". Cuarta Edición. Editorial Interamericana. México. 1966.
9. Harrison, S. "U.K. Provider markets in English health care: incentives and prospects. in PAHO/WHO —New Directions in Managing Health Care— Proceedings and Outcome of a Working Group on New Approaches to Managing Health Services, Leeds, U.K., 29-31. Enero, 1990. PAHO/WHO *Document Reproduction Series* N° 23. Washington. Agosto, 1992.
10. Van den Heuvel, W. J. A. "The Netherlands. Developments in Dutch health care policy - The Ideology of Market Mechanisms" In PAHO/WHO —New Directions in Managing Health Care— Proceedings and Outcome of a Working Group on New Approaches to Managing Health Services, Leeds, U.K., 29-31. Enero, 1990. PAHO/WHO *Document Reproduction Series* N° 23. Washington. Agosto, 1992.
11. Lalande, "Vocabulaire Technique et Critique de la Philosophie. Presse Universitaires de France. 9ème Edition, Paris, 1962.
12. Maar, L. W. "O que é Política". Ed. Abril Cultural / Brasiliense. Sao Paulo. 1985.
13. Mascarenhas, R. F. *et al.* "História da SaDde Pública". *Rev. Fundacao SESP*.
14. PAHO/WHO "Health Care Update - The Need for Health Care Reform". PAHO/WHO *Document Reproduction Series*. N° 35. Agosto, 1993.
15. Shieber, G. J. *et al.* "Health Spending, Delivery, And Outcomes in OECD Countries". *Health Affairs*, pp. 121-129. Verano, 1993.
16. Slunge, W. "Sweden - New Approaches to Managing Health Services in Sweden". In PAHO/WHO - New Directions in Managing Health Care - Proceedings and Outcome of a Working Group on New Approaches to Managing Health Services, Leeds, U.K., 29-31. Enero, 1990. PAHO/WHO *Document Reproduction Series* N° 23. Washington. Agosto, 1992.

ESTUDIOS PUBLICOS

Una ventana a las inquietudes de nuestro tiempo

Nº 54- Otoño 1993

Gabriel del Fávero
Arturo Fontaine Talavera
Heraldo Muñoz
Rafael Caviedes
Violeta Arancibia

Ley sobre Bases Generales del Medio Ambiente
Responsabilidad personal, daño y medio ambiente
El debate comercio internacional vs. ecología
Subsidios a la demanda en salud
La educación en Chile: Percepciones de la opinión pública y de expertos

Fernando F. Suárez
Cristián Larroulet

La competitividad de las empresas
Efectos de un programa de privatizaciones:
El caso de Chile (1985-1989)

William Thayer Arteaga
Enrique Navarro Beltrán
Óscar Godoy Arcaya
José Auth
Francisco Javier Cuadra

Orígenes, evolución y perspectivas del derecho laboral chileno
La judicatura analizada por los presidentes de la Corte Suprema
Las elecciones de 1993
Elecciones presidenciales y parlamentarias de 1993
Claves del proceso político chileno: Apreciación sistémica de las elecciones generales de 1993

Francis Fukuyama
Francisco C. Weffort
Arturo Fontaine Talavera
Fernando Sáez

Capitalismo y democracia: El eslabón perdido
El futuro del socialismo
«El futuro de una ilusión»
Mario Vargas Llosa: El pez en el agua

DOCUMENTO

Carla Cordua

Selección de textos políticos de Hegel

Suscripciones

Anual \$ 4.000 (IVA Incl.)
Estudiantes \$ 2.000 (IVA Incl.)
Bianual \$ 6.000 (IVA Incl.)

Centro de Estudios Públicos

Monseñor Sótero Sanz 175, Santiago
Fono 231 5324 - Fax 233 5253