

Preguntas equivocadas, respuestas equivocadas: la agenda mundial de la reforma neoliberal

John Lister

Más allá del discurso de los promotores del libre mercado, las experiencias recientes de reforma tanto en los países ricos como en los países pobres no muestran ninguna evidencia de que la confianza en el sector privado y la competencia reduzca costos, aumente la eficiencia o disminuya la brecha de acceso a los servicios por parte de los pobres.

Los sistemas de atención de la salud de países ricos y pobres están pidiendo a gritos la aplicación de un conjunto adecuado de reformas: cambios estructurales y una inyección de recursos que permita mejorar la equidad y el acceso, la responsabilidad, la capacitación profesional, la eficacia y las normas en materia de tratamiento médico, y el empoderamiento de los usuarios. Sin embargo, los gobiernos y sus asesores, así como la totalidad de los principales grupos y organizaciones que proponen una reforma del sistema de salud, trabajan para un programa muy diferente. Están guiados no por las necesidades del paciente o la búsqueda de eficiencia y equidad, sino por preocupaciones muy diferentes, de tipo ideológico y económico.

Una cosa resulta muy clara: mientras que algunas de las primeras medidas llamadas 'reformas' están claramente inducidas por las restricciones financieras y basadas en el afán de reducir el gasto y bajar los impuestos, la escuela de reformas más reciente –políticas que buscan tratar la salud como una mercancía y establecer alguna forma de mecanismo de mercado en la compra y prestación de los servicios de salud– tiene el efecto de *aumentar* los costos y *reducir* la eficiencia.

Estas reformas 'de mercado' están claramente impul-

sadas por una convicción ideológica más que por una necesidad económica. Las políticas que implican un intento de reestructurar los sistemas de atención de la salud para incluir en ella algunos o todos los rasgos del mercado (ya sea 'interno' dentro del sector público o, más comúnmente, un mercado público-privado de 'economía mixta') son relativamente recientes. Surgieron en gran medida en la década de los noventa. Este capítulo examinará brevemente cada tipo de 'reforma' y las experiencias relativas a sus efectos en los sistemas de atención de la salud.

Las reformas basadas en el costo: límites al gasto

Las reformas basadas en el mercado (o en el costo) se retrotraen por lo menos a la década de 1970, y a los esfuerzos por limitar el gasto público. Medidas tales como la restricción del gasto general en atención médica son parte del programa de las políticas neoliberales del 'Estado mínimo'. No implican una reestructura importante del sistema de atención médica: los servicios pueden ser racionalizados, racionados o restringidos, y pueden privatizarse elementos subordinados del servicio, pero el factor rector es el *costo*, más que la *política*. Los

servicios de salud costosos, sin embargo, generan un alto grado de expectativa popular en demanda de tratamientos rápidos, modernos y acertados. Así que si bien es posible retrasar el *ritmo de aumento* del gasto, cualquier recorte importante en términos reales en el sector público de los países más ricos estará plagado de problemas políticos.

Esas políticas tienden a ser más fácilmente recomendadas e impuestas a los gobiernos de los países en desarrollo por organismos tales como el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM). Los países ricos, por su parte, en general buscan otras formas de aliviar el financiamiento del sector público destinado a la atención de la salud.

Los niveles del gasto en atención de la salud también deben ser analizados dentro del contexto adecuado. Desde el punto de vista del mercado libre, y desde la posición de los proveedores de atención médica con fines de lucro, la expansión galopante del gasto *privado* en la atención de la salud en Estados Unidos u otros países del Norte no constituye en absoluto un problema –simplemente es un reflejo de las opciones realizadas por las personas y del juego de las fuerzas del mercado, así como una oportunidad para que un sector empresarial aumente sus ganancias.

El único ‘principio’ para los neoliberales y sus colegas entusiastas del mercado es que nada del gasto privado en atención médica realizado por quienes pueden costearlo sea utilizado para subsidiar los servicios de salud de quienes no pueden costearlo. Los pobres deben quedar confinados a su esfera exclusiva de servicios mínimos y presupuesto bajo, mientras los ricos ejercen sus opciones como consumidores.

Mientras los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en general han experimentado desde 1945 una curva ascendente en el gasto destinado a la atención médica, la imposición de políticas de austeridad ha sido aplicada con mucho mayor rigurosidad en los países de ingresos bajos y medios, especialmente los que están bajo los dictámenes de los programas de ajuste estructural del FMI. El gasto en materia de salud de Zimbabwe, por ejemplo, fue recortado en más de la mitad durante los años posteriores al asesoramiento del FMI y el BM, desde 1988. Zimbabwe también aceptó introducir tarifas a los usuarios, que se cuadruplicaron y quintuplicaron a lo largo de cinco años. Las reducciones presupuestarias trajeron como consecuencia falta de medicamentos, falta de equi-

pos y el cierre de algunos hospitales rurales. Las tarifas a los usuarios provocaron un brusco descenso de la hospitalización, además de impedir que la gente pobre buscara tratamiento en caso de enfermedades venéreas, contribuyendo con ello a la desastrosa epidemia de VIH a lo largo y ancho del país. Otro caso a destacar es el de Ecuador, donde el documento *Country Assistance Strategy* (Estrategia de Apoyo al País) del BM en el año 2000 proponía recortar el gasto en salud a la mitad del nivel de gasto de 1995 (equivalente a 71 dólares por persona, mientras que el promedio para la OCDE supera los 1.800 dólares).

En los casos en que el gasto en atención médica ya está muy por debajo de las metas mínimas (12 dólares por persona por año) para un ‘paquete básico’ de servicios de atención médica primaria y preventiva fijado por el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud (OMS), toda reducción ulterior en el presupuesto seguramente tendrá un impacto muy grande. La OMS argumentó en el año 2000 que los países que gastan menos de 60 dólares por persona no estarían en condiciones de ofrecer siquiera un mínimo razonable de servicios.

Racionalización: reducción del número de camas

Las camas de hospital pueden ser muy caras de mantener, tanto en los países más ricos como en muchos de los países en desarrollo: en África subsahariana los hospitales públicos absorben del 45 al 69 por ciento del gasto gubernamental en salud. Por lo tanto, las reformas dirigidas a poner límites al gasto –en búsqueda de la ‘eficiencia’– inevitablemente procurarán reducciones en el número de camas disponibles. Al impulso de avances tales como el desarrollo de la cirugía ambulatoria y las técnicas mínimamente invasivas, junto con mejores tipos de anestésicos y vendajes, la reducción sustancial del promedio de estadía por tratamientos quirúrgicos puede reducir legítimamente la necesidad de camas quirúrgicas.

Las especialidades médicas, no obstante, no han logrado las mismas reducciones en términos del tiempo de estadía. Por buenas razones: la mayoría de las admisiones médicas son para tratamientos de emergencia, a menudo para pacientes de mayor edad. Esto significa que en cualquier programa de reducción de camas es necesario mantener un debido equilibrio entre las camas médicas y las camas quirúrgicas. En Inglaterra, donde en la década de los ochenta se eliminaron miles de camas, una investigación sobre las mismas encomendada por el gobierno a fines de la década pasada reveló que en reali-



dad se estaba ante un déficit. El promedio del total de camas disponibles para casos agudos en 23 países de la OCDE cayó más de un 20 por ciento, de aproximadamente 5,7 cada mil personas en 1980, a alrededor de 4,4 en 1998 (OECD, 2003). Suecia y Finlandia, sin embargo, redujeron más del 40 por ciento, mientras que en Alemania el número de camas cayó sólo un 14 por ciento, e incluso menos en otros países ricos, mientras que Japón ampliaba su capacidad de camas. El objetivo de una racionalización adecuada no es simplemente eliminar la capacidad excedentaria, sino asegurar que las camas que quedan se utilicen en forma más intensiva y eficiente. Esto a menudo requiere una inversión adicional en equipo y capacitación del personal.

Los mecanismos de mercado no ayudan: según datos de la OCDE, entre 1982 y 1992, cuando cayó el 'rendimiento' por cama, los hospitales de Estados Unidos aparentemente perdieron eficacia para tratar pacientes y darlos de alta. No obstante, en los cinco años siguientes (1992-1997) –el periodo en el cual se procuraba aplicar la 'atención administrada' para regular y disciplinar el mercado– se logró casi un 10 por ciento de aumento en el rendimiento. Pero en gran medida, el drástico aumento de 76 por ciento en el rendimiento de las camas de hospital británicas entre 1982 y 1997 se había logrado *antes* de las reformas de mercado, que entraron en vigencia a partir de 1991.

Es posible recomendar la racionalización por una serie de razones. Centralizar los servicios especializados en menos unidades y más grandes para mejorar la capacitación del personal médico y de otro tipo, y centrarse en la tecnología, puede representar un avance en términos clínicos a costa de un trato amigable con el usuario. Pero la eficiencia de tales cambios es discutible. Los costos por unidad pueden ser mayores en los hospitales más grandes, y el hospital nuevo puede incluso actuar como un monopolio que impida cualquier tipo de competencia más amplia.

En muchos países pobres el alcance de una racionalización sustancial de los servicios hospitalarios está restringido por la infraestructura anacrónica de los hospitales y la atención primaria, así como por la falta de tecnología para aplicar técnicas modernas. Las cifras del Banco Mundial ofrecen un total único de 'camas de hospitales' de todo tipo –entre ellas camas para casos agudos, camas para internaciones prolongadas, camas para maternidad, camas siquiátricas y camas en instalaciones especializadas– y deben ser consideradas con cautela. También

combinan los totales de camas financiadas públicamente con los de las camas privadas, las cuales no están al alcance de la mayoría de la población. Sin embargo, en la última década las cifras muestran una reducción importante del número de camas en los países de ingresos bajos. Dada la creciente epidemia de VIH/SIDA en África subsahariana podemos asumir que la pérdida de esas camas representa un recorte absoluto en la prestación de atención médica, desvinculada de las necesidades de salud.

Tarifas basadas en el mercado

Un criterio diferente para reducir el gasto público es imponer tarifas a los usuarios, lo que aporta cierto ingreso adicional además de restringir la demanda de atención médica. El argumento principal de que las tarifas a los usuarios ayudan a mejorar la 'eficiencia' gira en torno a su efectividad para desalentar la demanda 'innecesaria', o en algunos casos para generar ingresos adicionales con los cuales financiar la atención médica cuando no se dispone de fondos alternativos.

La tarifa más común para los usuarios es el pago de una tasa de acceso a los medicamentos, que en Hungría cubre hasta el 35 por ciento del costo de los mismos. Otra opción es la seguida por nueve países de la Unión Europea, que han impuesto el cobro de las consultas a médicos generales (la mayoría de los países de la Unión ya exigían este pago para consultas a especialistas). Suecia impone el cobro de abultadas tarifas a los usuarios, incluso para servicios ambulatorios infantiles. No obstante, únicamente Grecia, Italia y Portugal dependen del cobro de tarifas al usuario para recaudar más del 20 por ciento de los fondos para atención médica.

Varios de los países de Europa del Este y la ex Unión Soviética post-1989 ahora exigen el cobro al usuario como parte de los nuevos programas de seguro de salud. Pero si bien el total de ingresos por concepto del cobro de tarifas al usuario rara vez supera el 5 por ciento del total de los ingresos del sistema, las mismas han reducido fuertemente la utilización de los servicios, empeorando así la equidad de su prestación, con un impacto negativo mayor entre los sectores pobres.

En los países más pobres, Creese (1997) argumenta que *"cuanto más alta sea la proporción del pago de los usuarios en la combinación total del financiamiento de la salud, mayor será la participación relativa de los sectores pobres en ese financiamiento"*. Las tarifas a los usuarios suelen sugerirse como una forma de reducir la demanda 'innecesaria' de servicios, pero también pueden actuar

–en las reformas basada en el mercado– como paso a la creación de un nuevo sistema de seguro de salud para las clases media y ricas.

Las bases ideológicas de las reformas mercantilistas

Las reformas de la salud y la ‘nueva administración pública’

Gran parte del discurso que promueve la reformas de la salud pública desde principios de la década de los noventa ha adoptado términos y conceptos clave de la mezcla de teorías que han pasado a ser conocidas con el nombre de *new public management* (nueva administración pública, NAP). Sin embargo, hay escasa evidencia de que la NAP redunde en ahorros o aumento de la eficiencia en el desempeño del sector público, mientras que desde su enfoque centrado en el mercado la NAP ignora las consideraciones de equidad requeridas para el acceso a los servicios por parte de los sectores pobres.

- El contubernio de la NAP con las reformas del sistema de salud (véase Osborne y Gaebler, 1992) ha traído como referencia todo un surtido de panaceas tales como:
- asociaciones público-privadas (*public-private partnerships*);
- tercerización y distintas formas de incremento de la autonomía local (‘timonear pero no remar’)
- competencia (‘administrada’ o de otro tipo);
- opciones para el usuario y aumento de su capacidad de decisión;
- y la introducción de mercados internos o ‘cuasi-mercados’.

Los límites al mercado de la atención sanitaria

Dentro de un sistema de mercado libre el principal motor es la competencia y la ganancia privada y empresarial. En las empresas del sector privado esas ganancias generalmente toman la forma de beneficios y dividendos de los accionistas. En los casos en que se introduce la competencia de mercado en el marco del sector público, las ganancias adoptan la forma de mayores ingresos para los proveedores, redundando en excedentes y la posibilidad de mejores retribuciones para los ejecutivos y otros sectores del personal –a costa de los proveedores menos exitosos que pueden llegar a perder sus contratos, de reducciones en el presupuesto, de envíos a seguro de paro o incluso de clausuras. Si bien el prestigio puede ser tam-

bién un subproducto para la mayoría de los proveedores exitosos del sector público, es claro que la introducción de un mecanismo de mercado se enfoca con mayor fuerza en el elemento ‘valor de cambio’ (dinero) de la atención médica, en lugar de en los valores de uso ofrecidos. Las medidas basadas en el mercado logran eficazmente convertir a la atención de la salud en una mercancía.

A pesar de que se alega que la competencia necesariamente provoca una rebaja de los precios y mayor eficacia en función de los costos, lo que ocurre generalmente es lo contrario. Los mercados fomentan incentivos variados y perversos, visibles en el sistema de atención de la salud de Estados Unidos, donde los costos son mucho mayores que en el sistema de financiación pública de Canadá.

Incluso las propuestas de aplicación de políticas neoliberales para la reforma de la salud generalmente aceptan que no es conveniente la privatización dogmática de los sistemas de atención médica existentes para imitar el predominio de la prestación privada al estilo del modelo estadounidense. En efecto, el propio sistema estadounidense –a pesar del fracaso de las reformas del ex presidente Bill Clinton, que procuró introducir un mayor grado de control– se apartó hace un tiempo de una fórmula de mercado libre sin restricciones –exhibiendo lo que Enthoven (1997) describe como “*un profundo y multifacético fracaso del mercado*”– y se dirige más a regímenes regulados de ‘atención administrada’.

Son estos mecanismos destinados a regular el mercado, y no el sistema derrochador, fraudulento, burocrático y socialmente excluyente de Estados Unidos, lo que los gobiernos de todas partes han procurado emular.

Es irónico que muchas de las reformas del sistema de salud aplicadas en los últimos 15 años han comenzado con la ideología neoliberal –de un Estado mínimo, impuestos bajos, descentralización, competencia, privatización y poder de consumo–. Pero en muchos casos –quizás en todos– el resultado final de esas reformas ha sido un *aumento* del gasto público y *más* burocracia.

La contradicción fundamental que hace inevitable la existencia de ‘fallas de mercado’ en la atención médica en el marco del capitalismo es la inherente división de clase entre ricos y pobres. Mientras que la gente más pudiente puede enfermarse (y obviamente lo hace), el mayor impacto provocado por la falta de salud y las enfermedades está directamente relacionado con la pobreza. La atención de la salud, por lo tanto, es una mercancía cuyo valor de intercambio seguramente tiene menos posibilidades de ser costado por muchos de quienes más la



necesitan. Y éstos suelen ser los más ancianos y los más jóvenes, la mayoría de los cuales también tienden a pertenecer a los grupos más pobres. De manera que el vasto 'mercado' potencial para los servicios de atención médica en el mundo en desarrollo está en gran medida compuesto por los individuos y países que son quienes menos pueden pagar por ellos.

Por consiguiente, es poco probable que la atención de la salud en muchos de los países y zonas más pobres atraiga una inversión sostenida por parte de las empresas del rubro hospitalario o por compañías farmacéuticas que siguen criterios puramente comerciales. En el resto de este capítulo se explorarán algunas de las medidas de mercado que se han presentado como parte de los programas internacionales de reforma.

Descentralización

El reclamo de 'descentralización' es un tema recurrente en la mayoría de los estudios e informes que defienden la reforma del sistema de salud, en países ricos y pobres por igual. Es un elemento clave del programa de la Nueva Administración Pública. Aun así, todo el espectro político está atravesado por el apoyo a cierta forma de descentralización. A lo largo del tiempo ha sido aceptada tanto por socialistas como por la nueva derecha, por gobiernos más inclinados a la izquierda como los de Tanzania y Nicaragua en lo ochenta, y por la dictadura de Pinochet en Chile, así como por el Banco Mundial y la agencia de cooperación estadounidense USAID. Sin embargo, los resultados pueden ser muy diferentes de lo anunciado:

- El control sobre la prestación de los servicios puede ser acaparado en lo local por elites que son aun menos sensibles a las necesidades de los pobres que el gobierno central;
- la descentralización también puede ofrecer nuevas posibilidades de corrupción a escala local;
- puede ocurrir que el nuevo sistema tenga que enfrentarse a la falta de calificación y capacidad de gestión en lo local;
- la descentralización puede también implicar que se recurra a proveedores de menor escala y peor equipados, lo que termina brindando menor formación y calificación para el personal, y menor calidad en la atención;
- las estructuras de menor escala, más locales, casi inevitablemente ofrecen menos oportunidades para resolver las desigualdades en las condiciones laborales de los trabajadores de la salud.

Las reformas de mercado internas que ponen énfasis en la creación de unidades hospitalarias locales autónomas y en competencia, pueden provocar, como ya ha sucedido en Gran Bretaña y Suecia, duplicación de esfuerzos, derroche de recursos y aumento de los costos de transacción. El fortalecimiento del control local también puede obstaculizar la planificación a escala nacional y toda posible racionalización de los servicios, y restringe la capacidad del sistema de atención médica de ofrecer una gama más amplia de opciones profesionales, como forma de conservar al personal calificado. Al igual que ocurre con otras facetas de la NAP, parecería que se generó un entusiasmo demasiado alto por la descentralización, que es promovida a pesar de la falta de pruebas que demuestren que puede mejorar la eficiencia, equidad, calidad o responsabilidad.

Contratos entre compradores y proveedores

Una vez que se ha roto la cadena de mando de un sistema centralizado es necesario aplicar un nuevo sistema de contratos para establecer las responsabilidades de los proveedores de servicios. Los contratos redactados en términos de dinero, insumos (*inputs*) y resultados (*outputs*), suponen un alejamiento de las nociones de servicio público y solidaridad social, y un primer paso hacia el establecimiento de la atención de la salud como una mercancía que se compra y se vende. Los contratos pueden, en teoría, ser utilizados para regular cualquier parte del sistema de atención médica, abarcando no solamente los servicios de apoyo sino también la atención clínica. Pueden imponerse ya sea positivamente, a través de incentivos para que los proveedores cumplan las metas, o (con menor frecuencia) negativamente a través de la imposición de sanciones en caso de incumplimiento.

La batalla constante en torno a las normas de higiene en los hospitales británicos, a 20 años de la tercerización de numerosos servicios de limpieza a compañías privadas, subraya los problemas de control de calidad. La 'cultura del contrato', que surgió del 'nuevo gerenciamiento' de la década de los ochenta, deja una serie de problemas sin resolver. Esos problemas exigen capacitación para trazar especificaciones precisas y un monitoreo constante de las mismas para poder mantenerlas.

Si bien el compromiso ideológico con las medidas de mercado puede ser fuerte, y las presiones del mercado sobre los sistemas de atención médica pueden presionar hacia contratos más exigentes, la evolución no ha sido pareja. Tampoco la mera existencia de un contrato alcan-

za para asegurar el control y el cumplimiento de las metas. Un estudio (Slack y Savedoff, 2001) que examina el trabajo de esos sistemas en América Latina, identifica una serie de cuestiones que demuestran la necesidad de una mayor precisión y control para que el contrato logre los resultados deseados. Los casos estudiados evidencian que:

- Los contratos de 'pago por servicio' sin restricciones de volumen no ofrecen ningún incentivo para abatir los costos. En Uruguay, los servicios de alta tecnología de instalaciones privadas se encarecieron entre 20 y 25 por ciento con respecto a las instalaciones públicas.
- Los contratos de 'pago por servicio' restringidos por volumen ofrecen un incentivo para reclamar por tratamientos no recibidos: en Brasil, en 1995, se estima que el 28 por ciento de los reclamos realizados por pacientes hospitalizados correspondió a servicios no prestados.
- Un contrato de 'pago por servicio' restringido por volumen que no fue debidamente monitoreado provocó un aumento del número de tratamientos y un sobregasto de más de 1.000 millones de pesos en Colombia en 1998.

Autonomía del proveedor o corporatización

La idea de ir más allá de la descentralización para establecer proveedores locales de atención médica como organismos empresariales, autónomos y con personería jurídica independiente, ha cobrado auge entre los defensores de las reformas basadas en el mercado. Esto no es nuevo: las medidas de mercantilización de los pasados gobiernos conservadores del Reino Unido separaron a las unidades proveedoras de las compradoras, y alentaron la creación de 'trusts autónomos', el primero de los cuales fue creado en 1991. El gobierno de Nueva Zelandia también experimentó a principios de la década de 1990 con las 'Empresas de Salud de la Corona' (*Crown Health Enterprises*) con resultados sumamente dispares, incluyendo un alto grado de endeudamiento de dichas empresas con el sector privado, que exigió posteriormente la intervención del gobierno. En el Reino Unido, a mediados de la década anterior, todos los proveedores del Servicio Nacional de Salud (NHS, *Nacional Health System*) habían adoptado la condición de *trust*, definida en el 'Libro Blanco' original como 'empresas públicas'. Su presupuesto estaba limitado a su capacidad –en competencia con otros proveedores– de asegurarse contratos de compra-

dores del NHS, junto con los ingresos que obtuvieran de pacientes privados y de la esfera de la 'generación de ingresos'.

La competencia, por lo tanto, impactó adoptando principalmente la forma de una presión a la baja de los precios. Las eficiencias que hubieran podido asegurarse a través de una mejor gestión de los *trusts* quedaron opacadas por los importantes aumentos de los costos de transacción, administración y gestión, creados por la introducción de la 'división comprador-vendedor' en el NHS. En algunos países el grado de autonomía local fue más allá que los *trusts* del NHS británico. Los 'Hospitales Fundación' de España y Suecia y los 'hospitales empresa' de Portugal han ido más lejos en cuanto a transformar al hospital en una empresa independiente, 'corporatizada', con discrecionalidad propia para pedir prestados fondos y realizar negocios con el sector privado.

El gobierno británico del Nuevo Laborismo ha comenzado a copiar este modelo en Inglaterra, a pesar de la estridente oposición de diputados laboristas, los gremios de la salud, los académicos y los activistas sociales. En el Reino Unido, los *Foundation Trusts* ahora deben rendir cuentas únicamente ante un 'regulador independiente' (Monitor), que en su primer año gastó dos tercios de su presupuesto en consultorías privadas de la firma estadounidense de consultores McKinsey.

Este tipo de autonomía puede ser, como ocurrió con un importante hospital de Suecia, simplemente un punto de transición hacia la privatización total. El gobierno sueco recientemente ha aplicado una legislación para prohibir que continúe la privatización de los servicios de la salud. Los cuatro hospitales fundación de España han sido acusados de hacer trabajar más horas a sus funcionarios y de especializarse en los servicios médicos más lucrativos, dejando el resto a otros hospitales (Nash, 2003).

El entusiasmo por este tipo de reforma de Preker y Harding (2003), del Banco Mundial, no puede ocultar los magros resultados que han tenido las escasas experiencias de autonomía de los hospitales, llevadas a cabo en los países más pobres. Citan algunos ejemplos de América Latina y Túnez, no todos ellos exitosos, y de Indonesia, donde los hospitales autónomos no lograron mejorar la financiación, el acceso de los pobres, la administración del personal, la calidad del servicio o la satisfacción de los pacientes, pero sí lograron aumentar las tarifas y los ingresos obtenidos de los pacientes.

Mientras que los pretendidos efectos amplios y pro-



gresivos de autonomización estuvieron en gran medida ausentes, lo más común es un impacto negativo en la equidad. *“La evidencia empírica demuestra que los hospitales autónomos comienzan dando prioridad a los pacientes que pagan, y que las exenciones y exoneraciones de tarifas de los usuarios han sido bastante poco efectivas para reducir los obstáculos de acceso a los servicios por parte de los pobres”* (Castaño et al 2004)

Reformas de los mecanismos de pago a proveedores

Si bien los sistemas financiados por impuestos (al estilo británico en su diseño original) ofrecen a los gobiernos la oportunidad de restringir los presupuestos individuales de los hospitales a través de una única decisión de política centralizada, en otros sistemas los mecanismos de pago descentralizado siempre han implicado una forma de ‘contrato’ entre los fondos de seguros y los proveedores de la atención de la salud. En teoría, esta separación de funciones ofrece más margen para limitar el incremento de costos; pero en la práctica ha sido difícil controlar los distintos compradores de servicios de salud y, aún más difícil, controlar los precios que se cobran, por lo que a menudo es el resultado de una mezcla de proveedores de los sectores público y privado.

Los sistemas basados en seguros, como en Francia, Alemania, Corea y Japón, han experimentado enormes déficit de fondos y recientemente han intentado restringir los gastos. Un argumento para introducir un sistema de mercado en países que habían tenido sistemas de atención de la salud controlados centralmente fue que la combinación de la competencia y los contratos ofrecería nuevos mecanismos para asegurar que, según las famosas palabras de Margaret Thatcher sobre las reformas de del NHS, *“el dinero sigue al paciente”*. Los métodos basados en el mercado pueden sugerir la necesidad de sistemas en los que se pague por el hospital únicamente en los casos en que ofrezca un tratamiento (por caso o por acto médico) o por el universo de población que se acepte cubrir (modalidad de capitación).

El pago basado en el caso puede considerarse que ofrece un incentivo para responder positivamente a la demanda local –o incluso competir con otros hospitales por los pacientes– mientras que los contratos basados en la capitación alientan a los hospitales a mantener los costos bajos, pero también ofrecen un incentivo para reducir los costos a expensas de la calidad, del menor tratamiento posible e incluso de restringir la atención de la población abarcada. Por otro lado, los contratos basados

en el caso pueden generar un incentivo perverso para tratar mayor cantidad de casos menos graves y aumentar las cifras de casos tratados –nuevamente, tal vez a expensas de la calidad. En el Reino Unido, el gobierno del Nuevo Laborismo está introduciendo un nuevo sistema de precio fijo de ‘pago por resultado’, el cual aparentemente ya estaría aumentando los niveles de hospitalización.

Si bien algunos reformadores del sistema médico han considerado que los ajustes a los mecanismos de pago a los proveedores son una forma de reducir los incentivos perversos y la ineficiencia, otros han sacado en conclusión que cada sistema crea una combinación de efectos adversos y benéficos.

Las compras al sector privado

Los sistemas de atención médica que siempre han mantenido una cierta separación entre compradores y proveedores, también han abarcado durante mucho tiempo a un sector privado en la prestación de la atención médica. En Francia, el 29 por ciento de las camas están en el sector privado con fines de lucro, mientras que en Japón el 80 por ciento de los hospitales pertenecen al sector privado.

El acuerdo que anunciara en el año 2000 el Secretario de Salud británico Alan Milburn, según el cual el NHS compraría los servicios de tratamientos no urgentes a los hospitales del sector privado, generó una irritada respuesta de los sindicatos del sector público. Los sindicatos argumentaron que cualquier ampliación de la capacidad del sector privado empeoraría la escasez de personal del sector público y los proveedores del NHS perderían tanto los fondos como el personal necesario para mantener toda la gama de servicios (incluso los servicios de emergencia) ofrecidos únicamente por el sector público,

Otras reformas de ‘modernización’ crean nuevas vías por las que los fondos públicos pueden ser utilizados para comprar servicios de proveedores privados. El gobierno británico está introduciendo un programa nacional de ampliación de las ‘opciones del paciente’, que finalmente ofrecerá a todos los pacientes del NHS el derecho a escoger entre por lo menos cuatro hospitales del sector público o privado. Esto ya está provocando una sangría de recursos del sector público hacia los hospitales privados. Y los planes de crear cadenas de nuevos centros de diagnóstico y tratamiento privados han generado nuevas controversias, en gran parte por el impacto financiero del lucrativo trabajo de ‘seleccionar la flor y nata’ de las unidades del NHS, que quedará con presupuestos

reducidos pero con la responsabilidad de atender los casos más complejos y costosos. La limitada evidencia de la que se dispone hasta ahora demuestra que los costos por unidad de los proveedores del sector privado serán más elevados de lo que podría lograrse ampliando la capacidad del NHS, y que a los doctores y consultores de las unidades privadas se les pagará muy por encima del salario comparable del NHS.

Los países del Sur enfrentan presiones de organismos mundiales y agencias de desarrollo (en especial el Banco Mundial y la USAID) comprometidos ideológicamente con la privatización y la expansión del sector privado. No obstante, las pruebas en apoyo de la presunción de mayor eficiencia son débiles. En muchos de los países más pobres la privatización o la compra de servicios al sector privado es más fácil de proponer que de hacer, ya que se ha avanzado poco en el camino del sector privado, especialmente si se lo ve de manera restringida como una prestación de atención médica privada con fines de lucro, actuando en una escala que podría competir con los servicios de prestación pública, o incluso reemplazarlos. La disponibilidad de proveedores potenciales puede estar, al igual que otros servicios, en gran medida confinada a las zonas urbanas, con escasa prestación –o ninguna– en los distritos rurales. Podría haber también falta de capacidad para formular y controlar adecuadamente especificaciones y contratos explícitos. El proceso también podría incurrir en gravosos costos de transacción sin ventajas que los compensen.

En gran parte de la bibliografía sobre la reforma de los sistemas de salud, la definición de sector privado se amplía para abarcar a una gran variedad de proveedores sin fines de lucro, en especial ONG y organizaciones religiosas, que quedan fuera de la red de financiadores del sistema público de atención de la salud. Una amplia investigación de USAID sobre el grado de colaboración con el sector privado de África, Asia, Europa del Este y América Latina, reveló que de 65 proyectos identificados, en sólo tres participaban claramente compañías ‘con fines de lucro’. Aun así, a pesar de la ausencia de pruebas firmes de que la prestación privada ofrece mejoras en la calidad y la eficiencia, el Banco Mundial, en una información de su sitio web sobre iniciativas público-privadas, da lugar a confusión entreverando y juntando el total de los distintos gastos ‘privados’ y concluye de manera aprobatoria que *“se estima que un 50 por ciento del gasto mundial en salud proviene del sector privado”*.

En la medida que la evidencia demuestra que la con-

tratación de servicios del sector privado sirve para aumentar los costos y de esa forma drenar los recursos de los limitados presupuestos del sector público, esa estrategia seguramente agrava la crisis de la atención médica en los países del Sur.

Competencia

El asesoramiento del Banco Mundial para la reforma de la atención médica, explicitada en su propia página web, se basa en la noción de que los mercados competitivos ofrecen la mejor de todas las soluciones posibles. *“Después de más de medio siglo de experimentos con formas alternativas de desarrollo económico, la evidencia favorece decididamente la proposición de que los mercados competitivos son la forma mejor y más eficiente conocida hasta ahora para organizar la producción y distribución de bienes y servicios”* (World Bank, 2000).

Existe muy limitada evidencia sobre la eficacia del mercado como medio para mejorar los sistemas de atención de la salud. Pero la competencia es un elemento central del proceso de las diversas reformas mercantilistas, ya que representa la mayor fractura de la noción de servicio público tradicional a partir de la planificación, la prestación y el control a cargo del Estado. La competencia trae consigo cuantiosos gastos generales bajo la forma de costos de transacción. Todo ahorro por concepto de eficiencia que pueda generarse debe ser comparado con el aumento de los costos generales.

Aun en los países más ricos y donde el gasto es elevado, no existe la competencia generalizada en un mercado de atención médica no regulado. Si bien el Banco Mundial considera a los sistemas de mercado competitivo como una fórmula general, que se aplica a todos los países y circunstancias, la posibilidad de establecer una competencia genuina entre los proveedores de servicios médicos o incluso una ‘competencia administrada’ entre fondos de salud rivales, está en gran medida restringida a los países más ricos, donde los presupuestos son lo suficientemente abultados como para permitir la posibilidad de que exista una capacidad excedentaria y donde hay una cantidad suficiente de competidores con recursos adecuados como para crear algo parecido a un ‘mercado’.

Un estudio sobre Tanzania, financiado por USAID, señala aprobatoriamente que el sector público está obligado ahora a competir con proveedores privados en un frente inusualmente amplio. Sin embargo, el mismo informe señala también la prestación profundamente desigual de la atención médica privada comercial en las



zonas rurales. La prestación privada se concentra en la capital, de manera que si el sector privado aparece como el ‘ganador’, el resultado final será que el sector público terminará haciéndose cargo de los costos de la atención prestada a los sectores más pobres y a la población rural (Munishi, 1995).

Privatización

La privatización no necesariamente tiene que ser el paso siguiente a la descentralización pero, como una faceta de la nueva administración pública, proviene de la misma escuela de políticas neoliberales. Los proveedores privados no están obligados a actuar en función del interés público, y seguramente no darán más de lo que se les exija por un contrato formal. No obstante, el grado al que se ha llevado la privatización de las instalaciones y servicios de atención médica en las economías más adelantadas, es muy limitado –incluso en las economías de transición surgidas de la desaparecida Unión Soviética y Europa del Este, donde ha habido una tendencia concertada hacia la privatización en otros sectores.

En el Reino Unido –a pesar del celo reformista y las credenciales neoliberales de Margaret Thatcher, y de un gobierno conservador que privatizó tantos servicios estatales– en el sector hospitalario se privatizó únicamente una parte de los servicios no clínicos de apoyo y, más tarde, la atención a largo plazo para los ancianos, hasta el actual empuje privatizador del Nuevo Laborismo, que amenaza incluso privatizar la atención primaria y comunitaria de la salud. En contraste, Holanda, Nueva Zelanda y Suecia han transitado el camino de la reforma neoliberal en la atención médica dudando y deteniéndose a pocos pasos de la privatización total.

El modelo al que aspiraban muchos neoliberales era el de Chile, en el que la privatización generalizada de la economía fue impulsada por la junta militar de extrema derecha de Pinochet, después del golpe de 1973, con el asesoramiento del gurú neoliberal Milton Friedman y sus ‘Chicago Boys’. El régimen de Pinochet redujo drásticamente el gasto en atención de la salud y aumentó la proporción de camas privadas de 10 a 25 por ciento entre 1981 y 1992. Pero esas políticas sólo pudieron ser sostenidas con una dictadura militar. El nuevo gobierno que asumió en 1990 se vio obligado a aplicar aumentos sustanciales del gasto público en ese sector. En el año 2000, el sector privado recaudaba dos tercios de las contribuciones chilenas de seguros de salud, controlando el 46 por ciento del total del gasto en atención médica, pero

cubría apenas el 23 por ciento de la población. Sin embargo, incluso en el apogeo del ‘neoliberalismo autoritario’, el régimen de Pinochet se detuvo en su tendencia a la privatización de todo el sistema y dejó el 75 por ciento de las camas hospitalarias en el sector público.

La privatización en los países en desarrollo es impulsada por los organismos financieros internacionales. La ‘ineficiencia’ de los servicios de prestación pública en muchos países es una afirmación típica de los neoliberales, mientras que también se asume la ‘eficiencia’ inherente de los proveedores privados, a pesar de que abundan las evidencias de que los costos del sector privado son mucho más altos que los de los sistemas de financiación pública, y a pesar de que únicamente los sistemas de financiación pública han demostrado ser capaces de prestar servicios universales ofreciendo acceso equitativo.

Es más, si hay problemas con la administración de un servicio de financiación pública, la lógica indica que el mismo gobierno débil y con escasos recursos tendría los mismos problemas –si no más– tratando de ‘regular’ las actividades de un sector de atención médica privado, autónomo y relativamente poderoso –una tarea que hasta ahora ha eludido hacer el gobierno del país capitalista más grande y rico del mundo. El Banco Mundial insiste en que los servicios de financiación pública son ‘inequitativos’ porque la riqueza encuentra formas de apropiarse de más de lo que le corresponde. Pero está más que demostrado que los sistemas privatizados, especialmente lo que utilizan tarifas para usuarios, son aún más tendenciosos y excluyentes.

Las tasas para usuarios y otras políticas de cobertura privada

Los sistemas europeos de atención médica, que generalmente ofrecen cobertura universal, dejan poco margen para un mercado significativo de seguros médicos privados. En general, el seguro privado ha sido desplazado por los programas de financiación pública. Algunos gobiernos de la Unión Europea han intentado apoyar los seguros médicos privados ofreciendo reducciones fiscales: en Irlanda, el gobierno gasta más de 79 millones de euros por año en lo que en los hechos es un subsidio que reduce el costo de las primas en un 32 por ciento –si bien la mayoría de los afiliados al seguro de salud voluntario tienen ingresos elevados.

Australia también ha dado fuertes subsidios al seguro médico privado (al tiempo que promocionaba la expan-

sión de un sector privado que es mucho más caro que la atención médica del sector público). La Asociación Europea de Administración Sanitaria (EHMA, por su sigla en inglés) concluyó que: “*En esencia, el sistema Medicare [público] demostró ser demasiado bueno para el sector privado, de manera que el gobierno subsidió al sector privado para permitirle competir en mejores condiciones con el sector público*” (EHMA, 2000). A pesar de la lógica económica, el peligro de que aparezcan cuentas catastróficas por tratamientos hospitalarios no necesariamente induce a la gente a escoger el seguro médico privado: en Grecia, a pesar del elevado nivel de las tarifas que deben enfrentar quienes se enferman, los seguros médicos individuales sólo cubren al 10 por ciento de la población.

En Europa del Este y Central y en numerosos países en desarrollo, el Banco Mundial y otros organismos han presionado para que se introduzcan tarifas a usuarios no como un medio para recaudar recursos importantes, sino precisamente como forma de persuadir a las clases medias para que busquen programas de seguros, y como un mecanismo para abrir la salud al sector privado. La Corporación Financiera Internacional, del Banco Mundial, se ha dedicado a promover programas de seguros médicos privados destinados a “*las clases medias y medias bajas en países sin riesgos compartidos*” (*risk pooling*), el cual se considera que contribuye “*al fortalecimiento de la clase media*”. El grado de pobreza en numerosos países en desarrollo, sin embargo, ha implicado que los intentos de iniciar programas de seguro autosuficientes han estado condenados a permanecer al nivel de experimentos a pequeña escala.

Opciones del paciente y ‘consumismo’

Enthoven (1997) demostró cómo el sector privado podría utilizar el consumismo para aumentar los costos (y así las ganancias), y argumentó que la libre elección de los proveedores “*destruye el poder de negociación de los aseguradores*”. Fue para prevenir esto y similares factores desestabilizantes que en Estados Unidos se introdujeron las organizaciones de mantenimiento de la salud y de atención administrada. Ambas apuntaban a contener los costos y mejorar la calidad *restringiendo* el grado de opciones del paciente.

En los servicios de financiación pública que ya estén luchando por ofrecer una atención adecuada para un nivel de demanda creciente, la sugerencia aparentemente inocua de brindar ‘opciones al paciente’ puede resultar

un objetivo imposible o, por el contrario, un compromiso potencialmente abierto de financiar tratamientos del sector privado. Los pacientes de cáncer canadienses que viajan de Ontario a los hospitales estadounidenses para evitar la larga lista de espera terminan pagando hasta seis veces más el costo que tiene el tratamiento en su país. Ofrecerles a los pacientes una opción en cuanto a dónde buscar tratamiento exige una ampliación de la capacidad para asegurar que siempre haya disponible un excedente en cualquiera de los proveedores, para recibir a quienes ‘eligen’ cambiarse a otro competidor –o un aumento potencialmente sustancial y abierto del presupuesto.

Sin embargo, el sector público –en forma creciente como resultado de las reformas basadas en el mercado– tiende a recibir los fondos de sus ingresos únicamente sobre la base de la cantidad de trabajo que abarca, dejando muy poco o ningún margen para inversiones futuras. Las opciones del paciente acaban con los límites entre los sectores público y privado: los pacientes que elijan hacerse un tratamiento con un proveedor privado se llevarán consigo los fondos para pagar su tratamiento.

Como la personificación del consumismo y lo opuesto a la planificación, las ‘opciones del paciente’ contraponen las opciones de los ‘consumidores’ individuales a la estabilidad de un sistema que tiene la obligación de atender a toda la población: el sector público está atascado con los casos más caros o complejos, mientras el sector privado se embolsa las ganancias.

La IFP/APP y su extensión internacional

El financiamiento de nuevos proyectos hospitalarios y de atención médica a través de la Iniciativa de Financiación Privada (IFP) –un programa de asociación público-privada (APP)– se ha convertido en un tema de lo más controvertido en el proceso de ‘modernización’ del NHS británico. Pero los programas hospitalarios de la IFP también están tomando forma o ya están en marcha en Canadá, Australia, Sudáfrica, Italia y Portugal.

La IFP surgió por primera vez en Gran Bretaña en 1992, con posterioridad a las reformas de mercado del gobierno conservador, que estableció el principio del *trust* de hospitales del NHS, pagando ‘gastos de capital’ sobre el valor de sus bienes inmuebles y sobre cualquier capital prestado por el ministerio de Hacienda. Esta política introdujo la noción de los hospitales *trusts* como *arrendatarios* y no como propietarios, ocupando edificios por lo cuales tenían que pagar, en lugar de considerarlos simplemente como ‘bienes libres’.



Los ministros conservadores comenzaron un enfoque a dos puntas, imponiendo una reducción profunda en la asignación anual de capital al NHS, con la exigencia de que todo emprendimiento importante (inicialmente de 5 millones de libras o más) debía ser ‘probado’ en el mercado para investigar si podría haber algún consorcio privado que ofreciera poner el capital, construir y dirigir el hospital, y devolverlo al NHS en función de un contrato de largo plazo (25 a 30 años). No se pudo convencer al sector privado que firmara ese tipo de contratos hasta después del cambio de gobierno en 1997, cuando asumió el gobierno el Nuevo Laborismo, que había denunciado antes a la IFP como “*el punto débil de la cuña de la privatización*”. El Nuevo Laborismo se comprometió a ‘rescatar a la IFP’ como “*una parte clave del programa de 10 años que plantea el gobierno para la modernización del sector*”.

En Gran Bretaña hay 21 hospitales terminados que han sido financiados por la IFP, con un valor total de aproximadamente 1.500 millones de libras. Los próximos diez están en proceso de construcción, con un valor de capital de 1.900 millones de libras. El gobierno aspira a tener terminados para el año 2010 más hospitales de la IFP por un valor total de 7.000 millones de libras. El 85 por ciento del total de la nueva inversión de capital en el NHS proviene ahora de la IFP, con fondos públicos en gran medida restringidos a una escala menor y a programas de renovación. La IFP significa que un porcentaje creciente de fondos del NHS pasan directamente del sector público a los accionistas del sector privado, para quienes (a pesar del discurso que habla de ‘transferencia del riesgo’) los hospitales terminados de la IFP son considerados como una fuente de ingresos prácticamente libre de riesgos.

Los hospitales *trust* del NHS, en arrendamiento, dentro del régimen de la IFP, normalmente sólo retienen el control financiero sobre los servicios clínicos y la nómina de enfermeras, médicos y otros profesionales –servi-

cios excluidos de la IFP. No es posible realizar reducciones en los gastos sin afectar la atención del paciente. La IFP conserva la apariencia de ser un servicio de financiación pública y prestación pública, pero en la práctica desvía enormes activos de capital y de ingresos al sector privado. La idea de que los hospitales de la IFP representan ‘buen valor por el dinero’ a pesar de sus costos inflados, está siendo cuestionado. En numerosos hospitales flamantes de la IFP se ha señalado la mala calidad, el mal diseño y el tamaño inadecuado de los edificios, junto con la mala calidad de los servicios de apoyo prestados por el sector público: en muchos casos se los ha obligado a comenzar ampliaciones para añadir más camas e instalaciones que no habían sido debidamente planificadas en el edificio original. (Lister, 2003^a y 2003b) Pero con los crecientes costos de capital, en algunos de los programas de mayor envergadura de la IFP el tema del valor del dinero ha sido rebasado por el de la posibilidad de acceso.

En conclusión

Más allá de lo que los neoliberales puedan argumentar, las experiencias recientes no aportan pruebas –ni en los países más ricos ni en los países más pobres– de que los mecanismos de mercado o la mayor dependencia para con el sector privado –el contenido principal de la mayoría de las medidas hoy llamadas ‘reformas’– reduzcan los costos, mejoren la eficiencia o hagan otra cosa que profundizar las desigualdades de acceso para la población más pobre.

El modelo de reforma es deficiente: las respuestas no consisten en dar marcha atrás en la historia para volver a imponer el sistema de mercado fallido, sino en avanzar hacia nuevos modelos basados en la distribución más amplia posible del riesgo, la financiación colectiva y el gravamen progresivo para financiar servicios motivados por la necesidad y no por el lucro.

Referencias

- Castano, R., R. Bitran y U. Giedion** (2004) *Monitoring and evaluation of hospital autonomization and its effects on priority health services*. Bethesda, MD: The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.
- Creese, A** (1997) ‘User fees: they don’t reduce costs, and they increase inequity’, *British Medical Journal* 315.
- EHMA** (2000) *The impact of market forces on health systems. A review of evidence in the 15 European member states*. Dublín: European Health Management Association (EHMA).
- Enthoven, A.C.** (1997) ‘Market-based reform of US health care financing and delivery: managed care and managed

- competition', en G.J. Schieber (ed.) *Innovations in Health care Financing*. World Bank Discussion Paper 365. Washington DC: World Bank.
- Lister, J.** (2003a) *The PFI Experience, Voices from the frontline*. Londres: UNISON.
- Lister, J.** (2003b) *Not So Great: voices from the frontline at Swindon's Great Western Hospital*. Londres: UNISON.
- Lister, J.** (2005) *Health Policy Reform: Driving the Wrong Way?* Middlesex: University Press.
- Munishi G.K.** (1995) 'Private sector delivery of health care in Tanzania', *Major Applied Research Paper* 14. Bethesda, MD: Abt Associates Inc.
- Nash E.** (2003, May 14) 'The Spanish prototype: efficient, but controversial', *The Independent*.
- OECD** (2000) *Health Data 2000 (CD)*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).
- Osborne, D. y T. Gaebler** (1992) *Reinventing government: how the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*. Nueva York: Addison-Wesley.
- Slack, K. y W.D. Savedoff** (2001) 'Public purchaser-private contracting for health services.' Washington D.C.: Inter-American Development Bank (IADB).
- World Bank** (2000) 'The role of the World Bank.' Tomado del sitio web del Banco Mundial / Public and Private Initiatives: <<http://www.worldbank.org/html/extdr/hnp/health/ppi/contents.htm>>.