



Articulación público-privado para salir de la crisis del sistema público de salud

Nunca se han volcado tantos recursos al sector público de la salud como en los últimos años. Pero los problemas de atención deficiente y bajos estándares de calidad en la atención y satisfacción de los usuarios siguen estando presentes. Es evidente que los problemas son de gestión. Las soluciones pasan por pensar nuevas formas, mucho más innovadoras, de fijar reglas de gestión enfocadas en la obtención de resultados. Los países avanzados, con los formatos de Colaboración Público Privado, brindan un excelente punto de partida. Sólo hace falta estudiarlos, con apertura mental, sin prejuicios ideológicos y mucho sentido crítico.



Por **Jorge Colina**
Economista de IDESA

Nunca se volcaron tantos recursos al sistema público como en la actualidad

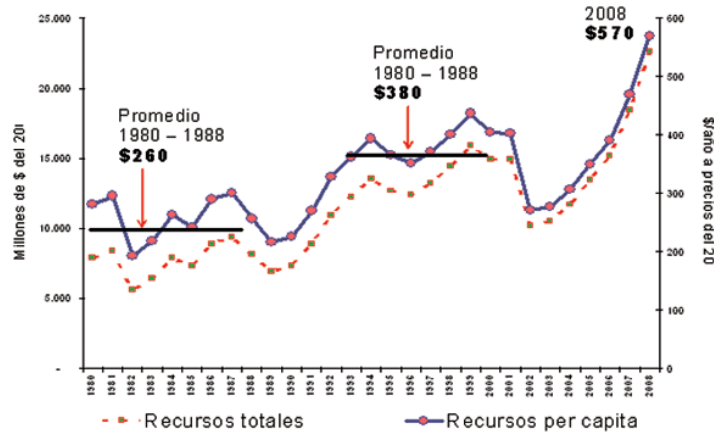
El sistema de salud argentino está organizado alrededor de tres pilares básicos de cobertura. Uno es el sistema de obras sociales, constituido por las obras sociales nacionales (que aglutinan a los trabajadores del sector privado y público nacional), las obras sociales provinciales (para empleados públicos provinciales) y las obras sociales de otros tipos (como FFAA, policía, universidades, etc). Otro es la medicina privada que funciona de manera complementaria a las obras sociales cubriendo a afiliados de la seguridad social que optan por una entidad privada, o bien, a personas que sin estar cubiertas por una obra social optan por la compra voluntaria de un plan de salud. El tercer mecanismo -que va a ser el objeto de esta nota- es el sistema público de salud, conformado por la red de salas, centros de atención primaria y hospitales públicos.

El sistema público de salud es de libre accesibilidad para toda la población. Todas las personas -aún aquellas con cobertura social o privada- tienen derecho a utilizar sus servicios. Su particularidad más relevante (que muchas personas y dirigentes políticos no tienen pre-

sente) es que el sistema público de salud es responsabilidad de las provincias, no del Ministerio de Salud Nacional. Según nuestra Constitución Nacional, el Estado nacional sólo tiene jurisdicción en aquello que las provincias expresamente deleguen a la órbita nacional. Lo que no está expresamente delegado corresponde a la órbita provincial. Las acciones de salud no figuran en la Constitución Nacional delegadas por las provincias, y además cada Constitución provincial establece que dicha acciones son responsabilidad de las provincias. Por esto, las facultades de regulación financiamiento y gestión del sistema público sanitario corresponde a la jurisdicción de las provincias.

No hay cálculos precisos y actualizados de los recursos que las provincias vuelcan a la atención pública, pero el Ministerio de Economía Nacional realiza algunas estimaciones aproximadas. Según esta fuente, en el año 2008 el conjunto de las provincias destinó a la atención pública de la salud aproximadamente \$22.600 millones de pesos (a precios del 2008). En términos per capita (dividido la población total del país), representan \$570 anuales. En los últimos 28 años, este nivel de gasto en salud en el sistema público es el máximo alcanzado (*Gráfico 1*).

**Gráfico 1. Recursos totales y per capita del sistema público de salud
A precios del 2008**



Fuente: elaboración propia en base a Ministerio de Economía e INDEC.

El año 2008 es el de mayor nivel de recursos per capita en una tendencia claramente ascendente que sugiere, con alto grado de certeza, que el gasto per capita en salud pública en el 2009 y fundamentalmente en el 2010 debe hacer seguido creciendo. A modo de ejemplo, si se toma el promedio de la década de los '80 (1980 - 1988, para obviar el período 1989 - 1991 que fue muy irregular por la hiperinflación) surge que los recursos per capita volcados al sistema público de salud eran de \$260 (a precios del 2008), es decir, menos del 50% de lo que se vuelca en el 2008, y tomando el promedio de la década de los '90 surge que entre 1992 - 2000 se volcaron \$380 lo que representa apenas 2/3 de lo que se vuelca en la actualidad. Las evidencias son contundentes de que en las últimas 3 décadas los Estados provinciales no asignaron tantos recursos para la salud pública como en la actualidad.

Si la tendencia creciente es evidente, su suficiencia no surge de manera igualmente patente. \$570 por persona por año no parece un monto elevado; serían \$47 mensuales. El punto es que, aunque el sistema público de salud es de libre accesibilidad para toda la población, lo cierto es que las personas sin cobertura de salud son las principales y fundamentales destinatarias de este gasto. Las personas sin cobertura representan no más del 40% de la población urbana (fuente: Encuesta Permanente de Hogares del INDEC, 2008). Ajustando entonces los recursos por la cobertura surge que los \$47 mensuales se convierten en \$120 mensuales por población sin cobertura. Este monto no es para nada trivial.

Ciertamente que el sistema público de salud tiene obligaciones no sólo con respecto a la atención médica de la gente sin cobertura, sino también sobre las regulaciones y las acciones de promoción y prevención para el conjunto de la población. Pero es igualmente cierto que la proporción del gasto que estas acciones involucran no supera -como mucho- el 20% del total de recursos involucrados en el sector público. Desde esta perspectiva, los recursos destinados a atención médica de las personas sin cobertura con seguridad no son inferiores a los \$100 pesos mensuales a precios del 2008. Como parámetro de comparación basta con señalar que el sistema de obras sociales nacionales contaba en el 2008 con \$78 por beneficiario por mes.

Pero los resultados no se condicen con esta realidad

No existen estadísticas sanitarias que permitan evaluar los resultados del sistema público de salud. Tampoco existen encuestas de satisfacción que den cuenta, por lo menos, de la percepción que la gente tiene de la calidad de atención que recibe del sistema público. La observación directa y las evidencias anecdóticas no dejan mucho lugar para la duda. Salvo excepciones, es frecuente encontrarse con las largas filas y tiempos de espera, denegaciones de cobertura, destrato de las personas, baja calidad generalizada de las prestaciones. Dado los recursos existentes, el problema evidentemente no se produce tanto por la escasez como por la falta de una

organización que sea pertinente y enfocada a la consecución de resultados.

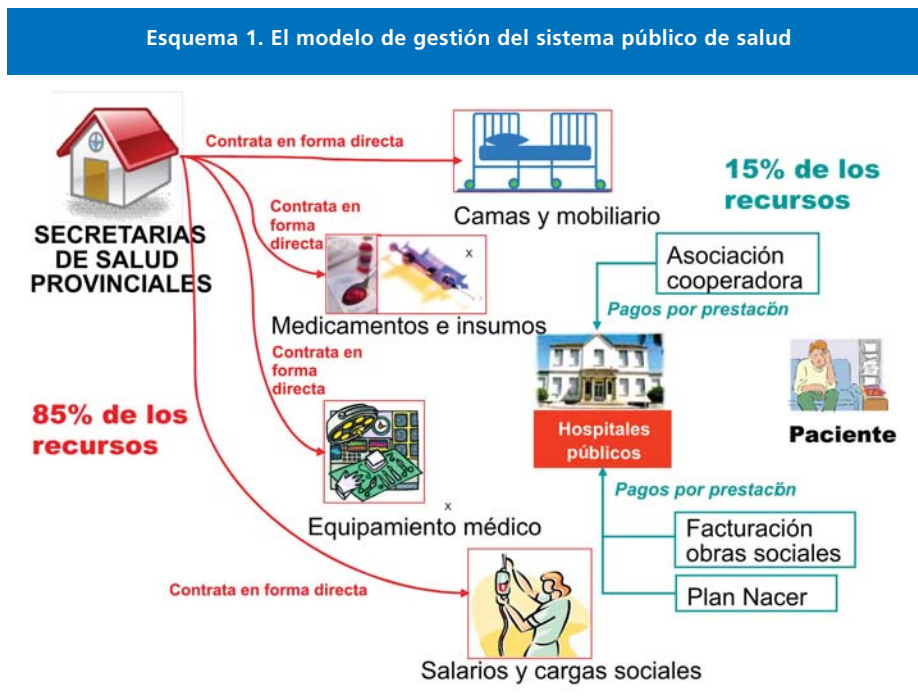
El "modelo de gestión" del sistema público es definitivamente desacertado desde esta perspectiva. Con diferencias de matices, los sistemas públicos de atención médica provinciales se apoyan en el siguiente esquema básico (*Esquema 1*).

El edificio del hospital público es dotado de recursos humanos, físicos y tecnológicos, pero de manera centralizada desde la Secretaría de Salud provincial (el órgano regulatorio central de cada provincia), sin delegar en la institución la responsabilidad, la posibilidad y la capacidad de gestionar esos recursos. La regla implícita es que la Secretaría de Salud provincial contrata directamente los recursos humanos y paga sus salarios, contrata y paga a los proveedores de insumos médicos, decide y realiza las inversiones en mobiliario y tecnología; el director del hospital es, básicamente, una figura de importancia secundaria. Su función no trasciende la de ser el encargado de observar e informar a la Secretaría de Salud sobre las irregularidades. No tiene poder ni capacidad para transformar o cambiar las circunstancias.

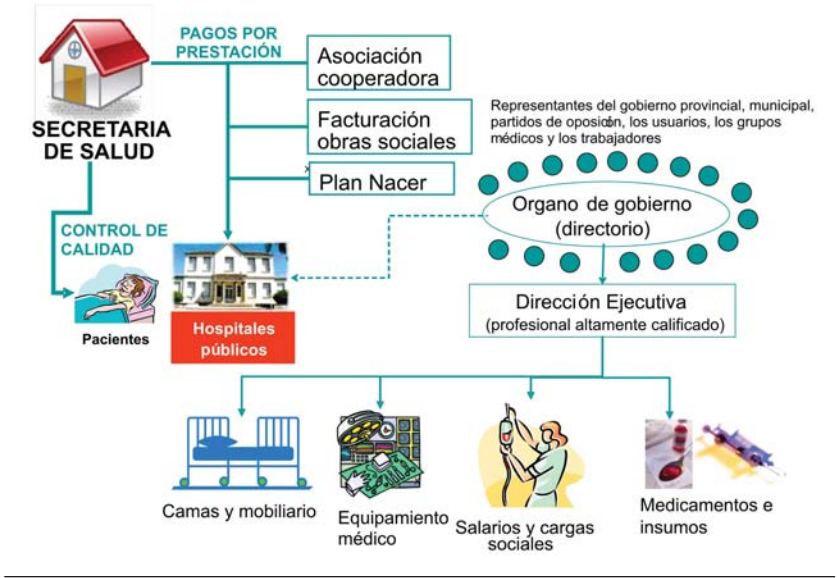
De manera marginal, el director del hospital puede apelar como instrumentos complementarios de financiamiento a la "cooperadora" -un mecanis-

mo informal, de dudosa legalidad, por el cuál se le cobra pequeños montos a la gente como contribución que figurativamente es voluntaria pero que en ocasiones la gente percibe como precondition para la atención-, y los mecanismos de facturación. Estos últimos son procesos administrativos por los cuales el hospital puede facturar a las obras sociales nacionales los servicios otorgados a las personas con cobertura social, y más recientemente surgió el Plan Nacer por el cual el hospital puede facturar a este programa (que pertenece al Ministerio de Salud nacional) las prestaciones que otorgue a mujeres embarazadas y niños de hasta 6 años. Aún cuando estos tres mecanismos (cooperadoras, facturación a la seguridad social y Plan Nacer) van adquiriendo relevancia, su importancia es incipiente y todavía representan una proporción bastante menor del presupuesto total de hospital. Las realidades son diversas, pero en términos generales un director de hospital público no dispone, por estos medios, de más de 10% - 15% del total de recursos necesarios para hacer funcionar el hospital. Es decir, con esto se financia básicamente las necesidades de "caja chica"; el grueso de los recursos los maneja centralizadamente la Secretaría de Salud con mecanismos excesivamente burocráticos.

Bajo estas reglas de gestión no es extraño que la calidad de los servicios sea deficiente y "no haya



Esquema 2. El modelo institucional para la Colaboración Público-Privado



recursos" para tratar de mejorarla. El mal desempeño de los recursos humanos (por inasistencia o desgano) puede ser observado por el director, informado a la Secretaría de Salud, pero no tiene el director herramientas para modificar la situación (dado que no decide él el pago de las remuneraciones). Lo mismo es aplicable a la imposibilidad de los directores de premiar aquellos recursos humanos que mayor dedicación y calidad de atención brindan a los usuarios. Cuando median desavenencias entre la burocracia de la Secretaría de Salud provincial y los proveedores, la entrega de insumos médicos se interrumpe, y no siempre por falta de recursos. Ni que hablar para las inversiones, las remodelaciones o la compra de equipamiento, donde los procesos de licitación llevan períodos excesivamente prolongados (posiblemente años) y donde la toma de decisión centralizada la más de las veces genera inversiones no pertinentes. No es difícil darse cuenta de que lo que se necesita es un cambio de reglas.

La articulación público-privada

En las discusiones de política sanitaria son extensas y de larga data las menciones al concepto "articulación público-privado". Tan vasto como el universo de menciones, es lo genérico y difuso que resultan las nociones que se engloban dentro de este concepto. No deberían serlo.

En la experiencia internacional de los países desarrollados son frecuentes los casos en los cuales los sistemas tradicionales de gestión de servicios públicos sanitarios (obras, suministros, servicios, consultoría, asistencia técnica, etc), son superados por modelos de "Colaboración Público Privada" (concepto que deriva del inglés "Public Private Partnership"). Estas nuevas modalidades se erigen sobre una institucionalidad de cooperación de largo plazo entre autoridades públicas de diversas áreas y el sector privado, e involucran la integralidad del desafío en el sentido de que se toma, no partes aisladas de la gestión, sino el proyecto global gestionando en forma conjunta entre el sector público y el sector privado, y, fundamentalmente, se distribuyen los riesgos de manera más conveniente en base a la capacidad de gestión de cada participante.

En términos del *Esquema 1*, esta nueva institucionalidad se puede ilustrar con el *Esquema 2* donde se presenta el diseño básico con el que se organizan los centros asistenciales públicos en los países en donde los modelos de Colaboración Público Privado son profusamente utilizados.

El diseño del *Esquema 2* tiene diferencias sustantivas con el *Esquema 1*. En primer lugar, en el nuevo esquema la Secretaría de Salud provincial se desentiende de todos los procesos de gestión del hospital. Su función pasa a ser solamente la financiación de

las prestaciones médicas a través de pagos por prestación (que pueden ser por acto, moduladas, globales, o una combinación, pero no por presupuestos fijos), y el control de calidad con el fin de observar y medir los resultados que la gente obtiene de la inversión en atención pública. De esta forma, el 100% de los recursos al hospital entran por la vía del pago según la producción, y el hospital está sometido a medición de resultados.

En segundo lugar, el órgano de gobierno del hospital debe ser un directorio que toma las decisiones estratégicas y políticas, secundado por un director ejecutivo que toma las decisiones técnicas para implementar las directrices del órgano político. En ese directorio es donde deben estar representados el gobierno provincial, el gobierno municipal, las fuerzas de la oposición, representantes de los usuarios, representantes de los grupos médicos y de los trabajadores. El director ejecutivo, por su parte, debe ser una persona altamente calificada sometida a metas y objetivos, remuneración por cumplimiento de objetivos y el riesgo de remoción del cargo en caso de no cumplimiento de los objetivos.

Esta institucionalidad es la apropiada para la colaboración público privado

El edificio siempre pertenece al sector público. El órgano de gobierno también es siempre una instancia pública que toma todas las decisiones políticas de la institución y tiene la representación de las fuerzas vivas de la sociedad. Desde el director ejecutivo para abajo -que es la instancia de gestión- se pueden pensar innumerables formas de incorporación del sector privado, controlados políticamente por el órgano de dirección. Las modalidades de colaboración público privado se diferencia por sus diferentes niveles de distribución del riesgo entre el sector público y el sector privado.

Está el esquema básico donde todos los recursos (empleados, insumos e inversiones) pertenecen al hospital y sólo el director ejecutivo es un "privado" en el sentido de que es una persona altamente especializada, con mucho reconocimiento en el mercado de la administración sanitaria, que no forma parte de la plantilla del hospital sino que es contratada ad hoc para llevar adelante la gestión del hospital y donde su remuneración y su continuidad están sujetos a resultados. En este caso, la distribución del riesgo hacia el sector privado es sólo en la parte que corresponde al director ejecutivo, y el órgano de gobierno sigue deteniendo la mayor

parte del riesgo económico de la gestión dado que sigue teniendo la propiedad de todos los recursos y absorbe las pérdidas. Es una distribución de riesgos reducida.

En el otro extremo, está el esquema más integral donde una empresa privada toma la gestión integral financiando los salarios, los insumos y las inversiones con recursos propios, y recibiendo como facturación los pagos por prestación (que hacen la secretaría de salud y los mecanismos de facturación). En este caso, la transferencia de riesgo es íntegra hacia el sector privado quien coloca al director ejecutivo, pone el capital de trabajo y hasta coloca el capital para las inversiones (sin perjuicio de que financia la inversión, el plan de inversiones o sea la decisión de las inversiones siempre está sujeta a aprobación del órgano de gobierno). Si la gestión es deficitaria, la pérdida es del privado y el órgano de gobierno puede decidir cambiar de empresa gestora. En este caso la distribución de los riesgos hacia el privado es amplia.

Cabe aclarar que los grupos médicos y los empleados del hospital, en todos los casos, pueden ser empleados públicos del hospital. Es decir, estos tipos de esquemas de colaboración público privado no implican la "privatización" de las relaciones laborales. Los empleados siguen siendo empleados del sector público con estabilidad. En donde se innova es en la regla de gestión. El sector público transfiere el riesgo de gestión hacia un privado y controla los resultados; el privado cobra en función de sus resultados y, si fracasa, se lo reemplaza por otro privado. El riesgo es de los privados. Los grupos médicos y los empleados siempre siguen perteneciendo al sector público.

Con este tipo de esquemas, en el Reino Unido se han construido más de 20 hospitales que trabajan para el National Health Service (el sistema público inglés) y el gobierno inglés espera llegar a financiar el 85% de la nueva inversión de capital del sistema de salud. En Barcelona, son estos tipos de institucionalidad los que permiten funcionar a los conocidos consorcios de gestión sanitaria. El Parlamento Europeo ya ha comenzado a emitir directrices y a regular dentro del derecho comunitario estos tipos de contrato para la colaboración público-privada. Es la institucionalidad del futuro para organizar el sector público de la salud. En Argentina, se debería comenzar a estudiarla. □