

Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica

N. Homedes^a / A. Ugalde^b

^aEscuela de Salud Pública. Universidad de Texas-Houston.

^bDepartamento de Sociología. Universidad de Texas-Austin.

Correspondencia: Dra. Núria Homedes. Universidad de Texas-Houston. Escuela de Salud Pública. 1100 North Stanton. Suite #110. El Paso, Texas 79902.
Correo electrónico: nhomedes@utep.edu

Recibido: 14 de junio de 2000.

Aceptado: 16 de junio de 2000.

(Health services privatization: the experiences of Chile and Costa Rica)

Resumen

El trabajo cuestiona los argumentos que justifican la privatización neoliberal de la financiación, gestión y prestación de servicios de salud, y analiza el significado y estrategias de privatización. Comparamos la privatización en Costa Rica y Chile, y en la discusión se sugiere que el modelo costarricense de privatización selectiva, limitada y concebida autóctonamente de Costa Rica lleva a un sistema de salud más solidario, equitativo, eficiente y satisfactorio para los usuarios que el modelo importado de privatización chileno.

Palabras clave: Reforma. Privatización. Neoliberalismo y salud. Chile. Costa Rica. América Latina.

Abstract

This study questions the premises that justify the neoliberal privatization of financing, managing and delivering health services. It also analyses the meaning of privatization and its strategies. We compare privatization in Chile and Costa Rica and suggest that the more limited, selective and locally designed privatization process in Costa Rica has resulted in a more equitable, and efficient health system than the imported privatization model introduced in Chile. The Costa Rican system also produces greater patient satisfaction and at the same time preserves the solidarity principle.

Key words: Reform. Privatization. Neoliberalism and health. Chile. Costa Rica. Latin America.

Introducción

En la constitución de la mayoría de los países de América Latina se reconoce el derecho de los ciudadanos a la salud y la responsabilidad del estado de promoverla¹. En respuesta a este mandato, los gobiernos de la región, aprovechando el crecimiento de la economía que siguió a la segunda guerra mundial, incrementaron en mayor o menor cuantía la financiación y cobertura de atención médica^{2,3}, aunque nunca fue suficiente para cubrir una gran parte de la población. La expansión se llevó a cabo a través de las redes de servicios de salud de los ministerios de salud pública, así como de los seguros sociales.

Núria Homedes trabajó durante 5 años en el Banco Mundial en la Región de América Latina. Los dos autores han trabajado como consultores con la OMS, CIDA, USAID y PNUD.

El crecimiento se redujo a partir de los años ochenta. Para entonces, los gobiernos de la región habían acumulado una enorme deuda pública y se enfrentaban con una seria recesión económica que dificultaba el pago de la misma². El Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI) atribuían la recesión al modelo de economía mixta imperante en América Latina, es decir, a la participación del sector público en actividades económicas y su incapacidad de gestionarlas eficientemente². Como condición para extender créditos a corto plazo para pagar o refinanciar la deuda pública, el BM y el FMI exigieron la reducción de la participación del sector público en la gestión de actividades comerciales, de servicios públicos y la reducción de los servicios sociales⁴. Siguiendo esta lógica, el BM promovió y empezó a financiar reformas de los servicios de salud, uno de cuyos pilares fue la privatización de los mismos⁵⁻⁷.

Privatización y salud

La provisión de servicios públicos por el sector privado no es nada novedoso, es un modelo que han adoptado muchos países y se ha demostrado que cuando existe una estricta regulación funciona eficientemente^{2,8,9}.

El sector salud es un caso diferente y hay que anotar sus características peculiares. Para mejorar la salud de la población se requieren intervenciones colectivas e individuales. La salud personal responde en gran medida a las condiciones de salud pública, y la salud pública en alguna medida responde también a comportamientos personales, por ejemplo, a la decisión de vacunarse, al esfuerzo de practicar acciones preventivas, al cuidado individual del ambiente, etc. Cada día más la investigación confirma el origen social de enfermedades cuya solución requiere respuestas coordinadas entre acciones individuales e intervenciones comunitarias¹⁰. Sin duda, la mayoría de enfermedades infecciosas y la prevención de accidentes/violencia/drogadicción/estrés requieren intervenciones públicas, pero también es de sobras conocido que el control y la prevención de enfermedades crónicas, como la hipertensión, el cáncer y la diabetes, requieren cambios en el estilo de vida que deben abordarse comunitariamente^{11,12}.

Hay modelos que permiten establecer claramente el efecto positivo de las intervenciones comunitarias en la salud personal, pero es difícil distinguir entre el efecto de las responsabilidades reconocidamente públicas (las que presentan externalidades, las que no permiten la autoexclusión y las que se consideran bienes de interés social)¹³ de las responsabilidades individuales (utilización de servicios, cambios de estilo de vida) en la mejora de la salud individual. En América Latina, como en otras muchas regiones del mundo, la mayoría de la población tiene niveles de educación bajos y no siempre sabe cuándo deben utilizar los servicios o las conveniencias de prácticas preventivas. Desde este punto de vista, los servicios médicos se pueden considerar como bienes de interés social¹⁸.

Además, cuando se trata de la vida, sufrimiento, y discapacidad de seres humanos, la búsqueda de soluciones no puede basarse únicamente en consideraciones económicas como pretenden los promotores de la privatización del sector salud. Así lo reconoce la constitución de la OMS cuando afirma que «uno de los derechos fundamentales de todo ser humano... es disfrutar del mayor nivel de salud posible (...). Los gobiernos son responsables de la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser alcanzada cuando se ofrecen servicios sociales y de salud adecuados». Incluso los economistas admiten que las actividades de salud pública son responsabilidad del Estado^{5,8} y aceptan que la atención médica constituye un mercado imperfecto, pero tienen

grandes dificultades en aplicar principios económicos al sinergismo salud pública-atención médica, una realidad que, como hemos explicado anteriormente, es innegable. Los marcos de análisis que los economistas han utilizado para distinguir las actividades de salud propias del sector público de las que debe realizar el sector privado no reflejan el sinergismo entre las actividades de salud pública y el comportamiento individual¹⁴. De hecho, la economía todavía no ha desarrollado una teoría que permita dar una solución científica de este problema.

Entre las imperfecciones del mercado en el sector salud se encuentran^{8,14-17}:

- La diferencia del conocimiento entre la oferta y la demanda.
- La tendencia monopolística, sobre todo de los hospitales y los servicios de alta tecnología.
- La tendencia del sector privado a excluir a los grupos de alto riesgo y a los que presentan enfermedades costosas.
- La falta de asociación entre el uso de alta tecnología y el aumento de la productividad, ya que con frecuencia la alta tecnología de salud emplea más personal. Por tanto, las tecnologías avanzadas pueden aumentar los costes unitarios, aunque ciertamente pueden mejorar la calidad de los servicios.

Además, los mecanismos de pago al proveedor pueden introducir otra serie de problemas a la prestación eficiente de los servicios de calidad; por ejemplo, los proveedores pueden generar demanda innecesaria o pueden restringir el uso de servicios necesarios si eso repercute directamente en sus beneficios económicos¹⁸. En realidad, los servicios médicos privados con ánimo de lucro tienen un gasto per cápita mucho más alto que los públicos que no se puede justificar únicamente por su calidad y la mayor necesidad de los usuarios. Una posible explicación es que son más ineficientes que los públicos. Por ejemplo, en Argentina el sector privado cubre el 7% de la población y consume el 42% de los gastos de salud¹⁴ y, como veremos más adelante, algo parecido sucede en Chile.

Los mismos promotores de la privatización admiten la necesidad de subsidiar los servicios médicos de los pobres^{16,19}. En América Latina se calcula que al menos una tercera parte de la población (y en algunos países la gran mayoría) vive en la pobreza, y en los últimos años los niveles de pobreza han ido aumentando de una forma alarmante²⁰. Por todo ello, es muy difícil justificar la privatización neoliberal de los servicios médicos en América Latina. Por ejemplo, en México sólo el 2% parece tener capacidad de compra de seguros privados.

La afirmación de que el sector público tiene un papel importante en la atención médica no niega la posibilidad o conveniencia de una participación del sector pri-

vado. Antes de discutir la naturaleza de su papel necesitamos clarificar el significado del concepto privatización.

El significado de privatización

Las funciones necesarias para ofrecer servicios de atención médica se pueden agrupar en tres categorías: financiación, organización/gestión y provisión misma de la atención. A continuación se explican las diversas dimensiones o modalidades en las que el sector privado puede participar en cada una de ellas.

Financiación

Puede hacerse:

- Directamente por el Estado con impuestos, pero si se imponen copagos se privatiza una parte de la financiación.
- A través de seguros públicos o privados, pero si los seguros públicos implican un pago parcial de la póliza por parte del usuario, del empresario y/o copagos se privatiza una parte de la financiación.
- A través de un pago directo por parte del usuario, ya sea monetario o en especie.

En un mismo sistema de salud puede darse una combinación de estas tres modalidades. Así, algunos servicios pueden estar financiados enteramente por el sector público con o sin copagos (p. ej., inmunizaciones), otros por seguros sociales (p. ej., atención médica), y otros, directamente por el usuario (p. ej., servicios odontológicos). También es posible que diferentes grupos estén financiados cada uno de una forma diferente. Los trabajadores del sector formal por seguros sociales, los ejecutivos por seguros privados y los indigentes por el Estado.

Gestión

Tanto el sector público como el privado pueden tener una función notable en la organización-gestión de los servicios de salud. El sector público puede contratar con el sector privado ya sea a través de asociaciones comunales, grupos profesionales (asociaciones médicas, asociaciones de hospitales, etc.) o empresas privadas:

- Gestión de la financiación, como en el caso de Chile y Colombia.
- Gestión de clínicas, hospitales y otros establecimientos de salud.
- Evaluación de la calidad; por ejemplo, delegando la acreditación de los hospitales y de los profesio-

nales a asociaciones de profesionales y/o entidades privadas.

- Gestión de programas para ciertos problemas específicos de salud, como por ejemplo la drogadicción y el VIH-sida.
- Gestión de servicios de salud para ciertas poblaciones como pueden ser trabajadores de un sector o de cierto grupo de empresas.
- Auditorías financieras.
- Asistencia técnica para mejorar los sistemas de organización y manejo del sector.

Provisión

El sector público y el sector privado pueden proveer todos o parte de los servicios. Empresas privadas pueden ofrecer servicios médicos a las personas que estén dispuestas a pagar directamente, o contratar con seguros públicos, privados o con el Estado para ofrecer todos o parte de los servicios. Es raro el país, incluso entre los que tienen servicios nacionales o socializados de cobertura universal y gratuitos, en el que no existen empresas privadas que ofrezcan todo tipo de servicios pagados directamente por los usuarios, o a través de seguros complementarios.

El sector público puede contratar con el sector privado para la provisión de:

- Servicios médicos tanto ambulatorios como hospitalarios para poblaciones específicas (beneficiarios de seguros sociales, residentes en áreas geográficas específicas), y/o grupos específicos (presos, drogadictos, campamentos de refugiados, etc.).
- Servicios médicos específicos (planificación familiar, maternoinfantiles, canasta de servicios mínimos, etc.).
- Servicios técnicos de diagnóstico (laboratorios, rayos X y otras tecnologías avanzadas, etc.).
- Servicios terapéuticos (farmacia, rehabilitación, etc.).
- Servicios auxiliares de apoyo (ambulancias, seguridad, mantenimiento de equipos, etc.).
- Servicios de hostelería (lavandería, limpieza, etc.).
- Programas de capacitación.

Las tres funciones mencionadas pueden llevarse a cabo por cuatro tipos de instituciones privadas: a) comerciales; b) cooperativas; c) asociaciones sin ánimo de lucro de tipo beneficencia, y d) sin ánimo de lucro de tipo comercial. La asociaciones sin ánimo de lucro que llamamos comerciales sólo se diferencian de las firmas comerciales en que sus ganancias terminan en aumento de sueldos en vez de en pago de dividendos.

Si en el eje vertical de una matriz de privatización colocamos los cuatro tipos de instituciones que pueden llevar a cabo la privatización y en el horizontal todas las variedades posibles de abrir la participación priva-

da en la financiación, gestión y provisión de servicios, acabamos con un número enorme de celdas. Privatización puede referirse a cualquiera de esas celdas y tiene un significado ambiguo y confuso. Significa cosas tan diferentes como la transferencia de recursos públicos a empresas privadas para la provisión de servicios; la transferencia de la responsabilidad de financiación del sector público al usuario para que éste compre directamente o a través de seguros privados servicios médicos; la contratación de empresas privadas por parte del estado de algunos servicios técnicos o de hostelería; la transferencia de la gestión de hospitales públicos a organizaciones no gubernamentales (ONG) comerciales o de beneficencia, etc.

La privatización en América Latina

Tradicionalmente, en la mayoría de los países de la región los servicios médicos se han proveído a través de seguros sociales con financiación tripartita (trabajador, empresario y gobierno) para el sector formal, y para el resto (sector informal, indigentes y población rural) gratuitamente a través de los ministerios de salud pública. Debido a la insuficiencia de fondos asignados a la atención médica, así como a la ineficiencia del sector civil en el manejo de los mismos, muchos de los ciudadanos, incluso los beneficiarios de los seguros sociales, acababan comprando servicios y medicamentos en el sector privado. Se ha calculado que, ya antes de los actuales procesos de reforma y privatización, dada la pobreza de muchos, el 50% del gasto en salud se realizaba en el sector privado a través de automedicación y/o en consultas esporádicas generalmente de tipo ambulatorio²¹.

El modelo de privatización avanzado por el BM tiene un claro sello neoliberal: reducir el gasto y las funciones del sector público y promover la competencia¹⁹. En el sector salud favorece los seguros privados y las organizaciones de mantenimiento de la salud al estilo de los EE.UU.²², donde cada día están más desprestigiadas por corruptas, ineficientes y de calidad deficiente²³. También fomenta la recuperación de costos a través de copagos, y la reducción del gasto público limitando la oferta pública a paquetes básicos gratuitos para la población indigente (canastas básicas) que suelen incluir un menú muy limitado de intervenciones.

La implementación del modelo del BM ha encontrado obstáculos en muchos países de la región no solamente por las características señaladas del sector, sino también por factores políticos y sociales; por ejemplo, la oposición de empleados públicos, incluyendo trabajadores profesionales (médicos, enfermeras, etc.), de sindicatos y otros actores políticos; y la pobreza de un porcentaje elevado de la población²⁴.

Desafortunadamente, en más de un país los gobiernos han empezado a introducir algún tipo de privatización cuyo potencial de éxito es dudoso y, en el proceso, han fragmentado los sistemas de salud. El experimento puede ser muy costoso para los países, y negativo para la equidad, calidad, eficiencia y satisfacción de los usuarios. El estudio comparativo de la privatización de los servicios de salud de Chile y Costa Rica ilustra este punto.

Las experiencias de Chile y Costa Rica

Los economistas neoliberales han presentado la privatización de la atención médica en Chile como modelo para países del tercer mundo. La privatización se ha llevado a cabo a través de compañías privadas de seguros y de organizaciones de mantenimiento de la salud para los más ricos y de servicios públicos descentralizados para las clases más pobres. Por el contrario, Costa Rica, a pesar de las presiones del BM, ha mantenido la financiación central pública de todos los servicios de salud, y todas las compañías de seguros, incluyendo las de salud, son monopolio del Estado (aunque últimamente ha surgido un mercado de seguros extranjeros privado). Los indicadores básicos socioeconómicos y de salud son muy parecidos en los dos países (tabla 1), pero es necesario señalar que Costa Rica es una sociedad más rural y más pobre que Chile, lo que dificulta y aumenta el coste de los servicios.

*La privatización en Chile*²⁵⁻³⁷

De 1952 a 1981 el sistema nacional de salud tenía cobertura universal de acceso gratuito y estaba totalmente financiado por el Estado. En 1981, la dictadura fragmentó el sistema nacional de salud, redujo considerablemente el gasto público en salud y creó los

Tabla 1. Indicadores socioeconómicos

| | Costa Rica | Chile |
|--|--------------|--------------|
| Población | 4 millones | 15 millones |
| PIB per cápita (1997 en dólares de EE.UU.) | 2.640 | 5.020 |
| Porcentaje del PIB que se gasta en salud | 8,6 | 8 |
| Porcentaje de población urbana (1997) | 50 | 84 |
| Esperanza de vida (1996) | 75 (varones) | 72 (varones) |
| | 79 (mujeres) | 78 (mujeres) |
| Mortalidad < 5 años | 15 por 1.000 | 13 por 1.000 |
| Coefficiente Gini (distribución de la riqueza) | 47 (1996) | 56,5 (1994) |
| Analfabetismo entre adultos (% en 1995) | 5 | 5 |

Fuente: Banco Mundial. World Development Report. Knowledge for Development, 1999.

Institutos de Salud Previsional (ISAPRE). También descentralizó la atención primaria y hospitalaria transfiriéndolas a las municipalidades y a las áreas de salud, respectivamente, y en 1986 estableció cuotas de recuperación en el sector público. Durante los años subsecuentes se introdujeron cambios adicionales hasta llegar a configurar el sistema actual.

Un componente básico del sistema chileno son las ISAPRE, compañías aseguradoras privadas (algunas son filiales de las *Health Maintenance Organizations* o HMO de los EE.UU.) que reciben, a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA) —la agencia recaudadora única del Estado para la salud— la cuota de financiación (7% del salario) que el Estado impone a los trabajadores del sector formal cuando el trabajador elige su ISAPRE. Las ISAPRE ofrecen diferentes tipos de pólizas dependiendo del tamaño de la familia, del monto absoluto de la contribución y cada una tiene diferentes deducibles y copagos (en 1995 ofrecían 8.800 planes de salud); además, anualmente pueden restringir el contrato con el trabajador dependiendo de la enfermedad y el riesgo que presente. Es difícil o imposible para los usuarios identificar el mejor paquete de servicios entre los miles que ofrecen las ISAPRE. Si un usuario al final del año considera que otra ISAPRE pudiera ser más atractiva puede cambiarse, pero tendría que empezar con un nuevo médico de familia, práctica poco aconsejable según los principios básicos de atención primaria. Los trabajadores que no optan por una ISAPRE reciben servicios a través del sistema nacional de salud o a través de médicos privados de libre elección. En cualquier caso, FONASA sólo cubre parte del coste del servicio, el resto lo paga el usuario, excepto en casos de población indigente.

Hoy día, solamente un 22% de la población ha escogido ISAPRE, las cuales gastan el 43% de toda la atención médica del país, a pesar de cubrir familias de menor tamaño, población más joven y más sana que los beneficiarios de FONASA. El 67% recibe servicios parcialmente financiados por FONASA (ya sea a través del sistema de libre elección o del sistema nacional de salud), y el resto programas especiales como el de las fuerzas armadas.

Este sistema ha sido muy beneficioso para las ISAPRE que han operado con márgenes de rentabilidad del 20% y costes administrativos también del 20%, gracias a una selección muy cuidadosa de clientes (p. ej., transfieren a los trabajadores jubilados y a los enfermos crónicos a FONASA), a una limitación en la oferta de servicios que ofrecen a sus usuarios, y con aumentos de copagos y deducibles. Por otra parte, FONASA ha mantenido los pagos a los médicos de libre elección bastante estables, lo que les ha forzado a incrementar los copagos, con una consecuente reducción del número de usuarios que pueden elegir médicos.

En Chile, el gobierno subsidia al sector privado a través de las ISAPRE, y los ricos saben aprovecharse mejor de los subsidios que los pobres. En 1990, en un intento de reducir los abusos, el gobierno creó la superintendencia de las ISAPRE, y modificó su sistema de financiamiento (ahora FONASA sólo transfiere el 6,1% de la cuota a las ISAPRE y el 0,9% se utiliza para cubrir los gastos de los jubilados) y empezó a regular el margen de beneficios. Sin embargo, la capacidad del Estado de controlar las ISAPRE ha sido muy limitada.

*La privatización en Costa Rica*³⁸⁻⁵⁰

En el sistema de salud de Costa Rica ha predominado siempre los servicios públicos a través de la Caja Costarricense de Seguridad Social (CCSS) y del Ministerio de Salud Pública (MSP). La CCSS sigue el modelo tradicional con contribuciones del trabajador, de las empresas y del gobierno. El 1974 el MSP transfirió todos sus hospitales a la CCSS que empezó a ofrecer sus servicios a trabajadores independientes urbano que deseaban pagar la póliza subvencionada por el gobierno, y a los indigentes, cuyos gastos cubría el gobierno con fondos especiales. En 1994 el MSP transfirió a la CCSS las clínicas rurales que le quedaban consolidando la atención médica en la CCSS. Hoy día, todos los trabajadores del sector formal a través de su empleo, todos los empleados por cuenta propia y los trabajadores del sector informal, previo pago de una cuota muy asequible y proporcional a su ingreso, pueden recibir de la CCSS un espectro muy amplio de servicios de salud y medicamentos. Como se ha indicado anteriormente, el gobierno paga la cuota de los indigentes.

Desde hace muchos años la CCSS ha experimentado modelos que dan participación al sector privado. Entre ellas merecen destacarse:

— La «medicina de empresa» permite que las empresas contraten a un médico para que provea servicios en una clínica instalada por la empresa en el lugar de trabajo y que los trabajadores sigan beneficiándose de los servicios de diagnóstico, tratamiento y hospitalización de la CCSS.

— La «medicina mixta» permite a los beneficiarios de la CCSS acudir a un médico privado de libre elección, a quien le pagan directamente la consulta, y seguir recibiendo servicios de diagnóstico, tratamiento y hospitalización de la CCSS.

— Las cooperativas de salud es otra modalidad por la que la CCSS transfiere fondos, según el sistema de capitación, a un grupo médico organizado cooperativamente que proporciona servicios a los habitantes de un área geográfica que prefieran utilizar ese sistema. Los usuarios de las cooperativas son referidos a los hos-

pitales de la CCSS. Este modelo es más caro que el modelo tradicional y no evita que se hagan referencias innecesarias al segundo y tercer nivel.

La CCSS también compra algunos servicios de diagnóstico de alta tecnología a empresas privadas y en ocasiones contrata con algunas farmacias privadas para la dispensación de medicamentos. En cierto momento la CCSS intentó contratar servicios de hostelería pero no hubo respuesta por parte del sector privado debido al alto coste de la inversión y a la incertidumbre en la continuidad del contrato. Recientemente, la CCSS contrata algunos servicios privados para disminuir listas de espera.

En la tabla 2 se señalan los aspectos más relevantes de la privatización en Chile y Costa Rica.

Discusión

En la tabla 3 se comparan los resultados de la privatización en Costa Rica y Chile, lo que sugiere que los principios de la economía neoliberal en los que se basa el modelo producen efectos no deseables. Es de destacar que, aunque las condiciones de salud de la población dependen de muchos factores que no están relacionados con los servicios de salud, con menos re-

Tabla 2. Comparación de las características de la privatización en Chile y en Costa Rica

| Chile | Costa Rica |
|---|--|
| Financiación: Privada (53% en 1990) | Financiación: Pública (83% en 1990) |
| Participación privada en organización y gestión | Participación privada en organización y gestión |
| ISAPRE | Cooperativas de salud reciben financiación de la CCSS, gestionan sus recursos y ofrecen el primer nivel de atención a los habitantes de un área geográfica determinada |
| Los médicos y centros de salud que reciben pacientes a través del sistema de elección libre gestionan sus propios recursos | Los médicos privados y las empresas que tienen clínica en el lugar de trabajo de sus empleados gestionan sus propios recursos |
| Prestación: a través de redes públicas y privadas (comerciales) | Prestación: pública y privada a nivel casi exclusivamente de atención primaria. |
| Red pública (67% de la población): | La responsabilidad por el mantenimiento de la red es pública. |
| Centros de salud a cargo de los municipios | Red pública (cerca del 90%): |
| Hospitales a cargo de áreas de salud | Red de centros ambulatorios y hospitalarios, incluyendo medicamentos |
| Contratos con el sector privado (incluyendo ISAPRE) para la prestación de servicios ambulatorios, hospitalarios, y de diagnóstico | Servicios privados (no hay red privada): |
| Redes privadas: | Contratos para servicios diagnósticos de alta tecnología |
| ISAPRE (alrededor del 22% de la población) | Cooperativas para servicios ambulatorios con servicios hospitalarios gratuitos |
| Contratos con el sector público para la prestación de servicios médicos, hospitalarios y de diagnóstico | Los beneficiarios de la CCSS pueden utilizar servicios ambulatorios privados, tienen que pagar, y pueden seguir beneficiándose de los medicamentos y los servicios diagnósticos y hospitalarios públicos |
| | Las empresas pueden abrir clínicas en el lugar de trabajo y los trabajadores pueden seguir obteniendo medicamentos, servicios diagnósticos y de hospitalización de la CCSS |
| | Contratos con farmacias privadas para la entrega de medicamentos |
| | Contratos con proveedores privados para disminuir listas de espera |
| Objetivos de la privatización | Objetivos de la privatización |
| Reducir el tamaño y la responsabilidad del sector público | Incrementar la eficiencia administrativa |
| Recortar el gasto público | Dar cabida al sector privado manteniendo el control público del sector |
| Incrementar la eficiencia | |
| Proceso de privatización | Proceso de privatización |
| Consecuencia de un cambio político en que la extrema derecha toma el poder e introduce el neoliberalismo económico | A partir de experiencias autóctonas |
| Responde también a iniciativas extranjeras que fomentan el modelo de los Estados Unidos | Es gradual en función de los cambios que se han dado en los últimos 25 años |
| Este proceso de privatización que empezó en 1979 ha ido evolucionando: aumento de la proporción del gasto privado directo a través de copagos, establecimiento de contratos entre el sector público y el sector privado, aumenta la regulación del sector privado, y se cambian algunos aspectos de la financiación de servicios tanto públicos como privados | Es independiente de las imposiciones del Banco Mundial |
| El diseño de la reforma se hace sin participación de los usuarios ni de la mayoría de los proveedores, ni de los funcionarios públicos | |

Fuente: citas presentadas al principio de cada caso.

Tabla 3. Consecuencias de la privatización en Chile y en Costa Rica

| Chile | Costa Rica |
|---|---|
| No hay evidencia de que haya mayor eficiencia como resultado de la privatización, al contrario hay duplicidad en la prestación de servicios | Ha permitido mantener la equidad y la solidaridad |
| Hay subsidios cruzados de pobres y ricos, lo que aumenta la inequidad. | Ha evitado el aumento desordenado de costes y ha mejorado la eficiencia del servicio público. En 1986 el gasto público en salud era del 5,7% del PIB y en 1996 era del 8,6% |
| Los municipios más pobres ofrecen servicios de menos calidad que los más ricos | Ha mantenido la oferta de servicios completos a la gran mayoría de la población |
| Ha evitado el aumento desordenado de costes. El gasto total en salud en 1990 era del 7,6% del PIB y en 1996 del 8,1% | Ha permitido mantener el acceso sin pago directo por los servicios |
| Desaparece el concepto de solidaridad | Hay satisfacción nacional con el sistema de salud, aunque hay muchas quejas de los usuarios por las largas listas de espera en cirugías y servicios de especialidad, y también por cierta desorganización en los servicios, incluyendo largas esperas para ser recibidos en algunos servicios y en farmacia |
| Subfinanciación de salud para los pobres | No hay estudios de calidad de los servicios |
| No hay estudios de calidad pero hay cierta evidencia de que se han deteriorado algunos servicios públicos | |
| Dificultades para controlar al sector privado (se incrementa el comportamiento oportunista de las ISAPRE) | |
| Los costes se traspasan al usuario y aumentan las barreras económicas de acceso | |
| Complejidad administrativa (dificultad para entender el sistema). Las ISAPRE en 1995 ofrecían 8.800 planes distintos | |
| Alto nivel de insatisfacción de los consumidores y proveedores | |

Fuente: citas presentadas al principio de cada caso.

En los cursos los servicios públicos en Costa Rica han logrado indicadores básicos de salud muy semejantes o mejores que los obtenidos por el sistema mixto chileno. Otro aspecto muy importante es que Costa Rica ha mantenido la equidad en el acceso a los servicios mientras que en Chile ha aumentado la inequidad. Por otra parte, las ISAPRE, con una población más joven y más sana, originan mayor gasto en salud que los servicios de la red pública. Ello sugiere que los servicios privados son más ineficientes que los públicos o, alternativamente, que la demanda de una gran parte de la población con menos recursos no es atendida. Cualquiera de las dos posibilidades no es deseable.

La financiación de los servicios en Costa Rica está basada en un impuesto progresivo sobre el salario, lo cual tiende a incrementar la equidad social y respeta el principio de solidaridad, dos aspectos importantes para fortalecer la cohesión social. El sistema de financiación de la atención médica en Chile es regresivo, es decir, los pobres están financiando los servicios de las clases más acomodadas. En Costa Rica el acceso a los servicios de salud se sigue considerando un derecho que el Estado garantiza; en Chile el Estado se responsabiliza nada más que de una parte de los que no pueden acceder al sistema privado. Además, en Chile, la descentralización regional de hospitales y municipal de las clínicas ha creado desigualdades en la calidad de oferta; las jurisdicciones más pobres no tienen capacidad de ofrecer servicios de la misma calidad que las más ricas. Tanto en Chile como en Costa Rica, las clases más altas consumen más servicios de salud que las poblaciones más pobres.

El mismo proceso de privatización tiene importancia. En Costa Rica el dar cabida al sector privado fue un proceso gradual, muy limitado, dirigido a mejorar la eficiencia, y autóctono; no importado ni diseñado por economistas extranjeros o nacionales formados en el extranjero durante una dictadura militar de extrema derecha, como fue el caso de Chile.

El estudio de estos dos países no sugiere que Costa Rica sea el modelo a seguir. Es fácil criticar algunos aspectos de la privatización en este país. Por ejemplo, la medicina mixta impone una doble carga económica a los usuarios, al mismo tiempo que incita a los médicos a no mejorar la organización de la CCSS para mantener una demanda de servicios privados. La práctica recientemente aprobada de subcontratación de médicos para disminuir listas de espera también se presta a abusos y deterioro del sistema público. Además, los médicos de la CCSS han ideado otros mecanismos, como la utilización de la infraestructura pública para ofrecer consultas privadas, y limitar el acceso de pacientes nuevos, para derivar beneficios económicos de pacientes que deberían tener acceso gratuito a sus servicios.

La comparación de estos dos países sólo afirma la necesidad de revisar la privatización de tendencia neoliberal promovida por el Banco Inter-Americano de Desarrollo (BID) y el BM, al mismo tiempo que demuestra que el modelo de privatización seguido por Costa Rica es más equitativo, eficiente, solidario y posiblemente más satisfactorio para los usuarios. No hay estudios de calidad que permitan comparar los dos países, pero los indicadores básicos no son diferentes. Es

muy difícil que las mismas estrategias propuestas por economistas transnacionales mejoren la calidad, equidad, eficiencia y satisfacción de los usuarios en todos los contextos. Cada país debe buscar sus propias so-

luciones para incrementar la eficiencia y equidad, y hacer realidad que todos los ciudadanos tengan acceso a servicios médicos de calidad, cuyo espectro debe responder a la capacidad económica de cada nación.

Bibliografía

1. Panamerican Health Organization. Health in the Americas. Washington. Panamerican Health Organization, 1998.
2. Developing the private sector. The World Bank's experience and approach. Washington, World Bank, 1991.
3. Bennett S, McPake B, Mills A. The public/private mix debate in health care. En: Bennett S, McPake B, Mills A, editores. Private Health providers in developing countries: serving the public interest? Londres: Zed Books, 1997.
4. World Bank. World Development Report 1991. Nueva York: Oxford University Press, 1991.
5. Aiyer S, Jamison DT, Londoño JL. Health policy in Latin America: progress, problems and policy options. Cuadernos de Economía 1995; 32: 11-28.
6. World Bank. Financing health services in developing countries. Washington: World Bank, 1987.
7. Durán V. Seguridad social y privatización de los servicios de salud. Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social 1993; 1: 13-18.
8. Roth G. The private provision of public services in developing countries. EDI Series in Economic Development. Nueva York: Oxford University Press, 1987.
9. International Finance Corporation. Privatization: principles and practice. Washington: World Bank, 1995.
10. Lasker RD. Medicine and public health: the power of collaboration. Nueva York: The New York Academy of Medicine, 1997.
11. Houston BA, Baumgartner ET. Managing change in the era of health reform: organized delivery system of public health. J Pub Health Management Pract 1995; 1: 62-68.
12. US Public Health Service. Health care reform and public health: a paper on population-based core functions. J Pub Health Policy 1998; 19: 394-419.
13. Acuña Ulate JA. Un enfoque económico de los problemas del financiamiento de los servicios de salud. Revista de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social 1993; 1: 13-19.
14. Burki SJ, Perry G, Dillinger W. Beyond the center. Descentralizing the state. Washington: World Bank, 1999.
15. Broomberg J. Health care markets for export? Lessons for developing countries from European and American experience. Londres: London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1994.
16. Griffin CC. Strengthening health services in developing countries through the private sector. International Finance Corporation. Discussion Paper N.º 4. Washington: World Bank, 1989.
17. Sounding Board. Health care reform at the close of the 20th Century. N Engl J Med 1999; 340: 1916-1920.
18. Barnum H, Kutzin J, Saxenian H. Incentives and provider payment methods. Human resources development and operations policy. Working Paper 51. Washington: World Bank, 1995.
19. World Bank. World development report. Investing in health. Nueva York: Oxford University Press, 1993.
20. Ríos J. La medicina en la aldea global. El impacto de la globalización de las economías en salud. Médico Interamericano 1999; 18: 474-477.
21. Govindaraj R, Christopher Murray JL, Chellaraj G. Health expenditures in Latin America. World Bank Technical Paper N.º 274. Washington: World Bank, 1995.
22. Stocker K, Waitzin H, Iriart C. The exportation of managed care to Latin America. N Engl J Med 1999; 340: 131-136.
23. Court J, Smith F. Making a Killing. HMOs and the Threats to your Health. Monroe: Common Courage Press, 1999.
24. Acosta Córdova C, Correa G. Negocia el gobierno a espaldas del Congreso un crédito por 700 millones de dólares para financiar la «reforma» de la seguridad social. Proceso 1998; 29: 1117.
25. Aedo C. La competencia manejada y reformas para el sector salud en Chile. Serie Financiamiento y Desarrollo. Proyecto Cepal /CTZ Reformas Financieras al Sector Salud en América Latina y El Caribe. Unidad de Financiamiento. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y El Caribe, junio de 1997.
26. Duarte Quapper D. La asignación de recursos per capita en la atención primaria. Cuadernos de Economía 1995; 32: 117-124.
27. Larrañaga O. Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno. Serie Financiamiento y Desarrollo. Proyecto Cepal/GTZ Reformas Financieras al Sector Salud en América Latina y El Caribe. Unidad de Financiamiento. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y El Caribe, junio de 1997.
28. Lenz R, Sánchez JM. Equidad en la distribución de recursos de salud. El caso chileno del SNSS: 1997. Trabajo presentado en el Seminario de Políticas Públicas y Estrategias Innovadoras en Salud (sin fecha).
29. Montoya-Aguilar C, Marchant-Cavieres L. The effect of economic changes on health care and health in Chile. Int J Health Plan Management 1994; 9: 279-294.
30. Muñoz F. Ideology, values and motivation: the interaction between health sector reform and health workers' organizational culture in Chile. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano de Investigación en Sistemas de Salud (CLAISS), 1999.
31. Oyarzo CM, Galleguillos S. La reforma del sistema de salud chileno: marco conceptual de la propuesta del fondo nacional de salud. Cuadernos de Economía 1995; 32: 29-46.
32. Palma CA. Pobreza rural y gasto social en Chile. Cuadernos de Economía 1995; 32: 89-104.
33. Reichard S. Ideology drives health care reforms in Chile. J Pub Health Policy 1996; 17: 80-98.
34. Schady NR. States or markets? The reform of health insurance in Chile, 1981-1994. J Pub Int Affairs 1995; 6: 1-23.
35. Sojo A. Reformas de gestión en salud pública en Chile. Serie Políticas Sociales. Naciones Unidas. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y El Caribe, 1996.
36. Torche AL. La salud en Chile: desafíos y oportunidades. Cuadernos de Economía 1995; 32: 5-9.
37. Wainer UK. Hacia una mayor equidad en la salud: el caso de las ISAPRE. Serie Financiamiento y Desarrollo. Proyecto Cepal/GTZ Reformas Financieras al Sector Salud en América Latina y El Caribe. Unidad de Financiamiento. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y El Caribe, julio de 1997.

38. Zamora Zamora CA, Sáenz Delgado LB. Variaciones en los servicios de salud bajo diferentes modalidades de gestión. San José: CCSS y Centro de Investigaciones para el Desarrollo de Canadá, CIRCA, 1994.
 39. Miranda G. Cincuenta años de Seguridad Social y su perspectiva. *Nuevo Surco* (Costa Rica), 3-12 de marzo de 1992.
 40. Jaramillo AJ. Tendencias actuales de los sistemas de salud: retos para el Estado costarricense. *Nuevo Surco* (Costa Rica), 12-20, marzo de 1992.
 41. Sáenz L. La situación de salud en Costa Rica. *Nuevo Surco* (Costa Rica), 49-54, marzo de 1992.
 42. Fiedler J, Rigoli F. The Costa Rican social security fund's alternative models: a case study of the cooperative-based, Coposalud Pavas clinic. Report prepared for the US Agency for International Development LAC Health and Nutrition Sustainability. Washington: International Science and Technology Institute, University Research Corporation, septiembre de 1991.
 43. Ministerio de Salud de Costa Rica. Reforma al sector salud Costa Rica. ¿Por qué cambiar el sistema de asignación de recursos? www.netsalud.sa.cr/reforma/ccss1.htm 1995, 13 págs.
 44. Ministerio de Salud de Costa Rica. Reforma al sector salud Costa Rica. Readecuación del nuevo modelo de atención. www.netsalud.sa.cr/reforma/ebais.htm, 1995; 4 págs.
 45. Ministerio de Salud de Costa Rica. Reforma al sector salud Costa Rica. Bases de la rectoría y fortalecimiento del ministerio de salud. www.netsalud.sa.cr/reforma/ms1.htm, 1995; 6 págs.
 46. Ministerio de Salud de Costa Rica. Reforma al sector salud Costa Rica. Componente de financiamiento. www.netsalud.sa.cr/reforma/info3.htm, 1995, 6 págs.
 47. Ministerio de Salud de Costa Rica. Reforma al sector salud Costa Rica. Componente de salud. www.netsalud.sa.cr/reforma/info2.htm, 1995, 6 págs.
 48. Bustamante R, Sáenz LB, Vitoria Mejía D, editores. Nuevas modalidades de atención ambulatoria urbana en Costa Rica. San José: OPS, 1992.
 49. Castro Valverde C, Sáenz B, editores. La reforma del sistema nacional de salud. San José: Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, 1998.
 50. Sojo A. Los compromisos de gestión en salud de Costa Rica con una perspectiva comparativa. *Revista de la CEPAL* 1998; 66: 73-103.
-