

El Nuevo Papel del Estado en la Prestación y Aseguramiento de los Servicios de Salud

IVÁN JARAMILLO PÉREZ

Recibido 2 Agosto 2001/Enviado para Modificación 28 Septiembre 2001/Aceptado 16 Octubre 2001

RESUMEN

Desde la segunda posguerra y apoyándose en el éxito de los servicios nacionales de salud desarrollados en Inglaterra y Cuba, bajo modelos centralizados y estatistas, se impulsó en Latinoamérica la constitución de Sistemas Nacionales de Salud, como una estrategia de construcción de los servicios nacionales unificados, acordes al contexto de un estado benefactor clásico. No obstante, la crisis del estado intervencionista y benefactor llevó a desarrollar las políticas de la llamada "modernización", con la pretensión de hacer a los Estados centrales más pequeños, equitativos, eficientes y ágiles. Con tales objetivos de fondo se han implementado dos clases de reforma en la administración pública de los servicios públicos y sociales : descentralización y privatización. En el continente el sector salud se ha visto impactado por estas reformas y ha abandonado la perspectiva de caminar hacia la constitución de servicios nacionales de salud unificados; al contrario, hoy avanza en diversos procesos de descentralización territorial, entregando competencias y recursos a los municipios y a entidades subnacionales intermedias; y privatizando funciones, transfiriendo recursos y responsabilidades al sector privado en un ambiente de competencia público-privada. En este contexto, los Ministerios de Salud se han visto obligados a redefinir su rol de rectoría y a precisar el tipo de funciones indelegables que deberán conservar. En este artículo se investiga el nuevo perfil de los organismos rectores y las nuevas formas de ejercer las competencias en condiciones de privatización y descentralización.

Palabras Claves: Servicios de salud, aseguramiento, Estado, reforma.

ABSTRACT

State's new role in the insurance and delivery of health services

After World War II, and based on the success of national health services developed by England and Cuba as centralized and state-centered models, Latin America began the establishment of National Health Systems as a strategy to construct unified national services within the context of the classic beneficent state. However, the crisis of the beneficent and interventionist state model lead to the development of the so called "modernization" policies which pretended to make the centralized States smaller, more equitable, efficient and agile. With these fundamental objectives, two types of public administration policy reforms have been implemented in the public and social services areas: decentralization and privatization. In the continent, the health services sector has been affected by these changes, and thus the vision of constituting unified national health services has been abandoned, assigning responsibilities and resources to municipalities and intermediate sub-national entities. Similarly, privatizing functions and transferring responsibilities and resources to the private sector consequently are generating an atmosphere of public-private competition. Within this context, Health Ministries have been forced to define their stewardship role, and to clearly state the non-transferable functions that must be kept under their control. This paper analyses the new profile of stewardship organisms and the new forms of executing their functions in privatization and decentralization conditions.

Key Words: Health Services, Insurance, State, reform

Los Sistemas Nacionales de Salud promovidos por la OPS en los años 60 y 70 y creados en la mayor parte de los países Latinoamericanos, y de Colombia en Particular, fueron la materialización conceptual y orgánica de una forma de rectoría sectorial considerada en su momento como la más adecuada dentro del marco del denominado Estado de Bienestar, caracterizado por su manejo centralizado, no solo de las funciones de rectoría y control sino en las funciones administrativas y operativas de los servicios públicos y sociales y en ellos los de salud, además con una gran o total presencia del sector público nacional al margen o con gran subordinación de los niveles subnacionales de la administración pública y más aún del sector privado (1-8).

La convicción sobre el éxito de este ordenamiento se apoyaba no solo en los buenos resultados que las políticas intervencionistas habían producido en diversas esferas del Estado (control keynesiano de la demanda, planificación central de la economía, el proteccionismo y la producción pública de bienes y servicios entre otras), sino que además en forma específica aparecían en el horizonte las experiencias de los Servicios Nacionales de Salud vigentes en Inglaterra (cuna del capitalismo) desde la posguerra y de Cuba desde su revolución socialista.

Ambos sistemas colocados en contextos opuestos tenían características muy similares (manejo público centralizado, financiación pública y atención familiar con énfasis en el primer nivel de atención entre otros) y lograron además reputarse como exitosos en el logro de metas de salud, control de la mortalidad infantil e impacto en la esperanza de vida. Era tal su atractivo que los Sistemas Nacionales de Salud se consideraban para algunos como estrategias transitorias mientras se conseguía la estatización y nacionalización (o centralización) total de las entidades de salud, en ese entonces en diversas manos tales como las ONG, el sector privado, las entidades autónomas de seguridad social o las entidades territoriales subnacionales.

Pero este proyecto unificador previsto por algunos analistas del sector salud no logró culminarse en el continente antes de que entrara en crisis el Estado intervencionista, protecciónista y de bienestar. No obstante hay que anotar que en Costa Rica se obtuvieron quizás los mejores logros, en Chile se dieron pasos prematuros hacia la unificación - centralizada con una crítica explosión a opciones de mercado en los inicios de los ochenta, y en Brasil se han intentado dar pasos tardíos hacia la unificación aunque con importantes dificultades financieras.

La crisis del modelo de Estado de Bienestar, centralista e interventor, ha impactado en forma decisiva la organización sectorial de salud así como sus sistemas de rectoría. Algunos ubican los inicios de la crisis del Estado Latinoamericano hacia comienzos de la década de los 70, por efecto del incremento en los precios del petróleo, el exceso de gastos en el sector público y los efectos inflacionarios desencadenantes; de otra parte en la inefficiencia privada para la producción de bienes y servicios y su falta de competitividad en los mercados internacionales; complementariamente en los desequilibrios en el sector externo de la economía y en la incapacidad de pago de la deuda externa.

Durante los últimos quince años la reforma a la cual se han visto abocados los Estados Latinoamericanos, denominada por lo general como modernización del estado, se ha hecho bajo la consigna de hacer un Estado más pequeño y más eficaz, que sea capaz de manejar sus escasos recursos en forma más eficiente y equitativa, privilegiando los bienes de beneficio colectivo y focalizando los subsidios individuales hacia la población más pobre. En torno a estos objetivos han concurridos dos grandes líneas de redenamiento interno: la descentralización y la privatización, en el contexto externo de la apertura económica y la inserción en el proceso de globalización.

Con la descentralización se ha pretendido transferir competencias y recursos a las entidades territoriales locales (los Municipios y Cantones) o intermedias (Estados, Departamentos, Provincias) al tiempo que se busca incorporar las comunidades de usuarios en los procesos de planificación, selección de proveedores y fiscalización de los servicios públicos y sociales dentro de una estrategia participativa y de libre elección. La descentralización ha permitido potenciar los procesos democráticos en países que salían de manos de gobiernos dictatoriales (caso de Argentina y Paraguay) o de redistribuir el poder político y administrativo en países muy centralizados (caso Colombia y Bolivia), e incluso en países donde existe una definición federal en sus Constituciones (caso México y Venezuela).

La privatización como tendencia en el reordenamiento se inició con una posición extrema: mercado si, Estado no, pregonando la supremacía per se de la administración privada sobre la pública; sin embargo este discurso y su efecto en las reformas se han ido moderando hacia la búsqueda de puntos intermedios de articulación entre Estado eficaz y un mercado imperfecto, en donde se reconoce la complementariedad de funciones de uno y otro y más que proclamar la supremacía de la empresa privada se reconoce la conveniencia de la desmonopolización y la introducción de la competencia, ya no solo entre entidades privadas sino entre proveedores públicos y privados de bienes y servicios. Se ha encontrado además la conveniencia, no de suprimir, sino de dotar a las entidades públicas de autonomía jurídica, administrativa y financiera que les permitan incorporar las herramientas de la gerencia privada para insertarse en ambientes de competencia (9-16).

La apertura ha posibilitado la caída de las barreras proteccionistas de las economías nacionales, obligándolas a buscar mejores niveles de eficiencia y calidad en su producción, y ha permitido la articulación de los países a redes de diverso tipo, en convenios regionales e internacionales dentro de un contexto de globalización caracterizado por la aceleración y ampliación de los flujos de información, de tecnología y de capitales, así como por la interacción cultural y comercial más estrecha entre todos los países del mundo.

En este contexto el Estado moderno ha debido replegarse en sus funciones dejando a la economía y la sociedad civil resolver en lo fundamental la producción de bienes y servicios. Aún mas, en actividades como son la construcción de infraestructura financiada con recursos fiscales e incluso para el caso de la prestación de los servicios públicos domiciliarios y los servicios sociales de salud y educación, el Estado ha buscado incluso delegar su administración en entidades privadas, comunitarias o públicas reformadas con gran autonomía; pero sobre todo por efecto de la descentralización estas

funciones son cada vez una responsabilidad más directa de los municipios y de las entidades territoriales intermedias reservando para el gobierno nacional funciones de rectoría, supervisión y control, junto con el manejo de los impuestos y de la financiación básica.

Complementariamente, además de responder por el orden público y normativo, corresponde al Estado en su función de rectoría diseñar las políticas públicas y en ocasiones las normas técnicas, administrativas y financieras que deberían regular los servicios públicos y sociales.

En este ambiente de reforma y modernización del Estado Latinoamericano los Sistemas Nacionales de Salud y a su lado los sistemas de Seguridad Social en Salud y Pensiones, se han visto impactados y cuestionados con los mismos términos que se critica al Estado Benefactor. Se les ha señalado como inefficientes, faltos de impacto y de calidad, centralistas y monopólicos e incluso de costosos y no viables financieramente (incluyendo a los clásicos modelos ingles y cubano).

La OPS reaccionó inicialmente ante tales desafíos a finales de la década del 80 proponiendo la creación de los SILOS (Sistemas Locales Salud) como una estrategia descentralista, intersectorial y participativa que debería viabilizar la operación de los Sistemas Nacionales de Salud en el nuevo contexto. En muchos casos las acciones en orden a la descentralización han conducido a los procesos de autonomización de los hospitales y de desconcentración al interior mismo de los Ministerios de Salud, los cuales son pasos iniciales en los procesos de reforma y adaptación, no obstante que en muchos casos estas estrategias no se han articulado todavía con los procesos estatales de fortalecimiento de los municipios y de los niveles intermedios de la administración pública. En otros casos como Argentina, Brasil, Colombia, Bolivia, Chile la descentralización del sector salud ha implicado transferencias de funciones y recursos financieros a los municipios y a niveles intermedios de la administración pública. La OMS a su turno ha difundido la estrategia de los municipios saludables con el diseño de modelos de actuación intersectorial liderados por las autoridades municipales, igualmente ha promocionado las experiencias inglesas de los hospitales autónomos que han tenido eco en países como Argentina, Venezuela, El Salvador, Perú y Colombia.

Pero en donde se dio con mayor impacto y en forma prematura la presencia de las doctrinas neoliberales de la supremacía del mercado para el manejo del sector salud fue en Chile. A comienzos de la década de los ochenta y bajo el gobierno militar se entregaron los seguros sociales de salud y pensiones a la libre competencia del mercado con muy escasa regulación en

materia de salud, propiciando situaciones de inequidad en la asignación de los recursos, exceso de costos en algunos estratos sociales favorecidos, falta de focalización de los subsidios hacia los más pobres, selección adversa de la población con riesgos costosos y sobre todo se dieron por terminadas las diversas formas de solidaridad y atención integral propias de los sistemas clásicos de seguridad social en salud. La experiencia chilena con sus aciertos y errores ha sido no obstante fuente de aprendizaje y en países como Colombia, en donde se han tomado caminos de reforma que implican la desmonopolización de la seguridad social, se ha cuidado de articular la competencia con una fuerte intervención reguladora del Estado que garantiza la compensación entre sectores ricos y pobres de la población y protege la atención integral de la población, evitando la selección adversa de los ancianos, las maternas, los niños y los enfermos crónicos.

En resumen puede afirmarse que la reforma actual, de los años 90, del sector salud y de la seguridad social en salud en cierta forma va en contravía de la tendencia de los años 60 y 70 y ya no busca unificar todas las acciones, programas e instituciones, en un esquema de centralización administrativa, operativa e incluso institucional sino que los nuevos modelos se caracterizan por la búsqueda de la especialización institucional, tratando de ubicar cada función componente del sistema de salud en la entidad nacional o territorial, pública o privada, que esté en mejores condiciones de cumplir esa función incluso en ambientes de competencia entre entidades que cumplen la misma función.

No obstante lo dicho, corresponde a los Ministerios de Salud y a las Direcciones Locales y Seccionales de Salud cumplir con funciones de rectoría propias de la Autoridad Sanitaria que son indelegables y garantizar la armonía de los diversos actores encargados de proveer los servicios y desarrollar las funciones especializadas de financiación, aseguramiento, provisión y control.

LAS MACROTENDENCIAS DE LA GESTIÓN PÚBLICA.

El proceso de modernización de los Estados en América Latina durante las dos últimas décadas ha estado marcado por algunas macrotendencias de cambio en la gestión pública, con orígenes diversos y resultados en ocasiones aún polémicos.

Estas macrotendencias están marcadas en el nivel económico por la búsqueda de la eficiencia y la competitividad, en el nivel social por la búsqueda de la equidad, la participación y la focalización del gasto público y en el ni-

vel político por la apertura democrática, la descentralización y el empoderamiento de las comunidades locales.

A continuación se agrupan las diversas tendencias en cinco grandes agregados:

Apertura económica y especialización en el rol gubernamental

Los procesos de globalización y apertura económica exigen que las economías nacionales disminuyan sus costos, mejoren la calidad de sus bienes y servicios, de tal forma que puedan competir en el mercado internacional.

Las antiguas doctrinas protecciónistas de la economía que no permitían la presencia de productos extranjeros en el mercado o que autorizaban su entrada pagando altos impuestos, fomentaron en muchas ocasiones industrias y servicios nacionales propios, pero con formas organizativas y tecnológicas muy costosas, o con mercados muy limitados que no les permitieron desarrollarse en forma amplia y eficiente e incluso en ocasiones comprometiendo la calidad de los productos y la satisfacción de los clientes.

Dentro del nuevo marco de las relaciones internacionales las economías nacionales, con mayor o menor ritmo, han venido abriéndose al mercado internacional y sometiendo sus industrias a la competencia de sus homólogas extranjeras, lo cual les ha obligado a repensar las formas de organización de sus empresas, la ingeniería de los procesos y la especialización en sus diversos productos. No obstante hay que señalar que en varios casos las transiciones bruscas han sido motivo de incrementos en el desempleo y de quiebra en sectores agrícolas e industriales.

El Estado creador en su momento de Empresas y Entidades Públicas que garantizaran la producción de bienes estratégicos y sobre todo de bienes y servicios públicos y sociales, se ha visto obligado a renunciar a la producción de aquellos bienes y servicios en los cuales no es competitivo, optando en ocasiones por entregar su producción a empresas privadas y a proteger a los beneficiarios más pobres cuando resultan afectados mediante subsidios directos a la demanda; en otras alternativas ha debido modificar la naturaleza y las normas de funcionamiento de las entidades públicas para adaptarlas a la competencia con entidades privadas.

La norma general en este contexto de mercado y competencia es que las entidades deberían especializarse en aquello para lo cual son buenas y competitivas. No caben en este contexto entidades estatales que cumplen simul-

táneamente y en forma ineficiente, con múltiples funciones de dirección y prestación de los servicios, de financiación y provisión de los servicios o de dirección y control de la propia operación que está a su cargo. Las entidades públicas de carácter multifuncional acumulan por lo general una gran ineficiencia y no poseen mecanismos efectivos de control de su propia calidad.

La modernización del Estado señala como una de sus macrotendencias la denominada desgubernamentalización de la producción de bienes y servicios. Este replanteamiento obliga a la administración pública central a especializarse en el rol que le es específico, así: por un lado debe ceder competencias para la producción de bienes y servicios al sector privado o en entidades públicas autónomas y de otro lado, debe rediseñar el nivel central de la administración fortaleciendo su nivel técnico y su capacidad de formular regulaciones y de ejercer las funciones de vigilancia y control.

Las nuevas tendencias en la gestión pública señalan además la conveniencia que las dependencias y entidades públicas, para mejorar su eficacia, eficiencia y transparencia, segreguen sus competencias asignándoles a diversas organizaciones de tal manera que logren desconcentrar las funciones de dirección con respecto a las del control, las funciones de financiación con respecto a las de provisión y que consigan además someter las responsabilidades de la provisión de los bienes y servicios a las reglas del mercado, facilitando al sector privado la posibilidad de proveer servicios en competencia con las entidades públicas que sean capaces de adaptarse a este nuevo contexto.

Desmonopolización y libre elección

El desarrollo de las economías Latinoamericanas estuvo marcado por las formas monopólicas de manejo de la producción de bienes y servicios en el sector privado y el sector público. Las empresas privadas nacidas con la protección del Estado por medio de los aranceles externos y por la prohibida importación de productos que les hicieran competencia, recibieron además diversas formas de subsidio y generalmente gozaron además del privilegio del monopolio, conquistado mediante el dominio del reducido mercado u otorgado incluso por protección legal. En la misma forma las empresas y entidades públicas se organizaron para gestionar monopolios del Estado así reconocidos por las Constituciones y las Leyes, ya que en ocasiones se argumentaron razones estratégicas (caso de los hidrocarburos y la energía) o de beneficio social (empresas de servicios públicos domiciliarios y entidades de seguridad social).

Pero pese a las argumentaciones, válidas quizás en su momento, sin embargo a las formas monopólicas de la producción de bienes y servicios se les señala como fuente de toda clase de ineficiencias, deterioro progresivo de la calidad e incentivo a diversas formas de corrupción. Los monopolios se caracterizan porque tienen una población de consumidores cautivos que deben recurrir obligatoriamente a un solo proveedor y soportar pasivamente toda clase insatisfacciones e incrementos en los precios o tarifas por los bienes y servicios que reciben. Los monopolios no tienen entonces ningún incentivo para mejorar la calidad de su producción o para contener sus costos, puesto que no existe para ellos competencia y el usuarios pagador y consumidor carece de la posibilidad de elegir. Los monopolios tienden además en ocasiones a desabastecer el mercado porque su rentabilidad deriva mas del alza unilateral de los precios y no de las economías de escala en su producción.

Se sabe, no obstante, que las listas de espera y la baja calidad de los productos y servicios generados por los monopolios, estos pueden convertirse en oportunos y de buena calidad si media en ocasiones la corrupción de los funcionarios, los cuales a cambio de pagos encubiertos están dispuestos a satisfacer las demandas de los usuarios pudientes. Además, los empresarios que detentan el manejo de monopolios privados protegidos por el Estado deben por lo general pagar a los políticos y funcionarios de los gobiernos el mantenimiento de estos privilegios entre otras con onerosas contribuciones a las campañas electorales. De otra parte, los intermediarios que consiguen mantener la preservación de los monopolios y garantizar el acceso de los usuarios a los servicios han facilitado en el continente el desarrollo de prácticas políticas denominadas: clientelistas, en las cuales los votos se consiguen a cambio de favores en la conservación y acceso oportuno a los servicios de los monopolios públicos.

El incremento desmedido de los costos por el efecto monopolio es generador además de procesos inflacionarios perjudiciales para la economía en su conjunto, e impide que las empresas ingresen al proceso de globalización y soporten el impacto de la apertura económica y la competencia exterior.

La nueva macrotendencia en la gestión pública y privada es entonces retomar las formas de la apertura a la competencia entre proveedores nacionales y extranjeros, de tal forma que por efecto de la lucha en la conquista de los mercados las empresas y entidades de servicios busquen mejorar la calidad en los productos y la atención al cliente, y reducir los precios de acceso a los bienes y servicios.

Como contrapartida a la libre competencia se abre el espacio para el fomento de la libre elección de los consumidores, con lo cual no solo se potencia el ejercicio de un derecho individual, sino que se convierte al consumidor en el nuevo soberano que controla y regula a los proveedores y los premia o castiga con su decisión de compra o de afiliación según el caso. La libre elección facilita que los organismos de control cumplan una función de segunda instancia e incluso que sean eficazmente retroalimentados por los propios usuarios. La libre elección de los usuarios se espera no solo tenga efectos en mejorar la calidad de los productos, sobre todo la oportunidad y la atención de los clientes, sino en la reducción de los costos; pero además de ser la libre elección una medida estimulante de una economía sana se espera que tenga efectos en los sistemas políticos potenciando los procesos democráticos en donde su característica básica es precisamente la libre elección entre diversas alternativas.

Descentralización y participación social

La descentralización territorial, entendida como la transferencia de competencias y recursos del nivel nacional a los niveles subnacionales intermedios (Estados, Provincias y Departamentos) o a los niveles locales (Municipios o Cantones) ha sido una macrotendencia en la reordenación de los Estados en orden a garantizar una mayor equidad, eficiencia y esfuerzo local en la gestión pública. Se pretende además, que la descentralización apuntele el proceso de apertura democrática, le dé mayor gobernabilidad al sistema político acosado en ocasiones por conflictos regionales y promueva el empoderamiento y la libre elección de las comunidades locales.

En el rediseño de los nuevos roles de los Estados estos han debido evaluar cada función o servicio considerando en cada caso, cuales pueden ser sometidos a la opción de privatización y cuales se pueden delegar como responsabilidades en las entidades subnacionales, que por su tamaño puedan cumplir con esas funciones o servicios mas eficientemente. Pero estos dos procesos no necesariamente son alternos y excluyentes sino que en ocasiones una misma responsabilidad puede ser inicialmente descentralizada en los niveles intermedios o locales del Estado nacional, pero tal nivel gubernamental a su turno puede posteriormente contratar con el sector privado la prestación de ese servicio bajo su responsabilidad.

Es de observar que en ocasiones el nivel nacional en su afán descentralista desconoce a los niveles territoriales y a sus gobiernos, y transfiere las competencias y recursos directamente a entidades privadas o a entidades públicas autónomas (a los hospitales, por ejemplo) que operan en la locali-

dad o la región. Cuando tal cosa ocurre, por lo general solo se hacen consideraciones técnicas para mejorar la eficiencia de los servicios pero no se buscan objetivos políticos que fortalezcan la participación social y la democracia expresada en los gobiernos locales y regionales; tampoco se consiguen así objetivos financieros que estimulen la cofinanciación de los servicios. Estos procesos que no involucran a los gobiernos subnacionales se consideran por lo general como formas de desconcentración de los servicios mas que como descentralización propiamente dicha. En otras ocasiones, la descentralización está precedida con la creación de mecanismos de coordinación entre el nivel nacional y las entidades locales o intermedias (Consejos, Comités), pero sin que aún exista una transferencia efectiva de poder a los gobiernos subnacionales, expresada en la entrega nacional de recursos financieros y de responsabilidades a las entidades territoriales.

La descentralización en varios países buscó inicialmente descargar responsabilidades y producir ahorros en el nivel nacional transfiriendo competencias sin recursos a los niveles subnacionales, sin embargo tales estrategias han tenido pocos resultados y las regiones y localidades por lo general se niegan a recibir funciones sin recursos. Las estrategias exitosas han buscado combinar la cesión de recursos financieros del Presupuesto General de la Nación exigiendo contrapartidas regionales y locales y por lo tanto estimulando los esfuerzos fiscales de las entidades subnacionales para conseguir una cofinanciación de los servicios, de tal forma que se estimule la ampliación de los recursos y de las coberturas.

La descentralización de recursos ha sido una opción para corregir inequidades e ineficiencias acumuladas históricamente en la distribución de los medios y de los servicios entre las localidades y regiones de un país. Para tal efecto los sistemas de las transferencias intergubernamentales han debido incorporar fórmulas matemáticas que permitan distribuir los recursos en atención a criterios objetivos de pobreza relativa, esfuerzo fiscal y que premio los éxitos en la gestión.

Si bien es cierto que el bajo desarrollo institucional de las entidades subnacionales, impide o dificulta estos procesos, sin embargo se ha encontrado que cuando la descentralización territorial va acompañada de procesos parciales de privatización, entonces la incapacidad relativa en la administración pública de las localidades y regiones se ve compensada con la capacidad de gestión del sector privado, el cual actúa como contratista de las entidades territoriales para la gestión de los procesos de aseguramiento, financiación y provisión de los servicios.

La descentralización territorial supone necesariamente una pérdida del control administrativo del nivel central y el otorgamiento de libertades discretionales a los niveles territoriales en la ejecución del gasto. Ha convenido entonces que el diseño de la descentralización vaya acompañado de procesos de participación social que permitan sustituir el control central por el control comunitario, dando así nuevos contenidos y formas a la democracia local.

La descentralización territorial es entonces un proceso complejo: administrativo, financiero y político que además de perseguir objetivos técnicos y administrativos que mejoren la gestión de los servicios públicos y sociales, pretende ser una herramienta política que facilita y apuntala la apertura política de países que antes estuvieron en manos de gobiernos dictatoriales, que permite además ampliar la base de legitimidad de los Estados, e incorporar a nuevas fuerzas políticas hasta entonces marginadas del ejercicio del poder. La descentralización y el empoderamiento de las comunidades locales permite entonces conseguir nuevos puntos de negociación y de equilibrio en los conflictos sociales y mejorar los niveles de gobernabilidad del sistema político.

La descentralización causa adicionalmente un impacto en las administraciones centrales obligando a estas a reorientar sus funciones, concentrándose en la producción de regulaciones, en el desarrollo de la capacidad de asesoría y en el fortalecimiento de los sistemas de información, monitoreo y control, generando incluso entidades especializadas en la vigilancia y control tales como las superintendencias de servicios públicos domiciliarios y las superintendencias de salud y seguridad social.

Solidaridad, focalización y subsidios a la demanda

Anteriormente los Estados se sentían obligados a garantizar con sus propios recursos el acceso universal a los servicios públicos y sociales a toda la población y los ciudadanos igualmente se sentían con el derecho de exigirlo así. Incluso se formularon políticas de subsidios fiscales indiscriminados a todos los estratos sociales y en algunas ocasiones se estableció la gratuidad generalizada, sobre todo, para efectos de los servicios de salud y educación incluyendo a veces la educación superior. Aunque tal gratuidad era en muchos casos solo aparente, pues de un lado había que considerar que alguien siempre pagaba esos servicios con impuestos y además, de otro lado los usuarios generalmente tenían que pagar la recuperación parcial de los costos e incluso realizar pagos encubiertos que garantizaran la oportunidad y la calidad. De todas maneras se entendía que el Estado mediaba la solidaridad so-

cial entre quienes pagaban impuestos y quienes recibían los beneficios de los servicios públicos y sociales.

Pero no solo la solidaridad se ha expresado mediante los subsidios de origen fiscal (financiados con impuestos) sino que en los Estados Latinoamericanos se han desarrollado sistemas solidarios creados mediante mecanismos denominados parafiscales o paraestatales, alimentados por lo general con contribuciones obligatorias sobre la base de los ingresos de los trabajadores y patrones pero con destinación específica, como es el caso de los sistemas de los seguros sociales obligatorios de pensiones, salud y riesgos profesionales. En tales sistemas se generan una serie de subsidios cruzados, entre la población con mas ingresos, menos riesgos y cargas familiares, en beneficio de la población con menos ingresos, mas riesgos y cargas familiares.

En otras ocasiones, los sistemas de tarifas de los servicios públicos domiciliarios se estructuraron de tal forma que algunos consumidores pagaban tarifas por encima del costo promedio de la unidad consumida, con los cuales se beneficiaban otros que pagaban tarifas por debajo de ese costo medio. El efecto era la transferencia implícita de recursos entre consumidores ricos y pobres.

Sin embargo, la crisis fiscal de los Estados los ha hecho reevaluar todos los planteamientos sobre la solidaridad social y los subsidios fiscales. La nueva doctrina expresa que no deberían haber subsidios generales para toda la sociedad sin consideraciones de estratificación socioeconómicas, a menos que se trate de la provisión de bienes y servicios públicos puros¹, tales como la seguridad nacional, la justicia, la infraestructura vial y de servicios, así como los servicios de salud pública y algunos de educación, o también los servicio o bienes privados con grandes externalidades². Los bienes y servicios que no caigan dentro de esta definición deberían ser provistos por el mercado, y en caso que algunos estratos sociales de bajos ingresos no puedan acceder a los servicios básicos necesarios para su supervivencia, el Estado los debe subsidiar provisionalmente mientras tales grupos marginados del mercado adquieren su propia capacidad de compra.

¹ Son los bienes y servicios de beneficio y de consumo colectivo cuya provisión no se puede realizar mediante los mecanismos del mercado y necesariamente se deberían financiar con impuestos.

² Son los bienes o servicios de beneficio inicialmente individual, como el control de las enfermedades transmisibles, pero que tienen altas externalidades positivas para la comunidad y resulta más eficiente y eficaz su manejo en forma similar a los bienes públicos y financiados con impuestos.

El nuevo Estado restringe entonces su función solidaria solo para la provisión de bienes públicos puros o privados con altas externalidades, y cumple funciones subsidiarias o supletorias provisionales para garantizar el acceso a la población pobre a los bienes y servicios esenciales.

Gracias a estas nuevas concepciones los Estados han ido recortando los subsidios generalizados a sectores como el transporte, la energía y los combustibles y con mayor razón a las industrias y al comercio privado cuando existían por lo general en forma de beneficios en el pago de impuestos. Pero el recorte del gasto público en los servicios sociales se ha debido hacer con mas cuidado diferenciando en primer lugar: cuándo el gasto social tiene el carácter de provisión de bienes públicos y cuándo está subsidiando el acceso a bienes privados. Adicionalmente, la nueva doctrina aboga para que los subsidios cuando se deben hacer en relación a bienes privados con destino a la población pobre, no se dirijan hacia los oferentes sino hacia los demandantes, de tal forma que los subsidios fiscales sean explícitos y en beneficio de la población previamente clasificada en los estratos de menor ingreso.

Para caracterizar este nuevo manejo de los subsidios se han desarrollado dos categorías de análisis: la focalización y los subsidios a la demanda. La focalización exige que los gobiernos desarrollen instrumentos de medición de la pobreza que les permitan identificar con precisión la población potencialmente beneficiaria de los subsidios, excluyendo por supuesto a la población con capacidad de pago. De otra parte los subsidios a la demanda exigen crear instrumentos tales como los bonos, las becas y las organizaciones administradoras de la demanda que permitan utilizar los subsidios en forma dirigida a la satisfacción de las necesidades de la población pobre y no en beneficio de las entidades proveedoras y de su eventual ineficiencia o corrupción.

En el área de las contribuciones parafiscales, la supresión de los subsidios cruzados entre estratos sociales de diverso ingreso, uso y riesgo ha causado mas polémica aunque por lo general la nueva lógica se ha impuesto en el manejo de las tarifas de los servicios públicos domiciliarios y de los sistemas pensionales. Las tarifas de los servicios públicos domiciliarios hoy se expresan en costos promedio reales y cuando hay subsidio fiscal este se factura en forma expresa para el usuario de menor capacidad de pago lo identifique y sea consciente de ese beneficio. Los sistemas pensionales de reparto, que son una forma de subsidio cruzado entre la población económicamente activa y la pasiva, se han venido sustituyendo por sistemas de capitalización individual, en los cuales por definición desaparece el concepto de solidaridad, a menos que como en algunos casos se cree algún fondo de solidaridad

pensional que permita subsidiar la pensión de los aportantes que no logren capitalizar para la pensión mínima.

No obstante, en donde ha sido más polémica la eliminación de los subsidios cruzados es en los sistemas de seguros obligatorios de salud, dada la experiencia chilena al respecto, la cual generó situaciones de inequidad y de selección adversa de la población de escasos recursos y de riesgos costosos produciendo además costos fiscales indeseados. En otros países donde la propuesta ha sido acogida parcialmente por la ley aunque esta no se ha puesto en práctica con la celeridad esperada (Méjico) y en otros países la desmonopolización y la libre competencia en el sistema de seguridad social en salud ha debido ir acompañada por la creación de fondos de compensación y solidaridad (Colombia, Argentina e incluso recientemente en la propia Alemania).

El rediseño de los sistemas de solidaridad y de los subsidios fiscales y parafiscales exige entonces un gran esfuerzo técnico y político por parte de los Estados para diferenciar entre cuales son sus competencias netamente públicas, indelegables y financiables con impuestos y cuales son los bienes y servicios que puede asumir el mercado con subsidios focalizados hacia la demanda de los más pobres. De otra parte, deberían precisar los Estados qué servicios pueden ser manejados mediante los sistemas de seguridad social obligatoria y qué mecanismos de solidaridad deberían ser preservados en ellos.

La organización y la gerencia moderna

A lo largo de este siglo se han desarrollado las teorías y las técnicas de la gerencia y las organizaciones modernas. Inicialmente su cuna y su aplicación se limitaron a las organizaciones empresariales productoras de bienes materiales, pero pronto sus postulados se extendieron a toda la producción de servicios comerciales y financieros, invadiendo finalmente la esfera de la administración pública y específicamente de la producción de servicios públicos y sociales tales como la educación y la salud. Hoy los nuevos macrocondicionantes de la apertura, la globalización, la descentralización y la privatización han potenciado aún más esta tendencia. Es así que las viejas estructuras estatales construidas a la sombra del Estado de Derecho y que habían conformado sólidas organizaciones burocráticas reguladas por estrictos manuales de procedimientos y apegadas al cumplimiento textual de las normas legales, se les exige ahora la simplificación de trámites, la agilidad en los procesos y el ahorro de costos en sus operaciones y la incorporación de las nuevas reglas del pensamiento tecnocrático tales como la eficiencia,

ciencia, la rentabilidad y la optimización del costo - beneficio en sus resultados.

Las tecnoburocracias modernas así conformadas, no solo deberán cumplir lo que la ley manda sino además hacerlo con eficacia; no solo cumplir los objetivos sino lograrlos al menor costo; no solo conseguir la mayor cobertura en los servicios sino que además deberán hacerlo dentro de los parámetros de la mejor calidad y la máxima eficiencia. Es en este contexto donde las viejas jefaturas burocráticas apegadas al derecho se ven reemplazadas por los gerentes modernos quienes en su rendición pública de cuentas no solo deberán responder por el apego a las normas sino por la producción de resultados en términos de maximizar cobertura, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios y en la satisfacción de los clientes.

La organización moderna se caracteriza por su especialización en el logro de fines específicos, por la distribución racional del trabajo entre sus miembros y por la creación de mecanismos de integración que le permitan la máxima armonía entre los esfuerzo mancomunados. Pero la organización moderna se entiende además como un sistema abierto en interacción constante con su entorno, comportándose como un organismo vivo adaptable a las variaciones del contexto, capaz de conseguir su propio sustento y de responder a las demandas del ambiente que le rodea. La organización así concebida exige en su dirección una gerencia que le dé racionalidad a su operación en orden a conseguir sus fines, que le permita interpretar los cambios contextuales y orientar su adaptación a ellos y de vigilar permanentemente la adecuación de los productos a las demandas y al uso de los recursos disponibles, garantizando la ejecución de la función de la retroalimentación permanente.

Pero la organización moderna requiere de un centro autónomo de toma de decisiones responsable de su éxito o de su fracaso y al cual le sean aplicables los criterios de la gestión empresarial. El modelo de gestión empresarial, caracterizado en forma genérica por encontrarse inmerso en un sistema de incentivos (ganancias) y sanciones (pérdidas), se tiende a generalizar como un modelo aplicable a todas las organizaciones, entendidas como agrupamientos humanos orientados al logro de fines, en entornos de mercados competitivos (hoy se piensa que en las actividades denominadas sin ánimo de lucro también existen incentivos y sanciones morales o materiales y son susceptibles de manejo empresarial). Dentro de este contexto la función directiva de las organizaciones ha tendido a especializarse progresivamente e incluso a separarse como una profesión especial, ya el gerente no es necesariamente el dueño de los recursos materiales, ni tampoco es el trabajador más experto, ni

siquiera es el especialista en una rama específica de la producción (de textiles o servicios de salud por ejemplo) sino que es un experto en gestión de recursos para el logro de objetivos, esto es: experto en el diseño y evaluación de proyectos, experto en gestión de recursos humanos y financieros, experto en manejo de activos e inventarios, experto en mercadeo y análisis estratégico, experto en ingeniería de procesos y en atención a los clientes, en fin, experto en los aspectos que son comunes a la producción de los diversos bienes y servicios sean estos de baja complejidad (como el calzado) o de alta complejidad (como los aviones).

Este nuevo concepto ha obligado a descentralizar las grandes organizaciones burocráticas del estado, manejadas hasta entonces en forma centralizada por los gobiernos nacionales y a descomponerlas en unidades empresariales medianas o pequeñas mas aptas para su gestión gerencial y mas responsables de su equilibrio entre costos y beneficios. Un caso notorio es la generación de los hospitales autónomos funcionando ahora como empresas sociales del estado, desligados de las estructuras centrales de los Ministerios de Salud y en ocasiones bajo el mando de gerentes formados en la administración y gerencia de las empresas publicas y privadas.

HACIA LOS NUEVOS SISTEMAS DE SALUD

Hace ya mas de un siglo, las ciencias políticas y sociales se debatían en privilegiar al individuo o al estado como el actor principal. Hoy las circunstancias se encuentran modificadas porque en el intermedio de ambos extremos han aparecido multiplicidad de organizaciones. Hoy se está en una sociedad multiorganizacional y la modernidad de un individuo se mide por su grado de inserción en las organizaciones que le rodean, las cuales se mueven por lo general en un ambiente de competencia y mercado; a su turno, el Estado moderno no es un monolito sino que es mas bien una red de diversas organizaciones con diferentes grados de autonomía relativa y de armonía entre ellas.

En el mundo moderno los nuevos actores son entonces las organizaciones, pero no los grandes aparatos burocráticos nacionales de antaño, sino las organizaciones más medianas o pequeñas, ágiles, adaptables a un mundo cambiante y con capacidad de respuesta oportuna. Al frente de ellas no hay espacio para la vieja guardia de jefaturas burocráticas sino que se requieren gerentes con capacidad de liderazgo y gran formación técnica, diferente y complementaria a la formación científica sectorial.

El desarrollo de las teorías y técnicas gerenciales modernas son en gran medida un desarrollo de las teorías y técnicas de la organización y de su acertado diseño depende su eficacia y su eficiencia. El rediseño del sector salud y de la función rectora sectorial, cualquiera que ella sea según la particularidad de cada país, requiere un rediseño organizacional en la base de las unidades de prestación de servicios (hospitales y centros de salud), en los espacios locales y regionales (municipios, departamentos, estados y provincias), pero sobre todo en la cúpula se requiere el rediseño de los Ministerios de Salud, de sus organismos de dirección monocráticos o colegiados y de sus instancias de información, monitoreo y control. Por eso en este capítulo se estudiara el impacto de los macrocondicionantes en la organización actual y en perspectiva de los Ministerios de Salud.

Antecedentes inmediatos

"...La modernización del Estado (democratización, descentralización, revisión del rol gubernamental, reordenamiento económico) y la reforma sectorial (separación de funciones, desconcentración, participación social, nuevas modalidades y diversos actores en el financiamiento y la provisión) están redimensionando y revalorizando la función de rectoría que corresponde a la Autoridad Sanitaria Nacional. Dicha transformación motivó que el XL Consejo Directivo de la OPS dedicara una sesión especial a deliberar sobre la nueva dimensión del rol rector de los Ministerios de Salud al interior del sector y del liderazgo del sector salud en la abogacía por la salud como componente del desarrollo humano; y a partir de ello redefinir las funciones fundamentales para el ejercicio de la rectoría sectorial y los requerimientos de desarrollo de la capacidad institucional de los Ministerios de Salud para ejercerla y las orientaciones de la cooperación de la OPS para fortalecerla" (17). "... A continuación se propone una división de funciones sectoriales en cinco grandes apartados y se señala como, según el peso que tenga la responsabilidad pública en salud, el grado de descentralización de las acciones sectoriales, así como de las características de la separación estructural de atribuciones que asuma la organización institucional en cada país, corresponderá al Ministerio de Salud un mayor o menor espectro de competencias, algunas previamente existentes y otras nuevas, para las cuales necesita fortalecer y muchas veces adecuar su funcionamiento, su estructura organizativa y el perfil profesional de su personal directivo, técnico y administrativo.

1. Conducción Sectorial.
2. Regulación sectorial y desarrollo de las funciones esenciales de salud pública propias de las Autoridad Sanitaria.
3. Tareas en materia de financiamiento sectorial.
4. Responsabilidades en materia de aseguramiento.
5. Obligaciones en cuanto a provisión de servicios (18).

Para que los Ministerios de Salud puedan cumplir eficazmente con su función rectora deberían contar con una estructura organizacional y una plataforma jurídica y financiera suficiente y adecuada al contexto de las formas que asuma la gestión pública en los diversos países.

La organización tradicional de los ministerios de salud

Los Ministerios de Salud que durante las últimas décadas han ejercido la rectoría del Sector Salud en América Latina, fueron diseñados por lo general para cumplir sus funciones en el marco de los Sistemas Nacionales de Salud, pero hoy se deberían adecuar a las nuevas funciones en forma más acorde a las macrotendencias de reorganización de los Estados y las economías.

Los Sistemas Nacionales de Salud pretendieron ser el mecanismo de coordinación entre el Ministerio de Salud y diversas entidades que poseían incluso su propia autonomía administrativa y financiera (caso de las clínicas privadas, las entidades de seguridad social o de entidades nacionales a cargo del agua potable), lo cual por lo general no pasó mas allá de relaciones formales, pero sobre todo sirvieron para articular los hospitales públicos y otras unidades de prestación de servicios bajo la dependencia y la rectoría normativa, financiera y administrativa de los Ministerios de Salud.

El diseño de los Sistemas Nacionales de Salud se inspiró en las convicciones administrativas según las cuales, el centralismo y la concentración de la toma de decisiones en manos de los técnicos nacionales más idóneos y capaces era la mejor alternativa para garantizar la armonía entre las partes, la eficacia de la planificación y la calidad científica y tecnológica de la atención.

Los Sistemas Nacionales de Salud, reconociendo la multicausalidad que determina el complejo salud – enfermedad, generó entidades operativas, rectoras y de control con carácter multifuncional y con gran diversidad de programas a su cargo, o bien buscaron conseguir la integración funcional de entidades y programas diversos de tal forma que se pudiera armonizar y garantizar la economía de las operaciones y el impacto positivo de las acciones, incluso de carácter multisectorial, en beneficio de la salud. Dentro de esta perspectiva se rompió progresivamente la frontera entre los servicios de salud pública (bienes públicos puros de beneficio colectivo) y los servicios de beneficio individual (bienes privados); los Ministerio de Salud en ocasiones se hicieron responsables no solo de la atención a las personas sino también de la atención al ambiente; los hospitales públicos ya no solo respondieron por la atención de la enfermedad y la maternidad de la población objeto de la asistencia social, sino que a ellos se les encargó de las tareas propias de la salud pública con una población objeto de carácter universal, además en ocasiones debieron hacerse cargo del control ambiental y de las gestiones incluso para garantizar el suministro de agua potable en las localidades.

Estos procesos de articulación e integración de programas, funciones y entidades, fueron acompañados por lo general de procesos nacionales de centralización y estatización en la provisión de los servicios, en ocasiones expropiando o restringiendo las funciones y la participación de las entidades territoriales subnacionales y del sector privado, así como de la comunidad y la sociedad civil en general.

Dado este desarrollo institucional de complejidad creciente, los Sistemas Nacionales de Salud y los Ministerios generados por estos fueron acumulando ineficiencias e ineficacias de diverso orden, cuyo diagnóstico y evaluación ha venido aconsejando cambios y ajustes organizacionales en la presente década. Hoy se acepta que:

- La multifuncionalidad de las instituciones le restan eficiencia organizacional a los Ministerios de Salud y a las entidades públicas proveedoras de servicios.
- La mezcla de funciones rectoras, ejecutoras de programas y de control en una misma entidad disminuyen la eficacia y transparencia a cada una de estas funciones y no permite un adecuado balance entre ellas, sacrificando por lo general las funciones de rectoría y control de mas importancia por el afán de resolver problemas de prestación de servicios con carácter mas urgente.
- El centralismo y la concentración en la toma de decisiones no permite la producción de respuestas oportunas y adecuadas para cada una de las localidades y regiones, a lo cual se adicionan los costos propios de la complejidad burocrática y la lentitud en los trámites. Existe además mayor probabilidad de asignar inadecuadamente los recursos.
- Los métodos y normas de gestión propios de la administración pública para cumplir con las funciones de rectoría y control de los Ministerios no son siempre los mas adecuados para ser aplicados en la gestión y resolución de los problemas propios de la provisión de servicios.
- La centralización y la nacionalización de competencias, desestimula la responsabilidad política y financiera de las entidades territoriales subnacionales con el sector salud.
- La centralización en la toma de decisiones impide la participación efectiva de las comunidades usuarias y de la sociedad civil en los procesos de planificación, gestión y control de los servicios de salud, e incluso desestimula la cofinanciación de los servicios por parte de los usuarios.
- La conducción intersectorial de las acciones en beneficio de la salud solo se pueden realizar parcialmente en los niveles nacionales y tienen una importancia creciente en los ámbitos regionales y locales.

- En general la centralización de competencias y recursos no es el mejor aliado de los procesos de democratización, negociación y búsqueda de nuevos puntos de equilibrio en situaciones de conflicto social, en donde las actuaciones en el sector salud deberían contribuir a ampliar los espacios de gobernabilidad y legitimidad del sistema político.

La nueva plataforma organizacional de los Ministerios de Salud

Los nuevos Ministerios de Salud diseñados en forma acorde a las macrotendencias actuales de la gestión pública requieren organizaciones más pequeñas, más especializadas, más ágiles y de un alto nivel técnico y científico, en una palabra deberían ser Ministerios más competentes y competitivos, lo cual se debería reflejar además en la composición y calificación de sus recursos humanos, así como en su remuneración.

Estos nuevos Ministerios deberían tener mas poder de conducción en el ámbito normativo y político, e incluso en la asignación financiera, pero deberían también delegar las funciones operativas de provisión de los servicios y la gestión del aseguramiento e incluso podrían optar por desconcentrar funciones como las de control. Los funcionarios requeridos deberían ser capaces de diseñar políticas y normas y no solo de cumplirlas con el rigor propio de las burocracias.

Mientras los Ministerios actuales se descargan de funciones al otorgar autonomía a los hospitales y al descentralizar en las entidades territoriales funciones para la ejecución de programas de salud pública y de tutela sobre la provisión de los servicios privados, al mismo tiempo deberían ampliar su campo de acción reguladora y de control sobre el sistema de seguridad social en salud, sobre la medicina prepagada y los seguros privados. En la misma forma deberían actuar sobre el control de los medicamentos, la tecnología y los proveedores privados y públicos de los servicios.

Los nuevos Ministerios de Salud deberían entonces reducir su tamaño y su injerencia en la administración de las entidades públicas y privadas que ahora tienen a su cargo el aseguramiento y la provisión de los servicios, pero como compensación deberían ampliar y potenciar su capacidad reguladora y de control de la calidad sobre todos los actores que intervienen en el proceso de salud y enfermedad.

La Estructura de la Dirección. Las responsabilidades de regulación y las competencias específicas de los Ministerios de Salud deberían estar definidas por la Constitución y las Leyes de cada país. Pero desde el punto de vista

organizacional los Ministerios podrían definir cuales funciones reguladoras son asumidas por el Ministerio de Salud como dependencia del gobierno nacional, cuáles pueden ser delegadas en las entidades territoriales subnacionales y cuáles deberían ser tomadas en consenso con los diversos actores de la sociedad civil y de las entidades privadas o públicas autónomas.

Conviene entonces que la estructura orgánica de los Ministerios determine cuales serán sus jerarquías monocráticas para la toma de decisiones en los campos de su competencia específica, pero también que creen mecanismos colegiados (no solo asesores sino decisores) con los cuales puedan regular eficazmente, por vía del consenso, las normas técnicas, administrativas y financieras para el manejo por ejemplo de la seguridad social, los sistemas privados de seguros y medicina prepagada, y los medicamentos.

Los Fondos Financieros. La multiplicación de actores así como de fuentes financieras en el nuevo sector salud, en donde es necesario combinar recursos de diverso origen en ocasiones con complicadas operaciones financieras, elevan considerablemente la complejidad de manejo de los recursos financieros de la salud, para lo cual los Ministerios de Salud no presentan por lo general estructuras adecuadas y su experiencia histórica es en la mayoría de los casos escasa o incluso negativa.

Es necesario entonces que la nueva reforma sectorial cree organismos especiales de manejo financiero con un alto nivel técnico y con todas las salvaguardias necesarias que eviten su burocratización, y más aún su politización. Si bien la dirección general de dichos Fondos debería estar en manos del Ministerio de Salud o del organismo colegiado que se cree, su manejo técnico debería estar en manos de consorcios bancarios sometido a la misma rigurosidad propia del sector financiero.

Solamente dentro de un ambiente de alta credibilidad, sin dar cabida a la tentación de la reconstitución de los manejos monopólicos, será posible llevar a cabo la articulación financiera entre los seguros sociales obligatorios, los seguros privados y los subsidios fiscales.

El Control. Las macrotendencias en la gestión de la salud, por efecto de la desmonopolización, la descentralización y la participación social, apuntan hacia la multiplicación de los actores públicos y privados en los procesos de financiamiento, aseguramiento y provisión de los servicios.

De otra parte, las corrientes modernas de la auditoria y el control muestran la conveniencia de segregar las funciones de vigilancia y control en forma diferenciada de las funciones de dirección, aseguramiento y provisión.

En varios países (Chile, Colombia, Paraguay) desde la década anterior se han venido desarrollando Superintendencias Nacionales de Salud, las cuales permiten vigilar y controlar con independencia al sector público pero sobre todo extender su radio de acción a los diferentes actores del Sector Privado, a las Empresas de Medicina Prepagada y a las entidades administradoras de los seguros sociales obligatorios. Las Superintendencia de Salud recogen funciones de vigilancia y control que antes estaban dispersas, unas en el Ministerio de Salud y otras en las propias entidades de seguridad social o en los Ministerios del Trabajo. O bien, crean áreas de vigilancia nuevas sobre actividades que estaban por fuera de todo control como ha sido por lo general el caso de la Medicina Prepagada.

Sobre la Salud Pública. Los Sistemas Nacionales de Salud prefirieron clasificar los servicios de salud (Intervenciones, actividades y procedimientos) en servicios de atención al ambiente y servicios de atención a las personas y estos últimos fueron subdivididos por niveles (I, II y III) y por procesos (prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación). Sin embargo el esquema desestimó como útil mantener la diferencia clásica entre servicios de salud pública (de impacto colectivo y altas externalidades) y los servicios personales o de naturaleza privada (de beneficio individual), al fin de cuentas se trabajaba por lo general en orden a construir un servicio nacional y único en salud.

No obstante, las macrotendencias en la gestión pública en esta época exigen que los gobiernos centrales deleguen en los sistemas de seguros obligatorios, en los hospitales públicos autónomos e incluso en los seguros privados, unas responsabilidades y que conserven otras. Además, los Gobiernos nacionales deberían delegar y compartir con los gobiernos de las entidades subnacionales parte de sus funciones.

Conviene entonces redefinir el espacio propio de la Salud Pública de tal forma que incluya los programas que en forma indelegable son responsabilidad del Estado, que se deberían financiar necesariamente con impuestos, que tienen por objeto toda la población, con énfasis en los grupos de mas riesgo y que se deberían ofrecer en forma universal, gratuita y obligatoria. Lo cual no excluye que la operación material de estos programas pueda ser contratada con entidades particulares o con entidades públicas autónomas.

De otra parte, se exige como contrapartida la redefinición del espacio de la salud privada o conjunto de servicios personales de beneficio individual, que deberían ser asumidos por el sistema de los seguros sociales obligatorios y complementariamente por los seguros privados. Los cuales a su turno tienen otros mecanismos de financiación diferentes a los impuestos típicos tales como son las contribuciones obligatorias obrero - patronales y los precios de mercado.

Sobre el saneamiento ambiental. Muchos de los actuales Ministerios de Salud estuvieron precedidos en la primera mitad del siglo por Ministerios u otros organismos nacionales encargados exclusivamente de la entonces denominada higiene pública. Los Sistemas Nacionales de Salud incorporaron la atención al ambiente como una función de los Ministerios de Salud mediante alguna dependencia especial o de entidades nacionales autónomas adscritas e incluso en algunos casos los hospitales fueron dotados de dependencias funcionales encargadas del saneamiento ambiental en el área de los distritos de salud a su cargo. No obstante, la tendencia contemporánea es darle una importancia específica al medio ambiente ya no sólo en función de la salud humana sino de la salud del propio ambiente físico, biológico, animal y vegetal, por lo cual han aparecido Ministerios del Medio Ambiente u otros organismos nacionales, regionales o locales que hoy cumplen funciones análogas a las de los Ministerios de Salud en este campo. De otra parte, los procesos de descentralización territorial han permitido encontrar que las administraciones municipales son el depositario natural de las competencias para el manejo del saneamiento básico, el agua potable y el ambiente en general.

Corresponde entonces a los Ministerios de Salud actuales y a las entidades de salud en general transferir las competencias sobre la atención al ambiente a las nuevas entidades nacionales o subnacionales que hoy asumen estas funciones con mas eficacia, creando por supuesto los mecanismos de articulación y coordinación intersectorial que sean necesarios para garantizar que las regulaciones y controles sobre el ambiente estén también en beneficio de la salud de las personas.

Sobre la seguridad social. Como se sabe la Seguridad Social comprende varios seguros, entre ellos: la garantía de las pensiones, la protección frente a las enfermedades profesionales y los accidentes de trabajo, la protección de la maternidad y sobre la enfermedad general de los trabajadores y en ocasiones de sus familias. En América Latina los Sistemas de Seguridad Social responden por la salud de las personas (en la categoría de bienes privados de salud) en proporciones que oscilan entre el 10 % y el 80 % de la población.

Sin embargo en la mayoría de las ocasiones los Ministerios de Salud no tienen una injerencia efectiva en la regulación y control técnico y financiero de los seguros sociales obligatorios de salud. Tal situación se explica porque los sistemas de seguridad social nacieron como una reivindicación laboral y fueron auspiciados por la Organización Internacional de Trabajo –OIT; por lo tanto, fueron adscritos inicialmente a los Ministerios del Trabajo o del Bienestar Social de los Asalariados. Los Sistemas Nacionales de Salud integraron teóricamente estos servicios de salud al sistema, respetando su autonomía financiera y administrativa pero en la práctica esta articulación fue solo formal.

Las nuevas macrotendencias de la gestión pública exigen que en función de la eficiencia, la calidad y la competitividad los sistemas de seguridad social se desmonopolicen y separen sus “negocios” de pensiones, salud y riesgos profesionales. En este nuevo contexto los Ministerios de Salud deberían recuperar su capacidad reguladora sobre el contenido, el acceso y la calidad de los servicios médico - hospitalarios garantizados por la seguridad social, e incluso obtener la capacidad para regular los aportes obligatorios y los sistemas de compensación y solidaridad que deberían salvaguardar la equidad en los sistemas de seguridad social desmonopolizados.

Los Ministerios de Salud en su nueva organización deberían crear dependencias con funciones específicas de dirección, asesoría y monitoreo de los procesos de aseguramiento social obligatorio, y/o privado complementario.

Sobre la medicina prepagada y los seguros privados. Los Seguros Privados de salud, bajo la modalidad de pólizas de hospitalización y cirugía, han aparecido en el mercado como un complemento a los Seguros de Vida y generalmente bajo la regulación propia del Sistema Financiero sin ninguna injerencia de Los Ministerios de Salud. Adicionalmente, en la última década se ha desarrollado con gran fuerza el sistema de la Medicina Prepagada el cual además de cubrir la hospitalización y la cirugía, por lo general ofrece un plan de acceso a la atención ambulatoria. La Medicina prepagada se presenta como una alternativa para la atención personal de la enfermedad y la maternidad aunque solo accesible por sus costos para los estratos medios y altos no vinculados o insatisfechos con la atención de las entidades de Seguridad Social en Salud.

Los programas de seguros privados de salud y de medicina prepagada se han establecido por lo general en un ambiente de libre mercado y han desarrollado múltiples sistemas de selección adversa de los riesgos costosos, tales como los sistemas de exclusiones contractuales, los períodos de caren-

cia y el manejo de las denominadas preexistencias. Tales restricciones si bien garantizan la rentabilidad de estos sistemas sin embargo pueden lesionar los derechos de los afiliados en un mercado caracterizado por la asimetría en la información, con efectos económicos negativos adicionales dado que los rechazos ocasionados en las atenciones de alto costo en este sector, terminan por lo general ocasionando la quiebra de las economías familiares o la utilización no focalizada hacia los más pobres de los recursos fiscales.

Los Ministerios de Salud actuales deberían convertirse en reguladores de los seguros privados de salud y de la medicina prepagada, protegiendo los intereses de los consumidores, restringiendo la selección adversa de riesgos costosos, garantizando calidad en los servicios y la moderación de sus precios. Correspondrá a las Superintendencia de Salud vigilar y controlar el cumplimiento de tales regulaciones e imponer las sanciones a que haya lugar en el caso de las infracciones.

Medicamentos. Anteriormente los Ministerios de Salud intervinieron el mercado de medicamento exigiéndoles una licencia previa e incluso promoviendo la producción pública de algunos medicamentos esenciales, o intermediando compras masivas de medicamentos con destino a los hospitales públicos.

Hoy las macrotendencias de la gestión pública aconsejan que los Ministerios de Salud abandonen la producción o la comercialización directa de medicamentos (solo casos excepcionales así lo justificarían), la globalización aconseja suprimir la licencia previa cuando ya otro país la concedió e incluso se señala la inconveniencia de las licencias previas como garantía suficiente de la calidad en el mercado de medicamentos. Se observa además que tanto las licencias previas como la intervención en la comercialización masiva de medicamentos son dos de las fuentes más comunes de corrupción entre los funcionarios públicos.

No obstante lo dicho, los Ministerios de Salud deberían crear mecanismos de control de la calidad de los medicamentos efectivamente ofrecidos por el mercado (control ex - post); deberían definir un listado de medicamentos esenciales en su presentación genérica que sea de suministro obligatorio para los seguros sociales y la red pública de proveedores. Además los Ministerios de Salud en acuerdo con los Ministerios de Desarrollo Económico y Comercio deberían intervenir en la regulación de los precios de los medicamentos cuando así lo estimen convenientes las políticas de los Gobiernos.

Los Recursos humanos. En una coyuntura marcada por los procesos de descentralización y la introducción de la competencia entre el sector privado y el sector público, no corresponde a los Ministerios de Salud seleccionar y nombrar o contratar los recursos humanos, excepto los de su propia planta de personal, la cual debe ser reducida pero de una alta calificación y competencia profesional.

Pero si corresponde a los Ministerios de Salud en conjunto con las entidades nacionales responsables del servicio civil y la función pública, regular los requisitos mínimos que deberían cumplir los funcionarios públicos de las entidades autónomas y en las entidades territoriales con funciones descentralizadas. En la misma forma se deberían regular las formas de provisión de los cargo de tal manera que mediante concursos abiertos se garantice la más amplia competitividad, actualización y renovación de los recursos humanos. Es recomendable intervenir para que el diseño de las funciones que correspondan a los diversos cargos se exprese en la forma más amplia posible, para otorgar a las entidades públicas la máxima flexibilidad, evitando procesos de burocratización. Es conveniente crear diversos métodos de estímulos salariales y no salariales que se conviertan en incentivos positivos en la productividad y calidad del trabajo profesional.

Los Ministerios deberían además regular el ejercicio profesional exigiendo requisitos no solo para inicio de las funciones profesionales sino apoyando y exigiendo periódicamente el cumplimiento de requisitos que garanticen la actualización de los conocimientos y tecnologías para su ejercicio. Además el Estado debería intervenir para proteger el ejercicio profesional no asalariado, estimulando el ejercicio empresarial de la profesión en forma tal que la adecuada remuneración de los servicios sea compatible con la garantía de la protección de la salud de los beneficiarios.

Los Ministerios de Salud, en coordinación con los Ministerios de Educación, deberían estimular la oferta educativa en las profesiones básicas en forma acorde a las necesidades identificadas. Sin embargo no es recomendable que el Estado cree estímulos y otorgue subsidios para la formación de especialistas y subespecialistas, función esta que debe ser delegada en las posibilidades que abra el mercado. La prelación que debe otorgarse para la formación y el ejercicio de las profesiones básicas en salud debe estar incentivadas por formas de remuneración adecuadas que permitan al profesional mejorar sus escala salarial mediante los méritos obtenidos en el trabajo y no necesariamente mediante su especialización.

La nueva organización de los Ministerios de Salud debe incluir una dependencia encargada del estímulo al talento humano en la formación y en el ejercicio de las profesiones de la salud en forma acorde a los objetivos de la universalización de la coberturas y del fomento de la competitividad.

La Tecnología. Uno de los problemas que afanosamente buscan corregir los gobiernos es la distorsión en la inversión pública en infraestructura y en la tecnología de salud, la cual en las últimas décadas ha tendido a privilegiar la alta complejidad en detrimento de la tecnología y la infraestructura básica.

Los nuevos Ministerios deberían crear restricciones a la adquisición pública de alta tecnología dejando al sistema de seguros colectivos y obligatorios garantizar los mecanismos de acceso para que la población de bajos ingresos pueda beneficiarse de los servicios alta complejidad y costo.

Los Ministerios en ningún caso deberían intermediar la adquisición de tecnología médica hospitalaria, incluso mediante los conocidos convenios gobierno a gobierno y a cambio deberían facilitar que los gobiernos, mediante las entidades financieras, otorguen créditos blandos a los hospitales para el desarrollo de su infraestructura y la adquisición de tecnología en forma acorde a su capacidad de mantenimiento de la misma y al equilibrio o rentabilidad que pueda generar dentro del análisis microempresarial del costo - beneficio.

Los nuevos Ministerios deberían considerar en su organización una dependencia que se haga cargo de la regulación y vigilancia de la tecnología.

Los Proveedores. Dentro del esquema propio de los Sistemas Nacionales de Salud los hospitales y otras unidades proveedoras de servicios se organizaban como simples extensiones de los Ministerios de Salud, en el mejor de los casos como dependencias parcialmente desconcentradas. De todas maneras, como característica central, las funciones administrativas básicas: gestión financiera, gestión de personal, inversión en infraestructura o adquisición de medicamentos y suministros, en lo fundamental estaban centralizadas en las dependencias de los Ministerios de salud.

Las macrotendencias actuales exigen que los Hospitales y en general las unidades de prestación de servicios adquieran en forma progresiva independencia en su gestión y se conviertan en unidades empresariales bajo un centro de mando gerencial autónomo que tenga a su cargo, no solo la consecución de los objetivos de la entidad, sino la asignación de los recursos y su gestión rutinaria.

Los hospitales (en Argentina, Chile, Colombia, Perú, Venezuela, El Salvador) vienen avanzando en procesos de autonomía, incorporando las técnicas de manejo gerencial desarrolladas por las empresas productoras de bienes y servicios en el sector privado y en otras áreas del sector público, aunque conservando su carácter de empresas de beneficio social.

El proceso de descentralización y autogestión hospitalaria habilita a los hospitales públicos para competir incluso con proveedores privados, y para insertarse dentro de ambientes de mercado respondiendo así a macrotendencias que exigen a las entidades públicas ser competitivas en términos de calidad, cantidad y eficiencia en la producción de los servicios.

La introducción de ambientes de competencia entre el sector público y privado exige de los Ministerios establecer reglas comunes para el sector privado y el sector público en materia de la garantía de la calidad en los servicios para los usuarios.

Si bien los Ministerios deberían mantener y desarrollar su función reguladora en las formas administrativas e incluso en los sistemas tarifarios de los hospitales públicos, las corrientes actuales recomiendan que los Ministerios no interfieran los procesos administrativos y los sistemas de precios del sector privado.

Los Ministerios deberían entonces desligarse de las competencias de nombrar personal, fijar remuneraciones, intermediar compras, o gestionar inversiones en los hospitales públicos cuando estos sé autonómicos, no obstante lo cual deberían crear una dependencia en su estructura orgánica que cumpla con las funciones de regulación, asesoría y promoción del desarrollo de los servicios de salud.

LA PLATAFORMA JURIDICA DE LOS NUEVOS MINISTERIOS DE SALUD

La capacidad de conducción de los Ministerios de Salud de Salud en forma acorde a las macrotendencias de la gestión pública actual para que sea efectiva y se realice con mecanismos de poder real, debería tener un soporte en la Constitución y las Leyes de cada País.

Las Constituciones deberían incorporar como derecho social la salud y como obligación la afiliación y las contribuciones forzosas de los ciudadanos con capacidad de pago a los seguros sociales obligatorios. Al Estado se le debe señalar la función de responder y financiar la salud pública y subsi-

diar el acceso a los seguros sociales a la población más pobre. En cuanto a la organización, las Constituciones deberían fijar los principios que deberían regir los sistemas e instituciones tales como son: la universalidad, la libre elección, la solidaridad, y la integralidad, por ejemplo, y preferiblemente autorizar en forma expresa los procesos de descentralización territorial, la desmonopolización de la seguridad social y la concurrencia de los sectores público y privado en el aseguramiento y la provisión de servicios.

La legislación debe establecer la distribución de competencias entre el nivel nacional - central, las entidades intermedias (Estados, Provincias y Departamentos) y las localidades (Municipios y Cantones) para el manejo de la salud pública, el saneamiento ambiental y los seguros sociales obligatorios.

La ley debe precisar las diversas fuentes financieras del sector así como las contribuciones obligatorias a los seguros sociales por parte del los patrones, de los trabajadores y del Estado. Algunas leyes acostumbran fijar una proporción mínima del Presupuesto General de la Nación y de las entidades territoriales que deberían dedicarse al sector salud y en ocasiones existen por ley, rentas de destinación específica para el sector como es el caso del producto y los impuestos a las loterías.

Para ordenar la conducción de los sistemas de aseguramiento los Ministerios deberían contar con un marco legal que determine la naturaleza, los pre-requisitos y funciones que deberían cumplir las entidades encargadas del aseguramiento social, sean públicas o privadas, que actúan por delegación del Estado, así como su plan de beneficios obligatorios, los mecanismos de solidaridad y compensación entre ellas como garantía de la equidad y la suficiencia financiera.

Para regular a los proveedores la ley debe crear la figura del hospital público autónomo o de la empresa social que proveerá servicios, identificando características administrativas y financieras y dotando a estas entidades de instrumentos gerenciales que les permitan competir en el mercado y sustituir progresivamente los subsidios de oferta por los subsidios a la demanda.

La legislación de salud en el nuevo Estado debe otorgar a los Ministerios de Salud y a las Superintendencias de Salud las suficientes capacidades de intervención para regular, controlar e imponer sanciones a los diversos actores que intervienen en el sector para proteger los intereses de los usuarios y de la salud pública. Entre otras la ley debe autorizar la intervención para:

- Establecer los planes de salud pública universales, gratuitos y obligatorios para todas los niveles de la administración pública, así como las regulaciones ambientales que afectan la salud de las personas.
- Establecer el plan de beneficios que obligatoriamente debe ofrecer el sistema de seguridad social en salud, determinar prohibiciones como el manejo de preexistencias, garantizar el aseguramiento colectivo para la atención de las enfermedades de alto costo y facultar a los Ministerios para definir eventuales exclusiones o períodos de carencia en los servicios, así como las condiciones mínimas de tecnología y hotelería que se debe garantizar en la prestación de los servicios.
- Determinar el valor de las contribuciones obligatorias en el sistema de seguros sociales obligatorios y la forma como se deberían asignar los recursos recaudados para garantizar la prevención y la promoción de salud, la atención de la enfermedad y la maternidad, las enfermedades de alto costo, las prestaciones económicas asociadas y la proporción que debe destinarse a la compensación y a la solidaridad entre los diversos grupos de afiliados y de entidades encargadas del recaudo.
- El Ministerio y la Superintendencia de Salud deberían tener autorización para regular, sancionar o informar sobre la calidad técnica y científica de los servicios de salud que ofrecen los diversos proveedores públicos y privados. E incluso deberían poder regular los sistemas de tarifas para las entidades públicas autónomas.
- Los Ministerios y la Superintendencias deberían tener facultades para intervenir administrativamente a las entidades territoriales con funciones de salud descentralizadas o a los hospitales públicos autónomos cuando no estén cumpliendo adecuadamente con sus funciones y estén poniendo en riesgo la salud pública y la de sus afiliados.
- Los Ministerios y las Superintendencias de Salud deberían poder regular los seguros privados de salud y la medicina prepagada en sus planes de salud, en las garantías que ofrecen a los afiliados e incluso en sus tarifas cuando los gobiernos los estimen conveniente ■

REFERENCIAS

1. Aedo C. La Competencia Manejada y Reformas para el Sector Salud de Chile. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Santiago de Chile; Junio de 1997.
2. De Flood MC. Gasto y Financiamiento en Salud en Argentina. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Serie Financiamiento del Desarrollo No. 57, Santiago de Chile; Julio de 1997.
3. Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial, Invertir en Salud. Washington, D.C.; Julio de 1993.

4. Banco Mundial. Informe Sobre el Desarrollo Mundial. El Estado en un Mundo en Transformación. Washington, D.C.; Mayo de 1997.
5. Fundación Mexicana para la Salud. Economía y Salud, Propuestas para el Avance del Sistema de Salud en México. México, D.F.; 1994.
6. Hecht R, Musgrave P. Redefinición del Papel del Gobierno en el Sector de Salud. Caracas; Septiembre de 1993.
7. Jaramillo IP. El Futuro de la Salud en Colombia - La Puesta en Marcha de la Ley 100 de 1993. FESCOL, FRB, FES, FUNDACION CORONA. Santafé de Bogotá; Tercera edición; Octubre de 1997.
8. Larrañaga O. Eficiencia y Equidad en el Sistema de Salud Chileno. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Serie Financiamiento del Desarrollo No. 49, Santiago de Chile; Julio de 1997.
9. Ministerio de Salud de Colombia - Escuela de Salud Pública Universidad de Harvard. La Reforma de Salud en Colombia y el Plan Maestro de Implementación, Informe Final. Bogotá. D.C.; Febrero 26 de 1996.
10. Ministerio de Salud de Chile, OPS - OMS, Reunión Regional "La Descentralización. los Sistemas de Salud y los Procesos de Reforma del Sector", Valdivia , Chile; Marzo 17 de 1997.
11. Sojo A. La Reforma Finisecular del Sector Salud en América Latina y el Caribe: Su Derrotero e Instrumentos. Mimeógrafo; Chile 1997.
12. Sojo A. Posibilidades y Limites de la Reforma en la Gestión de la Salud en Chile, Revista de la CEPAL No. 59; Agosto de 1996.
13. Organización Panamericana de la Salud. Programa de Salud Ambiental. Programa Marco de Atención la Medio para los Sistemas Locales de Salud en las Américas. Washington, D.C.; Junio de 1992.
14. OPS-OMS. Informe Conjunto de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la OPS sobre Salud, Equidad y Transformación Productiva en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.; Agosto 24 de 1994.
15. OPS-OMS. La Rectoría de los Ministerios de Salud en los Procesos de Reforma Sectorial. Washington, D.C.; Septiembre de 1997.
16. Tafani R. Reforma al Sector Salud en Argentina. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Serie Financiamiento del Desarrollo No. 53, Santiago de Chile; Julio de 1997.
17. CLAD. Términos de referencia para el Acuerdo de Servicios Técnicos para el Análisis de los Macrocondicionantes Externos al ejercicio de la Rectoría Sectorial, Caracas; 1998.
18. OPS-OMS. La Rectoría de los Ministerios de Salud en los procesos de reforma sectorial. CD40/13,23 Julio 1997 Washington, D.C.

Visite el sitio Web de la Revista de Salud Pública
en: <http://www.medicina.unal.edu.co/ist/revistas.asp>