

PRIVATIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El sistema nacional de salud de Honduras tiene una estructura que consta de dos sub sistemas, público y privado; el público está formado por la red de establecimientos sin fines de lucro que atiende el 60% de la población y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) el 12% a la población trabajadora afiliada, el privado el 10% que puede pagar y la población no cubierta es el 18% que significa más de 1.5 millones de habitantes.

El sub sistema público está constituido por 1 635 establecimientos: 7 Hospitales Nacionales, 6 regionales, 16 de Área; 436 Centros de Salud con Médico y Odontólogo (CESAMOS) y 1 078 Centros de Salud Rural (CESAR); 74 clínicas materno infantiles; 3 Clínicas de Emergencia Periféricas (CLIPER); 15 Centro Escolar Odontológico (CEO). El IHSS dispone de 2 hospitales ubicados en San Pedro Sula y Tegucigalpa, 7 clínicas periféricas, 1 centro odontológico, 2 centros de medicina física y rehabilitación y 1 Centro de Atención del Adulto Mayor. El sub sistema privado dispone de 1 131 establecimientos que incluyen centros médicos, clínicas, laboratorios, farmacias y consultorios médicos.⁽¹⁾ A este sistema se agrega el privado sin fines de lucro.

El IHSS ha estado y está en una situación de calamidad provocado por las ineficientes administraciones históricas de esta institución. Los hechos relacionados han generado una crisis en el IHSS que han afectado el derecho humano a la seguridad social de la población hondureña asegurada. El ingreso presupuestado para el año 2014 no era razonable debido a las deficiencias contables, ya que se están registrando valores en concepto de cotización de empresas inexistentes, hecho que se encuentra actualmente bajo investigación.⁽¹⁾ Aunado a lo anterior el déficit presupuestario de esta institución se debe a la corrupción, robo, desfalco que no ha permitido su desarrollo, este descalabro financiero es adecuado para los planes privatizadores que se plantean en el nuevo modelo de salud, en el cual se aspira a tener protección de la población bajo un esquema universal de seguros.

De acuerdo a lo planteado relacionado al sistema de salud en contraste se conoce que el 64.5% de la población vive debajo de la línea de la pobreza y de ellos el 39.7% vive en la pobreza extrema.⁽¹⁾ La salud es un problema complejo y por supuesto el sistema mismo, tiene características peculiares pues para mejorar la salud de la población

se requieren intervenciones colectivas e individuales. Sin duda, la mayoría de enfermedades infecciosas y la prevención de accidentes/violencia/drogadicción/estrés, requieren intervenciones públicas, pero también es de sobra 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.⁽²⁾

La propuesta del Estado para la prestación de servicios y que sustituirá el sistema de salud actual, consiste en organizarlos en dos niveles de atención: el primer nivel brindará atención ambulatoria y tendrá la mayor demanda de atención, este tendrá 3 niveles de complejidad que sustituirá los CESAR, CESAMO, CLIPPER y CEO del sistema actual. El segundo nivel debe dar continuidad al proceso de atención salud-enfermedad, que son referidos del primer nivel. Ofrecerán servicios de emergencia, hospitalización y atención quirúrgica, este nivel se divide en 4 niveles de complejidad y sustituirá la estructura actual que corresponde al hospital de área, hospital regional y hospital nacional del sistema actual. Se puede afirmar que el país cuenta con hospitales de diferente complejidad del modelo propuesto y estos se encuentran en las dos ciudades principales del país (Tegucigalpa y San Pedro Sula) por lo cual su cobertura es limitada.⁽¹⁾

Bajo la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la cobertura universal de salud, se supone que el principio es cubrir el 95% de la población bajo el esquema propuesto por el estado hondureño. La concreción problemática está relacionada con algunos elementos que se mencionan como son la descentralización, la Asociación Publico Privada (APP), sub contratación y otros. En Honduras se plantea la universalización del aseguramiento con un enfoque de cobertura universal de salud mediante un sistema de salud integrado y plural, en el que la Secretaría de Salud aparte de su función rectora, contaría con un seguro público nacional de salud para la población pobre y un IHSS que funcionaría exclusivamente como aseguradora al contratar servicios para sus afiliados con proveedores públicos y privados, que operarían bajo un modelo de salud familiar y comunitario.

La pregunta es ¿Por qué se debe de cambiar el sistema actual por otro?, existen algunos hechos históricos que avalan las razones a las cuales se debe el cambio.

Desde época de Thatcher y Reagan la ideología neoliberal ha partido de la base de que es necesario adelgazar el Estado y hacer que sean las personas las que individualmente asuman todos los riesgos de su vida, y de su salud. Consecuentemente se propugnó el desmantelamiento de los sistemas de bienestar y la puesta en funcionamiento de un modelo de sociedad donde el mercado asume la totalidad de la provisión de bienes y servicios y, lógicamente, el acceso a los mismos esta mediatizado por la capacidad económica de cada persona.⁽³⁾

Para lograr este objetivo los neoliberales han creado una ideología basada en dos principios: el primero, el sector privado es más eficiente que el sector público y segundo un gobierno grande corrompe. En base a los dos principios, el rol del Estado debe ser reducido y el sector privado debe asumir las funciones que ha estado ejerciendo. Para lograr un cambio según el pensamiento neoliberal, este se consigue con la privatización de todas las actividades posibles incluyendo: los servicios de correo, educación, servicios de salud, cárceles, servicios de mantenimiento de las carreteras, producción y distribución de energía, servicios portuarios, recursos naturales y un número mayor de los servicios y defensa nacional. Desde esta visión el nuevo papel del Estado es regular al sector privado para controlar los posibles abusos.⁽⁴⁾ Por lo tanto, el papel del Estado es reducido y su intervención apunta hacia la administración de justicia, el manejo de la fuerza con sus ejércitos y policías para garantizar la seguridad de los ciudadanos y proteger los capitales de los inversionistas.⁽⁵⁾

El neoliberalismo tiene por supuesto su impacto en el sector salud de tal manera que el fenómeno de la privatización y la mercantilización de la salud, al responsabilizar a la persona por su salud es privatizar la misma y se acompaña de otro proceso de privatización⁽⁶⁾ El significado de lo propuesto, para los neoliberales de la salud, esta ha dejado de ser un bien social (con valor de uso) para transformarse en un bien individual (con valor de cambio) que permite competir con otras personas, al margen de la organización social, política, económica de la sociedad en su conjunto.⁽⁷⁾ El impacto de estas medidas de privatización se acompaña de otras como la reducción drástica y el control estricto del gasto público e incremento en las tarifas de los bienes y servicios públicos; redefinición del tipo de cambio, apertura externa comercial y de inversión, desregulación de la actividad financiera; desregulación y flexibilización de la relación laboral con ataques a los sindicatos, destrucción de los contratos colectivos y cambios regresivos en la legislación laboral y depresión salarial.⁽⁶⁾ En Honduras se ha implementado una nueva

manera de contratación que es “el empleo por hora” en contra de las contrataciones colectivas y el Código del Trabajo.

Las políticas neoliberales han convertido la salud de un derecho inalienable constitucionalmente establecido a una mercancía, o sea que las personas deben pagarla de acuerdo al precio establecido por los empresarios, al privatizar el sistema de salud va a suceder que el lenguaje del usuario de los servicios de salud pasa al de cliente. Es importante tener claridad que las empresas privadas de salud buscan la rentabilidad, además es selectiva porque presta los servicios a los que pueden pagar, curativa y no preventiva de los servicios de salud, agregado a lo anterior está la tecnología utilizada como mediador diagnóstico con criterios de rentabilidad económica aumentando los costos de tratamiento. Así las empresas de salud se convierten en obstáculo al acceso universal a un servicio de salud igualitario.

Las experiencias en otros países sobre la privatización de los servicios de salud demuestran que el impacto en la población ha sido similar y en las empresas privadas igual, algunos ejemplos orientarán sobre la privatización. En Colombia, hace dos décadas emprendió su reforma en salud, uno de los hitos fue la Implementación Legal 100 de 1993, norma primordial del Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia y la creación de Entidades Promotoras de Salud (EPS) que son privadas, otro hito fue el desarrollo de las asociaciones público privada para servicios de salud. Luego de casi dos décadas uno de los expertos que dirigieron la reforma, Thomas Bossert dijo: “el sistema también buscaba mejorar la eficiencia del servicio de salud y disminuir el desperdicio de recursos, y fue lo que no funcionó”. Colombia, al hacer esfuerzo de obtener recursos destinados a la salud y dárselos a empresas privadas resultó muy costoso, porque se esperaba que la competencia entre ellas iba a mejorar la eficiencia del servicio y esto no sucedió.

El sistema de financiamiento de la atención médica en Chile, que es regresivo, es decir, los pobres están financiando los servicios de las clases más acomodadas, el Estado se responsabiliza solo 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, las clases más altas consumen más servicios de salud que las poblaciones más pobres. El acceso a los servicios en Chile ha aumentado la inequidad, por otra parte, las Instituciones de Salud Previsional (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.⁽⁸⁾

En México, el sistema nacional de salud estableció una separación entre las instituciones administradoras del financiamiento y las prestadoras de servicios, a diferencia del esquema anterior, que solamente podían ser públicas. Actualmente también son privadas o sea que los cambios radican en la inserción del sector privado en todos los niveles, lo cual implica el traslado de recursos del sector público al privado. Por otro lado ese nuevo esquema del sistema nacional de salud mexicano, anticipa una recomposición de la población con base en una nueva forma de acceso diferencial a los servicios de salud, esto genera la segmentación del sistema y la separación de la población en asegurada y no asegurada, introduce para ambas una diversidad de servicios a los que podrán acceder a partir de seguros privados, de acuerdo a su capacidad de pago.⁽⁹⁾

En Costa Rica, el financiamiento de los servicios está basado 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; así mismo, el acceso a los servicios de salud se sigue considerando un derecho que el Estado garantiza. Las clases más altas consumen más servicios de salud que las poblaciones más pobres. Otro aspecto muy importante es que Costa Rica ha mantenido la equidad en el acceso a los servicios.⁽⁸⁾

Uno de los escasos estudios empíricos realizados en España, los autores concluyeron que la gestión privada en los hospitales públicos no garantiza una mayor eficiencia pero tampoco una peor calidad asistencial, y a la inversa que la gestión pública no garantiza mayor calidad pero tampoco peor eficiencia. Otro estudio empírico reciente concluye que excluidos del análisis algunos departamentos de salud outliers el gasto sanitario per cápita es algo inferior (un 9%) en los departamentos gestionados en régimen de concesión que en los de gestión directa.

El Reino Unido en que se aplicó el modelo de Iniciativa de Financiamiento Privado (PEI, por sus siglas en inglés). Una de las primeras conclusiones es que estas formas de colaboración pueden entrañar un coste global superior al que resultaría de recurrir al endeudamiento público. Otro problema relevante identificado en la literatura es la ausencia real de transferencia de riesgos al sector privado, lo que se observa en este tipo de modelo es que se establece diferencia con el perfil de morbilidad en hospitales de gestión privada. En relación a países de

la Unión Europea como Italia y Portugal, los resultados de la aplicación del modelo PEI no han sido superior a lo esperado. En Alemania y Francia los hospitales de titularidad PEI, no acreditan mejores desempeños que los de titularidad pública. Por lo tanto los hospitales privados, no son más eficientes que los públicos sino, en todo caso, lo contrario.⁽¹⁰⁾

Como ha sucedido en otros países la privatización de los servicios de salud, en Honduras está en proceso de desarrollo; relacionado con esos intentos hay algunas experiencias de gestión que se han implementado tales como: subrogación de servicios hospitalarios, descentralización considerado como una forma de privatización, implementar programas de salud a través de Organizaciones No Gubernamentales (ONG), se estableció el reglamento de la APP. Estas experiencias se realizaron para mejorar el sistema de salud público que era considerado ineficiente. Estas experiencias no son más que la transferencia de la responsabilidad del financiamiento del sector público a los usuarios o a las instituciones prestadoras de servicio privado, en otras palabras el Estado se desliga como financiador de la salud poblacional por lo tanto la salud pasa a ser una responsabilidad individual y privada.

La transformación del aparato estatal da como consecuencia un cambio en las relaciones laborales que mantienen los trabajadores con las empresas privadas de salud, en este tipo de relación aparecen algunos tipos de recursos humanos que establecen diferencias entre ellos. Los trabajadores que se encuentran son, los fijos o permanentes que gozan de los beneficios sociales; los trabajadores por contrato, sean estos por hora o temporales, dichos trabajadores son menos estables, realizan actividades precarias, abaratamiento de salarios, no gozan al derecho de huelga, sindicalización, jubilación y otros; existe un último grupo de trabajadores que se ha implementado en algunas áreas, es el trabajador por productividad o destajo que carece igualmente de beneficios sociales.

La base ideológica de la privatización se fundamenta en el desfinanciamiento del sector público para la entrada de las empresas privadas de salud en lo público, por tanto las experiencias ocurridas en otros países permite aprender de ellas. Los resultados en países como: Colombia, Chile, México y países europeos han demostrado que esas experiencias de financiamiento privado no indican que la privatización es mejor que lo público. En los resultados de estas experiencias, los Estados destinan recursos de manera desmesurada generando altas erogaciones económicas que no corresponden con los servicios prestados y se presenta un problema de supervisión y control sobre el sistema privado.

En Honduras, la propuesta de reforma del sector salud busca la universalización de la atención médica para toda la población a través de un sistema de seguridad según criterios de grupos poblacionales con capacidad de pago, de acuerdo al sistema por implementar, se omite el hecho de que los seguros serán administrados por aseguradoras privadas o sea, que estas van a definir el proceso administrativo y sin correr riesgos en el sistema, a su vez estas comprarán servicios médicos a diversos proveedores preferentemente privados. El neoliberalismo impone un pensamiento y un lenguaje en el cual el derecho a la salud deja de ser un derecho humano para transformarse en una mercancía manejada por las leyes de la oferta y la demanda.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Carmenate-Milián L, Herrera-Ramos A, Ramos-Cáceres D. Situación del sistema de salud en Honduras y el nuevo modelo de salud propuesto. Arch Med. 2016; 12(4):10.
- 2.- Homedes N, Ugalde A. Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica. Gac Sanit 2002;16(1):54-62.
- 3.- Bayle Sánchez M. La privatización de la asistencia sanitaria en España. Madrid: Laboratorio de Alternativas; 2014. Documento de trabajo 182.
- 4.- Ugalde A, Homedes N, La descentralización de los servicios de salud; de la teoría a la práctica. Salud colectiva.2008;4(1):31-56.
- 5.- Velasco R.J. Neoliberalismo, salud pública y atención primaria: las contradicciones en el paradigma de salud para todos. Colombia Med. 1997;28(1):27-33.
- 6.- Guerra E D. El neoliberalismo como amenaza para el acceso a la salud de los colombianos. Rev Fac Nac Salud Publica 2006;24(2):142-146.
- 7.- Díaz Mérida F. El neoliberalismo en salud. La Prensa, Panamá. Internet 8 sept 2001. Opinión. Consultado el , 21 de septiembre de 2017. Disponible en https://impresa.prensa.com/opinion/neoliberalismo-salud_0_461953861.html
- 8.- Zevallos L, Salas V, Robles L. Asociaciones público-privadas para servicio de salud: ¿la solución al sistema de salud peruano? Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014;31(4):769-774.
- 9.- Gonzales T S, Valle Arcos IR. Desigualdad social y reformas neoliberal en salud. Rev Mex Sociol. 2005; 67(2):321-356.
- 10.- Sánchez Martínez FI, Abellán-Perpiñána JM, Oliva Moreno J. La privatización de la gestión sanitaria: efecto secundario de la crisis y síntoma de mal gobierno. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014; 28(S1):75–80.

Dr. German Leonel Zavala

Director Adhonorem

Revista de la Facultad de Ciencias Médicas