

Asociaciones Público Privada en acción: Opciones para mejorar el desempeño de los sistemas de salud

Por Audrey Trigub Clover

Agradecimientos

Agradezco muy particularmente al Prof. Paul Lamarche, PhD, por la dirección en esta investigación y a la Magister Felicitas Elías, Profesora Titular (R) UBA, que ha realizado la relectura de coherencia para el texto.



La autora es licenciada en Ciencia Política por la UBA y Master en Administración de Salud por la Universidad de Montreal, Canadá. Ha sido coordinadora de Relaciones Institucionales y de Servicio al

Cliente en SPM, jefa de Equipo en MSH Canadá y actualmente trabaja en gerenciamiento de proyectos en Westmount Square Health Group en ese país.

1. Introducción

Esta investigación tiene por objeto determinar las dimensiones que conforman lo que se denomina la Asociación Público-Privada (o PPP del inglés Public-Private Partnership) y a partir de ellas esbozar una taxonomía de los diferentes modelos. El segundo objetivo es establecer una correlación entre estos modelos y los resultados de los sistemas de salud.

Iniciamos la publicación presentando el panorama de los sistemas de salud, incluyendo una breve reseña que acerca la investigación al interés que pueda tener para el contexto argentino. Allí se establecen ciertas características de los sistemas de salud (públicos, privados, mixtos). En el segundo capítulo, se describen los métodos de investigación utilizados en la construcción de una taxonomía de modelos de PPP y posteriormente, en el establecimiento de la relación entre ésta con el desempeño de los sistemas de salud. La tercera parte describe los resultados de dicha taxonomía. Finalmente se presentan las conclusiones y la discusión sobre esta nueva modalidad de organización de sistemas sanitarios con asociación público-privada, sus fortalezas y sus debilidades para el logro de los objetivos de los sistemas de salud.

2. Contexto

Los factores que impactan la organización de los sistemas de salud son cinco: restricciones macroeconómicas, desarrollo de tecnología médica, cambios de perfil epidemiológico y demográfico causados por el envejecimiento de la población, exigencias crecientes de un público bien informado y finalmente, el Estado de Bienestar restringido con una pérdida de la garantía al acceso universal a un sistema de salud de calidad.

Si observamos lo que ocurre en América Latina, la mayor parte de los sistemas de salud tiene sus orígenes en las mutuales y obras sociales. Contrario a la tradición europea, el acceso no es universal sino que deriva de

la relación de trabajo y se basa en la pertenencia a un sindicato. Esta tradición mutó durante la década de los '90 a los sistemas de salud latino-americanos actuales, ya que en durante este período se iniciaron las primeras reformas, aun inconclusas.

Este es también el caso de la Argentina, donde problemas de gerenciamiento y financiamiento llevaron a disminuir la cantidad de Obras Sociales (OS) durante los años que precedieron las reformas. No obstante, no sólo no se mejoraron los servicios sino que permanece la desigualdad en el acceso al sistema de salud. Tanto en Chile como en EE.UU. se ha comprobado que la competencia no mejora la calidad ni se bajan los costos. Además, la mayoría de las OS migraron de remuneración por acto a sistemas capitados sin que se hayan obtenido los resultados deseados. La competencia abierta entre OS y aseguradoras privadas resultó en que estas últimas han incrementado su participación en el mercado pero solo los asegurados con alto nivel de ingreso contrata planes superiores, por ende no se ha modificado sustancialmente el acceso. El sistema público siempre queda como el último recurso. También se ha implementado el Fondo Solidario de Redistribución, con el fin de subsidiar directamente a quienes tienen los niveles muy bajos de salario.

Consecuentemente, el rol de las reformas en la contención de costos no es clara y aunque hacia 1999 el número de OS cayó de 320 a aproximadamente 200, los costos de administración siguieron siendo elevados. Los asegurados han optado por pasar de las OS a aseguradoras privadas, pero estas han mostrado muy poco interés en captar a la población de bajos ingresos, ya que sus planes más económicos rondan el equivalente a US\$100, inaccesible a una gran mayoría de los argentinos¹.

Algunas opciones que se presentan

Mientras que los impuestos son la fuente de financiamiento de todo sistema público, existen otras formas de financiar al sistema de salud, como por ejemplo a través del seguro social mediante las contribuciones patronales a las mutuales (obras sociales) y a través de aportes como copagos o primas de seguros médicos privados.

De acuerdo a la investigación de Colombo y Tapay (OCDE: 2003), el seguro médico privado ayuda a corregir ciertas fallas del mercado. Este puede tomar cuatro formas: principal (o primario), duplicativo, complementario o suplementario. Se observa, sin embargo, que mientras teóricamente la equidad se obtiene con un sistema de imposiciones progresivas en sistemas con un único financiador, múltiples financiadores promueven una competencia que, aunque empuja el alza de costos, puede incitar a mejorar la calidad, la reacción y la libre elección según la capacidad de pago del usuario.

Las críticas a los sistemas públicos se basan en la falta de resultados, la desinversión y el comportamiento de maximización presupuestaria de sus agentes. Algunos países han adoptado una versión del «managed competition» norteamericano (competencia administrada o gerenciada) para incentivar la competencia, tales como el NHS en el Reino Unido. Pero la experiencia indica que los incentivos de los profesionales tienen incidencia macroeconómica y en el control de costos: cada modo de remunera-

ción (remuneración al acto médico, sueldo o capitación; presupuesto global prospectivo basado en costo diario o por evento diagnóstico) genera comportamientos específicos.

Por otro lado, la mayor parte de las críticas a los sistemas privados acusan la sobreutilización de los servicios de salud, el descontrol de los efectos adversos (el estudio de J.P.Davereaux demuestra una correlación entre la propiedad privada y los efectos adversos en medicina) y la guerra de precios entre los prestadores (Figura 1).

A medio camino entre las opciones públicas y privadas ha surgido el concepto de asociaciones público-privada en algunos países de la OCDE. El concepto de PPP deriva de la teoría de la elección pública (public choice theory), imponiendo una lógica de mercado en el seno de un sector público que clama por soluciones viables al acceso universal a los sistemas de salud.

¿Qué es la asociación público-privada? Entre la gestión pública y la privatización total hay diferentes formas de colaboración posible del ámbito público y privado. No hay un consenso pero suele definirse como una variación de la privatización que engloba los mejores elementos de cada sector. También puede tratarse de una forma de cooperación entre dos o más organismos de los sectores público y privado que acuerdan realizar un proyecto compartiendo recursos materiales, intelectuales, humanos y financieros. La PPP surge cuando se presenta el siguiente perfil: acuerdo, confianza, colaboración, esfuerzos articulados, planificación avanzada, objetivos comunes consensuados, comunidad de fuerzas y competencias, riesgos, costos y ganancias compartidos.

La lectura de autores que investigan el tema, nos permite resumir las fuerzas y las debilidades potenciales de las PPP. Entre las potenciales ventajas encontramos un incremento de recursos, eficiencia y legitimidad, la creación de valor (ventaja de la colaboración), la emergencia de una nueva disposición en las sociedades en red que parece presentar más oportunidades que las formas tradicionales de asociación. Del otro lado, las potenciales desventajas que las PPP presentan son la dificultad para lograr acuerdos, el comportamiento oportunista, las dificultades organizacionales, y las diferencias filosóficas (ideológicas) entre los socios.

3. Metodología

La teoría de la configuración deriva de la teoría de la contingencia. En un orden social, las dimensiones y atributos se combinan de manera sistemática generando configuraciones. La teoría configuracional sostiene que las combinaciones posibles de las dimensiones y los atributos puede ser teóricamente infinita, pero la realidad empírica demuestra que solamente un número coherente de configuraciones prevalecen en el orden social². La diversidad organizacional se interpreta a través de tipologías (Weberianas) y taxonomías. Una taxonomía es una serie de observaciones de una realidad dada organizada en un número limitado de grupos que tienen cierta homogeneidad (Lamarche : 2003).

Para la construcción de la taxonomía, se realiza una revisión sistemática de literatura sobre PPP a través de buscadores como Pub Med, EconoLit, Ovid MedLine y ISI Web of Science. Se excluyen todos los artículos sobre PPP de cooperación Norte-Sur y de otros ámbitos no sanitarios. Se inclu-

¹ BARRIENTOS A LLOYD SHERLOCK P "Reforming health insurance in Argentina and Chile In Health Policy and Planning Vol 15 Nr 4 p 417-423 Oxford University Press 2000

² MEYER A, TSUI A, HININGS C.R., CONFIGURATIONAL APPROACHES TO ORGANIZATIONAL ANALYSIS Academy of Management Journal 1993 Vol 38 No 6 1175-1195

yen todos los artículos publicados en inglés, francés o español sobre PPP en los países seleccionados entre 1995 y 2005, de manera que la media (año 2000) coincida con el año de publicación del Informe sobre la Salud en el Mundo de la OMS y su anexo estadístico que presenta el desempeño de los sistemas de salud de todos sus países miembros. Se retienen 50 artículos de los cuales 15 tratan de la *dimensión regulación*, 15 de la *dimensión financiamiento* y 20 de la *dimensión de prestación de servicios*. Una vez determinadas las dimensiones se procede a la observación empírica a través de una descripción de casos. La observación sistemática permite estructurar a nivel de estandarización con el fin de elevar el grado de comparabilidad de situaciones similares. De esta observación sistemática surge la taxonomía de los modelos de PPP.

El universo esta constituido por los países industrializados de la OCDE y la muestra contiene 11 países seleccionados intencionalmente según la incidencia del gasto privado como % del gasto total de salud (Tabla 1).

Definimos *regulación* como la capacidad del gobierno para administrar los recursos públicos de forma eficaz y elaborar, poner en marcha y ejecutar políticas y leyes adecuadas para el desarrollo del país y el bien común. Así, esta dimensión es categorizada, de manera que se define como muy regulado todo aquel sistema que tiene fuerte control y constante involucramiento en las reformas de salud (referencia a la regulación fuerte apoyada con información sobre leyes aprobadas a estos efectos) y poco regulado todo aquel que deja espacio para las fuerzas del mercado (referencia de libre mercado o ausencia de leyes de reforma del sistema). Definimos *financiamiento* como la fuente de recursos económicos para operar el sistema de salud. Para categorizar esta dimensión, nos basamos en la tabla de la OCDE. Se considera que el financiamiento es mas bien público cuando el nivel de participación privada es menor a 20% en el gasto total en salud; se considera mixto todo país que tiene un nivel de participación privada entre 20 y 50% y se considera más bien privado si el nivel de participación privada supera al 50%.

Definimos *prestación de servicio* como la forma de adquirir la propiedad, mediante la entrega de la posesión de la cosa o bien que se transmite. A los efectos de esta investigación, la prestación de servicio estará centrada en la utilización o consumo de servicio profesional médico en consulta externa o la utilización o consumo de servicio profesional médico en internación en una institución médica. La prestación de servicios se categoriza según el modo de remuneración de los profesionales y la propiedad de las instituciones de segundo y tercer nivel.

Para lograr completar toda la información y resumir los casos, se diseña una matriz de extracción y codificación.

Para determinar si existe relación entre los modelos de PPP y el desempeño y logros de los sistemas de salud se abordaron tres fases: definición de las variables de desempeño y logros de los sistemas de salud, tabulación del desempeño de los 11 países seleccionados y agrupación de los países según los modelos de PPP para relacionar estos últimos con los promedios ponderados de los rangos de desempeño y logros de los sistemas de salud. Definimos las variables de acuerdo al Informe sobre la Salud en el Mundo de la OMS y su anexo estadístico

– *Salud: nivel* medida como la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad.

Figura 1
Incidencia del seguro de salud privado y su impacto en la solidaridad y la competencia

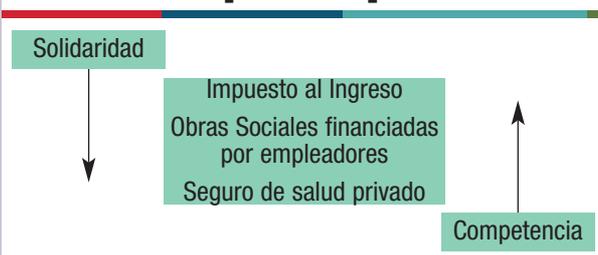


Tabla 1
Lista de países del OCDE seleccionados y su nivel de Gasto Privado en Salud como % del Gasto Total en Salud (año 2000)

País	2000
Australia	31.1
Canadá	29.7
Estados Unidos de Norteamérica	56.0
Francia	24.2
Japón	18.7
México	53.4
Nueva Zelanda	22.0
Países Bajos	36.9
Reino Unido	19.1
Suecia	15.1
Suiza	44.4

- *Salud: distribución* es medida como la igualdad sanitaria en función de la supervivencia infantil.
- *Reacción* (capacidad de respuesta: nivel y distribución) evalúa el desempeño del sistema de salud con respecto a siete elementos de capacidad de respuesta: dignidad, autonomía y confidencialidad, atención pronta, calidad de los servicios básicos, acceso a redes de apoyo social durante la atención y elección del proveedor de la atención.
- *Equidad de la contribución financiera* mide tanto la equidad de la contribución financiera como la protección contra el riesgo financiero. Se define como la razón entre el gasto sanitario total del hogar y sus ingresos permanentes por encima del nivel de subsistencia.
- *Capacidad global para el logro de objetivos* se mide con la mejor estimación posible de la tabla de mortalidad para cada país.
- *Gasto per cápita* deriva de las Cuentas sanitarias nacionales como instrumento completo y estandarizado para seguir nivel y tendencia del consumo de bienes y servicios médicos (criterio de gasto) y del valor agregado creado por el sector servicios y manufacturas (criterio de producción) así como ingresos, impuestos, contribuciones, primas y pagos (criterio financiero).
- *Desempeño en relación con nivel de salud* por el grado de eficiencia con la que el sistema transforma gastos en EVAD- y se mide el desempeño total como todos los indicadores anteriores de nivel y distribución, reacción, equidad (según una encuesta consiste en logro con respecto al nivel de salud, distribución de salud, nivel de la capacidad de respuesta, distribución de la capacidad de respuesta y equidad en la contribución financiera).

Estos indicadores se ordenan en una tabla de posiciones (ranking) que va del nivel más alto de logro o desempeño (1) al nivel más bajo (100).

A continuación, se tabulará el desempeño de los 11 países seleccionados y agrupando los modelos de acuerdo a una de las dimensiones (regulación, financiamiento, prestación de servicio) se establecerán las correlaciones entre los modelos según dimensión y el promedio ponderado del desempeño y logros de los sistemas de salud. Finalmente, se correlacionan los modelos de PPP con los promedios ponderados de los rangos de desempeño y logros de los sistemas de salud. Este promedio no indica una medida de performance sino un rango o posición relativa a través de la cual se pueden hacer inferencias. Finalmente se procederá a estimar los resultados de los modelos respecto a los promedios ponderados de los logros de los sistemas de salud.

4. Resultados

¿A qué senderos nos lleva esta investigación? En primer lugar presentamos una descripción de los 11 casos con la categorización de sus dimensiones. A partir de esta información se construye la taxonomía inédita.

Australia

En 1984 se implementa un seguro social. Aunque no puede considerarse un país con Sistema de Salud Nacional, se avanza una agenda de reforma. Cuenta con prestación de servicios descentralizada: un organismo central y provisión de servicios locales. El 31.1% gasto total en salud es gasto privado. El financiamiento proviene mayoritariamente de impuestos. El 44.95% de la población tiene seguro de salud privado, duplicativo y complementario y el 40.35%, suplementario. Los hospitales son públicos (problemas con listas de espera), comunitarios y privados. La cirugía electiva se realiza en el sistema privado. El sistema público subcontrata hospitales privados. El sistema de médico de cabecera controla el acceso (gatekeeper). Los profesionales médicos tienen derecho a trabajar en ambos sistemas y son remunerados por prestación.

Regulación pública débil; financiamiento mixto; prestación de servicios mixta

Canadá

En 1984 se implanta la Ley de Salud de Canadá: todo acto médico necesario debe ser cubierto en el sistema público. El 29.7% del gasto en salud es privado. Existe un solo ente financiador que recauda impuestos progresivos de los contribuyentes. Existe un 65% de seguro privado suplementario (contribución patronal), que cubre prestaciones excluidas por el sistema público: medicamentos, dentista y oculista. No existe el copago en el sistema público. Los hospitales son privados, sin fines de lucro y comunitarios. Los médicos son remunerados por prestación como empresarios independientes. Existen modelos público-privados para el gerenciamiento y construcción de hospitales y tecnología de información (historia clínica informatizada). La cirugía y los servicios electivos se realizan en el sistema privado.

Regulación pública fuerte; financiamiento mixto; prestación de servicios mixta.

Estados Unidos

Sistema conformado por una autoridad de salud y 50 agencias federales. Programas con financiamiento estatal: Medicaid, Medicare, Mutua de los Militares (Veterans) y Niños. La salud tiene forma de mercado dominado por los lobbies médico-industriales. Las aseguradoras de salud tienen un rol importante. El 56% del gasto total en salud es privado. El seguro de salud privado es primario, paralelo y complementario. Las redes de aseguradoras se constituyen en MCO (manager care organizations) para comprar servicios de farmacia, radiología, equipamiento médico, etc. Los médicos son remunerados por prestación como empresarios independientes. La cooperación entre el gobierno y las ONGs está enraizada en la cultura. Los hospitales son comunitarios y universitarios (privados sin fines de lucro).

Regulación pública débil; financiamiento privado; prestación de servicios privada.

Francia

Desde el siglo XIX existe un sistema de asistencia pública que derivó en seguro social. La creación del Seguro Social Universal data del año 2000. En el 2004 se implementó el gerenciamiento integrado del sistema de salud al promulgarse la ley Dowuste-Blazy, incluyendo la utilización de medicamentos genéricos. El 24.2% del gasto total en salud es privado. De tradición bismarkiana, el sistema tiene seguro médico obligatorio financiado a través de contribuciones patronales y un sistema de seguro privado suplementario o complementario que cubre al 92% de la población. Los hospitales son privados con y sin fines de lucro. Las clínicas privadas garantizan calidad y seguridad, en especial la UTI. 2/3 de las cirugías y 3/4 de las cirugías ambulatorias se realiza en clínicas privadas. Existen 40 clínicas privadas que encabezan un ranking de 295, donde la hiperespecialización es una característica. Los médicos remunerados por prestación en consultorio y están a sueldo en los hospitales.

Regulación pública fuerte; financiamiento mixto; prestación de servicios mixta.

Japón

Desde los años 50-60 la prestación de servicios de salud es pública y universal, e incluye a toda la población. Una ley de Seguro de Salud fue implementada en 1961. Revisiones a esa ley fueron realizadas en 1986 y 1992. El 18.7% del gasto total en salud es privado. La fuente de financiamiento proviene de impuestos generales y contribuciones patronales. Existen pocos modelos público-privados; aquellos se dan sobre todo en organismos comunitarios de prestación de servicios geriátricos. Hay escasas clínicas privadas. Estas ofrecen los mismos servicios que los hospitales públicos pero la diferencia reside en el número de camas. Los médicos son empresarios privados, no aceptan evaluación de su práctica por el gobierno, quien los subcontrata para brindar servicios a la población.

Regulación pública fuerte, financiamiento público, prestación de servicios pública.

México

Su sistema converge como otros en América latina: público, seguridad social y seguro privado duplicativo. La primera descentralización se pla-

nificó en 1986 con el fin de otorgar a las comunidades el manejo de un nivel de fuentes de financiamiento. En el 2004 se instala el Sistema de Protección Social en Salud. El 53.4% del gasto total en salud es privado. Otras fuentes de financiamiento incluyen las contribuciones patronales y los aportes privados de hogares. La prestación de servicios es privada y el sistema de seguridad social lo subcontrata. La desinversión del sector público disminuye mucho el nivel de prestación pública.

Regulación pública débil; financiamiento privado; prestación de servicios privada.

Nueva Zelanda

Demora en tener políticas públicas de salud, con intentos durante los años 80 y 90. La reforma de la primera línea data de 2002. La atención primaria pasa de ser financiada públicamente como beneficio social a ser universal y financiada a través de primas de seguros subsidiadas en función del riesgo del grupo al que pertenece el beneficiario. El 22% del gasto en salud es privado. Existe seguro privado duplicativo (35%). La primera línea esta financiada por primas de seguros subsidiadas. Toda prestación ambulatoria exige co-pagos. El gobierno juega un importante rol en asegurar acceso universal, sin embargo a través de las aseguradoras establece competencia para estimular la eficiencia y la reacción. El sistema de hospital público funciona en paralelo con las clínicas privadas. Los proveedores privados son contratados por el gobierno y cubiertos por aseguradoras de salud o aseguradoras de riesgo. La organización es similar al gerenciamiento de salud de las redes americanas. Los médicos acuerdan su copago de manera independiente y los médicos de familia son remunerados por capitación.

Regulación pública débil; financiamiento mixto; prestación de servicios mixta.

Países Bajos

Desde 1987 la Comisión Dekker ha propuesto el gerenciamiento integrado de servicios de salud. El acceso al sistema público de salud está en función del nivel de ingreso: existe un umbral por sobre el cual no se recibe seguro de salud público. Las prestaciones cubiertas por el sistema público y de seguridad social son definidas por el gobierno. El 36,9% del gasto total en salud es privado. El sistema esta financiado públicamente, con una fuerte presencia de seguro social a través de mutuales (obligatoria). El seguro de salud privado es duplicativo para hogares de altos ingresos. Las primas se distribuyen de manera equitativa, con una formula de ajuste por riesgo para lograr mayor equidad. Existe el copago para medicamentos. La mayor parte de la prestación es privada sin fines de lucro. Solamente dos o tres hospitales son administrados como agentes gubernamentales. Los presupuestos se negocian entre las mutuales y las aseguradoras. El sistema de médicos de cabecera se utiliza para control del acceso al sistema.

Regulación pública fuerte; financiamiento mixto; prestación de servicios privada.

Reino Unido

El NHS, Servicio Nacional de Salud, se funda en 1951 como el sistema más sofisticado y ahora es el último bastión del financiamiento y de pres-

taciones públicas. La administración Blair creo la Autoridad Regional de Salud que organiza la producción separando compradores y prestadores. El 19,1% del gasto total de salud es privado. Se encuentra en funcionamiento la Innovadora formula de PFI (Private Financing Initiative) para consorcios público privados con fin de renovar la infraestructura bajo forma de trusts. Los hospitales son públicos. Los médicos de cabecera manejan consorcios que compran prestaciones para su población, consorcios para la renovación o construcción de infraestructura. Esta iniciativa de consorcio público privado es aún limitada. Para el gasto farmacéutico se utiliza el co-pago.

Regulación pública fuerte; financiamiento público; prestación de servicios pública

Suecia

Sistema de seguro de salud nacional es descentralizado (imputabilidad regional). Se implementó a partir de los años 50 como parte de la estrategia de Primera Línea. En 1985 se introduce la Reforma Dagmar. El 15.1% del gasto total de salud es privado. El sistema de seguro de salud es nacional, financiado a través de impuestos progresivos a las ganancias. Se otorgan subsidios nacionales a hospitales universitarios y de investigación, así como para solventar a los más vulnerables. La infraestructura, las mutuales y los médicos a sueldo pertenecen todos al sistema público. Se empiezan a vislumbrar emprendimientos de gestión privada de los servicios públicos así como algunas iniciativas de clínicas de guardia privadas. Solo existe en el mínimo porcentaje un servicio clase corporativa privado.

Regulación pública fuerte; financiamiento público; prestación de servicios pública.

Suiza

La Ley de Seguro de Salud fue implementada en 1911. La ultima reforma data de 1987. Actualmente, empiezan las discusiones sobre la posibilidad de un seguro obligatorio. El 44.4% del gasto total de salud es privado. Existe una preocupación creciente por el peso que implica el envejecimiento de la población. La mayoría de los servicios son contratados por aseguradoras privadas o de la seguridad social (mutuales). Los profesionales médicos son remunerados por prestación excepto en los hospitales. El 22 % de los hospitales son privados.

Regulación pública débil; financiamiento privado; prestación de servicios privada.

De la categorización de las dimensiones surge la base para producir la taxonomía, con seis modelos posibles que presentamos a continuación (ver la tabla 2).

¿Qué podemos desarrollar a partir de estos resultados? La producción de esta taxonomía se basa en tres dimensiones donde se constata la asociación público-privada. La dimensión que más aparece como mixta, es el financiamiento. En cambio en la prestación de servicios, hay solamente dos modelos con prestación mixta. Por consiguiente, el financiamiento determina el modelo de prestación de servicios. Con financiamiento privado, la prestación es privada o mixta. Con financiamiento

mixto, la prestación es privada o mixta. Con financiamiento público, la prestación es definitivamente pública: la posibilidad de existencia deriva del contexto.

Dentro del marco de la teoría configuracional (aunque las probabilidades estadísticas sean matemáticamente más numerosas) solamente seis modelos coherentes surgen empíricamente. Esto genera un eje que, en el marco de la regulación pública fuerte, va de un financiamiento mixto a uno público, y consecuentemente una prestación de servicios mayormente pública. En cambio, en el marco de la regulación pública débil, el financiamiento toma forma de mixto a privado y, consecuentemente, la prestación de servicios será mixta o privada. Otros modelos son conjuntos vacíos, ya que no existe un modelo de regulación fuerte, financiamiento y prestaciones privadas, ni un modelo de regulación débil y financiamiento y prestaciones públicas. Esto está en línea con una coherencia de contexto que sostiene la teoría configuracional.

El desarrollo procederá a (a) establecer la correlación entre cada caso

Tabla 2
Modelización

Modelos	País
I - Regulación débil financiamiento y prestación de servicios privada	 
II - Regulación débil financiamiento mixto y prestación de servicios privada	
III - Regulación débil financiamiento y prestación de servicios mixta	 
IV - Regulación fuerte financiamiento mixto y prestación de servicios privada	
V - Regulación fuerte financiamiento y prestación de servicios mixto	 
VI - Regulación fuerte financiamiento y prestación de servicios pública	  

(país) y el desempeño y logros de su sistema de salud; (b) agrupar los modelos de acuerdo a una de las dimensiones (regulación, financiamiento, prestación de servicio) y establecer las correlaciones entre los modelos agrupados por dimensión y el promedio ponderado del desempeño y logros de los sistemas de salud, y; (c) estimar los resultados de los modelos respecto a los promedios ponderados de los logros de los sistemas de salud.

De esta manera se pueden comparar los modelos de PPP y los logros y el desempeño de los sistemas de salud. Este promedio no indica una medida de performance sino un rango o posición relativa a través de la cual se pueden hacer inferencias (tabla 3).

Cuando agrupamos modelos de acuerdo a una de las dimensiones (regulación, financiamiento, prestación de servicio) se establecerán las correlaciones entre los modelos agrupados por dimensión y el promedio ponderado del desempeño y logros de los sistemas de salud.

A partir de la tabla 4, si agrupamos los modelos de acuerdo a la dimensión prestación de servicios, el promedio ponderado de los rangos muestra que los modelos de prestación mixta tienen mejores indicadores que los de prestación privada. Si agrupamos los modelos según la dimensión de financiamiento, los modelos de financiamiento mixto presentan mejores resultados que los de financiamiento privado y, a veces, que los de financiamiento público. Una de las fuentes de financiamiento privado es el Seguro Privado de Salud (SPS). La entrada en escena del SPS juega un rol fundamental en la corrección de ciertas fallas del mercado de salud. Cuando agrupamos los modelos de acuerdo a la regulación, podemos comprobar que los mejores logros están atados a gobiernos con fuerte marco regulatorio.

Finalmente, esta información nos permite entender la variación de los efectos basándonos en modelos de PPP (agrupando por modelo en la figura 2).

Cada modelo de PPP (ver Tabla 2) tiene un rango diferente para su indicador de logro y desempeño, como se verifica en el siguiente gráfico telearaña. Podemos sintetizar los seis modelos asumiendo que la cercanía

Tabla 3
Presentación del desempeño de los sistemas de salud

Países	Salud			Equidad financiera	Cap. Global logro objetivos	\$/cápita	Performance	
	Nivel	Distribución	Reactividad				Función de la inversión	Global
Australia	2	17	12.5	28	12	17	39	32
Canadá	12	18	7.5	18	7	10	35	30
Estados Unidos	24	32	1	55	15	1	72	37
Francia	3	12	16.5	28	6	4	4	1
Japón	1	3	6	10	1	13	9	10
México	55	65	53.5	144	51	55	63	61
Nueva Zelanda	31	16	22.5	24	26	20	80	41
Países Bajos	13	15	9	21	8	9	19	17
Reino Unido	14	2	26.5	10	9	26	24	18
Suecia	4	28	10	13.5	4	7	21	23
Suiza	8	10	2	39	2	2	26	20
Promedio	15	20	15	35	13	15	36	26

Tabla 4
Comparación del desempeño de los sistemas de salud

Modelos	Salud			Reactividad	Equidad financiera	Cap. Global logro objetivos	\$/cápita	Performance	
	Nivel	Distribución						Función de la inversión	Global
Agrupados por Prestación									
Mixto	III, V	13	16	15	25	13	13	40	27
Privado	I, II, IV	20	25	13	53	14	13	38	29
Público	VI	6	11	14	11	5	15	18	17
Promedio		15	20	15	35	13	15	36	26
Agrupados por Financiamiento									
Mixto	II, III, IV, V	12	14	10	27	9	9	31	23
Privado	I	40	49	27	99	33	28	68	49
Público	VI	6	11	14	11	5	15	18	17
Promedio		15	20	15	35	13	15	36	26
Agrupados por Regulación									
Privada	I, II, III	22	25	16	55	18	16	51	35
Pública	IV, V, VI	9	14	12	18	7	10	19	17
Promedio		15	20	15	35	13	15	36	26

al centro indica un rango mejor y la lejanía es indicadora de un rango alto o peor desempeño. Por ende, podemos considerar cuanto más centrípeto el modelo, mejor su desempeño (modelo VI, V, IV, II).

5. Discusión y conclusiones

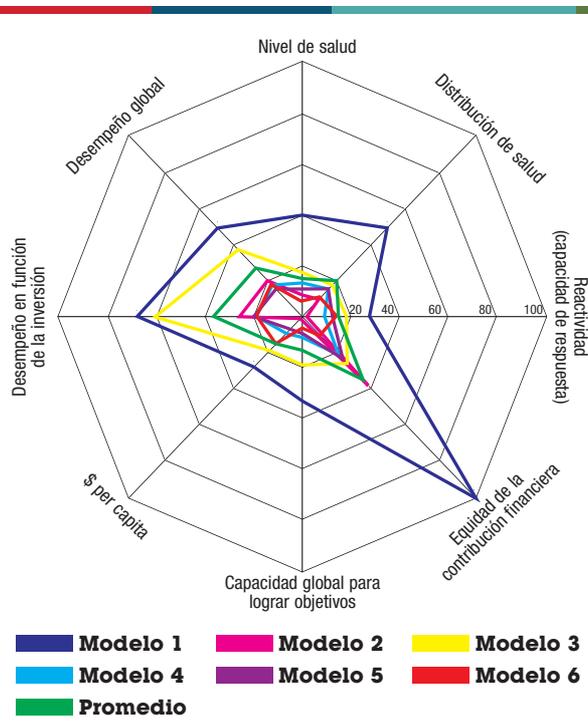
Este estudio introduce una comparación transversal de 11 países y en un todo de acuerdo con lo expresado por Ted Marmor, las comparaciones entre sistemas de salud a nivel internacional son extremadamente complejas. Sin embargo, a partir de los resultados precedentes, podemos inferir algunas tendencias que pueden resultar de interés en la toma de decisión.

Sin entrar en el ámbito de la teoría del Estado, la regulación del sistema de salud fue la dimensión más difícil de categorizar. En cuanto a la gobernabilidad, se pudo evidenciar que da lugar a una simple coexistencia de actores públicos y privados (donde cada uno aprovecha los espacios libres dentro de un juego político) o una colaboración de los mismos, donde los actores establecen acuerdos más formales.

De la taxonomía resultante se concluye que la posibilidad de existencia entre el modelo y su contexto es contundente. Dentro del marco de la teoría configuracional se constata que el contexto histórico también determina el resultado. Un marco bismarkiano (financiamiento por mutuales y seguro social como en Francia) tiene desarrollo diferente que un marco Beverigiano (financiamiento a base de impuesto como en el Reino Unido y Australia y Nueva Zelanda). Esta conclusión abre nuevas pistas de investigación.

Es en la dimensión del financiamiento que se encuentra la mayor parte de los casos mixtos, o sea de PPP. En cambio en la provisión de servicios hay solamente dos modelos con prestación mixta. Por consiguiente, el financiamiento determina de alguna manera la forma de provisión. Si el financiamiento es privado, la prestación es privada o mixta. Si el financiamiento es mixto, la prestación es privada o mixta. Si el financiamiento es

Figura 2
Modelos de PPP



público, la prestación es definitivamente pública.

También se puede concluir que hay una lógica de path dependency. La prestación de servicios depende del modo de financiamiento y este, a su vez, está definido por el modo de regulación subyacente. Podríamos aventurarnos a recomendar que, ante la decisión de una reforma de un sistema de salud, no podemos proponer cualquier modelo sino un modelo que sea compatible con su contexto. Cuando relacionamos los modelos de PPP con los logros y el desempeño de los sistemas, los resultados demuestran las tres conclusiones:

- Los modelos con mejor performance son aquellos donde la regulación es fuerte y tanto el financiamiento como la provisión de servicios es pública.
- Los casos con peor performance son aquellos donde la regulación es débil y tanto el financiamiento como la provisión de servicios es privada.
- Los casos donde el financiamiento y la provisión son mixtos, y que además demuestran buenos niveles de performance, son aquellos donde existe una fuerte regulación pública.

Más allá de la complejidad de una comparación transversal de 11 países de la OCDE, en una primera aproximación es contundente que los modelos con regulación pública fuerte se correlacionan con los mejores logros. Se concluye entonces que una fuerte regulación pública es una condición necesaria pero no suficiente para la performance de los sistemas de salud en los países industrializados.

Esta investigación presenta tres ideas fuertes: una taxonomía de los modelos de PPP en 11 países industrializados, los logros de los sistemas de salud en relación con los modelos de PPP subyacentes y, derivando de estas dos, una orientación sobre que variables considerar para incidir, modificar y obtener impacto de manera exitosa sobre el desempeño de un sistema de salud.

6. Alcances

La teoría configuracional se basa en la hipótesis de que todo esquema social sigue un orden, un patrón, un tipo. Tal vez esta taxonomía sirva como base para repensar la organización del sistema de salud en función de los resultados a los que se apunta. Puesto que existen varios modelos posibles, la última decisión es una decisión política. ¿En qué contribuye esta investigación al debate sobre la salud en la Argentina? Argentina presenta, dentro de cierta convergencia de modelos latinoamericanos, un sistema a tres velocidades: público, privado y seguridad social. Aunque las reformas propusieron generar la competencia gerenciada, los cambios quedaron a mitad de camino. Tal vez sirve ampliar la mirada a otros modelos, de acuerdo a su coherencia con el contexto. Las condiciones de existencia del sistema de salud argentino están predeterminadas por su historia. Más allá del impacto de otros determinantes de la salud de sus ciudadanos, no podemos proyectar a generaciones futuras sin tener en cuenta su nivel de acceso a servicios de salud de calidad.

La decisión sobre estas prioridades es una decisión política. Abrir el debate y reflexionar sobre la mejor combinación de actores públicos y privados en el sistema de salud donde se comparten recursos, riesgos y ganancias será un ejercicio necesario y saludable.

Bibliografía*

- Abel-Smith, Brian. **La Réforme des systèmes de santé : étude de dix-sept pays de l'OCDE**. Organisation de coopération et de développement économiques Paris: OCDE, 1994.
- Allyson Pollock, David Price and Stewart Player. **Public Risk for Private Gain?** The public audit implications of risk transfer and private finance, UNISON, 2004
- Atherly, Adam (Emory University). **Supplemental Insurance: Medicare's Accidental Stepchild**: in Medical Care Research and Review, Vo 58 No 2 (June 2001) 131-161
- Arredondo, Armando¹; Parada, Irene¹; Orozco, Emanuel¹; Garcia, Eunice. **Efectos de la descentralización en el financiamiento de la salud en México** (Impact of decentralization on health financing in Mexico) ¹Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México ²Secretaría de Salud. Tabasco. México 2003
- Arredondo A, Najera P. **Who pays more for health services in middle-income countries: lessons from Mexico** in PUBLIC HEALTH 119 (2): 150-152 FEB 2005
- AUDRIC Sophie BAUBEAU Dominique, CARRASCO Valérie, CASSES Chantal, COLDEFY Magali, FENINA Fénina, HADA Hada, HAURY, LE RHUN Beatrice, MOUQUET Marie-Claude THOMSON Édith, TRIGANO Lauren, VILLAIN Annick **LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ : Un panorama pour l'année 2003 - Partie 3** « Données sur la situation sanitaire et sociale en France » Édition 2005 La Documentation française Drees Paris 2003
- BECK, U (1986) « Culture politique et evolution technique: la fin du consensus sur le progres et subpolitique de la medecine – etude d'un cas limite » In LA SOCIETE DU RISQUE : SUR LA VOIE D'UNE AUTRE MODERNITE. Paris : Alto-Aubier p 428-451
- Begin M. "Public / Private Boundaries in Canadian Healthcare: Some Clarification" Healthcare papers 4 (4):35-40 2004
- Bradford N. **Public-private partnership? Shifting paradigms of economic governance in Ontario**. IN CANADIAN JOURNAL OF POLITICAL SCIENCE-REVUE CANADIENNE DE SCIENCE POLITIQUE 36 (5): 1005-1033 DEC 2003
- Bronwyn Howell. **Restructuring Primary Health Care Markets in New Zealand**: from Welfare Benefits to Insurance Markets
- Chodos H. MacLeod JJ. Romanow and Kirby on the public/private divide in healthcare: demystifying the debate. [see comment]. [Journal Article] Healthcarepapers. 4(4):10-25, 2004. Ul: 15201525
- Colombo F, Tapay N, **Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems** OECD Working Papers 2004 (<http://www.oecd.org/dataoecd/34/56/33698043.pdf>)
- Contandriopoulos A.P., Champagne F, Potvin L, Denis J L, Boyle P. "Savoir Preparer une Recherche" Les Presses de l'Université de Montréal, Aout 1990
- Contandriopoulos A.P. (1994). « Reforme le système de santé : une utopie pour sortir d 'un statu quo impossible » Ruptures Vol 1 nro 1 p 8-26
- Contandriopoulos, A.P, Denis J L Dubois C A (2000) « La Place et le rôle du secteur privé dans la transformation du système de soins ». Departement d'administration de la santé et GRIS , Université de Montréal
- Contandriopoulos, A.P. **La santé entre les sciences de la vie et les sciences sociales** Ruptures 6 1999
- Crozier Michel (1987) **La crise de la gestion publique (Chap 3)** Dans ETAT MODESTE, ETAT MODERNE : Stratégies pour un autre changement. Paris : Fayard : 67-89
- Enthoven, Alain. "Draft for discussion at the Federal Reserve Bank of Boston Conference: The U.S. Experience with Managed Care and Managed Competition" June 2005
- Evans, R. "Political Wolves, Economic Sheep: The sustainability of Public health Insurance in Canada " (2003) UBC College of Health Disciplines (to be published shortly by A. Maynard)
- Farnsworth, E. A. "An Introduction to the legal system of the United States" published for the Parker School of Foreign and Comparative Law, Columbia University in the City of New York (1985)
- Ferlie E, Ashburner L, Fitzgerald L, Pettigrew A (1996). **Characterizing the new public management** (chap 1) in: The new public management in action Oxford : Oxford University Press : 1-29
- Field E. and Peck E.. « Public-private partnerships in healthcare : the managers' perspective. Institute for Applied Health and social Policy, King's College, London, UK and Health Services Management Center, University of Birmingham, Birmingham UK 2003
- Fries J.F. (1989) "The Compression of Morbidity" The Milbank Quarterly vol 61 nr 3 p 397-419
- Gauthier Benoit. **De La Problématique à la Collecte des données** dans : RECHERCHE SOCIALE Presse de l'Université de Québec 1995 Ch 3 et 5
- Godin RE "Democratic accountability: The distinctiveness of the third sector" Archives Europeennes de Sociologie 44 (3): 359 + 2003

* Este trabajo, con su respectiva bibliografía completa, se encuentra disponible en el Centro de Documentación ISALUD.