

Libertad individual en salud pública

Luis José Aragón Yanes

Resumen

La salud pública se define como el mantenimiento de la salud por medio de esfuerzos organizados de la sociedad y por lo tanto necesita de la eficiente asignación de recursos médicos escasos a los pacientes que los necesitan. Los usuarios de salud pública hacen largas listas de espera (más de 70 días para una cirugía necesaria). España permite evaluar un modelo de salud pública con hospitales de gestión privada en el que el paciente elige su hospital y hasta su médico, logrando acortar las listas de espera (13 días), mejorar satisfacción del paciente, disminuir su gasto en 25%, aumentar porcentaje de ocupación de quirófanos y todo esto siendo de los mejores del ranking español. La diferencia la marca la libertad individual para elegir la atención médica y los incentivos de la gestión privada permiten que los recursos se asignen eficientemente sin afectar (incluso mejorando) los resultados médicos. En Guatemala el 85% de sus gastos totales de salud pertenecen al sector privado y es necesario promover el marco jurídico-económico que permita la prestación de servicios de salud de empresas privadas en el contexto de servicios públicos de salud.

Palabras clave: salud pública, modelo concesionario, alianza público-privada, libertad individual, transparencia.

LIBERTAD INDIVIDUAL EN SALUD PÚBLICA

Importancia de la salud pública en la salud del individuo

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud pública se define como “la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud a través de los esfuerzos organizados de la sociedad”. Es decir, que a través de medidas y decisiones a nivel poblacional (es decir, comunitario, regional o incluso nacional) se pretende beneficiar, en términos de indicadores de salud, a toda la población objetivo.

Uno de los mejores ejemplos de salud pública son las vacunas. Parece estar convincentemente demostrado que las vacunas son herramientas efectivas para controlar y hasta erradicar muchas enfermedades infecciosas, sus beneficios son sólo superados por la disponibilidad de agua limpia, según publicación de Andre (2008). Las vacunas tienen efecto positivo al reducir las tasas de enfermedad, discapacidad y muerte en la población beneficiaria y por lo tanto son medidas de salud pública indiscutibles para el beneficio de una sociedad. En base al efecto “rebaño” (inmunidad colectiva) el beneficio de los vacunados llega a los no vacunados; es decir, aunque solo un subgrupo poblacional reciba la vacuna, la disminución de la incidencia de la enfermedad es sensible en toda la población, incluyendo el subgrupo no aplicado, por un efecto sobre la tasa de contagio.

El beneficio del efecto “rebaño” se ha descrito, entre muchas otras, para la vacuna antigripal. El grupo principalmente vacunado es el infantil. Al disminuir la tasa de contagio del virus no solamente tiene un beneficio directo en el subgrupo que recibe la vacuna, sino que además tiene un beneficio indirecto en los adultos (padres y maestros, especialmente) que se expondrían al virus a través de los niños enfermos. Es decir, la vacuna tiene como beneficio adicional una menor tasa de infección de los adultos no vacunados. De este modo, podemos ver que el individuo obtiene beneficio de un programa colectivo de vacunación.

El individuo que por cualquier motivo o creencia personal no acepta la vacunación, puede ver respetada su decisión personal con bajo riesgo porque los efectos benéficos de la vacuna en los sí vacunados y la consecuente disminución en la propagación epidemiológica del virus en la población le evitaría una infección (para más detalles sobre la libertad individual en el tema de vacunación colectiva invito al lector a revisar el artículo de Salmon, 2006). En la actualidad el beneficio colectivo descrito para las vacunas es sumamente importante para evitar epidemias en un mundo globalizado.

Todo este sistema de vacunación no consiste nada más en las vacunas. También necesita un grupo de profesionales (médicos, enfermeras, técnicos de laboratorio, etc.) coordinado y equipado que mantenga la cadena en frío¹, lleve las vacunas hasta las poblaciones vulnerables, administre correctamente las vacunas y monitorice los efectos de estas. Y con esta cadena de distribución en mente es evidente la serie de decisiones económicas involucradas en un programa de vacunación.

Por supuesto que las crisis médicas colectivas no consisten únicamente en epidemias de enfermedades infectocontagiosas. Respecto a otro tipo de eventos colectivos, es indispensable la adecuada atención de las víctimas de un desastre natural o provocado (por ejemplo, un terremoto o la detonación de un explosivo como parte de un ataque terrorista). Estos eventos típicamente son impredecibles, afectan grandemente a poblaciones vulnerables y presentan el reto de muy poco tiempo de reacción (si acaso hay algún tiempo para reaccionar) y las consecuencias son catastróficas en términos de vidas humanas, infraestructura y repercusiones económicas. En estos casos los sistemas médicos típicamente se sobrecargan y se necesita más de un cuerpo de rescatistas, bomberos y hospitales para enfrentar la situación.

¹ La cadena en frío consiste en una cadena de distribución con características técnicas específicas que aseguran que la vacuna mantenga una temperatura constante a lo largo de todo su trayecto desde el sitio de producción hasta el sitio de administración sin que pierda sus propiedades inmunogénicas.

Para cumplir esta expectativa debe lograrse la adecuada vinculación entre los servicios médicos apropiados y la necesidad de los pacientes (que en caso de desastres son múltiples: psicológicas, medicas, económicas, etc.). Y, además, esto debe lograrse con eficiencia pues, al igual que cualquier servicio, los servicios sanitarios son escasos y costosos; además, el mercado de salud tiene la característica de información asimétrica según Mwachofi (2011). No siempre será posible esperar que una persona después de terremoto o un huracán este en sus mejores condiciones para tomar decisiones respecto a su propia salud. Pero no por no tener la mejor capacidad de decidir en ese momento se le dejara de prestar la atención médica necesaria.

Nuevamente en este ejemplo podemos describir la necesidad de logística y una cadena de distribución: atención de los heridos en el sitio del evento, traslado hacia hospitales aptos para atención según la gravedad de sus lesiones, atención médico-quirúrgica, seguimiento intra y extrahospitalario según la necesidad de cada paciente. Esto sin tomar en cuenta la reconstrucción de las instalaciones dañadas. De tal forma que también en este caso hay una enorme cantidad de decisiones económicas que deben ser tomadas para asignación de recursos para manejo del desastre, desasignación de recursos a necesidades menos prioritarias en ese momento y búsqueda de financiamiento desde otras fuentes por motivo de la crisis.

Con estos dos ejemplos he buscado explicar la importancia de los sistemas de salud pública en la salud del individuo. Claramente hay muchas necesidades que ocurren solo en situaciones extremas específicas y que deben resolverse rápida y oportunamente. Por suerte para todos nosotros, los desastres naturales y las epidemias son eventos esporádicos. Pero más allá de los casos extremos, todos los días hay personas económicamente activas (ya sea en empleo estatal, sector privado o emprendedores individuales) que necesitan atención médica urgente que podría deberse a: accidentes automovilísticos, accidentes laborales o agudización crítica de sus enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes mellitus o hipertensión arterial).

Si consideramos que solo en 2016 el Instituto Nacional de Estadística de Guatemala reporto 9,764 accidentes de tránsito (lo que significa aproximadamente 21 accidentes/día) con una tasa de fallecimiento del 20% se logra apreciar que los problemas de salud pública persisten más allá de los eventos naturales o provocados de gran magnitud colectiva, sino que también involucran eventos lo suficientemente frecuentes para causar impacto social y económico a largo plazo. Pareciera muy claro que la salud pública es necesaria para el beneficio del individuo. Pero ¿puede el gobierno adaptarse suficientemente rápido a las necesidades de sus pacientes?

Manejo gubernamental de la salud pública, ¿realmente es necesario?

Comparar los sistemas de salud pública y privada es realmente un reto. Fundamentalmente porque no se ha documentado algún país en donde un sistema nacional de salud pública haya sido sustituido por uno privado (o viceversa) y por lo tanto no es posible medir directamente los efectos comparativos de ambos sistemas. Además, la información disponible es escasa y confusa pues los sistemas de salud en cada país son ideológicamente y legalmente diferentes y por lo tanto las comparaciones usualmente no son tan precisas como se desea. Por último, existen tantas mezclas de privado-público en los diferentes modelos sanitarios que no es suficiente con comparar en base a etiquetas de “privado vs público”. El trabajo de Basu (2012) indica que no hay evidencia de que el sector privado sea medicamente más efectivo que el sector público, pero este último si carece frecuentemente de hospitalidad hacia los pacientes y la atención no siempre es idealmente oportuna.

Sin embargo, es razonable suponer que un sistema grande y primordialmente centralizado presenta muchos obstáculos para “escuchar” las necesidades actuales de los pacientes individuales. También puede suponerse que ante presiones políticas los sistemas de salud públicos hagan énfasis en enfermedades más “visibles” o políticamente relevantes. De tal forma que poco a poco, las necesidades del individuo quedan rezagadas dentro de los grandes sistemas nacionales de salud.

Una de las manifestaciones más visibles de la ineficiencia en la asignación de recursos por parte de los sistemas sanitarios son las listas de espera en los hospitales y clínicas. Es decir, si un paciente sufre hoy una enfermedad, ya tiene el diagnóstico de esta, y no hay razón médica para retrasar la administración del tratamiento apropiado, entonces ¿por qué debería esperar?

Como es de esperarse, el tiempo de espera para recibir un tratamiento depende del país, el hospital y hasta el modelo sanitario (de libre acceso o por medio de seguro). Pero tomando como ejemplo el sistema de salud español (el cual es principalmente público y de libre acceso, muy parecido al modelo nacional de Guatemala) podría promediarse alrededor de 73 días de espera para someterse a una cirugía necesaria.

Vale la pena detenerse un momento y aclarar que si un paciente tiene una condición mortal seguramente recibirá atención inmediata. Pero las enfermedades no mortales son muchísimo más comunes y con claro impacto en la salud y economía. Además, la lista de espera no solo representa un retraso en la atención del paciente, sino que también tiene consecuencias significativas para la vida del paciente. En 2007, Oudhoff estimó que un 48% de los pacientes en lista de espera ve afectada su vida social diaria y hasta un 23% de ellos tendrá problemas para desempeñarse en su trabajo a consecuencia de dicha enfermedad durante el tiempo que espera el tratamiento médico apropiado.

El problema de la asignación de recursos se hace más evidente cuando vemos que se estima que los quirófanos en Madrid mantienen solamente 70% de ocupación. Esto se visualiza mejor si analizamos que la Comunidad de Madrid reportó en su página web en el 2012 un total de horas de quirófano disponible al mes de 1,394. Si de las disponibles se mantuvo con ocupación de un 70% (es decir, el 30% de esas horas disponibles el quirófano se encontraba desocupado) es equivalente a más de 400 horas quirófano/mes que pudo haberse destinado a más procedimientos quirúrgicos y de esa forma aportar para reducir los tiempos de espera. La situación en Guatemala es aún más grave porque hay atraso incluso para el diagnóstico de las

enfermedades, lo cual atrasa mucho más el tratamiento oportuno. Infortunadamente, la información oficial al respecto es prácticamente nula.

El modelo de las asociaciones público-privadas (modelo concesionario)

A pesar de que no hay ningún país que tenga un sistema de salud basado en el libre mercado, España ofrece un escenario en donde podemos valorar el impacto de la gestión privada en los servicios de salud pública. Desde hace algunos años han incorporado a su Sistema de salud una mezcla de hospitales de administración pública directa y algunos hospitales de gestión privada como parte de la red pública.

Uno de los hospitales más conocidos, por su publicidad en los medios, que trabajan con el modelo concesionario o asociación público-privada (PPP o *Public-Private Partnership* como se le llama en inglés) es el de La Ribera, en Alzira, Valencia (España). Este hospital ha sido creado bajo los principios de propiedad pública, control público, financiamiento público y gestión privada. El modelo se basa en que la administración privada se encarga de los servicios clínicos y no clínicos hospitalarios y no hospitalarios de atención primaria y especializada. Este es un modelo interesante que mantiene el hospital como propiedad del gobierno (evitando con eso el rechazo social hacia la “privatización”) y permite que una empresa privada administre los múltiples servicios (alivianándole la carga a la maquinaria estatal). El modelo es complejo, pero respecto a su financiamiento las características más importantes son:

1. Un pago de parte del estado de **capitación anual** (una cantidad fijada anualmente por habitante del área designada a ser cubierta por el hospital). Esto estimula a la empresa responsable a ejecutar planes de prevención efectivos en su comunidad (es más barato prevenir que curar)
2. Compensación económica por los pacientes atendidos que llegan desde otras áreas vecinas (no designadas); lo que implica que el paciente puede hacer uso de su libertad de elección e ir a hospital que considere el “mejor” aunque se localice en otra región

geográfica. Esto estimula la calidad del servicio pues hay incentivo para que el paciente lo “elija” por sobre su hospital regional.

3. Penalización económica por aquellos pacientes de su área designada que decidan no asistir a su hospital y buscar atención médica en un “mejor” hospital, aunque sea de otra región. Esto estimula a buscar la satisfacción del usuario.

El modelo ha sido exitoso pues en base al incentivo económico ha estimulado la eficiencia del gasto, buen uso de las instalaciones, mejoras de recursos humanos, implementación de tecnología, buena atención al paciente y supervisión apropiada. Según un reporte de la Comisión Europea (2013) los beneficios han sido: se permite que los pacientes puedan elegir que médico especialista y enfermera los va a tratar, las listas de espera más cortas están en los hospitales de gestión privada (promedio de 13 días versus 73 días), mayores índices de satisfacción de pacientes, sin disminuir la calidad médica de atención (figuran como los mejores del ranking español) y por si fuera poco ahorran hasta el 25 % de gasto comparados con sus homólogos públicos.

Venciendo la brecha: acceso a la información

¿Cuál es la diferencia? Esencialmente que el paciente pueda elegir en un contexto que permite la compensación del proveedor (este detalle lo diferencia de otros modelos de salud pública). El paciente utiliza la información disponible para elegir el hospital que más se acomoda a sus preferencias, y el hospital utiliza la preferencia del paciente como semáforo para guiar su administración y asignación de recursos. Muchas veces el paciente ni siquiera conoce quien gestiona su hospital (administrador privado o el gobierno), pero si le interesa siempre estar satisfecho de la atención que recibe. De esa forma el Hospital de Torrejón (que también tiene el modelo PPP) llego a ser tan aceptado por los pacientes que el 34% de los partos atendidos en sus instalaciones correspondía a pacientes que provenían de regiones afuera de su área designada, quienes viajaban hasta ese hospital por su política de **parto respetado**. Este tipo de ajustes es muy difícil lograrlos en su sistema único que debe tomar muchísimas decisiones de forma centralizada. El modelo de gestión privada permite que una administración

“centrada en el paciente” ajuste sus decisiones estratégicas a las necesidades en tiempo real de la población que atiende y permita hacer el balance entre las guías de práctica clínica y los requerimientos de la población.

El Hospital La Ribera, en Alzira, no es el único hospital que mezcla sector privado y público en Europa ni mucho menos en el mundo. En otros países europeos (Reino Unido y Alemania, por ejemplo) se han puesto en marcha hospitales en base al modelo de alianza público-privada. Sin embargo, el caso del Hospital de Alzira ha sido muy particular pues ha sido “centrado en el paciente” por las siguientes características:

1. Los pacientes escogen en que hospital quieren recibir la atención (de gestión privado o administración pública directa, aunque en encuestas se ha visto que la mayoría de las veces desconocen quien gestiona el hospital, solamente les gusta la forma en que está gestionado)
2. Los pacientes pueden elegir su médico tratante e incluso su enfermera
3. Se desarrollaron políticas de beneficio directo al paciente. Por ejemplo, la política de parto respetado. Este abordaje permite a las madres elegir, siempre que no haya contraindicación médica-científica, como quieren que nazca su bebé: en bañera, de pie, en Camilla, con o sin epidural, etc.
4. Existe incentivo para hacer las cosas bien de parte de la administración pues recibe una compensación financiera por cada paciente que atiende que viene de afuera de su área designada.
5. Existe sanción financiera si un paciente del área de referencia del hospital decide ir a otro hospital en otra región que no sea la de referencia. Esta medida también protege contra incentivos perversos, evitando que el hospital seleccione los casos “menos costosos” para quedárselos y traslade a otros hospitales los casos “más caros”.
6. A pesar de que el Proyecto está bajo el control del poder público a través de un Comisionado, permite a la administración privada la supervisión de los trabajadores,

el manejo eficiente del recurso humano (en contraposición a las plazas estatuarías) y la libertad de reinversión directa.

7. Considerando la tendencia de la opinión pública hacia el rechazo de la “privatización” de los servicios del estado, estos proyectos deben ser muy transparentes. Deben permitir acceso fácil a la información para que el usuario común pueda ver los beneficios del sistema.
8. El sistema debe ser flexible (un gran reto al momento de hacer los contratos con el gobierno) permitiendo tomar las decisiones de forma oportuna y ajustar los cambios en las prioridades de atención e incluso en las instalaciones para responder rápidamente a las necesidades de la población.

Dicho todo lo anterior, para que se cumpla la asignación de recursos dirigida por la preferencia del paciente la condición obligatoria es que la información disponible sea real y transparente. La eficiente gestión de los servicios de salud por proveedores individuales guiados por la libertad de elección del paciente permitiría que los recursos se asignen de forma más eficiente y resuelvan satisfactoriamente las necesidades de salud de las personas de una mejor manera en la que los sistemas públicos lo hacen actualmente.

El poder del individuo: transparencia en la información

De alguna forma la cuestión no se trata de demostrar a toda costa que la gestión privada es mejor que la pública (o viceversa si llegara a darse el caso) sino que evidenciar, en base a experiencias reales, cuáles son las estrategias que benefician en última estancia al individuo. Bastante se ha dicho ya sobre los efectos de un sistema centralizado basado en la estructura de gobierno. El individuo necesita información adecuada. De poco sirve las estadísticas típicas de los hospitales en donde describen la cantidad de paciente atendidos y el presupuesto general asignado.

Más útil es, en cambio, la tasa de cirugías exitosas categorizadas por tipo de cirugía (que es importante si el paciente necesita elegir donde realizar una cirugía en particular), o la tasa de partos no convencionales atendidos con éxito (de pie, en bañera, etc.) o incluso los tiempos

de espera para la evaluación por especialista competente o el tiempo de espera de una emergencia. Ese es el tipo de información que permite al individuo decidir lo que se aproxima más a sus intereses particulares. Habrá hospitales con una reputación de éxito en cirugía pancreática, pero sería apresurado suponer que eso lo hace buen hospital para realizar cesáreas o para tratar embarazos de alto riesgo.

Así que el puente para que el individuo pueda saltar la brecha hacia la atención médica de calidad que responde a sus necesidades particulares y sin perder el beneficio colectivo de las medidas de salud pública es el acceso a información transparente. No importa si la red de atención es privada o pública, el individuo está a merced del sistema y es incapaz de tomar decisiones por sí mismo sino cuenta con la información correcta. Sin tales estadísticas, la decisión de un paciente será basada en sus impresiones o en lo que le han contado.

Situación actual de Guatemala

Según datos del Banco Mundial la disponibilidad de médicos y la disponibilidad de agua potable en una población son factores determinantes (entre otros) de la expectativa de vida. Además, según Bloom (2012) hay una correlación directa entre la expectativa de vida de los habitantes y el producto interno bruto de un país. Considerando que, en Guatemala, se estima que hay 0.6 camas de hospital por cada 1000 habitantes y 40% de la población no tiene acceso ordinario a agua potable mejorar la productividad nacional es un reto significativo.

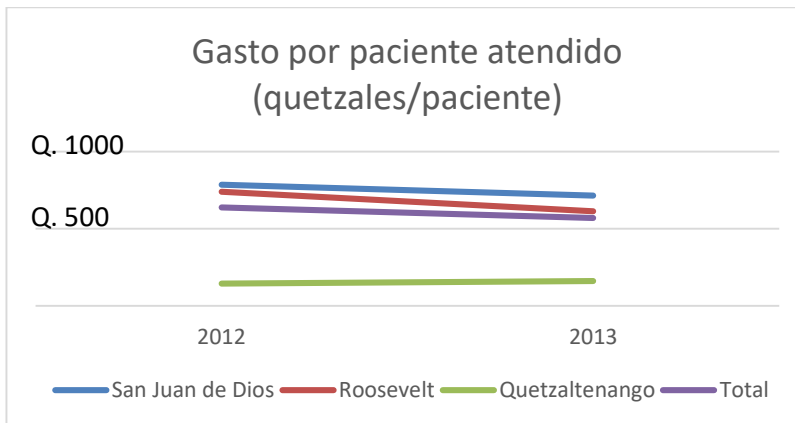
Según datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (de Guatemala) y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social los tres hospitales más importantes de la red nacional son el Hospital Roosevelt, San Juan de Dios y Hospital Regional de Quetzaltenango, los dos primeros ubicados en la ciudad capital y el tercero en Quetzaltenango. Entre ellos se asigna el 43.84% del presupuesto para hospitales del Ministerio de Salud y corresponden en total al 27.02% de todos los pacientes atendidos a nivel nacional por el sistema público (ver tabla No.

1)

TABLA NO. 1		2010	2011	2012	2013	2014
Hospital General San Juan de Dios	Pacientes atendidos	ND	ND	463,642	499,475	ND
	Presupuesto devengado	Q309,983,49 5	Q353,160,10 7	Q364,516,94 3	Q356,792,61 4	Q439,146,47 8
	Quetzales/paciente			Q786.20	Q714.34	
Hospital Roosevelt	Pacientes atendidos	ND	ND	479,586	622,255	ND
	Presupuesto devengado	Q305,698,93 2	Q350,200,68 4	Q354,910,64 4	Q381,436,24 5	Q422,424,08 1
	Quetzales/paciente			GTQ740.04	GTQ612.99	
Hospital de Quetzaltenango	Pacientes atendidos	ND	ND	235,753	243,826	ND
	Presupuesto devengado	Q23,284,472	Q30,875,228	Q33,959,919	Q39,249,912	Q40,090,927
	Quetzales/paciente			Q144.05	Q160.98	
Totales	Pacientes atendidos	ND	ND	1,178,981	1,365,556	ND
	Presupuesto devengado	Q638,966,89 9	Q734,236,01 9	Q753,387,50 6	Q777,478,77 1	Q901,661,48 6
	Quetzales/paciente			Q639.02	Q569.35	

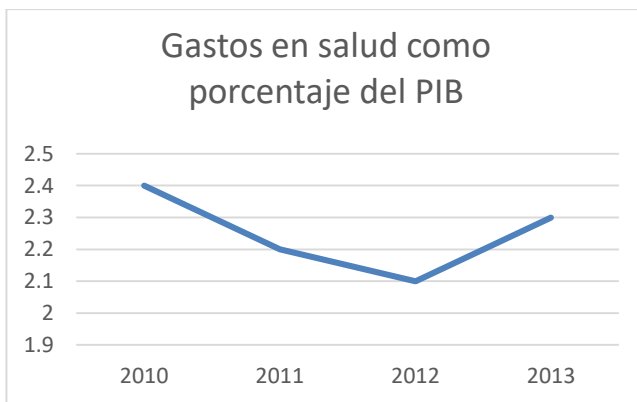
Tabla No. 1. Tabla resumen de pacientes atendidos, presupuestos y relación costo por paciente de los tres hospitales más importantes de la red nacional. Datos obtenidos de Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (ver referencias 10 y 11).

En el análisis del presupuesto nacional de salud debe notarse que, aunque en cifras pareciera haber una tendencia a asignar más presupuesto total a los hospitales del sistema público (de Q.638 millones en 2010 a Q.901 millones en 2014) realmente el gasto por paciente atendido ha disminuido (ver gráfica No. 1).



Gráfica No. 1. Tendencia (según datos disponibles) del gasto por paciente atendido (quetzales/paciente) en el sistema público de salud. Datos obtenidos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (ver referencias 10 y 11)

Profundizando en el análisis de la información disponible, se evidencia que lo que parece aumento en la asignación presupuestaria realmente no lo es, pues en términos de porcentaje de producto interno bruto (PIB) ha tenido un comportamiento variable (ver grafica No. 2).



Gráfica No. 2. Gasto en salud como porcentaje de PIB (producto interno bruto). Puede apreciarse en la gráfica que realmente ha habido una tendencia a asignar menos presupuesto a los hospitales. Datos obtenidos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (ver referencias 10 y 11)

Según la base de datos de gastos mundiales en Salud de la OMS (*Global Health Expenditure Database*), la mayoría del gasto total en salud realmente la desembolsa el propio paciente de su bolsillo. Se estima que el 85% de los gastos totales en salud son de fondos privados. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística el sector sanitario privado en Guatemala se comporta de la siguiente manera (ver tabla No. 2).

TABLA NO. 2	2011	2012	2013	2014
Pacientes externos	589,021	725,298	692,472	848,033
Pacientes internos	169,026	185,415	189,555	207,839
Total de atendidos	758,047	910,713	882,027	1,055,872
Presupuesto sector privado	GTQ15,325,000,000.00	GTQ16,506,000,000.00	GTQ16,816,000,000.00	ND
Quetzales/paciente	GTQ20,216.42	GTQ18,124.26	GTQ19,065.18	ND

Tabla No. 2. Cantidad de pacientes atendidos en el sector sanitario privado y presupuesto estimado. Datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística de Guatemala (ver referencia 7).

Es sumamente interesante notar que la salud privada en Guatemala cuesta en promedio Q20 mil por paciente. Con esta información podemos visualizar que existe una brecha significativa entre los gastos en salud del sector privado y público. Con la información disponible no es posible concluir satisfactoriamente si el gasto es limitado en lo público u oneroso en el sector privado. Sin embargo, el hecho de que los hospitales nacionales más importantes del país tengan 15% de usuarios insatisfechos y que cada vez más pacientes busquen los servicios médicos privados para satisfacer sus necesidades de salud si debería motivarnos a investigar más la calidad de atención que brindan los servicios estatales.

¿Guatemala necesita un modelo concesionario en salud?

Hay muchas características del modelo concesionario español que podrían ser de beneficio para Guatemala. Con un gasto por paciente de Q700 parece evidente la necesidad de hacer el uso más eficiente posible de los recursos. El paciente, quien es el usuario final y la razón de existir de toda la maquinaria administrativa y operativa del Ministerio de Salud, necesita

acceso transparente a la información de los hospitales que lo atienden (tanto público como privado) para poder tomar decisiones libres basadas en sus propios y mejores intereses. La forma real de crear competencia entre los diferentes proveedores de servicios de salud es facilitar al usuario sus estadísticas de resultados, servicios, controles de calidad, eficiencia e innovación. Sin esos datos el paciente toma decisiones basadas en moda o reputación y al final la información asimétrica no permite la mejor resolución de su problema de salud.

Más preocupante aún, es que, si el sistema nacional se justifica en su existencia para prestar sus servicios a las personas que no puedan costearse un proveedor privado, entonces no es justificable de ninguna manera que no se provee tal atención de salud basado en las creencias del paciente, en su idioma y bajo su cosmovisión. El trabajo de Cerón, publicado en 2016, es muy claro en su documentación de abuso y discriminación hacia la población indígena de Guatemala cuando busca servicios médicos en el sector público.

Conclusiones y recomendaciones

El estudio de los sistemas de salud ya sean públicos, privados o concesionarios es sumamente complejo. Hay barreras ideológicas, legales y de acceso a la información que hacen muy difícil hacer una comparación satisfactoria. Además, ningún país del mundo tiene un sistema de salud de libre mercado. España permite evaluar, con reserva, los efectos de un modelo de salud público de administración privada basado en competencia e incentivos. Las publicaciones de diferentes fuentes y la documentación disponible parecen apuntar a que los efectos son beneficiosos en términos de: calidad de atención, eficiencia en la asignación de recursos, políticas institucionales basadas en el paciente, mayor satisfacción de usuario y todo esto con presupuestos más bajos. El verdadero reto es repetir el modelo y sus resultados en ambientes legales y culturales distintos. Y la verdadera prueba de sus beneficios será ver la reversión de los resultados ahora que el contrato del Hospital La Ribera en Alzira se acaba este año 2018 y que el hospital pasará a administración pública directa.

En Guatemala, con una buena parte de la población que vive en pobreza y extrema pobreza (alrededor de US\$1 al día de presupuesto total), parece que la salud pública estatal de libre acceso es un mal necesario. Así que se deben continuar los esfuerzos privados e institucionales de investigación y desarrollo para encontrar el modelo que priorizando la libertad individual de elegir y la no coacción resuelva los problemas de salud de la población y favorezca un ambiente real de competencia.

El sistema concesionario (alianza público-privada) parece ofrecer una alternativa al modelo de salud pública tradicional. Permitiendo, a través de la libre elección, que el paciente manifieste sus preferencias y utilizando ese sistema de información para la asignación de recursos y priorización del presupuesto se podría lograr un sistema de salud más eficiente y sintonizado con las necesidades en tiempo real de los pacientes.

Referencias bibliográficas:

1. ANDRE FE, Booy R, Bock HL, Clemens J, Datta SK, John TJ, Lee BW, Lolekha S, Peltola H, Ruff TA, Santosham M, Schmitt HJ (2008) "Vaccination greatly reduces disease, disability, death and inequity worldwide". *Bulletin of the World Health Organization*. 86; 2; 81-160.
2. BANCO Mundial (2017) "Data Bank" *Base de Datos On-Line*: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.NUMW.P3?end=2014&locations=GT&start=2011&view=chart>
3. BASU Sanjay, Andrews Jason, Kishore Sandeep, Panjabi R, Stuckler David, Jenkis Rachel (2012) "Comparative Performance of Private and Public Healthcare Systems in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review". *PLOS Medicine*. 9 (6): e1001244.
4. BLOOM D, Canning D y Sevilla J (2001). "The Effect of Health on Economic Growth: The Theory and Evidence" *National Bureau of Economic Research*. Working Paper No. 8587

5. CERON A, Ruano A, Sanchez S, Chew A, Diaz D, Hernandez A y Flores W (2016) "Abuse and Discrimination towards indigenous people in Public Health care facilities: experiences from rural Guatemala" *International Journal for Equity in Health*; 15: 77.
6. COMISION EUROPEA (2013) "Health and Economics Analysis for an Evaluation of the Public Private Partnerships in Health Care Delivery across European Union". *European Union and EPOS Health Management*. 97-104.
7. INE. Instituto Nacional de Estadística de Guatemala (2017). "Accidentes de Tránsito ocurridos en la República de Guatemala por año. Periodo 2007-2016" y "Fallecidos en Accidentes de Tránsito ocurridos en la República de Guatemala. Periodo 2007-2016" *Registro de Datos Estadísticos sobre Accidentes de Tránsito*. Cuadro 1 y 47.
8. JORDÁ C. (2013) "Así es el mejor hospital de España". *Hemeroteca de Libertad Digital*. Link: <https://www.libertaddigital.com/ciencia-tecnologia/salud/2013-10-20/asi-es-el-mejor-hospital-de-espana-1276502250/>
9. OMS. Organización Mundial de la Salud (2018). Sitio web oficial. Link: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services>
10. MSPAS. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (2015) "Cuenta Nacionales de Salud" *Boletín GTM-SCNS-MSPAS* Numero 1-21.
11. MSPAS. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (2015) "Estado del Financiamiento y Evaluación de la Satisfacción de los Usuarios en la Red Hospitalaria del MSPAS al año 2014" *Sistema de Atención Integral de Atención en Salud -SIAS-*. Página 3-89.
12. MORENO Millán Nemesio (2008) "Inmunidad de Grupo". *Asociación Española de Vacunología*. Red de Seguridad Vacunal de OMS.
13. MWACHOFI Ari, Al-Assaf (2011) "Health Care Market Deviations from the Ideal Market". *Sultan Qaboos University Medical Journal*. 11 (3): 328-337.
14. OUDHOFF JP, Timmermans DRM, Knol DL, Bijnen AB, van der Wal G (2007) "Waiting for elective general surgery: impact on health related quality life and psychosocial consequences". *BioMedCentral Public Health*. 7: 164.

15. RAMIREZ Lorenzo (2017) “Los hospitales públicos de gestión privada son los únicos que reducen las listas de espera en Madrid” *Hemeroteca de Ok Diario*. Link: <https://okdiario.com/economia/2017/02/15/hospitales-publicos-gestion-privada-unicos-reducen-listas-espera-madrid-756263>
16. SALMON Daniel, Omer Saad (2006) “Individual Freedoms versus Collective Responsibility: Immunization decision-making in the face of occasionally competing values”. *Emerging Themes in Epidemiology*. 3; 13: 3-13.
17. WHO. World Health Organization (2014). “Health Expenditure Data” *Global Health Expenditure Database*. Link: <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>