

Optimismo ciego

Los mitos sobre la asistencia sanitaria privada en países pobres

Hacer realidad el derecho a la salud para millones de personas en los países pobres requiere expandir los servicios sanitarios para lograr un acceso universal y equitativo. Son cada vez más los donantes internacionales que promueven una expansión de la asistencia sanitaria privada para alcanzar este objetivo. El sector privado puede cumplir un papel en la prestación de salud, pero este documento demuestra que hay una urgente necesidad de volver a examinar los argumentos utilizados en favor del aumento de la provisión de asistencia sanitaria privada en países pobres. Los datos muestran que dar prioridad a este enfoque hace extremadamente improbable que se proporcione salud a las personas pobres. Los gobiernos y los donantes de países ricos deben fortalecer las capacidades del Estado para regular y centrarse en extender rápidamente la asistencia sanitaria gratuita y pública, una medida probada para salvar millones de vidas en todo el mundo.

Resumen

Lo que está en juego no puede ser más importante. Cada minuto muere una mujer durante el embarazo o el parto por falta de cuidados médicos básicos, cada hora mueren 300 personas por enfermedades relacionadas con el SIDA, y cada día mueren 5.000 niños por neumonía. El mundo está muy lejos de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) sobre salud acordados internacionalmente. Acercarse al cumplimiento de los objetivos y alcanzar una asistencia médica universal y equitativa para todos requiere una expansión masiva de los servicios sanitarios. Fracasar en este intento significa abandonar a cientos de miles de personas a una muerte temprana y a una vida arruinada por la enfermedad. La cuestión crítica es cómo lograr un aumento tan masivo.

Desde hace más de dos décadas, el Banco Mundial defendió soluciones basadas en la inversión y el crecimiento de la asistencia sanitaria provista por el sector privado. Al condenar el fracaso de los servicios sanitarios públicos en países pobres, en el que jugaron un papel importante los recortes de gasto público y reestructuraciones a gran escala impuestos por el Banco, el argumento era que el sector privado podría hacerlo mejor. Aunque en los últimos años el Banco Mundial ha reconocido el importante papel del gobierno en la asistencia sanitaria, lo ha considerado más como un regulador y “administrador” que como un proveedor de servicios.

A pesar del escaso rendimiento de las soluciones llevadas a cabo por el sector privado, en los últimos meses ha habido un notable aumento de los esfuerzos de varios donantes y organizaciones influyentes para fomentar y financiar una expansión de la asistencia sanitaria privada. La idea es que aquellos que puedan permitírselo reciban los servicios de salud por el sector privado y los gobiernos contraten a proveedores privados que atiendan a los que no se lo pueden permitir. Este planteamiento se promueve no sólo como una cuestión de “sentido común”, sino también como esencial para revertir la falta de progreso en la asistencia sanitaria y para salvar las vidas de la población pobre.

Este documento examina los argumentos a favor del aumento de la provisión privada de servicios sanitarios con ánimo de lucro como método de crecimiento para alcanzar la asistencia sanitaria para todos. Concluye que la evidencia a favor de los servicios del sector privado son débiles. Por el contrario, hay considerables y crecientes pruebas de que existen serios fallos inherentes a la provisión privada que la convierten en un camino muy arriesgado y costoso. Con demasiada frecuencia estos riesgos no se toman en consideración.

Al mismo tiempo, un creciente grupo de investigaciones internacionales reiteran que, a pesar de serios problemas en muchos países, los servicios financiados y suministrados de manera pública continúan siendo los sistemas de salud de mayor rendimiento y más equitativos. Ningún país de renta baja o media en Asia ha logrado un acceso a la sanidad universal o quasi-universal sin contar con provisión pública exclusiva o mayoritariamente financiada por impuestos. El aumento de la provisión pública ha llevado a enormes progresos pese a los bajos ingresos. Una mujer de Sri Lanka, por ejemplo, puede esperar vivir tanto como una mujer alemana a pesar de tener unos ingresos diez veces más bajos. Si da a luz, tiene el 96 por ciento de posibilidades de ser atendida por un trabajador sanitario cualificado.

Este documento examina seis de los argumentos más comunes que se hacen a favor de la provisión privada de asistencia sanitaria.

El primero es que el sector privado ya es un proveedor de servicios importante en los países más pobres y, por tanto, debe ser un actor central en cualquier estrategia de expansión de estos servicios. Un informe reciente de la Corporación Financiera Internacional (CFI), el brazo de inversiones del sector privado del Banco Mundial, afirma que más de la mitad de la provisión de asistencia sanitaria en África viene del sector privado. De hecho, el análisis de Oxfam de los datos utilizados por la CFI revela que cerca del 40 por ciento de la “provisión privada” que identifica, son solamente pequeños establecimientos o tiendas que venden medicamentos de calidad desconocida. Si se excluyen estas tiendas de los datos y sólo se cuentan las clínicas con personal sanitario cualificado – lo que la mayoría entendería por “servicios sanitarios”- entonces el porcentaje de servicios privados, especialmente para la población pobre, disminuye de manera espectacular. Datos comparativos de 15 países de África Subsahariana revelan que sólo el 3 por ciento de la quinta parte más pobre de la población que buscó cuidados cuando estaban enfermos visitó a un médico privado.

Aunque el sector privado sea un importante proveedor de algunos servicios, esto no significa que esté llenando el vacío de asistencia sanitaria existente. En India, el 82 por ciento de la asistencia ambulatoria es suministrada por el sector privado. El número de hospitales privados de primera clase está aumentando rápidamente. Sin embargo, este mismo sistema deniega cualquier asistencia sanitaria durante el parto a la mitad de las madres del país. La realidad es que la mayoría de la gente de los países pobres no tiene ninguna asistencia sanitaria. Más de la mitad de los niños más pobres de África no tiene ayuda médica cuando están enfermos.

Tomar el deteriorado *status quo* de la asistencia sanitaria, en el que el sector privado juega un papel importante en algunos casos, y verlo como un indicativo del modo en el que debe organizarse una expansión exitosa es ilógico. Es como observar el enorme aumento de guardaespaldas armados privados en Estados fallidos y concluir que el este sector es la mejor opción para asumir el control de las fuerzas policiales. El argumento a favor de una mayor provisión privada debe hacerse sobre la base de sus méritos en comparación con la provisión pública y no simplemente argumentando que, según algunos cálculos, ya es un proveedor importante en varios países pobres.

En segundo lugar, se afirma que el sector privado puede proveer inversiones adicionales para introducir liquidez en los sistemas sanitarios públicos arruinados. Pero para atraer proveedores privados a mercados sanitarios de alto riesgo y bajos ingresos se necesitan importantes subvenciones públicas. En Suráfrica, la mayoría de los profesionales de los planes médicos privados recibe una subvención mayor del gobierno a través de exenciones fiscales de lo que gasta el Estado por persona dentro de los servicios de salud públicos. En muchos países pobres los proveedores privados también compiten directamente por el reducido número de trabajadores sanitarios cualificados.

En tercer lugar, se sostiene a menudo que el sector privado puede obtener mejores resultados a menores costes. De hecho, la participación privada en la asistencia sanitaria está asociada a mayor (no menor) gasto. Líbano tiene uno de los sistemas de salud más privatizados del mundo en desarrollo. Gasta más del doble que Sri Lanka en asistencia sanitaria pero sus tasas de mortalidad infantil y materna son respectivamente dos veces y media y tres veces más altas. Los costes aumentan cuando los proveedores privados

deciden tratamientos basados en criterios de rentabilidad en vez de aquellos dictados por la necesidad médica. El sistema sanitario de Chile cuenta con una participación privada a gran escala y, como resultado, posee uno de los índices más altos del mundo de partos realizados por cesárea, que es más costosa y a menudo innecesaria.

En China, la mercantilización de la asistencia sanitaria ha llevado a una disminución de la medicina preventiva que es económicamente menos rentable: la cobertura de inmunizaciones cayó a la mitad en los cinco años que siguieron a las reformas. Los índices de prevalencia de tuberculosis, sarampión y polio están subiendo y podrían costar a la economía millones en productividad perdida y tratamientos inútiles, además del sufrimiento innecesario de la población.

La dificultad de administrar y regular a los proveedores privados también crea ineficiencias, especialmente allí donde la capacidad gubernamental es débil y hay muy pocos proveedores privados para asegurar precios competitivos. En Camboya, el gobierno lanzó un ambicioso plan de asistencia médica privada. Sin embargo, el bajo número de licitaciones técnicamente aceptables recibidas por el gobierno dio como resultado que, en muchos casos, los contratos fueran otorgados sin competencia. Por esta falta de proveedores competentes, el tamaño total del programa de provisión privada tuvo que ser reducido un 40 por ciento. Según los datos disponibles, sólo el 20 por ciento de los programas subcontratados con proveedores privados tuvieron costes operativos menores. Incluso en estos casos no se cuentan los costes completos de transacción del gobierno en la administración de los proveedores privados: éstos pueden llegar a desviar hasta el 20 por ciento del gasto del presupuesto para salud.

En cuarto lugar, no hay pruebas que apoyen las afirmaciones sobre una calidad superior del sector privado como proveedor de salud. El Banco Mundial afirma que el sector privado generalmente es peor en calidad técnica que el sector público. En Lesotho, sólo el 37 por ciento de las infecciones de transmisión sexual fueron tratadas correctamente por profesionales contratados de forma privada, comparado con el 57 y el 96 por ciento de los casos atendidos en instalaciones médicas públicas “grandes” y “pequeñas” respectivamente. La mala calidad del sector privado no regulado pone en peligro a diario la vida de millones de personas.

En quinto lugar, en vez de ayudar a llegar a los pobres, la provisión privada puede aumentar la inequidad en el acceso porque favorece por naturaleza a los que pueden permitirse pagar un tratamiento. Los datos de 44 países de renta baja y media indican que unos mayores niveles de participación privada en la atención médica primaria están asociados a mayores niveles totales de exclusión de tratamiento y atención de personas pobres. Mujeres y niñas son las que más sufren. Para rentabilizar el trabajo de los médicos mientras se atiende a los pobres, la CFI recomienda que se vea a 100 pacientes al día, o uno cada cuatro minutos, mientras que los que puedan permitírse lo sigan teniendo la posibilidad de recibir un nivel de cuidados mucho más alto.

Finalmente, no hay pruebas de que los proveedores de asistencia sanitaria privada respondan mejor o sean menos corruptos que los del sector público. Regular los proveedores privados es extremadamente difícil incluso en países ricos. Se calcula que el fraude en el sistema de salud de Estados Unidos cuesta entre 12 y 23 mil millones de dólares cada año.

El sector privado no proporciona ninguna vía de escape para los problemas que atraviesan los sistemas de salud públicos en los países pobres. Por el

contrario, estos problemas deben ser abordados de frente porque las pruebas disponibles muestran que hacer funcionar los servicios de salud públicos es la única forma probada de alcanzar la asistencia sanitaria universal y equitativa. La acción comprometida de gobiernos para organizar y suministrar servicios sanitarios fue la causa del reducci3n de entre el 40 y 70 por ciento de las muertes de ni1os en s3lo 10 a1os en Botswana, Mauricio, Sri Lanka, Corea del Sur, Malasia, Barbados, Costa Rica, Cuba y en el estado indio de Kerala. M3s recientemente, pa3ses como Uganda y Timor Oriental han usado el mecanismo de financiaci3n coordinada con los donantes para extender ampliamente la provisi3n p3blica. En Uganda, la proporci3n de personas que viven en un radio de 5 kil3metros de distancia de una cl3nica aument3 del 49 al 72 por ciento en s3lo cinco a1os. En apenas tres a1os, el gobierno de Timor Oriental increment3 los partos atendidos por personal cualificado del 26 al 41 por ciento.

No cabe duda de que en muchos pa3ses la provisi3n p3blica no existe o es muy d3bil, pero los problemas no son intratables. La asistencia sanitaria p3blica no est3 condenada al fracaso, como sugieren algunos, pero hacer que funcione exige liderazgo pol3tico decidido, inversi3n adecuada, pol3ticas basadas en la evidencia y apoyo ciudadano. Cuando existen estas condiciones, los sistemas de salud p3blicos pueden aprovecharse de las econom3as de escala, de los sistemas estandarizados para la regulaci3n y mejora de la calidad y, lo m3s importante, de la legitimidad y capacidad para redistribuir recursos y reducir la desigualdad. Las pol3ticas de acceso universal en Sri Lanka, Malasia y Hong Kong benefician m3s a los pobres que a los ricos. Los estados indios que m3s invirtieron en servicios de salud p3blicos han sido m3s exitosos en reducir las desigualdades entre el medio rural y el urbano. De hecho, en 30 estudios de pa3ses en desarrollo examinados por el Fondo Monetario Internacional (FMI) se descubri3 que las prestaciones totales del gasto gubernamental en salud redujeron la desigualdad.

Se debe considerar a las organizaciones de la sociedad civil (OSC) actores distintos del sector privado con 3nimo de lucro. Las OSC tienen un papel importante en ayudar a fortalecer y extender servicios de salud p3blicos viables y responsables. Como proveedores de asistencia sanitaria, son un salvavidas para millones de personas en muchos pa3ses, especialmente para las poblaciones m3s marginadas y estigmatizadas. Precisamente porque no buscan obtener beneficios econ3micos, no est3n sujetas a algunos de los incentivos negativos de los proveedores con 3nimo de lucro. Pero las OSC tambi3n tienen limitaciones de capacidad y escala, y no pueden llegar a todos los que necesitan tratamiento y cuidados, incluyendo a los afectados por el VIH, la tuberculosis y la malaria. Las OSC deben ser s3lo un complemento, y no un sustituto, del Estado. Trabajan mejor en colaboraci3n con el sistema p3blico, como en Uganda, donde el gobierno opera en sociedad con hospitales de misiones religiosas. Las OSC tambi3n juegan un papel importante en hacer que los gobiernos y los actores internacionales asuman sus responsabilidades, ejerciendo la presi3n pol3tica necesaria para hacer que los gobiernos act3en para proveer asistencia sanitaria gratuita para todos.

Los proveedores privados existentes deben ser integrados en los servicios de salud p3blicos – donde sea posible- y en algunos contextos su papel puede ser parcialmente extendido. Sin embargo, considerar al sector privado para la expansi3n de servicios necesaria y as3 alcanzar el acceso universal ser3a ignorar los importantes y probados riesgos de este enfoque y las evidencias de lo que ha funcionado en pa3ses en desarrollo exitosos. En la mayor3a de los pa3ses de bajos ingresos el sector privado formal, de lujo y

caro, no repercute en beneficios para la mayoría de ciudadanos. Su crecimiento puede originar un coste directo a los sistemas de salud públicos y afectar a su capacidad de suministrar asistencia a los que más la necesitan. No se puede justificar la subvención de este sector con dinero de los impuestos o de la ayuda.

Al mismo tiempo, los gobiernos deben hacer un esfuerzo por mejorar el nivel del enorme número de proveedores de asistencia sanitaria informales, incluso mediante formación y educación pública. Pero la tarea es inmensa, y las experiencias de los países más exitosos indican que la manera más eficiente de regular es invertir en el aumento de la provisión pública gratuita usando la competencia para elevar la calidad. En el estado indio de Kerala la calidad de los hospitales públicos, aunque lejos de ser perfecta, si parece representar una “base” eficiente de calidad frente a los servicios de salud suministrados por el sector privado.

Las pruebas disponibles no deben usarse para ocultar la magnitud del desafío al que se enfrentan los sistemas de salud. Tampoco indican que no pueda haber ningún papel para el sector privado –continuará existiendo de formas muy diferentes e implica tantos costes que deben ser eliminados o controlados como potenciales beneficios que hay que comprender mejor y saber aprovechar. Pero los datos son irrefutables en este aspecto: para alcanzar el acceso universal y equitativo a la asistencia sanitaria, se debe lograr que el sector público funcione como el proveedor principal. Los gobiernos y los donantes de países ricos deben actuar ahora para traer un cambio real y dar prioridad al aumento rápido de la asistencia sanitaria gratuita y pública para todos.

Recomendaciones

Para los donantes

- Incrementar rápidamente la financiación de la expansión de la provisión de asistencia sanitaria gratuita, universal y pública en países de renta baja. Esta expansión de servicios debe ser llevada a cabo también a través de la Asociación Internacional para la Salud (IHP, por sus siglas en inglés). Asegurar que la ayuda es coordinada, previsible y de largo plazo, y si es posible, que se suministre como apoyo presupuestario sectorial o general.
- Apoyar las investigaciones sobre los éxitos de la expansión de la provisión pública y compartir estas lecciones con los gobiernos.
- Tener en cuenta la evidencia y las conclusiones de estudios realizados, en vez de promover iniciativas y desviar dinero de la ayuda hacia políticas no demostradas y arriesgadas, basadas en la introducción de reformas del mercado en los sistemas de salud públicos y en la expansión de la provisión privada.
- Apoyar a los gobiernos de los países en desarrollo en los procesos de fortalecimiento de la capacidad para regular a los proveedores privados de asistencia sanitaria ya existentes.

Para los gobiernos de países en desarrollo

- Resistir la presión de los donantes para la aplicación de reformas de mercado no demostradas e impracticables en los sistemas de salud públicos y la expansión de la prestación privada de servicios de salud.

- Invertir recursos y conocimientos técnicos en estrategias basadas en la evidencia para expandir la provisión pública de servicios primarios y secundarios, incluyendo la inversión de al menos el 15 por ciento del presupuesto gubernamental en salud y la eliminación de las tasas por servicio.
- Asegurar que haya representación y supervisión ciudadana en la planificación, los procesos presupuestarios y el seguimiento de la asistencia sanitaria pública.
- Trabajar en colaboración con la sociedad civil para maximizar el acceso y mejorar la calidad de la provisión de asistencia sanitaria pública.
- Regular a los proveedores de asistencia sanitaria privados con ánimo de lucro para asegurar su contribución positiva y minimizar los riesgos para la salud pública.
- Excluir la asistencia sanitaria de acuerdos de comercio e inversiones bilaterales, regionales o internacionales, incluyendo las negociaciones para el Acuerdo General sobre Comercio de Servicios en la Organización Mundial de Comercio (OCM).

Para la sociedad civil

- Actuar de manera conjunta para mantener procesos de rendición de cuentas de los gobiernos, mediante la participación en el desarrollo de políticas, el seguimiento del gasto y de la provisión de servicios sanitarios y denunciando la corrupción.
- Resistir la presión para mercantilizar operaciones y apelar a los donantes de países ricos y a los gobiernos para fortalecer los servicios de salud públicos y universales.
- Asegurar que los servicios de salud suministrados por las organizaciones de la sociedad civil complementan y apoyan la expansión de los sistemas de salud públicos, incluyendo la firma del Código de Conducta de ONG para el Fortalecimiento de los Servicios de Salud.

1. Introducción

Lo que está en juego no puede ser más importante. Cada minuto muere una mujer durante el embarazo o el parto por falta de cuidados médicos básicos; cada hora mueren 300 personas por enfermedades asociadas al SIDA; y cada día mueren 5.000 niños por neumonía. Hace ocho años se aprobaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Sin embargo, en algunos países se están inmunizando a menos y están muriendo más niños y más madres que antes de que se aprobaran. Esto es muy preocupante. Existe un acuerdo muy extendido de que este escaso progreso sólo podrá ser revertido a través de una masiva expansión de la provisión sanitaria en los países pobres: pero hay menos consenso sobre cómo lograrlo.

Desde hace más de dos décadas, el Banco Mundial y otras organizaciones internacionales condenan el fracaso de la sanidad pública de los países pobres en lograr la buena salud de sus ciudadanos. Por esa razón, promueven una mayor participación de la atención sanitaria privada como una alternativa viable y preferida. Por medio de condiciones a la adjudicación de sus préstamos a países pobres, el Banco Mundial insistió en que se realizaran considerables cambios en los sistemas de salud, incluyendo la introducción de pagos por parte de los usuarios, que todavía existen en la mayoría de los países pobres. El Informe sobre el Desarrollo Mundial de 2004, "Hacer que los servicios funcionen para los pobres", dispuso el enfoque básico: los gobiernos deben fomentar que los proveedores de salud privados sirvan a aquellos que pueden permitirse adquirir sus servicios, y contratar a proveedores con fines lucrativos y no lucrativos para atender en nombre del gobierno a aquellos que no pueden.¹

El enfoque, crecientemente popular también en muchos países de la OCDE, es conocido como 'Nueva Gestión Pública' (NGP) e intenta introducir comportamientos de mercado en los servicios públicos. Refunda el papel del gobierno de proveedor a regulador y comprador de servicios.² La atención sanitaria se convierte en un producto que hay que comprar, idealmente serían los propios ciudadanos los que deberían pagarlo, y el mercado ayuda a racionalizar los servicios para que sean eficientes y se ajusten a las necesidades. Se piensa que la competitividad entre los proveedores por los contratos del gobierno y las recompensas financieras por atraer clientes rentables impulsarán la eficiencia, la calidad y el acceso global.

Junto al Banco Mundial, un número cada vez mayor de donantes apoyan un discurso acerca de la necesidad de un compromiso del sector privado en sus respectivas políticas sanitarias. La Agencia de

Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID) y el Banco Asiático de Desarrollo van un paso más allá y han seguido el ejemplo del Banco Mundial de gastar millones de dólares de ayuda en financiar programas de privatización a gran escala en Bangladesh y Camboya.

Durante los últimos dieciocho meses, ha habido un notable incremento del apoyo de los donantes a favor de la implicación del sector privado en el área de la salud en los países pobres. En 2007, la Corporación Financiera Internacional (CFI), el instrumento de inversiones del sector privado en el Banco Mundial, lanzó un informe patrocinado por la Fundación Bill y Melinda Gates y realizado por McKinsey&Co. El informe, 'El Negocio de la Salud en África: asociarse con el sector privado para mejorar la vida de las personas',³ anunció que la CFI movilizará mil millones de dólares en aportaciones de fondos propios y préstamos para financiar el crecimiento de la participación del sector privado en la asistencia sanitaria en África Subsahariana.

La estrategia del Banco Mundial de 2007 para Salud, Nutrición y Población (SNP) se compromete a trabajar 'en estrecha colaboración' con la CFI para mejorar el entorno político en favor de las asociaciones/cooperación entre los sectores público y privado en el área de la salud.⁴ Más recientemente, el Banco Mundial y otros donantes han propuesto un 'Centro de Medicinas Asequibles para malaria' global para la distribución de medicamentos para la malaria mediante la subvención de proveedores privados (ver Recuadro 5). El gobierno del Reino Unido ya ha comprometido 40 millones de libras para ayudar a su financiación.

Estos importantes esfuerzos en favor del sector privado no coinciden con la responsabilidad del Banco Mundial de crear conocimientos técnicos y capacidades para respaldar una expansión de la provisión pública. Esto pone en entredicho las afirmaciones del Banco de que es indiferente en cuanto a quién proporciona el servicio. A pesar de contar con un registro histórico demostrable sobre la provisión directa del gobierno, el Banco sólo la considera como una posible opción en uno de sus seis modelos de provisión de servicios sanitarios fijados en su Informe sobre el Desarrollo Mundial de 2004. Incluso en este documento reconoce que no hay ventaja comparativa del Estado sobre los contratistas pero, sorprendentemente, deja esta opción casi sin desarrollar.⁵

Al mismo tiempo, algunas compañías de asistencia sanitaria privada muy poderosas ⁶ han hecho valer su creciente influencia en el diseño de las políticas sanitarias internacionales y nacionales (en el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria, y la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización, por ejemplo), demostrando un conflicto de intereses estructural que la mayoría de las agencias oficiales de desarrollo parecen dispuestas a pasar por

alto.⁷ Los países ricos también están promocionando la comercialización y privatización de los servicios médicos en las negociaciones del Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (GATS, por sus siglas en inglés) y en una serie de acuerdos bilaterales de comercio.⁸ Estos acuerdos podrían permitir que el sector privado, que busca beneficios, pueda acusar a los servicios de salud gubernamentales de competencia desleal.⁹

Estas tendencias justifican una revisión urgente de los argumentos y evidencias acerca de la contratación del sector privado en los sistemas sanitarios de los países pobres y su impacto en el alcance del importante objetivo de acceso universal y equitativo. Oxfam ha examinado algunas de las pruebas relevantes en relación a la financiación privada de la asistencia sanitaria en un informe conjunto de distintas agencias sobre seguros médicos.¹⁰ Este documento se centra en el papel del sector privado en la asistencia médica.

El informe sopesa las afirmaciones hechas a favor de la expansión de la asistencia sanitaria privada en países pobres. Se centra principalmente en el sector privado con ánimo de lucro formal e informal que opera de forma independiente de, y contratado por, los gobiernos. También estudia brevemente las pruebas disponibles sobre los resultados de los proveedores del sector de la sociedad civil. Después, examina las oportunidades de aumentar la provisión pública con el objetivo de alcanzar el acceso universal y equitativo. Concluye que los donantes deben reconsiderar su apoyo a las soluciones del sector privado y centrarse mucho más en hacer que funcione el sector público –si queremos lograr salud para todos.

Recuadro 1: ¿En qué consiste la asistencia sanitaria privada?

La asistencia sanitaria privada en los países pobres es diversa y está fragmentada, incluyendo proveedores con y sin ánimo de lucro, formales e informales. La estructura del sector privado está fuertemente influida por factores políticos, históricos y económicos, de manera que difiere mucho de país a país.

Los proveedores **con ánimo de lucro formales** incluyen a las compañías y empresas multinacionales así como a los individuos privados cualificados que gestionan a pequeña y gran escala instalaciones sanitarias y farmacias para obtener beneficios comerciales. Estos suministradores están legalmente registrados y reconocidos por los gobiernos.

Los proveedores **con ánimo de lucro informales** no están autorizados ni regulados. Generalmente trabajan a pequeña escala y abarcan un amplio número de individuos y empresas, que incluyen a los curanderos tradicionales, las parteras y los practicantes, así como las tiendas y puestos de medicinas. En muchos países de renta baja ha habido un rápido incremento del número de personas no cualificadas que se hacen pasar por profesionales de la salud para satisfacer la creciente demanda de medicina moderna.

Los proveedores **sin ánimo de lucro** abarcan a las organizaciones religiosas, organizaciones benéficas, empresas sociales y otras organizaciones no gubernamentales que ofrecen una amplia gama de

servicios sanitarios. Las actividades pueden ser formales o informales, reguladas o no reguladas. Aunque no estén orientadas a obtener beneficios, muchas organizaciones intentan recuperar los costes de los servicios que proveen. Este informe se referirá a este grupo como proveedores de la sociedad civil.

Los proveedores privados y de la sociedad civil operan al margen del sistema público de salud, pero se les contrata cada vez más directamente por el Estado para prestar servicios en su nombre. Esto es parte de una tendencia más amplia que implica la introducción de principios de mercado en los servicios sanitarios y la modificación del papel de los gobiernos como compradores, reguladores y administradores generales de los sistemas de salud públicos más que proveedores directos.

2. Examen de las pruebas a favor de una mayor provisión privada

A pesar de llevar más de dos décadas promocionando los beneficios de la provisión privada en países de renta baja, el Banco Mundial y otros donantes han aportado, sorprendentemente, pocas pruebas empíricas para apoyar esta orientación política. El reciente informe de la CFI alega que el sector privado puede ayudar considerablemente a mejorar el ámbito, la escala, la calidad y la eficiencia del suministro de servicios médicos en África, pero también admite que la evidencia es escasa y que sólo pocas de las ideas experimentadas han sido sistemáticamente evaluadas y repetidas a escala más amplia.¹¹

Las razones para una provisión privada de servicios de salud se basan en seis argumentos principales:

1. el sector privado es actualmente el proveedor de servicios médicos mayoritario en muchos países y debe, por tanto, ser el actor central de la expansión de la asistencia sanitaria privada;
2. una mayor provisión privada puede complementar la labor del gobierno y aliviar la presión sobre los servicios de salud públicos;
3. la provisión privada es más eficiente;
4. la provisión privada es más eficaz y de mejor calidad;
5. la provisión privada puede extenderse a los más pobres;
6. el sector privado puede mejorar la rendición de cuentas a través de la competencia.

Argumento Uno: “El sector privado es el proveedor de asistencia sanitaria mayoritario, así que debe ser el actor principal de la expansión de los servicios de salud”

‘A día de hoy, es más que probable que una mujer pobre en África lleve a su hijo enfermo a un hospital o clínica privada que a un centro público.’

Vicepresidente y Director Ejecutivo de la CFI

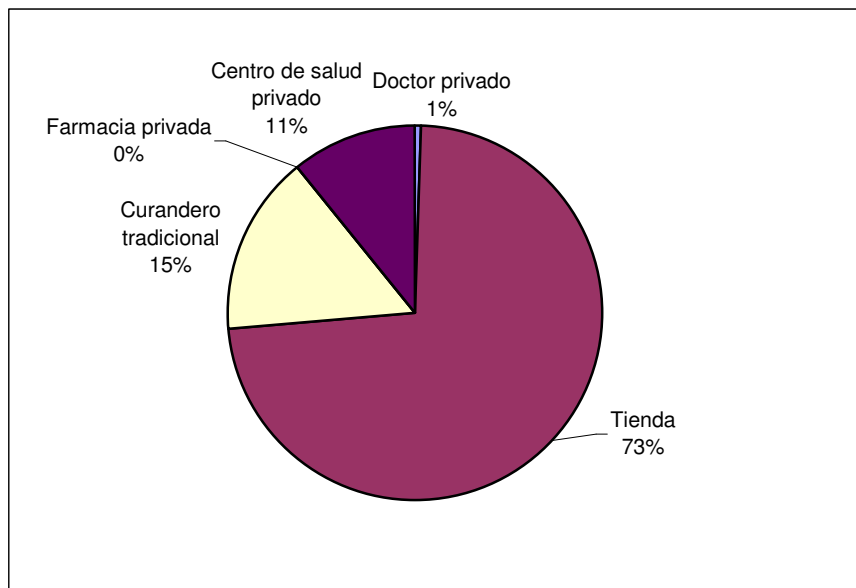
“Cuando la gente pobre no puede obtener servicios gratuitos, no van a clínicas privadas, se marchan primero al monte y buscan hierbas.”

Alto funcionario, Ministerio de Salud, Malawi

Uno de los argumentos más comunes que utilizan los defensores del aumento de la provisión privada en países pobres es que ya está jugando un papel importante en la prestación de servicios sanitarios y que ya está siendo usada por los pobres. Un informe reciente de la CFI afirma que ‘casi dos tercios del gasto total en sanidad y por lo menos la mitad de la provisión sanitaria en África se hace por cuenta del sector privado.’¹² Como éste ya es un actor importante de la asistencia sanitaria, es sólo una cuestión de ‘sentido común’ promocionar su expansión más a fondo para satisfacer las necesidades de las personas pobres.

El análisis de los datos usados por la CFI realizado por Oxfam encontró que cerca del 40 por ciento de la ‘provisión privada’ que el informe identifica en África son, en realidad, pequeñas tiendas o establecimientos que venden medicinas de calidad desconocida.¹³ En algunos países como Malawi estas tiendas constituyen más del 70 por ciento de los proveedores privados (ver figura 1). Los datos de India también reflejan que las mujeres pobres son las principales clientes de comerciantes no cualificados a los que utilizan como fuente de información y medicinas.¹⁴ En el mundo desarrollado no podríamos imaginar a una mujer llevando a su hijo enfermo a la tienda de la esquina para un diagnóstico y un tratamiento, pero ésta es la experiencia de provisión médica privada de la mayoría de la gente pobre. Si se excluyen las tiendas del cálculo, y sólo se cuentan las clínicas con personal sanitario cualificado –lo que la mayoría entendería por ‘servicios sanitarios’-, entonces el porcentaje de servicios privados disminuye de forma espectacular. Datos comparativos de 15 países de África Subsahariana revelan que solamente el 3 por ciento de la quinta parte más pobre de la población que buscó cuidados cuando estaban enfermos visitó a un médico privado.¹⁵

Figura 1: Proveedores privados para la quinta parte más pobre de la población de Malawi



Fuente: Gráfico creado por Oxfam a partir de datos de la Encuesta demográfica y de salud de Malawi (2000)¹⁶

Muchos están de acuerdo en que salvar la vida de las madres debe ser la prioridad de cualquier estrategia de expansión de la provisión. Pero para lograrlo, se requiere algo más que el consejo de un tendero: se necesitan comadronas y médicos cualificados.¹⁷ En efecto, los propios análisis del Banco Mundial sobre el lugar al que van las mujeres a dar a luz muestran que, generalmente, los servicios del gobierno actúan mucho mejor que los del sector privado que atiende tanto a mujeres ricas como pobres.¹⁸ En India, el 74 por ciento de las mujeres que buscan cuidados prenatales dependen del sistema de salud público, pero la falta de financiación es estructural.¹⁹

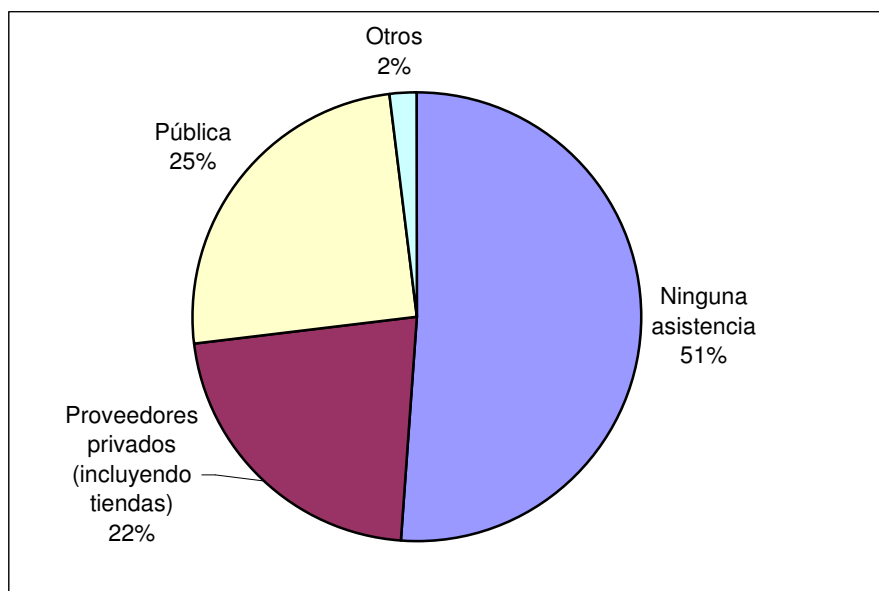
Poder atender a las 10 millones de personas que carecen de acceso a medicinas para el VIH y responder al siempre creciente problema de las enfermedades crónicas, como la diabetes, el cáncer y las cardiovasculares –actualmente responsables del 60 por ciento de las muertes mundiales–, también requiere de algo más que los servicios de las tiendas de medicinas. Abordar estos problemas precisa múltiples visitas a unos servicios de salud que funcionen bien, que cuenten con medicinas eficaces y asequibles, personal cualificado y la capacidad de hacer el seguimiento, tratamiento y suministro de cuidados continuos a los pacientes.

Además, la proporción de los cuidados suministrados por el sector privado no nos dice nada sobre si el ‘derecho a la salud’ está siendo respetado. Por ejemplo, la CFI dice que el sistema de salud indio está garantizado por el sector privado;²⁰ éste provee el 82 por ciento de la asistencia ambulatoria.²¹ Es cierto que el número de hospitales privados de primera clase está creciendo rápidamente en India y que el turismo sanitario va camino de convertirse en un negocio de mil

millones de dólares para 2012.²² Pero este mismo sistema niega al 50 por ciento de las mujeres cualquier tipo de asistencia médica durante el parto.

La Organización Panamericana de la Salud ha estimado que el 47 por ciento de la población latinoamericana está excluida de servicios necesarios.²³ La figura 2 muestra los datos de 26 países subsaharianos: más de la mitad de los niños más pobres no reciben ninguna asistencia sanitaria cuando están enfermos.

Figura 2: Uso de la asistencia sanitaria entre la quinta parte más pobre de la población cuando un niño está enfermo en África Subsahariana



Fuente: gráfico creado por Oxfam a partir de datos de la Encuesta demográfica y de salud en 26 países de África Subsahariana 1990-2001²⁴

Es necesario aumentar de forma masiva la provisión de salud, y no hay ninguna razón *a priori* que indique que el sector privado deba continuar suministrando la misma o incluso un mayor porcentaje de servicios. De hecho, tomar el deteriorado *status quo* de la asistencia sanitaria, en el que el sector privado, en algunos casos, juega un papel importante, y ver esto como un indicativo de cómo debe organizarse una expansión exitosa es ilógico. Es como observar el enorme aumento de guardaespaldas armados privados en Estados fallidos y concluir que este sector es la mejor opción para asumir el control de las fuerzas policiales. El argumento a favor de una mayor provisión privada debe hacerse sobre la base de sus méritos en comparación con la provisión pública y no simplemente argumentando que, según algunos cálculos, ya es un proveedor importante en varios países pobres.

Argumento Dos: 'Una mayor provisión de asistencia sanitaria privada puede complementar y aliviar el trabajo del gobierno'

Otro argumento comúnmente utilizado para promover la expansión de la provisión privada es que puede aportar el capital y las capacidades adicionales necesarias –que son de vital importancia- en países de renta baja. La premisa de las presentaciones realizadas por el Banco Mundial y la CFI²⁵ es que, incluso con el aumento del gasto público y la ayuda internacional previsto, África Subsahariana no será capaz de financiar servicios sanitarios básicos hasta dentro de muchos años. El argumento es que no queda otra opción que recurrir a la asistencia sanitaria privada para complementar al gobierno y aliviar algunas de sus cargas.

El primer aspecto a señalar es que las tendencias actuales sobre financiación del sector sanitario no deben ser aceptadas como inevitables. Los fondos para la salud han aumentado en los últimos años y han supuesto un cambio importante. Pero hay que presionar a los donantes y a los gobiernos de los países en desarrollo a que hagan mucho más para poder cumplir los ODM y garantizar el derecho a la salud.

Dejando este aspecto a parte, sigue habiendo una pregunta sin respuesta: ¿la introducción del sector privado, realmente implica la llegada de recursos extra –dinero y personas- para complementar a los sistemas de salud públicos y ayudar a que lleguen a los pobres?

¿Qué dinero?

Los fondos para la asistencia sanitaria privada tienen que venir de alguna parte. El sector privado con ánimo de lucro invierte dinero para obtener beneficios económicos. La provisión privada de servicios de salud integrales para las personas pobres no es generalmente rentable y normalmente necesita importantes subvenciones públicas. Esto lo fomenta la CFI: aboga por que los gobiernos y los donantes destinen una mayor proporción del dinero público y de la ayuda a financiar entidades privadas.²⁶ El Banco Mundial también ha pedido a los donantes que consigan más de mil millones de dólares en ayuda para subvencionar al sector privado y ayudar a reducir los precios de las medicinas para la malaria en los países pobres (ver Recuadro 5). Sin un aumento del nivel general de la ayuda, es simplemente imposible incrementar la proporción de recursos para el sector privado sin reducir a la vez la cantidad disponible para el sector público.

A menudo se anima a los gobiernos de los países en desarrollo a que proporcionen subsidios en metálico y reducciones de impuestos para atraer proveedores privados a sus mercados sanitarios de alto riesgo y bajos ingresos.²⁷ El coste para el erario público puede ser

considerable. En Suráfrica, la mayoría de los profesionales de los planes médicos privados recibe una subvención mayor del gobierno a través de exenciones fiscales de lo que gasta el Estado por persona dentro de los servicios de salud públicos.^{28 29} Otra estrategia común para promocionar el suministro de asistencia privada es fomentar, o incluso forzar, a los ricos a no recibir y comprar en cambio su propia asistencia médica fuera del sistema del gobierno. Pero, cuando las personas ricas deciden no participar en los sistemas de salud públicos y utilizan los privados, será menos probable que apoyen el gasto gubernamental en sanidad. Se deja entonces a los gobiernos con reducidos fondos para atender a ciudadanos a los que cada vez cuesta más llegar y que sufren de forma desproporcionada por problemas de atención sanitaria. Los datos sobre Chile mostraron que la introducción de la opción de autoexcluirse de la asistencia sanitaria ha perjudicado la eficacia y equidad de todo el sistema de salud.³⁰

¿Qué personal sanitario?

'Después de pagar la electricidad y el agua y comprar comida no queda nada. No puedo vivir de mi salario. Por eso hago turnos como médico interino en un hospital privado en Lilongwe. Aunque esto no es bueno. Nuestras formas de supervivencia están destruyendo el sistema.' Dr. Matias Joshua, Hospital del Distrito de Dowa, Malawi

El dinero no es el único recurso finito por el que compite directamente el sector privado. Los sistemas de salud están constituidos por seres humanos –profesionales que tienen las habilidades y formación necesarias para gestionar, organizar y suministrar servicios de atención sanitaria. Existe una grave escasez de estos profesionales. El 'Informe sobre la salud en el mundo'³¹ de la Organización Mundial de la Salud del año 2006 calcula una falta de 4.25 millones de médicos, enfermeras y trabajadores de apoyo en 57 países. África Subsahariana es la región más afectada. Las afirmaciones acerca de que el sector privado puede incrementar la capacidad general de un país de suministrar asistencia sanitaria ignoran frecuentemente el hecho de que la contratación privada no suele suponer la llegada de más personas. Más bien, como explica la CFI, su rápido crecimiento puede agravar la escasez de personal médico cualificado al captarlo para actividades lucrativas con mayores salarios.³² En Tailandia, por ejemplo, los esfuerzos del gobierno por corregir la falta de equidad en la distribución de los trabajadores de la salud llevaron durante la década de los ochenta a un impresionante aumento del número de médicos rurales, de 300 a 1162, en sólo seis años.³³ Las reformas de apoyo a la inversión privada en hospitales alteraron de manera espectacular este crecimiento al atraer al personal médico a hospitales privados urbanos. Esto dejó a las clínicas públicas rurales con una plantilla muy reducida para tratar a los más pobres y más vulnerables de la sociedad y con los peores problemas de salud. Datos del Ministerio

de Salud Pública ilustran este hecho: las pérdidas netas de médicos que trabajaban para el gobierno se incrementaron del 8 por ciento en 1994 al 30 por ciento en 1997.

Lo que muestra esta competición por el escaso dinero y personal es que, lejos de compartir la carga, el crecimiento del sector privado puede desviar valiosos recursos públicos que se necesitan para suministrar servicios sanitarios a las personas pobres.

Recuadro 2: el fallo del mercado en la provisión de salud

El Banco Mundial ha argumentado que, siempre que se introduzca la competencia en los servicios de salud mediante la separación del papel de comprador del de provisor, no importa realmente quién suministra los servicios.³⁴ Pero no existe consenso sobre las ventajas de introducir mecanismos de mercado en los servicios públicos y, además, están siendo muy cuestionadas tanto en las sociedades desarrolladas como en el mundo en desarrollo. Generalmente se reconoce la existencia de fallos inherentes al mercado en la provisión privada, que deben ser corregidos para que este tipo de asistencia sanitaria funcione.³⁵

En primer lugar, la búsqueda de ganancias significa que los proveedores privados no tienen incentivos para atender a los que no pueden pagar.

En segundo lugar, los pacientes están mal informados sobre sus necesidades y no están capacitados para juzgar muchos aspectos de la calidad, así que dependen de los proveedores para que los diagnostiquen correctamente y les prescriban tratamiento. Este fenómeno es conocido como 'asimetría de información' y también existe, aunque de forma distinta, entre el gobierno y los proveedores contratados. El resultado son incentivos de consecuencias muy negativas: cobros altísimos, tratar en exceso o demasiado poco y/o disminuir la calidad, especialmente cuando se asocian a sistemas donde se paga una tasa por servicio.³⁶ Las pérdidas pueden ser importantes: el gobierno de Estados Unidos ha estimado que los pagos indebidos en los sistemas "tasa por servicio" de Medicare, incluyendo los servicios hospitalarios, pueden estar en una franja de entre 12 y 23 mil millones de dólares al año, lo que equivale al 7-14 por ciento de los cobros totales.³⁷

En tercer lugar, los ciudadanos sanos benefician a la sociedad en su conjunto, más allá del estado de salud de cada individuo. Curar a una persona de una enfermedad infecciosa como la tuberculosis no sólo beneficia al individuo, sino también a todo el que haya podido contraer la enfermedad y, por lo tanto, a toda la sociedad. Los mercados no reflejan este valor adicional, sólo el valor de cada individuo, lo que puede llevar a una inversión menor en estas áreas, especialmente para las enfermedades frecuentes en países pobres donde la mayoría de la gente no puede pagar un tratamiento.

Finalmente, los ciudadanos y gobiernos de países pobres no tienen a menudo la posibilidad de elegir un proveedor privado. En muchos casos, son afortunados si es que tienen alguno a su disposición. Esto significa que la competencia, el mayor motor de la eficiencia del mercado, está ausente en los países pobres.

Históricamente, estos fallos del mercado fueron, en parte, la razón por la que los gobiernos del mundo desarrollado intervinieron para proveer servicios de salud. El Banco Mundial y otras organizaciones no refutan estos fallos, pero piensan que pueden ser reparados mediante una

regulación prudente. Sin embargo, incluso los países más ricos han tenido muchas dificultades para lograr esta regulación.

Argumento Tres: 'El sector privado es más eficiente'

Afortunadamente, las buenas noticias son que tenemos el mejor sistema sanitario del mundo. Y necesitamos mantenerlo de esta manera. Necesitamos que siga siendo así, haciendo que el mercado privado sea fuerte, y resistiendo a las propuestas que están surgiendo en Washington., como decir que el gobierno federal debería dirigir la atención sanitaria. Ven, nosotros no creemos eso. Yo no lo creo. Yo creo que el mejor sistema de salud es aquel generado en los mercados privados.' Presidente George W. Bush, 28 de enero de 2004.

'[Está] mal que 46 millones de americanos no tengan ningún tipo de asistencia sanitaria. En un país que gasta en atención médica más que cualquier otra nación sobre la tierra, es simplemente equivocado.' Senador Barack Obama, 'Ha llegado la hora de la asistencia sanitaria universal/The Time Has Come for Universal Healthcare' Discurso ante la conferencia de Familias de EEUU, 17 de enero de 2007.

Durante mucho tiempo se han criticado a los servicios públicos de salud por las ineficiencias debidas a estructuras jerárquicas y sistemas y procesos burocráticos. Se presenta a los proveedores privados como la alternativa más eficaz. ¿Pero los intentos de hacer que el sector privado funcione por el interés público son realmente más baratos que la provisión directa del gobierno?

En realidad, el crecimiento de la participación privada en la sanidad ha sido asociado en muchos países con altos costes y baja eficacia. La rápida proliferación del número de instalaciones médicas privadas en China desde la década de los ochenta condujo a importantes descensos de la productividad, aumento de precios y reducción de la utilización de los servicios.³⁸ Líbano tiene uno de los sistemas de salud más privatizados del mundo en desarrollo. Gasta más del doble que Sri Lanka en asistencia sanitaria pero sus tasas de mortalidad infantil y materna son, respectivamente, dos veces y media y tres veces más alta.³⁹ El sistema de salud comercializado en Estados Unidos cuesta el 15.2 por ciento del PIB, mientras que al otro lado de la frontera, el sistema nacional canadiense sólo cuesta el 9.3 por ciento del PIB⁴⁰ ⁴¹, la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años es más baja y las personas viven dos años más de media.⁴²

Una de las razones más fuertes del aumento de los costes es que los sistemas de salud privados tienen incentivos propios para buscar los tratamientos más rentables, en vez de los dictados por la necesidad médica.⁴³ Chile, uno de los primeros países en desarrollo en introducir exhaustivamente la participación del sector privado en su

sistema de salud, tiene una de las tasas de nacimiento por cesárea más altas del mundo.⁴⁴ Los beneficios extra que se pueden obtener de la operación quirúrgica y de una mayor ocupación de camas implican que las cesáreas pueden ser hasta cuatro veces más probables en clínicas privadas que en públicas.⁴⁵ Por otro lado, los amplios beneficios económicos de los cuidados preventivos –que ahorran millones de dólares al evitar tratamientos innecesarios y pérdida de productividad- no se traducen en rentabilidad y, por esta razón, es menos probable que sean provistos por el sector privado. Desde la introducción de incentivos de mercado en los sistemas de salud públicos en China, las instalaciones sanitarias han desviado recursos de los servicios preventivos a actividades que generan ingresos.⁴⁶ Esto ha coincidido con importantes aumentos de las tasas de prevalencia del sarampión, la polio y la tuberculosis.⁴⁷

Los partidarios del sector privado argumentan que, al contratar empresas formales, los gobiernos pueden gestionar estos fallos del mercado y sacar provecho de la competencia privada para manejar los costes. Esta teoría está basada en una serie de suposiciones:

- 1 que existen suficientes proveedores privados competentes para crear competencia;
- 2 que los proveedores privados son realmente capaces de suministrar los mismos servicios a menor coste;
- 3 que los beneficios de separar los papeles de comprador y proveedor e introducir relaciones contractuales compensan los costes de transacción de su aplicación.
- 4 y, finalmente, que los gobiernos tienen la capacidad de gestionar y beneficiarse de las relaciones contractuales formales con el sector privado.⁴⁸

Faltan evidencias que prueben cada uno de estos cuatro supuestos.⁴⁹

50

En primer lugar, es difícil alcanzar una auténtica competencia en países de renta media y baja donde sólo algunos proveedores pueden suministrar servicios en el ámbito y escala necesarios. En uno de los mayores experimentos de contratación privada realizados en Camboya, el bajo número de licitaciones técnicamente aceptables recibidas por el gobierno dio como resultado que, en muchos casos, los contratos fueran otorgados sin competencia. Por esta falta de proveedores competentes, el tamaño total del programa piloto de provisión privada tuvo que ser reducido un 40 por ciento.⁵¹ En Afganistán se subcontrata en todo el país y la competencia para zonas remotas es igualmente débil.⁵² La Organización Mundial de la Salud (OMS) llegó a la conclusión después de revisar su extensa documentación sobre la eficiencia de la contratación que, *'generalmente, en la mayoría de las zonas de los países de renta baja y*

*media, no existen las condiciones necesarias para la competencia, ni siquiera para la contestabilidad*⁵³

En segundo lugar, en la revisión más reciente sobre la contratación en salud, sólo se encontraron cinco estudios que intentaron comparar los costes operativos entre los proveedores públicos y privados. Dos de ellos concluyeron que los proveedores privados eran, o menos eficientes, o más costosos que sus equivalentes públicos (Bangladesh y Camboya)⁵⁴ y dos no produjeron resultados concluyentes. Solamente en un caso, Costa Rica, los resultados de la subcontratación fueron positivos en eficiencia pero no se observaron mejorías en los resultados sanitarios.⁵⁵

**Recuadro 3: ‘¿Diseño de evidencias basadas en las políticas?’⁵⁶
Evaluaciones del Banco Mundial sobre la subcontratación de servicios sanitarios.**

En los últimos diez años ha habido varios intentos de revisar las pruebas sobre los efectos de subcontratar servicios de salud en países en desarrollo.⁵⁷ Los resultados contradictorios y la escasa calidad de los datos supuso que la mayoría de los autores llegaron a conclusiones cautelosas, si es que llegaron a alguna; todos insistieron en la necesidad de hacer más investigaciones. Por el contrario, el Banco Mundial hace evaluaciones más optimistas. Después de revisar diez proyectos de contratación, concluye que el actual peso de la evidencia sugiere que la contratación ‘tendrá mejores resultados que la provisión del gobierno para los mismos servicios’ y que ‘no debe continuar siendo considerada una intervención no probada o un acto fe’. Continúa indicando que ‘debería expandirse la contratación para la prestación de servicios de salud.’⁵⁸

Teniendo en cuenta los defectos metodológicos admitidos por los autores,⁵⁹ junto a las pruebas más recientes que afectan a algunos de sus hallazgos,⁶⁰ concluir que la contratación en sí misma es la responsable de cualquiera de los buenos resultados es hacer un análisis demasiado simplista.

Camboya es un ejemplo de este problema. En ese país, las ONG internacionales contratadas lograron mejoras en los indicadores de acceso, equidad y calidad en comparación con los distritos de control donde los servicios del gobierno continuaron sin lograr cambios. Se considera que estas evaluaciones son las más rigurosas de todos los estudios sobre contratación y el Banco Mundial y otras organizaciones utilizan mucho estos resultados para justificar la contratación de servicios de salud privados en otros lugares. Sin embargo, los éxitos fueron automáticamente entendidos como producto de la subcontratación y se restó importancia a otros factores, seguramente mucho más importantes. Éstos incluían: aumentos salariales de entre cinco y ocho veces más que los pagados por el gobierno; mejoras en la gestión del personal, incluyendo acuerdos para dejar la medicina privada; y reducciones drásticas o eliminación sistemática de las cuotas por servicios prestados. Estas medidas fueron respaldadas con aumentos de la financiación, que llegaron a ser de casi dos veces y media más que lo que gastaban los distritos gestionados por el gobierno.

En tercer lugar, cuando se hacen comparaciones de costes, rara vez se consideran todos los gastos adicionales de contratación, gestión y administración que están implicados en la coordinación y regulación de los proveedores contratados. Estos costes pueden ser altos. Se

estima que los gastos de gestión y seguimiento de los servicios de nutrición contratados en Senegal y Madagascar suponen entre el 13 y el 17 por ciento del presupuesto total.⁶¹ En Chile y Argentina, la gestión privada de hospitales públicos ha incrementado los costes de administración en un 19 y un 20 por ciento, respectivamente.⁶² En Reino Unido, los gastos administrativos se duplicaron después de introducir reformas de mercado en el Servicio Nacional de Salud.⁶³

Finalmente, aunque los costes de transacción están presentes en cualquier modelo de asistencia sanitaria que separe el papel de comprador del de proveedor, los ahorros en eficiencia son incluso menos probables cuando gobiernos débiles y sin experiencia entablan relaciones con proveedores privados con ánimo de lucro. Un extenso estudio sobre provisión privada en países en desarrollo encontró que a menudo los riesgos contractuales son transferidos a los gobiernos 'al no presionar a los contratistas para que sean eficientes'.⁶⁴ Un estudio del Banco Mundial en África encontró varios casos donde los gobiernos alcanzaron una posición desfavorable en la distribución de riesgos en relación a los contratistas privados.⁶⁵ Incluso en Suráfrica, un Estado relativamente fuerte, la falta de conocimientos del gobierno acerca de los costes reales de la provisión y el alcance de la competencia llevó a que los beneficios derivados de una mayor eficacia fueran capitalizados por las empresas, no el gobierno, en forma de mayores ganancias económicas.⁶⁶

Tanto para los gobiernos como para los donantes debería ser una preocupación fundamental establecer si suministrar servicios de salud de forma privada va a costar finalmente más o menos que hacer lo mismo por medio del sector público. Los datos disponibles sugieren que el sector privado puede costar considerablemente más.

Argumento Cuatro: 'El sector privado puede ayudar a aumentar la calidad y eficiencia de los servicios sanitarios'

La calidad de la asistencia sanitaria es un asunto de vida o muerte. Si a un niño enfermo de neumonía se le da un tratamiento para la malaria, las consecuencias pueden ser fatales. La calidad no puede dejarse al azar.

Los peores casos de incentivos de mercado para obtener beneficios bajando la calidad se encuentran en el sector informal de la asistencia privada. La incapacidad de pagar por los servicios y los bajos niveles de educación suponen que la mayoría de las personas en países pobres se vuelven dependientes de traficantes de drogas, doctores falsos y otros proveedores no cualificados que representan una seria amenaza a su salud. La CFI admite que son las poblaciones con bajos ingresos y/o de áreas rurales 'las que se ven más profundamente

afectadas por los fallos de la asistencia sanitaria privada en África Subsahariana.⁶⁷

Un estudio a gran escala realizado en las zonas rurales de Vietnam, que comparaba proveedores públicos con proveedores privados –que en esas zonas son mayoritariamente informales-, encontró que la calidad de ambos estaba muy por debajo del estándar nacional, pero era considerablemente más baja en el sector privado. Además, las malas prácticas de tratamiento en niños con infecciones respiratorias o diarreicas eran particularmente pronunciadas en los médicos sin experiencia de trabajo previa en el sistema de salud público.⁶⁸

Recuadro 4: el problema de los curanderos

‘En una barriada de Delhi, trabajadores descalzos, amas de casa flacuchas y niños medio desnudos y resoplando esperan delante de una choza construida con chapa ondulada y contrachapado para ver al ‘doctor de Bengala’. Noor Muhammed, el hombre acicalado de treinta y tantos años que está dentro, es efectivamente bengalí, pero, como él mismo admite alegremente, no es médico. Sin embargo, cuando comprueba rápidamente la temperatura y la tensión y reparte pastillas, muchas veces antibióticos, sus pacientes asienten respetuosamente con la cabeza y pagan.

India tiene más médicos falsos que verdaderos, según K. K. Kohli, presidente del Comité contra los curanderos del Consejo Médico de Delhi. Sólo en esa ciudad hay alrededor de 40.000.

“Atienden a pacientes en estado agudo o grave y los convierten en enfermos crónicos”, dice el Dr. Kohli al referirse a curanderos que diagnostican mal, prescriben esteroides como estimulantes, mezclan sus propios remedios y compran antibióticos baratos y caducados. Su error más frecuente es recetar y vender antibióticos innecesarios. Sandeep Guleria, profesor del Instituto Todo India de Ciencias Médicas (All India Institute of Medical Sciences- AIIMS) en Delhi, afirma que los curanderos han contribuido a causar los altos niveles de resistencia a los medicamentos que existen en India.

Hace diez años, el gobierno del estado de Dehli preparó una ley contra los curanderos de la que no se ha vuelto a saber nada. Pero el verdadero problema no son tanto los médicos falsos, sino el vacío de asistencia sanitaria del que surgen. El sistema de salud público sigue siendo precario. ‘..... ‘ En las barriadas, las personas pobres enfermas van a los curanderos porque las clínicas gestionadas por el gobierno están demasiado lejos y las colas son muy largas. En muchas zonas rurales no hay clínicas.

‘Naturalmente que algunos curanderos pueden ser perfectamente responsables. El Sr. Noor, por ejemplo, jura que remite todos “los casos serios” a los hospitales del gobierno. Lo que no está claro es cómo los diagnostica.’

Fuente: Economist (2008) ‘Quackdown: the high cost of medicines bought on the cheap’, *The Economist*, 21 de febrero de 2008.

Numerosos estudios de la OMS han aumentado la preocupación sobre la calidad de las medicinas que venden los proveedores privados. En China, un tercio de los medicamentos dispensados por vendedores privados están falsificados, lo que permite a sus vendedores obtener enormes beneficios derivados de la

comercialización de marcas falsas.⁶⁹ Razones de beneficio también conducen a prescribir de forma irracional o a recetar en exceso medicinas, lo que conduce al crecimiento de la resistencia a los medicamentos para enfermedades mortales, incluyendo el VIH, la tuberculosis y la malaria. El gran número de personas que dependen de tiendas para obtener medicinas está siendo utilizado para justificar la subvención de medicinas para la malaria vendidas por proveedores privados a través de la propuesta Centro de Medicamentos Asequibles para la malaria (ver Recuadro 5). Pero un estudio realizado en siete países subsaharianos reveló que la mayoría de las medicinas contra la malaria de las instalaciones privadas suspendían los test de calidad.⁷⁰

No está del todo claro que la contratación pueda asegurar una mayor calidad. Un estudio comparativo de Suráfrica encontró que la calidad técnica de los hospitales contratistas era considerablemente inferior a la de los hospitales públicos. Los incentivos para maximizar los ingresos llevaron a que los contratistas limitaran la cantidad y calidad de importantes inversiones, incluyendo la disminución de las dotaciones de personal, equipamiento y suministros críticos, hasta el punto de no cumplir con lo que la evaluación definió como estándares realistas para el sector público. En cambio, los contratistas privados fueron mejores que el gobierno en el mantenimiento de los edificios y las instalaciones de los hospitales.⁷¹ En Lesotho, la calidad general es similar entre los proveedores contratados y los públicos. Sin embargo, solamente el 37 por ciento de los casos de enfermedades de transmisión sexual fueron tratados correctamente por los proveedores privados, en comparación con el 57 por ciento y 96 por ciento de los casos tratados en 'grandes' y 'pequeñas' instalaciones públicas, respectivamente.⁷²

El mismo Banco Mundial ha dicho que el sector privado tiene generalmente peor calidad técnica que el público.⁷³ Los datos de Uganda, por ejemplo, muestran que sólo el 19 por ciento de las instalaciones sanitarias privadas trataron de forma correcta la malaria simple, un mero 6 por ciento las diarreas simples sin sangre y un 36 por ciento la neumonía.⁷⁴ Sólo en los últimos meses, más de 184 hospitales, clínicas y laboratorios privados han sido cerrados en la capital de Nigeria por no cumplir los estándares básicos de higiene y formación del personal.⁷⁵ En Nepal, los servicios privados para tuberculosos tienen bajos índices de retención de pacientes y curación, y están relacionados con el crecimiento de cepas de la enfermedad resistentes a varios medicamentos. Como consecuencia, un estudio de la OMS concluyó que los efectos perjudiciales de un mayor crecimiento del sector privado en Nepal pueden resultar irreversibles.⁷⁶

Recuadro 5: subvencionar la malaria ¿deben las tiendas convertirse en proveedores de asistencia sanitaria?

El Banco Mundial hizo una propuesta a finales de 2007 de invertir fuertemente en la provisión privada de nuevos medicamentos para la malaria. El mecanismo, conocido como 'Centro de Medicamentos Asequibles para la Malaria' daría un subsidio a los proveedores privados para que puedan vender medicinas a precios muchos más baratos. El Fondo Global sería la sede del Centro y se está solicitando a los donantes que den más de mil millones de dólares en ayuda para apoyarla.⁷⁷

Actualmente, la mayoría de tratamientos para la malaria que compra el Fondo Global y otros actores importantes como la UNITAID son suministrados a través del sector público y de la sociedad civil. La subvención propuesta supondría una importante ruptura con la práctica habitual. Aunque Oxfam reconoce los problemas de la provisión pública en muchos países, también ha expresado serias dudas sobre esta iniciativa. La subvención no explica cómo harán los proveedores privados para hacer que las medicinas se dispensen de forma segura. Existe un fuerte riesgo de que este tipo de subsidio lleve a la continuación de las prescripciones excesivas o escasas.⁷⁸ Este fue el caso de algunos medicamentos para la malaria utilizados en el pasado, como la cloroquina y el Fansidar. La deficiente prescripción de estas medicinas, fue en parte responsable de la resistencia que hizo que ambos productos se volvieran ineficaces. La subvención tampoco aborda el hecho de que muchas personas no pueden pagar ningún tipo de tratamiento, subvencionado o no, lo que significa que es poco probable que los más pobres, y particularmente los niños, se beneficien con esta medida.⁷⁹ Pero sobre todo, no se ha explorado suficientemente la alternativa de aumentar y fortalecer rápidamente la provisión pública gratuita. La subvención para la malaria, si se aplica sólo a través del sector privado, corre el riesgo de sentar el mal precedente de desviar más la atención de los donantes internacionales, de manera que no se lleguen a enfrentar a los problemas de la sanidad pública. De este modo, el fracaso de la provisión pública se convierte en una profecía autocumplida.

Mientras que el Banco Mundial y el gobierno de Reino Unido apoyan la subvención, otros gobiernos como el de Estados Unidos y Canadá no lo hacen. Estos últimos han expresado dudas similares a las de Oxfam sobre la viabilidad de la propuesta y sobre si será capaz de llegar a los más pobres.

Las evidencias sobre la mala calidad del sector privado no deben usarse para restar importancia a los problemas de muchos de los sistemas de salud públicos en los países en desarrollo. Estos problemas son reales y, como se expuso en el apartado 3, para enfrentarlos se necesitarán recursos y un liderazgo cualificado. Lo que destacan los datos, es que el sector privado trae consigo serios e inherentes fallos de mercado que constituyen una barrera adicional importante para la mejora de la calidad y eficiencia de los servicios de salud, especialmente para las personas pobres. Sólo en relación a la eficiencia, no hay ninguna evidencia de que la mayoría de los gobiernos de los países en desarrollo con pocos recursos tengan la capacidad y los conocimientos técnicos necesarios para contrarrestar esta falla del mercado.

Argumento Cinco: ‘El sector privado puede ayudar a reducir la desigualdad sanitaria y llegar a los pobres’

‘...se entiende generalmente que uno de los indicadores de cómo se ve una sociedad a sí misma es la manera en que las instituciones sanitarias rechazan o maltratan a las personas más vulnerables. Construir un servicio de salud que excluye a personas es legitimar una exclusión social mayor’
Profesor Mackintosh, 2003⁸⁰

La igualdad en salud significa que los servicios sanitarios se proveen de acuerdo a la necesidad y no según la capacidad de pago. En términos prácticos quiere decir que se debería invertir más en los pobres porque sus necesidades de salud son generalmente mayores.

Los defensores de la provisión privada señalan correctamente que la pública no es equitativa en muchos países. Dicen que el sector privado, si trabaja mediante la introducción de mecanismos de mercado y con una regulación del gobierno apropiada, puede hacer mejor el trabajo de llegar a los más pobres. El Banco Mundial sostiene que ‘hacer responsable al proveedor ante el cliente, utilizando los precios, puede fortalecer el poder del cliente y conducir a mejores resultados’.⁸¹ Los partidarios mantienen que los fallos del gobierno son en ocasiones tan graves que ‘las soluciones de mercado pueden hacer que los pobres estén en una situación mejor’.⁸²

Sin embargo, los datos actuales y la experiencia histórica parecen indicar que una expansión de la participación privada y una mayor comercialización de la provisión de la asistencia sanitaria pueden aumentar dramáticamente la desigualdad, tanto en el acceso como en los resultados sanitarios. De hecho, fue en parte esta desigualdad la que llevó al aumento del papel del sector público en la mayoría de los países desarrollados.⁸³

Los datos de 44 países de renta media y baja indican que cuanto mayor es el nivel de participación privada en la atención primaria, mayor es el nivel total de exclusión de tratamiento y cuidados.⁸⁴ Aunque esta correlación no clarifique si son los altos niveles de participación privada los causantes de la exclusión, por lo menos sugiere que el sector privado, en general, no la *reduce*.

La introducción de reformas de mercado en los sistemas de salud en China (ver Recuadro 6) y Vietnam han coincidido con un aumento sustancial del número de personas en zonas rurales que están enfermas pero no utilizan ningún tipo de servicios de salud.⁸⁵ Los altos costes significan que los que no pueden pagar están siendo cada vez más excluidos: la automedicación es la forma más barata, y actualmente más frecuente, de asistencia sanitaria entre los más pobres de Vietnam.⁸⁶

Recuadro 6: la privatización en China: un experimento fallido

Entre 1952 y 1982 el sistema de salud propiedad del gobierno chino, financiado y gestionado por el Estado, alcanzó importantes mejoras en salud y asistencia sanitaria. La mortalidad infantil cayó de 200 a 34 por cada mil niños nacidos con vida, y la esperanza de vida casi se duplicó. Desde la década de los ochenta, los recortes en el gasto gubernamental en salud y la privatización a gran escala han tenido consecuencias devastadoras para la vida de las personas en relación con la equidad. Servicios que antes eran gratuitos, ahora son de pago en hospitales privados. Se han introducido seguros para cubrir los costes, pero el 80 por ciento de los pobres en las áreas rurales no están cubiertos. La cantidad y calidad de las instalaciones sanitarias y del personal que trabaja en las áreas rurales son inadecuadas, y da como resultado grandes disparidades en los resultados sanitarios. La mortalidad infantil es ahora 3 veces mayor en las zonas rurales que en las urbanas. La enfermedad es actualmente la principal causa de empobrecimiento en las áreas rurales.⁸⁷

El shock por el brote de neumonía atípica de 2003 hizo que el gobierno se diese cuenta de que su sistema de salud –altamente fragmentado, no equitativo y con fines lucrativos- no era capaz de responder a las necesidades sanitarias del país. Un informe encargado por el gobierno concluyó que el éxito del sistema de salud chino durante el período de la economía planificada se basaba en el papel dominante que jugaba el Estado. La introducción de reformas basadas en el mercado ha llevado a un declive tanto de la imparcialidad de los servicios médicos como de la eficiencia en la inversión en el sector de la salud.⁸⁸ Recientemente se ha culpado del escaso gasto doméstico del país a los pagos por servicios sanitarios que tienen que hacer las personas directamente de sus bolsillos porque no se los cubre el seguro. Este asunto está recibiendo mucha atención debido a los intentos del gobierno de estimular la demanda interna para salvaguardar su economía ante la crisis financiera internacional.⁸⁹ Se han anunciado reformas para revertir las políticas basadas en el mercado de las últimas dos décadas y permitir un papel mucho más fuerte del gobierno en la asistencia sanitaria.

Fuente: Economist, adaptado de 'Health care in China: losing patients' *The Economist*, 21 de febrero de 2008; y Blumenthal y Hsiao (2005)⁹⁰

Las reducciones de la provisión sanitaria pública y la creciente dependencia del sector privado han exacerbado la desigualdad de género. En muchos países, estas reformas han sido relacionadas con el aumento de los partos caseros no atendidos por profesionales y con el hecho de que muchas mujeres y niños retrasen la aplicación de cuidados médicos por lo caros que resulta.⁹¹

Cuando la provisión implica pagar, cuando es incompleta, selectiva, o desigual, entonces el peso de la enfermedad y los cuidados cae desproporcionadamente sobre las mujeres y las niñas. Ellas son las que quedan excluidas del tratamiento y de la atención médica y, a su vez, las que asumen las cargas adicionales de los cuidados domésticos no remunerados. Esta carga desigual refuerza sucesivamente la falta de igualdad de género en el trabajo y los riesgos a tener mala salud. Las responsabilidades no remuneradas mantienen a muchas mujeres con salarios más bajos, y en ocupaciones menos seguras y más arriesgadas. Esto se debe a que

este tipo de trabajos tienen horarios más flexibles y a menudo pueden realizarse desde casa.⁹²

Las mujeres realizan la mayor parte del trabajo sanitario menos cualificado y son las que más han sufrido con las políticas de reducción de gastos del sector privado, que han llevado a un crecimiento del volumen de trabajo, salarios más bajos y aumento de la inseguridad laboral.⁹³

Los dos objetivos de obtener beneficios económicos y proveer servicios sanitarios a los pobres al mismo tiempo sólo parecen compatibles si se vinculan con una importante subvención pública y/o mediante la provisión de servicios por debajo del nivel estándar de calidad. El Banco Mundial mantiene su apoyo a los subsidios pero esto hace que se vuelva a plantear la cuestión de los costes: ¿cuánto dinero de los contribuyentes es necesario para garantizar los beneficios del sector privado? La investigación de Oxfam en Georgia encontró que una de las mayores compañías implicadas en la campaña del gobierno para la privatización de la asistencia sanitaria decidió retirarse del programa: la subvención ofrecida no era suficiente para atender a los pobres y obtener ganancias económicas.⁹⁴

La CFI apoya la otra opción –asegurar los beneficios mediante la provisión de servicios de peor calidad a los pobres. Propone un modelo de dos niveles: aconseja a los proveedores con ánimo de lucro crear clínicas bien equipadas y de lujo y alta calidad para la población con ingresos medios y altos, y para los pobres hospitales con servicios limitados, de bajo coste y una facturación ‘extremadamente alta’.⁹⁵ Se asume explícitamente que las personas pobres sólo requieren cuidados médicos básicos y limitados en el tiempo (se aconseja a los médicos que vean 100 pacientes al día –uno cada cuatro minutos).

Argumento Seis: ‘El sector privado puede mejorar la rendición de cuentas’

El Informe sobre el desarrollo mundial de 2004 del Banco Mundial se centra en la importante cuestión de la rendición de cuentas en la provisión de salud. El Informe mantiene que se puede mejorar a través de la promoción de la competencia entre los proveedores privados en las licitaciones públicas. Al mismo tiempo, el Informe sostiene que permitir a las personas pobres elegir entre diferentes proveedores obliga a las empresas a ser más receptivas a sus demandas y responsables porque, de lo contrario, sus clientes, los pobres, dejarán de serlo. Por ejemplo, ‘las mujeres que se sientan más a gusto cuando las atienden mujeres médicos, tendrán dónde ir a visitarlas’.⁹⁶

Sin embargo, los sistemas de salud son por naturaleza complejos y poco responsables. La corrupción puede ser un problema, independientemente de si los servicios se suministran de forma pública o privada.⁹⁷ La teoría del Banco Mundial de que los proveedores privados responden mejor que los públicos no está respaldada por ningún dato. En primer lugar, en muchos países de renta baja no existe la competencia entre proveedores privados cualificados (véase Argumento 4). La rendición de cuentas basada en las preferencias del consumidor no funciona en estos contextos. En Malawi, por ejemplo, sólo hay 40 mujeres médicos para una población de 13 millones, lo que hace muy inverosímil la posibilidad de elección citada por el Banco Mundial.

Al mismo tiempo, el proceso de contratación de proveedores tiene muchas posibilidades de corrupción; tanto durante la obtención de las licitaciones del gobierno, como en la provisión de los propios servicios. Aunque los contratos se otorguen de forma justa, es extraordinariamente difícil, incluso en los países desarrollados, regular a los proveedores privados en función del interés público. En Estados Unidos, el fraude por parte de los proveedores sanitarios es un gran problema que conduce a pérdidas de miles de millones de dólares cada año.⁹⁸ La regulación es más problemática cuando los gobiernos son débiles y carecen de autoridad y personal cualificado. Un informe encargado por el gobierno de India concluyó que los hospitales contratados y subvencionados por el Estado para suministrar tratamientos gratuitos a los pacientes pobres estaban sencillamente fracasando en su tarea.⁹⁹

Finalmente, que el sector privado suministre servicios sanitarios en nombre del Estado puede hacer más difícil que los ciudadanos exijan responsabilidades a sus gobiernos. Facilita que los políticos se escondan detrás de la excusa de que sus políticas son buenas, pero la empresa lo hizo mal.

Recuadro 7: proveedores de la sociedad civil: ¿el compromiso perfecto?

En ocasiones se agrupan a los proveedores de asistencia sanitaria de la sociedad civil junto con los proveedores con ánimo de lucro bajo la misma etiqueta de 'sector privado'. Esto es inapropiado ya que supone ignorar diferencias importantes. Los proveedores de la sociedad civil cuentan con algunas ventajas inherentes respecto a los privados con ánimo de lucro, precisamente porque no están motivados por los beneficios económicos, al igual que el sector público.

En todas las misiones que tienen por el mundo, las organizaciones de caridad y las ONG representan un salvavidas para muchas personas y, en algunos países de África, constituyen una importante proporción de los servicios sanitarios existentes. Esto no quiere decir que los proveedores de la sociedad civil puedan o deban intentar crecer hasta reemplazar al Estado.¹⁰⁰ El compromiso de hacer el bien no siempre garantiza la competencia y el alto rendimiento. Hay informes que concluyen que algunos hospitales de organizaciones de caridad y misiones religiosas no son más eficaces en términos de cobertura y equidad que los servicios del

Estado.^{101 102} Además, las OSC pueden ser propensas a experimentar los mismos problemas que los proveedores con ánimo de lucro, especialmente en relación a la duplicación y fragmentación,¹⁰³ el cobro de servicios¹⁰⁴, la rendición de cuentas y la competencia por los profesionales de la salud públicos.¹⁰⁵

La mayoría de las OSC estarán de acuerdo en que, para ser más eficientes y hacer el mejor uso de sus ventajas comparativas, deben ser siempre sólo un complemento, y no una alternativa, a los sistemas de salud públicos.

Es importante quién suministra los cuidados

Si el objetivo es el acceso equitativo y universal a la asistencia sanitaria, entonces es evidente, según los datos disponibles, que sí importa quién la suministra –al contrario de lo que afirma actualmente el Banco Mundial. El funcionamiento del sector privado no sólo no ha estado en muchos casos a la altura de las afirmaciones de sus defensores, sino que su crecimiento puede producirse a costa de la eficiencia, calidad, equidad y capacidad de rendición de cuentas de los servicios de salud.

3. Aprender de los éxitos: ¿qué experiencias funcionan para proporcionar asistencia sanitaria para todos?

Para ampliar la provisión de salud y poder proporcionar a los ciudadanos más pobres y vulnerables la asistencia sanitaria que necesitan, los gobiernos de los países en desarrollo deben aprender de aquellos países que han logrado alcanzar este objetivo con éxito. Un creciente y sólido conjunto de investigaciones internacionales pretenden proporcionar la base para dicho aprendizaje. La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, un grupo de destacados políticos, académicos, y antiguos jefes de Estado y ministros de salud, realizó un trabajo de investigación internacional de tres años de duración. Este grupo de expertos evaluaron los datos disponibles y concluye recientemente que, a nivel mundial, la financiación y provisión pública sigue destacando por encima del resto en cuanto a sistemas de salud de mejor rendimiento y más redistributivos.¹⁰⁶ Las conclusiones de otro estudio realizado por Equitap (una red de 15 equipos de investigación que trabajan en Asia y Europa) que comparaba datos en materia de salud en Asia, iba todavía más lejos y mostró que ningún país de renta baja o media de ese continente ha logrado un acceso a la sanidad universal o quasi-universal sin contar con provisión pública exclusiva o mayoritariamente financiada por impuestos.¹⁰⁷

En los países en desarrollo, los niveles de mortalidad infantil y materna están tan influidos por el gasto estatal en salud como por la renta *per cápita*.¹⁰⁸ Asimismo, en países más ricos, el hecho de gastar una mayor proporción del gasto total en salud a través del gobierno está asociado a una mayor y más saludable esperanza de vida y a unos niveles más bajos de mortalidad entre niños y niñas menores de cinco años.¹⁰⁹

En varios periodos de “grandes avances” Botsuana, Mauricio, Sri Lanka, Corea del Sur, Malasia, Barbados, Costa Rica, Cuba y el estado indio de Kerala¹¹⁰ consiguieron reducir la mortalidad infantil entre un 40 y un 70 por ciento en tan sólo diez años.¹¹¹ Los estudios han demostrado que, pese a diferencias entre los enfoques específicos, el factor crítico para el éxito en todos esos países ha sido la acción comprometida de los gobiernos para organizar y suministrar servicios sanitarios para la gran mayoría de su población.

Al independizarse, Botsuana y Mauricio heredaron servicios sanitarios basados en la atención en hospitales muy pequeños. Sin embargo, ya en la década de 1980, como mínimo el 80 por ciento de sus poblaciones vivían a 15km de distancia de un establecimiento

público de salud.¹¹² En Nicaragua, gracias a un importante programa de inversión pública, el acceso a la asistencia sanitaria aumentó a principios de los años ochenta del 25 al 70 por ciento de la población.¹¹³ En Sri Lanka, cuando una mujer da a luz tiene el 96 por ciento de posibilidades de ser atendida por una comadrona cualificada.¹¹⁴ El tratamiento médico es gratuito y se realiza en un consultorio público que cuenta con una enfermera titulada, y que se encuentra a poca distancia a pie de la casa de la paciente. Sri Lanka - antes una de las naciones más afectadas por la malaria-, está actualmente muy cerca de ser la primera en erradicar la enfermedad completamente.¹¹⁵

La realidad de los fracasos de la sanidad pública

Los lentos o poco sistemáticos avances hacia la consecución de los ODM relacionados con la salud ponen de manifiesto que los gobiernos de muchos países pobres están muy lejos de cumplir con sus responsabilidades. Con demasiada frecuencia, los ciudadanos no tienen acceso a los servicios de salud públicos, éstos tienen escasez de personal o son económicamente prohibitivos. Tanto los bajos salarios, como la corrupción y una gestión deficiente constituyen parte del problema. Unas condiciones de trabajo malas pueden conducir a la baja productividad del personal sanitario. La escasez de medicamentos puede ser consecuencia de la falta de recursos económicos, y también de unos sistemas de adquisición y distribución poco sólidos. Las personas pobres, las mujeres y otros grupos marginados continúan teniendo que hacer frente a los mayores obstáculos para poder tener acceso a la atención sanitaria debido a su coste, la distancia, la falta de información y conocimientos, la falta de canales para realizar sus demandas y por la existencia de proveedores irresponsables. La calidad de la asistencia suele ser inaceptablemente baja. En Túnez, por ejemplo, un estudio mostró que sólo el 20 por ciento de los casos de neumonía eran gestionados de forma correcta y que en el 62 por ciento de los casos, el paciente recibía una prescripción inadecuada de antibióticos.

Algunos gobiernos no están cumpliendo sus promesas de aumentar su propio gasto en materia de salud. El gobierno de India destina el doble de recursos a sus fuerzas militares que a la atención sanitaria. El avance de este país en reducir la mortalidad infantil se ha ralentizado tanto que ha sido superado por su vecino Bangladesh, un país con ingresos más bajos. En África, solamente cinco países han cumplido con el compromiso fijado en Abuja de destinar el 15 por ciento del gasto estatal a la salud. Mientras, el pago de cuotas por servicios prestados que el paciente debe pagar directamente de su bolsillo - que se estima constituye el 50 por ciento del gasto sanitario total

en toda África -, agrava aún más la pobreza y contribuye a la exclusión de las personas pobres de los servicios que necesitan.

Asimismo, unos recursos inadecuados conducen a una mala gobernanza. Los bajísimos salarios han convertido en algo corriente el cobro de pagos irregulares por servicios prestados y el absentismo entre funcionarios de la salud pública en muchos países de África, Asia Oriental y Europa del Este. La falta de recursos para la formación y el desarrollo profesional priva a la sanidad pública de líderes y gestores competentes para abordar las ineficiencias, la corrupción y los procedimientos burocráticos incontrolables

Los donantes, el Banco Mundial y el FMI: su papel en el fracaso de la sanidad pública.

Mediante sus recetas políticas y de ayuda, el Banco Mundial y el FMI, así como algunos donantes de los países ricos, han dificultado significativamente la capacidad de los gobiernos de proporcionar salud para todos sus ciudadanos.

Existe documentación consistente que demuestra que durante las crisis económicas de la década de 1980 y 1990, las políticas de Ajuste Estructural del Banco Mundial y del FMI exigían importantes recortes en el gasto público y unas salvaguardas mínimas para la asistencia sanitaria. El presupuesto estatal en salud de África Subsahariana y de muchos países latinoamericanos disminuyó hasta un 50 por ciento durante ese periodo. Las recetas económicas del Banco Mundial incluían también condiciones de préstamo que exigían la introducción del pago de cuotas por la prestación de servicios sanitarios, con consecuencias devastadoras. Estas tarifas continúan existiendo en la mayoría de países pobres.

Desde entonces, el Banco Mundial y el FMI han aceptado que fue un error realizar recortes sin antes proteger la salud de los más pobres. A pesar del *mea culpa*, los organismos internacionales deben reconocer también que estos recortes y estas políticas inadecuadas fueron una de las principales causas de que los gobiernos no lograran cumplir sus promesas en materia de salud en las últimas décadas. La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud apoya esta opinión. El grupo de expertos llegó a la conclusión de que las reformas promovidas por el Banco Mundial y el FMI, que introducen un comportamiento de mercado dentro de los sistemas de salud públicos y fomentan un papel más importante para el sector privado, han debilitado aún más la actuación de los gobiernos y su capacidad de abordar la desigualdad. Sin embargo, los donantes raramente vinculan estos aspectos; por el contrario, casi siempre se presenta el fracaso de los gobiernos en proporcionar asistencia sanitaria como inevitable y exclusivamente culpa de los propios Estados.

Tampoco ha ayudado nada la manera en la que la mayoría de donantes han proporcionado ayuda para la salud. Ya en 1978, muchos donantes, y en particular UNICEF y el Banco Mundial,

consideraban que el enfoque integral a la atención primaria esbozado en la declaración Alma Ata era demasiado ambicioso. En su lugar, los donantes centraron su apoyo en la “atención primaria de salud selectiva” como una solución “provisional” más pragmática, resaltando sólo unas cuantas intervenciones. Pero esta medida “provisional” se convirtió en el enfoque por defecto. La ayuda para la salud ha aumentado rápidamente durante la última década, pero este incremento ha tenido lugar principalmente en forma de una rápida proliferación de nuevas iniciativas globales focalizadas en un pequeño número de enfermedades específicas. En el mismo periodo, la asignación de ayuda para servicios de atención primaria descendió casi a la mitad. Los donantes de los países ricos han admitido que, con frecuencia, estos nuevos canales de ayuda evitan los planes y las prioridades gubernamentales en materia de salud y no logran fortalecer adecuadamente los sistemas sanitarios.

Finalmente, mientras muchos países ricos proporcionan ayuda a los países pobres, al mismo tiempo también reclutan trabajadores sanitarios, lo que agrava aún más la seria escasez de profesionales a la que se enfrentan estos países.

En las últimas tres décadas se ha erosionado sistemáticamente el apoyo y el gasto público a favor de unos servicios de salud públicos, universales y gratuitos. Por esta razón, dar por perdida la sanidad pública como una solución que ya ha sido probada y ha fracasado, sería como atar los cordones de los zapatos deportivos de un jugador de fútbol entre sí y después culparle por haber perdido el partido.

Pese a todo, muchos donantes, entre los que figura el Banco Mundial, interpretan las pruebas del fracaso de los gobiernos y la insatisfacción pública como una luz verde para seguir adelante con una reestructuración a gran escala que implica dar un papel más importante a la provisión privada, pero sin ningún tipo de análisis sobre las consecuencias que tendrá a largo plazo. Al mismo tiempo, con demasiada frecuencia se están dejando escapar oportunidades para lograr que los gobiernos cumplan sus responsabilidades y mejoren y aumenten la provisión pública.

Explotar las ventajas de la provisión pública

Los que promueven soluciones basadas en el sector privado han estudiado ampliamente los errores de los gobiernos a la hora de proporcionar servicios a sus ciudadanos. Sin embargo, no han investigado tanto los puntos fuertes del gobierno. Los servicios integrados de salud pública tienen, por naturaleza, una serie de ventajas en términos de eficacia, calidad y equidad que pueden ayudar a explicar su capacidad de funcionar con éxito. Estas mismas ventajas han demostrado ser, por el momento, inalcanzables mediante la provisión privada.

Economías de escala

En términos de eficiencia, el sector público puede explotar enormes economías de escala. Entre ellas figura la adquisición, ya que se pueden negociar precios más bajos a través de la compra de medicamentos y equipamiento en grandes cantidades; un gasto que podría dirigirse a inversión en tecnología e innovación para mejorar la salud del paciente, en vez de focalizarse en cómo atraer a los usuarios. Los sistemas de administración, dotación de personal y formación a nivel nacional o de distrito reducen los costes de gestión de muchos proveedores privados. La provisión a escala también posibilita la especialización: se puede ofrecer una completa gama de productos y servicios a un precio más bajo del que tendrían si fueran proporcionados por operadores individuales. Los sistemas públicos de salud, por lo tanto, consiguen contener mejor los precios.¹¹⁶ El gasto por persona de la sanidad pública de Cuba es 27 veces menor que el de Estados Unidos y, sin embargo, la isla tiene un índice de mortalidad infantil más bajo y un promedio de esperanza de vida mayor.¹¹⁷ La Corporación Financiera Internacional (CFI) coincide en señalar que, en lo que se refiere a economías de escala, el sector privado – caracterizado por la fragmentación – está en desventaja. Para combatir este aspecto, la CFI recomienda que los proveedores privados formen redes de colaboración o franquicias que estén coordinadas por una agencia central con el fin de que los gastos indirectos queden más repartidos y se puedan ampliar los tipos de servicio ofrecidos.¹¹⁸ Sin embargo, se hace difícil imaginar cómo estas redes de colaboración pueden funcionar en un sistema basado en la competitividad entre proveedores para reducir costes. De hecho, un enfoque como este amenaza con crear grandes monopolios privados.

Calidad y rendición de cuentas

En cuanto a la mejora de la calidad, la regulación de proveedores del sector público - aunque complicada -, puede resultar más fácil que la regulación de proveedores privados. La existencia de sistemas normalizados y mecanismos formales de rendición de cuentas facilita que se pueda llevar a cabo un control de la calidad de los servicios y que se puedan exigir responsabilidades a los que han proporcionado un servicio inadecuado. La introducción de nuevos medicamentos, como los desarrollados recientemente para tratar la malaria, es más fácil dentro de un sistema unificado, así como garantizar que los medicamentos viejos son desechados.

No hay duda de que la corrupción es un problema que afecta a muchos sistemas de salud públicos, y es necesario abordar el tema y erradicarla. No existen soluciones fáciles, pero es ingenuo pensar que el hecho de desviar dinero público hacia el sector privado ayudará a solucionar este problema. Por el contrario, la provisión directa por parte del gobierno puede ayudar a establecer líneas claras de responsabilidad. Los funcionarios y los trabajadores sanitarios deben rendir cuentas frente al gobierno local, y también suelen estar sujetos

al escrutinio parlamentario. Esto implica que una inversión en estas instituciones y en organismos de control de la sociedad civil puede ayudar a denunciar casos de corrupción y a inhibirla.¹¹⁹ En Malawi, por ejemplo, la contraparte de Oxfam Internacional, la Health Equity Network (una red con el objetivo de lograr la equidad en materia de salud), realiza y publica con regularidad encuestas para conocer el grado de satisfacción de la población con los servicios proporcionados por el gobierno.¹²⁰ La demanda ciudadana ha ayudado a fortalecer la igualdad de género mediante la realización de un sistema de vigilancia del cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos y la eliminación de la discriminación contra las mujeres que trabajan en el sector sanitario.¹²¹ Asimismo, el riguroso examen realizado por esta Red ha sacado a la luz un fallo muy importante en el sistema público de suministro de medicamentos y está presionando para que el gobierno subsane este error.

La legislación sobre el derecho a la salud - y sobre el derecho de los ciudadanos a la información para poder participar en las políticas públicas, en la elaboración de presupuestos y poder exigir responsabilidades a los proveedores- , ha mejorado significativamente la transparencia y la capacidad de respuesta de los sistemas de salud públicos de Sri Lanka, Tailandia y Ciudad de México.¹²² Al proporcionar a los ciudadanos un instrumento para la rendición de cuentas, esta legislación puede fomentar que el sistema público sea más receptivo a las necesidades y experiencias reales de las personas. También puede servir para contrarrestar la presión que ejercen las compañías privadas para proteger sus propios intereses. Si todas las personas tienen acceso al mismo nivel de servicios públicos, hay más probabilidades de que los ciudadanos con ingresos más altos utilicen su influencia política para forzar a los gobiernos a que cumplan los compromisos de calidad y accesibilidad.

La inversión en provisión pública posibilita que tanto los usuarios de los servicios como los proveedores sanitarios sepan a quién pedir cuentas. En los países en desarrollo, los sindicatos del sector público se encuentran en una posición única para controlar la manera en la que se proporcionan los servicios de salud y hacer que sus gobiernos rindan cuentas por ellos. Las estructuras sindicales pueden servir para solucionar asuntos colectivos en relación a decisiones y comportamientos injustificados por parte de un gobierno, un grupo de personas o un individuo. Las demandas de unas mejores condiciones laborales pueden ayudar a mejorar la calidad de los servicios para los usuarios y a tratar la corrupción. En Camboya y República Checa, beneficios salariales para los trabajadores sanitarios, combinado con la adopción de códigos de conducta, llevó a una disminución de los pagos no regulados o sobornos, y a un mayor acceso a los servicios sanitarios por parte de las personas pobres.¹²³

Llegar a los más pobres y enfrentar la desigualdad

Los defensores de la provisión privada critican sistemáticamente a los sistemas de salud pública de beneficiar de forma desproporcionada a los ricos. Es cierto que existen problemas de ese tipo en muchos países, pero no son cuestiones que no se puedan resolver. Además, como mostró la sección anterior, las pruebas indican que las desigualdades que resultan de una provisión sanitaria cada vez más privada son mucho mayores.

Cuando hay voluntad política, los gobiernos tienen, por su naturaleza, una posición mucho más fuerte que el sector privado para abordar las desigualdades a nivel nacional y garantizar que todo ciudadano tenga el mismo acceso a los servicios sanitarios. El Estado tiene la capacidad de redistribuir los recursos. Puede utilizar el dinero que recaude de los grupos más ricos de la sociedad para proporcionar servicios al conjunto de los más pobres. Asimismo, la redistribución a través del sistema público hace posible abordar las desigualdades entre regiones, entre ciudades y zonas rurales y – algo fundamental – entre hombres y mujeres. Los servicios públicos de atención primaria basados en redes de clínicas locales son los que funcionan mejor, ya que pueden llegar a los grupos más pobres y tratar aquellas enfermedades que les afectan de forma desproporcionada.¹²⁴

En Tailandia, el traslado de personal médico y de enfermería a zonas rurales organizado por el gobierno fue clave para enfrentar los deficientes servicios sanitarios de las áreas rurales.¹²⁵ Los estados de India que invierten más en servicios públicos de salud han tenido más éxito a la hora de reducir las desigualdades de acceso entre las zonas rurales y las urbanas.¹²⁶ Las políticas diseñadas para lograr el acceso universal en Sri Lanka, Malasia y Hong Kong benefician más a los pobres que a los ricos. En 11 de los 12 países asiáticos estudiados, el gasto estatal en materia de salud demostró ser un “reductor de desigualdades”.¹²⁷ Incluso en América Latina, un continente con fuertes desigualdades, los beneficios del gasto en salud pública tienden a favorecer a los pobres.¹²⁸

Por el contrario, en América Latina, Suráfrica y Asia, los datos han demostrado que allí donde se ha reducido el papel del gobierno como proveedor de servicios sanitarios, éstos se han desviado de los que más los necesitan a los que tienen más capacidad para pagar por ellos.¹²⁹

Incluso los sistemas públicos de salud no equitativos pueden constituir una herramienta fundamental para luchar contra la desigualdad.¹³⁰ Esto se debe a que, incluso cuando en muchos países las personas ricas reciben más ayuda de la que les corresponde, también pagan más impuestos. Cuando se tienen en cuenta los ingresos tributarios de los más acaudalados, el beneficio total del gasto en materia de salud demostró ser “progresivo” en 30 estudios

sobre países en desarrollo examinados por el FMI.¹³¹ Esto significa que incluso una provisión pública de servicios sanitarios relativamente mal orientada, ayuda a estrechar la brecha entre el nivel de vida de los pobres y el de los ricos.

El ethos público

“La escasez de enfermeras es realmente grave. Tienes que seguir trabajando aunque estés muy cansada. Trabajo de las 16h a las 7.30h del día siguiente. Esto son 16 horas. Somos cinco en la sala de pediatría, y solemos atender entre 200 y 300 niños. También hago el turno de día cuando falta personal. Trabajamos duro; sudamos. Seguimos trabajando; ¿qué otra cosa podemos hacer?” Comadrona del hospital de Lilongwe, Malaui.

El personal que trabaja para el sector público acostumbra a estar más comprometido con sus pacientes porque se perciben a si mismos como funcionarios públicos que contribuyen al interés nacional. En Sri Lanka, algunos estudios han demostrado que los elevados niveles de productividad son en parte atribuibles a la cultura que existe entre los trabajadores sanitarios de formar parte de un servicio dedicado a los ciudadanos.¹³² A nivel mundial, la gran mayoría de profesionales de la sanidad pública trabajan muchas horas a cambio de una mínima recompensa económica, motivados por su deseo de ayudar a los enfermos. El hecho de que los hombres y las mujeres continúen sometiéndose a años de formación para entrar a trabajar en un servicio público extremadamente infradotado de recursos es un testimonio de la importancia del *ethos* del servicio público. Las presiones de las políticas a favor de la comercialización de los servicios sanitarios –que satisfacen intereses privados–, y cambiar la vocación pública por incentivos materiales tienen justo el efecto contrario. El resultado es que el personal sanitario se centra en las posibilidades de rentabilidad de los pacientes debilitando las demandas de los pobres.¹³³ Estas políticas han fomentado que comportamientos poco éticos y abusivos se conviertan en la norma habitual de algunos sectores de los sistemas sanitarios.¹³⁴

La construcción de la legitimidad del gobierno

La provisión pública de servicios como la atención sanitaria juega también un importante papel adicional en la construcción del Estado. Los servicios públicos pueden desempeñar una función central para fomentar la confianza entre los ciudadanos y el Estado y para establecer la legitimidad de las instituciones gubernamentales.¹³⁵ Los servicios de salud, especialmente en las zonas más remotas, representan a veces la única interacción que los ciudadanos tienen con el Estado.¹³⁶

La independencia de muchos países en desarrollo estuvo marcada por una rápida ampliación de las infraestructuras y los servicios sanitarios y por significativas mejoras en la salud de las personas.¹³⁷ En Estados en situación de postconflicto, como Timor Oriental y

Nepal, la atención sanitaria está desempeñando un importante papel en la construcción de la democracia y la legitimidad del Estado.¹³⁸ Por el contrario, la externalización de la provisión de servicios puede tener un impacto negativo. Es más probable que un ciudadano de Afganistán, por ejemplo, reconozca la legitimidad de su nuevo gobierno si los servicios los proporciona el Estado que si lo hiciera una ONG estadounidense o una compañía privada.

La reducción del papel del Estado en la provisión sanitaria puede causar inestabilidad y malestar. En China, por ejemplo, las lagunas en la asistencia sanitaria provocadas por la privatización del servicio han sido citadas como una importante causa del creciente descontento contra el gobierno en algunos distritos rurales y ha conducido a desórdenes y disturbios a nivel local cada vez más frecuentes.¹³⁹

Aplicar las lecciones del pasado: los éxitos más recientes del sector público

Las recientes experiencias de algunos países han demostrado que los éxitos registrados por la salud pública en el pasado no pueden descartarse como mera curiosidad histórica. Por el contrario, cuando los donantes coordinan su apoyo respaldando a gobiernos comprometidos, pueden alcanzarse resultados impresionantes.

En Uganda, entre los años 2000 y 2005, el gobierno desarrolló un plan unificado para el sector sanitario que los donantes apoyaron con un fondo común de financiación. Esto permitió una significativa ampliación de la provisión pública: se construyeron 400 clínicas nuevas, se formaron y recolocaron 2.900 nuevos trabajadores sanitarios, y la proporción de la población que vive a 5 km de una clínica pasó del 49 por ciento al 72 por ciento. Asimismo, se duplicaron los salarios de las enfermeras que trabajan en el escalafón más bajo.¹⁴⁰ En 2001, la eliminación de la cuota por servicios prestados condujo a un enorme aumento de la demanda de servicios, que en algunos casos pasó a ser más del doble. Uganda ha registrado un descenso de sus niveles tanto de mortalidad infantil como materna.

En Timor Oriental, más del 75 por ciento de las instalaciones sanitarias resultaron gravemente dañadas o destruidas durante el conflicto de 1999 que finalmente condujo a su independencia de Indonesia. Sólo quedaron 20 médicos en el país. Igual que sucedió en Uganda, una financiación común, proporcionada mediante un enfoque sectorial de salud, permitió la rápida rehabilitación del sistema público de salud y la implementación de una asistencia sanitaria gratuita y universal. En sólo tres años, la cobertura de inmunización se amplió del 26 al 73 por ciento de la población. La proporción de partos atendidos por personal cualificado aumentó del 26 al 41 por ciento.¹⁴¹

La amplia utilización de proveedores privados informales para tratar condiciones sanitarias graves como la malaria ha servido como justificación de la necesidad de subvencionar este sector (véase Recuadro 5). Sin embargo, la reciente inversión estatal para la prevención y el tratamiento de la malaria en cuatro países africanos ha demostrado que los sistemas públicos son capaces de responder rápidamente y ampliar los servicios para enfermedades agudas -con espectaculares resultados. En Ruanda y Etiopía, la distribución masiva de mosquiteras tratadas con insecticida de larga duración, junto a la distribución a nivel nacional de tratamientos combinados a base de artemisinina por parte del sector público condujo a un descenso de más del 50 por ciento de casos de pacientes hospitalizados por causa de la malaria y de muertes. También se registró un descenso del 33 por ciento en la mortalidad de niños menores de cinco años en Zambia, y del 34 por ciento de muertes en Ghana.¹⁴²

Acción para el éxito

Ningún sistema de salud público está condenado al fracaso, pero para que funcionen se necesita compromiso político y liderazgo, inversión, buenas políticas y apoyo popular. Allí donde se han dado estos elementos, los gobiernos de los países pobres han logrado resultados destacables y, con frecuencia, por un bajo coste.

El sector privado no proporciona una vía de escape para los gravísimos problemas a los que se enfrentan muchos sistemas de salud públicos. En su lugar, los gobiernos de los países en desarrollo y los donantes internacionales deben centrar sus esfuerzos en abordar estos problemas de frente. Las lecciones que nos aportan los sistemas sanitarios que funcionan con éxito son sorprendentemente coherentes.¹⁴³ Las políticas y estrategias deberían estar dedicadas a lograr el acceso universal a la salud. Los servicios deberían ser gratuitos y accesibles para todo el mundo, incluso en las zonas rurales más remotas.¹⁴⁴ Los gobiernos deberían formar y reclutar personal sanitario suficiente, e invertir en liderazgo y gestión. Deberían adoptar un enfoque firme para la atención primaria, pero también invertir en atención secundaria, y en hospitales rurales, para proteger a los pobres de los costes más elevados de estos servicios básicos.¹⁴⁵ El éxito depende de conseguir alcanzar un equilibrio entre las intervenciones de prevención, promoción, curación y paliación.¹⁴⁶

Los gobiernos deben legislar el derecho a la salud y los derechos de los ciudadanos a la información. Deben comprometerse con la transparencia en sus procesos de toma de decisiones en relación a sus presupuestos y políticas y, como se debatirá en la sección siguiente, deben prestar apoyo a las organizaciones de la sociedad civil (OSC) en su importante papel de empoderamiento de la población para hacer un seguimiento del gasto en salud e influir en las prácticas de

los centros de salud públicos y de sus trabajadores. Los donantes de los países ricos deberían proporcionar ayuda en forma de apoyo previsible a largo plazo para construir el sistema de salud y para la formación, captación y retención de profesionales de la salud pública.

Los éxitos de algunos sistemas de salud públicos no significan que los problemas y desafíos sean inexistentes, pero sí demuestran que el cambio y los avances son posibles. No se puede abandonar al sector público ante los problemas actuales de los países pobres. Se necesita una acción urgente y dedicada para fortalecer y aumentar la financiación y provisión pública de asistencia sanitaria, como indica la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.¹⁴⁷

4. Control de costes y riesgos en la asistencia sanitaria privada

Los datos existentes indican claramente que fomentar la expansión de la asistencia sanitaria privada puede generar más inconvenientes que ventajas. Esto no significa que se deba ignorar al sector privado actual. Éste seguirá existiendo e implica tanto costes que deben ser gestionados como potenciales beneficios -por ejemplo en investigación e innovación-, que hay que comprender mejor y saber aprovechar.

Un primer paso sería abandonar las presunciones ideológicas y realizar una evaluación integral y honesta de la estructura, características e impacto (tanto positivo como negativo) del sector privado. ¿Qué tipo de proveedores privados operan en qué mercados? ¿Cuál es su comportamiento de mercado y por qué? ¿Son proveedores a pequeña o a gran escala? ¿Cuál es su impacto en el sistema de salud público? ¿Qué tipo de servicios ofrecen? ¿A quién alcanzan y con qué medios? ¿A quién excluyen? En la mayoría de países pobres existe una “sorprendente falta de datos”, incluso de algo tan elemental.¹⁴⁸

En segundo lugar, antes que adoptar estrategias no contrastadas y basadas en ideologías, un enfoque con más sentido común sería que los donantes y gobiernos observasen las experiencias de países que han ampliado con éxito el acceso a la asistencia sanitaria. ¿Cómo es el sector privado en estos países? ¿Cómo se ha gestionado y regulado? De nuevo, existe una escasez de información al respecto, pero la que está disponible ofrece alguna orientación.

Sector privado formal de lujo

En la mayoría de países de bajos ingresos y, especialmente en África Subsahariana, el sector privado formal, de lujo y caro, está muy poco desarrollado y no repercute en beneficios para la mayoría de la población que no puede permitirse sus servicios. Utilizar los impuestos o las ayudas para subvencionar las actividades de este sector es malgastar el dinero público. Incluso en países de renta media como México y Argentina, donde se reformaron los sistemas públicos para fomentar que los ricos opten por no utilizarlos, falta la capacidad para regular a los, a menudo poderosos, proveedores privados que operan a gran escala. Como consecuencia, la función redistributiva del sistema público se vio comprometida.¹⁴⁹

A corto plazo, se debería exigir a los proveedores privados existentes y a todos aquéllos que soliciten inversiones de prestamistas

internacionales que suscriban, como mínimo, un código de conducta para minimizar los costes y los daños al sistema de salud público. Este código podría incluir el reclutamiento responsable de personal sanitario, y podría ponerse a disposición pública para promover así su seguimiento y la rendición de cuentas. Al mismo tiempo, las empresas privadas deben pagar los impuestos que les corresponden para garantizar que ayudan a cubrir los costes de regulación y contribuyen a la sanidad pública.

Los países en desarrollo harían bien en preservar su autoridad sobre la formulación de políticas en materia de salud, incluyendo el poder para revocar cualquier decisión que afecte al papel del sector privado. Este objetivo se puede alcanzar mediante la exclusión de la política sanitaria de los acuerdos de comercio e inversiones bilaterales, regionales o internacionales, y también de las negociaciones para el Acuerdo General sobre Comercio de Servicios (GATS, en sus siglas en inglés) en la OMC. Los gobiernos de los países ricos que se beneficiaron de enfoques experimentales que implicaron tanto al sector público como al privado en sus propios sistemas de salud, no deberían presionar para que se elimine esta opción para los países en desarrollo.

Sector privado formal e informal de bajo nivel

¿Qué se debería hacer con la gran cantidad de establecimientos o tiendas, médicos y traficantes de medicamentos que operan sin regulación ni licencia y que constituyen la mayoría de los proveedores privados de asistencia sanitaria en los países de renta baja? La magnitud de su uso entre los pobres y los marginados, especialmente para el tratamiento de necesidades sanitarias graves, exige una actuación urgente con el fin de minimizar las prácticas peligrosas y mejorar los niveles de calidad.

Imponer un control de calidad a través de una regulación parece una tarea casi imposible dada la movilidad y la fragmentación que caracteriza a estos proveedores. Además, si se tiene en cuenta la poca solidez de las burocracias gubernamentales infradotadas de recursos y a veces corruptas, la tarea es ingente. Incluso cuando se procede al cierre de algunos establecimientos, éstos a menudo vuelven a abrir a la vuelta de la esquina.¹⁵⁰ La experiencia en diferentes países revela que las intervenciones negociadas tienen más probabilidad de ser eficaces.¹⁵¹ Entre éstas figuran la formación de los vendedores de medicamentos y de los proveedores de atención sanitaria para tratamientos sencillos que se pueden dispensar sin receta médica, respaldada por una educación pública generalizada que promueva una conducta orientada a una asistencia sanitaria más segura.¹⁵²

Hay una serie de razones por las que estas intervenciones van a resultar siempre limitadas y por las que su rentabilidad económica es cuestionable.¹⁵³ Su sostenibilidad es poco probable: siempre hay

nuevos proveedores que se introducen en el mercado. Las intervenciones realizadas hasta la fecha han necesitado una enorme cantidad de medios.¹⁵⁴ El bajo nivel de educación y aptitudes que existe entre la mayoría de los proveedores implica que los servicios que puedan suministrar de manera segura siempre van a ser limitados. Y lo que es más importante, sin un nivel mínimo garantizado de atención sanitaria accesible para todo el mundo, la competencia entre los proveedores privados para atraer a pacientes de bajos ingresos y con poca formación, continuará produciendo una carrera hacia mínimos entre las empresas, tanto en precios como en la calidad de los servicios.¹⁵⁵

Se necesita comprender y aplicar mejor las lecciones de países que han logrado sistemas de salud públicos eficaces, especialmente en Asia. En Sri Lanka, por ejemplo, la asistencia sanitaria pública competente, gratuita y universal parece actuar como regulador eficaz del sector privado y ayuda a desplazar al sector informal no regulado.¹⁵⁶ Al sector privado formal de ese país no le queda otra alternativa que igualar la calidad del sistema de salud público si quiere atraer a los clientes con mejor posición económica.¹⁵⁷ Compite con él en rapidez y capacidad de respuesta.¹⁵⁸

En numerosos estados de India, la calidad de los servicios sanitarios del sector público es de una pobreza inaceptable, lo que hace que el sector privado no se sienta de modo alguno presionado para ofrecer algo mejor. En el estado indio de Kerala, en comparación, la calidad de los hospitales públicos, aunque lejos de ser perfecta, si representa una “base” eficiente de calidad frente a los servicios de salud suministrados por el sector privado.¹⁵⁹ En África también hay evidencias de sistemas de salud públicos que se convierten en una competencia necesaria para el sector privado. En Uganda, por ejemplo, la supresión de las cuotas por servicios prestados que debían pagar los usuarios hizo que los proveedores privados también bajaran sus tarifas.¹⁶⁰

Poner el énfasis en la importancia de invertir en un servicio de salud público, gratuito y universal que actúe como “competidor beneficioso” frente a los proveedores privados en países de renta baja, no significa abandonar las intervenciones directas dirigidas a mejorar los niveles de calidad de las empresas privadas.¹⁶¹ Pero sí supone que una de las condiciones de esa inversión deba ser una apuesta igual o mayor por una estrategia sostenible y a más largo plazo de fortalecimiento y expansión del sistema de salud público como proveedor principal. Esta solución no puede seguir posponiéndose.

El papel de la sociedad civil

Exigir rendición de cuentas a los gobiernos

Tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados, la sociedad civil tiene que desempeñar un papel fundamental en exigir rendición de cuentas a los gobiernos e insistir en que hagan todo lo posible para hacer efectivo el derecho de sus ciudadanos a la salud. Muchas OSC influyen ya en la política, promueven la transparencia y controlan la actuación gubernamental. A escala nacional e internacional, las OSC ya están consiguiendo cambios significativos en política, especialmente en relación a los derechos de las personas portadoras del virus VIH y con SIDA, los precios de los medicamentos y el tratamiento, los derechos del paciente, el control del tabaco, la promoción de la lactancia materna, el control de los preparados para lactantes y la asistencia sanitaria primaria.¹⁶² Oxfam Internacional apoya a las OSC de todo el mundo para que exijan responsabilidades a los donantes de los países ricos y a los gobiernos de los países en desarrollo. En Armenia, Oxfam Internacional, junto con otras contrapartes locales, consiguió persuadir al gobierno para que estableciera la asistencia sanitaria primaria gratuita, garantizando así la cobertura universal para la población. Las OSC pueden adjudicarse el mérito de muchos de los objetivos en materia de gasto sanitario reconocidos globalmente, incluido el compromiso de Abuja en el que los líderes africanos se comprometieron a destinar el 15 por ciento del presupuesto total a la salud, así como la creación del Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria. Este último ha asignado hasta la fecha 10,7 mil millones de dólares en 136 países y ha salvado 1,8 millones de vidas.

Las OSC pueden desempeñar un papel importante de empoderamiento de los ciudadanos para que controlen el gasto sanitario e influyan en las prácticas de los trabajadores y de las instalaciones sanitarias públicas de la zona. En Lakandra, una pobre y remota comunidad en el distrito Dailekh de Nepal, por ejemplo, el proyecto Maternidad Segura trabaja para aumentar la demanda y facilitar el acceso de los grupos socialmente excluidos a los servicios sanitarios de atención materna y neonatal. Mediante la identificación de los obstáculos para acceder a los servicios y el intercambio de información desde y hacia la población, el proyecto ayudó a aumentar el número de consultas de atención prenatal y postnatal de una a cuatro visitas al mes, y logró la representación de los grupos marginados en el comité local de gestión sanitaria.

La sociedad civil como proveedora de servicios sanitarios

Asimismo, los países que han conseguido sistemas de salud públicos eficaces han intentado aprovechar la ventaja comparativa de las OSC que proporcionan asistencia sanitaria como complemento de un sistema público consolidado, en lugar de como un sustituto de éste.

Como se ha señalado anteriormente, el hecho de que las organizaciones de la sociedad civil no estén orientadas a la obtención de beneficios significa que no están sujetas a los mismos fallos del mercado que los proveedores comerciales. A menudo se encuentran respaldadas por donaciones de personas de los países ricos, que aportan al sistema una financiación adicional muy necesaria. Cuentan también con ventajas como la innovación, y tienen experiencia en concebir modos para llegar a las comunidades más pobres y marginadas. Los gobiernos pueden aprender de la experiencia de las OSC e incorporarla a las prácticas del sector público. Además, la necesidad de regular a las OSC podría ayudar a proporcionar al gobierno el incentivo para trabajar sobre los niveles de calidad y regulación del conjunto del sistema sanitario.

Las OSC que proporcionan asistencia sanitaria deberían preservar estas ventajas comparativas resistiendo a las presiones para comercializar las actividades en las que compiten con el sector privado. En su lugar, las OSC y los gobiernos deberían tratar de trabajar en colaboración siempre que sea posible, y sobre la base de principios compartidos de solidaridad y equidad. En varios países africanos este tipo de asociaciones han funcionado bien en la ampliación del acceso a la asistencia sanitaria (véase el Recuadro 8).¹⁶³

Recuadro 8: Trabajar juntos: hospitales gestionados por misioneros y el Gobierno de Uganda

En Uganda, la iglesia cristiana dirige el 42 por ciento de todos los hospitales ubicados en áreas en las que el sistema de salud público no provee los servicios mínimos. Los hospitales gestionados por misioneros tuvieron que hacer frente a una crisis de financiación a finales de la década de 1990, y el gobierno de Uganda comenzó a subvencionar sus operaciones. La ayuda incluía los salarios de los médicos destinados por el gobierno a estos hospitales y el acceso al fondo común nacional para la medicina.

Esta iniciativa condujo al desarrollo de una asociación más estructurada que potenció una colaboración que se amplió a diversas áreas, entre las que figuran el desarrollo de políticas, la coordinación y planificación, recursos humanos para la gestión sanitaria y la capacitación de la comunidad. A diferencia de los establecimientos sanitarios públicos, los hospitales gestionados por misioneros todavía no han eliminado las cuotas por servicios prestados que deben pagar los usuarios, pero las han reducido gracias al subsidio gubernamental, lo que ha llevado a un aumento de la utilización de los servicios por parte de la gente más pobre y vulnerable, especialmente las mujeres y niñas.

El Enfoque Sectorial en Salud (SWAP, por sus siglas en inglés), por el que los donantes hacen aportaciones a un fondo común para financiar los gastos recurrentes, ha posibilitado que el gobierno ofrezca una financiación constante a los hospitales gestionados por misioneros, ayudando así a construir lo que ha llegado a ser una asociación eficaz basada en la confianza y la negociación, en lugar de en la contratación competitiva.

Fuente: Adaptado de Lochoro *et al.* (2006) "Public-private partnerships in health: working together to improve health sector performance in Uganda".¹⁶⁴

También resultan necesarias las asociaciones entre las OSC y el gobierno, en las que el Estado establece un marco como proveedor mayoritario, para garantizar que las acciones humanitarias de las ONG internacionales contribuyen a reforzar la capacidad y la calidad del sistema de salud público a largo plazo.¹⁶⁵

En Timor Oriental, por ejemplo, después de décadas de conflicto que casi terminan con el sistema público de salud, el Gobierno de Transición pidió a las ONG que intervinieran y jugaran un papel provisional en la gestión y prestación de servicios sanitarios a nivel de distrito mientras se fortalecía la capacidad del sistema público de salud. Se asignaron enfermeras y comadronas a todas las instalaciones sanitarias para que trabajaran y aprendieran de las ONG. Tres años después de la independencia, la recién instaurada Autoridad Sanitaria Nacional tomó el control sobre la provisión del servicio.

Los gobiernos también pueden pedir a las OSC que suscriban el Código de Conducta de las ONG para Fortalecer los Sistemas de Salud, con el fin de garantizar que sus servicios complementan y promueven la expansión de sistemas de salud públicos dignos y responsables, en lugar de sustituirlos. El Código proporciona orientación para garantizar que sus actividades no hacen uso de los recursos limitados del Estado, y enfatiza la importancia de la capacitación de los ciudadanos para que puedan exigir responsabilidades a sus gobiernos.^{166 167}

5. Conclusión

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud están muy lejos de cumplirse. Millones de mujeres, hombres, niños y niñas en países pobres no están recibiendo ningún tipo de asistencia sanitaria cuando están enfermos. La necesidad de expandir y fortalecer rápidamente los servicios de salud nunca ha sido tan apremiante. Los gobiernos y los donantes de los países ricos tienen la responsabilidad de invertir en políticas que han demostrado ser eficaces para conseguir esta ampliación.

Lo cierto es que, pese a años de debate y a importantes inversiones para soluciones del sector privado, continúan faltando pruebas que justifiquen la desviación general del dinero de la ayuda o de los impuestos de los gobiernos a proveedores privados de asistencia sanitaria. De hecho, muchas experiencias de distintos países demuestran que la expansión del sector privado puede debilitar los sistemas de salud públicos y su capacidad de satisfacer las necesidades de los que más lo necesitan. Recientes estudios comparativos a nivel internacional y regional han confirmado que la financiación y provisión pública sigue destacando por encima del resto en cuanto a sistemas de salud de mejor rendimiento y más redistributivos.

El sector privado tiene el potencial de sacar a millones de personas de la pobreza. Puede crear nuevos puestos y oportunidades de trabajo, generar sueldos que permitan comprar más bienes y servicios y ofrecer formación en nuevas técnicas. El desarrollo es impensable sin él. Sin embargo, en relación a la provisión de asistencia sanitaria, existen riesgos evidentes de que los costes superen los beneficios que puede aportar.

Las pruebas disponibles no pueden usarse para afirmar que la provisión estatal de asistencia sanitaria está funcionando bien en todos los países: en la mayoría de los países pobres deben superarse graves obstáculos. Tampoco indican que no pueda haber ningún papel para el sector privado. Continuará existiendo de formas muy diferentes e implica tantos costes que deben ser controlados como potenciales beneficios que hay que comprender mejor y saber aprovechar. Esto se puede hacer mediante un sistema público bien regulado sobre el que los ciudadanos puedan ejercer un control democrático.

Pero los datos son irrefutables en este aspecto: para alcanzar el acceso universal y equitativo a la asistencia sanitaria, se debe lograr que el sector público funcione como el proveedor principal. No existe ningún atajo ni ningún camino alternativo. Los gobiernos y los donantes de países ricos deben actuar ahora para traer un cambio real y dar prioridad al aumento rápido de la asistencia sanitaria

gratuita y pública para todos. Al mismo tiempo, deben detener las políticas arriesgadas y no demostradas que promueven la expansión del sector privado y amenazan con hacer descarrilar unos éxitos logrados a base de mucho esfuerzo.

Recomendaciones

Para los donantes

- Incrementar rápidamente la financiación de la expansión de la provisión de asistencia sanitaria gratuita, universal y pública en países de renta baja. Esta expansión de servicios debe ser llevada a cabo también a través de la Asociación Internacional para la Salud (IHP, por sus siglas en inglés). Asegurar que la ayuda es coordinada, previsible y de largo plazo, y si es posible, que se suministre como apoyo presupuestario sectorial o general.
- Apoyar las investigaciones sobre los éxitos de la expansión de la provisión pública y compartir estas lecciones con los gobiernos.
- Tener en cuenta la evidencia y las conclusiones de estudios realizados, en vez de promover iniciativas y desviar dinero de la ayuda hacia políticas no demostradas y arriesgadas, basadas en la introducción de reformas del mercado en los sistemas de salud públicos y en la expansión de la provisión privada.
- Apoyar a los gobiernos de los países en desarrollo en los procesos de fortalecimiento de la capacidad para regular a los proveedores privados de asistencia sanitaria ya existentes.

Para los gobiernos de países en desarrollo

- Resistir la presión de los donantes para la aplicación de reformas de mercado no demostradas e impracticables en los sistemas de salud públicos y la expansión de la prestación privada de servicios de salud.
- Invertir recursos y conocimientos técnicos en estrategias basadas en la evidencia para expandir la provisión pública de servicios primarios y secundarios, incluyendo la inversión de al menos el 15 por ciento del presupuesto gubernamental en salud y la eliminación de las tasas por servicio.
- Asegurar que haya representación y supervisión ciudadana en la planificación, los procesos presupuestarios y el seguimiento de la asistencia sanitaria pública.
- Trabajar en colaboración con la sociedad civil para maximizar el acceso y mejorar la calidad de la provisión de asistencia sanitaria pública.
- Regular a los proveedores de asistencia sanitaria privados con ánimo de lucro para asegurar su contribución positiva y minimizar los riesgos para la salud pública.

- Excluir la asistencia sanitaria de acuerdos de comercio e inversiones bilaterales, regionales o internacionales, incluyendo las negociaciones para el Acuerdo General sobre Comercio de Servicios en la Organización Mundial de Comercio (OCM).

Para la sociedad civil

- Actuar de manera conjunta para mantener procesos de rendición de cuentas de los gobiernos, mediante la participación en el desarrollo de políticas, el seguimiento del gasto y de la provisión de servicios sanitarios y denunciando la corrupción.
- Resistir la presión para mercantilizar operaciones y apelar a los donantes de países ricos y a los gobiernos para fortalecer los servicios de salud públicos y universales.
- Asegurar que los servicios de salud suministrados por las organizaciones de la sociedad civil complementan y apoyan la expansión de los sistemas de salud públicos, incluyendo la firma del Código de Conducta de ONG para el Fortalecimiento de los Servicios de Salud.

Notas

- ¹ Banco Mundial (2004), 'Informe sobre Desarrollo Mundial: hacer que los servicios funcionen para los pobres', Washington DC: Banco Mundial
- ² Bennett, S., McPake, B. y Mills, A (Eds.) (1997) *Private Health Providers in Developing Countries. Serving the Public Interest?* Londres: Zed Books
- ³ Corporación Financiera Internacional (CFI) (2007) 'The business of health in Africa: partnering with the private sector to improve people's lives', Washington DC: CFI
- ⁴ Banco Mundial (2007) 'Healthy Development: The World Bank Strategy for Health, Nutrition, and Population Results', Washington DC: Banco Mundial
- ⁵ Banco Mundial, *op. cit.*, página 155.
- ⁶ Existe una serie de grandes compañías multinacionales relacionadas con la prestación de servicios sanitarios con una creciente implicación en países pobres. Faros Healthcare Limited gestiona cerca de 7.300 camas en Suráfrica, Botsuana y Zimbabue. Compañías médicas aseguradoras también están expandiendo sus portafolios de negocio para incluir suministros o asociaciones con proveedores privados. British United Provident Association (BUPA) es una especialista en salud y asistencia internacional que proporciona seguros y servicios de asistencia a cerca de cuatro millones de personas, con socios en más de 180 países. En 2001, BUPA completó un acuerdo para comprar empresas de asistencia médica primaria en Malasia, Hong Kong y Singapur y, recientemente, ha comenzado una empresa conjunta con un gran proveedor de seguros y servicios médicos en India.
- ⁷ Ollila, E. (2005) 'Restructuring global health policy-making: the role of global public-private partnerships' en Mackintosh, M. y Koivusalo, M. (Eds.) *Commercialization of Health Care: Global and Local Dynamics and Policy Responses*, Nueva York: UNRISD
- ⁸ La propuesta de Acuerdo de Asociación Económica (AAE) entre la UE y el Caribe incluye servicios de salud y atención médica. Las disposiciones del AAE hacen muy difícil que los países puedan alterar las condiciones de los proveedores extranjeros en el caso de que su participación no ayude a cumplir los objetivos de desarrollo nacional y, de forma imprevista, socaven el acceso de las personas más pobres y más vulnerables de la sociedad.
- ⁹ A modo de ejemplo, 200 inversores privados de EEUU están planeando usar el Acuerdo de Libre Comercio de América del Norte (ALCA) para demandar al gobierno canadiense si continúa bloqueando el acceso a la inversión u oportunidades de negocio en el sistema de salud de Canadá. Extraído de Russel, F. (2008) 'Suit seeks to open Canadian health care to privatizers', *Winnipeg Free Press*, Septiembre. <http://www.winnipegfreepress.com/historic/33080179.html>, accedido por última vez el enero de 2008.
- ¹⁰ Oxfam, Action for Global Health, Médecins du Monde, Save the Children, Plan, Global Health Advocates, y Act Up Paris (2008) 'Health insurance in low-income countries: Where is the evidence that it works?' Oxford: Oxfam Internacional
- ¹¹ Informe CFI (2007), *op. cit.*, página 18.

¹² *Ibid.*

¹³ Análisis de Oxfam de los datos de las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) en 15 países de África Subsahariana con categorías de datos comparables para proveedores privados. Datos extraídos de T. Marek, C. O'Farrell, C. Yamamoto y Zable, I. (2005) 'Trends and Opportunities in Public-Private Partnerships to Improve Health Service Delivery', Africa Region Human Development Series, Washington DC: Banco Mundial

¹⁴ Lyer, A., Sen, G., y George, A. (2007) 'The dynamics of gender and class in access to health care: evidence from rural Karnataka, India', *International Journal of Health Services* 37 (3)

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ Últimos datos disponibles. Datos extraídos de Marek *et. al.* 2005, *op. cit.*.

¹⁷ McCoy, D., Ashwood-Smith, H., Ratsma, E., y Kemp, J. (2005) 'Going from bad to worse: Malawi's maternal mortality', Suráfrica: Health Systems Trust

¹⁸ Banco Mundial (2004), *op. cit.*, página 138.

¹⁹ Banco Mundial (2004), *op. cit.*, página 137.

²⁰ CFI (2007), *op. cit.*, página 15.

²¹ Sengupta, A. y Nundy, S. (2005) 'The private health sector in India is burgeoning but at the cost of public health care' *British Medical Journal* 331: 1157-1158

²² *Economic Times* (2004): 'Medical tourism, the next big wave', *Economic Times*, 8 de abril.

²³ Organización Panamericana de la Salud y Agencia de Desarrollo Internacional de Suecia (2003). 'Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe', Organización Panamericana de la Salud, Serie sobre la Extensión de la Protección Social en Salud N° 1. Washington DC

²⁴ Datos extraídos de Marek *et. al.* (2005), *op. cit.*.

²⁵ Presentación realizada por Julian Schweitzer, Director: Salud, Nutrición y Población, Red de Desarrollo Humano, Banco Mundial. Debate Oxfam 'In the public interest? What role for the private sector in delivering health care for all?' en la Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, Mayo 2008. CFI y Banco Mundial, Mesa redonda 'Health in Africa' en las oficinas del Banco Mundial, Bruselas, 26 de febrero de 2008.

²⁶ CFI (2007), *op. cit.*, página 28.

²⁷ Bayliss, K. y Kessler, T. (2006) 'Can privatization and commercialization of public services help achieve the MDGs? An assessment', Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Documento de Trabajo Número 22, Nueva York: ONU

²⁸ En Suráfrica, la deducción fiscal por contribuciones a planes médicos reduce los ingresos fiscales del gobierno considerablemente. En 2001, este subsidio ascendió hasta mil millones de dólares en ingresos perdidos. Extraído de McLeod, H. (2005) 'Mutuality and solidarity in health-care in South Africa'. *South African Actuarial Journal* 5: 135-67

²⁹ McIntyre, D., Gilson, L. y Mutyambizi, V. (2005) 'Promoting equitable health care financing in the African context: Current challenges and future

prospects', EQUINET Discussion paper number 27. www.equinetfrica.org/bibl/docs/DIS27fin.pdf , consultado por última vez el 15 de octubre de 2008.

³⁰ Baeza y Muñoz (1999) en Mills, A. (2007) 'Strategies to achieve universal coverage: are there lessons from middle-income countries?' Background paper for the Commission on Social Determinants of Health, Ginebra: OMS

³¹ OMS (2006) 'Informe sobre la salud del mundo', Ginebra: OMS

³² CFI (2007), *op. cit.*, página 3.

³³ Wibulpolprasert, S. y Pengpaibon, P. (2003) 'Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience', *Human Resources for Health* 1 (12).

³⁴ El actual Director de Salud del Banco Mundial ha señalado repetidamente este aspecto, más recientemente en el debate de Oxfam 'In the public interest? What role for the private sector in delivering health care for all?' en la Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 2008.

³⁵ Por ejemplo, ver Hsaio, W. (1995) 'Abnormal economics in the health sector' *Health Policy* 32: 125-39.

³⁶ Mackintosh, M. (2007) 'Planning and market regulation: strengths, weaknesses and interactions in the provision of less inequitable and better quality care', Documento de información para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, Ginebra: OMS

³⁷ Transparencia Internacional (2006) 'Informe global sobre corrupción 2006', Londres: Transparencia Internacional

³⁸ Blumenthal, D. y Hsiao, W. (2005) 'Privatization and Its Discontents – The Evolving Chinese Health Care System', *The New England Journal of Medicine* 353: 1165-1170.

³⁹ Estadísticas de la OMS, <http://www.who.int/whosis/en/> , accedido por última vez el 7 de octubre de 2007.

⁴⁰ *Ibid.*

⁴¹ Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008) 'Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud' Informe final de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, Ginebra: 2008. Desde 2000, en Estados Unidos la contribución del empleado medio al seguro médico de su empresa ha aumentado más de 143 por ciento; de media, los costes que una persona paga directamente de su bolsillo a pesar de tener un seguro médico, por deducibles co-pagos de medicinas y co-aseguro para visitas a médicos y hospitales aumentaron otro 115 por ciento durante el mismo período.

⁴² Banco Mundial (2008) 'Indicadores del Desarrollo Mundial 2008', Washington DC: Banco Mundial, página 118.

⁴³ Kuttner, K. (2008) 'Market-based failure – a second opinión on U.S. health care costs' *The New England Journal of Medicine*, 358:549-51.

⁴⁴ La proporción de nacimientos por cesárea en 1997 era del 40 por ciento. Murria, S. F. (2000) 'Relations between private health insurance and high rates of Caesarean section in Chile: a quantitative and qualitative study', *British Medical Journal*, 321(7272): 1501-5.

⁴⁵ Angeja, A. y Washington, A. *et al.* 'Chilean women's preferences regarding mode of delivery: which do they prefer and why?' *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 113(11): 1253-58.

⁴⁶ Huong, D., Phuong, N. *et al.*, (2007) 'Rural health care in Vietnam and China: conflict between market reforms and social need', *International Journal of Health Services* 37(3).

⁴⁷ Liu, X. y Mills, A. (2002), 'Financing reforms of public health services in China: lessons for other nations' *Social Science and Medicine* 54: 1691-98.

⁴⁸ Palmer, N. (2000) 'The use of private-sector contracts for primary health care: theory, evidence and lessons from low-income and middle-income countries' *Bulletin of the World Health Organization* 78 (6).

⁴⁹ Waelkens y Greindl (2001) en Bayliss y Kesler (2006) *op. cit.* página 19.

⁵⁰ La mayoría de las evidencias disponibles sobre contratación provienen de proyectos pilotos y programas realizados con proveedores sin ánimo de lucro. En muchos casos, no fue porque se excluyeran a los proveedores con ánimo de lucro, sino porque no ofrecían ofertas suficientemente competitivas o técnicamente aceptables. Por esta razón, en ocasiones se usan los ejemplos de los proveedores sin ánimo de lucro en esta sección para cuestionar las afirmaciones realizadas sobre la eficacia de la contratación privada como modelo de compromiso del sector privado.

⁵¹ Bloom, E., Bhushan, I. *et al.* (2007) 'Contracting for health: evidence from Cambodia' Washington DC: Brookings Institute www.cfr.org/publication/11356/brookings_institution.html, accedido por última vez el 20 de octubre de 2008.

⁵² Palmer, N., Strong, L. *et al.* (2006) 'Contracting out health services in fragile states' *British Medical Journal* 332: 718-721.

⁵³ OMS (1998) 'Experiences of contracting: an overview of the literature.' *Macroeconomics, Health and Development Series*, Número 33.

⁵⁴ Este estudio incluía a Camboya donde, sobre una base *per cápita*, la subcontratación por distritos incrementó el gasto público sustancialmente de 2.93 dólares *per cápita* en 2003, frente a una media comparativa de 1.59 dólares *per cápita*. En Bloom *et al.* (2006) *op. cit.*

⁵⁵ Liu, X, Hotchkiss, D., y Bose, S. (2008) 'The effectiveness of contracting-out primary health care services in developing countries: a review of the evidence' *Health Policy and Planning* 23: 1-13.

⁵⁶ A diferencia del diseño de políticas basadas en la evidencia.

⁵⁷ Por ejemplo, Mills, A. y Broomberg, J. (1998) 'Experiences of contracting: an overview of the literature' Ginebra: OMS; *Macroeconomics, Health and Development Series* 33; England, R. (2004) 'Experiences of contracting with the private sector: a selective review' Londres, DFID Health Systems Resource Centre; Loevinsohn, B. y Harding, A. (2005) 'Buying results? Contracting for health service delivery in developing countries', *The Lancet*, 366: 676-8; Liu, X. *et al.*, 1998, *op. cit.*

⁵⁸ Levinsohn y Harding (2005), *op. cit.*

⁵⁹ El autor enumera muchos defectos metodológicos de la evaluación: (i) la mitad de los casos estudiados estaban basados en informes de literatura gris, algunos de los cuales no han pasado una revisión inter-pares (*peer*

review); (ii) las metodologías y medidas de resultados varían sustancialmente entre los distintos estudios; (iii) los diseños experimentales y los diferentes resultados hicieron imposible realizar un meta-análisis formal; (iv) es probable que haya otros ejemplos de contratación que no hayamos sido capaces de identificar y que hayan tenido resultados menos positivos; y (v) puede que haya habido un test de prueba parcial en los ejemplos considerados. En Loevinsohn y Harding (2005), *op. cit.*

⁶⁰ Liu, Hotchkiss y Bose (2008), *op. cit.* –obsérvese que la evaluación del programa más grande de subcontratación en Bangladesh ha sido sujeto de una intensa controversia debido a la preocupación por varias amenazas potenciales a la validez interna de la evaluación, incluyendo el reducido número de grupos de control y el criterio utilizado para seleccionarlos, contaminación cruzada del grupo de control, falta de controles para los factores de confusión, y la selección de indicadores, entre otros. Esto llevo a un re-análisis de los datos y, como resultado, a unas conclusiones más moderadas que las que se presentaron en la literatura revisada por Loevinsohn y Harding (2005), *op. cit.*

⁶¹ Marek, T., I., Ndiaye, B. y Rakotosalama, J. (1999) 'Successful contracting of preventative services: fighting malnutrition in Senegal and Madagascar', *Health Policy and Planning* 14: 382-9.

⁶² PNUD (2003) 'Informe de Desarrollo Humano 2003: Objetivos de Desarrollo del Milenio: un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza', Nueva York, PNUD, página 127.

⁶³ Health Policy Network of the NHS Consultants' Association, NHS Support Federation (1995) 'In practice: The NHS market in the United Kingdom', *Public Health Policy* 16: 452-91.

⁶⁴ Mills y Broomberg (1998), *op. cit.*

⁶⁵ Marek *et al.* 2005, *op. cit.*, página 36.

⁶⁶ *Ibid.*

⁶⁷ CFI (2007) *op. cit.*, página 8.

⁶⁸ Tuan, T., Dung, V., Neu, I., y Dibley, M. (2005) 'Comparative quality of private and public health services in rural Vietnam' *Health Policy and Planning* 20: 319-27.

⁶⁹ Hsiao, W.C. (2004) 'Disparity in health: the underbelly of China's economic development' *Harvard China Review* 5: 64-70.

⁷⁰ CFI (2007) *op. cit.*, que cita a OMS (2003) 'Effective medicines regulation: ensuring safety, efficacy, and quality.' Ginebra: OMS

⁷¹ Broomberg, J. y Mills, A. (2004) 'Quality of care in contracted-out and directly provided public hospital services in South Africa: evaluation of structural aspects', HEFP Working Paper 02/04, London School of Hygiene and Tropical Medicine

⁷² Patouillard, E., Goodman, C., Hanson, K. y Mills, A. (2007), 'Can working with the private for profit sector improve utilization of quality health services by the poor? A systematic review of the literature.' *International Journal for Equity in Health*, 6 (17).

⁷³ Banco Mundial (2004), *op. cit.*

⁷⁴ Omaswa, *op. cit.*

-
- ⁷⁵ IRIN (2008) 'NIGERIA: Shoddy private health centres closed down', *IRIN* 29 de abril de 2008 www.irinnews.org/report.aspx?ReportID=77981, consultado por última vez el 28 de octubre de 2008.
- ⁷⁶ Newell, J., Pande, S., *et al.* (2004) 'Control of tuberculosis in an urban setting in Nepal: public-private partnership' *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 82: 92-98.
- ⁷⁷ El Fondo Global decidirá si apoya o no la creación del Centro en la reunión de su Junta Directiva en noviembre de 2008.
- ⁷⁸ Recetar escasamente suele ocurrir con pacientes que no pueden permitirse el tratamiento completo.
- ⁷⁹ Médicos Sin Fronteras (MSF) ejecutó proyectos y programas piloto de tratamiento de la malaria en tres países africanos y encontró que el número de personas diagnosticadas y tratadas de malaria sólo aumentó cuando los servicios se ofrecían de forma gratuita. En MSF (2008) 'Full Prescription: Better Malaria Treatment for More People', MSF's Experience: Bruselas
- ⁸⁰ Mackintosh, M. (2003) 'Health care commercialisation and the embedding of inequality' RUIG/UNRISD Health Project Synthesis Paper
- ⁸¹ Banco Mundial (2004), *op. cit.*, página 15.
- ⁸² *Ibid.*
- ⁸³ Hall, D. (2003) 'Public Services Work!: Information, insights and ideas for our future', Public Services International: Ginebra
- ⁸⁴ Koivusalo y Mackintosh (2004), *op. cit.*
- ⁸⁵ Huong, Phuong *et al.* (2007) *op. cit.*
- ⁸⁶ El sistema de salud público de Vietnam, aunque con pocos recursos y mal gestionado, garantizaba prácticamente el acceso universal a los servicios básicos hasta finales de la década de los ochenta. Como resultado, en sólo 40 años, la mortalidad infantil cayó un 90 por ciento y la esperanza de vida casi se duplicó. Las reformas de mercado y el importante crecimiento del sector privado desde entonces han conducido a un aumento desproporcionado de los costes para los pobres. En 2003, un único episodio de hospitalización le costaba a una persona pobre el equivalente a 42 meses de salario, en comparación con los ocho meses de salario que costaba para las personas no pobres. Esta diferencia en el coste relativo entre ricos y pobres por el mismo servicio es casi el doble que la que había en 1993. En Huong, Phuong, *et al.*, *op. cit.*
- ⁸⁷ Rannan-Eliya, R. y Somantnan, A. (2005) 'Access of the Very Poor to Health Services in Asia: Evidence on the role of health systems from Equitap'. Reino Unido: DFID Health Systems Resource Centre
- ⁸⁸ Huong, Phuong *et al.* (2007) *op. cit.*
- ⁸⁹ Financial Times: 'China facing health system funding crisis' *The Financial Times*, 21 de octubre de 2008.
- ⁹⁰ Blumenthal y Hsiao (2005), *op. cit.*
- ⁹¹ Standing, H. (2002) 'Framework for understanding health sector reform' en Sen, G., George, A., y Ostlin, P. (Eds.) *Engendering international health: the challenge of equity* Cambridge: MIT Press

⁹² UNIFEM (2005), *El progreso de las mujeres en el mundo 2005*, Nueva York; F. Luna y A. Marrito (2005). 'Occupational Health and Safety for the Poorest'. Londres: Informe para DFID.

⁹³ Östlin, P. (2005) 'What evidence is there about the effects of health care reforms on gender equity, particularly in health?' Copenhagen: OMS Oficina Regional para Europa, Health Evidence Network Report; <http://www.euro.who.int/Document/E87674.pdf> , consultado el 20 de febrero de 2008.

⁹⁴ Oxfam International (próxima aparición) 'Georgia For All Country Case Study'

⁹⁵ CFI (2007), *op. cit.*, páginas 40-41.

⁹⁶ Banco Mundial, *op. cit.*, página 9.

⁹⁷ Transparencia Internacional (2006), *op. cit.*.

⁹⁸ *Ibid.*

⁹⁹ La investigación realizada por Justice Quereshi concluyó que los hospitales privados de India eran 'máquinas de acuñación de monedas'. En Quereshi, A. S. (2001) 'High Level Committee for Hospitals in Delhi', Nueva Delhi: Informe no publicado del Gobierno de Delhi

¹⁰⁰ Hay pocas pruebas que demuestren que las OSC puedan igualar la escala y el alcance de los servicios suministrables a través de los sistemas de salud públicos. Un estudio en Asia financiado por DFID encontró que, a pesar de los cientos de proyectos e iniciativas de ONG que hay en países como India, Bangladesh, Indonesia y China, ninguno ha sido capaz de tener un impacto perceptible a nivel agregado y en la experiencia global de los de los pobres en esos países. Incluso en Bangladesh, donde las ONG llegan a millones de personas, la realidad es que decenas de millones de personas pobres siguen sin tener acceso efectivo a servicios de salud. En Rannan-Eliya y Somanathan (2005), *op. cit.*.

¹⁰¹ Loewenson, R. (2003a) 'Civil society – state interactions in national health systems', Bibliografía comentada sobre Sociedad Civil y Salud, Zimbabwe: OMS y Training and Research Support Centre

¹⁰² Por ejemplo, en Nepal, las OSC están principalmente ubicadas en zonas urbanas y proveen servicios sanitarios a familias de clase media en lugares donde ya existen instalaciones del gobierno. En Banco Mundial (2004) 'Social assessment of the Nepal Health Sector Reform', Washington DC: Banco Mundial

¹⁰³ Por ejemplo, en Mozambique, el rápido crecimiento de las OSC financiadas externamente socavó directamente la eficiente asignación de recursos para las áreas con más necesidades, y dio como resultado una provisión parcial y el aumento de la desigualdad. De J. Pfeiffer (2003) 'International NGOs and primary health care in Mozambique: the need for a new model of collaboration.' *Social Science & Medicine* 56 (4): 725-38.

¹⁰⁴ Los hospitales de las misiones religiosas cobran tarifas en la mayoría de los países africanos y esto hace que se excluya a los más pobres, especialmente mujeres y niñas. Una investigación de Oxfam en Malawi mostró que las tarifas que cobran las instalaciones de las misiones suponen un importante elemento disuasorio para los pobres que prefieren caminar largas distancias hasta la clínica pública más próxima o aguantar sin ningún

tipo de cuidados médicos. La provisión de cuidados gratuitos requiere financiación sostenible a largo plazo, algo por lo que la inmensa mayoría de las OSC tienen que luchar.

¹⁰⁵ Las OSC pueden ofrecer salarios más altos y mejores condiciones de trabajo que los gobiernos arruinados y, de esta forma, atraen a trabajadores de la salud del sector público. Una reciente investigación realizada en Etiopía mostró que los médicos especialistas pueden llegar a ganar un salario base mensual de entre 354 y 513 dólares en el Ministerio de Salud, comparados con los 950 hasta 1.200 dólares que pueden cobrar de las agencias bilaterales estadounidenses. En Davey, G., Fekade, D., y Parry, E. (2006) 'Must aid hinder attempts to reach the Millennium Development Goals?' *The Lancet* 367: 629–31.

¹⁰⁶ Comisión de la OMS sobre los Determinantes Sociales de la Salud (2007) "Challenging Inequity through Health Systems", Ginebra: OMS

¹⁰⁷ Entre los países asiáticos con un rendimiento más elevado figuran Sri Lanka, Malasia, Hong Kong y Tailandia. Rannan-Eliya y Somantnan (2005), *op. cit.*.

¹⁰⁸ Bokhari *et al.* (2005) citado en Mackintosh (2007), *op. cit.*.

¹⁰⁹ Koivusalo, M. y Mackintosh, M. (2004), "Health Systems and Commercialisation: In Search of Good Sense". Documento elaborado para la Conferencia Internacional de la UNRISD sobre la Comercialización de la Atención Sanitaria: Global and Local Dynamics and Policy Responses www.unrisd.org, última consulta realizada el 28 de octubre de 2008

¹¹⁰ Seleccionados por región debido a sus rápidos logros por encima de la media en materia de salud. Mehrotra, S. y Jolly, R. (Eds.) (1997) *Development With A Human Face — Experiences in Social Achievement and Economic Growth*, Oxford: Oxford University Press, véase el capítulo 2 para información más detallada sobre la manera en la que seleccionaron los países.

¹¹¹ Los datos de periodos de "grandes avances" en relación a la reducción de la mortalidad de niños y niñas menores de cinco años cubrían desde la década de 1940 a la de 1990. *ibid.*, pág. 66.

¹¹² Oxfam (2006) "De interés público", Oxford: Oxfam Internacional.

¹¹³ *Ibid.*

¹¹⁴ Oxfam International and WaterAid (2006) 'In the Public Interest: Health, Education, and Water and Sanitation for All', Oxford: Oxfam International

¹¹⁵ IRIN (2008) "SRI LANKA: On track to eliminate malaria", IRIN, 24 de abril de 2008. www.irinnews.org/Report.aspx?ReportId=77899, última consulta realizada el 28 de octubre de 2008.

¹¹⁶ Kuttner (2008), *op. cit.*.

¹¹⁷ PNUD (2006) "Informe sobre Desarrollo Humano 2006", Nueva York: PNUD

¹¹⁸ CFI (2007), *op. cit.*, pág. 60

¹¹⁹ Por ejemplo, en Cuba, el Banco Mundial afirma que las asambleas que se celebran regularmente a nivel municipal permiten que el consumidor obtenga un *feedback* sobre determinadas necesidades y servicios de salud. Banco Mundial (2004), *op. cit.*.

-
- ¹²⁰ Malawi Health Equity Network www.mejn.mw/mhen.html, última consulta realizada el 28 de octubre de 2008
- ¹²¹ OMS (2008), *op. cit.*.
- ¹²² Tibandebage, P. y Mackintosh, M. (2005) "The market shaping of charges, trust and abuse: health care transactions in Tanzania" *Social Science and Medicine* 61: 1385-95.
- ¹²³ Transparencia Internacional (2006), *op. cit.*, página 65.
- ¹²⁴ Comisión de la OMS Sobre los Determinantes Sociales de la Salud 2007, *op. cit.*.
- ¹²⁵ Oxfam (2007) "Paying for people" Oxford: Oxfam Internacional
- ¹²⁶ Sen, G., Lyer, A. y George, A. (2002) "Class, gender, and health equity: lessons from liberalizing India" en Sen, G. *et al.* (2002), *op. cit.*.
- ¹²⁷ Rannan-Eliya y Somantnan (2005), *op. cit.*.
- ¹²⁸ Gwatkin, D. (2001) "Poverty and inequalities in health within developing countries: filling the information gap" en D. Leon y G. Walt (Eds.) *Poverty, Inequality and Health*, Oxford: Oxford University Press
- ¹²⁹ Loewenson (2003a), *op. cit.*.
- ¹³⁰ Chu, K., Davoodi, H., y Gupta, S. (2000) "Income Distribution and Tax and Government Social Spending Policies in Developing Countries". Documento de trabajo del FMI (WP/00/62). Junto con la imposición progresiva, la provisión estatal de servicios públicos es la otra herramienta principal disponible para abordar la desigualdad en una sociedad. De hecho, como ha reconocido el FMI, el impacto sobre la desigualdad de ingresos podría ser importante, en especial "en un país con una provisión a gran escala de educación y atención sanitaria pública y gratuita".
- ¹³¹ *Ibid.*
- ¹³² Comisión de la OMS sobre los Determinantes Sociales de la Salud 2007, *op. cit.*.
- ¹³³ Mackintosh (2007), *op. cit.*.
- ¹³⁴ Owusu (2005), Van Leberghe *et al.* (2002) citado en la Comisión de la OMS sobre los Determinantes Sociales de la Salud 2007, *op. cit.*.
- ¹³⁵ Ghani, A., Lockhart, C., y Carnahan, M. (2005) "Closing the Sovereignty Gap: an Approach to State-Building" Documento de Trabajo del ODI (Overseas Development Institute) 253
- ¹³⁶ Banco Mundial (2000) "Voices of the Poor: Can anyone hear us?" Nueva York: Oxford University Press
- ¹³⁷ Hall, D. (2003) "Public Services Work!" Ginebra: Public Services International
- ¹³⁸ Alonso, A. y Brugha, R. (2006) "Rehabilitating the health system after conflict in East Timor: a shift from NGO to government leadership" *Health Policy and Planning* 21(3): 206-216.
- ¹³⁹ Blumenthal y Hsiao (2005), *op. cit.*.
- ¹⁴⁰ OMS (2006) "Informe sobre la Salud en el Mundo", Ginebra: OMS, página 77.

-
- ¹⁴¹ Banco Mundial (nd) “IDA at work: Rebuilding Timor-Leste’s Health System” Resumen de proyecto www.worldbank.org, última consulta realizada el 28 de octubre de 2008
- ¹⁴² OMS (2008), “Impact of long-lasting insecticidal-treated nets and artemisinin-based combination therapies measured using surveillance data, in four African countries”. Informe preliminar, Programa Mundial contra la Malaria, Ginebra.
- ¹⁴³ Comisión de la OMS sobre los Determinantes Sociales de la Salud 2007, *op. cit.*.
- ¹⁴⁴ Rannan-Eliya y Somantnan (2005), *op. cit.*.
- ¹⁴⁵ *Ibid.*
- ¹⁴⁶ Comisión de la OMS sobre los Determinantes Sociales de la Salud 2008, *op. cit.*.
- ¹⁴⁷ Comisión de la OMS sobre los Determinantes Sociales de la Salud 2007, *op. cit.*.
- ¹⁴⁸ Mackintosh (2007), *op. cit.*.
- ¹⁴⁹ México y Argentina son sólo dos ejemplos de reforma del régimen de la seguridad social debido a la presión de las compañías y los donantes internacionales. La reforma permitió a los asegurados elegir sus propios proveedores de atención sanitaria. Véase, por ejemplo, Iriat, C. (2005) y Jasso-Aguilar, R. *et al.* (2005) en Mackintosh 2007 *op. cit.*.
- ¹⁵⁰ Tibandebage y Mackintosh (2005), *op. cit.*.
- ¹⁵¹ Hongoro, C. y Berman, P. (1998). ‘Do they work? Regulating for-profit providers in Zimbabwe’ *Health Policy and Planning* 15(4): 368-77. A. Mills R. Brugha, J. Gabsibm y B. McPake (2003) ‘What can be done about the private health sector in low income countries?’ *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 80(4): 325-30.
- ¹⁵² Mackintosh (2007), *op. cit.*.
- ¹⁵³ Mills, Brugha, *et al.* (2003) *op. cit.*.
- ¹⁵⁴ *Ibid.*
- ¹⁵⁵ Mackintosh (2007), *op. cit.*
- ¹⁵⁶ *Ibid.*
- ¹⁵⁷ Rannan-Eliya, R. *et al.* (2003) en Yazbeck, A. y Peters, D. (Eds.) “Health Policy Research in South Asia: Building Capacity for Reform”, Washington DC: Banco Mundial – Un estudio detallado sobre la calidad de la asistencia suministrada por proveedores privados en Sri Lanka concluyó que ésta era competente.
- ¹⁵⁸ O’ Donnell, O., Van Doorslaer, E. *et al.* (2005) “Who benefits from public spending on health care in Asia?” Documento de trabajo de Proyecto Equitap No 3. www.equitap.org, última consulta realizada el 15 de septiembre de 2008
- ¹⁵⁹ Narayana, K. (2007) “The Role of the State in the privatisation and corporatisation of medical care in Andhra Pradesh, India” en Sen, K. (ed.) *Restructuring Health Services: Changing Contexts and Comparative Perspectives*, Londres: Zed Books

¹⁶⁰ James, C., Hanson, K. *et al.* (2006) “To retain or remove user fees?: reflections on the current debate in low- and middle-income countries”, *Applied Health Economics and Health Policy* 5(3): 137-53.

¹⁶¹ El término competidor beneficioso es obra de Mackintosh y Koivulsalo (2005), *op. cit.*

¹⁶² Loewenson, R. (2003b) “Civil Society Influence on Global Health Policy” Bibliografía seleccionada sobre Sociedad Civil y Salud, Zimbabwe: OMS y el Training and Research Support Centre, www.tarsc.org/WHOCSE/pdf/WHOTARSC4.pdf , última consulta realizada en julio de 2008

¹⁶³ Loewenson, R. (2003^a), *op. cit.*

¹⁶⁴ Lochoro, P. *et al.* (2006) “Public-private partnerships in health: working together to improve health sector performance in Uganda” en Kirunga, C. Tashobya, Ssenooba, F., y Oliveira Cruz, V (Eds.) *Health Systems Reforms in Uganda: Processes and Outputs*, Londres: Health Systems Development Programme, Escuela de Londres de Higiene y Medicina Tropical.

¹⁶⁵ Alonso y Brugha (2006), *op. cit.*

¹⁶⁶ El Código de Conducta de las ONG para reforzar los Sistemas Sanitarios <http://ngocodeofconduct.org/category/signatories/> , última consulta realizada el 28 de octubre de 2008

¹⁶⁷ Oxfam Internacional está en trámites para adherirse al código de conducta.

© Oxfam Internacional Febrero 2009

Este documento ha sido escrito por Anna Marriott. Oxfam agradece la ayuda de Max Lawson, Tom Noel, Elizabeth Stuart, Mark Fried, Esmé Berkhout, Rohit Malpani, Patrick Carroll, Nancy Holden, Mohga Kamal-Yanni, Emma Seery, Rob Doble, Katie Allan, Duncan Green, Alessia Bertelli, Rene Loewenson, Di McIntyre, Maureen Mackintosh, Jane Lethbridge, David Hall, Polly Jones, Tom Ellman, David McCoy y Chris Whitty en su producción. El informe es parte de una serie de investigaciones escritas para contribuir al debate público sobre políticas humanitarias y de desarrollo.

El texto puede ser usado gratuitamente para los propósitos de incidencia, campaña, educación e investigación, siempre que se cite la fuente completa. El titular del copyright exige que todos estos usos sean registrados para servir al propósito de evaluación de impacto. Para la realización de copias bajo cualquier otra circunstancia, o para la re-utilización en otras publicaciones, o para traducción o adaptación, se debe obtener permiso y se puede cobrar una tasa. E-mail publish@oxfam.org.uk.

Para más información sobre las cuestiones planteadas en este documento, por favor escriba a advocacy@oxfaminternational.org.

La información que contiene esta publicación es correcta en el momento de salida en prensa.

Oxfam Internacional es una confederación de 13 organizaciones que trabajan conjuntamente en más de 100 países para encontrar soluciones duraderas a la pobreza y la injusticia.

<p>Oxfam America (Estados Unidos) 226 Causeway Street, 5th Floor Boston, MA 02114-2206, Estados Unidos +1 617-482-1211 (Toll-free 1 800 77 OXFAM) Correo electrónico: info@oxfamamerica.org www.oxfamamerica.org</p>	<p>Oxfam Hong Kong 17/fl., China United Centre, 28 Marble Road, North Point, Hong Kong Tel: +852 2520 2525 Correo electrónico: info@oxfam.org.hk www.oxfam.org.hk</p>
<p>Oxfam Australia 132 Leicester Street, Carlton Victoria 3053, Australia Tel: +61 3 9289 9444 Correo electrónico: enquire@oxfam.org.au www.oxfam.org.au</p>	<p>Intermón Oxfam (España) Roger de Llúria 15, 08010, Barcelona, España Tel: +34 902 330 331 Correo electrónico: info@intermonoxfam.org www.intermonoxfam.org</p>
<p>Oxfam-in-Belgium Rue des Quatre Vents 60, 1080 Bruselas, Bélgica Tel: +32 2 501 6700 Correo electrónico: oxfamsol@oxfamsol.be www.oxfamsol.be</p>	<p>Oxfam Ireland Dublin Office, 9 Burgh Quay, Dublin 2, Irlanda Tel: +353 1 635 0422 Belfast Office, 115 North St, Belfast BT1 1ND, Reino Unido Tel: +44 28 9023 0220 Correo electrónico: info@oxfamireland.org www.oxfamireland.org</p>
<p>Oxfam Canada 250 City Centre Ave, Suite 400, Ottawa, Ontario, K1R 6K7, Canadá Tel: +1 613 237 5236 Correo electrónico: info@oxfam.ca www.oxfam.ca</p>	<p>Oxfam New Zealand PO Box 68357, Auckland 1145, Nueva Zelanda Tel: +64 9 355 6500 (Toll-free 0800 400 666) Correo electrónico: oxfam@oxfam.org.nz www.oxfam.org.nz</p>
<p>Oxfam France - Agir ici 104 rue Oberkampf, 75011 París, Francia Tel: + 33 1 56 98 24 40 Correo electrónico: info@oxfamfrance.org www.oxfamfrance.org</p>	<p>Oxfam Novib (Países Bajos) Mauritskade 9, Postbus 30919, 2500 GX, La Haya, Países Bajos Tel: +31 70 342 1621 Correo electrónico: info@oxfamnovib.nl www.oxfamnovib.nl</p>
<p>Oxfam Germany Greifswalder Str. 33a, 10405 Berlín, Alemania Tel: +49 30 428 50621 Correo electrónico: info@oxfam.de www.oxfam.de</p>	<p>Oxfam Québec 2330 rue Notre Dame Ouest, bureau 200, Montréal, Québec, H3J 2Y2, Canadá Tel: +1 514 937 1614 Correo electrónico: info@oxfam.qc.ca www.oxfam.qc.ca</p>
<p>Oxfam GB Oxfam House, John Smith Drive, Cowley, Oxford, OX4 2JY, Reino Unido Tel: +44 1865 473727 Correo electrónico: enquiries@oxfam.org.uk www.oxfam.org.uk</p>	

Secretariado de Oxfam Internacional: Suite 20, 266 Banbury Road, Oxford, OX2 7DL,
Reino Unido
Tel: +44 1865 339100. Correo electrónico: information@oxfaminternational.org Sitio web:
www.oxfam.org

Equipo de Incidencia Política de Oxfam Internacional:

Correo electrónico: advocacy@oxfaminternational.org

Washington: 1100 15th St. NW, Suite 600, Washington DC 20005, Estados Unidos

Tel: + 1 202 496 1170

Brussels: Rue Philippe le Bon 15, 1000 Bruselas, Bélgica

Tel: + 32 2 502 19 41

Geneva: 15 Rue des Savoises, 1205 Ginebra, Suiza

Tel: + 41 22 321 2371

New York: 355 Lexington Avenue, 3rd Floor, Nueva York, NY 10017, Estados Unidos

Tel: + 1 212 687 2091

Brasil: SCS Quadra 08 Bloco B-50, Sala 401 Edifício Venâncio 2000, Brasília DF 70333-970, Brasil, Tel: +55 61 3321-4044

Organizaciones Oxfam Relacionadas. Las siguientes organizaciones están conectadas con Oxfam Internacional:

Oxfam Japan Maruko bldg. 2F, 1-20-6, Higashi-Ueno, Taito-ku, Tokyo 110-0015, Japón

Tel: +81 3 3834 1556. Correo electrónico: info@oxfam.jp Sitio web: www.oxfam.jp

Oxfam India - 2nd floor, Plot No.1, Community Centre (Sujan Mohinder Hospital), New Delhi, India

teléfono: +91 (0) 11 4653 8000, fax: +91 (0) 11 4653 8099, correo electrónico:

delhi@oxfamindia.org,

sitio Web: www.oxfamindia.org

Oficina de Campaña de Oxfam Internacional y Ucodep Via Masaccio, 6/A 52100

Arezzo, Italia

Tel: +39 0575 907826, Fax: +39 0575 909819, Correo electrónico: [ucodep-](mailto:ucodep-oi@oxfaminternational.org)

oi@oxfaminternational.org,

Página web: <http://www.ucodep.org>

Miembro observador de Oxfam. La siguiente organización es actualmente un miembro observador de Oxfam Internacional, y trabaja para una posible afiliación plena:

Fundación Rostros y Voces (México) Alabama 105, Colonia Nápoles, Delegación Benito

Juarez, C.P. 03810 México, D.F.

Tel: + 52 55 5687 3002 / 5687 3203 Fax: +52 55 5687 3002 ext. 103 Correo electrónico:

comunicacion@rostrosyvoces.org Sitio web: www.rostrosyvoces.org