

# Una crítica punto por punto a la “Supervisión pública de proveedores privados en sistemas de salud mixtos” de la Fundación Rockefeller

*Claudio Schuftan, Jean Pierre Unger*

---

*Después de 20 años, la evidencia en defensa de la administración pública del sector no estatal en salud en los países de bajos y medianos ingresos sigue siendo escurridiza.*

## Introducción

Se esperaba que la Asamblea Mundial de la Salud de 2010 aprobara una moción sobre la necesidad de regular a los proveedores privados en salud de los países con ingresos medios y bajos (PIMBs).<sup>1</sup> Aunque tal regulación ha sido tema de discusión durante los últimos 20 años,<sup>2,3</sup> la evidencia empírica a favor de sus efectos positivos sigue siendo escasa. La falta de evidencia sugiere que la regulación de los proveedores privados en los PIMBs podría ser un proyecto intrínsecamente fallido.

El papel del sector privado y su regulación en los sistemas de salud de los países en desarrollo constituyeron los temas de un informe de la Fundación Rockefeller (2008) titulado: “Supervisión pública de proveedores privados en sistemas de salud mixtos.”<sup>4</sup> El informe incluyó: un estudio de modelos regulatorios; una visión general de los modelos de financiamiento y provisión de servicios del sector privado; un estudio de las actitudes hacia el sector privado y una revisión de la evidencia de dónde recibe la gente servicios de salud. El resumen ejecutivo del informe reconoció que el tema es controvertido. No obstante, en las conclusiones dejó de lado su imparcialidad y usó el prestigio de la Fundación Rockefeller (FR) para respaldar sus

recomendaciones de implementación de regulación estatal en los sistemas de salud mixtos (público-privados). La publicación de un borrador sobre la regulación del sector privado en salud que la Secretaría Ejecutiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS) puso a consideración para una resolución al respecto en la 63ª Asamblea Mundial de Salud (marzo 2010, nos animó a hacer una revisión de los documentos de la FR. Esto, con el fin de dejar claro el estado de las cosas en esta materia. Desde nuestro punto de vista hay tres motivos para realizar esta crítica:

1. Los autores del informe tienen un historial de privilegiar la privatización en el sector salud. Los argumentos presentados en este informe probablemente son los mejores que pudieron encontrar a favor de su propuesta. Una crítica de su informe es, pues, hecha con la “mejor evidencia disponible”.
2. Los informes de la FR ejercen generalmente influencia sobre la comunidad internacional de salud.
3. Este informe está escrito muy profesionalmente; una lectura superficial podría causar la impresión de imparcialidad en el lector.

---

**Claudio Schuftan.** Movimiento de Salud de los Pueblos, Ho Chi Minh, Vietnam. Correo-e:

[Hcschuftan@phmovement.org](mailto:Hcschuftan@phmovement.org)H

**Jean Pierre Unger.** Médico y PhD, Universidad Libre de Bruselas, Bélgica; especializado en conceptos útiles para construir políticas públicas de salud con orientación social; Instituto de Medicina Tropical de Amberes, Bélgica. Correo-e: [Hjpunger@itg.be](mailto:Hjpunger@itg.be)

Basamos nuestra crítica del informe en tres documentos clave: su resumen ejecutivo,<sup>4</sup> el borrador de la resolución de la OMS<sup>1</sup> y uno de los artículos ad-hoc de investigación de la FR, que forma parte del informe y dónde se revisa la existencia de modelos regulatorios.<sup>5</sup>

## El informe Rockefeller

Los argumentos clave del informe pueden ser resumidos de la siguiente manera:

1. Normaliza la provisión de servicios de atención de la salud del sector privado.
2. Acepta que hay múltiples problemas en la provisión de la atención privada en la salud.
3. Defiende el papel del Estado como el regulador/administrador del mercado de atención en salud; al mismo tiempo, admite que, hasta ahora, la regulación del sector privado por parte del gobierno ha fallado.
4. Sugiere modelos (algunos innovadores) para que los Estados regulen mejor el mercado en salud.

El error principal del documento es que no logra proveer la evidencia empírica necesaria para respaldar su sugerencia de que la regulación/administración gubernamental de los proveedores privados arreglará las deficiencias de mercado que encontramos en los sistemas mixtos de salud. Así, pues, nuestra crítica puede ser resumida de la siguiente manera:

La atención privada, que fue impuesta a países pobres, en gran parte por las agencias internacionales (como el Banco Mundial), fue, a su vez, generalmente bienvenida por la profesión médica de los PIMBs. En muchos de estos países, el sector comercial de salud (para entonces ya bien establecido), competía con ventajas con el sistema público de salud, porque éste último había sido progresivamente debilitado por las reformas neoliberales. Este hecho se puede observar, por ejemplo, en la comercialización en aumento de la atención a la salud provista en hospitales públicos. Cuando los límites entre la provisión privada y pública se hacen más borrosos, el sector público se ve inevitablemente debilitado.

1. Compartimos el punto de vista del informe de que los mercados no regulados no han mejorado la equidad en el acceso a la atención en salud en estos países, donde la relativamente pequeña clase media ya había estado buscando “atención moderna y

decente” en el sector privado. También compartimos la opinión del informe de que los mecanismos de mercado por sí solos no serán suficientes para “administrar” el sistema mixto de salud existente.

2. Puede que el Estado sea capaz de administrar de manera exitosa al mercado privado de salud en lugares como Europa; pero Estados de los PIMBs han enfrentado varias décadas de ataques neoliberales a través de programas de ajustes estructurales impuestos por instituciones financieras internacionales y tienen, cuando mucho, capacidades regulatorias muy débiles. En los PIMBs la evidencia sugiere que es improbable que las asociaciones médicas ejecuten las funciones regulatorias del Estado, visto que la sociedad civil no es aun capaz de realizarlas.
3. Durante décadas se han hecho recomendaciones a favor de la administración del sector privado. No obstante, hay una falta de evidencia empírica adecuada que demuestre su éxito en los PIMBs. Este llamado a una *mejor* administración y supervisión simplemente parece ser otro débil argumento en la campaña de justificación de la privatización en la provisión de servicios de salud en estos países.
4. La evidencia sugiere que la competencia entre los sectores público y privado fomenta prácticas comerciales cuyo efecto neto es la reducción del acceso igualitario a servicios públicos de calidad en PIMBs. Está demás decir que las políticas neoliberales no han fortalecido los sistemas públicos, ni siquiera en aquellos programas en boga que se han limitado al control de enfermedades específicas.
5. El informe de la FR no ofrece soluciones creíbles sobre la cuestión del aprovechamiento del sector privado porque ignora el problema político fundamental: la débil capacidad del Estado en los PIMBs. Tenemos serias dudas sobre si las iniciativas de administración propuestas en el informe de la FR pueden ser implementadas en los sistemas de salud mixtos de éstos países. La experiencia parecería sugerir que en los

sistemas mixtos, los pobres y los marginados siempre han sido (y siguen siendo) discriminados.

### **La propuesta de la OMS**

El segundo documento que revisamos fue un borrador de las recomendaciones de la OMS sobre la regulación del sistema privado en salud. Éste recomienda la recolección sistemática y estratégica de evidencia para poder evaluar objetivamente la efectividad de la provisión de atención del sector privado en PIMBs. Esto es considerado un paso preparatorio importante para INFORMAR a las instancias regulatorias que priorizan la provisión de servicios centrados en las personas, que promueven el acceso universal, la protección social y la atención primaria en salud.

Además, dice el documento que se debe tomar en cuenta el rol potencial y la contribución de las Organizaciones no Gubernamentales (ONGs), en la regulación de la atención médica (incluidas las agencias de protección de consumidores y los grupos organizados de pacientes). Por otro lado, con el fin de mejorar el entendimiento de las varias formas de regulación de servicios en salud, se debe proveer, dice, la asistencia técnica a Estados miembros de la OMS para así mejorar la implementación de la reglamentación pertinente y su vigilancia; también se debería hacer un mayor esfuerzo para documentar y entender las consecuencias de la provisión de servicios del sector privado, especialmente en casos de regulaciones insuficientes e inadecuadas que perpetúan las inequidades en salud. Debe hacerse un esfuerzo, entonces, para facilitar las consultas técnicas con el fin de promover la discusión y el desarrollo de agendas de investigación y de intercambio de ideas y de experiencias entre países sobre prácticas regulatorias.

Finalmente, señala la OMS que dado que la vigilancia efectiva de proveedores privados está a menudo limitada por un planeamiento estratégico imperfecto, influencia financiera limitada y una capacidad institucional débil, la renovación de la atención primaria de salud será la que principalmente tenga que proveer el marco político para una buena regulación y vigilancia gubernamental.

Este borrador de la OMS hace así un llamado a la regulación y no hace una verdadera crítica abierta a las deficiencias de la provisión privada. No obstante, el lenguaje que utiliza es distinto al de la FR, las recomendaciones mencionan el acceso universal, la protección social, la atención primaria a la salud, los procesos participativos, las consecuencias de la provisión privada y las inequidades en salud.

### **La revisión bibliográfica que formó parte del informe de la FR**

La revisión bibliográfica de la Fundación Rockefeller fue interesante, ya que contradice el resumen ejecutivo de la Fundación. A continuación se exponen los puntos principales del resumen:

1. El compromiso del sector privado con la salud requiere más que sólo órdenes ejecutivas y controles regulatorios; además, los gobiernos deben prescribir los roles y la dirección de las acciones de los actores privados, a través de un proceso político amplio. El gobierno debe realinear sus funciones en salud para conducir de manera efectiva al sector privado hacia el logro de las metas nacionales de salud.
2. Los instrumentos regulatorios no pueden ser implementados únicamente a través de controles legales estrictos. Los incentivos y las multas han demostrado ser métodos viables para hacer respetar las reglamentaciones.
3. La transparencia y las sanciones son la esencia de cualquier responsabilidad siendo considerada; los proveedores privados deberían reportar y explicar qué es lo que han y lo que no han hecho respecto a regulaciones promulgadas.
4. La regulación por sí sola no es suficiente para asegurar que los proveedores privados apoyen las metas del sistema nacional de salud; se necesita considerar otros factores contextuales.
5. El reto de incrementar la capacidad gubernamental para una regulación efectiva es un prerequisite en la delegación de mayores responsabilidades para el sector privado en la provisión de atención a la salud; esto incluye la autorregulación por medio de asociaciones de profesionales.

6. Las agencias de la sociedad civil y de protección del consumidor pueden y deben tener un rol más importante para asegurar que las voces públicas sean escuchadas y se lleven a cabo las acciones políticas debidas.

El hecho de que estas importantes observaciones no fueran incorporadas en el resumen ejecutivo del informe de la FR nos asombra.

### Las cuatro suposiciones del informe de la RF

Nuestra crítica del informe Rockefeller está basada en cuatro suposiciones:

1. Los pobres son asiduos usuarios del sector privado de salud en los PIMBs. Sin embargo, en un mercado de salud no-regulado, los gastos por eventos catastróficos de salud que salen de los bolsillos son una de las causas más frecuentes por las cuales la gente cae en un estado de pobreza.<sup>6,7</sup>
2. En los países en donde el sector privado es fuerte (en términos absolutos), la utilización hospitalaria y las tasas de admisión siguen siendo considerablemente bajas debido a costos desorbitantes.<sup>7</sup> Una consecuencia directa de esto es el estancamiento de la tasa de mortalidad materna entre los pobres (particularmente en África).
3. Probablemente existe una relación inversa entre el gasto en salud y la capacidad que el gobierno tiene para regular al sector privado.

Esto se hace visible al comparar los países con ingresos altos y los PIMBs, ya que la mayoría de éstos últimos aún no tienen las estructuras regulatorias para monitorear apropiadamente la atención médica y para hacer cumplir estándares de calidad.

4. Al trabajar sobre el acceso a la atención en salud de calidad, se debe dar especialmente importancia a una perspectiva de derechos humanos. No se pueden elaborar soluciones tecnocráticas a los problemas regulatorios aparte de los puntos de vista de los beneficiarios. De ser así, cualquier reglamentación seguirá siendo defectuosa.

Corroboraremos nuestra crítica al informe de la FR refutando el *Resumen Ejecutivo* punto por punto. (Los “puntos” son tomados, ya sea de manera textual, o parafraseando muy cercanamente al texto original).

### Refutación punto por punto

**1. Punto:** El informe empieza delineando la gran importancia de la administración pública del sector no estatal. Esto no es nuevo, tanto el Banco Mundial (en 1993<sup>8</sup>) como la OMS (en 2000<sup>9</sup>) enfatizaron especialmente la promoción regulatoria por parte de los gobiernos. El informe plantea que “muchos” (aunque debería decir “la mayoría”) gobiernos no están teniendo este papel de reguladores; los donantes tampoco ejercen presión para que lo hagan.

**Refutación:** La realidad es que en la mayoría de los países del mundo el sector público no monitorea las actividades del sector no estatal. Esta situación plantea la pregunta de si el papel de regulador propuesto para los PIMBs tiene alguna oportunidad de ser implementado de manera seria.

**2. Punto:** En términos prácticos, la regulación del sector privado requiere una serie de reglas. Sin embargo, el informe insinúa que su creación no es necesariamente una función del gobierno; las reglas también pueden ser establecidas a través de acciones voluntarias. Contrariamente a la sabiduría convencional, la alternativa a la regulación gubernamental no es un vacío regulatorio, sino una serie de acuerdos voluntarios.

**Refutación:** El Código de Conducta de la venta de los sustitutos de leche materna elaborado para la industria lechera es un triste recordatorio de que estas pautas voluntarias no funcionan.<sup>10</sup> La FAO también ha tenido mala experiencia con sus pautas voluntarias en seguridad alimentaria.<sup>11</sup> ¿Se supone que tendríamos que ser más optimistas en cuanto a la atención en salud?

El informe, de hecho, sugiere una solución al problema, al proponer la regulación del sistema a través de asociaciones profesionales. Sin embargo, a menudo, estas asociaciones han tratado de hacer que las políticas y reglamentos en salud sirvan a sus intereses. La regulación por medio de asociaciones profesionales está plagada de conflictos de

intereses.<sup>5</sup> De hecho, desde hace mucho, que se comprobó, por medio de casos documentados, que el mito de que la auto-regulación es superior a la regulación gubernamental<sup>12</sup> es falso.<sup>13,14</sup>

El mismo informe menciona más tarde algunas desventajas de la autorregulación, por ejemplo:

- La autorregulación por médicos ha sido propensa a ‘captura regulatoria’. La regulación se usa indebidamente a favor de los intereses profesionales, en lugar de los del público.
- Las asociaciones médicas no han sido proactivas en llevar a cabo medidas disciplinarias en contra de la mala práctica médica o en caso de quejas por parte de pacientes. Esto es cierto especialmente en casos graves, que han tenido que ser resueltos por medio de un juicio. Las asociaciones médicas no han hecho públicos los casos de mal práctica por miedo a dañar la reputación de la profesión médica.
- El registro y la acreditación de instalaciones médicas, aunque necesarios, han sido inadecuados para reorientar la contribución del sector privado hacia la calidad, la eficiencia, la asequibilidad y la equidad de la atención. Incluso los médicos con licencia hacen un uso indebido de sus privilegios y son responsables de mal práctica médica y negligencia.
- Hay poca evidencia empírica que apoye la efectividad de la certificación profesional. La acreditación de las instalaciones médicas privadas tiene antecedentes de éxito mixtos en los PIMBs.
- El control sobre el comportamiento de médicos privados ha sido infectivo, a menos que los incentivos financieros subyacentes de estos sean corregidos.

**3. Punto:** El informe enfatiza el hecho de que muchos países ya tienen grandes mercados privados en el área de atención de la salud y que es muy improbable que éstos desaparezcan. Argumenta, además, que los acuerdos institucionales existentes pueden ser mejorados. Por ende, el informe se concentra en las barreras de la regulación y aconseja llevar a cabo reformas progresivas, paso a paso.

**Refutación:** Este énfasis refuerza de manera inequívoca el sesgo establecido desde el principio. El paradigma alternativo de acceso y cobertura universal en un sistema público de salud es casi ignorado. También se ignora el hecho de que los mercados privados en salud sólo han podido ser efectivamente controlados en los PIMBs en donde el sector público era un competidor efectivo (por ejemplo, Costa Rica y Sri Lanka); en otros PIMBs esto no es el caso.

**4. Punto:** La composición porcentual público-privada varía grandemente por país; los datos para cuantificarla son difíciles de encontrar.

**Refutación:** Es conocido que algunos países tienen muchos proveedores privados (como India y Colombia) y otros no (Cuba, Costa Rica). Las implicaciones de estas diferencias en la composición han sido comparadas en los casos de Colombia y Cuba: la reforma público-privada colombiana no ha podido cumplir su promesa de cobertura universal, de mejora de la equidad, de la eficiencia y de la calidad, mientras que en Cuba los servicios de salud siguen siendo gratuitos, accesibles y de una calidad excelente.<sup>15</sup> Además, la misma dificultad para encontrar la información básica requerida para cuantificar a la composición de proveedores nos muestra que la regulación de proveedores y de organizaciones individuales en PIMBs es imposible.

**5. Punto:** En los países más poblados del mundo más de la mitad de los gastos en salud salen de los bolsillos de los pacientes; los proveedores privados rebasan en número a los públicos.

**Refutación:** El nivel de gasto en salud por hogar dice poco sobre el acceso a servicios de calidad. Los datos sobre proveedores privados a menudo incluyen la compra de medicamentos en farmacias privadas y visitas a proveedores no profesionales. Estos factores tienden a inflar el papel del sector privado.

**6. Punto:** El sector privado le ofrece a los pacientes mayor comodidad y acceso.

**Refutación:** El último argumento (mayor acceso) es erróneo en el caso de las áreas rurales y de los pobres de las ciudades, donde casi la mitad de la población mundial vive con menos de 2.5 US\$

diarios.<sup>16</sup> El sector privado simplemente descarta a estos grupos por no ser una fuente potencial de ganancias (incluso en países como Colombia, donde se otorgan grandes incentivos para llevar la atención privada a los pobres).<sup>19</sup>

**7. Punto:** Sin incentivos adecuados para mejorar la calidad, la equidad y la asequibilidad y sin un monitoreo adecuado, los mercados de salud pueden tener resultados pobres. Los mercados en salud favorecen a los segmentos más ricos. Sin un mecanismo para intervenir y controlar a los mercados que están fracasando, la distribución de la riqueza y de la enfermedad perpetúa la desigualdad en la provisión y en la financiación de la salud. Es el gobierno quien tiene la responsabilidad de lograr los objetivos de justicia social y económica.

**Refutación:** Resaltamos el “*puede producir*” de la primera frase. Sugerimos que en su lugar, se escriba “*produce*” (ver el punto 15 abajo). Nos preguntamos ¿Cómo es que la FR cree que una mayor regulación controlará al mercado en salud? Nosotros creemos que *el sistema de salud mixto público-privado es un ejemplo claro de un mercado defectuoso progresivamente en crisis* (no podemos evitar pensar de que el informe de la RF a menudo usa actos de fe, usando el tono más convincente posible).

**8. Punto:** Hay tres mecanismos de gestión: la regulación, la cobertura de riesgos y la compra de servicios. Combinados, estos mecanismos *pueden promover* (énfasis añadido) mejores resultados en salud, mejor protección financiera, una calidad más alta y una provisión de servicios privados de salud más igualitaria. Chile, Colombia y Tailandia son dados como ejemplos de esto.

**Refutación:** Debido a que estos mecanismos no son adoptados en la mayoría de los PIMBs (no hay evidencia disponible), los tres países citados son, de hecho, una excepción. Esta frase: “*puede promover*” representa otro gran acto de fe. Un análisis más cercano de los tres casos citados muestra un escenario muy diferente: la evidencia es débil<sup>18,19</sup> y cualquier duplicación de estas experiencias parece ser problemática.

**9. Punto:** La mayoría de los países de altos ingresos y algunos con ingresos medios tienen mecanismos políticos para administrar tanto a los actores públicos como a los privados; sus gobiernos ejercen

estas funciones por medio de: i) políticas regulatorias que monitorean la calidad y mitigan errores del mercado, ii) políticas de financiamiento para minimizar los pagos del bolsillo y iii) políticas de compra que crean incentivos para mejorar la calidad de los servicios provistos a los pobres.

**Refutación:** Permítasenos poner primero las cosas en claro, ya en 1992,<sup>17</sup> varios países industriales habían reconocido tener problemas y hasta haber fracasado en la regulación del sector no estatal. La falta de evidencia de que tal regulación es posible en los PIMBs es, como hemos dicho anteriormente, el punto más débil del informe de la FR. Evidencia proveniente de países de ingresos altos (PIA) es de poca relevancia en la discusión de la viabilidad de la regulación en los PIMBs, donde los intereses personales,<sup>20</sup> la extorsión,<sup>5</sup> la cooptación de políticas,<sup>21</sup> y la corrupción<sup>22,23,24</sup> son comunes.

**10. Punto:** Los modelos innovadores deben ser utilizados como peldaños hacia reformas regulatorias más amplias. El informe habla de “aprovechar los mercados privados” y de enfrentar sus fracasos. Las intervenciones potenciales incluyen: la reducción de la fragmentación de proveedores, la creación de incentivos para la calidad; la provisión de subsidios para poblaciones a riesgo; el fomento de intervenciones de alto impacto; y el uso de tecnologías que expandan el acceso. Estas metas pueden ser logradas por medio del fomento de asociaciones profesionales y de aportaciones de redes de proveedores más fuertes; así como por medio del ofrecimiento de franquicias; de la entrega de bonos de servicio selectivos; del establecimiento de esquemas de seguro de salud basados en la comunidad y del uso de técnicas de *marketing* social y de telemedicina. Éstas no constituyen necesariamente soluciones sistémicas, pero pueden brindar algunas ventajas y estimular reformas más integrales (iniciadas por el gobierno).

**Refutación:** Aunque estaría muy bien “aprovechar los mercados privados” y enfrentar sus fallos, en los PIMBs necesitamos examinar estos “modelos” innovadores uno por uno. ¿Cuál ha sido la experiencia con cada modelo en términos de la promoción de acceso igualitario para mejorar los servicios otorgados a la gente pobre, es decir, la gran mayoría de la población de los países PIMBs? Desgraciadamente, tal experiencia está lejos de ser prometedora. Los esquemas de aseguramiento en

salud basados en la comunidad han fracasado en buena parte de África. En promedio, menos del 2% de la población africana se sumó a tales esquemas y, donde fueron implantados, no fueron capaces de mejorar la calidad de la atención.<sup>25</sup> La autorregulación por medio de asociaciones profesionales es un mito, incluso en los países con ingresos altos.

Ya en los años 50, existían organizaciones profesionales activas en países como Ghana y les habían sido otorgadas responsabilidades regulatorias.<sup>14</sup> El mismo informe de la FR duda su efectividad (ver el punto 2). Las redes de proveedores caracterizan a la reforma en salud colombiana, la que actualmente es una confusión debido a la incapacidad del gobierno para regular efectivamente al sector.<sup>26</sup> Las recomendaciones de bonos de servicios, la telemedicina y el *marketing* social son de una importancia marginal (hasta anecdótica) en lo que respecta al acceso a la atención en salud.

Los programas de traspasos de dinero en efectivo pretendiendo mejorar la salud han tenido reseñas mixtas, especialmente en Latinoamérica; su efectividad depende, entre otros aspectos, de la calidad de los servicios atención a la salud disponibles.<sup>27</sup> Hace décadas que existen asociaciones de consumidores,<sup>28</sup> sin embargo, les hace falta el conocimiento y el poder para poder enfrentar efectivamente los problemas en la provisión de salud; tampoco tienen ellas el peso político necesario para impedir comportamientos poco éticos en el contexto de asociaciones público-privadas. Los problemas en la provisión de atención en salud y su administración son mucho más complejos que la supervisión de la calidad de los bienes y de los servicios ofrecidos por el mercado.

Reiteramos: existe evidencia de lo que funciona y de lo que no; pero muy poca fue incorporada al informe. ¿Qué se propone, entonces, con estas recomendaciones? Es como si los comerciantes estuvieran reempaquetando “nuevas” modalidades, al mismo tiempo que ignoran los fracasos de sus intentos de reparación de un sistema extremadamente viciado.

**11. Punto:** El informe menciona los *call centers*, a la telemedicina, los dispositivos de diagnóstico móviles y los quioscos de atención a la salud como ejemplos de nuevas tecnologías.

**Refutación:** Tales panaceas de la tecnología están seguramente sobrevaloradas. Preferimos pensar en procesos en los que los beneficiarios y los proveedores trabajan de manera dialéctica para definir el trabajo a realizarse. La telemedicina sólo tiene una capacidad limitada para resolver problemas clínicos complicados, si se compara con la disponibilidad de asistentes médicos operando en instalaciones públicas bien supervisadas. La literatura sobre el tema es extensa.<sup>29,30,31</sup>

**12. Punto:** Los gobiernos deben considerar el establecimiento de contratos directos con programas exitosos y, al mismo tiempo, el sector privado debe estar consciente de las metas nacionales en salud y determinar de qué manera contribuirán sus programas a ellas.

**Refutación:** ¿Es este el modo en que el sector privado opera? ¿O es más bien sólo una expresión de buenos deseos? Vemos poco altruismo en el modo en que el sector privado opera en la mayor parte del mundo. Además, ¿se va a medir el “éxito de los programas” por medio de su calidad, su acceso universal y su asequibilidad para todos?

Cabe señalar una advertencia: se podrían prever contratos basados en el logro de tasas mínimas de utilización de atención primaria y de admisión hospitalaria; también podrían ser previstos logros en los indicadores de calidad de la atención, pero la experiencia sugiere que sólo han sido implementados de manera efectiva por organizaciones no lucrativas<sup>32</sup> e, incluso, entonces, los contratos necesitan ser establecidos a partir de una relación de largo plazo.<sup>33</sup>

**13. Punto:** Los donantes deberían proveer financiamientos de largo plazo para programas implementados de manera privada que mejoren el funcionamiento del mercado en salud.

**Refutación:** ¿Por qué no pueden tener los donantes una actitud de financiamiento más abierta para el mejoramiento en la provisión de atención en el sector público de salud? El sector público es el que generalmente está a cargo de gran parte de la provisión de intervenciones clínicas, en enfermedades específicas. Los programas verticales de control de enfermedades necesitan un fondo común de pacientes para siquiera tener oportunidad

de ser exitosos. Consideramos que el apoyo por medio de donaciones al sector privado (lucrativo) es contrario a los intereses de la población de los países receptores de la ayuda.

**14. Punto:** Los análisis a nivel de país han revelado una relación importante entre los resultados en salud de la población y los gastos en salud. Por lo tanto, debido a los altos gastos de bolsillo, los retos más grandes son el logro de protección financiera familiar y el aseguramiento en salud de servicios de calidad de proveedores privados no monitoreados.

**Refutación:** El vínculo reportado no es de naturaleza causal. Un alto gasto en salud *per capita* está frecuentemente asociado al mejoramiento de los resultados en salud --como, por ejemplo, en Europa occidental. Sin embargo, tal asociación está sujeta a varios factores como objetivos genuinamente más sociales de las políticas de salud. Considérese que los gastos en salud *per capita* en los EEUU son nueve veces más altos que los de Costa Rica; sin embargo, los resultados en salud son comparables.<sup>34</sup>

**15. Punto:** El informe presenta una ruta crítica para la gestión de los sistemas de salud mixtos; reconoce que cualquier reforma estará sujeta a presiones políticas.

**Refutación:** Desafortunadamente, el informe ignora la gran capacidad para ejercer presión del sector privado y su habilidad de utilizar a la corrupción para su beneficio. La influencia política está muy a favor del sector privado, especialmente donde no hay contra-poder dentro de los círculos gubernamentales y de pacientes y donde los servidores públicos están mal pagados (y, por consecuencia, se agotan rápidamente). La ruta crítica está cargada de expectativas poco realistas. Es poco probable que siquiera la mitad de las recomendaciones de la FR sean siquiera adoptadas, ya que irían en contra de los intereses del sector privado.

**16. Punto:** El informe concluye que hay necesidad de enfocarse pragmáticamente en cómo asegurar que los mercados de salud estén contribuyendo a los objetivos clave en salud, como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y la cobertura universal. Los aspectos de estos mercados que perjudican a las metas clave, deben ser eliminados a través de regulación. Este debate es legítimo en un

momento en el que los efectos negativos de los mercados en salud no regulados persisten a nivel mundial.

**Refutación:** No podemos más que subrayar que los ODM representan un descenso grave con respecto a los compromisos internacionales previos (¿Recuerdan “Salud para todos en el año 2000” de la OMS?).

Además: ¿Conducirá “pragmáticamente” a la “gestión pública de proveedores privados en sistemas de salud mixtos”? ¿El logro eventual de los ODM significará cobertura internacional? Ni la OMS (quien ha reconocido el fracaso en cuanto a un progreso significativo en los ODM),<sup>35</sup> ni la Organización Panamericana de la Salud (OPS),<sup>36</sup> ni la Comunidad Europea<sup>37</sup> son de esa opinión. Estas las organizaciones han recomendado una reorientación de las políticas de salud. Nos intriga la fe que el informe le tiene a la regulación como medio para eliminar los aspectos negativos de los mercados de salud mixtos; además, simplemente no se provee evidencia para ello.

**17. Punto:** El informe presenta una serie de recomendaciones que están acompañadas de las siguientes afirmaciones:

1. La de atención privada crea demandas inducidas por los suministradores de servicios mismos.
2. En el sector privado hay practicantes de salud no calificados.
3. A menudo se reportan malos usos de los recursos públicos por parte del sector privado.
4. En el sector privado se hace uso exagerado de alta tecnología.
5. En el sector privado se fomenta el ‘cuidado de lujo’ (lo que conduce a un aumento en los costos totales en salud).
6. Hay muchos informes de inequidades en el acceso a la atención y al aseguramiento en salud.
7. Existen muchos casos reportados de malas prácticas en la prescripción y en la administración de medicamentos, uso



- incorrecto de antibióticos, uso insuficiente de terapia de rehidratación, sub-dosificación de medicamentos contra la malaria, ventas de medicamentos para el tratamiento del
8. VIH y falta de adhesión a las pautas de tratamiento contra la tuberculosis.
  9. A los consumidores de todo el mundo les hace falta información sobre los problemas que hay con los proveedores privados. El factor principal limitante en el nivel de involucramiento de los consumidores y de la sociedad en general ha sido su incapacidad de juzgar la calidad de los servicios clínicos.
  10. Hay conflictos de intereses y corrupción en el sector privado.
  11. El público ha sido excluido del establecimiento de reglamentos incluso en donde hay reglamentación y donde ésta es implementada.
  12. Los esfuerzos legislativos para regular al sector privado en salud a menudo tienen fuerza insuficiente.
  13. La implementación de contratos ha sido un problema; así como también el reconocimiento y la reparación de lagunas jurídicas (*loopholes*) usadas por proveedores y prestadores privados.
  14. Se han reportado extensivamente prácticas de abuso en los procedimientos de contratación (especialmente en la adquisición de medicamentos), en la administración de los pagos por parte de los usuarios y en retribuciones informales realizados “bajo la mesa”.
  15. El fraude está extendido en diferentes esquemas de aseguramiento en salud.

Las prácticas dobles de médicos y trabajadores en salud (es decir, el trabajar simultáneamente en los sectores público y privado) ha conducido, en el mejor de los casos, al ausentismo en el sector público, y en el peor, a la existencia de trabajadores fantasma en el mismo.

16. La gran mayoría de los profesionales de la salud no tienen el compromiso ético para atender a la población rural.
17. El interés del sector privado en salud está normalmente dominado por una motivación de lucro.
18. El sector privado casi no destina recursos a los problemas de salud pública prioritarios del país.
19. Falta un compromiso con la equidad y la solidaridad. También hace falta un enfoque en atención primaria de la salud y el uso de copagos gubernamentales como mecanismos de financiamiento para los pobres.
20. La autorregulación por médicos ha sido propensa a ‘captura regulatoria’. La regulación se usa indebidamente a favor de los intereses profesionales en lugar de los del público.
21. Las asociaciones médicas no han sido proactivas en llevar a cabo medidas disciplinarias en contra de la mal práctica médica o en caso de quejas por parte de pacientes; no han publicitado los casos de mal práctica por miedo a dañar la reputación de la profesión médica.

**Refutación:** La resolución de todas estas deficiencias parece ser poco menos que imposible. Nos quedamos con dos preguntas clave:

- i) ¿Sobre qué base podemos pensar de manera razonable que la regulación podrá jugar un papel que permita el control de la motivación de los proveedores de salud privados en los PIMBs? y
- ii) ¿Existe suficiente evidencia concreta que sugiera que la regulación de mecanismos puede, de hecho, constreñir la motivación (principalmente de lucro) que guía la práctica privada en los ambientes de sistemas mixtos?

Como se puede ver, la lista de problemas es bastante larga. Dicho de manera simple, hay problemas en cada rincón de los sistemas mixtos y estos son exacerbados por los problemas regulatorios de gran escala. Somos de la opinión de que en cuanto el

Estado contrata servicios en los PIMBs, usa presupuesto público para fortalecer al sector privado, creando así un ciclo donde el sector privado crece aún más, a expensas del público.

### **Una advertencia**

Tendríamos que ser los primeros en reconocer que algunos de los problemas y defectos arriba mencionados también se encuentran en el sector público de salud. Esto ocurre más frecuentemente cuando:

- 1) Una lógica de mercado es introducida en los hospitales públicos.
- 2) Los gobiernos no están dispuestos a financiar a los servicios públicos de manera decente, y
- 3) El flujo de fondos para los programas de control de enfermedades son provistos directamente a los funcionarios distritales, creando así inequidad en los salarios de los servidores públicos.

En todo el mundo, todas las historias de éxito provienen de servicios bien organizados y con un financiamiento aceptable. Costa Rica, Cuba, Chile, Sri Lanka, Kerala, España y Suecia ofrecen ejemplos de esto, aunque algunos de estos sistemas estén ahora en peligro.

### **Conclusión**

El fundamentalismo de mercado, como argumento a favor de la atención en salud privada y su supuesta regulación nos brinda no solo un sistema de ideas, sino es una cubierta ideológica para los inversionistas interesados en adquirir parte esencial de la provisión de salud en los PIMBs.

Esto quita la responsabilidad de la provisión de la salud al Estado, para colocarla en los hogares individuales; lo que es poco ético en términos de equidad. El concepto de salud como derecho humano pierde significado si su realización depende del ingreso, del poder adquisitivo o (en el caso de los PIMBs) de la provisión privada de atención, esté ésta “regulada” o no. El asunto fundamental es si la salud debe ser provista como meta social o comercial y si las organizaciones de atención a la salud deben ser administradas con una misión pública o no.

La evidencia expuesta en el informe de la FR no sugiere de manera convincente que el sector privado pueda ser aprovechado en países con ingresos medianos y bajos. Los “nuevos” modelos regulatorios *no* son un sustituto de acciones que fortalecen directamente al sector público. Más bien, las regulaciones deben ser consideradas una medida secundaria y principalmente transitoria, durante lo que tome reestructurar y ampliar el “espacio” del sector público. [Notamos que algunas de las reglamentaciones propuestas también representan la base de un posible algoritmo para reestructurar las instituciones de salud estatales].

Una posición más radical sugeriría que, basándose en la evidencia disponible, la regulación del sector privado en los PIMBs es una especie de espejismo que intenta brindar una pizca de justicia dentro de un marco de libertad de mercado excesiva. La regulación intenta evitar los excesos y las imperfecciones del mercado de salud. Pero, en realidad, la regulación incorpora consideraciones sobre la supuesta justicia a los sistemas de salud mixtos de manera poco sistemática y con poca disposición, mientras promueve mayor mercantilización de la salud en estos países.

Muchas de las medidas propuestas por el informe de la Fundación Rockefeller no son necesariamente incorrectas, pero son aplicadas de manera aislada y son respaldadas de manera financiera por el Banco Mundial y muchos donadores bilaterales. Las medidas individuales no son suficientes. Las fallas múltiples de los mercados mixtos en salud son simplemente demasiadas; creemos que no pueden ser corregidos por medio de regulación. Seguimos afirmando que un sistema de salud con orientación pública, bien organizado y bien financiado, posiblemente multi-institucional y que provea atención integral (no restringida a programas verticales de control de enfermedad) es la única alternativa ante el exceso de proveedores privados de los sistemas de salud mixtos.

Algunas de las mismas medidas propuestas por el resumen del informe de la FR, pero aplicadas al sector público de salud *con* un gobierno adecuado comprometido a largo plazo y con suficiente financiamiento lograrán, a través de un servicio público de salud de acceso universal, contribuirán mucho a la meta de lograr: “Salud para todos”.<sup>38</sup>

## Referencias

1. WHO, Sixty-third World Health Assembly A63/25, provisional agenda item 11.22, 25 March 2010. Strengthening the capacity of governments to constructively engage the private sector in providing essential health-care services, Report by the Secretariat.
2. Asimwe D, JC Lule. 1993. The public private mix in financing and provision of health services in Uganda. and Mujinja P, Urassa D, Mnyika KS. The Tanzanian public/private mix in national health care. In proceedings from the workshop on the public/private mix for health care in developing countries, ed. S Bennett and A Mills, London (LSHTM).
3. Yesudian CAK. 1994. Behaviour of the private health sector in the health market of Bombay. *Health Pol Plann* 9 (1): 72-80.
4. Lagomarsino G, Nachuk S, and Kundra SS. 2009. Public stewardship of private providers in mixed health systems: Synthesis report from the Rockefeller Foundation—sponsored initiative on the role of the private sector in health systems. Washington, DC: Results for Development Institute. Available at: <http://www.rockefellerfoundation.org>.
5. Tangcharoensathien et al. 2008. Regulation of health service delivery in private sector: challenges and opportunities. International Health Policy Program, Thailand. Rockefeller Foundation.
6. Kawabata K., Xu K., & Carrin G. (2002). Preventing impoverishment through protection against catastrophic health expenditure. *Bulletin of the World Health Organization*, 80 (8), p. 612.
7. Van Doorslaer E., O'Donnell O., Rannan-Eliya R. P., Somanathan A., Adhikari S. R., Garg C. C., Harbianto D., Herrin A. N., Huq M. N., Ibragimova S., Karan A., Lee T. J., Leung G. M., Lu J. F. R., Ng C. W., Pande B. R., Racelis R., Tao S., Tin K., Tisayaticom K., Trisnan-toro L., Vasavid C., & Zhao Y. X. (2007). Catastrophic payments for health care in Asia. *Health Economics*, 16 (11), pp. 1159-84.
8. The World Bank. Investing in Health. 1993, Washington DC
9. WHO. World Health Report. 2000, Geneva.
10. IBFAN. The International Code. International Baby Food Action Network. Available at: [http://www.ibfan.org/issue-international\\_code.html](http://www.ibfan.org/issue-international_code.html). Ver también: [http://www.ibfan.org/code\\_watch.html](http://www.ibfan.org/code_watch.html) and [www.babymilkaction.org](http://www.babymilkaction.org)
11. FAO (Food and Agriculture Organization of the United Nations) 2005. Voluntary Guidelines to Support the Progressive Realization of the Right to Adequate Food in the Context of National Food Security. Rome: FAO. <http://www.fao.org/docrep/meeting-009/y9825e/y9825e00.htm>
12. Baldwin R and M Cave, 1999. Understanding regulation: theory, strategy and practice. Oxford, Oxford University Press.
13. Bennett S, Ngalande Banda E, 1994. Public and private roles in health: a review and analysis of experience in Sub-Saharan Africa. Geneva, WHO.
14. Bennett S, Dakpallah G, Garner P, et. al. Carrot and stick : state mechanisms to influence private provider behaviour. *Health Pol Plann*, 9(1):1-13
15. Pol De Vos, Wim De Ceukelaire and Patrick Van der Stuyft. Colombia and Cuba, contrasting models in Latin America's health sector reform. *Trop Med Int Health*, volume 11 no 10 pp 1604–1612 october 2006
16. Anup Shah, Poverty Facts and Stats, Global Issues, Updated: September 20, 2010. Available at: <http://www.globalissues.org/article/26/poverty-facts-and-stats>
17. Rosenthal MM, 1992. Medical discipline in cross-cultural perspective: the US, Britain and Sweden. In Dingwall R and Fenn p (Eds). *Quality and regulation in health care: international experiences*. Routledge, London and New York. Quoted by S.Bennett, 1993, op.cit.

18. Unger J.-P., De Paepe P., Arteaga Herrera O., Solimano G., "Chile's Neoliberal Health Reform: An Assessment and a Critique", *PLoS Medicine* 2008; 5(4) e79: 0001-0006.
19. De Groote T., De Paepe P., Unger J.-P., "Colombia: in vivo test of health sector privatization in the developing world", *International Journal of Health Services* 2005; 35(1): 125-141.
20. Bennett S, K Hanson, P Kadama and D Montagu. Working with the non state sector to achieve public health goals. Making Health Systems Work, Working Paper 2, WHO, Geneva.
21. Soderlund N, V Tangcharoensathien. 2000. Health sector regulation: understanding the range of responses for government. *Health Pol Plann* 15: 347-48.
22. Tangcharoensathien et al. 2008. Regulation of health service delivery in private sector: challenges and opportunities. International Health Policy Program, Thailand.
23. T Vian. 2008, Review of corruption in the health sector: theory, methods and interventions. *Health Pol Plann* 23: 83-94
24. Savedoff WD. 2006. The causes of corruption in the health sector: a focus on health care systems. In Global Corruption report 2006. Special focus on corruption and health. Ed J Kotalik and D Rodriguez, London, Pluto Press.
25. Criel B., Blaise P., & Ferette D. (2006). Mutuelles de santé en Afrique et qualité des soins dans les services: une interaction dynamique. In *L'Assurance Maladie En Afrique Francophone. Améliorer L'Accès Aux Soins Et Lutter Contre La Pauvreté. Série: Santé, Nutrition Et Population*, ed. G. Dussault et al., eds.. Washington, DC: Banque Mondiale, pp. 353-72
26. Arnio S. Government declares Social Emergency to face financial health crisis. 2009. Columbia News. Available at: <http://colombiareports.com/colombia-news/news/6965-government-declares-social-emergency-to-face-financial-health-crisis.html> (accessed April 24,2010)
27. Fiszbein A, Schady N, Ferreira FHG, Grosh M, Kelleher N, Olinto P, and Skoufias E. Conditional Cash Transfers: Reducing Present And Future Poverty. 2009 The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; Washington DC 20433
28. Asiimwe and Lule, 1993, quoted by Bennett, G.Dakpallah, P Garner et al. Carrot and stick : state mechanisms to influence private provider behaviour. *Health Pol Plann*, 9(1):1-13
29. Kasongo Project Team (1981). Le Projet Kasongo; une expérience d'organisation d'un soins de santé primaires. *Annales de la Société Belge de Médecine Tropicale*, 60 (S1), pp. 1-54.
30. King MH. Medical Care in Developing Countries. Oxford University Press, inc. ISBN: 0196440181 / 9780196440187 / 0-19-644018-1
31. Lehmann U, Van Damme, W, Barten F, Sanders D. Task shifting: the answer to the human resources crisis in Africa? *Human Resources for Health* 2009, 7:49doi:10.1186/1478-4491-7-49
32. On privatization of disease control programs see: Jean-Pierre Unger, Pierre De Paepe, Patricia Ghilbert, Walter Zocchi, Patrick van Dessel, Imrana Qadeer, Kasturi Sen, Privatization (PPM-DOTS) strategy for tuberculosis control: how evidence based is it? In: *International health and aid policies*. Cambridge University Press, 2010.
33. Palmer N. The use of private-sector contracts for primary health care: theory, evidence and lessons for low-income and middle-income countries *Bull World Health Organ* vol.78 no.6 Genebra June 2000.
34. Unger J.-P., De Paepe P., Buitrón R., Soors W. Costa Rica: Achievements of a heterodox health policy. *American Journal of Public Health* 2008; 98(4): 636-643.
35. Chan M. (2008). Return to Alma-Ata. *Lancet*, 372 (9642), pp. 865-6.
36. Pan American Health Organization (2003). Primary health care in the Americas: Lessons learned over 25 years and future challenges. Washington DC: World Health Organization.

37. European Commission. Brussels, 31.3.2010. COM(2010)128 final. Communication From The Commission To The Council, The European Parliament, The European Economic And Social Committee And The Committee Of The Regions. The EU Role in Global Health

38. Unger J.-P., De Paepe J.-P., Ghilbert P., Soors W., Green A. 2. Integrated care: a fresh perspective for inter-national health policies in low and middle-income countries. *International Journal of Integrated Care* 2006; 6. ISSN 1568 - 4156.

**Recibido:** 12 de agosto de 2010.

**Aceptado:** 14 de octubre de 2010.

**Conflicto de intereses:** ninguno.



**Medicina Social**  
Salud Para Todos