

Informando & Reformando

Boletín trimestral del NAADIIR/AL

Núcleo de Acopio, Análisis y Difusión de Información sobre Iniciativas de Reforma

Julio / Septiembre ● 2003 ● N° 17

Narrativas / 2

Colaboración Público-privada en el Sector Salud. Reflexiones sobre la Situación en México
Gustavo Nigenda y cols.



Colaboración Público-privada para la Salud Pública
Michael R. Reich



Más Allá de la Relación Público-privado? Mercados no Organizados en la Prestación de Atención a la Salud
Hilary Standing / Gerry Gloom

Reflexiones / 10

Una Nueva Cara para los Proveedores Privados en los Países en Desarrollo: Implicaciones para la Salud Pública
Natasha Palmer y cols.

Monitor de la Salud / 13

Gasto Público y Privado en Salud en las Américas

Páginas de la Reforma / 14

Noticias / 15

Citas con la Reforma / 16

Colaboración de los Sectores Público y Privado en Salud

La participación del sector privado en el campo de la salud es un tema de actual controversia en los procesos de reforma del sector que vive la región de América Latina y el Caribe. Algunos sectores sociales ven la participación del sector privado como un proceso que convierte a la salud en una mercancía común y corriente, cuyo precio estaría regido únicamente por las leyes del mercado, mientras que otros ven en ella la posibilidad de atender algunas fallas de los sistemas de salud actuales.

En los países en donde la salud es un derecho constitucional, la discusión subyacente es la concepción de la salud como un bien público que debe ser garantizado por el estado. Sin embargo, con los cambios estructurales que han experimentado las agencias gubernamentales, cada día es más difícil que el estado enfrente por sí solo el gran reto de atender la salud de su población. Por otra parte los prestadores privados de servicios de salud de la región tienen una importante presencia histórica y se encargan de atender las necesidades de amplios sectores de la población* que no necesariamente representan a quienes pueden pagar altos precios por la atención.

Parte de la discusión sobre la participación del sector privado está basada en su interpretación como un proceso de privatización del sector. Sin embargo, en muchos casos las reformas que se realizan en la región tienden a hacer una separación de funciones en las cuales la rectoría del sector permanece como la principal tarea a cargo del estado. La rectoría debe cubrir tanto la formulación de marcos que definen el comportamiento de todos los actores involucrados en el sistema como la garantía de que éstos se cumplan. En la elaboración de reglas y políticas en la vigilancia del sistema, la rectoría tiene que tomar en cuenta todas las acciones y actores relacionados con el sector salud y no sólo aquellas que se encuentran dentro del sector público.



El principal reto en las reformas del sector en la región es desarrollar estrategias adecuadas para regular la provisión y el financiamiento público-privado de los servicios de salud, mirar por el bien público y encontrar los mecanismos más idóneos para garantizar el acceso con equidad y calidad, sin caer en excesos que en lugar de fomentar la participación y óptimo desempeño de los actores, lo entorpezca. Existen muchos retos actuales para los sistemas de salud a los cuales las reformas tienen que atender. Uno de estos retos es lograr el acceso a la población a los servicios de salud, con sistemas de financiamiento que sean equitativos. En este espacio la colaboración entre el sector público y privado puede ser un proceso fructífero si se cuenta con una rectoría sólida que garantice la salud como un bien social.

* Por ejemplo, en México el 52% del gasto en salud del 2001 fue para pagos de bolsillo. Esta tendencia se presenta en países con sistemas segmentados de salud como casi todos los de la región.

Colaboración público-privada en el sector salud. Reflexiones sobre la situación en México

Gustavo Nigenda, Erika Troncoso, Luz María González, Mariana López Ortega

En México la participación del sector privado es evidente tanto en el financiamiento de los servicios como en su provisión. La mitad del gasto en salud que hace el país proviene directamente de los bolsillos de las familias y es principalmente utilizada para la compra de servicios privados. Adicionalmente, se observa una amplia participación de distintas instituciones privadas: laboratorios, compañías farmacéuticas, clínicas privadas, escuelas para la formación de distintas categorías de personal de salud, etc.

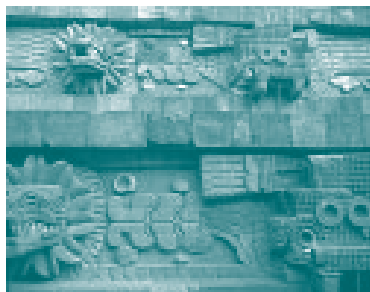
En México las instituciones públicas mantienen el control de la operación del sistema desde su financiamiento hasta la prestación de los servicios, sin embargo, se observa con mayor interés la posibilidad de buscar la participación articulada y regulada del sector privado. Es importante señalar que la participación del sector privado requiere de un sólido mecanismo de regulación a fin de que los beneficios de dicha articulación sean dirigidos a la población usuaria. Este artículo expone una visión general sobre las condiciones de la participación público-privada en salud en México y la importancia de contar con una sólida rectoría en el sector que sea capaz de impulsar una amplia participación ciudadana en la planeación e implementación de políticas públicas.

¿Privatización o colaboración público-privada?

Uno de los temas que más preocupan a los países que viven los procesos de reforma del sector salud y a sus poblaciones, es el tema de la privatización. Es importante señalar que la discusión alrededor de este tema tiene un fuerte contenido ideológico y que se requiere de mucha más investigación empírica para poder concluir sobre sus beneficios o perjuicios y sobre la conveniencia de llevarla a cabo. Teóricamente, esta discusión se ha asociado en general con la transferencia de activos del sector público al privado en términos de propiedad, gestión, finanzas o control. También se ha vinculado con la reducción de la capacidad gubernamental de regulación relacionada con las políticas de liberalización y de desreglamentación, la cual tiene por objeto facilitar la participación del sector privado nacional y multinacional en la prestación de servicios y administración del financiamiento de las instituciones estatales y paraestatales. En el campo específico de los servicios esenciales (bienes públicos) como la salud, de acuerdo a algunos autores, la tendencia hacia la privatización no puede estudiarse, explicarse o interpretarse simplemente como producto o respuesta a la crisis fiscal del Estado, al elevado monto de la deuda externa y al déficit presupuestal que presentan los gobiernos. Tampoco puede ser

interpretado como producto de una conspiración para acabar con el Estado de bienestar. La privatización de los servicios de salud depende, más bien, de la naturaleza específica de la relación entre el Estado, el sector privado, los consumidores y el capital (nacional o internacional). La participación del sector privado en la prestación de los servicios de salud tiene connotaciones que son diferentes a las que se presentan en otras esferas públicas. Mientras que en el campo de la salud se dirige más a aumentar la competencia, el número de servicios, la disponibilidad, la calidad y la eficiencia de los servicios de atención, en otros campos se enmarca en la venta de propiedades del Estado y al aumento de la productividad de las empresas. Aunque estas esferas parecen estar bien diferenciadas, la privatización del sector salud, es hoy por hoy, en América Latina, uno de los temas más controvertidos ya que tiene un abordaje sobre las funciones y responsabilidades que le son propias al estado y que deben ser dirigidas hacia la sociedad. En la región hemos observado, salvo contadas excepciones, más que una privatización, un proceso de colaboración público-privada. De cualquier forma, la experiencia ha demostrado que estos procesos enfrentan serias limitaciones con efectos directos sobre la equidad y la persistencia de diversas formas de manipulación política e institucional. Inclusive se han podido comprobar serios problemas ligados con la ampliación de las desigualdades sociales, debido a la ausencia de mecanismos de regulación que compensen estas diferencias entre regiones ricas y pobres. En América Latina la mayor parte de los servicios de salud son prestados por una mezcla de organismos públicos y privados en proporciones diferentes según las características de la actividad. Hay una multiplicidad de actores que intervienen en la salud y su contribución es más especializada (prestación de servicios, gestión de

establecimientos de salud, adquisición de servicios, financiación, distribución de riesgos, reglamentación de los sistemas, etcétera). Esta evolución, junto con el desarrollo del sector privado, la democratización y la descentralización, ha dado lugar a diferentes niveles de responsabilidad y a una mayor participación de la sociedad civil. Los ministerios de salud colaboran cada vez más con el sector privado a fin de fortalecer la capacidad de prestación de servicios y mejorar el acceso a la atención; no obstante, permanecen con ciertas funciones que son por naturaleza públicas -adopción de políticas y establecimiento de regulaciones- mientras que abren la participación a otras de carácter privado como la prestación de servicios. Ejemplos de ello se encuentran en los sistemas de salud de Costa Rica, Colombia, Argentina o con mayor protagonismo de la iniciativa privada y el mercado en el caso de Chile. Las reformas sectoriales en salud en estos y otros países latinoamericanos están incorporando la participación privada como alternativa para desmonopolizar la prestación de servicios de salud, fomentando la competencia entre los diversos agentes involucrados para mejorar la eficiencia y el uso de los recursos, así como a contribuir a mejorar el acceso de las poblaciones que tradicionalmente no han tenido acceso a servicios de salud. La salud, es un ejemplo claro de responsabilidad pública (la mayoría de los países de América Latina la incluyen como un bien público en sus constituciones políticas), pero no significa que deba ser manejada exclusivamente por el aparato gubernamental. Cada vez más, los gobiernos y las organizaciones internacionales han reconocido el potencial que encierra la colaboración público-privada para mejorar los resultados en salud, sin embargo, no resulta fácil determinar el grado óptimo de implantación del sector privado en un sistema de salud ya que no se trata de un asunto



exclusivamente técnico, sino que también depende de los valores políticos de cada sociedad o país, y de su preferencia por un sector público amplio.

La estructura del sistema de salud mexicano

Se ha definido el sistema de salud mexicano como segmentado a partir de la diferenciación de la atención a grupos de población específicos. Como en otros sistemas de salud en la región la diferenciación está basada en la protección de los grupos de población trabajadora por parte de un esquema de seguridad social dejando la cobertura de poblaciones que participan en la economía informal por parte de los servicios públicos y el sector privado. En esta estructura el sector privado ha mantenido su presencia ofreciendo servicios a lo largo de la estructura de ingresos de la población.

El sistema de salud en México son históricas tanto la participación del sector público como la del privado. Al hablar del sector privado en salud, nos referimos a un espectro bastante amplio que incluye tanto a las instituciones que operan con fines de lucro como a las instituciones y prestadores de otros servicios ligados a la salud sin fines lucrativos. En general el estado no transfiere fondos a estas instituciones ni mantiene el control estratégico de las mismas. En cambio, en el sector público los fondos son mayoritariamente transferidos por el estado, quien a su vez conserva el control de las instituciones que lo conforman. Dentro del sector público tenemos las instituciones financiadas directamente de impuestos federales y locales y las instituciones financiadas por fuentes diversas, como es el caso de Instituto Mexicano del Seguro Social, que tiene financiamiento de aportaciones salariales, patronales y gubernamentales.

Considerando el motivo para el establecimiento de una organización en el campo de la salud, la

mayoría de las instituciones que forman parte del sector privado lo hacen con el fin de generar un excedente económico. Sin embargo, también existen organizaciones no gubernamentales (ONG) que operan sin fines de lucro y cuyos excedentes suelen ser reinvertidos para el fortalecimiento y el crecimiento de la propia institución. Pero independientemente de los fines de cada institución, el estado tiene el deber de establecer las reglas bajo las cuales éstas deberán operar y debe vigilar que se ofrezcan servicios de calidad. Si bien la participación de las ONG sin fines de lucro puede tener un efecto positivo en el acceso de las poblaciones pobres a los servicios, el estado debe regular a todas las organizaciones del sector privado de la misma manera en que regula a las instituciones públicas y de seguridad social.

La Organización Mundial de la Salud define tres funciones básicas de los sistemas de salud: la regulación, el financiamiento y la provisión. Dentro de esta clasificación, la principal función del sector público es la regulación. Esta función implica una actividad de definición de estatutos, la definición de reglas de participación y acción de las distintas instituciones, lo mismo que la vigilancia o supervisión del cumplimiento de estas reglas. En el ámbito del sector privado, algunas funciones de regulación son transferidas o delegadas por el estado para ser ejecutadas por Consejos o a través de mecanismos financieros como las aseguradoras. Respecto a la función de financiamiento, en el caso de las instituciones públicas implica la transferencia de fondos federales y estatales-locales provenientes de la recaudación de impuestos. En el sector privado el financiamiento proviene del pago directo o de bolsillo por servicio prestado así como de mecanismos establecidos por las aseguradoras privadas. Finalmente, la prestación de servicios implica para el sector público una red de unidades de atención en instituciones públicas y de

seguridad social. Por su parte, en el ámbito del sector privado comprende unidades de atención generalmente no articuladas entre sí. Ambos sectores cuentan con unidades de atención para primer, segundo y tercer nivel o especialidades.

Evolución de la participación del sector privado

En México, la participación del sector privado en salud se ha transformado en los últimos 60 años. A principios del siglo XX la participación del estado en el financiamiento y prestación de servicios era marginal y el sector privado tenía el papel predominante. La participación del estado en el campo de la salud se inicia en la tercera década del siglo y se vuelve de gran escala a partir de la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (1943) y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (1946). Esta participación del estado a gran escala termina creando una clara diferenciación entre instituciones públicas, incluidas las de seguridad social, y las instituciones privadas, con una segmentación y poca articulación entre unas y otras.

En años recientes, dos efectos han modificado la relación entre el sector público y el sector privado, el desarrollo de la tecnología (incluido los nuevos medicamentos) y la identificación de los límites del sistema público. El efecto de estos fenómenos en el sector privado es que las empresas, de ser solamente prestadoras de servicios médicos, han diversificado su participación a otras áreas como el mercado de seguros, la producción y comercialización de tecnología de medicamentos y de exámenes de laboratorio, entre otras.

La estructura del sector privado en México es muy heterogénea por lo que resulta difícil contar con información fidedigna. Sin embargo, se encuentra altamente concentrada en unidades de primer nivel de atención. De acuerdo a estadísticas oficiales publicadas por la Secretaría de Salud, en el 2001 existían en México 2,822 unidades médicas privadas con camas censables. De este total, 70% de las unidades tenían entre 1 y 10 camas censables. En el extremo contrario, sólo 2.4% de las unidades tenían más de 50 camas. También de acuerdo a datos oficiales, en ese año participaban casi 40,000 médicos y 30,000 enfermeras de los distintos niveles. Finalmente, debe destacarse que el aseguramiento privado en salud es una opción que sólo una pequeña proporción de la población mexicana utiliza. Se estima que alrededor del 2% del gasto en salud se mueve por esa vía. El gran porcentaje del gasto privado en salud es el pago por servicio que proviene directamente de los bolsillos de los usuarios lo cual muestra que los cambios administrativos y financieros recientes en el sistema de salud, poco han afectado la estructura histórica del sector privado.

Valores fundamentales en los sistemas de salud

Desde los años ochenta se ha puesto en evidencia la necesidad de introducir cambios en los sistemas de salud para mejorar su desempeño. Estas reformas han buscado ampliar la capacidad de los sistemas para proveer servicios de salud a más núcleos de población, mejorar la equidad de la distribución de



recursos y mejorar la calidad de la atención tanto en la dimensión técnica como interpersonal, entre otras cosas. Sin embargo, tanto la participación del sector público como la del sector privado debe estar basada en la consecución de principios éticos de la sociedad.

Identificamos tres valores fundamentales que deben ser compartidos por todos los actores para el buen funcionamiento de la colaboración público-privada: la inclusión social, la participación democrática y la equidad de oportunidades. La inclusión social permite entender a todo ciudadano como sujeto del derecho inalienable a recibir servicios de salud. La democracia implica la posibilidad de participación de la ciudadanía a fin de manifestar sus preferencias sobre los servicios. Además responsabiliza al estado en la construcción y operación de los mecanismos de rendición de cuentas a la población. El tercer valor fundamental es la equidad. Las diferencias sociales y de ingreso entre grupos en los países en desarrollo han aumentado en los últimos 25 años y México es uno de los casos más dramáticos. En estas condiciones, los recursos para la salud deben ser distribuidos para garantizar que las poblaciones con menores ingresos reciban servicios de salud adecuados y para darles protección financiera.

El papel rector de la Secretaría de Salud

La OMS ha utilizado el término rectoría para definir una conducción adecuada del sector salud que cumpla con los objetivos de calidad, equidad y protección financiera. La OMS ha puesto especial énfasis en promover la rectoría del estado enfatizando la importancia de que la responsabilidad final en el desempeño del sistema de salud de un país recaiga en su gobierno. En cuanto a la participación público-privada y la rectoría, se señala como factor fundamental el establecimiento de reglas junto con la garantía de que éstas se cumplan. La regulación debe tomar en cuenta a todas las acciones y actores relacionados con el sector salud y no sólo aquellas que se encuentran dentro del sector público. Por lo tanto, el principal reto será desarrollar estrategias adecuadas para regular la provisión y el financiamiento público-privados sin caer en excesos que en lugar de fomentar la participación

y el óptimo desempeño de los actores los entorpezca.

El Programa Nacional de Salud 2000-2006 establece cuatro funciones básicas para cumplir con los objetivos de un sistema de salud: la prestación de servicios, el financiamiento de los mismos, la rectoría del sistema y la generación de recursos.

El tema de la rectoría se vincula con tres actividades fundamentales: la regulación, la evaluación y la protección de los pacientes. La SSA es responsable de coordinar las acciones de los distintos actores e instituciones, públicos o privados, federales o estatales, que desempeñan actividades directamente relacionadas con la salud, así como las actividades de vigilancia del sector. Adicionalmente, es responsable de conducir la política nacional en la materia y de coordinar los programas de salud de las distintas entidades y dependencias.

En relación con el tema de la rectoría es necesario subrayar que la articulación entre los sectores público y privado implica la necesidad de impedir la frecuente corrupción del sistema que crea situaciones nocivas como el mal uso, el desperdicio o el robo de recursos, oscureciendo la responsabilidad de uno o ambos sectores.

Participación ciudadana, monitoreo y rendición de cuentas

En los últimos 10 años diversas organizaciones no gubernamentales han venido demandando una participación abierta y organizada en determinadas áreas del sector salud mexicano (calidad de atención, derechos de los usuarios, salud reproductiva, atención a pacientes con VIH/SIDA). Las reformas del sector salud también han abierto espacios o canales de comunicación a fin de que la ciudadanía, los usuarios individuales preferentemente, expresen sus quejas e inconformidades con la atención recibida. En México, el Plan Nacional de Salud ha abierto una gama de opciones para concretar la participación ciudadana en salud y reconoce la necesidad de que los grupos y ciudadanos organizados participen en el diseño, la implementación y la evaluación de las políticas y programas. Para ello, se han definido cuatro líneas de acción vinculadas con la estrategia de participación ciudadana:

1. ampliar la participación de los ciudadanos en los órganos de decisión,
2. ampliar la libertad de elección en el primer nivel de atención,
3. garantizar la atención a los grupos de autoayuda y a los grupos representantes de la sociedad civil,
4. propiciar la rendición de cuentas haciendo accesible la información pública a los ciudadanos.

Discusión

En México existen más de 10 millones de hogares que viven en condiciones de pobreza material y que en un gran porcentaje no cuentan con acceso a servicios de salud de alguna institución pública. Muchas de estas poblaciones reciben servicios de médicos privados o de practicantes de medicina tradicional en una relación mercantil sin intermediación de ningún otro agente. Además de esta situación, a lo largo de toda la estructura social, tanto pobres como ricos, asegurados y no asegurados pagan de bolsillo a prestadores privados de servicios de salud. Estos servicios privados se caracterizan por su gran heterogeneidad en términos de infraestructura, organización y calidad con la que atienden a la población.

En este escenario el papel de rectoría del sistema debe de ser fortalecido por lo menos en dos aspectos esenciales para un mejor desempeño del sistema de salud: la calidad y la equidad. El tema de la calidad debe ser regulado en todas y cada una de las unidades de atención tanto públicas como privadas y los estándares deben ser equiparables, cuando más, diferenciados por nivel de atención. También en el tema de la equidad, la regulación es muy compleja pues la participación del sector privado lucrativo no siempre se realiza bajo una lógica redistributiva y la equidad tiene que ser lograda en el conjunto del sistema, mediante la participación colectiva de todos los actores.

Por lo tanto, la regulación juega el papel de árbitro para que no sólo se busque el beneficio entre contratantes y proveedores sino que se garantice la atención a la población bajo criterios de calidad, equidad y eficiencia. La regulación es importante para buscar un balance entre estos tres aspectos y que, por ejemplo, por buscar maximizar la eficiencia se pierda la calidad.

En materia de la participación pública-privada, la definición de los campos en donde la colaboración puede ser fructífera y el tipo de agencias involucradas es clave para el éxito de las mismas. En términos del fortalecimiento del sistema de salud, la separación funciones de los actores del sistema es esencial para el desempeño del mismo. La colaboración público-privada depende, para ser exitosa, de que la participación de los diferentes agentes interesados, tanto en el financiamiento como en la prestación de los servicios, se produzca sobre bases claramente definidas. En el proceso de reforma del sector, la función de rectoría del estado es fundamental para definir y hacer cumplir los lineamientos de la colaboración.

Colaboración Público-privada para la salud pública¹

Michael R. Reich

La colaboración público-privada se encuentra en los primeros lugares de muchas agendas de la salud pública internacional. Cuando los mercados no logran distribuir los beneficios de la salud para la gente que los necesita, especialmente para los pobres en los países en desarrollo, la colaboración entre organizaciones públicas y privadas se ve como un método innovador que presenta buenas oportunidades para alcanzar los resultados deseados. Pero este tipo de colaboración implica problemas y encierra controversias. Los activistas e investigadores de la salud la critican porque, según dicen, distrae recursos de las acciones públicas y distorsiona las agendas públicas a favor de las compañías privadas.

Recientemente muchas organizaciones dentro de la salud pública han establecido colaboraciones con organizaciones del sector privado. En este contexto, diversas instituciones académicas se han vinculado con compañías privadas para realizar actividades conjuntas de investigación. El Banco Mundial ha anunciado que incentivará la colaboración dentro de su marco global para el desarrollo, la Organización Mundial de la Salud ha alentado las relaciones constructivas entre el sector público y el privado, las organizaciones no gubernamentales han establecido nuevas relaciones con compañías privadas con fines de lucro, etcétera.

¿Pero por qué se ha vuelto tan relevante esta forma de colaboración? Una de las razones es que los problemas de salud pública están siendo introducidos en la agenda de políticas internacionales a partir del incremento de la acción en ese sentido proveniente de organizaciones no gubernamentales (ONG), cuya influencia ha crecido en las dos últimas décadas. Al mismo tiempo, la globalización ha hecho crecer esa influencia en la salud internacional. Un ejemplo de ello es la campaña de Médecins sans Frontières para aumentar el acceso a medicamentos esenciales. Por otra parte, también se ha visto que fundaciones privadas de los Estados Unidos han jugado un activo papel en la creación y el apoyo a este tipo de colaboración público-privada.

Los problemas que ataca esta colaboración suelen relacionarse con los temas de equidad en salud entre los ricos y los pobres del mundo. Con la globalización surgen nuevas tecnologías en el mercado y éstas se difunden rápidamente en los países ricos, pero al mismo tiempo la persistente carencia de acceso en los países pobres crea un severo y

trágico contraste. Esta diferencia en el acceso puede generar diferencias tremendas en morbilidad y mortalidad, lo cual queda ejemplificado por el acceso desigual a los medicamentos contra el SIDA durante los años 90.

Sin embargo, ni las organizaciones públicas ni las privadas son capaces de resolver esos problemas por sí solas. Los grupos tradicionales de salud pública se encuentran confrontados a la limitación de recursos financieros, a problemas sociales y de comportamiento muy complejos, a la rápida transmisión de enfermedades a través de las fronteras nacionales y a la limitación de las capacidades de los estados. En el mismo orden de cosas, las organizaciones privadas con fines de lucro han llegado a reconocer la importancia de las metas de salud pública para sus objetivos inmediatos y de largo plazo y, por lo tanto, a aceptar una visión más amplia de su responsabilidad social como parte de sus metas corporativas. Las compañías farmacéuticas, por ejemplo, se han involucrado en un cierto número de programas muy visibles de donación de medicamentos basados en la colaboración. En resumen, los actores públicos y los privados se están acercando los unos a los otros, aunque con cierto nivel de incomodidad, con el fin de cumplir con objetivos comunes o que se entrecruzan.

Sin embargo, sabemos poco acerca de las condiciones en las que esa colaboración resulta exitosa. La colaboración puede producir estrategias innovadoras y consecuencias positivas para metas de salud pública claramente definidas y también puede crear mecanismos poderosos para enfrentar problemas difíciles al poner en marcha

las ideas, los recursos y la experiencia de los diferentes socios. Al mismo tiempo, las reglas del juego de la colaboración público-privada son oscuras y ambiguas. Dado que no existe una sola fórmula, la construcción de una colaboración eficaz requiere tomar riesgos y realizar muchos esfuerzos. ¿Cómo lograr entonces que organizaciones con distintos valores, intereses y visiones del mundo puedan reunirse para enfrentar y resolver temas esenciales de salud pública? ¿Cuáles son los criterios para evaluar el éxito de esa colaboración? ¿Quién establece los criterios y con qué tipo de transparencia y de rendición de cuentas?

Definición de la colaboración

¿Qué es la colaboración público-privada? Una buena definición de trabajo incluye tres puntos. Primero, esta colaboración implica al menos una organización privada con fines de lucro junto con otra organización ya sea pública o no lucrativa. Segundo, los socios comparten ciertos objetivos para la creación de un valor social, en general destinado a beneficiar a poblaciones desfavorecidas. Finalmente, los socios acuerdan compartir tanto el esfuerzo como los beneficios de su colaboración.

Pero esta definición contiene muchas ambigüedades de las que surgen temas y preguntas importantes. Un conjunto de preguntas enfoca la naturaleza de lo público y lo privado. ¿Qué es público? ¿Qué es privado? La categoría del sector público con seguridad incluye a los gobiernos nacionales y a las agencias internacionales (tales como la OMS y el Banco Mundial). Y la categoría del sector privado definitivamente incluye a las empresas con fines de lucro. ¿Pero en dónde colocar a las organizaciones no gubernamentales internacionales? Organizaciones tales como Médecins sans Frontières y la Helen Keller International son privadas en tanto que no pertenecen a una

¹ Este artículo es un resumen del capítulo 1 del libro *Public-Private Partnerships for Public Health* (Harvard Center for Population and Development Studies, Cambridge Mass. E.U.A., 2002), a su vez una versión ampliada del que fuera publicado en la revista *Nature Medicine*, 6(6),617-620,2000.

estructura gubernamental; sin embargo, buscan promover intereses públicos. Estas ONG pertenecen a la sociedad civil, un tercer sector, y por ello suele llamárseles así, organizaciones de la sociedad civil. Podemos considerar que pertenecen al lado público de la ecuación colaboración público-privada, aunque reconocemos que a menudo representan un tercer sector en sí mismo, el cual refleja valores, objetivos, intereses y estrategias de movilización de recursos diferentes. Las fundaciones privadas son similares a las ONG, organizaciones de la sociedad civil que buscan promover los intereses públicos. También las podemos considerar como parte del lado público de la colaboración, aunque carezcan de las instituciones formales de rendición de cuentas pública que existen en los gobiernos y en las agencias intergubernamentales. (De hecho, algunos argumentan que las fundaciones privadas tienen suficiente poder para definir agendas públicas, pero carecen de una visión y de información públicas suficientes.)

El segundo conjunto de preguntas se refiere a la naturaleza de los socios. ¿Quién es un socio y quién debe decidir? Por ejemplo, ¿acaso los receptores de un programa público-privado de donación de medicamentos deben ser considerados como socios? Y de ser así, ¿de qué manera? ¿Qué tipo de estructuras de gobierno puede permitir la participación de los receptores y promover la rendición de cuentas al mismo tiempo que se asegure la eficacia?

Las colaboraciones pueden implicar un amplio espectro de socios con diferentes derechos y responsabilidades, incluyendo a los socios básicos, que asumen las responsabilidades clave por la empresa conjunta, y a los socios locales, cuya participación es necesaria para el éxito de la implementación. Algunos tipos de colaboración dan un papel preponderante a los receptores en las estructuras de gobierno, mientras que otros no. Los casos específicos demuestran la existencia de una diversidad de formas de organización dentro de una sola colaboración. Por ejemplo, la International Trachoma Initiative incluye a dos socios básicos: Pfizer (una compañía farmacéutica con fines de lucro) y la Fundación Edna McConnell Clark (una fundación privada), unidos a muchos otros socios adicionales que incluyen gobiernos nacionales, otras fundaciones privadas y ONG (tales como Helen Keller International) y la OMS.

Diversidad de formas de colaboración

En años recientes han surgido muchos tipos de colaboración público-privada. La Iniciativa sobre Colaboración Público-Privada para la Salud (con sede en Ginebra, con el Foro Global para la Investigación en Salud) está creando un inventario de formas de colaboración en el que usa diez diferentes categorías (ver cuadro). En su lista de octubre de 2000 se incluyen más de sesenta colaboraciones con al menos 16 iniciativas de envergadura en las que la OMS participa de manera significativa.

Un ejemplo es la Accelerating Access Initiative (Iniciativa para Acelerar el Acceso), un esfuerzo de cinco compañías farmacéuticas de mayo de 2000 para colaborar con cinco agencias internacionales con el objetivo de encontrar mecanismos para dar acceso a la atención y el tratamiento relacionados con el VIH-SIDA en países pobres, lo que incluye importantes descuentos en los precios de medicinas contra el SIDA. Un año más tarde sólo se habían logrado acuerdos en tres países: Senegal, Ruanda y Uganda, lo cual refleja las dificultades para pasar del diálogo a la acción.

Existen diferentes ejemplos de colaboración público-privada para la salud entre las cuales podemos citar algunas que cuentan con la participación de la OMS: La Alianza Global para Vacunas e Inmunización; Medicines for Malaria Venture, que surgió como una fundación independiente bajo las leyes de Suiza; finalmente una colaboración destinada a asegurar la disponibilidad de eflornitina, un medicamento para tratar la tripanosomiasis humana del África, cuya patente fue cedida por los laboratorios Hoechst Marion Roussel (actualmente Aventis) a la OMS y fue posteriormente producida por Bristol Myers-Squibb junto con otras compañías para su distribución a lo largo de varios años a través de la OMS y de Médecins sans Frontières.

Estos ejemplos muestran que las colaboraciones público-privadas para la salud (incluso si sólo consideramos aquéllas en las que participa la OMS) pueden ser muy diferentes en varios sentidos: la cantidad de socios involucrados, los tipos de organización implicados, los niveles y fuentes de financiamiento, los objetivos y las estructuras organizativas. ¿Cuáles son los factores que han motivado a tan distintas instituciones para reunirse dentro de este tipo de colaboración?

Categorías de colaboración público-privada para la salud

1. Colaboración para control de enfermedades – desarrollo de productos.
2. Colaboración para control de enfermedades – distribución de productos.
3. Colaboración para fortalecer los servicios de salud.
4. Colaboración para comercializar medicinas tradicionales.
5. Colaboración para coordinación de programas de salud.
6. Otras colaboraciones para salud internacional.
7. Colaboraciones a nivel de países.
8. Coaliciones del sector privado para la salud.
9. Colaboraciones para donaciones de productos.
10. Colaboraciones para la provisión de servicios de salud.

Fuente: Widdus *et al.*, 2001

Motivos para la puesta en marcha de una colaboración

Hasta muy recientemente los sectores público y privado con fines de lucro que trabajan en el ámbito de la salud se veían unos a los otros con “antagonismo, sospecha y confrontación”. Estas tensiones están siendo cambiadas por un creciente acercamiento y el estímulo positivo para establecer formas de colaboración. Un factor clave para esto es que ninguno de los dos lados puede alcanzar sus metas por sí solo, de modo que la colaboración es inevitable para resolver ciertos problemas. Las colaboraciones conformadas por varios miembros, que se han vuelto comunes en los últimos años, reflejan el reconocimiento de que algunos problemas requieren de varios socios y de mecanismos organizativos complejos a fin de enfrentar todos los aspectos.

Sin embargo, sigue existiendo mucho escepticismo respecto de las motivaciones de las compañías privadas para asociarse, aun cuando los esfuerzos conduzcan a importantes beneficios para la salud pública. En general se asume que, a través de la colaboración, las compañías privadas sólo buscan ganancias y mercados para el futuro, o bien que buscan controlar las agendas de las organizaciones internacionales o usar las donaciones a fin de obtener exenciones de impuestos por razones financieras, o también que aprovechan el subsidio de los fondos públicos para buscar nuevos productos destinados a la venta privada y la obtención de ganancias. No hay duda de que las compañías privadas tienen como primera meta la obtención de ganancias, pero la cuestión es saber si pueden participar de manera eficaz dentro de colaboraciones que se dirigen a la resolución de inequidades o problemas de la salud global en los países pobres. La fuerza que tienen estas ideas previas dentro del sector público refleja una brecha cultural entre los sectores privado y público, pero también problemas reales que exigen una seria consideración ética.

Procesos de creación de colaboraciones

La construcción de una colaboración eficaz entre organizaciones diversas es un trabajo arduo. Las colaboraciones confrontan siete retos organizacionales que Austin llama "las siete Ces de la colaboración": 1) Claridad de los objetivos; 2) Congruencia de la misión, la estrategia y los valores; 3) Creación de valores; 4) Conexión con el objetivo y con la gente; 5) Comunicación entre los socios; 6) Continuidad en el aprendizaje y 7) Compromiso con la colaboración.

Navegar a través de estas siete Ces no es fácil. El reto de crear valores es especialmente importante. A fin de asegurar la colaboración sustentable es preciso que los valores creados sean útiles para la sociedad y estos valores deben fluir hacia todos los socios básicos. Además, la creación de una colaboración es un proceso de continuo aprendizaje con la posibilidad de lecciones inesperadas: por ejemplo, la participación dentro de la colaboración de la Iniciativa Internacional para el Trachoma obligó a la Fundación Clark a reformular su trabajo central en filantropía para empezar a ver sus actividades como inversiones de largo plazo en vez de como simples donaciones de corto plazo. Igualmente, Pfizer tuvo que adoptar la idea de que las colaboraciones público-privadas son "un nuevo modo de cooperación" que ofrece la esperanza de mejorar la salud en el África al sur del Sahara. Como consecuencia, luego de una enorme presión de los grupos interesados, la compañía inició un programa de donación para medicamentos contra el SIDA en Sudáfrica.

Ética de la colaboración

Existen temas básicos de ética subyacentes a la discusión sobre la colaboración y los debates acerca de las definiciones, los motivos y los procesos. ¿Cuáles son las buenas colaboraciones y cómo reconocerlas? ¿Quién tiene qué tipo de responsabilidad social y por qué? ¿Cómo se asegura la rendición de cuentas y ante quién? ¿Cómo deben relacionarse con las agencias internacionales de salud, tales como la OMS?

Existe un creciente consenso respecto de que las colaboraciones deben jugar un papel central en la satisfacción de la obligación moral de mejorar el estado de salud de la gente en los países pobres. Se sostiene que la gente de los países ricos tiene la obligación moral de ayudar a la población de los países pobres y se argumenta que las compañías privadas tienen responsabilidades sociales y que sus administradores también tienen obligaciones morales. Según esta visión, las compañías de salud global tienen la obligación especial de ayudar porque su competencia, sus recursos y su experiencia implican la capacidad de contribuir de manera significativa para la salud de los pobres. Finalmente, se cree que las colaboraciones pueden jugar un papel importante precisamente porque pueden reunir el potencial creativo de varias perspectivas para resolver problemas críticos.

La revisión ética de la realidad de las colaboraciones público-privadas depende en parte de sus consecuencias. La noción de capital social



explica la capacidad de ciertas sociedades para resolver los problemas colectivos mediante una mayor acumulación de confianza y relación entre sus miembros. Desde esta perspectiva, la colaboración público-privada, es decir, el surgimiento de nuevas instituciones para la resolución de problemas capaces de trabajar con eficacia y flexibilidad fuera del marco burocrático existente, puede representar una forma de capital social internacional.

Sin embargo, hay quienes confían menos en el respeto a las bases éticas de la colaboración y exigen reglamentaciones estrictas para ella. La propia OMS está haciendo frente a los temas éticos de su participación en este tipo de colaboraciones con empresas privadas, pero aun así hay quienes critican su incapacidad para dar una visión global capaz de reducir los conflictos de interés.

En cuanto a los resultados que permiten comprobar la calidad ética de la colaboración, la experiencia muestra que algunos programas de donación de medicamentos para una sola enfermedad han sido implementados con éxito, aunque otros no lo han logrado.

Conclusiones

Hasta ahora, parece seguro que la cantidad de colaboraciones seguirá creciendo en el campo de la salud internacional, al tiempo que los tipos de colaboración se diversifican aún más. Las colaboraciones ofrecen el potencial para combinar las fuerzas distintas de las organizaciones públicas y privadas junto con las de los grupos de la

sociedad civil para hacer frente a los problemas de salud de los países pobres. Un dilema fundamental de esta colaboración es saber cómo aprovechar su potencial asegurando al mismo tiempo la rendición de cuentas y sin suprimir su influencia creativa, su espíritu empresarial o su capacidad organizativa. Además, las colaboraciones público-privadas necesitan definir el significado de la rendición de cuentas: ¿Ante quién se rinden? ¿Ante los gobiernos o ante los diferentes participantes interesados? ¿Ante los beneficiarios?

Otra cuestión es cómo se debe implementar esa rendición de cuentas para asegurar la transparencia. La resolución de este dilema requiere la participación de todos los grupos, incluyendo a los beneficiarios potenciales, a fin de aumentar la comprensión mutua y establecer instituciones eficaces que eliminen la división entre público y privado.

Alcanzar los beneficios potenciales de la colaboración público-privada requiere entonces no sólo la buena voluntad necesaria para que un insumo, tal como una vacuna o un medicamento, se vuelva accesible, sino también la capacidad de administrar una integración organizativa de manera eficaz a lo largo de todo el camino que va desde el productor hasta el consumidor.

¿Cuántas colaboraciones de las que se han creado recientemente lograrán persistir e implementar sus programas con éxito en los diversos países? ¿Serán capaces de crear aproximaciones sustentables que los países estén dispuestos a incorporar en las burocracias públicas con apoyo de fondos gubernamentales? ¿Cuántas iniciativas puede manejar simultáneamente un solo país? ¿Acaso los donadores caerán en una cierta fatiga de iniciativas desplazándose hacia la próxima solución más popular? Si bien todavía se necesita contar con más información sobre los efectos de largo plazo, la experiencia que se tiene a la fecha demuestra que la colaboración puede jugar un papel clave para enfrentar las inequidades de la salud global produciendo beneficios tangibles capaces de mejorar el bienestar social. Pero también se requiere de una conducción cuidadosa capaz de evitar las abundantes trampas que se presenten.

¿Más allá de la relación público-privado? Mercados no organizados en la prestación de atención a la salud

Hilary Standing y Gerry Gloom
Institute of Development Studies, Universidad de Sussex

Presentación en el Taller World Development Report WDR 2003-2004
Eynsham Hall; Oxford

Este artículo propone tres argumentos. En primer lugar, nuestra comprensión del sector salud está limitada por un lenguaje y una serie de conceptos que no captan de manera adecuada la realidad cambiante ni las economías políticas dentro de las cuales se insertan los sectores de la salud. En segundo lugar, esto ha provocado la formulación de soluciones descontextualizadas y generalmente normativas tales como la "regulación" para mejorar la prestación de servicios en contextos de bajo nivel de desempeño. Tercero, los puntos de vista deben moverse más allá del dualismo público versus privado y trabajar creativamente con realidades complejas y a veces contradictorias.

Pluralismo de los proveedores. Inadecuación de la distinción público-privado

Desde hace algún tiempo, las políticas internacionales de salud han dado cuenta de que buena parte de las transacciones dentro de los países de ingresos medios y bajos se llevan a cabo fuera del sistema público de provisión de salud, lo cual no puede ser ignorado en la planeación y el financiamiento del sector salud. En muchos países, incluyendo los pobres, el sector público se ha convertido en parte minoritaria del sector salud. Las respuestas a esto se van desde el apoyo entusiasta al potencial de la creciente participación del sector privado hasta el fuerte rechazo de su papel y la reafirmación de la necesidad de construir una provisión pública universal. Los defensores de la primera proposición generalmente señalan que se trata del camino hacia el mejoramiento de la eficiencia y la calidad a través de la competencia. Los defensores de la segunda ven la provisión pública universal como la única garantía para lograr un acceso igualitario.

El problema no es saber si estas visiones son correctas o incorrectas. Más bien el problema es que están fuera del enfoque adecuado dentro de un contexto cada vez más plural de la prestación de los servicios de salud en muchos países. Un número cada vez mayor de transacciones tiene lugar fuera de la economía de la salud organizada dentro de un ámbito dominado por el mercado, pero no regulado, de múltiples proveedores de bienes y servicios. Sin embargo, han surgido pocas estrategias para administrar las consecuencias de una economía desorganizada de la prestación de servicios y productos para una salud de mayor calidad.

El término *privado* se ha convertido en una especie de caja negra que contiene el bagaje conceptual de las economías de mercado desarrolladas con un alto nivel de regulación. Se le utiliza para abarcar un espectro muy amplio que va desde los especialistas médicos profesionalmente acreditados hasta los vendedores ambulantes de medicamentos y los proveedores tradicionales de servicios relacionados con la salud. Algunos proveedores tienen un estatus legal análogo al de los practicantes dentro de las economías de mercado avanzadas. Muchos países tienen consejos médicos profesionales que autorizan a los diversos especialistas médicos. Otros proveedores son profesionistas certificados sin el derecho a practicar de manera privada. El personal que trabaja en el sector público suele trabajar dentro del sector privado, pero a menudo sin registro y sin supervisión. Las instalaciones del sector público suelen estar crónicamente mal financiadas y el personal tiene que vender sus capacidades y los servicios que presta a fin de ganarse la vida.

Existe una gran variedad de proveedores sin licencia y el entrenamiento de practicantes tradicionales comunitarios ha sido una importante fuente de oferta de éstos. Muchos de los antiguos médicos descalzos de China

actualmente son practicantes privados. En el campo de Nepal no es poco común que los proveedores iniciales de los puestos de salud sean guardianes o intendentes que han adquirido conocimientos médicos básicos «en el trabajo». La combinación en el incremento de la cantidad de gente con habilidades básicas, la creciente disponibilidad de medicamentos y otras mercancías médicas y la igualmente creciente disponibilidad de un conocimiento médico básico han contribuido a esta expansión. En términos generales, la cantidad de personal con habilidades relacionadas con la salud que están dispuestos a ofrecer servicios a cambio de una paga se ha incrementado fuertemente en la mayoría de los países en desarrollo.

Una de las características más sobresalientes del crecimiento del mercado del sector salud es el rápido crecimiento de la cantidad y la variedad de fuentes de oferta de medicamentos. Mientras que tanto los usuarios como los proveedores se quejan constantemente acerca de la falta de medicamentos provenientes del sistema público de distribución, la disponibilidad comercial ahora es algo común, y en ella se incluye parte de lo que se filtra desde el sistema privado. Obviamente de ahí surgen numerosos problemas de calidad, con la falsificación y la venta de medicamentos caducos a la cabeza.

El primer problema es cómo caracterizar a los sectores pluralistas de salud en lugares donde los gobiernos ya no monopolizan la provisión de servicios. Preferimos usar los términos organizado y no organizado en vez de formal e informal para referirnos a los sectores. El sistema de salud es análogo a otros mercados de trabajo y sistemas de producción de países en donde un sector organizado muy visible, aunque relativamente pequeño, coexiste con una economía desorganizada mucho más grande de bienes y servicios.

Podemos clasificar a los distintos actores según su pertenencia a una economía de la atención a la salud *organizada* o *no organizada*. El concepto de economía organizada de la atención a la salud subraya la idea de una influencia regulatoria tanto en el sector público como en el privado. También refleja la visión de que los sistemas de salud requieren de la intervención gubernamental para controlar costos y para incentivar la provisión de servicios eficaces y costo-efectivos, regular el desempeño técnico de los proveedores y posibilitar a la gente el manejo de los riesgos financieros de las enfermedades graves. Por definición, mientras más grande y complejo sea el mercado no organizado de salud, más débil será el nivel en que el gobierno puede influir sobre esas áreas.

El sector salud suele ser visto como un sistema jerárquicamente organizado de provisión de bienes y servicios especializados. Pero es más apropiado concebirlo como una economía de conocimientos en la cual se están dando cambios fundamentales en la localización y la posesión del conocimiento experto. Una característica clave del desarrollo de sistemas de salud pluralistas es que el conocimiento experto se relaciona cada vez más con una gran pluralidad de agentes que pueden tener acceso al mismo en forma de una mercancía vendible. Se han dado cambios importantes en la localización del conocimiento especializado, tales como el creciente papel de las tiendas, las farmacias y los vendedores de técnicas médicas, lo mismo que en las estrategias de difusión del conocimiento ligado a la salud.

Esto encuentra un paralelismo a nivel de los hogares y las comunidades. El conocimiento ya no se encuentra concentrado en los "expertos" como lo estuvo antes. La gente obtiene información de las farmacias, de sus relaciones personales con los proveedores, con las redes sociales y en los medios. Los usuarios de los servicios de salud pueden ser vistos como consumidores eclécticos de una diversidad de fuentes de información en vez de ser sólo depositarios de conocimiento y habilidades "tradicionales". Al tratar de llegar hasta los pobres, esto hace surgir temas como la manera de mejorar su acceso a información confiable.

¿Cómo usan los pobres los mercados desorganizados de salud?

No se entienden muy bien las razones que llevan a la gente a abandonar la provisión pública, pero se piensa que se encuentran principalmente relacionadas con problemas de la calidad del servicio y la falta de acceso, en especial en las zonas rurales. Como dijimos, hoy día existe consenso respecto a que los pobres hacen un uso extensivo del sector privado. Sin embargo, a la luz de las complejidades de lo que constituye el sector privado, esto no es muy esclarecedor para fines de elaboración de políticas. A pesar del gran número de estudios de la conducta en busca de la salud, existen datos limitados sobre qué servicios usan los hogares pobres con qué propósitos y cómo los patrones de uso se cruzan con el género, la edad y otros indicadores socioeconómicos. Esto es así porque mientras que muchos estudios descubren que el

costo es importante en la conducta en busca de salud, pocos de ellos se enfocan específicamente en los pobres o estratifican sus muestras.

Los estudios realizados hasta la fecha no hacen posible la extracción de un patrón consistente sobre la relación entre el estatus socio-económico y el uso de un proveedor en especial. Una de las razones de esta falta de consistencia es la gran cantidad de factores que influyen en la elección del proveedor. Entre otros podemos citar los patrones históricos de uso, conveniencia, costo de oportunidad, acceso, gravedad de la enfermedad, percepción de la calidad de los servicios, actitudes del personal que da atención, género, edad y estatus de la persona enferma, así como factores más específicamente culturales o relacionados con la estructura del hogar.

La importancia del costo directo de la atención a la salud en la toma de decisiones entre los pobres es, por tanto, variable. En muchos contextos, el sector público sigue siendo muy importante para los pobres, especialmente en el caso de los servicios básicos tales como los de salud materno-infantil. De hecho, las observaciones realizadas en algunos países sugieren que suele existir una división del trabajo entre "público" y "privado". Por ejemplo, en la India, las instalaciones de salud rurales son usadas sobre todo para la planeación familiar y la salud materno-infantil, y menos para servicios curativos.

La evidencia que poseemos sugiere que en todos los contextos que implican un costo directo o indirecto sustancial asociado con la consulta a un proveedor, buena parte de las enfermedades son auto-tratadas, en especial cuando se perciben como menores. En los diferentes estudios, el auto-tratamiento cubre un espectro que va desde la ausencia de tratamiento hasta la compra de medicamentos y otros remedios de diversas fuentes. Se pueden hacer dos observaciones. Primero, parece que el auto-tratamiento está creciendo en los países en donde las barreras de costo limitan el acceso de manera importante y/o cuando se percibe un descenso en la calidad del tratamiento en muchas instalaciones de salud organizadas/formales, públicas o privadas.

En segundo lugar, los pobres generalmente tienen tasas más bajas de uso de tratamiento de cualquier tipo. Esto a pesar de que cargan con un nivel de salud inferior al de quienes tienen más recursos, además de ser los que tienden a tener un menor acceso a cualquier tipo de seguro o cobertura contra la enfermedad. Los estudios de caso sugieren que los pobres suelen "arreglárselas" ante los costos de la enfermedad, extendiendo con ello el umbral de la seriedad o gravedad de aquello para lo que buscan tratamiento. En los casos en que el auto-tratamiento se hace mediante medicamentos que se compran de fuentes privadas, los pobres tienden a comprar dosis inadecuadas u optan por terapias más baratas pero inapropiadas.

Retos a las políticas en los mercados no organizados

Las respuestas a los mercados caóticos en salud han sido generalmente tímidas. Esto en parte se debe a una falla en la conceptualización. La mayoría

de los marcos de planeación en salud se enfocan en el sector público y provienen de experiencias y economías políticas de los países metropolitanos más importantes. Casi todos los planeadores de salud provienen, comprensiblemente, del sector público. La extensión y el significado de la participación del mercado no organizado de atención a la salud, especialmente como un recurso usado por los pobres, deben ser considerados dentro la planeación y las políticas de salud. Las medidas para restablecer una organización institucional coherente necesariamente tendrán que ir más allá del sector salud y actuar a largo plazo. Sin embargo, se han estado desarrollando diferentes visiones de tres tipos principales: las que trabajan a partir de medidas burocráticas, guiadas por el gobierno, las que trabajan a través de la "sociedad civil" y las que trabajan a partir de mecanismos de mercado.

Todas las visiones pueden mejorar los servicios básicos e incluso estar dando buenos resultados en ciertos lugares. No obstante, no pueden trabajar con soluciones descontextualizadas. La planeación en salud también necesita aprehender el contexto y la economía política con más profundidad. Ha habido un importante enfoque hacia la regulación por parte de los gobiernos, pero la falta de regulación es síntoma de un problema mayor de economía política, no una respuesta a ello. Los mercados caóticos imperan ahí donde falla la capacidad de gobernar. Los ejemplos de China y Nigeria ilustran una situación de sistemas de prestación de atención a la salud altamente privatizada, pero cada uno de estos países llegó a esa situación por caminos muy diferentes, de modo que la transformación regulatoria deberá llevarse a cabo mediante mecanismos muy distintos.

Muchos gobiernos simplemente carecen de la capacidad para regular y supervisar a los proveedores privados. Buena parte del mercado no organizado no es susceptible de ser regulado burocráticamente y tal vez es mejor tratar de enfocarse en otros puntos de entrada potenciales para mejorar la provisión de servicios.

Tampoco es posible formular prescripciones claras de políticas para asociarse con el sector privado en oposición a los esfuerzos destinados a fortalecer los servicios del sector público. Esto dependerá del análisis de los patrones existentes de utilización, la relativa fuerza y calidad de los diferentes proveedores y la capacidad del gobierno para desarrollar mecanismos eficaces de regulación y contratación.

Sin embargo, algunas distinciones contextuales más claras pueden ayudarnos a acercarnos a las formas de intervenir con una mayor o menor eficacia potencial. Se trata de algunas propuestas de tipología con cierto poder de predicción sobre las estrategias más apropiadas para manejar los mercados no organizados de atención a la salud.

- Países de ingresos bajos bajo estrés: escaso crecimiento económico, alta proporción de la población en pobreza, conflictos, mala gobernanza y sistemas públicos de salud en decadencia, alto nivel de uso de mercados no organizados de atención a la salud.

- Países de ingresos bajos con prospectos más fuertes de desarrollo económico y gobiernos que funcionan bien pero con problemas endémicos de pobreza y desigualdad, con sistemas públicos de salud de mal desempeño, uso importante de mercados no organizados o poco regulados.
- Países en transición que pasan de economías socialistas planificadas a economías de mercado y sistemas pluralistas de salud asociados con altos niveles de privatización.
- Países de ingresos medios con sistemas establecidos o en transición de seguridad social y atención a la salud, gobiernos fuertes pero un desempeño desigual en salud y áreas de gran escasez y necesidades de salud insatisfechas.
- Estados colapsados con pocas instituciones o en mal estado, con prestación de atención a la salud escasa o desorganizada.

De manera general, en el contexto de la mercantilización masiva que hemos visto en la economía del conocimiento sobre salud, es importante abrir el tema de la regulación de manera que vaya más allá de las soluciones meramente burocráticas. El sector salud es complejo en términos de los grados de especialización del conocimiento y de los tipos de bienes y servicios que se usan. Pero ya no queda muy claro en dónde es apropiado trazar una frontera entre las transacciones no mediadas de los bienes y servicios relacionados con la salud que la gente compra, ya sea en el mercado o bien a través de sistemas de mercantilización social-comunitaria, y aquéllos mediados por guardianes profesionales/burocráticos. Actualmente ya se ha dado una gran expansión del mercado en la distribución de bienes básicos relacionados con la salud. Parte de esto ha sido aceptado, como en el caso de la mercantilización social de la protección contra la malaria. Y otra parte importante no ha sido aceptada, pero sucede de todas formas: la venta de todo tipo de medicamentos oficialmente restringidos, pruebas de laboratorio, etcétera.

Los mercados no organizados no sólo son usados por los pobres, sino que es a ellos a quienes dañan de manera significativa. Padecen las más grandes asimetrías de información y están propensos a terminar comprando bienes y servicios dudosos o peligrosos. Volver a trazar la frontera entre bienes y servicios mediados y no mediados en ciertas áreas abre otras estrategias potenciales, tales como el mejoramiento de la información de los usuarios, el estímulo a la acción de los consumidores, etc.

Vivir con las nuevas realidades – El caso del Fondo Global

Uno de los principales objetivos del Fondo Global es hacer que los tratamientos eficaces para la malaria, la tuberculosis y el SIDA sean más accesibles en los países que no los pueden pagar. De esto pueden derivarse varios problemas en los países en los que existen mercados no organizados de salud. La gente podrá comprar esos medicamentos de fuentes diversas, lo que provocará que los pobres gasten en tratamientos inadecuados y permitirá el surgimiento de organismos resistentes a los medicamentos, así como la creación de un mercado para productos falsificados.

El Fondo Global es una de las iniciativas más importantes destinadas a impactar de manera positiva en la salud de los pobres en un plazo relativamente corto. Pensamos que las intervenciones que no tomen en cuenta la realidad de los mercados no organizados de salud tendrán un impacto limitado y pueden incluso ocasionar daños. Se pueden tomar medidas para limitar ese daño. Sin embargo, requieren de una comprensión clara del contexto institucional y político de esos mercados a fin de determinar qué podrá ser implementado.

De manera más general, estos esfuerzos deben ser parte de una visión de largo plazo capaz de crear un ambiente coherente para el sector salud. Anticipamos que, al menos en algunos países, surgirán nuevos arreglos institucionales, los cuales implicarán nuevos modelos de proveedores de atención a la salud y aprovecharán mejor las posibilidades de la tecnología de la información tanto en los aspectos clínicos como logísticos de la prestación de los servicios.

Una nueva cara para los proveedores privados en los países en desarrollo: implicaciones para la salud pública

Natasha Palmer¹, Anne Mills¹, Haroon Wadee¹, Lucy Gilson¹ y Helen Schneider²

Introducción

El uso de proveedores privados de atención a la salud en los países de ingresos bajos y medios es común y sus implicaciones son un constante objeto de debate. Una visión insiste en que los proveedores privados tienden a ser más eficientes que el sector público y que el gobierno debe contratar los servicios del sector privado. Otra visión afirma que los proveedores privados no siempre son superiores en calidad o eficiencia y que no es viable diseñar e implementar esos contratos. Finalmente, se reconoce que ni los proveedores públicos ni los privados tienen características uniformes, de modo que esa distinción puede pasar por alto aspectos importantes, tales como la medida en que un proveedor usa fondos públicos de manera eficiente y responde a las metas de la salud pública.

Este artículo contribuye al debate describiendo un nuevo modelo de atención primaria a la salud que está surgiendo en Sudáfrica, por el cual las compañías privadas proveen servicios estandarizados a un costo relativamente bajo. Tomando datos de varios estudios de caso se comparan aspectos de prestación de servicios de una compañía con las alternativas más viables para los pacientes de bajos ingresos: ya sea un médico general privado o una clínica del sector público.

A pesar de que la atención primaria a la salud es gratuita en Sudáfrica, alrededor del 30% de la población que carece de seguro médico sigue prefiriendo pagar de su propio bolsillo y atenderse en instalaciones privadas. Aun en el quintil más bajo de ingresos, esta proporción se estima en 20%. El mercado para los pacientes privados es

lucrativo y la mayoría de los médicos generales tiene una práctica privada. El alto nivel de uso del sector privado en parte se debe a la falta de acceso a los servicios públicos, pero en las zonas urbanas puede deberse a la percepción de mayor privacidad, mayor velocidad en el servicio y mejor calidad del diagnóstico, la prescripción y la atención.

La evidencia sugiere que los médicos generales ofrecen atención de calidad técnica dudosa. Por ello, las ganancias que se pueden obtener por el pago de bolsillo por atención primaria a la salud están estimulando la proliferación de compañías privadas que buscan competir con los médicos generales abriendo clínicas con mejores estándares a un costo más bajo. Los pacientes que van a estas clínicas pagan una cuota fija por visita (que incluye medicamentos, pruebas de laboratorio y rayos X) o están cubiertos por esquemas de seguro médico de bajo costo. En la actualidad, en Sudáfrica existen más de cien clínicas propiedad de numerosas compañías que están ampliando su rango de acción incluso a ciudades de países vecinos. Algunos administradores han expresado su interés en participar con el gobierno para proveer de servicios en su lugar, pero aún no han recibido una respuesta clara del Departamento de Salud sudafricano.

La compañía privada usada como ejemplo en este artículo fue evaluada dentro de un estudio más amplio destinado a examinar el potencial de un espectro de proveedores privados para proveer servicios por cuenta del gobierno de Sudáfrica. Fue seleccionada porque es la más grande, la más extendida en términos geográficos y la más vieja en el mercado. Tiene clínicas en las áreas urbanas de

todo el país localizadas cerca de centros de trabajo tales como complejos industriales. Las clínicas estaban abiertas de las 8:00 a las 18:00 horas en la semana y de las 8:00 a las 15:00 horas los sábados y no ofrecen ningún servicio de urgencias fuera de sus instalaciones. Los servicios se cobran de manera competitiva en el nivel más bajo del rango cobrado por los médicos generales e incluyen el acceso a servicios populares tales como el ultrasonido y los rayos X. Todas las clínicas tienen instalaciones similares, limpias, brillantes y modernas. La compañía proyecta una fuerte imagen de marca con personal uniformado y uso frecuente de su logotipo. En lugar de acceso directo a un médico, los pacientes son atendidos por una jerarquía de proveedores, empezando por un "trabajador de atención primaria" (trabajador de la salud no capacitado), en seguida por un(a) enfermero(a) de atención primaria y, posteriormente, cuando es necesario, por un médico.

La estructura de la compañía es fuertemente jerárquica y deja poco espacio para la toma de decisiones individuales en cada una de las clínicas o a cada proveedor. En cada clínica, el administrador local es fuertemente supervisado y es apoyado por un administrador de área localizado en la oficina central. Los sistemas de información de la clínica están ligados a la oficina central por medio de un sistema computarizado que transmite la información financiera y clínica diariamente. Este sistema contenía más de dos mil algoritmos de diagnóstico y tratamiento basados en los datos de las *Cochran Collaboration Reviews*. En cada contacto con un paciente, los trabajadores de la salud ingresan los datos y síntomas para acelerar la ayuda en el diagnóstico y para acceder al protocolo de tratamiento recomendado. Una liga con el dispensario permite al sistema registrar todos los medicamentos prescritos y corroborarlos frente al protocolo de tratamiento que se había recomendado. El personal que no sigue los protocolos es identificado y se hace un seguimiento de su trabajo. Este sistema permite a la oficina central revisar y hacer auditorías a la práctica clínica diariamente al mismo tiempo que revisar los costos de cerca.

Metodología

Esta evaluación fue parte de una investigación más amplia que incluyó una serie de estudios de caso de diferentes tipos de proveedores con el fin de determinar un amplio rango de modelos de provisión y datos sobre costos y calidad. La aproximación del estudio de caso se adoptó para los principales modelos de provisión de atención primaria existentes en Sudáfrica en el momento del estudio. Como las clínicas forman parte de una jerarquía directa y administrada de cerca, se decidió que una muestra de dos clínicas era suficiente.

Se realizaron entrevistas con los administradores de nivel superior en la oficina central y se inspeccionó el sistema de información para obtener datos sobre costos y actividades de las clínicas estudiadas. A nivel de las clínicas, se reunieron datos sobre costos para el año 1998-99

¹ Programa de Economía y Financiamiento de la Salud, Departamento de Salud Pública y Políticas, London School of Hygiene and Tropical Medicine. (email: natasha.palmer@lshtm.ac.uk). La correspondencia debe ser enviada a la Dra. Palmer a esta dirección.

² Centro de Políticas de Salud. Universidad de Witwatersrand, Johannesburgo, Sudáfrica.

provenientes de los registros de las instalaciones y de la oficina central, así como mediante observación en el caso de los bienes de capital. Éstos fueron evaluados en términos de costo de reemplazo. Los datos de utilización fueron obtenidos de los sistemas de información de las clínicas. Los costos por visita y por tipos específicos de servicio fueron calculados.

Para corroborar las percepciones de los usuarios respecto a calidad y aceptabilidad de los servicios de las clínicas se usaron entrevistas de salida (50 por sitio) y discusiones de grupos focales (un grupo femenino cerca de cada instalación). En los grupos focales, los participantes describieron su percepción de los méritos relativos y del grado de acceso a los proveedores alternativos públicos y privados en el área, incluyendo la cadena de clínicas investigada. La comprobación objetiva de la calidad técnica de los servicios fue conducida mediante revisiones de registros del tratamiento de enfermedades transmitidas sexualmente (ETS), diabetes e hipertensión, con un objetivo de treinta registros para cada una de éstas en cada clínica. Se usó una lista estructural para comprobar la adecuación de los recursos y los servicios disponibles, incluyendo la disponibilidad de medicamentos. Finalmente, se midieron los tiempos de espera (para 50 pacientes) y el tiempo de duración de las consultas (para 30 pacientes) en cada clínica como indicador de la calidad del proceso y de la aceptabilidad del servicio para los usuarios. Para poder comparar los datos de diferentes proveedores, se usaron los mismos métodos para revisar la provisión de los servicios en una muestra de cinco clínicas del sector público y dos consultorios privados de médicos generales.

Resultados

El costo por consulta en la cadena privada de clínicas fue de 35 y 44 Rands, quedando dentro del rango de costos de las clínicas públicas, que variaron de 27 a 69 Rands por consulta. Los costos de los médicos generales privados fueron considerablemente más altos, 89 Rands en promedio por consulta. A pesar de contar con médicos de tiempo completo, los costos recurrentes de las clínicas privadas fueron sólo un poco más elevados que los de las clínicas del sector público que no cuentan con médicos de

tiempo completo. Las clínicas privadas cargan con un elevado costo por la administración externa, lo cual refleja la férrea administración proveniente de la oficina central. Sin embargo, los costos del personal clínico se mantuvieron bajos mediante el uso de enfermero(a)s como principal proveedor del servicio, y los costos de los medicamentos se contuvieron mediante el uso del formulario básico de la compañía, así como gracias al estricto control de las prácticas de prescripción a través de la constante auditoría de los patrones de prescripción.

La gente que usa los servicios de las clínicas privadas tiene una mejor condición económica que quienes usan otros métodos estudiados, pero de todos modos estaban dentro de los grupos más bajos de ingresos del país. La aceptabilidad de los servicios para los usuarios de las clínicas privadas resultó ser muy alta. Las discusiones dentro de los grupos evidencian la sensación de los pacientes de ser tratados de manera expedita y con respeto, lo cual, con algunas excepciones, no sucedió igual en las clínicas públicas. La corroboración de la calidad estructural mostró estándares excelentes en las clínicas privadas en términos de limpieza, espacio y disponibilidad de medicamentos y equipo, todo lo cual es muy apreciado por los usuarios. El tiempo de espera en las clínicas privadas fue de entre 10 y 40 minutos, que contrastan con los 50 minutos a tres horas en las clínicas públicas.

Los patrones de uso difieren mucho entre las clínicas privadas y las públicas. Los servicios claves de salud pública tales como la inmunización y el tratamiento de la tuberculosis no existen en las clínicas privadas, las cuales refieren a los pacientes al sector público o a médicos generales de práctica privada. Los pacientes parecen elegir entre diferentes proveedores para diferentes servicios, usando al sector público para tratar padecimientos crónicos y al privado para la atención curativa. En las entrevistas de salida en las clínicas privadas, el 54% de los entrevistados había visitado otras instalaciones en los últimos seis meses comparado con el 22% en clínicas públicas. 30% de los que asisten a clínicas privadas que habían visto a otro proveedor en los últimos seis meses habían asistido al sector público por padecimientos crónicos. El uso de varios proveedores se refleja también en los resultados de los registros de las clínicas privadas. En todas, 64% de los pacientes con diabetes cuyos expedientes se revisaron y 48% de los afectados

por hipertensión habían visitado la clínica sólo en una ocasión, lo cual sugiere falta de continuidad en la atención a padecimientos crónicos.

Otros indicadores de la atención disponible en las clínicas privadas fueron buenos en general, con la notable excepción de una clínica que no disponía de condones. Se usó como indicador el tratamiento de las ETS y, fuera de la falta de condones, la calidad técnica de la atención curativa fue alta. Un total de 85% de los registros de pacientes con ETS mostró que la enfermedad había sido diagnosticada utilizando una aproximación basada en síndromes (comparada con 68% en las clínicas públicas) y 97% recibió tratamiento acorde con los lineamientos del Departamento de Salud (80% en clínicas públicas). La calidad técnica de la atención en las clínicas privadas parece haberse fortalecido gracias al uso de los protocolos computarizados de tratamiento.

Discusión: implicación de políticas

Aun cuando la información presentada proviene de muestras pequeñas, nos permite identificar temas de políticas que vale la pena revisar. La operación y los servicios de la cadena de clínicas están altamente estandarizados, de modo que nada nos hace pensar que fueran atípicas. A pesar de que las dos clínicas en las que se realizó el trabajo de campo fueron escogidas en acuerdo con la oficina central de la compañía, otras fueron visitadas durante el estudio y sus condiciones de operación eran muy similares.

¿Qué implicaciones tiene este nuevo modelo de atención primaria para el debate actual acerca del papel del sector privado en los países de ingresos bajos y medios, la colaboración público-privado y cómo debe reaccionar el sector público ante esta llegada? La aparición de este tipo de cadenas de clínicas de atención primaria indica tanto la importancia como el tamaño de ese mercado, al menos en áreas urbanas. También es interesante notar cómo estas clínicas usan los sistemas de administración para controlar los costos de personal y medicamentos. Estos descubrimientos no apoyan las ideas comunes acerca del uso dispendioso de esos recursos, especialmente de medicinas, como razón para que los pacientes prefieran al sector privado. El que estas clínicas no den acceso automático a un médico, o prescriban grandes cantidades de medicamentos, indica que otros aspectos de la calidad percibida pueden ser motivos importantes para hacer uso del sector privado.

Los servicios ofrecidos por las clínicas son principalmente curativos. La continuidad de la atención crónica fue débil. Los datos sobre tratamiento de ETS sugieren que la calidad fue buena y acorde con los lineamientos, pero la falta de condones en un caso y la falta de disponibilidad de vacunas y tratamiento para la tuberculosis subrayan la poca importancia que le prestan a la prevención y el tratamiento de problemas claves de salud pública.

Para los pacientes, las implicaciones de este nuevo tipo de proveedor de atención primaria pueden ser positivas o negativas. Los pacientes estaban muy satisfechos con la atención recibida y parece crecer el gusto por la atención privada a precios accesibles entre los trabajadores con empleo pero sin seguro. Sin embargo, los pacientes están pagando por atención que ya está disponible de manera gratuita en el sector público y

no tienen acceso a un servicio realmente completo por el costo extra que pagan. De todos modos tienen que acudir al sector público en busca de atención fuera de horarios y para algunos tratamientos, y también se debe considerar el riesgo de tratamiento inferior por el pago de una cuota base. Tanto financieramente como clínicamente, este uso "dual" de los sectores privado y público no tiende a ser eficiente ni óptimo en términos de calidad de la atención.

La llegada de este nuevo modelo presenta retos y oportunidades para el sector público en su actual modo de funcionamiento. Un reto directo es la competencia por enfermero(a)s de atención primaria cuya oferta es escasa y que tradicionalmente han sido empleados por el sector público. Esto impactará la estructura del sistema de salud en general pues, en primer lugar, la llegada de redes de clínicas y el gusto creciente por una atención privada a la salud a precios accesibles entre los trabajadores de ingresos bajos puede ser una oportunidad para estimular a ese segmento de la población que actualmente recurre al sector público para que use este modelo, dejando al sector público la posibilidad de concentrarse en su papel como regulador y en proveer servicios para los más pobres. Sin embargo, este modelo tiene muchos inconvenientes. En la medida en que estas clínicas no dan un servicio completo, es dudoso qué tanta carga pueden liberarle al sector público. Además, esta visión sólo ayudaría a los más pobres si mejoran los servicios para quienes permanecen en un sector público menos saturado. También se puede debatir sobre el beneficio de estimular que un grupo de ingresos bajos pague por la atención primaria.

Una forma alternativa de cooperación podría ser que el gobierno contratara con estas compañías para dar servicio a toda la población. Estas cadenas pueden proveer servicios aceptables para los usuarios a costos similares a los del sector público y se les puede atraer con la expansión del mercado. Por otra parte, los contratos con una compañía jerárquicamente estructurada pueden ser más sencillos que contratar con una serie de profesionales auto-empleados. Además, los contratos asegurarían el acceso a los más pobres llevando las clínicas a un marco de provisión del sector público y ofreciendo un rango similar de servicios, en vez de permitirles que permanezcan sólo como complemento al sector público.

Por lo general, los argumentos para contratar con el sector privado caen en dos categorías complementarias. La primera, basada en argumentos teóricos, expone las virtudes de la competencia al

incrementar las posibilidades de elección por parte del consumidor y la elevación de la capacidad de respuesta del sector público. De acuerdo con esta visión, los contratos con el sector privado deben introducirse para imponer una presión competitiva sobre todos los proveedores financiados públicamente. El segundo argumento enfatiza una aproximación más pragmática sosteniendo que el sector privado puede ser contratado como un medio para atraer más recursos y capacidades para el sector público.

Para los pragmáticos, los beneficios de corto plazo son obvios: contratar para dar servicio a zonas rurales donde la provisión pública es insuficiente. Las opciones pueden incluir clínicas que funcionen únicamente bajo el contrato con el gobierno o bien ofrecer una mezcla público-privado de los servicios. Aun así, existe el riesgo de ofrecer atención de baja calidad para aumentar las cifras de personas dispuestas a pagar cuotas privadas. En la actualidad, sin embargo, la infraestructura de las clínicas privadas se localiza en las zonas urbanas, en donde la provisión del sector público es buena. Sería necesario crear un incentivo a las compañías privadas para que se desplacen a las zonas rurales. Las ventajas de pagar por servicios en áreas urbanas es debatible.

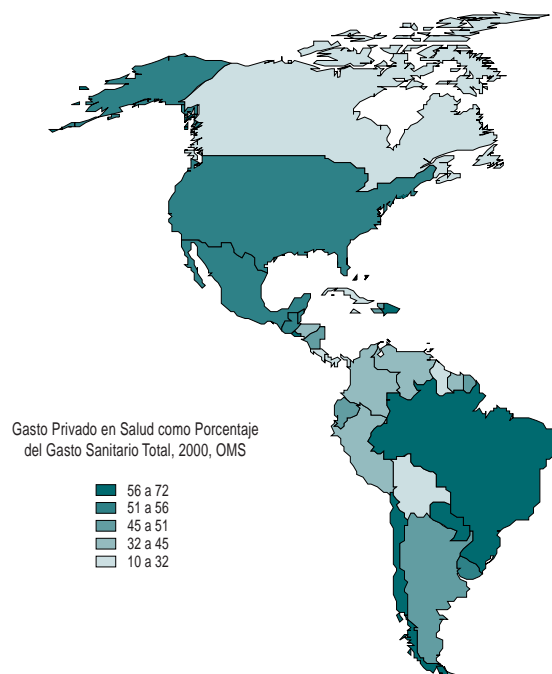
Los diseñadores de políticas atraídos por el argumento de la competencia pueden desear estimular estas cadenas de clínicas para que compitan con el sector público para la asignación de fondos. Esto puede suceder tanto en los contextos rurales como en los urbanos y potencialmente puede beneficiar la calidad de los servicios, las posibilidades de elegir de los consumidores y la respuesta a los pacientes. Sin embargo, en el diseño de un sistema como éste se deben considerar muchas limitaciones de la vida real, de la estructura del mercado, de la

información y la capacidad. Otro obstáculo potencial es el escepticismo de los diseñadores respecto de las bondades de la contratación con el sector privado.

Independientemente de qué visión se adopte, este modelo puede enseñar mucho al sector público sobre la manera de proveer atención primaria aceptable a un bajo costo. Los comentarios de los grupos de discusión indican que las actitudes del personal son una diferencia clave que impacta tanto la forma en que son tratados los pacientes como la manera en que la instalación es cuidada y presentada. Se deben comprender los factores que subyacen a las diferencias de moral y motivación de los enfermero(a)s de atención primaria que trabajan en estas clínicas privadas *versus* su contraparte pública.

El desempeño global de la compañía estudiada y el hecho de que su uso de los recursos sea comparable al del sector público apunta hacia el papel clave de la administración en el mejoramiento de la provisión de servicios. Sin embargo, aparecen dos cuestiones clave para una investigación posterior. Primero, saber si las ventajas del modelo privado permanecen cuando se pone en marcha un contrato para atender a pacientes más pobres que no pagan directamente por el servicio. Segundo, si el aspecto humano de la provisión de servicios públicos en Sudáfrica puede ser mejorado sin mayores cambios en la estructura de incentivos de la burocracia pública. La experimentación con arreglos alternativos podría contribuir con información valiosa para responder a estas interrogantes. Finalmente, este análisis se basa en un estudio de pequeña escala y las opciones de políticas deben ser desarrolladas sobre la base de una investigación de gran escala.

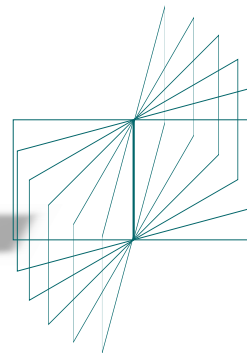
Gasto Público y Privado en Salud en las Américas*



* Elaborado por Javier Dorantes Aguilar.

PAIS	RANKING	Cálculo por diferencia (FUNSALUD)	Definición: La mortalidad infantil se define como la probabilidad de morir antes de los cinco años de edad (5q0)		Esperanza de vida al nacimiento, 2000, PNUD	Índice de desarrollo humano, 2000, PNUD
	Gasto privado en salud como % del gasto sanitario total, 2000, OMS	Gasto público en salud como % del gasto sanitario total, 2000	Mortalidad infantil (por 1000), mujeres, 2001, OMS	Mortalidad infantil (por 1000), hombres, 2001, OMS		
República Dominicana	72.0	28.0	44	48	67.1	Medio
Paraguay	61.7	38.3	27	37	70.1	Medio
Brasil	59.2	40.8	40	47	67.7	Medio
Chile	57.4	42.6	8	10	75.3	Alto
El Salvador	57.0	43.0	32	35	69.7	Medio
Estados Unidos de América	55.7	44.3	7	9	77.0	Alto
Belice	54.5	45.5	30	39	74.0	Medio
México	53.6	46.4	27	33	72.6	Medio
Uruguay	53.5	46.5	13	18	74.4	Alto
Guatemala	52.1	47.9	45	55	64.8	Medio
Haití	50.7	49.3	103	118	52.6	Bajo
Ecuador	49.6	50.4	31	36	70.0	Medio
Nicaragua	48.3	51.7	36	47	68.4	Medio
Argentina	45.0	55.0	17	22	73.4	Alto
Colombia	44.2	55.8	21	26	71.2	Medio
Suriname	43.9	56.1	28	34	70.6	Medio
Venezuela	42.6	57.4	21	26	72.9	Medio
Perú	40.8	59.2	45	49	68.8	Medio
Honduras	36.9	63.1	41	44	65.7	Medio
Costa Rica	31.6	68.4	10	13	76.4	Alto
Panamá	30.8	69.2	22	26	74.0	Medio
Canadá	28.0	72.0	5	6	78.8	Alto
Bolivia	27.6	72.4	76	84	62.4	Medio
Guyana	17.3	82.7	51	62	63.0	Medio
Cuba	10.8	89.2	8	11	76.0	Medio

Páginas de la Reforma



Publicaciones Recientes

- Blas, E., N. Hearst. Health sector reform and equity –learning from evidence? Health Policy Plan.2002 17: 1-4.
- Bourne, Peter. Asking the right questions : Lessons from the Cuban Health Care System. Inaugural UK Health Equity Network (HEN) annual lecture, Marzo 2003. Disponible en Internet en : <http://www.ukhen.org.uk/CubaHEN.pdf>
- Casas A. J, Cassels A. Trade in Health Services Global Regional and Country Perspectives. Washington, DC: Pan American Health Organization, 2002. Disponible en Internet en: <http://www.paho.org/English/HDP/HDD/trade.htm>
- Danis, Marion, Carolyn Clancy y Larry Churchill. Ethical Dimensions of Health Policy. Reino Unido: Oxford University Press, 2002
- González Block, Miguel Angel, Anne Mills. Assessing capacity for health policy and systems research in low and middle income countries Health Research Policy and Systems [HARPS] 2003 1:1. Disponible en Internet en: <http://www.health-policy-systems.com/content/1/1/1>
- Hallman K, Quisunbing A. R, Ruel M, et al. Childcare, Mothers Work, and Earnings: Findings from the Urban Slums of Guatemala City. Population Council, WP: 165, 2002.
- Iriart, Celia, et. al. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. Washington, D.C.: Revista Panamericana Salud Publica. Agosto 2002, vol.12, no.2, p.128-136. Disponible en Internet en: www.scielosp.org/pdf/rpsp/v12n2/11619.pdf
- Organización de Cooperación y Desarrollo Económico. A Disease-based Comparison of Health Systems: What is Best and at What Cost?. OECD, Mayo 2003, 347p. Disponible en Internet en: <http://www1.oecd.org/publications/e-book/8103031E.PDF>
- Organización de Cooperación y Desarrollo Económico. Medición del Gasto en Investigación y Desarrollo Relacionado con la Salud, OECD, 2002
- Organización Panamericana para la Salud. Partnerships for Better Health in the Americas. Washington, DC ; 2002. Disponible en Internet en: <http://www.paho.org/English/DEC/OP11PartnershipsforHealth.htm>
- Pouillier, Jean-Pierre, Patricia Hernandez, Kei Kawabata, William D. Savedoff. Patterns of Global Health Expenditures : Results for 191 Countries. EIP/HFS/FAR – Discussion Paper No. 51. Organización Mundial de la Salud, Noviembre 2002. Disponible en Internet en: http://www3.who.int/whosis/discussion_papers/pdf/paper51.pdf
- Preker S. A, Harding A. Innovation in Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospital. World Bank, Febrero 2003, 640p.
- Sadana, Ritu, Tikki Pang. Health research systems: a framework for the future. Bulletin of the World Health Organization. Marzo, 2003. Disponible en Internet en: [http://www.who.int/bulletin/pdf/2003/bul-3-E-2003/81\(3\)159.pdf](http://www.who.int/bulletin/pdf/2003/bul-3-E-2003/81(3)159.pdf)

Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica

Esta antología de trabajos realizados por especialistas del campo de la investigación cualitativa en salud de España e Iberoamérica recoge tanto las reflexiones teóricas de los métodos cualitativos, sus principios epistemológicos y sus problemáticas, como reportes de investigaciones que dan cuenta de diferentes diseños metodológicos. La obra permite adentrarse en la historia, los paradigmas y las orientaciones teóricas empleados en la investigación cualitativa en salud y en los diseños y las estrategias de muestreo que se utilizan en la misma. Las diferentes aportaciones han sido organizadas en tres partes (I. Acercamientos al campo; II. De paradigmas y del carácter integrado de la producción de conocimiento; III. Los diseños) cada una de las cuales cuenta con dos apartados en los que se agrupan los trabajos especialmente dedicados a *La reflexión teórica*, por un lado y aquellos que se refieren más directamente a *La producción empírica* correspondiente, por el otro. Las autoras del prefacio hacen una interesante proposición: "Las distintas aproximaciones cualitativas ofrecen la posibilidad de acercarse de manera sistemática a la comprensión de las perspectivas de los que somos enfermos y permite al investigador ver con los ojos de los que padecen los servicios o cuidados de la salud. El ponerse en los

pies de los que sufren, faculta al profesional de salud para realizar propuestas más acordes con la realidad y útiles para resolver los problemas de las colectividades e individuos".

Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud. Una antología iberoamericana.
Franco J. Mercado, Denise Gastaldo y Carlos Calderón, compiladores
Universidad de Guadalajara, México. 2002. 620 pp.



Análisis de la Colaboración Público-Privada en Salud Pública Internacional

"La colaboración público-privada se está convirtiendo en un método común para hacer frente a problemas grandes, complicados y caros de salud pública. La idea de la colaboración para la salud pública ha emergido en discusiones de políticas a nivel nacional e internacional y tanto en países ricos como pobres. Sin embargo, en muchos sentidos, los nuevos socios de estas iniciativas son extraños los unos para los otros. Y todavía estamos aprendiendo cómo manejar esta nueva colaboración de la mejor manera posible." Este libro presenta los más relevantes resultados de un taller realizado por la Harvard School of Public Health y el Global Health Council con el fin de aportar elementos para el análisis y la comprensión de la colaboración público-privada en asuntos de salud pública internacional. En él se examinan los retos organizativos y éticos que encierra la colaboración y sugiere las formas para enfrentarlos. Los ensayos reunidos ofrecen nuevas ideas sobre la colaboración, abordan inquietantes preguntas al respecto y proveen evidencias empíricas tanto de los beneficios como de los retos que ésta representa. La obra está compuesta por siete ensayos que muestran opiniones y puntos de vista diversos acerca de los posibles beneficios y problemas que implica la colaboración

público-privada. En todos los ejemplos presentados participaron al menos una corporación perteneciente a la industria farmacéutica en asociación con una organización gubernamental o una ONG con fines no lucrativos como miembros de una colaboración destinada a hacer frente a algún problema concreto de salud pública internacional.

Public-Private Partnerships for Public Health
Michael R. Reich, editor
Harvard Center for Population and Development Studies, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, EUA, abril 2002. 205 pp.



Noticias

Día Mundial de la Salud 2004

La Seguridad en Carreteras

El próximo día Mundial de la Salud, 7 de abril de 2004, será dedicado por numerosas organizaciones de todo el planeta a un esfuerzo internacional por desarrollar la conciencia respecto a la relevancia de los accidentes viales como asunto de salud pública. En efecto, numerosos estudios han demostrado la escandalosa manera en que los accidentes viales se han convertido en un tema mayor cuyos costos sociales y económicos son cada vez más grandes. Invitamos a nuestros lectores interesados en el tema a visitar la siguiente liga dentro de la página electrónica de la Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/world-health-day/2004/en/> y a revisar la edición de Marzo – Junio 2003 de la revista Injury Control and Safety Promotion dedicada al reto global de los accidentes de tránsito en carreteras en la que encontrarán interesantes artículos (provenientes de la Conferencia sobre Accidentes de Tráfico y Equidad en Salud realizada en Boston, Massachusetts, EUA en Abril de 2002) tanto de carácter general como de presentación de estudios de caso en diversos países.

Acción público-privada en pro del acceso a medicamentos



Médecins Sans Frontières, una importante ONG dedicada a trabajar por la salud de las poblaciones más desfavorecidas de los países pobres, ha lanzado una interesante iniciativa destinada a asegurar el acceso a medicamentos para enfermedades soslayadas. La iniciativa tiene como objetivo sacar esos medicamentos del mercado e incentivar al sector público para que asuma una responsabilidad más directa en su distribución. Se trata de reunir recursos de los sectores público y privado para satisfacer una agenda de investigación y desarrollo

que se encuentre basada en las necesidades de medicamentos para el tratamiento de enfermedades soslayadas.

La DNDi, por sus siglas en inglés (Drugs for Neglected Diseases Initiative) incluye la participación de la citada ONG junto con otros organismos tales como la Fundación Oswaldo Cruz / Far Manguinhos de Brazil, el Consejo para la Investigación Médica de la India, el Instituto Pasteur de Francia y el Ministerio de Salud de Malasia y se plantea como necesaria la representación de los pacientes en sus organismos. Su misión es mejorar la salud y la calidad de vida de gente que sufre de enfermedades soslayadas mediante el énfasis en la responsabilidad pública en el desarrollo de los medicamentos apropiados y el acceso equitativo a los mismos.

Macroeconomía y Salud

Un nuevo sitio en Internet

A partir de mayo de este año la Organización Mundial de la Salud ha puesto en el espacio cibernético un sitio en el cual se encontrará información detallada sobre el trabajo de la OMS en torno al tema de macroeconomía y salud. En él se encontrará todo lo relacionado con las acciones más recientes en los distintos países, noticias y ligas con otros sitios relacionados lo mismo que con el Reporte de Macroeconomía y Salud y los resultados de su Grupo de Trabajo. Se trata también de un sitio para compartir opiniones, visiones y experiencias a través del intercambio de ideas, noticias e información de los visitantes. La dirección es: www.who.int/macrohealth/en/

Directorio de Programas de Entrenamiento

Todos los investigadores interesados en mantenerse al día en temas relacionados con la investigación sobre Servicios de Salud, así como sobre Políticas de Salud pueden ahora consultar vía Internet el Directorio de Programas de Entrenamiento que se llevan a cabo en Estados Unidos y el resto del mundo a nivel de certificados, maestrías, doctorados y post-doctorados en las áreas antes citadas.

El perfil de cada uno de los programas es presentado incluyendo sus objetivos, enfoque, grados ofrecidos, director, costos, ayudas financieras, tiempos de realización, idioma, requerimientos y otras informaciones relevantes. La dirección de Internet para localizar esta valiosa información es: <http://www.academyhealth.org/directory/>

Estancamiento de la lucha contra la pobreza en América Latina

De acuerdo con una presentación preliminar del estudio sobre el Panorama Social de América Latina 2002-2003 realizado por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), en el año 2002 el número de habitantes de la región que viven en condiciones de pobreza alcanzó los 220 millones.

Estas cifras hablan de un estancamiento en el avance en la lucha por erradicar la pobreza durante los últimos cinco años, con la sola excepción del año 2000 en el que sí se registró una reducción en la cantidad de pobres. Dentro de este contexto se encuentran los dos extremos. Por un lado, debido a las terribles condiciones de la crisis económica más reciente, la proporción de la población en condiciones de pobreza de las áreas urbanas de Argentina casi se duplicó, pasando del 23.7% al 45.4 % mientras que los niveles de indigencia pasaron de 6.7% a 20.9%. Aunque no de manera tan significativa, la pobreza también se incrementó en Uruguay. En el otro extremo, las dos únicas excepciones al estancamiento generalizado en el avance en la lucha contra la pobreza las constituyen Ecuador y México, en donde sí se registraron descensos en el número de pobres e indigentes.

Desgraciadamente las proyecciones hechas por la CEPAL para el año 2003 permiten suponer que las tasas regionales de pobreza e indigencia volverán a crecer como resultado de la falta de crecimiento del PIB. Nuevamente en los extremos se encuentran Argentina, pero esta vez revirtiendo el proceso anterior debido a la reactivación de su economía y Venezuela, en donde la pobreza puede aumentar de manera importante.

Sin embargo, el informe de la CEPAL ofrece información de 18 países latinoamericanos sobre gasto público en el sector social y enfatiza el efecto benéfico que ha tenido el aumento de la inversión pública en educación y salud.

Citas con la Reforma

Eventos septiembre–noviembre 2003

Global Health and Foreign Policy Symposium Simposio sobre Salud Global y Política Exterior

Septiembre 18 - 19, 2003

Reino Unido

Informes: www.iih.usyd.edu.au/news/news01.html

5th International Conference on the Scientific Basis of Health Services, Global Evidence for Local Decisions Quinta Conferencia Internacional sobre las Bases Científicas de los Servicios de Salud, Evidencia Global para Decisiones Locales

Septiembre 20 - 23, 2003

Washington, DC, EUA

Informes: www1.worldbank.org/hnp/hsd/events.asp

4ps & Partnerships for Health 4Ps y Colaboraciones para la salud

Octubre 13, 2003

Reino Unido

Informes: www.lga.gov.uk/Event.asp?lsection=46&id=SXB560-A7819DA5

20th International Conference program in Dallas, The International Society for Quality in Health Care. Programa de la Vigésima Conferencia Internacional en Dallas, Texas.

Sociedad Internacional para la Calidad en la Atención a la Salud

Noviembre 2 - 5, 2003

Texas, EUA

Informes: www1.worldbank.org/hnp/hsd/events.asp

Globalization, Justice and Health Globalización, Justicia y Salud

Noviembre 3 - 4, 2003

Washington, DC, EUA

Informes: www.bioethics.nih.gov/globalization.html

8° Congreso Mundial STI/AIDS/ XIV Congreso Panamericano STI/AIDS

Diciembre 2 - 5, 2003

Punta del Este, Uruguay

The Global Forum for Health Research 2003 Annual Reunion Reunión Anual del Foro Global sobre Investigación en Salud

Diciembre 2 - 5, 2003

Ginebra, Suiza

Informes: www.globalforumhealth.org

Informando & Reformando

Boletín trimestral del NAADIIR

Núcleo de Acopio, Análisis y Difusión de Información
sobre Iniciativas de Reforma



Banco
Interamericano
de Desarrollo



Fundación
Mexicana
para la
Salud



Instituto
Nacional de
Salud
Pública
México



Organización
Mundial de
la Salud

Directorio

Comité Directivo

Anne Mills • Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres

Celia M. de Almeida • Fundación Oswaldo Cruz

Miguel Angel González • Organización Mundial de la Salud

Enis Baris • Banco Mundial

Christina Zarowsky • International Development Research Centre

Secretariado

Andrew Creese • Organización Mundial de la Salud

Eric Blas • Organización Mundial de la Salud

Gustavo Nigenda • Fundación Mexicana para la Salud

Tore Godal • Organización Mundial de la Salud

PROSyPS

Jaime Sepúlveda / Mario Bronfman • Instituto Nacional de Salud Pública, México

Guillermo Soberón • Fundación Mexicana para la Salud

Staff del NAADIIR

Gustavo Nigenda • Coordinador Ejecutivo

Alejandro Escalante-Bañuelos • Gerente de Información

Informando & Reformando

Gustavo Nigenda • Director

Víctor Becerril • Editor

Carlos Oropeza-Abúndez • Asesor Editorial

Explore la base de datos del NAADIIR
<http://www.insp.mx/ichsri>