

Comercialización y mundialización de la atención de la salud: Lecciones de la investigación de UNRISD

Utilizar los mecanismos de mercado en la provisión de servicios de salud y considerar la asistencia sanitaria un bien privado son enfoques que han figurado de forma prominente en las reformas del sector de salud en todo el mundo. La investigación de UNRISD sobre las experiencias locales e internacionales en materia de comercialización de la asistencia sanitaria cuestiona este marco. La investigación propone la reinstauración de políticas públicas que promuevan los fines para los cuales los sistemas sanitarios se establecen: la salud de la población y la provisión de servicios sanitarios para todos de acuerdo con sus necesidades.

Planteamiento del problema

En la lucha por una política social favorable al desarrollo, incluyente y de raíces democráticas, la salud es un campo de batalla en el cual se enfrentan visiones opuestas de lo que constituyen la base ética y política de la sociedad. Los sistemas de salud son poderosos factores propulsores de la exclusión o la inclusión social y elementos fundamentales de la ética pública de un país y de las relaciones entre el Estado y la sociedad.

La atención de la salud es también un “campo de pruebas” importante para aquellos que proponen la adopción de una política orientada por el mercado en el ámbito social, dado que este sector fue uno de los primeros donde se promovió la liberalización y el desarrollo de la provisión de servicios a cargo del sector privado. No obstante, la comercialización de la atención de la salud es sumamente controvertida, habida cuenta de las bien conocidas deficiencias del mercado y en razón de los compromisos éticos de acceso al cuidado que enfatizan la provisión de un servicio universal y la participación del gobierno en la atención de la salud. En virtud de lo anterior, una política favorable a la comercialización de la atención de la salud centra su atención en una demarcación sumamente controvertida

de la política social: la línea divisora entre lo que corresponde o no al mercado.

La investigación de UNRISD sobre la comercialización de la atención de la salud partió de la premisa de que la política sanitaria forma parte de políticas públicas y sociales más amplias. Los sistemas de salud son la expresión institucional de estas políticas, enraizadas en derechos jurídicos, valores y compromisos políticos. La atención de la salud forma parte de los sistemas de salud en general, que comprenden además la salud pública, la promoción de la salud y la evaluación de las repercusiones de otras políticas sobre la salud. Los servicios sanitarios deben tener como objetivo el acceso universal al cuidado de acuerdo con las necesidades y la solidaridad en la provisión y el financiamiento de dichos servicios, y deben evaluarse a la luz del logro de tales metas. En este marco, la comercialización debe entenderse como un medio para alcanzar estos fines.

Una atención de la salud “comercializada” significa proveer asistencia sanitaria, a través de relaciones de mercado, a aquellas personas que están en capacidad de pagar por ella; la inversión en servicios y la producción de servicios e insumos a cambio de una remuneración o beneficio, incluyendo la contratación

Investigación de UNRISD sobre la comercialización de la atención de la salud, 2003–2005

En la presente Síntesis de investigación y política se resumen las conclusiones de dos proyectos de UNRISD: *Comercialización de la atención a la salud: Dinámicas locales y mundiales y respuestas políticas*, y la investigación sobre salud que formaba parte de un proyecto más amplio titulado *El desafío social del desarrollo: Mundialización y desigualdad*. Estos proyectos conexos permitieron reunir a investigadores de 20 países, en su mayoría naciones en desarrollo o con economía de transición, quienes emprenderían una investigación primaria sobre el grado y la naturaleza diferenciada de la comercialización y mundialización de la asistencia sanitaria, sus implicaciones para el acceso y la desigualdad, y la posibilidad de implantar políticas eficaces para crear sistemas de salud responsables, eficaces e incluyentes.

Estos temas abarcaron además las estrategias de las empresas multinacionales y las consecuencias para la salud de la regulación industrial a nivel mundial; el impacto de la transnacionalización de las empresas de asistencia sanitaria sobre los sistemas de salud de los países de medianos ingresos; la comercialización del sector público mismo de la atención de salud y sus consecuencias; la migración internacional de los trabajadores de la salud; las interacciones público-privadas y la equidad en materia de salud; y las experiencias de la universalización del cuidado en la comercialización de los sistemas sanitarios. La investigación primaria se llevó a cabo en Argentina, Brasil, Bulgaria, China, los Estados Unidos, la Federación Rusa, Ghana, India, Líbano, Malasia, Mali, México, la República de Corea, Singapur, Sudáfrica, Suiza, Tanzania y Viet Nam. Los proyectos demostraron que los economistas y los expertos en política sanitaria pueden trabajar juntos con eficacia en el contexto de un marco conceptual que aborde la comercialización de la atención de la salud como un proceso que ha de evaluarse sobre la base de sus méritos, en lugar de entenderla como una premisa a partir de la cual construir la política sanitaria.

privada y el suministro privado destinado a los servicios sanitarios financiados con recursos públicos; y el financiamiento de la atención de la salud mediante pagos personales o seguros privados. Por lo tanto, la comercialización representa un marco único de análisis para comprender una serie de procesos interconectados, como la expansión del sector privado, la liberalización del mercado y la privatización de los activos del Estado. En este sentido, la comercialización de la atención de la salud ha recibido una promoción directa e indirecta de las presiones económicas y la influencia de la política internacional desde la década de los años 80, y ha sido la precondición para la integración del mercado internacional, o la “mundialización”, en el sector sanitario.

Conclusiones de la investigación

Malas noticias para los comercializadores: La comercialización significa peor acceso y peores resultados

Los datos comparativos de países no aportan prueba alguna del efecto positivo de la comercialización de la asistencia sanitaria sobre el acceso a la atención de la salud y los resultados en el ámbito sanitario. Sin embargo, la comercialización ha llegado a dominar la mayor parte de la atención primaria de la salud en los países de bajos ingresos. Mientras menores son los ingresos promedio de un país, mayores son las probabilidades de que la población experimente la forma de financiamiento de la salud que más induce a la pobreza: los pagos directos por cuenta del paciente. La asistencia sanitaria en su mayoría gratuita a nivel del punto de prestación del servicio, financiada por medio de la tributación general o el seguro social, es la opción y el privilegio de los países más ricos: un mayor gasto “social” en el sector salud respecto del producto interno bruto (PIB) está estrechamente vinculado a unos ingresos promedio superiores y a mejores resultados en materia de salud.

Además, contrariamente a lo que es habitual suponer, en los mercados de salud de un conjunto de países en su mayoría de bajos ingresos sobre los cuales disponemos de datos, los pueblos más pobres tenían mayores probabilidades que aquellos en mejores circunstancias económicas de depender de la atención privada y no de la asistencia pública. A mayor grado de comercialización de la atención primaria, mayor resultó la exclusión de los niños enfermos de recibir tratamiento, como mayor fue la desigualdad en las tasas de consulta para niños enfermos y las tasas de inmunización. La relación resultó particularmente marcada en el caso de los países del África subsahariana.

De todos los tipos de comercialización estudiados, el pago de honorarios por servicios de salud en condiciones de pobreza generalizada reveló la vinculación más fuerte con una atención de baja calidad, exclusión y abandono. El deterioro de la atención y las condiciones de trabajo en los servicios sanitarios de los países de bajos ingresos fueron la razón fundamental de la migración de profesionales de la salud, en particular del África subsahariana, para trabajar en sistemas de mayores ingresos.

La comercialización del sector público socava su eficacia

Incluso en los países de bajos ingresos de África, el gasto público en el sector salud es progresivo: los grupos más pobres obtienen beneficios proporcionalmente mayores a su participación en los ingresos monetarios. Y mientras mayor es el gasto público mejor: los gobiernos que gastan más en relación con el PIB logran mejores resultados en materia de salud, y la distribución de dichos resultados también es mejor. En Asia, los sistemas de salud pública universal gratuitos a nivel del punto de prestación del servicio, como es el caso de Sri Lanka, no sólo registran resultados superiores al promedio incluso en los niveles de bajos ingresos, sino que además son más redistributivos.

No obstante, la comercialización del sector público mismo pone en peligro su función fundamental en los sistemas de salud. Por ejemplo, el estudio sobre Mali reveló la manera en que los centros públicos y comunitarios de salud que cobran por sus servicios en condiciones de pobreza generalizada tienden a perder su vocación de salud pública y a convertirse en “instalaciones semicomerciales” que dependen de la venta de consultas y medicamentos. En la Rusia de transición, la “comercialización espontánea” dentro de un sector sanitario que pasó del financiamiento nominalmente público al seguro social y ofrecía una provisión nominalmente universal, llegó a empeorar enormemente la desigualdad de acceso, al vincular la calidad de la atención al pago de los servicios. La separación del financiamiento de la salud de la provisión de la asistencia sanitaria en condiciones de subfinanciamiento ha distorsionado los incentivos y generado una situación de fraude en un sistema en el cual los intermediarios de seguros médicos privados obtienen beneficios sin mejorar el acceso a la atención.

El sector público de la asistencia sanitaria sólo puede cumplir sus funciones redistributivas y de salud pública si sus principios de operación difieren de aquellos de los servicios comercializados. Las presiones de algunas políticas a favor de comercializar las operaciones, dar cabida a los intereses privados y cambiar hacia incentivos materiales han modificado la conducta en el sector de la salud pública, al tiempo que la provisión privada en muchos países en desarrollo depende en buena medida de los recursos públicos, desde equipos hasta personal calificado. La investigación que se realizara en India resaltó la repercusión de la comercialización sobre los valores y las aspiraciones del personal profesional, a medida que una cultura más individualizada de las carreras médicas en el sector privado ha entrado en conflicto con una cultura del sector público que continúa basándose en la consulta y el interés público. Estos cambios de los valores profesionales son profundos y a largo plazo; en la era actual de naciente aceptación internacional de la necesidad de reinstaurar la provisión pública y la confianza, combatir la devaluación del compromiso del sector público y su ética es una precondición para el éxito.

La atención de la salud es un sector riesgoso e inestable para la inversión privada, y las estrategias de reducción del riesgo de las compañías multinacionales pueden ser dañinas y divisivas

En los países de medianos ingresos, la comercialización del sector de la asistencia sanitaria ha acusado la fuerte influencia de una crecida participación de las grandes empresas de servicios de salud, así como de las inversiones privadas extranjeras en la provisión de servicios y los seguros. No obstante, estas manifestaciones de la mundialización de la salud son aisladas e inestables; la atención de la salud es un sector riesgoso para la inversión privada, y los inversionistas multinacionales confieren gran énfasis a la contención del riesgo. En la investigación, se determinó que las empresas multinacionales del ramo provenientes de Europa y Asia ejecutan estrategias de inversión a todas luces diferentes de aquellas de las compañías con sede en los Estados Unidos. Las multinacionales europeas y asiáticas, que operan en entornos altamente regulados en sus respectivos continentes, concentran sus esfuerzos en el cabildeo para la creación de “infraestructura” económica para la inversión privada, incluidos sistemas de cobro y licitación que les permitirían competir; también buscan limitar su exposición al riesgo mediante la reducción de los activos de su propiedad, así como lograr una combinación de contratación pública y una creciente prestación de servicios a pacientes agudos “pudientes” con miras a la participación a largo plazo.

Las empresas multinacionales de los Estados Unidos se percibieron en los países en desarrollo como inversionistas más inestables en el sector salud, orientados a la obtención de beneficios a corto plazo. Esta inestabilidad parece arraigarse en la atribulada industria estadounidense del “cuidado administrado”, una modalidad de financiamiento y provisión privados que las empresas exportan

activamente. A finales de la década de los años 90, hubo una ola de inversiones privadas en América Latina, resultado del cabileo corporativo de las organizaciones multilaterales a favor de la introducción de reformas que abrieran los mercados de la atención de la salud a la inversión privada. En Brasil y Argentina, las empresas estadounidenses invirtieron, para luego rápidamente revender su participación. En Argentina, que como Rusia llevaba adelante una reforma económica y atravesaba un grave colapso económico durante las décadas de los años 90 y 2000 y que contaba con un sector privado de provisión de asistencia sanitaria para los empleados con seguro social, la investigación reveló que los inversionistas corporativos extranjeros participaron en la transformación de los fondos de seguro social para ajustarlos al formato del cuidado administrado y llevaron a cabo adquisiciones apalancadas, cierres y reventas en todo el sector.

Las industrias de servicios comerciales mundializados no responderán a las prioridades de salud pública sin cambios normativos

Las industrias de insumos a la asistencia sanitaria, como productos farmacéuticos, equipos y suministros médicos, operan cada vez en mayor medida en mercados internacionales integrados, con volúmenes crecientes de exportaciones y un mayor número de empresas de países en desarrollo que están a su vez convirtiéndose en compañías multinacionales. Los precios de los medicamentos para los pacientes y sistemas sanitarios dependen de la estructura del mercado y la competencia, y la conducta de los operadores comerciales responde igualmente el entorno regulatorio. La investigación mostró que, por ejemplo, las nuevas actividades de investigación y desarrollo en el sector farmacéutico a cargo de empresas indias están marcadamente orientadas hacia las necesidades de los mercados de los países ricos; pero para que los medicamentos resulten asequibles en los países en desarrollo, es fundamental mantener la competencia de los productos genéricos.

El acceso a los medicamentos y las tecnologías médicas se ve afectado por las políticas industriales y comerciales y las actividades normativas internacionales, incluidas la protección de patentes y la fijación de normas. No obstante, las industrias proveedoras se han convertido en defensoras cada vez más activas e influyentes de sus propios intereses, y sus iniciativas y cabileo inciden sobre la regulación. Por ejemplo, la industria de dispositivos médicos (en su mayor parte de los Estados Unidos, Europa y el Japón) ha venido fortaleciendo su influencia sobre las políticas internacionales, ejerciendo presión para que se incluyan en el régimen de patentes farmacéuticas aquellos casos “dudosos”, como los sistemas y procedimientos de despacho de medicamentos. Los responsables de las políticas en los Estados Unidos y Europa buscan brindar apoyo a la innovación y la rentabilidad de su base industrial, y aunque la regulación industrial es fundamental para la seguridad y la eficacia del sistema sanitario, son contadas las ocasiones en que la política industrial confiere la debida consideración a la política de salud.

Implicaciones para las políticas

Entender los sistemas de salud como instituciones sociales fundamentales

Los sistemas de salud deben entenderse como la expresión institucional de compromisos de política que responden a una ética y, *al mismo tiempo*, como institucionales sociales que forman parte de la estructura y los valores de cada sociedad. Este énfasis en la ética y la rendición de cuentas deben servir de alerta a los responsables de las políticas ante la posibilidad de permitir la comercialización del ámbito público y contribuir, o peor aún, legitimar la exclusión de la asistencia sanitaria.

Los sistemas de salud son un medio importante de redistribución y solidaridad en el cual las personas sanas y ricas deben subvencionar indirectamente a los enfermos y los pobres. En

tiempos de crisis, el progreso hacia la universalización del acceso a la asistencia sanitaria puede contribuir a la construcción de una nación. Ejemplo de ello son las políticas sanitarias del gobierno de la República de Corea a raíz del colapso económico de 1997: la democratización había fortalecido una “coalición de defensa” que presionó a favor de un seguro de salud universal a nivel nacional que, tras su implantación en 1997, generó una importante redistribución a favor de aquellos sectores de bajos ingresos que habían sufrido los efectos de la recesión.

Establecer una política coherente hacia la comercialización

La comercialización de la atención de salud es *a la vez* un proceso económico orientado por el mercado y un proceso que responde a las decisiones de política. En la actualidad, los sistemas sanitarios comercializados en los países en desarrollo no están regulados, y es muy difícil lograr una regulación formal en los mercados liberalizados. Un marco de políticas más eficaz se centraría en definir y hacer cumplir la forma y los límites de una comercialización apropiada a los objetivos del sistema sanitario a distintos niveles de desarrollo económico y en contextos políticos diferentes.

Las herramientas de política fundamentales para estos fines son los mecanismos de financiamiento nacionales y la provisión a cargo del sector público. Con niveles de ingresos superiores, la experiencia de la República de Corea demuestra que incluso con una provisión altamente comercializada, es posible ampliar el acceso a la atención de la salud y mejorar su redistribución, siempre y cuando el financiamiento de la salud se realice a través del seguro social (no el seguro privado particular) y se amplíe cada vez más hacia toda la población. En los casos de economías con bajos ingresos, los países pueden financiar una porción sustancial del servicio sanitario a través de una combinación de fondos tributarios, fondos de asistencia y mecanismos de seguro obligatorio a nivel nacional. Estos mecanismos sociales de financiamiento pueden ser herramientas poderosas para acreditar y regular el comportamiento de los proveedores del sector privado.

La reinstauración de la provisión a cargo del sector público redefine el mercado y el marco competitivo para el sector privado, a nivel tanto de ingresos medios como de ingresos bajos. Así lo ilustra el caso de la Ciudad de México, cuyo gobierno buscó universalizar el acceso a la atención de la salud al establecer, en primer lugar, los derechos de los pobres a presentar ante el sector público demandas de asistencia equivalentes a los derechos de los beneficiarios del seguro social y los seguros privados a la atención de la salud, para luego restituir la provisión por parte del sector público en respuesta a esa demanda. Este enfoque ha tenido el efecto de legitimar las demandas de universalización de la atención (en contraste con el efecto de deslegitimación de la comercialización) en un sistema latinoamericano que se caracteriza por la estratificación. En muchas partes del África de bajos ingresos, existe una creciente presión democrática para que se consigan alternativas a la asistencia sanitaria pagada; esto refleja el reconocimiento de que los pagos de los particulares socavan la demanda de acceso.

Velar por que las políticas industriales y comerciales a nivel nacional e internacional no socaven las políticas sanitarias

Las políticas comerciales e industriales afectan profundamente el costo y la eficacia de los sistemas de salud en todo el mundo; no obstante, la mayoría de ellas se ejecuta sin prestar la debida atención a los requerimientos de la política sanitaria. Es esencial colocar la política sanitaria en el centro de la regulación comercial e industrial, por diversas razones. En primer lugar, contrarrestaría la “reverticalización” de la política sanitaria internacional, que favorece el cambio hacia intervenciones verticales impulsadas por la tecnología a nivel mundial por medio de alianzas público-privadas. Segundo, ejercería presión contra la creciente presencia de los intereses industriales en los marcos de política internacional. Tercero, subrayaría la importancia de la

toma de decisiones democráticas al momento de definir las políticas prioritarias y reorientaría la atención hacia políticas de apoyo a la integración del sistema de salud en los países en desarrollo. Como lo demostrara el estudio sobre la regulación de los dispositivos médicos, las instancias normativas deben tener presentes los intereses de la salud pública desde el inicio, a fin de evitar la probabilidad de que los convenios internacionales favorezcan únicamente a los accionistas en detrimento de los pacientes. Las conclusiones de la investigación indican además que las diferencias en cuanto a la priorización de políticas entre los países del Norte y el Sur pudieran ser menos que las diferencias entre las prioridades de los responsables de las políticas sanitarias y comerciales, o entre los intereses de los sectores público y privado.

Los países en desarrollo también pueden ejercer un control normativo mucho más eficaz sobre la inversión privada. Las compañías podrían trabajar activamente en pro de la implantación de marcos regulatorios que restrinjan la participación de los competidores de bajos costos. El comprender claramente los objetivos de las empresas y enfatizar la calidad de la regulación en lugar de simplemente ofrecer protección a las compañías contra la competencia de mercado pueden permitir redefinir la función de los proveedores privados en favor de las metas de subvención indirecta e inclusión de los sistemas de salud. Es muy probable que una política sanitaria incluyente requiera la imposición de fuertes restricciones a las empresas privadas de seguros. En China, por ejemplo, la investigación documentó un encendido debate sobre la manera en que el gobierno pudiera velar por que las aseguradoras privadas cumplieran sólo una función complementaria y no un papel dominante en el financiamiento de la salud en las zonas urbanas.

Reinstaurar el “sentido común” en la política sanitaria para la definición de las prioridades y necesidades de salud pública

En la década de los años 90, los actores internacionales de la salud pública intentaron dar forma a una visión lógica de la asistencia sanitaria como un bien de mercado privado. La oposición a esta visión ha sido profunda, y los datos probatorios que sustentan esta oposición van en aumento. Los sistemas de salud siguen siendo “mixtos”, con una participación comercial considerable. Pero para que los sistemas de salud cumplan una función esencial en proporcionar fundamentos sociales sólidos para el funcionamiento de las economías de mercado, no pueden quedar al albedrío de este. Por el contrario, los sistemas sanitarios deben responder a objetivos sociales, éticos y profesionales, y la política sanitaria debe definir los elementos comerciales del sistema en función del cabal cumplimiento de estos objetivos.

La adopción de un criterio de mejor sentido común frente a la política sanitaria internacional permitiría reconocer que es importante contar con un sistema sanitario eficaz, ético e incluyente para contextualizar las políticas sociales y económicas más generales y las medidas regulatorias mundiales e igualmente imponer ciertos

requisitos. Las políticas internacionales y los marcos de respaldo al desarrollo de sistemas nacionales de salud deben reorientarse hacia el apoyo a la equidad y la inclusión. Las políticas nacionales, regionales y mundiales en otras áreas, como la industria y el comercio, deben abstenerse de imponer limitaciones al espacio disponible para las políticas sanitarias nacionales. En el contexto actual de comercialización y participación de las empresas en la conformación de las agendas mundiales de políticas, esta reafirmación del espacio de la política pública necesitará el replanteamiento de los criterios y marcos regulatorios, lo que implicará revisar el papel de las alianzas público-privadas y el énfasis que se confiere actualmente a las intervenciones selectivas impulsadas por la tecnología en el ámbito de la salud a nivel mundial.

Publicaciones y lecturas adicionales

Libros del proyecto

- Comelieu, C., S. Gillioz, M. Carton, Y. Flückiger, M. Mackintosh y F.-X. Merrien. 2006. *Le Défi Social du Développement: Globalisation et Inégalités*. IUED y Karthala, París.
- Mackintosh, M. y M. Koivusalo (comps.). 2005. *Commercialization of Health Care: Global and Local Dynamics and Policy Responses*. UNRISD y Palgrave, Basingstoke.

Contribuciones al Journal of International Development (Policy Arena), Vol. 18, No. 3, 2006

- Blam, I. y S. Kovalev. “Spontaneous commercialization, inequality and the contradictions of Compulsory Medical Insurance in Transitional Russia”.
- Datzova, B. “The difficult transition to National Health Insurance in Bulgaria”.
- Mackintosh, M. “Commercialization, inequality and the limits to transition in health care: A Polanyian framework for policy analysis”.
- Mackintosh, M. y S. Kovalev. “Commercialization, inequality and transition in health care: The policy challenge in developing and transitional countries”.
- McIntyre, D., L. Gilson, H. Wade, M. Thiede y O. Okarafore. “Commercialization and extreme inequality in health: The policy challenges in South Africa”.

Otras publicaciones relacionadas con la Investigación de UNRISD

- Chaudhuri, S. 2007. “The gap between successful innovation and access to its benefits: Indian pharmaceuticals”. *European Journal of Development Research*, Vol. 19, No. 1, págs. 49–65.
- Iriart, C. y H. Waitzkin. 2006. “Argentina: No lesson learned”. *International Journal of Health Services*, Vol. 36, No. 1, págs. 177–196.
- Koivusalo, M. 2006. “The impact of economic globalization on health”. *Theoretical Medicine and Bioethics*, Vol. 27, págs. 13–34.
- Mackintosh, M. 2007. *Planning and Market Regulation: Strengths, Weaknesses and Interactions in the Provision of Less Inequitable and Better Quality Health Care*. Commissioned Health Systems Knowledge Network Working Paper. Comisión de la OMS sobre determinantes sociales de la salud. www.wits.ac.za/chp/hskn.htm, consultado en noviembre de 2007.
- Mensah, K., M. Mackintosh y L. Henry. 2005. *The “Skills Drain” of Health Professionals from the Developing World: A Framework for Policy Formulation*. Medact, Londres. <http://medact.org/content/Skills%20drain/Mensah%20et%20al.%202005.pdf>, consultado en noviembre de 2007.
- Sen, K. y A. Mehio-Sibai. 2004. “Transnational capital and confessional politics: The paradox of the health care system in Lebanon”. *International Journal of Health Services*, Vol. 34, No. 3, págs. 527–551.

预览已结束，完整报告链接和二维码如下：

https://www.yunbaogao.cn/report/index/report?reportId=5_21170

