

PRIVADO o PÚBLICO

Jorge Coarasa, Jishnu Das y Jeffrey Hammer

En muchos países, la esencia del debate no debe ser la fuente de atención primaria de la salud, sino su calidad

EL SECTOR privado es responsable de entre un tercio y tres cuartas partes de toda la atención primaria de la salud en países de bajo ingreso, dependiendo de la encuesta. Pero para la mayoría de los pacientes, la medicina del sector privado no incluye hospitales grandes y modernos ni prestadores de servicios integrados. Ese sector privado existe y satisface a clientes urbanos de poder adquisitivo relativamente elevado. El sector privado para los pobres es una combinación de prestadores modernos que operan pequeñas clínicas con fines de lucro o que trabajan para instituciones sin fines de lucro, y prestadores capacitados en sistemas tradicionales de medicina, herbolarios, homeópatas, y muchos otros sin cualificaciones.

Es imposible generalizar sobre lo que el sector privado es o hace para prestar servicios médicos a los pobres. Sin embargo, dos generalizaciones parecen ocupar el centro del debate sobre medicina privada en los países de bajo ingreso. Una presenta al sector privado como la panacea para los males y la disfuncionalidad general del sector público. La otra cree que las prácticas predatorias son tan endémicas en el sector privado que este debería ser regulado, controlado y posiblemente reemplazado por clínicas operadas y financiadas por el Estado.

En qué medida cada una de estas visiones es correcta es una cuestión empírica que depende de los problemas que surgen cuando los pacientes y los prestadores de servicios de salud interactúan en los mercados de atención de la salud, y de la capacidad del gobierno de resolver tales problemas. A modo de ejemplo, los pacientes pueden no apreciar lo que significa una buena atención y exigir soluciones rápidas y falsos remedios. Si esto sucede, el sector privado le dará tales remedios. O es posible que los prestadores administren tratamientos que aumentan sus beneficios

financieros y no satisfacen las necesidades de salud de los pacientes. Así, puede suceder que los prestadores opten por partos por cesárea cuando un parto normal y más barato es suficiente, o que administren medicamentos innecesarios que les reporte una ganancia. De hecho, muchos creen que la “información asimétrica” se traduce en problemas con la prestación de servicios de salud de carácter curativo en el sector privado.

Ahora bien, tampoco queda claro que el desempeño del sector público sea mejor. Los prestadores privados de baja calidad y con ineficiencias graves en el mercado a menudo coexisten con prestadores del sector público de baja calidad. Los organismos de regulación suelen carecer de la capacidad de seguimiento y aplicación que se necesita. Los auténticos bienes públicos, como la eliminación de las causas de enfermedades y las buenas instalaciones y prácticas de sanidad, son responsabilidad del Estado. Pero cuando se trata de atención sanitaria curativa, el panorama no es tan claro.

Un gran sector privado

En general, el sector privado de salud en los países de bajo ingreso es grande y constituye una fuente de uso constante para la atención primaria de la salud, pese a que en muchos países se ha aumentado el

Personas haciendo fila para inscribirse en el seguro nacional de salud en Jammu, India.





financiamiento y se han eliminado los cargos que pagan los usuarios en el caso de los servicios públicos. Las encuestas demográficas y de salud preguntaron a miembros de hogares a dónde acudían en busca de atención médica cuando un niño tenía fiebre o diarrea. Entre 1990 y 2013 (alrededor de 224 encuestas en 77 países), la mitad de la población recurría al sector privado, y entre 1998 y 2013 —incluso entre el 40% más pobre— dos de cada cinco encuestados acudían a un prestador del sector privado para atenderse (Grepin, 2014). Al considerar enfermedades de adultos y de niños combinadas, la utilización de prestadores del sector privado a principios de la década de 2000 (los últimos datos disponibles) oscilaba entre un 25% en África subsahariana y 63% en el sur de Asia (Wagstaff, 2013).

Una posible explicación para la gran utilización del sector privado es que las instalaciones del sector público no están disponibles o están sobrepobladas, lo que empuja a las personas a las clínicas privadas. Pero la utilización de prestadores privados es amplia aun cuando haya instalaciones públicas disponibles. Y la sobrepoblación no parece ser un problema. En Tanzania, Senegal y la zona rural de Madhya Pradesh (India), los médicos en clínicas de atención primaria públicas dedican tan solo entre 30 minutos y una hora por día a atender pacientes. En Nigeria, la instalación pública rural promedio recibe un paciente por día (Banco Mundial, 2011; Das y Hammer, 2014).

La predisposición de los pacientes a pagar por servicios privados que podrían obtener de forma gratuita en una instalación pública cercana prácticamente subutilizada podría reflejar varias dimensiones de calidad, tales como el ausentismo del prestador en las instalaciones públicas o la atención inadecuada al cliente. Desde el punto de vista de la salud y las políticas, la preferencia por las instalaciones del sector privado pasa a ser un problema si los prestadores del sector privado son más proclives que los prestadores del sector público a acceder a las exigencias de los clientes que pretenden productos y servicios que no son adecuados en términos médicos (antibióticos y esteroides, por ejemplo) o a manipular un tratamiento para aumentar sus ingresos. Si la prevalencia de estos dos problemas es menor en el sector público, los gobiernos deberían evaluar la posibilidad de ampliar el sector público para reemplazar al sector privado o bien pensar en una rigurosa regulación de la medicina privada. El interrogante que se plantea es si hay diferencias en la calidad de atención que ofrecen ambos sectores.

Calidad de la atención

De hecho, la calidad general de la atención en *ambos* sectores es mediocre. El tiempo de la consulta oscila de tan solo 1,5 minutos (sector público, áreas urbanas de India) a 8 minutos (sector privado, áreas urbanas de Kenia). Los prestadores formulan en promedio entre tres y cinco preguntas y realizan entre uno y tres exámenes de rutina, tales como controlar la temperatura, el pulso y la presión sanguínea. En las áreas rurales y urbanas de India, las enfermedades importantes reciben un tratamiento correcto en menos del 40% de los casos; los diagnósticos que reciben los pacientes son correctos en menos del 15% de los casos. Todos los prestadores en todos los sectores utilizan tratamientos innecesarios e incluso peligrosos, y los tratamientos que pueden llegar a salvar vidas, como la terapia de rehidratación oral en niños con diarrea, se utilizan en menos de un tercio de las interacciones con proveedores muy cualificados. Menos del 5% de los pacientes reciben *solo* el tratamiento correcto cuando visitan al prestador.

Dos revisiones sistemáticas realizadas recientemente de estudios sobre la calidad y la eficiencia de la prestación de servicios de salud en los sectores público y privado llegaron a conclusiones radicalmente diferentes. Una apoyaba al sector público (Basu *et al.*, 2012) y la otra, al sector privado (Berendes *et al.*, 2011). Cuando recurrimos a la bibliografía original para identificar el origen de esta discrepancia, nos vimos obligados a concluir que la respuesta sintética incluso a la pregunta básica de dónde es mejor la calidad de la atención de la salud, si en el sector privado o en el público, es sencillamente “no sabemos”.

Para aislar las diferencias de calidad entre los sectores público y privado, los estudios deben contar con datos de ambos. Asimismo, deben descartar factores de confusión que surjan de diferencias en los pacientes, la capacitación y la disponibilidad de recursos. (De poco sirve comparar un prestador del sector privado sin capacitación en una pequeña clínica rural con un médico totalmente formado que trabaja en el sector público en un hospital bien equipado).

De las 182 publicaciones comprendidas en las dos revisiones, solo un estudio (Pongsupap y Van Lerberghe, 2006) reúne estas condiciones. Este estudio utilizó pacientes estandarizados (clientes misteriosos) para analizar de qué manera médicos “similares” en los sectores público y privado en Bangkok trataban la ansiedad. Los pacientes estandarizados —personas reclutadas en el área local que presentan la misma situación a diversos prestadores— son ampliamente considerados como el patrón oro en este tipo de investigación porque ofrecen una medida objetiva de la calidad del cuidado de la salud, incluso la posibilidad de que el prestador siga protocolos, la precisión del tratamiento y el uso de tratamientos innecesarios. Permiten que los investigadores puedan evaluar el tratamiento que distintos prestadores dan al *mismo* paciente. En ese estudio, los autores informaron un cuidado más centrado en el paciente en el sector privado, pero sin diferencia en la precisión del tratamiento entre los prestadores de los sectores público y privado. Ningún médico acertó con el tratamiento correcto (que consistía en no hacer nada).

Zona rural en India

En nuestra investigación en la zona rural de India, enviamos pacientes estandarizados primero a una muestra aleatoria de prestadores en los sectores público y privado, y luego a médicos cualificados que ejercían en ambos sectores (Das *et al.*, 2014). La investigación presenta conclusiones notables.

En primer lugar, *en su mayor parte, la atención de la salud en los sectores público y privado estaba a cargo de personas sin formación médica formal*. En el sector privado, esto obedece a la escasez de profesionales entrenados dispuestos a ejercer en zonas rurales. En el sector público, un miembro del personal sin formación médica daba atención el 64% del tiempo pues no había un médico presente. Los médicos, a quienes se les paga un sueldo fijo, suelen estar ausentes en las clínicas públicas: 40% del tiempo en India, 35% en Uganda y más del 40% en Indonesia, según los estudios nacionales.

En segundo lugar, *las interacciones centradas en el paciente y la precisión del tratamiento eran mayores en clínicas del sector privado* con médicos que trabajan en el sector público. El mismo médico dedica más tiempo, realiza más preguntas, es más proclive a seguir una lista de control de preguntas y exámenes recomendados y tiene una mayor precisión en el tratamiento cuando ejerce la medicina en el sector privado que cuando ejerce en el sector

público (véase el gráfico). No se registró diferencia alguna en el (alto) uso de medicamentos innecesarios en todos los sectores.

En tercer lugar, *la utilización excesiva de antibióticos era igualmente elevada en ambos sectores*. En el sector privado, un 48,2% de profesionales cualificados y un 39,4% de prestadores menos cualificados administraron antibióticos innecesarios. Los médicos del sector público en clínicas de atención primaria recetaron antibióticos para la diarrea en un 75,9% de los casos, y tardaron 1,5 minutos en llegar a la decisión de un tratamiento.

En cuarto lugar, *en el sector privado, un mayor cumplimiento de la lista de control y el tratamiento correcto de las afecciones eran sinónimo de precios más altos*. Esto es congruente con los modelos del mercado en los que los consumidores pagan una prima a cambio de recibir una mejor calidad de atención, y sugiere que conocen la calidad de los servicios y que les preocupa recibir el tratamiento correcto. Pero no había una penalidad en el precio por tratamientos innecesarios, lo que sugiere que los pacientes no podían juzgar si los medicamentos adicionales que recibieron eran necesarios.

La utilización excesiva de medicamentos en el sector privado podría obedecer a la relación entre las ganancias de los prestadores y la prescripción de medicamentos: la investigación indica que cuando los médicos no reciben remuneración como resultado de prescribir tales medicamentos, la prescripción de antibióticos innecesarios es menos frecuente. Pero el uso de antibióticos es igualmente elevado en el sector público. Así pues, el ánimo de lucro puede ser parte de la explicación, pero no es el *único* motivo. Del mismo modo, debe cuestionarse la teoría convencional de que los pacientes no pueden juzgar la calidad, pues los auténticos diferenciales de calidad médica están correlacionados con precios más altos.

Promover una medicina de mayor calidad

Con base en la poca evidencia que hay, los males del sector privado se han sobredimensionado. Los pacientes parecen realizar elecciones lógicas en respuesta a factores tales como la distancia, el tiempo de espera, los precios y la calidad de la atención. Hay escasa evidencia de que los pacientes toman decisiones irracionales al visitar clínicas privadas. Si bien hay una tendencia a la sobreutilización de medicamentos cuando los prestadores

de salud del sector privado diagnostican a pacientes y reciben remuneración por el tratamiento, los mismos tipos de problemas existen en el sector público.

El problema que subyace la cuestión entre el sector privado y el público no es la ignorancia del paciente o su comportamiento irracional, sino la calidad general de la atención, la cual es baja en ambos sectores. Posiblemente se necesite una mejor infraestructura y formación, pero eso solo no es suficiente para elevar la calidad de la atención (Das y Hammer, 2014). El comportamiento de los prestadores de salud y las estructuras e incentivos que afectan su tarea deben cambiar. Para reducir el uso de medicamentos innecesarios, por ejemplo, las políticas deben eliminar la relación que existe entre el diagnóstico y el tratamiento en ambos sectores. Para ello debería establecerse una barrera jurídica entre la prescripción y la administración de medicamentos y las pruebas clínicas.

No hay razón para ampliar el sector público de cuidado de la salud a menos que este sea, cuanto menos, tan bueno como los servicios que pretende desplazar. La ampliación del sector público de cuidado de la salud podría ser una medida adecuada en el caso inusual de un país donde las deficiencias del sector privado sean especialmente nocivas y donde la rendición de cuentas en el sector público sea particularmente buena. Pero incluso los gobiernos tendrían que ampliar enormemente la capacidad del sector público o establecer un sistema regulatorio masivo. Una opción más sencilla consiste en centrarse primero en lo que ya está y tratar de mejorarlo. Si los responsables de la formulación de políticas aceptan que la gente no usa el sector público por su mala calidad y se centran en mejorar las cosas, los pacientes seguramente elegirán la mejor opción. ■

Jorge Coarasa es Economista Principal y Jishnu Das es Economista Jefe en el Banco Mundial, y Jeffrey Hammer es Profesor Visitante en la cátedra de Desarrollo Económico de la Universidad de Princeton.

Referencias:

- Banco Mundial, 2011, "Service Delivery Indicators: Pilot in Education and Health Care in Africa", African Economic Research Consortium Report (Washington).
- Basu, Sanjay, Jason Andrews, Sandeep Kishore, Rajesh Panjabi y David Stuckler, 2012, "Comparative Performance of Private and Public Healthcare Systems in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review", PLoS Medicine, vol. 9, No. 6, pág. e1001244.
- Berendes, Sima, Peter Heywood, Sandy Oliver y Paul Garner, 2011, "Quality of Private and Public Ambulatory Health Care in Low and Middle Income Countries: Systematic Review of Comparative Studies", PLoS Medicine, vol. 8, No. 8, pág. e1000433.
- Das, Jishnu, y Jeffrey Hammer, 2014, "The Quality of Primary Care in Low-Income Countries: Facts and Economics", Annual Review of Economics, vol. 6, págs. 525-53.
- Das, Jishnu, Alaka Holla, Michael Kremer, Aakash Mohpal y Karthik Muralidharan, 2014, Quality and Accountability in Health: Audit Evidence from Primary Care Providers (Washington: Banco Mundial).
- Grepin, Karen, 2014, "Trends in the Use of the Private Sector: 1990-2013: Analysis of Demographic and Health Surveys" (inédito; Nueva York: Universidad de Nueva York).
- Pongsupap, Yongyuth, y Wim Van Lerberghe, 2006, "Choosing between Public and Private or between Hospital and Primary Care: Responsiveness, Patient-Centredness and Prescribing Patterns in Outpatient Consultations in Bangkok", Tropical Medicine & International Health, vol. 11, No. 1, págs. 81-89.
- Wagstaff, Adam, 2013, "What Exactly Is the Public-Private Mix in Health Care?", Let's Talk Development (blog), 2 de diciembre.

