



Revista del CLAD Reforma y Democracia

ISSN: 1315-2378

cedai@clad.org

Centro Latinoamericano de  
Administración para el Desarrollo  
Venezuela

Pollock, Allyson M.

Cómo la mercantilización y la privatización se están utilizando para abolir los sistemas nacionales de atención universal de salud y qué se debe hacer para restaurarlos

Revista del CLAD Reforma y Democracia, núm. 64, febrero, 2016, pp. 5-50

Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo  
Caracas, Venezuela

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=357544807001>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

**Cómo la mercantilización y la  
privatización se están utilizando para  
abolir los sistemas nacionales de  
atención universal de salud y qué se  
debe hacer para restaurarlos**

**Allyson M. Pollock**

### **Allyson M. Pollock**

Formada en medicina. Es médica en salud pública y académica. Ejerce como profesora en investigación y política de salud pública en Barts y The London School of Medicine & Dentistry, parte de Queen Mary University of London. Anteriormente fue subdirectora y directora del Centre for International Public Health Policy en The University of Edinburgh. También fue responsable de la Public Health Policy Unit de la University College London, y directora de investigación y desarrollo en el University College London Hospitals NHS Foundation Trust.

Sus intereses de investigación incluyen el acceso y uso racional de los medicamentos, a partir de una perspectiva de salud pública y la reglamentación farmacéutica; así como la infancia, lesiones deportivas y epidemiología del trauma.

Es reconocida por su compromiso activo, que abarca más de dos décadas, con la promoción de la atención de salud pública universal en el Reino Unido. Ella y sus colegas han escrito extensamente sobre la mercantilización y la reforma de la salud y los servicios públicos tanto en el Reino Unido como a nivel internacional, sobre todo en las iniciativas de financiamiento privado. Es coautora de dos libros: *NHS plc: the Privatisation of Our Health Care* (Verso) y *The New NHS: a Guide* (Routledge). Su nuevo libro, *The NHS Reclaimed*, será publicado este año al igual que otro sobre los productos farmacéuticos.

Actualmente es miembro del Council of British Medical Association, del BMA International Committee y del BMA Public Health Committee.

Las comunicaciones con la autora pueden dirigirse a:  
Sitio web: [http://www.allysonpollock.com/?page\\_id=17](http://www.allysonpollock.com/?page_id=17).

## **Cómo la mercantilización y la privatización se están utilizando para abolir los sistemas nacionales de atención universal de salud y qué se debe hacer para restaurarlos\***

*La decisión de tener un sistema de atención de salud pública universal es siempre una decisión política. Muchos países han decidido que la atención universal de salud es el sello de calidad de una sociedad civilizada y que para los gobiernos es a la vez necesario y asequible legislar para sus ciudadanos con ese fin. La pregunta acerca de cuánto debería gastar un país está inextricablemente vinculada a la elección del modelo de financiamiento y provisión, al grado de mercantilización y a cuánto riesgo y negación de atención de salud está dispuesto a tolerar un gobierno en su sistema de salud.*

*No existe país en el mundo que proporcione atención de salud universal a través del mercado y que genere beneficios. Ello porque los mercados operan a través de la selección y la exclusión, transfiriendo riesgos y costos a los usuarios de los servicios y denegando atención a quienes más la necesitan. La selección de riesgos y la exclusión son las bases del diseño de la administración mercantil; por el contrario, la inclusión y la redistribución son esenciales en los sistemas de administración pública de atención universal de salud. Este trabajo toma los ejemplos de los medicamentos, los partenariados público-privados y dos sistemas de salud (Reino Unido y los Estados Unidos) para mostrar cómo la selección de riesgos y la denegación socavan el objetivo de acceso y la universalidad.*

*Los Estados Unidos, cuyos gastos en salud son de alrededor del 18% del PIB, niega a más de uno de cada cinco de su población el acceso a la atención de salud. El sobre tratamiento y la denegación de la atención, los costos catastróficos y los gastos de atención en salud en creciente espiral son los rasgos distintivos de la atención de salud en los EE.UU. Aquellos países que han adoptado el modelo de los EE.UU. de financiamiento mixto y provisión privada han incrementado la mercantilización de la salud, elevado los costos de administración, han hecho más profundas las desigualdades en el acceso, disminuido la cobertura y elevado las cotizaciones.*

---

Recibido: 18-09-2015. Aprobado: 26-10-2015.

(\*) Conferencia magistral presentada en el XX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lima, Perú, 10 al 13 de noviembre de 2015. Traducido del inglés por **Antonio Quintín**. Título original: "How Marketisation and Privatisation Is Being Used to Abolish National Universal Health Care Systems and What Must Be Done to Restore Them".

*El Reino Unido puso en marcha su Servicio Nacional de Salud (National Health Service, NHS) en 1948, como un sistema gratuito de salud pública integrado y universal, al punto de entregar y financiar el servicio a través de un impuesto central. Este llegó a ser el modelo para los sistemas de salud de muchos países en el mundo; el NHS del Reino Unido tiene costos más bajos, es un sistema más eficiente y más justo, garantizando la atención en salud a todos sus ciudadanos sin temor a costos de salud catastróficos o a la negación de la atención. En 2012, luego de dos décadas de incrementalismo mercantil, el gobierno inglés abolió el modelo público universal reemplazándolo por los mecanismos de mercado no universales de selección de riesgos de los EE.UU., con desastrosas consecuencias. Escocia y Gales han mantenido el modelo público universal del NHS.*

*Si la atención de salud universal es nuestro objetivo, necesitamos en primer lugar comprender cómo los principios de la necesidad de salud pública, la redistribución y los riesgos compartidos o solidaridad social son alienados por los mercados y la mercantilización. Si la ley obliga a un gobierno a proveer la atención universal de salud a sus ciudadanos, es tarea de la burocracia administrativa determinar cómo serán implementadas las funciones y cómo se alcanzarán los objetivos. El acceso a la atención universal de salud requiere fuertes sistemas de administración pública, los cuales deben adherirse a principios comunes: financiamiento justo, asignación equitativa de recursos, riesgos compartidos y solidaridad social en la provisión de los servicios, rendición de cuentas y control políticos, integración del servicio a través de unidades geográficas de administración, y rendición de cuentas públicas mediante fuertes sistemas de información y de vigilancia. Estos son los primeros pasos necesarios hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible para la atención universal de la salud y el acceso racional a los medicamentos esenciales.*

**Palabras clave:** Política de Salud; Privatización; Servicios de Salud; Protección de Derechos; Medicamentos

### **How Marketisation and Privatisation Is Being Used to Abolish National Universal Health Care Systems and What Must Be Done to Restore Them**

*The decision to have a universal public health care system is always political. Many countries have decided that universal health care is the hallmark of a civilized society and that it is both necessary and affordable for governments to legislate for its citizens to that end. The question of how much any country should spend is inextricably linked to the chosen model of funding and provision, the degree of marketisation and how much risk selection and denial of care a government is prepared to tolerate in its health system.*

*There is no country in the world that has delivered universal health care through a market and for-profit provision. This is because markets operate through selection and exclusion, transferring risks and costs*

back to the users of services and denying care to those that need them most. Risk selection and exclusion is built into the design of market administration; in contrast, inclusion and redistribution must be built into the systems of public administration for universal health systems. This paper takes the examples of medicines, public private partnerships and two health systems (UK and US) to show how risk selection and avoidance undermines the goal of access and universality.

The US, with health expenditure of around 18% of GDP denies more than one in five of its population access to health care. Overtreatment and denial of care, catastrophic costs and spiraling health expenditure are the hallmark of US health care. Those countries that have adopted the US model of mixed funding and private provision have more marketisation, higher administration costs, the greatest inequalities in access, lack of coverage, and highest out of pocket payments.

The UK put in place its National Health Service in 1948, as a universal integrated public health system free at the point of delivery and funded through central taxation. This became the model for many countries' health systems across the world, the UK NHS had the lowest cost, most efficient and fairest system, guaranteeing health care to all its citizens without fear of catastrophic health care costs or being denied care. In 2012, following two decades of market incrementalism, the government in England abolished the universal public model replacing it with the non-universal US market risk selection mechanisms with catastrophic consequences. Scotland and Wales have retained the universal public NHS model.

If universal health care is our goal, we need first to understand how the principles of public health need, redistribution, and risk-pooling or social solidarity are alienated by markets and marketisation. If the law commits a government to provide universal health care to its citizens, it is the task of the administrative bureaucracy to determine how the functions will be implemented and whether the goals will be achieved. Access to universal health care requires strong systems of public administration which must adhere to common principles: fairness of financing, fairness of resource allocation, risk pooling and social solidarity in service provision, political accountability and control, service integration through geographic units of administration, and public accountability through strong systems of information and surveillance systems. These are the necessary first steps towards the Sustainable Development Goals for universal health care and access to rational and essential medicines.

**Key words:** Health Policy; Privatization; Health Services; Protection of Health; Medicinal Drugs

## Introducción

**E**n este trabajo argumentaré que necesitamos un cambio de paradigma para asegurar que las necesidades de atención de la salud

**EE.UU. es uno de los sistemas más mercantilizados, ineficientes y desiguales en el mundo occidental y, sin embargo, la atención de salud de Estados Unidos se está convirtiendo en modelo para los sistemas de salud en todo el mundo.**

pública sean puestas en el corazón de nuestros sistemas de atención de salud. Los mercados han fallado de manera singular en la prestación de asistencia sanitaria universal basada en necesidades. El mejor ejemplo de esto es los EE.UU. con su mayor gasto en atención de la salud, altos cobros a los usuarios (co-pagos), y elevados costos administrativos y de transacción, que representan el 30-50% de los costos (Yong ...[et al], 2010). Los EE.UU. es uno de los sistemas más mercantilizados, ineficientes y desiguales en el mundo occidental y, sin embargo, la atención de salud de Estados Unidos se está convirtiendo rápidamente en modelo para los sistemas de salud en todo el mundo. Según un informe del Instituto de Medicina, en 2012 “Los costos de la ineficiencia actual del sistema ponen de manifiesto la urgente necesidad de una transformación de todo el sistema. El comité calcula que alrededor del 30 por ciento del gasto en salud en 2009 -aproximadamente US\$ 750 mil millones- se desperdicia en servicios innecesarios, costos administrativos excesivos, fraude y otros problemas. Por otra parte, las ineficiencias causan sufrimiento innecesario. Según una estimación, cerca de 75.000 muertes podrían haberse evitado en 2005 si cada estado hubiera entregado la atención en el nivel de calidad del estado con mejor desempeño” (Committee on the Learning Health Care System in America, 2012).

La necesidad de salud pública no está en el corazón del sistema de atención de salud de Estados Unidos, y tampoco lo está la atención universal de salud, y por lo tanto nunca se logrará la meta de la asistencia y cobertura de salud universal. El sistema mercantilizado de la atención de la salud de Estados Unidos falla a sus ciudadanos por el hecho de que las necesidades de salud pública están desacopladas de los mismos sistemas que se supone deben responder a ellas. En los EE.UU., el gasto público en atención de salud es ampliamente comparable con el gasto público en la mayoría de los países con sistemas universales de salud. Sin embargo, los EE.UU. no logra la universalidad, ni mucho menos, porque gran parte del gasto público y privado es absorbido por los costes impulsados por el mercado y el despilfarro, y también por la capacidad del sector privado para determinar y controlar cómo se gastan los recursos. Desde una perspectiva de salud pública esto es claramente ineficiente. No solo representa una gran pérdida de la capacidad productiva de la salud, sino en la medida en que el desperdicio es financiado públicamente también desperdicia recursos fiscales escasos.

En 2015, las dos principales agencias internacionales de salud, la OMS y el Grupo del Banco Mundial, anunciaron conjuntamente que

**Los principios de necesidad de salud pública, redistribución y riesgos compartidos o solidaridad social están alienados por los mercados y la mercantilización.**

la atención de salud universal “es un componente crítico de los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)”, que han sustituido a los Objetivos de Desarrollo del Milenio como el estándar contra el cual medir el progreso de las políticas de salud en la población. Se incluye, entre los ODS, el objetivo 3.8, dirigido a “Lograr [...] el acceso a los servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas esenciales seguros, eficaces, de calidad y asequibles para todos” (ONU, 2013). Las agencias declaran: “El objetivo de apoyar el derecho a la salud y el de poner fin a la pobreza extrema pueden ser perseguidos a través de la cobertura universal de salud” (WHO y World Bank, 2015).

Acá voy a demostrar que si vamos a restaurar, proteger y poner en práctica el acceso a la atención universal de salud como meta para todos los países, necesitamos primero entender cómo los principios de necesidad de salud pública, redistribución y riesgos compartidos o solidaridad social están alienados por los mercados y la mercantilización. Los mercados operan a través de la selección y la exclusión, la transferencia de los riesgos y los costos a los usuarios de los servicios y la negación de la atención a los que más la necesitan. La selección y la exclusión de los riesgos forman parte del diseño de las burocracias de mercado; la inclusión y la redistribución deben estar integradas en la administración pública para los sistemas de salud universales. Cuando la ley establece lo que un gobierno se ha comprometido a hacer por sus ciudadanos, es tarea de la burocracia administrativa determinar cómo se llevarán a cabo las funciones y si se alcanzarán los objetivos.

### **Tres preguntas generales para una administración comprometida con la atención universal de salud**

Los movimientos sociales que se movilizan a comienzos del siglo XX por la atención y el bienestar universal en materia de salud defendieron y experimentaron diferentes formas de propiedad y responsabilidad colectivas. La Primera y Segunda Guerra Mundial del siglo XX dejaron expuesto el gran abismo entre los que tenían y los que no tenían. El socialismo municipal, si bien es una mejora en la filantropía o la caridad, no podía remediar las desigualdades regionales y nacionales en el acceso y el financiamiento. Los primeros sistemas *bismarckianos* de seguros para los trabajadores no funcionaron como se esperaba porque se excluyó a los viejos y a las mujeres y los niños; es decir, se llevó a cabo la selección. Por esta razón los

La evidencia muestra que es más probable alcanzar la universalidad cuando los pagos extras o cargos al usuario se reducen al mínimo y los ingresos personales dejan de ser una barrera para el acceso.

sistemas Beveridge se basaron en el uso de una base imponible general para cubrir a toda la población por lo que se consideran como los sistemas más eficientes.

Cuando los países se comprometen a proporcionar atención de salud universal tienen que recaudar como corresponde el dinero para ello. La cuestión que deben abordar es: ¿cuál es la mejor manera de recaudar dinero y distribuirlo de manera tal que se cumpla con las obligaciones y al menor costo? Esta pregunta lleva a los temas de equidad de los recursos en la sociedad y en particular al papel que le corresponde al gasto en salud en la redistribución de los recursos desde los más ricos a los más pobres y desde los sanos a los enfermos. La medida en que las leyes del país permitirán que algunos ciudadanos o residentes queden excluidos de la atención de salud se expresa en tres cuestiones verificables. La primera es el grado en que los bajos ingresos se constituyen en barreras de acceso, es decir, el grado en que los pacientes están obligados a pagar en el momento en que utilizan el servicio requerido (los llamados pagos extras o cargos a los usuarios) en lugar de pagar por anticipado a través de impuestos o seguros. La segunda es el grado en que los pagos anticipados (en lugar de los cargos al usuario) se calibran y se recaudan de manera equitativa, ya sea a través de las primas de seguros o de impuestos, es decir, que estén en línea con los ingresos o rentas. Y la tercera se refiere a cómo los fondos de atención de salud se asignan de acuerdo a las necesidades de atención de salud.

### **Financiamiento para maximizar la universalidad y la solidaridad social**

Las soluciones a las dos primeras preguntas dependen de la forma en que los gobiernos recaudan dinero para pagar por la atención de salud, es decir, qué tipo de financiamiento maximiza la universalidad y la equidad. La evidencia muestra que es más probable alcanzar la universalidad cuando los pagos extras o cargos al usuario se reducen al mínimo y los ingresos personales dejan de ser una barrera para el acceso. En muchos países, los cargos al usuario, o gasto privado, conllevan costos catastróficos para la familia y el individuo dada la forma en que estos redirigen recursos desde otras necesidades vitales y gastos básicos del hogar. Los cargos al usuario traspasan el riesgo a la persona y penalizan a los más necesitados. Los costos médicos son una causa común de bancarrota personal en todos los países. En los EE.UU. representan tres quintas partes de todas las quiebras (Mangan, 2013).

Si el dinero se recauda con antelación en lugar de hacerlo en el momento en que se utiliza el servicio, dicha recaudación debe ser hecha mediante mecanismos que menos incidan en los ingresos de los pobres (dado que la pobreza y la desigualdad de ingresos son las principales causas de una mala salud, sería paradójico recaudar recursos para la salud a través de medios que profundizaran o no pudieran hacer frente a cualquiera de las dos causas). El mecanismo de financiamiento más equitativo es el impuesto directo progresivo. Las principales alternativas, seguro social o seguro privado, implican cargos a los usuarios, a veces sustanciales, en el momento de utilizar el servicio, y una capacidad más limitada para hacer frente a la desigualdad mediante la distribución de los costos entre toda la población (una práctica conocida como “riesgos compartidos”). En el caso del seguro voluntario y privado, a pesar de que los riesgos financieros son compartidos en el grupo y entre los miembros, el sistema no es integral, lo que permite a las aseguradoras seleccionar a aquellos que serán asegurados, evaluar los riesgos y excluir a aquellos que no pueden pagar (Pollock y Price, 2011).

En un sistema público de atención de salud, la forma óptima de financiamiento es la tributación progresiva con una máxima separación entre el usuario y el proveedor del servicio con el fin de reducir cualquier conflicto de intereses. Existe la preocupación de que la adopción de la expresión “cobertura universal” para el “acceso universal” es un intento coordinado para promover los seguros privados por sobre la tributación directa. Cobertura es un término que deriva de los sistemas de seguros (un sistema nacional de salud financiado por medio de impuestos no se puede describir como “póliza de seguro”, porque un país no puede asegurarse contra sí mismo).

Las ONG globales de salud, incluyendo las financiadas por Gates y los gobiernos occidentales, han desplazado al Estado en el financiamiento y la prestación de salud en muchas partes del mundo, especialmente en los países más pobres. Es bien sabido que los partenariados público privados (PPP) a nivel global promueven e implementan activamente el modelo estadounidense de gestión de la atención en salud, es decir, sistemas de pago mixtos que incluyen cargos a los usuarios, seguros de salud social y privado, y propiedad corporativa a través de programas y sistemas de salud verticales, fragmentados, dirigidos y seleccionados, con poca o ninguna *accountability* pública o política directa y con atención incompleta, desplazando de hecho lo que queda de la atención pública de salud.

La recaudación de dinero de manera equitativa es solo la mitad de la batalla; los recursos deben asignarse según las necesidades, si se quiere lograr la universalidad.

### **Asignación de recursos para satisfacer las necesidades de atención de salud**

Pero la recaudación de dinero de manera equitativa es solo la mitad de la batalla; los recursos deben asignarse según las necesidades, si se quiere lograr la universalidad. Claramente, si el dinero para la atención médica no se asigna según las necesidades o se desvía hacia fines distintos a los de la salud, los presupuestos para la atención médica probablemente serán subestimados por algunos sectores de la población y sobreestimados por otros.

Si los mercados o entidades similares al mercado son capaces de asignar recursos con base en las necesidades es una cuestión que se puede verificar en la práctica. Una medida clave se refiere hasta qué punto tanto las instituciones de un sistema de salud responsables de asegurar la atención médica como las instituciones que la proveen son inclusivas, es decir, son responsables de todos los que forman parte de un área geográfica, y no excluyen a los grupos más costosos de la población como los ancianos y los enfermos crónicos. Cuando se produce una selección de este tipo resultaría más caro alcanzar el objetivo de la universalización o podría no lograrse en absoluto. Los sistemas basados en seguros privados o en la provisión privada del servicio son inherentemente selectivos. En estos sistemas las corporaciones manejan sus riesgos financieros mediante la exclusión de los pacientes de alto costo o limitando el alcance y la naturaleza de los servicios disponibles.

La diferencia entre la atención de salud basada en el mercado y los servicios de salud universales sustentados en necesidades de salud pública radica en el enfoque de necesidades a través de la socialización y la redistribución de los riesgos. Los servicios de salud pública orientados hacia el objetivo de la atención sanitaria universal deben colectivizar y compartir los riesgos a través de toda la población con el fin de asegurar que todos estén integralmente cubiertos y evitar cualquier tipo de selección. Los sanos y los ricos comparten sus riesgos con los pobres y los enfermos. Nadie debe ser excluido o negársele la atención cuando se tienen en cuenta las necesidades. Es responsabilidad del Gobierno administrar los riesgos y los costos de la atención. El dinero debe ser recaudado sobre la base de la capacidad de pago, es decir, impuestos progresivos, por lo general de los sanos y los ricos. Los servicios deben ser financiados y entregados en función de las necesidades, lo que significa que los ancianos, los enfermos y los pobres reciben más atención debido a que tienen mayores necesidades.

**Del mismo modo que el riesgo y la ganancia no forman parte del léxico de los sistemas de salud pública, tampoco lo son las necesidades y la equidad en la atención de la salud bajo ambiente de mercado.**

La equidad o la justicia y la rendición de cuentas deben ser parte del diseño de todo el sistema, ya sea para los pacientes o el personal a través de los sueldos y salarios y los términos y las condiciones de los servicios, y del diseño de los sistemas de información para el seguimiento y la planificación y la satisfacción de las necesidades de salud pública.

Del mismo modo que el riesgo y la ganancia no forman parte del léxico de los sistemas de salud pública, tampoco lo son las necesidades y la equidad en la atención de la salud bajo ambiente de mercado.

En un sistema mercantilizado y en una burocracia de mercado, la gestión de los riesgos financieros es primordial. Un mercado solo puede funcionar si es posible seleccionar los riesgos que se está dispuesto a tomar y elegir los servicios que se desea ofrecer. Los proveedores exigen libertad para operar, escoger y elegir, para crear nichos de mercado, y para aplicar criterios de exclusión y denegar la atención. Un mercado requiere sistemas complejos para manejar el riesgo. Los riesgos, en un mercado, deben ser anticipados, identificados, medidos, cuantificados y repartidos. Los servicios deben ser desagregados, expuestos a riesgos y con un precio para que puedan ser seleccionados. La distribución del riesgo se produce a través de un contrato. “Compartir” riesgos significa traspasar riesgos a los compradores o consumidores. La selección sobre la base del riesgo tiene que ser incorporada en el diseño de los sistemas de información y de la burocracia. La gestión del riesgo consiste en métodos de selección de riesgos, segmentación de riesgos, identificación de riesgos y métodos de estratificación de riesgos, los cuales se incluyen luego en la fijación de los precios. Estas herramientas ponen al corriente acerca de las necesidades de información y son los instrumentos de las burocracias de mercado.

Cuando un sistema está diseñado con base en las necesidades de salud pública y la equidad, naturalmente se deduce que es necesaria la solidaridad social o la redistribución, es decir, el acceso debe ser en función de las necesidades. Pero el diseño no sucede por casualidad. Se requiere una planificación cuidadosa y un aparato tecnocrático que esté sustentado por una burocracia estatal. Una burocracia de mercado necesita información que soporte la selección a través de la segmentación y distribución de los riesgos para establecer así los precios según el riesgo. Los presupuestos deben reservar recursos para pagar contratos comerciales, publicidad, comercialización de bienes y para la gestión del rendimiento con el fin de garantizar beneficios a los accionistas.

En un mercado, el dinero se filtra del sistema a través de muchas formas, y se distribuye al margen de las necesidades y de la atención de salud pública. Los mercados incurren en costos que un sistema integrado de salud pública no lo hace, a saber, administración, *marketing*, costos de transacción y ganancias. Todos estos costos adicionales canalizan dinero hacia cuestiones distintas a la prestación de servicios con el fin de apoyar los intereses de los accionistas. En un mercado, el dinero ahorrado por las llamadas mejoras en la eficiencia y el rediseño del servicio se canalizan al margen del personal y los servicios. En los EE.UU. estos costos son por lo menos el 30% del presupuesto total de salud, mientras que en un sistema público son tan solo un 5%. Pero los mercados también pueden tener otras consecuencias, incluyendo la creación de demanda innecesaria que no se refleja en las necesidades, así como el bajo consumo, el consumo excesivo y la negación de la atención. Los mercados además dan lugar a la disminución de la *accountability* pública, la pérdida de control directo y la pérdida de confianza, por razones que mostraré más adelante.

La redistribución, la inclusión y las necesidades no son las preocupaciones centrales de una burocracia de mercado. Es posible entender el grado de mercantilización en un sistema constatando hasta qué punto existen mecanismos para la selección de riesgos en la burocracia y compararlos con los mecanismos de socialización y redistribución de riesgos (Tabla 1).

**Tabla 1**  
**Comparación entre los sistemas de salud públicos y los mercantilizados bajo el enfoque de riesgo y la redistribución y selección**

	<b>Acceso Universal Riesgo compartido y solidaridad social Inclusión</b>	<b>“Sistemas de mercado” “Orientación” y selección con base en el riesgo</b>
Métodos de recaudación / financiamiento	<b>Impuestos progresivos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguridad Social</li> <li>• Tributación central</li> </ul>	<b>Impuestos regresivos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguro privado</li> <li>• Tributación local</li> <li>• Pagos del usuario</li> </ul>
Asignación de recursos	<b>Riesgos compartidos - área geográfica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asignación con base en las necesidades de la población</li> </ul>	<b>Individual</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagos de capitación en función del riesgo</li> <li>• Basada en la membresía</li> </ul>
Organización	<b>Autoridades de planificación</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1, 2, 3 niveles de servicio dentro de una población geográfica</li> <li>• Sin fines de lucro</li> </ul>	<b>Proveedores / empresas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reguladores</li> <li>• Inscritos / miembros</li> <li>• Combina seguro + proveedor</li> </ul>

Provisión de Servicios	<b>Gestión directa de los servicios e integración</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presupuesto en bloque, salarios, propiedad estatal</li> <li>• Gestión pública directa</li> </ul>	<b>Fragmentación del servicio</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fijación de precios y competencia</li> <li>• DRG (<i>Diagnosis Related Group</i>) Grupo Relacionado de Diagnóstico (método de pago)</li> </ul>
<i>Accountability</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Electorado nacional y local, usuarios, personal</li> <li>• Información pública</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accionistas, juntas directivas</li> </ul>

### ¿Cómo debe ser diseñado el sistema de prestación de servicios para promover la universalidad?

Mucho se ha escrito acerca de cómo lograr la redistribución en el financiamiento, pero se ha puesto mucha menos atención a la equidad en la asignación de recursos y en la prestación de servicios de salud. Los políticos afirman que no importa quién entrega los servicios, siempre y cuando sean financiados públicamente, ignorando cómo la disociación de los servicios de consideraciones respecto al financiamiento, la redistribución y los riesgos compartidos es profundamente problemática. Si la función es satisfacer necesidades de la manera más justa posible, entonces todo el mundo debería estar cubierto de forma automática, y nadie puede ser excluido o dejado fuera del sistema. Así que hay que tomar medidas para evitar la selección de riesgos, el despilfarro y el desvío de fondos. El enfoque más común en un sistema público es asignar fondos a las autoridades de áreas geográficas contiguas que tienen la responsabilidad de satisfacer las necesidades y planificar, para todas las personas en el área, el suministro del servicio. Fórmulas de asignación de recursos se desarrollan con base en las necesidades para que los fondos fluyan en función de la población que necesita de los servicios en un área geográfica dada. Cuando los fondos se mueven de las zonas geográficas hacia consorcios o fondos de seguros, cambian los términos de cobertura de la afiliación o elegibilidad. Las aseguradoras o los comisionados pueden seleccionar o elegir a sus miembros, seleccionándolos y ofreciéndoles servicios con base en el riesgo financiero. La población es inestable debido a los altos niveles de afiliación y desafiliación, lo que no es representativo de la población general.

En un sistema público, los servicios son por lo general directamente administrados y gestionados a través de estructuras directivas basadas en zonas geográficas integradas, o, cuando los servicios son puestos en licitación, a través de una separación entre compradores y proveedores del servicio. Pero esta separación traspasa riesgos

Los operadores privados, cuya obligación principal es hacia el directorio o los accionistas, no a su comunidad local, se involucrarán en estrategias de segmentación y selección de riesgos enfocadas en tratamientos rentables, bienes y pacientes.

financieros a los proveedores y socava la redistribución y la capacidad de planificar con base en necesidades.

También aumenta los costos administrativos y de control general y la *accountability* pública se ve disminuida (como mostraré más adelante). Esto se debe a que la pérdida de control público conduce a cambios en la gestión y en la asignación de riesgos en el sistema. Cuando los servicios se integran y se gestionan directamente a través de una autoridad zonal, el riesgo financiero es asumido colectivamente a nivel nacional o regional por la población geográfica, es decir, el riesgo es compartido y todo el mundo está cubierto. Cuando las organizaciones de proveedores se crean como empresas con el deber de no tener pérdidas ni ganancias o tener un superávit, el riesgo financiero es asumido por ellos. El grupo de riesgo está aún más fragmentado y segmentado cuando los proveedores son libres de decidir para qué servicios y pacientes van a presentar ofertas y para cuáles no, es decir, seleccionan el riesgo en el mercado. El efecto generado es que se socava la planificación y se interrumpen los servicios, los sistemas de información y el control público.

Los operadores privados, cuya obligación principal es hacia el directorio o los accionistas, no a su comunidad local, se involucrarán en estrategias de segmentación y selección de riesgos enfocadas en tratamientos rentables, bienes y pacientes, por lo que sus intereses ya no pueden alinearse con la autoridad del área o incluso con los compradores, sobre todo cuando tienen el poder para presionar de forma independiente. Esta actividad puede conducir al comercio amañado, conocida como selección adversa y riesgo moral. Con el tiempo, compradores y vendedores tienen acceso a información diferente que a menudo es incompleta, conocida como información asimétrica. Los proveedores participarán selectivamente en operaciones que más les beneficie, pero las necesidades no estarán necesariamente alineadas con esos beneficios.

### **Accountability pública y sistemas de información fuertes**

No hace falta decir que los servicios públicos requieren un alto grado de control democrático y *accountability* pública, y deben estar soportados por fuertes sistemas de información para que puedan responder a las necesidades del público. Una característica menos explorada de los sistemas de salud pública es la forma en que los sistemas de información y los mecanismos de integración, que son esenciales

Los mitos y la información falsa también confunden la narrativa. Ejemplos de ellos son el mito de la demanda infinita, el mito de la elección del consumidor, el mito de la bomba de tiempo demográfica, y el mito de la espiral de costos inalcanzables de atención de salud.

para satisfacer las necesidades de salud pública, son excluidos y alterados como parte de la tendencia a la mercantilización y el uso de proveedores privados. Los sistemas de mercado utilizan diferentes tipos de actividades y herramientas para respaldar sus objetivos. La contratación comercial es el mecanismo para la transferencia de riesgos en un mercado, pero también es el principal mecanismo para decidir y determinar el control. Cuando la información sobre los contratos se oculta del público y ya no es de dominio público (ya sea porque es un secreto industrial o comercial en confianza) el interés público ya no sirve. Este es el caso de los contratos comerciales cuando se subcontratan los servicios de atención de salud a largo plazo, los productos farmacéuticos y los partenariados público-privados (PPP) en materia de infraestructura.

### **Confianza pública**

En el Reino Unido, el apoyo público al Servicio Nacional de Salud [*National Health Service*, NHS] es muy alto, más alto que en muchos otros países. Esto se ha logrado sin estrategias de *marketing* -simplemente proporcionando atención y servicios universales-, sino sobre la base de alta confianza. Por el contrario, en los sistemas altamente mercantilizados como el de los Estados Unidos, el apoyo público y la confianza son bajas, pese a que los costos de comercialización son altos. Encuestas hechas en Estados Unidos muestran que la mayoría de la gente piensa que la atención en salud necesita reformas y cambios fundamentales. En un mercado, donde la negación de la atención va de la mano con el sobre tratamiento y el fraude, las personas deben ser persuadidas para comprar bienes y servicios que no necesitan o que opten por proveedores de la competencia. Esto implica la creación de una burocracia de apoyo a la comercialización o reservar fondos para relaciones públicas y comercialización con el fin de persuadir a la gente para que compre servicios que no necesita y descartar a las personas que el mercado no contempla.

Para convencer al público de que es necesario el traslado de un servicio público a un sistema mercantilizado que no rinde cuentas, el Gobierno tiene que convencer a la población de que los riesgos de mantener la atención pública de salud son demasiado grandes, que el sector público está fallando y no se le puede exigir cuentas. La información debe ser suprimida y ocultada. Los mitos y la información falsa también confunden la narrativa. Ejemplos de estos mitos incluyen el mito de la demanda infinita, el mito de la elección del

consumidor, el mito de la bomba de tiempo demográfica y el mito de la espiral de costos inalcanzables de atención de salud. Estos mitos dividen a la población entre los que merecen y los que no merecen, en lugar de centrarse en aquellos que necesitan cuidados.

El sector privado se nos presenta como una solución virtuosa. El argumento es que el sector privado le ofrecerá al consumidor posibilidades de competencia y elección, añadirá capacidad adicional, disminuirá el papeleo y la burocracia, y conducirá a un aumento en la innovación y la eficiencia. Y en cuanto a la pérdida de control público y de *accountability* directa, el Gobierno también hace de esto una virtud, diciéndonos que el papel del Gobierno es dirigir, no remar, y que no importa quien posea y opere el sistema, siempre y cuando sea financiado por los contribuyentes, y que para eso está la regulación, para hacer frente a las fallas del mercado.

En los siguientes tres estudios de caso voy a examinar lo que sucede cuando los servicios públicos son mercantilizados, y las formas en que dichos servicios desplazan las necesidades de salud pública de la planificación y la prestación de servicios de salud. Voy a mostrar cómo se desplaza la inclusión por la selección de riesgos y cómo los fondos se distraen del servicio de atención en vez de ser socializados y redistribuidos; cómo la información se pierde; y, en última instancia, cómo se transmiten al paciente los riesgos y los costos de la atención mientras que los objetivos de redistribución y de equidad en el acceso son marginados. Los dos primeros ejemplos, la privatización de la cirugía electiva y los partenariados público privados (PPP) para la infraestructura de atención de la salud, observan lo que sucede cuando los servicios públicos son desacoplados de un sistema público integrado de salud y mercantilizados. He escrito sobre esto en detalle en otro lugar y he resumido los hallazgos clave; la literatura más importante está referenciada en el dominio público <http://www.allysonpollock.com>.

El tercer estudio de caso, acerca de los medicamentos y vacunas, corresponde a un estudio de las fallas del mercado global. Tradicionalmente, la producción farmacéutica siempre ha sido una actividad bajo el dominio del sector privado y el papel clave del Gobierno es la regulación de la industria utilizando autorizaciones para la comercialización, precios, normas de calidad e incentivos financieros. Muchos países de medianos y bajos ingresos han asumido la producción pública de medicamentos para hacer frente a las necesidades locales de aquellos que son esenciales y de vacunas, y reducir su dependencia de las importaciones, pero poco se ha escrito sobre esto.

En 1997, la OMS publicó un informe. *Funciones públicas y privadas en el sector farmacéutico: consecuencias para el acceso equitativo y el uso racional de los medicamentos*, destacando que muchas iniciativas de producción pública no tuvieron éxito y delineando las opciones gubernamentales para regular y controlar la industria privada en el caso específico de las fallas del mercado. “Brasil, China, Egipto, India, Indonesia, Nepal, Sri Lanka y una serie de antiguas economías de planificación centralizada son ejemplos de países que tenían la producción bajo grandes empresas estatales, y generalmente administrada por el mismo Estado. Varios otros gobiernos iniciaron y luego descontinuaron la producción gubernamental o están tratando de actualizar las instalaciones estatales existentes” (WHO, 1997).

Así que parece oportuno examinar en qué medida la producción de mercado y la regulación gubernamental satisfacen las necesidades de salud pública en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible referidos a la atención de salud universal y acceso a medicamentos.

### **Estudio de caso 1. Centros privados para tratamientos quirúrgicos electivos: la creación de capacidad adicional para atender “necesidades insatisfechas” y largos tiempos de espera**

La artroplastia de cadera ha sido descrita como la operación del siglo XX, ya que es uno de los procedimientos quirúrgicos electivos más comunes. En Europa y en Canadá, las largas listas de espera y tiempos de espera para dicho procedimiento en el sector público son utilizados por los gobiernos como justificación principal para transferirlo al sector privado. Los gobiernos argumentan que el sector privado es suplementario al sector público y además reducirá los problemas de los desafíos legales de los pacientes y garantizará que las personas tengan acceso a la atención médica que necesitan (Legido-Quigley, 2011; Treatment Abroad, 2011).

En Inglaterra, las listas de espera y los tiempos de espera fueron invocados por el Gobierno del Reino Unido como una justificación de peso para invitar a las grandes corporaciones multinacionales para licitar por £ 5,6 mil millones en contratos del Gobierno para proporcionar tratamientos quirúrgicos a los pacientes financiados por el Servicio Nacional de Salud (*National Health Service*, NHS). Desde 2003, el gobierno inglés, en efecto, abrió los servicios públicos al mercado al exigir que la cirugía electiva y los diagnósticos asociados sean desagregados y a precios de mercado. Lo hizo mediante el recorte del

presupuesto nacional y exigiendo o incentivando a las autoridades de área a desagregar la cirugía electiva, determinar precios a los procedimientos y adjudicar contratos a nivel local.

## **Rendición pública de cuentas (*accountability*) e información**

### ***i) Gasto público***

No ha habido un escrutinio sistemático de la política de utilizar el sector privado en Inglaterra. Dado que los casos de negocios y los contratos para los Centros de Tratamiento del Sector Independiente (*Independent Sector Treatment Centres*, ISTCs) han sido retenidos o redactados por el Departamento de Salud (DH) por razones de confidencialidad comercial, ocurre que es imposible el escrutinio independiente, incluso por el Comité Selecto de la Salud (*Health Select Committee*, HSC) de la Cámara de los Comunes (Select Committee on Health, 2006a). La Oficina Nacional de Auditoría todavía tiene que evaluar el desempeño de los ISTC a pesar de que el Comité Selecto de Salud parlamentario recomienda que lo haga en 2006 (Select Committee on Health, 2006b; Naylor y Gregory, 2009). Como organizaciones del sector privado que desempeñan funciones públicas, los ISTC no están sujetos a la Ley de Libertad de Información del año 2000, por lo que alrededor de £ 5 mil millones que han sido pagados por el NHS al sector privado de la salud han permanecido esencialmente sin auditar (ICO, s.f.).

A partir de la información disponible sobre algunos proyectos, sí sabemos que las cifras del Departamento de Salud en Inglaterra muestran que del monto inicial de £ 1,7 mil millones pagados al sector privado para los tratamientos y procedimientos diagnósticos en el marco del programa de los ISTC 2003-2010, £ 252 millones (14,8%) fueron otorgados por trabajos que no se llevaron a cabo. En un solo contrato, la compañía Netcare no realizó el 40% del trabajo para el que había sido contratada, recibiendo £ 35,1 millones por pacientes que no fueron nunca tratados (Moore, 2009).

### ***ii) Capacidad adicional***

Cuando el Gobierno declaró que el sector privado podría aportar capacidad adicional, incluyendo camas y personal, los médicos sostuvieron que desviar fondos al sector privado aceleraría la pérdida de la prestación por el sector público. En febrero de 2006, después de cuatro años del experimento de mercado con contratos con el sector

Nuestro trabajo en Escocia acerca de la utilización del sector privado mostró que este no creó capacidad adicional en camas, personal o tratamientos. Por otra parte, no cumplió sus contratos y se pagó por trabajos que no se hicieron.

privado, Bernard Ribeiro, presidente del Real Colegio de Cirujanos de Inglaterra, escribió al *Select Committee on Health* que los ISTC fueron dejando “instalaciones del NHS subutilizadas con un efecto perjudicial concurrente en frágiles saldos financieros del Consorcio del Servicio Nacional de Salud (*NHS Trust*)” (Select Committee on Health, 2006a). En el caso de que no había constancia de la capacidad adicional suministrada por el sector privado, como información sobre camas y personal, no se recogieron datos. Mientras tanto, la provisión de camas del sector público siguió contrayéndose contra las crecientes tasas y déficits de ocupación de camas. El personal fue simplemente desplazado del sector público al sector privado. La sustitución del sector privado llegó a costa del sector público. La reserva finita de médicos y enfermeras (entrenados y empleados por el sector público) se cambió al sector privado, socavando la integración y vaciando la capacidad del sector público (Pollock y Godden, 2008).

En cuanto a los números y las tasas de tratamiento, nuestro trabajo en Escocia acerca de la utilización del sector privado mostró que este no creó capacidad adicional en camas, personal o tratamientos. Por otra parte, no cumplió sus contratos y se pagó por trabajos que no se hicieron (Pollock y Kirkwood, 2009). La actividad del sector privado, sustituido por el sector público en la actividad pública, cayó y las desigualdades en el acceso de las personas mayores se incrementó (Kirkwood ...[et al], 2014).

### **Segmentación del mercado y selección de riesgos**

El sector privado ha diseñado cuidadosamente los contratos para permitirle asumir un bajo riesgo y seleccionar pacientes sanos sin complicaciones. Esto era necesario, ya que no contaba con instalaciones de cuidados intensivos para los casos más complejos.

El Real Colegio de Oftalmólogos declaró que el desvío de fondos para cirugías electivas desde los servicios oculares de hospitales del Servicio Nacional de Salud (NHS) a los ISTC amenazó la prestación de atención oftálmica integral a comunidades enteras: atención de emergencia por lesiones o desprendimientos de retina, y la gestión de las condiciones que causan ceguera crónica como la retinopatía diabética, el glaucoma, la degeneración macular y problemas oculares en los niños. Como resultado, las unidades oftálmicas del NHS que operan públicamente están cerrando (en lugar de sustituir los oftalmólogos que se jubilan) y como se hacen inviables, requerirá que los pacientes -principalmente niños, personas mayores y con discapacidad visual- tengan que viajar más lejos para recibir atención.

El Real Colegio de Cirujanos ha declarado: “Los desequilibrios se producen por la desestabilización de las instalaciones existentes del NHS. No ha habido ninguna evidencia de avances técnicos innovadores en los ISTC establecidos en la Primera Ola del programa. Sumas significativas de dinero público se han pagado para procedimientos quirúrgicos que no se han llevado a cabo. Existe una clara evidencia en una serie de áreas en que los acuerdos de selección de pacientes han desviado a estos pacientes hacia los ISTC dejando subutilizadas las instalaciones existentes del NHS, con un efecto nocivo concurrente sobre los frágiles saldos financieros del NHS *Trust*. También hay pruebas que demuestran que el entrenamiento de cirujanos en las adyacencias de los hospitales del NHS ha sufrido en su calidad”<sup>1</sup>.

Los contratos se aseguraron de que el NHS vuelva a hacerse cargo de los riesgos cuando las cosas vayan mal, incluyendo la responsabilidad legal, revisiones, readmisiones, tratamientos de emergencia y seguimiento clínico.

### **La innovación: preocupaciones acerca de la seguridad y el entrenamiento**

No hay evidencias que respalden las reivindicaciones del sector privado por la innovación. El Dr. Dinesh Verma, director médico de Netcare, renunció (en octubre de 2004, después de solo seis meses en el cargo) por tener “preocupaciones planteadas en repetidas ocasiones acerca de la cobertura de la atención médica, la continuidad de dicha atención y el acceso a información completa sobre los resultados a efectos de la auditoría”, según ha informado el Hospital Médico. Los hospitales locales del NHS también están acomodando los pacientes que sufren incidentes adversos en el ISTC, que a menudo requieren meses de cuidado continuo, como cirugías de cataratas que provocaron ceguera y requirieron cirugía adicional para prevenirla. El Real Colegio de Oftalmólogos también había dicho que el Gobierno, en 2006, tenía evidencia de prácticas obsoletas con resultados adversos para los pacientes. Advirtieron que los procedimientos realizados en el ISTC por equipos visitantes extranjeros tuvieron que ser elevados de acuerdo con los estándares del Reino Unido, y que había además una total falta de entrenamiento en todos los centros oftálmicos del ISTC. Los programas han limitado las responsabilidades en materia de entrenamiento médico y han aceptado únicamente los “casos más simples”.

Desacoplar el financiamiento y la prestación de servicios quirúrgicos electivos implica desagregar servicios, establecer precios de mercado y asignar riesgos.

## **El impacto de la mercantilización puede ser demostrado más fácilmente en los sistemas públicos**

En nuestra investigación hemos sido capaces de demostrar el impacto de la política ya que teníamos información sobre camas, personal, financiamiento, actividades y tratamientos; teníamos los contratos, y podíamos seguir el dinero, los pacientes, los recursos (camas y personal) y las actividades. Los sólidos sistemas de *accountability* pública sustentados en información pública han permitido el escrutinio de las políticas.

Sin embargo, en la mayoría de los sistemas privatizados es mucho más difícil mostrar lo que ocurre. En una empresa privada es imposible seguir la pista del dinero y las decisiones. En Brasil, por ejemplo, aunque existe un derecho constitucional a la salud así como un sistema de salud pública, este no cuenta con fondos suficientes. Un análisis de la información pública disponible muestra una diferencia de casi 70 veces en las tasas de tratamiento en el sector público en comparación con las de Escocia, con un perfil demográfico similar y una no muy diferente oferta de médicos. La ausencia de datos sobre el sector privado y las actividades de los médicos en este sector en Brasil representa un asunto de suma importancia<sup>2</sup>.

### **Resumen**

Desacoplar el financiamiento y la prestación de servicios quirúrgicos electivos implica desagregar servicios, establecer precios de mercado y asignar riesgos. El riesgo compartido se ve alterado en la medida que los riesgos se identifican y se asignan a través de un contrato comercial. Se produce una selección de servicios y de pacientes. Los servicios se ven fragmentados y segmentados, y se incrementan las desigualdades en el acceso, sobre todo para las personas mayores, es decir, para aquellos con mayores necesidades. La política de transferir la cirugía electiva al sector privado ha vaciado el sector público de cinco maneras. En primer lugar, trasladó algunos servicios, actividades y recursos, incluyendo personal, fondos y presupuestos de capital, al sector privado, a costos de transacción y a beneficios. En segundo lugar, se desarticularon y desestabilizaron servicios públicos, dejándoles aquellos pacientes más difíciles y complejos y debiendo lidiar con pacientes en riesgo y con complicaciones. En tercer lugar, las pretensiones de la innovación no tuvieron sustento. En cuarto lugar, la eficiencia y la relación calidad-precio no se dio, y al sector privado se le pagó por trabajos que no se hicieron. En quinto lugar, la

**El uso del financiamiento privado en infraestructura pública es el motor para la privatización y uno de los principales impulsores de la atención de la salud centrada en el mercado.**

falta de información sobre los contratos, los cuales no se publicaron y fueron considerados como información comercial confidencial, sobre la ejecución de los contratos y sobre la dotación de personal, suministros y actividades, socavó los sistemas parlamentarios a los efectos de la *accountability* pública. Las necesidades de salud pública no fueron un elemento central en la política de privatización.

Publicamos nuestro análisis en Escocia, y el 18 de octubre de 2009, Nicola Sturgeon, Primer Ministro de ese país, afirmó que a partir de enero de 2010 el centro de tratamientos del sector privado sería revertido, de manera que sus servicios pasarían a ser provistos en y por el NHS. “Este Gobierno se compromete a garantizarle a Escocia un servicio de salud que sea verdaderamente financiado y entregado públicamente. Este es otro paso hacia el logro de este objetivo. Actualmente el sector privado ofrece el servicio en Stracathro pero el NHS paga por él, lo que significa, por supuesto, que el NHS no paga solo por el servicio prestado sino por el margen de beneficio, así... a partir de enero, el servicio se entregará en y por el Servicio Nacional de Salud” (The Scottish Government, 2009).

Como respuesta a la atención de la salud pública se requiere una afirmación política, la que es una decisión política. La política de utilizar el sector privado fue abandonada en Escocia, pero continúa en Inglaterra como parte de la ideología de mercado.

## **Estudio de Caso 2. Partenariados público privados en infraestructura**

Mi segundo ejemplo es el uso del financiamiento privado en infraestructura pública, en el que el Gobierno cede el control de los edificios públicos y las tierras al sector privado a través de un contrato comercial, es el mecanismo para asignar derechos de propiedad por períodos de 30 a 60 años. En mi opinión, este es el motor para la privatización y uno de los principales impulsores de la atención de la salud centrada en el mercado, permitiendo el acceso de los mercados globales a los fondos públicos y es un mecanismo para la liquidación de la tierra y la propiedad públicas. Después de la Segunda Guerra Mundial, cuando el capital privado estaba en bancarrota, y los terrenos y edificios tenían poco o ningún valor, se hizo necesario un programa estatal de nacionalización o, de hecho, un capitalismo de Estado. Hoy en día la situación es diferente. El valor de la tierra pública se ha inflado y la propiedad es vista como un refugio seguro para la inversión, especialmente con bajas tasas de interés. El aumento de los precios inmobiliarios ha dado lugar a rendimientos lucrativos,

**El impacto de la Iniciativa de Financiamiento Privado (IFP) ha sido devastador.**

especialmente donde el sector privado participa en la prestación de servicios públicos a través de la infraestructura bajo partenariados público privados. Los servicios públicos y las infraestructuras construidas para la prestación de servicios públicos son un nuevo refugio para los inversionistas extranjeros directos para extraer rendimientos y acumulación de capital. Cuando los servicios públicos se entregan a través de partenariados público privados bajo contratos a largo plazo, el Gobierno actúa como recaudador de impuestos, canalizando fondos públicos como pagos unitarios al sector privado. Esto ha sido descrito como extracción de rentas o comportamientos en búsqueda de rentas (*rent seeking behaviour*). Así como las patentes confieren derechos de propiedad a las empresas farmacéuticas por 20 años, bajo los partenariados público privados el sector público premia al sector privado con contratos por 30 a 60 años.

Como con el ejemplo de la cirugía electiva, los terrenos y edificios públicos son fragmentados y transformados en flujos de servicios. Hay cuatro condiciones previas. En primer lugar, las reglas que rigen el gasto público deben dificultar al Gobierno pedir prestado e invertir de manera directa en proyectos de capital, es decir, reducir los presupuestos de capital para proyectos de inversión. En segundo lugar, los controles de capital deben ser aflojados para permitir inversionistas extranjeros. En tercer lugar, es necesario que haya un mecanismo para transferir los derechos de propiedad del sector público al sector privado, y transformar esos derechos de propiedad en un flujo de efectivo por servicios a pagar a través de un contrato. Por último, el sector privado requiere protección de esos derechos de propiedad en el caso de un cambio en la política gubernamental o de reducciones en el gasto público.

El impacto de la Iniciativa de Financiamiento Privado (IFP) ha sido devastador: los altos costos por concepto de gastos anuales de arrendamiento han drenado los presupuestos del sector público, desviado recursos a corporaciones, bufetes de abogados, consultores gerenciales y accionistas, y han generado importantes problemas de accesibilidad, empujando a los hospitales locales al déficit. El resultado del desvío de fondos ha sido la reducción del número de camas, la reducción de los niveles de prestación de servicios, la reducción de personal y número de tratamientos, y la alteración de los sistemas de información y planificación (Pollock ...[et al], 2013; Pollock ...[et al], 1997). Los servicios se cierran para pagar las deudas de IFP, reduciendo accesos y derechos. El servicio de la deuda de IFP ha sido a costa de la atención al paciente (Hellowell y Pollock, 2009). Fue posible

investigar esto y mostrar los efectos devastadores porque el NHS era un sistema público y tenía buena información sobre camas, personal, tratamientos y recursos financieros, y era posible seguir la pista del dinero y la actividad para estudiar las consecuencias (Pollock, Price y Liebe, 2011). Sin embargo, los derechos de propiedad del sector privado triunfan sobre las necesidades de salud pública. Cuando se reduce el gasto público, los contratos permanecen blindados y garantizados y deben ser pagados. Los contratos aseguran los ingresos al sector privado, que se comportan, de hecho, como recursos bloqueados (*hypothecated tax*), y así, cuando se enfrentan con reducciones presupuestarias, la autoridad pública y el proveedor no tienen otra opción que reducir los servicios y despedir personal (Pollock y Price, 2013). Pero el problema es que, al igual que las farmacéuticas, la exportación de las iniciativas de financiamiento privado (IFP) y de los partenariados público privados (PPP) en materia de infraestructura es un gran negocio y hay muchos intereses creados, incluyendo los de políticos, abogados, consultores gerenciales y contables.

### **Estudio de Caso 3. Fallas del mercado global y de las farmacéuticas**

Los medicamentos constituyen un gran negocio. En el 2014, los ingresos de la industria fueron estimados en alrededor de US\$ 1,3 billones (Stevenson, 2015). Según la OMS, diez empresas farmacéuticas controlan alrededor de la tercera parte de este mercado, varias de ellas con ventas de más de US\$ 10 mil millones al año y con márgenes de beneficios de cerca del 30% a 40%. Seis de esas compañías tienen su sede en los Estados Unidos y cuatro en Europa (Statista, s.f.).

Proporcionar medicamentos esenciales es una de las obligaciones fundamentales de los 164 Estados que han acordado reconocer el derecho humano internacional a la salud (Observación General 14). Proporcionar inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, adoptar medidas para prevenir, tratar y controlar las enfermedades epidémicas y endémicas, y asegurar la atención de salud reproductiva y materno-infantil están también entre sus obligaciones prioritarias.

Sin embargo, el mercado de medicamentos sigue incumpléndole a muchos millones de personas en todo el mundo. Millones de vidas son salvadas gracias a los medicamentos, millones de personas no tienen los medicamentos que necesitan, millones de personas toman medicamentos ineficaces o perjudiciales, y millones de personas se ven perjudicadas por tomar medicamentos que no necesitan. Según la OMS, más de un tercio de la población del mundo en desarrollo

Los medicamentos a nivel mundial están empobreciendo más a los pobres del mundo y son un motor clave de las desigualdades en la atención de la salud.

está imposibilitada de recibir o adquirir medicamentos esenciales de forma regular (WHO, 2016).

Actualmente, el 16% de la población mundial que vive en los países de altos ingresos representan más del 78% de los gastos globales en medicamentos, y hay una singular falta de alineación entre las 20 principales áreas terapéuticas, las que representan el 42% del gasto y las necesidades de salud pública en todo el mundo (Kaplan ...[et al], 2013; WHO, 2010).

No se le pide a la industria desarrollar y producir medicamentos para satisfacer las necesidades de salud pública ni para hacer medicinas universalmente disponibles. Las tensiones entre el crecimiento económico y el comercio y las necesidades de salud pública son bien conocidas. La industria farmacéutica sostiene que impulsa el crecimiento económico como gran generadora de empleos, invirtiendo en investigación y desarrollo y en innovación, y que las economías de escala son necesarias para asegurar altos estándares de eficiencia y calidad en la producción y medicamentos seguros a través de la inversión en capital y equipos, lo cual es mucho más de lo que la mayoría de los países podría permitirse (IFPMA, 2012).

Según la OMS, existe sin embargo “un inherente conflicto de intereses entre los legítimos objetivos de negocio de los fabricantes y las necesidades sociales, médicas y económicas de los proveedores y el público para seleccionar y utilizar los medicamentos de la forma más racional” (WHO, 2016). La pregunta para los gobiernos es, dado que el financiamiento, la investigación y la producción de medicamentos están desacoplados de las necesidades de salud pública y los sistemas de suministro, ¿cómo garantizar el acceso universal?

### **¿El financiamiento de los medicamentos maximiza la solidaridad y la inclusión social?**

Los medicamentos a nivel mundial están empobreciendo a los pobres del mundo y son un motor clave de las desigualdades en la atención de la salud.

El financiamiento de los medicamentos es altamente regresivo y no transparente. En promedio, el 24,9% del gasto total en salud de un país se utiliza en medicamentos, con un amplio rango de 7,7% a 67,6%, pero la fuente del gasto varía enormemente (Lu ...[et al], 2011). En general, cuanto más mercantilizado el sistema de salud, mayores son la cuota global del gasto total en salud y los costos para el individuo. El financiamiento de los medicamentos es altamente regresivo y proviene de tres fuentes principales.

### ***i) Gasto privado***

Desde 1995, la participación privada del gasto farmacéutico total ha aumentado en todo el mundo. Según la OMS, en todos los grupos de ingresos, el gasto privado de los hogares en el año 2000 fue la principal fuente de gasto farmacéutico: el 57,8% en los países de altos ingresos, el 70,9% en los de ingresos medios, y el 71,6% en los países de bajos ingresos.

Las tasas a los usuarios son altamente regresivas y constituyen una barrera de acceso (WHO, 2009). Cuando dichas tasas se combinan con sistemas de salud débiles, son una causa importante de que los pacientes no reciban los medicamentos que necesitan y de sus dificultades financieras. Un solo tratamiento de medicamentos para enfermedades comunes como la malaria o la diabetes en muchos países puede costar varios días de salario (Cameron ...[et al], 2011). En países de ingresos bajos, medios y altos las facturas médicas pueden ser causa de bancarrota personal. Por ejemplo, en los EE.UU., los costos de atención médica, incluidos los costos de las medicinas, representan las tres quintas partes de todas las bancarrotas (Cameron ...[et al], 2009). El sector privado sostiene que los cargos a los usuarios son un medio de gestión de la demanda y resuelve el problema del riesgo moral, es decir, el problema de que alguien asuma más riesgos o consuma en exceso porque alguien está pagando.

Los altos precios y la falta de disponibilidad de medicamentos en el sector público son una característica común de los sistemas de salud con alto gasto público en medicamentos, especialmente en los países de bajos ingresos. En un estudio, la disponibilidad promedio de los medicamentos genéricos en el sector público osciló entre 29,4% a 54,4% en todas las regiones de la OMS, mientras que los pacientes del sector privado pagan nueve a 25 veces los precios internacionales de referencia por los productos genéricos de menor precio y más de 20 veces los precios internacionales de referencia por productos originales en todas las regiones de la OMS (Cameron ...[et al], 2009).

### ***ii) Otros gastos del sistema de salud***

Los aportes gubernamentales, la seguridad social y los seguros privados son otras fuentes de financiamiento. Mientras el dinero para medicamentos forma parte de los presupuestos de los sistemas de salud pública, y dado que la producción de medicamentos no está

Los farmacéuticos representan alrededor del 15% del gasto público en salud y tanto como un 31% en los países de bajos ingresos, y aún así muchas necesidades de medicamentos esenciales no son atendidas.

incluida en los servicios, el dinero fluye a los privados a través de los contratos comerciales para comprar productos farmacéuticos (como con la IFP y la cirugía electiva mencionadas anteriormente). Los farmacéuticos representan alrededor del 15% del gasto público en salud y tanto como un 31% en los países de bajos ingresos, y aun así muchas necesidades de medicamentos esenciales no son atendidas (véase más adelante) ya sea porque los medicamentos no están disponibles o porque los precios son demasiado altos.

Una fuente adicional de recursos proviene de donantes a través de mecanismos globales de financiamiento, como el Plan de Emergencia del Presidente de los EE.UU. para el Alivio del SIDA (PEPFAR, *US President's Emergency Plan for Aids Relief*), el Fondo Global, GAVI, y préstamos para el desarrollo, que distribuyen el dinero principalmente de contribuyentes de países desarrollados a pacientes de países de ingresos bajos y medios. Estos han mostrado un incremento en el acceso a los medicamentos esenciales. La distribución de los beneficios depende, sin embargo, de los términos negociados y las implicaciones del financiamiento a largo plazo.

### *iii) Exenciones fiscales*

Una mayor distorsión se introduce en el financiamiento por el hecho de que empresas globales de medicamentos protegen sus ganancias a través de exenciones e incentivos fiscales y localizando sus empresas con el fin de minimizar los impuestos corporativos (ICAEW, 2011; Baker, 2011). El Reino Unido redujo el impuesto corporativo al 10% en medicamentos con patentes aprobadas por la Agencia Europea de Medicamentos bajo el régimen de “*patent box*” [ingresos por propiedad intelectual] (Gov.UK, 2007).

A nivel mundial, los impuestos corporativos aplicados a la industria farmacéutica han caído drásticamente con el tiempo tanto porque los países se apresuran por competir unos contra otros y ofrecen incentivos fiscales como por el hecho de que las empresas buscan minimizar el pago de impuestos (ABPI, s.f.; Willert, 2007). En su adhesión a la UE, Polonia otorgó favorables incentivos fiscales a las empresas (Hall y Kitto, 2011). En la década de 1980, una investigación realizada por la Oficina de Contabilidad General de Estados Unidos encontró que las empresas farmacéuticas ahorraron US\$ 15 mil millones por registrarse a efectos fiscales en Puerto Rico. “17 de los 21 medicamentos más recetados en los EE.UU. en 1990 fueron autorizados para su fabricación en Puerto Rico” (Merril, 2010; Devereux ...[et al], 2002).

### **¿Están los fondos para medicamentos distribuidos según las necesidades de salud pública?**

En general, casi el 60% de todos los ingresos de las farmacéuticas no se gastan en la producción de medicamentos, y miles de millones de libras destinados a los servicios de salud, votados por los parlamentos, han sido desviados de la atención de la salud. Según el análisis de *Public Citizen*, de todos los ingresos de las 500 empresas Forbes de medicamentos en 2003, el 30,8% se destinó a la comercialización y administración, el 17% a los beneficios, y el 14% a la I+D (*Public Citizen*, 2003). En el Reino Unido, la Asociación de la Industria Farmacéutica Británica ha estimado que la I+D alcanzó el 33% de las ventas en comparación con el 3,7% en la industria manufacturera, y los beneficios empresariales, como porcentaje de las ventas, oscilaron entre el 20% y el 43% en 2014 (ABPI, s.f.a).

Las empresas afirman que los altos beneficios (ganancias entre el 17% y el 43%) son recompensas por la comercialización o por la innovación. A nivel global, los impuestos corporativos de la industria farmacéutica han caído drásticamente, mientras que en muchos países los impuestos a particulares han aumentado. Cifras de la OCDE muestran que, a 2010, el impuesto sobre la renta personal había aumentado en 24 de 35 países en tres años (OECD, 2014).

Las compañías farmacéuticas afirman también que los altos precios de los medicamentos protegidos por patentes son una recompensa por la innovación y que cuesta alrededor de US\$ 2,5 mil millones desarrollar un nuevo medicamento y llevarlo al mercado (Mullin, 2014). Las patentes o derechos monopólicos de propiedad son una recompensa por los costos y el tiempo invertido en la innovación y desarrollo de nuevos medicamentos (Tufts Center for the Study of Drug Development, 2014). Estas afirmaciones son impugnadas, pero incluso si fueran ciertas, es importante recordar que los costos de la investigación se recuperan a través de los precios cobrados a los gobiernos y a los pacientes, a través de los altos costos de las patentes y por medio de exenciones fiscales, créditos fiscales e incentivos fiscales; el público no tiene nada que decir (Adams y Brantner, 2006).

Es difícil comparar los costos de administración privados *vs.* los públicos, debido a la falta de datos y por el hecho de que hay escasa producción pública. Los costos de administración del 30,8% en la industria farmacéutica se comparan con los costos de administración del 6% en un sistema de salud totalmente público, como el del Reino Unido, pero son comparables a los costos de administración de las

La mayoría de los gastos en investigación es para el desarrollo de productos para mercados occidentales con el fin de proteger la cuota de mercado y no para atender las principales causas de muerte y enfermedad.

empresas privadas de atención médica. Vogel (2007) comparó los diez principales productores farmacéuticos con los diez principales fabricantes de genéricos basado en los datos de la Kaiser Family Foundation. Los principales productores farmacéuticos gastan un mayor porcentaje del total de los gastos corrientes en *marketing*, administración e I+D que los productores de genéricos.

### Selección y exclusión de riesgos para proteger las cuotas de mercado

La selección de riesgos y la segmentación del mercado son clave para las operaciones de la industria. Gran parte de la investigación llevada a cabo por la industria es una manera de mantener los altos precios y proteger las cuotas de mercado. Por ejemplo, la mayoría de los gastos en investigación es para el desarrollo de productos para mercados occidentales con el fin de proteger la cuota de mercado y no para atender las principales causas de muerte y enfermedad. Light y Lexchin (2012) han resumido los problemas de la siguiente manera. El número de nuevos medicamentos autorizados se mantiene en un rango promedio a largo plazo de 15 a 25 por año. Sin embargo, el 85%-90% de los nuevos productos en los últimos 50 años han proporcionado pocos beneficios y daños considerables. La industria farmacéutica dedica la mayor parte de los fondos de investigación para desarrollar decenas de pequeñas variaciones que producen un flujo constante de ganancias a través de un proceso conocido como “perennización” (*evergreening*) (ver más abajo). La fuerte promoción de estos medicamentos contribuye a su uso excesivo y representa la mayor parte del 80% de aumento del gasto en medicamentos de una nación. Estimaciones exageradas del coste medio de investigación y desarrollo se utilizan para presionar por una mayor protección frente a la libre competencia del mercado (Light y Lexchin, 2012).

Por ejemplo, las drogas oncológicas, que ofrecen una pequeña ventaja de supervivencia mientras la contabilidad es casi una décima parte de todos los ingresos de la industria, son un área de enorme crecimiento en aprobaciones e investigación con más de 1.682 productos en desarrollo en comparación con el escaso puñado destinado a enfermedades infecciosas comunes, que son las principales causas de muerte y enfermedad en todo el mundo (IFPMA, 2014).

La práctica de “perennización” (*evergreening*) se utiliza para desarrollar patentes adicionales con variaciones sobre la droga original permitiendo nuevas formas de liberación del medicamento, nuevas

**En muchos países, incluido los EE.UU., la gente muere porque los genéricos más baratos no están disponibles y porque el sistema de patentes no está vinculado a la eficacia, a las necesidades y a las ventajas terapéuticas.**

dosis, combinaciones o variaciones, o nuevas formas, no necesariamente con alguna ventaja terapéutica, es decir, con innovación incremental (Vernaz ...[et al], 2013). La insulina, con un valor estimado de US\$ 32 mil millones en 2014, se ha mantenido bajo patente por más de 90 años. El mercado de la insulina se ha consolidado de manera que la mayor producción está limitada a cuatro empresas principales (HAI Global, 2010; Luo y Kesselheim, 2015). Los gastos adicionales causados por los retrasos en la entrada de genéricos pueden ser muy significativos para los presupuestos de salud pública y de los pacientes. La Comisión Europea estimó una pérdida de alrededor de 3 mil millones de euros debido a los retrasos en la entrada de productos genéricos causados por el mal uso del sistema de patentes (European Commission, 2009). En muchos países, incluido los EE.UU., la gente muere porque los genéricos más baratos no están disponibles y porque el sistema de patentes no está vinculado a la eficacia, a las necesidades y a las ventajas terapéuticas.

Los costos de comercialización también están dirigidos a la protección de los precios, de las cuotas de mercado y de los ingresos (EFPIA, 2014). La práctica de la marca y colocación del producto ha demostrado que conduce a un mayor gasto en salud por causa de los medicamentos. Una investigación de la *Health Action International* muestra que en los países de bajos y medianos ingresos, en el sector privado, los precios de los medicamentos de marca no solo son más altos sino que es más probable que se abastezcan de medicamentos genéricos, penalizando aún más a los pobres (Cameron ...[et al], 2011). Los pacientes optan por comprar medicamentos de marca, ya que les preocupa que los medicamentos genéricos puedan no ser de la misma calidad o puedan ser adulterados. Así, ellos preferirán pagar por medicamentos de mayor precio. Algo de esto puede deberse a las bien documentadas actividades de comercialización y promoción de drogas de la industria y su focalización en médicos y grupos de pacientes.

Al mismo tiempo, las oportunidades de los gobiernos para poner en marcha controles de precios farmacéuticos más rigurosos continúan siendo rechazados por la industria y están bajo asedio por los gobiernos de países productores farmacéuticos a través de negociaciones de tratados de comercio, tales como aquellas que involucran a la Asociación Trans-Pacífico (TPP, *Trans-Pacific Partnership*) y a la Asociación Transatlántica para el Comercio y la Inversión (TTIP, *Transatlantic Trade and Investment Partnership*). Estos proyectos de tratados podrían prohibir o restringir el uso de los controles de

precios de fármacos en los sistemas de salud administrados centralmente. Tales medidas también amenazan el uso de los presupuestos globales, donde los gobiernos establecen límites anuales a los gastos en salud. Las tasas de crecimiento de los gastos son más bajas en los países que someten los presupuestos de salud a normas centrales de supervisión, como Inglaterra, Italia, Japón y Suecia, y no permiten que el mercado, la demanda del consumidor y la fijación de precios por el proveedor determinen el gasto total, como ocurre en los EE.UU.

### **Las necesidades de salud pública, los medicamentos y los costos de la salud**

Los medicamentos son un factor clave del comportamiento de un sistema de salud y de los costos de la atención médica. Los fármacos representan alrededor del 15% del gasto en salud pública y hasta un 31% en los países de bajos ingresos, y sin embargo aún no se satisfacen muchas de las necesidades de medicamentos esenciales (MDG Gap Task Force, 2008).

Si bien la falta de disponibilidad de medicamentos o la incapacidad para costearlos resulta en un aumento de la morbilidad y la mortalidad, en retrasos en los tratamientos y en una atención médica tardía, también lo hace el exceso de medicación, y el diagnóstico y tratamiento excesivos.

Por un lado, muchos medicamentos son considerados como una intervención coste-efectiva, ya que permiten que la tarea de administrar se desplace a proveedores de la salud con una formación más corta y de menor calificación, o para reducir la necesidad de atención de salud (WHO, 2008 y 2012).

Por otro lado, las muertes y enfermedades debidas a reacciones adversas a los fármacos y a medicamentos iatrogénicos son una importante causa de dichas muertes en el mundo, son la causa de admisiones hospitalarias innecesarias, y una causa significativa de gastos en salud (Null, 2008). Las reacciones adversas a los medicamentos en Europa representan alrededor del 7% de los ingresos de pacientes a los hospitales, y en el NHS del Reino Unido, alrededor de uno de cada diez del total de días/cama, a un costo de cientos de millones de libras (Bandolier Extra, 2002).

### **Las necesidades de salud pública y el proceso de aprobación de medicamentos**

En la actualidad, los gobiernos tienen poco que decir en las actividades de investigación y producción de la industria farmacéutica mundial.

**El debilitamiento de la regulación para la realización de ensayos y pruebas de eficacia puede conducir a la creación de falsas necesidades, un proceso conocido como “farmaceuticalización” o “medicalización”, y al tráfico de enfermedades.**

Sin embargo, en teoría, tienen el poder de controlar o limitar la entrada de medicamentos en su propio mercado nacional a través del sistema de aprobación de medicamentos y poniendo estrictos controles allí donde se comercializan y usan medicamentos en el sistema público. Este poder sobre las aprobaciones se está desplazando a nivel regional a través de los sistemas de aprobación centralizados y armonizados o de regulaciones nacionales. La Agencia Europea de Medicamentos tiene actualmente un sistema centralizado de aprobación de medicamentos nuevos e innovadores que permite a la industria eludir los sistemas de aprobación de los países individualmente. Se ha argumentado que este cambio se produce por razones de eficiencia y por la limitada capacidad regulatoria existente, así como por la necesidad de conseguir medicamentos para pacientes en el mercado con mayor rapidez. Sin embargo, la velocidad tiene que ser equilibrada contra la propia soberanía de los países para decidir lo que es de interés público y las necesidades de salud pública.

El objetivo de la empresa es conseguir una licencia para vender su producto en el mercado. El papel del regulador es conceder a la empresa una aprobación o consentimiento de comercialización. La licencia se concede sobre la base de la seguridad, eficacia y calidad. Sin embargo, el sistema de aprobación de medicamentos no requiere que la industria demuestre que existe una necesidad de salud pública por el medicamento, o que este sea eficaz, o que hay una ventaja terapéutica sobre otro medicamento, por no hablar de una intervención alternativa.

Además, la investigación ha puesto de relieve cómo las empresas presionan a los gobiernos para reducir los estándares regulatorios que rigen la eficacia y acelerar los tiempos de aprobación comercial, e incluso las autoridades reguladoras más estrictas, incluyendo la FDA, han respondido. El debilitamiento de la regulación para la realización de ensayos y pruebas de eficacia puede conducir a la creación de falsas necesidades, un proceso conocido como “farmaceuticalización” o “medicalización”, y al tráfico de enfermedades. En la actualidad existe un cuerpo amplio y creciente de literatura que demuestra que el ensayo en sí se ha degradado y que las afirmaciones sobre la eficacia están dando lugar a la creación de falsas necesidades de medicamentos. Esta degradación incluye el uso de medidas sustitutivas que no tienen una fuerte relación con los resultados clínicos duros. La manipulación estadística y el agrupamiento de los criterios de valoración (*end-points*) para lograr una significación estadística, el uso de ensayos únicos que son fundamentales, el empleo de un pequeño número de

participantes, la existencia de subgrupos de pacientes altamente selectivos, la breve duración de los ensayos, y el exceso de intensidad de dichos ensayos pueden exagerar la eficacia y minimizar los daños. Además, las críticas actuales de la medicina basada en la evidencia han generado un nuevo discurso que el ensayo clínico no toma suficientemente en cuenta: la necesidad de otros elementos de prueba, incluyendo los datos provenientes de la observación y la información orientada al paciente. Una preocupación clave es que los investigadores y los médicos que participan en la investigación tienen intereses creados en los resultados, pero en tanto líderes de opinión ellos son defensores importantes. Otra preocupación es la falta de divulgación y disponibilidad de la información de los ensayos. Los estudios de eficacia se basan en los datos de los ensayos clínicos, pero la información que sustenta la seguridad y la eficacia no está libremente disponible debido a la confidencialidad comercial. Este es otro ejemplo de la información asimétrica y ha dado lugar a una campaña mundial para la publicación y la transparencia de la información acerca de los ensayos<sup>3</sup>.

Las consecuencias de la retención o manipulación de datos regulatorios vitales sobre la evidencia de daños y riesgos para los pacientes y/o la comercialización de medicamentos al margen de las indicaciones terapéuticas son graves y costosas para los pacientes y para el sistema de salud. El comportamiento de Merck acerca del medicamento Vioxx causó la muerte prematura de cientos de miles de personas por insuficiencia cardíaca como consecuencia de la retención de evidencias de daños del ente regulador. Johnson & Johnson, GlaxoSmithKline, Abbott Laboratories, Pfizer y Eli Lilly han pagado cada una de ellas miles de millones de dólares por casos de fraude en los EE.UU. desde 2009, involucrando al menos un total de 28 medicamentos diferentes, como resultado de, por ejemplo, la comercialización de medicamentos en condiciones no autorizadas -uso "off-label"-, y presionando y pagando a médicos y pacientes por consumir sus medicamentos (Krumholz ...[et al], 2008). Quebrantar la ley no es raro, pero estos grandes acuerdos extrajudiciales son considerados simplemente como el "costo de hacer negocios".

La falta de datos, la asimetría de información y la preocupación por los conflictos de intereses entre los investigadores, los médicos y la industria se han traducido en una disminución en la confianza y la fe públicas y en el cuestionamiento de los datos y la eficacia. En Inglaterra, el Director General de Salud ha solicitado un informe sobre la eficacia de las estatinas y el tamiflu, debido a la necesidad de restaurar la confianza pública en los medicamentos. Hay una

Las decisiones sobre investigación y producción no están sujetas al escrutinio público, ya que son principalmente asuntos privados para la industria o para esta en asociación con el mundo académico.

creciente percepción y conciencia de que no se están satisfaciendo las necesidades de salud pública (Brimelow, 2015).

### **¿Los requisitos posteriores a la comercialización garantizan la satisfacción de las necesidades de salud pública?**

En el marco del proceso de aprobación de medicamentos un fármaco puede permanecer en circulación en el país sin tener que mostrar prueba de su eficacia, es decir evidenciar que funciona, en la población a la cual se pretendía satisfacer la necesidad. Aunque el regulador puede imponer condiciones de autorización posteriores a la comercialización, por ejemplo estudios de Fase 4, los análisis de John Abraham de la FDA de los Estados Unidos evidencian que la industria rara vez las cumple (Davis y Abraham, 2013).

Los estudios de eficacia deben basarse en datos de los pacientes recogidos como parte de la vigilancia y seguimiento de la enfermedad, pero la mayoría de los sistemas de salud pública no recogen los datos y la información que demuestre que la intervención funciona. La vigilancia de un medicamento no es parte integral del sistema de salud, al igual que no lo son los medicamentos. Esta situación es peor en los países donde los pacientes acceden a medicamentos a través del mercado privado, en el que casi no existen datos y tenemos que confiar en bases de datos comerciales que recopilan información para fines de comercialización y ventas. Incluso en los países occidentales con sistemas de atención de salud pública más fuertes, el objetivo principal de los sistemas de información es de carácter administrativo, a saber, apoyar la facturación, las cobranzas y la gestión del desempeño en las burocracias mercantilizadas. No se presta suficiente atención a la capacidad del sistema para monitorear las necesidades de salud pública y la eficacia de las intervenciones en forma sistemática e integral. La información requerida para el seguimiento de las necesidades de salud pública es, en el mejor de los casos, un subproducto del sistema administrativo. Las deficiencias en la vigilancia y el monitoreo han aparecido como una preocupación clave en el esfuerzo internacional para hacer frente a la resistencia antimicrobiana.

Debido a que las necesidades, la eficacia y las ventajas terapéuticas han estado desacopladas del proceso de aprobación y de la autorización de las patentes, las decisiones para priorizar el financiamiento de medicamentos se realizan al margen del conocimiento sobre la efectividad de otras alternativas, ya sean medicamentos, tratamientos o intervenciones alternativos. Las decisiones sobre

investigación y producción no están sujetas al escrutinio público, ya que son principalmente asuntos privados para la industria o para esta en asociación con el mundo académico.

### **Las respuestas gubernamentales a la brecha de necesidades de salud pública en la aprobación de medicamentos manejados por el mercado**

Los gobiernos han intentado responder a la brecha necesidades-eficacia de la salud pública que existe en el sistema de aprobaciones de varias maneras, pero siempre a través del paradigma del mercado.

#### ***i) Listas de medicamentos esenciales***

Desde 1977, la OMS ha estado encabezando los esfuerzos internacionales para asegurar que las personas reciban los medicamentos que necesitan en las dosis que necesitan, por el tiempo que se requiera, conocido como “uso racional de los medicamentos”. Muchos países han adoptado el concepto de listas de medicamentos esenciales (EML, *essential medicine list*), y estas listas hasta ahora son utilizadas, y periódicamente actualizadas por la mayoría de los países de todo el mundo, junto con directrices de desarrollo clínico para médicos prescriptores y para la precalificación de productores. Estas listas son particularmente importantes en países que no tienen capacidad regulatoria para juzgar la seguridad y la eficacia y que tienen muy pequeños presupuestos destinados a la atención pública de salud. Sin embargo, aunque las listas modelo han estado en operación por casi 40 años, muchos millones de personas no reciben los medicamentos esenciales que necesitan, y no obstante que cada dos años más medicamentos y vacunas son añadidos a la lista modelo EML de la OMS, los gobiernos no son capaces de adquirirlos o distribuirlos porque sus sistemas de salud son demasiado débiles y no existe financiamiento o capacidad de producción o distribución local, por lo que la gente debe recurrir al mercado privado.

#### ***ii) Organismos de evaluación de tecnologías de la salud***

Algunos países utilizan organismos de evaluación de las tecnologías de la salud como complemento o como medio alternativo para lograr el uso racional de los medicamentos a través del erario público. El Reino Unido, Australia y Canadá evalúan la eficacia comparada y el costo-efectividad en el contexto de los sistemas de atención de salud pública financiados a través de impuestos generales o seguros públicos, creando agencias para hacer este trabajo por el sistema público. Esto

ha llevado a una creciente complejidad, cuestionamiento y confusión sobre las directrices, y la preocupación de que algunos incentivos para la fijación de precios puedan resultar en el desarrollo y suministro de medicamentos innecesarios a los pacientes.

### ***iii) Investigación e innovación***

Al mismo tiempo, se han desarrollado mecanismos de incentivos específicos destinados a fomentar la investigación y desarrollo en torno a enfermedades raras y desatendidas, a menudo con subsidios del Gobierno, usando PPP y otros modelos. Estos incluyen la Ley de Medicamentos Huérfanos (*Orphan Drug Act*) de los EE.UU., el Fondo de Impacto sobre la Salud (*Health Impact Fund*), la iniciativa de Medicamentos para Enfermedades Olvidadas (DNDi, *Drugs for Neglected Disease initiative*), organización para la investigación y desarrollo sin fines de lucro, la Iniciativa sobre Medicamentos Innovadores de Europa, y las iniciativas de compras anticipadas. Los mercados requieren incentivos financieros, pero todo se hace dentro del paradigma del mercado.

### ***iv) Iniciativas para la producción local***

Desde comienzos de la década de 1960, la OMS hizo un llamado a la producción local, y muchos países tenían instalaciones administradas o de propiedad estatal para su propia producción de vacunas y otros medicamentos. La actual política de la OMS es ambigua ya que apunta a los altos costos de inversión y a los costos de cumplir con los estándares de calidad, tales como la norma ICH y la norma BPM de la OMS, y a que las multinacionales regionalicen la producción local. La pregunta de por qué los Estados no deberían utilizar su propia producción local para sus pacientes y sus necesidades de salud pública aún permanece vigente.

### ***v) Las licencias obligatorias como respuesta a los estándares laxos sobre patentes y necesidades insatisfechas***

Los gobiernos pueden emitir una licencia para permitir el uso de una invención (por ejemplo, un medicamento patentado) sin el consentimiento del titular de la patente por razones de interés público, tales como una emergencia nacional, prácticas contrarias a la competencia, o para el uso público, no comercial, pero debe pagar una compensación al titular de la licencia. Casi ninguno de los países de bajos ingresos ha sacado provecho de las licencias obligatorias.

Los países que tengan una Lista de Medicamentos Esenciales deben revisar todos los medicamentos aprobados fuera de esa lista desde la perspectiva de las necesidades públicas, de la eficacia, la efectividad y las ventajas terapéuticas.

## ***vi) Instrumentos de derechos humanos para sustentar los Objetivos de Desarrollo del Milenio***

Las impugnaciones ante tribunales se pueden utilizar para obtener acceso a medicamentos y tratamientos y para revertir las aprobaciones de patentes. Sin embargo, el litigio puede exacerbar las desigualdades si las demandas de querellantes individuales o ciertos casos específicos tienen prioridad sobre las necesidades colectivas o más amplias, como está sucediendo en Brasil (Wang, 2013).

### **Resumen**

Todas las anteriores respuestas a las fallas del mercado global, en el marco del paradigma dominante del libre mercado, consisten en dejar las necesidades de salud pública tras la puerta de la regulación. Dichas respuestas no garantizan que las necesidades de salud pública sean parte integrante del proceso regulatorio de aprobación de medicamentos, y tampoco aseguran que tengamos un sistema de medicamentos basado en el riesgo y la redistribución y en la premisa de la universalidad y la equidad.

El sistema de medicamentos necesita ser revisado. Como primer paso, los países que tengan una Lista de Medicamentos Esenciales deben revisar todos los medicamentos aprobados fuera de esa lista desde la perspectiva de las necesidades públicas, de la eficacia, la efectividad y las ventajas terapéuticas, retirando aquellos medicamentos que no satisfagan esos criterios. La continua revisión que hace la *Drug Efficacy Study Implementation* (DESI) de la FDA, que apunta a evaluar los medicamentos aprobados antes de 1962 y antes de aplicar las normas de eficacia, es una especie de precedente.

En segundo lugar, en la medida en que la armonización de la reglamentación farmacéutica avanza, el sistema regulatorio de aprobación requiere fortalecerse y vincularse a la investigación de las necesidades de atención de salud pública. El sistema de medicamentos debe estar enlazado a los sistemas de atención de salud pública y a los sistemas de vigilancia.

Las preguntas que requieren ser abordadas son las siguientes:

- i) ¿Cuál es la necesidad de salud pública para el medicamento; permite atender alguna necesidad insatisfecha?
- ii) ¿Muestra una ventaja terapéutica con respecto a otros medicamentos?
- iii) ¿Muestra una ventaja terapéutica sobre otros tratamientos e intervenciones?
- iv) ¿Cuál fue la base de la eficacia y cuán sólidas son las evaluaciones clínicas; son mediciones indirectas?

- v) ¿Existen sistemas de vigilancia en sitio para supervisar las necesidades y la eficacia?
- vi) ¿Qué criterios deben regir los medicamentos que no están en la EML y su disponibilidad fuera del sistema de atención de salud pública?
- vii) ¿Existen sistemas para hacer el seguimiento a los ingresos y gastos de las farmacéuticas?
- viii) ¿Quién debe controlar las decisiones acerca de las prioridades de investigación, producción y gastos en medicamentos, y cómo esto se enlaza con el proceso de aprobación y las patentes?
- ix) ¿Estarán los medicamentos disponibles para todos en función de las necesidades? Si no, entonces ¿por qué aprobarlos?

**Tabla 2**  
**Gestión y selección de riesgos en las farmacéuticas**

Farmacéuticas	Necesidades de salud pública	Medicamentos impulsados por el mercado
Sistema de aprobación regulatoria	No incluye.	Aprobación comercial.
Fuentes de financiamiento	Compras gubernamentales de medicamentos de la Lista de Medicamentos Esenciales (LME). Fondos de donantes orientados a medicamentos de LME.	Seguros de salud, fondos de caridad, cobros a usuarios, impuestos, exenciones fiscales. Altamente regresiva, antirredistributiva. No existen riesgos compartidos. Escasa <i>accountability</i> pública.
Asignación de recursos. Control sobre gastos	Evaluación de tecnologías de la salud (HTA, <i>Health Technology Assessment</i> ). Control sobre la fijación de precios.	Fijación y controles de precios. Evaluación de tecnologías de la salud (análisis costo-efectividad). Ganancias, impuestos.
Control sobre investigación y producción. Prioridades	Financiamiento gubernamental, incentivos financieros.	Empresa, partenariados público privados de la industria con academia y otros.
Gestión de riesgos		Contratos comerciales.
Servicios	No integrados.	Fragmentados, mercancías.
<i>Accountability</i>	Ninguna.	Accionistas. Conflictos de intereses entre pacientes, médicos e investigadores.
Información acerca de necesidades y eficacia	Sistemas de vigilancia débiles o ausentes.	Comercial y confidencial. Eficacia: mediciones indirectas.
Derechos de propiedad	Concesión obligatoria de licencias (para fármacos patentados).	Patentes, licencias, fijación de precios.

## Epílogo

En este trabajo he mostrado cómo los principios de las necesidades públicas de salud, la redistribución y los riesgos compartidos o socialmente solidarios están alienados por la mercantilización. Los mercados operan a través de la selección y la exclusión. Transfieren el riesgo a los usuarios de los servicios y niegan atención a aquellos que más la necesitan. La selección de riesgos se basa en el diseño de herramientas utilizadas por las burocracias de mercado.

Los mercados traen nuevos costos e ineficiencias, incluyendo los costos de transacción, facturación, cobranzas, *marketing*, publicidad y precios y beneficios excesivos, no experimentados en las administraciones públicas. La captura regulatoria y las fallas en la regulación son un lugar común, como lo es el fraude y la selección de riesgos, la asimetría de la información y la baja confianza. En el caso de los productos farmacéuticos, donde los gobiernos han cedido al mercado el control sobre las prioridades de investigación y producción de medicamentos, los gobiernos pagan por la innovación y los medicamentos a través de las patentes y los precios acordados. El resultado ha sido la falta de acceso y disponibilidad. El sistema de medicamentos necesita una completa renovación. Es un sistema en crisis. El proceso de aprobación de medicamentos no está conectado a las necesidades de salud pública, ni está vinculado al sistema de salud pública o a las prioridades de atención de la salud para la investigación y la práctica clínica, pero debería estarlo. El abandono del mercado de medicamentos y del cuidado de la salud podría parecer como nadar contra la corriente neoliberal, pero es necesario si no queremos ahogarnos en un mar de venenos o morir de hambre en el desierto del abandono.

Se requerirá valor político para admitir que el mercado ha fracasado y recuperar el control si la meta de salud universal se ha de lograr. Como los sistemas de salud pública se ven cada vez más reducidos, desplazados y mercantilizados, su capacidad para controlar costos, remediar necesidades insatisfechas y dar respuesta a las necesidades se verá todavía más debilitada.

La compleja interacción entre los sistemas de salud pública, los sistemas de aprobación de medicamentos de cada país, y la investigación, la innovación y la producción necesita ser abordada con carácter de urgencia. El cambio de paradigma requiere una completa reorientación del modo en que se abordan los sistemas y regulaciones manejados por el mercado respecto a las necesidades de salud pública, la redistribución y los riesgos compartidos.

Se requerirá valor político admitir que el mercado ha fracasado y recuperar el control si la meta de salud universal se ha de lograr.

El diseño de los sistemas de salud pública para satisfacer las necesidades de atención de salud pública no es de alto riesgo y tampoco es un experimento. Se ha probado en muchos países, y demostrado que funciona bien, sobre todo el NHS del Reino Unido durante 60 años. Las burocracias públicas han hecho lo que se les ha exigido por ley y han desarrollado la experiencia necesaria. No existe país en el mundo que haya entregado asistencia sanitaria universal a través del mercado. Con el fin de garantizar el acceso universal a la atención de la salud, los sistemas de administración pública tienen que adherirse a algunos principios comunes. Un buen punto de partida para la burocracia pública comprometida con el objetivo de la atención universal de salud sería incorporar los siguientes seis principios: equidad en el financiamiento, equidad en la asignación de recursos, compartir riesgos y solidaridad social en la prestación de servicios, *accountability* y control político, integración de servicios a través de unidades geográficas de administración, y *accountability* pública a través de fuertes sistemas de información y vigilancia. Estos son los primeros pasos necesarios hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible para la atención universal de salud y el acceso racional a medicamentos esenciales.

### Notas

(1) <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200506/cmselect/cmhealth/934/934we41.htm>.

(2) Información personal ofrecida por Jonathan Filippou.

(3) Ver <http://www.alltrials.net>.

### Bibliografía

ABPI (s.f.a), Research and Development, London, Association of the British Pharmaceutical Industry, <http://www.abpi.org.uk/industry-info/knowledge-hub/randd/Pages/expenditure.aspx#1>.

\_\_\_\_\_ (s.f.b), Value of the Pharmaceutical Industry in the UK, London, Association of the British Pharmaceutical

Industry, <http://www.abpi.org.uk/industry-info/knowledge-hub/uk-economy/Pages/voiaspx>.

Adams, Christopher P. y Brantner, Van V. (2006), "Estimating the Cost of New Drug Development: Is It Really \$802 Million?", en *Health Affairs*, Vol. 25 N° 2, pp. 420-428, <http://content.healthaffairs.org/content/25/2/420.full.pdf+html>.

- Bandolier Extra (2002), “Adverse Drug Reactions in Hospital Patients”, en *Bandolier Extra*, pp. 1-15, <http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/extraforbando/adrpm.pdf>.
- Baker, Dean (2011), “To Overhaul the Corporate Tax Code, Start with Drug Companies”, en *The New York Times*, April 13, <http://www.nytimes.com/roomfordebate/2011/02/01/the-trouble-with-corporate-taxes/to-overhaul-the-corporate-tax-code-start-with-drug-companies>.
- Brimelow, Adam (2015), “Chief Medical Officer Calls for Medicines Review to Restore Public Trust”, en *BBC News*, June 16, <http://www.bbc.co.uk/news/health-33127672>.
- Cameron, Alexandra; Ewen, Margaret; Auton, Martin; y Abegunde, Dele (2011), “Medicines Prices, Availability and Affordability”, en *The World Medicines Situation 2011*, Geneva, World Health Organization, [http://www.who.int/medicines/areas/policy/world\\_medicines\\_situation/WMS\\_ch6\\_wPricing\\_v6.pdf](http://www.who.int/medicines/areas/policy/world_medicines_situation/WMS_ch6_wPricing_v6.pdf).
- Cameron, Alexandra; Ewen, Margaret; Degnan, Dennis; Ball, Douglas; y Laing, Richard (2009), “Medicines Prices, Availability, and Affordability in 36 Developing and Middle-Income Countries: a Secondary Analysis”, en *The Lancet*, Vol. 373 N° 9659, pp. 240-249, [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(08\)61762-6.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(08)61762-6.pdf).
- Committee on the Learning Health Care System in America (2012), “Best Care at Lower Cost: the Path to Continuously Learning Health Care in America”, Washington, National Academies Press, <http://iom.nationalacademies.org/Reports/2012/Best-Care-at-Lower-Cost-The-Path-to-Continuously-Learning-Health-Care-in-America.aspx>.
- Commonwealth Fund (2010), “Commonwealth Fund International Health Policy Survey”, New York, Commonwealth Fund, <http://www.commonwealthfund.org/publications/surveys/2010/nov/2010-international-survey>.
- Davis, Courtney y Abraham, John (2013), *Unhealthy Pharmaceutical Regulation: Innovation, Politics and Promissory Science*, Basingstoke, Palgrave Macmillan (Health, Technology and Society).
- Devereux, Michael; Griffith, Rachel; y Klemm, Alexander (2002), “Corporate Income Tax Reforms and International Tax Competition”, en *Economic Policy*, Vol. 17 N° 35, pp. 451-495.
- EFPIA (2014), *The Pharmaceutical Industry in Figures: Key Data 2014*, Brussels, European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations, [http://www.efpia.eu/uploads/Figures\\_2014\\_Final.pdf](http://www.efpia.eu/uploads/Figures_2014_Final.pdf).
- European Commission (2009), *The 2009 Ageing Report: Economic*

- and Budgetary Projections for the EU-27 Member States (2008-2060)*, Brussels, European Commission (European Economy; N° 2).
- Gov.UK (2007), "Corporation Tax: the Patent Box", en *HM Revenue and Customs*, London, Gov.UK, <https://www.gov.uk/guidance/corporation-tax-the-patent-box>.
- HAI Global (2010), "Life-Saving Insulin Largely Unaffordable", Amsterdam, Health Action International, [http://www.haiweb.org/medicineprices/07072010/Global\\_briefing\\_note\\_FINAL.pdf](http://www.haiweb.org/medicineprices/07072010/Global_briefing_note_FINAL.pdf).
- Hall, Kyle y Kitto, Liz (2011), "Industry Issue Report: Taxation in the Pharmaceutical Industry", <https://kelley.iu.edu/CBLS/files/Courses/Hall-Kitto%20Pharma%20Tax%20Issues.pdf>.
- Hellowell, Mark y Pollock, Allyson M. (2009), "The Private Financing of NHS Hospitals: Politics, Policy and Practice", en *Economic Affairs*, Vol. 29 N° 1, pp. 13-19.
- ICAEW (2011), "Corporate Tax Reform. Part IIB: the Taxation of Innovation and Intellectual Property", London, The Institute of Chartered Accountants in England and Wales, [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/81506/corporate\\_tax\\_reform\\_part2b\\_innovation\\_and\\_intellectual\\_property.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/81506/corporate_tax_reform_part2b_innovation_and_intellectual_property.pdf).
- ICO (s.f.), "What is the Freedom of Information Act?", Cheshire, Information Commissioner's Office, <https://ico.org.uk/for-organisations/guide-to-freedom-of-information/what-is-the-foi-act>.
- IFPMA (2012), "The Pharmaceutical Industry and Global Health: Facts and Figures 2012", Geneva, International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations, [http://www.ifpma.org/fileadmin/content/Publication/2013/IFPMA\\_-\\_Facts\\_And\\_Figures\\_2012\\_LowResSinglePage.pdf](http://www.ifpma.org/fileadmin/content/Publication/2013/IFPMA_-_Facts_And_Figures_2012_LowResSinglePage.pdf).
- \_\_\_\_\_ (2014), "The Pharmaceutical Industry and Global Health: Facts and Figures 2014", Geneva, International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations, [http://www.ifpma.org/fileadmin/content/Publication/2014/IFPMA\\_-\\_Facts\\_And\\_Figures\\_2014.pdf](http://www.ifpma.org/fileadmin/content/Publication/2014/IFPMA_-_Facts_And_Figures_2014.pdf).
- Kaplan, Warren; Wirtz, Veronika J.; Mantel-Teeuwisse, Aukje; Stolk, Pieter; Duthey, Béatrice; y Laing, Richard (2013), "Priority Medicines for Europe and the World: 2013 Update", Geneva, World Health Organization, [http://www.who.int/medicines/areas/priority\\_medicines/MasterDocJune28\\_FINAL\\_Web.pdf](http://www.who.int/medicines/areas/priority_medicines/MasterDocJune28_FINAL_Web.pdf).
- Kirkwood, Graham; Pollock, Allyson; Howie, Colin ...[et al] (2014), "NHS Scotland Reduces the Postcode Lottery for Hip Arthroplasty: an Ecological Study of the Impact of

- Waiting Time Initiatives”, en *Journal of the Royal Society of Medicine*, Vol. 107 N° 6, pp. 237-245.
- Krumholz, H. M.; Ross, J. S.; Presler, A. H.; y Egilman, D. S. (2008), “What Have We Learnt from Vioxx?” en *British Medical Journal*, N° 334, pp. 120-123.
- Legido-Quigley, Helena (2011), “Cross-border Healthcare in Europe Union: Clarifying Patients’ Rights”, en *British Medical Journal*, N° 342, <http://www.ecabeurope.eu/PDF/BMJ%2011Feb11.pdf>.
- Light, Donald y Lexchin, Joel (2012), “Pharmaceutical Research and Development: What Do We Get for All that Money?”, en *British Medical Journal*, N° 345, <http://www.bmj.com/content/345/bmj.e4348>.
- Lu, Ye; Hernandez, Patricia; Abegunde, Dele; y Edejer, Tessa (2011), *The World Medicines Situation 2011: Medicine Expenditures*, Geneva, World Health Organization, [http://www.who.int/health-accounts/documentation/world\\_medicine\\_situation.pdf](http://www.who.int/health-accounts/documentation/world_medicine_situation.pdf).
- Luo, Jing y Kesselheim, Aaron (2015), “Evolution of Insulin Patents and Market Exclusivities in the USA”, en *The Lancet Diabetes and Endocrinology*, Vol. 3 N° 11, pp. 835-837, [http://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587\(15\)00364-2/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587(15)00364-2/fulltext).
- Mangan, Dan (2013), “Medical Bills Are the Biggest Cause of US Bankruptcies: Study”, Englewood Cliff, CNBC, <http://www.cnb.com/id/100840148>.
- MDG Gap Task Force (2008), *Delivering on the Global Partnership for Achieving the Millennium Development Goals: MDG Gap Task Force Report 2008*, New York, United Nations.
- Merrill, Peter R. (2010), “Corporate Tax Policy for the 21st Century”, en *National Tax Journal*, Vol. 63 N° 4, pp. 623-634.
- Moore, Alison (2009), “NHS out of Pocket as Contract Ends for Cataract Treatment Centre”, en *Health Service Journal*, N° 14, <http://www.hsj.co.uk/news/policy/nhs-out-of-pocket-as-contract-ends-for-cataract-treatment-centre/5001278.article#.U-3XYmPVX5M>.
- Mullin, Rick (2014), “Cost to Develop New Pharmaceutical Drug Now Exceeds \$2.5B”, en *Scientific American*, November 24, <http://www.scientificamerican.com/article/cost-to-develop-new-pharmaceutical-drug-now-exceeds-2-5b>.
- Naylor, Chris y Gregory, Sarah (2009), “Briefing: Independent Sector Treatment Centres”, London, The King’s Fund, [http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field\\_publication\\_file/briefing-independent-sector-treatment-centres-istc-chris-naylor-](http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/briefing-independent-sector-treatment-centres-istc-chris-naylor-)

- sarah-gregory-kings-fund-october-2009.pdf.
- Null, Gary (2008), "Death by Medicine: Iatrogenic Illness", en *The Center for Sustainable Medicine*, October 6, <http://www.sustainablemedicine.org/un-sustainable-medicine/death-by-medicine-iatrogenic-illness>.
- OECD (2014), "Tax Burdens on Labour Income Continue to Rise across the OECD", Paris, OECD, <https://www.oecd.org/tax/tax-burdens-on-labour-income-continue-to-rise-across-the-oecd.htm>.
- ONU (2015), "Sustainable Development Goals", New York, ONU, <https://sustainabledevelopment.un.org/?menu=1300>.
- Pollock, Allyson M.; Dunnigan, Matthew; Gaffney, Declan; Macfarlane, Alison; y Majeed, F. Azeem (1997), "What Happens When the Private Sector Plans Hospital Services for the NHS: Three Case Studies under the Private Finance Initiative", en *British Medical Journal*, N° 314, pp. 1266-1271.
- Pollock, Allyson y Godden, Sylvia (2008), "Independent Sector Treatment Centres: Evidence So Far", en *British Medical Journal*, N° 336, pp. 421-424.
- Pollock, Allyson y Kirkwood, Graham (2009), "Independent Sector Treatment Centres: Learning from a Scottish Case Study", en *British Medical Journal*, N° 338, <http://www.bmj.com/content/338/bmj.b1421>.
- Pollock, Allyson; Macfarlane, Alison; y Godden, Sylvia (2012), "Dismantling the Signposts to Public Health? NHS Data under the Health and Social Care Act 2012", en *British Medical Journal*, N° 344, e2364.
- Pollock, Allyson M.; Price, David; Kondilis, Elias; Freitag, Andreas; y Harding-Edgar, Louisa (2013), "Planning for Closure: the Role of Special Administrators in Reducing NHS Hospital Services in England", en *British Medical Journal*, N° 347.
- Pollock, Allyson M. y Price, David (2011), "The Break up of the English NHS: the New Market Bureaucracy Needs Information Systems Based on Members and not Geographic Populations", en *Michael Quarterly*, Vol. 8 N° 4, pp. 460-475.
- \_\_\_\_\_ (2012), "The Break-up of the NHS: Implications for Information Systems", en *Health Care Reform and Globalization: the US, China and Europe in Comparative Perspective*, P. Watson (ed.), London, Routledge.
- \_\_\_\_\_ (2013), PFI and the National Health Service in England, London, Queen Mary University of London, [http://www.allysonpollock.com/wp-content/uploads/2013/09/AP\\_2013\\_Pollock\\_PFI\\_Lewisham.pdf](http://www.allysonpollock.com/wp-content/uploads/2013/09/AP_2013_Pollock_PFI_Lewisham.pdf).
- Pollock, Allyson M.; Price, David; y Liebe, Moritz (2011), "Private Finance Initiatives during

- NHS Austerity”, en *British Medical Journal*, N° 342, [http://www.allysonpollock.com/?page\\_id=11](http://www.allysonpollock.com/?page_id=11).
- Public Citizen (2003), “2002 Drug Industry Profits: Hefty Pharmaceutical Company Margins Dwarf Other Industries”, Washington, Congress Watch, [https://www.citizen.org/documents/Pharma\\_Report.pdf](https://www.citizen.org/documents/Pharma_Report.pdf).
- Schoen, Cathy; Lau, Jennifer; Shih, Anthony; y How, Sabrina K. H. (2008), “Public Views on U.S. Health System Organization: a Call for New Directions”, New York, The Commonwealth Fund, [http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/data-brief/2008/aug/public-views-on-u-s--health-system-organization--a-call-for-new-directions/how\\_publicviewsushltsysorg\\_1158\\_db.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/data-brief/2008/aug/public-views-on-u-s--health-system-organization--a-call-for-new-directions/how_publicviewsushltsysorg_1158_db.pdf).
- Select Committee on Health (2006a), “Written Evidence: Further Supplementary Memorandum Submitted by the Department of Health (ISTC 1E)”, London, Select Committee on Health, [http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200506/cmselect/cmhealth/934/934\\_awe09.htm](http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200506/cmselect/cmhealth/934/934_awe09.htm).
- \_\_\_\_\_ (2006b), “Fourth Report: Conclusions and Recommendations”, London, Select Committee on Health, <http://www.parliament.the-stationery-office.com/pa/cm200506/cmselect/cmhealth/934/93410.htm>.
- Statista (s.f.), “Statistics and Facts about Top Pharmaceutical Drugs”, New York, Statista, <http://www.statista.com/topics/1497/top-pharmaceutical-drugs>.
- Stevenson Chettiar, Gerald (2015), “Global Life Sciences Outlook: Adapting in an Era of Transformation”, New York, Deloitte, <http://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/gx-lshc-2015-life-sciences-report.pdf>.
- The Scottish Government (2009), “Stracathro Hospital Returns to NHS”, Edinburgh, October 18, <http://www.scotland.gov.uk/News/Releases/2009/10/16165310>.
- Treatment Abroad (2011), “Your Rights to Treatment in Europe”, Berkhamsted, Intuition Communication, <https://www.networks.nhs.uk/nhs-networks/cross-border-healthcare-network/documents/EU%20Treatment%20Guide.pdf>.
- Tufts Center for the Study of Drug Development (2014), “Cost to Develop and Win Marketing Approval for a New Drug is \$2.6 Billion”, Boston, CSDD, [http://csdd.tufts.edu/news/complete\\_story/pr\\_tufts\\_csdd\\_2014\\_cost\\_study](http://csdd.tufts.edu/news/complete_story/pr_tufts_csdd_2014_cost_study).
- Vernaz, Nathalie; Haller, Guy; Girardin, François; Huttner, Benedikt; Combescur, Christophe; y Dayer, Pierre (2013), “Patented Drug Extension Strategies on

- Healthcare Spending: a Cost-Evaluation Analysis”, en *PLOS Medicine*, June 4, <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001460>.
- Vogel, Ronald J. (2007), *Pharmaceutical Economics and Public Policy*, New York, Haworth Press.
- Wang, Daniel W. (2013), “Courts and Health Care Rationing: the Case of the Brazilian Federal Supreme Court”, en *Health Economics, Policy and Law*, Vol. 8 N° 1, pp. 75-93.
- Willert, Patricia (2007), “Assessment of the Pharmaceutical Market in Poland after Accession to the European Union”, en *The European Journal of Health Economics*, Vol. 8 N° 4, pp. 347-357.
- WHO (1997), “Public-Private Roles in Pharmaceutical Sector: Implications for Equitable Access and Rational Drug Use”, Geneva, World Health Organization (Health Economics and Drug Series; N° 005), <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jwhozip27e>.
- \_\_\_\_\_ (2008), “Health Systems: First Global Conference on Task Shifting”, Geneva, World Health Organization, [http://www.who.int/healthsystems/task\\_shifting/en](http://www.who.int/healthsystems/task_shifting/en).
- \_\_\_\_\_ (2009), “Access to Affordable Essential Medicines”, en *Strengthening the Global Partnership for Development in a Time of Crisis*, MDG Gap Task Force (ed.), New York, United Nations, [http://www.haiweb.org/medicineprices/23092009/MGD8E\\_EMs.pdf](http://www.haiweb.org/medicineprices/23092009/MGD8E_EMs.pdf).
- \_\_\_\_\_ (2010), “*Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010*”, Geneva, World Health Organization, [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_full\\_en.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf).
- \_\_\_\_\_ (2012), “*WHO Recommendations: Optimizing Health Worker Roles to Improve Access to Key Maternal and Newborn Health Interventions through Task Shifting*”, Geneva, World Health Organization, [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77764/1/9789241504843\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77764/1/9789241504843_eng.pdf).
- \_\_\_\_\_ (2016), “Trade, Foreign Policy, Diplomacy and Health: Access to Medicines”, Geneva, World Health Organization, <http://www.who.int/trade/glossary/story002/en>.
- WHO y World Bank (2015), *Tracking Universal Health Coverage: First Global Monitoring Report*, Geneva, World Health Organization.
- Yong, Pierre; Olsen, Leigh Anne; y Saunders, Robert (eds.) (2010), *The Healthcare Imperative: Lowering Costs and Improving Outcomes. Workshop Series Summary*, Washington, National Academies Press, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53942>.