

SOCIOLOGÍA ANTROPOLOGÍA  
CIENCIA POLÍTICA Y GOBIERNO  
SOCIOLOGÍA ANTROPOLOGÍA  
CIENCIA POLÍTICA Y GOBIERNO

**CUADERNO DE TRABAJO N° 58**

## **UNA REVISIÓN DE LAS APP EN SALUD EN AMÉRICA LATINA**

Octubre 2020

Autoras

María José Romero  
Jasmine Gideon

SOCIOLOGÍA ANTROPOLOGÍA  
CIENCIA POLÍTICA Y GOBIERNO  
SOCIOLOGÍA ANTROPOLOGÍA  
CIENCIA POLÍTICA Y GOBIERNO  
SOCIOLOGÍA ANTROPOLOGÍA  
CIENCIA POLÍTICA Y GOBIERNO  
SOCIOLOGÍA ANTROPOLOGÍA  
CIENCIA POLÍTICA Y GOBIERNO  
SOCIOLOGÍA ANTROPOLOGÍA  
CIENCIA POLÍTICA Y GOBIERNO  
SOCIOLOGÍA ANTROPOLOGÍA  
CIENCIA POLÍTICA Y GOBIERNO  
SOCIOLOGÍA ANTROPOLOGÍA  
CIENCIA POLÍTICA Y GOBIERNO  
SOCIOLOGÍA ANTROPOLOGÍA  
CIENCIA POLÍTICA Y GOBIERNO

DEPARTAMENTO  
ACADÉMICO DE  
**CIENCIAS SOCIALES**



**PUCP**



**CUADERNO DE TRABAJO N° 58**

**UNA REVISIÓN DE LAS APP EN SALUD EN  
AMÉRICA LATINA**

**Autoras:**

*María José Romero - SOAS University of London  
PhD candidate in Development Economics  
667446@soas.ac.uk*

*Jasmine Gideon, Birkbeck, - University of London  
Reader in Gender, Health and International Development, Dept of Geography.  
j.gideon@bbk.ac.uk*

**Octubre, 2020**

## **Autoras**

***María José Romero***

***Jasmine Gideon***

Editado por la Pontificia Universidad Católica del Perú  
Departamento Académico de Ciencias Sociales, 2020  
Av. Universitaria 1801, Lima 32 – Perú  
Teléfono: (51-1) 626-2000 anexo 4300  
dptoccss@pucp.edu.pe

# **UNA REVISIÓN DE LAS APP EN SALUD EN AMÉRICA LATINA**

Lima, Departamento Académico de Ciencias Sociales, 2020

Diseño y diagramación: Elit León Atauqui  
Calle Santa Francisca Romana 395, Lima  
Teléfono: 657-1260  
Correo electrónico: elit.leon@gmail.com

Primera edición digital, Octubre 2020

ISBN: 978-612-48321-1-6

Publicación disponible en: <http://departamento.pucp.edu.pe/ciencias-sociales/>

## RESUMEN

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible incluye un compromiso con la cobertura sanitaria universal (CSU), lo que lleva a un intenso debate sobre cómo se financiarán y prestarán los servicios de atención de la salud. El paradigma político más dominante promueve el uso de las finanzas privadas para cumplir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Las asociaciones público-privadas (APP) son fundamentales para esta estrategia y hay un número creciente de APP en salud en toda América Latina. Con un enfoque específico en el caso de Perú, el documento de trabajo examina los debates más amplios en torno a las APP en salud, prestando especial atención al auge de las APP hospitalarias. En la actualidad, Perú cuenta con dos hospitales APP, proyectos que implicaron la construcción y operación clínica de nuevos hospitales, cada uno con los correspondientes centros de atención primaria y de urgencias, al tiempo que se planean varios más para el futuro. Sin embargo, a pesar de su amplia promoción, todavía hay muy poca evidencia que respalde las afirmaciones de que las APP pueden abordar eficazmente las desigualdades sanitarias o que ofrecen “valor por dinero”. Dada la naturaleza ya fragmentada del sistema de salud de Perú y las históricas desigualdades de género, de raza y geográficas, siguen habiendo serias dudas sobre la viabilidad de utilizar las APP para el logro eficaz de la CSU y de los ODS conexos.

**Palabras clave:** sistemas de salud; Objetivos de Desarrollo Sostenible; cobertura sanitaria universal; asociaciones público privadas



Resumen .....	4
Introducción .....	8
La definición de las APP .....	11
Los sistemas de salud latinoamericanos.....	12
El caso peruano.....	15
Los sistemas de salud latinoamericanos y el auge de las APP.....	17
El auge de las APP en salud .....	18
El auge de las APP: Teoría y práctica .....	22
Observaciones finales .....	27
Referencias .....	28



## INTRODUCCIÓN

En 2015 los líderes mundiales acordaron la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible en las Naciones Unidas (Naciones Unidas, 2015), que incluye un compromiso con la salud centrado en la cobertura sanitaria universal. Este compromiso ha intensificado aún más las diferentes interpretaciones sobre la forma en que se prestará y se financiará la asistencia sanitaria. El paradigma político dominante pone al sector privado en el centro del financiamiento para el desarrollo y las asociaciones público-privadas (APP) son parte integral de este giro en el financiamiento para el desarrollo (Bayliss y Van Waeyenberge, 2018). Las APP se promueven como una herramienta clave de políticas y financiamiento, así como un símbolo de cómo cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), incluso en materia de salud. Este documento de trabajo aborda el auge de las APP en los sectores de la salud en América Latina, enfocándose en Perú, donde las APP en salud ocupan un lugar destacado en la agenda política. Presenta una revisión de la literatura que mapea los principales debates sobre las APP en salud, con un enfoque primario en las APP hospitalarias, incluyendo la cuestión de si las APP pueden cumplir con los ODS.

Desde 2010 se han intensificado drásticamente las acciones mundiales de promoción de las APP (Bayliss y Van Waeyenberge, 2018). Las APP son fomentadas, a través de diferentes herramientas, por una amplia gama de actores transnacionales, que incluyen departamentos específicos de los organismos de las Naciones Unidas, el Grupo de los 20 (G20), el Grupo del Banco Mundial (GBM), organismos bilaterales de desarrollo, gobiernos donantes clave, empresas globales de consultoría, asociaciones empresariales y organizaciones filantrópicas. Esta promoción ha dado lugar a diferentes plataformas, mecanismos de donantes e iniciativas que permiten el florecimiento de las APP (Hall, 2015; Lethbridge, 2016; Romero, 2015; Shaoul, 2009). En el ámbito de la atención sanitaria, las APP mundiales (también llamadas asociaciones de múltiples partes interesadas) han proliferado y se ha desarrollado un mercado para las APP en salud, a pesar de las pruebas ambiguas (y a menudo negativas) sobre sus implicaciones en materia de eficacia, costo y equidad (Gideon y Unterhalter, 2017; Hall, 2015; KS *et al.*, 2016; Languille, 2017; Romero, 2015; Trebilcock y Rosenstock, 2015).

El papel emergente de las APP en salud puede ubicarse en el contexto más amplio de un panorama cambiante de financiamiento al desarrollo y sanitario en las últimas dos décadas, marcado por cambios significativos en la política social en todo el Sur Global. Esto refleja los momentos cambiantes y las formas de

neoliberalismo, sustentados e impulsados por la financiarización, aunque estos procesos se han desarrollado de manera desigual (Lavinás, 2018). Estos cambios están asociados, en primer lugar, a un giro de la prestación pública de servicios sociales a una mayor dependencia de las actividades y recursos del sector privado en la prestación de los servicios de salud y educación. En segundo lugar, hay un enfoque mayor en la 'racionalidad' de la política social, en ámbitos como la sanidad. Cada vez hay más énfasis en los imperativos de la economía de la salud con un énfasis en las jerarquías con respecto a formas particulares de evidencia y métodos de investigación (Adams, 2013). Las fundaciones filantrópicas han aumentado la influencia en la política de salud y están asociadas a nuevos mecanismos para aumentar y desembolsar el financiamiento (Buse, Hein y Drager, 2009; Hunter y Murray, 2019). Paradójica y perversamente, la crisis financiera y económica de 2007-2008 dio lugar a un mayor foco en el sector privado en el desarrollo, respaldado por la dependencia y la promoción del financiamiento privado. Esta tendencia puede estar impulsada por la masa de riqueza en manos de inversores institucionales que buscan oportunidades de inversión estables y rentables (Bayliss y Van Waeyenberge, 2018). Según Fine y Saad-Filho (2017, p. 687), el auge de la financiarización, 'definida como la acumulación intensiva y extensiva de capital que genera intereses, ha transformado profundamente la organización de la reproducción económica y social'. La privatización de los servicios públicos y, más recientemente, el papel de las APP en la provisión de infraestructura económica y social ha sido fundamental para este proceso. Además, este panorama cambiante ha dado lugar a un relato particular en apoyo de las APP, que adopta diferentes formas y énfasis entre regiones y países. Una de estas formas es el enfoque en la capacidad del financiamiento privado para cerrar la llamada brecha de financiamiento en los sectores de infraestructura y social, impulsado por políticas de austeridad que han socavado la capacidad del sector público para prestar atención sanitaria.

Históricamente, la inversión privada y los proyectos APP en América Latina y el Caribe se centraron en la infraestructura física, especialmente en transporte, telecomunicaciones y energía (GBM, 2019). En la última década, sin embargo, gran parte de la región ha comenzado a utilizar APP para abordar la infraestructura social, incluyendo la atención médica, con países como Brasil, Chile, Colombia, México y Perú a la cabeza (BID, 2017; Llumpo *et al.*, 2015; Vassallo, 2019). En toda la región, se han aprobado leyes de APP y se han incluido APP en los planes nacionales sectoriales y de desarrollo (Economic Intelligence Unit, 2019).

Aunque el sector privado (tanto con, como sin fines de lucro) ha desempeñado históricamente un papel activo en la prestación de asistencia sanitaria, el mayor

uso y promoción de las APP plantea cuestiones específicas. Entre ellas cabe citar la reconfiguración de las relaciones entre el sector público y el privado (Languille, 2017) y los cambios en las estrategias de universalización de la provisión sanitaria basada en la ciudadanía social. La reconfiguración del papel del Estado para habilitar las APP incluye su reorientación hacia la puesta en marcha de servicios, en lugar de supervisar la prestación directa y, a menudo, la creación de una fuente de ingresos segura para las empresas del sector privado en el contexto de la prestación de servicios esenciales. Esto tiene profundas consecuencias sobre en qué medida el Estado puede atender a las desigualdades al garantizar la provisión para los grupos más marginados de la sociedad (Hunter y Murray, 2019). Sin embargo, el supuesto consenso mundial sobre la necesidad de una cobertura universal enmascara una considerable divergencia en torno a los principios y la política de lo que constituye la 'universalidad' (Birn y Nervi, 2019). Además, a partir de la crisis económica mundial de 2007-2008, la atención ha pasado de abordar los determinantes sociales de la salud y de prestar atención primaria preventiva a la ampliación de la prestación privada y al hincapié en la rentabilidad de los tratamientos (Benatar, Gill y Bakker, 2011; Vásquez, Pérez-Brumer y Parker, 2019). Varios países de la región, en particular Bolivia y Ecuador, priorizaron el desarrollo de la atención curativa y hospitalaria, restando así recursos y atención al abordaje de los determinantes sociales de la salud (Hartmann, 2016)<sup>1</sup>.

Si bien hay una serie de análisis sobre políticas sociales y salud en América Latina, incluyendo a Perú (Ewig, 2011; Haggard y Kaufman, 2008; Mesa Lago, 2008), la literatura sobre las APP en salud en esta región es todavía emergente. Al revisar estos estudios extraemos lecciones de la experiencia internacional con APP en salud para alimentar nuestro análisis. El documento de trabajo comienza con una breve discusión sobre la definición de APP antes de presentar una visión general de las características clave de los sistemas de salud latinoamericanos, con un enfoque especial en Perú. A continuación, analiza la aparición de las APP en salud en América Latina, centrándose en los principales actores e impulsores de políticas, presentándolos en el contexto de debates clave. El documento de trabajo utiliza el caso de Perú para ilustrar el surgimiento de las APP en un país que enfrenta la fragmentación estructural y las desigualdades dentro del sistema de salud. Estos son desafíos específicos que quedaron expuestos e, incluso, se intensificaron con el estallido de la pandemia del Covid-19.

---

<sup>1</sup> Vale la pena señalar que la atención hospitalaria representa alrededor del 50% del gasto total en atención de la salud en la mayoría de los países (Levaggi y Levaggi, 2020, p. 1).

## LA DEFINICIÓN DE LAS APP

Las APP han sido una característica de la implementación de las políticas sociales desde principios de la década de 1990, aunque no existe una definición universalmente convenida del término APP. La palabra ‘asociación’ se ha convertido en una palabra de moda en el desarrollo (Cornwall, 2007, p. 475), que habla de ‘una agenda para transformar las relaciones del desarrollo’, con una popularidad que tiene ‘tanto que ver con su factor de sentirse bien como con lo que prometieron cumplir’. Según Mirafteb (2004, p. 92), la imprecisa terminología que rodea a las APP tiene un propósito deliberado, fomentando convenientes ‘ambigüedades en la definición de los papeles y las expectativas de cada socio’. Muchos países han desarrollado sus propias definiciones de APP en las leyes y políticas nacionales, lo que presenta desafíos a la hora de llevar a cabo análisis comparativos.

Se han desarrollado diferentes tipologías para clasificar las APP en el sector de la salud. Estas incluyen una tipología ampliamente utilizada de APP hospitalarias (Montagu y Harding, 2012), la distinción entre las políticas de salud del lado de la demanda, como los esquemas de cupones, y las políticas de salud del lado de la oferta, como la franquicia, y una tipología de APP globales para el desarrollo sobre la base de los objetivos que persiguen (Buse y Walt, 2000). Sin embargo, siguiendo a Romero y Van Waeyenberge (2020), argumentamos que estas tipologías alejan la atención de las características subyacentes compartidas de los contratos de APP, que se confunden a medida que se enfatizan las diferencias entre los acuerdos concretos. Estas características compartidas incluyen que las APP implican apoyo estatal (nacional e internacional) para la transformación de los servicios públicos en activos privados, con la excepción de las asociaciones con organizaciones sin fines de lucro. Este cambio va en detrimento de las prácticas y nociones alternativas de los servicios y los bienes públicos enmarcados por los imperativos de acceso y calidad para todos.

## LOS SISTEMAS DE SALUD LATINOAMERICANOS

Durante las décadas de 1980 y 1990, los sistemas de salud latinoamericanos se transformaron bajo la influencia del Consenso de Washington, impulsado por las instituciones financieras internacionales (Molyneux, 2008), lo que tuvo profundas consecuencias para sus resultados. Las políticas neoliberales aplicadas en la región implicaron la reducción y privatización de los servicios sociales estatales y las redes de seguridad, la apertura de las economías nacionales al comercio exterior y la inversión y la promoción de una lógica de mercado por sobre el contrato social con el Estado como base. En el sector de la salud, se contrajeron y descentralizaron los servicios y programas de atención de la salud, lo que fue acompañado por condiciones de trabajo cada vez más precarias para los profesionales de la salud. Hubo también un énfasis en la eficiencia de la gestión y en los seguros privados (Birn, Nervi y Siqueira, 2016; Cueto, Palmer y Palmer, 2015; Vasquez, Pérez-Brumer y Parker, 2019. Esto convirtió a “América Latina en un laboratorio vivo de la reforma macroeconómica neoliberal” (Laurell, 2000, citado en Vásquez, Pérez-Brumer y Parker, 2019, pág. 780). Los críticos han argumentado que los costos de estas reformas neoliberales para la salud pública fueron elevados, lo que dio lugar al regreso de enfermedades infecciosas previamente erradicadas como el cólera y la propagación de nuevas enfermedades, incluido el VIH, junto con un aumento de las enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión (Cueto, Palmer y Palmer, 2015; Yon, 2016).

Aunque los distintos países experimentaron este proceso de manera diferente (Bustamante y Méndez, 2014; Haggard y Kaufman, 2009), la difusión del modelo neoliberal fue facilitada por una serie de factores regionales. Entre ellos cabe citar el fin del modelo de desarrollo regional de posguerra asociado a la crisis de la deuda, que asestó un golpe a la historia regional de desarrollo económico impulsado internamente, la sustitución de importaciones y la industrialización. Las dictaduras militares que tomaron el poder en la región desde la década de 1950 hasta la década de 1980 también impulsaron procesos relacionados con el neoliberalismo (Birn, Nervi y Siqueira, 2016). Una gran clase media ha fomentado la inversión extranjera en los sistemas de seguridad social que proporcionaban seguros de salud (Birn, Nervi y Siqueira, 2016). Históricamente muchos sistemas de salud latinoamericanos evolucionaron a partir de una serie de fondos de seguridad social que se establecieron para los trabajadores del sector formal (Mesa-Lago, 2008). Como resultado, los sistemas de salud de la región se caracterizan por la “segmentación y fragmentación”, una combinación que según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) “da lugar a desigualdades e ineficiencias que

comprometen el acceso universal, la calidad y el financiamiento” (OPS, 2017, pág. 1). Además, “la debilidad de la capacidad regulatoria del sistema de salud, la excesiva verticalidad en algunos programas de salud pública, la falta de prestación integrada de servicios y, ocasionalmente, la presión sindical para proteger los privilegios y la falta de voluntad política para hacer los cambios necesarios exacerban y perpetúan este problema” (OPS, 2017, pág. 1).

Desde finales de la década de 1990, los partidos de centro-izquierda e izquierda llegaron al poder en la mayoría de los países de la región, bajo lo que se ha denominado la “marea rosa”, opuesta a las políticas neoliberales (Riggirozzi y Grugel, 2012). Estos gobiernos promovieron una ola de reformas del sector de la salud que ampliaron el acceso y la cobertura (Huber y Stephens, 2012; Vásquez, Pérez-Brumer y Parker, 2019). Perú, sin embargo, se mantuvo “ajeno” a la marea rosa (Crabtree y Durand, 2017). Allí, “a pesar de una reacción popular significativa a las políticas asociadas con el neoliberalismo, los partidos de izquierda evidentemente no lograron montar un desafío político convincente a la hegemonía del Consenso de Washington, tanto durante los años de Fujimori como a partir de entonces” (Crabtree y Durand, 2017, pág. 173)<sup>2</sup>.

Durante la década de 2000 América Latina experimentó una década de crecimiento económico como resultado del “boom de las materias primas” (Ocampo, 2015). Esto permitió un aumento del gasto en salud. Sin embargo, la mayoría de los países de la región sigue sufriendo de “falta de universalidad y equidad en el acceso a servicios de calidad y de cobertura adecuada, lo que implica un costo social sustancial y empobrece a los sectores más vulnerables de la población” (OPS, 2017, pág. 1). A pesar de los cambios constitucionales en Bolivia, Ecuador y Venezuela para definir la salud como un derecho social garantizado por el Estado (Hartmann, 2016), los actores privados siguen siendo centrales en los sectores de salud de la región. En Chile, Colombia y Perú las constituciones proporcionan un marco legal para la participación de actores privados en los servicios públicos, como la salud. Sin embargo, la evidencia muestra las formas en las que los mecanismos reglamentarios existentes, que fomentan la participación de los actores privados en el desarrollo social, no protegen los intereses públicos. En Chile, las compañías privadas de seguros de salud, llamadas Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), han eludido las regulaciones que se les imponen (Martínez-Gutiérrez y Cuadrado, 2017), particularmente en relación con la fijación de precios de los planes de salud para las mujeres (Gideon y Alvarez, 2018).

---

2 Fujimori gobernó Perú durante diez años entre 1990 y 2000.

Aunque hasta la fecha los actores nacionales como el sector empresarial, los políticos y los tecnócratas han abogado por el uso de APP en el sector de la salud, esto no ha sido el centro de la literatura. Por el contrario, se ha prestado atención a la participación de actores nacionales en el diseño y aplicación de reformas sanitarias neoliberales anteriores (Weyland, 2006). La investigación sobre Chile y Colombia ha destacado la importancia del sector empresarial y de los tecnócratas para impulsar reformas neoliberales que promovieron la privatización de los servicios de salud y aumentaron la influencia política del sector privado en la salud (Bustamante y Méndez, 2014; Ewig y Kay, 2011). Los estudios sobre Perú enfatizan la importancia de los grupos empresariales en el proceso de reforma (Arroyo Laguna, 2001; Ewig, 2011), que “se organizó de manera extremadamente eficaz para capturar el Estado” (Crabtree y Durand, 2017, pág. 181).” Si bien el Banco Mundial y otras IFI han ejercido cierta influencia en la dirección de las reformas, Dargent (2012, pág. 141) argumenta que:

Los expertos peruanos no sólo seguían órdenes de las IFI. Los expertos peruanos en el Estado estuvieron de acuerdo con las IFI en muchas de las soluciones propuestas a la crisis económica, pero ya estaban comprometidos con las reformas del mercado y tenían una ambiciosa agenda de reformas propia.

Otras conclusiones similares son extraídas por otros autores (Ewig, 2011; Vreeland, 2003). Ewig (2011) argumenta que el interés de las IFI en el proceso de reforma proporcionó más espacio para que los legisladores peruanos implementaran los tipos de reformas que querían, ya que eran capaces de poner a los donantes unos contra otros obligándolos a comprometerse. Sin embargo, la influencia de las élites empresariales en la región es innegable. Tal como argumentan Homedes y Ugalde (2005), los principales beneficiarios de las reformas sanitarias neoliberales en toda América Latina han sido las empresas transnacionales, las empresas consultoras y el personal del Banco Mundial. En el caso chileno, las compañías privadas de seguros de salud (ISAPRES) obtuvieron beneficios de alrededor de USD 60 millones en 2015, mientras que las ganancias de la última década superaron los USD 860 millones (Rotarou y Sakellariou, 2017, pág. 500). Veamos ahora algunos de estos procesos en detalle, tal como se desarrollaron en Perú.

## EL CASO PERUANO

Perú tiene un sistema de salud mixto. Gran parte de las necesidades de atención médica de la población (60%) está cubierta por el Ministerio de Salud (MINSA); 30% por el seguro social de salud - EsSalud; el resto de la población está cubierta por las Fuerzas Armadas (FF.AA.), la Policía Nacional (PNP) y el sector privado. Las necesidades de atención médica de los grupos de bajos ingresos están cubiertas por el Programa de Seguro Integral de Salud del MINSA, o SIS como se le conoce comúnmente, introducido por primera vez en 2002. Sin embargo, a diferencia de EsSalud y los otros planes de seguro de salud que proporcionan cobertura completa para todas las necesidades de salud, el SIS sólo cubre una lista de afecciones e intervenciones prioritarias (Flores-Flores et al., 2018; Francke, 2013)

En 2013 el gobierno inició un proceso de reforma de salud que tenía como objetivo reconocer el derecho a la salud para todos, tal como se establece en la constitución peruana. Para 2015, la cobertura de salud había aumentado del 64% al 73% de la población y estaba acompañada por un aumento del triple del presupuesto del SIS (Velásquez, Suárez y Nepo-Linares, 2016). A pesar del compromiso del gobierno de lograr la cobertura sanitaria universal (CSU) para 2021, el legado histórico asociado con el desarrollo del sistema de salud plantea una serie de desafíos, algunos de los cuales se han visto exacerbados por el brote de la pandemia del Covid-19, socavando la capacidad del sistema para responder de manera adecuada y equitativa (Gianella et al., 2020).

El sistema dual a través del cual el sistema público sirve a los pobres y los sistemas de seguridad social sirven a los trabajadores de clase alta y media en la economía formal, ha llevado a la segmentación y fragmentación. El sistema es altamente sexista y racista, con mujeres pobres e indígenas concentradas en el sistema público y hombres mestizos y “más blancos” ubicados en los sistemas de seguridad social (Nagels, 2018). Esto no es sorprendente dado que “los sistemas de salud de la seguridad social eran un privilegio esencialmente masculino y los sistemas de salud pública estaban feminizados” porque “una de sus principales premisas era controlar la reproducción biológica de las mujeres” (Ewig, 2011, p. 32). El legado histórico sexista y racista de los conflictos civiles en Perú es evidente en la salud y en el sistema de salud (Ewig, 2011; Grimard y Laszlo, 2014; Nagels, 2018). Varios estudios ponen de relieve desigualdades significativas dentro del sistema de salud peruano que explican cómo la identidad social, particularmente el género, la raza, la clase, la edad y la localidad, dan forma al acceso individual

y la experiencia del sistema de salud (Ewig, 2011; Flores-Flores *et al.*, 2018 ). La investigación apunta a una brecha salarial significativa de género entre los que trabajan en el sector de la salud peruano (Rosas *et al.*, 2019). La falta de servicios de atención de salud culturalmente apropiados ha exacerbado la marginación de las comunidades indígenas de los servicios de atención de la salud (Gianella *et al.*, 2016; Valenzuela-Oré *et al.*, 2018; Yon, 2016). Los estudios sugieren que muchos usuarios de bajos ingresos siguen confiando en el pago de su propio bolsillo, comprando medicamentos directamente de farmacias locales, en lugar de utilizar servicios de atención médica (Ypanaqué-Luyo y Martins, 2015).

Los servicios de salud del MINSA se distribuyen a nivel nacional a través de los centros de atención primaria, pero el sistema de salud pública se caracteriza por la falta de recursos y las importantes brechas urbano-rurales a pesar del aumento de la cobertura del SIS (Yon, 2016). En contraste, la FFAA., el PNP, el EsSalud y los centros de salud privados tienen mayores recursos repartidos en menos ubicaciones (Flores-Flores *et al.*, 2018). El 90% de los hospitales públicos y clínicas de salud se encuentran en zonas urbanas, el 7% en zonas urbanas marginales y sólo el 3% en las zonas rurales (Nagels, 2018). La prestación rural de servicios sigue experimentando falta de inversión financiera, con infraestructura y equipos deficientes, atención de mala calidad y falta de atención por parte del personal. Además, hay una regulación débil (Defensoría del Pueblo 2013, citada en Yon, 2016). Los estudios identifican la falta de voluntad política como uno de los principales impedimentos para mejorar los sistemas de salud, para que Perú pueda cumplir con los ODS de garantizar la CSU (Cardenas, Miranda y Beran, 2016). El sistema público tiene una escasez significativa de recursos humanos, incluidos médicos, enfermeras y parteras, a pesar de que se está capacitando a un alto número de graduados (Jimenez *et al.*, 2017). En 2016, una evaluación de la práctica de especialistas médicos en todo el país, señaló que la mayoría se centró en la maternidad y la salud infantil (Cardenas, Miranda y Beran, 2016), lo que refleja los esfuerzos del gobierno para ampliar la cobertura de salud concentrándose en las necesidades de las madres y los niños pobres (Noy, 2018). Como destacamos en la siguiente sección, en el contexto de los sistemas de salud pública mal financiados, el auge de las APP también se ha relacionado estrechamente con el impulso para ampliar la cobertura de atención médica en Perú y el resto de la región.

## **LOS SISTEMAS DE SALUD LATINOAMERICANOS Y EL AUGE DE LAS APP**

Las discusiones latinoamericanas sobre el sector privado en la salud han tendido a examinar los procesos de mercantilización y privatización asociados con la política social y los sistemas de salud (Eibenschutz, 1996; Noy, 2017). La literatura sobre APP en salud en la región sigue siendo escasa, lo que posiblemente refleja que el mercado de APP en salud en América Latina se encuentra en una etapa temprana de desarrollo. La producción de conocimientos sobre APP ha estado dominada por sus defensores, en particular el Banco Mundial, organizaciones filantrópicas y empresas de consultoría (Languille, 2017). Dada esta literatura limitada, nuestro debate sobre las APP en salud se basa principalmente en la literatura más amplia y extrae lecciones de la experiencia internacional con APP en salud para Perú y la región. Está claro que abordar la falta de literatura es una tarea futura apremiante.

## EL AUGES DE LAS APP EN SALUD

En las últimas tres décadas, la gobernanza sanitaria mundial ha experimentado cambios sustanciales con importantes repercusiones en el aumento de las APP en salud. Mientras que el Banco Mundial inició un papel de liderazgo en las reformas de los sistemas de salud, a través de su capacidad de préstamo y el uso de sus “productos de conocimientos”, la relevancia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) disminuyó (Brown, Cueto y Fee, 2006). Este cambio se asoció con visiones de salud que compiten, articuladas por comunidades epistémicas distintivas. La salud fue descrita como capital humano que apoya el crecimiento económico (una visión impulsada por el Banco Mundial). Alternativamente, se la discutió desde un enfoque básico de derechos humanos que funciona como medio para lograr más derechos (una visión asociada con los organismos de las Naciones Unidas) (Gideon, 2014). Con el tiempo, los organismos de las Naciones Unidas han remodelado su visión estratégica del papel del sector privado en la consecución del derecho a la salud (Buse y Waxman, 2001), como se evidenció en 2000, cuando la estrategia corporativa de la OMS hizo hincapié en la necesidad de aumentar la eficacia de su labor mediante la “acción colectiva y las asociaciones” (OMS, 2000).

En 1993 el Banco Mundial expuso su visión neoliberal para el sector de la salud con la publicación del Informe sobre el Desarrollo Mundial (IDM), “Invertir en salud” (Banco Mundial, 1993). Este fue el primer informe del Banco Mundial dedicado enteramente a la salud, lo que dio lugar a una mayor legitimidad de la institución en el sector de la salud. Reflexionando sobre el mensaje clave del IDM, Cueto y sus colegas argumentan que “las inversiones privadas y públicas en programas de tratamiento y prevención científicamente sólidos podrían convertirse en factores clave en el crecimiento económico de los países” (Cueto, Palmer y Palmer, 2015, p. 243). La convocatoria a la inversión privada se reiteró en 2013 con la publicación en la prestigiosa revista médica, la *Lancet*, del informe “Salud global 2035: Un mundo convergiendo en el lapso de una generación”. El informe fue elaborado por la Comisión Lancet, encabezada por dos economistas anteriormente involucrados en el IDM de 1993, que fueron invitados a aprovechar su legado (Jamison *et al.*, 2013, citado en Birn, Nervi y Siqueira, 2016). La Comisión abogó por la importancia de la financiación privada para “reducir la carga mundial de enfermedades infecciosas y trastornos reproductivos, maternos, neonatales y de salud infantil en consonancia con las tasas que se encuentran en Chile, China, Costa Rica y Cuba” (Birn, Nervi y Siqueira, 2016, p. 744). Sin embargo, en esta discusión no se reconoció el papel central del sector público en la producción de los indicadores de buena salud que se encuentran en los tres países de América Latina, ni las historias específicas de

los tres países en la primera fase del desarrollo del estado de bienestar en América Latina del siglo XX (Birn, Nervi y Siqueira, 2016).

Junto con los organismos oficiales, muchos agentes privados actúan como facilitadores, asesores, proveedores y financistas de las APP en el ámbito mundial, regional y nacional. Entre ellas se encuentran las “cuatro grandes” firmas mundiales de consultoría – PwC, Deloitte, KPMG y Ernst & Young – y otras, como Mott MacDonald. Éstas a menudo actúan como asesores clave para los gobiernos y las empresas del sector privado con respecto a las APP. Estas firmas han desarrollado líneas de negocio altamente rentables, a través de honorarios de trabajos legales y de consultoría encargados tanto por clientes del sector público como privado. A través de este trabajo dan forma activa a las políticas nacionales en salud y educación. También llevan a cabo revisiones mundiales de políticas, marcos jurídicos y prácticas para las APP que rivalizan con los esfuerzos de los organismos públicos (Hall, 2015; Shaoul, 2009). Las asociaciones empresariales también desempeñan un papel importante en la promoción de las APP. El Foro Económico Mundial (FEM), que proporciona una plataforma para las principales empresas del mundo, es un actor clave en el campo de la salud mundial. El FEM utiliza su poder de convocatoria para reunir anualmente a muchos líderes empresariales, gubernamentales y de la sociedad civil en Davos, con el objetivo de dar forma a las agendas mundiales, regionales e industriales. Las empresas del sector privado, que actúan como proveedoras, han sido actores clave en el aumento de las APP en salud y han aumentado la influencia en la formación de políticas de salud mundiales (y nacionales). Éstas operan de forma transnacional y la mayoría son parte tanto de las APP mundiales como de los acuerdos nacionales de APP. En algunos casos, las empresas del sector privado han establecido actividades filantrópicas para aumentar su legitimidad en el campo. Ha habido una concentración de empresas farmacéuticas en torno a iniciativas de APP en salud, por ejemplo, algunas empresas– incluyendo GlaxoSmithKline, Johnson & Johnson, Merck/Merck y Pfizer – están representadas colectivamente en más de la mitad del total de las APP en salud (mundiales) (Winters, 2017). Las organizaciones filantrópicas, que actúan como facilitadoras y a menudo como apoyo financiero de los proyectos APP, también son actores influyentes en las redes de políticas mundiales de salud. Aunque la participación de los filántropos en los sectores sociales no es nueva (Birn, 2014), varias características de la tendencia actual marcan una nueva fase de este proceso (Languille, 2017). Estas incluyen la escala de la participación de las fundaciones filantrópicas, especialmente en la salud. La Fundación Bill y Melinda Gates, por ejemplo, constituye una de las mayores fuentes de apoyo financiero para las iniciativas de salud mundiales. En la fase actual

también vemos un alejamiento de la concepción popular de la filantropía, como iniciativas privadas altruistas al servicio del bien público, y el surgimiento de lo que se ha llamado “filantropocapitalismo” (Bishop y Verde, 2010). Esto busca capturar una supuesta situación de ganar-ganar asociada con la idea de que “el pensamiento de negocios y los métodos de mercado salvarán al mundo, y algunos de nosotros haremos una fortuna en el camino” (Edwards, 2008, págs. 22-23). Esto difiere de las fases anteriores de la actividad. A menudo tienen una participación pragmática y activa en las operaciones y el funcionamiento de las organizaciones que apoyan participando en los consejos de las APP mundiales (McGoey, 2014).

En la última década, han surgido APP en salud en muchos países de América Latina. Los bancos multilaterales de desarrollo, como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), han habilitado y apoyado financieramente las APP en América Latina. La mayoría de estos proyectos se han implementado en Brasil, Colombia y México, en energía y transporte, aunque recientemente se ha brindado apoyo a otros sectores, incluyendo energías renovables y sectores sociales (BID, 2017). En Perú, el Banco Mundial ha aprobado varios préstamos para reformar su sector de salud y, en 2015, el BID aprobó un préstamo con el fin de fortalecer la capacidad del país para implementar APP en el sector de la salud<sup>3</sup>. En Perú, las APP en salud están en la agenda pública desde 2008, cuando se creó el Comité de Inversiones del Ministerio de Salud y una nueva ley otorgó a EsSalud el derecho a celebrar contratos a largo plazo, incluidos los contratos APP, sin obtener la aprobación federal previa (Zevallos, Salas y Robles, 2014). En agosto de 2019 había dos hospitales APP en funcionamiento, ambos a nivel federal, llevados a cabo por EsSalud y ubicados dentro del área metropolitana de Lima: el Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson y el Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente. Ambos proyectos incluyeron la construcción y el funcionamiento clínico de nuevos hospitales, cada uno con los correspondientes centros de atención primaria y urgente. Además, según la Agencia Peruana de Promoción de Inversiones Privadas (ProInversión) cinco hospitales APP están en negociación y hay otros dos proyectos en carpeta<sup>4</sup>. Aunque es posible que estos proyectos se retrasen, como resultado de la pandemia del Covid-19, los desafíos a los que se enfrentan los hospitales públicos para responder a la pandemia han llevado a intensificar los

---

3 Véase el 2015 loan PE-L1169 (Improving Management for Universal Health Coverage Program I). Según el BID (IDB 2017, p. 54) “se espera que entre los componentes de la segunda operación se definan los mecanismos de supervisión de contratos para proyectos de inversión en atención de la salud adjudicados a través de APP, y se fortalezca la capacidad del Ministerio de Salud del Perú (MINSA) para implementar contratos APP”.

4 ProInversión: <https://www.proyectosapp.pe/modulos/JER/PlantillaProyectosResumenes.aspx?are=0&prf=2&-jer=5680&sec=22> (consultado el 12 de agosto de 2019).

llamamientos para prestar atención sanitaria a través de hospitales APP.<sup>5</sup> Dadas las desigualdades profundamente arraigadas dentro del sistema de salud peruano, se deben hacer preguntas sobre la promoción de las APP y sus implicaciones para la gobernanza democrática y las consideraciones de equidad.

---

5 “Asociaciones público privadas para enfrentar crisis de salud. Ante el fracaso del sistema de salud pública”. El Montonero. 2 de junio de 2020. <https://elmontonero.pe/economia/asociaciones-publico-privadas-para-enfrentar-crisis-de-salud>; “AFIN: asociaciones público-privadas pueden administrar mejor los servicios de salud pública”. El Comercio. 12 de mayo de 2020 <https://elcomercio.pe/economia/peru/coronavirus-peru-afin-asociaciones-publico-privadas-pueden-administrar-mejor-los-servicios-de-salud-publica-nndc-noticia/>

## EL AUGUE DE LAS APP: TEORÍA Y PRÁCTICA

La lógica convencional que sustenta la promoción mundial de las APP en salud se refiere a la capacidad de las APP para aumentar el financiamiento, incluida la necesidad de menos recursos estatales para llevar a cabo estudios previos al proyecto, mejorar la rentabilidad de los sistemas de salud pública, que están bajo presión para ampliar el acceso debido a los cambios demográficos (presión de la demanda) y aumentar la eficiencia mediante el fomento de la innovación (Comisión Europea, 2014; Llumpo *et al.*, 2015).”genre”:"Expert panel on effective ways of investing in health (EXPH Curiosamente, todos estos argumentos a menudo replican a aquellos que están a favor de una mayor participación privada en la prestación de servicios, sin tener en cuenta las características específicas del sector de la salud. Montagu y Harding (2012) presentan varias razones por las que las APP en salud tienen que ser analizadas de manera diferente a las APP de infraestructura. Estos incluyen: que las APP hospitalarias suelen recibir la mayor parte de sus ingresos del estado en forma de pagos programados durante la vida útil del contrato; que los productos sanitarios no pueden medirse o atribuirse fácilmente a las disposiciones de gobernanza de la prestación; la variabilidad de los productos a lo largo del tiempo a medida que las características demográficas y epidemiológicas se alteran durante la vida útil de un contrato APP; y la variabilidad e imprevisibilidad de las configuraciones tecnológicas y organizativas a lo largo del tiempo, incluidas las de la combinación hospitalaria/ambulatoria o la duración necesaria de la estancia para una intervención médica particular. Estas cuestiones plantean dificultades para la especificación, la gestión y el seguimiento de los contratos e implican que los “beneficios para el estado que se derivan de la participación privada en la prestación de los servicios y el financiamiento son a menudo menos predecibles en las APP hospitalarias que en las APP de infraestructura” (Montagu y Harding, 2012, págs. 16 a 17).

Richter (2003, p. 7) argumenta que el paradigma de la política de APP se basa en tres suposiciones controvertidas: (a) las APP crean una situación “ganar-ganar”; (b) las interacciones con los agentes empresariales se basan en la “confianza” y los “beneficios mutuos”; (c) este paradigma político es una “necesidad inevitable”. Además, el panorama cambiante del financiamiento del desarrollo (y la salud) ha dado lugar a un relato en apoyo de las APP. Esto incluye un enfoque en la capacidad de las finanzas privadas para salvar la llamada brecha de financiamiento en los sectores de infraestructura y social y los argumentos que enfatizan la falta de capacidad del Estado para brindar atención médica de manera eficiente. Esto último se ve reforzado por la creencia (controvertida) de que el sector privado

es más eficiente en la prestación de servicios que el sector público (Hall, 2015; Mirafteb, 2004). Detrás de estas suposiciones también hay un sesgo ideológico contra la provisión estatal, sobre la base de la mala toma de decisiones y las prácticas corruptas (Bayliss y Van Waeyenberge, 2018). Es importante destacar que las políticas neoliberales que han reducido la inversión pública en los sectores sociales han desmantelado aún más la capacidad estatal para prestar servicios sociales (Ortiz y Cummins, 2019).

Las críticas a las APP en salud se han centrado en la medida en que éstas son capaces de producir resultados positivos para el desarrollo, incluyendo su capacidad para mejorar el acceso, generar servicios de calidad, promover el trabajo digno y reducir las desigualdades, especialmente de género (Hall, 2015; KS *et al.*, 2016; Languille, 2017; Romero, 2015). Además, hay preocupaciones en relación con la noción de salud que sustenta el uso de APP (Gideon y Unterhalter, 2017). Sin embargo, la evidencia de sus beneficios es ambigua y existen grandes lagunas de datos (Languille, 2017). Esto contrasta con los esfuerzos de promoción inequívocamente positivos que las organizaciones internacionales han tratado de promover. Varias evaluaciones realizadas por el Grupo de Evaluación Independiente del Banco Mundial reconocen la falta de datos (IEG, 2018; 2014). Por ejemplo, un informe sobre el apoyo del Grupo Banco Mundial a los servicios de salud afirma que los servicios de asesoramiento de la Corporación Financiera Internacional “son generalmente exitosos en el cierre de las transacciones [APP]”, pero no hay suficiente información disponible para juzgar aspectos del acceso (como la asequibilidad), la eficiencia y la sostenibilidad de las APP, ya que los proyectos carecen de un marco claro para medir los resultados a largo plazo (IEG, 2018, p. 184). Además, en un examen de las APP en salud, educación e infraestructura, Fabre y Straub (2019) consideran la eficacia de las APP y las implicaciones para la cobertura y la asequibilidad. Los autores señalan la “evidencia no concluyente del impacto de las APP en la utilización de los servicios de salud, la calidad de los servicios, la satisfacción del paciente y los resultados relacionados con la salud” (Fabre y Straub, 2019, págs. 2 a 3).

A la luz de las investigaciones disponibles, los críticos han cuestionado la capacidad de las APP para beneficiar eficazmente a las comunidades vulnerables (Languille, 2017; Hellowell, 2019). Estas preocupaciones se han explorado en relación con las desigualdades de género, y el análisis apunta a la falta de consideración o atención a las cuestiones de género dentro de las APP relacionadas con la salud (Gideon, Hunter y Murray, 2017; Hawkes, Buse y Kapilashrami, 2017). Aunque la salud de las mujeres ha estado en el centro de muchas APP mundiales,

estas iniciativas tienden a centrarse en una perspectiva estrecha y gerencial de la salud de las mujeres, que estructura proyectos en torno a resultados medibles, por ejemplo, cantidad de personas vacunadas (Gideon y Porter, 2016). Esto limita una comprensión más amplia de los factores estructurales que configuran la salud de las mujeres, incluyendo el poder, la desigualdad económica y las relaciones de género (Languille, 2017). Otra preocupación es la falta de pruebas sobre las condiciones de trabajo en los centros de salud gestionados por APP (Acerete, Stafford y Stapleton, 2011; Waluszewski, Hakansson y Snehota, 2019). En última instancia, estas cuestiones se relacionan con lo que significa el éxito en las APP – un área en disputa, dependiendo de si el enfoque se centra en los productos a corto plazo o en los cambios sistémicos (Hodge, Greve y Biygautane, 2018).

Varios estudios de caso han señalado los altos costos y riesgos asociados con las APP en salud, pero la atención se ha centrado en los países de ingresos altos (Acerete, Stafford y Stapleton, 2011; Chung, 2009), mientras que se dispone de poca evidencia, debido a la falta de datos ex post, del Sur Global. Sin embargo, en 2014 la cuestión ganó amplia atención pública a raíz de un informe de Oxfam sobre un hospital APP en Lesoto, para el cual el gobierno recibió apoyo del Banco Mundial. Allí se vio cómo el costo inicial del proyecto aumentó y terminó consumiendo más de la mitad del presupuesto nacional de salud (Marriott, 2014). La investigación en Chile también genera preocupaciones sobre la sostenibilidad financiera de los hospitales APP, que demuestra cómo esta se ve finalmente socavada por una desequilibrada asignación de riesgos (Bachelet, 2014).

También se han puesto en duda las supuestas mejoras de eficiencia de las APP. Un grupo de expertos de la Comisión Europea sobre APP en salud “no encontró pruebas científicas de que las APP sean rentables en comparación con las formas tradicionales de prestación de atención sanitaria financiada y gestionada por el Estado” (Comisión Europea, 2014, p. 6). Del mismo modo, Torchia, Calabró y Morner (2015, p. 238) concluyen que, aunque las APP se han convertido en un enfoque común de los problemas de atención de la salud en todo el mundo, no existe un acuerdo general sobre sus principales beneficios. En particular, persisten dudas sobre su eficacia, eficiencia y conveniencia reales en el sector de la atención de la salud.”genre”.”Expert panel on effective ways of investing in health (EXPH Las implicaciones fiscales y la falta de pruebas para evaluar el impacto de las APP en la eficiencia en el sector de la salud (y la educación), incluso por la Oficina Nacional de Cuentas del Reino Unido (HM Treasury, 2018), llevaron al gobierno del Reino Unido, uno de los promotores más activos de las APP, a anunciar en octubre de

2018 que renunciaría a esta modalidad para nuevas inversiones en infraestructura<sup>6</sup>.

Además, deben tenerse en cuenta las implicaciones de los hospitales APP para el resto del sistema de salud. Los altos costos asociados con la existencia de APP crean mayores amenazas para el gasto en servicios públicos (Shaoul, Stafford y Stapleton, 2008), incluso en la atención de salud rural y en servicios dirigidos específicamente a las mujeres, como refugios de violencia doméstica y servicios gratuitos de salud reproductiva (Romero, 2019). La amenaza para los servicios públicos que plantean las APP en salud puede agravarse en un contexto en el que existen demandas políticas para recortar el gasto público, incluso a través de los programas del FMI. Asimismo, se han planteado preocupaciones en relación con la posible fuga de cerebros que resulta de los hospitales privados, incluidos los hospitales APP. Como advierten Fabre y Straub (2019, p. 50), “la multiplicación de estas instalaciones privadas podría deteriorar aún más la calidad de los servicios públicos, ya que es probable que atraigan a los trabajadores sanitarios más calificados”. En el contexto latinoamericano, donde muchos sistemas de salud están fragmentados y sufren importantes divisiones urbano-rurales, estas cuestiones generan una preocupación considerable (Romero y Gideon, 2019).

Por último, la adopción de APP en el sector de la salud pone de relieve importantes desafíos para la forma en que los países, y los sistemas de salud en su conjunto, son capaces de responder a una emergencia sanitaria como el Covid-19. La pandemia ha puesto en evidencia las innumerables formas en que los recursos han sido desviados del sector de la salud pública a los fondos privados. En el Reino Unido, los hospitales se han enfrentado a una escasez crítica de camas de cuidados intensivos y, en algunos casos, los fideicomisos hospitalarios, que tienen supervisión organizativa de los hospitales, fueron empujados a negociar con desarrolladores privados para terminar proyectos de construcción hospitalaria que nunca se completaron, ya que los fideicomisos querían ahorrar pagos en efectivo en acuerdos de iniciativas financieras privadas (modelos de APP del Reino Unido).<sup>7</sup> En la capital española, Madrid, la incapacidad de los hospitales APP para responder al reto planteado por la crisis del Covid-19 ha quedado excepcionalmente clara, ya

---

6 Presupuesto 2018: Discurso de Philip Hammond. 29 de octubre de 2018. <https://www.gov.uk/government/speeches/budget-2018-philip-hammonds-speech>

7 “Los hospitales del NHS se comparan con zonas de guerra mientras los médicos se preparan para tomar decisiones sombrías”. The Guardian. 23 de marzo de 2020. <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/23/hospitals-likened-to-war-zones-as-doctors-prepare-to-make-grim-decisions>

que muchas APP hospitalarias<sup>8</sup> están siendo gestionadas por fondos buitres que no han entregado las cantidades de camas indicadas en los contratos. Dada la inflexibilidad de los contratos APP, en algunos casos, los Estados se ven obligados a pagar por camas que no existen, al mismo tiempo que luchan por proporcionar las camas adicionales que se necesitan con urgencia.

---

8 “Pabellones vacíos en los últimos hospitales de Madrid mientras Ifema asume el Covid-19”. El Confidencial. 21 de marzo de 2020. [https://www.elconfidencial.com/espana/madrid/2020-03-21/hospitales-comunidad-madrid-500-camas-mas-desde-2017\\_2509755/](https://www.elconfidencial.com/espana/madrid/2020-03-21/hospitales-comunidad-madrid-500-camas-mas-desde-2017_2509755/)

## OBSERVACIONES FINALES

Actualmente se están promoviendo las APP como una forma de financiar las necesidades relacionadas con la salud. Los esfuerzos de promoción de las APP en salud se llevan a cabo en todo el mundo y también han permeado los sistemas de salud latinoamericanos. Esto ha ocurrido en un contexto de sistemas de salud que fueron reformados bajo políticas neoliberales influenciadas por instituciones financieras internacionales. Sin embargo, el surgimiento de APP en salud no ha estado libre de controversias. Este examen de la literatura indica que hay muy pocas pruebas de que las APP puedan hacer frente a los desafíos a los que se enfrentan los países en la consecución de la CSU y los ODS, incluyendo la fragmentación y las desigualdades dentro de los sistemas de salud, que se han intensificado con el brote de la pandemia de Covid-19. Los críticos han planteado preocupaciones de que las APP en salud afiancen aún más las desigualdades existentes.

Esta revisión expone varias limitaciones de la literatura existente sobre APP en salud en América Latina que la investigación futura debe abordar. En primer lugar, la literatura no proporciona datos sobre los resultados de las APP en salud en América Latina, particularmente con relación a la equidad, el género y las condiciones laborales. Asimismo, se necesitan diferentes metodologías de investigación para profundizar la comprensión del impacto de las APP en salud mundiales en América Latina, de las APP del lado de la demanda y la experiencia con las APP hospitalarias. En segundo lugar, la literatura no proporciona relatos detallados de las relaciones entre el Estado y el capital nacional e internacional. En relación con esto, es necesario analizar la economía de las APP en salud para comprender de dónde proviene el capital, cómo se está transformando la relación entre el capital y el trabajo en virtud de tales acuerdos y cómo el Estado facilita las APP (Languille, 2017). En tercer lugar, hay escasez de datos sobre el sector empresarial, sus contribuciones e intereses al participar en APP en salud en América Latina. Por último, como argumenta Languille (2017, p. 157), es necesario explorar las voces de los “beneficiarios”, entendidos en un sentido amplio: funcionarios estatales, agentes de primera línea de salud y pacientes, para “abrir la caja negra entre la intervención y [sus] resultados”. Con vista al logro de los ODS, se necesita un enfoque más amplio basado en la evidencia para apoyar un debate informado e incluso que se oriente al diseño de políticas sociales que atiendan las necesidades de las personas.

## Referencias

Acerete, B., Stafford, A., and Stapleton, P.

2011 Spanish healthcare public private partnerships: The 'Alzira model.' *Critical Perspectives on Accounting*, 22, pp. 533–549.

Adams, V.

2013 Evidence-Based Global Public Health: Subjects, Profits, Erasures. In J. Biehl and A. Petryna, eds., *When People Come First: Critical Studies in Global Health*, 54-90. Princeton: Princeton University Press.

Arroyo Laguna, J

2001 Gobernabilidad en salud en el Perú en los 90. La función gobierno, la intersectorialidad y la sociedad civil en salud en el Perú. Análisis y propuesta. MINSA, Lima.

Bachelet, V.C.

2014 Hospital concessions in Chile: where we are and where we are heading. *Medwave*, 14(10), e6039–e6039.

Bayliss, K., and Van Waeyenberge, E.

2018 Unpacking the Public Private Partnership Revival. *The Journal of Development Studies*, 54(4), pp. 577–593.

Benatar, S.R., Gill, S., and Bakker, I.

2011 Global Health and the Global Economic Crisis. *American Journal of Public Health*, 101, pp. 646–653. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.188458>

Birn, A.-E.

2014 Philanthrocapitalism, past and present: The Rockefeller Foundation, the Gates Foundation, and the setting(s) of the international/global health agenda. *Hypothesis*, 12, pp. 1–27.

Birn, A.-E. and Nervi, L.

2019 What matters in health (care) universes: delusions, dilutions, and ways towards universal health justice. *Globalization and Health*, 15, pp. 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12992-019-0521-7>

- Birn, A.-E., Nervi, L., and Siqueira, E.  
2016 Neoliberalism Redux: The Global Health Policy Agenda and the Politics of Cooptation in Latin America and Beyond. *Development and Change*, 47, pp. 734–759.
- Bishop, M., and Green, M.  
2010 *Philanthrocapitalism: How giving can save the world*. Bloomsbury Press: New York.
- Brown, T.M., Cueto, M., and Fee, E.  
2006 The World Health Organization and the transition from “international” to “global” public health. *American Journal of Public Health*, 96, pp. 62–72.
- Buse, K., Hein, W., and Drager, N. (Eds.).  
2009 *Making sense of global health governance: a policy perspective*. Palgrave Macmillan: Basingstoke.
- Buse, K., and Walt, G.  
2000 Global public-private partnerships: Part II--What are the health issues for global governance?. *Bulletin of the World Health Organisation*, 78(5), pp. 699–709.
- Buse, K., and Waxman, A.  
2001 Salud Pública - Public-private health partnerships: a strategy for WHO Public-private health partnerships: a strategy for WHO. *Bulletin of the World Health Organization*, 79, pp. 748–754.
- Bustamante, A.V., and Méndez, C.A.  
2014 Health Care Privatization in Latin America: Comparing Divergent Privatization Approaches in Chile, Colombia, and Mexico. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 39, pp. 841–886.
- Cardenas, M.K., Miranda, J.J., and Beran, D.  
2016 Delivery of Type 2 diabetes care in low- and middle-income countries: lessons from Lima, Peru. *Diabetic Medicine*, 33(6), pp. 752–760.
- Chung, D.  
2009 Developing an analytical framework for analysing and assessing Public-Private Partnerships: A hospital case study. *Economic and Labour Relations Review*, 19, pp. 69–90.

Cornwall, A.

2007 Buzzwords and fuzzwords: Deconstructing development discourse. *Development in Practice*, 17, pp. 471–484.

Crabtree, J., and Durand, F.

2017 *Peru: Elite power and corporate capture*. University of Chicago Press.

Cueto, M., Palmer, S., and Palmer, S.P.

2015 *Medicine and Public Health in Latin America*. Cambridge University Press.

Dargent, E.

2012 *Technocracy under democracy: assessing the political autonomy of experts in Latin America* (thesis). University of Texas, Austin.

Economic Intelligence Unit.

2019 Evaluating the environment for Public-Private Partnerships in Latin America and the Caribbean: The 2019 Infrascopes. EIU, New York, NY.

Edwards, M.

2008 Philanthrocapitalism and Its Limits. *International Journal of Not-for-Profit Law*, 10, pp. 22–29.

Eibenschutz, C.

1996 Política de saúde: o público e o privado. Editora FIOCRUZ.

Eibenschutz, C., Valdivia, A.S., González, S.T., Gatica, X.Z., and Villegas, R.M.R.

2014 Reflexiones sobre el proceso de reforma sanitaria (1993-2013) y participación social en Perú. *Saúde debate*, 38, pp. 872–882.

European Commission.

2014 Health and economic analysis for an evaluation of the public-private partnerships in health care delivery across Europe (Expert panel on effective ways of investing in health (EXPH)).

Ewig, C.

2011 *Second-Wave Neoliberalism: Gender, Race, and Health Sector Reform in Peru*. Penn State University Press, University Park, Penn.

Ewig, C., and Kay, S.J.

2011 Postentrenchment Politics: Policy Feedback in Chile's Health and Pension Reforms. *Latin American Politics and Society*, 53, pp. 67–99. <https://doi.org/10.1111/j.1548-2456.2011.00134.x>

Fabre, A., and Straub, S.

2019 The Economic Impact of public private partnerships (PPPs) in Infrastructure, Health and Education: A Review. Toulouse School of Economics, Working Papers TSE - 986.

Fine, B., Saad-Filho, A.

2017 Thirteen Things You Need to Know About Neoliberalism. *Critical Sociology*, 43, pp. 685–706.

Flores-Flores, O., Bell, R., Reynolds, R., and Bernabé-Ortiz, A.

2018 Older adults with disability in extreme poverty in Peru: How is their access to health care?. *PLOS ONE*, 13(12), e0208441. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208441>

Francke, P.

2013 Peru's comprehensive health insurance and new challenges for universal coverage. *Universal Health Coverage (UNICO) studies series; no. 11*. The World Bank: Washington, DC.

Gianella, C., Iguñiz-Romero, R., Romero, M.J., Gideon, J.

2020 "Good health indicators are not enough: Lessons from COVID-19 in Peru". *Health and Human Rights Journal*. Blog post. <https://www.hhrjournal.org/2020/06/good-health-indicators-are-not-enough-lessons-from-covid-19-in-peru/>

Gianella, C., Ugarte-Gil, C., Caro, G., Aylas, R., Castro, C., and Lema, C.

2016 TB in Vulnerable Populations: The Case of an Indigenous Community in the Peruvian Amazon. *Health and Human Rights Journal*, 18, pp. 55–68.

Gideon, J.

2014 *Gender, globalization and health in a Latin American context*. Palgrave Macmillan: Basingstoke.

Gideon, J., and Alvarez, G.

2018 Gender, health, and religion in a neoliberal context: Reflections from the Chilean case. In Cupples, J., Palomina-Schalscha, M., and Prieto, M. (Eds.), *The Routledge Handbook of Latin American Development*. Routledge: London. pp. 286–296.

- Gideon, J., Hunter, B.M., and Murray, S.F.  
2017 Public-private partnerships in sexual and reproductive healthcare provision: establishing a gender analysis. *Journal of International and Comparative Social Policy*, 33, pp. 166–180.
- Gideon, J., and Porter, F.  
2016 Challenging Gendered Inequalities in Global Health: Dilemmas for NGOs. *Development and Change*, 47, pp. 782–797. <https://doi.org/10.1111/dech.12243>
- Gideon, J., and Unterhalter, E.  
2017 Exploring public private partnerships in health and education: a critique. *Journal of International and Comparative Social Policy*, 33, pp. 136–141.
- Grimard, F., and Laszlo, S.  
2014 Long-Term Effects of Civil Conflict on Women’s Health Outcomes in Peru. *World Development*, 54, pp. 139–155.
- Haggard, S., and Kaufman, R.R.  
2009 How Regions Differ. *Journal of Democracy*, 20, pp. 64–78.
- Haggard, S., and Kaufman, R. R.  
2008 *Development, democracy, and welfare states: Latin America, East Asia, and Eastern Europe*. Princeton University Press: Princeton and Oxford.
- Hall, D.  
2015 *Why Public-Private Partnerships don’t work: The many advantages of the public alternative*. Public Services International: London.
- Hartmann, C.  
2016 Postneoliberal Public Health Care Reforms: Neoliberalism, Social Medicine, and Persistent Health Inequalities in Latin America. *American Journal of Public Health*, 106(12), pp. 2145–2151. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303470>
- Hawkes, S., Buse, K., and Kapilashrami, A.  
2017 Gender blind? An analysis of global public-private partnerships for health. *Globalization and Health*, 13(26), pp. 1-11.

Hellowell, M.

2019 Are public–private partnerships the future of healthcare delivery in sub-Saharan Africa? Lessons from Lesotho. *BMJ Global Health*, 4,e001217.

HM Treasury.

2018 *Report by the Comptroller and Auditor General: PFI and PF2*.

Hodge, G., Greve, C., and Biygautane, M.

2018 Do PPP's work? What and how have we been learning so far?. *Public Management Review*, 20, pp. 1105–1121.

Homedes, N., and Ugalde, A.

2005 Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy*, 71, pp. 83–96. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.01.011>

Huber, E., and Stephens, J.D.

2012 *Democracy and the Left: Social Policy and Inequality in Latin America*. University of Chicago Press: Chicago.

Hunter, B.M., Murray, S.F.

2019 Deconstructing the Financialization of Healthcare. *Development and Change*, 50(5), pp. 1263–1287. <https://doi.org/10.1111/dech.12517>

IDB.

2017 *Evaluation of Public-Private Partnerships in Infrastructure*. Inter-American Development Bank: Washington, DC.

IEG.

2018 *World Bank Group support to health services: Achievements and challenges*. World Bank: Washington, DC.

IEG.

2014 *World Bank Group support to Public-Private Partnerships*. World Bank: Washington, DC.

Jimenez, M.M., Bui, A.L., Mantilla, E., and Miranda, J.J.

2017 Human resources for health in Peru: recent trends (2007–2013) in the labour market for physicians, nurses and midwives. *Human Resources for Health*, 15(69). <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0243-y>

KS, J., Chowdhury, A., Sharma, K., and Platz, D.

2016 Public-Private Partnerships and the 2030 Agenda for Sustainable Development: Fit for purpose? (DESA Working Paper No. 148). United Nations Department of Economic and Social Affairs, New York.

Languille, S.

2017 Public Private Partnerships in education and health in the global South: a literature review. *Journal of International and Comparative Social Policy*, 33, pp. 142–165.

Lavinias, L.

2018 The Collateralization of Social Policy under Financialized Capitalism. *Development and Change*, 49, pp. 502–517.

Lethbridge, J.

2016 *Unhealthy Development: the UK Department for International Development and the promotion of health care privatisation*. UNISON.

Levaggi, L., and Levaggi, R.

2020 Is there scope for mixed markets in the provision of hospital care?. *Social Science & Medicine*, 247. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112810>

Llumpo, A., Montagu, D., Brashers, E., Foong, S., Abuzaineh, N., and Feachem, R.

2015 Lessons from Latin America: The early landscape of healthcare public-private partnerships, Health Public-Private Partnerships Series N°2. The Global Health Group-PwC Global, San Francisco-New York.

Marriott, A.

2014 *A dangerous diversion: Will the IFC's flagship health PPP bankrupt Lesotho's Ministry of Health?* (Briefing Paper). Oxfam.

Martinez-Gutierrez, M.S., and Cuadrado, C.

2017 Health policy in the concertación era (1990–2010): Reforms the chilean way. *Social Science & Medicine*, 182, pp. 117–126. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.04.012>

McGoey, L.

2014 The philanthropic state: market–state hybrids in the philanthrocapitalist turn. *Third World Quarterly*, 35, pp. 109–125. <https://doi.org/10.1080/01436597.2014.868989>

Mesa-Lago, C.

2008 *Reassembling Social Security: A Survey of Pensions and Health Care Reforms in Latin America*. Oxford University Press: Oxford.

Miraftab, F.

2004 Public-Private Partnerships: The Trojan Horse of Neoliberal Development?. *Journal of Planning Education and Research*, 24, pp. 89–101.

Molyneux, M.

2008 The 'Neoliberal Turn' and the New Social Policy in Latin America: How Neoliberal, How New?. *Development and Change*, 39, pp. 775–797.

Montagu, D., and Harding, A.

2012 A zebra or a painted horse? Are hospital PPPs infrastructure partnerships with stripes or a separate species?. *World Hospitals and Health Services*, 48, pp. 15–19.

Nagels, N.

2018 Incomplete Universalization? Peruvian Social Policy Reform, Universalism, and Gendered Outcomes. *Social Politics*, 25, pp. 410–431.

Noy, S.

2018 Healthy targets? World Bank projects and targeted health programmes and policies in Costa Rica, Argentina, and Peru, 1980–2005. *Oxford Development Studies*, 46, pp. 164–183.

Noy, S.

2017 *Banking on health: The World Bank and Health Sector Reform in Latin America*, Palgrave Macmillan: Cham, Switzerland.

Ocampo, J.A.

2015 Uncertain Times. *Finance & Development*, 52, pp. 6–11.

Ortiz, I., and Cummins, M.

2019 *Austerity the New Normal: A Renewed Washington Consensus 2010-24 (Working Paper)*. Initiative for Policy Dialogue: New York.

PAHO.

2017 *Health financing in the Americas*. Available from: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?p=178>

- Richter, J.  
2003 “We the peoples” or “we the corporations”? *Critical reflections on UN-business “partnerships.”* IBFAN: Geneva.
- Riggirozzi, P., and Grugel, J.  
2012 Post-neoliberalism in Latin America: rebuilding and reclaiming the state after crisis. *Development and Change*, 43, pp. 1–21.
- Romero, M.J. and E. Van Waeyenberge.  
2020. “Beyond typologies. What is a Public Private Partnership.” In Gideon, J. and E. Unterhalter (eds). *PPPs: A Critical Guide*. Routledge.
- Romero, M.J.  
2019 *Can public-private partnerships deliver gender equality? With contributions from Gideon, J.. Eurodad, Gender and Development Network and Femnet: Brussels.*
- Romero, M.J.  
2015 *What Lies Beneath?: A Critical Assessment of PPPs and Their Impact on Sustainable Development*. Eurodad: Brussels.
- Romero, M.J., and Gideon, J.  
2019 *Public private partnerships and universal health care in Latin America - at what cost?* Eurodad, Latindadd and Birkbeck, University of London: Brussels.
- Rosas, V.G.S. y, Moscoso-Porras, M., Ormeño, R., Artica, F., Bayes, C.L., and Miranda, J.J.  
2019 Gender income gap among physicians and nurses in Peru: a nationwide assessment. *The Lancet Global Health*, 7, e412–e413.
- Rotarou, E.S. and Sakellariou, D.  
2017 Neoliberal reforms in health systems and the construction of long-lasting inequalities in health care: A case study from Chile. *Health Policy*, 121, pp. 495–503.
- Shaoul, J.  
2009 Using the Private Sector to Finance Capital Expenditure: The Financial Realities. In: *Policy, Finance & Management for Public-Private Partnerships*. John Wiley & Sons, Ltd, pp. 27–46.
- Shaoul, J., Stafford, A., and Stapleton, P.  
2008 The Cost of Using Private Finance to Build, Finance and Operate Hospitals. *Public Money and Management*, 28, pp. 101–108.

Torchia, M., Calabrò, A., and Morner, M.

2015 Public–Private Partnerships in the Health Care Sector: A systematic review of the literature. *Public Management Review*, 17, pp. 236–261.

Trebilcock, M., and Rosenstock, M.

2015 Infrastructure Public–Private Partnerships in the Developing World: Lessons from Recent Experience. *The Journal of Development Studies*, 51, pp. 335–354.

United Nations.

2015 *Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*.

Valenzuela-Oré, F., Romaní-Romaní, F., Monteza-Facho, B.M., Fuentes-Delgado, D., Vilchez-Buitron, E., and Salaverry-García, O.

2018 Prácticas culturales vinculadas al cuidado de la salud y percepción sobre la atención en establecimientos de salud en residentes de centros poblados alto-andinos de Huancavelica, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 35, pp. 84–92.

Velásquez, A., Suarez, D., and Nepo-Linares, E.

2016 Reforma del sector salud en el Perú: derecho, gobernanza, cobertura universal y respuesta contra riesgos sanitarios. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33, pp. 546-555.

Vasquez, E.E., Perez-Brumer, A., and Parker, R.G.

2019 Social inequities and contemporary struggles for collective health in Latin America. *Global Public Health*, 14, pp. 777–790.

Vassallo, J.M.

2019 Asociación Público-Privada en América Latina. Afrontando el reto de conectar y mejorar las ciudades. CAF.

Vreeland, J.R.

2003 *The IMF and Economic Development*. Cambridge: Cambridge University Press, Cambridge. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511615726>

Waluszewski, A., Hakansson, H., and Snehota, I.

2019 The public-private partnership (PPP) disaster of a new hospital – expected political and existing business interaction patterns. *Journal of Business & Industrial Marketing*, 34(4). <https://doi.org/10.1108/JBIM-12-2018-0377>

World Bank.

1993 *World Development Report 1993: Investing in health*. World Bank: Washington, DC.

Weyland, K.

2006 *Bounded Rationality and Policy Diffusion: Social Sector Reform in Latin America*. Princeton University Press: Princeton and Oxford.

WHO.

2000 *World health report 2000. Health systems: improving performance*. World Health Organization.

Winters, J.

2017 The Surge of Public-Private Partnerships for health since the Millennium [WWW Document]. Global health governance programme. Available from: <http://globalhealthgovernance.org/blog/2017/7/21/the-surge-of-public-private-partnerships-for-health-since-the-millennium> (accessed 5.28.19).

Yon, C.

2016 Salud, nutrición, medio ambiente y desarrollo rural: cambios, continuidades y desafíos. In: Durand, F., Urrutia, J., and Yon, C. (Eds.), *Perú: El Problema Agrario En Debate., SEPIA XVI*. SEPIA, Lima, pp. 485–574.

Ypanaqué-Luyo, P., and Martins, M.

2015 Uso de los servicios de salud ambulatorios en la población peruana. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32, pp. 464–470.

Zevallos, L., Salas, V., and Robles, L.

2014 Asociaciones público-privadas para servicio de salud: ¿la solución al sistema de salud peruano? *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 31, pp. 769–774.

