



Miriam Chisizwa, enfermera titular en un hospital público, trabaja en el pabellón de neonatos, Liongwe (Malawi). El programa de Malawi para aumentar los sueldos en el sector sanitario ha tenido un impacto positivo, pero Miriam afirma que “gano el doble que antes, pero tengo cinco hijos y sus tasas escolares se llevan casi todo mi sueldo. Siempre tengo que pedir dinero prestado”.
Foto: Abbie Trayle-Smith/Oxfam 2007.

INVERTIR EN LAS ÉLITES

La iniciativa “Health in Africa” de la IFC

La iniciativa Health in Africa de la Corporación Financiera Internacional (IFC) contraviene el aplaudido compromiso del Grupo del Banco Mundial para con una cobertura sanitaria universal e igualitaria y una prosperidad compartida. Es extremadamente improbable que la iniciativa de 1.000 millones de dólares, que promueve la prestación privada de la atención sanitaria, consiga mejorar la salud de la población pobre. Además, es inexcusable que la IFC no evalúe en qué medida esta iniciativa afecta a las personas que viven en la pobreza.

En lugar de invertir en soluciones privadas arriesgadas, el Grupo del Banco Mundial debería centrarse en apoyar a los Gobiernos africanos para que amplíen la atención sanitaria pública (un método probado para salvar a millones de vidas en todo el mundo y reducir la desigualdad) y en ayudarles a eliminar las tarifas sanitarias, además de fortalecer su capacidad de control sobre el sector privado.

1 INTRODUCCIÓN

El Presidente del Grupo del Banco Mundial Jim Yong Kim ha declarado públicamente que es fundamental alcanzar una cobertura sanitaria universal y la equidad en el ámbito sanitario para la consecución de los dos nuevos objetivos generales a nivel global del Banco Mundial: acabar con la pobreza extrema en 2030 e impulsar la prosperidad compartida.¹ Jim Yong Kim también ha subrayado, acertadamente, la necesidad de reducir las diferencias en el acceso a servicios sanitarios de calidad del 40% más pobre de la población, así como de eliminar los pagos en el momento del servicio, que empobrecen a la población en todos los países.²

Acogemos con satisfacción el compromiso de Grupo del Banco Mundial para con dichos objetivos, pero ¿están todos los miembros del Banco Mundial en consonancia con ellos? En el presente informe, que centra su atención en la iniciativa Health in Africa (Salud en África) de la Corporación Financiera Internacional (IFC), Oxfam plantea la posibilidad de que esta iniciativa de la pujante división del Grupo del Banco Mundial dedicada a la inversión del sector privado contravenga, en la práctica, el objetivo del Banco Mundial de promover la cobertura sanitaria universal.

La cobertura sanitaria universal implica que todas las personas, ya sean ricas o pobres, reciban la atención sanitaria que necesitan sin temor a verse sumidas en la pobreza. Para alcanzar este objetivo, es necesario que las reformas de la sanidad se dirijan explícitamente a reducir la desigualdad en el acceso a los servicios sanitarios y a garantizar que la sanidad pública palie los efectos de las desigualdades económicas y políticas. Tal y como defiende Oxfam en su reciente informe sobre los sistemas de seguro médico, el sistema debe ser igualitario desde el principio, garantizando que las personas que viven en la pobreza se beneficien de él en igual medida que quienes cuentan con más recursos.³

Los datos indican que es extremadamente improbable que priorizar la prestación privada de la atención sanitaria redunde en una mejora de la salud de las personas pobres y en la consecución de la cobertura sanitaria universal.⁴ Está demostrado que los sistemas de seguro médico privados son enormemente regresivos y benefician en mayor medida a los ricos. Los datos de 44 países de renta media y baja indican que un mayor nivel de participación del sector privado en la atención sanitaria primaria está asociado a mayores niveles de exclusión de la población pobre del tratamiento y la atención sanitaria.⁵ Mientras la población rica recibe la mejor atención médica, muchas personas más pobres se ven obligadas ya sea a depender de una atención sanitaria de baja calidad administrada por personal no cualificado, además de a pagar el tratamiento de su bolsillo, o a simplemente no recibir atención médica.

A pesar de sus numerosos problemas, la financiación y prestación pública de los servicios sanitarios sigue predominando en los sistemas sanitarios más igualitarios y con mejores resultados. En Asia, por ejemplo, un estudio comparativo de datos sanitarios en la región concluyó que ningún país de renta media o baja ha alcanzado el acceso universal o casi universal a la

atención sanitaria sin depender principalmente de la prestación pública de dichos servicios financiada a través de impuestos⁶. En Nepal, por ejemplo, se mejoró de manera drástica el acceso al sistema sanitario con la supresión de las tarifas para usuarios de la atención sanitaria en instalaciones públicas en 2008.

Los servicios públicos universales son una de las armas más poderosas en la lucha contra la desigualdad. Mitigan los efectos de la distribución desigual de los ingresos, y redistribuyen la riqueza asignando “ingresos virtuales” a las personas más pobres.⁷ A su vez, cuando las personas gozan de una buena salud, tienen más posibilidades de desarrollar su potencial participando en actividades generadoras de ingresos y siendo partes activas de sus comunidades. Todo el mundo se beneficia, especialmente las personas más pobres. Ante el aumento de la desigualdad en el África subsahariana,⁸ se necesitan con urgencia medidas específicamente dirigidas a fortalecer los sistemas sanitarios públicos. En lugar de invertir en arriesgadas soluciones privadas a los desafíos que presenta la sanidad pública, el Grupo del Banco Mundial debería centrarse en apoyar a los Gobiernos africanos para que amplíen la atención sanitaria pública (un método probado para salvar millones de vidas en todo el mundo y reducir la desigualdad) y les ayuden a eliminar las tarifas sanitarias, además de fortalecer su capacidad de control sobre el sector privado.

2 LA INICIATIVA HEALTH IN AFRICA DE LA IFC

En 2007, la IFC lanzó un informe patrocinado por la Fundación Bill & Melinda Gates, y de cuya investigación se encargó McKinsey & Company.⁹ En el informe, titulado *The Business of Health in Africa: Partnering with the Private Sector to Improve People's Lives*, la IFC se marcaba un objetivo encomiable: desarrollar normas de calidad de la atención sanitaria privada y garantizar su cumplimiento. No obstante, el informe también reivindicaba el papel del sector privado en el sector sanitario africano. Tanto en el informe de 2007 como en posteriores publicaciones sobre el tema, la IFC afirma que la mitad de la atención sanitaria en el África subsahariana ya está en manos del sector privado, especialmente en el caso de las personas más pobres,^{10,11} y asegura que, para estas personas, la sanidad privada es más asequible que la ofrecida por el Gobierno.^{12,13} El informe afirma que las empresas del sector privado pueden “promover una mayor eficiencia y calidad” a través de la competencia, así como sentar las bases de una atención sanitaria de mejor calidad.¹⁴ También señala que los actores no estatales deberían proporcionar dos tercios de la inversión necesaria para ampliar y mejorar los servicios sanitarios en el África subsahariana.¹⁵ Dichas afirmaciones acerca del rendimiento y potencial superiores del sector privado en el ámbito sanitario siguen siendo en gran medida infundadas, y los datos disponibles han puesto en duda muchas de ellas desde entonces, especialmente en lo relativo al sector privado.¹⁶

En 2008, la IFC lanzó la iniciativa Health in Africa, un proyecto de inversión de 1.000 millones de dólares cuyo objetivo es “acelerar mejoras sostenibles en el acceso a bienes y servicios sanitarios de calidad en África [así como] protección financiera frente a los efectos empobrecedores de las

enfermedades”, centrando “la atención en las personas menos favorecidas”.^{17,18,19} La iniciativa Health in Africa pretende alcanzar estos objetivos aprovechando el potencial del sector sanitario privado, concretamente mejorando el acceso al capital de las empresas sanitarias privadas, permitiéndoles crecer y expandirse, y también ayudando a los Gobiernos a incorporar al sector privado en el conjunto de su sistema sanitario.²⁰ El objetivo de esta iniciativa es garantizar que el sector sanitario privado se convierta en “otra herramienta eficaz para avanzar hacia la consecución de los ODM (Objetivos de Desarrollo del Milenio)”,²¹ a través de medidas adicionales dirigidas a “mejorar la accesibilidad de la atención sanitaria para la población africana pobre y rural”.²²

La iniciativa Health in Africa pretendía generar 1.000 millones de dólares, fundamentalmente a través de tres mecanismos de inversión: un instrumento de inversión privada de 300 millones de dólares; una línea de crédito de 500 millones de dólares, movilizando préstamos de bancos locales a actores sanitarios privados, y 200 millones de dólares de asistencia técnica.²³ Los mecanismos de inversión y crédito pretendían proporcionar capital a pequeñas y medianas empresas (PYME) emergentes, canalizando inversiones más pequeñas y fáciles de manejar que las elevadas dotaciones que, de media, la IFC asigna directamente a las empresas.²⁴

El instrumento de inversión de Health in Africa incluye inversiones en dos fondos de capital privados: el Africa Health Fund , gestionado por el Grupo Abraaj,^{25,26} y el Investment Fund for Health in Africa (IFHA, por sus siglas en inglés), creado por la Fundación PharmAccess (Países Bajos) en febrero de 2007.^{27,28}

La iniciativa Health in Africa ha contado con el respaldo de muchos actores internacionales, como los Gobiernos de Francia, Japón y los Países Bajos, así como de la Fundación Bill & Melinda Gates,²⁹ el Banco Africano de Desarrollo y DEG, la institución financiera para el desarrollo alemana.³⁰ En el seno del Grupo del Banco Mundial, esta iniciativa se presentó como “un nuevo rumbo...para la sanidad”, y formaba parte de la estrategia general del Grupo del Banco Mundial en el ámbito sanitario.^{31,32}

En los últimos años, la IFC ha empezado a publicitar sus propias inversiones directas en el ámbito de la salud en el África subsahariana como parte de la iniciativa.³³ Además, el Grupo del Banco Mundial reconoció, en la respuesta de la dirección a la evaluación intermedia, que el 98% de la inversión y del trabajo de asesoría en materia sanitaria de la IFC se ha canalizado a través de la iniciativa Health in Africa³⁴.

Debido a este cambio, así como a la escasa claridad de la documentación de la IFC, Oxfam se ha visto obligado a asumir, en su análisis de la iniciativa Health in Africa, que la totalidad de la inversión en el ámbito sanitario que la IFC ha realizado desde 2008 en el África subsahariana forma parte, oficialmente, de esta iniciativa.

3 EL PREOCUPANTE HISTORIAL DE LA IFC EN EL ÁMBITO SANITARIO

La IFC no cuenta con una experiencia larga en el ámbito sanitario. Hasta mediados de la década de 1990, solo había llevado a cabo algunos proyectos puntuales en este sector, y no contaba con un departamento de salud o con personal sanitario especializado.³⁵ Entre 1997 y 2007, la IFC solo aprobó 54 proyectos de inversión en el sector sanitario, comprometiendo aproximadamente 580 millones de dólares adicionales.³⁶ En comparación, los actuales compromisos de inversión de la IFC ascienden a 50.000 millones de dólares, con la participación de aproximadamente 2.000 empresas en 126 países³⁷.

En una evaluación de 2009, el Grupo de Evaluación Independiente del Banco Mundial identificó una serie de proyectos sanitarios de la IFC ejecutados entre 1997 y 2002 en los que las actividades terminaron en el abandono del proyecto o en un fracaso empresarial total y la quiebra de la empresa patrocinadora.³⁸ Los resultados en materia de desarrollo también fueron inicialmente bajos, y una serie de proyectos hospitalarios informaron de una infrautilización significativa de las infraestructuras.³⁹ Lejos de beneficiar a los menos favorecidos, los proyectos de la IFC en el ámbito de la salud habían “beneficiado principalmente a la población con rentas medias y altas ‘en la cúspide de la pirámide’”⁴⁰. En lo referente a sus proyectos hospitalarios, de los 12 hospitales sobre los que había información disponible, “tres estaban principalmente orientados a expatriados y seis a la población con rentas medias y altas”⁴¹. Sólo un tercio de los servicios de asesoría de la IFC cumplió o superó los resultados esperados, y se consideró que la rentabilidad de los proyectos había sido baja.⁴² La evaluación calificó la experiencia de la IFC en proyectos sanitarios como limitada, esporádica y fundamentalmente basada en su experiencia fuera de África, en países de renta media con escaso riesgo.⁴³

La iniciativa Health in Africa ha seguido esta estela de bajo rendimiento. La evaluación intermedia independiente de la iniciativa, publicada en 2012, identificaba algunos ámbitos de éxito, pero en términos generales señalaba que el rendimiento de la iniciativa había sido desigual, y que no había conseguido cumplir con varios de sus objetivos clave.⁴⁴ Entre los éxitos identificados por la evaluación se encuentran, por ejemplo, la atención internacional que ha atraído sobre el papel del sector privado en la sanidad; el debate que ha promovido sobre esta misma cuestión en un pequeño número de países, y los productos analíticos a los que ha dado lugar, aunque su pertinencia y utilización práctica es cuestionable. La evaluación también ensalza a la IFC por haber creado un nuevo fondo de capital dirigido a incentivar inversiones en el sector sanitario que benefician a la población a la que es más difícil llegar, la llamada “base de la pirámide”. Sin embargo, como se debate a continuación, un análisis más detallado de este sistema de incentivos pone de manifiesto sus graves deficiencias, que hacen que sea inoperante como herramienta para garantizar que la población pobre se beneficie de las inversiones en fondos de capital privados.

4 INCUMPLE SU COMPROMISO PARA CON LOS DESFAVORECIDOS

La documentación de la IFC subraya repetidamente que Health in Africa se centra en beneficiar a la población “menos favorecida” del África subsahariana. Su plan, que presentó ante el Banco Mundial en 2007, destacaba la mejora de “la accesibilidad de la atención sanitaria para la población africana pobre y rural”.⁴⁵ Este enfoque no difiere de lo que cabría esperar, no solo por las inaceptables diferencias entre ricos y pobres en términos de atención sanitaria en el conjunto del continente africano, sino porque lo contrario contravendría el mandato general del Grupo del Banco Mundial, que es luchar contra la pobreza. A pesar de ello, la evaluación intermedia independiente de Health in Africa reveló que ninguna de las líneas de trabajo de la iniciativa había conseguido tener un impacto positivo en las personas pobres⁴⁶.

El propio análisis que Oxfam ha realizado de la escasa y puntual información que la IFC y sus socios publican sobre sus inversiones respalda los resultados de la evaluación. Por ejemplo, la iniciativa no analiza cuál es la manera de llegar eficazmente a la población pobre a través del sector privado; sus inversiones no se destinan a beneficiar a las personas pobres, y ni siquiera evalúa si ha conseguido llegar a ellas.⁴⁷ También resulta preocupante el hecho de que, aparentemente, la iniciativa no tenga en cuenta la igualdad de género, tanto en términos de fomentarla como de evaluar y cuantificar si lo consigue. Dado que las mujeres constituyen un enorme porcentaje de la población pobre y rural, se trata de una omisión preocupante que contraviene el compromiso del Grupo del Banco Mundial de promover la igualdad de género.

La evaluación intermedia independiente reveló que el trabajo de análisis de Health in Africa no ha conseguido en absoluto “ya sea por omisión o por formulación, ocuparse de la polémica mundial más importante en relación al papel del sector privado en la sanidad en África: el papel (si es que tiene alguno) que el sector de la sanidad privada puede y debe desarrollar en la consecución de resultados en materia de desarrollo...”.⁴⁸ A pesar de afirmar expresamente que la iniciativa se centra en “los desfavorecidos”, la IFC no se ha planteado dar respuesta a la pregunta de si “fortalecer el sector de la sanidad privada redundaría en una mejora de la salud de las personas pobres”.⁴⁹ Los autores de la evaluación intermedia explican que esto no solo supone un incumplimiento de los propios objetivos fijados por la IFC, sino que además pone en entredicho el hecho de que una considerable cantidad de recursos del Banco Mundial se destinen a una iniciativa que, según sus críticos, “beneficia principalmente a los ricos”.⁵⁰

La información pública disponible muestra que, en la práctica, las inversiones de Health in Africa hasta el momento se han dirigido a caros hospitales urbanos de alto nivel que ofrecen atención terciaria a los expatriados y a los ciudadanos más ricos de los países africanos. De hecho, la intención de orientarse hacia las élites, incluyendo a aquellas personas que cuentan con recursos como para buscar atención sanitaria en otros países, se manifiesta explícitamente en la

descripción de algunas inversiones. Por ejemplo, la clínica La Providence en Chad debía recibir de la IFC un préstamo de 1,5 millones de dólares para ofrecer “servicios sanitarios que actualmente los chadianos buscan en el extranjero”,⁵¹ La ya consolidada Clínica Biasa, en Togo, recibió una inversión de 1,7 millones de dólares, y se describe a sí misma como “una de las tres mejores instalaciones sanitarias privadas de Lomé”.⁵² Y en Nigeria, los hospitales Lagoon de Hygeia, los cuales se benefician de inversiones y préstamos de Health in Africa que ascienden al menos a 7,68 millones de dólares, presumen de contar con unas “instalaciones de lujo” y de realizar operaciones que solo son posibles en “muy pocos hospitales especializados del Reino Unido y Estados Unidos”^{53,54}. Si bien Nigeria acarrea el 14% de la carga mundial de mortalidad materna⁵⁵, el Africa Health Fund ha invertido 5 millones de dólares en el primer centro de fecundación in vitro de África occidental, a fin de “ofrecer tratamientos de primera línea para la infertilidad”.⁵⁶ La clínica cobra 4.600 dólares por un ciclo de fecundación in vitro.⁵⁷

Las inversiones de Health in Africa priorizan sistemáticamente los hospitales urbanos a pesar de que, según la propia investigación de la IFC, menos del 12% de los hogares en el quintil más pobre accede a la atención sanitaria en hospitales,⁵⁸ y a pesar del compromiso de Health in Africa de mejorar la accesibilidad de la atención sanitaria para las poblaciones rurales.⁵⁹

Lejos de dar prioridad a pequeños proveedores privados que tienen dificultades para acceder a financiación por otros medios, hasta el momento la mayor inversión de la iniciativa Health in Africa de la IFC ha sido en Life Healthcare, la segunda mayor empresa sudafricana, cuyos servicios van de una red de 63 hospitales a otras instalaciones en todo el país.^{60,61} Los servicios de Life Healthcare siguen sin ser asequibles incluso para muchos sudafricanos comparativamente ricos, ya que sólo determinados servicios están cubiertos por el seguro de salud⁶² y sólo el 15% de la población sudafricana cuenta con algún tipo de seguro de salud.⁶³ Además, Life Healthcare se está expandiendo rápidamente fuera de los mercados africanos; su mayor crecimiento desde que recibiera la inversión de 93 millones de dólares⁶⁴ de Health in Africa se produjo cuando adquirió, en el año 2011, una participación del 26% de uno de los mayores grupos hospitalarios de India.⁶⁵

Cuadro 1: Servicios de maternidad inasequibles en el Hospital de Mujeres de Nairobi

En el Hospital privado de Mujeres de Nairobi, apoyado por Health in Africa,⁶⁶ incluso el paquete de maternidad más básico le costaría a una keniana media el sueldo de entre tres y seis meses, unos 463 dólares.^{67,68} Esta cifra aumenta en aproximadamente 280 dólares si se incluyen los cuidados de un obstetra, y habría que incrementarla aún más si fuese necesario practicar una cesárea.⁶⁹ El hospital afirma que atiende a mujeres kenianas de renta media y baja y a sus familias,⁷⁰ aunque en 2011 su coste medio por paciente se situó en 845 dólares.⁷¹ Dos tercios de las kenianas tendrían que renunciar a al menos la totalidad de sus ingresos durante algo más de un año para pagar esa tarifa.⁷² Por el contrario, los cuidados maternos en el sector público son gratuitos desde que el Gobierno keniano suprimiese las tarifas para los servicios de maternidad.⁷³

Parece que la accesibilidad de las personas pobres y desfavorecidas a los servicios en el marco de la cartera de inversiones de Health in Africa se limita, en realidad, a simbólicos mecanismos de responsabilidad social corporativa a pequeña escala, como por ejemplo la donación de 250 mantas,⁷⁴ el patrocinio de ocho bombas de agua en colegios⁷⁵ y dos días de revisiones oculares gratuitas para 200 personas (de las cuales más de un tercio fueron remitidas a realizarse más pruebas, que podrían acarrear un gasto para sus bolsillos).⁷⁶

5 IGNORAR LA EVALUACIÓN DEL IMPACTO

No parece que el enfoque de la iniciativa Health in Africa de la IFC se corresponda con la importancia que Jim Kim, el Presidente del Grupo del Banco Mundial, otorga a las estrategias de base empírica y en la “ciencia de los resultados”.⁷⁷ La evaluación intermedia independiente de la iniciativa Health in Africa afirma que “el tema del sector sanitario privado es controvertido, lo cual debería haber aumentado el compromiso de Health in Africa para con la definición de sus resultados previstos y su posterior evaluación. No ha sido así, y en consecuencia ahora mismo resulta difícil valorar en qué medida Health in Africa ha tenido algún impacto real”.⁷⁸

En concreto, el hecho de que la IFC no evalúe y cuantifique en qué medida Health in Africa repercute en las personas que viven en la pobreza resulta cuanto menos sorprendente. Los indicadores de desempeño descritos en el plan de negocio de Health in Africa y aplicados a las inversiones directas e indirectas de la IFC incluyen el valor de la financiación movilizada, los ingresos fiscales generados, los puestos de trabajo creados y el número de personas receptoras de los servicios. Según la evaluación intermedia, dichos indicadores no son adecuados para medir ningún tipo de impacto en el desarrollo, especialmente en la población desfavorecida.⁷⁹

Tal y como indica un documento informativo de la IFC, la misión de los dos fondos de capital privado de Health in Africa es “invertir en empresas de sanidad privadas que sean socialmente responsables de cara a estar al servicio de las personas desfavorecidas y de renta baja”⁸⁰. Sin embargo, en la práctica ninguno de los fondos está dirigido a las personas desfavorecidas, ni tampoco evalúan aceptablemente sus intentos de lograrlo:

- El Investment Fund for Health in Africa (fondo de inversión para la salud en África) únicamente exige a las empresas que tiene en cartera que cumplimenten un cuestionario sobre impacto medioambiental, social y de desarrollo⁸¹ y asume ciertos supuestos, como que la ampliación del seguro, la telemedicina y otros productos y servicios incrementará automáticamente el acceso equitativo a la atención sanitaria.⁸² Un proveedor de telemedicina apoyado por el fondo (una empresa sudafricana llamada Hello Doctor) fue calificado de poco ético por el Consejo de Profesionales Sanitarios de Sudáfrica, obligando a la organización a retirar sus servicios.⁸³

- El Africa Health Fund se vanagloria del éxito de su innovador marco de incentivos, que concede incentivos específicos a las empresas que tiene en cartera por llegar a pacientes situados “en la base de la pirámide”.⁸⁴ Sin embargo, los umbrales de renta utilizados para definir quiénes constituyen “la base de la pirámide” carecen de sentido, y en algunos casos incluyen a cualquiera que gane 3.000 dólares o menos.⁸⁵ Según los cálculos de la propia IFC, en la práctica esto incluye a toda la población excepto al 5% con mayores ingresos en el conjunto del África subsahariana.⁸⁶ Incluso el umbral de renta más bajo (1.000 dólares por persona) incluiría a más del 70% de la población en la mayoría de los países africanos.⁸⁷

La evaluación intermedia señala que “finalmente se ha desarrollado” un marco de resultados para Health in Africa, pero a pesar de las peticiones realizadas por Oxfam hasta el momento, la IFC aún no nos lo ha facilitado para su análisis.⁸⁸

6 INVERSIONES DE ELEVADO COSTE Y ESCASO IMPACTO

El conjunto de la cartera de inversiones de Health in Africa no ha logrado demostrar las tesis que defienden la mayor eficacia y rentabilidad del sector sanitario privado. En cambio, existen numerosos ejemplos de inversiones de elevado coste y escaso impacto cuya contribución al nivel total de cobertura sanitaria es insignificante..

La inversión de 1,7 millones de dólares que Health in Africa realizó en la Clínica Biosa en Togo tenía como objetivo ampliar más de tres veces el número de camas existentes de cara continuar con la “significativa contribución [de la Clínica Biosa] a la provisión de un sistema sanitario de calidad en un país en el que hay menos de una cama hospitalaria por cada mil habitantes”⁸⁹. No obstante, incluso en la mejor de las hipótesis⁹⁰, el incremento del número de camas hospitalarias en la Clínica Biosa representa un aumento total del número de camas en el país de tan solo el 1,26%⁹¹. En Tanzania, Health in Africa invirtió en un proveedor de seguros médicos tanzano, Strategis Insurance,^{92,93} a pesar de que sus propios documentos señalaban que la empresa sólo tenía 30.000 miembros (el 0,06% de la población).⁹⁴ La organización para el cuidado de la salud AAR Healthcare Holdings Ltd, presente en toda África oriental, se ha beneficiado dos veces de las inversiones de la IFC,⁹⁵ a pesar de que actualmente ofrece servicios ambulatorios a sólo 500.000 personas al año en toda la región.⁹⁶ Si AAR cumple su objetivo de crecimiento, que plantea ofrecer servicios ambulatorios a 600.000 pacientes anuales más para el año 2018⁹⁷ la empresa atendería a sólo el 1,9% de la población de los tres países en los que opera.⁹⁸

Cuadro 2: Hygeia Nigeria y el plan de seguro médico de los trabajadores informáticos de Lagos

En Nigeria, una serie de planes de seguro médico, que cuentan con la participación de la empresa Hygeia,⁹⁹ apoyada por la IFC, ha recibido alabanzas por extender la cobertura sanitaria a comunidades nigerianas de renta baja.¹⁰⁰ El Plan *One Health In Africa*, que ha recibido 6,1 millones de dólares de la IFC, se creó para subvencionar el seguro sanitario de 22.500 trabajadores informáticos de renta baja en Lagos durante cinco años, a partir de 2008.^{101,102} Cabe suponer que el plan piloto excluye a los nigerianos más pobres y vulnerables, ya que los afiliados al seguro deben tener empleos formales (lo cual excluye automáticamente a aproximadamente el 80% de los trabajadores de Lagos).¹⁰³

El coste para hacerse miembro también es prohibitivo. Durante el primer año, los afiliados pagan 10 dólares para unirse al plan de seguro.¹⁰⁴ En el quinto año, a medida que la subvención de la IFC se reduce, el coste asciende a 53 dólares.¹⁰⁵ Cabe suponer que, transcurridos los cinco años que dura el proyecto, el coste total de la prima del seguro (93 dólares) recaerá sobre los afiliados, a menos que sea posible convencer al Gobierno de que asuma el coste. Para que todos los nigerianos estuvieran cubiertos por un seguro médico como éste, el Gobierno tendría que triplicar su actual gasto sanitario per cápita.¹⁰⁶

A pesar de su elevado coste, el plan de seguro médico excluye varios servicios de atención sanitaria claves, como el tratamiento del cáncer, los cuidados intensivos, la planificación familiar, cualquier cirugía mayor y otros servicios sanitarios esenciales.¹⁰⁷ Así, este plan de seguro médico no protege a sus afiliados del empobrecimiento que acarrea los costes de la atención sanitaria.

Por lo tanto, no resulta sorprendente que el plan no haya alcanzado el objetivo de afiliados establecido, según indica la información disponible.¹⁰⁸ Actualmente, un año después de la fecha de cierre del proyecto, solo se ha llegado a menos del 40% de los beneficiarios previstos y sólo se han desembolsado el 54% de los fondos de la IFC.¹⁰⁹ Harían falta más de 100.000 años para alcanzar la cobertura sanitaria universal en Nigeria a través de esta vía.¹¹⁰

7 HEALTH IN AFRICA Y LOS INTERMEDIARIOS FINANCIEROS: OPACIDAD Y FALTA DE RENDICIÓN DE CUENTAS

La aparente falta de voluntad de la IFC para medir el impacto real de Health in Africa sobre el desarrollo se ve agravada por la utilización que la iniciativa hace de intermediarios financieros que invierten en su nombre, específicamente Africa Health Fund y el Investment Fund for Health in Africa

La investigación de Oxfam ha identificado varios problemas preocupantes relativos al uso de intermediarios financieros en general por parte de la IFC¹¹¹. Estos problemas incluyen, por ejemplo, la opacidad, la complejidad, la prioridad de la rentabilidad financiera sobre el impacto en el desarrollo, la

prioridad de los riesgos financieros sobre los riesgos sociales y medioambientales, la falta de supervisión de las prácticas empresariales de las empresas en las que invierte y la ausencia de capacidad para influir en las mismas, así como la lejanía de los proyectos que finalmente se financian y de sus consecuencias para las personas pobres.¹¹²

Un informe de 2013 del Asesor en Cumplimiento y Defensor del Pueblo/Ombudsman (CAO, por sus siglas en inglés) del Grupo del Banco Mundial, coincidía con la investigación de Oxfam.¹¹³ El informe reveló que la IFC era incapaz de controlar si sus inversiones a través de intermediarios financieros perjudican a las personas pobres y al medio ambiente, y mucho menos de evaluar si redundan en beneficios para el desarrollo.¹¹⁴ A su vez, encontró graves irregularidades y problemas de cumplimiento en las actuales normas utilizadas por la IFC.¹¹⁵ El informe también puso de manifiesto la escasa transparencia y reveló también las legítimas preocupaciones expresadas en relación a la casi total ausencia de acceso público a la información en ciertas ocasiones.¹¹⁶ Este déficit de información puede hacer que sea imposible para las comunidades incluso averiguar si la IFC participa en un proyecto, y mucho menos saber que pueden tener acceso a mecanismos de reclamación y reparación a través del CAO.¹¹⁷ La IFC, en su respuesta al informe de auditoría,¹¹⁸ no reconoció la gravedad de los problemas puestos de relieve y no se comprometió a abordarlos de manera adecuada.¹¹⁹

Tras la considerable presión ejercida por la sociedad civil y por el propio Directorio del Banco, la IFC está intentando solucionar algunos de estos problemas,¹²⁰ pero sigue sin abordar los problemas sistémicos generales de su modelo de préstamo a través de intermediarios financieros.¹²¹ Teniendo en cuenta este problemático historial, la elección de la IFC de utilizar intermediarios financieros en el sector de la sanidad, donde no se ha podido demostrar que redunde en un impacto positivo, debería ser un motivo de gran preocupación para los Gobiernos que forman parte del Banco Mundial, sus contribuyentes y, de manera crucial, para los beneficiarios ante los cuales el Banco Mundial debe rendir cuentas.

8 RESPUESTA DE LA DIRECCIÓN DEL GRUPO DEL BANCO MUNDIAL A LA EVALUACIÓN INTERMEDIA DE SALUD EN ÁFRICA

La respuesta oficial del Grupo del Banco Mundial¹²² a las importantes conclusiones de la evaluación intermedia de Health in Africa consistió fundamentalmente en destacar el carácter piloto de la iniciativa y el hecho de que la IFC está comprometida con una estrategia de “aprender mediante la práctica”.¹²³ Posteriormente, la respuesta oficial debilita su defensa de la iniciativa al reconocer que el monitoreo y evaluación (un requisito previo para la utilización de una estrategia de “aprender mediante la práctica”) no recibió suficiente atención durante el primer año.¹²⁴ De hecho, Health in Africa no contó con un marco general de resultados hasta 2011, tres años después de

la puesta en marcha de la iniciativa.¹²⁵ Tras volver a poner de relieve el escaso conocimiento de la IFC sobre la necesidad de utilizar el monitoreo y la evaluación en beneficio del aprendizaje, la respuesta se compromete a definir criterios verificables para valorar el éxito de Health in Africa “tras la finalización del proyecto”.¹²⁶

A fin de acreditar que la iniciativa trabaja en favor de las personas pobres, la dirección del Banco Mundial destaca el marco de incentivos utilizado para llegar a la llamada “base de la pirámide”, pero sin reconocer que los umbrales de renta establecidos no son los adecuados.¹²⁷ La dirección del Grupo del Banco Mundial también reivindica que la iniciativa “no pretendía que todas sus actuaciones, especialmente en materia de políticas, se centraran directamente en las personas desfavorecidas”.¹²⁸ Esta afirmación contradice su propia documentación y también contraviene los dos nuevos objetivos del Grupo: acabar con la pobreza extrema y promover una prosperidad compartida. Siguen afirmando que su trabajo beneficiaría de forma indirecta a las personas desfavorecidas a través de un mejor entorno operativo para el sector privado,¹²⁹ basándose, en principio, en la infundada suposición de que la mejora y el crecimiento del sector sanitario privado beneficiarán de forma automática a la población pobre.¹³⁰

9 CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

La importancia que el Presidente Jim Yong Kim otorga a la cobertura sanitaria universal y a la necesidad de priorizar políticas que reduzcan las disparidades en la cobertura sanitaria constituye, para el Grupo del Banco Mundial, un punto de inflexión fundamental que acoge con satisfacción. Sin embargo, la información disponible indica que el trabajo de la iniciativa Health in Africa de la IFC contraviene tanto el compromiso del Grupo del Banco Mundial con la cobertura sanitaria universal como los objetivos generales del Grupo: acabar con la pobreza extrema y promover una prosperidad compartida.

Resulta aún más preocupante su falta de atención por las personas pobres, especialmente las mujeres. El hecho de que no exista un marco sólido y completo que evalúe el impacto de la iniciativa, especialmente sobre las personas que viven en la pobreza, resta credibilidad a las afirmaciones de la IFC, que asegura haber adoptado una estrategia de “aprender mediante la práctica”. A su vez, la inversión en sanidad a través de intermediarios financieros complica aún más la medición del impacto de la pobreza debido a la falta de transparencia, y difumina la rendición de cuentas ante las partes integrantes del Banco Mundial y los beneficiarios. La IFC no ha hecho nada para rebatir de forma convincente las pruebas que demuestran los riesgos y la desigualdad de la comercialización de la atención sanitaria. La respuesta oficial del Grupo del Banco Mundial a la evaluación intermedia de Health in Africa no incluía prácticamente nada que sirviese para tranquilizar a los detractores de la iniciativa respecto al compromiso de la IFC para con la utilización de un enfoque empírico y favorable a las personas pobres en el futuro.

La cobertura sanitaria universal ofrece la oportunidad de acelerar el avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud, así como de hacer frente a la creciente carga de las enfermedades no transmisibles y reducir la desigualdad en el acceso a la atención sanitaria en África. No obstante, para que la cobertura sanitaria universal sea factible, es necesario que las reformas del sector sanitario se dirijan claramente a reducir la desigualdad en el acceso a los servicios de salud. A pesar de tener problemas en muchos países, la prestación y financiación pública de estos servicios sigue siendo el principal instrumento para alcanzar la cobertura sanitaria universal en sistemas sanitarios con mejores resultados y más igualitarios. Es extremadamente improbable que dar prioridad a la provisión sanitaria privada mejore la salud de las personas pobres y redunde en la consecución de la cobertura sanitaria universal.¹³¹

Las recomendaciones de Oxfam al Grupo del Banco Mundial son las siguientes:

- Publicar la revisión final de la iniciativa Health in Africa, tal y como anunció a la dirección del Grupo del Banco Mundial en su respuesta a la revisión intermedia, y debatir las implicaciones de los hallazgos con el Directorio del Banco Mundial, las organizaciones de la sociedad civil y otras partes interesadas.
- Abstenerse de hacer nuevas inversiones a través de Health in Africa hasta y a menos que se establezca un marco sólido, transparente y responsable para garantizar que dichas inversiones son favorables a las personas pobres y que se dirigen a cubrir necesidades insatisfechas;
- Suspender las inversiones de la IFC a través de intermediarios financieros en el sector sanitario hasta que se garantice la transparencia de estos acuerdos y se demuestre el impacto en las personas que viven en la pobreza;
- Llevar a cabo una revisión completa de las actividades que ha llevado a cabo la IFC en el sector sanitario de países de renta media y baja hasta la fecha, así como del impacto de las mismas, a fin de analizar de qué manera dichas actividades respetan los objetivos generales del Grupo del Banco Mundial de acabar con la pobreza extrema y promover una prosperidad compartida;
- Seguir apoyando a los Gobiernos africanos para fortalecer la capacidad de los Estados a la hora de regular el sector privado;
- Centrarse en apoyar a los Gobiernos africanos para ampliar el acceso a la atención sanitaria pública y eliminar las tarifas a los usuarios, un método probado para salvar millones de vidas en todo el mundo y reducir la desigualdad.

NOTAS

A menos que se indique lo contrario, todos los enlaces se consultaron por última vez en junio de 2014.

- 1 Presidente del Grupo del Banco Mundial, Jim Yong Kim, Discurso en la Conferencia Gobierno de Japón – Banco Mundial sobre cobertura sanitaria universal, Tokyo, 6 de diciembre de 2013, <http://www.worldbank.org/en/news/speech/2013/12/06/speech-world-bank-group-president-jim-yong-kim-government-japan-conference-universal-health-coverage> (consultado por última vez en junio de 2014).
- 2 Discurso de Jim Yong Kim, Presidente del Grupo del Banco Mundial, en la Asamblea Mundial de la Salud “Pobreza, salud y el futuro de la humanidad”, Ginebra, 21 de mayo de 2013, <http://www.worldbank.org/en/news/speech/2013/05/21/world-bank-group-president-jim-yong-kim-speech-at-world-health-assembly> (consultado por última vez en junio de 2014).
- 3 Oxfam International (2013) “Cobertura sanitaria universal: por qué los seguros de salud se están dejando atrás a las personas pobres”, Informe de Oxfam 176, Oxford: Oxfam International, <http://oxf.am/UHV>
- 4 Por ejemplo, S. Basu, J. Andrews, S. Kishore, R. Panjabi and D. Stuckler (2012) ‘Comparative performance of private and public healthcare systems in low- and middle-income countries: a systematic review’, PLOS Medicine 9(6): e1001244. doi:10.1371/journal.pmed.1001244. Par un resumen con los datos disponibles, consultar también Oxfam Internacional (2009) “Optimismo ciego: mitos sobre la asistencia sanitaria privada en los países pobres”, Oxford: Oxfam International, <http://oxf.am/QKQ>.
- 5 M. Koivusalo and M. Mackintosh (2004) ‘Health Systems and Commercialization: In Search of Good Sense’. Informe preparado por el Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social (UNRISD, por sus siglas en inglés) Conferencia Internacional sobre la comercialización de la atención a la salud: dinámicas locales y mundiales y respuestas políticas.
- 6 R. Rannan-Eliya. and A. Somantnan (2005) ‘Access of the Very Poor to Health Services in Asia: Evidence on the role of health systems from Equitap.’ UKK: DFID Health Systems Resource Centre.
- 7 Oxfam Internacional (2014) “Gobernar para la mayoría: servicios públicos contra la desigualdad”, Informe de Oxfam 182, Oxford: Oxfam Internacional, <http://oxf.am/5TZ>
- 8 El Grupo del Banco Mundial (2013) ‘Africa’s Pulse: An Analysis of Issues Shaping Africa’s Economic Future’, volume 7, April, http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/Africa/Report/Africas-Pulse-brochure_Vol7.pdf (last accessed June 2014).
- 9 IFC, The Business of Health in Africa – Partnering with the Private Sector to Improve People’s Lives (en adelante citado como The Business of Health), Washington DC: IFC, p.v.
- 10 Ibid, pág. vii.
- 11 Banco Mundial (2011) Healthy Partnerships: How Governments Can Engage the Private Sector to Improve Health in Africa (en adelante citado como Healthy Partnerships), Washington DC: El Banco Internacional para la Reconstrucción y el Desarrollo/Banco Mundial, pág.14.
- 12 IFC y Banco Mundial, The Business of Health – Policy Notes, Issue 1, January 2010 (citado en adelante como 2010 Policy Note), pág.2.
- 13 IFC The Business of Health, pág. 26.
- 14 Ibid. pág.17 y pág.11.
- 15 Ibid. pág. 52.
- 16 E.j. Oxfam International (2009) op. cit.; y Basu et al. (2012) op. cit.
- 17 Servicio de asesoría sobre el clima de inversión del grupo del Banco Mundial. The Health in Africa Initiative: Improving the Role of Private Sector in Healthcare (en adelante citado como 2013 Factsheet), pág.1, https://www.wbginvestmentclimate.org/advisory-services/health/health-in-africa/upload/HIA-Factsheet_October-2013.pdf (last accessed June 2014).
- 18 IFC y Banco Mundial, 2010 Policy Note.
- 19 IFC y Banco Mundial (2012) Health in Africa Initiative – Factsheet, August 2012, pág.1 (en adelante citado como 2012 Factsheet), https://www.wbginvestmentclimate.org/advisory-services/health/health-in-africa/upload/HIA-FACTSHEET-SEPTEMBER-2012_ENGLISH.pdf (consultado por última vez en junio de 2014).
- 20 IFC videocasts, ‘IFC Invests in Private Health Care in Africa’, October 2011, <http://www.youtube.com/watch?v=ZYAw9hGFxcc> (last accessed June 2014).

- 21 IFC (2007) Board paper 'Health Strategy for Sub-Sahara Africa', citado en Brad Herbert Associates (2012) Health in Africa Mid-Term Evaluation – Final Report, pág.11, <https://www.wbginvestmentclimate.org/advisory-services/health/health-in-africa/upload/HIA-Mid-Term-Evaluation-Final-Report-Sept-2012.pdf> (consultado por última vez en junio de 2014).
- 22 Ibid. p.11.
- 23 IFC y Banco Mundial, 2010 Policy Note; y IFC y Banco Mundial, 2012 Factsheet, p.4.
- 24 Grupo del Banco Mundial (2012) Respuesta del Directorio del Grupo del Banco Mundial – Health in Africa Independent Mid-Term Evaluation (en adelante citado como respuesta del Directorio), pág.1.
- 25 IFC, 'IFC Backs Africa Health Care Fund', comunicado de prensa, 4 de junio, http://www.ifc.org/wps/wcm/connect/region_ext_content/regions/sub-saharan+africa/news/health_equity_fund
- 26 The Abraaj Group (2012) 'Press Release: Abraaj Capital Announces Acquisition of Aureos Capital', 20 February, <http://www.abraaj.com/news-and-insight/news/press-release-abraaj-capital-announces-acquisition-of-aureos-capital/>
- 27 Posteriormente la IFC ha invertido 10 millones de dólares en otro fondo patrocinado por la Fundación Bill & Melinda Gates Foundation, 'Global Health Investment Fund', investing in the development of medicines and other health products. Base de datos de proyectos de la IFC, 'GHIF – Summary of Proposed Investment', <http://ifcext.ifc.org/IFCExt/spiwebsite1.nsf/DocsByUNIDForPrint/7062F2FE8E6BA8BA85257AAE0066A86A?opendocument>
- 28 Base de datos de proyectos de la IFC, 'Investment Fund for Health in Africa – Summary of Proposed Investment', http://ifcext.ifc.org/ifcext/spiwebsite1.nsf/ProjectDisplay/SPI_DP26516
Aunque el Fondo de Inversión para la Salud en África es previo al lanzamiento de la iniciativa Health in Africa, es obvio que la IFC debatió sobre la participación del IFHA desde su creación. Brad Herbert Associates op. cit. pág .36.
- 29 IFC y Banco Mundial, 2012 Factsheet, pág. 1.
- 30 IFC (2014) 'IFC Backs Africa Health Care Fund' op. cit.
- 31 Grupo del Banco Mundial, Respuesta del Directorio, pág. 1.
- 32 IFC y Banco Mundial, 2012 Factsheet, pág. 1.
- 33 Ibid. pág. 4.
- 34 Grupo del Banco Mundial, Respuesta del Directorio, pág. 2
- 35 GEI Banco Mundial op. cit. pág.77.
- 36 Ibid. pág.77.
- 37 http://www.ifc.org/wps/wcm/connect/CORP_EXT_Content/IFC_External_Corporate_Site/What+We+Do/Investment+Services
- 38 Independent Evaluation Group (IEG) World Bank (2009) 'Chapter 5 – IFC's Health Strategy and Operations', in Improving Effectiveness and Outcomes for the Poor in Health, Nutrition, and Population – An Evaluation of World Bank Group Support Since 1997, Washington DC: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. Pág .82–83.
- 39 Ibid. pág. 82-83.
- 40 Ibid. pág. 90
- 41 Ibid. pág. 90.
- 42 Ibid. pág.86.
- 43 Ibid. pág. 77 y pág. 81.
- 44 Brad Herbert Associates (2012) Health in Africa Mid-Term Evaluation – Informe final, pág.11.
- 45 IFC (2007), citado en Brad Herbert Associates, op. cit. pág.11.
- 46 Brad Herbert Associates (2012) Health in Africa Mid-Term Evaluation – Informe final
- 47 Ibid. pág. 4, pág. 18 y pág. 41.
- 48 Ibid. pág. 18.
- 49 Ibid. pág. 4 y pág. 18
- 50 Ibid. pág. 4.
- 51 Base de datos de proyectos de la IFC, 'Chad Clinic – Summary of Investment Information', <https://ifcndd.ifc.org/ifcext/spiwebsite1.nsf/78e3b305216fcd8ba85257a8b0075079d/fb9298fb97103a0885257b5d005f5948?opendocument>
- 52 Private Equity Africa (2012) 'Aureos in \$1.7m Clinique Biosa deal', 4 July, <http://www.privateequityafrica.com/wp/uncategorized/aureos-in-1-7m-clinique-biosa-deal/>

- 53 IFC Projects Database, 'Hygeia II – Summary of Proposed Investment'; http://ifcext.ifc.org/ifcext/spiwebsite1.nsf/ProjectDisplay/SPI_DP26806, and 'Hygeia Equity – Summary of Proposed Investment' <http://ifcextapps.ifc.org/ifcext/spiwebsite1.nsf/78e3b305216fcd8a85257a8b0075079d/95fd41ae25e87b9b852578780074b35c?opendocument>.
- Para conocer más detalles sobre la inversión de Investment Fund for Health in Africa en Hygeia, consultar Investment Fund for Health in Africa, 'Sourcelink: an investment by IFHA' <http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Generic-Documents/PPT%20SourcelinkPharma%20by%20IFHA.pdf> p.4. EUR2 million converted to US\$2.68 million xe.com, julio de 2014.
- 54 Lagoon Hospitals Hygeia, 'Patient Guide' <http://www.hygeiagroup.com/lagoon/Medical-Services/Care-Guide.aspx> and Lagoon Hospitals Hygeia ;Company Overview', <http://www.hygeiagroup.com/lagoon/About-Us/Company-Overview.aspx>.
- 55 Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2012) "Las defunciones maternas se redujeron a la mitad en 20 años, pero es necesario acelerar el progreso", comunicado de prensa, 16 de mayo, <http://www.unfpa.org/public/home/news/pid/10730> (last accessed June 2014).
- 56 The Abraaj Group (2012) citando a Jacob Kholi, socio gestor de la Africa Health Fund, en el comunicado de prensa "Aureos managed Africa Health Fund invests US\$5 million in Nigerian assisted reproductive centre" del 4 de febrero, <http://www.abraaj.com/news-and-insight/news/aureos-managed-africa-health-fund-invests-us5-million-in-nigerian-assisted/>
- 57 NGN 758,000 converted at xe.com, June 2014. The Bridge Clinic, 'The Bridge Clinic – Pricing' <http://176.32.230.1/thebridgeclinic.com/pricing.php>
- 58 Banco Mundial, Healthy Partnerships, pág .17 (Figure 1.7).
- 59 IFC (2007), citado en Brad Herbert Associates (2012) op. cit. pág .11.
- 60 Base de datos de proyectos de la IFC, 'Life Healthcare – Summary of Proposed Investment', http://ifcext.ifc.org/ifcext/spiwebsite1.nsf/ProjectDisplay/SPI_DP29199
- 61 Visite la página web de Life Healthcare para obtener más información sobre los servicios que ofrece y sobre los hospitales, <http://www.lifehealthcare.co.za/>
- 62 Visite la página web de Life Healthcare para ver ejemplos de los costes adicionales que acarrearán los médicos privados (no incluidos en los planes de ayuda médica) en los hospitales de Life: Life Westville Hospital, <http://www.lifehealthcare.co.za/Hospitals/DisplayHospital.aspx?nHospitalId=61>; Life East London Private Hospital, <http://www.lifehealthcare.co.za/Hospitals/DisplayHospital.aspx?nHospitalId=14>; Life Faerie Glen Hospital, <http://www.lifehealthcare.co.za/Hospitals/DisplayHospital.aspx?nHospitalId=20>
- 63 D. McIntyre (2010) 'Private sector involvement in funding and providing health services in South Africa: implications for equity and access to health care', Equinet Discussion Paper 84, julio, pág.1.
- 64 Posteriormente la IFC ha invertido otros 57 millones de dólares en Life Healthcare, de modo que la inversión total de la IFC asciende a 150 millones de dólares. Base de datos de proyectos de la IFC, 'Life Healthcare – Summary of Proposed Investment', <http://ifcextapps.ifc.org/ifcext/spiwebsite1.nsf/78e3b305216fcd8a85257a8b0075079d/506cc3293fedb7f385257721006b201f?opendocument> (last accessed July 2014)
- 65 M. Hasenfuss (2011) 'South Africa's Life Healthcare picks 26% in Max', Business Standard, 13 October, http://www.business-standard.com/article/finance/south-africa-s-life-healthcare-picks-26-in-max-111101300095_1.html
- 66 T. Minney (2010) 'Africa Health Fund makes first investment', African Capital Markets News, 29 January, <http://www.africancapitalmarketsnews.com/233/africa-health-fund-makes-first-investment/>
- 67 El paquete de maternidad "básico" en el Hospital de Mujeres de Nairobi cuesta 40.000 KSh (cifra confirmada mediante correspondencia con el Hospital de Mujeres de Nairobi en febrero de 2014, y con conversión de divisa xe.com en marzo de 2014).
- 68 Se calcula que el sueldo mensual medio en Kenia se sitúa entre 76 dólares y 141 dólares. J. Macharia (2013) 'Kenyan MPs defy president, hike pay to 130 times minimum wage', Reuters, 28 May, <http://www.reuters.com/article/2013/05/28/us-kenya-reform-idUSBRE94R0MW20130528>, and BBC News (2013) 'Kenya's Nairobi city hit by pig protest over MPs pay', 14 May, <http://www.bbc.co.uk/news/world-africa-22522846>
- 69 "Paquetes de maternidad" del Hospital de Mujeres de Nairobi, <http://nwch.co.ke/maternity-packages-2/> (consultado por última vez en junio de 2014). KSh 24.000 de costes obstétricos, conversión de divisa xe.com marzo de 2014.
- 70 Hospital de Mujeres de Nairobi, 'The Nairobi Women's Hospital – About us', <http://nwch.co.ke/about-us/>
- 71 S. Mbogo and R. Otini (2011) 'Kenya: Broker jolts hospital with new pricing index', allAfrica, 24 November, <http://allafrica.com/stories/201111250017.html> KSh 72,843 converted on xe.com, septiembre de 2013.

- 72 El 67,2% de los keniatas vive con 2 dólares al día o menos. Datos del Banco Mundial, 'Poverty headcount ratio at \$2 a day (PPP) (% of population)' for Kenya, 2005, <http://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.2DAY/countries/KE?display=graph>
- 73 Kenya: Will Free Delivery Reduce the High Mortality Rate?' 19 April 2013 <http://allafrica.com/stories/201304210016.html?viewall=1>, and 'Kenya's Mothers Shun Free Maternity Health Care' 9 July 2013 <http://www.ipsnews.net/2013/07/kenyas-mothers-shun-free-maternity-health-care/>
- 74 Nakasero Hospital, 'NHL News', Julio–Septiembre de 2012, pág.4 <http://www.nakaserohospital.com/images/documents/nhlnews.pdf>
- 75 Life Healthcare, Life Healthcare – Integrated Annual Report 2012, p.55, http://www.lifehealthcare.co.za/IR/Financial_Info/Life%20Healthcare%20Integrated%20Annual%20Report%202012.pdf
- 76 Nakasero Hospital, 'Nakasero Hospital (NHL) – Deseret International Eye Camp', p.1. and p.4, <http://www.nakaserohospital.com/images/documents/eyeclinic.pdf>
- 77 Jim Yong Kim, Presidente del Grupo del Banco Mundial, Discurso en la Sesión Plenaria de la Reunión Anual, Tokyo, 11 de octubre de 2012, <http://www.worldbank.org/en/news/speech/2012/10/12/remarks-world-bank-group-president-jim-yong-kim-annual-meeting-plenary-session>
- 78 Brad Herbert Associates op. cit. pág.4.
- 79 Brad Herbert Associates op. cit. pág.32.
- 80 IFC y Banco Mundial, Health in Africa Initiative – Factsheet, June 2011, p.4, <https://www.wbginvestmentclimate.org/advisory-services/health/upload/FINAL-HiA-factsheet.pdf>
- 81 Fondo de Inversión para la Salud en África, Environmental, Social and Development Performance Report 2012, pág.16-17, <http://www.ifhafund.com/uploads/ESDPR%202012%20FINAL.pdf>
- 82 Ibid. pág.15, pág.19 y pág.29.
- 83 R. Sheik Umar and L. Rondganger (2011) 'Hello Doctor under fire', IOL News, 10 May, <http://www.iol.co.za/news/south-africa/kwazulu-natal/hello-doctor-under-fire-1.1066992#.UkrU1K416eZ>
- 84 J. Kholi and R. Wanjiro (2013) 'Private Sector Opportunities in Developing Country Healthcare', Private Sector & Development (Proparco's Magazine), Issue 17, julio, pág.21-24.
- 85 En 2002 dólares internacionales a valores de paridad de poder adquisitivo (PPP). Brad Herbert Associates op. cit. pág.34-35.
- 86 Instituto de Recursos Mundiales y IFC, The Next 4 Billion: Market Size and Business Strategy at the Base of the Pyramid, 2007, pág.20, citado en Brad Herbert Associates op. cit. pág.35.
- 87 Brad Herbert Associates op. cit. págs.34-35.
- 88 Ibid. pág.4.
- 89 The Abraaj Group (2012), 'Press Release: The Africa Health Fund managed by Aureos invests in Togolese private hospital', <http://www.abraaj.com/news-and-insight/news/press-release-the-africa-health-fund-managed-by-aureos-invests-in-togolese/>
- 90 Esta hipótesis asume que todavía no se ha triplicado el número actual de camas hospitalarias (30) según estaba previsto en los planes de la inversión, y que aumentará a 90 camas. Consultar la página Web de la Clínica Biosa <http://www.cliniquebiosa.org/>. Una hipótesis menos optimista apunta a que ya se ha triplicado el número de camas hospitalarias, pasando de 10 a 30.
- 91 Cálculo de la cifra 1,26%: población actual en Togo: 6.817.000 (Datos del Banco Mundial, 'Togo', <http://data.worldbank.org/country/togo>) y Togo tiene actualmente 0,7 camas por cada mil habitantes (Datos del Banco Mundial, 'Hospital beds (per 1,000 people)' <http://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.BEDS.ZS>). Esto hace que el número total de camas hospitalarias sea 4.772. Agregar 60 camas daría lugar a un total de 4.832, un incremento del 1,26%.
- 92 Fondo de Inversión para la Salud en África (Investment Fund for Health in Africa), 'Private Equity – Strategis Insurance (Tanzania) Limited', <http://www.ifhafund.com/index.php?page=strategis-insurance-tanzania-limited>
- 93 IFC, The Business of Health, pág.71, Figure A2.4.
- 94 En 2012 la población de Tanzania era de 47,78 millones de personas. Banco Mundial, "Datos – Tanzania", <http://data.worldbank.org/country/tanzania>.

- 95 Debe desembolsarse una inversión de capital de 4 millones de dólares (Base de datos de proyectos de la IFC", AAR Healthcare – Summary of Investment Information', <https://ifcndd.ifc.org/ifcext/spiwebsite1.nsf/78e3b305216fcd8a85257a8b0075079d/571e1e97915da5ca85257b6b006a2541?opendocument>), y la compra adicional de una participación del 20% por parte del Fondo de Inversión para la Salud en África ('IFHA injects funds into East African healthcare', Private Equity Africa, 15 December 2010, <http://ifcext.ifc.org/ifcext/pressroom/IFCPressRoom.nsf/0/2F42686363308FFE85257B9C004550F1>)
- 96 IFC (2013) 'IFC Invests in AAR to improve health services in East Africa', 2 July <http://ifcext.ifc.org/IFCExt/pressroom/IFCPressRoom.nsf/0/2F42686363308FFE85257B9C004550F1>
- 97 Ibid.
- 98 Sin tener en cuenta el crecimiento demográfico en Kenia, Tanzania y Uganda hasta 2018, lo cual haría que este porcentaje se redujese aún más. Asumiendo el supuesto de que la cobertura del seguro aumentará gradualmente en el período 2013 – 2018 (por ejemplo añadiendo 100.000 el primer año, 200.000 el segundo año, 300.000 el tercero, etc.), llegando a 600.000 más al año en 2018. Consultar las notas 107 y 111 respectivamente en relación a la población de Uganda y Tanzania, y para obtener más información sobre la población de 43,18 millones de Kenia, consultar Banco Mundial, "Data – Kenya", <http://data.worldbank.org/country/kenya>. No está claro cuántos de estos pacientes ambulatorios estarían cubiertos por el propio plan de seguro de AAR.
- 99 IFC y Banco Mundial, 2012 Factsheet, pág.4.
- 100 Consulte, por ejemplo, E. Gustafsson-Wright and O. Schellekens (2013) Achieving Universal Health Coverage in Nigeria one State at a Time – A Public–Private Partnership Community-Based Health Insurance Model, Global Economy and Development at Brookings – Working Paper 2, junio, Washington DC: Brookings.
- 101 La financiación se canaliza a través de la Global Partnership on Output-Based Aid (GPOBA) (Alianza Global de Ayuda basada en Resultados), que concede una subvención al Dutch Health Insurance Fund (Seguro neerlandés de atención sanitaria). Banco Mundial, GPOBA, IFC (2008) 'World Bank-administered GPOBA launches pre-paid health insurance scheme in Lagos, Nigeria', News release, 30 de octubre, http://www.gpoba.org/sites/gpoba.org/files/Nigeria_health_Oct08_revised.pdf
- 102 Página web de GPOBA, 'Pre-paid health scheme pilot in Nigeria', <http://www.gpoba.org/project/P104405>
- 103 R. Neuwirth (2011) 'The "Informal Economy" Driving World Business', NPR Books, 19 October, <http://www.npr.org/2011/10/26/141503411/the-informal-economy-driving-world-business>
- 104 Health Insurance Fund y GPOBA, op. cit. pág.6.
- 105 Ibid.
- 106 Según los datos de la OMS, el Gobierno de Nigeria dedicó 29,6 dólares per cápita en 2011. OMS Base de datos de gasto sanitario mundial, 'Health Systems Financing Country Profile: Nigeria, 2011', http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REPORT_COUNTRY_PROFILE
- 107 Incluyendo servicios de alta tecnología (como escáner TC, resonancias magnéticas, etc); las epidemias afectan a más del 10% de la población; daños producidos por desastres naturales, guerras o disturbios; diálisis; anomalías congénitas; suministro de gafas; ayuda a la audición; cuidado dental; y drogadicción. Consultar Health Insurance Fund y GPOBA, op. cit. pág.29.
- 108 Se debe, al menos en parte, al incremento del copago de los afiliados, razón por la cual el 34% de ellos (4.611 personas de 13.473) abandonaron el seguro entre enero de 2012 y mayo de 2013. La puesta en marcha del proyecto también sufrió un importante retraso debido a la falta de confianza de la comunidad en la iniciativa. Banco Mundial (2013) Implementation Status & Results Nigeria, Pre-paid Health Scheme Pilot in Nigeria P104405, 30 de noviembre, pág.2
- 109 El plan tenía 8.862 afiliados en mayo de 2013, cuando el objetivo eran 22.500. Ibid. pág.2 y pág.4.
- 110 El proyecto consiguió 8.862 afiliados entre octubre de 2007 y mayo de 2013, Ibid. pág.2. Incrementar esos 8.862 afiliados hasta alcanzar al conjunto de la población de Nigeria (169.000.000) a ese ritmo requeriría 104.886 años ($169.000.000 / 8.862 = 19.070, 19.070 \times 5,5 = 104.886$). OMS, 'OMS, África, Nigeria', <http://www.who.int/countries/nga/en/>.
- 111 Oxfam Internacional (2012) "Negocios arriesgados. Préstamos mediante intermediarios y financiación del desarrollo", Nota temática de Oxfam, 18 de abril, Oxford: Oxfam International, pág.1, <http://oxf.am/oFE>
- 112 Ibid. pág.3-6; y R. Nash (2013) 'Does the World Bank speak with forked tongue on land grabs', 15 April, <http://oxfamblogs.org/fp2p/does-the-world-bank-speak-with-forked-tongue-on-land-grabs/>

- 113 Oficina del Asesor en Cumplimiento Ombudsman (CAO) de la Corporación Financiera Internacional, Organismo Multilateral de Garantía de Inversiones (MIGA), Miembros del Grupo del Banco Mundial (2012) Auditoría de la CAO de una muestra de inversiones de la IFC en intermediarios financieros terceros, 10 de octubre, http://www.cao-ombudsman.org/documents/Audit_Report_C-I-R9-Y10-135.pdf
- 114 Ibid. págs.24-25.
- 115 Ibid. pág.31 y p.41.
- 116 Ibid. págs.25-26.
- 117 R. Nash op. cit.
- 118 The World Bank/IFC/MIGA (2013) Office Memorandum – Report on Audit of a Sample of IFC Investments in Third-Party Financial Intermediaries (IFC Response), 31 January, <http://www.cao-ombudsman.org/newsroom/documents/FINALIFCResponsetoCAOReport1-31-2013.pdf>
- 119 R. Nash op. cit
- 120 E&S Risk Management of Financial Institutions at the IFC. Presentation to the Committee on Development Effectiveness, September 4th 2013, <http://www.cao-ombudsman.org/documents/IFCpresentationforCODE-ESRMforFIs-final.pdf> (consultado por última vez en junio de 2014)
- 121 The Bretton Woods Project (2014) op. cit.
- 122 Grupo del Banco Mundial, Respuesta del Directorio. <https://www.wbginvestmentclimate.org/advisory-services/health/health-in-africa/upload/Mgt-Response-to-MTR-Rev-S-082412-2.pdf>
- 123 Ibid. pág.2 y pág.4.
- 124 Ibid. pág.6.
- 125 Ibid. pág.6
- 126 Ibid. pág.6
- 127 Ibid. pág. 5.
- 128 Ibid. pág. 4.
- 129 Ibid. pág. 4.
- 130 Ibid. pág. 4-6.
- 131 E.j. Oxfam Internacional (2009) op. cit.; y Basu et al. (2012) op. cit.

© Oxfam Internacional, septiembre de 2014

Este documento ha sido escrito por Anna Marriott y Jessica Hamer. Oxfam agradece la colaboración de Charlotte Soulary, Nicolas Mombrial y Ceri Averill en su elaboración. Forma parte de una serie de documentos dirigidos a contribuir al debate público sobre políticas humanitarias y de desarrollo.

Para más información sobre los temas tratados en este documento, por favor póngase en contacto con advocacy@oxfaminternational.org

Esta publicación está sujeta a copyright pero el texto puede ser utilizado libremente para la incidencia política y campañas, así como en el ámbito de la educación y de la investigación, siempre y cuando se indique la fuente de forma completa. El titular del copyright solicita que cualquier uso de su obra le sea comunicado con el objeto de evaluar su impacto. La reproducción del texto en otras circunstancias, o su uso en otras publicaciones, así como en traducciones o adaptaciones, podrá hacerse después de haber obtenido permiso y puede requerir el pago de una tasa. Debe ponerse en contacto con policyandpractice@oxfam.org.uk.

La información en esta publicación es correcta en el momento de enviarse a imprenta.

Publicado por Oxfam GB para Oxfam Internacional con ISBN 978-1-78077-700-9 en Septiembre de 2014.
Oxfam GB, Oxfam House, John Smith Drive, Cowley, Oxford, OX4 2JY, UK.

OXFAM

Oxfam es una confederación internacional de 17 organizaciones que trabajan juntas en más de 90 países, como parte de un movimiento global a favor del cambio, para construir un futuro libre de la injusticia que supone la pobreza:

Oxfam Alemania (www.oxfam.de)
Oxfam América (www.oxfamamerica.org)
Oxfam Australia (www.oxfam.org.au)
Oxfam-en-Bélgica (www.oxfamsol.be)
Oxfam Canadá (www.oxfam.ca)
Oxfam Francia (www.oxfamfrance.org)
Oxfam GB (www.oxfam.org.uk)
Oxfam Hong Kong (www.oxfam.org.hk)
Oxfam India (www.oxfamindia.org)
Oxfam Intermón (España) (www.oxfamintermon.org)
Oxfam Irlanda (www.oxfamireland.org)
Oxfam Italia (www.oxfamitalia.org)
Oxfam Japón (www.oxfam.jp)
Oxfam México (www.oxfamMexico.org)
Oxfam Novib (Países Bajos) (www.oxfamnovib.nl)
Oxfam Nueva Zelanda (www.oxfam.org.nz)
Oxfam Quebec (www.oxfam.qc.ca)

Para más información, escribir a cualquiera de las organizaciones o ir a www.oxfam.org. Email: advocacy@oxfaminternational.org