

# Intervenciones para reducir el impacto de la práctica dual en el sector público de salud

Cristián González<sup>a,b</sup>, Cristóbal Cuadrado<sup>a,b,\*</sup>

<sup>a</sup> Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, Santiago, Chile

<sup>b</sup> Proyecto Epistemonikos, Santiago, Chile

\*Autor corresponsal ccuadrado@uchile.cl

**Citación** González C, Cuadrado C. Interventions to reduce the impact of dual practice in the public health sector. *Medwave* 2019;19(5):e7643

**Doi** 10.5867/medwave.2019.05.7643

**Fecha de envío** 13/12/2018

**Fecha de aceptación** 8/4/2019

**Fecha de publicación** 26/6/2019

**Origen** Este artículo es producto del Epistemonikos Evidence Synthesis Project de la Fundación Epistemonikos, en colaboración con Medwave para su publicación

**Tipo de revisión** Con revisión por pares sin ciego por parte del equipo metodológico del Epistemonikos Evidence Synthesis Project

**Declaración de conflictos de intereses** Los autores declaran no tener conflictos de intereses con la materia de este artículo.

**Palabras clave** dual practice, public policies, Epistemonikos, GRADE.

## Resumen

### Introducción

La práctica dual (trabajadores que se desempeñan en el sector público y privado) tiene impacto en los servicios de salud en términos de calidad y costos. Sin embargo, la efectividad de políticas de regulación no ha sido demostrada.

### Métodos

Realizamos una búsqueda en Epistemonikos, la mayor base de datos de revisiones sistemáticas en salud, la cual es mantenida mediante el cribado de múltiples fuentes de información, incluyendo MEDLINE, EMBASE, Cochrane, entre otras. Extrajimos los datos desde las revisiones identificadas, analizamos los datos de los estudios primarios, realizamos un metanálisis y preparamos una tabla de resumen de los resultados utilizando el método GRADE.

### Resultados y conclusiones

Identificamos tres revisiones sistemáticas que en conjunto incluyeron 23 estudios primarios, de los cuales, todos corresponden a estudios observacionales. Concluimos que no está claro si las intervenciones para reducir las consecuencias negativas de la práctica dual en el sistema de salud son efectivas porque la certeza de la evidencia disponible es muy baja.

## Problema

La práctica dual es un fenómeno común en los sistemas mixtos de salud con participación de actores públicos y privados. La definición más frecuentemente utilizada es “llevar a cabo más de un trabajo”<sup>1</sup>. En países de ingresos medios y bajos, esta situación ha demostrado tener efectos negativos sobre el sector público, llevando a un déficit de recursos humanos, bajos sueldos y malas condiciones laborales secundaria al crecimiento del sector privado<sup>1</sup>.

Si bien el impacto de estas prácticas depende del contexto de cada país, los efectos negativos en el sistema público parecen primar. Esto se traduce, por ejemplo, en conflictos de intereses donde los profesionales otorgan atenciones de peor calidad o retrasan el tiempo de atención para poder trasladar usuarios al sistema privado<sup>1</sup>. Así mismo, existen estudios que reportan que la práctica dual

lleva a dificultades por parte del sector público para retener el recurso humano necesario para satisfacer la demanda de la población [2]. Pese a la constatación de los potenciales efectos negativos de la práctica dual en los sistemas de salud, aún existe controversia sobre la efectividad de las alternativas de regulación para evitar estas consecuencias.

## Mensajes clave

- No está claro si las intervenciones para reducir las consecuencias negativas de las prácticas duales en el sistema de salud son efectivas porque la certeza de la evidencia disponible es muy baja.

## Métodos

Realizamos una búsqueda en Epistemonikos, la mayor base de datos de revisiones sistemáticas en salud, la cual es mantenida mediante búsquedas en múltiples fuentes de información, incluyendo MEDLINE, EMBASE, Cochrane, entre otras. Extrajimos los datos desde las revisiones identificadas y analizamos los datos de los estudios primarios. Con esta información, generamos un resumen estructurado denominado FRISBEE (*Friendly Summaries of Body of Evidence using Epistemonikos*), siguiendo un formato preestablecido, que incluye mensajes clave, un resumen del conjunto de evidencia (presentado como matriz de evidencia en Epistemonikos), metanálisis del total de los estudios cuando sea posible, una tabla de resumen de resultados con el método GRADE y una sección de otras consideraciones para la toma de decisión.

## Acerca del conjunto de la evidencia para este problema

Cuál es la evidencia Véase matriz de evidencia en Epistemonikos más abajo.	Encontramos tres revisiones sistemáticas <sup>1,3,4</sup> que incluyeron 23 estudios primarios <sup>5-27</sup> , de los cuales, todos corresponden a estudios observacionales.
Qué tipo de pacientes incluyeron los estudios*	Los 23 estudios se llevaron a cabo en países de distintos niveles de ingreso, analizando a trabajadores de la salud de tipo médico o a grupos heterogéneos que incluían a todo tipo de profesional de la salud.  Ocho estudios se realizaron en países de alto ingreso <sup>5,6,13,16,17,18,20,24</sup> , siete estudios en países de ingreso medio o bajo <sup>7,10-12,15,25,26</sup> y tres estudios en países en ambas categorías <sup>8,9,14</sup> .  Diecisiete estudios se centraron exclusivamente en médicos <sup>5-11,13,14,16,17,19,20,24-27</sup> y tres en cualquier profesional de la salud <sup>12,18,15</sup> .
Qué tipo de intervenciones incluyeron los estudios*	Todos los estudios evaluaron políticas regulatorias de carácter nacional con efecto sobre el sector público.  Tres estudios evaluaron la prohibición total de las prácticas duales <sup>7,10,13</sup> , cinco restricciones financieras <sup>5,6,17,22,25</sup> , tres restricciones en las licencias de ejercicio profesional <sup>11,12,17</sup> y seis la liberalización total (ausencia de regulación) <sup>9,15,24,19,20,26</sup> .
Qué tipo de desenlaces midieron	Los desenlaces, tal como fueron agrupados por las revisiones sistemáticas fueron los siguientes: migración de profesionales al sector privado, calidad de atención y migración de pacientes al sector privado.

\* La información sobre los estudios primarios es extraída desde las revisiones sistemáticas identificadas, no directamente desde los estudios, a menos que se especifique lo contrario.

## Resumen de los resultados

La información sobre los efectos de la regulación de las prácticas duales en el sistema público está basada en 21 de los 23 estudios identificados<sup>5-15,17,18,20-27</sup>, ya que dos estudios no reportaron ninguno de los desenlaces de interés<sup>16,19</sup>. Doce estudios reportaron la migración de profesionales al sistema privado<sup>6-14,17,22,24</sup>, 14 reportaron los efectos en la calidad de la atención<sup>5,6,9-15,18,20,22,24,27</sup> y nueve la migración de pacientes al sistema privado<sup>9,11,12,15,17,18,20,24,26</sup>.

Ninguna revisión identificada logró extraer los datos de manera que pudieran ser incorporados a un metanálisis, por lo que la información presentada a continuación corresponde a una síntesis narrativa de la información obtenida de éstas.

El resumen de los resultados es el siguiente:

- No está claro si las intervenciones para reducir los efectos de las prácticas duales en el sistema de salud disminuyen la migración de profesionales, porque la certeza de la evidencia disponible es muy baja.
- No está claro si las intervenciones para reducir los efectos de las prácticas duales en el sistema de salud mejoran la calidad de la atención, porque la certeza de la evidencia disponible es muy baja.
- No está claro si las intervenciones para reducir los efectos de las prácticas duales en el sistema de salud disminuyen la migración de pacientes, porque la certeza de la evidencia disponible es muy baja.

<b>Ausencia de regulación de las prácticas duales en salud.</b>		
<b>Población</b>	Médicos	
<b>Exposición</b>	Ausencia de regulación de prácticas duales.	
Desenlaces	Efecto	Certeza de la evidencia (GRADE)
Migración de profesionales	En países de alto ingreso, aumenta la migración de profesionales hacia el sector privado <sup>24</sup> .	⊕○○○ <sup>1,2</sup> Muy baja
Calidad de atención	Tres estudios reportaron efectos negativos en la calidad de la atención <sup>15,20,24</sup> y uno no reportó efectos <sup>26</sup> .	⊕○○○ <sup>1,2,3</sup> Muy Baja
Migración de pacientes	En países de ingreso mediano-bajo, cuatro estudios reportaron aumento de migración de pacientes al sistema privado <sup>9,15,24,26</sup> .	⊕○○○ <sup>1,2</sup> Muy Baja
<b>GRADE:</b> Grados de evidencia del GRADE <i>Working Group</i> (ver más adelante).		
<sup>1</sup> Dado que toda la evidencia proviene de estudios observacionales la certeza de la evidencia inicial es baja.		
<sup>2</sup> Se decidió disminuir un nivel de certeza por riesgo de sesgo de los datos aportados.		

<b>Prohibición de las prácticas duales en salud.</b>		
<b>Población</b>	Médicos	
<b>Intervención</b>	Prohibición de prácticas duales	
<b>Comparación</b>	No prohibición o menor regulación (características no reportado con claridad en los estudios)	
Desenlaces	Efecto	Certeza de la evidencia (GRADE)
Migración de profesionales	Un estudio reportó aumento en la migración de profesionales en países de alto ingreso <sup>17</sup> y otro aumento en países de bajo ingreso <sup>7</sup> .	⊕○○○ <sup>1,2</sup> Muy baja
Calidad de atención	Un estudio reportó efectos negativos en la calidad de la atención en países de medianos-bajos ingresos <sup>7</sup> y uno efectos positivos en países de altos ingresos <sup>13</sup> .	⊕○○○ <sup>1,2</sup> Muy Baja
Migración de pacientes	Un estudio reportó aumento en países de alto ingreso <sup>17</sup> .	⊕○○○ <sup>1,2</sup> Muy Baja
<b>GRADE:</b> Grados de evidencia del GRADE <i>Working Group</i> (ver más adelante).		
<sup>1</sup> Dado que toda la evidencia proviene de estudios observacionales la certeza de la evidencia inicial es baja		
<sup>2</sup> Se decidió disminuir un nivel de certeza por riesgo de sesgo de los datos aportados.		

Regulación de las prácticas duales.		
<b>Población</b>	Médicos de países de alto y medianos-bajos ingresos	
<b>Intervención</b>	Regulación financiera	
<b>Comparación</b>	No regulación o menor regulación (no reportado con claridad en los estudios)	
Desenlaces	Efecto	Certeza de la evidencia (GRADE)
Migración de profesionales	Dos estudios reportaron aumento en la migración de profesionales en países de alto ingreso <sup>6,22</sup> y otros dos un aumento en países de bajo ingreso <sup>8,14</sup> .	⊕○○○ <sup>1,2</sup> Muy baja
Calidad de Atención	Cinco estudios reportaron efectos positivos en la calidad de la atención en países de alto ingreso <sup>5,6,14,17,22</sup> . Un estudio reportó efectos negativos en países de moderado-bajo ingreso <sup>14</sup> .	⊕○○○ <sup>1,2</sup> Muy Baja
Migración de pacientes	Ningún estudio reportó información.	
<b>GRADE:</b> Grados de evidencia del GRADE <i>Working Group</i> (ver más adelante).		
<sup>1</sup> Dado que toda la evidencia proviene de estudios observacionales la certeza de la evidencia inicial es baja		
<sup>2</sup> Se decidió disminuir un nivel de certeza por riesgo de sesgo de los datos aportados.		

## Acerca de la certeza de la evidencia (GRADE)\*

⊕⊕⊕⊕

**Alta:** La investigación entrega una muy buena indicación del efecto probable. La probabilidad de que el efecto sea sustancialmente distinto† es baja.

⊕⊕○○

**Moderada:** La investigación entrega una buena indicación del efecto probable. La probabilidad de que el efecto sea sustancialmente distinto† es moderada.

⊕○○○

**Baja:** La investigación entrega alguna indicación del efecto probable. Sin embargo, la probabilidad de que el efecto sea sustancialmente distinto† es alta.

⊕○○○

**Muy baja:** La investigación no entrega una estimación confiable del efecto probable. La probabilidad de que el efecto sea sustancialmente distinto† es muy alta.

\*Esto es también denominado 'calidad de la evidencia' o 'confianza en los estimadores del efecto'.

†Sustancialmente distinto = una diferencia suficientemente grande como para afectar la decisión

## Otras consideraciones para la toma de decisión

### A quién se aplica y a quién no se aplica esta evidencia

La evidencia identificada proviene de países de diversos niveles de ingreso y organización de su sistema de salud. Por tanto, estos resultados pueden ser aplicables a diferentes realidades de sistemas de salud.

Las conclusiones aplican esencialmente a la regulación de prácticas duales en médicos, dado que la información en el conjunto de trabajadores de la salud u otros subgrupos de profesionales es muy escasa. No obstante, no es claro que existan razones a priori para suponer un comportamiento diferente de los trabajadores no médicos ante la regulación de las prácticas duales. Por tanto, en ausencia de evidencia directa, es razonable utilizar la evidencia disponible para informar las decisiones sobre estas regulaciones.

### Sobre los desenlaces incluidos en este resumen

Los desenlaces seleccionados son aquellos considerados críticos para la toma de decisión, de acuerdo a la opinión de los autores de este resumen.

En general, los desenlaces seleccionados coinciden con los utilizados en las principales revisiones sistemáticas analizadas. Resulta relevante subrayar la ausencia de reporte de mediciones relacionadas con los costos para el sistema de salud y para los pacientes.

### Balance riesgo/beneficio y certeza de la evidencia

La ausencia de regulación de las prácticas duales en países de ingresos medianos y bajos podría disminuir la calidad de atención del sistema público y aumentar la migración de profesionales al sistema privado, aunque la certeza de la evidencia disponible es muy baja.

No es posible realizar un balance adecuado entre beneficios y riesgos de la regulación de prácticas duales, debido a la incertidumbre asociada.

Una debilidad extensamente difundida en las revisiones encontradas es la ausencia de una adecuada descripción del comparador adoptado a la hora de reportar efectos de la intervención analizada.

## Consideraciones de recursos

La práctica dual tiene un efecto negativo en los sistemas de salud pese a lo cual por lo general es escasamente reconocida como problema, lo que genera un bajo nivel de regulación por parte de los países<sup>2</sup>.

No es posible realizar un adecuado balance entre costos y beneficios de las potenciales regulaciones debido a la incertidumbre existente.

## Qué piensan los pacientes y sus tratantes

La mayoría de los médicos y profesionales de salud se inclinan en contra de la regulación de las prácticas duales, sobre todo en países de ingresos medianos y bajos donde las diferencias salariales entre sistema público y privado son mayores<sup>1</sup>.

Si bien la mayoría de los países no cuenta con regulación de las prácticas duales debido a las dificultades de implementación, sobre todo de ingresos medianos y bajos, las organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud recomiendan abordar estas prácticas y sus eventuales alternativas de regulación para lograr una óptima política de recursos humanos en salud en pos de garantizar una cobertura suficiente<sup>2</sup>.

## Diferencias entre este resumen y otras fuentes

Dentro de las revisiones sistemáticas analizadas se menciona como elemento común la necesidad de abordar las prácticas duales en los países, pero que es necesario contar con más y mejores estudios respecto a los efectos de las intervenciones para su regulación.

Por otra parte, en una publicación de del año 2016<sup>2</sup> en que abordan las prácticas duales, se considera como un factor relevante para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Organización Mundial de la Salud y lograr la cobertura universal, incluida la protección contra los riesgos financieros y el acceso a servicios básicos de salud de calidad. Esto sería necesario particularmente en países de ingresos medianos y bajos, los cuales se ven más afectados por la problemática, reconociendo la dificultad de implementación para estos países en contextos de instituciones con debilidades para poner en práctica regulaciones efectivas.

Se señala también en esta publicación, la falta de evidencia respecto a la efectividad de los mecanismos de regulación, lo cual se condice con lo reportado en las revisiones sistemáticas analizadas.

## ¿Puede que cambie esta información en el futuro?

La probabilidad de que futura evidencia cambie las conclusiones de este resumen es alta, debido a la incertidumbre que entrega la evidencia existente.

No se identificaron estudios ni revisiones en curso en PROSPERO ni en la *International Clinical Trials Registry Platform* (ICTRP) de la Organización Mundial de la Salud.

## Cómo realizamos este resumen

Mediante métodos automatizados y colaborativos recopilamos toda la evidencia relevante para la pregunta de interés y la presentamos en una matriz de evidencia.

	González P 2004	Humphrey C 2004	Jan S 2005	Eggleston K 2006	Ferrinho P 2004	Jumpa M 2007	Biglaiser, Gary 2007	Gruen R 2002	García-Prado A 2007	Bian Y 2003
Kiwanuka SN 2011	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Moghri J 2017	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Socha KZ 2011	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Una matriz de evidencia es una tabla que compara revisiones sistemáticas que responden una misma pregunta. Las filas representan las revisiones sistemáticas, y las columnas muestran los estudios primarios. Los recuadros en verde corresponden a estudios incluidos en las respectivas revisiones. El sistema detecta automáticamente nuevas revisiones sistemáticas incluyendo cualquiera de los estudios primarios en la matriz, las cuales serán agregadas si efectivamente responden la misma pregunta.

Siga el enlace para acceder a la **versión interactiva**: [Regulación de las prácticas duales en salud](#).

## Referencias

1. Kiwanuka, SN, Kinengyere, AA, Rutebemberwa, E, Nalwadda, C, Ssengooba, F, Olico-Okui, Pariyo, GW. Dual practice regulatory mechanisms in the health sector: A systematic review of approaches and implementation. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. 2011.
2. McPake B, Russo G, Hipgrave D, Hort K, Campbell J. Implications of dual practice for universal health coverage. *Bulletin of the World Health Organization* 2016;94:142-146. | CrossRef |
3. Socha KZ, Bech M. Physician dual practice: a review of literature. *Health Policy*. 2011 Sep;102(1):1-7. | CrossRef | PubMed |
4. Moghri J, Rashidian A, Arab M, Akbari Sari A. Implications of Dual Practice among Health Workers: A Systematic Review. *Iran J Public Health*. 2017 Feb;46(2):153-164. | PubMed | PMC |
5. González P. Should physicians' dual practice be limited? An incentive approach. *Health Econ*. 2004 Jun;13(6):505-24. | PubMed |
6. Humphrey C, Russell J. Motivation and values of hospital consultants in south-east England who work in the national health service and do private practice. *Soc Sci Med*. 2004 Sep;59(6):1241-50. | PubMed |
7. Oliveira MD, Pinto CG. Health care reform in Portugal: an evaluation of the NHS experience. *Health Econ*. 2005 Sep;14(Suppl 1):S203-20. | PubMed |
8. García-Prado A, González P. Policy and regulatory responses to dual practice in the health sector. *Health Policy*. 2007 Dec;84(2-3):142-52. | PubMed |
9. Jan S, Bian Y, Jumpa M, Meng Q, Nyazema N, Prakongsai P, Mills A. Dual job holding by public sector health professionals in highly resource-constrained settings: problem or solution? *Bull World Health Organ*. 2005 Oct;83(10):771-6. | PubMed | PMC |
10. Eggleston K, Bir A. Physician dual practice. *Health Policy*. 2006 Oct;78(2-3):157-66. | PubMed |
11. Ferrinho P, Van Lerberghe W, Fronteira I, Hipólito F, Biscaia A. Dual practice in the health sector: review of the evidence. *Hum Resour Health*. 2004 Oct 27;2(1):14. | PubMed | PMC |
12. Jumpa M, Jan S, Mills A. The role of regulation in influencing income-generating activities among public sector doctors in Peru. *Hum Resour Health*. 2007 Feb 26;5:5. | PubMed | PMC |
13. Mossialos E, Allin S, Davaki K. Analysing the Greek health system: a tale of fragmentation and inertia. *Health Econ*. 2005 Sep;14(Suppl 1):S151-68. | PubMed |

## Notas

Si con posterioridad a la publicación de este resumen se publican nuevas revisiones sistemáticas sobre este tema, en la parte superior de la matriz se mostrará un aviso de “nueva evidencia”. Si bien el proyecto contempla la actualización periódica de estos resúmenes, los usuarios están invitados a comentar en la página web de *Medwave* o contactar a los autores mediante correo electrónico si creen que hay evidencia que motive una actualización más precoz.

Luego de crear una cuenta en Epistemonikos, al guardar las matrices recibirá notificaciones automáticas cada vez que exista nueva evidencia que potencialmente responda a esta pregunta.

Este artículo es parte del proyecto síntesis de evidencia de Epistemonikos. Se elabora con una metodología preestablecida, siguiendo rigurosos estándares metodológicos y proceso de revisión por pares interno. Cada uno de estos artículos corresponde a un resumen, denominado FRISBEE (*Friendly Summary of Body of Evidence using Epistemonikos*), cuyo principal objetivo es sintetizar el conjunto de evidencia de una pregunta específica, en un formato amigable a los profesionales clínicos. Sus principales recursos se basan en la matriz de evidencia de Epistemonikos y análisis de resultados usando metodología GRADE. Mayores detalles de los métodos para elaborar este FRISBEE están descritos aquí:

<http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2014.06.5997>

La Fundación Epistemonikos es una organización que busca acercar la información a quienes toman decisiones en salud, mediante el uso de tecnologías. Su principal desarrollo es la base de datos Epistemonikos.

[www.epistemonikos.org](http://www.epistemonikos.org)

14. García-Prado A, González P. Whom do physicians work for? An analysis of dual practice in the health sector. *J Health Polit Policy Law*. 2011 Apr;36(2):265-94. | CrossRef | PubMed |
15. Gruen R, Anwar R, Begum T, Killingsworth JR, Normand C. Dual job holding practitioners in Bangladesh: an exploration. *Soc Sci Med*. 2002 Jan;54(2):267-79. | PubMed |
16. De Pietro C. Private medical services in the Italian public hospitals: the case for improving HRM. *Health Policy*. 2006 Aug 22;78(1):56-69. | PubMed |
17. González P, Macho-Stadler I. A theoretical approach to dual practice regulations in the health sector. *J Health Econ*. 2013 Jan;32(1):66-87. | CrossRef | PubMed |
18. Biglaiser, Gary, Albert Ma, Ching-to. Moonlighting: public service and private practice. *The RAND Journal of Economics*. 2007;38(4):1113-1133.
19. Sæther, Erik Magnus. A Discrete Choice Analysis of Norwegian Physicians' Labor Supply and Sector Choice. Oslo University, Health Economics Research Programme. 2009.
20. Ensor T, Duran-Moreno A. Corruption as a challenge in effective regulation in the health sector. Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems. Open University Press. 2002;:106-24.
21. Bian Y, Sun Q, Jan S, Yu J, Meng Q. Dual practice by public health providers in Shandong and Sichuan Province, China. London: Health Economics and Financing Programme, London School of Hygiene and Tropical Medicine. 2003.
22. Prakongsai P, Chindawatana W, Tantivess S, Mugem S, Tangcharoensathien V. Dual practice among public medical doctors in Thailand. *Dual practice among public medical doctors in Thailand*. 2003.
23. Amirault T. Characteristics of multiple jobholders. *Monthly Labor Review*. 1997;120:9-15.
24. Chue Pholeng. Incentives to Dual Practice New Institutional Economic analysis of Canada's mixed public-private health sector. Econ Theses. 2007.
25. Akbari Sari A, Babashahy S, Ghanati E, Naderi M, Tabatabaei Lotfi SM, Olyae Manesh A, et al. Implementing the full-time practice in Iran health system; perceptions of the medical university chancellors on its challenges, consequences and effective solutions. 2013.
26. Jiwei Q. (2010). Financing health in China: Theory & institutions. National university of Singapore.
27. Berman P, Cuizon D. (2004). Multiple public-private jobholding of health care providers in developing countries. Issues Paper-Private Sector, London: DFID Health Systems Resource Centre.

**Correspondencia a**  
 Escuela de Salud Pública  
 Universidad de Chile  
 Avda. Independencia 939  
 Independencia  
 Santiago  
 Chile



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.