

Las políticas de salud del Banco Mundial: una revisión crítica¹

Antonio Ugalde
Jeffrey T. Jackson²

Resumen

Este artículo examina las recomendaciones sobre políticas sanitarias del Banco Mundial presentadas en su INFORME SOBRE EL DESARROLLO MUNDIAL 1993. INVERTIR EN SALUD. Luego de analizar una selección de las recomendaciones del Informe tales como privatización, descentralización, cuotas de recuperación, programas de nutrición y de medicamentos esenciales, concluimos que el enfoque del Banco Mundial sobre el sector salud corresponde a su modelo ideológico de desarrollo que favorece a las naciones del Norte a expensas de los pobres del Sur. Se indica que el índice años de vida ajustado en función de la discapacidad (AVAD) que pretende vender el Banco Mundial contiene serias fallas teóricas y se pronostica que en unos pocos años será relegado al olvido. INVERTIR EN SALUD es de

Palabras clave

Políticas de salud, Banco Mundial, norte/sur, planificación.

Key words

Health polity, World Bank, north/south, health planning.

1. Este artículo es una versión actualizada de "The World Bank and international health policy: A critical review" *Journal of International Development* 7 (3): 525-541, 1995.

2. Departamento de Sociología, Universidad de Texas, Austin, EE.UU.

Introducción

En 1994 se cumplió el quincuagésimo aniversario de la conferencia de Bretton Woods que dio nacimiento al Banco Mundial (BM) y al Fondo Monetario Internacional (FMI). La celebración fue acompañada de protestas en muchos países y movilizaciones internacionales como la campaña "50 años son suficientes" en contra de las políticas y estrategias del BM. Según sus detractores, el BM está aumentando la pobreza de los pobres del mundo lo que es exactamente la antítesis de sus propósitos manifiestos. Los ataques que ha recibido el BM en su aniversario dan la impresión de que el Banco es una institución sitiada por todas partes. En los titulares de la prensa predominan las críticas al BM desde sectores tanto progresistas (Pilger 1991a, b; Hartmann, 1990; Harvey, 1994; Kaslow, 1994; Bello and Cunningham, 1994) como conservadores (*The Economist*, 1993; 1994a, b; Carrington, 1994). Asimismo, muchas de las recientes publicaciones académicas sobre el Banco Mundial (Bandow y

escaso valor como guía para los que formulan políticas de salud y podría ser utilizado para denegar servicios esenciales de salud a los pobres del tercer mundo.

Abstract

This paper examines the World Bank's position regarding health and development as expressed in its WORLD DEVELOPMENT REPORT 1993. INVESTING IN HEALTH. After analyzing selected recommendations from the report such as privatization, decentralization, cost recovery fees, nutrition and essential drugs programmes, we conclude that the World Bank's approach to health fits its ideologically-driven development model which favors nations of the North at the expense of the poor of the South. The disability-adjusted life year index (DALY) that the World Bank wants to promote as an instrument for health policy making has major theoretical flaws, and it can be foreseen that within a few years it will be forgotten. As a guide to health policy makers INVESTING IN HEALTH is of little value and could be used to justify the denial of essential health services to the poor of the third world.

Vásquez, 1994; Bello, 1994; Danaher, 1994; French, 1994; Rich, 1994) son altamente críticas.

Es interesante que estas críticas de la institución financiera más poderosa del mundo se intensifican en el preciso momento en que comienza a financiar programas de salud. En los últimos años, el BM se ha convertido en la principal fuente internacional de préstamos y ayudas para el sector salud, superando tanto a la Organización Mundial de la Salud como a UNICEF (Buse, 1993). El incremento en la financiación fue acompañado de la publicación de documentos en los que el Banco presentaba sus posiciones sobre el sector salud. En 1993, el Banco Mundial publicó el *Informe sobre desarrollo mundial 1993. Invertir en salud*, su declaración oficial sobre políticas de salud. El propósito de este artículo es examinar críticamente *Invertir en salud* a fin de formular algunas preguntas con respecto a la aplicabilidad de sus recomendaciones en los países en vías de desarrollo. ¿Es la consecución de la salud pública compatible con los demás intereses del Banco, incluyendo la búsqueda de utilidades? ¿Se podría decir que el control que los países industrializados tienen del Banco Mundial obstaculiza, como sostienen sus críticos, el mejoramiento del estado de la salud de los pobres? ¿Las decisiones basadas en lo que se considera económicamente racional se traducen en buena salud? ¿Son las decisiones del BM típicas de una burocracia rígida, condenada a fracasar, tal como sus críticos, tanto conservadores como progresistas, sugieren? El análisis que sigue se propone esclarecer estas preguntas. Las recomendaciones del BM sobre políticas de salud pueden entenderse mejor luego de examinar más de cerca sus características institucionales e ideología.

Críticas sobre el Banco Mundial

Cincuenta años pueden marcar un tiempo oportuno para evaluar a una institución como el Banco Mundial. Desde las naciones industriales el BM ha sido atacado por todas partes. Los neo-conservadores argumentan que el BM es una pesadilla burocrática sobreinflada y que sería más adecuado y eficiente que el sector privado financiara y ejecutara los proyectos del BM, una idea secundada por los libertarios (Bandow y Vásquez, 1994). La izquierda progresista ha documentado que el BM se beneficia explo-

tando a los pobres del tercer mundo. El Congreso de los Estados Unidos debate si el país debería apoyar al BM, en vista de los fracasos de los proyectos del BM (Stokes, 1993). Los mismos reportes internos del Banco identifican problemas de importancia (The Wapenhan's Report mencionado en Rich, 1994).

Pareciera haber una buena razón para la proliferación de críticas recientes contra el BM. Casi todos los críticos están de acuerdo con que el BM ha producido un gran número de problemas en el tercer mundo y que el Banco mismo tiene serios problemas. El BM ha estado financiando y promoviendo proyectos destructivos del medio ambiente tales como el Proyecto Polonoeste en Brasil, (Rich, 1994). También se le ha criticado por contribuir al etnocidio por su apoyo a las políticas de transmigración en Indonesia. La mayoría de los críticos del BM han argumentado que sus proyectos de desarrollo no toman en cuenta a las culturas locales y al contexto político/social. Finalmente, todas las críticas citadas previamente mencionan el carácter secreto del Banco Mundial y la falta de transparencia de su proceso decisorio como problemas serios que deben corregirse (The Economist, 1991; French, 1994; Fridman, 1994; Kaslow, 1994).

Estas críticas han estado llegando desde los países en vías de desarrollo desde hace muchos años las cuales se han manifestado a través de movimientos sociales y protestas populares que se han opuesto a las políticas y proyectos del BM. En los últimos años, durante las reuniones anuales de su junta directiva hay grandes manifestaciones por parte de organizaciones no gubernamentales que interrumpen las reuniones de los banqueros mundiales (Rich, 1994; Danaher, 1994). Los "ajustes estructurales" impuesto por el BM y el FMI han dado lugar también a demostraciones y motines en Latinoamérica y Asia (Bello, 1994). En 1997, como resultado de las crisis económicas en Corea, Indonesia y Filipinas hubo un incremento de crímenes en la región. La policía de Corea ha creado una nueva categoría para clasificar los crímenes ocasionados por el ajuste estructural: Crímenes Económicos del FMI (Kim et al., 1998). No obstante, a pesar de todas las críticas, el BM continúa su trabajo de "ayuda" a los países en vías de desarrollo. ¿Por qué? Para contestar a esta pregunta es necesario que examinemos brevemente al propio Banco Mundial.

El Banco Mundial

El BM desempeña dos funciones básicas. Es un banco y es una institución de desarrollo. Como banco, su función primaria es permanecer rentable y solvente, mediante la recuperación de los préstamos concedidos. El poder de voto en las decisiones del BM está determinado por el tamaño de las contribuciones de cada país miembro. Desde su creación, los Estados Unidos y unas pocas naciones industrializadas controlan totalmente sus decisiones. El gobierno de los EE.UU. nombra al presidente del Banco y la mayoría de su personal reside en Washington D.C. El BM no es una institución democrática. Sus políticas son decididas e implementadas de acuerdo con los intereses de los accionistas que lo controlan es decir EE.UU., Gran Bretaña, Alemania, Francia y Japón. Muchos estudios bien documentados han concluido que las decisiones del BM favorecen a las corporaciones transnacionales establecidas en los países industriales del Norte (Barnet y Cavanagh, 1994; Rich, 1994; Pérez López, 1991; Wachtel, 1986). En este sentido, el BM (como el FMI) han facilitado la globalización de la economía al transferir capital del Norte al Sur y devolverlo con intereses. Es debatible si el Banco ha sido un *producto* del sistema global en expansión (Barnet y Cavanagh, 1994) o, por el contrario, un factor fundamental en la *creación* del sistema global (Wachtel, 1986). Cualquiera que sea el caso, el BM necesita ser entendido como un componente principal de la economía capitalista global.

El BM es también ostensiblemente una institución de desarrollo. Ya en 1944, Lord Keynes visualizaba la tarea faustosa del Banco como nada menos que la de "desarrollar los recursos y la capacidad productiva del mundo" (Keynes, citado en Mason y Asher, 1973, p. 2). El Banco a menudo ha alegado que su objetivo primario es el de "reducir la pobreza" (McNamara, citado en Rich, 1994, p. 88) mediante la promoción del desarrollo y del crecimiento económico. Su rol es proveer capital que de otro modo no estaría disponible para proyectos de infraestructura a gran escala los cuales son necesarios para la industrialización e incremento de la productividad. Teóricamente, la industrialización ayudará a los pobres al crear una mayor riqueza material. Desde su inicio como lo indicó Morgenthau, el fundador del Ban-

co, se pensó que esto podría llevarse a cabo mediante la explotación de los “infinitos recursos naturales” de un país (ibid., p. 55). Sin embargo, debido a las protestas por el cada vez mayor deterioro del medio ambiente que causa el desarrollo económico, la visión del BM de “prosperidad sin límites” se ha convertido en desarrollo “sustentable” (French, 1994), según el cual la satisfacción de las necesidades presentes no deben “comprometer la posibilidad de las generaciones futuras de satisfacer sus propias necesidades” (Brundtland Commission Report, 1987; Beckerman, 1992).

Desde el punto de vista del BM, estas dos funciones (préstamos de capital a intereses comerciales y la promoción del desarrollo) son compatibles. Su propósito como institución de ayuda al desarrollo se convierte tanto en el pretexto como en el fundamento de sus préstamos. Sin embargo, sus observadores y críticos argumentan que estas dos funciones son, en realidad, incompatibles. Se preguntan ¿cómo puede una institución tal como el BM a la vez obtener beneficio de y ayudar al mundo en desarrollo? (Rich, 1994; Bandow y Vásquez, 1994; Hancock, 1989; van de Laar, 1980). Se ha señalado que en lugar de ser un instrumento de desarrollo, el BM es en realidad un “ratero o usurero mundial” (Harvey, 1994, p. 19). Aun la historia semioficial del BM reconoce que éste actúa en favor de sus propios intereses como una “institución capitalista occidental”.

... con toda honradez, debemos admitir cierta medida de validez a las críticas de la izquierda... (la que proclama) que el Banco es una institución capitalista occidental (Mason y Asher, 1973, p. 479).

En teoría, el BM debería ayudar al mundo en desarrollo. En la práctica, está dedicado a obtener un beneficio de los préstamos que concede a los países en desarrollo (Rich, 1994, pp. 86-89). Mientras que el BM afirma que estos objetivos no son mutuamente excluyentes, los científicos sociales se limitan a señalar lo que está sucediendo: la creciente deuda del tercer mundo (Henwood, 1994), la brecha cada vez más amplia entre ricos y pobres y entre naciones (Trainer, 1989), el deterioro del medio ambiente (Rich, 1994), al mismo tiempo que las utilidades del BM continúan siendo altas año tras año. Sus críticos acusan al BM de ser en buena parte la causa de esos problemas en lugar de ayudar a aliviarlos.

La ideología de desarrollo del BM

De acuerdo a algunos observadores, el BM no ha sido capaz de definir “desarrollo” de una manera clara o sistemática. Rich por ejemplo sostiene que “... a lo largo de toda su historia, nunca el Banco Mundial... ha sido capaz de presentar una teoría coherente o convincente de lo que ha estado haciendo” (Rich, 1994, p. 195, nuestra traducción). El BM ha alegado que “aprende sobre la marcha” (afirmación de Conable, ex Presidente del Banco, citado en Rich, 1994, p. 171). Sin embargo, ha estado guiado por una visión del mundo o *modelo* de cómo debería ser el mundo. Esta visión ha sido consistente históricamente con lo que los teóricos del desarrollo llaman teoría de la modernización. Como expresa un funcionario del BM, “el desarrollo económico es un conjunto de cambios estructurales necesario para mantener el crecimiento de producción de bienes material y para responder a las preferencias de la sociedad” (Mason y Asher, 1974, p. 484). El BM no aclara las razones por las que asume que el aumento de bienes materiales es un deseo universal y cómo se determinan las preferencias sociales (Rich, 1994, p. 191). Su punto de partida es que el crecimiento es bueno y que estas preferencias de alguna manera se dan a conocer por sí mismas. En general, el BM considera que una mayor producción de bienes materiales y el crecimiento económico son las claves para resolver la mayoría de los problemas humanos (ibid.).

El BM se enfrenta al siguiente dilema: de una parte, su constitución sólo le permite conceder préstamos a gobiernos; de otro lado, la crítica neo-liberal de sus accionistas principales le acusa de apoyar proyectos de desarrollo en los que se favorece al sector público en detrimento del sector privado. El Banco ha respondido a la crítica incrementando su retórica sobre la necesidad del “mercado libre” como la avenida a través de la cual debería darse el desarrollo (French, 1994).

Mason y Asher (1973, p. 478) sostienen que “... la manera en la que la ideología (de desarrollo del BM) se ha conformado corresponde en un grado muy alto a los intereses y sabiduría convencional de sus accionistas principales” (nuestra traducción) y muchos académicos, políticos, economistas y participantes de los movimientos sociales han señalado que la visión de desarrollo que tiene el Banco es muy limitada y discutible. Hay que añ-

dir que el concepto de desarrollo, desde que se empezó a usar en 1945, ha sido objeto de debate entre los expertos. Algunos autores han ido aún más lejos y han afirmado que no hay una definición y soluciones universales para el desarrollo puesto que la forma en que diferentes grupos sociales desean vivir está arraigada en principios sociales, culturales, e históricos que varían temporal y espacialmente (Esteva, 1992; Escobar, 1992; Sachs, 1992).

En búsqueda de los objetivos de desarrollo por él fijados, el BM ha diseñado y financiado actividades para explotar los recursos humanos y naturales en los países en desarrollo. En particular, ha fomentado inversiones que promuevan un crecimiento económico y un incremento de producción de bienes materiales (Payer, 1982; Hayter, 1971; Rich, 1994; van de Laar, 1980; Wachtel, 1986). Sin duda, el BM ha contribuido a la expansión del mercado capitalista moderno en países en vías de desarrollo y en algunos países que han recibido préstamos del BM ha habido un crecimiento económico tangible. Sin embargo, muchos estudios han demostrado empíricamente que el crecimiento económico y el aumento de producción de bienes materiales no necesariamente conducen a una mejor calidad de vida para la mayoría (Bandow y Vásquez, 1994; Hancock, 1989; Pilger, 1991b; Rich, 1994; Sachs, 1992; Trainer, 1989). Igualmente, investigaciones sobre proyectos agrícolas financiados por el Banco demostraron que estos proyectos aumentaban la pobreza de la población rural. En definitiva, hay evidencia para afirmar que los préstamos y las políticas del BM no benefician a los pobres del mundo.

Aun estudios contratados por el BM mismo señalan graves problemas. Por ejemplo, el informe secreto de Wapenhan de 1992, halló que en 1991 un 37,5 por ciento de todos los proyectos del BM no cumplieron con los objetivos de aliviar la pobreza y proteger el medio ambiente (Rich, 1994, p. 255). El modelo de modernización promovido por el BM ha tenido consecuencias devastadoras tanto para el medio ambiente como para la salud humana (Weir y Shapiro, 1981; Borrini, 1985). Aplicando los propios principios del BM, podemos concluir que en la medida en que la pobreza aumenta, el estado de la salud de la población empeora, es decir, en alguna medida el BM es responsable del empeoramiento de la salud de los pobres.

Si a lo hasta aquí expuesto, añadimos la bien documentada conducta secretista del Banco, su falta de transparencia al negarse a dar cuentas a nadie, su énfasis en estrategias de mercado libre, y sus antecedentes como una institución que de hecho fomenta la transferencia de riqueza del Sur al Norte, cabe entonces preguntarse ¿por qué el BM toma ahora la responsabilidad, sin que nadie se lo pida, de definir políticas de salud para todo el mundo? La visión de desarrollo del BM tiene implicaciones para la salud. Puesto que la salud es un concepto definido cultural y socialmente (Susser et al., 1985), no es aceptable que una institución con una visión del desarrollo tan etnocéntrica y discutible, y tan intolerante de otros puntos de vista, defina las políticas de salud para el resto del mundo. ¿Debería confiarse la salud de cualquier país a una institución con unos antecedentes tan cuestionables?

La globalización de la formulación de políticas de salud

Los recursos movilizados y los esfuerzos realizados para preparar *Invertir en salud* sugieren que el BM tiene interés en tomar el liderazgo mundial en la formulación de políticas de salud. Es necesario preguntarse por qué es éste el caso y cuáles son las consecuencias de esta responsabilidad autoimpuesta. Es comprensible que un banco desee el pago puntual de sus préstamos, y que el BM exija también el pago de los préstamos al sector salud. El BM es también una institución de desarrollo y se supone que sus préstamos promueven el *desarrollo económico*, por lo tanto el Banco debe asegurarse de que sus préstamos para el sector salud cumplan con este propósito. Estas explicaciones ¿justifican por sí mismas que el BM quiera definir las políticas de salud para todos los países del mundo? Generalmente, un banco no considera que su función es la formulación de políticas sociales. Por ejemplo, el hecho de que un banco conceda hipotecas para comprar casas no le autoriza a auto-responsabilizarse para formular políticas de viviendas o urbanas. ¿Por qué es el BM diferente? Como lo indicamos antes, en estos últimos años el BM se ha convertido en la principal fuente internacional de financiación de programas de salud. Las siguientes son algunas posibles razones que explican la ingerencia del BM en la formulación de políticas sanitarias:

- El BM podría desear asumir el liderazgo mundial en la formulación de políticas de salud como resultado de su percepción de que en este momento hay un vacío, es decir, que otras agencias internacionales no lo están haciendo. Por lo tanto, los préstamos requieren la definición de políticas y que el BM exija a los gobiernos su cumplimiento.

- Pero puede también suceder que el BM tome como excusa los préstamos al sector salud para imponer sus políticas neo-liberales en el sector salud. Con los préstamos para la salud también consigue proyectar una imagen positiva y contrarrestar las críticas que ha recibido por su falta de interés en mejorar el bienestar de los pobres.

Una contribución útil a la literatura existente hubiera sido un estudio del impacto que el mejoramiento del nivel de salud, o de proyectos que mejoran la salud, tiene en el crecimiento económico, pero éste no es el propósito de *Invertir en salud*. Una lectura cuidadosa del Informe sugiere que su objetivo principal es el promover, dentro del sector salud, su propia ideología de desarrollo. El Informe minimiza el papel que los gobiernos deben jugar en las intervenciones en salud pública y en la prestación de servicios de salud, coloca la mayor parte de la responsabilidad de la salud en los individuos, no critica las responsabilidades que las empresas tienen en la producción de enfermedad ya bien sea a través del deterioro del medio ambiente o de accidentes de trabajo, y da rienda suelta a las corporaciones multinacionales tales como las industrias farmacéuticas y agropecuarias para que obtengan los mayores beneficios posibles de los pobres del tercer mundo.

A fin de asegurarse que sus préstamos al sector salud se usarán para proyectos técnicamente adecuados, el BM podría consultar con las agencias especializadas de la ONU tales como la OMS y UNICEF, o con ONGs internacionalmente reconocidas. En su lugar, ha decidido tomar el liderazgo mundial en la formulación de políticas de salud. Ello concuerda con su forma de actuar en el pasado. En un estudio publicado ya hace algunos años, un ex-funcionario del BM explicó las razones por las que el BM intenta desplazar a agencias especializadas de la ONU (van de Laar, 1980). Según van de Laar, los accionistas que controlan el BM piensan que es más fácil controlar a los países en vías de desarrollo a través del BM en lugar de la ONU, en donde el sistema de un

voto por país dificulta que unas pocas naciones poderosas controlen al resto. Van de Laar concluye que ésta fue la razón por la que el BM arrebató al PNUD el liderazgo en las políticas de desarrollo.

Las limitaciones del análisis de costo/eficacia en la formulación de políticas de salud

El Informe contiene una buena cantidad de recomendaciones sumamente útiles tales como la necesidad de “eliminar los incentivos financieros que alientan a los médicos a recetar medicinas en exceso” (p. 153) y ofrece un análisis muy esclarecedor de los múltiples problemas de salud que enfrentan los gobiernos del tercer mundo. Sin embargo, en este artículo enfatizamos lo que creemos que son algunos de los defectos serios del Informe. Un editorial de *The Lancet* (1993, pp. 63-4) ha señalado claramente algunas de las fallas teóricas, la falta de datos confiables para el análisis de costo/eficacia, y expresa grandes dudas sobre la calidad de los datos económicos y epidemiológicos en los que se basa una buena parte del Informe. Critica también la ponderación de la productividad utilizada para calcular el índice AVAD, en razón de que otorga menos peso a los servicios de salud para ancianos.

Hay algunos problemas metodológicos adicionales. La Carga Global de Morbilidad (CGM) se mide a través del índice AVAD, “medida que combina los años de vida saludable perdidos a causa de mortalidad prematura y los perdidos como resultado de discapacidad” (p. 1). Los detalles de la metodología y las fuentes de datos están presentados en el Apéndice B del Informe. El texto del Apéndice es muy corto (dos páginas) y los elementos claves de la metodología están precedidos por palabras tales como “probablemente”, “estimaciones”, “juicios de expertos”, “supuestos”, “valores éticos o preferencias sociales”, y “es un tema irresuelto y controvertido” (pp. 219-20). El lector se queda perplejo al aprender que el Informe construye su teoría tomando como hechos objetivos una serie de principios que son sumamente dudosos.

Es igualmente sorprendente enterarse de que las estimaciones de la CGM que se presentan en los Cuadros son la tercera ronda de estimaciones y que hay aún una cuarta ronda por publicar que los autores del Informe aseguran que será *la de-*

finitiva. Desde la publicación del Informe, algunos países, ya bien siguiendo sus recomendaciones o sugerencias del BM o de sus asesores, han elaborado AVADs y estimado la CGM. Por las razones mencionadas no han tardado mucho en darse cuenta de la poca utilidad de sus esfuerzos. Se puede predecir que el índice AVAD pasará pronto al olvido. Entre tanto, la elaboración de AVADs ha proporcionado pingües beneficios a la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard y al London School of Health and Tropical Medicine por contratos de asesoría y pagos de derechos de autoría (royalties) del método para calcular el AVAD. Los fondos para estos pagos provienen de los escasos recursos de los países en vías de desarrollo, lo que constituye otra modalidad de transferencia de los recursos del Sur al Norte.

Una seria falla del Informe es que no define los términos *salud e invalidez*. Las preferencias sociales y los valores influyen la manera en que las diferentes culturas y grupos étnicos definen estos conceptos (Johnson et al., 1994; Andersen et al., 1987; Susser et al., 1985), por lo tanto es cuestionable si es posible llegar a definiciones universales. Sin ellas, no puede calcularse la CGM y el Informe pierde su fundamento teórico.

Otra limitación teórica del Informe es la frecuencia con que basa la medición del estado de salud solamente en tasas de mortalidad. Somos conscientes de que en muchos países no existe información sobre las condiciones de salud de la población. Pero ello no justifica que se use la mortalidad como sustituto de otros indicadores de salud. Esta simplificación podría ser aceptable en algunos análisis estadísticos, pero no lo es para un análisis económico y formulación de políticas de salud. Por ejemplo, los datos de la Encuesta Nacional de Salud de los EE.UU. indican que la población rural negra del sur del país tiene una mortalidad más baja pero tasas de morbilidad más altas que la población urbana negra. Un profesional del Banco Mundial que tuvo una participación importante en la preparación del Informe ha reconocido que la mortalidad infantil no es una medida precisa del estado de salud de una población durante períodos de crisis económica (Langer et al., 1991).

Si los ministerios de salud pública del tercer mundo construyen índices AVAD siguiendo la metodología del Informe, podrían justificar la reducción de la financiación de muchos servicios de salud

y acabar financiando sólo los servicios de bajo costo. Ello queda claro en el uso del término *servicios clínicos esenciales* que está definido de manera diferente según se aplique a naciones industriales o a países en vías de desarrollo. Para estos, servicios esenciales son prestaciones o servicios de bajo costo (Cuadro 3.2, p. 68) mientras que para aquellos, incluyen desde servicios primarios hasta terciarios especializados (pp. 123-4).

El Informe desaconseja intervenciones necesarias para salvar las vidas de los pobres del tercer mundo que requieren hospitalización:

Además, los países (léase tercer mundo) en los que los servicios de salud estatales han crecido desmesuradamente y se concentran en exceso en la asistencia discrecional a expensas de los servicios esenciales para los grupos pobres, ese sistema público tiene que reducirse. *Esto significa limitar la inversión pública en establecimientos de atención terciaria de la salud y en formación de especialistas y, en algunos casos, transferir las instalaciones de atención discrecional al sector privado* (p. 129, el énfasis es nuestro).

¿En qué medida los servicios “discrecionales” son “excesivos” en los países del tercer mundo? El Informe ni siquiera define estos términos cuidadosamente. Si los servicios “discrecionales” salvan vidas ¿cómo puede justificarse la recomendación de que no se usen? ¿Aconsejaría el Banco Mundial a países como Costa Rica, Brasil, México, Zimbabue, Marruecos, Malasia, Filipinas y muchos otros que nieguen a sus ciudadanos intervenciones hospitalarias que salvan vidas porque son costosas? Los ciudadanos de cada país o sus legítimos representantes, y no funcionarios internacionales, deben decidir los servicios de salud a los cuales tienen derecho todos los ciudadanos.

Es de conocimiento general que los hospitales reciben un porcentaje desproporcionado de los presupuestos de salud y que su utilización es muy ineficiente. La solución a estos problemas no es una reducción en la financiación pública de los servicios terciarios (que en muchos países ya es mínima) o reducir el papel del sector público. Lo que debe aconsejarse es incrementar la financiación de los servicios primarios y aumentar la eficiencia de los hospitales. El Informe no incluye a los hospitales privados en su crítica, aunque estos tienden a tener más servicios opcionales y son los que más gastan los escasos recursos del sector de

salud. En la mayoría de los países del tercer mundo, las clases altas utilizan hospitales privados o viajan al exterior para obtener atención médica. La reducción del gasto público en servicios terciarios las afecta mínimamente. Si, tal como indica el Informe, “la mayor parte de las intervenciones eficaces en función de los costos se pueden llevar a efecto fuera de los hospitales” (p. 64), ¿por qué no recomienda también que se cierren los hospitales privados y que los ricos no viajen al exterior para obtener tratamiento hospitalario?

El concepto de “servicio de salud esencial” carece de significado fuera de contexto. Todas las intervenciones que salvan vidas son esenciales para aquellos pacientes que morirían a menos que tuvieran acceso a ellas. Aún intervenciones que no salvan vidas son “esenciales” para aquellos que sufren. La decisión sobre qué tipo de servicios de salud de alto costo deben ofrecerse a todos los ciudadanos tienen implicaciones económicas pero también éticas y de justicia distributiva que son más importantes y que el BM ignora por completo. Otro asunto es la provisión de servicios médicos para prolongar una vida cuya calidad no puede ser considerada deseable para ningún ser humano; gastar recursos para este fin es una mala utilización de los mismos, pero este problema no existe entre los pobres del tercer mundo, es un problema en los países industrializados, especialmente en los EE.UU., y entre las clases adineradas de los países en vías de desarrollo. Curiosamente, el Informe no hace referencia a este problema.

La invalidez y el sufrimiento son conceptos muy diferentes ya que no todas las personas inválidas sufren y no todas las que sufren son inválidas. Aliviar el dolor es una de las funciones más básicas de los servicios médicos, pero, al no poder cuantificarse, el índice AVAD no lo toma en cuenta a pesar de que el Cuadro 3.2 (p. 68) incluye el aliviar el dolor como un componente de los servicios clínicos esenciales. De hecho, esto significa negarles a millones de personas, porque son costosos, servicios de salud necesarios.

Privatización, competencia y descentralización

Es de conocimiento común que el desempeño del sector público en muchas naciones, incluyendo las más ricas, es muy ineficiente, y el sector salud no es una excepción. Está muy bien documen-

tado que en muchos países la calidad de la atención médica es muy baja y que los hospitales públicos se usan y se administran deficientemente: las estadías son innecesariamente largas, los hospitales de alto nivel tecnológico proveen servicios de atención primaria, hay una casi total falta de análisis de costo, etc. También es sabido que los hospitales gastan una cantidad desproporcionada de los recursos que tiene el sector salud. Igualmente se ha criticado el excesivo número de especialistas médicos, y se han indicado que la educación médica no está orientada a las necesidades de salud de los países. El Informe del BM identifica bien estos defectos; sin embargo, el objetivo de los autores del Informe no es buscar soluciones a la ineficiencia del sector público sino en cómo limitar sus funciones. Es decir, se asume desde un principio que las funciones del sector público deben reducirse a un mínimo, y en su intento de recortar el sector público, el Informe hace un número de recomendaciones que no tienen base científica.

En general, la metodología del Informe sigue los pasos siguientes:

- primero se discuten las ventajas de las recomendaciones;
- en segundo lugar se presentan uno o más ejemplos de intervenciones que siguieron la recomendación del Banco y que tuvieron éxito (a veces, un “desastre” ligado a un caso que siguió otros criterios); y
- frecuentemente, reconoce que *ha habido* algunos casos (que no niega la validez de la recomendación) en los que no se logró el resultado esperado luego de aplicar la recomendación del Banco. Se aclara que estos fracasos se deben a pequeños problemas que tienen fácil solución y la recomendación misma nunca es cuestionada.

En realidad, en la literatura hay debates legítimos (que no se han resuelto científicamente) acerca de la validez de muchas de las recomendaciones del Informe.

El Informe presenta ejemplos de experiencias que considera exitosas de privatización (Brasil, Chile), de recuperación de costo (Ghana, uno de los países más pobres del mundo; Iniciativa de Bamako), de la competencia de mercado de los proveedores de salud (barriadas de Bombay), y asimismo advierte con ejemplos los desastres que acaecen cuando el sector público se entromete en el terreno del sector privado (producción pública de medicamentos en Bangladesh).

Con respecto a la privatización, el Informe dice:

En los países en desarrollo en los que el sistema público tiene prácticamente el monopolio de la asistencia sanitaria, es probable que un sistema mixto que exponga los servicios públicos a la competencia resulte más eficiente y mejore la calidad de la atención (p. 129, el énfasis es nuestro).

Sin embargo, las evaluaciones de los hospitales privados en Brasil (un país que hasta cierto punto ha seguido el consejo del BM y tiene un sistema mixto) han cuestionado su eficiencia, la calidad de servicio y su habilidad para reducir costos (Rodrigues, 1989; McGreevey et al., 1985). Sobre la venta de servicios, el Informe menciona la Iniciativa de Bamako que es un programa respaldado por UNICEF de compra de servicios cuyas pequeñas tarifas se establecen localmente, y se invierten a manera de fondo rotatorio en la misma clínica con el fin de mejorar la calidad de los servicios. La Iniciativa ha sido implementada en muchos países africanos. El Informe sostiene que “sus logros han sido notables” (p. 165) pero varias investigaciones han sugerido que la venta de servicios ha tenido en muchos lugares un impacto negativo en la salud de los pobres (McPake, 1993; Hardon, 1990; Kanji, 1989; Vogel y Stephens, 1989). De hecho, ha habido tantas dudas sobre el resultado de la Iniciativa que UNICEF decidió en 1995 financiar varios estudios para evaluar su impacto. El Informe mismo reconoce que el cobro de servicios puede desalentar a los pobres de utilizarlos, al mismo tiempo que afirma que en China las tarifas tuvieron un impacto negativo en la reducción de la tuberculosis.

El BM demuestra una falta de conocimiento de la economía doméstica de los pobres cuando comenta que los campesinos y los habitantes de las barriadas marginales están dispuestos a pagar por los servicios de salud. Este no es un gran descubrimiento. Los pobres siempre han pagado en efectivo o en especie los servicios de salud (consultas, medicamentos, parteras, etc.) y no es sorprendente que cuando la gente se enferma, el recuperar la salud es una prioridad. Lo que el BM parece ignorar es una cosa muy obvia: después de que los pobres pagan los servicios de salud tienen menos dinero para otras necesidades básicas tales como comida; la salud de un miembro del hogar mejora mientras que el estado de nutrición de los demás sufre. Un estudio de

usuarios del Banco Grameen in Bangladesh indica sin ambigüedades que la razón principal por la que los usuarios del Banco recaían en la pobreza después de años de esfuerzos por salir de ella era el pago de servicios de salud:

Al estudiar a los usuarios del Banco Grameen... que todavía están por debajo de los niveles de pobreza después de diez años de recibir préstamos, encontramos que la gran mayoría de ellos han padecido una enfermedad seria en la familia en los tres últimos años... casi siempre no han tenido más remedio que vender sus bienes para pagar la atención médica (Todd, 1996, p. 124, nuestra traducción).

Finalmente, la recomendación del Informe con respecto a la descentralización es problemática. Para el BM, la descentralización de los servicios de salud representa una “política que puede mejorar tanto la eficiencia como la capacidad de responder a las necesidades locales” (p.133). Luego de esta afirmación autoritaria, el Informe añade que en los países que trataron de seguir la recomendación han surgido muchos problemas. Se discuten los casos de Ghana y Botswana. De acuerdo con el Informe, las soluciones a los problemas que surgieron en estos dos países podrían ser útiles en otras situaciones. Sin embargo, la descentralización es más un proceso político que técnico, y transferir experiencias de un país a otro sin tener en cuenta el contexto político, que es siempre complejo y muy específico, podría ser catastrófico (Massalo, 1992 y bibliografía allí citada).

El Informe no es muy honesto cuando se refiere a México (p. 130) como país en el cual la descentralización está teniendo éxito. La descentralización de los servicios de salud en México tuvo tantos problemas y abusos que fue suspendida (González-Block et al., 1989). Por ejemplo, a fines de los ochenta el gobernador de Tlaxcala, un estado descentralizado, suspendió la distribución de alimentos suplementarios a aquellos pueblos que no votaron por el PRI, el partido del gobernador (Ugalde, 1988). En otro artículo, González-Block (1991) comparó dos estados mexicanos, uno descentralizado y otro sin descentralizar. Los resultados muestran que la descentralización tuvo como efecto “un viraje de 180 grados en la política de distribución de servicios... de ser equitativa a ser injusta... Principalmente las poblaciones indígenas sufrieron una significativa reducción de los servicios” (González-Block, 1991, p. 85). Irónicamente, en el caso de México,

la descentralización de hecho incrementó el poder del gobierno federal en las decisiones locales:

La descentralización ha mostrado ser una medida que aumenta el control central más que una que implemente principios democráticos o que responda a las presiones políticas de los de abajo. Al mantener el control fiscal, el gobierno federal podría contrarrestar la nueva autoridad de los gobernadores para nombrar a funcionarios y para integrar servicios de salud a niveles políticos locales (p. 78, nuestra traducción).

Sin duda, la descentralización es un proceso complejo y no puede ser recomendada tal como lo ha hecho el BM sin tener en cuenta las realidades históricas, políticas, sociales y geográficas de cada país (Collins, 1989). A los cuatro años de publicado el Informe, un funcionario del Banco nos informa que el BM no recomienda ya la descentralización en todos los países. Naturalmente, en aquellos países en los que lo hizo, los gastos producidos por el fracaso de la descentralización no los cubre el Banco sino el gobierno. En otras palabras, las recomendaciones del BM están contribuyendo al empobrecimiento de los países.

Beneficios para las multinacionales

Tanto el entorno físico y social como la genética y la conducta humana contribuyen al estado de salud de los individuos. El Informe del BM hace hincapié primordialmente en la conducta individual y presta menos atención al entorno físico y social. Esto es consistente con la preocupación implícita del BM de no interferir con el esfuerzo de enriquecimiento de las corporaciones multinacionales. A fin de minimizar la responsabilidad del sector público y de las corporaciones con respecto a la salud, el Capítulo 2 comienza con la siguiente afirmación: “Lo que las personas hacen con su vida y la de sus hijos afecta a su salud mucho más que cualquier cosa que hagan los gobiernos” (p. 38). ¿De dónde ha sacado el BM los datos para hacer esta afirmación categórica? ¿Es una afirmación científica, o refleja simplemente una posición ideológica? ¿Es posible que el BM desconozca las experiencias de Costa Rica, Cuba, Sri Lanka, China, Kerala y tantas más en donde la salud de la población ha mejorado notablemente gracias a las intervenciones de los gobiernos?

El análisis que hace el BM sobre la malnutrición es particularmente revelador y confirma la dimensión ideológica del Informe. *Invertir en salud* afirma: “... en gran medida la malnutrición se debe al bajo consumo de proteína y de energía asociado a la pobreza, pero *no son menos importantes las carencias de micronutrientes fundamentales*” (p. 77, el énfasis es nuestro). Pero ¿son igualmente importantes? El BM sabe que muchas de las deficiencias de micronutrientes (minerales y vitaminas) pueden ser corregidas a bajo costo, sin alterar la economía política de los países del tercer mundo. Por otra parte, el reducir la deficiencia proteínica-calórica implicaría plantear temas políticos delicados tales como la reforma agraria y el comportamiento del sector agroindustrial. Un gran número de estudios confirman que la agroindustria usa tierras que antes estaban dedicadas a la producción de cultivos de subsistencia para producir alimentos para la exportación (Camou Healy, 1991; Ugalde, 1985). Entre las consecuencias del cambio del uso de tierras los críticos mencionan la reducción de producción de alimentos de subsistencia e incremento de su precio, importación de alimentos para reemplazarlos que por lo general son más costosos, aumento del número de campesinos sin tierras, aumento del proletariado campesino, y mayor desempleo rural (Warnock, 1987; Barking y Suárez, 1985; Ugalde, 1985; Burbach y Flynn, 1980; Rama y Vigorito, 1979). Quizá esta transformación o “modernización” de la agricultura que promueven los préstamos del BM aumente el PNB, pero sin duda alguna empobrece al campesinado y agrava la desnutrición.

La Oficina de Contabilidad General (GAO) del gobierno de los EE.UU. ha concluido que:

La cantidad de población desnutrida en los países en desarrollo está aumentando y esto podría estar relacionado con la creciente importancia otorgada a la producción de alimentos para exportación... Los campesinos pobres también podrían estar en una posición desventajosa debido a la tendencia de la producción agrícola de exportación que reemplaza a los cultivos de alimentos que se usaban para consumo local. En esta situación, los pobres podrían ser forzados a participar en un sistema de procesamiento y comercialización de alimentos que probablemente aumentará el costo de su dieta básica y que está controlado por unas pocas industrias (GAO, 1979, p. 1, nuestra traducción).

Es necesario poner de relieve que los préstamos del BM para el desarrollo de la agricultura han financiado y promovido las transformaciones citadas en muchos países. Los beneficiarios de estos préstamos del BM son las compañías transnacionales de importación y exportación, importantes agroindustrias, y las industrias químicas que se enriquecen con ventas cuantiosas de fertilizantes, pesticidas y fungicidas.

Así se entiende por qué el Informe del BM prefiere reducir la discusión de las deficiencias de proteínas y calorías a unos pocos párrafos mientras que dedica la mayor parte de la sección sobre nutrición a programas para superar las deficiencias de minerales y vitaminas.

El BM se opone categóricamente a la interferencia de los gobiernos del tercer mundo con las fuerzas del mercado en el sector de los alimentos "... hay un argumento convincente a favor de la intervención del gobierno en el mejoramiento de la salud mediante mejoras en la nutrición, pero no a favor de interferir en forma general en los mercados de alimentos, excepto en casos extraordinarios tales como las hambrunas" (p. 84). Se podría argumentar que estas *condiciones extraordinarias* ya existen entre los pobres del tercer mundo, y por consiguiente deberían recomendarse controles de precios y subsidios en muchos países. En realidad, muchos países en vías de desarrollo habían establecido políticas de control de precios de alimentos básicos, pero el BM ha exigido su eliminación al imponer los ajustes estructurales. Como contraste se puede recordar que después de la Segunda Guerra Mundial, los países europeos racionaron los alimentos, y las condiciones en esos países no eran entonces peores de lo que son hoy en muchos países del tercer mundo. El Informe reconoce que actualmente un mínimo de 780 millones de personas sufren carencias energéticas (p. 77).

Para disuadir a los gobiernos a que no interfieran con las fuerzas del mercado, el Informe presenta como evidencia el fracaso de un programa urbano de subsidios de alimentos en Brasil (p. 83). El BM ignora algunos ejemplos exitosos bien conocidos, incluyendo el caso de CONASUPO en México que había sido hasta el gobierno del Presidente Salinas (implementador por excelencia de las políticas neo-liberales del BM) una corporación pública relativamente exitosa; gracias a su programa de venta de alimentos a precios fijados por el gobierno

muchos mexicanos pudieron evitar la desnutrición (Meyers de Ortiz, 1990; Grindle, 1977). CONASUPO pasó a mejor vida, víctima de la política de privatización del BM.

El BM pasa por alto la conducta corrupta de las corporaciones multinacionales, las limitaciones que los oligopolios imponen al libre mercado (unas pocas corporaciones controlan el mercado mundial de granos), y las consecuencias de estas conductas en la nutrición de los pobres. En más de una ocasión, las multinacionales han fijado los precios, conspirado, sobornado a los gobiernos, y cabildeado a fin de maximizar sus beneficios y mantener artificialmente altos los precios de los alimentos (Ugalde, 1985, p. 209).

Igualmente, el Informe del BM evade las críticas a las compañías farmacéuticas multinacionales. Se menciona que, en 1990, los países del tercer mundo gastaron \$44 mil millones de dólares en productos farmacéuticos y se sugiere que esta suma podría ser reducida. Pero, de acuerdo con el BM, los gobiernos no deberían reducir los gastos en medicinas a través de la fabricación de genéricos, ya que crearían una competencia desleal contra las compañías farmacéuticas occidentales y sus subsidiarias. Se opone categóricamente a la producción pública y nacional de medicamentos, a las restricciones a la importación, y al proteccionismo:

... tal vez la producción farmacéutica a nivel nacional en los países en desarrollo se justifique solamente para el caso de los fluidos intravenosos, cuyo costo de transporte es relativamente alto, el envasado de productos importados a granel en las plantas de elaboración nacional y el envasado de sales de rehidratación oral. Incluso en estas actividades la producción nacional puede ser ineficiente y significar una pérdida de recursos escasos... Según los datos disponibles, son pocos los productores de fármacos y vacunas del sector público que han logrado operar en forma competitiva, en términos de precio y calidad... (p. 152).

Para sustentar esta posición, el Informe presenta un estudio de 1990 sobre vacunas producidas en Bangladesh que no fueron eficaces para proteger a los niños. Sin embargo, omite referencias a la producción durante muchos años de vacunas de alta calidad en laboratorios públicos tales como el Instituto Nacional de Salud de Colombia.

Por otra parte, hay muy poca crítica al comportamiento de las corporaciones, una de las principales razones del alto costo de las medicinas. En muchos países se ha documentado con tal detalle la alteración fraudulenta de las facturas de las importaciones al por mayor, la colusión en la determinación de precios y otras conductas oligopólicas, el alto costo de la publicidad y de la promoción de medicamentos, la fabricación de combinaciones (*me-too-drugs*) que no añaden nada al valor terapéutico ya existente pero elevan los precios, los cabildeos para evitar la competencia de mercado de los medicamentos genéricos, la oposición a los programas de medicamentos básicos y listados de medicinas esenciales, y en general la falta de ética de la industria farmacéutica (Lexchin 1995; Kanji et al, 1992; Brudon, 1983; Silverman et al., 1982; Arango Rodríguez et al., 1976; Silverman y Lee, 1974) que es verdaderamente sorprendente el silencio del BM en estas áreas. El cinismo del BM queda bien manifiesto cuando olvida los éxitos del sector público al mismo tiempo que pasa por alto los abusos mencionados y los errores trágicos del sector privado, tales como la comercialización de la thalidomida, el cloranfenicol, el triparanol y otros medicamentos que han tenido consecuencias graves para la salud. Finalmente, el BM ignora las causas del fracaso de la producción pública de medicamentos que en muchas ocasiones han sido consecuencia de la conducta muy cuestionable de las corporaciones privadas.

Es difícil explicar por qué el Informe no discute la contribución del sector privado a los problemas de salud del tercer mundo, por ejemplo los causados por productos químicos cancerígenos prohibidos en los EEUU pero exportados y usados en muchos países del tercer mundo. El Informe trata sumariamente los problemas de salud causados por contaminantes industriales, aunque recomienda que el *sector público, no la industria contaminante*, se haga cargo de limpiar los desechos de las industrias puesto que “no hay mercado para el aire y el agua limpios” (p. 99). El análisis de la salud preventiva es igualmente parcial. Por ejemplo, de acuerdo con el Informe, los accidentes en las autopistas pueden ser reducidos mediante la educación de los conductores y mejoras en las autopistas (lo que naturalmente requiere préstamos del BM) pero no se menciona la responsabilidad de la industria automotriz de mejorar la seguridad de los vehículos.

Discusión

Como se ha expresado anteriormente, las soluciones a los problemas de salud que el BM avanza concuerdan con su modelo de desarrollo de modernización basado en una ideología neo-liberal. El bienestar de la población del mundo debe ser mejorado mediante la explotación de más recursos y el crecimiento económico: “cuanto más elevado es el ingreso medio per capita en un país, mayores son las probabilidades de que sus habitantes disfruten de una vida larga y saludable” (p. 40), una perspectiva que contrasta con la de los expertos más progresistas. Por ejemplo, Werner nos recuerda que:

A menudo se argumenta que los mayores obstáculos para la salud son económicos... Sin embargo, *sí existen* los recursos económicos para mejorar la salud. Desafortunadamente, el control de estos recursos está en manos de líderes locales, nacionales y mundiales cuya primera prioridad, con demasiada frecuencia, no es el bienestar de *toda* la población, sino perpetuarse en el poder (Werner, 1988, p. 3, nuestra traducción).

Las demandas del BM con respecto a la reducción de los gastos públicos hospitalarios, la imposición de cuotas de recuperación, la reducción de la participación del sector público, la promoción de las privatizaciones, y el hacer hincapié en la responsabilidad de los individuos sobre su salud mientras pasa por alto la responsabilidad de las corporaciones, confirman la falta de interés del BM en los pobres. Para seducir a los lectores menos críticos usa lemas de corte progresista tales como “la condición de la mujer” (p. 50), “reducción de la pobreza” (p. 45), “distribución del ingreso” (p. 41), y “programas de medicamentos esenciales” (p. 149).

Otro objetivo de *Invertir en salud* es justificar los ajustes estructurales impuestos por el BM y minimizar su impacto negativo en la salud. Con gran desvergüenza, el Informe los considera como requisito necesario para mejorar las condiciones de salud de los pobres del tercer mundo, porque “promueven el uso eficiente de los recursos y aceleran el crecimiento económico” (p. 46). En un intento de amortiguar el impacto negativo de los ajustes estructurales, el BM facilitó financiamiento para fines de ajuste, los que, según algunos observadores, causaron a los pobres un sufrimiento adicional (Rich, 1994). El Informe reconoce que sus políticas de ajuste han sido duramente criticadas:

¿Sufre la población pobre a consecuencia de políticas de ajuste, como reducciones en el gasto público y la liberación de los precios de los alimentos y otros artículos? ¿Cómo repercute todo ello en la salud? Las respuestas a estas preguntas son *complicadas*... (p. 46, el énfasis es nuestro).

La dificultad para responder a estas preguntas se origina en parte, en el secreto con que el BM ha guardado los resultados de algunos de sus estudios. A los científicos sociales que trabajan con los pobres no les ha resultado “complicado” documentar el impacto devastador para los pobres de las reformas estructurales (Berry, 1998; Danaher, 1994; Lezama, 1991; Reyna, 1990; Zamora, 1990, y muchísimos más).

El Informe reconoce que la salud se ha deteriorado a partir de la introducción de reformas estructurales (p. 46), pero no tiene escrúpulos en responsabilizar a los gobiernos por su falta de decisión en aprobar las políticas “necesarias” (neoliberales) aunque aumenten el desempleo entre los ya pobres. Les recuerda a los lectores que la salud mejora con el crecimiento económico: “Dado que la salud se ve favorecida por la recuperación económica y el crecimiento más rápido a largo plazo, el financiamiento para fines de ajuste, al facilitar el progreso económico, beneficia a la salud a largo plazo” (p. 46). Los economistas del BM no pueden predecir qué tan largo es el “largo plazo”, por lo que los beneficios futuros podrían llegar demasiado tarde para los miles que morirán antes de tiempo y para los niños cuyo crecimiento quedará atrofiado por culpa de sus políticas. El BM omite en su análisis de la financiación para fines de ajuste, el aspecto central de uno de sus propios principios. El Informe sostiene previamente que “... las políticas que aceleran el aumento de los ingresos y *reducen la pobreza* permiten a la población acceder a mejores regímenes alimentarios, condiciones de vida más saludables y mejor atención de salud” (p. 38, el énfasis es nuestro). Sin embargo, a lo largo del Informe se pasa por alto el componente de *reducir la pobreza*. Como es bien sabido, en muchos países el aumento del PNB no se ha traducido en una reducción de la pobreza entre la población de más bajos ingresos.

Los economistas del BM adoptan una posición muy irresponsable con respecto a los desposeídos cuando afirman: “Cuando un gobierno tiene que efectuar ajustes... es posible que la totalidad de la

sociedad, tanto los sectores pobres como los que no lo son, sufra a corto plazo reducciones salariales y de empleo...” (p. 46). Debería ser obvio que el impacto es intrínsecamente diferente entre los diferentes grupos de ingreso. Para los cientos de millones cuyo ingreso está a nivel de hambruna, esta reducción es una carga insostenible.

Finalmente, el lector debe conocer que el BM no sigue sus propias recomendaciones. Como hemos comentado anteriormente, a lo largo del Informe se recomienda la reducción del gasto hospitalario y se insiste en que se ofrezcan servicios mínimos de atención primaria. Uno de los autores de este artículo tuvo la oportunidad de estudiar en 1995 la conducta del BM en El Salvador cuando con el Banco Interamericano de Desarrollo intentaba vender al gobierno un préstamo multimillonario (un paquete total de US\$200 millones) para el sector salud. Uno de los representantes del BM comentó que no había evidencia de que la atención primaria tenía efectos significativos para la salud y que, por lo tanto, el préstamo de los Bancos debería utilizarse principalmente en la rehabilitación de hospitales. En realidad, la razón de la decisión del BM se basaba, según comentaba otro funcionario, en su experiencia en la administración de préstamos para hospitales.

Conclusión

¿Cómo deberían reaccionar las personas que toman decisiones en el sector salud en los países del tercer mundo con respecto a las recomendaciones avanzadas en *Invertir en salud*? Estamos de acuerdo con el Informe sobre la urgencia de fortalecer la capacidad de análisis económico de los ministerios de salud. Muchos países del tercer mundo han prestado poca atención a mejorar la eficiencia y productividad de los servicios de salud; la administración inadecuada de los recursos ha sido la regla más que la excepción. Sin embargo, la innovación principal del Informe, la estimación de la CGM, tiene demasiadas limitaciones metodológicas como para ser útil y ayudar a los decisores que desean resolver los problemas citados. C. Murray, profesor de la Universidad de Harvard y uno de los autores de los cuadros de la Carga Global de Morbilidad publicados en el Apéndice B del Informe (pp. 221 y ss.) ha reconocido que la información utilizada en los cuadros es errónea y los cuadros inco-

rectos. Los autores de estos cuadros también han reconocido que la metodología seguida no es correcta y que siguen buscando soluciones a sus limitaciones. Quizá lo que el BM debiera estimar en primer lugar es la CGM causada por sus préstamos y políticas.

Es evidente que la dimensión económica es sólo una de las dimensiones que se deben tomar en cuenta en la formulación de políticas de salud, y que las éticas, políticas, y culturales son igualmente importantes. Por consiguiente, es cuestionable el por qué una institución financiera como el BM, que basa sus recomendaciones políticas en criterios exclusivamente económicos, empieza, sin que nadie se lo pida, a formular políticas sanitarias para todo el mundo.

Como ya se ha comentado, las recomendaciones del Informe se corresponden estrechamente con los principios económicos neo-liberales del BM y con un modelo de desarrollo que históricamente ha producido más beneficios para los accionistas principales del BM que para los pobres. Los decisores de políticas de salud del tercer mundo serían prudentes si tomaran al Informe con escepticismo. Desafortunadamente, como nos alerta la prestigiosa revista *The Lancet* "... existe el riesgo de que un Informe que proviene de una organización tan bien financiada e influyente sea usado acríticamente como base para decisiones en políticas y distribución de los recursos" (1993, p. 64, nuestra traducción). Para el bien de la salud del tercer mundo, confiamos en que nuestro análisis de *Invertir en salud* sea un punto de partida para una revisión crítica muy necesaria de la incurción del BM en la formulación de políticas de salud y de sus consecuencias para la salud de los pobres.

Bibliografía

Anderson RM, Mullner RM, Cornelius LJ. 1987. Black and white differences in health status: method or substance? *The Milbank Quarterly* (Suplemento 1) 65: 75-99.

Arango Rodríguez R., Baquero Espitia R, Motta Cano A. 1976. *Estudio del programa de las drogas de uso humano*. Bogotá: Arango y Co. (reporte inédito).

Barking D, Suárez B. 1985. *El fin de la auto-suficiencia alimentaria*. México D.F.: Océano.

Banco Mundial 1993. *Informe Sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud*. Oxford: Oxford University Press.

Bandow D, Vásquez I. eds. 1994. *Perpetuating Poverty: The World Bank, the IMF, and the Developing World*. Washington D.C: Cato Institute.

Barnet RJ, Cavanagh J. 1994. *Global Dreams: Imperial Corporations and the New World Order*. New York: Simon and Schuster.

Beckerman W. 1992. Economic growth and the environment: whose growth? whose environment? *World Development* 20 (4): 481-496.

Bello W, Cunningham S. 1994. Reign of error: the World Bank's Wrongs, *Dollars and Sense* (septiembre/octubre): 10.

Bello WF. 1994. *Dark Victory: The U.S. Structural Adjustment and Global Poverty*. London: Pluto; Oakland: Institute for Food and Development Policy.

Berry A ed. 1998. *Poverty, Economic Reform, and Income Distribution in Latin America*. Boulder: Lynne Rienner Publishers.

Borrini G. 1985. Health development: a marriage of heaven and health?, *Studies in Third World Societies* 34: 3-54.

Brudon P. 1983. ¿Medicamentos para todos en el año 2000? *Las transnacionales farmacéuticas suizas frente al tercer mundo: el caso de México*. México D.F.: Siglo Veintiuno Editores, 1987.

Bruntdland Commission Report 1987. *Our Common Future: World Commission on Environment and Development*. Oxford: Oxford University Press.

Burbach R, Flynn P. 1980. *Agribusiness in the Americas*. London: Monthly Review Press.

Buse KD. 1993. *The World Bank and International Health Policy: Genesis, Evolution and Implications*. Tesis de Maestría. London School of Economics.

Camou Healy E. ed. 1991. *Potreros, vegas y mahuechis: sociedad y ganadería en la sierra sonorense*. Hermosillo (Mexico): Fomento Educativo y Cultura Instituto Sonorense de Cultura.

Carrington T. 1994. The outlook: it's time to redefine World Bank and IMF, *The Wall Street Journal* (lunes 25 de julio) A1.

Collins C. 1989. Decentralization and the need for political and critical analysis, *Health Policy and Planning* 4: 168-171.

Danaher K. ed. 1994. *50 Years is Enough: The Case Against The World Bank and the International Monetary Fund*. Boston: South End Press.

The Economist 1994a. Thoroughly modern sisters: The World Bank and the IMF should celebrate their 50th. birthday by radically rethinking their jobs, editorial (23 de julio): 18-19.

The Economist 1994b. Fat at fifty?, editorial (23 de Julio): 73-74.

The Economist 1993. A better prescription: the World Bank wants new priorities for health care in poor countries. There are lessons in rich countries, too (10 de julio): 66-67.

The Economist 1991. A critique of the World Bank *World Press Review* (junio): 40.

Escobar A. 1992. Imagining a post-development era? Critical thought, development and social movements. *Social Text* 31/32.

Esteva G. 1992. Development. En Wolfgang Sachs ed. *The Development Dictionary: A Guide to Knowledge as Power*. London: Zed Books. Págs. 6-25.

- French HF 1994. Rebuilding the World Bank. *En State of the World 1994: A World-Watch Institute Report on Progress Toward a Sustainable Society*. New York: W.W. Norton & Co.
- Friedman TL. 1994. The World Bank, 50 years old, plots a new course and vows to do better. *New York Times* (24 de julio).
- GAO (Government Accounting Office). 1979. *World Hunger Implications for the U.S. Policies*. Manuscrito revisado (mimeo) Washington, D.C.
- González-Block M A. 1991. Economic crisis and the decentralization of health services in Mexico. En González de la Rocha M, Escobar Latapi A. eds *Social Responses in Mexico's Economic Crisis of the 1980s*. San Diego: Center for U.S.-Mexican Studies, University of California.
- González-Block M et al. 1989. Health services decentralization in Mexico: Formulation, implementation and results of policy. *Health Policy and Planning* 4: 301-315.
- Grindle MS. 1977. *Bureaucrats, Politicians, and Peasants in Mexico: A Case Study in Public Policy Making*. Berkeley: University of California Press.
- Hancock G. 1989 *Lords of Poverty: The Power, Prestige, and Corruption of the International Aid Business*. New York: Atlantic Monthly Press.
- Hardon A. 1992. Consumers versus producers: power play behind the scenes En Kanji N. et al. eds. *Drug Policy in Developing Countries*. London: Zed Books. Págs. 48-64.
- Hardon, A. 1990. Ten best readings in ... The Bamako Initiative, *Health Policy and Planning* 5: 186-189.
- Hartmann B. 1990. Bankers, babies, and Bangladesh, *The Progressive* (septiembre): 18-21.
- Harvey M. 1994. Bad Loans: the World Bank is a world bane, *UTNE Reader* (julio/agosto): 18-19.
- Hayter T. 1971. *Aid as Imperialism*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Henwood D. 1994. Whatever happened to the third world debt. En Danaher, K. ed. *50 Years is Enough. The Case against the World Bank and the International Monetary Fund*. Boston: South End Press.
- Johnson T. et al. 1994. Social cognition and responses to health survey questions among minority populations: preliminary evidence. En *Proceedings of the 1993 Public Health Conference on Records and Statistics* (DHSS Publication No. PHS 94-1214). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 357-362.
- Kanji N. 1992. Action at country level: the international and national influences. En Kanji, N. et al. eds. *Drug Policy in Developing Countries*. London: Zed Books. Págs. 65-90.
- Kanji N. 1989. Charging for drugs in Africa: UNICEF'S Bamako Initiative. *Health Policy and Planning* 4: 110-120.
- Kaslow A. 1994. Two banks for the poor mark 50 years of work. *The Christian Science Monitor* (27 de julio): 7.
- Kim J. et al. 1998. Asia's austerity plan reaches into daily life. *USA Today* (19 de enero): 1.
- The Lancet* 1993 World Bank's cure for donor fatigue, editorial 342 (8863): 63-64.
- Langer A, Lozano R, Bobadilla J L. 1991. Effects of Mexico's economic crisis on the health of women and children. En González de la Rocha M, Escobar Latapi A. eds. *Social Responses to Mexico's Economic Crisis of the 1980's*. San Diego: Center for U.S. Mexican Studies, University of California.
- Lexchin J. 1995. *Deception by Design. Pharmaceutical Promotion in the Third World*. Penang: Consumers International.
- Lezama JL. 1991. Ciudad y conflicto: usos del suelo y comercio ambulante en la ciudad de México. En Scheingart M. ed. *Espacio y vivienda en la Ciudad de México*. México, D.F.: El Colegio de México. Págs. 121-135.
- Mason ES, Asher RE. 1973. *The World Bank Since Bretton Woods*. Washington, D.C.: The Brookings Institute.
- Massolo A. 1992. Descentralización y alternativa municipal *Memorial/CEMOS* 49:33-37.
- McGreevey W P, Piola S, Vianna SM. 1985. *Health and Health Care Since the 1940s*. Washington, D.C.: World Bank and IPEA/CNRH. (Reporte no publicado).
- McPake B. 1993. User charges for health services in developing countries: a review of the economic literature. *Social Science and Medicine* 36: 1397-1406.
- Meier GM. ed. 1987. *Pioneer in Development: Second Series*. Oxford: Oxford University Press; y Washington, D.C.: The World Bank.
- Meyers de Ortiz C. 1990. *Pequeño comercio de alimentos en colonias populares de Ciudad Nezahualcoyotl: Análisis de su papel en la estructura socio-económica urbana*. Guadalajara: Editorial Universidad de Guadalajara.
- Payer C. 1982. *The World Bank: A Critical Analysis*. New York: Monthly Review Press.
- Pérez López EP. 1991. La modernización ganadera en el marco internacional: su impacto en América Latina y México. En Camou Healy, E. ed. *Potreros, vegas y mahuechis: sociedad y ganadería en la sierra sonorense*. Hermosillo (México): Fomento Educativo y de Cultura, Instituto Sonorense de Cultura.
- Pilger J. 1991a. Tough guys pursue profit: the poor are paying to keep the World Bank rich. *New Statesman Society* (25 de octubre): 10-11.
- Pilger J. 1991b. The silent war: debt is killing half a million children each year. *New Statesman Society* (18 de octubre): 11-12.
- Rama R, Vigorito R. 1979. *El complejo de frutas y legumbres en México*. México, D.F.: Nueva Imagen.
- Reyna JL. 1990. Hacia la utopía: tenemos que ser menos desiguales. En Gurrieri A, Torres-Rivas E. eds. *Los Años noventa ¿Desarrollo con equidad?* San José (Costa Rica): Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, pp. 329-354.
- Rich B. 1994. *Mortgaging the Earth: The World Bank, Environmental Impoverishment, and the Crisis of Development*. Boston: Beacon Press.
- Rodrigues J. 1989. What is happening to hospital utilization in Brazil? *Health Policy and Planning* 4:354-359.

- Sachs W. ed. 1992. *The Development Dictionary: A Guide to Knowledge as Power*. London: Zed Books.
- Silverman M, Lee PR. 1976. *Pills, Profits and Policies*. Berkeley: University of California Press.
- Silverman M., Lee P, Lydecker M. 1974. *Prescriptions for Death: The Drugging of the Third World*. The University of California Press.
- Stokes B. 1993. Reinventing the bank, *National Journal* (18 de septiembre): 2232-2236.
- Susser MW, Watson W, Hopper K. 1985. *Sociology in Medicine*. Oxford University Press.
- Todd H. 1996. *Women at the Center. Grammeen Bank Borrowers after One Decade*. Boulder: Westview Press.
- Trainer FE. 1989. Reconstructing radical development theory. *Alternatives* 14: 481-515.
- Ugalde A. 1988. Entrevista con nutricionista del estado de Tlaxcala (agosto).
- Ugalde A. 1985. Modernization, agricultural exports, food availability and nutrition in Central America: 1960-1980. *Studies in Third World Societies* 34: 201-224.
- Van de Laar A. 1980. *The World Bank and the Poor*. Boston: Nijhoff Publishing.
- Vogel RG, Stephens B. 1989. Availability of pharmaceuticals in sub-Saharan Africa: roles of the public, private and church mission sectors. *Social Science and Medicine* 29: 479-486.
- Wachtel HM. 1986. *The Money Mandarins*. New York: Pantheon Books.
- Warnock J. 1987. *The Politics of Hunger*. New York: Methuen Publishers.
- Weir D, Shapiro M. 1981. *The Circle of Poison: Pesticides and People in a Hungry World*. San Francisco: Institute for Food and Development Policy.
- Werner D. 1988. Public health, poverty, and empowerment —a challenge, *IFDA Dossier* 65: 3-10.
- Zamora G. 1990. La política laboral del Estado de México, 1982-1988. *Revista Mexicana de Sociología* 52: 111-138.