

Foro político: El Banco Mundial y la Salud Internacional

Introducción

Anthony Zwi¹

Este es el segundo de una serie de debates sobre Política de Salud Internacional que tiene lugar a través de las páginas de *Social Science & Medicine*.

A lo largo de los últimos quince años el Banco Mundial se ha convertido en el más influyente donante en la arena de la política de salud internacional, promoviendo activamente reformas políticas ambiciosas y agitando la política de salud internacional. Los cambios de política propuestos han sido de rango amplio, afectando una variedad de áreas como la provisión y financiamiento de servicios de salud; el rol de los sectores público y privado; las prioridades y responsabilidad del Estado; y los valores que deben apuntalar la preocupación con la salud y la provisión de servicios de salud. El Banco Mundial ha propuesto, a lo largo de la última década, un conjunto de esfuerzos para promover efectividad, calidad y eficiencia, ha promovido activamente la adopción de sistemas “racionales” de establecimiento de prioridades y asignación de recursos. Esta última ha sido abordada

fundamentalmente según estimaciones de carga de mortalidad, discapacidad y morbilidad y ha operado junto a propuestas que aseguren que el Estado toma responsabilidad de garantizar la provisión de un paquete mínimo de servicios, basado en aquellos que han mostrado ser los más costo-efectivos.

La declinación de la influencia de la Organización Mundial de la Salud a fines de los 80 y comienzos de los 90 ilumina el vacío político en el cual ingresó el Banco Mundial. Una OMS inefectiva, era incapaz de ofrecer soluciones a los desafíos clave enfrentados por países que estaban reestructurando, ajustando y absorbiendo, en algunos casos en forma relucante, los enfoques neoliberales sobre economía, comercio y política. Mientras la OMS continuó las bien experimentadas políticas de Salud para Todos y Atención Primaria de la Salud, fracasó en reconocer y responder a la economía política internacional que estaba cambiando radicalmente, y las crecientes restricciones que enfrentaban los Estados en relación a su capacidad para asegu-

1. Editor Senior de Política de Salud, *Social Science & Medicine*, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres.

rar que fueran satisfechas las necesidades básicas de sus ciudadanos.

El Banco Mundial, como una “institución que lidera el desarrollo”, promovió activa y poderosamente su visión del futuro. En 1987 publicó un influyente documento sobre financiamiento, cobros al usuario y recuperación de costos en el interior del sector salud. Hacia 1993 el Banco Mundial era el campeón indisputado, al menos en términos de influencia y visión radicalmente reformista, de la promoción de un nuevo pensamiento en el sector salud. En su publicación de 1993, *World Development Report: Investing in Health*, iluminó la preocupación por asegurar que la reforma del sector salud condujera a un *mix* público-privado fortalecido en la provisión de atención médica, con recursos estatales dirigidos a responder a los más importantes problemas de salud para los cuales existieran intervenciones costo-efectivas. El Informe y la metodología que empleaba y promovía para el establecimiento de prioridades rápidamente se tornaron hegemónicos. El consejo y, en algunos casos, las prescripciones sobre políticas propuestas por el Banco rápidamente se convirtieron en la línea de base para debate y negociación en el interior de los Estados y entre países de alto y bajo ingreso y la comunidad donante.

Mientras la OMS se revitaliza bajo el liderazgo de un nuevo Director General, la Dra. Gro Harlem Brundtland, el Banco Mundial continúa desarrollando y refinando su rol, posicionándose como uno entre un pequeño número de instituciones clave que procuran influenciar la agenda de política de salud global. El debate y negociación en marcha con otros jugadores (incluyendo OMS, donantes bilaterales, otras organizaciones de Naciones Unidas, organizaciones de la sociedad civil y gobierno) continúa en la medida en que son debatidas cuestiones conflictivas tales como la determinación

de las prioridades, el equilibrio entre equidad y eficiencia, el rol del Estado, la sociedad civil y el sector privado (incluyendo la industria farmacéutica, hambrienta de beneficios) y el grado de sensibilidad del contexto requerido para una apropiada toma de decisión política.

En la época en que el Banco Mundial publicó su informe de 1997 sobre *Health, Nutrition and Population Sector Strategy*, invitamos a personal de liderazgo de la institución para que describiera sus perspectivas y preocupaciones sobre política (ver de Beyer, Preker y Feachem, en este número); y luego invitamos a tres grupos de comentaristas para responderlas. Estos son presentados en las páginas que siguen: dos académicos y activistas de la India cuestionan la importancia de las prescripciones de política del Banco Mundial para la segunda nación más populosa y la mayor democracia en el mundo (Baru y Jessani); un analista de Mozambique examina cómo opera el Banco a nivel de país y demanda una mayor sensibilidad local (Pavignani), y comentaristas de Londres iluminan cuestiones vinculadas a cómo el Banco maneja las tensiones internacionales que afectan sus operaciones a nivel local e internacional (Buse y Walt).

Consideramos que las cuestiones políticas clave deben ser debatidas en forma abierta y pública, y que las organizaciones influyentes deben estar dispuestas a compartir ideas y recibir críticas a través de los medios públicos, tales como publicaciones académicas y legas; apreciamos la disposición de todos los involucrados para entrar en este diálogo público a través de las páginas de *Social Science and Medicine*.

Invitamos a enviar comentarios publicables sobre las cuestiones planteadas en las páginas que siguen, y damos la bienvenida a sugerencias que consideren cuestiones futuras sobre las cuales focalizar. •

El rol del Banco Mundial en salud internacional: compromiso y asociación renovados

Joy A. De Beyer²
Alexander S. Preker³
Richard G.A. Feachem⁴

Resumen

Durante los últimos 10 años el Banco Mundial se ha convertido en el mayor financiador externo de actividades de salud en países de bajo y mediano ingreso, en una voz importante en los debates nacionales e internacionales sobre política de salud. Este artículo ilustra la nueva dirección estratégica del Banco en el sector salud orientada a: Mejorar los resultados de salud, nutrición y población entre los pobres, fortalecer el desempeño de los sistemas de atención médica, asegurar el financiamiento sustentable de la atención médica.

Millones de muertes prevenibles y enfermedades tratables, junto con sistemas de salud que son ineficientes, inequitativos e inefectivos, han motivado la expansión del apoyo del Banco para el sector salud en muchos de sus países clientes. Las nuevas direcciones de política y la reformas en amplitud

Palabras clave

Banco Mundial, Política de Salud, Reforma del sistema de salud, Salud Internacional, Desarrollo Humano.

Key words

World Bank; Health polity; Health system reform; International health; Human development.

2. Banco Mundial, Washington DC.

3. Banco Mundial, Washington DC.

4. Institute for Global Health, Universidad de California, San Francisco.

5. En el contexto de este artículo, salud incluye salud, población y nutrición. Muchas otras actividades apoyadas por el banco (por ejemplo, reducción de la pobreza, vivienda, agua y salubridad, y educación de niñas) también afectan a la salud.

Durante los últimos diez años, el Banco Mundial se ha convertido en el mayor financiador externo de actividades de salud en países de ingreso mediano a bajo y en una importante voz en los debates nacional e internacional sobre política de salud.⁵ El principal informe del Banco sobre el sector salud —*World Development Report 1993: Investing in Health*— se basó en un extenso análisis y consulta a nivel mundial. *Health, Nutrition and Population (HNP) Sector Strategy*, publicado en 1997, define el compromiso y políticas fortalecidas del Banco en el sector salud durante el período que conduce al siglo XXI. Como se describe en este documento, los objetivos del compromiso del Banco en el sector HNP consisten en asistir a los países clientes para:

- *mejorar los resultados en salud, nutrición y población de los pobres*, y proteger a la población de los efectos empobrecedores de la enfermedad, la mala nutrición y la alta fertilidad;
- *fortalecer el desempeño de los sistemas de atención médica*, promoviendo el acceso equitativo a servicios preventivos y curativos de salud, nutrición y población que sean sustentables, efectivos, estén bien gestionados, de buena calidad, y sensibles ante las necesidades de los clientes; y
- *asegurar el financiamiento sustentable de la atención médica*, movilizandole niveles adecuados de recursos, estableciendo mecanismos de pool de riesgo de base amplia y manteniendo control efectivo sobre el gasto público y privado.

sistémica observadas en estos países son el resultado de factores de oferta y demanda. Forman parte de un cambio general en el enfoque del Banco para la asistencia al desarrollo, que considera las reformas sistémicas como una forma de mejorar el impacto y sustentabilidad de las inversiones en salud. En el lado de la demanda el Banco está intentando adaptarse a las actuales presiones políticas, tecnológicas, económicas, demográficas, epidemiológicas y sociales. En el lado de la oferta la creciente experiencia internacional y los sustanciales recursos financieros del Banco son utilizados para complementar la asistencia al desarrollo proporcionadas por otras organizaciones y el esfuerzo global por mejorar la salud y los sistemas de salud en países de ingreso bajo y medio.

Abstract

During the course of the past ten years, the World Bank has become the single largest external financier of health activities in low and middle income countries and an important voice in national and international debates on health policy. This article highlights the Bank's new strategic direction in the health sector aimed at: improving health, nutrition, and population outcomes of the poor; enhancing the performance of health care systems; and securing sustainable health care financing.

Millions of preventable deaths and treatable illnesses, together with health systems that are inefficient, inequitable and ineffective, have motivated expanded Bank support for the health sector in many of its client countries. The new policy directions and system-wide reforms observed in these countries are the result of both demand and supply factors. It is part of a general shift in the Bank's approach to development assistance, which sees systemic reforms as a way to improve the impact and sustainability of investments in health. On the demand side, the Bank is trying to adapt to ongoing political, technological, economic, demographic, epidemiological and social pressures. On the supply side, the Bank's growing international experience and substantial financial resources are used to complement the development assistance provided by other organizations and the global effort to improve health and health systems in low and middle income countries.

Estas nuevas directivas de política se describirán en mayor detalle en este artículo.

Racionalidad del compromiso del Banco en la salud internacional

Invertir en las personas está en el centro de la estrategia de desarrollo del Banco para los años 90, reflejando el hecho que ningún país puede lograr crecimiento económico sustentable y reducción de la pobreza sin una población educada y saludable. Los programas efectivos para el control de las enfermedades infecciosas, nutrición y salud reproductiva pueden fortalecer la productividad de la fuerza de trabajo, reducir la enfermedad relacionada con la pobreza y mejorar el aprendizaje de los niños en la escuela.

La buena salud y la elección reproductiva tienen un fuerte impacto sobre el bienestar individual y el desarrollo socioeconómico de las naciones.⁶ Pese a netos beneficios en salud para las naciones en desarrollo durante los últimos 30 años, hay todavía millones de muertos y enfermedades que podrían ser prevenidas y tratadas de manera fácil y no costosa. En algunos países el gasto *per capita* en salud es tan bajo que no proporciona suficientes recursos ni siquiera para atención médica básica de la población. En otros países, un problema más manejable y extendido es la mala asignación, que malgasta recursos escasos en intervenciones que producen solo margas mejoras de salud.

Además de los lazos entre resultados de salud, crecimiento económico y alivio de la pobreza, la importancia fiscal y económica del sector salud es otra razón que estimula el involucramiento del Banco Mundial. En muchos países, una porción muy grande del producto nacional y los recursos nacionales se gasta en atención médica, y debe gastarse bien. Si los gastos en salud crecen demasiado rápidamente en relación al resto de la econo-

mía, las consecuencias fiscales negativas pueden perjudicar el desarrollo económico y desplazar otros gastos sociales (tales como educación y protección social) que tienen un impacto significativo en la reducción de la pobreza y la salud.

Rasgos únicos de los sectores sociales

El Banco hace continuamente cambios internos para desarrollar las destrezas y procedimientos necesarios para responder adecuadamente en una manera flexible a alguna de las características especiales que hacen de la salud internacional un área difícil en la que se pueda trabajar con efectividad:

- el sector salud sirve a las personas a lo largo de su ciclo de vida;
- la mayoría de las intervenciones requieren cambios de conducta y tiempo;
- los arreglos de implementación son a menudo difusos;
- las reformas son a menudo intensamente políticas;
- frecuentemente existe resistencia institucional al cambio;
- la incertidumbre y el alto costo de la enfermedad requiere compensar el riesgo;
- el sector privado es importante pero las fallas de mercado son significativas
- los gobiernos tienen un rol importante pero débil capacidad institucional; y
- el monitoreo y evaluación del desempeño es difícil.

Una oferta accesible de anticonceptivos, vacunas o suplementos micro nutrientes no estimula de manera automática la demanda de las personas. Muchas intervenciones de salud requieren cambios conductuales, tiempo y complejas asociaciones de trabajo entre el sector público y el privado. Las opciones sociales que enfrentan las sociedades para asignar recursos de manera eficiente y efectiva a lo largo del ciclo de vida y estimular a los individuos o grupos de población a

cambiar su conducta, hacen las reformas del sector HNP intensamente políticas, y pueden generar fuerte resistencia de los intereses creados, que están amenazados por los cambios propuestos. La dificultad para alcanzar consenso es más general: la complejidad de las cuestiones genera debate entre profesionales en el Banco y otras organizaciones internacionales, por ejemplo: sobre el equilibrio y roles más apropiados de los sectores público y privado, el costo-efectividad de diferentes tipos de intervención y la medida en la cual estos cálculos deben guiar las decisiones sobre recursos y programas, la racionalidad y realidades de los honorarios para atención médica y los *trade-off* entre algunas políticas promotoras de crecimiento y los objetivos de alivio de la pobreza.

Necesidad de colaboración y asociación internacional

Para cambiar los problemas sistémicos profundamente arraigados en el sector salud la mayoría de los países consideran que necesitan: a. recursos financieros que aumenten su capacidad local; b. una amplia perspectiva global y pericia intersectorial; c. un compromiso de largo plazo, dado que aun los pequeños cambios en resultados pueden llegar a necesitar hasta 10 y 15 años para realizarse, extendiéndose más allá de la permanencia promedio de un Ministro en su cargo; y d. una comprensión de las circunstancias locales (económicas, políticas, sociales e institucionales).

OMS, UNICEF, el Banco y otras organizaciones internacionales han contribuido cada una en forma modesta a mejorar la salud a lo largo del mundo durante las últimas décadas. Sin embargo, el siglo XX alberga nuevos desafíos. Los cambios demográficos con crecimiento continuo y envejecimiento de las poblaciones, urbanización, desigualdad económica y un creciente número de pobres colocarán

6. La buena salud y mayor expectativa de vida estimulan la inversión en educación y otro capital humano. Estos juntos incrementan la productividad y el ingreso. Información sobre, y acceso a métodos anticonceptivos, junto con baja mortalidad infantil y más educación (especialmente para mujeres) son factores importantes para un menor tamaño de la familia. Esto permite mayores inversiones en capital humano en la siguiente generación (Psacharopoulos, 1995)

nuevas demandas sobre los sistemas de atención médica. Asomando por detrás de estas tendencias predecibles hay un número de amenazas desconocidas, tales como nuevas enfermedades y epidemias y convulsión política.

Algunos países mejorarán su situación, no necesitando ya la asistencia intensiva que recibieron previamente de la comunidad internacional donante. Otros retrocederán y requerirán más atención. Encontrar el balance correcto en *mix* de *inputs* entre inversiones básicas, post básicas y sistémicas en este contexto dinámico será uno de los mayores desafíos para la próxima década.

Afortunadamente, los progresos recientes en las ciencias naturales y sociales sostienen la esperanza de que algunas de estas tendencias potencialmente negativas puedan ser compen-

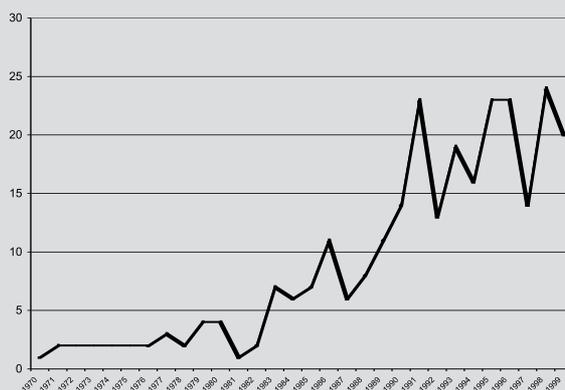
sadas por nuevos y más efectivos enfoques de atención médica, un asociación fortalecida entre los sectores público y privado en la provisión de servicios de salud y una difusión con amplitud mundial de nueva información y tecnología que deberá eventualmente beneficiar a los pobres.

La ventaja comparativa del Banco es su capacidad para movilizar grandes recursos financieros, trabajar a través de muchos sectores y proporcionar un foco a nivel macro en cada país. Sin embargo, ninguna de las organizaciones internacionales puede abordar los complejos desafíos de salud, nutrición y reproducción que enfrenta el mundo en el siglo XXI. En consecuencia, el Banco está considerando fortalecer su colaboración y asociaciones con muchas otras agencias, incluyendo ONGs y el sector pri-

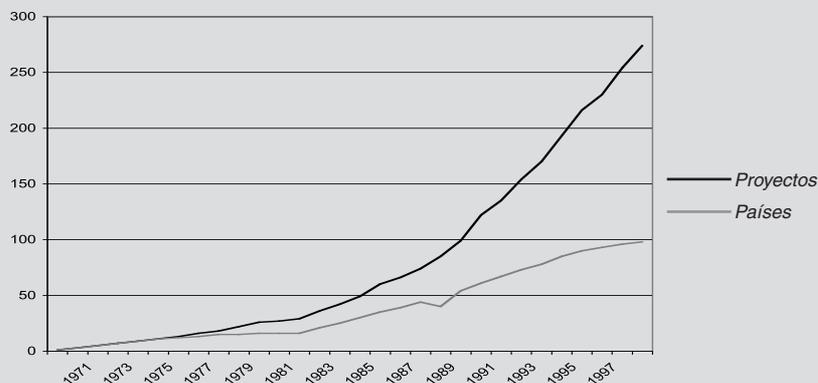
GRÁFICO 1

ACUMULATIVO DE PRÉSTAMOS HNP - 1970-1999

(cifras en miles de millones de dólares estadounidenses)



NÚMERO ACUMULATIVO DE PROYECTOS HNP Y PAÍSES 1970-1999



vado. En el interior del Banco el objetivo es el fortalecimiento continuo de la pericia técnica y la re-instrumentación significativa del *mix* de destrezas y la cultura de trabajo. Mayor selectividad y complementariedad se requieren también de modo que los recursos técnicos y financieros escasos alcancen para aquellos que más los necesitan.

El actual programa del Banco en salud internacional

El Banco está actualmente involucrado en salud internacional en cuatro áreas diferentes.

- Préstamos y créditos
- Subsidios para el desarrollo
- Asesoramiento en políticas
- Investigación.

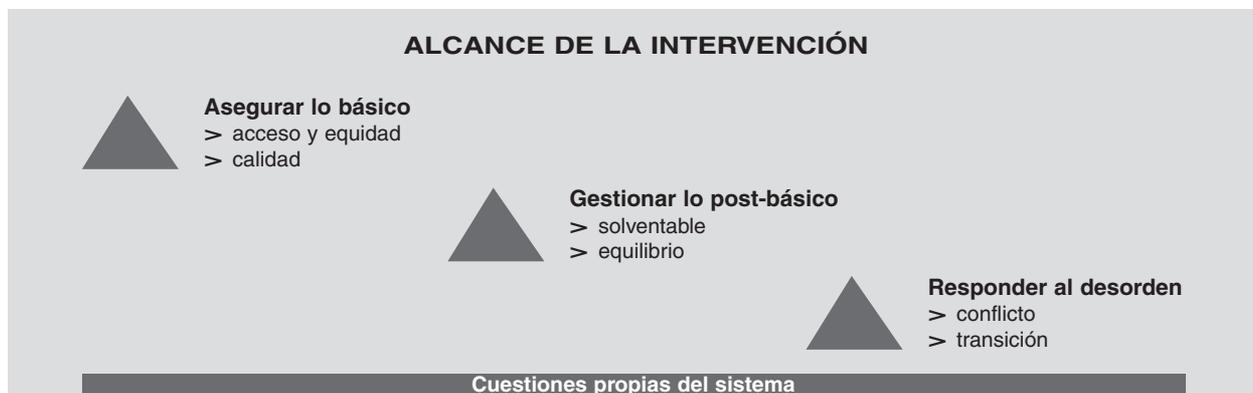
Desde un punto de partida modesto hace 30 años, el rol del Banco en la salud internacional se ha expandido rápidamente. Hacia el fin del año fiscal 1999 había 199 proyectos HNP activos apoyados por el Banco en 84 países con compromiso total de 9.500 millones de dólares (a precios de 1996). Y 130 proyectos complementarios⁷ (ver Gráfico 1). En comparación el desarrollo de la asistencia externa para el sector HNO para el período desde 1985 a 1993 fue de 2.000 millones anuales a precios de 1996 (excluyendo los créditos del Banco que promedian los 750 millones por año a precios de 1996 durante este período).

Típicamente, bastante más de la mitad del financiamiento del Banco en salud es dinero “blando” con un componente efectivo de subsidio del 80%. Todos los proyectos incluyen fondos sustanciales del gobierno tomador del préstamo, y muchos también fondos de otros donantes bilaterales o multilaterales que “compran hacia adentro” los proyectos y a menudo arman equipos con el personal del Banco para trabajar con gobiernos clientes para definir y desarrollar actividades de proyecto y financiar necesidades.

Orientaciones recientes en préstamos y créditos

El contenido y foco de los empréstitos en salud ha cambiado significativamente en los años recientes y continúa cambiando. Los primeros proyectos expandían y aumentaban el nivel de los servicios de salud, y los fondos del Banco eran gastados en centros de salud y hospitales rurales, equipamiento médico e insumos, incluyendo anti-conceptivos y fármacos, entrenamiento (y a veces salarios) para el personal y ambulancias y otros vehículos (entre otras cosas). Algunos fondos de proyecto todavía van hacia esos gastos porque la expansión y fortalecimiento del sistema de salud del gobierno es todavía una prioridad en gran parte de Africa y Asia. Además, otras tres importantes necesidades están también siendo abordadas en dimensión mundial (Gráfico 2, abajo).

7. El valor anual promedio de nuevos préstamos para salud a lo largo de los tres años entre 1993 y 1995 fue de 1.300 millones de dólares; el 6% de los préstamos totales del Banco. Esto aumentó a 1.600 millones y 6,5% durante 1996-1999. Se espera que esta tendencia continúe.



En muchos países de ingreso medio, donde los servicios básicos ya existen, el principal desafío es financiar, proporcionar y regular servicios a niveles más altos de atención de una manera equilibrada y sustentable. Segundo, los sistemas de salud en un número de países (tales como Bosnia, Croacia y Mozambique) necesitan apoyo frente a las consecuencias de políticas devastadoras o convulsión económica. Por último, los proyectos financiados por el Banco contribuyen de manera creciente a amplias reformas sistémicas orientadas a hacer inversiones en sistemas de salud y programas más sustentables y efectivos, mientras mejoran la calidad y el acceso para los pobres. A continuación se proporcionan algunos ejemplos del tipo de proyectos de salud para los cuales los gobiernos están recibiendo ahora préstamos del Banco Mundial.

Numerosos proyectos están ayudando a cubrir serias brechas en atención médica. En la India, el proyecto *Urban Slums Family Welfare*, paga a organizaciones privadas y médicos para proporcionar servicios en suburbios y entrenar a 21.000 trabajadores de salud urbanos y líderes locales. En Malawi y Zimbabwe, además del apoyo a numerosas actividades, se están construyendo centros de salud en áreas rurales no abastecidas y servicios de salud y población sobre base comunitaria se están expandiendo y sosteniendo. En Rusia, el equipamiento médico básico faltante en instalaciones de primer y segundo nivel está siendo financiado. La inversión en servicios básicos de salud ha permanecido como el principal foco de los préstamos del Banco para el sector salud (más del 75% del monto en préstamos).

Pueden mencionarse muchos ejemplos donde el foco está colocado en intervenciones "post-básicas" y mejoras en la asignación de recursos. El Banco está apoyando el esfuerzo uruguayo para mejorar eficiencia y calidad de servicios de atención médica (especialmente para pobres y no asegurados) a través de fortalecimiento insti-

tucional en el Ministerio de Salud y un esfuerzo piloto para fortalecer la gestión de cuatro hospitales públicos. Hungría ha utilizado los fondos del Banco para establecer una Escuela de Salud Pública y un Centro de Entrenamiento en Gestión de Servicios de Salud (de nivel terciario) para equipar el 15% de los hospitales con sistemas de gestión de información, establecer un registro de cáncer, educación para la salud en las escuelas y crear una base y red de información centrada en la política sobre hábito de fumar. Estas actividades son parte de un proyecto que procura mejorar la salud a partir de reasignar recursos a actividades de salud pública costo efectivas y servicios clínicos seleccionados. Muchos países en Latinoamérica, el Caribe, Asia y Africa están estudiando prioridades de salud con el objeto de identificar paquetes costo-efectivos de servicios esenciales clínicos y de salud pública para los pobres y proporcionar datos sobre los cuales fundamentar futuras estrategias de financiamiento (Bobadilla, 1997).

El Banco está también contribuyendo intelectual y financieramente a los intentos de transformar los sectores de salud en muchos de los países anteriormente socialistas, y en otros lugares a través del globo (Preker y Feachem, 1995). Esto incluye la reforma de salud en Rusia y la transferencia de la propiedad de instalaciones de salud en Croacia y Hungría desde el gobierno central a las comunidades locales. En Zambia el Banco apoyó al Ministerio de Salud en el desarrollo de un plan de reforma amplia del sector salud para descentralizar la gestión, incrementar la autonomía de las instalaciones y fortalecer la provisión de servicios de primer nivel. El programa vincula a otros seis donantes en la provisión de apoyo financiero para la reforma.

Iniciativas similares están en marcha en Mozambique, Etiopía, Tanzania, Sierra Leona y Ghana. El personal del Banco está comprometido en los esfuerzos realizados en Argentina para

reformar el seguro de salud y ha trabajado con investigadores y tomadores de decisiones para evaluar las reformas brasileñas pasadas y facilitar una amplia discusión y construcción de consenso a nivel nacional sobre una agenda para renovados esfuerzos de reforma que incluyan la mejora de los arreglos financieros para hacer frente a los inmensos desafíos que todavía enfrenta el sector salud en este país (*World Bank*, 1994).

El rol en política

El asesoramiento en política ha sido largamente uno de los caminos por los que el Banco Mundial atiende a su clientela, generalmente a través del así llamado “trabajo de sector” —estudios analíticos de sectores o cuestiones específicas, que invariablemente incluyen recomendaciones sobre política y reforma de programa—. Estos estudios tradicionalmente preceden a la preparación del préstamo, y son un importante mecanismo por el cual el personal del Banco estudia las inversiones necesarias en el interior del sector. También estimulan el análisis, el debate y la construcción de consenso necesarios para guiar las decisiones de inversión. Anteriormente el trabajo de sector y el desarrollo del préstamo se alimentaban recíprocamente, pero eran en general actividades separadas. Recientemente el análisis de política, el asesoramiento y la reforma sectorial se están convirtiendo de manera creciente en una parte integral del proceso de préstamo. Este mayor énfasis en la política del sector salud y la reforma del sistema es el resultado de factores tanto de oferta como de demanda.

Factores del lado de la oferta

Hay dos factores “del lado de la oferta” impulsando un mayor compromiso en política por parte del Banco. El primero es un cambio general en el enfoque de la institución en relación a desarrollo y ayuda.

Resultados insatisfactorios y la evi-

dente no sustentabilidad de las inversiones en muchos sectores, han conducido a un énfasis sobre ajuste macroeconómico y sectorial para mejorar el ambiente en el cual se hacen las inversiones y los beneficios que resultan de ellos.⁸ En salud (como en otros sectores) reformas estructurales son a menudo tan necesarias para mejorar los resultados en salud como las inversiones adicionales en infraestructura, entrenamiento, drogas y otros *inputs*. Comparaciones entre 69 países de las expectativas de vida en relación al gasto *per capita* en atención médica sugieren que los países difieren de manera significativa en la efectividad de sus sistemas de atención médica⁹ (Musgrove 1996).

No hay una sola prescripción para un sistema de atención médica exitoso. Resulta claro que es importante pensar varias cosas: medidas que corrijan la falla del mercado y que aseguren que intervenciones con amplias externalidades estén disponibles para la población; gasto adecuado en intervenciones de salud pública cruciales tales como inmunizaciones y atención prenatal; la asignación general del gasto en salud, especialmente asegurando que las intervenciones de alto costo que benefician a un número de personas relativamente pequeño no distraigan recursos de actividades que benefician a un gran número; y acceso a la atención médica, que está ampliamente determinado por la naturaleza, distribución, costo y calidad de los servicios públicos y privados. Donde los servicios de salud son de mala calidad el sector privado está insuficientemente regulado, o el sector estatal es ineficiente (tal vez sufriendo por una toma de decisiones excesivamente centralizada, pobres incentivos, mala asignación de recursos e inadecuado o inapropiado entrenamiento de gerentes en salud) las reformas sistémicas amplias tienen el potencial de hacer más para mejorar la salud y el funcionamiento de los sistemas de atención médica que inversiones adicionales en infraestructura o consumibles cuando son elegidas en forma inadecuada.

8. A menudo se ha expresado preocupación de que el ajuste macroeconómico estructural reduzca el gasto en atención médica y perjudique la salud. El Banco está ahora revisando la evidencia (Van der Gaag y Barham, 1998). Actualmente muchos programas de ajuste apoyados por el Banco exigen a los gobiernos la protección de la parte del presupuesto dedicada a salud, o el nivel de gasto en salud, o incrementar la asignación para servicios básicos que benefician particularmente a los pobres.

9. El análisis controla el ingreso per capita, que es el más significativo predictor de expectativa de vida. Los resultados de salud tienen numerosos determinantes no incluidos en el análisis reportado, pero los resultados son sólidos.

El otro factor desde el lado de la oferta es la experiencia acumulativa del Banco de comprometerse en debates sobre política en más de 80 países, su investigación y análisis y su buena asociación de trabajo con OMS, UNICEF y otras instituciones. El mejor conocimiento y las asociaciones con otras organizaciones, combinadas con los recursos y la capacidad financiera del Banco, han apoyado la formulación de políticas y las reformas del sector salud en muchos países. Dos dominios de política donde el Banco ha sido especialmente activo son: la asignación de recursos conforme a principios de costo-efectividad, y la redefinición del adecuado rol del Estado y el sector privado en atención médica.¹⁰

Asignación de recursos según principios de costo-efectividad

Los análisis informados en *Disease Control Priorities in Developing Countries* (Jamison et al. 1993) e *Investing in Health* (World Bank, 1993), sobre el costo-efectividad relativo de diferentes intervenciones de atención médica han ayudado ya a muchos decisores en los países en desarrollo a focalizar los recursos de atención médica para lograr mejores resultados de salud. En este análisis, un rango de intervenciones preventivas y curativas son comparadas sobre la base de sus costos e impacto sobre años de vida ajustados por discapacidad (*DALY*). El costo de prevenir las pérdidas en años de vida ajustados por discapacidad puede variar enormemente, dependiendo del costo y la eficacia de la intervención, el grupo de edad que la dolencia afecta y la severidad del daño. Por ejemplo, la inmunización contra el sarampión y la quimioterapia para TB puede costar tan poco como diez dólares *per DALY*, mientras algunas intervenciones de atención intensiva o terminal que prolonga la vida en el mejor de los casos unos pocos días cuestan un millón de dólares o más *per*

DALY.¹¹ Computar el costo *per DALY* de las intervenciones proporciona una medida objetiva de por qué tiene más sentido gastar los recursos escasos en suplementación de vitamina A que en cirugía de *bypass* coronario en el norte de Ghana; tratar las enfermedades de transmisión sexual en la China rural que pagar por terapia de cáncer de alta tecnología; o promover cambios en la dieta, el estilo de vida y el consumo de tabaco en Europa del Este antes que instalar más *scanners* TAC en los hospitales. Los decisores de política de salud que se preocupan sobre costo efectividad e impacto en la salud pública deben también considerar el número de personas que se beneficiarán de las intervenciones propuestas. Puede no tener sentido entrenar y equipar a profesionales de salud del gobierno para proporcionar servicios que, aunque altamente costo-efectivos, se orientan a condiciones relativamente raras. El impacto acumulativo sobre una sociedad es por consiguiente un elemento importante en el proceso de toma de decisiones destinado a la asignación final de recursos.

Reasignar fondos públicos a intervenciones con amplios beneficios y bajos costos *per DALY* fortalece la equidad así como la eficiencia ya que estas intervenciones son a menudo de beneficio particular para las personas pobres, mujeres y niños. Aunque el *mix* óptimo de intervenciones variará según las circunstancias de cada país, en muchos países en desarrollo es probable que incluyan: inmunización; servicios con base en las escuelas, tales como eliminación de parásitos y distribución de suplementos micronutrientes; información y servicios seleccionados para planificación familiar y nutrición; programas para reducir el consumo de tabaco y alcohol; regulación, información e inversiones públicas limitadas para mejorar el medio ambiente de los hogares (agua potable, sanidad, desagües, polución interna); prevención de SIDA, y un conjunto básico de servicios clínicos que al menos incluyan atención vinculada

10. En estas áreas y en otras, el Banco trabaja en conexión con, y depende de, investigadores, médicos y otros profesionales y tomadores de decisiones a través del mundo

11. Existen, por supuesto, muchos otros métodos para evaluar la carga de enfermedad y el costo-efectividad de las intervenciones.

al embarazo, terapia tuberculosa, detección y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, atención para las enfermedades graves de la infancia y algunos tratamientos para infecciones y lesiones menores. (World Bank, 1993; Bobadilla, 1997).

Redefiniendo el adecuado rol del Estado y el sector no gubernamental

El Banco está focalizando también en la asistencia a los países para redefinir el rol del Estado y de los sectores no gubernamentales en atención médica (World Bank, 1995). La nueva publicación *Sector Strategy for Health, Nutrition, and Population* (World Bank, 1997) defiende una mayor acción del gobierno para compensar los efectos de las fallas de mercado y facilitar asociaciones con proveedores de salud no gubernamentales en el interior de una trama de regulación que impida abusos y deterioro en calidad o seguridad. Cuatro documentos recientes del Banco avanzan en este análisis (Preker y Feachem, 1995; Musgrove, 1996; Van der Gaag, 1995; Schieber, 1997). Preker y Feachem describen la economía política de la transición que ha recorrido el sector salud en Europa Central y del Este desde el colapso del comunismo. Proporcionan importantes ejemplos del impacto negativo de los excesos en actividades del Estado y del sector privado en el sector salud, defendiendo un enfoque mixto y equilibrado. Musgrove establece las razones económicas y vinculadas a la pobreza para la intervención del Estado en atención médica y discute la extensión en la cual el Estado puede informar, regular, ordenar, financiar y proveer servicios de salud. Concluye que existen razones sustantivas para un rol significativo del Estado en salud, pero que muchos gobiernos financian y proveen demasiado, pero informan y regulan demasiado poco. Van der Gaag describe diez ejemplos de asociaciones entre el Estado y el sector privado en provi-

sión de atención médica en países en desarrollo que están siendo sostenidas por el Banco. También proporciona una breve revisión histórica de sus roles relativos en salud (y educación), observando que la equidad, calidad y eficiencia no son siempre mejores o peores cuando domina el sector gubernamental o el privado y proporciona cuatro principios que ayudan a obtener un *mix* óptimo. Schieber revisa las diferentes dimensiones de la movilización de recursos financieros adecuados para el sector salud.

Estos análisis y descripciones procuran ayudar a los tomadores de decisión y asesores en sus deliberaciones y decisiones en un área donde hay poco asesoramiento práctico publicado.

Factores del lado de la demanda

A nivel mundial, hay una pandemia global de reforma del sector salud actualmente en proceso. Los países están tratando de reestructurar y reformar sus sistemas de salud, algunos en el contexto de cambios más amplios tales como aquellos que se producen en economías en transición, crisis económicas o situaciones post-conflicto. Las iniciativas de reforma son una respuesta a una variedad de presiones políticas, tecnológicas, económicas, demográficas, epidemiológicas y sociales, cuya importancia (o presencia) varía según los países. A veces la advocacy del Banco, en colaboración estrecha con otras instituciones internacionales, actúa como un impulso adicional para tales reformas.

En los países anteriormente socialistas, la esperanza es que las fuerzas de mercado, la mayor diversidad en la oferta, la descentralización y mayor elección individual mejorarán la eficiencia, la sensibilidad ante las necesidades de atención médica y la satisfacción del paciente. La financiación de la atención se está haciendo más diversificada, requiriendo nuevas medidas reguladoras y de control de costos. En un número de países africanos

—especialmente Mozambique, Sudáfrica y Zambia—, los cambios políticos han catalizado la reestructuración del sistema de salud, entre otros. Argentina, Brasil, Colombia y Ecuador están intentando reestructurar y reformar sistemas de salud que fallan en mejorar la salud o satisfacer la demanda frente a expectativas crecientes, presión fiscal y sistemas de seguro de salud defectuosos. China con asistencia del Banco Mundial, está considerando opciones para una reforma de la financiación de la salud que haría más accesibles los servicios básicos para los pobres en zonas rurales y otras poblaciones carenciadas (Banco Mundial, 1996). Se ha observado en muchos países que un cambio exitoso que otorgue mayor confianza al sector privado para la atención médica requiere también un cambio y fortalecimiento en el rol del Estado en la toma de decisiones de política, la regulación y el control de calidad.

Aunque los problemas que las reformas abordan no son nuevos, las presiones para corregirlos se han intensificado en muchos países. Las presiones fiscales han congelado los presupuestos del salud mientras diferentes factores conspiran en incrementar la demanda de gasto en salud. Muchos países de ingreso medio que han tenido acceso asegurado a servicios de salud básicos enfrentan ahora elecciones más difíciles en la provisión de servicios de “nivel medio” que tienden a ser mucho más costosos y que absorben recursos de la atención básica. Nueva tecnología médica y crecientes expectativas ejercen poderosas presiones hacia arriba en el gasto. La insatisfacción con la calidad (y a veces la cantidad) de los servicios está ampliamente difundida y parece ser denunciada en forma creciente. Las poblaciones envejecidas y la transición epidemiológica esperada, también aumenta los costos de la atención médica. Especialmente en gran parte de Africa una persistente alta fertilidad y el crecimiento de la población requiere una expansión del gasto simple-

mente para mantener los niveles de servicio.

Finalmente, no todas las reformas de atención médica están basadas en un análisis puramente técnico. Muchas de las reformas de atención médica en Europa Central y del Este y en otros lugares del mundo son calurosamente debatidas y algunas es probable que mejoren los resultados o incluso la calidad de los servicios de salud.

Preparándose para los desafíos del siglo XXI

Varias iniciativas recientes subrayan la importancia y urgencia que el Banco ha otorgado al logro de nuevas y más efectivas formas de asistir a los países en desarrollo. Estas caen en cinco categorías:

- desarrollar un nuevo foco estratégico sobre prioridades claramente definidas en el sector salud que se apoya sobre la fuerza comparativa del Banco como una agencia multisectorial y global;
- trabajar más estrechamente con los clientes analizando problemas, definiendo soluciones e implementando cambios;
- incrementar la selectividad en la definición de la línea producto del Banco en intervenciones en el sector salud, para responder más adecuadamente a demandas actuales y necesidades futuras;
- adaptar la cultura de gestión, la base de conocimiento, las políticas de desarrollo del personal, los procesos de negocios y el desempeño de portafolio del Banco a las necesidades del sector salud; y
- proporcionar apoyo a otras organizaciones y liderazgo en la vanguardia de las principales iniciativas en el sector salud con el potencial para tener un impacto global significativo en los resultados de salud.

Se espera que estos esfuerzos permitirán al Banco ser más efectivo en la asistencia a los países en desarrollo para romper el círculo vicioso de mala salud, baja productividad y pobreza. n

Referencias bibliográficas

Bobadilla JL. 1997. *Searching for Essential Health Services in Low and Middle Income Countries: A Review of Recent Studies on Health Priorities*. World Bank Technical Paper, Washington: World Bank.

Jamison D, Mosley WH, Measham A, Bobadilla J. 1993. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. Nueva York: Oxford University Press.

Musgrove P. 1996. *Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns*. World Bank Technical Paper, Washington: World Bank.

Psacharopoulos G. 1995. *Building Human Capital for Better Lives. Directions in Development*. Washington: World Bank.

Schieber G. 1997. *Innovations in Health Care Financing*. Washington: World Bank.

Van der Gaag J. 1995. "Private and Public Initiatives, Working Together for Health and

Education". In: *Directions in Development*. Washington: World Bank.

Van der Gaag J, Barham T. 1998. "Health and health expenditures in adjusting and non-adjusting countries". *Social Science & Medicine* 46 8: 995-1009.

World Bank. 1993. *World Development Report 1993: Investing in Health*. Nueva York: World Bank.

World Bank. 1994. *The Organization, Delivery and Financing of Health Care in Brazil: an Agenda for the 1990s*. Washington: World Bank.

World Bank. 1995. "Investing in People. The World Bank in Action". In: *Directions in Development*. Washington: World Bank.

World Bank. 1996. *China: Issues and Options in Health Financing* (Report N° 12578-CHA) Washington: World Bank.

World Bank. 1997. *Health, Nutrition and Population Sector Strategy*. Washington: World Bank.

¿Conflicto de roles? El Banco Mundial y la salud del mundo

Kent Buse¹²
Gill Walt¹³

Indudablemente, la “institución preminente de desarrollo” del mundo ha emergido como la mayor agencia internacional de salud, eclipsando por lo tanto, en ciertos dominios, las posiciones de OMS y UNICEF (Buse, 1994). La mayoría de los observadores no pueden dejar de estar impresionados con la espectacular entrada del Banco Mundial en la escena internacional de salud: desde el exponencial incremento en volumen de crédito hasta su posición como nexo de gran parte del debate sobre política. Muchos darán la bienvenida a este desarrollo. Ha elevado el perfil de la salud en las agendas nacional e internacional de desarrollo, ha resultado en mayores flujos de recursos para el sector, y ha centrado la atención sobre cuestiones críticas tales como financiamiento, establecimiento de prioridades y reformas sistémicas, entre otras cosas.

Aunque la transformación del escenario de salud internacional y el rol del Banco por consiguiente, como se describió en *The role of the World Bank in international health: renewed commitment and partnership* (De Beyer et al, 1997) plantea un número de cuestiones estimulantes, esta respuesta se limitará a abordar los cinco desafíos que el Banco enfrenta. Esto se refiere a cómo el Banco, en tanto grande y compleja institución de crédito, gestionará las tensiones internacionales clave mientras actúa en salvaguarda de la salud del mundo.

Primer desafío: los economistas versus el resto

Una de las fortalezas aportadas al sector salud por el Banco ha sido su análisis económico. Tal vez de manera que no sorprende, las batallas en el interior del Banco entre los economistas y especialistas en salud pública y otras disciplinas hasta la fecha han sido ganadas por los primeros. Por consiguiente, la salud es considerada en el interior del Banco, no como un derecho o bien inherente o un producto humanitario, sino en cambio como un bien económico (De Beyer et al. 1997). Este punto de partida filosófico tiene implicaciones claras para la prescripción de política y en última instancia los resultados en salud. Sin embargo, esta posición política no es axiomática. La economía es útil en tanto, como otras disciplinas, puede exponer los juicios de valor en la toma de decisiones, sin embargo la economía no puede formular juicios de valor de algún modo más científicamente que las disciplinas complementarias. Consideraciones éticas, culturales y políticas tienen una demanda igualmente legítima en relación a la política de salud (Green, 1992). Sí el primer desafío que enfrenta el Banco es reconocer más explícitamente las limitaciones del análisis económico, e incorporar de manera más completa otros enfoques disciplinarios en su discurso de políticas de salud.

12. Unidad de Políticas de Salud. London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres.

13. Unidad de Políticas de Salud. London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres.

Las finanzas en salud: desembolsos versus pertenencia de actores y construcción de capacidad

No es un secreto que la cultura de gestión del Banco, las políticas de personal y los incentivos, y las prácticas de negocio tienen un lugar relevante sobre el desembolso de los préstamos y los resultados rápidos, orientados a procesos (Wapenhans, 1992). Donde la capacidad local para concebir, diseñar e implementar proyectos es débil, hay un poderoso incentivo para el personal del Banco a asumir responsabilidad para que las cosas se hagan y del modo más rápido posible. Tal presión puede operar contra la buena práctica en la base. Por ejemplo, en los sectores sociales con dificultades, y particularmente en el dominio de la reforma sistémica, el desarrollo de efectividad requiere un diálogo permanente e intenso sobre política, el completo compromiso de los actores nacionales e internacionales en la formulación de programas, y la fortaleza de las capacidades domésticas. Estos procesos demandarán más tiempo para la construcción de agenda y debate, tal vez inicialmente la aceptación de estándares menores, y un llamado al Banco para una presencia más sustantiva en el campo. Sin embargo, es claro que el personal no podrá sostener el ritmo con el creciente volumen de préstamos y que el *mix* de destrezas existente no satisface la demanda (*World Bank*, 1997).

Pensar la globalidad: ¿pensar localmente?

La agenda emergente del Banco tiene como núcleo el apoyo para la reforma del sistema de salud en sus países clientes, pero la tensión entre prescripciones globales y diagnósticos y soluciones locales sigue siendo un desafío. La incorporación acrítica de la recuperación de costos en los programas de préstamos, que siguió la publicación

de la *Agenda for Reform* (*World Bank*, 1987) es un caso de este tipo. Sin adecuada consideración por asegurar la retención de honorarios (para mejorar la calidad) localmente, a nivel de instalaciones, y desarrollar capacidad y sistemas adecuados para proteger al pobre, la utilización de los servicios por diferentes grupos de población y categorías de enfermedad fueron adversamente afectados, poniendo en riesgo la salud pública (Gilson et al., 1995). De modo similar el concepto de establecimiento de prioridades basado en el análisis de carga de enfermedad y costo-efectividad supone el riesgo de llegar a extremos absurdos como gastar millones de dólares en países como Bangladesh (y otros) para generar los datos requeridos, con una metodología que sigue siendo altamente problemática (Anand y Hanson, 1997). El desafío descansa en adaptar el trabajo conceptual a las especificidades de los actores, contextos y procesos locales.

Compromiso y ayuda selectiva

Un renovado compromiso con el sector, respaldado con un crédito incrementado y un rol ampliado de gestión de conocimiento, es anunciado por el Banco en su documento reciente sobre estrategia sectorial (*World Bank*, 1997). Sin embargo, esta estrategia obliga al Banco a practicar una mayor selectividad en el país. Consiguientemente, estos países que no satisfacen algún umbral mínimo de "compromiso" o no se embarcan sobre un paquete de reformas satisfactorio, pueden no tener acceso a los créditos del Banco para el desarrollo posterior del sector. La selectividad puede, en el corto plazo, operar a expensas de las necesidades de salud de los pobres.

Préstamos vs. aprendizaje

El Banco actúa como un pararrayos, atrayendo al mismo tiempo críticas leales y desleales. Sin embargo, pese a

su reputación de competencia analítica, puede suceder que no esté suficientemente abierto al debate, a los análisis autocríticos o a la revisión externa. Un resultado es que las afirmaciones del Banco en el sector han tendido a desenfatar la complejidad y la incertidumbre, y a presentar las prescripciones de política como una perspectiva recibida, con las consecuencias operacionales ya señaladas. El problema está conformado por presiones institucionales que militan contra el aprendizaje. Por ejemplo, el énfasis excesivo en la expansión de préstamos puede impedir la evaluación de proyectos. Una revisión reciente del Departamento de Evaluación de Operaciones del Banco (Stout et al., 1997) encontró que un tercio de los proyectos de salud habían sido calificados “insatisfactorios” en su carácter. Más condenatorio fue el hallazgo de que una “mayoría sustancial” de proyectos tenían problemas en común, sugiriendo que o bien los gerentes de tareas no aprendieron de experiencias pasadas o que las estructuras del interior del Banco impedían el cambio. El Banco ha realizado solo una revisión interna basada en análisis detallados de la experiencia a nivel de país. (World Bank, 1992).

Igualmente preocupante es la muy limitada extensión de la apertura del Banco al escrutinio exterior. En el sector salud, ha habido solo dos revisiones “externas” de sus operaciones “encargadas” por el Banco, aunque existe algún movimiento para remediar esta situación (Stout et al. 1998). Para su crédito, el Banco adoptó recientemente una política de “apertura” (World Bank, 1994). Sin embargo, la política es severamente restrictiva en términos de qué ingresa al dominio público, mientras se dedica considerable discreción con los funcionarios *senior* del Banco para compartir material. La política asegura efectivamente que solo aquellos en el círculo interno, de confianza, pueden evaluar el trabajo de la institución. ¿Cómo puede el Banco equilibrar la necesidad de conservar su “imagen profesional” y faci-

litar el aprendizaje en su complejo medio ambiente?

Conclusiones

Existen señales estimulantes de que el Banco reconoce estas tensiones y está actuando para corregir algunas de ellas (World Bank, 1997; Stout et al., 1998). Por ejemplo, la producción del *World Development Report* en 1993 (World Bank, 1993) fue realizada con más consulta e inclusión que las anteriores afirmaciones de política del Banco en el sector (World Bank, 1975, 1980, 1987, 1993). Está en marcha un esfuerzo para desarrollar indicadores y medir el impacto de las operaciones del Banco en salud (Stout et al., 1998). Sin embargo, si el involucramiento del Banco no representa nada más que el interés pasajero de los economistas, estimulado por la importancia fiscal del sector, tal vez nuestra preocupación debería ubicarse en relación al destino de otras agencias que corren el riesgo de desgaste frente a la popularidad que actualmente disfruta el Banco. El Banco tiene de algún modo que reconciliar su rol como un banco de desarrollo e institución de préstamo en el dominio del desarrollo de sistemas de salud. n

Referencias bibliográficas

- Anand S, Hanson K. 1997. “Disability-adjusted life years: a critical review”. *Journal of Health Economics* 16: 685-702.
- Buse K. 1994. “Spotlight on international organizations: The World Bank”. *Health Policy and Planning* 9 1: 95-99.
- De Beyer JA, Preker SA, Feachem RGA. 2000. “The role of the World Bank in international health: renewed commitment and partnership”. *Social Science & Medicine* 50 2: 169-176.
- Gilson L, Russell S, Buse K. 1995. “The political economy of user fees with targetins. Developing equitable health financing policy”. *Journal of International Development* 7 3: 369-401.
- Green A. 1992. *An Introduction to Health Planning in Developing Countries*. Oxford: Oxford University Press.
- Stout S, Evans A, Nassim J, Raney L. 1998.

Evaluating health projects: lessons from the literature. Discussion Paper. Washington: World Bank.

Wapenhans A. 1992. *Effective Implementation: Key to Development Impact.* Task Force Report. Washington: World Bank.

World Bank 1975. *Health Sector Policy Paper.* Washington: World Bank.

World Bank 1980. *Health Sector Policy Paper.* Washington: World Bank.

World Bank. 1987. *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform.* Washington: World Bank.

World Bank. 1992. *Population and the World Bank: Implications from Eight Case Studies.* Operations Evaluation Department. Washington: World Bank.

World Bank. 1993. *World Development Report 1993: Investing in Health.* Washington: World Bank.

World Bank 1994. *Statement of Disclosure Policy as set aout on 4 April, 1994.* Washington: World Bank.

World Bank 1997. *Health, Nutrition and Population Sector Strategy.* Washington: World Bank.

¿Puede el Banco Mundial ser un efectivo líder en salud internacional?

Enrico Pavignani¹⁴

Concentrando en una sola institución de recursos financieros impresionantes, destacada capacidad analítica y recursos políticos densos, el Banco Mundial es el principal jugador en un mundo complejo. Una cuestión clave es si el Banco puede continuar siendo un líder efectivo sin cambios profundos en el modo en que lleva adelante sus operaciones y en su cultura institucional. Se ha argumentado que antes de apoyar a los países receptores para la reforma, el Banco debe reformarse a sí mismo. De manera reconocida, el enfoque del Banco ha evolucionado sustancialmente en los años recientes, junto con una comprensión mejorada de las cuestiones de salud y evidencia acumulada a partir de fracasos anteriores. Las siguientes observaciones son tomadas de la experiencia de Mozambique, donde el Banco ha tenido un compromiso sustancial desde los 80 y está apoyando positivamente la recuperación del sector salud. Pese a progresos y logros significativos, la experiencia sugiere que si el Banco va a alcanzar su enorme potencial, es necesario más reforma. Esto demanda aprendizaje y procedimientos flexibles, gestión descentralizada, y más apertura hacia el mundo más amplio, como se sugiere abajo.

Procedimientos

engorrosos

El acuerdo desde Washington es frecuentemente necesario, incluso para operaciones pequeñas. Para grandes inversiones, es necesario un complejo

trabajo administrativo. Desafortunadamente, estas mismas exigencias se sostienen también para gastos recurrentes, que están generalmente dispersos como subsidios pequeños y frecuentes. Su gerenciamiento es trabajo intensivo y perturbadoramente lento. No es sorprendente entonces que los fondos asignados puedan solo ser gastados después de demoras significativas, o no puedan ser gastados de ningún modo. Como resultado, el receptor tiene a veces que cambiar hacia donantes más flexibles, cuyos fondos son administrados en el interior del país por una oficina autónoma. El monto absoluto de los recursos alternativos puede considerarse desdeñable cuando se lo compara con la asignación del Banco; pero para el gerente nacional, a menudo enfrentando gastos no previstos, estos fondos flexibles son más accesibles y por consiguiente más deseables. El Banco puede finalmente terminar siendo el “financiador de última instancia” pero por razones incorrectas. Además algún financiamiento de gasto recurrente es presentado como inversión, para enfatizar el enfoque orientado a resultados. Cuando se introduce en un presupuesto público de estructura lineal, esto distorsiona o duplica los procedimientos contables.

Gestión centralizada

En Mozambique, la relación de trabajo con los funcionarios del Banco ha sido ambivalente. El equipo visitante se mostró muy preocupado por conocer

14. Swiss Development Corporation, Mozambique.

las necesidades del país y abierto a apoyarlas. Desafortunadamente, las decisiones principales fueron tomadas en Washington, por la Gerencia distante y a veces arcana del Banco, a veces contra la opinión del equipo visitante. Por consiguiente, algunas propuestas documentadas y justificadas han sido dejadas de lado bajo consideraciones de política abstractas, fácilmente dispensables se consideraban las realidades locales. De manera significativa y tal vez simbólica, fue el equipo del Gobierno de Mozambique el que hizo el viaje a Washington con el fin de concluir las negociaciones para el actual préstamo. Tal vez el Banco es consciente de que el término “cliente” significa originariamente “dependiente”; ahora, sin embargo, en la edad de las cuestiones del consumidor, debería considerar más activamente a sus “clientes” y sus preocupaciones.

Apoyo técnico

La pericia acumulada por el Banco es impresionante. Sin embargo, no está claro si los países receptores pueden beneficiarse de esta capacidad superior. En el complejo contexto de Mozambique, los extraños, aún estando calificados, necesitan un tiempo prolongado de integración antes de poder proporcionar contribuciones sustanciales. Consiguientemente los diferentes consultores de corto plazo altamente calificados, designados por el Banco para apoyar al Ministerio de Salud en el desarrollo del nuevo programa han tenido un impacto desdeñable en el resultado del trabajo. De hecho, la mayor parte del programa del Banco para apoyar la recuperación de Mozambique fue desarrollado por expertos locales. Esto es positivo, en la medida en que sugiere que el Banco está en condiciones de identificar y aprovechar la capacidad local; también fortalece la propiedad nacional del programa. Sin embargo, desmiente la afirmación de que los países receptores pueden apoyarse en la pericia del Banco para cubrir brechas locales.

Coordinación del donante

Tal vez, los patrones de ayuda en Mozambique son inusuales. El Banco no tuvo más peso que otras agencias importantes en capacidad financiera, ni es el jugador más activo en la arena política. Esto es reconocido pacíficamente por el personal del Banco que apoya los esfuerzos para coordinar y hacer el mejor uso de la ayuda disponible. La integración de los aportes del Banco en el interior de una estrategia general de ayuda es, sin embargo, incompleta. Se intentó que el Programa de Recuperación fuera integral, considerado en ausencia de otros donantes, que se esperaba se sumarían, uniéndose a la trama del Banco. Incluso en el interior del Ministerio de Salud, la mayoría de los funcionarios perciben ese Programa como una criatura del Banco, antes que como una herramienta de gestión del Ministerio.

Relación ambigua con el cliente

La mayoría de los problemas surgen de la difundida percepción de que el Banco es una agencia de desarrollo, de la cual por consiguiente se espera que implemente actividades o al menos comparta parte de la carga de gestión con el gobierno cliente. El Banco es muy firme en el rechazo de este rol, aunque es hábil en influenciar decisiones de política. Este interés en el proceso de política no está adecuadamente respaldado por un riesgo compartido genuino. Así el costo de, y la culpa por, las políticas erróneas y la implementación débil son por lo general derivados al cliente.

Las grandes organizaciones tienden a ser más sensibles a lo que pasa en su interior que fuera de ellas. La bibliografía producida por el Banco Mundial es un ejemplo de esta cultura de mirar hacia adentro. Debe enfatizarse, sin embargo, que un líder efectivo debe ser sensible a las necesidades, sentimientos y expectativas de aquellos

que conduce. Así, el Banco necesita prestar más atención a las críticas y estar abierto a la contribución externa. Generalmente, la mirada de los documentos del Banco es afirmativa, definitiva. Tienden a cerrar la discusión, más que a estimularla. Para ser efectivos, todos los jugadores, incluso el Banco, necesitan estar abiertos a reconsiderar sus enfoques y políticas, cuando emerge la evidencia de su inadecuación o limitaciones. Además el Banco necesita ser más franco en el reconocimiento de sus previos errores, compartir las responsabilidades y los costos producidos por los fracasos demostrados con los países receptores.

El campo de la salud internacional es problemático. Las estrategias para me-

jorarlo deben incorporar completamente esta dimensión, estimulando los desarrollos imaginativos, cultivando la curiosidad y permaneciendo lo suficientemente flexible para adaptarse a las condiciones y demandas del campo. •

Lecturas adicionales

The Economist, 1 March, 1997.

Hay R, Walker B. 1996. "Case study: Mozambique Health Sector Recovery Programme". In: *Sector investment Programmes in Africa: an Evaluation*.

Hanton J. 1996. *Peace Without Profit*. IMS. IAI: Heineman James Currey.

World Bank. 1995. *Staff Appraisal Report*. Mozambique: Health Sector Recovery Programme.

El rol del Banco Mundial en salud internacional: Compromiso y asociación renovados

Rama Baru¹⁵
Amar Jessani¹⁶

El artículo de Beyer et al. examina el rol del Banco Mundial en el financiamiento y reforma del sector salud en países de ingreso medio y bajo. Durante los 90 el Banco ha emergido como el mayor financiador individual de programas de salud en los países en desarrollo, que son parte del programa de ajuste estructural (PAE). El rol prominente del Banco en programas de salud durante los 90 es parcialmente un resultado del impacto negativo que los PAE tuvieron en los resultados de salud entre sectores vulnerables en los primeros países que sufrieron el ajuste. Esta tendencia fue fuertemente criticada por varias agencias internacionales como UNICEF, OMS y NORAD. Las experiencias de los primeros países afectados por el ajuste demuestran ampliamente el impacto negativo del ajuste sobre los resultados en salud. Esto llevó a UNICEF a enfatizar la necesidad de inversiones en sectores sociales y demandar un ajuste estructural con rostro humano (Cornia et al. 1988). Estos desarrollos llevaron al Banco a cambiar desde una privatización generalizada a una “intervención selectiva del Estado” en atención médica, tal como aparece articulada en el *World Development Report* de 1993.

Los préstamos al sector salud durante los 90 han estado vinculados a reformas, tanto financieras como estructurales. El paquete de políticas para reformas de políticas de salud es aplicable a un número de países en desarrollo con diferentes historias y niveles de desarrollo. Estas prescripciones generales sobre políticas no están

basadas en la historia, experiencias y problemas específicos de un país particular. Esto por consiguiente plantea importantes interrogantes en relación a la factibilidad de estas recomendaciones para países con experiencias diferentes. Dado que estos préstamos están vinculados a políticas de ajuste macro-económico, la mayoría de los países no están en condiciones de negociar las condicionalidades implicadas como asociados en igualdad de condiciones con el Banco.

En el contexto de India, es evidente que la política del Banco ha distorsionado las prioridades en lo que concierne a los programas de enfermedades transmisibles. Se ha otorgado excesiva importancia al Sida y nuevamente se ha defendido un enfoque vertical, fracasado en el pasado. Durante los primeros 80 el Banco asignó más recursos para Sida y tuberculosis que para malaria u otras enfermedades. El préstamo para tuberculosis también implicó un cambio político desde un Programa Nacional de Tuberculosis Integrado hacia un Programa Nacional de Tuberculosis Revisado que se apoya sobre costosos medicamentos de segunda línea para el tratamiento de la tuberculosis (Banerji, 1995).

Tanto el *World Development Report* de 1993 como en este *paper*, la escisión entre servicios preventivos y curativos es también evidente. El énfasis se coloca sobre intervenciones selectivas a las que se considera costo-efectivas. Metodologías como *DALY* son luego utilizadas para justificar las intervenciones selectivas en nutrición y

15. Centro de Medicina Social y Salud Comunitaria. Universidad Jawaharlal Nehru, Nueva Delhi.

16. Centro para la Investigación en Salud y Temas Afines, Bombay.

programas de control de enfermedades. Recientemente se ha producido algún debate sobre las limitaciones de *DALY* y los supuestos sobre los cuales se basa (Barker y Green, 1996). La naturaleza de las intervenciones que se sugieren para el control de enfermedades se vincula a programas verticales que fragmentan cualquier esfuerzo de planificación unificada a nivel de la comunidad. El enfoque del Banco es tener servicios preventivos sostenidos por el Estado a nivel primario y servicios curativos a niveles secundario y terciario que son dejados al sector privado. Este tipo de enfoque va contra los principios de la atención médica primaria que enfatiza la importancia de un enfoque integrado para los servicios de salud y reconoce el vínculo entre el desarrollo socioeconómico y los resultados en salud. Este enfoque, que fue adoptado en Alma Ata hace escasamente dos décadas, es todavía una estrategia extremadamente relevante y costo efectiva para los países en desarrollo. El Banco, por otro lado, coloca una gran dosis de confianza en los servicios de salud para mejorar la situación de salud.

El foco de este *paper* es sobre el *mix* público-privado en atención médica y las intervenciones específicas que proporcionarán mejor valor a cambio del dinero invertido. Los autores revisan las experiencias de algunos países de África y de Europa del Este donde el Banco ha orientado reformas en el sector salud. Algunos estudios recientes sugieren que las reformas en muchos de estos países han estado lejos de ser exitosas y que cuestiones como equidad, calidad y eficiencia no necesariamente mejoran cuando los servicios de salud son tomados a cargo por el sector privado. Este *paper* solo considera los servicios de salud y no comenta otros aspectos como salarios y precios de los alimentos en aumento que tienen un impacto negativo sobre la situación de salud, especialmente de los pobres.

Incluso en el interior del discurso sobre servicios de salud, el concepto

de acceso universal no es importante. El foco se coloca mucho más sobre cuál es la combinación óptima de servicios públicos y privados. En el contexto de India una gran proporción de la población es dependiente de los servicios públicos. Aunque es verdad que los médicos privados son utilizados para una variedad de objetivos menores, esto se debe, en importante medida, a la falta de adecuada expansión del sector público. Una encuesta nacional reveló que en una mayoría de los Estados los hospitales públicos están siendo utilizados para cualquier condición que requiera hospitalización. Esto es parcialmente debido a la desigual penetración regional de los servicios privados. Estos se encuentran restringidos a las áreas urbanas y los Estados más ricos, por consiguiente el sector público se convierte en un importante proveedor de servicios en el resto del país (Baru, 1994). La necesidad de inversiones en el sector público se torna crucial para asegurar acceso universal, dado que el sector privado no estará en condiciones de asumir ese rol. La necesidad de reforma del sector público y regulación del privado es importante y necesita ser abordada. Sin embargo, estas reformas tienen que ser orientadas en el interior del contexto del país específico. En la India ha habido considerable debate sobre la regulación del sector privado, y las constricciones sociopolíticas vinculadas a la falta de acción son bien conocidas.

La regulación del sector privado tiene que tener en cuenta la heterogeneidad, desigual penetración y calidad de los servicios. La mera regulación no resuelve automáticamente el problema del acceso desigual. La experiencia americana ha mostrado claramente que un sector privado altamente regulado no asegura el acceso igualitario. A lo largo del tiempo se ha marginalizado a los ancianos, los pobres y la minorías de la disponibilidad de atención médica cuando lo necesitan en mayor medida. Cuando las fallas de mercado en servicios de salud

están siendo tan activamente discutidas en Occidente y hay un fuerte impulso hacia una mayor intervención del Estado ¿por qué los países en desarrollo deberían recortar los servicios públicos?

Esto nos lleva a una importante cuestión ética relacionada con la responsabilidad y *accountability* que las instituciones de crédito deben tener cuando están en posición de orientar cambios de política. El rol del Banco está limitado a otorgar préstamos con asesoramiento sobre política sin ninguna responsabilidad por sus resultados. Las experiencias de diferentes países son luego utilizadas para modificar o abandonar ciertas direcciones de política en diferentes sectores. Fue la experiencia negativa de la privatización en los primeros países sometidos a ajuste la que condujo a un cambio en la posición del Banco sobre el rol del Estado en los sectores sociales. Estos “experimentos” no tienen costo para el Banco, pero son los países donde se iniciaron las reformas lo que pagaron un precio. Durante los 80 el Banco defendió enérgicamente la introducción de pagos por el usuario en el África Subsahariana como un medio de recuperación de costos. Después de unos pocos años los estudios mostraron que esto no recuperó costos en la medida en que el Banco suponía (Creese, 1990). Subsiguientemente, el Banco abandonó su defensa de los cobros al usuario.

Hubiera sido útil si algunos de los datos provenientes de estudios sobre reforma del sector salud se presentaran en este paper. Esto es importante para evaluar el impacto que las refor-

mas pueden tener en otros países. El “enfoque experimental” que adopta el Banco es muy claro y los países en desarrollo son esencialmente los laboratorios donde las nuevas estrategias pueden ser probadas, dado que el costo de los fracasos será soportado por los respectivos países. El Banco ha expandido sus operaciones en el sector salud, con las agencias bilaterales y de la ONU comprando sus programas. Como se sugiere en el *paper*, el Banco está en camino a jugar un rol más activo en la definición de la agenda para la reforma del sector salud en los países en desarrollo. Existe claramente una necesidad de cuestionar muchos de los supuestos y directivas de estas reformas, como se ha sido sugerido por el Banco en países que son parte de este proceso. •

Referencias bibliográficas

- Banerji D. 1995. *Review of the Revised National Tuberculosis Programme*. Nueva Dehli: Voluntary Health Association of India.
- Barker C, Green A. 1996. “Debating DALY’s”. *Health Policy and Planning* 11 2: 179-183.
- Baru R. 1994. “Structure and utilisation of health services: An interstate analysis”. *Social Scientist*, Nros. 256-259. Nueva Delhi. Para una crítica del WDR 1993 ver una colección de *papers* en el *Social Scientist*, 1994.
- Cornia et al. (eds.) 1988. *Adjustment with a Human Face*. Oxford: Clarendon Press.
- Creese A. 1990. “User charges for health care. A review of recent experiences”. World Health Organization, SHS paper n° 1. Ginebra: WHO.