

PÁGINAS DE SALUD PÚBLICA



Abassi K. **The World Bank and world health.** *BMJ* 1999;318:865-869, 933-936, 1003-1006, 1066-1069, 1132-1135, 1206-1208.

Los bancos de desarrollo han sido protagonistas no sólo de incontables proyectos, también de enconadas controversias. Bob Geldof se refiere a ellos como “burocracias que han pervertido nuestro sentido de la generosidad”. “Maestros de la ilusión” los llama Catherine Caulfield. En *Lords of Poverty*, Graham Hancock afirma:

A pesar de las modas, los caprichos, las ‘nuevas técnicas’, las ‘nuevas direcciones’ y los ‘replanteamientos de políticas’ que no parecen tener fin y que han caracterizado al negocio del desarrollo en la última mitad del siglo, y a pesar del gasto de

cientos de miles de millones de dólares, hay pocas evidencias que demuestren que los pobres del Tercer Mundo de hecho se han beneficiado [con el trabajo de estas instituciones].

El comportamiento de sus funcionarios contribuyó también a difundir una imagen suya no precisamente atractiva. Callisto Modavo, vicepresidente del Banco Mundial (BM) en África, en alguna ocasión señaló:

Siempre hemos sido una institución muy arrogante. Pensábamos que todo lo sabíamos. Ibamos a los países con soluciones formuladas de antemano y era cuestión simplemente de ponerlas sobre la mesa y convencer a la gente de comprarlas. En aquellos tiempos no había la menor intención de formar verdaderas sociedades con los países prestatarios.

¿Qué tan válidas siguen siendo estas visiones? ¿qué tanto pueden sostenerse ahora que el BM se presenta a sí mismo como un *knowledge bank*, mucho más interesado que antes en el sector social? ¿qué tanto pueden ayudarle al sector salud de los países en desarrollo a establecer una sana relación con éstas que pa-

recen fuentes inevitables de financiamiento?

La pertinencia de estas preguntas no puede subestimarse. El BM tiene proyectos activos de salud en alrededor de 80 países y de 1990 a la fecha ha prestado 9 mil millones de dólares para proyectos de nutrición, salud y población. En América Latina y el Caribe, el Banco Interamericano de Desarrollo tiene préstamos etiquetados para la reforma de los sistemas de salud en todos los países de la región.

Esto ha convertido a los bancos de desarrollo en los principales actores de la salud internacional.¹ De hecho, el informe del BM de 1993, *Invirtiendo en Salud*, ha sido considerado por muchos como la prueba más contundente de la usurpación del liderazgo de la Organización Mundial de la Salud en lo que se refiere al desarrollo de las políticas de salud globales.

Estas preguntas, estos datos y estas opiniones fueron los que impulsaron al cuerpo editorial del *British Medical Journal* a dedicar seis artículos de su influyente revista a analizar la reciente participación del BM en el campo de la salud. El resultado es, en términos generales, educativo y cauto.

El BM fue uno de los productos de la Conferencia de Bretton

Woods de julio de 1944 y está constituido por cinco instituciones, a saber: el Banco Internacional para la Reconstrucción y el Desarrollo (IBRD, por sus siglas en inglés) –que es la organización que propiamente se conoce como BM–, el Centro para el Arreglo de Disputas Internacionales, la Agencia de Inversiones Multilaterales, la Corporación Financiera Internacional y la Asociación para el Desarrollo Internacional.

En 1998 contaba con 181 miembros, cada uno con un representante en su órgano máximo de gobierno, el Consejo de Gobernadores. La toma de decisiones de políticas, sin embargo, corresponde al Consejo de Directores Ejecutivos, que incluye a representantes de los mayores accionistas del Banco –Alemania, Estados Unidos, Francia, Japón y el Reino Unido– y a 19 representantes del resto de los países. El poder de voto de cada país es proporcional al tamaño de su economía. Así, Estados Unidos de América cuenta con 17% de los votos y el Grupo de los Siete con 45%.

Sus objetivos explícitos son “reducir la pobreza y mejorar los niveles de vida mediante la promoción del desarrollo sustentable y la inversión en capital humano,” y “ofrecer préstamos, asistencia técnica y guías de política para los países miembros en vías de desarrollo”.

Sus principales instrumentos son los préstamos de largo plazo –que se ofrecen a los países de ingresos medios y bajos a tasas de interés comerciales– y los créditos de asistencia para el desarrollo –que son libres de intereses y que sólo pueden solicitar los países más pobres, es decir, los países con ingresos *per capita* anuales menores de 1 500 dólares.

Gracias a su enorme poder económico –alrededor de 100 mil millones de dólares al año– esta institución ha tenido una gran influencia no sólo en el diseño e

implantación de las políticas económicas en el mundo en desarrollo, sino ahora también en el diseño e implantación de las políticas sociales. Y esto tiene por lo menos una explicación.

Las políticas de estabilización y ajuste de los años ochenta y noventa, diseñadas y promovidas por el BM, se asociaron a un incremento inquietante de la pobreza y la inequidad. De acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), estas políticas generaron una reducción del ingreso en África de entre 10 y 25% entre 1980 y 1992.² En América Latina, de acuerdo con la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), entre 1980 y 1990, el número de pobres en la región se incrementó de 135 millones a 195 millones, mientras que la incidencia de la pobreza aumentó de 41 a 46%.³ Todo esto obligó al propio BM a promover, en la década de los noventa, programas para el alivio de la pobreza e inversiones de largo plazo en capital humano, en particular en educación y servicios de salud. De hecho, James D. Wolfenson, el presidente del BM desde 1995, ha asegurado que tiene la intención de dedicar 45% de los préstamos de la institución a programas de nutrición, salud y población.

Pero hay dos razones más que el BM esgrime para explicar su reciente interés por la salud: la creciente participación de los gastos en salud en el producto interno bruto de prácticamente todos los países del mundo y su convencimiento de que la formación de capital humano es un prerrequisito para el crecimiento económico sostenido y el desarrollo social.

Ahora bien, ¿cuáles son los problemas que el BM ha identificado como centrales de los sistemas de salud en el mundo y cuáles los principales puntos de su llamada “propuesta sectorial” (*sector wide approach*)?

El *Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1993* reconoce que los principales problemas de los sistemas de salud son cuatro:

- la concentración de recursos en intervenciones poco costo-efectivas;
- el uso ineficiente de estos recursos, que se expresa en el gasto excesivo en medicamentos de marca, el uso inapropiado del personal de salud y la subutilización de camas, por ejemplo;
- la inequidad en el acceso a los servicios básicos de salud, y
- la explosión de costos.

Dentro de las propuestas básicas del BM para enfrentar estos problemas se incluyen:

- la concentración de recursos en intervenciones costo-efectivas;
- la redistribución de recursos del sector terciario hacia el primer nivel y de la atención curativa hacia la salud pública y la atención preventiva;
- la focalización de los programas de extensión de cobertura y el uso de paquetes de servicios básicos como instrumento esencial de estos programas;
- la educación de las madres y el fortalecimiento de su posición como agentes centrales en la atención a la salud de las familias, y
- la promoción de la diversidad y la competencia en la prestación de servicios de salud.

Como era de esperarse, en el discurso y en las propuestas del BM hay un claro predominio de las posturas utilitaristas. Sin embargo, este énfasis en el uso eficiente de recursos no necesariamente supone el olvido de las necesidades básicas de las poblaciones desprotegidas. Hoy en día, el uso de la relación cos-

to-efectividad como criterio central en el racionamiento de las intervenciones de salud favorece en primera instancia a las poblaciones más pobres en los países en desarrollo, ya que es en estas poblaciones en las que mayores beneficios pueden generarse por unidad de recurso invertido.

Por otro lado, es cierto que los programas de ampliación de cobertura que utilizan como herramienta a los paquetes de servicios básicos pueden resultar insuficientes. Sin embargo, la principal virtud de esta propuesta es que supone la definición de un piso básico en el campo de la salud que no excluye la posibilidad de extender considerablemente los beneficios esenciales, dependiendo de la disponibilidad de recursos y de la fortaleza política de los grupos que representan a los sectores más pobres de la población.

No cabe duda, sin embargo, que las mayores controversias se han generado alrededor del papel que el BM le atribuye a las aseguradoras y a los proveedores privados de servicios de salud en los procesos de reforma. En América Latina, por ejemplo, los préstamos del BM para el sector salud han estado en buena medida dirigidos a promover el financiamiento y la prestación privados de los servicios de salud. Las reformas en Chile, Colombia y México, por ejemplo, ven en la atención gerenciada una salida para los problemas de calidad y eficiencia de las instituciones públicas, y en el largo plazo limitan la participación del Estado en el sector al desempeño de actividades regulatorias.

No obstante, como siempre sucede, las grandes propuestas externas—cuya implantación en ocasiones es condición de los préstamos de los bancos de desarrollo—, al pasar por

el rasero de las condiciones concretas de cada país, asumen características que las alejan —en ocasiones para bien— de sus versiones originales. Así, la reforma mexicana, influida por las propuestas del BM, comprende hoy un limitado pero interesante programa de ampliación de cobertura, un proceso de descentralización del ministerio de salud y del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con un enorme potencial, y un esfuerzo muy serio por establecer reglas claras para las actividades financieras y de prestación de servicios en el sector privado, que hoy concentra casi 50% del gasto en salud. La propuesta de promover la llamada reversión de cuotas, que le permitiría a ciertas empresas solicitar al IMSS la devolución de un cierto porcentaje de sus contribuciones para con esos recursos adquirir servicios de salud para sus trabajadores en el mercado privado, está prácticamente detenida y su futura implantación dependerá de un necesario debate público sobre su posible impacto y, sobre todo, de la correlación de fuerzas que se establezca entre los principales actores del sector al inicio de la próxima administración.

Sin la menor intención de menospreciar el poder económico de los bancos de desarrollo y la influencia que este poder genera, y sin pretender hacer a un lado sus preferencias ideológicas, podemos concluir señalando que:

- como bien lo señalan los artículos de Abassi, estas instituciones no son monolíticas y en su interior se desarrollan debates muy intensos;
- estos debates han generado propuestas que bajo condiciones favorables pueden imple-

mentarse para bien de la salud de las mayorías en los países en vías de desarrollo;

- la vigilancia externa —a través de movimientos como “*Women’s Eyes on the World Bank*”— puede favorecer una deseable rendición de cuentas en las instituciones multilaterales de desarrollo, y
- lejos de constituirse en procesos racionales controlados desde el exterior, las reformas de los sistemas de salud en los países pobres pueden atender necesidades locales sentidas y tomar rumbos que nos conduzcan a mejores escenarios de salud.

En todo caso, apelando a la razón práctica, podemos afirmar que dada la creciente importancia financiera y técnica de estos actores en el campo de la salud internacional, sería aconsejable que los países en desarrollo siguieran de cerca y evaluaran el desempeño de estos bancos para así poder establecer con estas instituciones una relación racional, razonable y equilibrada. El papel que juegan en este último sentido las publicaciones como las que aquí se reseñan es fundamental.

Octavio Gómez Dantés

Referencias

1. Stott R. The World Bank: Friend or foe to the poor? *BMJ* 1999;318:822-823.
2. Abbasi K. The World Bank and world health. Under fire. *BMJ* 1999;318:1003-1006.
3. Comisión Económica para América Latina. Panorama social de América Latina: 1993. Santiago de Chile: CEPAL, 1993.