

El Estudio de Estrategia Sectorial del Banco Mundial complementa a la Estrategia de Asistencia a los Países, proveyendo una perspectiva sectorial de la ventaja comparativa, su efectividad y prioridades.

El Estudio ofrece una declaración sobre su opinión actual sobre la estrategia en un sector que: (a) refleja las lecciones aprendidas sobre experiencias pasadas del Banco en un sector en particular basado en OED y otras evaluaciones; (b) determina las prioridades de estudio de la Red, de personal y de políticas de trabajo; y (c) contribuye a la Estrategia de Asistencia a los Países, identificando países donde surgen algunos grandes problemas sectoriales. Está dirigido a contribuir a un continuo diálogo entre las partes interesadas en promover el desarrollo en el sector.

El Estudio de Estrategia Sectorial en esta serie será producido por la Red de Desarrollo Humano del Banco, las Redes de Reducción de la Pobreza y Administración Económica, la Red de Medio Ambiente y Desarrollo Social Sostenido y, la Red de Finanzas, Sector Privado e Infraestructura. Se espera que la información que se brinda en éste y subsecuentes volúmenes de la serie será de valor, no sólo para el personal del Banco, sino para la comunidad de desarrollo internacional y lectores de sus países clientes. Estos son considerados como una reflexión al pensamiento actual en el sector y como una contribución a un diálogo dinámico entre los que lo practican. Se espera que éste promueva discusiones constructivas dirigidas al mejoramiento de la estrategia en el futuro

Catálogo de la Biblioteca del Congreso -en- Publicación de Datos

# INDICE

	Prefacio	v
	Reconocimiento	vii
	Resumen	ix
	Siglas e Iniciales	xiii
<b>CAPITULO I.</b>	<b>Desafíos del Desarrollo y Directivas de Políticas: Un Mundo Cambiante</b>	<b>1</b>
	Impresionantes Resultados en Logros Recientes	1
	Desafíos de Desarrollo	2
	Principales Directivas de Políticas	5
<b>CAPITULO II.</b>	<b>El Papel del Banco. Compromiso Creciente y Aprendizaje</b>	<b>11</b>
	Fundamentos para la Participación del Banco	11
	La Participación del Banco en SNP	11
	Aprendiendo de la Experiencia	18
<b>CAPITULO III.</b>	<b>Hacia el Siglo 21: Compromiso Renovado y Enfoque</b>	<b>20</b>
	Acentuando las Direcciones Estratégicas	20
	Lograr Mayor Impacto	22
	Facultar al Personal	25
	Fortaleciendo la Asociación	25
	De la Visión a la Acción	26

**PARA LOS ANEXOS, VER VERSIÓN EN INGLES**

## PREFACIO

El mandato del Banco Mundial es apoyar a los gobiernos a lograr un progreso sostenible para reducir la pobreza, promover el crecimiento y mejorar la calidad de vida de sus pobladores en países de mediano y bajo ingreso. Las estrategias actuales para asistir a los pobres descansan en tres pilares de políticas de desarrollo de apoyo mutuo.

- expansión de oportunidades a través de una amplia base de crecimiento económico sostenible, especialmente para elevar la productividad y el empleo de los pobres;
- acceso de los pobres a servicios que mejoren la educación, la salud y la nutrición, y que reduzca la fertilidad;
- programas de una red de seguridad social para proteger especialmente a grupos vulnerables.

La buena salud, nutrición y políticas reproductivas y servicios efectivos de salud son importantes eslabones en la cadena de eventos que permite a los países salir del círculo vicioso de la pobreza, alta fertilidad, salud deficiente y bajo crecimiento económico, reemplazándolos con un verdadero círculo de mayor productividad, baja fertilidad, mejor salud y elevación de ingresos

Este Estudio de Estrategia Sectorial presenta la estrategia del Banco Mundial en el área de la salud, nutrición y población (SNP). Los objetivos del mismo son:

- revisar las principales tendencias del sector SNP, desafíos clave del desarrollo, y un consenso emergente en reformas estratégicas;
- analizar la participación pasada y presente del Banco en el sector SNP en países de mediano y bajo ingreso; y
- definir una estrategia clara para guiar el futuro trabajo del Banco en el sector SNP.

Muchos aspectos de la política de desarrollo que no está directamente relacionada con el sector de la salud o con servicios de salud, afectan los resultados en salud, nutrición y población. Por ejemplo, la educación, agua, sanidad, políticas de transporte y control de armas de fuego afectan la salud; las políticas de

alimentos y agricultura afectan la nutrición; y múltiples dimensiones sociales y económicas afectan el crecimiento de la población. Se presentarán en futuros estudios las estrategias del Banco dirigidas a los resultados de las determinantes intersectoriales de salud, nutrición y población

Al desarrollar la estrategia del Banco para el sector SNP influyeron los siguientes principios:

- un enfoque de desarrollo en la dimensión humana;
- respuesta a los clientes, especialmente a los pobres;
- profundo análisis técnico y atención a los resultados;
- reconocimiento de las dimensiones políticas de las reformas;
- respeto por la diversidad de valores y preferencias sociales; y
- la necesidad de asociaciones y participación local

El Estudio de Estrategia Sectorial de SNP es el primer producto principal de la Familia SNP, el cual es parte de la Red de Desarrollo Humano del Banco, bajo la guía general de la Junta del Sector SNP (ver Anexo D, Figura D.2). Sus recomendaciones están íntimamente ligadas a otras actividades del Banco dirigidas a mejorar la efectividad operacional y contribuir a cada una de las cinco áreas de responsabilidad de la Junta del Sector SNP: estrategia, conocimiento, desarrollo del personal, control de calidad, y asociaciones externas.

Se ha llevado a cabo un proceso profundo de consulta para producir este documento, incluyendo personal interesado en las Regiones y la Familia SNP, y asociados externos. La estrategia fue aprobada por la administración superior y apoyada por la Junta.

El Estudio de Estrategia Sectorial no es una declaración final del trabajo del Banco en el sector SNP. Esta estrategia será revisada y continuará evolucionando a través del tiempo.

David De Ferranti, Director y Ejecutivo de la Red DH  
Richard G.A. Feachem, Director SNP

## RECONOCIMIENTO

Este estudio fue preparado por un equipo de especialistas técnicos de la Familia de Salud, Nutrición y Población (SNP) de la Red de Desarrollo Humano (DH) del Banco Mundial bajo la guía de la Junta Sectorial de SNP. El proceso contó con la participación de personal y gerentes en otros campos y sectores del Grupo del Banco Mundial. El trabajo estuvo bajo la dirección de Alexander S. Preker, Economista

Principal; Richard G.A. Feachem, Director de SNP; y David de Ferranti, Ejecutivo y Director de la Red de Desarrollo Humano.

El documento fue editado por Madelyn Ross, y el trabajo de procesamiento computarizado estuvo a cargo de Sancta E.M. Watley.

## RESUMEN

El Estudio de Estrategia Sectorial de SNP se presenta en tres secciones principales con anexos estadísticos de apoyo.

### *Desafíos de Desarrollo y Directivas de Políticas*

Como se describe en el Capítulo I, este siglo ha testificado grandes logros en los resultados en la salud, nutrición y población que no se habían visto antes en la historia.

Estos logros son en parte, el resultado de mejoras en los ingresos y en la educación con mejoras paralelas en la nutrición, acceso a anticonceptivos, higiene, vivienda, provisión de agua y sanidad. Son también el resultado de nuevos conocimientos sobre las causas, prevención y tratamiento de enfermedades, y la introducción de políticas que permiten ser más accesibles a la intervenciones.

No obstante los logros pasados, ocurren 2 millones de muertes en la niñez al año a causa de enfermedades que pueden ser evitadas a través de vacunas --200 millones de niños menores de cinco años aun sufren de malnutrición, 120 millones de parejas aun carecen de opciones para planificación de la familia, 7.5 millones de niños mueren cada año durante el periodo prenatal, y 30 por ciento del mundo aun carece de acceso a agua potable y sistemas sanitarios. Además, los patrones observados durante el pasado siglo están cambiando rápidamente.

Como se muestra por la amplia experiencia internacional, los resultados a las amenazas subyacentes a la buena salud, nutrición y población son bien conocidos y, las soluciones son frecuentemente alcanzables. Pero, debido a la débil capacidad de implementación del gobierno y las imperfecciones del mercado en el sector privado, fracasan a menudo las posibles políticas y los programas efectivos.

Las estrategias de reforma para atacar estos problemas requieren una redefinición del papel del estado con mayor participación del gobierno para proveer actividades de salud pública con grandes externalidades, asegurando el acceso de los pobres a los servicios esenciales de salud, proveyendo información, apoyando estudios, desarrollo (D&R) y educación

médica, regulando el sector y asegurando financiamiento adecuado. También requieren aumentar las asociaciones con proveedores no-gubernamentales.

### *El Creciente Compromiso del Banco en el Sector SNP*

El Capítulo II explica por qué el invertir en la gente es el centro de la estrategia del Banco, mostrando el hecho de que ningún país puede asegurar un crecimiento económico sostenible o reducción de la pobreza sin salud, buena nutrición y gente educada. Ya que ninguna de las organizaciones internacionales puede encarar los complejos desafíos de salud, nutrición y población por si sola, el Banco trabaja estrechamente con muchas otras organizaciones. La ventaja comparativa del Banco es su experiencia global y su habilidad para poder coordinar estudios y análisis específicos por país con la movilización de recursos financieros importantes a través de muchos sectores.

La participación del Banco en el sector SNP que comenzó en los años 70, inicialmente ayudó a los países a reforzar y expandir la infraestructura y las provisiones para programas básicos. A pesar el éxito modesto logrado a través de esta iniciativa, parece que a menudo se requerían cambios institucionales y sistemáticos para lograr un impacto sostenido en los resultados para los pobres, un desempeño de sistemas de salud y, financiamiento sostenido. La Estrategia de Asistencia a los Países (CAS) es un instrumento clave para movilizar la participación multi-sectorial que es requerida frecuentemente para atender problemas sistémicos.

Desde el primer préstamo de SNP en 1970, las actividades del Banco en este sector han crecido rápidamente, al punto de que hoy es la única gran fuente externa de financiamiento de SNP en países de mediano y bajo ingreso. Hoy, existen en el Banco 154 proyectos SNP activos y 94 completados, por un total de valor acumulativo de \$US13.5 billones en precios de 1996. Este documento elabora sobre las lecciones aprendidas de esta experiencia y promueve preocupación sobre la reciente disminución en el trabajo analítico y de políticas, un debilitamiento en la presentación de los problemas de SNP en el CAS, y el número de proyectos en riesgo.

## *La Estrategia del Banco en el Sector SNP*

El Capítulo III describe el intenso compromiso del Banco con el sector SNP durante el período que nos lleva hacia el siglo 21. Los objetivos del Banco en el sector SNP son los de asistir a los países clientes para:

- **mejorar los resultados en salud, nutrición y población para los pobres** y proteger al resto de la población de los efectos agotadores de la enfermedad, malnutrición, y alta fertilidad.
- **mejorar el desarrollo de sistemas de cuidado de la salud** promoviendo un acceso justo a la salud preventiva y curativa, nutrición y servicios de población que sean alcanzables, efectivos, bien administrados, de buena calidad, y sensibles a los clientes; y
- **asegurar el financiamiento del cuidado sostenible** de la salud movilizando niveles adecuados de recursos, estableciendo amplios mecanismos para reducción de riesgo compartido, y manteniendo control efectivo sobre gastos públicos y privados.

La dirección de la estrategia del Banco en el sector SNP continuará evolucionando en una forma dinámica basándose en la mejor práctica internacional. La complejidad del sector SNP y el enfoque cambiante hacia la salud, nutrición y los problemas de población, generalmente no se prestan a la prescripción de políticas rígidas. En cambio, el consejo sobre políticas y ayuda financiera continuarán siendo dirigidos por enfoques específicos de los países. Esto se logrará a través de acciones en las siguientes cuatro áreas.

*Definiendo Direcciones Estratégicas.* Los gobiernos serán alentados a enfrentar cada una de las tres prioridades de SNP descritas arriba a través de la descentralización, mayor asociación con proveedores no-gubernamentales, y a una participación pública más directa para asegurar un financiamiento sostenido. Asimismo, para atender áreas frecuentemente abandonadas que tienen un impacto en la salud, nutrición y las consecuencias de población, tales como el desarrollo urbano y rural, otras amplias políticas de población y asuntos sociales, educación, control de tabaco y abuso del alcohol, políticas de alimentos y agricultura, medio ambiente, provision de agua, sanidad y transporte.

Los documentos del Banco de Estrategia de Asistencia a los Países serán usados como instrumentos clave para entregar este mensaje durante un diálogo de alto nivel con los países. Se harán los más grandes esfuerzos para asegurar que se obliquen presupuestos adecuados y personal/tiempo para la preparación de este importante documento. También se harán esfuerzos para apuntalar préstamos con mejor estudio y análisis para invertir las recientes reducciones en ciertos estudios sectoriales de países y ligar la agenda de estudio del Banco, estrechamente con las prioridades de SNP. El personal será alentado a aumentar la selectividad basado en la consistencia con las políticas y objetivos de SNP, impacto posible de desarrollo, y compromiso político de los clientes a reformas importantes.

Logrando Mayor Impacto. La calidad de los servicios al cliente y la respuesta de éste se mejorará con: reforzar el conocimiento básico de SNP; aplicando las lecciones aprendidas en forma más sistemática; mejorar la calidad en la preparación de proyectos y guiando a nuevos enfoques; mejorar la supervisión de proyectos existentes; utilizar un radio más amplio de instrumentos; simplificar procesos de negociación y adquisiciones, y conducir encuestas sobre satisfacción de los clientes. Finalmente, se hará un esfuerzo renovado para reforzar el monitoreo y evaluación desarrollando mejores indicadores e integrando el monitoreo y evaluación en el diseño de proyectos.

*Facultando al Personal de SNP del Banco.* Resolviendo tres problemas de personal será una de las prioridades clave para la Nueva Junta de HNP. Hay suficiente personal? Es su preparación adecuada para las tareas que deben desarrollar? Es efectivamente asignado entre la sede y las misiones residentes? Este documento contesta negativamente a cada una de estas preguntas. Se hará un esfuerzo para dirigir entrenamiento a las tres direcciones estratégicas, incluir al personal del Banco y los clientes en eventos de entrenamiento, aumentar la participación del personal de las misiones residentes, y extender la audiencia señalada a sectores fuera del sector SNP.

*Construyendo Asociaciones.* El Banco continuará construyendo relaciones con socios en base a su ventaja comparativa y para lograr acuerdo en papeles mutuos, como lo está haciendo ahora con la OPS y UNAIDS. Construirá sobre el éxito pasado en el control de la oncocercosis (ceguera de río) y en el apoyo a otras iniciativas internacionales de salud,

nutrición y población. Las posibilidades incluyen colaboración con gobiernos africanos en un esfuerzo principal para control de la epidemia de la malaria, de la tuberculosis, y para promover la administración trabajar con la OPS y otras para combatir la pandémica integrada de enfermedades de la niñez, y trabajar con

muchos socios para lanzar el Foro Mundial sobre Estudio de la Salud.

El Banco espera a través de tales acciones, incrementar su contribución al esfuerzo global para mejorar el desarrollo humano durante la primera década del Siglo 21.

## SIGLAS E INICIALES

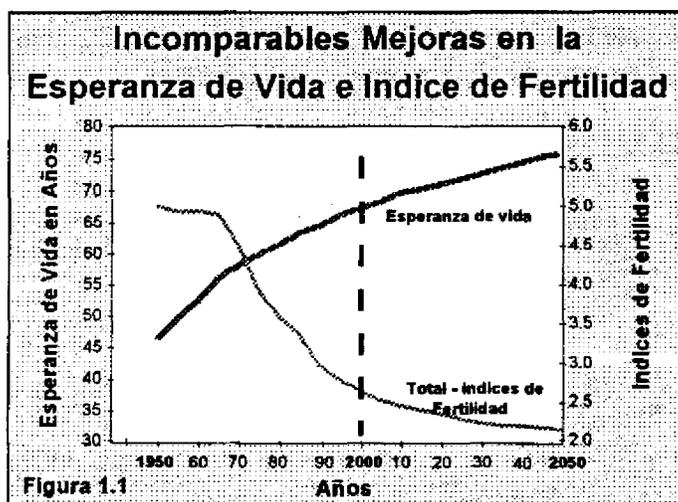
AfrDB	Banco Africano de Desarrollo
AID	Agencia Internacional de Desarrollo
AsDB	Banco Asiático de Desarrollo
BID	Banco Inter-Americano de Desarrollo
BIRF	Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento
CAS	Estrategia de Asistencia a los Países
CODE	Comité de Efectividad del Desarrollo
DEC	Economía del Desarrollo y Economistas Principales
DH	Desarrollo Humano
EAP	Asia Oriental y Región del Pacífico (del Banco)
EBRD	Banco Europeo de Reconstrucción y Fomento
ECA	Europa y Región de Asia Central (del Banco)
EDI	Instituto de Desarrollo Económico
ESW	Estudio Económico Sectorial
EU	Unión Europea
FAO	Organización de Agricultura y Alimentos de Naciones Unidas
HIV	Virus de Inmuno-deficiencia Humana
IFC	Corporación Financiera Internacional
IMF	Fondo Monetario Internacional
LAC	Región para América Latina y el Caribe (del Banco)
LLC	Centro de Aprendizaje y Liderazgo
MIGA	Agencia de Garantía a las Inversiones Multilaterales
MNA	Medio Oriente y Región de Africa del Norte (del Banco)
OECD	Organización para el Desarrollo y Cooperación Económica
OED	Departamento de Evaluación de Operaciones
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial para la Salud
ONG	Organización No-Gubernamental
OPS	Organización Pan Americana de Salud
PBD	Producto Bruto Doméstico
PBN	Producto Bruto Nacional
PNUD	Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas
PPP	Paridad de Poder Adquisitivo
PSD	Departamento de Desarrollo del Sector Privado
QAG	Grupo de Control de Calidad
R&D	Estudio y Desarrollo
SAS	Región de Asia del Sur (del Banco)
SECALs	Ajuste Sectorial de Préstamos
SGP	Programa Especial de Donaciones
SIDA	Síndrome de Deficiencia Inmunológica Adquirida
SNP	Salud, Nutrición y Población
SSA	Región de Africa de Sub-Sahara
TA	Asistencia Técnica
UNAIDS	Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el SIDA
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo para la Niñez de las Naciones Unidas

## CAPITULO I

### DESAFIOS DE DESARROLLO Y DIRECCIONES DE POLITICAS: UN MUNDO CAMBIANTE

#### A. IMPRESIONANTES RESULTADOS Y LOGROS RECIENTES

Los avances en SNP durante las últimas décadas pasadas son impresionantes. El aumento en la expectativa de vida y la disminución de la fertilidad en todo el mundo ha sido mucho mayor en los últimos 40 años que durante los previos 4,000 años. Además, basado en proyecciones, el año 2000 marcará el punto medio de un siglo de transición mundial de alta mortalidad y alta fertilidad a una mortalidad baja y baja fertilidad (ver Figura 1.1) y los mapas sobre Declinación de la Fertilidad y Metas de Supervivencia Infantil en el Anexo G).



Como fue descrito por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Informe Mundial sobre Salud de 1996, cientos de millones de personas en países de mediano y bajo ingreso están en el umbral de una era en la cual estarán a salvo de las enfermedades más amenazadoras del mundo. De acuerdo al informe Niños del Estado del Mundo del Fondo para la Niñez de las Naciones Unidas (UNICEF), de 1966, la proporción de niños que ahora mueren antes de alcanzar la edad de cinco años es menor que a la mitad del nivel de 1960. La inmunización salva aproximadamente 3 millones de

niños anual-mente, y el mejor control de la diarrea salva a más de 1 millón de niños al año.

El progreso económico durante el pasado siglo ha contribuido significativamente a los adelantos en la salud. La nutrición ha mejorado no solo en la alta producción agrícola por persona y la gran habilidad para encarar la escasez local, sino también en la introducción de una dieta más variada. Los índices de malnutrición de la niñez en países de mediano y bajo ingreso son ahora 20 por ciento menores de lo que eran 30 años atrás, mientras ciertas enfermedades por deficiencia de nutrientes casi han desaparecido en algunos países.

Los índices de crecimiento de la población también están bajando. El número promedio de niños nacidos de mujeres de edad de embarazo (el promedio total de fertilidad) es ahora de 3, que bajó de 5 en 1960. Algunos países de mediano y bajo ingreso ya han alcanzado niveles de reemplazo de alrededor de dos niños por familia. Las mejoras al acceso a la planificación de la familia, junto con ingresos crecientes y mejor educación de las niñas y la mujer ha facilitado esta tendencia. El uso de anticonceptivos en los países de mediano y bajo ingreso se elevó de 10 por ciento de parejas casadas, al mediar los años 60, a 55 por ciento en 1990.

#### Orígenes de Enfermedad y Buena Salud

Muchos factores influyen a la gran variación en la salud, nutrición y la fertilidad que aun se observa en grupos de la población. Estos incluyen:

- niveles de ingresos y pobreza;
- educación, especialmente para niñas y mujeres;
- alimentación adecuada, agua limpia y sanidad;
- cultura y comportamiento; y políticas públicas relacionadas con la salud y la intervención.

El crecimiento económico y la reducción de la pobreza --con sus impactos en las necesidades básicas tales como nutrición, mejor vivienda y acceso a agua

limpia y sanidad satisfactoria-- yacen entre las determinantes más poderosas de los niveles de buena salud y bajos ingresos.

Como se muestra en China, Costa Rica y Sri Lanka, la educación de las niñas y las mujeres es aun buena para la salud. Individuos educados tienden a adoptar modos de vida más saludables, hacen un uso más eficiente de los escasos recursos como para los alimentos y el cuidado de la salud y evitan riesgos causados por el abuso del tabaco, alcohol y drogas ilícitas. En la mayoría de las sociedades, las normas para el nacimiento y el cuidado de los niños, el estado de la mujer, la higiene personal y el comportamiento sexual, ejercen poderosa influencia en la salud y están profundamente enraizadas en la cultura local.

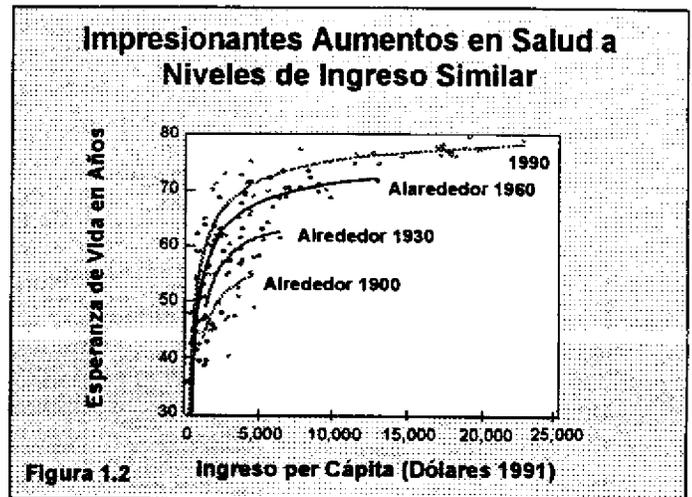
Servicios preventivos para la población, tales como la inmunización, juegan un importante papel en la reducción del riesgo de enfermedades, y los servicios curativos pueden aliviar grandemente las consecuencias de enfermedades y accidentes, cuando éstos ocurren. Otras medidas públicas pueden mejorar la salud promoviendo ambientes y estilos de vida saludables, y controlando las actividades peligrosas y contra la salud de individuos y organizaciones. Han sido útiles las medidas públicas para reducir la población en la India, lograr el tránsito seguro en México, reforzar el control de armas de fuego en el Reino Unido, mejorar los sistemas de agua y sanidad en Turquía, y limitar el uso del tabaco, alcohol y drogas ilícitas en Indonesia; sin embargo aun son necesarias las medidas que eliminen la mutilación de órganos genitales femeninos.

Como resultado de sinergias complejas entre niveles de ingreso, educación, comportamiento, políticas públicas, y servicios de salud, la gente en todo el mundo vive casi un promedio de 25 años más de lo que hubieran vivido a similares niveles de ingresos en 1900. (ver Figura 1.2).

### Impacto en la Calidad de Vida y la Productividad

La buena salud contribuye a la totalidad de la calidad de vida, tanto como a la productividad. Muchas enfermedades no son fatales, pero si de impedimento. Como 200 millones de personas alrededor del mundo -- 90 por ciento en Africa de Sub-Sahara-- son infectadas de schistosomiasis y, 1 millón de personas sufren de anemia. Los costos económicos de tales enfermedades incluyen baja productividad debido a la fatiga y otros

síntomas, como pérdida de ingresos, gastos personales, y el costo del tratamiento.



La buena salud que contribuye al capital humano es esencial al crecimiento económico. Por ejemplo, el simple tratamiento de infección de tricuriasis para niños en las Indias Orientales mejoró dramáticamente el aprendizaje escolar. La productividad del trabajo aumentó con mejor ingestión de calorías y hierro en Indonesia y Kenya. Igualmente, hay alguna evidencia que índices de reducida fertilidad y declinantes índices de dependencia de la juventud pueden tener un impacto en el crecimiento económico, si están asociados con el ahorro doméstico y la inversión en el capital humano.

## B. DESAFIOS DEL DESARROLLO

Para preservar los logros pasados y hacer frente a futuras amenazas en una forma efectiva, los reguladores en países de mediano y bajo ingreso enfrentan desafíos difíciles a causa de la continua pobreza, la malnutrición, alta fertilidad y deficiente salud; pobre desempeño de muchos sistemas de salud, y financiamiento inadecuado y/o insostenible del cuidado de la salud.

### Pobreza, Malnutrición, Alta Fertilidad y Deficiente Salud

De acuerdo a estimados del Banco Mundial, cerca de una cuarta parte de la población del mundo -- 1.3 billones-- continúa viviendo en pobreza absoluta, ganando menos de \$US1 al día. El Informe Mundial de Desarrollo de 1993: Inviertiendo en la Salud, estima la pérdida de vida saludable a causa las más de 100

enfermedades más comunes, y por heridas. De la carga total global de la enfermedad, 93 por ciento está concentrada en los países de mediano y bajo ingreso, y cerca del 60 por ciento en la China, India, y Africa de Sub-Sahara.

Los pobladores más pobres del mundo viven a la sombra de un grupo de viejos enemigos -- malnutrición, enfermedades infecciosas en los niños, deficiente salud materno/prenatal, y alta fertilidad (ver mapa de Malnutrición de la Niñez en el Anexo G). Ocurre un total de 2 millones de muertes en los niños anualmente debido a enfermedades que pueden ser prevenidas por vacunación; 200 millones de niños menores de 5 años de edad aun sufren de malnutrición y anemia; 7.5 millones de niños mueren cada año durante el período prenatal, primeramente debido al mal cuidado de la salud materna; y 30 por ciento del mundo está aun sin agua sana y sin sanidad. Además, debido a que 120 millones de parejas aun carecen de opciones para la planificación familiar y reciben deficientes servicios de salud materna; una de cada 48 mujeres muere de causas relacionadas con el embarazo en países de mediano y bajo ingreso (585 muertes al año) comparadas con una en 4.000 en países de ingresos más altos.

La exposición de infantes o fetos a la malnutrición, malnutrición de micronutrientes (hierro, yodo) o infección (diarrea, malaria), resulta a menudo en su retardación, a largo plazo o incurable, en el desarrollo mental y físico. Estas condiciones son particularmente devas-tadoras para los pobres, cuyos niños entran a la edad adulta y a la fuerza laboral, perjudicados por las experiencias en su temprana edad.

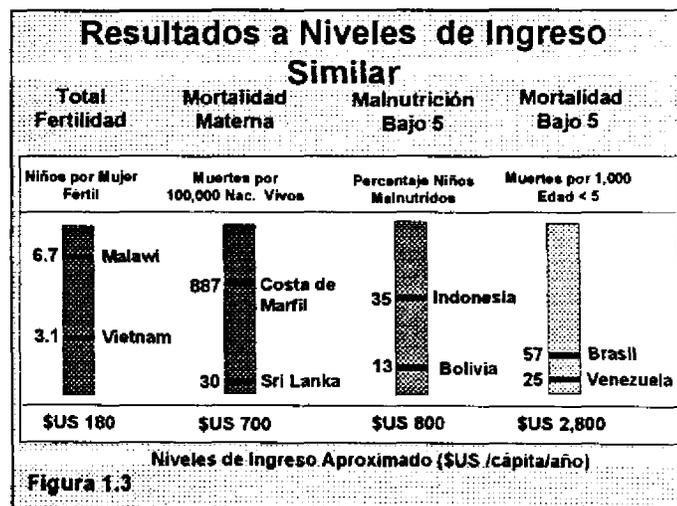
El crecimiento rápido de la población es también un desafío principal en muchos países pobres y lugares, y también profunda preocupación sobre los servicios del cuidado de la salud. Aun cuando la fertilidad alcanza niveles de cambio (cerca a dos niños por familia), los índices de nacimiento continuarán sobrepasando las muertes por varias décadas, debido a la estructura de la joven población que ha resultado de los altos índices pasados de fertilidad. La población del mundo podría incrementarse de 5,3 billones en 1990 a más de 10 billones en el año 2100. La mayor parte del crecimiento de esta población ocurrirá en los países pobres.

Está cambiando el patrón de las enfermedades del siglo pasado mientras los grupos de población cambian de alta mortalidad y fertilidad a baja mortalidad y baja fertilidad. Como resultado, se espera

que la parte de la carga de las enfermedades en el mundo, debido a enfermedades no transmisibles (principalmente, enfermedades cardiovasculares y neuro-psiquiátricas, y cáncer) aumenten de 36 por ciento en 1990 a 57 por ciento en 2020, mientras que se espera que la carga baje debido a enfermedades infecciosas, embarazo y causas pre-natales de 49 a 22 por ciento. El surgimiento de nuevas epidemias y microbios y parásitos resistentes a las drogas quedarán como prominentes entre las restantes enfermedades infecciosas (ver mapa de la Distribución de la Malaria y Resistencia Reportada a las Drogas).

### Deficiente Desarrollo de Muchos Sistemas de Salud

Se requiere mucho más estudio para comprender cabalmente los factores que tienen influencia en el desarrollo de los sistemas de salud. Parcialmente, como resultado de las diferencias en la efectividad de amplias medidas sociales y sistemas de salud, hay gran variación entre los resultados que los países alcanzan a niveles similares de ingreso en términos de salud, nutrición y población (ver Figura 1.3). Mientras la población envejece y crecen las enfermedades no-transmisibles en los países de mediano y bajo ingreso, hay consecuencias obvias en la productividad laboral, crecimiento económico y el costo de los sistemas del cuidado de la salud que deben adaptarse a nuevos patrones de enfermedad y modos de intervención.



Las diferencias en vivienda, acceso a agua limpia y sanidad satisfactoria, educación, distribución del ingreso y, de cultura contribuyen a esta variante, especialmente en los países de bajos ingresos. Pero el uso del conocimiento de las determinantes de salud

deficiente (es decir, los vínculos entre la nutrición materna y el bajo peso al nacer, higiene e infecciones, el uso de cigarrillos y las enfermedades vasculares) y la implementación de un cuidado preventivo y de un cuidado curativo efectivo (esto es, vacunas, terapia de rehidratación oral, cuidado obstetra y tratamiento con drogas de la tuberculosis) son también importantes para explicar estas diferencias.

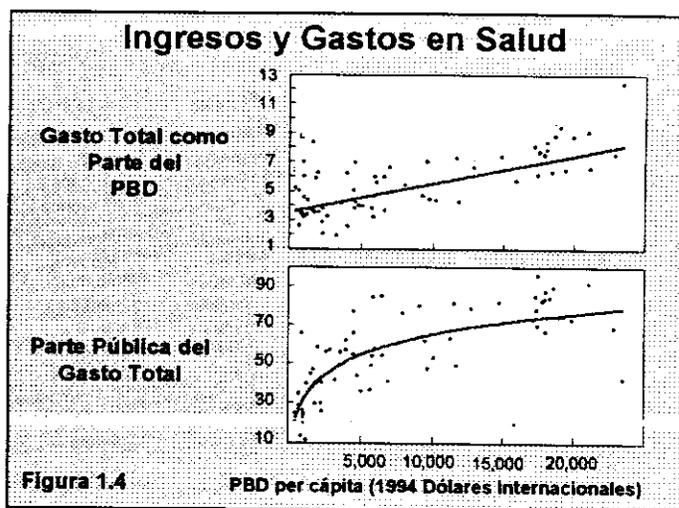
### Variación en Financiamiento Disponible

El gasto global en el cuidado de la salud fue de alrededor de \$US2.330 billones en 1994 (9 por ciento del PBD global), haciéndolo uno de los sectores más grandes en la economía del mundo. Mientras que los países de mediano y bajo ingreso llegan al 18 por ciento del ingreso mundial y al 11 por ciento del gasto global en salud (\$US250 billones ó 4 por ciento del PBD), 84 por ciento de la población del mundo vive en estos países, y deben cargar el 93 por ciento del peso de las enfermedades. El tamaño absoluto del sector, y el hecho de que el crecimiento en gastos en salud excede el crecimiento del ingreso, hace difícil comprender el impacto económico y en la salud de las medidas de financiamiento de la salud.

El cuidado de la salud presenta un comportamiento de óptimo provecho en términos económicos -- los países pobres gastan mucho menos que los países ricos, ambos en términos relativos de PBD y sobre una base per cápita (ver Figura 1.4). Además, el gasto público de un país en el cuidado de la salud se eleva en ingresos tanto en términos relativos como absolutos. Esto se refleja en las grandes diferencias en la proporción del PBD nacional gastado en salud --de debajo del 1 por ciento en algunos países al 15 por ciento en los Estados Unidos. Los gastos de salud per cápita (público y privados) varían casi en un mil por ciento entre países --de alrededor de \$US3 a \$5 por cápita por año, en algunos países de bajos ingresos, tales como en Malí, a \$3.600 en los Estados Unidos (el promedio sería usando dólares PPP ajustados).

Las regiones de Africa de Sub-Sahara (ASS), Sud Asia (SAS) y Asia Oriental y del Pacífico (PAO) gastan lo mínimo en términos absolutos en el cuidado de la salud (Ver mapa sobre Gastos en Salud en el Anexo G), y algunos países gastan menos en el transcurso del tiempo. La baja capacidad de cobro de impuestos y el bajo ingreso personal contribuye a estas tendencias. La falta de recursos usualmente se refleja en bajos niveles de capital social, tales como camas y, de recursos

humanos --médicos y enfermeras. Aun cuando el capital social es más adecuado sobre una base nacional, la distribución desigual de recursos puede resultar en el infimo acceso de los pobres a los servicios, como sucede en el Medio Oriente y la región del Norte de Africa (MNA).



Recientemente, un creciente número de países enfrenta un desafío diferente --rápido aumento en los gastos en salud tanto en el sector público como en el privado. Algunos países han incrementado su gasto en salud de 3-5 por ciento de PBD a 8-10 por ciento del PBD en solo cinco años. Argentina ahora gasta un monto más alto de PBD en salud que el Canadá, que por años ha estado en segundo lugar solo después de los Estados Unidos. A menudo el financiamiento público es forzado más allá de lo que es fiscalmente sostenible, y los gastos nuevos vienen a ser inefectivos y manejados ineficientemente, y el cuidado de baja calidad. El creciente gasto en el cuidado de la salud no necesariamente aumenta los resultados en la salud, nutrición y población. Hay que poner atención a los enfoques basados en la población, incluyendo la función de evaluación, desarrollo de políticas y seguridad en la calidad antes de que los resultados se vean afectados.

La razón para estos aumentos en el cuidado de la salud incluye la rápida alza del costo de la nueva tecnología médica, la transición epidemiológica en los patrones de las enfermedades (incremento en las enfermedades crónicas y la recurrencia o nuevas enfermedades transmisibles), elevando la expectativa popular, y el crecimiento de los costos de servicios de la medicina y el seguro de la tercera persona.

A la tasa anual de crecimiento en el PBD de 3.5 por ciento, el costo del cuidado de la salud se

incrementará alrededor de \$US82 billones al año en el mundo, o \$US9 billones al año en países de mediano y bajo ingresos a tasas corrientes de crecimiento. En principio, es bastante dinero a pagarse por servicios preventivos y curativos esenciales de la población por los 900 millones del estimado mundial de 1.3 billones de pobres que aun no tienen acceso adecuado a estos servicios. Sin embargo, si persisten las tendencias presentes, muchos de estos recursos irán a aquellos que ya tienen acceso y usan los servicios, antes que a los pobres.

### **C. DIRECCION PRINCIPAL DE POLITICAS**

Las subyacentes amenazas a los resultados de buena salud, nutrición y población son bien conocidos, y se dispone frecuentemente de soluciones alcanzables. Pero, debido a la débil capacidad de implementación del gobierno y las imperfecciones en el mercado del sector privado (especialmente respecto a los bienes públicos y las actividades con grandes externalidades) las medidas recomendadas para beneficiar a los pobres fallan a menudo, fallan en mejorar el impacto de los sistemas de salud, y también para asegurar el financiamiento sostenible para el sector. Esta sección provee un marco para comprender los cambios recientes en el papel que juega el estado y en las medidas que muchos países están adoptando para el sector SNP.

#### **Los Papeles Cambiantes del Estado y el Sector Privado**

A través de la mayor parte de la historia, la gente cuando estaba enferma usaba remedios caseros, médicos privados y otros trabajadores, y hospitales no gubernamentales. A menudo, solo los ricos podían lograr tales cuidados y el alcance de un tratamiento efectivo era limitado. Hoy en día, en países de bajo ingreso --donde los recursos públicos son escasos (generalmente menos que el 20 por ciento del PBD) y la capacidad institucional en el sector público es deficiente-- el financiamiento y provisión de servicios de SNP radica en el sector privado. En muchos de estos países, grandes segmentos de los pobres aun no tienen acceso a los servicios de cuidado básico o efectivo debido a una variedad de razones expuestas a continuación.

En la mayoría de los países desarrollados --y muchos países de mediano ingreso -- los gobiernos han sido fundamentales para las políticas sociales y del

cuidado de la salud. La participación del sector privado está justificado en base a lo práctico y teórico para mejorar: (a) **igualdad**, asegurando el acceso de la población a la salud, nutrición y servicios de reproducción; y (b) **eficiencia**, corrigiendo las fallas del mercado, especialmente cuando hay externalidades significantes (bienes públicos) o serias asimetrías de información (seguro de salud).

Uno de los casos más claros donde se requiere la intervención activa del gobierno en el sector SNP se puede lograr donde hay grandes externalidades (los beneficios a la sociedad son más grandes que la suma de beneficios a los individuos). Esto es así en el caso de agua limpia, servicios de sanidad, control de vectores, medidas de seguridad de alimentos y un sinnúmero de intervenciones de salud pública (esto es, inmunización, planificación familiar, cuidado de la salud materna y prenatal, control de enfermedades contagiosas y el control del tabaco, y el abuso del alcohol y drogas ilícitas). La educación médica y el estudio y desarrollo (R&D) son otras dos áreas para la intervención activa del gobierno.

El seguro de salud voluntario privado es un área particularmente imprescindible para un número de imperfecciones de mercado, muchos de los cuales están relacionados con las asimetrías de información. Mientras el seguro sea exitoso en la protección de alguna gente contra ciertos riesgos, usualmente falla en cubrir a todos los que quieren suscribirse a planes de seguro, y a menudo excluye a los que más necesitan seguro de salud o aquellos que están en mayor riesgo de enfermedad. Esto ocurre porque los aseguradores tienen un fuerte incentivo para asegurar solo a los que están saludables, a los clientes de bajo costo (selección de riesgo o selectividad). Los aseguradores privados también tienen incentivos para asegurar condiciones costosas o para minimizar su riesgo financiero a través de cláusulas de beneficios y exclusiones. Esto limita la protección contra las enfermedades más costosas y catastróficas.

Debido a estos factores, los individuos que saben que están en riesgo de enfermedad tienen un fuerte incentivo para encubrir su condición médica (selección adversa). Los individuos que están --o por lo menos piensan que están-- saludables generalmente tratarán de pagar las más bajas pólizas posibles. Esto impide que los aseguradores aumenten los fondos necesarios para cubrir los gastos incurridos por los miembros más gravemente enfermos o los de más

riesgo. Peor aun, los saludables aun deliberadamente se asegurarán lo menos posible, en la esperanza de lograr alcanzar cuidado gratuito o altamente subsidiado cuando se enfermen (viaje gratis). Cuando los terceros asegurados pagan, ambos paciente y asegurador tienen menos motivo para preocuparse sobre el costo, y aun a algunos no les importará mantenerse en buena salud. Esto no solo lleva a usar mayor cuidado (la razón de asegurarse) sino también a un cuidado menos efectivo, o al cuidado que la gente no necesitaría se se mantuviera en buena salud (riesgo moral).

A más de la falla del mercado de seguros, los consumidores privados están aun a merced de los proveedores de cuidado médico que cargarán lo que aguante el mercado. Sin buena regulación y un sistema de control de calidad, los pacientes gastarán un monto significativo de su ingreso personal en un cuidado inefectivo. Los pobres y menos educados son particularmente vulnerables al beneficio inescrupuloso que persiguen los proveedores privados debido a la información asimétrica.

Las principales acciones tomadas por los gobiernos para corregir estas fallas del mercado, de menor o mayor intervención, incluyen: proveer información para alentar los cambios de comportamiento que se necesitan para mejoras a largo plazo en los logros de salud, nutrición y población; reforzar regulaciones e incentivos para influenciar las actividades del sector público y privado; adopción de mandatos para financiamiento indirecto o la provisión de servicios; financiar o proveer subsidios para pagar servicios o influenciar los precios; y producción pública directa de servicios de salud preventivos o curativos.

Los principios económicos y la evidencia empírica sugieren una mezcla de iniciativas de participación pública y privada para lograr los mejores resultados en el sector SNP. Ningún sector es efectivo por si mismo --cada uno necesita del otro. La participación muy pequeña o muy grande de cada sector está asociada con problemas.

Desafortunadamente, en los países de mediano o bajo ingreso, débil capacidad institucional para tratar efectivamente con problemas regulatorios en el sector privado, generalmente causa a los gobiernos estar excesivamente comprometidos en la producción directa de servicios de salud. Tan grande compromiso en la producción pública está típicamente asociada con la participación insuficiente del gobierno para proveer

información sobre higiene personal, comportamiento saludable de modo de vida, y el uso apropiado del cuidado de la salud; regulando el sector privado; financiando los servicios esenciales de salud, especialmente para los pobres; y asegurando el acceso a los bienes públicos con grandes externalidades para la población toda. Las reformas que se necesitan para alcanzar un balance óptimo a varios niveles de ingreso en el caso de sistemas de provisión y financiamiento. Esto se analizará en mayor detalle más adelante.

## **Recientes Estrategias de Reforma**

El reciente descontento con los resultados de mala salud, nutrición y población, la baja calidad del cuidado de la salud en centros públicos y privados, y la falta de recursos sostenibles y/o baja o alza de los costos han conducido a una ola de reformas en el cuidado de la salud en todo el mundo (ver el cuadro A la Vista en el Anexo A, para grupos de países que se desempeñan pobremente en cada una de estas áreas prioritarias).

### *Mejorando los Resultados SNP para los Pobres*

La mayor parte de los 1.3 millones de gente del mundo identificados por el Banco que viven en la pobreza absoluta, con ingresos mejores a \$US1 al día, vive en países donde la proporción de la población no tiene aun acceso adecuado a agua potable y sanidad, nutrición adecuada, vivienda básica, educación básica, planificación de la familia, ni servicios de salud esenciales.

En los países pobres, el diseño de políticas y programas para asegurar el acceso a servicios SNP esenciales --ya sean implementados a través de canales públicos o privados-- es prioridad absoluta (ver Anexo B para discusión de la iniciativa de *Los Servicios Sociales Básicos de Naciones Unidas* y, el Anexo C para una descripción más detallada de intervenciones selectas de SNP). Deben llevarse a cabo más a menudo estrategias enfocadas y no enfocadas paralelamente.

Alcances No-Enfocados. La experiencia en los países desarrollados y de medio ingreso es que el acceso universal es una de las vías más efectivas para proveer servicios de salud para los pobres. Pero los alcances no-enfocados pueden también ser perdidos. Algunos países de bajos ingresos gastan hasta el 4 por ciento del PBD en subsidios de alimentos con fondos públicos con poco impacto en la nutrición de los pobres. En países

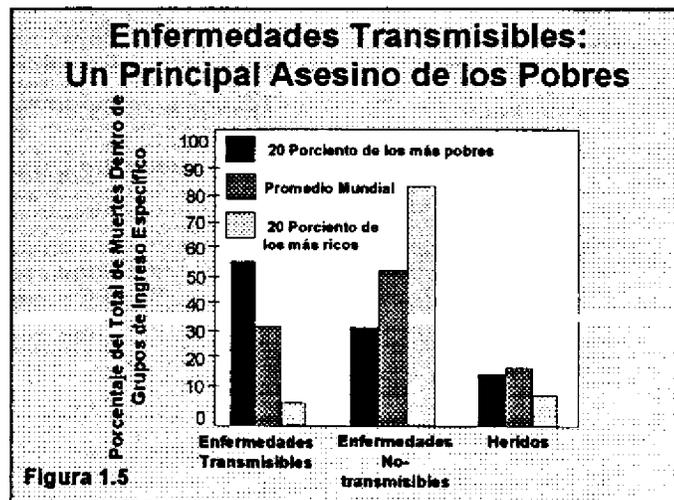
de bajos ingresos, los alcances no-enfocados tienen que ser restringidos, a menudo a un radio muy limitado a programas de salud pública y fortificación de alimentos, y a unos pocos servicios de salud, para que sean viablemente financiados.

**Alcances Enfocados.** Es posible asegurar que los programas esenciales alcancen a los que más los necesitan usando un cuidadoso enfoque. Los siguientes cuatro enfoques son particularmente relevantes para el sector SNP en los países de mediano o bajo ingreso:

- Enfocar específicamente en los individuos pobres u hogares más vulnerables a la enfermedad, malnutrición y alta fertilidad, aplicando medios de prueba para identificar a los más necesitados y proveyendo servicios subsidiados o gratuitos solo a aquellos que califiquen para acceso preferencial sobre esta base. Esta técnica no es administrativamente factible a gran escala en la mayoría de los países de bajos ingresos.
- Enfocar en las regiones pobres dentro de un país o en grupos de población que son particularmente vulnerables a la pobreza (esto es, mujeres, niños y minorías étnicas). A nivel global, más de 1,3 billones de pobres en el mundo viven en Sud Asia, Africa de Sub-Sahara, y otros pocos países en otras regiones (ver Anexo A para grupos de países). Entre los países, el énfasis puede estar en los estados, áreas rurales y áreas urbanas donde viven los pobres, o en subgrupos dentro de estas áreas —tales como aquellas áreas desventajadas donde los programas de nutrición están enfocados a las madres y niños pequeños.
- Enfatizar en la salud, nutrición y problemas de reproducción de los pobres. Los viejos enemigos de los pobres —malnutrición, enfermedades transmisibles, enfermedades de la niñez, alta fertilidad y condiciones materno y prenatal— pueden ser específicamente enfocadas de esta manera (ver Figura 1.5). Más de la mitad de la carga de enfermedades en Africa de Sub-Sahara y Asia del Sud pueden ser atendidas efectivamente a través de la adopción local de intervenciones, tales como la inmunización, fortificación de la alimentación, programas enfocados a la nutrición, administración integrada de enfermedades de la niñez, planificación familiar, salud materna y prenatal, y salud escolar (ver Anexo C). Conforme envejece la población crecen rápidamente el daño y las condiciones de enfermedades no-transmisibles. Los pobres y

menos educados están particularmente más vulnerables a los adversos efectos del mercado masivo del tabaco, productos del alcohol, y alimentos no saludables.

- *Dar mayor atención a los servicios que dan los proveedores y de los cuales reciben la mayor atención.* Esto necesita permanente mejora y la extensión de los servicios de salud, nutrición y reproducción (públicos y privados en áreas de baja densidad y barrios bajos urbanos. Esto incluye mejorar la provisión de consumibles y drogas, la administración de instituciones, y la preparación de personal.



### Mejorando el Desarrollo de los Servicios SNP

El diseño de políticas efectivas y reformas para mejorar el desarrollo de sistemas privados y gubernamentales, ha preocupado tanto a países ricos como a pobres en la década pasada.

#### Reformas en Sistemas de Provisión Pública.

Queda mucho que aprender sobre la forma de hacer más efectivos los sistemas de salud del sector público. Las siguientes reformas al sector público son muy necesarias:

- Mejorar la igualdad en el acceso a un número de servicios clínicos y preventivos a través de: (i) reducir las barreras geográficas, financieras, culturales y otras; (ii) intervenciones para tratar las condiciones que son frecuentemente de tratamiento de bajo costo (por lo menos para los pobres); y (iii) intervenciones que son menos frecuentes, más dañinas para la salud, y más caras pero aun dentro de los medios de un país.

- Elevar la eficiencia en el uso de los escasos recursos a través de mejoras en la toma de decisiones; gobierno, alentar los incentivos del mercado, administración, descentralización y, de responsabilidad.
- Mejorar la efectividad de intervenciones a través de mejor capacidad administrativa y clínica, el diseño de paquetes de medidas clínicas y básicas preventivas, convenios de tratamiento, paneles de revisión de tecnología, tratamientos protocolares, formularios limitados de drogas, entrenamiento y, estudio sobre la eficacia de costos de diferentes intervenciones.
- Elevando la calidad del cuidado a través de incentivos, mejorar la información, entrenamiento acreditación de sistemas (por personal de SNP y establecimientos), revisiones paritarias, inspección de sistemas, y análisis de rutina.
- Maximizar la satisfacción del consumidor a través de múltiples alternativas y atención a encuestas a los clientes.

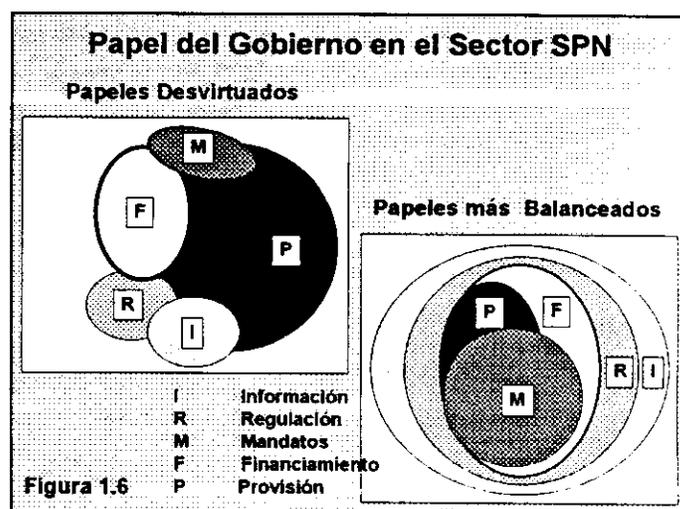
#### Los Límites a las Reformas del Sector Público.

Las reformas a los servicios públicos a cargo del gobierno no son siempre suficientes para corregir los problemas profundamente enraizados que infestan estos sistemas. A pesar de años de esfuerzo e inversión, muchos sistemas a cargo del gobierno continúan siendo deficientemente financiados y desarrollados. En muchos casos, éstos no proveen el acceso deseado, efectividad, eficiencia, ni calidad. Aun en los países más pobres, los pacientes frecuentemente se van a los proveedores privados. Los que pueden pagar el precio pueden algunas veces encontrar la calidad de atención que están buscando. Los pobres generalmente caen presas de remedios baratos e inefectivos provistos por los que buscan beneficio inescrupulosos en un mercado no regulado.

#### Más Mezcla Balanceada Pública/Privada.

Aunque varía considerablemente el óptimo balance entre la participación pública y privada de un país a otro, y es diferente por la fuente de financiamiento que en el caso de la entrega de servicios, muchas reformas recientes dedicadas a corregir desigualdades e ineficiencias que ocurren cuando el balance de los papeles de los sectores público y privado, vienen a ser excesivamente distorsionados en una dirección y otra (ver Anexo A para catalogar los países de medio y bajos ingresos que están en una mezcla pública/privada, y la Figura 1.6 para los papeles distorsionados del gobierno).

Los gobiernos en países que han introducido reformas exitosamente, a menudo aumentan su papel en la provisión de información, regulaciones, mandatos, y financiamiento. Mientras que al fomentar una participación más balanceada de las ONG, comunidades locales y del sector privado en la entrega de sistemas de servicios, los gobiernos en estos países han desviado su atención y escasos recursos para: asegurar el acceso de toda su población a los servicios con grandes externalidades (servicios de salud pública preventiva); proveyendo servicios básicos de salud, nutrición y población para los pobres, y asumiendo una responsabilidad vigilante sectoral para el financiamiento, educación médica, R & D, y control de calidad (ver la Figura 1.6 sobre discusión de financiamiento en las siguientes secciones).



La ola inicial en reformas del estado, frecuentemente incluye un despojo o privatización de los bienes del estado que están concentrados en empresas comerciales. El éxito en esta área lleva a una segunda ola -- el despojo de los servicios e infraestructura pública. Finalmente, mientras se va ganando confianza en estas dos áreas, continúa el despojo de los bienes del estado, con enfoque a la administración privada y no-gubernamental y la inversión en los sistemas de salud, educación y los sistemas de pensión --la tercera ola.

Como se ha visto en otros sectores que han pasado por estos procesos y el sector de salud en la OECD, una mayor participación no-gubernamental no implica necesariamente la venta de los bienes públicos. Al contrario, puede envolver iniciativas que permitan

mayor participación del sector privado, tales como el co-financiamiento privado, contratos de administración, fuentes externas y de fideicomiso. El despojo de los bienes sociales requiere un papel regulatorio más grande, en vez de uno menor, de los gobiernos para asegurar la calidad, asegurar la competencia igualitaria, y la prevención del abuso.

### *Mejorando el Financiamiento para el Cuidado de la Salud*

En el financiamiento del cuidado de la salud, no parece que la fe ciega en el mercado vaya a resolver más los complejos problemas que encara el sector de la salud, que una confianza inocente en el gobierno. Las acciones utilizadas para riesgos compartidos, asegurar un financiamiento sostenible, detener costos y balancear el presupuesto en el sector SNP, son diferentes de las acciones utilizadas para mejorar asociaciones con proveedores de servicios privados o no-gubernamentales (ver Anexo B para agrupación de países que tienen problemas para asegurar niveles adecuados de financiamiento o de contención de costos.

**Riesgos compartidos.** Alguna gente está más enferma que otra. Compartir los riesgos entre los grupos de la población es un aspecto fundamental de protección social en el sector SNP. Además, la gente utiliza la atención de la salud mayormente durante la niñez, los años de fecundidad, y la vejez --cuando son menos productivos económicamente. Alivianando los impuestos a través del ciclo de vida, puede, por lo tanto, también contribuir a la protección social en el sector SNP.

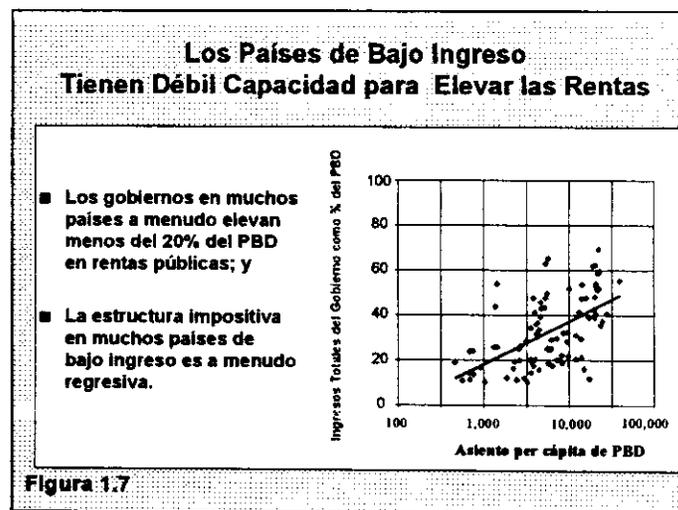
Aun Europa, como desde principios del siglo 19, cuando el cuidado de la salud estaba en un estado primitivo de desarrollo, el gasto directo del bolsillo continua siendo una función distintiva en muchos países de mediano y bajo ingreso. Los gastos domésticos pueden alcanzar hasta un 80 por ciento del total de los gastos de salud debido a: insignificantes cargos al usuario en los servicios públicos (oficiales y no oficiales); altos co-pagos requeridos en los esquemas del seguro de salud; y el uso de los servicios privados (hospitales, clínicas, diagnósticos, medicinas, y proveedores de salud). Esto perjudica la protección social que podría ser provista por el sector SNP, aun en escenarios de bajo ingreso.

La experiencia ha mostrado que se requiere una fuerte acción del sector público para aprovechar los

recursos sustanciales que pueden ser movilizados a través de canales privados, mientras que al mismo tiempo, aseguren protección social para los grupos vulnerables. Debido al costo y la falla notoria del mercado que ocurre en el seguro de salud privado, ésta no es una opción viable para riesgo compartido a nivel nacional en países de medio y bajos ingresos.

Asegurando Adecuados Niveles de Financiamiento. Se requiere la fuerte intervención directa del gobierno en la mayoría de los países para financiar las actividades de salud pública y salud esencial, nutrición y, servicios reproductivos, tanto como para proveer protección contra los efectos de empobrecimiento por enfermedades catastróficas.

En países de bajo ingreso, los recursos totales del gobierno pueden constituir el 20 por ciento, o menos, del PBD. Un país con un ingreso per cápita de alrededor de \$US300 a \$US800 necesitaría gastar alrededor de 1.5 a 3 por ciento del PBD (equivalente del 7.5 al 15 por ciento de los recursos del gobierno), para financiar un nivel mínimo de servicios preventivos y servicios esenciales clínicos. Muchos países de bajos ingresos gastan menos de esto. Los gobiernos en estos países pueden necesitar una movilización financiera adicional de fuentes comunitarias y donantes internacionales para pagar intervenciones de salud pública con grandes externalidades y programas esenciales para los pobres (ver Figura 1.7).



En países de mediano ingreso, con ingresos per cápita de sobre \$US800, aun a tasas bajas de cobro de impuestos, los gobiernos pueden elegir gastar como de 3 a 5 por ciento del PBD en el cuidado de la salud. Esto es generalmente más que suficiente para pagar por el

cuidado que va bastante más lejos de los servicios esenciales preventivos y servicios clínicos para los pobres.

En estos países, otras consideraciones serían importantes, tales como diseñar la mezcla de instrumentos de financiamiento de amplio alcance para las circunstancias individuales de cada país. Factores importantes a este respecto pueden incluir equidad y eficiencia en mecanismos de recaudación, simplicidad administrativa, mecanismos de presupuesto, disminución de costo, deseo de pagar, alcance del paquete de beneficio, y estabilidad en el ambiente macro-económico subyacente. Esto también involucra asegurar que una gran parte del financiamiento deriva de una fuente de recursos pre-pagada (riesgo compartido a través de recursos generales, y/o social, o seguro de salud mandatorio que es impositivo por la comunidad) para evitar los problemas de equidad y eficiencia asociados con una gran dependencia en los cargos a los usuarios.

Costos Previstos y Disciplina Fiscal. Aun en países de mediano y bajo ingreso, una parte significativa del producto nacional y los recursos públicos es gastado en el cuidado de la salud. Sin embargo, no hay límites tope establecidos; el interés fiscal puede ser garantizado si el gasto total de la salud es mayor al 6 ó 7 por ciento del PBD o si éste se está elevando rápidamente, ya que se involucran frecuentemente fondos públicos. En muchísimos países, los niveles de elevado gasto involucran el dinero público gastado en servicios inefectivos que benefician solo a pocos, con grandes segmentos de la población que aun no tienen adecuado acceso al cuidado esencial. En casos donde el control de gastos se hace un problema, los gobiernos tienen recurso a tres amplios tipos de políticas:

- Políticas que contienen costos en el sector público a través de oferta y demanda, y estrategias de control de precios;
- Políticas que regulen el sector privado, desalientan el uso del seguro de indemnización, y alientan el pago de capitación más que al cargo por servicios, y
- Políticas que refuercen el monitoreo y sigan los patrones del gasto en salud (usando cuentas de salud)

Mejorando Prácticas Presupuestarias y Obligación de Recursos. Desafortunadamente, en un gran número de países de mediano y bajo ingreso, uno de los problemas clave relativos al financiamiento del cuidado de la salud no es ni falta de recursos adecuados ni los gastos perdidos. Más bien, los problemas en el financiamiento del cuidado de la salud frecuentemente resultan de deficientes prácticas presupuestarias, incluyendo un hábito de déficit financiero y obligación errónea de los escasos recursos en el cuidado inefectivo. Tres políticas ayudan a los países a balancear sus presupuestos.

- Asegurando que el ingreso de todos los recursos excedan los niveles del gasto agregado esperado por un margen (a menudo de 3 a 5 por ciento) que es suficiente para cubrir la depreciación y mantenimiento.
- Reforzar claras sanciones contra el sobregiro presupuestario y la acumulación de la deuda irreducible; y
- Obligando una gran parte del sobre presupuestario a intervenciones efectivas para mejorar los resultados.

El papel del Banco que dirige estos problemas y reformas en la ayuda a los países, se discute en el Capítulo II.