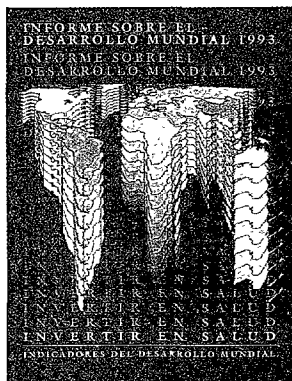


INVERSIÓN EN SALUD: INFORME SOBRE EL DESARROLLO MUNDIAL 1993

Philip Musgrove¹



Sería de esperar que cuando una institución financiera de desarrollo como el Banco Mundial dedica un informe anual de importancia al tema de la salud, analizara principalmente el aporte de esta a la productividad económica y menospreciara su valor no económico. Si bien en el *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en salud* del Banco Mundial, correspondiente a 1993, se reconoce que una mejor salud se traduce a menudo en más productividad de los trabajadores (y más facilidad de aprendizaje de los escolares) y se apoya esta opinión con extensas pruebas y análisis, el tema central del informe es la salud por su propio valor, como objetivo y no solo como medio para fomentar el desarrollo. Este tema central exige una unidad de medida no económica de la falta de salud, que es motivo de uno de los principales ejercicios estadísticos en que se basa el análisis: la estimación de la carga global de la enfermedad o el total de años de vida sana perdidos por mortalidad prematura y discapacidad. Los “años de vida ajustados por discapacidad” permiten medir esta pérdida y hacer comparaciones entre regiones, sexos, grupos de edad, enfermedades y factores de riesgo. El promedio mundial de esa pérdida asciende a cerca de un 25% de la vida sana potencial de cada persona. El promedio correspondiente a América Latina y el Caribe es solo un poco menor.

La decisión de valorar la salud por sí misma significa que el Banco no asigna un valor monetario a la vida ni a la buena salud. Eso quiere decir que los beneficios de la salud no se pueden comparar con los recibidos de una forma totalmente distinta, como un mayor ingreso o más instrucción. En este informe se exploran con detalle los vínculos del ingreso y de la educación con la salud y viceversa,

¹ Economista Superior, Banco Mundial. El autor formó parte del grupo encargado de preparar el *Informe sobre el Desarrollo Mundial*. Las opiniones expresadas en esta reseña son exclusivamente suyas y no deben atribuirse al Banco Mundial, a sus Directores Ejecutivos ni a los Países Miembros que representan

pero no se trata de decirles a los países cuánto deben invertir en salud en comparación con otros objetivos. Cuando una inversión determinada ofrece dos o más clases de beneficio, las decisiones se complican más. Por ejemplo, el agua potable corriente no solo reduce un gran número de riesgos para la salud sino que ahorra mucho tiempo y esfuerzo. Tal vez los adelantos logrados en materia de salud *per se* no justifiquen la inversión, pero los beneficios totales sí, en muchas ocasiones. Por lo común, las sociedades eligen entre diferentes objetivos; el *Informe* ofrece una base más racional de elección entre diferentes inversiones o actividades de mejoramiento de la salud y deja abierta la posibilidad de elección social respecto de la forma de valorar la salud en relación con otros beneficios deseados.

A juzgar por la estimación de la "carga de la enfermedad" por diversas causas, tal vez parezca que debe darse prioridad a una enfermedad o afección determinada en vez proporción del número de defunciones prematuras o casos de discapacidad que causa. Lamentablemente, sabemos reducir la carga proveniente de algunas causas con mucha más facilidad que la de otras. Cuando la posibilidad de resolución de un problema de salud es poca o nula, tal vez deba asignarse prioridad a la investigación, no a la acción.

Por lo general, tampoco tiene sentido definir prioridades según determinados subgrupos de la población, aun cuando sean obviamente "grupos vulnerables". Algunos problemas a los que el grupo es vulnerable son fáciles de solucionar, como sucede con la inmunización contra algunas enfermedades de los niños pequeños. Otros, como los ocasionados por malformaciones congénitas, no. Si existe una solución, es poco ético negársela a la gente sencillamente porque el grupo en que se ha clasificado no es vulnerable a la mala salud por otras causas.

En el informe se reconoce que existe un grupo vulnerable que merece prioridad: los pobres. Eso se debe no solo a que se enferman y mueren más rápido que otras personas (aunque eso es importante), sino a que se necesitan recursos para protegerse de la enfermedad y los traumatismos o para tratar la mala salud y, por definición, los pobres son vulnerables desde el punto de vista económico. Los gobiernos tienen una responsabilidad particular ante los pobres porque es poco lo que estos pueden hacer por sí mismos. Cuando los subsidios fluyen de un grupo de ingresos a otro, deben ir siempre de los más ricos a los más pobres; los subsidios con que se discrimina a los pobres son poco éticos y representan uso indebido de los recursos públicos.

La otra base lógica para escoger entre diversas actividades de mejoramiento de la salud está constituida por las *intervenciones*, caso en el cual las decisiones sobre prioridades se toman teniendo en cuenta que existe tanto una pesada carga de enfermedad como una intervención eficaz de lucha contra esta a un costo razonable. La clasificación de las intervenciones según el costo que entraña ganar un año más de vida sana ofrece una forma de lograr el máximo mejoramiento de la salud total, cualquiera que sea el monto del gasto, excepto cuando se trata de problemas suscitados por intervenciones con beneficios mixtos. El insistir en que el costo-eficacia, bien entendido, es el criterio para la acción no es contrario a la compasión ni a la equidad, sino más bien un medio de lograr esos fines.

Puesto que el Banco presta dinero y ofrece asesoramiento a los gobiernos, el *Informe* se concentra naturalmente en lo que debe hacer el sector público en materia de salud. El costo-eficacia ofrece un criterio para escoger las intervenciones que se deben costear con dinero público y lleva a la definición de un "con-

junto esencial de servicios” de atención, que incluye medidas de salud pública e intervenciones clínicas. Ese conjunto debe variar de un país a otro, según la carga de la enfermedad, su capacidad de gastar dinero en salud y su disposición a hacerlo. En todo caso, debe incluir un conjunto mínimo de intervenciones que podrían realizarse a un costo anual de US\$ 12 a 22 per cápita. El Banco estima que en un país latinoamericano típico, la cobertura universal con este conjunto podría eliminar 15% de la carga restante de enfermedad. Los recursos públicos gastados de esta forma reportarían un gran valor por el dinero invertido y concentrarían los beneficios en los pobres.

• Obviamente un gobierno no debe pensar como un médico ni mucho menos como un paciente preocupado únicamente por su problema de salud inmediato. Solo los gobiernos pueden pensar en toda la situación de salud del país y en la manera más acertada de mejorarla, aunque, como la demanda de atención de salud es insaciable, siempre habrá alguna intervención que no se pueda hacer o algún paciente que no reciba toda la atención deseada.

Además de los criterios de favorecer a los pobres y pagar las intervenciones eficaces en función del costo, en el informe se presentan tres argumentos contundentes en defensa de una activa intervención pública en el sector de la salud, argumentos que dependen del hecho de que este sector se diferencia de otros en ciertos aspectos importantes. Estos argumentos nada tienen que ver con la carga emocional de la enfermedad ni de la vida y la muerte: surgen de un razonamiento económico y justifican una intervención pública más amplia y mejor que la que realizan actualmente muchos gobiernos. Uno afirma que los gobiernos deben prestar los servicios de salud, relativamente pocos pero de suma importancia, que constituyan bienes públicos. El principal de estos es la información, no solo para uso propio del gobierno sino para ampliar la capacidad que tienen los proveedores y las personas de cuidar de su propia salud. Otra razón justificativa radica en que los gobiernos deben subvencionar o promover las actividades que tengan grandes efectos externos; casos en que el paciente se beneficia, pero otros también. El control de las enfermedades transmisibles, como la tuberculosis y las enfermedades de transmisión sexual, es el ejemplo más claro. El tercer argumento se basa en la afirmación de que los gobiernos tienen la responsabilidad de controlar o compensar las “fallas del mercado” que ocurren con facilidad en lo que respecta a atención de salud y, sobre todo, a seguro médico, fallas que pueden conducir simultáneamente a mayor costo, peor salud y menos equidad. Para ello se necesita que los gobiernos se ocupen menos de prestar servicios de atención de salud y más de reglamentar a los proveedores y aseguradores para garantizar la calidad y evitar la desigualdad. También deben promover la provisión competitiva y la eficiencia del uso de los recursos públicos y privados. Estas responsabilidades no se pueden dejar a merced del mercado; es indispensable que los gobiernos las cumplan bien.

Información para obtener este libro: La edición en español (número de pedido 12361) tiene 367 páginas y está disponible en rústica al precio de US\$ 19,95 más gastos de envío. En América Latina se puede obtener de las siguientes distribuidoras: Carlos Hirsch, SRL, Florida 165, 4° piso, Of. 453/465, 1333 Buenos Aires, **Argentina**; Infoenlace Ltda., Apartado aéreo 34270, Bogotá, D.E., **Colombia**; Ave. Manuel Enrique Araujo 3530, Edificio SISA, 1er piso, San Salvador, **El Salvador**; Librerías Piedra Santa, 5a. calle 7-55, Zona 1, Ciudad de Guatemala, **Guatemala**, INFOTEC, Apartado postal 22-860, 14060 Tlalpán, México, D.F., **México**; Editorial Desarrollo, S.A. Apartado 3824, Lima, **Perú**; Editora Taller, C. por A., Aptdo. de correos 2190, Santo Domingo, **República Dominicana**; Librería del Este, Aptdo. 60.337, Caracas 1060-A, **Venezuela**. Si en su país no hay distribuidor, escriba a: World Bank Publications, Box 7247-8619, Philadelphia, PA 19170-8619, **Estados Unidos de América**. □