

INFORME SOBRE EL DESARROLLO MUNDIAL 1993

Banco Mundial

EMBARGO

No deberá publicarse ni transmitirse hasta
las 16.00 h. hora de verano de la zona de referencia
20.00 h. hora del meridiano de Greenwich
del martes 6 de julio de 1993.

34129

Spanish

FILE COPY

SD
WB

INVERTIR EN SALUD

RESUMEN

WDR
Box
1993
Spa

Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993
Invertir en salud

Resumen

Banco Mundial
Washington, D.C.

Copyright © 1993, Banco Internacional de Reconstrucción y
Fomento/Banco Mundial
1818 H Street, N.W.
Washington, D.C. 20433, EE.UU.

Hecho en los Estados Unidos de América
Primera edición, junio de 1993

Este resumen es una reproducción parcial del
Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993,
publicado por el Banco Mundial.

Texto impreso en papel reciclado que
obedece a la norma estadounidense sobre
duración del papel para materiales destinados
a bibliotecas, Z39.49-1984.

El Informe es un estudio realizado por el personal del Banco Mundial y los juicios que se formulan en él no son necesariamente reflejo de la opinión del Directorio de la institución o de los gobiernos representados en éste. El mapa que acompaña al texto ha sido preparado exclusivamente para comodidad del lector; las denominaciones y la presentación del material en él no suponen juicio alguno por parte del Banco Mundial, sus instituciones afiliadas, o por parte de su Directorio o sus países miembros, respecto de la situación jurídica de ningún país, territorio, ciudad o región, o de las autoridades de los mismos, o respecto de la delimitación de sus fronteras o su afiliación nacional. El mapa de la portada, que muestra las ocho regiones demográficas usadas con fines analíticos en el Informe, trata de transmitir la impresión del mejoramiento general de las condiciones de salud que el mundo entero ha experimentado en los últimos 40 años.

Este Informe ha sido preparado por un equipo dirigido por Dean T. Jamison e integrado por José Luis Bobadilla, Robert Hecht, Kenneth Hill, Phillip Musgrove, Helen Saxenian y Jee-Peng Tan, con Seth Berkley y Christopher J.L. Murray en jornada parcial. Anthony R. Measham redactó y coordinó los aportes del Departamento de Población, Salud y Nutrición del Banco Mundial. Hicieron importantes contribuciones y prestaron un asesoramiento valioso las siguientes personas: Susan Cochrane, Thomas W. Merrick, W. Henry Mosley, Alexander Preker, Lant Pritchett y Michael Walton. Un Comité Directivo, presidido por Jean-Paul Jarrel, coordinó la abundante información aportada para el Informe por la Organización Mundial de la Salud; un Comité Asesor, presidido por Richard G.A. Feachem, brindó valiosa orientación en todos los aspectos de la preparación del mismo. En la Nota de agradecimiento figuran los nombres de los integrantes de ambos comités. Peter Cowley, Anna E. Maripuu, Barbara J. McKinney, Karima Saleh y Abdo S. Yazbeck actuaron como investigadores adjuntos, y Lecia A. Brown, Caroline J. Cook, Anna Godal y Vito L. Tanzi prestaron asistencia al equipo como colaboradores internos. El trabajo se llevó a cabo bajo la dirección general de Lawrence H. Summers y Nancy Birdsall.

Otras muchas personas, tanto funcionarios del Banco como de fuera de la institución, han hecho valiosos comentarios y aportaciones (véase la Nota bibliográfica). El Departamento de Economía Internacional del Banco Mundial hizo aportes a los apéndices y tuvo a su cargo la preparación de los Indicadores del desarrollo mundial. Las personas encargadas de la composición del Informe fueron: Ann Beasley, Stephanie Gerard, Jane Gould, Kenneth Hale, Jeffrey N. Lecksell, Nancy Levine, Hugh Nees, Kathy Rosen y Walton Rosenquist. El personal auxiliar, dirigido por Rhoda Blade-Charest, estuvo integrado por Laitan Alli y Nyambura Kimani. Trinidad S. Angeles se desempeñó como ayudante administrativa. El redactor principal fue John Browning, y Rupert Pennant-Rea realizó esa tarea en dos capítulos.

En la preparación de este Informe se contó con gran ayuda de los participantes en una serie de consultas y seminarios; en la Nota de agradecimiento figuran los nombres de los participantes y los campos en que hicieron sus aportes. Las consultas no podrían haberse realizado sin la cooperación financiera de los organismos que se mencionan a continuación, cuya asistencia agradecemos sinceramente: la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional, el Organismo Danés de Desarrollo Internacional, la Fundación Edna McConnell Clark, el Ministerio de Relaciones Exteriores de Noruega, la Fundación Rockefeller, el Departamento Suizo de Desarrollo y de Ayuda Humanitaria, la Agencia para el Desarrollo Internacional (EE.UU.), la U.K. Overseas Development Agency, y la División de Higiene del Medio y el Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia contribuyeron a la elaboración de los apéndices estadísticos. Tres instituciones académicas, a saber, el Harvard Center for Population and Development Studies, la London School of Hygiene and Tropical Medicine y el Swiss Tropical Institute, brindaron un importante apoyo para la preparación del Informe. La traducción del Informe y los Indicadores se realizó en la División de Servicios Lingüísticos del Banco Mundial.

Prefacio

En el presente *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993*, decimosexto de esta serie anual, se examina la interacción entre la salud humana, las políticas sanitarias y el desarrollo económico. En los tres últimos Informes, que versaron sobre el medio ambiente, las estrategias de desarrollo y la pobreza, se ha proporcionado un panorama general de las metas del desarrollo y los medios para alcanzarlo. En el Informe de este año, dedicado al tema de la salud —al igual que en el del próximo año, que versará sobre infraestructura— se hace un examen en profundidad de un sector en el que los efectos de las políticas y el financiamiento públicos revisten especial importancia.

Países de todos los niveles de ingreso han realizado grandes progresos en materia de salud. Si bien la proporción de niños de países en desarrollo que mueren antes de cumplir los cinco años —uno de cada diez— continúa siendo inaceptablemente alta, es menos de la mitad de la que prevalecía en 1960. Con la disminución de la pobreza, las unidades familiares han podido aumentar el consumo de alimentos y agua potable y acceder a mejores viviendas, elementos necesarios para mantener el buen estado de salud. El aumento de los niveles de educación ha significado que las personas son más capaces de aplicar los nuevos conocimientos científicos para proteger su propia salud y la de sus familias. Los sistemas de salud han atendido la demanda de mejores condiciones sanitarias mediante una mayor oferta de servicios que ofrecen intervenciones cada vez más eficaces.

Sin embargo, en los países en desarrollo, y en especial entre los sectores pobres de sus poblaciones, la carga de la morbilidad sigue siendo abrumadora, a pesar de que muchas enfermedades pueden prevenirse o curarse a un costo bajo. (Si la tasa de mortalidad en la niñez se redujera en ellos al nivel que prevalece en los países de ingreso alto, cada año morirían 11 millones menos de niños.) Además, cada vez son más los países en desarrollo que comienzan a enfrentar los problemas del aumento de los costos de los

sistemas de salud por los que ya atraviesan los países de ingreso alto.

En este Informe se propone un enfoque triple para las políticas públicas destinadas a mejorar las condiciones de salud en los países en desarrollo. Primero, los gobiernos tienen que fomentar un entorno económico que permita a las propias unidades familiares mejorar su nivel de salud. Es fundamental formular políticas de crecimiento (con inclusión, cuando sea necesario, de medidas de ajuste económico) que aseguren el aumento de los ingresos de los pobres. También es esencial incrementar las inversiones en educación, especialmente para las niñas.

Segundo, el gasto público en salud debería reorientarse hacia programas más eficaces en función de los costos que contribuyan en mayor medida a ayudar a los pobres. En los países en desarrollo, el gasto público representa el 50% de los \$168.000 millones anuales que se dedican a salud, y una excesiva proporción de esa suma se destina a atención especializada en establecimientos de nivel terciario, que ofrece escasos beneficios en relación con el dinero gastado. Se destina demasiado poco a programas de bajo costo y alta eficacia, como los de lucha contra las enfermedades infecciosas y la malnutrición y de tratamiento de las mismas. Si los países en desarrollo en conjunto reorientaran hacia programas de salud pública y servicios clínicos esenciales alrededor del 50%, como promedio, del gasto público que ahora se destina a servicios de escasa eficacia en función de los costos, la carga de la morbilidad podría reducirse en ellos en más de un 20%, porcentaje que equivaldría a evitar la muerte de más de nueve millones de niños menores de un año.

Tercero, los gobiernos tienen que facilitar mayor diversidad y competencia en el financiamiento y la prestación de los servicios de salud. Si los gobiernos financiaran un conjunto de medidas de salud pública y servicios clínicos esenciales, el resto de los servicios de esta índole se podría cubrir mediante financiamiento privado, por lo general por la vía de los se-

guros, ya fueran privados o sociales. La reglamentación gubernamental puede fortalecer los mercados de seguros privados, mejorando los incentivos para ampliar la cobertura y controlar los costos. Incluso en el caso de los servicios clínicos financiados con fondos públicos, los gobiernos pueden fomentar la competencia y la participación del sector privado en la prestación de servicios, y ayudar a mejorar la eficiencia del sector privado mediante la generación y divulgación de información importante. Con esta combinación de elementos se pueden mejorar los resultados en materia de salud y contener los costos, aumentando al mismo tiempo el grado de satisfacción de los consumidores.

Como lo demuestra la experiencia de varios países en desarrollo, es factible efectuar importantes reformas en cuanto a política sanitaria. La comunidad de donantes puede brindar asistencia proporcionando financiamiento para sufragar los costos de transición, especialmente en los países de ingreso bajo. Las reformas que se describen en este Informe se traducirán en vidas más largas, saludables y productivas para los habitantes de todo el mundo, y especialmente para los más de 1.000 millones de personas que viven en la pobreza.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha trabajado mano a mano con el Banco Mundial en cada etapa de la preparación de este Informe. Quisiera expresar mi agradecimiento a la OMS y a los numerosos funcionarios suyos que han ayudado a facilitar esta labor conjunta a nivel tanto regional como mundial. El Informe se ha beneficiado extensamente de los amplios conocimientos técnicos de la OMS; desde su misma concepción, la OMS tuvo una participación

activa, proporcionando datos sobre los diversos aspectos del desarrollo en lo tocante a la salud e información sistemática para muchas consultas técnicas. Tal vez el aporte más significativo de la OMS es el relacionado con una evaluación de la carga global de la morbilidad, patrocinada conjuntamente con el Banco Mundial, que constituye un elemento fundamental del Informe. Aguando con sumo interés que continúe la colaboración entre el Banco y la OMS en lo referente al análisis y la puesta en práctica de las ideas que contiene el Informe. Asimismo, se contó con los conocimientos especializados del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), organismos bilaterales y otras instituciones, y el Banco Mundial expresa su gratitud a todos ellos. Más adelante en este Informe se incluye una Nota de agradecimiento más específica.

Al igual que los de años anteriores, el *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993* incluye los Indicadores del desarrollo mundial, en los que se ofrecen estadísticas sociales y económicas seleccionadas sobre 127 países. El Informe es un estudio realizado por el personal del Banco Mundial y los juicios que se formulan en él no son necesariamente reflejo de la opinión del Directorio de la institución o de los gobiernos representados en éste.



Lewis T. Preston
Presidente del
Banco Mundial

31 de mayo de 1993

Indice del Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993

Definiciones y notas sobre los datos

Panorama general

- Los sistemas de salud y sus problemas
- Funciones del gobierno y del mercado en el sector de salud
- Políticas oficiales orientadas a lograr la salud para todos
- Mejora del entorno económico para que las unidades familiares mejoren su salud
- Inversiones en salud pública y servicios clínicos esenciales
- La reforma de los sistemas de salud: promover la diversidad y la competencia
- Un programa de acción

1 La salud en los países en desarrollo: éxitos y retos a enfrentar

- Importancia de la salud
- Relación de los logros alcanzados
- Medición de la carga de la morbilidad
- Problemas de cara al futuro
- Enseñanzas del pasado: explicación de los descensos de la mortalidad
- Posibilidades de aplicar medidas eficaces

2 Las unidades familiares y la salud

- Capacidad de las unidades familiares: ingresos y educación
- Políticas para fortalecer la capacidad de las unidades familiares
- Qué se puede hacer

3 El papel de los gobiernos y los mercados en el sector de salud

- Los gastos en salud y sus resultados
- Razones que justifican la acción de los gobiernos
- Sacar el mayor partido posible al dinero gastado en salud
- La política sanitaria y el desempeño de los sistemas de salud

4 Salud pública

- Servicios de salud dirigidos a grupos demográficos
- Dieta y nutrición
- Fecundidad
- Reducción del uso indebido de tabaco, alcohol y otras sustancias adictivas
- Influencia del medio ambiente en la salud
- El SIDA: una amenaza para el desarrollo
- Un conjunto de medidas de salud pública esenciales

5 Servicios clínicos

- Financiamiento público y privado de los servicios clínicos
- Selección y financiamiento del conjunto de servicios clínicos esenciales
- Seguros y financiamiento de los servicios clínicos discrecionales
- Prestación de los servicios clínicos
- Reorientación de los servicios clínicos y tendencia futura

6 Insumos del sector de salud

- Reasignación de las inversiones en instalaciones y equipos
- Abordar los desequilibrios en cuanto a recursos humanos
- Mejorar la selección, la adquisición y el uso de fármacos
- Generación de información y fortalecimiento de las investigaciones

7 Programa de acción

- La reforma de la política sanitaria en los países en desarrollo
- Asistencia internacional para fines de salud
- Los retos de la reforma de la política sanitaria y cómo hacerles frente

Nota de agradecimiento

Nota bibliográfica

Apéndice A. Datos demográficos y sobre salud

Apéndice B. La carga global de la morbilidad, 1990

Indicadores del desarrollo mundial

Panorama general

La esperanza de vida al nacer ha aumentado más a lo largo de las cuatro últimas décadas que durante todo el curso de la historia de la humanidad hasta la fecha. Era de 40 años en los países en desarrollo en 1950, y en 1990 había alcanzado ya los 63 años. En 1950, veintiocho de cada 100 niños morían antes de cumplir los cinco años; en 1990, esa cifra había bajado a diez. La viruela, que a comienzos de los años cincuenta era la causa de fallecimiento de más de cinco millones de personas cada año, ha sido erradicada por completo, y las vacunas han conseguido que los casos de sarampión y poliomielitis se reduzcan radicalmente. Tales mejoras se traducen no sólo en importantes aportes directos al aumento del bienestar, sino también en una aminoración de la carga económica que representan la falta de salud de los trabajadores y las enfermedades de los niños o su falta de asistencia a la escuela. Estas conquistas se han logrado debido en parte a los mayores ingresos y al creciente nivel educacional en todo el mundo, y también debido a los esfuerzos de los gobiernos por ampliar el alcance de los servicios de atención de salud que, además, el progreso tecnológico ha enriquecido.

A pesar de estos notabilísimos avances, persisten problemas de salud de enorme magnitud. Los niveles absolutos de mortalidad siguen siendo inaceptablemente altos en los países en desarrollo; sus tasas de mortalidad en la niñez son alrededor de diez veces mayores que en los países con economía de mercado consolidada. Si las tasas de mortalidad entre los niños de los países pobres se redujeran a los niveles prevalecientes en los países prósperos, cada año morirían 11 millones menos de niños. Casi la mitad de esas muertes evitables son consecuencia de enfermedades diarreicas y respiratorias, exacerbadas por la malnutrición. Además, siete millones de adultos mueren cada año como resultado de enfermedades que podrían evitarse o curarse a bajo costo; la tuberculosis causa por sí sola dos millones de esas muertes, y alrededor de 400.000 mujeres mueren de complicaciones directas del embarazo y el parto. En los países en desarrollo, las tasas de mortalidad materna son, como promedio, 30 veces más elevadas que en los países de ingreso alto.

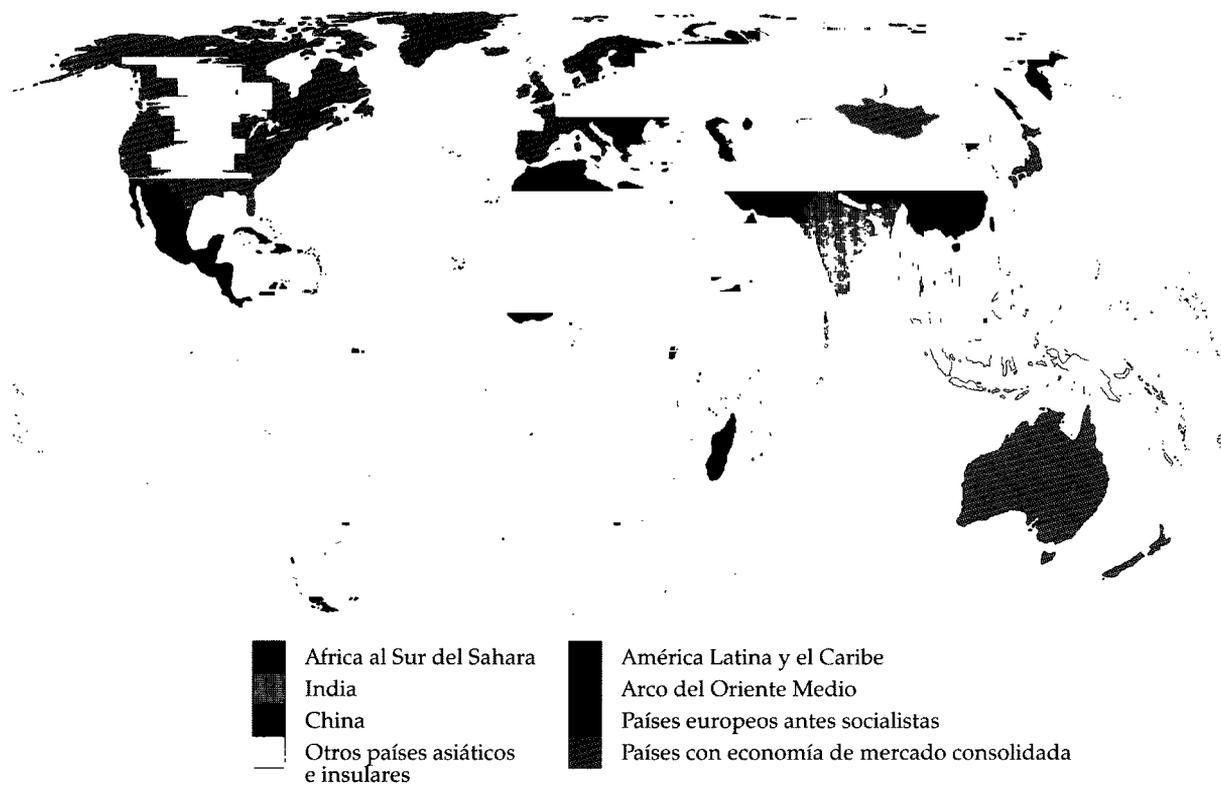
Aunque las condiciones de salud han mejorado incluso en los países más pobres, el ritmo de ese avance ha sido desigual. En 1960, aproximadamente un niño de cada cinco moría en Ghana e Indonesia antes de cumplir los cinco años, tasa de mortalidad en la niñez que era típica de muchos países en desarrollo; en 1990, esa tasa se había reducido en Indonesia a alrededor de la mitad del nivel de 1960, pero en Ghana había bajado sólo ligeramente. En el Cuadro 1 se ofrece un resumen del progreso regional en cuanto a reducción de la mortalidad entre 1975 y 1990. (La Figura 1 presenta las regiones demográficas utilizadas en el Cuadro 1 y con frecuencia a lo largo de todo el Informe.)

Además de la mortalidad prematura, la carga que imponen las enfermedades consiste en gran parte en la discapacidad que causan, desde la parálisis relacionada con la poliomielitis hasta la ceguera y los sufrimientos que causa la psicosis grave. Con objeto de medir la carga de la morbilidad, en este Informe se utiliza el año de vida ajustado en función de la discapacidad (AVAD), medida que combina los años de vida saludable perdidos a causa de mortalidad prematura y los perdidos como resultado de discapacidad.

Las variaciones en cuanto a pérdida de AVAD por persona en las distintas regiones son enormes, principalmente debido a diferencias en la mortalidad prematura; las variaciones regionales en cuanto a pérdida de AVAD como resultado de discapacidad son mucho menores (Figura 2). La pérdida total de AVAD se conoce como carga global de la morbilidad.

El mundo enfrenta además nuevos retos graves en materia de salud. Llegado el año 2000, el precio cada vez mayor que el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se cobra en los países en desarrollo podría fácilmente elevarse a más de 1,8 millones de muertes anuales, anulando con ello décadas de progreso a duras penas conseguido en cuanto a reducción de la mortalidad. La mayor resistencia del parásito del paludismo a la quimioterapia disponible podría hacer que el número de muertes a causa de esta enfermedad aumentase al doble, hasta cerca de dos millones al año, en el plazo de una década. El rápido avance en la reducción de las

Figura 1 Regiones demográficas usadas en este Informe



Cuadro 1 Población, indicadores económicos y progresos en el campo de la salud, por regiones demográficas, 1975-90

Regiones	Población en 1990 (millones)	Muertes en 1990 (millones)	Ingreso per cápita		Mortalidad en la niñez		Esperanza de vida al nacer (años)	
			Dólares, 1990	Tasa de crecimiento, 1975-90 (porcentaje anual)	1975	1990	1975	1990
Africa al Sur del Sahara	510	7,9	510	-1,0	212	175	48	52
India	850	9,3	360	2,5	195	127	53	58
China	1.134	8,9	370	7,4	85	43	56	69
Otros países asiáticos e insulares	683	5,5	1.320	4,6	135	97	56	62
América Latina y el Caribe	444	3,0	2.190	-0,1	104	60	62	70
Arco del Oriente Medio	503	4,4	1.720	-1,3	174	111	52	61
Países europeos antes socialistas (PEAS)	346	3,8	2.850	0,5	36	22	70	72
Países con economía de mercado consolidada (PEMC)	798	7,1	19.900	2,2	21	11	73	76
Grupo en transición demográfica ^a	4.123	39,1	900	3,0	152	106	56	63
PEAS y PEMC	1.144	10,9	14.690	1,7	25	15	72	75
Todo el mundo	5.267	50,0	4.000	1,2	135	96	60	65

Nota: Mortalidad en la niñez es la probabilidad de morir entre el nacimiento y los cinco años de edad, expresada por cada 1.000 nacidos vivos; esperanza de vida al nacer es el promedio de años que una persona puede esperar vivir si se mantienen las tasas prevalentes de mortalidad por edades.

a. Los países de las regiones demográficas siguientes: Africa al Sur del Sahara, India, China, otros países asiáticos e insulares, América Latina y el Caribe, y arco del Oriente Medio.

Fuente: Para el ingreso per cápita, datos del Banco Mundial; para otras partidas, Apéndice A.

tasas de mortalidad en la niñez y de fecundidad dará origen a nuevas demandas para los sistemas de atención de salud, a medida que el envejecimiento de las poblaciones haga pasar a primer plano las costosas enfermedades no transmisibles de los adultos y ancianos. Sólo las muertes debidas a cánceres y enfermedades cardíacas relacionadas con el tabaco probablemente aumentarán al doble, hasta dos millones anuales, llegada la primera década del próximo siglo, y si las características del hábito de fumar siguen como ahora, esas defunciones se incrementarán a más de 12 millones al año en los países en desarrollo en el tercer decenio del próximo siglo.

Los sistemas de salud y sus problemas

Aunque los servicios de salud son sólo un factor contribuyente a los éxitos del pasado, no cabe duda de la importan-

cia del papel que desempeñan en el mundo en desarrollo. Las medidas de sanidad pública adoptadas han traído consigo la erradicación de la viruela y han sido fundamentales en la reducción del número de muertes resultantes de enfermedades infantiles evitables mediante vacunaciones. Con la expansión y mejora de la asistencia clínica se ha conseguido proteger millones de vidas de las consecuencias de enfermedades infecciosas y traumatismos. No obstante, los sistemas de salud adolecen también de problemas importantes que, de no resolverse, aminorarán el ritmo del progreso en la reducción de la carga que imponen la mortalidad prematura y la discapacidad, y frustrarán los esfuerzos por reaccionar a los nuevos problemas de salud y a las amenazas de las enfermedades emergentes.

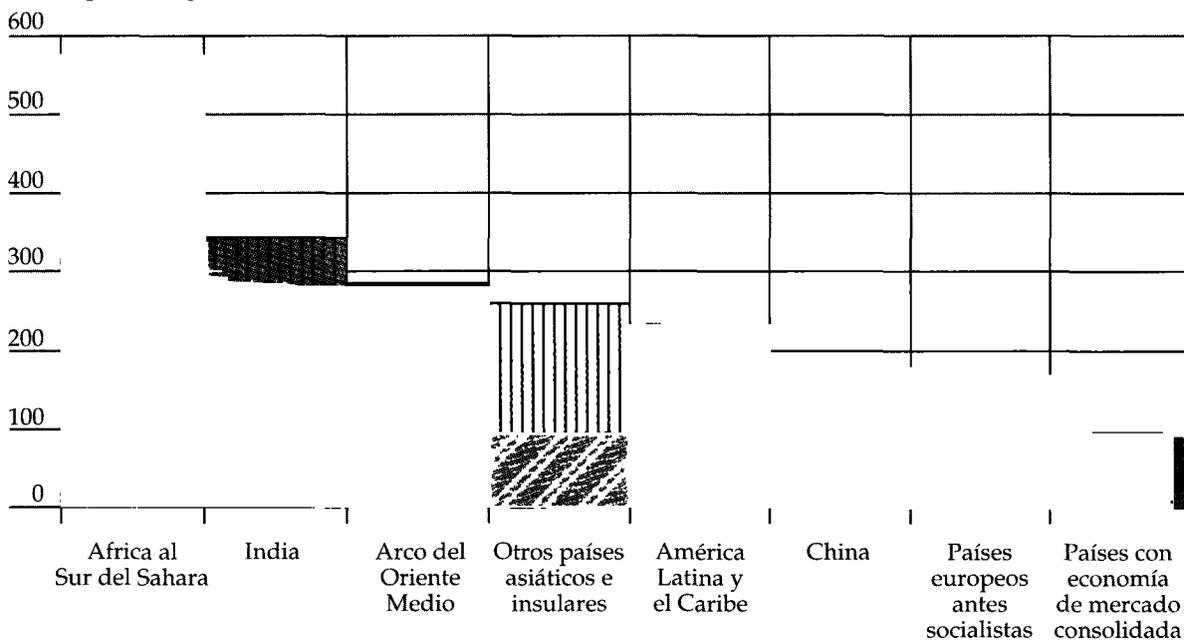
- *Asignación equivocada de los recursos.* Se gastan fondos públicos en intervenciones de salud de escasa eficacia en

La carga de la morbilidad es mayor en los países pobres, pero la discapacidad sigue siendo un problema en todas las regiones.

Figura 2 Carga de la morbilidad atribuible a la mortalidad prematura y la discapacidad, por regiones demográficas, 1990

▣ Mortalidad prematura
 ▤ Discapacidad

AVAD perdidos por 1.000 habitantes



Fuente: Apéndice B.

función de los costos, como la cirugía en la mayoría de los casos de cáncer, al tiempo que sigue siendo insuficiente el financiamiento de otras medidas de importancia crítica y sumamente eficaces en función de los costos, como el tratamiento de la tuberculosis y las enfermedades de transmisión sexual (ETS). En algunos países, un solo hospital docente puede llegar a absorber el 20% o más del presupuesto del ministerio de salud, a pesar de que casi todos los servicios eficaces en función de los costos se prestan mejor en establecimientos de nivel más bajo.

- *Desigualdad.* Los pobres carecen de acceso a servicios básicos de salud y la atención que reciben es de mala calidad. El gasto público en salud beneficia en medida desproporcionada a los que están en mejor situación económica, en forma de asistencia gratuita o por debajo del costo en modernos hospitales estatales de nivel terciario y subvenciones de los seguros médicos privados y públicos.

- *Ineficiencia.* Gran parte del dinero que se gasta en salud se despilfarras: se compran productos farmacéuticos de marcas registradas, en lugar de medicamentos genéricos, los auxiliares de salud están mal distribuidos y supervisados, y las camas de hospital están subutilizadas.

- *Explosión de los costos.* En algunos países en desarrollo de ingreso mediano, los gastos en asistencia sanitaria aumentan con mucha más rapidez que los ingresos. El número cada vez mayor de doctores en medicina general y especialistas, la disponibilidad de nuevas tecnologías médicas y la difusión de los seguros médicos que siguen el sistema de pago de honorarios por servicios prestados se combinan para generar una demanda creciente de análisis, procedimientos y tratamientos costosos.

El gasto mundial en salud —y, por ende, las posibilidades de asignación equivocada, desperdicio y distribución desigual de los recursos— es enorme. En 1990, el gasto público y privado en servicios de salud en todo el mundo alcanzó un total aproximado de \$1,7 billones, cifra que equivale a un 8% del producto mundial total. Casi el 90% de este monto correspondió al gasto de los países de ingreso alto, lo que supone un promedio de \$1.500 por persona. Estados Unidos consumió por sí solo el 41% del total mundial, es decir, más de 12% de su producto nacional bruto (PNB). El gasto de los países en desarrollo fue de alrededor de \$170.000 millones, lo que equivale al 4% de su PNB y un promedio de \$41 por persona, es decir, menos de una treintava parte del monto gastado por los países ricos.

En los *países de ingreso bajo*, los hospitales y clínicas estatales, centros a los que corresponde la mayor parte de la atención médica moderna que se presta, son con frecuencia ineficientes y adolecen de procesos decisivos sumamente centralizados, grandes fluctuaciones en las asignaciones presupuestarias y escasa motivación de sus administradores y de los auxiliares de salud. Los servicios privados —principalmente a cargo de organizaciones no gubernamentales (ONG) religiosas en África y de médicos privados y practicantes sin licencia en Asia Meridional— son con frecuencia más eficientes desde el punto de vista técnico que los prestados por el sector público y se los considera de mejor calidad, pero no cuentan con el respaldo de las políticas oficiales. En estos países, los grupos de población pobres salen

con frecuencia perdiendo en lo que atañe a la salud, ya que el gasto público en este sector se inclina pronunciadamente hacia los servicios hospitalarios de costo elevado que benefician en medida desproporcionada a los grupos urbanos en mejor posición económica. A pesar de los esfuerzos concertados que el Gobierno de Indonesia realizó en los años ochenta por mejorar los servicios de salud para los grupos pobres, en 1990 las subvenciones gubernamentales de dichos servicios de las que se beneficiaba el 10% más rico de las unidades familiares seguían siendo casi el triple de las subvenciones que beneficiaban al 10% más pobre de la población indonesia.

En los *países de ingreso mediano*, los gobiernos con frecuencia subvencionan seguros médicos que protegen sólo a los que están en situación económica relativamente buena, por ejemplo, una pequeña minoría acomodada en el caso de los seguros privados en Sudáfrica y Zimbabue, y la fuerza laboral industrial, más numerosa, cubierta por los seguros públicos obligatorios (los llamados seguros sociales) en América Latina. La gran mayoría de la población, y en especial los pobres, depende en fuerte medida de pagos de su propio bolsillo y de servicios públicos que pueden ser bastante inaccesibles para ellos. En Perú, por ejemplo, una proporción superior al 60% de la población pobre ha de viajar más de una hora para conseguir atención primaria de salud, frente a menos del 3% de los grupos más acomodados. También es deficiente la calidad de esa asistencia: los medicamentos y equipos escasean; el tiempo de espera de los pacientes es largo y las consultas con los médicos breves, y son comunes los diagnósticos equivocados y los tratamientos inadecuados.

En los *países europeos antes socialistas*, en los que el Estado tradicionalmente ha sido responsable tanto del financiamiento como de la prestación de los servicios de salud, éstos son en principio gratuitos y se ha logrado que su cobertura sea amplia, lo que ha resultado en una mayor equidad aparente. En la práctica, sin embargo, los pacientes más acomodados hacen pagos extraoficiales de su bolsillo para conseguir mejor asistencia; en Rumania y Hungría, por ejemplo, alrededor de 25% y 20% respectivamente de los costos de atención de salud corresponden a pagos bajo mano para obtener productos farmacéuticos y a propinas a los que prestan los servicios. Hay también problemas muy extendidos de ineficiencia, debido a que los sistemas de salud estatales están sumamente centralizados y son muy burocráticos y poco sensibles a las necesidades de los ciudadanos. Además, los gobiernos han sido lentos en la fijación de normas sobre seguridad en el trabajo y contaminación del medio ambiente, y remisos en emprender campañas eficaces para modificar comportamientos personales dañinos para la salud, en particular el consumo de alcohol y cigarrillos. En los últimos años, durante la transición a economías con mayor orientación de mercado, el gasto público real en salud ha disminuido pronunciadamente. El sector público ha sufrido escaseces graves de medicamentos y equipos, así como falta de los conocimientos especializados que se precisan para administrar unas instituciones sanitarias en proceso de cambio. Las consecuencias han sido un descenso de la moral del personal y un empeoramiento de la calidad de la atención.

Funciones del gobierno y del mercado en el sector de salud

La reforma de los sistemas de salud debe guiarse por tres principios que justifican el que los gobiernos desempeñen una función destacada en este sector.

- Muchos servicios relacionados con la salud, como la información sobre enfermedades contagiosas y la lucha contra éstas, son *bienes públicos*. El uso que hace una persona de la información sanitaria no hace que haya menos datos disponibles para los demás; una persona no puede beneficiarse de la lucha contra el mosquito vector del paludismo mientras otra que vive en la misma zona queda excluida. Debido a que los mercados privados por sí solos proporcionan demasiados pocos de los bienes públicos fundamentales para la salud, se requiere participación gubernamental para incrementar el suministro de esos bienes. Otros servicios de salud tienen grandes *externalidades*, lo que quiere decir que su utilización por un individuo afecta a los demás miembros de la sociedad. La inmunización de un niño disminuye la transmisión del sarampión y otras enfermedades, lo que confiere a esa medida una externalidad positiva, y los que contaminan el medio ambiente y los conductores ebrios crean externalidades negativas. Los gobiernos deben alentar comportamientos que conlleven externalidades positivas y desalentar aquellos que las tengan negativas.

- La prestación de servicios de salud eficaces en función de los costos a los grupos de población pobres es un método efectivo y socialmente aceptable para *reducir la pobreza*. En la mayoría de los países se considera el acceso a la asistencia sanitaria básica como un derecho humano, concepto incorporado en la meta fijada por la Conferencia de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud —“salud para toda la humanidad en el año 2000”—, que se celebró en septiembre de 1978 patrocinada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y en la que se inició el movimiento actual en pro de la atención primaria de salud. Los mercados privados no brindan a los pobres acceso adecuado a servicios clínicos esenciales, ni tampoco los seguros que con frecuencia se necesitan para pagar tales servicios. Por lo tanto, el financiamiento por el sector público de la asistencia clínica esencial se justifica en razón del alivio de la pobreza, y puede adoptar varias formas: subvenciones a los proveedores privados y las ONG que prestan servicios de salud a los pobres; vales con los que esas personas pueden pagar a los proveedores que ellas elijan, y prestación a los pobres de servicios de salud públicos de forma gratuita o por debajo de su costo.

- Pueden necesitarse medidas gubernamentales para compensar los problemas generados por *la incertidumbre y las deficiencias del mercado de seguros*. Las considerables incertidumbres en torno a la probabilidad de enfermar y a la eficacia de los tratamientos dan origen a una fuerte demanda de seguros y a deficiencias en el funcionamiento de los mercados privados. Una razón por la que los mercados pueden funcionar deficientemente es que las variaciones en los riesgos en materia de salud suponen un motivo para que las compañías de seguros rehúsen asegurar a las personas

que más necesitan seguro médico, a saber, los que están ya enfermos o presentan probabilidades de enfermar. Otra razón tiene que ver con el “riesgo moral”: los seguros reducen los incentivos para que los individuos eviten riesgos y gastos con un comportamiento prudente, y pueden crear incentivos y oportunidades para que los médicos y hospitales presten a los pacientes más servicios de los que necesitan. Una tercera razón tiene que ver con la asimetría en cuanto a información entre el que presta la atención médica y el paciente en lo concerniente a los resultados de una medida cualquiera; los que suministran los cuidados médicos asesoran a los pacientes acerca de las opciones de tratamiento y, cuando sus ingresos están vinculados a esos consejos, el resultado puede ser un exceso de tratamiento. Como consecuencia de estas dos últimas razones, en los mercados privados sin reglamentar se produce una escalada de costos que no redundan en beneficios de salud apreciables para los pacientes. Los gobiernos tienen una función importante que desempeñar en la reglamentación de los seguros médicos ofrecidos por el sector privado, o en la disposición de alternativas como los seguros sociales, a fin de asegurar que la cobertura sea amplia y que los costos se mantengan bajos.

Si los gobiernos intervienen, deben hacerlo de forma inteligente; de lo contrario, corren el riesgo de exacerbar los problemas mismos que tratan de resolver. Cuando los gobiernos participan directamente en el sector de salud —ofreciendo programas de salud pública o financiando servicios clínicos esenciales para los pobres—, los responsables de formular tales políticas confrontan decisiones difíciles relativas a la asignación de los recursos públicos. Los contribuyentes, y en algunos países los donantes, quieren ver el máximo beneficio posible de salud por un monto dado cualquiera de gasto total. Una fuente importante de orientación para sacar el mayor partido posible a los fondos gastados en salud es medir la eficacia en función de los costos de las diferentes intervenciones en este campo y de los distintos procedimientos médicos, es decir, la relación entre los costos y los beneficios en materia de salud (AVAD ganados).

El análisis de la eficacia en función de los costos ha empezado a aplicarse en la esfera de la salud sólo recientemente. En parte, ello se debe a su dificultad: los datos sobre los costos y la eficacia de las distintas intervenciones son con frecuencia deficientes; los costos varían de un país a otro y pueden aumentar o disminuir pronunciadamente con la expansión de los servicios, y algunos tipos de medidas se ofrecen en forma conjunta, compartiéndose sus costos. No obstante, ese tipo de análisis está ya demostrando su utilidad como instrumento para elegir entre posibles intervenciones sanitarias en los distintos países y para abordar problemas de salud específicos, como la propagación del SIDA.

Ahora bien, el que una intervención en particular sea eficaz en función de los costos no quiere decir que se deban gastar fondos públicos en ella. Las unidades familiares pueden obtener servicios de salud con su propio dinero y, cuando están bien informadas, pueden hacerlo mejor que si el gobierno lo hace por ellos. Pero también las familias tratan de sacar el mayor partido posible de su dinero, por lo que los gobiernos, al facilitar información sobre la eficacia en

Recuadro 1 Invertir en salud: mensajes fundamentales de este Informe

En el presente Informe se propone un enfoque triple para las políticas oficiales encaminadas a mejorar la salud.

Fomentar un entorno que permita a las unidades familiares mejorar su salud

Las decisiones de las unidades familiares son determinantes de las condiciones de salud, pero esas decisiones se ven coartadas por los niveles de ingresos y educación de sus miembros. Además de promover el crecimiento económico general, los gobiernos pueden ayudar a que tales decisiones sean más apropiadas, por medio de lo siguiente:

- Adopción de políticas de crecimiento económico que beneficien a los pobres (incluidas, en los casos necesarios, las políticas de ajuste que preserven gastos de salud eficaces en función de los costos)
- Aumento de las inversiones en educación, en particular para las niñas
- Promoción de los derechos y la condición de las mujeres, habilitándolas política y económicamente, y proporcionándolas protección legal frente a abusos.

Mejorar el gasto público en salud

Para muchos gobiernos, la principal tarea es concentrar sus recursos y atención en compensar las deficiencias del mercado y financiar eficientemente servicios que beneficien en particular a los pobres. Esta tarea se puede enfrentar imprimiendo a las políticas varias orientaciones, por ejemplo:

- Reducción del gasto público en establecimientos de nivel terciario, formación de especialistas e intervenciones que aportan escasa mejora de la salud en relación con los fondos gastados.
- Financiamiento y aplicación de un conjunto de medidas de salud pública encaminadas a hacer frente a las considerables externalidades que acompañan a la lucha contra las enfermedades infecciosas, la prevención del SIDA, la contaminación del medio ambiente y comportamientos (como conducir ebrio) que ponen a otros en peligro.
- Financiamiento y prestación asegurada de un conjunto de servicios clínicos esenciales. La amplitud y composición exactas del mismo sólo la pueden determinar los propios países, tomando en cuenta las condiciones epidemiológicas, las preferencias locales y el nivel de ingreso. En la mayoría de los países el financiamiento público —u ordenado por el sector público— del conjunto de servicios clínicos esenciales proporcionará un mecanismo políticamente aceptable para distribuir a los pobres tanto mejoras

en cuanto a bienestar como un activo productivo, a saber, mejor salud.

- Mejoramiento de la gestión de los servicios de salud estatales, a través de medidas como la descentralización de facultades en materia administrativa y presupuestaria y la subcontratación de servicios.

Promover la diversidad y la competencia

El financiamiento estatal de medidas de salud pública y de un conjunto de servicios clínicos esenciales definido a nivel nacional haría que el resto de la asistencia clínica se financiara privadamente o mediante seguros sociales, en el contexto de marcos de políticas establecido por los gobiernos. Estos pueden alentar la diversidad y la competencia en la prestación de los servicios de salud y en la esfera de los seguros mediante políticas que:

- Alienten los seguros sociales o privados (con incentivos reglamentados para promover el acceso equitativo y contener los costos) para cubrir la asistencia clínica no abarcada por el conjunto de servicios esenciales.
- Alienten a los proveedores (tanto públicos como privados) a competir en la prestación de servicios clínicos y en el suministro de insumos, como los medicamentos, a todos los servicios de salud, tanto los financiados con fondos públicos como los que financie el sector privado. Los proveedores nacionales no deberían estar protegidos de la competencia internacional.
- Generar y difundir información sobre el desempeño de los proveedores de los servicios, los equipos y medicamentos esenciales, los costos y la eficacia de las intervenciones, y sobre el nivel de acreditación de los establecimientos e instituciones que prestan los servicios.

El aumento de los conocimientos científicos ha sido el responsable de gran parte de las espectaculares mejoras conseguidas en la esfera de la salud en el presente siglo, al proporcionar datos que constituyen la base para las decisiones de las unidades familiares y los gobiernos, y al proporcionar el soporte necesario para el desarrollo de tecnologías preventivas, curativas y de diagnóstico. La inversión en progreso científico continuo amplificará la eficacia de cada uno de los elementos del enfoque triple que se propone en este Informe. Debido a que los frutos de la ciencia benefician a todos los países, las actividades de colaboración en el plano internacional, de las que existen varios ejemplos excelentes, ofrecerán a menudo el cauce correcto por el que proceder.

función de los costos, pueden a menudo contribuir a que los consumidores, los que prestan los servicios y los aseguradores adopten decisiones más apropiadas.

Políticas oficiales orientadas a lograr la salud para todos

Este Informe se ocupa principalmente de la relación que existe entre las decisiones en materia de políticas —tanto dentro como fuera del sector de salud— y los resultados en cuanto a condiciones de salud, en especial para los pobres. En el Recuadro 1 se presenta un resumen de los tres mensajes fundamentales que el Informe trata de transmitir en

cuanto a las políticas gubernamentales, y se observa la importancia que reviste el continuar realizando inversiones encaminadas al progreso científico.

- Dado que el crecimiento económico general —y en particular el que contribuye a la reducción de la pobreza— y la educación son elementos fundamentales para unas buenas condiciones de salud, es preciso que los gobiernos sigan políticas macroeconómicas apropiadas que hagan hincapié en la reducción de la pobreza. Tienen también que ampliar las oportunidades de escolaridad básica, especialmente para las niñas, debido a que el modo en que las familias, y sobre todo las madres, usan la información y los recursos finan-

cieros para conformar sus decisiones en materia de dieta alimentaria, fecundidad, atención médica y otros aspectos de sus vidas tiene una influencia poderosa en la salud de cada miembro de la unidad familiar.

- Los gobiernos de los países en desarrollo deberían gastar mucho menos que actualmente —alrededor de un 50% menos, como promedio— en las intervenciones menos eficaces en función de los costos, y duplicar o triplicar sus gastos en programas básicos de salud pública, como los de inmunizaciones y prevención del SIDA, y en servicios clínicos esenciales. Un conjunto mínimo de estos servicios incluiría atención a niños enfermos, planificación de la familia, atención prenatal y en el parto, y tratamiento de la tuberculosis y las ETS. Los países de ingreso bajo tendrían que reorientar el gasto público actual en salud e incrementar los desembolsos (del gobierno, los donantes y los pacientes) a fin de atender las necesidades en materia de salud pública y proporcionar el conjunto mínimo de servicios clínicos esenciales a sus poblaciones; el grado de reasignación de recursos tendría que ser menor en los países de ingreso mediano. La asistencia de nivel terciario y los servicios menos eficaces en función de los costos continuarán, pero las subvenciones de los mismos con fondos públicos, si benefician sobre todo a los más acomodados, deberían ir eliminándose gradualmente durante un período de transición.

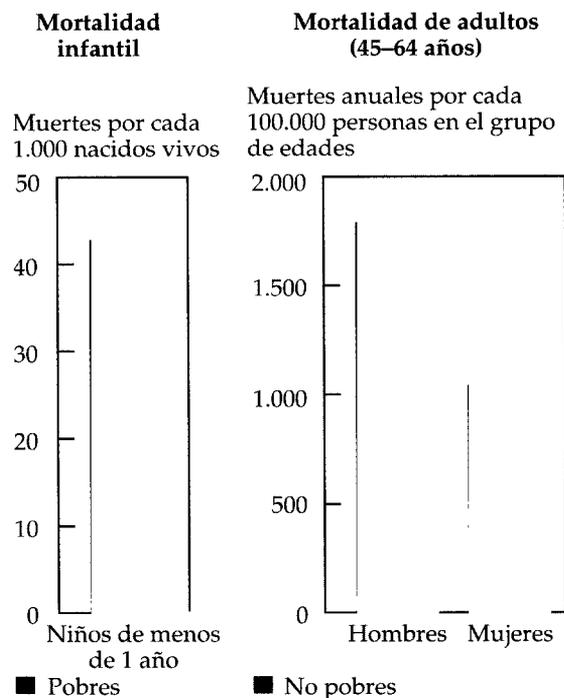
- Debido a que la competencia y la diversidad pueden hacer que mejore la calidad y bajen los costos, los gobiernos deberían fomentarlas en la esfera del suministro de servicios e insumos del sector de salud, en particular medicamentos, materiales y equipos. En los casos en que ello sea factible, esto podría incluir la prestación por el sector privado de servicios de atención de salud financiados con fondos públicos o mediante seguros sociales. Hay también considerable margen para mejorar la calidad y la eficiencia de los servicios de salud estatales, por medio de una combinación de descentralización, incentivos basados en el desempeño para los administradores y médicos clínicos, y sistemas conexos de capacitación y fomento de la gestión. El exponer al sector público a la competencia con los proveedores de servicios del sector privado puede ayudar a acelerar tales mejoras. También es fundamental una reglamentación oficial estricta, incluida la de la atención de salud prestada por el sector privado, a fin de garantizar su seguridad y calidad, y la de las compañías privadas de seguros, con objeto de alentar el acceso universal a la cobertura y desalentar prácticas —como el pago de honorarios por servicios reembolsados por un asegurador que actúa de tercero— que llevan al uso excesivo de los servicios y a la escalada de los costos.

Mejora del entorno económico para que las unidades familiares mejoren su salud

Los avances conseguidos en materia de ingresos y educación han permitido que el nivel de salud de las unidades familiares mejore en casi todo el mundo. En el decenio de 1980, las tasas de mortalidad de los niños menores de cinco años disminuyeron en casi 30%, incluso en los países en los que los ingresos medios bajaron; sin embargo, la tasa de mortalidad en la niñez se redujo en más del doble en los

En todas las edades, los pobres registran niveles mucho más altos de mortalidad que los ricos.

Figura 3 Mortalidad infantil y de adultos en barrios pobres y no pobres de Porto Alegre (Brasil), 1980



Nota: Los barrios pobres se han definido conforme a criterios específicos. En términos generales son los asentamientos ilegales con viviendas y servicios por debajo de unas normas mínimas.

Fuente: Barcellos y colaboradores, 1986.

países en los que los ingresos medios aumentaron en más de 1% al año. Por lo tanto, las políticas económicas conducentes al crecimiento sostenido se cuentan entre los instrumentos más importantes que los gobiernos pueden utilizar para mejorar las condiciones de salud de sus ciudadanos.

De estas políticas económicas, elevar el nivel de ingresos de los que viven en condiciones de pobreza es la más eficaz para mejorar el estado de salud de la población. La razón de ello es que, con toda probabilidad, los pobres dedicarán cualquier ingreso adicional a finalidades que mejorarán su salud, como el enriquecimiento de su dieta alimentaria, la obtención de agua potable y la mejora del saneamiento y la vivienda. Además, los pobres son los que experimentan las mayores necesidades no atendidas en materia de salud, como puede observarse en la Figura 3, que ilustra el caso de Porto Alegre (Brasil). Por consiguiente, las políticas oficiales que promuevan la equidad y el crecimiento al mismo tiempo serán más favorables para la salud que las que fomenten el crecimiento solamente.

En los años ochenta muchos países emprendieron programas de estabilización y ajuste macroeconómicos a fin de hacer frente a graves desequilibrios de sus economías y encaminar éstas por una senda de crecimiento sostenible. Es evidente que esos ajustes son necesarios para conseguir progresos a largo plazo en la esfera de la salud, pero durante el período de transición, y especialmente en el caso de los primeros programas de ajuste, la recesión y los recortes del gasto público desaceleraron el ritmo de las mejoras en las condiciones de salud, si bien menos de lo que originalmente se temió, en parte debido a que los gastos efectuados anteriormente en mejoramiento de la salud y la educación tuvieron efectos perdurables. Como resultado de esa experiencia, en los programas de ajuste de la mayoría de los países se procura actualmente racionalizar el gasto público global al tiempo que se mantienen los gastos en intervenciones eficaces en función de los costos en esos dos sectores. A pesar de estas mejoras, aún queda mucho por aprender acerca de medios más eficientes de llevar a cabo programas de estabilización y ajuste protegiendo al mismo tiempo a la población pobre.

Las políticas orientadas a ampliar la escolaridad revisten también importancia crucial para promover la salud. Las personas con un nivel más alto de escolaridad buscan y usan la información sobre salud con más eficacia que las que tienen escasa o nula educación formal. Esto significa que la rápida expansión de las oportunidades educacionales —en parte por medio de la fijación de una norma mínima elevada de escolaridad para todos, por ejemplo, de seis años completos— es un medio eficaz en función de los costos de mejorar las condiciones de salud. La educación de las niñas y mujeres es especialmente beneficiosa para la salud de las unidades familiares, ya que son sobre todo las mujeres las que compran y preparan los alimentos, mantienen la limpieza del hogar, cuidan de los niños y los ancianos e inician los contactos con los sistemas de salud. Más allá de la educación, las políticas oficiales que respaldan los derechos y las oportunidades económicas de las mujeres contribuyen también al bienestar general y a la mejor salud de las unidades familiares.

Inversiones en salud pública y servicios clínicos esenciales

El beneficio para la salud que se deriva de cada dólar gastado varía enormemente en toda la gama de servicios sanitarios que actualmente financian los gobiernos. La reorientación de los recursos, de las medidas que tienen un costo alto por cada AVAD ganado hacia aquellas que cuestan poco, podría reducir la carga de la morbilidad de forma espectacular sin incrementar los gastos. Es de suma prioridad que los gobiernos financien un conjunto limitado de medidas de salud pública y servicios clínicos esenciales. Tras haber garantizado ese mínimo para todos, quizás algunos deseen definir en términos más amplios su propio conjunto nacional de medidas y servicios esenciales.

Medidas de salud pública

La acción de los gobiernos en muchos aspectos de la salud pública ha tenido ya importantes resultados positivos. Ac-

tualmente, las inmunizaciones salvan alrededor de tres millones de vidas al año, y la comercialización social de preservativos para evitar la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha tenido gran éxito en países como Uganda, Zaire y otros. La información sobre los peligros de fumar y los impuestos aplicados al tabaco y las bebidas alcohólicas están modificando el comportamiento de las personas en algunos países, si bien hasta ahora en los más ricos principalmente.

Los gobiernos tienen que intensificar estos esfuerzos y avanzar en lo referente a otras iniciativas de salud pública prometedoras. Varias actividades se destacan por su elevada eficacia en función de los costos; el costo de ganar un AVAD puede ser notablemente bajo, a veces de menos de \$25 y con frecuencia de entre \$50 y \$150. Entre las actividades comprendidas en esta categoría se cuentan las siguientes:

- Inmunizaciones
- Servicios de salud centrados en las escuelas
- Información y servicios seleccionados de planificación de la familia y nutrición
- Programas para reducir el consumo de tabaco y alcohol
- Medidas reguladoras, información e inversiones públicas limitadas para mejorar el entorno de las unidades familiares
- Prevención del SIDA.

Es necesario que se intensifique el respaldo oficial a la extensión del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), que actualmente proporciona protección frente a seis enfermedades importantes a alrededor de un 80% de los niños del mundo en desarrollo a un costo aproximado de \$1.400 millones al año. La ampliación de la cobertura del PAI al 90% de los niños tendría un efecto significativo en los pertenecientes a las unidades familiares pobres, que representan un porcentaje desproporcionado de los que ese programa aún no ha alcanzado. Se podrían agregar otras vacunas —en particular contra la hepatitis B y la fiebre amarilla— a las seis que actualmente comprende el PAI, y también suministrar suplementos de vitamina A y yodo. En la mayoría de los países en desarrollo, el conjunto de intervenciones de ese “PAI Plus” en el primer año de vida de los niños tendría la mayor eficacia en función de los costos de todos los servicios de salud disponibles actualmente en el mundo.

Otra elevada prioridad de los gobiernos debería ser el tratamiento, con medicamentos poco costosos y sumamente eficaces, de los escolares que padezcan de esquistosomiasis, parasitosis intestinales y deficiencias de micronutrientes. El tratamiento de estas afecciones mediante la distribución de medicamentos y suplementos de micronutrientes en las escuelas haría mejorar enormemente la salud, la asistencia a la escuela y la capacidad de aprendizaje de cientos de millones de niños, a un costo de \$1 a \$2 por niño y año. Además de esos tratamientos, los profesores pueden instruir a los escolares acerca del cuerpo humano y el modo de evitar riesgos para la salud —como los que se derivan, por ejemplo, de fumar y de prácticas sexuales peligrosas—, o se pueden usar programas de radio para transmitir las enseñanzas sobre esos temas.

Los gobiernos tienen que fomentar comportamientos más conducentes a la buena salud por parte de los individuos y

las unidades familiares, por ejemplo mediante la difusión de información sobre los beneficios de la lactancia materna y el modo de mejorar la dieta alimentaria de los niños. Los programas de esta índole emprendidos en Colombia, Indonesia y otros países demuestran que hay posibilidades de obtención de buenos resultados. También reviste importancia crítica la información acerca de las ventajas de la planificación de la familia y sobre la disponibilidad de servicios de esta índole. La difusión oficial de información sobre estas materias puede adoptar diversas formas creativas, como lo demuestra el uso eficaz que se ha hecho en Kenya y Zimbabwe de las novelas radiofónicas y las representaciones teatrales folclóricas.

Las medidas encaminadas a luchar contra el consumo de tabaco, bebidas alcohólicas y otras sustancias adictivas —entre ellas campañas informativas, impuestos, prohibición de anuncios y, en ciertos casos, controles a su importación— pueden contribuir sustancialmente a reducir las enfermedades pulmonares crónicas, las afecciones cardíacas, el cáncer y los traumatismos. A menos que se modifique el comportamiento en lo que al tabaco se refiere, dentro de 30 años el número de muertes prematuras en el mundo en desarrollo como resultado de fumar excederá a la cifra de muertes previstas a causa del SIDA, la tuberculosis y las complicaciones del parto en conjunto.

Los gobiernos deben hacer más por promover un entorno más saludable, en especial para los grupos pobres de sus poblaciones, que son los que enfrentan riesgos cada vez mayores para la salud a consecuencia de saneamiento deficiente, suministro de agua no apta para beber y en cantidad insuficiente, malos hábitos de higiene personal y relacionada con los alimentos, fallos en la eliminación de basuras, contaminación del aire en los interiores y hacinamiento en viviendas de inferior calidad. Colectivamente, estos riesgos tienen relación con casi un 30% de la carga global de la morbilidad. A fin de ayudar a las unidades familiares pobres a mejorar el entorno en el que viven, los gobiernos pueden proporcionar un marco reglamentario y administrativo en el que unos proveedores eficientes y responsables (con frecuencia del sector privado) tengan incentivos para ofrecerles los servicios que ellas quieran y estén dispuestas a pagar, incluidos los de abastecimiento de agua, saneamiento, recogida de basuras, cocinas no contaminantes y viviendas. Las autoridades tienen una función fundamental que desempeñar en la difusión de información sobre prácticas higiénicas, y pueden también mejorar el uso de los recursos públicos por medio de la eliminación de las subvenciones muy extendidas de los servicios de agua y saneamiento que benefician a la clase media. La legislación y las reglamentaciones oficiales encaminadas a aumentar la seguridad de tenencia de la tierra para los pobres alentarían a las familias de bajos ingresos a invertir más en viviendas mejores y más sanas.

Una difícil empresa especial que requiere medidas concertadas de salud pública es la de reducir la propagación del SIDA. La epidemia de SIDA se ha convertido ya en el problema predominante de salud pública en muchos países. Aunque el VIH, el virus causante del SIDA, comenzó a propagarse entre los seres humanos hace relativamente poco tiempo, ha causado hasta ahora dos millones de muertes y

ha infectado a alrededor de 13 millones de personas. En ciertas regiones del mundo en desarrollo la incidencia de la infección es ya muy grande; en Africa al Sur del Sahara, como promedio uno de cada 40 adultos es ya portador del virus, y en algunas ciudades la tasa es de uno de cada tres; en Tailandia, uno de cada 50 adultos está infectado. Más del 90% de las personas infectadas pertenecen al grupo de edades más productivo desde el punto de vista económico, el de los 15 a 40 años, y desarrollarán la enfermedad y morirán en el curso del próximo decenio. Las proyecciones de la trayectoria futura de la epidemia presentan un panorama sombrío; estimaciones conservadoras de la OMS indican que para el año 2000 habrá 26 millones de personas portadoras del VIH y morirán de SIDA 1,8 millones. Debido a que destruye el sistema inmunológico, el VIH agravará también enormemente la propagación de otras enfermedades, en especial la tuberculosis. En las regiones muy afectadas, la demanda de tratamiento del SIDA desbordará a la capacidad de asistencia clínica y causará el deterioro de la atención de otras enfermedades.

Es evidente lo que tienen que hacer los gobiernos: intervenir pronto, antes de que la enfermedad adquiera caracteres de gran epidemia. Países tan distintos como Bangladesh, Ghana e Indonesia comparten algunas de las condiciones que favorecen una transmisión rápida del VIH, como un gran número de personas dedicadas a la prostitución y tasas elevadas de prevalencia de otras ETS —por ejemplo, sífilis, gonorrea y chancroide— que facilitan la propagación del virus. Se requieren medidas oficiales enérgicas para reducir la transmisión del VIH. Entre éstas, revisten especial importancia las orientadas a los grupos de alto riesgo, como la información para promover modificaciones en el comportamiento sexual, la distribución de preservativos y el tratamiento de otras ETS. Las intervenciones para lograr la reducción temprana de la transmisión del VIH entre los individuos de alto riesgo son muy eficaces en función de los costos, pero en una etapa más avanzada de la epidemia esa eficacia disminuye considerablemente. En la actualidad, el gasto en prevención del SIDA en los países en desarrollo —en total menos de \$200 millones al año— es ridículamente insuficiente. Para hacer frente a la epidemia incipiente se requiere un volumen de gasto entre cinco y diez veces mayor.

Servicios clínicos esenciales

Los elementos de un conjunto de servicios clínicos esenciales de gran eficacia en función de los costos variarán de un país a otro, según las necesidades de salud y el nivel de ingreso de cada cual. Como mínimo, ese conjunto de servicios deberá incluir cinco grupos de intervenciones, cada uno de los cuales aborda problemas de salud que representan cargas de morbilidad muy importantes. Esos cinco grupos son:

- Servicios para garantizar asistencia en relación con el embarazo (como atención prenatal y durante el parto y el posparto); con la intensificación de los esfuerzos en esta esfera se podría evitar la mayor parte de las casi 500.000 muertes derivadas de la maternidad que ocurren cada año en los países en desarrollo.

- Servicios de planificación de la familia; con la mejora del acceso a estos servicios se podría evitar la muerte de hasta 850.000 niños cada año y eliminar hasta 100.000 de las muertes maternas que se producen anualmente.

- Lucha contra la tuberculosis —principalmente mediante medicación—, enfermedad que causa la muerte de más de dos millones de personas cada año, lo que la convierte en la principal causa de defunción de adultos.

- Lucha contra las ETS, debilitantes y a veces letales, de las que hay 250 millones de nuevos casos cada año.

- Tratamiento de las enfermedades comunes graves de los niños pequeños —diarreas, infecciones agudas de las vías respiratorias, sarampión, paludismo y malnutrición grave— que son responsables de casi siete millones de muertes de niños cada año.

Estas intervenciones clínicas son todas sumamente eficaces en función de los costos; con frecuencia cuestan mucho menos de \$50 por AVAD ganado.

Un conjunto mínimo de servicios clínicos esenciales incluiría también algunos tratamientos de infecciones y traumas menores, y, en casos de problemas de salud que no puedan resolverse completamente con los recursos disponibles, asesoramiento y alivio del dolor. El suministro de atención hospitalaria de emergencia, distinta de las intervenciones mencionadas, dependería de la capacidad de cada día y de los recursos disponibles. Entre los casos que requieren atención médica urgente se incluyen, por ejemplo, el tratamiento de la mayoría de las fracturas y las apendectomías. Dependiendo de la disponibilidad de recursos y de los valores sociales, es posible que algunos países deseen incluir en su conjunto de servicios clínicos esenciales una gama de intervenciones mucho más amplia que este mínimo. Con un incremento modesto del gasto se podrían incluir medidas relativamente eficaces en función de los costos para el tratamiento de algunas enfermedades no transmisibles comunes. Como ejemplos cabe citar los protocolos de bajo costo para el tratamiento de afecciones cardíacas usando aspirina y medicamentos contra la hipertensión, el tratamiento del cáncer

del cuello uterino, la quimioterapia en algunos casos de psicosis y la eliminación de las cataratas.

Muchos servicios de salud tienen niveles tan bajos de eficacia en función de los costos que los gobiernos tendrán que considerar la posibilidad de su exclusión del conjunto de servicios clínicos esenciales. En los países de ingreso bajo cabría citar entre los servicios a excluir los siguientes: la cirugía cardíaca; el tratamiento (distinto del alivio del dolor) de los cánceres de pulmón, hígado y estómago, de alta letalidad; las quimioterapias costosas en casos de infección con el VIH, y los cuidados intensivos de los niños muy prematuros. Es difícil justificar el uso de fondos públicos para esos tratamientos médicos cuando al mismo tiempo hay servicios mucho más eficaces en función de los costos que benefician sobre todo a los pobres y están insuficientemente financiados.

La adopción generalizada de conjuntos de servicios clínicos esenciales tendría enormes repercusiones positivas en el estado de salud de los habitantes de los países en desarrollo. Si se pudiera llegar a un 80% de la población, sería posible aliviar el 24% de la actual carga de la morbilidad en los países de ingreso bajo y el 11% de la que aflige a los de ingreso mediano (Cuadro 2). El efecto estimado de adoptar un conjunto mínimo de servicios clínicos es más del doble que el de introducir el conjunto de medidas de salud pública antes descrito; si se combinaran ambos, la proporción de enfermedades actuales que podrían eliminarse se elevaría quizás a 32% y 15%, respectivamente, en los países de ingreso bajo y de ingreso mediano. En términos de AVAD ganados, esa reducción de la morbilidad equivale a salvar anualmente la vida a más de nueve millones de niños de menos de un año.

Financiación de los servicios

La instalación más avanzada que se requiere para ofrecer los elementos mínimos del conjunto de servicios clínicos esenciales es un hospital de distrito. Prestar los servicios en centros asistenciales de nivel inferior permite contener los

Cuadro 2 Costos estimados y beneficios para la salud del conjunto mínimo de medidas de salud pública y servicios clínicos esenciales en los países de ingreso bajo y de ingreso mediano

Grupos	Costo (dólares per cápita al año)	Costo como porcentaje del ingreso per cápita	Reducción aproximada de la carga de la morbilidad (porcentajes)
<i>Países de ingreso bajo</i>			
<i>(ingreso per cápita = \$350)</i>			
Medidas de salud pública	4,2	1,2	8
Servicios clínicos esenciales ^a	7,8	2,2	24
Total	12,0	3,4	32
<i>Países de ingreso mediano</i>			
<i>(ingreso per cápita = \$2.500)</i>			
Medidas de salud pública	6,8	0,3	4
Servicios clínicos esenciales ^a	14,7	0,6	11
Total	21,5	0,9	15

a. Los costos y beneficios estimados corresponden a un conjunto *mínimo* de servicios clínicos esenciales, tal como éstos se definen en el texto. Habrá muchos países que, si tienen los recursos necesarios, quizás deseen definir ese conjunto mínimo en términos más amplios.

Fuente: Cálculos del Banco Mundial.

costos a niveles moderados para versiones mínimas de ese conjunto básico. El costo es de alrededor de \$8 por persona y año en los países de ingreso bajo y de \$15 en los de ingreso mediano. Esa diferencia en cuanto a costo es resultado de estructuras demográficas, condiciones epidemiológicas y costos laborales diferentes en unos y otros. Cuando se agrega el costo de las intervenciones de salud pública descritas, los costos totales aumentan a \$12 per cápita en los países de ingreso bajo y a \$22 per cápita en los de ingreso mediano.

La adopción del conjunto de medidas y servicios en todos los países en desarrollo exigiría que los gastos en salud pública se cuadruplicasen, de los \$5.000 millones actuales a \$20.000 millones al año, y que el gasto en servicios clínicos esenciales aumentase de alrededor de \$20.000 millones a \$40.000 millones. En los países más pobres, el gasto público en salud suele ser de unos \$6 por persona y el total de gastos por ese concepto es de aproximadamente \$14 por persona. En ellos, financiar el conjunto de servicios esenciales requerirá una combinación de aumento de los gastos por parte de los gobiernos, los organismos donantes y los pacientes, y alguna reorientación del gasto público actual en salud. En los países de ingreso mediano, donde este gasto es como promedio de \$62 por persona, el costo del conjunto de medidas y servicios, de \$22 per cápita, es viable desde el punto de vista financiero, si existe el compromiso político de reorientar los recursos disponibles, de los servicios discrecionales de menor eficacia en función de los costos hacia los programas de salud pública y la asistencia clínica esencial. Estos importantes cambios no pueden hacerse de la noche al día, pero es importante iniciarlos y llevarlos a cabo con la mayor celeridad posible, antes de que los grupos de intereses y la inercia burocrática socaven las reformas.

Una cuestión de importancia crítica que es necesario plantearse al diseñar el conjunto de servicios clínicos esenciales es la referente al alcance del financiamiento público. ¿Deben los gobiernos pagar los servicios para todo el mundo, o sólo para los pobres? El principal problema del financiamiento público universal es que subvenciona a las personas acomodadas, que pueden permitirse pagar sus propios servicios, y con ello se reducen los recursos públicos disponibles para los pobres. Por otro lado, la política de exigir que los que pueden hacerlo sufragan la totalidad o una parte de sus gastos, si bien puede parecer sensata por razones de equidad, tiene también sus desventajas. Con frecuencia, los costos administrativos de orientar la atención de salud a beneficiarios específicos son elevados, y la exclusión de los grupos de población ricos y de ingresos medianos puede llevar a una erosión del respaldo político a la adopción del conjunto de servicios esenciales y a una disminución del financiamiento y la calidad de la atención. Además, los problemas de la escalada de los costos y del acceso a los seguros por parte de los grupos de alto riesgo pueden complicar la cuestión del financiamiento privado. Por estos motivos, en la mayoría de los países miembros de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) los gobiernos financian conjuntos de servicios esenciales ampliamente definidos (u ordenan su financiamiento) para prácticamente todos sus ciudadanos.

En los países de ingreso bajo, en los que el gasto público actual en salud es menor que el costo de un conjunto de servicios esenciales, es inevitable que haya cierto grado de orientación de éstos hacia grupos específicos. Si los ciudadanos acomodados ya se excluyen a sí mismos de los servicios que financia el Estado debido a la mejor calidad y comodidad de los financiados por el sector privado, usar un enfoque selectivo es bastante fácil. Los planes de financiamiento comunitario, conforme a los cuales los pacientes que acuden a los centros de salud y las farmacias locales hacen pequeños pagos, son otra opción que puede ayudar a mejorar la calidad de la atención y, además, cuando esos pagos se retienen y administran a nivel local, pueden contribuir al sostenimiento de los servicios. En un gran número de países africanos, el sistema de financiamiento comunitario ha tenido buenos resultados iniciales como parte de la Iniciativa de Bamako, impulsada por el UNICEF y la OMS. No obstante, la experiencia adquirida hasta la fecha indica que la introducción de cargos a los usuarios a niveles que no desalienten a los pobres es probable que sea más útil para mejorar la eficiencia técnica (por ejemplo, al facilitar el suministro de medicamentos) que para conseguir ingresos sustanciales a nivel nacional.

La reforma de los sistemas de salud; promover la diversidad y la competencia

Garantizar la prestación de servicios básicos de salud pública y asistencia clínica esencial al tiempo que el resto del sistema de salud pasa a autofinanciarse requerirá reformas importantes de dicho sistema y una considerable reasignación del gasto público. Sólo mediante la reducción o eliminación de los gastos en servicios clínicos discrecionales podrán los gobiernos concentrarse en garantizar una asistencia clínica eficaz en función de los costos para la población pobre. Una manera de hacerlo es cobrar a los pacientes acomodados que usen los hospitales y servicios estatales. En Chile, Kenya, Lesotho y otros países, los respectivos gobiernos están elevando los cargos que se cobran a las personas en mejor situación económica y a las cubiertas por seguros, y reforzando los sistemas jurídicos y administrativos para facturar a los pacientes y recaudar ingresos.

La promoción de los planes de seguros que se autofinancian, con lo que se eliminan subvenciones cuantiosas y poco equitativas a los grupos de población en mejor situación económica que están cubiertos por seguros, ayudará también a liberar fondos estatales para destinarlos a programas de salud pública y servicios clínicos esenciales. Las subvenciones que toman la forma de desgravaciones de impuestos por concepto de aportaciones a seguros médicos privados equivalen a casi una quinta parte del gasto público total para fines de salud en Sudáfrica. En América Latina están muy extendidas las subvenciones a los sistemas de seguros sociales, a través de desgravaciones de impuestos, transferencias directas para cubrir déficit operacionales de los fondos de salud de la seguridad social y recursos públicos de contrapartida en calidad de contribuciones a las nóminas de empleados. En los casos en que esas subvenciones benefician sólo a los grupos más acomodados de la sociedad, será necesario ir reduciéndolas.

Las reformas suponen reorientar el gasto público nuevo en salud, del personal, los equipos y los establecimientos de asistencia sanitaria especializados de la cúspide de los sistemas de salud hacia la base de la pirámide, compuesta por servicios ampliamente accesibles en instalaciones y centros de salud comunitarios. Muy pocas intervenciones eficaces en función de los costos dependen de hospitales modernos y médicos especialistas; todas las contenidas en el conjunto mínimo de servicios clínicos esenciales que se propone en este Informe pueden ofrecerse en centros de salud y hospitales de distrito. A pesar de ello, los establecimientos especializados absorben en todas partes una gran cantidad de recursos públicos, problema que con frecuencia se ha visto exacerbado por inversiones de los donantes en centros médicos de nivel terciario. En los años ochenta, Papua Nueva Guinea, a fin de corregir la concentración excesiva de recursos en los servicios del nivel superior, limitó el gasto público en hospitales a un 40% del presupuesto ordinario del Ministerio de Salud, porcentaje muy inferior al de la mayoría de los países en desarrollo.

Los gobiernos tienen que aplicar políticas de financiamiento de la capacitación (incluido el uso de mecanismos de servicio nacional) que sean más eficaces de cara a satisfacer las necesidades de personal de atención primaria de salud, en particular de enfermería y partería, así como de salud pública, políticas de salud y administración. Al mismo tiempo, tienen que limitar o eliminar las subvenciones para la formación de especialistas. Un mayor respaldo oficial a los sistemas de información sobre salud e investigación de operaciones ayudaría a guiar las políticas públicas en esta esfera. Las estimaciones de la carga nacional de la morbilidad conforme a los lineamientos de la metodología usada en este Informe para calcular la carga global de la morbilidad, junto con información local sobre la eficacia en función de los costos de las distintas intervenciones, permitirán a los gobiernos ordenar de forma apropiada las prioridades en materia de salud.

En todos los países en desarrollo es necesario tomar con decisión medidas para corregir la ineficiencia generalizada de los programas y establecimientos de asistencia clínica, especialmente cuando se trata de servicios estatales. Las clínicas y los programas de alcance exterior funcionan deficientemente debido a que los medicamentos, el transporte y el mantenimiento escasean. Los hospitales retienen a los pacientes más tiempo del necesario y están mal organizados y administrados. Los países pagan demasiado por medicamentos de escasa eficacia, y las medicinas y los materiales son objeto de robos o se echan a perder en los almacenes y hospitales estatales.

A corto plazo, las reformas relativas al uso de fármacos son las que ofrecen las mayores posibilidades de progreso en cuanto a eficiencia; los países que han introducido la competencia en la adquisición de medicamentos han logrado habitualmente ahorros de 40% a 60%. Los gobiernos pueden también elaborar listas de medicinas esenciales, integradas por un número limitado de productos poco costosos con los que se aborden los problemas de salud importantes de la población. Muchos países tienen esas listas, pero no todos las usan para orientar la selección y adquisi-

ción de medicamentos para el sector público. También los nuevos protocolos para el tratamiento de enfermedades y los usos alternativos de las instalaciones médicas pueden contribuir a una mayor eficiencia. Algunas intervenciones quirúrgicas que habitualmente se han realizado hospitalizando al paciente pueden llevarse a cabo en régimen ambulatorio, con ahorros considerables.

A largo plazo, la descentralización puede contribuir a incrementar la eficiencia cuando en los niveles inferiores del sistema nacional de salud hay capacidad suficiente y responsabilidad de rendición de cuentas. Algunos países, como Botswana y Ghana, han delegado una amplia variedad de responsabilidades administrativas en las oficinas regionales y distritales de sus ministerios de salud, y otros, entre ellos Chile y Polonia, han traspasado facultades y recursos a los organismos gubernamentales locales. Su experiencia ofrece prueba de que es posible el éxito, pero también de que la descentralización apresurada y sin planear, realizada a veces tan sólo como reacción a presiones políticas, puede plantear nuevos problemas.

La mayor utilización del sector privado en la prestación de atención clínica, tanto la incluida por un país en su conjunto de servicios clínicos esenciales como la discrecional, puede contribuir a elevar el grado de eficacia. El sector privado atiende ya a una clientela amplia y diversa en los países en desarrollo, y con frecuencia presta servicios de mayor calidad, sin tener que soportar las largas colas y los suministros insuficientes que suelen ser frecuentes en los servicios estatales. En muchos países, los médicos y las farmacias privados enfrentan obstáculos legales y administrativos innecesarios que es preciso eliminar, pero también es necesario contrarrestar la tendencia de los que prestan servicios de salud con fines de lucro a recetar demasiados medicamentos y aconsejar pruebas de diagnóstico y procedimientos excesivos. Un enfoque factible para ello es alentar a ese sector de atención de salud privado a pasar del sistema de honorarios por servicios al de cobertura pagada por anticipado (por ejemplo, fomentando las organizaciones de medicina preventiva).

Los gobiernos también podrían subvencionar a los proveedores de asistencia sanitaria del sector privado que prestan servicios clínicos esenciales a los pobres. Esto ya ha empezado a suceder, pero es preciso seguir adelante por ese camino; en muchos países africanos, entre ellos, Malawi, Uganda y Zambia, los gobiernos subvencionan los gastos operacionales de los hospitales y clínicas de confesiones religiosas en las zonas rurales, así como la capacitación de su personal sanitario. En Bangladesh, Kenya, Tailandia y otros países, los gobiernos, con la asistencia de los donantes, respaldan la labor de las parteras tradicionales en la esfera de la atención para el embarazo y el parto sin riesgo, así como la que realizan los curanderos en la lucha contra enfermedades infecciosas, como el paludismo, la diarrea y el SIDA.

La reglamentación es un elemento esencial de los esfuerzos gubernamentales orientados a estimular la prestación de servicios de salud por el sector privado. En la mayoría de los países, los gobiernos tienen una importante función que desempeñar para garantizar la calidad de esa asistencia, por medio de la acreditación de hospitales y laboratorios, el otorgamiento de licencias a las escuelas de medi-

cina y los doctores, la fijación de normas para los medicamentos y el examen de las prácticas médicas. Algunos países en los que la capacidad gubernamental para establecer una normativa en esa esfera es especialmente deficiente podrían investigar la posibilidad de la autoreglamentación de los proveedores de asistencia sanitaria, en tanto que fortalecen la capacidad de su sector público. En Brasil ya se están realizando experimentos de este tipo en el caso de las asociaciones hospitalarias locales y las juntas de ética médica.

Igualmente importante es la reglamentación estatal de los seguros. En algunos países se niegan seguros médicos a una parte de la población, debido a prejuicios de selección por parte de las compañías de seguros privados voluntarios. En Estados Unidos, millones de personas con elevados riesgos de salud —y, por lo tanto, muy necesitadas de seguro médico— no pueden obtener una cobertura asequible. Ciertas clases de planes de seguros parecen también contribuir a empujar al alza los costos de la asistencia sanitaria, en particular los sistemas con terceros y los que reembolsan a los hospitales y médicos por todos y cada uno de los servicios prestados, partida por partida. En la República de Corea, que tiene un sistema de seguro social universal, y en Estados Unidos, donde prevalecen sobre todo los seguros privados, la atención de salud absorbe ya una proporción extraordinariamente alta del PNB, y los costos siguen subiendo. En el decenio de 1980, por ejemplo, el gasto en salud aumentó en Corea de 3,7% a casi 7% del PNB, debido en gran parte a la expansión de los seguros por cuenta de terceros en combinación con el pago de honorarios a los proveedores por servicios prestados.

A fin de eliminar prejuicios de selección y ampliar la cobertura de los seguros, los gobiernos pueden exigir que las compañías aseguradoras se unan para hacer frente colectivamente a los riesgos de grandes números de personas. En lo referente al control de los costos, las autoridades tienen varias opciones para limitar los pagos a los proveedores de los servicios. Un procedimiento es alentar el pago anticipado de una cantidad fija por cada persona, como se hace ahora en varias organizaciones privadas de medicina preventiva y en el National Health Service del Reino Unido. Otro método es que los aseguradores negocien conjuntamente con los médicos y hospitales el pago de tarifas uniformes, tal como se hace en los sistemas de seguro social del Japón y de seguro privado de asistencia médica de Zimbabwe; también, los propios aseguradores pueden fijar las tarifas de los pagos correspondientes a diagnósticos médicos específicos, como se hace en Brasil. Un tercer sistema, que se ha ensayado en escala limitada en Estados Unidos, es el de la "competencia dirigida", con el que se abordan simultáneamente los tres objetivos de un gasto en salud eficaz en función de los costos, cobertura universal del seguro y contención de los costos por medio de una competencia estrictamente regulada entre compañías que proporcionan un conjunto específico de servicios de salud mediante el pago de una tarifa anual fija. Cada uno de estos métodos ha demostrado su viabilidad, pero también sus limitaciones y desventajas. Para los responsables de la política sanitaria no hay respuestas sencillas.

Un programa de acción

La adopción por los gobiernos de los países en desarrollo de las principales recomendaciones sobre política sanitaria que se hacen en este Informe haría mejorar enormemente las condiciones de salud de sus poblaciones, en especial entre las unidades familiares pobres, y ayudaría también a controlar el gasto por ese concepto (Cuadro 3). Podrían salvarse millones de vidas y ahorrarse miles de millones de dólares. La adopción de los conjuntos de medidas de salud pública y de servicios clínicos esenciales, el seguimiento de estrategias de crecimiento económico que reduzcan la pobreza y el aumento de la inversión en educación para las niñas sería lo que tendría mayor rentabilidad en términos de evitación de muertes y reducción de la discapacidad. Con la disminución del gasto público en establecimientos de asistencia sanitaria de nivel terciario, en formación de especialistas y en servicios clínicos, de menor eficacia en función de los costos, se ayudaría a incrementar la efectividad del gasto en salud. También contribuiría a ello el alentar la competencia en la prestación de servicios de salud y la reglamentación de los seguros y de los sistemas de pagos a los proveedores de los servicios.

Estas recomendaciones facilitarían el avance hacia el logro de la meta contenida en la declaración de la histórica Conferencia de Alma-Ata de 1978: "... que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva." Esta meta recibió impulso adicional en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, celebrada en 1990. Casi 150 gobiernos han firmado ya compromisos respecto de metas específicas para que sus países mejoren la salud de los niños y las mujeres (Recuadro 2). Entre esas metas se cuentan: reducir, con respecto a 1990, la tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años en una tercera parte, o a un nivel de 70 por 1.000 nacidos vivos, si ello representa una mayor reducción; reducir la tasa de mortalidad materna en un 50%; erradicar la poliomielitis, y lograr disminuciones importantes de la morbilidad y la mortalidad derivadas de otras varias enfermedades. También se adoptaron compromisos en relación con mejoras específicas en las esferas de la educación, la nutrición, el abastecimiento de agua y el saneamiento. Estos compromisos subrayan el potencial político que los programas de acción tienen para mejorar las condiciones de salud.

La pertinencia de las recomendaciones principales de este Informe varía de un entorno a otro. En los países de ingreso bajo, el acento renovado en la escolaridad básica para las niñas, el fortalecimiento de los programas de salud pública y el respaldo al aumento del financiamiento de los servicios clínicos esenciales por el sector público deberían figurar a la cabeza de la lista de las políticas a adoptar. En cuanto a los países de ingreso mediano, en la mayoría de ellos estas políticas siguen siendo igualmente pertinentes, pero la reducción de las subvenciones estatales de los seguros y los servicios discrecionales produciría también grandes beneficios y, por lo tanto, debería constituir un elemento fundamental de la reforma de sus políticas. En los países europeos antes socialistas, dos clases de políticas que revisten importancia

Cuadro 3 Contribución de la reforma de las políticas al logro de los objetivos fijados para el sector de salud

Objetivos y políticas gubernamentales	Contribución al logro de los objetivos		
	Mejora las condiciones de salud	Facilita llegar a los desfavorecidos	Contiene los costos
Fomentar un entorno que permita a las unidades familiares mejorar su salud			
Seguir políticas de crecimiento económico que beneficien a los pobres			
Ampliar las inversiones en educación, en particular para las niñas			
Proteger los derechos y la condición de las mujeres facultándolas política y económicamente y dotándolas de protección legal frente a abusos			
Mejorar el gasto público en salud			
Reducir el gasto público en centros asistenciales de nivel terciario, formación de especialistas y servicios de escasa utilización en función de los costos			
Financiar y asegurar la adopción de un conjunto de medidas de salud pública, incluida la prevención del SIDA			
Financiar y asegurar la prestación de un conjunto de servicios clínicos esenciales			
Mejorar la gestión de los servicios de salud estatales			
Promover la diversidad y la competencia			
Alentar la oferta de seguros sociales o privados (con controles e incentivos para aumentar la equidad y la eficiencia) que cubran los servicios clínicos no incluidos en el mínimo esencial			
Alentar la competencia en la prestación de servicios clínicos (incluidos los financiados con fondos públicos)			
Dotar de información sobre desempeño de los que prestan los servicios y sobre los costos de éstos			

Muy considerable
 Considerable
 Moderada
 Ninguna contribución

particularmente crucial son las orientadas a la mejora de la administración de los servicios de salud estatales y al establecimiento de sistemas sostenibles de financiamiento de los mismos que mantengan la cobertura universal fomentando al mismo tiempo la competencia entre proveedores de los servicios con conciencia de los costos.

A primera vista, podría parecer que la adopción de las principales recomendaciones del Informe será cosa fácil. Para poder llegar a la mayoría de los habitantes del mundo en desarrollo con el conjunto mínimo de medidas de salud pública y servicios clínicos esenciales eficaces en función de los costos, será necesario reorientar alrededor de la mitad de los gastos públicos que actualmente se destinan a otros

servicios más discrecionales. En la práctica, el cambio será difícil, ya que puede salir perdiendo toda una variedad de grupos de intereses, desde los proveedores de servicios médicos a los beneficiarios acomodados de las subvenciones estatales hasta las empresas de productos farmacéuticos protegidas. Llevará años poner en vigor muchas de las reformas, debido a que representan una reorientación importante de los recursos públicos y requieren la creación de nuevas capacidades institucionales.

Algunos países en desarrollo han demostrado ya en los últimos años que se pueden introducir reformas amplias en el sector de salud cuando hay suficiente decisión política y cuando los cambios de los sistemas de salud los formulan e

Recuadro 2 La Cumbre Mundial en Favor de la Infancia

La declaración y el plan de acción adoptados en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, celebrada en Nueva York en 1990, incorporan un programa de salud sobresaliente desde el punto de vista político. La Cumbre se centró en particular en las necesidades de los niños y las mujeres, pero encuadradas en un contexto más amplio de metas para todos los seres humanos y las comunidades. Los 71 jefes de Estado que asistieron y los 77 más que posteriormente han firmado la declaración comprometieron a sus países a preparar programas nacionales de acción para alcanzar esas metas. Hasta la fecha, han formulado programas de esa índole unos 85 países, y otros 60 están en proceso de hacerlo.

Entre otros aspectos, los programas nacionales de acción suelen abarcar los siguientes: atención primaria de salud, planificación de la familia, agua potable, saneamiento ambiental, nutrición y educación básica. Debido a que se concentran en el bienestar de los niños, estos programas trascienden diferencias políticas y ofrecen los medios de movilizar a la totalidad de la sociedad civil —asociaciones cívicas y de vecinos, grupos religiosos y organismos profesionales, empresas, organizaciones voluntarias, sindicatos y universidades— en pro de la causa de la inversión en mejores condiciones de salud.

Los programas nacionales de acción están integrándose en los planes de desarrollo de los países. En ellos se fijan metas medibles y factibles —que han de alcanzarse en el año 2000 o antes—, adaptadas a las realidades de cada país. Al cuantificar los recursos que se requieren para alcanzar esas metas, los programas ayudan a identificar los cambios que es preciso introducir en los presupuestos nacionales y

en la ayuda exterior a fin de atenerse a las prioridades en materia de perfeccionamiento de los recursos humanos.

Las metas de salud del plan de acción de la Cumbre son:

- Erradicación mundial de la poliomielitis para el año 2000
- Eliminación del tétanos neonatal para 1995
- Reducción del 95% de las defunciones por sarampión y reducción del 90% de los casos de esta enfermedad para 1995
- Logro y mantenimiento de un alto nivel de cobertura de inmunización de por lo menos el 90% de los niños de un año para el año 2000, así como inmunización universal contra el tétanos para las mujeres en edad de procrear
- Reducción del 50% de las defunciones de niños menores de cinco años como consecuencia de la diarrea y del 25% en la tasa de incidencia de las enfermedades diarreicas
- Reducción de la tercera parte de las defunciones a consecuencia de infecciones agudas de las vías respiratorias en los niños menores de cinco años
- Eliminación virtual de la deficiencia de vitamina A y de las enfermedades causadas por carencia de yodo
- Reducción de la tasa de bajo peso al nacer (2,5 kilogramos o menos) a no más del 10%
- Reducción de una tercera parte en los niveles de anemia ferropénica registrados entre las mujeres en 1990
- Acceso de todas las mujeres embarazadas a la atención prenatal, a personal capacitado para asistir en el alumbramiento y a servicios de consulta para los casos de embarazo de alto riesgo y situaciones de emergencia obstétrica.

El plan de acción de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia concuerda en términos generales con las recomendaciones que se hacen en este Informe.

introducen planificadores y administradores capacitados. Zimbabwe ha impuesto una moratoria de diez años a las nuevas inversiones en los hospitales centrales y se ha concentrado en la mejora de los centros de salud y otros servicios a nivel de distrito. Túnez ha convertido 11 grandes hospitales estatales en establecimientos semiautónomos con fuertes incentivos para obtener mejores resultados. En los años ochenta Chile delegó la responsabilidad de la totalidad de su sistema de asistencia clínica primaria en los gobiernos locales y fomentó una mayor competencia entre los sectores público y privado en la prestación de los servicios de salud y en los seguros médicos. Corea y Costa Rica han conseguido la cobertura médica universal con seguros sociales.

La comunidad internacional puede hacer más en apoyo de la reforma de las políticas sanitarias. En 1990 los donantes desembolsaron alrededor de \$4.800 millones en asistencia para fines de salud, es decir, aproximadamente un 2,5% del gasto total de los países en desarrollo por ese concepto. La proporción de la asistencia total para desarrollo destinada a salud bajó ligeramente en los años ochenta, de 7% a 6%, a pesar de los numerosos llamamientos a favor del aumento de las inversiones en perfeccionamiento de los recursos humanos, incluida la salud. Como primer paso inmediato, los donantes tienen que restablecer esa proporción a su nivel

anterior, y se puede justificar fácilmente un incremento más sustancial, dada la importancia que reviste la salud para la reducción de la pobreza y la considerable diferencia que hay entre el gasto actual y el que se necesita efectuar en programas de salud pública y servicios clínicos mínimos. Con \$2.000 millones más al año de ayuda de los donantes se cubriría alrededor de una cuarta parte de los costos de estabilizar la epidemia de SIDA (\$500 millones) y una sexta parte de los recursos adicionales que se requieren para proporcionar a los países de ingreso bajo el conjunto de medidas de salud pública y asistencia clínica esencial (\$1.500 millones de los \$10.000 millones necesarios).

El aumento de la asistencia externa para investigaciones en el campo de la salud, centradas en los principales problemas sanitarios que afectan a los países en desarrollo —como el descubrimiento de nuevos medicamentos y vacunas nuevas o mejoradas contra el paludismo—, podría tener una rentabilidad muy alta y se apoyaría en la ventaja comparativa de los países donantes en la esfera de las investigaciones científicas. El hecho de que la mayoría de las investigaciones en la esfera de la salud beneficien a muchos países justifica aún en mayor medida la asistencia de los donantes, en particular a través de mecanismos de colaboración internacional tan eficaces como el Programa Especial

de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales.

Los donantes y los gobiernos de los países en desarrollo también pueden hacer mucho por mejorar la eficacia de la ayuda para fines de salud. Esto es especialmente importante en los países de ingreso bajo de África, donde la ayuda exterior representa ya en promedio un 20% del gasto en salud; en Burundi, Chad, Guinea-Bissau, Mozambique y Tanzania, la proporción es superior al 50%. Incluso en otras regiones en desarrollo donde la ayuda asciende a 2% o menos del gasto en salud, la mejor administración de esos fondos y su orientación más atinada hacia grupos específicos podrían actuar de catalizador de la reforma de las políticas.

La reorientación de la ayuda de los donantes, de los hospitales y la formación de especialistas hacia los programas de salud pública y los servicios clínicos esenciales —en particular para la lucha contra la tuberculosis, el programa PAI Plus, la prevención del SIDA y la reducción del consumo de tabaco—, representaría una contribución significativa a esa reforma de las políticas. También lo sería el apoyo a la formación de capacidades. Los países que estén dispuestos a emprender reformas importantes de sus políticas de salud deberían ser buenos candidatos para el otorgamiento de un mayor volumen de ayuda, incluido el financiamiento por los donantes de los gastos ordinarios. Un número cada vez mayor de donantes, entre los que se cuenta el Banco Mundial,

respaldan actualmente esta clase de reforma sectorial amplia. La coordinación más estrecha de la labor de los donantes, en particular a nivel de los países en desarrollo clientes individualmente considerados, haría mejorar las repercusiones positivas de la ayuda en la salud, como lo demuestra lo ocurrido en Bangladesh, Senegal y Zimbabwe.

La adopción de políticas de salud adecuadas puede reportar enormes beneficios para el mundo en desarrollo. Las posibilidades de cambio en los años que quedan del presente decenio son muy grandes, a medida que más países alientan una participación política amplia y la asunción de responsabilidades públicas, que mejoran los niveles de educación y conocimientos, y que aumenta la comprensión de la biología humana, la salud pública y los sistemas de atención de salud. Si se toman las decisiones correctas en cuanto a las políticas, la rentabilidad será alta. El impulso de las reducciones pasadas de la carga de las enfermedades infecciosas en los países en desarrollo se puede mantener y acelerar. La propagación de la epidemia de SIDA se puede desacelerar o reducir. Los problemas incipientes de las enfermedades no transmisibles en las poblaciones que envejecen se pueden atender sin un aumento rápido de los gastos en salud. Al fin y a la postre, todo esto se traducirá en vidas más prolongadas, saludables y productivas para los pueblos de todo el mundo, y especialmente para los 1.000 millones de personas que actualmente viven en condiciones de pobreza.

Recuadro 1.3 Medición de la carga de la morbilidad

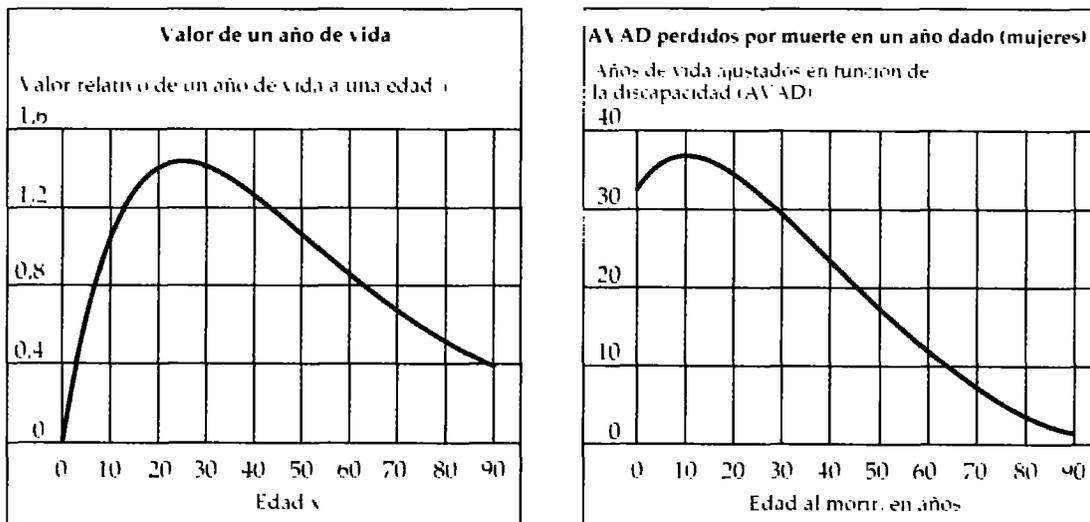
Casi todas las evaluaciones de la importancia relativa de las diferentes enfermedades se basan en el número de muertes que causan. Esta convención tiene algunos méritos: la muerte es un acontecimiento sin ambigüedades y los sistemas estadísticos de muchos países generan rutinariamente los datos necesarios. No obstante, hay muchas enfermedades o condiciones que no son fatales pero que provocan grandes pérdidas en términos de vida saludable; por ejemplo, cabe citar la depresión crónica y la parálisis provocada por la poliomielitis. Estas afecciones se dan con frecuencia, pueden durar mucho tiempo y a menudo plantean fuertes demandas en los sistemas de salud.

Con objeto de cuantificar la pérdida total de vida saludable, el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud realizaron en colaboración un ejercicio para este Informe. Las enfermedades fueron clasificadas en 109 categorías, basándose en la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (novena revisión). Estas categorías comprenden todas las causas de defunción posibles y alrededor de 95% de las posibles causas de discapacidad. Utilizando la causa de defunción notificada si estaba disponible, y la opinión de peritos en los casos en que no existían registros, se asignaron a estas categorías todas las defunciones ocurridas en 1990, clasificadas por edad, sexo y región demográfica. Para cada defunción, el número de años de vida perdidos se definió como la diferencia entre la edad real en el momento de morir y la esperanza de vida a esa edad en una población de baja mortalidad. En el caso de las discapacidades, se estimó la incidencia de casos por edad, sexo y región demográfica, basándose en encuestas comunitarias o, a falta de éstas, en la opinión de peritos; luego se

calculó el número de años de vida saludable perdidos multiplicando la duración prevista de la afección (hasta la remisión o defunción del enfermo) por un valor relativo de la gravedad, que mide la gravedad de la discapacidad en comparación con la pérdida de la vida. Las enfermedades se agruparon en seis clases, según la gravedad de la discapacidad; por ejemplo, se asignó una ponderación por gravedad de 0,22 a la clase 2, que incluye la mayor parte de los casos de lepra y la mitad de los casos de enfermedades inflamatorias de la pelvis de la mujer, y a la clase 4, que comprende un 30% de los casos de demencia y el 50% de los de ceguera, se le atribuyó una ponderación de 0,6. A continuación, en el estudio se combinaron las pérdidas por defunción y por discapacidad, incluyéndose una tasa de actualización de 3% (a fin de valorar los años de vida saludable futuros a niveles progresivamente inferiores) y ponderaciones por edad (a fin de asignar valores relativos diferentes a los años de vida perdidos a diferentes edades). El valor de cada año de vida perdido, que aparece en la sección izquierda de la Figura R-1.3, se eleva verticalmente, de cero en el momento de nacer hasta su valor máximo a los 25 años, y luego disminuye de forma gradual a medida que avanza la edad. Estas ponderaciones por edad reflejan una opinión consensual, pero podrían emplearse otras pautas, como ponderaciones uniformes por edad, en que cada año de vida tuviera el mismo valor, lo que haría aumentar la importancia relativa de las enfermedades infantiles.

La combinación de la tasa de actualización y las ponderaciones por edad produce la pauta de AVAD (años de vida ajustados en función de la discapacidad) perdidos a

Figura R-1.3 Composición por edades de las ponderaciones por edad y las pérdidas de AVAD



Fuente: Datos del Banco Mundial

Cuadro R-1.3 Distribución de la pérdida de AVAD por causa y región demográfica, 1990
(porcentajes)

Causa	Todo el mundo	Africa al Sur del Sahara	India	China	Otros países asiáticos e insulares	América Latina y el Caribe	Arco del Oriente Medio	Países europeos antes socialistas	Países con economía de mercado consolidada
Población (millones)	5,267	510	850	1,134	683	444	503	346	798
Enfermedades transmisibles	45,8	71,3	50,5	25,3	48,5	42,2	51,0	8,6	9,7
Tuberculosis	3,4	4,7	3,7	2,9	5,1	2,5	2,8	0,6	0,2
ETS y VIH	3,8	8,8	2,7	1,7	1,5	6,6	0,7	1,2	3,4
Diarrea	7,3	10,4	9,6	2,1	8,3	5,7	10,7	0,4	0,3
Infecciones infantiles evitables mediante vacunación	5,0	9,6	6,7	0,9	4,5	1,6	6,0	0,1	0,1
Paludismo	2,6	10,8	0,3	*	1,4	0,4	0,2	*	*
Helmintiasis	1,8	1,8	0,9	3,4	3,4	2,5	0,4	*	*
Infecciones de las vías respiratorias	9,0	10,8	10,9	6,4	11,1	6,2	11,5	2,6	2,6
Causas maternas	2,2	2,7	2,7	1,2	2,5	1,7	2,9	0,8	0,6
Causas perinatales	7,3	7,1	9,1	5,2	7,4	9,1	10,9	2,4	2,2
Otras	3,5	4,6	4,0	1,4	3,3	5,8	4,9	0,6	0,5
Enfermedades no transmisibles	42,2	19,4	40,4	58,0	40,1	42,8	36,0	74,8	78,4
Cáncer	5,8	1,5	4,1	9,2	4,4	5,2	3,4	14,8	19,1
Deficiencias nutricionales	3,9	2,8	6,2	3,3	4,6	4,6	3,7	1,4	1,7
Enfermedades neuropsiquiátricas	6,8	3,3	6,1	8,0	7,0	8,0	5,6	11,1	15,0
Enfermedades cerebrovasculares	3,2	1,5	2,1	6,3	2,1	2,6	2,4	8,9	5,3
Cardiopatía isquémica	3,1	0,4	2,8	2,1	3,5	2,7	1,8	13,7	10,0
Obstrucción pulmonar	1,3	0,2	0,6	5,5	0,5	0,7	0,5	1,6	1,7
Otras	18,0	9,7	18,5	23,6	17,9	19,1	18,7	23,4	25,6
Traumatismos	11,9	9,3	9,1	16,7	11,3	15,0	13,0	16,6	11,9
Vehículos motorizados	2,3	1,3	1,1	2,3	2,3	5,7	3,3	3,7	3,5
Intencionales	3,7	4,2	1,2	5,1	3,2	4,3	5,2	4,8	4,0
Otros	5,9	3,9	6,8	9,3	5,8	5,0	4,6	8,1	4,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Millones de AVAD	1.362	293	292	201	177	103	144	58	94
Equivalente en defunciones infantiles (millones)	42,0	9,0	9,0	6,2	5,5	3,2	4,4	1,8	2,9
AVAD por 1.000 habitantes	259	575	344	178	260	233	286	168	117

*Menos de 0,05%.

Nota: AVAD = año de vida ajustado en función de la discapacidad; ETS = enfermedad de transmisión sexual; VIH = virus de la inmunodeficiencia humana.

Fuente: Datos del Banco Mundial.

causa de una defunción en cada edad. Como se aprecia en la sección derecha de la Figura R-1.3, la defunción de una recién nacida significa una pérdida de 32,5 AVAD; la defunción de una mujer a los 30 años de edad representa una pérdida de 29 AVAD, y la muerte de una mujer de 60 años equivale a una pérdida de 12 AVAD. (Los valores son ligeramente inferiores para los hombres.) La suma correspondiente a todas las edades, afecciones y regiones se denomina carga global de la morbilidad (CGM). En el Apéndice B se presenta información más detallada sobre la CGM.

La carga global de la morbilidad mide el valor actualizado de la corriente futura de vida sin discapacidades perdida como consecuencia de defunciones, enfermedades o traumatismos en 1990. Por lo tanto, se basa en acontecimientos ocurridos en 1990, pero incluye la pérdida de vida sin discapacidades en el futuro. En este Informe, la carga se expresa de tres maneras diferentes: como el número de AVAD, como un porcentaje de alguna cifra agregada mayor (por ejemplo, el porcentaje de la pérdida total atribuible a una enfermedad específica), y en relación con el tamaño de la población en 1990. Esta última medida debe interpretarse con sumo cuidado, debido a que la totalidad de la

pérdida en el futuro se expresa en relación con la población actual y la medida puede exceder fácilmente de un año por persona. Un lactante fallecido en 1990 agregó alrededor de 32 años a la carga (el valor actualizado de una esperanza de vida de unos 80 años), pero se contó como uno en la población. En el caso extremo, si la totalidad de la población mundial desapareciera en un año, la carga por 1.000 habitantes en ese año excedería de 20.000 AVAD. En consecuencia, no existe una escala absoluta con la cual comparar la CGM por 1.000 habitantes; las únicas comparaciones razonables son las hechas entre categorías, de regiones, factores de riesgo, grupos de enfermedades o sexo. En el Cuadro R-1.3 se muestra la CGM por causa y región demográfica.

El enfoque empleado para calcular la CGM también se puede usar para seguir la evolución de la salud de una nación en el transcurso del tiempo, observando las variaciones de la carga nacional de la morbilidad. Se han elaborado planes preliminares para la realización de evaluaciones iniciales a nivel nacional en Costa Rica, Sudáfrica y el estado indio de Andhra Pradesh.

Nota al Cuadro A.3 Estructura y dinámica de la población

Los datos sobre población en 1990 por países y los porcentajes correspondientes a los habitantes de menos de 15 años y de 60 años y mayores se han tomado del trabajo de Bos y colaboradores, 1992. Los totales regionales se han obtenido mediante adición. Los totales de la población de cada región proporcionan la base para las proyecciones regionales relativas al período de 1950 a 2050 elaboradas para este Informe. Las fuentes de los supuestos sobre mortalidad en los que se basan las proyecciones varían de una región a otra. En el caso de los países con economía de mercado consolidada y los países europeos antes socialistas se han utilizado datos de los registros civiles de alrededor de 1990; las tendencias futuras de la mortalidad se adaptaron luego para concordar con los datos de Bos y colaboradores, 1992, en lo referente al año 2050. En cuanto al pasado, se han usado los datos de los registros civiles y de las tablas de mortalidad oficiales en combinación con las estimaciones de la mortalidad en la niñez promediadas para los países de cada región. En el caso de China, la mortalidad en 1990 se obtuvo ajustando al alza las defunciones por edades registradas en el censo de 1990, usando un factor de ajuste de 1,20 para los hombres y de 1,25 para las mujeres; estos factores de ajuste se derivaron a partir de una comparación de las defunciones por edad y sexo con la composición de la población en 1982 y 1990. En el caso de la India se tomó para 1990 la tabla de mortalidad de 1988 del Sample Registration System, sin ningún ajuste. Para América Latina y el Caribe, la mortalidad en 1990 se basa en los datos sobre las defunciones y la composición de la población por edades correspondientes a 1990, disponibles en la base computarizada de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Para las regiones de África al Sur del Sahara, otros países asiáticos e insulares y el arco del Oriente Medio, las estimaciones de la mortalidad se han basado en cálculos de la mortalidad en la niñez específicos de cada país, combinados con indicadores de un pequeño número de tablas de mortalidad exactas acerca de la relación entre la mortalidad en la niñez y la de adultos. Las estimaciones de la fecundidad por regiones correspondientes al período de 1950 a 1990 se han calculado en función de la composición por edades en 1990 y los supuestos sobre la mortalidad. Las estimaciones de la fecundidad relativas al período de 1990 a 2050 son promedios ponderados de los valores específicos de los países usados en el trabajo de Bos y colaboradores, 1992. Las estimaciones de la migración se han obtenido indirectamente de Naciones Unidas, *World Population Prospects*, 1990. Los resúmenes regionales de varias columnas del Cuadro A.3 —*tasa total de fecundidad, total de nacidos vivos al año, esperanza de vida al nacer, edad mediana al morir, tasa de mortalidad en la niñez y tasa de mortalidad de adultos por sexo*— se han tomado directamente de las proyecciones regionales.

Los valores específicos de los países en cuanto a la *tasa total de fecundidad* y el *total de nacidos vivos al año* en 1990 se han tomado de bases de datos de proyecciones del trabajo de Bos y colaboradores, 1992. Los indicadores de la mortalidad se basan en las estimaciones de la mortalidad en la niñez correspondientes a 1960, 1975 y 1990, que, en el caso de los países en desarrollo se basan en gran medida en el ejercicio especial que se describe más adelante.

Esperanza de vida al nacer, $e(0)$, es el número de años que podría esperar vivir una persona nacida en un año determinado, dadas las tasas de mortalidad específicas por edades correspondientes a ese año. La *esperanza de vida al nacer* en 1960 y 1990, y la *tasa de mortalidad de adultos de hombres y mujeres* en 1990 se han derivado de las estimaciones de la mortalidad en la niñez correspondientes a esos años, combi-

nadas con supuestos acerca de la relación entre la mortalidad en la niñez y de adultos basados en las proyecciones específicas de países incluidas en Bos y colaboradores, 1992. La *tasa de mortalidad de adultos* de un determinado sexo es la probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años, expresada por cada 1.000. *Edad mediana al morir* es la edad por debajo de la cual se produce la mitad de todas las defunciones en un año.

La *tasa de mortalidad perinatal* es el número de defunciones perinatales (muertes fetales tardías, a las 28 semanas de gestación o después, y muertes neonatales tempranas, en los siete primeros días de vida) por cada 1.000 nacimientos. Las estimaciones de la mortalidad perinatal se han derivado de varias fuentes de datos. Se usaron los de los registros civiles para la mayoría de los países con economía de mercado consolidada y para Argentina, Chile, China, Singapur y Uruguay. En el caso de las repúblicas de la antigua Unión Soviética, los datos de los registros civiles se corrigieron a fin de tomar en cuenta faltas de notificación de muertes perinatales usando un modelo de regresión de la mortalidad perinatal a partir de la mortalidad posneonatal sobre la base de una serie de datos que abarcan alrededor de 45 años (1945-91) correspondientes a países con registros civiles completos. Para las restantes estimaciones se aprovecharon estudios basados en comunidades y hospitales, a nivel de distrito u otro nivel subnacional, que se ampliaron a nivel nacional usando el porcentaje de la población que vivía en zonas urbanas en 1990 o el porcentaje de nacimientos con atención de personal de salud especializado. Las estadísticas del estado civil correspondientes a los países con economía de mercado consolidada y la base de datos históricos se obtuvieron del National Center for Health Statistics de Estados Unidos.

La *tasa de mortalidad en la niñez* se define como la probabilidad de morir antes de la edad exacta de cinco años. Las estimaciones correspondientes al período de 1960 a 1990 se han obtenido de un ejercicio especial realizado conjuntamente para el Informe sobre el Desarrollo Mundial y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), cuyos resultados se publicarán como UNICEF, *The Progress of Nations*, 1993. (En el documento de antecedentes de Hill y Yazbeck consta la descripción de la metodología empleada.) Las fuentes de información son las que se dan en Naciones Unidas, *Child Mortality since the 1960s* (1992), ampliadas con datos de encuestas y censos disponibles recientemente. Por cada observación de mortalidad en la niñez hay una observación correspondiente de la fecha a la que se refiere la medida. Las estimaciones por puntos de la mortalidad en la niñez se obtuvieron mediante el ajustamiento de una línea a las observaciones usando mínimos cuadrados ponderados, siendo los años las variables independientes (para tener en cuenta las tendencias) y basándose las ponderaciones en consensos acerca de la solidez relativa de las estimaciones derivadas de diferentes tipos de datos. A fin de centrarse en las tasas de variación, la variable dependiente usada es el logaritmo de las tasas de mortalidad en la niñez observadas. Para las estimaciones que van más allá de la escala de las observaciones se han usado extrapolaciones; todas las estimaciones basadas en extrapolaciones aparecen en letra bastardilla. En el caso de los países no incluidos en *Child Mortality since the 1960s*, las estimaciones de la mortalidad en la niñez por períodos cronológicos se han tomado de Naciones Unidas, *Mortality of Children under Age Five*, 1988. Las estimaciones respecto de estas naciones correspondientes a años naturales se han obtenido sacando el promedio de las estimaciones de quinquenios adyacentes; así, por ejemplo, la mortalidad en la niñez en 1960 en Etiopía se obtiene sacando el promedio de los valores estimados para los períodos de 1955-60 y 1960-65.

Cuadro A.3 Estructura y dinámica de la población

Regiones demográficas y países	Población y fecundidad					Mortalidad general			Tasas de mortalidad por edades					
	Población en 1990 (millones)	Habitantes menores de 15 años, 1990 (porcentajes)	Habitantes de 60 años y mayores, 1990 (porcentajes)	Tasa total de fecundidad, 1990	Total de nacidos vivos al año, 1990 (cientos de miles)	Esperanza de vida al nacer		Edad mediana al morir, 1990	Tasa de mortalidad perinatal, 1990	Tasa de mortalidad en la niñez			Tasa de mortalidad de adultos, 1990 (15 a 59 años)	
		1960	1990	1990	1990	1960	1990	1990	1960	1975	1990	Hombres	Mujeres	
África al Sur del Sahara	510 t	46 p	5 p	6.4 p	251.8 t	43 p	52 p	5 p	68 p	251 p	212 p	175 p	381 p	322 p
Mozambique	16	44	5	6.4	7.2	39	43	2	75	280	280	280	490	421
Tanzania	25	47	5	6.6	11.7	42	49	5	71	242	202	165	379	335
Etiopía	51	47	5	7.5	26.5	37	48	4	87	294	262	197	404	329
Uganda	16	49	5	7.3	8.5	44	47	4	85	224	173	185	424	367
Burundi	5	46	5	6.8	2.7	40	47	11	87	255	209	180	424	367
Chad	6	42	6	6.0	2.5	35	47	7	74	326	271	212	415	358
Madagascar	12	46	5	6.3	5.3	42	51	11	76	250	200	170	389	333
Sierra Leona	4	43	5	6.5	1.9	34	38	2	72	391	375	360	503	436
Malawi	9	47	4	7.6	4.6	35	47	4	83	361	313	201	426	369
Rwanda	7	48	4	8.3	3.9	45	44	3	86	210	223	222	453	395
Mali	8	47	5	7.0	4.3	33	48	4	80	413	321	200	417	361
Burkina Faso	9	46	5	6.5	4.2	35	49	4	85	318	254	159	429	352
Níger	8	47	4	7.1	3.9	35	38	3	79	320	320	320	513	464
Nigeria	96	47	4	6.0	42.5	47	49	7	71	204	198	191	406	354
Kenya	24	50	4	6.6	11.1	46	59	15	77	203	139	83	315	259
Benin	5	48	5	6.4	2.2	35	50	6	69	307	228	170	387	316
República Centroafricana	3	42	5	5.8	1.3	35	55	15	64	332	209	132	346	288
Ghana	15	47	5	6.3	6.6	45	52	7	71	213	169	170	344	282
Togo	4	48	5	6.7	1.8	39	54	7	75	264	193	143	325	268
Guinea	6	46	4	6.5	2.7	35	44	2	76	347	297	268	452	395
Zimbabue	10	45	4	5.0	3.6	52	62	26	55	159	120	58	269	216
Côte d'Ivoire	12	47	4	6.7	5.4	40	57	10	68	260	194	90	332	277
Senegal	7	47	4	6.5	3.4	35	50	15	73	303	265	156	397	340
Camerún	12	46	6	5.9	4.8	40	57	16	68	265	194	125	316	256
Sudáfrica	36	38	6	4.3	12.1	48	62	41	50	192	141	91	278	209
Somalia	8	46	5	6.8	3.8	36	45	4	70	294	262	214	443	390
Zaire	37	46	4	6.3	17.0	37	49	6	68	286	223	190	387	319
Sudán	25	46	5	6.3	11.2	46	57	13	78	203	152	104	267	234
Zambia	8	49	4	6.7	4.0	45	47	11	63	213	167	190	422	354
Angola	10	45	5	6.5	4.7	35	46	3	75	346	281	214	434	381
India	850	37	7	4.0	258.1	47	58	37	64	235	195	127	272	229
China	1.134	27	9	2.5	251.3	43	69	64	25	210	85	43	201	150
Otros países asiáticos e insulares	683 t	37 p	6 p	3.3 p	188.7 t	50 p	62 p	42 p	49 p	182 p	135 p	97 p	243 p	177 p
Nepal	19	42	5	5.7	7.6	44	56	12	90	279	202	135	312	243
Camboya	8	35	5	4.6	3.3	45	50	30	85	218	239	174	347	274
Bangladesh	107	43	5	4.6	37.2	46	56	12	75	251	236	137	295	244
Rep. Dem. Pop. Lao	4	44	5	6.7	2.0	44	50	8	85	232	209	171	345	280
Sri Lanka	17	32	8	2.4	3.5	58	72	73	19	140	69	22	158	92
Indonesia	178	36	6	3.1	45.9	46	59	47	40	214	151	111	278	212
Filipinas	61	40	5	3.6	17.8	59	64	49	27	103	75	62	234	172
Papua Nueva Guinea	4	41	5	5.1	1.4	47	52	22	43	204	185	169	374	327
Tailandia	56	33	6	2.4	12.0	52	68	71	25	149	85	36	242	163
Malasia	18	38	6	3.8	5.5	58	71	63	25	106	54	20	177	120
Corea, Rep. de	43	26	8	1.8	6.9	53	72	74	10	133	29	10	149	67
Hong Kong	6	21	13	1.5	0.7	64	78	77	8	53	17	7	91	44
Singapur	3	24	8	1.9	0.5	65	74	76	8	48	16	8	135	64
Myanmar	42	37	6	3.9	12.7	43	61	41	50	234	153	101	256	187
Viet Nam	66	40	7	3.9	20.4	57	67	50	40	105	68	46	180	118
Corea, Rep. Dem. de	22	28	7	2.4	4.7	53	70	71	20	133	55	31	179	84
América Latina y el Caribe	444 t	36 p	7 p	3.3 p	124.6 t	54 p	70 p	55 p	33 p	161 p	104 p	60 p	228 p	163 p
Nicaragua	4	46	4	5.4	1.5	50	62	13	35	191	149	106	283	264
Haití	6	40	6	4.8	2.3	47	54	18	43	221	208	156	413	406
Honduras	5	45	5	5.3	2.0	49	67	23	39	203	126	62	220	162
Bolivia	7	43	5	4.9	2.6	43	60	13	37	251	205	125	330	269
Guatemala	9	45	5	5.5	3.6	49	64	23	40	205	152	84	287	227
República Dominicana	7	37	6	3.3	2.0	56	68	49	35	149	114	56	212	147
Ecuador	10	39	6	3.8	3.1	53	70	57	37	174	120	42	218	157
Perú	22	38	6	3.8	6.6	45	65	47	40	233	157	73	272	221
El Salvador	5	44	6	4.3	1.7	51	69	32	39	188	146	52	318	217
Colombia	32	35	6	2.7	7.9	58	73	66	33	132	88	21	200	109
Paraguay	4	41	5	4.7	1.5	64	70	42	37	92	70	37	261	210
Chile	13	31	9	2.6	2.9	55	73	69	14	155	68	20	214	112
Venezuela	20	38	6	3.6	5.7	67	72	62	26	78	59	26	196	105
Argentina	32	30	13	2.8	6.5	67	72	72	28	73	56	26	168	90
Uruguay	3	26	16	2.3	0.5	71	74	73	17	55	58	23	194	101
Brasil	150	35	7	3.3	40.4	52	66	57	35	179	110	69	250	182
México	86	37	6	3.3	23.8	56	70	60	30	148	95	38	212	164
Puerto Rico	4	26	14	2.3	0.6	67	76	75	18	70	27	15	155	77
Cuba	11	23	12	1.9	1.9	71	76	77	17	49	34	12	134	95

Regiones demográficas y países	Población y fecundidad					Mortalidad general			Tasas de mortalidad por edades					
	Población en 1990 (millones)	Habitantes menores de 15 años		Total de nacidos vivos al año, 1990 (cientos de miles)	Tasa total de fecundidad, 1990	Esperanza de vida al nacer		Edad mediana al morir, 1990	Tasa de mortalidad perinatal, 1990	Tasa de mortalidad en la niñez			Tasa de mortalidad de adultos, 1990 (15 a 59 años)	
		1990 (porcentajes)	Habitantes de 60 años y mayores, 1990 (porcentajes)			1960	1990			1960	1975	1990	Hombres	Mujeres
Arco del Oriente Medio	503 t	41 p	6 p	5,0 p	195,8 t	44 p	61 p	24 p	46 p	242 p	174 p	111 p	228 p	174 p
Pakistán	112	44	5	5,9	47,1	49	56	7	65	222	163	139	296	263
Yemen, Rep. del	11	49	5	7,7	6,1	33	49	4	60	378	270	183	334	327
Egipto	52	39	6	5,6	16,2	40	64	38	58	256	212	56	214	158
Marruecos	25	41	6	4,6	8,7	45	62	41	45	215	174	71	214	183
Tayikistán	5	45	6	5,0	2,0	..	65	22	37	..	115	75	190	133
Jordania	3	44	4	5,5	1,3	54	69	35	40	145	85	34	138	93
República Árabe Siria	12	48	4	6,5	5,5	47	66	23	45	199	98	44	157	121
Uzbekistán	21	42	6	4,0	6,6	..	67	37	33	..	67	60	225	135
Túnez	8	38	6	3,7	2,3	41	67	58	40	245	140	45	166	136
Kirguistán	4	38	9	3,7	1,3	..	68	64	31	..	63	53	268	131
Georgia	5	24	16	2,1	0,9	..	72	71	24	..	39	28	218	94
Azerbaiyán	7	33	9	2,7	1,7	..	69	66	30	..	69	52	239	106
Turkmenistán	4	41	6	4,1	1,2	..	64	48	41	..	101	93	270	155
Turquía	56	35	7	3,5	15,9	47	65	52	45	217	172	94	175	107
Argelia	25	44	5	5,2	9,1	43	65	47	40	242	174	82	135	105
Armenia	3	30	11	2,4	0,6	..	72	67	25	..	43	32	195	100
Irán	56	44	5	6,3	25,1	42	63	18	56	234	164	64	174	124
Kazajistán	17	32	10	2,8	3,7	..	68	65	27	..	48	39	291	131
Arabia Saudita	15	46	4	7,0	6,4	38	64	18	40	292	166	81	175	138
Israel	5	31	12	2,9	1,1	72	76	76	11	38	26	10	110	72
Afganistán	20	45	4	6,9	9,8	34	40	2	75	358	314	307	421	421
Iraq	19	47	4	6,2	8,0	52	63	24	52	163	106	72	194	129
Líbia	5	46	4	6,7	2,0	39	62	16	35	269	146	82	191	144
Países europeos antes socialistas (PEAS)	346 t	23 p	17 p	2,2 p	52,9 t	66 p	72 p	72 p	19 p	68 p	36 p	22 p	281 p	112 p
Rumania	23	24	16	2,2	3,7	63	70	71	12	82	43	31	233	119
Polonia	38	25	15	2,2	5,9	65	71	72	15	70	29	20	263	102
Bulgaria	9	20	20	1,9	1,1	67	73	73	11	62	29	21	217	97
Moldova	4	32	11	2,9	0,8	..	69	68	24	..	51	32	271	153
Ucrania	52	21	19	2,1	7,5	..	72	73	22	..	25	22	270	107
Checoslovaquia ^a	16	23	17	2,0	2,2	70	72	73	10	32	23	13	243	98
Lituania	4	30	16	2,0	0,6	..	72	73	20	..	23	18	276	108
Hungría	11	20	19	1,8	1,3	68	71	73	15	57	33	20	305	133
Belarús	10	23	18	2,2	1,6	..	73	73	21	..	22	18	272	64
Federación Rusa	148	24	17	2,3	23,5	..	71	71	22	..	33	27	304	110
Albania	3	33	8	3,0	0,8	51	70	67	45	164	71	36	250	110
Yugoslavia ^b	22	23	15	2,1	2,8	59	71	71	16	113	47	28	195	94
Países con economía de mercado consolidada (PEMC)	798 t	19 p	18 p	1,7 p	104,0 t	70 p	76 p	75 p	9 p	36 p	21 p	11 p	147 p	73 p
Portugal	10	21	18	1,6	1,3	60	75	75	13	108	49	13	169	82
Grecia	10	19	20	1,5	1,1	68	76	76	13	50	29	13	133	71
Irlanda	4	27	15	2,2	0,6	70	74	75	10	35	20	10	186	98
Nueva Zelanda	3	23	15	2,0	0,6	71	75	75	7	26	18	11	159	86
España	39	20	19	1,5	4,4	68	76	75	10	56	22	10	148	79
Reino Unido	57	19	21	1,9	7,9	71	76	77	8	27	18	9	156	87
Australia	17	22	15	1,9	2,5	71	77	76	10	24	16	9	148	74
Italia	58	16	16	1,3	5,7	68	77	77	12	56	25	11	128	72
Países Bajos	15	18	18	1,6	1,9	73	77	77	10	21	12	9	141	72
Bélgica	10	18	21	1,7	1,2	70	76	77	10	38	19	11	156	75
Austria	8	18	20	1,5	0,9	69	76	77	8	47	24	10	162	76
Francia	56	20	19	1,8	7,6	70	77	78	9	33	16	9	159	66
Canadá	27	21	16	1,8	3,9	71	77	76	8	33	16	9	146	65
Estados Unidos	250	22	17	1,9	38,6	70	76	76	10	31	19	11	157	75
Alemania	79	16	20	1,6	9,2	69	76	78	7	43	22	9	159	76
Dinamarca	5	17	20	1,6	0,6	72	75	77	9	25	12	10	162	90
Finlandia	5	20	18	1,8	0,7	63	75	76	8	27	11	8	168	86
Noruega	4	19	21	1,9	0,6	73	77	78	8	22	12	10	140	68
Suecia	9	17	23	2,0	1,2	73	78	78	7	19	10	8	135	71
Japón	124	18	17	1,6	13,5	68	79	78	6	37	11	6	120	63
Suiza	7	17	20	1,7	0,8	71	78	78	8	25	12	9	136	63
PEAS y PEMC	1.144 t	20 p	18 p	1,9 p	156,8 t	69 p	75 p	74 p	12 p	46 p	25 p	15 p	188 p	86 p
Grupo en transición demográfica	4.123 t	36 p	7 p	3,8 p	1.270,3 t	46 p	63 p	39 p	45 p	226 p	152 p	106 p	250 p	199 p
Todo el mundo	5.267 t	32 p	9 p	3,4 p	1.427,1 t	53 p	65 p	55 p	40 p	195 p	135 p	96 p	234 p	169 p

Nota: En este apéndice, se entiende por "grupo en transición demográfica" al formado por África al Sur del Sahara, India, China, otros países asiáticos e insulares, América Latina y el Caribe, y el arco del Oriente Medio. Los totales y promedios regionales incluyen información pertinente correspondiente a países menos populosos, que se enumeran en el Cuadro A.10, a excepción de la mortalidad perinatal.

a. Se refiere a la antigua Checoslovaquia, ya que aún no se dispone de datos desglosados.

b. Se refiere a la antigua República Federativa Socialista de Yugoslavia, ya que aún no se dispone de datos desglosados.

Cuadro A.9 Gasto en salud y flujos totales de asistencia externa para salud

Regiones demográficas y países	Gasto total en salud (dólares, al tipo de cambio oficial)		Gasto en salud como porcentaje del PIB			Asistencia para el desarrollo destinada a salud		
	Millones, 1990	Per cápita, 1990	Total, 1990	Sector público, 1990	Sector privado, 1990	Flujos totales de ayuda en dólares, 1990 (millones) ^a	Flujos de ayuda per cápita, 1990	Flujos de ayuda como porcentaje del gasto total en salud, 1990
Africa al Sur del Sahara	12.080 t	24 p	4,5p	2,5p	2,0p	1.251 t	2,5 p	10,4p
Mozambique	85	5	5,9	4,4	1,5	45	2,9	52,9
Tanzania	109	4	4,7	3,2	1,5	53	2,1	48,3
Etiopía	229	4	3,8	2,3	1,5	43	0,8	18,8
Uganda	95	6	3,4	1,6	1,8	46	2,8	48,4
Burundi	36	7	3,3	1,7	1,6	15	2,8	42,7
Chad	76	13	6,3	4,7	1,6	33	5,8	43,0
Madagascar	79	7	2,6	1,3	1,3	17	1,5	21,5
Sierra Leona	22	5	2,4	1,7	0,8	7	1,7	33,0
Malawi	93	11	5,0	2,9	2,1	22	2,5	23,3
Rwanda	74	10	3,5	1,9	1,6	29	4,1	39,5
Mali	130	15	5,2	2,8	2,4	36	4,3	27,7
Burkina Faso	219	24	8,5	7,0	1,5	42	4,7	19,4
Níger	126	16	5,0	3,4	1,6	43	5,6	34,0
Nigeria	906	9	2,7	1,2	1,6	58	0,6	6,4
Kenya	375	16	4,3	2,7	1,6	84	3,5	22,3
Benin	79	17	4,3	2,8	1,6	33	7,0	41,8
República Centroafricana	55	18	4,2	2,6	1,6	20	6,5	35,8
Ghana	204	14	3,5	1,7	1,8	29	1,9	14,2
Togo	67	18	4,1	2,5	1,6	14	3,9	21,0
Guinea	106	19	3,9	2,3	1,6	20	3,5	23,8
Zimbabwe	416	42	6,2	3,2	3,0	42	4,2	10,0
Côte d'Ivoire	332	28	3,3	1,7	1,6	11	0,9	3,4
Senegal	214	29	3,7	2,3	1,4	36	4,9	16,9
Camerún	286	24	2,6	1,0	1,6	38	3,3	13,4
Sudáfrica	5.671	158	5,6	3,2	2,4	2	..	..
Somalia	60	8	1,5	0,9	0,6	27	3,5	45,6
Zaire	179	5	2,4	0,8	1,5	48	1,3	26,7
Sudán	300	12	3,3	0,5	2,8	39	1,5	13,0
Zambia	117	14	3,2	2,2	1,0	6	0,7	4,9
Angola	..	..	..	..	..	28	2,8	..
India	17.740	21	6,0	1,3	4,7	286	0,3	1,6
China	12.969	11	3,5	2,1	1,4	77	0,1	0,6
Otros países asiáticos e insulares	41.752 t	61 p	4,5p	1,8p	2,7p	594t	0,9 p	1,4p
Nepal	141	7	4,5	2,2	2,3	33	1,8	23,6
Camboya	..	..	..	..	..	..	..	..
Bangladesh	715	7	3,2	1,4	1,8	128	1,2	17,9
Rep. Dem. Pop. Lao	22	5	2,5	1,0	1,5	5	1,2	22,7
Sri Lanka	305	18	3,7	1,8	1,9	26	1,5	7,4
Indonesia	2.148	12	2,0	0,7	1,3	159	0,9	7,4
Filipinas	883	14	2,0	1,0	1,0	69	1,1	7,8
Papua Nueva Guinea	142	36	4,4	2,8	1,6	7	1,8	4,9
Tailandia	4.061	73	5,0	1,1	3,9	36	0,7	0,9
Malasia	1.259	67	3,0	1,3	1,7	3	0,1	0,2
Corea, Rep. de	16.130	377	6,6	2,7	3,9	32	..	0,2
Hong Kong	4.060	699	5,7	1,1	4,6	..	..	..
Singapur	658	219	1,9	1,1	0,8	1	0,2	0,1
Myanmar	..	..	..	..	..	12	0,3	..
Viet Nam	157	2	2,1	1,1	1,0	25	0,4	15,9
Corea, Rep. Pop. Dem. de	..	..	..	..	..	..	..	..
América Latina y el Caribe	46.660 t	105 p	4,0p	2,4p	1,6p	591t	1,3 p	1,3p
Nicaragua	133	35	8,6	6,7	1,9	27	6,6	20,0
Haití	193	30	7,0	3,2	3,8	33	5,1	17,0
Honduras	134	26	4,5	2,9	1,6	20	4,0	15,1
Bolivia	181	25	4,0	2,4	1,6	37	5,1	20,3
Guatemala	283	31	3,7	2,1	1,6	32	3,4	11,1
República Dominicana	263	37	3,7	2,1	1,6	11	1,5	4,1
Ecuador	441	43	4,1	2,6	1,6	31	3,0	7,0
Perú	1.065	49	3,2	1,9	1,3	29	1,4	2,7
El Salvador	317	61	5,9	2,6	3,3	44	8,5	13,9
Colombia	1.604	50	4,0	1,8	2,2	26	0,8	1,6
Paraguay	160	37	2,8	1,2	1,6	10	2,4	6,4
Chile	1.315	100	4,7	3,4	1,4	10	0,7	0,7
Venezuela	1.747	89	3,6	2,0	1,6	2	0,1	0,1
Argentina	4.441	138	4,2	2,5	1,7	11	0,3	0,2
Uruguay	383	124	4,6	2,5	2,1	5	1,7	1,4
Brasil	19.871	132	4,2	2,8	1,4	84	0,6	0,4
México	7.648	89	3,2	1,6	1,6	65	0,8	0,9
Puerto Rico	..	..	..	..	..	..	..	..
Cuba	..	..	..	..	..	3	0,3	..

Regiones demográficas y países	Gasto total en salud (dólares, al tipo de cambio oficial)		Gasto en salud como porcentaje del PIB			Asistencia para el desarrollo destinada a salud		
	Millones, 1990	Per cápita, 1990	Total, 1990	Sector público, 1990	Sector privado, 1990	Flujos totales de ayuda en dólares, 1990 (millones) ^a	Flujos de ayuda per cápita, 1990	Flujos de ayuda como porcentaje del gasto total en salud, 1990
Arco del Oriente Medio	38.961 t	77 p	4,1p	2,4p	1,7p	453t	0,9p	1,2p
Pakistán	1.394	12	3,4	1,8	1,6	76	0,7	5,4
Yemen, Rep. del	217	19	3,2	1,5	1,7	25	2,2	11,6
Egipto	921	18	2,6	1,0	1,6	111	2,1	12,1
Marruecos	661	26	2,6	0,9	1,6	20	0,8	3,0
Tayikistán	532	100	6,0	4,4	1,6	..	..	..
Jordania	149	48	3,8	1,8	2,0	18	5,9	12,4
República Árabe Siria	283	23	2,1	0,4	1,6	20	1,6	7,1
Uzbekistán	2.388	116	5,9	4,3	1,6	..	..	..
Túnez	614	76	4,9	3,3	1,6	18	2,3	3,0
Kirguistán	517	118	5,0	3,3	1,6	..	..	..
Georgia	830	152	4,5	2,8	1,7	..	..	..
Azerbaiyán	785	98	4,3	2,6	1,7	..	..	..
Turkmenistán	459	125	5,0	3,3	1,7	2	0,5	0,4
Turquía	4.281	76	4,0	1,5	2,5	23	0,4	0,5
Argelia	4.159	166	7,0	5,4	1,6	2	0,1	0,1
Armenia	506	152	4,2	2,5	1,7	..	..	..
Irán	3.024	54	2,6	1,5	1,1	2	..	..
Kazajistán	2.572	154	4,4	2,8	1,7	..	..	..
Arabia Saudita	4.784	322	4,8	3,1	1,7	1	0,1	..
Israel	2.301	494	4,2	2,1	2,1	3	0,6	0,1
Afganistán	..	..	..	..	..	53	2,6	..
Iraq	..	..	..	..	..	4	0,2	..
Libia	..	..	..	..	..	..	..	..
Países europeos antes socialistas (PEAS)	49.143 t	142 p	3,6p	2,5p	1,0p	..	..	..
Rumania	1.455	63	3,9	2,4	1,5	..	..	..
Polonia	3.157	83	5,1	4,1	1,0	..	..	..
Bulgaria	1.154	131	5,4	4,4	1,0	..	..	..
Moldova	623	143	3,9	2,9	1,0	..	..	..
Ucrania	6.803	131	3,3	2,3	1,0	..	..	..
Checoslovaquia ^b	2.711	173	5,9	5,0	0,9	..	..	..
Lituania	594	159	3,6	2,6	1,0	..	..	..
Hungría	1.958	185	6,0	5,0	0,9	..	..	..
Belarús	1.613	157	3,2	2,2	1,0	..	..	..
Federación Rusa	23.527	157	3,0	2,0	1,0	..	..	..
Albania	84	26	4,0	3,4	0,6	..	..	..
Yugoslavia ^c	4.512	205	3,0	4,0	1,0	..	..	..
Países con economía de mercado consolidada (PEMC)	1.483.196 t	1.860 p	9,2p	5,6p	3,5p	..	..	..
Portugal	3.970	383	7,0	4,3	2,7	..	..	..
Grecia	3.609	358	5,5	4,2	1,3	..	..	..
Irlanda	3.068	876	7,1	5,8	1,4	..	..	..
Nueva Zelanda	3.150	925	7,2	5,9	1,3	..	..	..
España	32.375	831	6,6	5,2	1,4	..	..	..
Reino Unido	59.623	1.039	6,1	5,2	0,9	..	..	..
Australia	22.736	1.331	7,7	5,4	2,3	..	..	..
Italia	82.214	1.426	7,5	5,8	1,7	..	..	..
Países Bajos	22.423	1.500	7,9	5,7	2,2	..	..	..
Bélgica	14.428	1.449	7,5	6,2	1,3	..	..	..
Austria	13.193	1.711	8,3	5,5	2,8	..	..	..
Francia	105.467	1.869	8,9	6,6	2,3	..	..	..
Canadá	51.594	1.945	9,1	6,8	2,4	..	..	..
Estados Unidos	690.667	2.763	12,7	5,6	7,0	..	..	..
Alemania	120.072	1.511	8,0	5,8	2,2	..	..	..
Dinamarca	8.160	1.588	6,3	5,3	1,0	..	..	..
Finlandia	10.200	2.046	7,4	6,2	1,2	..	..	..
Noruega	7.782	1.835	7,4	7,0	0,3	..	..	..
Suecia	20.055	2.343	8,8	7,9	0,9	..	..	..
Japón	189.930	1.538	6,5	4,8	1,6	..	..	..
Suiza	16.916	2.520	7,5	5,1	2,4	..	..	..
PEAS y PEMC	1.532.340 t	1.340 p	8,7p	5,4p	3,4p	..	..	..
Grupo en transición demográfica	170.115 t	41 p	4,7p	2,3p	2,5p	3.252t	0,8p	1,9p
Todo el mundo	1.702.455 t	323 p	8,0p	4,9p	3,2p	..	..	..

Nota: Los totales y promedios regionales incluyen información pertinente correspondiente a países menos populosos, que se enumeran en el Cuadro A.10. Las notas técnicas correspondientes a este cuadro aparecen en el Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. a. Los flujos de ayuda representan asistencia oficial para el desarrollo e incluyen sólo una pequeña porción de los flujos privados, es decir, la asistencia de las ONG. b. Se refiere a la antigua Checoslovaquia, ya que aún no se dispone de datos desglosados. c. Se refiere a la antigua República Federativa Socialista de Yugoslavia, ya que aún no se dispone de datos desglosados.

Lista de distribuidores de publicaciones del Banco Mundial

ALEMANIA

UNO-Verlag
Poppelsdorfer Allee 55
D-5300 Bonn 1

ARABIA SAUDITA, QATAR

Jarir Book Store
P.O. Box 3196
Riyadh 11471

ARGENTINA

Carlos Hirsch, SRL
Galería Güemes
Florida 165, 4^a Piso-Of. 453/465
1333 Buenos Aires

AUSTRALIA, ISLAS SALOMON, FIJI, PAPUA NUEVA GUINEA, SAMOA OCCIDENTAL y VANUATU

D.A. Information Services
648 Whitehorse Road
Mitcham 3132
Victoria

AUSTRIA

Gerold and Co.
Graben 31
A-1011 Wien

BANGLADESH

Micro Industries Development
Assistance Society (MIDAS)
House 5, Road 16
Dhanmondi R/Area
Dhaka 1209

Sucursales:

Pine View, 1st Floor
100 Agrabad Commercial Area
Chittagong 4100

76, K. D. A. Avenue
Kulna 9100

BELGICA

Jean De Lannoy
Av. du Roi 202
1060 Brussels

CANADA

Le Diffuseur
C. P. 85, 1501B rue Ampère
Boucherville, Québec
J4B 5E6

COLOMBIA

Infoenlace Ltda.
Apartado Aéreo 34270
Bogotá D.E.

COREA, REPUBLICA DE

Pan Korea Book Corporation
P.O. Box 101, Kwangwhamun
Seoul

COTE D'IVOIRE

Centre d'Édition et de Diffusion
Africaines (CEDA)
04 B.P. 541
Abidjan 04 Plateau

CHILE

Invertec IGT S.A.
Americo Vespucio Norte 1165
Santiago

CHINA

China Financial & Economic
Publishing House
8, Da Fo Si Dong Jie
Beijing

CHIPRE

Center of Applied Research
Cyprus College
6, Diogenes Street, Engomi
P.O. Box 2006
Nicosia

DINAMARCA

Samfundslitteratur
Rosenoerms Allé 11
DK-1970 Frederiksberg C

EGIPTO

Al Ahram
Al Galaa Street
Cairo

The Middle East Observer
41, Sherif Street
Cairo

ESPAÑA

Mundi-Prensa Libros, S.A.
Castelló 37
28001 Madrid

Librería Internacional AEDOS

Consell de Cent, 391
08009 Barcelona

FILIPINAS

International Book Center
Suite 1703, Cityland 10
Condominium Tower 1
Ayala Avenue, H. V. dela
Costa Extension
Makati, Metro Manila

FINLANDIA

Akateeminen Kirjakauppa
P.O. Box 128
SF-00101 Helsinki 10

FRANCIA

World Bank Publications
66, avenue d'Iéna
75116 Paris

HONG KONG, MACAO

Asia 2000 Ltd.
46-48 Wyndham Street
Winning Centre
2nd Floor
Central Hong Kong

INDIA

Allied Publishers Private Ltd.
751 Mount Road
Madras—600 002

Sucursales:

15 J. N. Heredia Marg
Ballard Estate
Bombay—400 038

13/14 Asaf Ali Road
New Delhi—110 002

17 Chittaranjan Avenue
Calcutta—700 072

Jayadeva Hostel Building
5th Main Road, Gandhinagar
Bangalore—560 009

3-5-1129 Kachiguda
Cross Road
Hyderabad—500 027

Prarthana Flats, 2nd Floor
Near Thakore Baug, Navrangpura
Ahmedabad—380 009

Patiala House
16-A Ashok Marg
Lucknow—226 001

Central Bazaar Road
60 Bajaj Nagar
Nagpur 440 010

INDONESIA

Pt. Indira Limited
Jalan Borobudur 20
P.O. Box 181
Jakarta 10320

IRLANDA

Government Supplies Agency
4-5 Harcourt Road
Dublin 2

ISRAEL

Yozmot Literature Ltd.
P.O. Box 56055
Tel Aviv 61560

ITALIA

Licosa Commissionaria Sansoni SPA
Via Duca Di Calabria, 1/1
Casella Postale 552
50125 Firenze

JAPON

Eastern Book Service
Hongo 3-Chome, Bunkyo-ku 113
Tokyo

KENYA

Africa Book Service (E.A.) Ltd.
Quaran House, Mfangano Street
P.O. Box 45245
Nairobi

MALASIA

University of Malaya Cooperative
Bookshop, Limited
P.O. Box 1127, Jalan Pantai Baru
59700 Kuala Lumpur

MEXICO

INFOTEC
Apartado Postal 22-860
14060 Tlalpan, México D.F.

NIGERIA

University Press Limited
Three Crowns Building Jericho
Private Mail Bag 5095
Ibadan

NORUEGA

Narvesen Information Center
Book Department
P.O. Box 6125 Etterstad
N-0602 Oslo 6

NUEVA ZELANDIA

EBSCO NZ Ltd.
Private Mail Bag 99914
New Market
Auckland

PAISES BAJOS

De Lindeboom/InOr-Publikaties
P.O. Box 202
7480 AE Haaksbergen

PAKISTAN

Mirza Book Agency
65, Shahrah-e-Quaid-e-Azam
P.O. Box No. 729
Lahore 54000

PERU

Editorial Desarrollo SA
Apartado 3824
Lima 1

POLONIA

International Publishing Service
Ul. Piekna 31/37
00-677 Warszawa

Suscripciones:

IPS Journals
Ul. Okrezna 3
02-916 Warszawa

PORTUGAL

Livraria Portugal
Rua Do Carmo 70-74
1200 Lisbon

REINO UNIDO

Microinfo Ltd.
P.O. Box 3
Alton, Hampshire GU34 2PG
Inglaterra

REPUBLICA DOMINICANA

Editora Taller, C. por A.
Restauración e Isabel la Católica 309
Apartado de Correos 2190 Z-1
Santo Domingo

SINGAPUR, TAIWAN, MYANMAR, BRUNEI

Information Publications
Private, Ltd.
Golden Wheel Building
41, Kallang Pudding, #04-03
Singapur 1334

SRI LANKA Y MALDIVAS

Lake House Bookshop
P.O. Box 244
100, Sir Chittampalam A.
Gardiner Mawatha
Colombo 2

SUDAFRICA, BOTSWANA

For single titles:
Oxford University Press
Southern Africa
P.O. Box 1141
Cape Town 8000

Suscripciones:

International Subscription Service
P.O. Box 41095
Craighall
Johannesburg 2024

SUECIA

Publicaciones:
Fritzes Fackboksforetaget
Regeringsgatan 12, Box 16356
S-103 27 Stockholm

Suscripciones:

Wennergren-Williams AB
P. O. Box 1305
S-171 25 Solna

SUIZA

Publicaciones:
Librairie Payot
Case postale 3212
CH 1002 Lausanne

Suscripciones:

Librairie Payot
Service des Abonnements
Case postale 3312
CH 1002 Lausanne

TAILANDIA

Central Department Store
306 Silom Road
Bangkok

TRINIDAD y TABAGO, ANTIGUA y

BARBUDA, BARBADOS,

DOMINICA, GRANADA, GUYANA,

JAMAICA, MONTSERRAT, ST.

KITTS y NEVIS, SANTA LUCIA,

SAN VICENTE y LAS

GRANADINAS

Systematics Studies Unit

#9 Watts Street

Curepe

Trinidad, Indias Occidentales

TURQUIA

Infotel
Narlabahçe Sok. No. 15
Cagaloglu
Istanbul

VENEZUELA

Librería del Este
Apto. 60.337
Caracas 1060-A

292140



Banco Mundial

En este Resumen se reproducen la sección "Panorama general" y otros varios componentes del *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993*.

Debido a que la buena salud contribuye a la productividad económica de las personas y a la tasa de crecimiento económico de los países, invertir en salud es uno de los medios de acelerar el desarrollo. Aún más importante, la buena salud es una meta a alcanzar por sí misma.

En el curso de los últimos 40 años, en el mundo en desarrollo ha aumentado la esperanza de vida y ha disminuido la mortalidad en la niñez, en algunos casos de forma espectacular. Sin embargo, esos avances son sólo un aspecto del cuadro general. El precio que se cobran las enfermedades infantiles y tropicales sigue siendo alto, al tiempo que aparecen en escena nuevos problemas, entre ellos el SIDA y las enfermedades relacionadas con el envejecimiento de las poblaciones. Además, todos los países enfrentan dificultades para controlar los gastos en salud y hacer que la asistencia sanitaria sea accesible a toda la población en general.

En el *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993*, decimosexto de la serie anual, se examinan los aspectos que son motivo de controversia en la esfera de la atención de salud y la política sanitaria. Sus conclusiones se basan en gran parte en investigaciones innovadoras, incluido el cálculo de la carga global de la morbilidad y de la eficacia en función de los costos de las distintas intervenciones. Estas estimaciones pueden ayudar a establecer prioridades para el gasto en salud.

El Informe propone un enfoque triple para la política sanitaria de los países en desarrollo y de los países europeos antes socialistas, que consiste en lo siguiente:

- Fomentar un entorno económico que permita a las unidades familiares mejorar su propia salud. Al respecto, son esenciales las políticas de crecimiento económico orientadas a elevar el nivel de ingresos de los grupos de población pobres. También es fundamental aumentar las inversiones en educación, en particular para las niñas.

- Reorientar el gasto público, de los servicios especializados hacia medidas de bajo costo y sumamente eficaces, como las inmunizaciones, los programas para compensar las deficiencias de micronutrientes, y la lucha contra las enfermedades infecciosas y el tratamiento de éstas. Mediante la adopción de los conjuntos de medidas de salud pública y servicios clínicos esenciales descritos en el Informe, los países en desarrollo podrían reducir su carga de la morbilidad en 25%.

- Alentar mayor diversidad y competencia en la prestación de los servicios de salud, por medio de la descentralización de los servicios estatales, el fomento de prácticas competitivas para las adquisiciones, el estímulo de una mayor participación de las organizaciones no gubernamentales y otras entidades privadas, y la reglamentación de los mercados de seguros. Las reformas descritas podrían traducirse en vidas más largas, saludables y productivas para los habitantes de todo el mundo, y especialmente para los más de 1.000 millones de personas que viven en la pobreza.

Al igual que en ediciones anteriores, se incluyen en el Informe los Indicadores del desarrollo mundial, en los que se ofrecen datos detallados y actualizados sobre la evolución económica y social en más de 200 países y territorios. Los Indicadores también pueden obtenerse en disquetes, para su uso en computadoras personales. El Informe comprende además apéndices especiales con datos estadísticos sobre salud y estimaciones de la carga global de la morbilidad.