

Las agencias internacionales y las políticas de salud en los años 90: Un panorama general de la oferta de ideas¹

Ruben Araújo de Mattos²

Resumen

Este texto presenta un panorama de la actuación de algunas agencias internacionales en lo que se refiere a las políticas de salud de la década de 1990. Esas agencias integran la comunidad internacional de ayuda al desarrollo, constituida por las agencias y fondos de las Naciones Unidas, el Banco Mundial, los

Palabras clave

Agencias internacionales, Banco Mundial, Organización Mundial de la Salud, Políticas de salud.

Key Words

International agencies, World Bank, World Health Organization, Health policy.

Este breve texto procura ofrecer un panorama general de la actuación de las agencias internacionales en el proceso de formulación de políticas de salud en los años noventa. Entre las diversas formas de actuación, destacamos la oferta de ideas sobre cuáles serían las políticas de salud más adecuadas para los países en desarrollo. Ese señalamiento se justifica por ser un rasgo evidente, quizás predominante de la actuación de tales agencias en los años 90. Aunque la oferta de ideas por parte de las agencias internacionales sea bastante antigua, al final de los años 80 adqui-

1. Artículo traducido de *Ciência & Saúde Coletiva* 6, 2: 377-389, 2001.

2. Instituto de Medicina Social de la Universidad del Estado de Río de Janeiro, Brasil.

bancos regionales de desarrollo y las agencias gubernamentales de cooperación internacional. El artículo señala que las agencias internacionales se han dedicado cada vez en mayor medida a la oferta de ideas sobre cuáles serían las políticas más adecuadas a los países en desarrollo. El texto defiende la tesis de que la oferta de ideas puede ser mejor comprendida en el contexto de la dinámica de competencia/cooperación entre los miembros de dicha comunidad. Con la publicación del documento INVIRTIENDO EN SALUD (1993), el Banco Mundial alcanzó un lugar prominente en el escenario de debate internacional sobre las políticas de salud. Desde los últimos años de la década, sin embargo, la Organización Mundial de la Salud intenta obtener un lugar más relevante en cuanto a la oferta de consejos para los gobiernos de los países miembros, sobre las reformas en sus sistemas nacionales de salud. Son presentados los principales ejes de las propuestas hechas a lo largo de la década por el Banco Mundial y por la OMS, para el conjunto de los países.

Abstract

This paper presents a discussion about the international agencies' contributions to health policy during the 1990's. The international agencies are considered members of an international assistance community, which includes the United Nations agencies and funds, the World Bank and the regional development banks, and the national agencies for international co-operation. The international agencies seem to be more and more engaged in offering ideas of the more adequate policies to the so-called developing countries. The narrative presented here points out the dimension of the phenomenon of the offer of ideas yet not much discussed in literature: that these ideas can be understood within the dynamics of competition and co-operation in the international development assistance community. With the publication of INVESTING IN HEALTH, in 1993, the World Bank turned to be one of the most important agencies in the discussion of international health issues. But by the end of the decade, the World Health Organization tried to become an important agency in giving advice to government about the national health systems' reforms. The article discusses the more important issues presented in the documents of both agencies.

rió nuevas características, que se constituirán en un nuevo modelo en la década de 1990.

Hasta los años 70, una gran parte de las sugerencias de políticas emanadas de las agencias y foros internacionales de discusión surgían de amplios debates entre los representantes de los diferentes países. La cooperación técnica y el diálogo político eran las herramientas fundamentales puestas en acción para obtener la adhesión de los gobiernos a tales propuestas. En contraste, los años 80, en el contexto de las propuestas de ajuste estructural, trajeron a escena otro modo de desarrollar y difundir sugerencias sobre políticas, ahora específicamente dirigidas hacia los países en desarrollo. Las propuestas de política pasaron a ser elaboradas en un ámbito limitado a algunas agencias internacionales y a los principales gobiernos del mundo, diseminándose con la ayuda de dispositivos de inducción (como los préstamos condicionados a la adopción de ciertas políticas económicas). En los años 90, hay una recuperación del diálogo político en dos dimensiones: el diálogo entre las mismas agencias internacionales y el diálogo de las agencias con cada gobierno. Pero sigue existiendo una asimetría que venía ya desde los 80: las sugerencias de cuáles serían las políticas más adecuadas para los países en desarrollo son elaboradas en el ámbito de las agencias internacionales. El diálogo político con cada gobierno, incluso adoptando en menor grado las condicionalidades, procura obtener su adhesión a las sugerencias ya elaboradas. La emergencia de ese nuevo modelo de actuación fue simultánea a la creciente preeminencia del Banco Mundial en lo referido al debate sobre las políticas de salud en el escenario internacional.

Este artículo tiene un carácter exploratorio, derivado de una constatación: aunque nadie niegue hoy la importancia de las agencias internacionales en el proceso de elaboración e implementación de políticas de salud en el ámbito nacional, todavía son re-

lativamente escasos los estudios que se dedican al examen específico de su actuación. En ese contexto, sería imprudente pretender trazar un cuadro abarcador y exhaustivo de tal actuación. De este modo, el panorama general que aquí se ofrece es solamente un esbozo que, esperamos, suscite nuevas hipótesis para trabajos posteriores y contribuya a ampliar el abanico de las lecturas que disponemos sobre la contribución de agencias como el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud.

El texto está formalmente organizado en seis tópicos. En el primero, introductorio, explicitamos la noción de agencia internacional que será utilizada aquí, destacando su inserción en el orden mundial y, de manera más particular, en lo que llamamos comunidad de ayuda internacional. En el segundo, buscamos caracterizar el modelo de oferta de ideas como una de las actividades más importantes (si no la más importante) de las agencias internacionales, en un proceso que fue acompañado por la mayor presencia del Banco Mundial en el debate de las políticas públicas en general. El tercer tópico se orienta hacia salud y traza, a partir de una breve retrospectiva, las inflexiones que se han generado en la actuación y las posiciones relativas de algunas agencias en el ámbito de la comunidad internacional que integran. Examinamos, en el cuarto tópico, el proceso a través del cual el Banco Mundial adquirió en los años 90 una posición prominente en el debate sobre políticas de salud, identificando, ya en el quinto tópico, las principales sugerencias. Dedicamos el sexto tópico al examen, aunque sucinto, del involucramiento más reciente de la Organización Mundial de la Salud en la oferta de ideas sobre las reformas de los sistemas de salud. El recorte en este artículo privilegia, por lo tanto, solo algunas de las nuevas propuestas de políticas de salud, exactamente aquellas que parecen haber conferido características peculiares al debate sobre las políticas de salud en la década de

1990, tanto las originarias del Banco Mundial como las más recientes propuestas de la Organización Mundial de la Salud.

Agencias internacionales, orden mundial y comunidad de ayuda internacional

Existe una serie de organizaciones cuya actuación sobrepasa las fronteras nacionales —empresas (agentes económicos privados), organizaciones gubernamentales, organizaciones no gubernamentales, organizaciones clandestinas (como las vinculadas al tráfico de drogas, etc.)—. Sin embargo, no existe un criterio de alcance transnacional sobre qué actuación califica una agencia internacional, al menos en la forma en que esa expresión se utiliza en este trabajo. Aquí definimos las agencias internacionales sobre la base de otro criterio: la participación de varios gobiernos nacionales (por lo menos tres) en la constitución y sostenimiento financiero y político de una organización (Walt, 1996). Los gobiernos que constituyen y sostienen agencias internacionales son denominados países miembros.

Toda agencia internacional se constituye a través de un acuerdo entre varios gobiernos nacionales, en el que se establece su misión, los dispositivos de su gobierno, los dispositivos por los cuales la agencia obtendrá los recursos financieros y las reglas básicas de su actuación. Es claro que todas las reglas básicas que rigen la actuación de una agencia internacional pueden ser reinterpretadas y nuevamente pactadas en cualquier momento por los países miembros. Tales pactos, firmados políticamente entre gobiernos con diferente poder político, económico y militar, y con intereses diferentes, expresan siempre las relaciones de poder entre los diversos gobiernos en una coyuntura internacional dada y, por lo tanto, las estrategias de disputa por la hegemonía. Hegemonía que se expre-

sa en la capacidad de un gobierno para imponer a los demás las reglas y las medidas que mejor atienden sus intereses particulares, como si ellas también respondieran a los intereses de todos los demás.

En otros términos, las agencias internacionales integran los dispositivos de reproducción del orden mundial, incluyendo allí la cada vez más limitada posibilidad de su transformación. Esto no significa que tales agencias sean siempre los principales dispositivos de sustentación de un determinado orden mundial, ni tampoco que su actuación pueda ser interpretada como el simple reflejo de los intereses de los gobiernos nacionales hegemónicos en una coyuntura determinada.

Tal vez uno de los rasgos característicos del orden mundial que se instituyó después de la Segunda Guerra haya sido la creación de un amplio conjunto de organismos internacionales, entre los cuales se destacan las instituciones de Bretton Woods y aquellas vinculadas a las Naciones Unidas (Arrighi, 1996).

La famosa conferencia de Bretton Woods se realizó a propuesta del gobierno norteamericano, todavía durante la Segunda Guerra, y tuvo como principal objetivo trazar los contornos del nuevo orden económico que debería ser instituido tras la victoria de los aliados. De ella resultó una propuesta de creación de dos agencias internacionales: el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Internacional para la Reconstrucción y el Desarrollo (BIRD, primera organización del llamado Banco Mundial). Al mismo tiempo se establecía un nuevo patrón monetario internacional, centrado en un dólar con paridad fija con el oro (Mattos, 2000).

El BIRD fue concebido para ofrecer préstamos a los países miembros, financiando proyectos para los cuales no fuera posible obtener recursos en los mercados financieros en condiciones razonables. Para ello, emitiría títulos en bonos, captando recursos en los mercados financieros. Esos papeles

del Banco son considerados hasta hoy bastante seguros, ya que tienen como respaldo las cuotas de contribución de los países miembros.

También a propuesta del gobierno norteamericano, después del fin de la Segunda Guerra se creó la Organización de las Naciones Unidas (ONU), un conjunto de seis organismos dedicados fundamentalmente al sostenimiento de la seguridad y la paz mundial.³ En torno de la ONU surgieron diferentes agencias internacionales especializadas, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), y se crearon algunos fondos y programas, como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

La OMS es la agencia especializada de las Naciones Unidas para la salud.⁴ Concebida para ofrecer cooperación técnica entre los países miembros, se involucra en un gran número de iniciativas de abordaje de problemas de salud, así como iniciativas dirigidas a la mejora de los sistemas de salud. Para ello, cuenta con recursos de dos fuentes: los recursos presupuestarios de las Naciones Unidas, y los extrapresupuestarios, originados en donaciones voluntarias de países miembros para proyectos específicos.

Por lo tanto, la arquitectura institucional de esos dos sistemas de organizaciones internacionales —las Naciones Unidas y las instituciones de Bretton Woods— fue diseñada por el gobierno americano como parte de su proyecto político de hegemonía mundial. Lo que no significa que tales agencias hayan tenido importancia en el sostenimiento de esa hegemonía, ni que sus contribuciones para ese proyecto hegemónico hayan tenido siempre la misma significación. Por ejemplo, hay analistas, como Arrighi, que subrayan que el Banco Mundial y el FMI tuvieron inicialmente un papel muy secundario en la afirmación de la hegemonía norteamericana. Para ese autor, tales agencias solo adquirirían mayor importancia internacional en la década de 1970, en un momento en que las élites dirigentes norteamerica-

3. El término Naciones Unidas fue utilizado por primera vez por sugestión del presidente norteamericano Franklin Roosevelt para designar el conjunto de naciones que se unían en el esfuerzo de enfrentar la amenaza de Alemania y sus aliados. Con el fin de la guerra el término pasó a designar el conjunto de organismos internacionales que asegurarían la paz y la seguridad mundial. Como señala Arrighi, el aspecto crucial de la visión de Roosevelt era que la seguridad del mundo tenía que estar fundada en el poder norteamericano, ejercido a través de sistemas internacionales. Sobre el tema ver Arrighi, 1996.

4. La experiencia de las agencias internacionales volcadas a la cooperación técnica en el área de salud es muy anterior al nacimiento de la OMS. Está por completo fuera de los propósitos de este artículo examinar tales antecedentes, o incluso analizar la historia específica de la OMS, o de cualquiera de las agencias internacionales.

nas manifestaban desprecio por el gobierno del mundo (Arrighi, 1996). Independientemente de hacer propios los argumentos de Arrighi, sirven para poner en jaque algunas interpretaciones reduccionistas, que quieren ver en la actuación del Banco Mundial y del FMI solo el reflejo de los intereses estadounidenses.

De las consideraciones anteriores se deriva una orientación metodológica importante. Si, por un lado, se hace difícil comprender la actuación de las agencias internacionales sin tener como telón de fondo una lectura de las estrategias de los diferentes gobiernos que de algún modo se disputan la hegemonía mundial, por el otro, tampoco se puede dejar de considerar la dinámica de las relaciones que las agencias internacionales establecen entre sí y con los gobiernos, que al fin y al cabo garantizan su sustentación política y económica. En otros términos, los acuerdos que permitirían el nacimiento de ese conjunto de agencias internacionales en la postguerra, cuando son vistos en su conjunto, estructuran una serie de relaciones entre países miembros y cada una de las agencias, tanto en lo referente al modo de gobierno como al modo de sustentación económica de las mismas. Análogamente, el conjunto de acuerdos establece una cierta división del trabajo entre las agencias internacionales, división que es siempre reinterpretada y renegociada en cada coyuntura, tanto en función de los cambios en las estrategias de los países miembros en sus disputas por la hegemonía, como (¿por qué no plantear esa posibilidad?) en función de las estrategias de los directivos de esas agencias internacionales.

Las instituciones de Bretton Woods y las agencias y fondos del sistema de las Naciones Unidas tienen estructuras de gobierno diferentes en al menos un aspecto fundamental: el peso de los diversos países miembros en los procesos decisivos. En instituciones como OMS y UNICEF, todos los países miembros tienen el mismo poder de voto en las instancias de gobierno en

que participan; en las de Bretton Woods, el poder de voto de un país es proporcional a la participación del mismo en la conformación de los recursos financieros de la agencia. Obviamente, esto crea más oportunidades para que los países más desarrollados puedan influenciar los rumbos, tanto del Banco Mundial como del FMI. Pero no se debe despreciar el poder de influencia de esos mismos países sobre las demás organizaciones internacionales. La mayoría de las agencias vinculadas a las Naciones Unidas utiliza recursos extrapresupuestarios provenientes de donaciones voluntarias de los países miembros para proyectos específicos. Y la mayoría de esos recursos proviene de países desarrollados, de modo que influyen directamente las iniciativas de tales agencias internacionales.

Si el período de la inmediata postguerra fue el momento de configuración de una nueva arquitectura del orden mundial, que incluía las agencias que mencionamos, la década de 1960 presenció una remodelación significativa de ese arreglo, ya sea por la creación de nuevas agencias internacionales, ya por el establecimiento, en los países desarrollados, de agencias gubernamentales orientadas a la cooperación internacional.

Por un lado, a lo largo de la década de 1960, los gobiernos de los países desarrollados crearon (o reformularon radicalmente) agencias orientadas a la cooperación internacional. Estas, articuladas con la política exterior de los respectivos gobiernos, buscaban defender sus intereses específicos junto a otros países, a través de empréstitos o donación de recursos a las naciones en desarrollo. De hecho, hasta la década de 1990, el volumen de recursos transferidos anualmente a los países en desarrollo por estas agencias nacionales de cooperación internacional (a través de donaciones o préstamos preferenciales) creció en forma continua.

También con gran apoyo (y presión) del gobierno norteamericano, al comienzo de los años 60 se creó en el

ámbito del Banco Mundial, la Asociación Internacional de Desarrollo (AID). La AID ofrece préstamos de largo plazo sin intereses (por lo tanto, en condiciones más favorables que las del BIRD) a algunos países miembros.⁵ A diferencia del BIRD, que capta los recursos en el mercado financiero internacional, la AID los obtiene a partir de un fondo constituido por los países miembros. Pese a ser contablemente una agencia independiente, la AID participa del mismo cuerpo técnico del BIRD, constituyendo parte del llamado Banco Mundial.

También en la década de 1960, surgieron innovaciones en el ámbito de las Naciones Unidas. Atendiendo a una creciente presión de los países en desarrollo, que buscaban nuevas formas de obtener recursos externos para sus proyectos de desarrollo, fue creado el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). La preocupación por la ayuda externa al desarrollo se tornó de hecho central en la agenda de las instituciones del sistema de las Naciones Unidas, a punto de llamarse ese período el de la “década del desarrollo”.

La búsqueda de nuevas modalidades de financiamiento externo para el desarrollo ya había, hacia el fin de los años 50, llevado a la creación del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Otros bancos regionales de desarrollo surgieron a lo largo de la década de 1960. Al final de esa década, el conjunto de organismos internacionales y nacionales (siempre de los países desarrollados) involucrados en la mediación de la transferencia de recursos dirigidos a los países en desarrollo había crecido enormemente. Esos organismos integraban una red compleja y se presentaban como una comunidad de ayuda internacional al desarrollo. En su interior había (y hay) una dinámica de competencia/cooperación, es decir, un proceso continuo de negociación sobre una determinada división del trabajo en la ayuda internacional. En esa nueva arquitectura del orden mundial, caracterizada por

la emergencia de esa comunidad internacional de ayuda al desarrollo, se intensifican las relaciones entre agencias internacionales (ya sean de cooperación técnica, ya instituciones financieras) y agencias gubernamentales de ayuda internacional. En consecuencia, no podemos analizar la contribución de las agencias internacionales en las políticas de salud sin vislumbrar los cambios en la dinámica de esa nueva comunidad internacional.

Una de los principales rasgos de los años 90 fue la crisis de esa comunidad de desarrollo. Después de una década de hegemonía de las ideas neoliberales, el tema del desarrollo dejó de ser central, por lo menos para las élites dirigentes de los países desarrollados, que al fin y al cabo dan sustento político y financiero a esa comunidad internacional. El fin de la Guerra Fría y el aumento del flujo de capitales privados rumbo a los países en desarrollo (o mejor, rumbo a los países en desarrollo cuyos gobiernos hacían bien “los deberes” implantando una severa disciplina macroeconómica, reduciendo el gasto público y realizando programas de privatización) pusieron el eje en la necesidad de una ayuda internacional al desarrollo. Por otro lado, la política de contención del gasto público de los gobiernos de los países desarrollados pasó a imponer a los rubros menos importantes (como la cooperación internacional) recortes presupuestarios significativos. Así, desde 1993, vienen disminuyendo los recursos movilizados por las agencias nacionales de cooperación internacional. Dado que una parte de esos recursos gubernamentales sostienen algunas agencias internacionales, como las agencias especializadas y los fondos de las Naciones Unidas, la crisis alcanza ampliamente la comunidad del desarrollo.

Como parte de la respuesta a la crisis, las agencias nacionales e internacionales emprendieron en los años 90 un esfuerzo para construir una nueva razón de su existencia, más allá de la idea simple de ayuda al desarrollo. La reducción de pobreza surge como nue-

5. No todos los países miembros pueden tomar empréstitos de la AID. Los criterios de elegibilidad (revisados anualmente) privilegian los países más pobres y con menor capacidad de obtener recursos financieros directamente en los mercados internacionales. Análogamente, no todos los países miembros del BIRD pueden obtener préstamos. Brasil, por ejemplo, puede tomar préstamos del BIRD, pero no de la AID.

va consigna, vista como dotada del potencial de revertir o atenuar la caída de los recursos mediados por la comunidad internacional. En la defensa de esa causa, surgen tanto argumentos que apelan al compromiso moral (y humanitario) de atenuar la pobreza en el mundo, como evocan las amenazas que el crecimiento de la pobreza periférica significa para el propio desarrollo y el orden en los países centrales. Es en torno a la meta de eliminar la pobreza para el 2015 que se agrupa la mayoría de las agencias internacionales (OECD/DAC, 1996).

La estrategia del Banco Mundial en los años 90 merece ser destacada. En primer lugar, el Banco, que estuvo íntimamente asociado al FMI en los años 80 en la difusión de la propuesta de ajustes estructurales, comenzó a señalar las diferencias entre su misión y la de su hermano gemelo.⁶ En segundo lugar, el Banco buscó activamente aproximarse a las organizaciones no gubernamentales, que venían intensificando su movilización crítica al papel de las instituciones de Bretton Woods en el sostenimiento del orden mundial. En tercer lugar, el Banco adhirió a la nueva consigna del combate a la pobreza, haciendo coro al gran número de agencias internacionales. Acuñó su nuevo eslogan —“nuestro sueño es un mundo sin pobreza”— y adoptó una práctica discursiva destinada a justificar todas sus iniciativas (incluyendo sus recomendaciones de austeridad fiscal) como si tuvieran algún impacto positivo sobre la pobreza. Finalmente, el Banco buscó intensificar el diálogo con las demás agencias internacionales y órganos de cooperación internacional, con vistas a producir consensos sobre lo que debe y no debe ser apoyado por esa comunidad internacional. Es en ese contexto que la oferta de ideas asumió un gran relieve.

La década de la oferta de ideas

En el discurso que profirió en 1997 ante la Asamblea de los Gobiernos del

Banco Mundial (que incluye las mayores autoridades económicas de todos los países miembros), el presidente del organismo decía: “Sin embargo, como comunidad de desarrollo, lo que podemos hacer es, ciertamente, ayudar a los países mediante la provisión de financiamiento, y, todavía más importante, de conocimiento y lecciones sobre los desafíos y la manera de enfrentarlos” (Wolfensohn, 1997).

Es necesario observar que, para Wolfensohn, la misión del Banco y la de toda la comunidad de ayuda al desarrollo consistiría no solo en ofrecer recursos financieros sino también, principalmente, ofrecer ideas. De hecho, en la medida que los gobiernos de los países desarrollados reducían el volumen de recursos que ponían a disposición para la ayuda externa al desarrollo, creció la importancia de la oferta de ideas acerca de las políticas que deberían ser adoptadas por los países en desarrollo. O, al menos, acerca de las políticas que deberían ser apoyadas por la llamada comunidad del desarrollo, cada vez más empeñada en combatir la pobreza.

La importancia dada a la oferta de ideas por el Banco Mundial y por muchos donantes y agencias internacionales se apoyó en un argumento que atribuye la eficacia de la ayuda a los países en desarrollo en mayor medida al asesoramiento político que a los préstamos o donaciones. Encontramos ese argumento, por ejemplo, en una parte del documento del Banco Mundial acerca de la estrategia para el sector salud, nutrición y población: “Una evaluación del impacto de las actividades del Banco muestra que la mayor parte de la ayuda externa al sector salud, nutrición y población, simplemente sustituye gastos gubernamentales. El origen real de la eficacia del sector son, por lo tanto, las reformas resultantes del asesoramiento político que acompaña los empréstitos, y no los empréstitos en sí mismos” (World Bank, 1997).⁷

Tal vez en virtud de esa visión, algunas agencias como el Banco Mun-

6. La traducción de todas las citas de originales en inglés fue hecha por el autor.

7. Solo como ejemplo, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) difunde anualmente el *Informe sobre el Desarrollo Humano*; la OMS el *Informe de Salud Mundial*; y el Banco Mundial, el *Informe sobre el Desarrollo Mundial*, etc.

dial han intensificado sus actividades de investigación y discusión de temas ligados al desarrollo y/o a la reducción de la pobreza. La preparación y divulgación de documentos son una de las formas más visibles de esa oferta de ideas. Hay, en líneas generales, dos tipos de documentos: los que abordan un tema en general, sin mención específica a un país; y los que se vuelcan específicamente a un determinado país. El segundo tipo de publicación se orienta predominantemente hacia el gobierno en cuestión, inscribiéndose en el diálogo político de la agencia con el referido país. El primero tiene dos diferentes públicos-objetivo (o, para utilizar un término muy caro a la retórica, dos auditorios distintos): los gobiernos de los países en desarrollo en general y los miembros de la comunidad internacional de ayuda al desarrollo. En lo que se vincula al diálogo entre las diferentes agencias de la comunidad internacional, podemos decir que integra el diálogo político que procura establecer consensos en el interior de esa comunidad, acerca de qué iniciativas, proyectos y políticas deben ser apoyados.

El consenso, en esa comunidad, sobre algunas propuestas de política que los gobiernos de los países en desarrollo deberían adoptar, abre una serie de perspectivas. Permite regular directamente, por la coordinación entre diferentes agencias, los destinos del flujo de recursos intermediados por esa comunidad; permite también ofrecer a los mercados privados evaluaciones sobre los desempeños de los gobiernos que se candidatean para captar recursos privados. De esa forma, las agencias aseguran su participación en el sostenimiento del orden mundial. Además de eso, el consenso parece ofrecer una base más sólida para las decisiones de asignación de recursos que son confiados a la comunidad internacional, pues indicaría la preocupación por el buen uso de ellos, esencial para reforzar la creencia sobre la importancia de esa ayuda ante los gobiernos que dan sustentación a esa co-

munidad. Sin embargo, el consenso sirve también para afirmar la preeminencia de la organización que elaboró las propuestas en torno a las cuales se genera el consenso. De ese modo se inscribe en una dinámica de competencia y cooperación que existe entre donantes y agencias internacionales.

Las diferentes agencias internacionales, sin embargo, se insertan de modo diferente en la oferta de ideas. Si bien es cierto que prácticamente todas elaboran documentos anuales que abordan aspectos de desarrollo, y la mayoría dispone de sistemas de monitoreo de los aspectos del desarrollo más caros a su forma de actuación específica, las condiciones para la realización de las tareas de investigación y análisis de los temas, así como de producción de tales documentos, son bastante diferentes.

El Banco Mundial parece ser una de las agencias con mayor capacidad de responder al desafío de ofrecer ideas a los gobiernos y a los demás asociados de la comunidad internacional de ayuda al desarrollo. El Banco parece sacar ventaja de su actuación en diversos sectores, de su experiencia mundial y de una estructura interna que permite producir sugerencias de políticas y presentarlas como si hubieran sido extraídas de su amplia experiencia. Además el Banco puede movilizar grandes cantidades de recursos, directamente o a través de las asociaciones que establece (World Bank, 1997).

De hecho, a lo largo de los años 80 y, sobre todo, de los 90, el Banco pasó a ofrecer ideas sobre un amplio elenco de temas y políticas, convirtiéndose en un interlocutor privilegiado en el interior de la comunidad internacional de ayuda al desarrollo.

Ya se señaló que el Banco generalmente ingresa en un debate de un sector o de un tema formulando un ataque a las principales premisas que venían orientando la discusión hasta ese momento. Esto desplazaría el eje del debate, colocando al Banco y sus argumentos en el centro de la discusión (Wade,

1996). El Banco quedaría así en condiciones privilegiadas para catalizar la producción de un consenso. Independientemente de la pertinencia de esa discusión general, ella parece haberse aplicado en lo referido a salud. En efecto, el Banco adquirió, a lo largo de la década de 1990, una posición relevante en los debates sobre las políticas de salud en el escenario internacional.

La preeminencia del Banco Mundial en los debates sobre las políticas de salud

Para subrayar los cambios que se produjeron en la posición relativa de las agencias internacionales en los años 90 y destacar la preeminencia que adquirió el Banco Mundial, puede ser oportuno retroceder un poco en el tiempo, aunque sea rápidamente.

La famosa Conferencia de Alma Ata, realizada en 1978, fue sin duda un hito en los debates internacionales acerca de las políticas de salud. La Conferencia se desarrolló sobre un informe conjunto de los directores de dos organismos: OMS y UNICEF. Para muchos, las conclusiones de Alma Ata significaron un avance en la construcción de un consenso, entre la mayoría de los gobiernos del mundo, en relación a la importancia de las estrategias de expansión de los cuidados primarios de salud, a ser conducidas con amplia participación del Estado. De hecho, las ideas de Alma Ata parecen haber orientado la posición de la OMS y de sus agencias regionales hasta muy recientemente. Pero también puede ser vista como el último suspiro de un modelo de cooperación internacional. Tal vez haya sido la última vez que la voz de los países en desarrollo fue tomada en serio en un foro internacional.

En efecto, luego los años 80 trajeron muchas transformaciones en el escenario mundial. Aunque la década de 1970 se había iniciado bajo el signo de la crisis monetaria internacional, que im-

plicó inclusive la ruptura unilateral por parte del gobierno norteamericano del patrón monetario instituido en Bretton Woods, el impacto sobre el orden mundial de las inflexiones de la política económica norteamericana en el giro de los años 80 fue notable (Fiori, 1997; Teixeira, 1994). La decisión política de valorizar el dólar hizo que los EEUU pasaran a atraer recursos financieros de los mercados internacionales, elevando el costo de dinero y agravando dramáticamente las deudas de los países en desarrollo. A su vez, la difusión de las ideas neoliberales, con epicentro en los gobiernos de los EEUU y de Inglaterra, redujo la disposición de muchos gobiernos para emprender iniciativas gubernamentales, tanto en la esfera económica como en la social. El tema de los ajustes estructurales, es decir, las reformas supuestamente indispensables para que los países en desarrollo se ajustaran a la nueva dinámica de la economía mundial, se convirtió en el centro del debate internacional sobre las políticas. Los años 80 fueron los años del ajuste.

El FMI y el Banco Mundial se comprometieron en un esfuerzo por difundir las propuestas de ajuste, creando nuevas modalidades de empréstitos, en las cuales los recursos no vinculados a proyectos eran traspasados a los gobiernos, para alivio de la delicada situación de sus balanzas de pago, mediante el compromiso de esos gobiernos de adoptar un conjunto de medidas económicas recomendadas.

En ese contexto, y bajo la égida de gobiernos conservadores, las agencias de cooperación del sistema de las Naciones Unidas perdieron prestigio frente a las instituciones de Bretton Woods. Finalmente, estas últimas parecían estar más capacitadas para participar del esfuerzo, en el sentido de inducir a los países en desarrollo a adoptar las políticas supuestamente más adecuadas a los nuevos tiempos. Evidentemente, no era ese el espíritu de Alma-Ata.

Por su parte, UNICEF, al comienzo de los años 80, produjo una ruptura,

pequeña pero significativa, con el consenso establecido en Alma-Ata. Su nuevo director, James Grant, convencido de que el costo de la expansión de la atención primaria en salud en una perspectiva universal no podría ser sustentado por muchos países, pasó a defender un paquete más selectivo de intervenciones altamente efectivas en términos de costo (UNICEF, 1966). Grant propuso a la comunidad del desarrollo un esfuerzo para financiar la realización de ese paquete mínimo, cuyos impactos sobre la salud de los niños sería una verdadera revolución. En torno a esa idea se aglutinaron varias agencias, como la misma OMS, el PNUD, el Banco Mundial y la Fundación Rockefeller (una organización privada, por lo tanto no gubernamental, con gran tradición en el financiamiento de algunas acciones de salud en varios países). La iniciativa de ofrecer propuestas que permitieran aglutinar recursos de diferentes fuentes y emprender un esfuerzo internacional que parece haber tenido impacto en la mortalidad infantil colocó a UNICEF en una posición de relieve en la década, en lo referido a salud.

Al mismo tiempo, el Banco Mundial pasaba a financiar proyectos en el sector salud. El primer empréstito del Banco dedicado específicamente al sector se produjo en 1981. Rápidamente el Banco elevó el volumen de recursos destinados al sector, de modo que al final de la década era uno de los mayores proveedores de recursos externos para salud (World Bank, 1987).

Aproximadamente a mediados de la década, el Banco decidió ingresar en el debate sobre las políticas de salud, e inició el desarrollo de investigaciones, con miras a producir un documento acerca de las políticas de financiamiento para el sector (Mattos, 2000). El documento, titulado *Financing health services in developing countries: an agenda for reform*, presentaba una propuesta de reducción de la responsabilidad de los gobiernos en el financiamiento de los servicios de salud. Aunque las ideas que circulaban

ampliamente en el interior del Banco en esa ocasión pusieran en duda cualquier forma de participación gubernamental en cualquier sector de la economía, el documento partía de un punto de vista más conciliatorio y más próximo a la posición de las agencias con las que pretendía dialogar. El argumento presentado reconocía que la participación de los gobiernos en la salud era responsable de la gran mejora en las condiciones de salud que se observaba desde la Segunda Guerra, pero advertía que las condiciones que posibilitaron ese éxito en el pasado no continuarían existiendo en el futuro próximo. Se trataba de una posición pesimista.

Tres argumentos fueron presentados por los autores del documento para justificar ese “pesimismo”. Primero, se afirmaba que gran parte de la mejora obtenida había derivado de la adopción de tecnologías cuya eficacia no exigía cambios de comportamiento, lo que había dejado de tener vigencia. A eso se sumaba la tesis de que muy pocos países habían logrado llevar los cuidados básicos de salud a las poblaciones más pobres del interior, paso reconocidamente necesario para la continuidad de los beneficios en salud. En segundo lugar, se defendía que la transición demográfica elevaba la importancia de los problemas relativos al adulto, elevando la demanda por servicios de salud asistenciales de baja eficiencia y alto costo, retirando así recursos que de otra forma estarían destinados a las acciones básicas. Todo eso, en tercer lugar, en un contexto de restricción de los gastos públicos resultante de supuestas necesidades de ajustes macroeconómicos.

Esa línea de argumentación, sin embargo, encontró fuerte resistencia en la comunidad internacional de desarrollo, especialmente en UNICEF. La crítica de esta agencia atacó el primer argumento que, además, contrariaba la experiencia de reducción de la mortalidad infantil con técnicas como la terapia de rehidratación oral, que, a pesar de exigir cambios de comportamiento,

parecía producir resultados altamente positivos. El tercer argumento también se tornó objeto de crítica, en la medida que se desarrolló en la misma época (a fines de los 80) una densa crítica a las propuestas de ajuste que venían siendo presentadas. Crítica que, dicho sea de paso, contó con la activa participación de UNICEF, que denunció las consecuencias negativas de ciertas experiencias de ajuste sobre las condiciones de vida de los niños. Basándose en esa evaluación, UNICEF lanzó al final de los años 80 una propuesta de ajuste con rostro humano. De los tres argumentos utilizados inicialmente por el Banco solo el segundo quedó firme. Se trataba, sin embargo, de un argumento frágil, pues hasta entonces la reflexión sobre las consecuencias de la transición demográfica sobre la salud de los países en desarrollo estaba muy poco desarrollada.

A fines de los 80, el Banco se vio en condiciones de iniciar un conjunto de investigaciones orientadas a superar las resistencias a sus principales propuestas. Como los autores de *Financing health services in developing countries: an agenda for reform* reconocían: *El progreso en difundir ideas nuevas y desafiar las antiguas ha sido lento porque las evidencias en algunos tópicos son escasas [...] El conocimiento sobre el financiamiento de salud llegó a un nivel en el cual el retorno potencial de programas de investigación bien seleccionados es alto. Los temas centrales son claros, las hipótesis existen, el auditorio a persuadir es grande e importante, y las técnicas para obtener las informaciones necesarias están disponibles* (World Bank, 1987).

En ese contexto, el Banco Mundial orientó sus investigaciones hacia el tema de las consecuencias de la transición demográfica, aprovechando algunas ventajas comparativas: en su estructura organizativa, salud y población estaban insertas en el mismo departamento; y UNICEF no podría dedicar especial atención a la salud del adulto.

Dos trabajos examinaron la salud del adulto en dos países estratégicos, en los cuales las transiciones demográficas estaban en curso, a saber, Brasil y China. Al mismo tiempo, el Banco emprendió un estudio que proporcionó una extensa revisión de los datos sobre la salud del adulto en los países en desarrollo, centrandó la discusión sobre las consecuencias de la transición demográfica en esos países. Además de eso, con la perspectiva de proporcionar subsidios para la definición de prioridades en los países en desarrollo, el Banco promovió una amplia investigación sobre la eficacia, en términos del costo de diferentes intervenciones en el área de salud.

Esas investigaciones trajeron algunos cambios en los ejes que orientaban la formulación de las propuestas. En *Financing health services in developing countries: an agenda for reform* la reducción de la presencia gubernamental se justificaba, sobre todo, en la diferenciación entre bienes públicos y privados, reconocidamente nebulosa. La idea inicial, de adoptar la disposición de la población a pagar por el servicio como un criterio operativo de delimitación de lo que el gobierno debería pagar, fue abandonada. En su lugar, a comienzos de los 90, surgió la idea de construir un criterio de efectividad en términos de costo, que sería útil principalmente en la construcción de un paquete de intervenciones a ser financiado por los gobiernos de los países en desarrollo. Ese fue el énfasis de la investigación sobre las prioridades de salud en esos países.

En 1992, los resultados de esos programas de investigación parecían ser lo suficientemente promisorios para que el Banco decidiera dedicar uno de sus informes al desarrollo humano en el sector salud. La elaboración de un informe sobre el desarrollo mundial involucró la designación de un equipo, que trabajó durante un año en la confección del documento. En el caso específico del informe de 1993, más conocido por su subtítulo: *“Invirtiendo en salud”*, el esfuerzo de investigación

comprendió la preparación de doce trabajos especialmente encargados, además de contar con el aporte de numerosas contribuciones de otros técnicos del Banco, y de tantas otras provenientes de diferentes seminarios y ruedas de discusión.

Las investigaciones especialmente realizadas para la producción del informe *Invirtiendo en salud* avanzaron en la misma dirección que aquellas que el Banco venía realizando desde el fin de los años 80. Por un lado, se desarrolló una metodología capaz de servir a dos propósitos: medir la efectividad de las intervenciones disponibles para enfrentar los principales problemas de salud de los países en desarrollo, y de esta forma integrar un criterio de efectividad en términos de costo; y posibilitar un estudio de impacto de la enfermedad en el mundo que, además, terminó por descalificar el argumento pesimista, al demostrar que todavía había muchos problemas de salud que podían ser enfrentados con intervenciones de bajo costo. Así nació la medición de los años de vida ajustados por discapacidad.

Por otro lado, hubo el desarrollo de una propuesta de paquete de servicios, que tuvo como base los resultados de la investigación sobre las prioridades de salud, acompañada de una estimación de sus costos en dos grupos de países: de ingreso bajo y de ingreso medio. Uno de los resultados de ese estudio indicaba la necesidad de ampliar los gastos gubernamentales en salud en diferentes países de bajo ingreso y, en algunos casos, ampliar incluso los gastos públicos de algunos países. Esto era contradictorio con las recomendaciones de ajuste que el mismo Banco venía haciendo en los años 80.

Como consecuencia de esa trayectoria de investigación, el Banco puede argumentar convincentemente, junto a la comunidad internacional de ayuda al desarrollo, que era deseable elevar la ayuda internacional dirigida a salud. El volumen de los recursos de la ayuda externa destinada a salud se mantenía estancado. Y el Banco, con el informe

de 1993, formuló una invitación para que la comunidad de donantes invirtiera más en salud. Por un lado, el texto mostraba que existían intervenciones altamente efectivas en términos de costo que necesitarían ser apoyadas. Por otro, el documento indicaba que los países de bajo ingreso necesitarían obtener más recursos para esas actividades, lo que ampliaba la oportunidad y la necesidad de elevar la ayuda internacional. Por último, en relación a los países de ingreso medio, sería necesario apoyar la reforma y reorientación de los sistemas de salud en el sentido de asegurar a todos el acceso a las intervenciones costo efectivas.

El Banco llegó a hablar, por ejemplo, de que sería deseable un aumento del orden de los dos mil millones de dólares en la ayuda externa intermediada por las agencias nacionales de cooperación destinada a salud (Banco Mundial, 1993). No deja de ser curioso observar que el volumen de esa ayuda, que se mantenía estancada desde 1991, creció en los tres años subsiguientes a la publicación del informe del Banco, a un ritmo cercano a mil millones de dólares por año (Mattos, 2000).

El impacto de la divulgación del informe *Invirtiendo en salud* fue bastante grande. Poco después de su publicación, la revista médica *The Lancet* publicó un editorial elogiando el documento, en el cual llegaba a afirmar que éste señalaba un desplazamiento del liderazgo en salud internacional desde la OMS hacia el Banco Mundial (Lancet, 1993).

Sin embargo, el documento también produjo impacto a través de las sugerencias que ofrecía sobre cuáles serían las políticas más adecuadas para los países en desarrollo. El debate sobre las políticas de salud de la década estuvo señalado por la discusión de tales sugerencias.

Las sugerencias de políticas de salud de “Invirtiendo en salud”

Invirtiendo en salud es un buen ejem-

plo de la oferta de ideas por parte del Banco Mundial. En las palabras del mismo informe: “*Sin embargo, para obtener buenas condiciones de salud es esencial que haya buenas políticas. Algunos países utilizaron plenamente el potencial de la medicina; otros casi no lo aprovecharon, pese a gastos voluminosos. De esta múltiple experiencia, el presente Informe saca lecciones que ayudarán a las autoridades a percibir los enormes retornos en potencial de las inversiones que sus países hacen en el área de salud*” (Banco Mundial, 1993).

Las principales lecciones ofrecidas pueden ser agrupadas en tres categorías: las orientadas a crear un ambiente propicio para que las familias mejoren sus condiciones de salud; las que pretenden hacer más criterioso el gasto público en salud; y las que se vuelcan hacia la promoción de la diversificación y la competencia en el sector (Banco Mundial, 1993).

En el primer grupo se inscriben las sugerencias de mejorar la escolaridad, especialmente de las niñas (lo que se justifica por la constatación de que la escolaridad de las mujeres es un importante factor de disminución de la mortalidad infantil), y de promover los derechos y las condiciones de la mujer. También están en ese grupo las medidas necesarias para asegurar el crecimiento económico, incluyendo aquí las políticas de ajuste económico. Los autores del documento, por lo tanto, continúan insistiendo en la eventual necesidad de ajustes económicos, inclusive con contención del gasto público. Pero defienden que el gasto público en salud debe ser activamente protegido incluso en un contexto de ajuste económico, ya que está dirigido a ofrecer atención esencial a los pobres. Ese argumento anticipa una tesis que se volvió central para el Banco hacia el fin de la década: hay que proteger activamente a los pobres de los efectos perversos de las crisis económicas y de sus terapias.

El segundo grupo de sugerencias se dirige al redimensionamiento de la ac-

ción gubernamental y a la utilización más adecuada del gasto público. Para los autores, la intervención gubernamental en salud se justifica por tres conjuntos de argumentos diferentes. En primer lugar, la reducción o alivio de la pobreza sería motivo suficiente para el involucramiento de los gobiernos en salud. Es que la enfermedad deteriora aún más la situación de los pobres. Garantizar el acceso de los pobres a servicios de salud eficaces y de ese modo reducir el deterioro sería uno de los motivos principales para la intervención gubernamental. En segundo lugar, existirían algunas acciones que supondrían grandes externalidades. Típicamente, aquí estarían las actividades de salud pública, cuyos beneficios no pueden ser apropiados privadamente. En tercer lugar, los gobiernos deberían actuar en el sentido de corregir las imperfecciones de los mercados de seguros de salud, regulando el sector prestador de servicios e incentivando la competencia entre prestadores.

Los términos de *Invirtiendo en salud* son en general más flexibles que los del documento de 1987. En tanto los autores de *Financing health services in developing countries: an agenda for reform*, por ejemplo, criticaban duramente a los gobiernos que veían la salud como un derecho e intentaban asegurar gratuitamente el acceso universal a todos los servicios (World Bank, 1987), en *Invirtiendo en salud* el discurso es más moderado: “*Para tener seguridad de que los pobres tengan de hecho acceso a servicios de salud subsidiados, son tal vez necesarias restricciones, principalmente en el tipo de atención que queda a cargo del sector público. Cuando se ofrece a todos, gratuitamente, todo tipo de atención, los servicios terminan siendo racionados —por área geográfica o según su calidad—. Los programas universales tal vez no lleguen hasta los pobres o les mejoren la salud. Pero pueden obtener más apoyo político del que obtendrían programas limitados a determinadas clientelas [...]* Pa-

ra determinar quién debe recibir atención gratuita es necesario considerar la prevalencia de la pobreza y la capacidad del país para financiar la atención” (Banco Mundial, 1993).

Hay, por lo tanto, una crítica a la posición de que corresponde a los gobiernos garantizar el acceso universal gratuito a los servicios de salud, pero se admite una posibilidad de oferta más amplia de servicios. El paquete esencial, compuesto de intervenciones altamente costo-efectivas, sería el mínimo a ser financiado con recursos gubernamentales, correspondiendo a cada país evaluar la posibilidad de expandirlo.

A su vez, las imperfecciones del mercado de atención médica exigirían una actividad reguladora de los gobiernos. El documento defiende que las intervenciones de salud, que no sean tan efectivas como las del paquete de cuidados esenciales, deberían ser financiadas por la iniciativa privada o por alguna forma de seguro social. Con esta última expresión, el documento se refiere a las modalidades de seguro financiadas por “impuestos destinados a determinados fines, como los esquemas de seguridad social y otros esquemas obligatorios” (Banco Mundial, 1993). Obsérvese que el Banco parece estar más preocupado con la utilización de los recursos provenientes de los impuestos en general que con una eventual participación gubernamental en la gestión de recursos de la seguridad, dado que son captados de fuentes específicas.

Otra cuestión relevante se refiere a la actuación gubernamental, no en el financiamiento sino en la prestación de servicios. El tono es también aquí moderado, aunque la posición sea firme: *No hay teoría o experiencia que nos indique hasta qué punto el sector público debe prestar atención médica directamente (en vez de financiarla)* (Banco Mundial, 1993). Incluso así, el documento sugiere que tal vez corresponda al sector público ofrecer aquellos servicios esenciales en áreas en las cuales serían necesarios muchos

subsidios para que el sector privado volviera a actuar con eficacia. Incluso en estos casos, el documento considera que, en algunos lugares, existe la alternativa de subsidiar organizaciones no gubernamentales. Correspondería al gobierno, mucho más que asumir la prestación, incentivar la competencia entre proveedores de servicios, inclusive entre proveedores públicos y privados con o sin fines lucrativos.

En síntesis, las cuestiones presentadas y las posiciones defendidas en el documento *Invirtiendo en salud* pautaron el debate internacional acerca de las políticas de salud para los países en desarrollo, sobre todo las políticas relativas a la configuración de los sistemas de salud: el redimensionamiento de la actuación gubernamental, la división entre financiamiento y provisión de servicios, la discusión acerca del alcance de lo que debería ser ofrecido gratuitamente a todos, la selección de intervenciones basadas en criterios de eficacia en términos de costo, los dispositivos de regulación de la prestación de servicios médicos, en fin, temas más o menos polémicos cuya discusión tuvo un significativo aporte en el informe de 1993, para bien o para mal. Resulta claro que con dicho informe el Banco asumió, si no el liderazgo, al menos un lugar de relieve en el debate internacional sobre las políticas de salud.

La OMS y los sistemas de salud

A mediados de 1998, la Dra. Brundtland asumió la dirección de la OMS. Su curriculum no deja muchas dudas sobre sus calificaciones para el cargo: ocupó por diez años el cargo de Primer Ministro de Noruega, uno de los países más empeñados en la ayuda externa. En los años ochenta, ganó notoriedad internacional al presidir la Comisión Mundial de Medio Ambiente y Desarrollo, que sería conocida como la Comisión Brundtland.

En su discurso de toma de posesión, ella dejó claro sus propósitos para la

OMS: Veo el papel de la OMS como siendo la voz moral y el liderazgo en la mejora de la salud de las personas en el mundo. Lista y capaz de ofrecer orientación en los temas clave que pueden destrabar el desarrollo y aliviar el sufrimiento. Veo nuestros objetivos como destinados a combatir las enfermedades y la mala salud —promoviendo sistemas de salud sustentables y equitativos en todos los países— (Brundtland, 1998).

Ese discurso ya deja entrever que la OMS bajo la nueva dirección emprendería esfuerzos en el sentido de poner más énfasis en el asesoramiento sobre las políticas de salud que se refieren a la configuración de los sistemas de salud.

De hecho, en la presentación del Informe de Salud Mundial de 1999, Brundtland dejaba clara la disposición de conducir la OMS hacia una posición en el escenario internacional algo diferente de la que ocupara en las últimas décadas. Ella señala que muchos gobiernos buscaban en otras agencias asesoramiento acerca de los asuntos que afectaban al sector como un todo, y advertía que la OMS necesitaba asumir un rol de apoyo más efectivo para los países, en la medida en que estos reformaran y reestructuraran sus sistemas de salud (WHO, 1999).

En ese sentido, la OMS se involucró en un esfuerzo de investigación, en el intento de construir indicadores de desempeño de los sistemas de salud. El producto de ese esfuerzo, que contó con la colaboración de dos miembros del equipo que había elaborado años antes el documento *Invirtiendo en salud*,⁸ fue divulgado por primera vez en el Informe de la Salud Mundial de 2000 (WHO, 2000): una escala del desempeño de diversos sistemas nacionales de salud de los países miembros. Su divulgación provocó una gran polémica. Surgieron diferentes críticas al proceso de construcción de los indicadores utilizados para elaborar la escala de países.

Independientemente de tales críticas, cuyo examen sobrepasa los objeti-

vos de este artículo, el documento de OMS pretendió incorporar algunas contribuciones al debate sobre políticas. Por un lado, pretendió ofrecer una herramienta para medir el desempeño de los sistemas de salud, que comenzaría a aplicarse sistemáticamente, con periodicidad anual. Sería creado, de ese modo, un nuevo tipo de indicador resumen, análogo al índice de Desarrollo Humano elaborado por el PNUD, solo que orientado hacia los sistemas de salud, y bajo la égida de la OMS.

Por otro lado, el documento destaca dos dimensiones hasta entonces dejadas de lado en las discusiones acerca de los sistemas de salud. Aunque el objetivo principal de un sistema de salud sea mejorar la salud, el documento sostiene que el sistema debería también corresponder a las expectativas de sus usuarios, y ser justo en lo referente a la relación entre sus dispositivos de financiamiento y las realizaciones concretas del sistema. En esta última dimensión, el documento subraya la importancia de que un sistema de salud proteja especialmente a los más pobres de los importantes gastos que derivan de una enfermedad no prevista. Es en ese sentido que el documento defiende la adopción de sistemas de prepago.

No es posible todavía evaluar el impacto de esa iniciativa de la OMS en el debate sobre las políticas de salud en el escenario internacional. Pero todo indica que existe ya un esfuerzo de la Organización para asumir un lugar más importante en el debate acerca de las reformas y reestructuraciones de los sistemas de salud en las próximas décadas.

Consideraciones finales

A lo largo de los años noventa, las agencias internacionales enfatizaron la oferta de ideas sobre cuáles serían las políticas más adecuadas para los países en desarrollo. El Banco Mundial conquistó un lugar prominente en esa oferta de ideas, al lograr presentar un conjunto de sugerencias sobre las reformas de los sistemas de salud y de

8. Los dos miembros son C. Murray, que al comienzo de la década concibió el sistema para medir años de vida ajustados por incapacidad, y que actuó en el desarrollo de los indicadores, y P. Musgrove, que se convirtió en editor jefe del Informe de la OMS en 2000.

las atribuciones propias de los gobiernos en el sector. Hacia el final de la década, sin embargo, asistimos a un esfuerzo de la OMS para asumir el liderazgo en lo referido al asesoramiento destinado a los gobiernos sobre la marcha de las reformas y reestructuración de los sistemas de salud.

Hay algo en común en esas iniciativas de oferta de ideas por parte de Banco Mundial y de la OMS: ambas organizaciones buscan presentar las recomendaciones sobre los sistemas de salud y sus reformas como si las mismas derivaran de un conocimiento universal, por lo tanto, aplicable universalmente. Ambas involucran un considerable esfuerzo de investigación, conducido por técnicos altamente calificados, pero que se realiza un poco al margen del debate político entre los representantes de los países miembros. Esfuerzo de investigación que, al fin y al cabo, ofrece criterios para diferenciar, entre las diferentes experiencias de reforma en curso, aquellas que serían más adecuadas. Y, de ese modo, permiten ofrecer a la comunidad de ayuda al desarrollo parámetros para la asignación de recursos. Comunidad que, si acepta tales criterios, puede privilegiar, en la asignación de sus recursos, los países que claramente adhieran a las lecciones propuestas. Ya sea por la fuerza de ideas supuestamente universales, ya sea por constricciones más indirectas, además, análogas a las aplicadas por diferentes agentes económicos privados que actúan en los mercados financieros internacionales, este nuevo patrón de oferta de ideas parece seguir cumpliendo un papel de disciplinar las políticas de los países en desarrollo.

Pero tal vez las premisas que sirven de punto de partida para la elaboración de esas propuestas no sean tan universales. Y tal vez sean bastante distintas de las premisas (creencias y valores) que consideramos válidas para nuestra cultura, sobre las cuales deseamos erigir nuestro sistema de salud. Para nosotros, brasileños, que entendemos la salud como un derecho universal, que

el Estado tiene el deber de asegurar, y que luchamos por la consolidación de un sistema de salud que concrete esos principios, todo el debate de los años noventa puede parecer extraño. Sin embargo, la oferta de ideas de las agencias internacionales puede ser bastante útil. No tanto por las lecciones y recomendaciones sugeridas, ni tampoco por los criterios de jerarquización de las experiencias de reforma. En esa perspectiva, tal vez nuestro esfuerzo adicional de investigación debería darse en el sentido de extraer de ese debate los interrogantes y desafíos planteados al tipo de desarrollo de sistemas de salud a los que aspiramos. Desafíos que tenemos que enfrentar y superar en el proceso de su construcción, aun cuando sea por caminos distintos de los sugeridos por las agencias internacionales. •

Bibliografía

- Arrighi G. (1996). *O longo século XX. Dinheiro, poder e as origens de nosso tempo*. Río de Janeiro: Contraponto.
- Banco Mundial (1993). *Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1993: Investindo em saúde*. Río de Janeiro: Fundação Getulio Vargas.
- Brundtland GH. (1998). *Acceptance speech for the World Health Assembly*, 13 de mayo de 1998. Disponible en <www.who.int/director-general/biographies/gh-brundtland.en.html> Revisado el 1º de abril de 2001.
- Fiori JL. (1997). "Globalização, hegemonia e império". En Tavares MC & Fiori JL. (org). *Poder e dinheiro: uma economia política da globalização*. Petrópolis: Vozes: 87-147.
- Lancet, The (1993). "World Bank's cure for donor fatigue". *The Lancet*, 342: 63-64.
- Mattos RA. (2000). *Desenvolvendo e ofertando idéias: um estudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial*. Tesis de doctorado en salud colectiva. Instituto de Medicina Social. Río de Janeiro: UERJ. (mimeo).
- OECD/DAC. (1996). *Shaping the 21st century: the contribution of development co-operation*, París: OECD.
- Teixeira A. (1994). *O ajuste impossível: um estudo sobre a desestruturação da ordem econômica mundial e seu impacto sobre o Brasil*. Río de Janeiro: UFRJ.

UNICEF. (1996). "Fifty years for children". En: *The state of world's children*. Disponible en <www.unicef.org/sowc96/50years.htm>. Revisado en setiembre de 1998.

Wade R. (1996). "Japan, the World Bank, and the art of paradigm maintenance: the East miracle in political perspective". *New Left Review*, 217: 3-36.

Walt F. (1996). *Health policy: an introduction to process and power*. Londres: Zed Books.

WHO. (1999). *The world health report – health systems: improving performance*. Ginebra: WHO.

WHO. (2000). *The world health report –*

health systems: improving performance. Ginebra: WHO.

Wolfensohn JD. (1997). *El desafío de la inclusión*. Discurso presentado a la Asamblea de los Gobernadores en Hong Kong el 23 de setiembre de 1997. Disponible en <www.worldbank.org/html/extdr/am97/jwsp978.htm>. Revisado el 10 de abril de 2001.

World Bank (1987). *Financing health services in developing countries: an agenda for reform*. Washington: World Bank (A World Bank Policy Study).

World Bank (1997). *Health, nutrition & population*. Washington: World Bank (Sector strategy).