

COLABORACIÓN ESPECIAL**UNA AGENDA A DEBATE:
EL INFORME DEL BANCO MUNDIAL “INVERTIR EN SALUD”****Juan Fernández Martín (1), Joaquín Pereira Candel (2) y Alberto Torres Cantero (2)**

(1) Servicio de Medicina Preventiva. Hospital La Paz.

(2) Escuela Nacional de Sanidad.

RESUMEN

El Informe del Banco Mundial del año 1993, como corresponde, analizó la situación sanitaria mundial desde una perspectiva económica. A pesar de que muchos de los aspectos tratados son controvertidos, el informe realiza una interesante revisión de distintos indicadores sociosanitarios. Los expertos del Banco Mundial y de la OMS han elaborado una nueva medida de la carga de morbilidad, los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), que es un indicador que pretende reflejar el estado sanitario de una comunidad a partir de datos de mortalidad y morbilidad. A nuestro entender, el desarrollo de este nuevo indicador es el aspecto más novedoso y positivo del Informe, y su desarrollo puede estimular y facilitar el proceso de toma de decisiones en el campo sanitario. En el presente trabajo se pretende resumir los aspectos más interesantes del Informe del Banco Mundial, comentando los logros y las limitaciones más importantes que presenta. A nuestro juicio, lo más importante es que se trata de un Informe útil para conocer mejor los problemas sanitarios actuales a nivel mundial.

Palabras clave: Banco Mundial. Políticas sanitarias. Sistemas de salud. Gasto sanitario. Desarrollo económico. Indicadores sanitarios. Países en vías de desarrollo. Transición epidemiológica. Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). Financiación sanitaria. Mortalidad.

ABSTRACT**An Agenda to Debate: the World Bank Development Report**

The 1993 World Bank Development Report analyzes the world health situation from an economic perspective. In spite of the fact that many of the discussed topics are controversial, the report accomplishes an interesting review of different health and socioeconomic indicators. The experts of WHO and the World Bank elaborated a new measurement of the global burden of disease, the Disability-Adjusted Life Years (DALYs). It's an indicator that summarizes the health status of a population, combining mortality, morbidity and disability data. We think that the development of this new indicator is the most novel and positive aspect of the report. This indicator stimulates comparisons between countries and facilitates decision making processes in the health field. The present work summarizes and analyses the most interesting and controversial aspects of the World Bank Development Report.

Key Words: World Bank. Health Policies. Health Systems. Health Expense. Economic Development. Health Indicators. Developing Countries. Epidemiological Transition. Disability Adjusted Life Years. (DALY). Health Care Financing. Mortality.

INTRODUCCIÓN**El Banco Mundial y su política**

También conocido como Banco Internacional para la Reconstrucción y el Desarrollo ¹, es una agencia especializada de la

ONU, creada junto al Fondo Monetario Internacional en la Conferencia de Bretton Woods en 1944. Se fundó con el objetivo de colaborar en la reconstrucción y desarrollo de los países miembros, facilitando la inversión de capital. En el primer período de la existencia del Banco Mundial los préstamos se concedieron principalmente a los países europeos y fueron utilizados en la reconstrucción de industrias dañadas en la Segunda Guerra Mundial. Sin embargo, desde finales de los años sesenta la mayoría de los préstamos se han otorgado a países subdesarrollados.

Correspondencia:

Juan Fernández Martín

Departamento de Sanidad Internacional

Escuela Nacional de Sanidad

C/ Sinesio Delgado, 8

28029 Madrid

El Banco Mundial concede préstamos sólo a países miembros con el propósito de financiar proyectos específicos. Antes de que una nación obtenga un préstamo, sus expertos determinan si se cumplen las condiciones exigidas por el Banco. Aunque el objetivo del Banco Mundial es reducir la pobreza de los países subdesarrollados, favoreciendo su desarrollo económico, su política ha sido sometida a diversas críticas², especialmente en los últimos años.

Informe del Banco Mundial 1993: Invertir en Salud

Éste es el decimosexto Informe de la serie anual realizada por el Banco Mundial^{3,4}. Realiza un análisis de las políticas sanitarias en relación al desarrollo económico. El Informe comienza con una revisión general de distintos indicadores sanitarios, ofreciendo así un panorama general del estado de la salud en el mundo y de los logros más significativos de los últimos años. Señala que la esperanza de vida al nacer ha aumentado hasta los 63 años (1990), la viruela ha sido erradicada, y se ha conseguido reducir drásticamente los casos de sarampión y poliomielitis. Sin embargo, persisten enormes problemas sanitarios. Las tasas de mortalidad infantil en los países subdesarrollados son diez veces mayores que las de los países desarrollados. Si se redujeran a los mismos niveles que en éstos, morirían 11 millones de niños menos al año. Casi la mitad de esas muertes se deben a enfermedades diarreicas y respiratorias. Por otro lado, siete millones de adultos mueren anualmente a consecuencia de enfermedades que podrían evitarse o curarse a bajo costo. La tuberculosis causa por sí sola dos millones de estas muertes. En los países subdesarrollados las tasas de mortalidad materna son en promedio treinta veces superiores a las de los países desarrollados.

Además, el mundo afronta actualmente nuevos retos en materia de salud. Así, el Informe señala que para el año 2000, el SIDA

podría producir 1,8 millones de muertes al año en los países en desarrollo, anulando muchos de los esfuerzos realizados para reducir la mortalidad. Otro grave problema mundial es la creciente resistencia del parásito del paludismo a los agentes quimioterápicos, que podría hacer aumentar al doble las muertes por esta enfermedad. También se señala que las muertes debidas a cánceres y enfermedades cardíacas relacionadas con el tabaco podrían duplicarse en la primera década del próximo siglo.

LOS SISTEMAS DE SALUD

El Informe expone a continuación cuáles son, a su parecer, los grandes retos de los sistemas de salud. En primer lugar, la gran inequidad en la distribución de recursos. Aunque el gasto en salud supuso el 8% del producto mundial total en 1990, el 90% se produjo en los países de ingreso alto y sólo Estados Unidos consumió el 41% del total mundial. En los países subdesarrollados el gasto por persona en salud fue treinta veces inferior al de los países ricos. Incluso dentro de los países pobres el gasto público en salud beneficia de manera desproporcionada a los que están en mejor situación económica.

Otro de los problemas detectados es la asignación equivocada de recursos⁵. Se gastan fondos públicos en intervenciones de salud de escasa eficacia, a la vez que sigue siendo insuficiente la financiación de otras medidas de importancia crítica⁶. Los sistemas son ineficientes, y gran parte del dinero que se gasta en salud se despilfarra; por ejemplo, comprando productos farmacéuticos de marcas registradas, en vez de medicamentos genéricos. Los sistemas sanitarios van a tener que hacer frente en un futuro inmediato a una gran explosión de los costos, debido al desarrollo de la tecnología médica, la transición demográfica, etc. En algunos países en desarrollo los gastos en asistencia sanitaria aumentan con mucha más rapidez que los ingresos.

Por otro lado, según el Informe, existen diversas razones que justifican que los gobiernos desempeñen una función destacada en el sector sanitario. En primer lugar, muchos servicios relacionados con la salud, como la lucha contra las enfermedades contagiosas, son bienes públicos. En segundo lugar, los servicios de salud tienen grandes externalidades; es decir, son bienes preferentes, ya que su utilización por un individuo beneficia a los demás miembros de la sociedad. Según el Informe del Banco Mundial, los gobiernos deben alentar comportamientos que conlleven externalidades positivas. En tercer lugar, la prestación de servicios de salud costo-eficaces a los grupos de población pobres es un método efectivo y socialmente aceptable para reducir la pobreza. Los autores estiman que pueden necesitarse medidas gubernamentales para compensar los problemas generados por la incertidumbre y las deficiencias del mercado de seguros. En algunos países una parte de la población no tiene acceso a los seguros médicos privados, debido a que no pueden financiar las primas o por tener un alto riesgo de enfermar. A fin de eliminar la selección adversa, la solución propuesta es que los gobiernos exijan que las compañías aseguradoras se unan para hacer frente a los riesgos de ciertos colectivos. Esta recomendación parece inspirada en el plan Clinton de reforma sanitaria en EE.UU. El ejemplo del sistema norteamericano ilustra los peligros de un sistema sanitario ampliamente privado con una regulación insuficiente⁷, en donde las compañías de seguros rechazan a los clientes con mayores probabilidades de enfermar o con escasos recursos económicos. Se produce así un fenómeno de selección adversa, dejando desprotegidos a treinta millones de habitantes de un país que, sin embargo, está dedicando el 15% de su PIB al sector sanitario. Ante la gravedad de la situación, el presidente Clinton ha pretendido realizar una reforma sanitaria centrada en la extensión de la cobertura de las compañías privadas a toda la población. Sin embargo, actualmente la sensación general es que la reforma ha fracasado.

La Financiación de los Sistemas de Salud

Uno de los temas más polémicos abordados es el de la financiación de los servicios de salud. El Informe asegura que la financiación pública de los servicios sanitarios tiende a subvencionar a personas ricas que podrían pagarse sus propios servicios. Según el Informe, para garantizar la prestación de servicios básicos de salud pública y asistencia clínica esencial a toda la población, al tiempo que el resto del sistema de salud pasa a autofinanciarse, se requieren reformas importantes. Una manera de hacerlo sería cobrar a los pacientes acomodados que utilicen los hospitales y servicios estatales. Se piensa que la promoción de los planes de seguros autofinanciados eliminaría subvenciones cuantiosas y poco equitativas y ayudaría a liberar fondos estatales para destinarlos a programas de salud pública. El Informe defiende así la financiación de los servicios sanitarios, cobrando a las personas en función a su nivel de ingresos. Esta medida, aparentemente progresista, no está, en nuestra opinión, exenta de riesgos. Los estados no pueden rebajar el nivel impositivo sobre los ricos, puesto que aportan (o deberían hacerlo) una parte sustancial de los recursos financieros del sistema. Además, al estar excluidos de las prestaciones, podrían solicitar una rebaja fiscal, puesto que tendrían que pagarse los servicios sanitarios de forma privada. Este tipo de medidas tiene el riesgo de evolucionar a sistemas sanitarios distintos para ricos y pobres, originando instituciones tipo beneficencia, con pocos recursos, para los pobres. En nuestra opinión, la labor se ha de centrar en la mejora de la gestión de los actuales sistemas nacionales de salud, para controlar el crecimiento del gasto, pero sin cuestionar su principio básico de asistencia universal y en gran medida gratuita para toda la población.

LOS SERVICIOS SANITARIOS ESENCIALES

El Informe insiste en la necesidad de destinar los recursos económicos públicos,

siempre escasos, a medidas de salud que hayan probado ser eficaces en relación a su costo. Existen métodos para analizar las intervenciones considerando su eficacia y su coste⁸: análisis coste-beneficio (en él, tanto los resultados como los recursos empleados están valorados en unidades monetarias); análisis coste-efectividad (los efectos sobre la salud están expresados en unidades no monetarias, en términos de efectividad) y análisis coste-utilidad⁹ (los resultados se miden en Años de Vida Ajustados por Calidad). Si embargo, aún quedan muchas intervenciones que no han sido evaluadas y todavía no existe un consenso respecto a la metodología más adecuada para realizar estos estudios. Por otro lado, existen problemas de orden ético, que complican la aplicación directa de los resultados que ofrecen. Otra posible medida de ahorro, sugerida en el Informe, es la elaboración de listas de medicinas esenciales integradas por productos poco costosos con los que tratar los problemas de salud importantes de la población.

El Informe del Banco Mundial señala varias medidas de salud pública, caracterizadas por su elevada eficacia en función de los costos: inmunizaciones, servicios de salud escolares, información y servicios seleccionados de planificación familiar y nutrición, programas para reducir el consumo de tabaco y alcohol, inversiones para mejorar el entorno de las familias y prevención del SIDA. También se indica la necesidad de intensificar el respaldo oficial a la extensión del Programa Ampliado de Inmunización. Se defiende la conveniencia de establecer unos servicios clínicos esenciales suministrados por el estado. Los elementos de este conjunto de servicios, de gran eficacia en función de los costos, varían de un país a otro, según las necesidades de salud y el nivel de ingreso. Como mínimo, ese conjunto de servicios deberá incluir cinco grupos de intervenciones: asistencia en relación con el embarazo, planificación familiar, lucha contra la tuberculosis, lucha contra las ETS y tratamiento de las enfermedades comunes graves de los niños pequeños. Muchos servicios de salud

tienen bajos niveles de eficacia en función de los costos y, según el Informe, los gobiernos tendrán que considerar la posibilidad de excluirlos del conjunto de servicios clínicos esenciales.

El Informe concluye afirmando que la adopción de un conjunto 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 serían las actuaciones que tendrían mayor rentabilidad para evitar muertes y reducir la discapacidad. En la práctica, las reformas sanitarias son difíciles, ya que ponen en juego distintos grupos de intereses. La comunidad internacional podría hacer más en apoyo de la reforma de las políticas sanitarias. La reorientación de la ayuda de los países donantes, de la política hospitalaria, de la formación de especialistas en programas de salud pública y de la inversión en servicios clínicos esenciales representaría una contribución significativa a estas reformas.

Los expertos rehúyen en todo momento abordar las cuestiones políticas y sociales que están implicadas inevitablemente en los problemas de salud¹⁰. El Informe no entra tampoco a discutir si los fondos presupuestarios gastados en salud son suficientes o no¹¹. Sus consejos se centran en dirigir los fondos dedicados a intervenciones poco eficaces hacia otras más costo-eficaces¹². Existe un consenso general sobre que ciertos países, como Estados Unidos, están gastando demasiados recursos en salud. Sin embargo, ¿cuál es el porcentaje correcto del PIB para gastos en salud? ¿Acaso no deberían ciertos países desviar recursos de otras partidas hacia el campo sanitario y social, antes de pensar en medidas de ahorro? Parece lógico pensar que el estado de salud en los países subdesarrollados, durante los próximos años, dependerá en gran medida de la evolución de la situación política. La estabilización de las regiones en conflicto permitiría dedicar más recursos a gastos sociales y reducir los gastos militares¹³.

AÑOS DE VIDA AJUSTADOS POR DISCAPACIDAD (AVAD)

Uno de los aspectos más interesantes del Informe es el desarrollo de un nuevo indicador unitario de la carga de morbilidad, los AVAD. Casi todas las evaluaciones anteriores sobre la importancia relativa de las diferentes enfermedades se basan en el número de muertes que causan. No obstante, existen muchas enfermedades y traumatismos que producen grandes pérdidas en términos de vida saludable sin causar la muerte¹⁴. Los AVAD son la nueva unidad de medida utilizada en el Informe para cuantificar la carga global de la morbilidad y, a partir de ella, la eficacia de las intervenciones sanitarias. Fue desarrollada por el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud expresamente para este Informe^{15,16,17}.

Las enfermedades fueron clasificadas en 109 categorías, basándose en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, Novena Revisión. Estas categorías comprenden todas las causas de defunción posibles y alrededor del 95% de las posibles causas de discapacidad. Se asignó 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. Después se calculó el número de años de vida saludable perdidos, multiplicando la duración prevista de la afección por un valor relativo de la gravedad, previamente establecida para cada una de ellas. A continuación se combinaron las pérdidas por defunción y por discapacidad, incluyéndose una tasa de actualización y ponderaciones diferentes para cada año perdido según la edad.

La tasa de actualización utilizada es del 3%. Su fundamento es la preferencia tempo-

ral¹⁸ y, dado que el deterioro de la salud causado por una enfermedad puede prolongarse por años, debe determinarse cómo valorar el futuro en relación al presente. En los estudios de coste-utilidad se suelen aplicar tasas que descuentan tanto los beneficios como los costes del futuro. No obstante, existen diversas posturas al respecto. La adoptada por el Banco Mundial afirma que las sociedades prefieren tener un nivel dado de consumo en el presente respecto al futuro. Otros autores, sin embargo, apoyan tasas de descuento nulas o incluso negativas¹⁹. Según ellos, no es cierto que las personas valoren su estado de salud futuro menos que el presente. Cuanto mayor sea la tasa de actualización que se aplique, menos valor tendrán las consecuencias futuras de las intervenciones en salud a la hora de establecer una prioridad. Tasas altas de descuento favorecen intervenciones que mejoran la calidad de vida actual y perjudican a aquellas cuyo principal resultado es aumentar la esperanza de vida²⁰. Hay que considerar que la tasa de descuento elegida va a tener repercusiones en las decisiones tomadas, y, por tanto, en el estado de salud de las personas en el futuro, incluso de los aún no nacidos²¹. Lo que parece de una lógica impecable en la actividad financiera puede ser muy discutible, e incluso contraproducente, cuando de lo que se trata es de promover políticas sociales estables.

En el Informe, el valor relativo de un año de vida a cada edad se ajustó al modelo de una función exponencial. Esta función aumenta rápidamente desde 0 (al nacimiento) hasta un máximo a la edad de 25 años y luego disminuye progresivamente. Según el Informe, casi todas las sociedades atribuyen más importancia a un año de vida de un adulto que al de un niño o anciano. Sin embargo, los autores reconocen que se pueden aplicar otras ponderaciones por edad que sean igualmente válidas, o incluso no aplicar ninguna. Aunque el primer año de vida recibe una ponderación muy baja, la vida de un recién nacido se valora sumando todos los años que se prevé que ha de vivir. Por ello, cuando no

existe actualización, el mayor número de AVAD perdidos se producen como consecuencia de la muerte prematura de niños menores de un año. Sin embargo, la introducción del criterio de actualización hace que la mayor pérdida, como consecuencia de muerte prematura, se produzca en los primeros años de edad adulta. La combinación de la tasa de actualización y las ponderaciones por edad produce la pauta de AVAD perdidos a causa de una defunción o incapacidad distintos en cada edad. La suma correspondiente a todas las edades, afecciones y regiones se denomina carga global de morbilidad y mide el valor actualizado de la corriente futura de vida sin discapacidades, perdida como consecuencia de defunciones, enfermedades o traumatismos en 1990. Los AVAD han sido desarrollados específicamente para este informe y, sin duda, son una aportación metodológica interesante en el campo de la gestión sanitaria. Se ha señalado que el desarrollo de los AVAD supone un avance metodológico de gran importancia ²². Esta nueva medida será útil para definir la carga de enfermedad y para evaluar intervenciones sanitarias y programas de salud pública. Sin embargo, tal como hemos mencionado anteriormente, el cálculo de la carga de la morbilidad se basa en algunos supuestos que implican una definición de valores éticos o preferencias sociales cuestionables.

CONCLUSIONES

Nos encontramos ante un completo e interesante informe, aunque lleno de cuestiones polémicas y dilemas sin resolver. En él hay que distinguir algunos aspectos fundamentales. Por un lado, la información sanitaria, económica y epidemiológica, que es la más completa y de mayor calidad de que se dispone en estos momentos. Es por ello, en todo caso, una herramienta útil para conocer mejor la situación sanitaria mundial. A pesar de los importantes logros sanitarios de los últimos años, el Informe dibuja una situación preocupante, señala los principales retos del

futuro inmediato y abre una amplia agenda para la investigación y el debate.

Un aspecto importante del informe es la metodología empleada para medir la carga global de morbilidad. Los aspectos más conflictivos para el cálculo de los AVAD son: la elección de una tasa de descuento, el valor relativo de cada año de vida según la edad, la valoración de las incapacidades para su comparación con las muertes y el cálculo de la incidencia de las enfermedades a partir de datos muchas veces incompletos. En los próximos años se verá hasta qué punto esta nueva aproximación, con el desarrollo de los AVAD, es útil para la toma de decisiones en el campo sanitario. Paralelamente, el Informe aborda el tema de la salud desde una perspectiva económica y realiza una serie de recomendaciones a los gobiernos.

Queda abierto el debate sobre distintas cuestiones: ¿qué sistema sanitario debe ser impulsado en los distintos países? ¿Deben existir unas prestaciones mínimas? ¿Cuál es el papel de la financiación privada en la provisión de los servicios de salud? ¿En qué medida el sistema de los EE.UU. puede servir de referente ideológico a las reformas de los sistemas sanitarios de los países en vías de desarrollo?

BIBLIOGRAFÍA

1. Buse K. The World Bank. Health Policy Plan 1994; 9: 95-9.
2. Burkett P. Poverty crisis in the Third World: the contradictions of the World Bank policy. *Int J Health Serv* 1991; 21: 471-9.
3. World Bank. World Development Report 1993: Investing in Health. Oxford, England: Oxford University Press, 1993.
4. Musgrove P. Inversión en salud: informe sobre el desarrollo mundial 1993. *Bol Sanit Panam.* 1993; 115: 455-7.
5. Aldhous P. World Bank report calls for network to bolster research. *Science* 1993; 261: 155.

6. Marwick C. World Bank report says reallocate resources. *JAMA* 1993; 270: 800-2.
7. Artells y Herrero JJ. El aseguramiento y el seguro sanitario en el contexto internacional. XIV Jornadas de Economía de la Salud. Santiago de Compostela. 8-10 de junio de 1994.
8. Rovira J. Sesión de debate sobre metodología de la evaluación económica. XIV Jornadas de Economía de la Salud. Santiago de Compostela. 8-10 de junio de 1994.
9. Robison R. Cost-utility analysis. *BMJ* 1993; 307: 859-862.
10. De Wildt G, Sogge D, Peters A, Kemkes J, Hansma G, Bannenberg W. World Bank's world development report. (Letter to the editor). *Lancet* 1993; 342: 440.
11. Ruderman AP. Economic adjustment and the future of Health Services in the Third World. *J Public Health Policy* 1990: 480-90.
12. Banerji D. A simplistic approach to health policy analysis: the World Bank team on the Indian health sector. *Int J Health Serv* 1994; 24: 151-9.
13. Informe sobre Desarrollo Humano. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Nueva York: ONU, 1994.
14. Gutiérrez Fisac JL, Regidor Poyatos E. Esperanza de vida libre de incapacidad: un indicador global del estado de salud. *Med Clin* 1991; 96: 453-455.
15. Murray CJ. Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability adjusted life years. *Bull World Health Organ* 1994; 72: 429-45.
16. Murray CJL, López AD. Global and regional cause-of-death patterns in 1990. *Bull World Health Organ* 1994; 72: 447-480.
17. Murray CJL, López AD, Jamison DT. The global burden of disease in 1990: summary results, sensitivity analysis and future directions. *Bull World Health Organ* 1994; 72: 495-509.
18. Johannesson M, Pliskin JS, Weinstein MC. A note on quality, time tradeoff, and discounting. *Med Decis Making* 1994; 14: 188-193.
19. Parsonage M, Neuburger H. Discounting and health benefits. *Health economics* 1992; 1:71-76.
20. Lipscomb J. Time preference for health in cost-effectiveness analysis. *Med-Care* 1994; Mar 27 (3 Suppl): s233-53.
21. Editorial: World Bank's cure for donor fatigue. *Lancet* 1993; 342: 63.
22. Foege W. Preventive medicine and public health. *JAMA* 1994; 271: 1704-5.