

## Respuesta al desafío de la atención de salud en Zimbabwe

EN GENERAL, EL BANCO MUNDIAL HA “HECHO LO que debía” en el sector de salud de Zimbabwe, pero no siempre ha conseguido “arreglar la situación”, según un estudio reciente del Departamento de Evaluación de Operaciones (DEO). Las medidas del Banco de apoyo a los proyectos y asesoramiento sobre políticas han estado en consonancia con el perfil epidemiológico y las necesidades del sector de salud de Zimbabwe, y han contribuido a incrementar la calidad de los servicios, la prestación de servicios en centros médicos, la asistencia a los pacientes hospitalizados y la utilización de anticonceptivos, entre otros beneficios. Los programas han encontrado, a menudo, dificultades en su ejecución. Dado que Zimbabwe debe superar el doble desafío de las graves limitaciones financieras y de la creciente epidemia de SIDA, conviene revisar debidamente la labor del Banco Mundial en este sector, en preparación para la próxima etapa del apoyo del Banco.

### Antecedentes

Durante los últimos 15 años, el Banco Mundial ha ofrecido asesoramiento sobre políticas y apoyo a proyectos en programas de salud, nutrición y población en Zimbabwe, y en 1991 participó en el diseño y medidas de apoyo al Programa de ajuste económico y estructural (ESAP) de Zimbabwe. La intervención inicial del Banco en el sector —un préstamo en 1986 para mejorar la

calidad y disponibilidad de los servicios de salud en ocho distritos escogidos, incluida la ampliación de la infraestructura y de la capacitación de enfermeras durante el servicio— se amplió en 1991 a 16 distritos más. Un préstamo de 1993 financió la adquisición de medicamentos para tratar infecciones transmitidas sexualmente, así como suministros médicos y equipo de laboratorio.



El apoyo a los proyectos y el asesoramiento sobre políticas ofrecidos por el Banco han resultado productivos para el sector de la salud en Zimbabwe, pero su repercusión en el comportamiento del sistema de salud y en los resultados sanitarios se ha visto mermada por el estancamiento económico y una devastadora epidemia de SIDA. Las deficiencias en el diseño del ESAP contribuyeron a crear tensiones en el sector, especialmente respecto a la reforma de la administración pública y a la dotación de personal. La incapacidad del Gobierno de controlar el déficit presupuestario –y el financiamiento de esa deuda mediante préstamos internos a altas tasas de interés– ha conducido a pagos crecientes de interés que ahora representan una cuarta parte de todos los ingresos públicos. Esta deuda elevada amenaza con llevar a Zimbabwe a una crisis económica todavía mayor, que, sin un esfuerzo concertado para la reducción de la deuda, afectará aún más al sector de la salud.

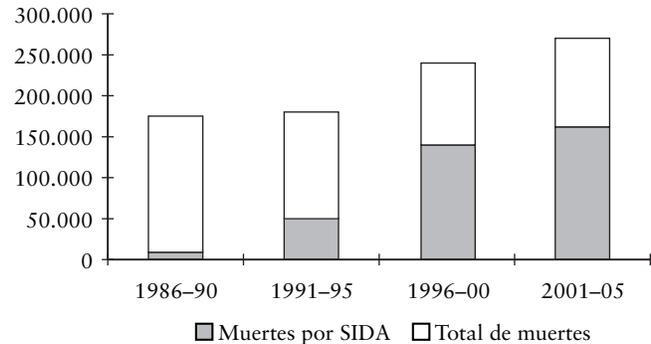
Zimbabwe tiene que soportar la más grave epidemia de SIDA en todo el mundo. Según UNAIDS, el 26% de la población adulta de Zimbabwe está infectada con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que causa el SIDA, y el porcentaje puede estar aumentando. Las consecuencias para el sistema de la salud, la economía y la sociedad de la nación son impresionantes. La situación es especialmente trágica si se tiene en cuenta que el SIDA no puede curarse pero sí prevenirse con cambios en las prácticas sexuales. Sin embargo, el Gobierno no ha mostrado capacidad de promover un cambio de comportamiento, la estrategia no está adoptando el planteamiento más eficaz en función de los costos (trabajar con los que tienen mayor probabilidad de transmitir el virus), y varias zonas de alto riesgo del país aún no se han beneficiado de la intervención.

### La salud y el sistema sanitario

En el decenio posterior a la independencia (1980), Zimbabwe experimentó una de las más rápidas mejorías en los indicadores de salud, nutrición y población en todo el África al sur del Sahara. La mortalidad infantil descendió de 90 por 1.000 en 1980, a 53 por 1.000 en 1988. En cambio, los ingresos familiares aumentaron sólo en forma moderada, lo que parece indicar que el causante del progreso fue el enorme interés del Gobierno por la salud básica y los servicios de planificación familiar, educación sanitaria y extensión comunitaria, reforzado por la gran insistencia en la prevención.

En el decenio de los años noventa, los indicadores de salud y de los servicios sanitarios se estancaron o redujeron bajo la carga simultánea del SIDA, la crisis económica y la sequía, a pesar de que la fecundidad continuó disminuyendo. Después de un decenio de baja,

### GRÁFICO 1. MUERTES DE NIÑOS DE MENOS DE 5 AÑOS



Fuente: NACP 1997.

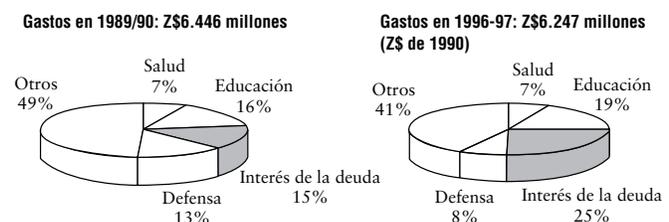
la mortalidad infantil y adulta está en aumento, al igual que las infecciones oportunistas, como la tuberculosis. A pesar de que la crisis económica puede explicar en parte el deterioro del sistema de salud, estos aumentos en la mortalidad se atribuyen principalmente al SIDA (véase el Gráfico 1). Si bien el SIDA/VIH se combaten más eficazmente con la prevención y el cambio de comportamiento, la reducción de los gastos de salud por habitante y las crecientes demandas de atención curativa han debilitado el enfoque preventivo que caracterizó a los acertados programas del decenio de 1980.

### Consecuencias

#### El ESAP y la salud

El ESAP de Zimbabwe de 1991 liberalizó la economía pero no consiguió combatir el déficit del presupuesto público, que se ha mantenido en un promedio anual de casi el 10% del PIB, desde la independencia. La liberalización económica sin la reducción del déficit contribuyó al estancamiento económico y al limitado crecimiento del empleo. La subida de los costos de los alimentos y de los servicios sociales, junto con la disminución de los salarios del sector formal y los efectos persistentes de la grave sequía de 1991-92 han dejado a muchos de los pobres peor de lo que estaban

### GRÁFICO 2. ASIGNACIÓN DE LOS GASTOS GUBERNAMENTALES, 1989/90 Y 1996/97



antes de que comenzara el proceso de ajuste. A pesar de que tanto el Gobierno como el Banco trataron de proteger el gasto en salud y educación, los considerables déficit presupuestarios generaron inflación y elevaron el pago de intereses, lo que contribuyó a la contracción del gasto sanitario real y de los salarios reales para los profesionales del sector. Estos pagos de intereses, tres cuartas partes de los cuales son para la deuda interna, representan ahora más de tres veces el gasto gubernamental en salud (véase el Gráfico 2). El diseño de los programas no consiguió dar prioridad a la reducción del déficit (por ejemplo, reduciendo los impuestos), pero el Gobierno fracasó sistemáticamente en el logro de las metas fijadas debido a la ejecución de programas no presupuestados (como el reciente pago a los veteranos de guerra).

Si bien los profesionales del sector no sufrieron los efectos de los recortes, la reducción del personal administrativo y de mantenimiento del Ministerio de Salud redujo la eficiencia y aumentó los problemas de moral, sin generar ahorros significativos.

Pese a que las políticas y el desempeño macroeconómicos han influido en el sector de la salud más que el financiamiento de proyectos por parte del Banco, éste no ha vinculado eficazmente las inversiones y estrategias en el sector de la salud al diálogo macroeconómico, en especial en lo referente a la dotación de personal de salud y a la reforma de la administración pública. Para evitar en el futuro el deterioro del sector, el Gobierno debe dar prioridad a la reducción del déficit presupuestario y a la reestructuración del servicio de la deuda. A mediano plazo, el presupuesto para la salud permanecerá limitado, y habrá que dedicarse sobre todo a conseguir una mayor eficiencia y a tomar las difíciles medidas necesarias para financiar prioridades como la prevención del SIDA y los servicios básicos para los pobres.

#### *Financiamiento de la salud y recuperación de costos*

La labor de financiamiento de la salud realizada por el Banco ha dado lugar a un mayor interés por la recuperación de costos, pero ha tenido escaso éxito en cuanto a la movilización de recursos adicionales para la salud, el logro de una mayor calidad y eficiencia y la protección de los pobres. En los primeros años noventa, el Banco convenció al Ministerio de Salud de que debía elevar las tarifas cobradas a los usuarios, pero el Ministerio de Finanzas no autorizó la retención de tarifas en los servicios de la salud hasta fines de 1997. Al no haber retención, no mejoró la calidad de los servicios. El Banco alentó la adopción de un sistema de excepciones para proteger a los pobres frente a la

creciente recuperación de costos en los sectores sociales, pero, debido a problemas de diseño y ejecución, el programa alcanzó únicamente a un pequeño porcentaje de los beneficiarios previstos. Después de los aumentos de las tarifas, algunos servicios preventivos se trasladaron de hospitales a dispensarios, lo que indica una mayor eficiencia, pero la concurrencia de los pobres en calidad de pacientes externos disminuyó en respuesta a los aumentos de tarifas, ya que subieron los precios y bajó la calidad. En 1995, el Gobierno (con aprobación del Banco) eliminó los centros sanitarios rurales, argumentando que los ingresos recaudados no justificaban los costos administrativos. Lo que preocupa a la población rural pobre es la calidad del servicio, más que su costo, pero éste representa un serio obstáculo para los pobres de las zonas urbanas; en una encuesta reciente, el 40% de estos últimos indicó que la razón por la que no solicitaban tratamiento cuando se encontraban enfermos es que resultaba “demasiado caro”.

Curiosamente, la recuperación total de costos bajó –del 3% al 2% del presupuesto del Ministerio de Salud– debido principalmente a que el Gobierno no consiguió mejorar demasiado el sistema de facturación de los hospitales. El Gobierno continúa perdiendo millones de dólares por problemas de facturación a las sociedades de ayuda médica (compañías de seguro de salud) de los gastos contraídos en los hospitales públicos por pacientes asegurados. Ello demuestra que el Banco debe complementar sus recomendaciones amplias de política con un diálogo detallado sobre la ejecución, dar mayor atención al contexto institucional y coordinar el diálogo macroeconómico y sectorial. Ahora que se permite que los servicios públicos retengan los cobros, la recuperación de los costos hospitalarios ha aumentado considerablemente, pero la recaudación continúa siendo insuficiente. En los próximos años, es posible que las comunidades y distritos locales deseen experimentar con centros de salud administrados por la comunidad, en los cuales las tarifas ingresadas se utilicen para adquirir medicinas y mejorar la calidad del servicio.

#### *Fortalecer la prestación de servicios de salud*

El apoyo del Banco a la ampliación de la infraestructura de los distritos y a la capacitación de personal por medio del Primer proyecto de salud familiar (1986-91) mejoró la calidad del servicio y contribuyó a aumentar los servicios prestados en centros médicos, elevó el número de personas hospitalizadas y el uso de anticonceptivos, pero no ha tenido un efecto cuantificable en el número de pacientes externos ni en la morbilidad. De hecho, la presencia de pacientes externos en los distritos del proyecto disminuyó realmente después de la terminación de las instalaciones en 1991,

coincidiendo con la sequía, la mayor observancia de las normas sobre el pago de tarifas y la escasez de medicamentos, lo que permite pensar que el mejoramiento de la infraestructura y de la capacitación no aumentan, por sí solos, la calidad de los servicios ni el acceso a los mismos.

El efecto de la renovación de las instalaciones en la prestación de servicios de asistencia materna varió considerablemente en función del lugar elegido. En distritos con servicios realmente insuficientes, como Tsholotsho, el número de partos en los centros médicos aumentó notablemente después de la construcción de las instalaciones, mientras que, en otros casos, el número de partos se estancó y el de pacientes internados disminuyó, debido normalmente a que el hospital público renovado se encontraba junto al hospital de una misión, que resultaba más atractivo para muchos pacientes. Las influencias políticas internas y la insistencia del Banco en mejorar las instalaciones existentes contribuyó a una selección desacertada de los emplazamientos.

El segundo Proyecto de salud familiar mejoró el diseño de las instalaciones y la selección de los lugares de las mismas. Construyó 16 hospitales de distrito por el mismo costo que los ocho iniciales. Para este proyecto, el Banco colocó un arquitecto en el Ministerio de Salud para asegurar la máxima eficiencia en el diseño de las instalaciones. La convocatoria de una licitación internacional hizo posible que los costos de construcción fueran un 40% inferiores a los estimados por el Gobierno, y las instalaciones se completaron a tiempo, en 1998, y a un costo por debajo de lo presupuestado. Sin embargo, la grave escasez de profesionales sanitarios está dificultando la dotación de personal de las nuevas instalaciones y amenaza con reducir su efecto. Una vez comenzada la construcción, resultaba imposible –por imposiciones contractuales y políticas– demorar el proyecto o reducir el número de hospitales mientras no se resolviera la escasez de personal. Ello demuestra que, en la próxima etapa de apoyo del Banco, habrá que prestar más atención a la flexibilidad en el diseño de los proyectos y a los temas relativos a la calidad del servicio y a la dotación de personal que a la construcción de las instalaciones.

El Banco ha sabido colocarse en buena posición y actuar con eficacia al promover la integración de importantes intervenciones estatales en el sector de la salud, nutrición y población. El programa de capacitación de enfermeras en el servicio apoyado por los proyectos de salud familiar mejoró la competencia del personal y contribuyó a la integración de la nutrición y de la planificación familiar en los servicios de salud. El porcentaje de mujeres que obtienen anticonceptivos en las instalaciones de salud ha

aumentado desde fines del decenio de 1980, lo que se puede atribuir, en parte, a la capacitación en planificación familiar auspiciada por el Banco. Los esfuerzos del proyecto para mejorar la calidad de los servicios maternos en las zonas rurales se vieron obstaculizados, sin embargo, por la alta rotación de enfermeras parteras capacitadas, que en muchos casos obtenían una promoción o eran contratadas por el sector privado poco después de recibir la capacitación.

### *Personal sanitario*

La actual escasez de personal se debe a recientes decisiones políticas del Gobierno (que suprimió la capacitación para enfermeras públicas diplomadas y despidió a los trabajadores del sector en huelga), a la alta rotación del personal y a la ausencia de una planificación eficaz de los recursos humanos. La erosión de los salarios reales en el sector público y la creciente carga de trabajo han contribuido a la rotación y a la desmoralización, impulsadas también por el rápido crecimiento de la atención privada de la salud –que atiende principalmente a las poblaciones urbanas– en los años noventa. El personal del Banco ha expresado repetidamente su preocupación por la escasa dotación de personal, pero no ha sabido resolver con eficacia las limitaciones institucionales que impiden la acción. El Banco ha apoyado la asistencia técnica para la planificación de la fuerza laboral y se ha ocupado de la dotación de personal durante las misiones de supervisión, pero hasta 1998 no patrocinó estudios (investigaciones) sectoriales sobre estos temas. La responsabilidad respecto al personal de salud está dividida entre los Ministerios de Salud y de Finanzas y la Comisión de Servicios Públicos, y el Banco no utilizó su influencia macroeconómica para ampliar y agilizar el diálogo. El Ministerio de Salud, el Banco y los donantes han hecho de la dotación de personal de salud una prioridad para las futuras medidas de apoyo, pero todas las partes deberían hacer lo posible por conseguir una solución coordinada.

Para resolver el problema de la escasez de personal, el Gobierno deberá promover la estabilidad económica (para reducir la inflación y evitar nuevos recortes presupuestarios) y elaborar una amplia estrategia de dotación de personal de salud. El problema está en que las limitaciones presupuestales no permiten aumentos significativos de los gastos de personal. Para diseñar y poner en práctica la estrategia se necesitarán negociaciones entre las partes interesadas, en particular los Ministerios de Salud y de Finanzas, la Comisión de Servicios Públicos y los profesionales de la salud. El Banco puede ayudar efectuando análisis y facilitando el consenso entre los participantes.

### *El SIDA y las infecciones transmitidas sexualmente*

La presencia de infecciones transmitidas sexualmente (ITS) aumenta de forma considerable la probabilidad de que un individuo contraiga el VIH. El tratamiento de las ITS puede ser uno de los componentes en la estrategia de prevención del SIDA. A principios del decenio de 1990, la reducción del presupuesto público para medicamentos y la demanda creciente de antibióticos condujo a una escasez crítica de fármacos. El Banco, a través del proyecto sobre ITS, ha financiado la mitad del presupuesto público para medicinas durante los cinco años pasados. El apoyo del Banco a la compra de medicamentos para tratar las ITS ha cerrado una brecha mayor en el financiamiento, ha permitido una importante reducción de costos en su adquisición e inicialmente ha aumentado su disponibilidad. Ésta se vio luego mermada por algunos obstáculos, lo que redujo la eficacia del programa. La disponibilidad de dichos fármacos ascendió al 89% en los primeros dos años del proyecto, pero se redujo al 73% en 1996, debido sobre todo a la revocación de algunas adjudicaciones de contratos gubernamentales por parte de los especialistas en adquisiciones del Banco y a las demoras en el registro de las medicinas adquiridas por licitación internacional. Los funcionarios públicos no recibieron en un comienzo capacitación adecuada sobre los procedimientos de adquisición del Banco, y la supervisión de éste fue inicialmente insuficiente para resolver los obstáculos. La mayor supervisión y atención administrativa por parte del personal gubernamental y del Banco hizo posible que la disponibilidad de fármacos contra ITS ascendiera al 87% en 1998.

Los proyectos con un componente farmacéutico importante requieren una capacitación inicial tanto para el personal gubernamental y del Banco –con actualizaciones periódicas posteriores– para evitar los obstáculos que pueden interrumpir la disponibilidad de medicamentos. Los procedimientos de adquisición del Banco podrían simplificarse para reducir la carga de los prestatarios, pero la reducción de costos mediante la licitación internacional es fundamental para asegurar esa disponibilidad en un contexto de restricciones presupuestarias y de creciente demanda de medicamentos.

La epidemia del SIDA es el problema más grave que se presenta al sistema sanitario y, junto con el déficit, a la economía en su conjunto. El tratamiento de las enfermedades sexualmente transmisibles requiere grandes recursos y, si no se compagina con una campaña concertada para cambiar los hábitos sexuales, no es probable que tenga efectos significativos sobre el

SIDA. El Banco ha financiado investigaciones que han despertado en Zimbabwe una mayor sensibilidad acerca de la gravedad de esa epidemia, y ha copatrocinado medidas innovadoras de prevención del SIDA en la comunidad. No obstante, la respuesta del Gobierno no ha estado en proporción con la magnitud de esta epidemia, que podría cobrarse un millón de vidas en el próximo decenio. La experiencia en otros lugares muestra que las tasas de transmisión del VIH entre los grupos de alto riesgo puede reducirse un 30% o más en sólo unos años. El Gobierno ha elaborado un plan estratégico multisectorial para combatir el SIDA; el desafío es ahora ponerlo en práctica.

### **Conclusiones**

El Banco puede aumentar su eficacia en el sector adaptando el diseño de los programas en función de las restricciones institucionales y políticas y aprovechando las capacidades ya existentes. Puede también aprovechar su acreditado historial de eficacia para promover la integración de programas y la cooperación entre los ministerios para abordar los problemas cada vez más complejos del país. Este planteamiento sería particularmente útil para establecer una estrategia amplia de dotación de personal de salud. El diseño y la puesta en práctica de la estrategia requerirá la negociación entre las muchas partes interesadas, ya que las limitaciones presupuestarias no permitirán aumentos importantes en los gastos de personal.

Para evitar un mayor deterioro en el sector de la salud pública, el Gobierno debe dar prioridad a la reducción del déficit presupuestario y a la reestructuración del servicio de la deuda. Mientras no se consigan esos objetivos, la búsqueda de una mayor eficiencia y la redistribución del financiamiento disponible pueden contribuir notablemente al logro de un mayor equilibrio y eficacia en la prestación de servicios. El Gobierno debe tomar también medidas inmediatas para dar prioridad a la prevención del SIDA –en especial aumentando sustancialmente los recursos públicos y privados dedicados a cambiar los comportamientos– y orquestar una respuesta intersectorial eficaz a esa epidemia.

Los desafíos del próximo decenio son considerables, pero Zimbabwe cuenta con los instrumentos, la experiencia, el espíritu innovador y el apoyo de sus socios –incluido el Banco– necesarios para darles respuesta. Los logros del pasado demuestran claramente que, una vez que se toma la decisión de acometer un problema, los progresos pueden ser considerables.

## Précis

*The Impact of World Bank Support to the HNP Sector in Zimbabwe*, Timothy Johnston, Informe No. 18141, junio de 1998. Los Directores Ejecutivos y el personal del Banco pueden obtener este informe en la Unidad de Documentos Internos y los centros de servicios de información regionales, y el público en general en el InfoShop del Banco Mundial:

Tel.: 1-202/458-5454

Fax: 1-202/522-1500

Correo electrónico: [pic@worldbank.org](mailto:pic@worldbank.org)

Sírvanse dirigir sus comentarios y consultas a la Directora, Elizabeth Campbell-Pagé, tel.: 1-202/473-5365, fax: 1-202/522-3125, correo electrónico: [ecampbellpage@worldbank.org](mailto:ecampbellpage@worldbank.org)

Por favor, dirijan todos los pedidos y consultas sobre las publicaciones al DEO, tel.: 1-202/458-4497, fax: 1-202/522-3200, correo electrónico: [OED Help Desk@worldbank.org](mailto:OED_Help_Desk@worldbank.org)

Esta y otras publicaciones del DEO se pueden encontrar en Internet, <http://www.worldbank.org/html/oed>

**DESCARGO DE RESPONSABILIDAD:** OED *Précis* es obra del Departamento de Evaluación de Operaciones, Conocimiento y Asociaciones (OEDPK), del Banco Mundial. Las opiniones expresadas en este Boletín son las del personal de dicho Departamento y no deben atribuirse al Banco Mundial o a sus instituciones afiliadas.