

Atención de la salud en Malí: Aprovechamiento de la participación de la comunidad

LA ASISTENCIA PROPORCIONADA POR EL BANCO Mundial al sector de la salud ha contribuido a que mejore el acceso a los servicios sanitarios en las zonas rurales y a que se disponga de mayor cantidad de medicamentos esenciales a precios razonables, según un estudio reciente del Departamento de Evaluación de Operaciones (DEO). Las enseñanzas extraídas de uno de los primeros proyectos sanitarios ejecutados en el país, el cual no tuvo éxito, sirvió para que el Banco y sus asociados determinaran cuáles eran las estrategias fundamentales –entre ellas, el establecimiento de un sector de la salud administrado por la comunidad con servicios financiados mediante la recuperación de costos, la reforma del organismo farmacéutico estatal, y la creación de un marco normativo para la promoción de medicamentos esenciales genéricos. Aún quedan por acometer las difíciles tareas de lograr una mayor utilización de los servicios de salud, combatir la malnutrición, aliviar la escasez de personal en el sector comunitario y aumentar la equidad del gasto público en salud.

Antecedentes

Malí es uno de los países más pobres del mundo. La mayor parte de la población se dedica a los cultivos de subsistencia en terrenos de secano, pero el clima del país es riguroso e imprevisible, y la amenaza

de sequía está siempre presente. La tasa de alfabetización de la población adulta es inferior al 20%, una de las más bajas del mundo. Los servicios de educación están poco desarrollados, especialmente a nivel de la enseñanza primaria. La



matrícula de las niñas en la escuela no llega a la tercera parte del promedio para los países al sur del Sahara, y hasta el 80% de los niños en edad escolar que viven en las zonas rurales no asisten a la escuela primaria.

Estos indicadores son importantes porque las condiciones económicas desfavorables y los ingresos bajos reducen la demanda de servicios sanitarios y fomentan condiciones que dejan a la población propensa a las enfermedades y a la mala salud. El bajo nivel de educación, especialmente de las niñas, empeora los indicadores de salud y nutrición infantiles y contribuye al escaso uso de anticonceptivos y a las altas tasas de fecundidad.

Como en la mayoría de los demás países de África al Sur del Sahara, los principales problemas de salud son las enfermedades infecciosas y parasitarias, y las principales causas de muerte son ciertas enfermedades prevenibles como el paludismo, el sarampión, el tétanos, las infecciones respiratorias agudas y la diarrea. Las enfermedades afectan en forma desproporcionada a los niños y las mujeres en edad de procrear, y los indicadores de salud son peores en las zonas rurales que en los centros urbanos. La malnutrición es un problema grave; la tercera parte de los menores de cinco años y la cuarta parte de los menores de seis meses sufren retraso del crecimiento. El problema incipiente que es preciso abordar ahora es la propagación del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), con el que está infectado el 5% de la población, proporción que está aumentando.

Cuando el Banco se embarcó por primera vez en operaciones relativas al sector de la salud de Malí hace 20 años, el país se encontraba ante un sistema de salud centralizado que no respondía a las necesidades de la población. La política oficial se inclinaba hacia la atención curativa de la salud de la población urbana, lo que dejaba a la mayoría de la población, que vivía en las zonas rurales, a merced de un sistema dividido e inaccesible. Un monopolio de propiedad estatal controlaba la distribución y el costo de los medicamentos, lo que los volvía inaccesibles salvo para unos pocos. Aunque a mediados de los años ochenta el Gobierno puso fin al empleo garantizado para los egresados de las escuelas de medicina y permitió el ejercicio privado de la profesión, fijó los honorarios a niveles que no eran asequibles para la mayoría, lo que creó una masa de profesionales desempleados. Otro factor que influía en la situación era la actitud imperante hacia la atención de la salud: la población estaba acostumbrada a atender a sus propias necesidades con ayuda de las prácticas y creencias autóctonas.

La asistencia prestada por el Banco para resolver esos problemas ha arrojado dividendos considerables,

pero aún quedan obstáculos pertinaces. El diálogo sobre política y el análisis sectorial del Banco ayudaron al Gobierno a formular una política sanitaria nacional, que estableció una base para ampliar el acceso a los servicios de salud en las zonas rurales y aumentar la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos genéricos esenciales. Al mismo tiempo, el Gobierno aún no ha abandonado su tendencia a favorecer al sector urbano, y no destina una proporción suficiente de los gastos a la atención primaria de la salud en el sector rural. Los préstamos y proyectos del Banco ayudaron también al Gobierno a crear un sistema viable de atención de la salud basado en la comunidad, que ha extendido la cobertura a las zonas rurales a través de una red mejor coordinada de donantes y ONG, pero la utilización general de los servicios sigue siendo baja, y es difícil para las clínicas reclutar médicos y ofrecer claras perspectivas de carrera a los profesionales de la salud. El Banco, el Gobierno y otros asociados son muy conscientes de esas cuestiones sin resolver, y actualmente están preparando un detallado programa de inversiones sectoriales para darles solución.

La labor del Banco en el sector de la salud de Malí

El diálogo de política y la labor preparatoria que culminaron en la aprobación en 1983 del primer proyecto de salud del Banco en Malí –el Proyecto de desarrollo del sector de la salud (PDS)– constituyeron la primera participación directa del Gobierno en la preparación de un proyecto financiado por donantes. El proyecto y su estrategia se basaron en un estudio epidemiológico de 1981 que indicaba que los habitantes de los poblados visitaban los dispensarios públicos sólo una vez cada dos años en promedio. Las tres cuartas partes de la población de la muestra no los había visitado nunca durante el año anterior a la encuesta. También determinó que el número promedio de visitas dependía de la distancia a que se encontraba el dispensario, factor crítico en un país cuya población es predominantemente rural.

La encuesta indicó que la población que corría más riesgo –los niños y las mujeres embarazadas– no recibía tratamiento prioritario. La población recurría principalmente a curanderos tradicionales y a hierbas medicinales para tratar las enfermedades. Aunque el organismo farmacéutico paraestatal vendía medicamentos modernos, éstos tenían precios demasiado altos y escaseaban constantemente. Por otra parte, los organismos donantes y las ONG estaban intentando ampliar los servicios a nivel rural, pero la falta de coordinación, la escasez de personal y la falta de financiamiento suficiente para cubrir los gastos ordinarios les restaba efectividad y sostenibilidad.

Reforma del sector farmacéutico

CUANDO EL BANCO INICIÓ SUS ACTIVIDADES EN el sector de la salud de Malí a comienzos del decenio de 1980, se reconoció que era esencial reformar el sector farmacéutico. El organismo farmacéutico paraestatal (PPM) obtenía utilidades a pesar de sus políticas de adquisición ineficientes porque había una fuerte demanda de medicamentos. Pero los medicamentos importados por el PPM eran medicamentos con nombre comercial, especializados y caros, que generalmente escaseaban. En el PPM, que tenía exceso de personal, abundaban las oportunidades de venta ilícita de medicamentos y otros tipos de corrupción. Los medicamentos se vendían a precios de descuento subvencionados a los establecimientos estatales, pero a precios de lista en otros lugares. Junto con las importaciones ilegales, lo anterior contribuía a que hubiera un floreciente mercado negro de medicamentos, muchas veces de dudosa calidad.

Al comienzo el Gobierno se mostró reacio a perder las utilidades procedentes del PPM, y, lo que no es de sorprender, el PPM se resistía enérgicamente a cualquier tipo de reforma. Pero para fines del decenio de 1980, el fracaso del PDS y de otras iniciativas similares del Banco sirvió para convencer a los altos funcionarios del Ministerio de Salud de que la reforma del sector farmacéutico era necesaria.

El Banco se dio cuenta de que los obstáculos que impedían la reforma no eran solamente la falta de capacidad, y en el diálogo sobre políticas para el PSPHR hizo hincapié en la necesidad de modificar el marco normativo. Otros donantes y ONG se habían

sentido suficientemente frustrados con la ineficiencia del PPM como para pedir su abolición. Pero el personal del Banco se opuso, diciendo que no sería políticamente viable hacerlo, y que las grandes compras de medicamentos previstas para el PSPHR no podrían ser administradas de inmediato por una ONG.

Como parte de la política sanitaria nacional, el Gobierno, el Banco y otros asociados formularon un “plan contractual” que guiaría al sector farmacéutico hacia cuatro reformas –competencia privada para la venta al detalle de medicamentos, la introducción de una mayor proporción de medicamentos genéricos en los sectores público y comunitario, límites a los márgenes de ganancia de las ventas, y la reestructuración del PPM, inclusive la eliminación de 200 puestos.

A comienzos de los años noventa, la liberalización obtuvo más apoyo a medida que surgían otras vías de importación de medicamentos, creando presiones competitivas en el sector. A medida que el PSPHR comenzó a ampliar el sector de salud comunitario, aumentó la demanda de medicamentos genéricos, lo que intensificó las presiones para que el Gobierno aplicara de lleno las reformas.

Para 1993 el PPM había comenzado a comprar medicamentos genéricos mediante licitación pública internacional. Ya a mediados del decenio, los precios de los medicamentos habían bajado hasta al 20% de sus niveles anteriores, y siguieron bajando, incluso después de la devaluación del franco CFA en 1994.

El PDS tenía por objeto mejorar el suministro de servicios colaborando con el sistema de salud pública existente para construir nuevos centros sanitarios e impartir capacitación a más personal. Pero los considerables retrasos en la ejecución fueron un obstáculo para casi todos los componentes. Entre otros problemas, el desempeño de la ONG contratada para construir locales fue deficiente. El proyecto estableció por primera vez fondos rotatorios de medicamentos administrados por la comunidad para contribuir a solucionar la escasez de medicamentos en las zonas rurales. Pero debido a que los intentos de reformar el organismo farmacéutico paraestatal y de reducir los precios de los medicamentos no tuvieron éxito, los medicamentos que se vendían en las farmacias de los poblados siguieron estando fuera del alcance de la mayoría, y las farmacias no pudieron lograr viabilidad financiera. Aunque decepcionó tanto al Gobierno como

al Banco, el PDS –junto con otros programas piloto patrocinados por otros asociados– entregaron valiosas enseñanzas que prepararon el camino para una importante modificación de la estrategia del Banco y del Gobierno a comienzos del decenio de 1990.

Recuperación de costos

El fracaso del primer proyecto del Banco y la reorientación del modelo internacional de desarrollo para el sector de la salud instaron a reconsiderar la estrategia sectorial del país. Los principios de la nueva estrategia estaban basados en modelos de participación comunitaria y recuperación de costos formulados en la iniciativa de Bamako, aprobada por los ministros de salud de África en 1987. Con arreglo a la iniciativa, el Ministro de Salud comenzó a colaborar con el UNICEF en 1989 para formular un plan de acción para Malí que contemplaría la recuperación de costos administrada por

la comunidad para aumentar la disponibilidad de servicios de atención de la salud. El primer paso era el establecimiento de un plan nacional para la descentralización de la planificación y gestión sanitarias, el suministro de medicamentos esenciales, y la participación de la comunidad en la administración y el financiamiento de los centros sanitarios locales.

Sobre la base de la experiencia del PDS, el personal del Banco estaba convencido de que el concepto de centro sanitario financiado por la comunidad daría resultado, siempre que se garantizara una provisión segura de medicamentos esenciales de bajo costo. El Banco procedió a forjar sólidas alianzas con autoridades gubernamentales y con el UNICEF y otros donantes. Proporcionó asesoramiento y asistencia técnica durante el proceso de formulación de políticas, pero lo que es tal vez más importante, condicionó la prestación de ulterior apoyo a la aprobación de una política nacional de salud bien definida. Esa condición dio renovado impulso al proceso de formulación de la política nacional, y vinculó la política al nuevo proyecto.

Aunque la política nacional fue formulada por un pequeño equipo de tecnócratas del Ministerio de Salud, los fuertes vínculos del Gobierno con el Banco hicieron que algunos donantes la llamaran la “política del Banco”. Sin embargo, la política sobrevivió a los disturbios civiles y las transiciones políticas de comienzos de los años noventa – entre ellas, cuatro ministros de salud y la transición a un gobierno democráticamente elegido en 1994– debido al fuerte apoyo de funcionarios superiores del Ministerio de Salud.

La nueva política desvinculó de las estructuras administrativas del estado el modelo de organización del suministro de servicios rurales. Introdujo el concepto de asociación del sector público con las comunidades a fin de ampliar el acceso a los servicios de salud, lo que incluía la administración comunitaria de los centros sanitarios y de los ingresos procedentes de la recuperación de costos. La política previó además la reforma del sector farmacéutico, lo que incluía reestructurar el organismo farmacéutico paraestatal (PPM) a fin de que suministrara solamente medicamentos esenciales y genéricos, y permitir al sector privado que importara y vendiera medicamentos.

La tarea de encarar los problemas esenciales

El Proyecto de salud, población y abastecimiento de agua en las zonas rurales (PSPHR), iniciado en 1991, tuvo por finalidad resolver los difíciles problemas del acceso de la población rural a los servicios, el costo de los medicamentos y la coordinación de la atención de la salud. El proyecto contribuyó a establecer y ampliar el nuevo sistema de salud comunitario en cuatro distritos y

en la capital, y fue cofinanciado por varios otros donantes, además de recibir paralelamente financiamiento y apoyo técnico del UNICEF. La participación del UNICEF –especialmente la presencia de un especialista técnico superior del UNICEF en cada región– fue fundamental para la formulación de los planes de salud de los distritos y para la supervisión de las nuevas clínicas comunitarias. Aunque los disturbios civiles retrasaron inicialmente la ejecución del proyecto, la transición a la democracia de 1994 dio nuevo impulso a la descentralización de los servicios de salud, y debilitó la arraigada oposición a la reforma del sistema farmacéutico.

El proyecto mejoró considerablemente el acceso a los servicios de salud y, con la reforma del sistema farmacéutico, aumentó la provisión de medicamentos asequibles. Para 1998, se habían establecido casi 300 nuevos centros de salud comunitarios, la tercera parte de los cuales estaba financiada por el PSPHR, y el porcentaje de la población que vivía dentro de un radio de 15 kilómetros de un establecimiento sanitario aumentó del 17% en 1995 al 39%. Las clínicas comunitarias han logrado aumentar en gran medida la cobertura de los servicios y la satisfacción de los clientes, y han podido utilizar los fondos procedentes de la recuperación de costos para financiar la mayor parte de los gastos ordinarios salariales y no salariales. Además, se crearon comités de gestión comunitarios en algunas clínicas públicas establecidas, si bien el personal sigue siendo empleado por el Gobierno. Alrededor de la mitad de todas las clínicas del país siguen siendo de propiedad del Ministerio de Salud, que las administra.

El Banco insistió en la reestructuración del PPM, en la eliminación de las restricciones a la competencia del sector privado y en que el PPM comprara medicamentos genéricos esenciales, como condiciones para la aprobación del proyecto. Aunque al comienzo los avances fueron lentos, la eventual introducción de procedimientos de licitación internacional redujo notablemente los precios oficiales de los medicamentos, los que han seguido bajando, a pesar de la devaluación del franco CFA en 1994. Actualmente existe amplia disponibilidad de medicamentos genéricos, y los precios son lo suficientemente bajos para permitir que los centros sanitarios comunitarios cubran los gastos ordinarios con las ventas de medicamentos. La mayor parte de los medicamentos especializados son suministrados actualmente por el sector privado.

Por último, el proceso de planificación descentralizada iniciado en relación con el proyecto permitió planificar y suministrar los servicios más cerca de los beneficiarios, y redujo la carga y los estrangulamientos a nivel central. El PSPHR sirvió de

“marco” para el apoyo de varios donantes además del Banco, y, conjuntamente con la política nacional, ayudó a mejorar la coordinación de las actividades de los donantes y del Gobierno.

Las dificultades por superar

Puesto que las primeras clínicas administradas por la comunidad se crearon a mediados del decenio de 1990 – justo antes de la encuesta demográfica y de salud más reciente– es demasiado pronto para establecer una correlación entre el PSPHR y los cambios habidos en los indicadores de salud de Malí. Sin embargo, hay datos que indican que en el último decenio se han producido algunas modestas mejoras. Tanto las tasas de mortalidad infantil como las de mortalidad materna disminuyeron ligeramente, pero siguen siendo demasiado altas, incluso comparándolas con las elevadas tasas regionales. Todavía muere una cuarta parte de los niños antes de cumplir cinco años de edad. El porcentaje de niños de las zonas rurales que ha recibido todas las vacunas necesarias aumentó de 0% a 24%, en gran parte debido a que el número de niños que recibió la vacuna triple contra la difteria, el tétanos y la tos ferina aumentó en las zonas rurales. La proporción de mujeres embarazadas que había realizado por lo menos una visita prenatal aumentó de aproximadamente un tercio en 1987 a la mitad en 1995, y la vacunación contra el tétanos aumentó del 18% al 50%. Los datos indican además que algunas prácticas sanitarias –como la asistencia de personal médico capacitado durante el parto y el porcentaje de niños tratados por diarrea– han mejorado.

El grado de difusión y la gravedad de la malnutrición entre los niños contrastan notablemente con los éxitos citados. El número de niños malnutridos es enorme –según la encuesta demográfica y de salud realizada en 1995/96, el 23% de los niños de Malí sufre de emaciación– y la preponderancia de la malnutrición es comparable a la que se observa en los países que vienen saliendo de una hambruna o de una guerra civil (véase el cuadro). Tanto el retraso del crecimiento como la emaciación han sido fenómenos comunes desde fines del decenio de 1980, y probablemente hayan aumentado en el decenio pasado (aunque los datos de la encuesta realizada en 1987 tal vez no sean fidedignos). Un análisis de los datos de la encuesta realizada en 1995/96 indica que más de la mitad de los casos de mortalidad entre los niños menores de cinco años se podría atribuir a la malnutrición (un 15% a malnutrición grave, y un 42% a malnutrición de moderada a leve). Está perfectamente claro que si se aumenta el acceso a los servicios sanitarios pero no se mejora la nutrición, la salud de los niños no mejorará de forma apreciable.

Razón por la que es tan urgente realizar avances: El aumento de la malnutrición en Malí

	1987	1998–89	1995–96
Retraso del crecimiento (altura/edad)	24%	27%	30%
Emaciación (peso/edad)	11%	18%	23%
Desnutrición (peso/altura)	31%	43%	40%

La utilización debe seguir a la accesibilidad

Aunque el Banco y el Gobierno han realizado avances apreciables en lo que respecta a aumentar el acceso físico a los servicios sanitarios en las zonas rurales y a aumentar el uso de los servicios preventivos y curativos en las zonas atendidas por los centros de salud comunitarios, las tasas de utilización siguen siendo bajas. En 1996, los malienses visitaron un centro sanitario público o comunitario para solicitar servicios curativos sólo 0,16 veces en promedio. Las tasas de utilización son ligeramente más altas en los centros sanitarios administrados por la comunidad, pero se mantienen muy por debajo de la tasa media prevista de una visita por año.

Aunque el PSPHR comprendía también medidas destinadas a mejorar el primer escalón del sistema de envío de casos en los distritos, sigue habiendo varias limitaciones en el sistema de envío de casos entre los centros comunitarios y los distritos, entre ellas, medios de transporte inexistentes o muy caros; capacitación insuficiente del personal de las clínicas en materia de normas sobre envíos de casos, y, a veces, competencia insuficiente a nivel de distrito para ocuparse de los casos enviados.

Las tasas de utilización persistentemente bajas, que han resistido los intentos de mejorar el acceso geográfico, obedecen a varios factores. El costo es un disuasivo para muchos, a pesar de los precios reducidos de los medicamentos genéricos esenciales. El acceso físico sigue siendo un problema, especialmente durante la temporada de las lluvias, debido a que gran parte de la población debe de todos modos caminar bastantes kilómetros para llegar hasta las clínicas. Las actividades de divulgación comunitaria siguen siendo escasas –el personal de los centros sanitarios generalmente espera a que los usuarios lleguen hasta él. El componente de planificación familiar del PSPHR (patrocinado por la USAID con la prestación de servicios a cargo de ONG) no estaba bien integrado con el componente de centro de salud comunitario. Muchos posibles consumidores siguen prefiriendo la medicina tradicional y las actitudes tardan en cambiar en una sociedad rural tradicional. Por último, la decisión de solicitar atención depende de quien controla los recursos familiares –generalmente, el hombre.

La contratación de personal es esencial

Debido a que las clínicas públicas siguen funcionando paralelamente a las clínicas comunitarias, una de las principales limitaciones del sector de salud comunitario es la dificultad de atraer y retener personal sanitario calificado. Actualmente no hay seguridad en el empleo, prestaciones de jubilación, ni oportunidades de hacer carrera, y los centros suelen estar ubicados en zonas alejadas. Si bien el personal empleado por los centros de salud comunitarios suele ser más sensible a las necesidades de la comunidad, la mayoría de los profesionales de la salud expresan una fuerte preferencia por prestar servicios en el sector público. Por todas esas razones, hay una alta tasa de vacantes para personal profesional; algunos centros han permanecido sin enfermera durante más de un año. Como las comunidades son las que determinan los sueldos, los posibles empleados gravitan hacia las zonas urbanas o hacia regiones con mejores condiciones económicas. Por otra parte, la formación profesional hace hincapié en los servicios curativos más bien que en la promoción de la salud pública.

El gasto público en salud sigue favoreciendo a las zonas urbanas

El financiamiento de servicios sanitarios básicos y preventivos en Malí tropieza con varias dificultades y limitaciones fundamentales. La principal es la capacidad del Gobierno de movilizar recursos para la salud, habida cuenta de que el ingreso anual per cápita es de US\$250. Históricamente, el Gobierno ha generado sólo alrededor del 10% del PIB en ingresos.

El Gobierno provee menos de la quinta parte del total de recursos para la salud –mucho menos que las unidades familiares (50%) o la ayuda externa (25%). Pero incluso el dinero que el Gobierno asigna efectivamente a gastos de salud no se utiliza eficientemente ni en forma equitativa. La mayoría de los limitados recursos del Gobierno se destinan a la atención terciaria de la salud en las ciudades y a la administración central. Los establecimientos urbanos de atención terciaria de la salud siguen teniendo los subsidios públicos más altos y la recuperación de costos más baja; en los establecimientos rurales ocurre lo contrario. Aunque los subsidios públicos para la atención de alto nivel se podrían considerar una especie de seguro social contra las enfermedades graves, los que disfrutan de esos servicios pertenecen en su mayoría a los tramos de ingresos más altos. Además, pese a que los donantes han aumentado su apoyo a las zonas rurales en el último decenio, el hecho de que se dependa cada vez más de ellos está creando sus propios problemas. Lo más sorprendente es que los programas de atención

primaria de la salud y de educación sanitaria fueron financiados enteramente por donantes en 1997.

Próximos pasos

Una vez establecida una base apropiada –un sistema de prestación de servicios accesible y coordinado en las zonas rurales, y una disponibilidad mayor y más generalizada de medicamentos genéricos esenciales–, el Gobierno puede abocarse a perseguir el objetivo más general de establecer un sistema de atención sanitaria práctico y adaptado a las necesidades que beneficie a todos. Las perspectivas son buenas. El Gobierno ha asumido el papel principal durante todo el proceso de preparación del proyecto y de las políticas correspondientes, lo que ha afianzado la creación de capacidad en el Ministerio de Salud y el aprendizaje práctico en todo el sector.

En 1998, el Gobierno terminó de preparar un plan estratégico de diez años de duración para el sector, junto con un programa de inversiones de cinco años, que servirán de guía para los programas del Gobierno y de los donantes. Esos planes se prepararon conjuntamente con la próxima etapa de apoyo del Banco –el Programa de inversiones sectoriales– que prestará apoyo a la estrategia del Gobierno y abordará los problemas restantes a nivel de todo el sector. El Programa constituirá la base para varios programas de donantes, aunque la mayoría de los donantes seguirá administrando los fondos en forma separada.

El Programa consta de cuatro componentes generales. El primero es la construcción, renovación y equipamiento de clínicas de salud comunitarias a nivel de poblado y de distrito, y la renovación y el equipamiento parciales de los hospitales nacionales y regionales. El segundo comprende la capacitación de la fuerza de trabajo del sector de la salud en cuestiones técnicas y de gestión. El tercero es la ampliación de los mecanismos de seguro médico y participación en los costos, y el cuarto consistirá en la reestructuración de los hospitales públicos a fin de aumentar la recuperación de costos, la eficacia en función de los costos y la eficiencia técnica. El programa tiene también por objeto mejorar la gestión sanitaria a nivel de distrito, inclusive los servicios de envío de casos; fortalecer los sistemas de información administrativa; aumentar la participación de la comunidad en los centros sanitarios, y preparar módulos de gestión para los hospitales.

Enseñanzas que han de guiar a las iniciativas futuras

En los últimos 20 años el apoyo del Banco ha pasado de la ejecución (sin éxito) de un proyecto sanitario piloto en una sola región, a la ejecución de un proyecto global en todo el

país, que incorporaba una nueva política sanitaria nacional y estaba cofinanciado por varios donantes, y a un Programa de inversiones sectoriales de conformidad con una estrategia nacional que abarcará todas las inversiones que se hagan en el sector. Esta progresión ha correspondido a una mayor disposición del Gobierno a establecer estrategias y prioridades sectoriales.

Aunque el Banco alentó decididamente al Gobierno a adoptar una estrategia a nivel de todo el sector, la autoría del programa pertenece totalmente al Gobierno. Entre los donantes, el Banco ha asumido una función rectora, pero ha procurado atraer a otros asociados. Las autoridades gubernamentales han informado que el Banco ha logrado vincular efectivamente su apoyo a la ejecución de ciertas reformas y la solución de ciertos problemas importantes del sector. Sin embargo, algunos de los donantes-asociados han expresado el temor de que el calendario y el plan de actividades del Banco hayan influido excesivamente en los procesos de formulación de políticas y de evaluación inicial del Programa de inversiones sectoriales. Dada la influencia del Banco en el sector de la salud de Malí, debe proceder con cautela y espíritu de colaboración a fin de no dominar el proceso normativo. Además, el Banco debe llevar a cabo un proceso de vigilancia y evaluación más riguroso, especialmente en aquellos casos en que se ponen en práctica por primera vez nuevos mecanismos de prestación de servicios que luego se reproducirán en todo el país.

Otras conclusiones extraídas de la experiencia en Malí pueden resultar útiles también para la ejecución de los proyectos del nuevo Programa de inversiones sectoriales del Banco:

- Los servicios curativos no mejoran por sí solos los resultados en materia de salud. Se deben combinar con programas apropiados de educación y divulgación sanitarias, la promoción de prácticas de planificación familiar, y con actividades de supervisión e intervenciones en materia de nutrición, y deben estar efectivamente integrados con los servicios que ofrecen las ONG.
- El mecanismo de recuperación de costos de los establecimientos de atención curativa basados en la comunidad no crea incentivos para la realización a nivel local de actividades de promoción de la salud. Será necesario reforzar esas actividades a fin de lograr nuevas mejoras en el estado nutricional y de salud.
- La incorporación efectiva de los problemas del sector de la salud en el diálogo macroeconómico y presupuestario seguirá requiriendo una comunicación constante entre los especialistas del Banco en cuestiones macroeconómicas y sectoriales, y la realización de suficientes estudios sectoriales a fin de que se puedan hacer coincidir las prioridades con los presupuestos y las pautas de contratación de personal del sector.

► Basado en *The World Bank Experience and the Health Sector in Mali*, Timothy Johnston, Sheila Dohoo Faure y Laura Raney, Informe No. 18112, junio de 1998. Los miembros del Directorio Ejecutivo y el personal del Banco pueden obtener este informe en la Unidad de Documentos Internos y en los centros de servicios de información regionales. El público en general puede solicitarlo al InfoShop del Banco Mundial.

