

*comité ejecutivo del
consejo directivo*



**ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD**

*grupo de trabajo del
comité regional*

**ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD**



88a Reunión
Washington, D.C.
Junio-Julio 1982

Tema 6 del programa provisional

CE88/24 (Esp.)
10 junio 1982
ORIGINAL: INGLES

INFORME DEL SUBCOMITE DE PLANIFICACION Y PROGRAMACION A LARGO PLAZO SOBRE EL ESTUDIO DE LAS IMPLICACIONES FINANCIERAS Y PRESUPUESTARIAS DE LAS ESTRATEGIAS REGIONALES Y DEL PLAN DE ACCION PARA EL LOGRO DE LAS METAS DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000

En su 86a Reunión (junio, 1981), el Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud pidió al Director que analizara las repercusiones financieras y presupuestarias de las Estrategias Regionales y del Plan de Acción. Además, pidió al Director que presentara un informe en la 88a Reunión del Comité Ejecutivo.

Esa decisión vino dictada por la necesidad y el empeño de los Gobiernos de las Américas, que deseaban estudiar las repercusiones financieras de las Estrategias Regionales que habían aprobado en el Consejo Directivo de la OPS, y del Plan de Acción que aprobaron más tarde y que respaldaron, respectivamente, en la XXVIII Reunión del Consejo Directivo y en la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos, celebrada en Castries, Santa Lucía, en 1981.

El Director ha preparado un documento básico para facilitar las deliberaciones en la reunión que celebrará el Subcomité de Planificación y Programación a Largo Plazo los días 21 y 22 de junio de 1982. Sus recomendaciones, en caso de que las formule, se someterán ulteriormente a la consideración del Comité Ejecutivo.

*comité ejecutivo del
consejo directivo*

ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

*grupo de trabajo del
comité regional*

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



88a Reunión
Washington, D.C.
Junio-Julio 1982

Tema 6 del programa

CE88/24, ADD. I (Esp.)
23 junio 1982
ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

INFORME DEL SUBCOMITE DE PLANIFICACION Y PROGRAMACION A LARGO PLAZO SOBRE EL ESTUDIO DE LAS IMPLICACIONES FINANCIERAS Y PRESUPUESTARIAS DE LAS ESTRATEGIAS REGIONALES Y DEL PLAN DE ACCION PARA EL LOGRO DE LAS METAS DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000

El Subcomité de Planificación y Programación a Largo Plazo del Comité Ejecutivo, en su reunión del 21 de junio de 1982, examinó el documento básico preliminar sobre las implicaciones financieras y presupuestarias de las Estrategias Regionales y del Plan de Acción para el logro de la meta de salud para todos en el año 2000 (Anexo I).

El Subcomité realizó una serie de observaciones que se resumen en el Anexo II, y somete un proyecto de resolución al Comité Ejecutivo para que lo examine (Anexo III).

Anexos

DOCUMENTO BASICO PRELIMINAR SOBRE LAS IMPLICACIONES FINANCIERAS Y
PRESUPUESTARIAS DE LAS ESTRATEGIAS REGIONALES Y DEL PLAN DE ACCION
PARA EL LOGRO DE LA META DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000

(Revisión 1)

PREPARADO PARA LA REUNION DEL SUBCOMITE DE
PLANIFICACION Y PROGRAMACION A LARGO PLAZO
DEL COMITE EJECUTIVO

INDICE

	<u>Página</u>
RESUMEN	i
I. INTRODUCCION.	1
II. TENDENCIAS DE LOS GASTOS NACIONALES DE SALUD EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE, POR FUENTES DE FINANCIAMIENTO	3
III. TENDENCIAS EN LA ASIGNACION DE RECURSOS EXTERNOS PARA LA SALUD Y OTROS SECTORES EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE	36
IV. CALCULO DE COSTOS DE LA SALUD PARA TODOS EN LOS PAISES EN DESARROLLO DE LAS AMERICAS	46
V. CALCULO DE LA INVERSION EN INSTALACIONES NECESARIA PARA ALCANZAR LA META DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000 MEDIANTE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN 1981-2000	48
VI. CAMBIOS DE ORGANIZACION Y RESPONSABILIDADES EN LA OPS, Y OTROS FACTORES QUE AFECTAN A SUS ACTIVIDADES Y NECESIDADES DE RECURSOS	54

RESUMEN

Objetivo

El documento básico responde a la petición formulada por el Comité Ejecutivo en su 86a Reunión (junio, 1981) de que el Subcomité de Planificación y Programación a Largo Plazo, juntamente con el Director, estudiara las repercusiones financieras y presupuestarias de las Estrategias Regionales y del Plan de Acción.

El documento se ha preparado con la asistencia, el asesoramiento y los datos facilitados por el Banco Interamericano de Desarrollo, la Comisión Económica para América Latina, la Oficina de Estadística de las Naciones Unidas y la División de Estadística del Fondo Monetario Internacional. Ofrece una perspectiva general de los costos del logro de las metas de salud para todos y contiene un análisis de los recursos financieros y técnicos, tanto nacionales como externos, necesarios para sufragar dichos costos. Se evalúan las repercusiones de la naturaleza y el carácter de las asignaciones actuales de recursos del sector salud para alcanzar dichas metas. Por último, se hace un análisis de los efectos que tendría para la OPS la orientación reciente de las decisiones presupuestarias de sus Cuerpos Directivos.

ESTIMACIONES DE COSTOS DE LA SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000

Factores de costo

1. Metas: La estimación de costos se refiere directamente a las metas regionales adoptadas en el Plan de Acción. Esas metas son más ambiciosas que las de la OMS, lo que obedece a las considerables diferencias entre la Región de las Américas y otras regiones en desarrollo del mundo.

2. Infraestructura de salud: En las Américas, la infraestructura del sector salud es más moderna, compleja y especializada que en otras regiones; en consecuencia, la extensión de su cobertura habrá de resultar probablemente más onerosa que en estas.

3. Urbanización: Dada la rápida urbanización en las Américas, más de las tres cuartas partes de los habitantes de la Región residirán en zonas urbanas en el año 2000.

4. Cambios de la morbilidad: Los países tienen que hacer frente a un espectro cada vez más amplio de enfermedades, que van de las parasitarias y las endémicas transmisibles hasta la manifestación incipiente de trastornos crónicos y degenerativos más avanzada la vida, que están en aumento en la Región como causas importantes de mortalidad.

Estimación de costos

El costo actual de la atención de salud de todo origen en la Región se calcula en alrededor de \$32,000 millones al año, inclusive la inversión de capital y los gastos de operación de servicios de salud, es decir, el 5% del PIB de la Región.

Se calcula que de 1981 al año 2000, las inversiones de capital en servicios de salud, inmunización y control y erradicación de la malaria importarán \$61,000 millones, y las de agua y saneamiento \$117,000 millones, lo que supone un total de \$178,000 millones.

En el año 2000, esas inversiones representarán gastos fijos adicionales de operación por valor de \$18,750 millones para los servicios de salud y \$17,600 millones para agua y saneamiento, de los cuales \$11,600 millones corresponderán a tarifas a los usuarios.

La combinación de esos gastos adicionales, los que se hacen actualmente al año y la inversión continua de capital prevista de \$3,000 millones arroja un costo total de la salud para todos en el año 2000 de unos \$60,000 millones al año.

POSIBILIDAD DE SUFRAGAR EL COSTO DE LA SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000

Perspectiva económica

Pese a las considerables sumas que se estiman necesarias para sufragar el costo de la salud para todos en el año 2000, las proyecciones macroeconómicas permiten esperar razonablemente que la mayoría de los países de la Región posean suficientes recursos para hacer frente a esos costos, y que lo hagan sin tener que aumentar la proporción de fondos nacionales dedicados al sector salud.

La tasa anual de crecimiento económico para las Américas en el decenio de 1970 fue por término medio superior al 6%. En realidad, desde 1960, el producto interno bruto (PIB) en la Región se ha acercado al 6%.

Durante el pasado decenio, los países (sectores público y privado) han dedicado como media más del 5% de su PIB a atenciones de salud. Una serie de proyecciones en las que se combinan la estimación del crecimiento y de las asignaciones del PIB a la salud entre 1981 y el año 2000 arroja un panorama bastante tranquilizador. Incluso, calculando por lo bajo, que en ese período solo se asigne a dicha atención una tasa de crecimiento económico del 4% y un 4% del PIB, podrá disponerse de la suma de \$60,000 millones, calculada como total necesario para sufragar el costo de la salud para todos en el año 2000.

Una estimación intermedia del 5% del crecimiento y del PIB asignado a la salud proporcionaría alrededor de \$90,000 millones al sector, lo que es bastante más que la estimación hecha de los costos.

Debe señalarse que en las estimaciones no se computan las economías de costo resultantes de la reestructuración del sector salud, la mayor eficiencia en la gestión de servicios, el mayor hincapié en la atención preventiva y el potencial efecto que puede tener en la salud la evolución que registren los demás sectores durante los dos próximos decenios.

TENDENCIAS, ORIGEN Y REPERCUSION DE LOS GASTOS NACIONALES EN SALUD

Ingresos públicos

Los gastos estatales en salud dependen de dos factores: el ingreso total que perciban los gobiernos para gastos públicos y la proporción que asignen para sufragar los gastos de salud.

Durante los dos últimos decenios, en América Latina y el Caribe solo se dedicó por término medio el 13% del PIB al sector público, nivel bastante inferior al promedio del 22% que arroja una muestra de países industrializados.

América Latina y el Caribe han mostrado un constante aumento de los gastos públicos de consumo durante los dos últimos decenios: en el de 1960 se registró un aumento anual de esos gastos en un 5.7%, y en el de 1970 dicho aumento fue del 6.2%. Esos porcentajes son aproximadamente iguales a las tasas de crecimiento del PIB registradas durante el mismo período. Es de suponer que se necesite un crecimiento más rápido para financiar los programas de atención de necesidades humanas básicas que la mayor parte de los países proyectan emprender.

Entre las explicaciones que pueden darse de la parte relativamente pequeña del PIB dedicada a gastos públicos de consumo en la mayoría de la Región están la exigüidad de los ingresos fiscales en general, la dependencia de impuestos indirectos (en vez de directos) sobre los ingresos de individuos y sociedades, la dependencia de la gravación del comercio exterior para una parte considerable de esos impuestos indirectos y las deficiencias de los sistemas de recaudación. Sirva como ejemplo el hecho de que solo el 25% de los ingresos del gobierno central en la Región provienen del impuesto sobre la renta, por comparación con más del 50% como promedio en un grupo escogido de países industriales. En América Latina y el Caribe, el pago de intereses en 1979 representó el 11.1% de los gastos totales del gobierno central, por comparación con el 5.5% en 1973. Es posible que dichos pagos representen una parte aún mayor de estos gastos en un futuro previsible.

Gastos del gobierno central en salud

En América Latina y el Caribe es relativamente alta la parte de gastos del gobierno central correspondientes a salud (6.1% y 10%, respectivamente) por comparación con la que se registra en otras regiones en desarrollo del mundo. Además, como en los países de América Latina que tienen sistemas de seguridad social el financiamiento de estos proviene en gran parte del gobierno y un porcentaje alto de esos recursos se destina a atención de salud, las asignaciones generales para gastos del gobierno central en salud en América Latina se acercan al nivel existente en el Caribe.

El porcentaje de gastos del gobierno central correspondiente a salud en los países industrializados (excluyendo la seguridad social) es del 11%. Sin embargo, en los últimos años solo 10 de 26 países registraron un aumento real per capita de la parte de los gastos del gobierno correspondiente a salud. En la mayoría de los casos el porcentaje ha permanecido invariable o ha bajado, a veces en cuantía considerable.

No es menos importante en relación con la meta de salud para todos el hecho de que el porcentaje de gastos de salud del gobierno central correspondiente a hospitales y dispensarios ha aumentado en la Región durante los últimos años.

Seguridad social y salud

En la mayor parte de los países de América Latina y en algunos del Caribe, los gastos de la seguridad social en atención médica no se consideran como correspondientes a servicios de salud de carácter público, pese al nivel, generalmente alto, de financiamiento estatal en muchos países. La seguridad social absorbe una parte creciente del PIB y las prestaciones de ese sector son en medida considerable de atención medico-sanitaria. Por otra parte, la mayoría de los sistemas de atención de salud de la seguridad social son de medicina curativa y no preventiva.

Todos esos factores demuestran la necesidad de una colaboración más estrecha entre los ministerios de salud y las instituciones de seguridad social para conseguir mayor igualdad de acceso a la atención de salud, reducir la duplicación de esfuerzos y promover un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles.

Para reforzar la coordinación, el gobierno nacional habrá de adoptar decisiones políticas específicas, particularmente en los países donde la seguridad social es, por ley, una entidad independiente.

Seguridad social, financiamiento, cobertura e igualdad

En el estudio se señala la escasa importancia numérica de la población cubierta por los sistemas de seguridad social, así como también el hecho de que una parte de la aportación correspondiente al empleador la paga en realidad la población por concepto de aumento de precios de muchos bienes y servicios. El resultado es que algunos grupos, particularmente de zonas rurales y receptores urbanos pobres, no reciben prestaciones pero, en cambio, contribuyen a sufragar el costo de los servicios. Para conseguir una mayor igualdad, los sistemas de seguridad social habrán de ampliar rápidamente su cobertura o reorganizar sus medios de financiamiento.

Gastos privados en salud

En la mayor parte de la Región parece que los gastos privados en salud tienden a disminuir como porcentaje del total de gastos de consumo privados y del PIB. En el estudio se señala que la gente gasta menos en salud pero, al mismo tiempo, aumenta sus gastos en bebidas alcohólicas y tabaco. Hay países donde los gastos en bebidas alcohólicas son, por sí solos, superiores a los de salud.

Consecuencias que se deducen del estudio

El estudio revela la fragmentación de funciones y responsabilidades, tanto legalmente como de facto, en el sector salud entre niveles y organismos competitivos del gobierno y del sector privado. En la prestación de servicios a grupos diferentes con arreglo a principios distintos, el estudio revela una duplicación de esfuerzos en vez de un aprovechamiento óptimo de los recursos. Al mismo tiempo, demuestra que en algunos países se intenta conseguir una mayor coherencia asignando más autoridad al Ministerio de Salud, a juntas nacionales de coordinación o a ambos combinados. De modo análogo, la coordinación entre sectores puede resultar en un mecanismo para dar mayor coherencia al desarrollo socio-económico general, evitar costos adicionales (por ejemplo, evitando la contaminación del medio ambiente) y ofrecer quizá nuevos recursos al propio sector salud.

Recomendaciones del estudio

- Mayor equidad en la distribución del ingreso.
- Generación de recursos públicos adicionales.

- Fortalecimiento de la coordinación y colaboración intra-sectoriales.
- Extensión de la cobertura del sector estructurado.
- Mejora del control y la administración.
- Mayor eficiencia en la utilización de los recursos existentes.
- Mejora de la organización y la prestación de asistencia.
- Mejora de la contabilidad de costos.

RECURSOS EXTERNOS PARA LA SALUD

Evolución anterior y perspectivas de la corriente oficial de recursos externos hacia países en desarrollo

De 1970 a 1978, la asistencia para el desarrollo (en dólares constantes) pasó de \$48,000 millones a \$88,000 millones. En 1979 y 1980, los recursos externos bajaron a \$80,000 millones, de los que \$30,000 millones se facilitaron en condiciones concesionarias o muy favorables.

Habida cuenta de la situación económica general, es probable que en adelante se mantenga esa tendencia, con ligeras bajas de la corriente general de recursos, correspondiendo la mayor reducción a los niveles de préstamo en condiciones concesionarias.

Características y perspectivas de la ayuda financiera externa para América Latina y el Caribe

América Latina y el Caribe reciben alrededor del 92% de la asistencia para el desarrollo en condiciones ordinarias, que probablemente se harán cada vez más estrictas.

La razón de que los países de América Latina y el Caribe estén prácticamente excluidos del sector de préstamos en condiciones concesionarias está en el ingreso nacional per capita, relativamente elevado de la Región, factor que ha llegado a convertirse en el determinante principal para las instituciones de préstamo multilaterales y para los organismos donadores bilaterales.

Se ha puesto en tela de juicio la equidad de esa política porque hace caso omiso de que en la Región hay casi 150 millones de personas que viven en la pobreza absoluta y porque, al no tener en cuenta que en la Región cuesta mucho más atender necesidades básicas, no responde exactamente a lo que se considera "pobreza".

La ayuda externa al sector salud en la Región

En la actualidad solo se costea con recursos externos alrededor del 1% de los gastos totales de la Región en atención de salud y sistemas de abastecimiento de agua y saneamiento. Sin embargo, la corriente de recursos externos se mantiene, aunque es dudoso que pueda aumentar.

- En 1981, el Banco Mundial costó cinco componentes de salud de proyectos de otros sectores, por valor de \$42 millones.
- El BID aprobó un préstamo de \$20 millones para salud exclusivamente, así como también créditos para componentes de ese sector. El total facilitado por el BID para atención de salud, agua y saneamiento importó \$208 millones.
- Los compromisos bilaterales de la OCDE para salud han representado por término medio alrededor del 7% de la asistencia total al desarrollo.

Razones a que obedece la escasa corriente de recursos externos para salud

- Preferencia concedida por los organismos de ayuda, principalmente las instituciones de préstamo, a proyectos que tengan tasas altas de rentabilidad.
- Fuerte endeudamiento general de los Gobiernos Miembros, que ha pasado de \$25,000 millones en 1971 a \$165,000 millones en 1980 (alrededor del 38% de la deuda externa total del mundo en desarrollo).
- Endurecimiento de las condiciones de la asistencia.
- Proporción relativamente elevada de gastos fijos asociados con muchas de las inversiones en servicios de salud.
- Incapacidad de los países para ampliar los servicios de salud sin producir presiones inflacionarias en ese sector.
- Carácter a largo plazo de los beneficios resultantes de las inversiones en salud, lo que las hace menos atractivas para los gobiernos que aquellas cuya rentabilidad es casi inmediata.

Otras posibilidades de generar más recursos externos para salud

- Inclusión por los países de componentes de salud en un mayor número de solicitudes de préstamo para atenciones agrícolas, industriales y de otro tipo.

- Solicitud por los países de fondos para costear los gastos fijos.
- Reorganización del sistema de prestación de servicios de salud para hacerlo más eficaz por relación al costo.
- Extensión de la cobertura del sistema de seguridad social.
- Reorganización del sector salud.
- Mayor integración del sector privado sin organizar.

FUNCION DE LA OPS

La OPS ha procedido a una reorganización con el fin de mejorar su capacidad para atender la creciente demanda de acción cooperativa. Durante los 6 años últimos su número de miembros ha pasado de 27 a 32, los costos han aumentado debido a la inflación en todas las Américas y el presupuesto ha disminuido en términos reales. Por comparación con lo ocurrido en otros organismos de las Naciones Unidas, los aumentos del presupuesto de la OPS han sido muy pequeños y, en consecuencia, son los que menos han respondido a la inflación del costo de prestación de servicios. Las tasas de crecimiento demográfico en América Latina y el Caribe han hecho bajar además el equivalente per capita del presupuesto de la OPS de 8 centavos en 1976 a 6 centavos en 1981.

La OPS ha tratado de reducir los costos pero no los servicios, procediendo a la oportuna reorganización y mejora de la administración. El establecimiento de la Oficina de Movilización de Recursos ha sido también una respuesta directa a la necesidad de aumentar al máximo la corriente de recursos externos hacia los Gobiernos Miembros y un intento de ayudar a estos a identificar, movilizar y utilizar más eficazmente recursos nacionales.

La OPS trata asimismo, mediante el sistema de control y evaluación, de obtener informaciones que le permiten responder más rápida y directamente a las necesidades de los Gobiernos Miembros en el reajuste de sus sistemas con arreglo al Plan de Acción. Este proceso, relacionado con AMPES, permitirá a la Organización atender las necesidades prioritarias identificadas por los países y, por ende, utilizar sus recursos de la manera más eficaz. Sin embargo, en caso de que se mantenga la tendencia acusada por el presupuesto durante los últimos años, la imposibilidad de hacer frente a la inflación afectará a la capacidad de la OPS para responder a las solicitudes de cooperación técnica de sus Gobiernos Miembros.

I. INTRODUCCION

Durante los últimos años se ha manifestado cierta inquietud acerca de la tendencia observada en la asignación de recursos financieros para salud en los países en desarrollo de las Américas y acerca de las repercusiones de esas tendencias en el logro de la meta de salud para todos en el año 2000. Los motivos de inquietud son diversos, y van desde las graves limitaciones financieras con que tropieza la Organización Panamericana de la Salud para el cumplimiento de su cometido en el logro de la salud para todos en el año 2000, hasta la tendencia a la reducción de los recursos asignados al sector.

Al manifestarse esas inquietudes en la 86a Reunión del Comité Ejecutivo, este solicitó lo siguiente:

- a) que el Subcomité de Planificación y Programación a Largo Plazo estudiara, junto con el Director, las repercusiones financieras y presupuestarias de las estrategias regionales y del Plan de Acción;
- b) que el Director recabara la cooperación y participación de personal especializado de otros organismos internacionales;
- c) que se presentara un informe al respecto en la 88a Reunión del Comité Ejecutivo.

En cumplimiento de esa petición específica, la Secretaría ha preparado este documento básico, en el que se resumen las condiciones generales a que habrán de hacer frente los países en los próximos años, y las consecuencias que tendrán en relación con la salud para todos en el año 2000. En la Sección VI se señalan en líneas generales algunas de las medidas adoptadas por la OPS en respuesta a la situación.

Es muy probable que la meta de salud para todos en el año 2000 no se pueda lograr sin un considerable aumento de los recursos asignados al sector. Sin embargo, como se señaló en el documento sobre estrategias regionales adoptado en 1981, las cuentas nacionales y otros datos financieros para algunos países revelan que durante el decenio de 1970 disminuyeron los recursos reales per capita destinados al financiamiento de servicios de salud pública organizados. Esas disminuciones se observan también en los recursos financieros reales de la OPS, según se refleja en sus ingresos ordinarios y externos. Si esa tendencia se mantiene, la OPS habrá de hacer frente a dificultades considerables antes de alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000.

Otras organizaciones internacionales han venido experimentando a veces tasas relativamente bajas, pero reales, de aumento de sus recursos presupuestarios y de otra índole durante los últimos años. Sin embargo, en el caso de la OPS la disminución en términos reales se ha producido a una cadencia alarmante y, si se mantiene la tendencia, ello afectará indudablemente a la función de la OPS como entidad cooperadora en el logro de la meta de salud para todos en el año 2000.

A nivel internacional no se prevé en un futuro próximo ningún aumento de la corriente de recursos, en términos reales, hacia los países en desarrollo de las Américas. De hecho, el principal prestador de cooperación internacional bilateral en la Región proyecta reducir de manera tajante sus actividades de cooperación financiera en varios sectores, entre ellos el de salud. En el ejercicio de 1983 se prevé que este sector recibirá un 6% de la ayuda financiera total de esa entidad en América Latina y el Caribe, por comparación con un 15% en el ejercicio de 1980.

Esas tendencias son también discernibles en los programas de asistencia de muchos otros organismos de cooperación bilaterales y multilaterales. La reducción de los recursos internacionales para la salud resulta un tanto paradójica si se tiene en cuenta que muy a menudo los principales beneficiarios son los propios países industrializados. Tomando como ejemplo el caso de la viruela (enfermedad que esta Región fue la primera en erradicar), los cálculos indican que, en 1981, solamente en un país se economizaron alrededor de \$500 millones en gastos directos de salud y casi otro tanto en concepto de costos afines como serían la pérdida de horas de trabajo, las inspecciones sanitarias en zonas fronterizas y otros conceptos asociados. El resultado del control de otras enfermedades, tanto humanas como de los animales, se traduce en economías análogas para los demás países. El control creciente, e incluso la erradicación de la fiebre aftosa, es otro ejemplo. El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos calculó en 1980 que si la fiebre aftosa se reintrodujera en el país, ello significaría una baja de la productividad ganadera, gastos de erradicación y pérdidas por valor de \$1,000 millones, y merma o pérdida de mercados extranjeros para los productos agropecuarios estadounidenses. Los beneficios que entraña el mejoramiento de la salud animal son compartidos, en términos de baja de precios, por las poblaciones tanto de los países en desarrollo productores de carne como por las de los países importadores. En efecto, la mejora de la situación sanitaria hace subir la productividad y bajar los precios de muchos de los productos que se importan de países industrializados y conduce además a términos favorables de intercambio comercial. Podrían darse muchos otros ejemplos de la manera en que el bienestar de los países en desarrollo y el de los países desarrollados están vinculados por el mejoramiento de la salud y la reducción de las desigualdades sociales.

Sin embargo, en muchos aspectos, la mayor parte de los países en desarrollo de esta Región dependen menos que los de otras regiones de la cooperación financiera exterior para atenciones de salud. Por ejemplo, en 1980, la cooperación externa (sin contar la ayuda para proyectos urbanos en gran escala de agua y saneamiento) representó solo alrededor del 1% del total de recursos financieros asignados a salud en los países en desarrollo de las Américas. El nivel relativamente bajo de cooperación financiera externa recibida por casi todos los países de esta Región se debe en cierto modo al hecho de que la mayor parte de los donadores no consideran que dichos países sean de bajos ingresos sino más bien de ingresos medios. Ello significa que no solo reciben poca cooperación externa sino que la que se les presta suele ser en condiciones de mercado y no en las condiciones concesionarias que se otorgan a muchos otros países en desarrollo. En consecuencia, el servicio de la deuda exterior está adquiriendo proporciones muy considerables.

Con arreglo a las pautas establecidas por la 86a Reunión del Comité Ejecutivo, este documento ha sido preparado con la asistencia, el asesoramiento y los datos facilitados por el BID y la CEPAL. Se trata de un primer paso en la estrecha cooperación que la OPS desea establecer con el sector económico. La Organización confía en que en adelante sea posible reforzar la cooperación con esas entidades. En este documento nos hemos abstenido de formular recomendaciones o emitir conclusiones, excepto cuando unas u otras se imponen prácticamente por su propia evidencia. Estimamos que esa labor debe ser fruto de las deliberaciones de los Cuerpos Directivos.

Se ha evitado el uso de datos fragmentarios de procedencia diversa y heterogénea sobre los gastos nacionales de salud en la Región, ya que ello podría llevar a conclusiones muy erróneas. Por el contrario, se han empleado únicamente datos comparables sobre tendencias, obtenidos de fuentes oficiales internacionales para períodos que van de un mínimo de tres años a un máximo de veinte.

II. TENDENCIAS DE LOS GASTOS NACIONALES DE SALUD EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE, POR FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Uno de los problemas con que tropiezan muchos países de América Latina y el Caribe en su empeño por ampliar la cobertura y el alcance de sus programas de salud y de otros sectores de atención de necesidades humanas básicas es el carácter relativamente restringido de los ingresos generales del Estado y, en consecuencia, de la capacidad de éste para financiar dichos programas.

Durante los dos últimos decenios, los gastos públicos de consumo para la Región en conjunto han venido aumentando casi a la par del producto interno bruto (PIB). La tasa media anual de aumento de dichos

gastos en el decenio de 1960 fue del 5.7% y en 1970-1979 del 6.2%. Es de prever que en los dos próximos decenios dicha tasa tenga que ser bastante más alta para financiar los programas de atención de necesidades humanas básicas que la mayor parte de los países tienen previsto emprender.

Como puede apreciarse en el Cuadro 1, durante los dos últimos decenios la parte del PIB correspondiente al consumo por el sector público, por contraposición al privado, ha tendido a aumentar en la mayoría de los países latinoamericanos, pero sigue siendo todavía relativamente baja por comparación con la de otros países más industrializados. En 1979 solo se asignó por término medio el 13% del PIB de cada país a atención de las necesidades de consumo del sector público. Ese 13%, además de cubrir el pago de sueldos de todos los funcionarios del Estado, también ha de utilizarse para costear muchas otras actividades, desde programas de salud, educación y asistencia social, hasta aspectos de defensa, justicia y relaciones exteriores. En contraste, los Estados Unidos de América, Canadá, Reino Unido y Suecia pudieron por término medio dedicar el 22% de su PIB (que es mucho más alto) a consumo del sector público. Los gastos de consumo del sector privado en esos cuatro países representaron como media solo el 58% de su PIB en 1977, por comparación con un 66% en América Latina. Dada la proporción relativamente baja del PIB asignada a la atención de todas las necesidades de consumo del sector público en América Latina, no es difícil comprender las graves limitaciones financieras en que se desarrollan la mayor parte de los programas públicos de acción social, inclusive los de salud.

Una de las razones de la parte relativamente pequeña de gastos de consumo del sector público por contraposición a los del privado en la mayoría de los países latinoamericanos es la exigüidad de los ingresos generales del Estado por concepto de impuestos. En contraste con la mayor parte de los países muy industrializados, casi todos los de América Latina obtienen el grueso de sus fondos mediante impuestos indirectos sobre el ingreso de particulares y de sociedades, y el nivel de sus sistemas impositivo es a veces bajo. La deficiencia relativa de los ingresos fiscales de muchos países de la Región obedece, entre otras causas, a la considerable dependencia de los impuestos sobre el comercio exterior, que tiende a hacer a los ingresos de dichos países muy vulnerables a los cambios que se registran en los mercados extranjeros.

CUADRO 1

CONSUMO PUBLICO Y PRIVADO, E IMPUESTOS SOBRE LA RENTA
EN AMERICA LATINA

País	Consumo público como porcentaje del PIB		Consumo privado como porcentaje del PIB		Impuesto sobre la renta como porcen- taje del total de ingresos fiscales del Estado, 1977
	1960	1979	1960	1979	
Haití	...	8	...	81	16
Honduras	11	12	77	64	...
El Salvador	10	12	79	68	13
Bolivia	7	12	86	76	39
Colombia	6	7	73	67	37
Paraguay	8	6	76	74	14 ¹
Ecuador	10	12	74	61	25 ¹
Guatemala	8	7	84	79	13 ¹
Nicaragua	9	17	79	71	13
República Dominicana	13	6	68	80	21 ²
Perú	9	10	64	66	...
México	6	12	76	62	...
Jamaica	7	20	67	63	40
Chile	11	14	75	71	35 ²
Panamá	11	18	78	63	34 ¹
Costa Rica	10	18	77	69	26 ¹
Brasil	12	10	67	69	...
Uruguay	9	13	79	76	...
Argentina	9	24	70	41	...
Trinidad y Tabago	9	16	61	43	57
Venezuela	14	14	53	52	13 ¹
<u>Promedio (no ponderado)</u>	<u>9</u>	<u>13</u>	<u>73</u>	<u>66</u>	<u>25</u>
Canadá	14	19	65	56	54
Estados Unidos de América	17	18	64	64	59
Suecia	16	30	60	53	44 ¹
Reino Unido	17	20	66	60	60 ⁴
<u>Promedio (no ponderado)</u>	<u>16</u>	<u>22</u>	<u>64</u>	<u>58</u>	<u>54</u>

Fuentes: BIRF, Indicadores mundiales de desarrollo, 1980
NU, Statistical Yearbook, 1978-1979.

¹Impuestos sobre la renta

²1976

³Los impuestos sobre la renta y el capital no comprenden la gravación directa de las compañías petroleras y mineras, que haría aumentar esta cifra a un 64%.

⁴Inclusive seguridad social y cargas análogas

A la larga, a medida que se desarrolle la economía nacional y que muchos países latinoamericanos procedan a reestructurar sus fuentes de ingresos y a hacer más eficaces sus sistemas de recaudación de impuestos, dichos países deberán obtener los recursos necesarios para apoyar un amplio espectro de programas de atención de necesidades básicas. Sin embargo, a corto plazo, los administradores habrán de tener siempre muy presente la necesidad de conseguir nuevas fuentes de financiamiento para programas de salud.

Gastos de salud del Estado

Como puede apreciarse en el Cuadro 2, en muchos países de América Latina y del Caribe son grandes las fluctuaciones de los gastos de salud del Estado, por lo que no es difícil imaginar la frustración de muchos organismos que tratan de llevar a cabo planes de salud a largo plazo. Con la excepción de unos pocos países que han mantenido un crecimiento bastante constante durante todo el decenio, en términos reales per capita, los gastos de salud del Estado parecen en muchos casos haber entrado en la curva descendente antes de terminar el decenio. Así, con la exclusión de Trinidad y Tabago, solo en nueve de los otros 25 países alcanzaron los gastos de salud per capita (expresados en precios constantes) su nivel más alto en el último año de los que se indican. Además, según la nota de pie de página, el deflactor utilizado para expresar los datos a precios constantes fue la tasa general de inflación en el país, siendo así que, como es bien sabido, los costos de la atención de salud en casi toda la Región aumentaron con bastante más rapidez que la tasa general nacional de inflación. Es de suponer que, más avanzado el presente año, cuando se disponga de los datos correspondientes a 1980, serán muy pocos los gobiernos que hayan aumentado sus gastos reales de salud per capita. Además, también es de suponer que en 1981 y 1982 el agravamiento de la recesión económica en la mayor parte de América Latina y el Caribe haya socavado considerablemente los gastos reales de salud per capita de los distintos organismos del gobierno central. Generalmente, en períodos de inestabilidad financiera y fiscal siempre son los sectores sociales los que sufren las mayores restricciones.

CUADRO 2

TENDENCIA DE LOS GASTOS DEL ESTADO EN SALUD
A PRECIOS ACTUALES Y A PRECIOS CONSTANTES¹

PAIS	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
Argentina									
Miles de millones de pesos actuales	.8	1.1	2.2	2.4	7.3	55.3	86.9	207.9	430.3
A precios constantes de 1971	.8	.82	1.03	.70	1.72	4.60	1.33	1.15	.87
Per capita, a precios constantes de 1971	33.0	33.6	41.66	27.94	67.77	178.85	51.04	43.58	32.55
Bahamas									
Millones de dólares actuales	...	...	15.3	17.1	17.8	22.1	24.3	27.5	29.1
A precios constantes de 1973	...	...	15.3	16.2	15.0	16.7	17.7	19.4	19.4
Per capita, a precios constantes de 1973	...	...	80.95	82.65	75.00	79.52	81.57	86.22	86.61
Barbados									
Millones de dólares actuales	...	19.7	26.0	25.3	27.1	32.2	34.8	37.3	40.9
A precios constantes de 1972	...	19.7	24.3	20.2	15.6	15.4	15.9	15.7	15.7
Per capita, a precios constantes de 1972	...	81.41	100.00	82.79	63.67	62.60	64.11	62.80	62.55
Bolivia									
Millones de pesos actuales	...	134	192	413	469	570	662	835	1 018
A precios constantes de 1972	...	134	180.3	294.9	205.8	231.6	257.4	300.4	33.7
Per capita, a precios constantes de 1972	...	28.879	38.608	62.084	42.086	46.044	49.884	56.679	60.862

CUADRO 2 (cont.)

PAIS	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
<u>Brasil</u>									
Miles de millones de cruzeiros actuales	3.0	3.9	5.4	8.1	11.9	21.7	36.1	55.1	88.1
A precios constantes de 1971	3.0	3.2	3.9	5.1	5.9	8.3	9.8	10.4	12.0
Per capita, a precios constantes de 1971	31.52	32.70	38.78	49.35	55.54	76.02	87.31	90.12	101.14
<u>Canadá</u>									
Millones de dólares actuales	1 687	...	...	2 296	2 782	3 305	3 129	3 849	4 202
A precios constantes de 1971	1 687	...	...	1 979	2 157	2 311	2 032	2 319	2 322
Per capita, a precios constantes de 1971	78.14	...	...	88.35	94.90	100.39	87.29	98.76	98.2
<u>Chile</u>									
Millones de pesos actuales	...	8	32	226	853	2 691	6 316	10 623	...
A precios constantes de 1972	...	8	17.87	27.94	17.39	11.57	8.71	7.63	...
Per capita, a precios constantes de 1972	...	.83	1.81	2.79	1.71	1.12	.83	.71	...
<u>Costa Rica</u>									
Millones de colones actuales	...	56.8	61.2	103.3	144.7	209.1	168.5	266.2	207.9
A precios constantes de 1972	...	56.8	58.5	85.4	92.2	113.6	88.7	134.4	99.0
Per capita, a precios constantes de 1972	...	30.87	31.28	44.48	47.04	56.52	42.85	63.40	45.62

CUADRO 2 (cont.)

PAIS	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
<u>República Dominicana</u>									
Millones de pesos actuales	...	...	48.3	59.6	42.8	55.3	...	...	...
A precios constantes de 1973	...	...	48.3	51.8	32.9	37.1	...	...	...
Per capita, a precios constantes de 1973	...	...	10.90	11.36	7.0	7.67	...	...	...
<u>Ecuador</u>									
Millones de sucres actuales	...	...	356	611	952	1 204	1 493	1 759	2 066
A precios constantes de 1973	...	...	356.0	717.7	684.9	752.5	843.5	879.5	926.5
Per capita, a precios constantes de 1973	...	...	53.04	105.00	97.01	102.94	111.57	112.61	114.67
<u>El Salvador</u>									
Millones de colones actuales	37.1	40.0	42.7	50.8	49.2	77.2	97.7	99.2	110.6
A precios constantes de 1972	37.1	39.8	41.9	46.6	38.7	51.1	60.3	54.8	54.0
Per capita, a precios constantes de 1972	10.45	10.85	11.11	11.98	9.65	12.40	14.16	12.60	12.16
<u>Guatemala</u>									
Millones de quetzales actuales	...	19.39	22.55	26.75	30.09	36.26	44.93	47.02	60.00
A precios constantes de 1972	...	19.4	22.4	23.5	22.6	24.2	27.1	25.1	29.7
Per capita, a precios constantes de 1972	...	3.48	3.90	3.88	3.62	3.76	4.09	3.67	4.21

CUADRO 2 (cont.)

PAIS	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
Guyana									
Millones de dólares actuales	17.0	18.9	26.6	28.5	29.9	30.2	...
A precios constantes de 1973	17.0	17.6	21.1	21.0	20.2	18.9	...
Per capita, a precios constantes de 1973	22.25	22.86	27.05	26.58	24.94	22.97	...
Honduras									
Millones de lempiras actuales	...	25.4	29.3	45.6	47.6	66.4	49.6	65.1	69.6
A precios constantes de 1972	...	25.4	27.8	41.5	38.1	49.9	35.4	42.8	43.2
Per capita, a precios constantes de 1972	...	9.4	9.59	13.88	12.33	15.59	10.66	12.44	12.14
Jamaica									
Millones de dólares actuales	74.6	77.7	83.3	...	...
A precios constantes de 1975	74.6	66.2	64.6	...	...
Per capita, a precios constantes de 1975	95.64	83.80	79.75	...	...
México									
Miles de millones de pesos actuales	...	3.41	4.33	4.77	6.85	8.78	12.43	14.57	19.71
A precios constantes de 1972	...	3.4	4.1	4.0	4.7	5.2	6.4	5.8	6.7
Per capita, a precios constantes de 1972	...	62.65	73.01	68.82	78.14	83.43	99.09	86.65	96.57

CUADRO 2 (cont.)

PAIS	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
<u>Antillas Neerlandesas</u>									
Millones de guilders actuales	14.1	15.1	13.6	11.6	16.7	19.6	20.1
A precios constantes de 1973	14.1	14.0	10.5	7.8	10.6	11.9	11.2
Per capita, a precios constantes de 1973	61.30	59.32	43.57	31.84	42.40	47.22	43.41
<u>Nicaragua</u>									
Millones de córdobas actuales	56.1	36.5	54.9	101.8	161.5	83.9	...	...	...
(No disponible)
A precios actuales	29.68	18.72	27.31	48.94	74.77	37.46	...	...	...
<u>Paraguay</u>									
Millones de guaraníes actuales	...	434	433	484	586	698	798	994	1 670
A precios constantes de 1972	...	434.0	396.5	393.5	380.5	425.6	466.7	531.6	806.8
Per capita, a precios constantes de 1972	...	178.60	158.60	153.11	143.59	156.47	166.68	183.95	271.65
<u>Panamá</u>									
Millones de balboas actuales	58.6	69.3	84.3	82.7	94.2	111.1	129.5
A precios constantes de 1973	58.6	64.8	67.4	62.7	68.8	77.7	86.9
Per capita, a precios constantes de 1973	37.33	40.00	40.12	36.45	38.87	42.46	46.22

CUADRO 2 (cont.)

PAIS	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
<u>Perú</u>									
Miles de millones de soles actuales	...	3.44	3.53	4.38	5.45	8.45	11.59	16.29	29.85
A precios constantes de 1972	...	3.4	3.3	3.7	4.0	5.0	5.1	5.2	6.1
Per capita, a precios constantes de 1972	...	239.10	225.56	246.01	258.57	314.27	311.74	309.16	352.81
<u>Suriname</u>									
Millones de guilders actuales	15.60	17.18	20.40	22.10	27.54	36.69	...	...	...
A precios constantes de 1971	15.6	17.1	19.6	18.9	20.1	24.6	...	...	...
Per capita, a precios constantes de 1971	42.16	46.22	53.12	51.36	55.83	67.40	...	...	...
<u>Trinidad y Tabago</u>									
Millones de dólares actuales	...	...	...	...	...	...	...	...	232.3
A precios constantes de 1979	...	...	...	...	...	...	...	...	232.3
Per capita, a precios constantes de 1979	...	...	...	...	...	...	...	...	206.12
<u>Estados Unidos de América</u>									
Millones de dólares actuales	...	19.80	21.45	24.82	31.12	36.37	41.52	46.65	53.19
A precios constantes de 1972	...	19.8	20.8	22.6	25.5	27.4	29.5	31.1	33.0
Per capita, a precios constantes de 1972	...	95.09	99.1	106.91	119.40	127.35	136.02	142.51	149.93

CUADRO 2 (cont.)

PAIS	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
Uruguay									
Millones de nuevos pesos actuales	...	5	28	62	74	118	177	356	545
A precios constantes de 1972	...	5.0	15.9	17.8	12.0	10.6	10.5	13.4	14.3
Per capita, a precios constantes de 1972	...	1.82	5.76	6.43	4.24	3.73	3.67	4.67	4.97
Venezuela									
Millones de bolívares	1 338	1 484	1 662	2 007	2 536	3 019	3 438	3 799	3 989
A precios constantes de 1971	1 338.0	1 436.6	1 567.9	1 824.6	2 131.1	2 304.6	2 438.3	2 499.3	2 447.2
Per capita, a precios constantes de 1971	126.11	131.32	139.00	156.89	177.74	186.46	191.39	190.50	181.01

Fuente: FMI, Government Finance Statistics Yearbook, Vol. V, 1981.

¹ Los precios constantes se refieren al IPC (Índice de Precios del Consumidor) y no solo a los gastos de salud. Prácticamente en todos los países reseñados, los gastos del sector salud han aumentado más de prisa que el IPC total. Los datos sobre el IPC provienen del FMI, International Financial Statistics Yearbook, 1981.

En 18 de los 23 países que figuran en el Cuadro 3, el porcentaje correspondiente a salud en los gastos totales del Estado fue menor en el último que en el primer año de los que se indican. La media no ponderada para el primer año en los 23 países fue del 8.4%. Para el último año fue del 6.8%, lo que representa una disminución media del 19% en el transcurso de seis años. En Bahamas, el porcentaje es idéntico para el primero y para el último año, pero hubo una baja considerable entre 1978 y 1979.

CUADRO 3

GASTOS DEL ESTADO EN SALUD, COMO PORCENTAJE DEL
TOTAL DE GASTOS ESTATALES

País	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
Argentina	3.8	2.5	2.6	4.1	2.7	2.2	1.7
Bahamas	13.9	14.1	13.5	14.6	15.3	15.6	13.9
Barbados	15.5	12.8	11.8	11.2	10.6	11.5	10.3
Bolivia	7.8	8.9	8.4	8.0	8.0	8.3	8.6
Brasil	6.8	6.9	6.5	7.5	8.1	7.8	8.5
Chile	8.0	7.3	6.9	6.5	6.4	6.4	...
Costa Rica	3.1	4.0	4.3	4.6	3.2	3.7	2.4
Dominica	...	...	...	10.6	12.7	9.6	8.8
República Dominicana	11.7	10.9	6.8	8.7	...	...	...
El Salvador	10.4	10.3	8.2	9.2	9.8	8.9	8.7
Grenada	...	14.1	14.6	12.7	15.6	...	...
Guatemala	9.2	8.4	8.6	8.3	7.6	7.1	7.6
Guyana	6.1	5.7	4.8	4.2	5.8	5.7	...
Honduras	...	11.7	15.7	12.8	14.7	8.5	8.0
Jamaica	...	...	9.3	8.2	7.8	...	...
México	4.9	3.9	4.2	4.2	4.4	4.0	3.9
Antillas Neerlandesas	8.4	9.2	8.5	8.2	9.7	8.0	7.9
Nicaragua	5.7	6.2	8.4	4.1	...	...	...
Panamá	15.1	13.8	14.5	13.2	14.5	15.1	12.3
Perú	3.3	3.0	2.8	2.8	2.7	2.6	3.7
Suriname	5.5	5.7	5.1	5.8	5.9	5.6	4.5
Uruguay	4.8	5.7	3.9	3.9	3.8	5.0	4.7
Venezuela	10.8	7.5	7.6	7.2	7.3	8.0	9.1

Fuente: FMI, Government Finance Statistics Yearbook, Vol. 5, 1981

De los datos publicados por el Fondo Monetario Internacional (FMI) parece desprenderse que durante el decenio de 1970 se registró una tendencia creciente entre muchos gobiernos de América Latina (pero no necesariamente del Caribe) a asignar a hospitales y dispensarios una proporción mayor de sus recursos de salud. Los datos que siguen ponen de manifiesto esa tendencia.

CUADRO 4

PORCENTAJE CORRESPONDIENTE A HOSPITALES Y CLINICAS EN LOS GASTOS
 TOTALES DE SALUD DEL ESTADO

País	1972	1979
Argentina	33.3	78.6
Barbados	75.6	72.1
Bolivia (1973)	23.1	40.1
Brasil	82.0	85.0
Chile	87.5	92.5
Guatemala	71.0	79.3
Dominica (1976)	72.1	65.0
Honduras	87.0	49.9
México	59.8	90.7
Panamá (1973)	92.2	(1978) 93.8
Estados Unidos de América	85.1	92.9
Canadá (1971)	55.1	59.0
Dominica	72.1	65.0
Guyana (1973)	93.5	(1978) 95.4
Antillas Neerlandesas (1973)	63.1	45.3
Suriname	72.2	(1976) 63.3
Tanzania	86.0	72.7
India	83.0	75.6

Fuente: FMI, Government Finance Statistics Yearbook, Vol. V, 1981

Esa tendencia al aumento de la proporción del total de gastos de salud del Estado correspondiente a hospitales y dispensarios tiene graves repercusiones para las estrategias de atención primaria de salud y salud para todos en el año 2000. Los Representantes de los Gobiernos Miembros pueden, si lo estiman oportuno, verificar la exactitud de los datos correspondientes a sus países con las autoridades encargadas de presentarlos al FMI, debido a las implicaciones que pueden tener dichos datos.

CUADRO 5

PORCENTAJE CORRESPONDIENTE A SEGURIDAD SOCIAL, BIENESTAR Y SALUD EN EL TOTAL DE GASTOS DEL ESTADO

	1973	1979
<u>Seguridad social y bienestar</u>		
Mundial	31.7	34.3
Países industrializados	34.9	37.9
Estados Unidos de América	31.6	33.6
Países exportadores de petróleo	3.5	5.2
África	5.4	5.3
Asia	4.5	4.0
Oriente Medio	9.1	11.4
América Latina	27.4	28.3
Caribe (no ponderado)	6.0	7.0
<u>Salud</u>		
Mundial	9.1	10.0
Países industrializados	9.9	11.1
Canadá	7.6	7.6
Estados Unidos de América	8.3	10.5
Países exportadores de petróleo	5.2	4.8
África	6.1	5.4
Asia	2.7	2.8
Oriente Medio	3.0	3.5
América Latina ¹	6.0	6.1
Caribe (no ponderado)	11.0	10.0

¹Para la mayor parte de los países, el total no comprende los gastos en atención de salud ni seguridad social.

Los sistemas de seguridad social y el financiamiento de la atención médica

Las operaciones financieras de la seguridad social, según se exponen en un documento de la OIT sobre el costo de esos servicios, están siempre incluidas en las diversas notificaciones registradas por el Sistema de Cuentas Nacionales (SCN) de las Naciones Unidas, aunque a veces no se clasifican bajo el epígrafe de "seguridad social", según esta se ha definido para los fines del SCN. Por ejemplo, en su nuevo sistema de "disposiciones de seguridad social" se la define como sigue:

Las disposiciones de seguridad social a incluir son los impuestos, controlados o financiados por el gobierno. Los sistemas impuestos por el gobierno comprenderán contribuciones obligatorias de los empleados, los empleadores, o ambos, y abarcan a toda la población o a determinados sectores de ésta. Ese arreglo puede además permitir que ciertos sectores de la comunidad se adhieran al sistema voluntariamente. No se incluyen los sistemas formulados por el gobierno exclusivamente en su calidad de empleador de personal, por ejemplo, los que difieren mucho de las disposiciones de seguridad social para la población o que son objeto de negociación con los empleados del gobierno. Esos sistemas se consideran como planes de pensiones. Incluso si un sistema no comprende contribuciones obligatorias impuestas por el gobierno, se lo incluirá como parte de los servicios generales de éste si, debido a reglamentación y supervisión públicas o en virtud de la existencia de un plan de subvenciones oficiales, el sistema forma evidentemente parte de la política social del gobierno para la población en general.

Esa definición abarca en cierto modo los sistemas clasificados en el estudio de la OIT como "sistemas de seguro social y asimilados" y "prestaciones familiares". Los destinados a funcionarios públicos (militares y civiles) en lo que respecta a pensiones, se incluyen en el SCN bajo el concepto de "cajas de pensiones y otras instituciones financieras"; a esta categoría pertenecen también las cajas privadas de pensiones, que quedan fuera del alcance del estudio de la OIT. La licencia de enfermedad y otras prestaciones a corto plazo para funcionarios públicos figuran en el SCN bajo el epígrafe "sueldos y salarios".

Ello significa que en la mayor parte de los países de América Latina y el Caribe, los gastos de seguridad social correspondientes a asistencia médica no se consideran con cargo a los planes de salud financiados por el gobierno, aunque éste pueda asumir las más alta proporción en su financiamiento.

Como puede observarse en el Cuadro 6, con la excepción de unos pocos países pequeños de las Américas, en la mayor parte de los que cuentan con sistemas de seguridad social, estos absorben una parte cada vez mayor del PIB.

CUADRO 6

INGRESOS Y GASTOS DE LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL
(como porcentaje del producto interno bruto, en valor para el comprador¹)

Pais	Ejercicio financiero	Ingresos	Gastos	Presta- ciones	Pais	Ejercicio financiero	Ingresos	Gastos	Presta- ciones
Argentina	1975 ²	8.0	7.3	7.0	Guatemala	1959-60 ⁵	2.0	1.9	1.8
Barbados	1971 ⁴	6.4	3.6	3.5		1965 ²	2.0	2.0	1.8
	1975	6.7	4.9	4.8		1970 ²	2.2	2.1	1.9
	1976	7.4	5.7	5.6		1975 ²	2.0	2.0	1.8
	1977	7.9	6.2	6.1		1976 ²	1.9	1.8	1.6
Bolivia	1961 ²	4.3	3.6	3.0	Guyana	1965	4.3	4.3	4.2
	1972	3.3	3.1	2.8		1972	5.2	3.3	2.8
	1975	3.4	3.1	2.8		1975	3.6	1.9	1.6
	1976	3.5	3.1	2.8		1976	4.0	2.1	1.7
Brasil	1965 ²	4.5	4.3	3.4	Haití	1974-75	1.0	0.9	0.8
	1970 ²	5.7	5.7	4.7		1975-76	0.9	0.7	0.7
	1975 ²	6.1	5.7	4.9		1976-77	0.9	0.8	0.7
	1976 ²	6.1	6.2	5.2	Jamaica	1964-65 ²	2.9	2.7	2.5
	1977 ²	6.2	6.2	5.3		1969-70	4.0	2.8	2.1
Canadá	1959-60	9.8	9.2	9.0		1974-75	4.1	3.1	2.5
	1964-65	10.7	9.4	9.1		1975-76	5.2	4.1	3.6
	1969-70	14.4	11.8	11.5	1976-77	5.9	4.4	3.9	
	1974-75	16.7	14.7	14.0	Nicaragua	1960-61	2.3	1.9	1.8
	1975-76	17.3	15.2	14.7		1965	2.6	2.1	1.9
1976-77	16.4	14.5	14.2	1970		3.4	2.8	2.5	
Colombia	1961 ²	1.5	1.5	1.4		1975	3.4	2.8	2.5
	1965 ²	1.1	1.1	1.0	1976	3.2	2.7	2.4	
	1970	3.1	2.6	2.4	1977	2.8	2.3	2.1	
	1975	3.6	3.0	2.8	Panamá	1960 ²	7.7	6.3	6.0
	1976	4.1	3.4	3.0		1965 ²	7.3	6.0	5.6
1977	4.5	3.7	3.3	1972 ²		8.5	7.4	6.2	
Costa Rica	1961 ²	2.9	1.9	1.6		1975 ²	9.2	7.2	6.1
	1965 ²	3.8	2.3	1.9	1976 ²	10.0	7.7	7.0	
	1970 ²	4.8	3.4	2.9	1977 ²	9.9	7.9	7.0	
	1975	6.8	5.1	4.6	Trinidad y Tabago	1965 ²	3.0	2.8	2.8
	1976	7.6	5.9	5.3		1970 ²	3.1	3.1	3.1
1977	76.4	5.8	5.3	1975 ²		3.2	2.3	2.2	
Chile	1965 ²	13.9	12.1	9.8		1976 ²	3.4	2.4	2.3
	1971 ²	19.4	17.2	15.6	1977 ²	3.4	2.5	2.4	
	1975 ²	11.7	9.3	8.5	Estados Unidos	1959-60 ⁶	7.5	6.8	6.3
	1976 ²	12.0	9.4	8.8		1964-65	8.1	7.1	6.5
	1977 ²	13.2	10.1	9.4		1969-70	11.3	9.6	8.9
República Dominicana	1970	2.9	2.7	1.8		1974-75	14.4	13.2	12.4
	1975	2.5	2.4	2.3	1975-76	14.4	13.9	13.1	
	1976	2.7	2.6	2.5	1976-77	14.8	13.7	12.9	
	1977	2.6	2.5	2.4	Uruguay	1975	11.1	10.4	8.2
El Salvador	1960 ²	2.2	2.1	2.0		1976	12.0	10.1	9.0
	1965 ²	2.4	2.2	2.1		1977	11.3	10.3	9.1
	1970 ²	3.7	2.9	2.3	Venezuela	1959-69 ^{2,5}	2.6	2.5	2.1
	1975 ²	3.9	3.3	2.4		1965 ²	3.0	3.1	3.0
	1976 ²	3.7	3.2	2.1		1970	3.4	3.1	2.3
1977 ²	3.4	2.9	2.0	1975		4.2	3.7	3.5	
				1976		4.5	4.0	3.8	
					1977	4.5	4.1	3.8	

Fuente: OIT, El costo de la seguridad social, Ginebra, 1981.

¹Producto interno bruto calculado según el nuevo Sistema de Cuentas Nacionales adoptado por las Naciones Unidas en 1968, salvo indicación en contrario.

²Porcentaje del producto interno bruto calculado con arreglo al anterior Sistema de Cuentas Nacionales.

³Sin contar los funcionarios públicos, para los que no se dispone de datos.

⁴Como porcentaje del producto interno bruto a factor de costo.

⁵Ejercicio económico: 1 de julio de 1959 a 30 de junio de 1960.

⁶Como porcentaje del producto nacional bruto a los precios actuales de mercado.

En muchos de los países indicados en el Cuadro 7 (por ejemplo, Costa Rica, El Salvador, Nicaragua, Estados Unidos de América, Uruguay y Venezuela) los gastos de seguridad social en asistencia médica son más elevados que los demás gastos de salud del Estado. En lo que respecta al logro de la salud para todos en el año 2000, cada vez es más urgente reforzar mucho la colaboración entre los ministerios de salud y seguridad social. En casi todos los países ello conduciría a una mayor equidad en la prestación de asistencia de salud y también a una menor duplicación de esfuerzos y a una utilización más eficaz de los recursos disponibles.

Por otra parte, en muchos países parece que la principal fuente de recursos suplementarios para los servicios de salud puede ser el sistema ampliado de contribuciones a la seguridad social. Sin embargo, existen ciertas limitaciones potenciales, como son los requisitos legales, que podrían reducir la utilización de fondos de ese origen en programas nacionales de salud para todos. Por ejemplo, en muchos países latinoamericanos, además de que los ministerios de salud y sus homólogos tienen poco control del empleo de esos recursos, los programas de seguridad social suelen estar orientados hacia servicios curativos modernos, en detrimento de los programas básicos de atención preventiva y curativa. A menudo parece que algunos de los problemas financieros de ampliación de la cobertura con vistas al logro de la salud para todos solo se podrían mitigar si el gobierno adoptara una política específica consistente en asignar una parte de los ingresos del seguro social de enfermedad al logro de otros objetivos nacionales de salud. A este respecto, como puede apreciarse en el Cuadro 7, hay muchos países donde los programas semiestatales de seguro de enfermedad están directamente (y a veces en gran medida) subvencionados con cargo a ingresos del erario público. Además, tienen también una subvención indirecta si se tiene en cuenta que utilizan servicios estatales y personal de salud que ha recibido su formación a expensas del Estado.

CUADRO 7

TENDENCIAS DE LOS INGRESOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y LOS GASTOS DE ATENCION MEDICA

País	Años	Ingresos totales ¹ (en millones de unidades monetarias nacionales)	Ingresos totales (en millones de EUA\$)	De los ase-		Participación del Estado % de los ingresos totales	Gastos de atención médica		Prestaciones de atención médica % del total de gastos
				gurados % de los ingresos totales	De los empleadores % de los ingresos totales		En millones de unidades monetarias nacionales	En millones de EUA\$	
Argentina (Pesos)	1975	107 984.3	2 950.39	22.8	70.4	5.0	17 758.6	485.21	18.2
	1976	555 698.1	3 969.27	28.1	61.2	6.7	124 316.1	887.97	27.0
	1977	1 487 545.7	3 649.52	27.3	57.2	6.8	311 147.8	763.37	24.3
Barbados (Dólares)	1971	19.15	9.70		43.0	48.3	9.29	4.70	87.3
	1975	53.64	26.55	12.2	14.3	62.9	25.56	12.65	64.7
	1976	62.77	31.33	11.7	13.6	65.2	31.06	15.50	64.2
	1977	75.12	37.43	11.3	13.1	67.0	37.31	18.59	63.1
Bolivia (Pesos)	1961	209.97	17.67	15.7	59.2	20.7	71.91	6.05	41.2
	1972	578.7	43.53	25.0	35.9	23.2	345.1	25.96	63.7
	1975	1 692.8	84.64	17.8	43.9	30.6	988.1	49.41	64.5
	1976	2 077.2	103.86	26.7	39.0	27.6	1 171.0	58.55	65.2
	1977	2 198.5	109.93	28.5	47.6	11.8	1 003.9	50.20	57.3
Canadá (Dólares)	1959-60	3 426.8	3 564.76	11.5	12.1	34.7	831.9	865.39	26.0
	1964-65	5 468.6	5 075.27	6.7	13.6	33.2	1 546.2	1 435.00	32.3
	1969-70	11 566.8	10 908.99	8.4	13.6	30.0	3 616.5	3 410.83	38.2
	1974-75	24 893.3	24 791.65	6.9	10.5	48.5	7 634.7	7 603.53	34.9
	1975-76	28 836.8	28 802.24	7.4	11.3	46.8	9 272.0	9 260.89	36.6
	1976-77	31 766.4	30 650.71	7.3	11.4	47.2	10 301.1	9 939.79	36.8
Chile (Pesos)	1965	2.64	880.00	19.3	4.2	31.8	0.26	86.67	11.4
	1971	25.09	2 090.83	20.6	37.5	35.3	2.91	242.50	13.1
	1975	4 929.0	1 003.67	16.3	46.5	30.9	541.6	110.28	13.9
	1976	17 532.8	1 343.10	17.0	48.0	27.9	2 178.7	166.90	15.8
	1977	42 330.5	1 966.21	17.5	45.6	29.7	5 321.4	247.17	16.5
Colombia (Pesos)	1961	461.81	68.93	7.9	35.8	56.0	334.04	49.86	74.5
	1965	678.39	64.76	13.9	52.6	33.2	456.84	43.61	68.9
	1970	3 996.84	216.71	14.6	39.5	42.6	2 120.05	114.95	63.6
	1975	14 703.80	475.41	16.6	33.7	39.6	6 498.80	210.12	52.3
	1976	22 071.70	636.18	14.0	33.0	35.2	8 880.70	255.97	48.5
	1977	32 389.10	880.74	12.3	31.3	34.7	12 250.10	333.11	46.5
Costa Rica (Colones)	1961	85.8	14.42	25.3	38.7	26.5	37.8	6.35	67.1
	1965	149.9	22.63	25.1	37.7	26.0	58.8	8.88	65.6
	1970	314.5	47.47	23.2	36.0	28.9	154.4	23.31	69.9
	1975	1 148.8	134.05	23.8	47.8	16.2	615.8	71.86	71.2
	1976	1 566.1	182.74	23.1	45.6	15.7	854.3	99.68	70.4
	1977	1 952.4	227.82	23.5	44.2	10.6	1 094.8	127.75	71.2

TENDENCIAS DE LOS INGRESOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y LOS GASTOS DE ATENCION MEDICA

País	Años	Ingresos totales ¹ (en millones de unidades monetarias nacionales)	Ingresos totales (en millones de EUA\$)	De los asegurados		Participación del Estado % de los ingresos totales	Gastos de atención médica		Prestaciones de atención médica % del total de gastos
				% de los ingresos totales	De los empleadores % de los ingresos totales		En millones de unidades monetarias nacionales	En millones de EUA\$	
República Dominicana	1970	42.394	42.39	10.8	47.4	35.7	14.217	14.22	35.9
	1975	89.578	89.58	...	...	64.3	44.199	44.20	50.8
(Pesos)	1976	105.325	105.33	...	...	66.9	54.089	54.09	52.9
	1977	117.481	117.48	...	...	67.6	61.903	61.90	53.5
El Salvador	1960	30.59	12.24	5.1	32.9	61.8	26.60	10.64	90.7
(Colones)	1965	47.33	18.93	6.0	41.9	51.5	32.08	12.83	74.0
	1970	96.24	38.50	8.5	37.2	53.1	39.49	15.80	53.4
	1975	173.05	69.22	11.0	35.7	50.1	76.16	30.46	50.9
	1976	209.55	83.82	10.9	33.1	52.9	89.44	35.78	49.0
	1977	244.61	97.84	11.0	32.6	52.8	107.26	42.90	51.4
Guatemala	1959-60	20.7	20.70	12.1	32.4	55.1	...	...	...
(Quetzales)	1965	26.9	26.90	20.8	29.4	49.4	17.3	17.30	66.3
	1970	42.5	42.50	23.1	36.9	39.1	26.7	26.70	65.3
	1975	73.2	73.20	23.6	34.0	41.1	47.5	47.50	66.6
	1976	83.3	83.30	24.7	35.3	39.1	49.8	49.80	64.5
	1977	113.2	113.20	26.2	41.2	31.7	53.5	53.50	62.0
Guyana	1965	15.634	9.12	...	23.0	77.1	8.341	4.87	53.4
(Dólares)	1972	31.121	14.91	21.0	27.8	41.2	13.363	6.40	67.5
	1975	42.824	18.18	21.1	28.6	35.7	15.653	6.65	69.1
	1976	45.078	17.68	21.2	28.9	33.9	15.699	6.16	67.3
	1977	48.806	19.14	21.2	29.2	31.3	15.678	6.15	63.1
Haití	1974-75	43.88	8.78	...	...	71.0	31.49	6.30	83.1
(Gourdes)	1975-76	50.01	10.00	...	...	69.3	35.00	7.00	82.3
	1976-77	60.46	12.09	...	...	69.8	43.52	8.70	83.1
Jamaica	1964-65	17 288	24.20	6.5	21.9	67.6	10.966	15.35	66.1
(Dólares)	1969-70	40 059	48.07	13.5	28.7	50.4	14.411	17.29	52.5
	1974-75	93 222	102.54	10.0	11.7	68.7	34.978	38.45	50.2
	1975-76	137 514	151.26	9.1	10.6	72.0	66.549	73.20	62.3
	1976-77	160 958	177.05	10.6	12.4	67.8	73.322	80.65	61.8
Nicaragua	1960-61	59.3	8.47		30.4	68.1	43.7	6.24	90.0
(Córdobas)	1965	101.8	14.54	11.9	29.6	23.4	65.1	9.30	76.8
	1970	187.0	26.71	14.0	34.1	24.1	114.2	16.31	75.6
	1975	377.7	53.76	13.4	32.9	24.0	234.2	33.33	76.1
	1976	417.9	59.48	13.8	34.0	23.4	260.4	37.06	75.1
	1977	444.5	63.27	14.8	36.3	23.8	271.5	38.64	75.4

CUADRO 7 (cont.)

TENDENCIAS DE LOS INGRESOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y LOS GASTOS DE ATENCION MEDICA

País	Años	Ingresos totales ¹ (en millones de unidades monetarias nacionales)	Ingresos totales (en millones de EUA\$)	De los asegurados		Participación del estado % de los ingresos totales	Gastos de atención médica		Prestaciones de atención médica % del total de gastos
				% de los ingresos totales	% de los ingresos totales		En millones de unidades monetarias nacionales	En millones de EUA\$	
Panamá (Balboas)	1960	31.82	31.82	13.6	21.7	55.9	...	...	...
	1965	48.35	48.35	18.5	31.7	37.6	...	...	...
	1972	110.17	110.17	20.3	45.0	24.3	44.93	44.93	46.8
	1975	177.87	177.87	22.8	49.8	20.1	65.74	65.74	47.5
	1976	200.85	200.85	24.0	50.8	17.3	79.02	79.02	51.0
	1977	213.32	213.32	23.9	49.7	17.8	83.40	83.40	49.2
Trinidad y Tabago (Dólares)	1965	37.41	21.82	8.0	17.6	64.7	23.70	13.82	67.7
	1970	54.27	27.14	4.3	15.0	72.1	37.70	18.85	71.1
	1975	182.26	84.00	11.2	23.2	60.5	83.00	38.25	63.0
	1976	227.56	93.35	10.9	22.6	61.0	100.20	41.11	61.4
	1977	284.23	118.43	9.7	20.3	64.1	137.30	57.21	65.1
Estados Unidos (Dólares)	1959-60	38 137	38 137	21.8	34.9	24.2	5 405	5 405	15.7
	1964-65	55 892	55 892	22.3	35.9	23.6	7 682	7 682	15.7
	1969-70	110 932	110 932	24.3	33.3	24.1	21 938	21 938	23.4
	1974-75	219 900	219 900	22.7	34.1	25.7	45 311	45 311	22.4
	1975-76	244 664	244 664	21.5	34.2	26.9	51 471	51 471	21.8
	1976-77	280 460	280 460	21.4	35.5	26.5	59 797	59 797	23.0
Uruguay (Pesos)	1975	925.70	402.65		68.0	25.2	100.14	47.91	12.6
	1976	1 557.00	458.62	22.9	45.2	26.5	172.92	50.93	13.1
	1977	2 252.19	474.15	24.6	49.4	18.6	266.28	56.06	13.0
Venezuela (Bolívares)	1959-60	655.2	195.61	8.5	16.2	74.8	430.2	128.43	66.0
	1965	1 149.8	255.52	7.4	12.8	79.5	1 080.4	240.10	93.2
	1970	1 755.7	390.30	13.6	26.3	57.3	1 079.5	240.00	67.3
	1975	5 323.7	1 242.40	9.5	19.1	66.5	3 883.3	906.36	83.7
	1976	5 898.9	1 375.07	9.6	19.2	66.4	4 463.6	1 040.49	83.2
	1977	6 953.2	1 619.84	9.2	18.4	67.8	5 178.1	1 206.31	83.2

Fuente: OIT, El costo de la seguridad social, Ginebra, 1981.

¹ El desglose del porcentaje total de las tres fuentes de ingresos indicadas en la tabla puede no ser igual a 100% debido a la existencia de ingresos de otras fuentes, como son: 1) tablas impositivas especiales para la seguridad social (por ejemplo, en 1977 estos impuestos representaron el 22% de los ingresos totales en Nicaragua); 2) participación de otras autoridades públicas en el ejercicio 1976-1977, que representó el 27% y el 11% del total de ingresos en Canadá y Estados Unidos, respectivamente; 3) ingresos de capital (por ejemplo, en 1977 estos ingresos representaron el 12% del total en Bolivia); 4) otros ingresos (en 1977 representaron el 19% del total en Colombia).

Existe además el problema de determinar quién paga en realidad por los programas de seguro estatal de enfermedad. Parece ser que en muchos sistemas una gran parte de los impuestos de nómina pagados por los empleadores revierten en los consumidores porque se aumenta el precio de muchos bienes y servicios. En consecuencia, algunos grupos de población (principalmente los de zonas rurales y sectores urbanos marginados) contribuyen al financiamiento de los sistemas de seguridad social sin recibir prestaciones. En términos generales, como indica el cuadro, puede decirse que los empleados asegurados pagan solo una parte relativamente pequeña del costo total de esos sistemas.

En general lo que inquieta cada vez más en muchos países de la Región es el carácter regresivo de las fuentes reales de fondos utilizadas para financiar programas de seguridad social y la perpetuación resultante de la desigualdad en la distribución del ingreso, unida a la limitación de la cobertura. En relación con las estrategias previstas para atender necesidades básicas humanas parecería que en pocos de los países de la Región tienen una influencia particularmente constructiva los sistemas autónomos o semiautónomos de seguridad social. Sin embargo, mediante una revisión de sus políticas y funciones, esos sistemas podrían convertirse en un factor muy constructivo.

Otra posibilidad (muy poco aprovechada) de muchos países latinoamericanos es la imposición de un espectro más amplio de tarifas a los usuarios de la atención de salud costada por el Estado. Muy a menudo, aunque se cobra por bienes y servicios, esos ingresos raramente pasan al haber del organismo oficial que financia en realidad dichos bienes y servicios. En consecuencia, quizá muchos gobiernos pudieran hacer un análisis crítico de los beneficios que reportaría la imposición de cargas por muchas prestaciones de salud que ahora se hacen gratuitamente. No se pretende cobrar por todos los conceptos ni tampoco costear con los ingresos la mayoría de los gastos. Con anterioridad se ha observado que cuando algunos países han querido implantar tarifas por los servicios de salud pública ello ha tenido por consecuencia (debido en gran parte a la ineficacia de los métodos empleados) que el costo de los mecanismos administrativos y contables necesarios para percibir y regular las cargas o derechos ha absorbido los ingresos adicionales que se pretendían conseguir. Por otra parte, la imposición de un sistema de tarifas nominales por determinados bienes y servicios de salud no se debería considerar solo como una fuente suplementaria de financiamiento, sino también como un medio eficaz de reducir al mínimo la utilización superflua o excesiva que generalmente acompaña a la prestación gratuita de servicios. Cuando se decida implantar un sistema de tarifas o derechos nominales habrá que tener muy en cuenta la necesidad de que las cargas no obren en contra del objetivo primordial de atender a los grupos desfavorecidos y reducir las desigualdades sociales.

Como puede apreciarse en el Cuadro 8, en la mayor parte de los países de América Latina y el Caribe (13 de 18) que tienen sistemas de seguridad social, los gastos per capita durante los últimos 10-15 años han aumentado bastante más de prisa, en términos per capita, que el costo de vida. Incluso cuando ello no ha sido así, la baja ha sido relativamente modesta, representando un promedio (no ponderado) del 13%. Los datos también parecen indicar que los grupos de población protegidos por la seguridad social están mucho menos expuestos a la variabilidad de los ciclos económicos.

CUADRO 8

INDICES DEL PROMEDIO ANUAL DE GASTOS CORRESPONDIENTES A PRESTACIONES,
PER CAPITA DE LA POBLACION TOTAL
(valores ajustados según los índices del costo de vida: 1970=100)

País	Año					
	1960	1965	1970	1975	1976	1977
Argentina	...	...	...	100	85	85
Barbados	...	...	100	169	189	213
Bolivia	70	...	100	113	122	106
Brasil	...	59	100	233	275	291
Canadá	52	65	100	157	165	169
Colombia	...	38	100	134	158	173
Costa Rica	41	51	100	189	253	303
Chile	...	37	100	72	81	97
República Dominicana	...	...	100	162	172	168
El Salvador	73	89	100	105	109	111
Guatemala	79	86	100	104	98	94
Guyana	...	124	100	78	72	68
Haití	...	...	...	100	101	115
Jamaica	...	96	100	133	190	189
Nicaragua	...	...	...	100	106	95
Panamá	34	65	100	101	113	109
Trinidad y Tabago	...	84	100	123	135	154
Estados Unidos	53	65	100	152	164	169
Uruguay	...	...	...	100	112	109
Venezuela	72	121	100	238	247	260

Fuente: OIT, El costo de la seguridad social, Ginebra, 1981

Gastos públicos (del Estado) en atenciones de salud

Por comparación con muchas otras regiones del mundo, podría decirse que en los países de América Latina y el Caribe la parte correspondiente a salud en el total de gastos de consumo públicos es relativamente alta por comparación con la de países como Tanzania y la India (véase el Cuadro 9).

CUADRO 9

TENDENCIA DE LOS GASTOS DE CONSUMO PUBLICOS (DEL ESTADO) EN SALUD
COMO PORCENTAJE: 1) DE LOS GASTOS TOTALES PUBLICOS TOTALES
Y 2) DEL PRODUCTO INTERNO BRUTO

País		1960	1965	1970	1975	1976	1977	1978	1979
Islas Vírgenes Británicas	1	...	...	19.2	21.2	19.3	19.2	...	...
	2	...	...	2.6	2.6	2.8	2.8	...	...
Honduras	1	14.9	13.7	16.9	16.6	...	...	...	...
	2	1.6	1.4	1.9	2.1	...	...	...	...
Jamaica	1	...	...	...	15.5	13.0	12.7	...	...
	2	...	...	...	2.9	2.9	2.8	...	...
Panamá	1	21.1	25.4	24.0	25.7	27.3	26.1	28.6	27.8
	2	2.4	2.8	3.5	3.9	4.3	4.1	4.3	4.3
Perú	1	...	...	13.0	11.4	11.0	9.9	12.7	12.6
	2	...	...	1.5	1.5	1.4	1.5	1.5	1.3
Venezuela	1	...	...	19.1	13.5	12.9	12.6	13.1	12.2
	2	...	...	2.5	1.8	1.9	1.9	1.9	1.6
Estados Unidos de América	1	4.2	4.3	4.9	6.3	6.3	6.3	6.3	...
	2	.73	.72	.94	1.2	1.2	1.2	1.1	...
Tanzania	1	...	5.6	5.5	6.9	7.1	7.1	7.3	5.4
	2	...	1.0	1.3	2.2	1.8	1.8	2.0	2.0
India	1	...	...	5.2	6.1	6.4	6.8	7.0	...
	2	...	...	.41	.53	.56	.57	.61	...

Fuentes: Naciones Unidas (cintas fonomagnéticas de cuentas nacionales) y FMI.

Las cifras relativamente bajas (pero en aumento gradual) para los Estados Unidos de América se deben a la importancia de los sistemas privados de seguro de enfermedad, tanto lucrativos como no lucrativos. Sin embargo, la proporción de los gastos públicos totales correspondiente a salud en Jamaica y Venezuela ha acusado una tendencia a la baja durante el último decenio. En el caso de Jamaica, ello se debe en gran parte a la incertidumbre económica general que el país experimentó en la segunda mitad del decenio de 1970, y en el de Venezuela a la revisión del orden de prioridad del Gobierno y a la creciente importancia concedida a las instituciones de seguridad social. Como puede apreciarse, varía mucho la proporción del PIB dedicada a gastos públicos de salud.

CUADRO 10

REMUNERACION DE EMPLEADOS COMO PORCENTAJE DEL TOTAL DE
GASTOS PUBLICOS FIJOS DE SALUD (GASTOS DEL ESTADO)

País	1970	1975	1979
Perú	64.4	73.9	68.4
Venezuela	86.9	79.0	80.7
Islas Vírgenes (RU)	73.3	74.6	75.3
India	69.9	63.1	64.5
Italia	(71) 72.5	64.2	(71) 65.0
Reino Unido	49.8	56.1	54.5
Finlandia	...	76.4	76.6
Noruega	72.7	77.8	77.9
Suecia	75.4	77.4	(78) 77.2
España	69.4	79.4	(77) 88.5

Los datos del Cuadro 10 parecen indicar que, con la excepción de Venezuela (máximo) y del Reino Unido (mínimo), no hay diferencia considerable entre la proporción del total de gastos fijos de salud pública dedicada a remuneración de empleados en las Américas y en el resto del mundo. Los servicios de salud son de gran intensidad de mano de obra y tienden a serlo cada vez más; por ejemplo, según un reciente informe de la OCDE, el número de empleados por cama de hospital tendió a aumentar al doble en el periodo comprendido entre 1960 y 1979.

Gastos privados en atenciones de salud

De los países en desarrollo de la Región indicados en el Cuadro 11, solo Panamá parece haber experimentado un aumento relativamente constante de los gastos del sector privado en atenciones de salud. Los datos para el Canadá acusan el desarrollo de sistemas de seguro de enfermedad patrocinados por el gobierno, y los de Estados Unidos de América el aumento de la cobertura del seguro de enfermedad privado y una tasa de inflación relativamente alta de los costos del sector salud.

CUADRO 11

TENDENCIAS DE LOS GASTOS DE CONSUMO PRIVADOS EN ATENCIONES DE SALUD, COMO PORCENTAJE: 1) DEL TOTAL DE GASTOS DE CONSUMO PRIVADOS Y 2) DEL PRODUCTO INTERNO BRUTO

Pafs	1960	1965	1970	1975	1976	1977	1978	1979
El Salvador	3.6	3.4	4.3	4.4	3.9	3.9	...	...
	2.9	2.6	3.3	3.2	2.7	2.5	...	...
Honduras	6.7	6.8	6.6	5.9	...	...	...	...
	5.1	5.0	4.8	4.3	...	...	...	...
Jamaica	2.6	2.9	3.2	2.3	2.0	1.8	...	...
	1.8	2.1	2.2	1.4	1.3	1.2	...	...
Panamá	3.1	3.5	4.4	6.1	6.1	5.6	6.0	...
	2.6	2.7	2.8	3.7	3.5	3.7	3.7	...
Venezuela	...	...	4.3	4.3	4.1	3.9	3.7	3.7
	...	...	2.3	2.1	2.0	2.0	2.0	1.9
Canadá	6.4	4.5	3.5	3.0	3.2	3.1	3.2	3.1
	4.2	2.7	2.0	1.7	1.8	1.8	1.8	1.7
Estados Unidos de América	6.6	7.6	9.5	10.9	11.1	11.5	11.4	11.6
	4.2	4.7	5.9	6.9	7.1	7.3	7.3	7.4
Tanzania	...	1.9	2.1	2.3	...	...	...	...
	...	1.4	1.4	1.7	...	...	...	...
India	1.7	2.1	2.1	2.3	2.5	2.3	2.3	2.2
	1.4	1.6	1.5	1.6	1.7	1.6	1.6	1.5

Fuentes: Naciones Unidas (cintas fonomagnéticas de cuentas nacionales) y FMI.

Lamentablemente, para la mayor parte de los países de América Latina y el Caribe no se dispone de datos indicativos de la tendencia de los gastos de consumo privados per capita, a precios constantes, en atenciones de salud. Los datos existentes (véase el Cuadro 12) parecen indicar una tasa más rápida de aumento en el decenio de 1960 que en el de 1970. La baja para el Canadá se debe principalmente a la implantación de sistemas de seguro de enfermedad patrocinados por el gobierno. Una vez más, Panamá muestra una tasa positiva relativamente constante de aumento, mientras que Jamaica acusa el empeoramiento de la situación económica en la segunda mitad del decenio de 1970.

CUADRO 12

TENDENCIA DE LOS GASTOS PRIVADOS FINALES DE CONSUMO PER CAPITA EN ATENCIONES DE SALUD, A PRECIOS CONSTANTES, EN UNIDADES MONETARIAS NACIONALES

País	Moneda	Precios cons- tantes en:									
			1960	1965	1970	1974	1975	1976	1977	1978	1979
Canadá	Dólares	1971	112.0	87.9	81.7	92.9	95.5	102.2	104.0	108.0	105.8
Honduras	Lempiras	1966	21.6	24.3	24.3	23.4	23.0	...	...	...	...
Jamaica	Dólares	1974				23.3	17.8	15.8	14.0		
Panamá	Balboas	1960	10.2	12.5	15.0	17.6	18.4	18.1	18.6	18.5	19.5
Venezuela	Bolívares	1957	148.0	163.0	105.1 ¹	...	...	...	...	...	...
EUA	Dólares	1970	170.0	217.9	285.0	346.1	352.7	370.0	379.6	393.7	...

Fuente: Naciones Unidas (cintas fonomagnéticas de cuentas nacionales).

¹1969

El Cuadro 13 revela la proporción relativamente alta que representan los gastos de salud privados en el total de gastos del sector para América Latina y ciertos países desarrollados y en desarrollo de otras regiones. Con la excepción de Venezuela, parece observarse una disminución gradual de la importancia del sector privado. Sin embargo, puede apreciarse que el sector público sigue teniendo amplias oportunidades de expansión con arreglo a un sistema bien organizado y dirigido de servicios de salud pública.

CUADRO 13

EVOLUCION DE LOS GASTOS DE CONSUMO PRIVADOS EN SALUD, COMO PORCENTAJE DEL
TOTAL DE GASTOS DE CONSUMO PUBLICOS Y PRIVADOS EN ESA MISMA ATENCION

País	1960	1965	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978
Honduras	76.1	78.5	71.4	74.5	71.6	73.5	68.7	67.4	...	...	...
Jamaica	...	...	...	...	...	...	43.4	33.0	32.2	30.0	...
Panamá	52.2	49.0	45.2	48.2	49.6	48.9	48.3	48.8	45.3	47.5	46.0
Venezuela	...	...	47.7	47.9	48.1	55.5	53.4	52.2	51.3	51.8	53.0
EUA	85.3	86.8	86.4	85.8	85.6	85.4	85.2	85.3	85.9	86.4	86.5
Tanzania	...	56.9	53.0	51.0	53.2	48.9	44.7	43.0	...	...	...
India	...	...	78.7	77.7	77.1	74.9	74.3	70.3	67.7	65.6	63.2
España	...	...	81.6	82.7	81.7	80.4	79.4	75.2	73.3	...	...
Reino Unido	16.4	15.0	15.8	13.6	13.0	12.7	10.7	9.2	8.9	9.0	8.7

Fuente: Naciones Unidas (cintas fonomagnéticas de cuentas nacionales).

Un reciente estudio sobre los costos y la utilización de los servicios de atención de salud en los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE)¹ indica que alrededor del 50% del total corresponde al 5% de la población, el 75% al 10% y solo el 25% al restante 90% de la población. Ello no refleja desigualdad en la distribución de los servicios sino, más bien, el costo sumamente alto de algunos de ellos. Por ejemplo, la cirugía a corazón abierto absorbe las contribuciones que hacen durante 7-12 años los particulares a algún tipo de plan de seguro de enfermedad público o privado.

¹ La OCDE está compuesta de 24 miembros, entre los que se cuentan 19 países de Europa Occidental, más Australia, Canadá, Estados Unidos de América, Japón y Nueva Zelandia.

Como puede apreciarse en el Cuadro 14, hay en general amplias variaciones de la proporción del PIB dedicada a gastos de consumo públicos y privados en salud. En términos generales puede decirse que la mayor parte de los países de América Latina y el Caribe se acercan mucho más a numerosos países europeos (por ejemplo el Reino Unido y España) que a los de otras regiones en desarrollo del mundo. De los datos que figuran en el Cuadro 14 y de los obtenidos de algunos estudios de países específicos realizados por diversos organismos en América Latina y el Caribe, se deduce con toda evidencia que, por término medio, en esta Región se dedica alrededor del 5% del PIB (combinado) al sector salud. También se deduce de los cuadros que, con la notable excepción de Panamá, la proporción del PIB asignada a salud tendió a llegar a un máximo más o menos hacia la mitad del decenio de 1970. Exceptuando el caso de los Estados Unidos, las tendencias reveladas por los datos son análogas para muchos países industrializados del mundo, inclusive Canadá.

CUADRO 14

TENDENCIA DE LOS GASTOS DE CONSUMO PUBLICOS (DEL ESTADO) Y PRIVADOS EN SALUD
COMO PORCENTAJE DEL PRODUCTO INTERNO BRUTO¹

Pafs	1960	1965	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978
Honduras	6.9	6.4	6.8	6.3	6.5	6.1	6.3	6.4	...	...	...
Jamaica	...	...	...	...	...	...	4.7	4.3	4.2	4.1	...
Panamá	5.0	5.5	6.3	6.6	7.5	7.3	7.0	7.6	7.8	7.7	8.0
Venezuela	...	...	4.9	4.6	4.7	3.8	3.1	3.9	4.0	3.9	4.0
EUA	4.9	5.5	6.9	7.2	7.3	7.4	7.7	8.1	8.2	8.4	8.5
Tanzania	...	2.4	2.7	3.2	3.0	3.1	3.3	3.9	...	...	...
India	...	...	1.9	2.2	2.1	1.9	2.0	2.1	2.3	2.2	2.2
España	...	...	3.9	4.4	4.6	4.8	5.0	5.5	...	...	...
Reino Unido	3.8	3.8	4.2	4.3	4.4	4.3	4.9	5.2	5.1	5.0	5.1

Fuente: Naciones Unidas (cintas fonomagnéticas de cuentas nacionales).

¹ Los porcentajes serían en general de 5 a 10% más elevados si se incluyeran los gastos de cuenta de capital.

Como se desprende del Cuadro 15, no existen tendencias definidas en cuanto a la parte dedicada a salud en el total de gastos de consumo privados. La proporción relativamente pequeña para el Reino Unido se debe a la extensión y cobertura del servicio nacional de salud. Los datos indican también que en muchos países en desarrollo los gastos de salud privados quedan atrás por comparación con los de bebidas alcohólicas y tabaco. A veces ello se debe en parte a la importancia de esos artículos en el sistema de impuestos indirectos y en los ingresos del Estado, así como al papel de los organismos públicos en la prestación de asistencia de salud. En cambio, en muchos países los datos acusan las preferencias del consumidor y la disponibilidad de ingresos suplementarios de los particulares, que podrían dedicarse a bienes y servicios más sanos, aunque no más placenteros. Puede señalarse que durante el pasado decenio se registró en muchos países en desarrollo un fuerte aumento de la producción y el consumo de bebidas alcohólicas, especialmente cerveza. Ese aumento ha sido muy superior al de otros sectores en la economía de dichos países.

Todo parece indicar que durante el próximo decenio, uno de los problemas más arduos a que tendrán que hacer frente muchos países latinoamericanos en su empeño por simplificar los programas de salud y ampliar su cobertura será el de la coordinación de todas las actividades de seguridad social en el sector salud. En muchos casos, además de la abundancia de instituciones de seguridad social, hay numerosos organismos públicos y paraestatales que trabajan en dicho sector. El resultado es la fragmentación que se observa de los recursos de salud entre muchas entidades administrativas. Dicha fragmentación redundará a menudo en detrimento del establecimiento y la aplicación de políticas nacionales integradas de salud, y a menudo ocasiona graves conflictos de jurisdicción y problemas entre organismos.

CUADRO 15

TENDENCIA DE LOS GASTOS DE CONSUMO PRIVADOS, A LOS PRECIOS ACTUALES,
 POR LOS SIGUIENTES CONCEPTOS: 1) ALIMENTACION; 2) SALUD; 3) BEBIDAS
 ALCOHOLICAS Y 4) TABACO
 (como porcentaje del total de gastos de consumo privados)

País		1960	1965	1970	1975	1976	1977	1978	1979
Honduras	1 Alimentos	40.5	40.3	39.3	44.1	...	...	...	...
	2 Salud	6.7	6.8	6.6	5.9	...	...	...	...
	3 Bebidas alco- hólicas ¹	5.3	5.7	6.4	6.9	...	...	...	...
	4 Tabaco	1.3	1.5	2.1	2.5	...	...	...	...
Jamaica	1 Alimentos	36.4	32.7	30.5	35.4	33.8	35.1	...	...
	2 Salud	2.4	2.8	3.2	2.3	2.0	1.8	...	...
	3 Bebidas alco- hólicas ¹	6.2	6.8	5.9	3.7	3.8	3.8	...	...
	4 Tabaco	3.3	3.9	4.2	4.5	4.9	4.8	...	...
Panamá	1 Alimentos	39.8	41.3	47.4	59.2	54.8	48.6	51.4	...
	2 Salud	3.1	3.5	4.4	6.1	6.0	5.6	6.0	...
	3 Bebidas alco- hólicas ¹	6.5	4.8	5.2	4.4	4.7	3.9	4.3	...
	4 Tabaco	2.2	1.9	2.1	2.1	2.2	2.1	2.1	...
Venezuela	1 Alimentos	37.6	36.7	...	...	...	...	...	...
	2 Salud	7.8	8.0	4.3	4.3	4.1	3.9	3.7	3.7
	4 Tabaco	2.6	2.8	...	...	...	...	...	...
	3 Bebidas alco- hólicas ¹	3.6	3.7	3.8	3.7	3.5	3.4	3.3	3.2
Canadá	1 Alimentos	18.9	17.5	15.9	15.9	15.1	14.9	15.3	15.4
	2 Salud	6.4	4.5	3.5	3.0	3.2	3.2	3.2	3.1
	3 Bebidas alco- hólicas ¹	3.6	3.7	3.8	3.7	3.5	3.4	3.3	3.2
	4 Tabaco	2.9	2.9	2.8	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1
Estados Unidos	1 Alimentos	17.0	15.2	14.3	13.7	13.2	12.8	12.6	12.7
	2 Salud	6.6	7.6	9.5	10.9	11.1	11.5	11.4	11.6
	3 Bebidas alco- hólicas ¹	2.0	1.8	2.0	1.9	1.8	1.7	1.6	1.6
	4 Tabaco	2.1	1.9	1.7	1.5	1.5	1.4	1.3	1.3
Tanzania	1 Alimentos	...	45.3	51.1	57.9	...	...	...	...
	2 Salud	...	1.9	2.1	2.3	...	...	...	...
	3 Bebidas alco- hólicas ¹	...	3.8	3.5	4.4	...	...	...	...
	4 Tabaco	...	1.6	1.0	2.6	...	...	...	...

CUADRO 15 (cont.)

País		1960	1965	1970	1975	1976	1977	1978	1979
India	1 Alimentos	65.7	64.9	63.0	61.4	58.2	59.1	57.2	55.5
	2 Salud	1.7	2.1	2.1	2.3	2.5	2.3	2.3	2.2
	3 Bebidas alcohólicas ¹	1.0	0.96	1.8	1.3	1.4	1.4	1.5	1.2
	4 Tabaco	4.7	3.2	2.8	2.6	2.5	2.5	2.4	2.2
España	1 Alimentos	51.4	39.3	33.2	32.1	31.4	...	...	...
	2 Salud	2.3	3.0	4.7	5.5	5.9	6.0	...	...
	3 Bebidas alcohólicas ¹	2.0	1.7	1.6	1.4	1.2	...	...	...
	4 Tabaco	1.9	1.5	1.6	1.3	1.2	...	...	...
Reino Unido	1 Alimentos	31.9	28.9	26.2	24.5	24.7	24.7	24.1	...
	2 Salud	0.94	0.89	0.93	0.78	0.77	0.76	0.72	0.74
	3 Bebidas alcohólicas ¹	1.1	1.2	1.4	1.9	2.1	2.0	2.1	...
	4 Tabaco	5.8	5.4	4.6	3.7	3.6	3.6	3.5	...

Fuente: Naciones Unidas (cintas fonomagnéticas de cuentas nacionales), 1974.

¹Comprende bebidas alcohólicas y no alcohólicas.

Durante los dos últimos decenios, los problemas de esa naturaleza han adquirido un carácter tan endémico en gran parte de la Región, que a menudo parece que no existiera ningún organismo estatal singular con responsabilidades claras y principales por la salud nacional ni por el establecimiento y aplicación de una política sanitaria para la población entera. Cada uno de los numerosos organismos centrales, regionales y locales del Gobierno y las muchas instituciones de seguridad social

existentes en el sector salud desarrollan programas para distintos grupos de población. En gran parte, el único vínculo común que parece haber en muchos casos es el Ministerio de Salud; a las entidades homólogas regionales parece que se les ha asignado la responsabilidad primordial de las medidas preventivas para toda la población, y los institutos de seguridad social han limitado sus funciones a las actividades curativas individuales.

En algunos países, esa proliferación de funciones ha acarreado una considerable duplicación de esfuerzos en la prestación de asistencia. No es raro que existan distintos organismos de atención de salud muy próximos entre sí, mientras que otras zonas quedan inatendidas. Otras veces, los hospitales u otros centros se construyen sin dedicar la suficiente atención a la necesidad de dotarlos de presupuestos adecuados de operaciones que permitan cubrir no solo los sueldos del personal sino los medicamentos, los suministros médicos y los gastos de reparación y reemplazo de equipo.

Afortunadamente, cada vez es mayor el número de gobiernos que han empezado a adoptar medidas apropiadas para reducir esa fragmentación y recuperar un control efectivo. A menudo ello se logra asignando la responsabilidad general al Ministerio de Salud, creando un comité coordinador nacional o, a veces, mediante alguna combinación de esas dos medidas.

Además de las economías que podrían conseguirse en los sistemas de prestación de servicios de salud en muchos países mediante una mejor coordinación y delimitación de funciones y atribuciones, también podría economizarse a nivel periférico perfeccionando la gestión de los servicios médicos y administrativos. Por ejemplo, para reducir los costos es precisamente al nivel de instalaciones (hospitales, centros y puestos de salud, etc.) donde muchos países podrían evitar considerables gastos. Como primer paso pragmático podrían determinarse los métodos de tratamiento (profiláctico, sintomático o curativo) más económicos para trastornos comunes, comparando la eficacia, la inocuidad y el costo de las diversas soluciones posibles. Una labor adecuada de información y persuasión sobre la conveniencia de procedimientos revisados permitiría a las instalaciones dispensar mejor asistencia a menor costo.

Una mejor selección de los pacientes externos aceleraría el trabajo de los dispensarios, permitiendo al personal tratar más casos a menor costo por unidad de servicio. En algunos países latinoamericanos, la duración media de las hospitalizaciones (particularmente en hospitales generales) parece ser más larga de lo que se estima necesario en muchas otras partes del mundo. En esos países, el costo por pacientes dado de

alta como proporción del promedio anual del ingreso per capita es a menudo alto, pese a que el costo medio por día de hospitalización, calculado en los mismos términos, no difiere mucho del que se observa en otras partes del mundo. A este respecto, es lamentable que muchos países hayan adoptado cocientes y metas para la prestación y el empleo de la asistencia de salud pero, en cambio, no hayan establecido una lista de costos por unidad que corresponda a esos cocientes y metas, lo que les permitiría apreciar con mucha mayor claridad sus futuras necesidades de recursos. Un análisis somero de algunos de los datos fragmentarios sobre costos facilitados por unos pocos países parece indicar que a menos que en los próximos años algunos de esos países consigan reducir sus costos por unidad, el logro de la meta de salud para todos exigirá elevar al doble o al triple la proporción del PIB dedicada a la salud. Por ejemplo, basándose en el costo actual por unidad, parece ser que en uno de esos países habría que dedicar casi el 16% del PIB a actividades de salud para todos. En otro país, el costo por paciente dado de alta en hospitales generales equivale a casi la mitad del ingreso medio anual per capita.

En términos generales cabría afirmar que un mayor hincapié en las medidas profilácticas, un uso más intensivo de hospitales y otros centros (en términos de mayores tasas de ocupación y de admisión y alta) y una reducción de los costos por unidad permitiría, en muchos países, mitigar la necesidad de nuevas instalaciones y practicar economías utilizables para la ampliación de la cobertura.

Resumiendo, aunque los datos contenidos en este informe y los procedentes de otras fuentes oficiales parecen indicar que la salud para todos en el año 2000 es una meta alcanzable, también ponen de relieve que será necesario adoptar ciertas medidas para ello.

Sin pretender una enumeración exhaustiva, esas medidas serán generalmente, a nivel nacional, una colaboración más intensa entre sectores, una distribución más equitativa del ingreso y una mayor aportación de recursos públicos; a nivel del sector de salud, las medidas serán: fortalecimiento de la coordinación intrasectorial, ampliación de la cobertura del sector organizado, mejor control y administración, uso más eficiente de los recursos disponibles, mejora de la organización y la prestación de asistencia, mayor colectivización de los gastos públicos y los privados, contabilidad de costos más estricta, ensayo de sistemas modificados de prestación de servicios y nuevo enfoque de dichos servicios y de su financiamiento.

III. TENDENCIAS EN LA ASIGNACION DE RECURSOS EXTERNOS PARA LA SALUD Y OTROS SECTORES EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE

El logro de la meta de salud para todos en el año 2000 impondrá aumentos sustanciales de la cuantía de recursos ahora destinados al sector de la salud. ¿Qué perspectivas existen de obtener recursos adicionales? Si bien es imposible saber qué ocurrirá en el año 2000, las tendencias recientes son indicativas de lo que podría ocurrir en los próximos años. Pese al impresionante aumento de los precios del petróleo en 1973 y a otros fenómenos económicos desfavorables, las corrientes totales de recursos a los países en desarrollo se incrementaron con rapidez durante la mayor parte del decenio de 1970. En precios constantes de 1979, se elevaron de \$48,150 millones en 1970 a \$88,230 millones en 1978. Sin embargo, en 1979 declinaron a \$83,750 millones y luego bajaron a \$80,240 millones en 1980. Gran parte del declive se debe a una contracción de las corrientes de recursos en condiciones ordinarias.¹ Estas corrientes, que representan la mayor parte (más del 92%) de todos los recursos externos recibidos en la Región, están fundamentalmente compuestas de créditos de bancos estadounidenses y de Europa Occidental. Las corrientes mundiales de recursos concesionarios (Asistencia Oficial para el Desarrollo - AOD), en dólares constantes de 1979, luego de aumentar de solo algo más de \$20,000 millones en 1970 a cerca de \$28,000 millones en 1975, llegaron a más de \$30,000 millones en 1980, debido principalmente a un aumento de alrededor de \$2,000 millones en la asistencia estadounidense en condiciones concesionarias. Aún no se dispone de cifras para 1981.

En general, no parece muy prometedora la perspectiva de aumentos de la asistencia concesionaria de los miembros de la OCDE. Como lo señalara recientemente esta Organización respecto de la perspectiva de las actividades de asistencia multilateral de sus miembros, "los signos de una inversión en la tendencia ascendente, que se advirtieron en 1980 y principios de 1981, fueron prueba de una situación que ya se encontraba profundamente arraigada.... Las razones por las cuales había parecido atinado sostener en 1980 que la tendencia ascendente estaba todavía sólidamente establecida fueron ilusorias". Quizá afortunadamente, como lo indica el Cuadro 16 para América Latina y el Caribe, los desembolsos netos de la asistencia oficial para el desarrollo representan un porcentaje muy pequeño y declinante de su producto nacional bruto (PNB) combinado.

¹ Los préstamos con un elemento de donación de 25% se consideran concesionarios o muy favorables. En general, un préstamo no contiene un elemento de donación superior al 25% cuando su vencimiento es inferior a 10 años, salvo si su tipo de interés es muy inferior al 5%.

CUADRO 16

DESEMBOLSOS NETOS DE LA ASISTENCIA OFICIAL PARA EL DESARROLLO (AOD),
CON DESTINO A TODOS LOS SECTORES, EN PORCENTAJE DEL PNB TOTAL
DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE

Año	De los países de la OCDE/CAD	De todas las fuentes multilaterales y bilaterales
1973	0.37	0.53
1975	0.36	0.53
1976	0.34	0.47
1977	0.30	0.43
1978	0.31	0.45
1979	0.33	0.46
1980	0.30	0.45

Fuentes: OCDE y Banco Mundial.

Las conclusiones de la OCDE encuentran mayor realce en las recientes solicitudes de créditos presupuestarios presentadas por el Poder Ejecutivo de los Estados Unidos de América al Congreso con destino a la Agencia para el Desarrollo Internacional, un importante contribuyente a las actividades de asistencia bilateral y multilateral de la OCDE. Se proyecta que en el ejercicio económico de 1983, el sector de salud reciba el 6% de la asistencia externa total de la AID a América Latina y el Caribe, en comparación con el 15% en el ejercicio de 1980. La mayor parte de los organismos de asistencia, bilaterales y multilaterales, están prestando creciente atención a las necesidades de China, la India, los países de Africa (especialmente a la región de Sahel) y otros países menos desarrollados del mundo, atribuyendo creciente prioridad a los sectores de energía, alimentación y agricultura.

América Latina y el Caribe recibieron el 12% en 1980, en comparación con el 12.3% en 1977, del total de la asistencia bilateral desembolsada en condiciones concesionarias por los países de la OCDE. En años recientes, los compromisos sectoriales bilaterales de los países de la OCDE con destino a la atención de salud han mostrado una tendencia declinante, pasando del 7.2% del total en 1974 al 6.3% en 1979 y, debido a un aumento atípicamente elevado en los compromisos de salud de la AID de los

Estados Unidos de América, al 7.0% en 1980.¹ De acuerdo con la definición de la OCDE, se entiende por países en desarrollo de ingresos medios los que tenían rentas per capita superiores a \$500 en 1979; en la definición del BIRF, esa categoría corresponde a los países cuyo ingreso per capita es superior a \$370.

Luego de los países miembros de la OCDE, la fuente más importante de asistencia en condiciones de favor está representada por los países de la OPEP.² Los programas de asistencia bilateral de los países de la OPEP están grandemente concentrados en los demás países árabes (especialmente en los "Estados de confrontación").³ En total, los países árabes recibieron más del 80% de los desembolsos bilaterales netos en 1980. América Latina y el Caribe recibieron \$17 millones, o sea, el 0.3% de sus desembolsos bilaterales netos en 1980. De las fuentes multilaterales de los países árabes de la OPEP, América Latina recibió \$6 millones, o sea, el 2.3% de sus desembolsos netos totales.

Venezuela fue en 1980 el único país de la OPEP que efectuó compromisos de fondos concesionarios para el BID.

¹ Estas cifras no incluyen los datos correspondientes a Francia y los compromisos en proyectos de agua y saneamiento. En los informes de la OCDE/CAD, Francia aparentemente ha sido desde 1975 la mayor fuente de asistencia bilateral al sector de la salud. Por ejemplo, de acuerdo con una comunicación de la Secretaría del CAD, los compromisos bilaterales de Francia para salud ascendieron a \$442 millones en 1980, en comparación con la cifra del CAD para los Estados Unidos de América, que fue de \$430 millones. Sin embargo, los datos relativos a Francia incluyeron una suma de \$391 millones en subvenciones, "que en su mayor parte o en su totalidad corresponden a transferencias a los departamentos y territorios de ultramar". Una situación similar sería que en las estadísticas de asistencia exterior de los Estados Unidos de América se incluyeran a Hawaii, Alaska y Puerto Rico, etc. Por otra parte, las estadísticas relativas a Francia incluyen también las "transferencias del seguro social (de enfermedad)". En consecuencia, no son comparables con los datos correspondientes a otros países. Estos datos incluyen, sí, los gastos en atención de salud, nutrición y población de todos los demás países de la OCDE/CAD.

² Arabia Saudita, Kuwait, Emiratos Arabes Unidos, Iraq, Qatar, Libia, Ecuador, Venezuela, Argelia, Nigeria e Irán y sus organismos de asistencia multilateral.

³ A saber, Siria y Jordania, Gaza, la ribera occidental del Jordán y los refugiados palestinos en el Líbano recibieron \$2,600 millones (43%), Marruecos el 7% y la República Arabe del Yemen el 5%.

El sector salud ha desempeñado siempre un papel de menor importancia en la distribución sectorial de los compromisos bilaterales totales de los países de la OPEP, y en 1978 representó el 0.5% de esos compromisos.

La asistencia no militar en condiciones concesionarias de los países pertenecientes al Consejo de Asistencia Económica Mutua (CAEM)¹ ha sido siempre relativamente pequeña, y en 1980 totalizó solo el 5% de la asistencia mundial en condiciones de favor. En 1980, el 95% de la asistencia del CAEM se concedió a la República Popular Democrática de Corea, Viet Nam, Cuba, Kampuchea, Afganistán y Laos.

Como es sabido, en el ejercicio económico de 1981 el Banco Mundial (BIRF) aprobó una sola operación (en condiciones ordinarias) al sector salud: un préstamo a Túnez, por valor de \$12.5 millones, para un proyecto de planificación familiar y atención de salud. En 1981 el BID autorizó también una sola operación para atención de salud: un préstamo de \$20.5 millones a la República Dominicana. Ambos bancos, sin embargo, concedieron diversos préstamos a países de la OPS para proyectos de agua y saneamiento. Además, en años recientes han concedido préstamos con componentes de atención de salud y agua y saneamiento a la Región. En 1981, por ejemplo, el BID hizo un préstamo por \$3 millones con un componente de atención de salud y el Banco Mundial concedió cinco de esos préstamos, en América Latina y el Caribe, por valor de \$42 millones.

Existe, también, una creciente inquietud de que, en términos reales, la asistencia externa y el financiamiento nacional para las actividades de agua y saneamiento estén comenzando a declinar, o incluso a estancarse. De continuar y generalizarse, esta tendencia afectará a la meta del Decenio de las Naciones Unidas para el Abastecimiento de Agua y a la meta de salud para todos en el año 2000. En uno de los seminarios patrocinados recientemente por la OPS sobre la aplicación del Plan de Acción de salud para todos, un representante del Banco Mundial señaló que, en los últimos dos años no ha habido ningún "entusiasmo en obtener préstamos para abastecimiento de agua, saneamiento, salud, nutrición o planificación familiar. El abastecimiento de agua y el saneamiento son actividades en las cuales el atractivo y la rentabilidad políticos de los gastos son relativamente modestos. La población no tiene una conciencia y preocupación agudas por la importancia del abastecimiento de agua y el saneamiento". Añadió que la población aparentemente se interesa más en el consumo de otros productos esenciales (alimentos) y no esenciales (radios de transistores, alcohol y tabaco). Mencionó, también, el efecto negativo que sobre los gobiernos ejerce el aumento de los tipos de interés de los préstamos internacionales y sus problemas consiguientes de servicio de la deuda, especialmente en una época de recesión mundial.

¹ La URSS y los demás países de Europa Oriental con economías de planificación centralizada.

En 1981 la asistencia del BID a los países en desarrollo de las Américas ascendió a \$2,493 millones, lo cual representa un aumento nominal de 8% en relación con la suma de \$2,309 millones de 1980; sin embargo, en dólares constantes, esta suma equivalió realmente a una disminución de alrededor del 2%. Cuando se tiene en cuenta el crecimiento demográfico, se observa que la asistencia del BID per capita declinó en alrededor del 5% en términos reales. Los proyectos de atención de salud, agua y saneamiento declinaron, en dólares corrientes, de \$244 millones en 1980 a \$208 millones en 1981. Sin embargo, en términos reales per capita, este declive equivalió a casi una reducción del 30%. Cabe esperar que esta merma, más que el inicio de una tendencia, sea solamente un reflejo transitorio del análisis más cuidadoso al cual se están sometiendo las propuestas de préstamos externos.

En general, los países de la Región tienden a recibir relativamente poco en materia de asistencia de los principales organismos especializados de las Naciones Unidas. Por ejemplo, en 1981 solo el 1.0% del gasto en salud del UNICEF se destinó a la Región.

Una de las principales razones de que América Latina y el Caribe hayan recibido una asistencia tan exigua en condiciones de favor en los últimos años, de fuentes bilaterales o multilaterales, es el promedio nacional relativamente elevado del ingreso per capita de la mayor parte de sus países, que esencialmente los excluye de esa asistencia. Virtualmente todos los Países Miembros de la OPS son considerados países de ingresos medios. Por lo tanto, pese a que por las injusticias imperantes en la distribución del ingreso se puede afirmar que más de 100 millones, o acaso 150 millones de habitantes de la Región viven en lo que el Banco Mundial denomina condiciones de "pobreza absoluta",¹ la Región recibe muy poca asistencia en condiciones de favor.²

¹ Según los propios cálculos de la OPS, en la Región hay bastante más de 100 millones de personas que viven en la pobreza absoluta. Además de los habitantes de las barriadas urbanas marginales, la CEPAL estima que por lo menos la mitad de la población rural padece ese grado de pobreza. En consecuencia, sería más exacto decir que la población en esas condiciones asciende a alrededor de 150 millones de personas.

² El Sr. McNamara, antiguo Presidente del Banco Mundial, dijo en 1973 que la pobreza absoluta es "una condición de la vida tan degradada por la enfermedad, el analfabetismo, la malnutrición y la miseria que priva a sus víctimas de la satisfacción de las necesidades humanas básicas". De una manera más convencional, ha pasado a significar un nivel de ingreso en efectivo o en especie tan reducido que apenas basta para la subsistencia humana. El BID usa un criterio muy pragmático y significativo para definir a los grupos pobres o de bajos ingresos en los distintos países. Dicho criterio es el costo de atender las necesidades nutricionales mínimas (o "la canasta familiar") en cada país, teniendo en cuenta además conceptos esenciales como vestido, vivienda y transporte.

En su informe de 1981, la Administración para el Desarrollo de Ultramar (ODA) del Reino Unido dice así: "El Gobierno de Gran Bretaña está concediendo un generoso apoyo a las organizaciones internacionales que prestan especial atención a las necesidades de los países de bajos ingresos...". Afirma, también, que una cuantía cada vez mayor de la asistencia bilateral británica se encauza hacia estos países. Este es solo un ejemplo de la política adoptada virtualmente por todos los organismos multilaterales y bilaterales de asistencia. El informe de la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (CIDA) menciona una orientación análoga.

Como lo indican las cifras del Cuadro 17, existen grandes variaciones en la asistencia per capita en condiciones concesionarias recibidas por distintos países y territorios de América Latina y el Caribe. En general, los países más grandes tienden a recibir cuantías menores y los países o zonas pequeños tienden a recibir cuantías mayores. El promedio general per capita en América Latina y el Caribe en 1980 fue de alrededor de \$5 y el de Africa de alrededor de \$15.

CUADRO 17

PROMEDIOS ANUALES PER CAPITA (1976-1978) DE LA ASISTENCIA TOTAL EN CONDICIONES DE FAVOR, PARA TODAS LAS FINALIDADES Y SECTORES, DE LAS ECONOMIAS DE MERCADO DESARROLLADAS Y DE LAS INSTITUCIONES MULTILATERALES

País	EUA\$	País	EUA\$
Argentina	1.18	Guyana	21.32
Bahamas	3.77	Haití	17.39
Barbados	32.40	Honduras	19.00
Belice	7.60	Jamaica	28.57
Bermuda	1.17	Martinica	658.44
Bolivia	17.10	México	0.68
Brasil	0.89	Antillas Neerlandesas	185.20
Chile	0.85	Nicaragua	16.99
Colombia	2.65	Panamá	19.93
Costa Rica	16.16	Paraguay	15.61
Cuba	4.17	Perú	6.33
República Dominicana	7.69	San Pedro y Miquelón	3614.00
Ecuador	7.63	Suriname	233.51
El Salvador	10.23	Trinidad y Tabago	4.46
Guayana Francesa	1265.00	Uruguay	3.61
Guadalupe	521.70	Venezuela	-0.43
Guatemala	10.30	Indias Occidentales*	69.44

Fuente: Naciones Unidas, Statistical Yearbook, 1979-80.

¹ Anguilla, Antigua, Dominica, Grenada, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Montserrat, San Cristóbal-Nieves, Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas.

Quando se examina la lista de organismos que han proporcionado asistencia externa a los países de América Latina y el Caribe, se echan de ver, primero, su amplitud y diversidad, pues se mencionan casi todas las fuentes públicas bilaterales y multilaterales y, segundo, las condiciones de esa asistencia. En general, la mayor parte de los países de América Latina y el Caribe han obtenido la mayor proporción de recursos financieros externos en condiciones "ordinarias". La deuda externa de América Latina y el Caribe se han sextuplicado con creces, pasando de \$25,110 millones en 1971 a \$165,379 millones en 1980; en 1971 representaba el 32% del total correspondiente al mundo en desarrollo, pero en 1980 esa proporción era del 38%. Sin embargo, como lo indica el Cuadro 18, la modificación de las condiciones de esta deuda es lo que destaca la vulnerabilidad de la Región y puede constituir el mayor obstáculo para la concesión de préstamos al sector de la salud.

CUADRO 18

MODIFICACION DE LA ESTRUCTURA DE LA DEUDA LATINOAMERICANA Y DEL CARIBE

Tipo de préstamo	1971	1980
Préstamos en condiciones concesionarias	26.0%	7.7%
Préstamos a tipos de interés fijos	66.6%	33.8%
Préstamos a tipos de interés variables	7.4%	58.5%
Elemento de donación (todos los acreedores)	15.4%	-4.9%

Fuente: BIRF, Tablas Mundiales de Deuda, diciembre 1981.

Los préstamos a tipos de interés variables son préstamos cuyos tipos de interés fluctúan con arreglo a las oscilaciones en un mercado de referencia, por ejemplo, el tipo de oferta interbancaria de Londres (LIBOR) o el tipo de interés preferencial de los Estados Unidos de América. A los países en desarrollo se les cobra habitualmente una prima adicional, en principio debido al mayor riesgo en que incurren los inversionistas. De los 15 países en desarrollo del mundo que tienen los mayores pagos de servicio de la deuda, seis de ellos se encuentran en América Latina, a saber: Brasil, México y Venezuela son los que encaran los mayores pagos de servicio de la deuda; la Argentina, Chile y el Perú se colocan en noveno, undécimo y decimotercer lugares respectivamente. De acuerdo con la OCDE, en 1981 algunos países en desarrollo estaban pagando intereses del 18% sobre sus préstamos externos. El tipo de interés

vigente del Banco Mundial es del 11.6%, más una comisión de 1.5%. Asimismo, se aplica una comisión por compromiso de 3.25% sobre el saldo no desembolsado. Sobre la base de las estadísticas de deuda del Banco Mundial, en 1980 algunos países de América Latina y el Caribe estaban pagando ya tipos de interés del 16% o más a sus acreedores privados. Incluso el elemento de donación de la deuda de Haití declinó de 71 a 46% en 1980 y el tipo de interés medio cobrado por los acreedores privados fue del 12% en ese mismo año. En el decenio de 1970 se modificaron también de manera significativa los términos de la deuda externa del Brasil. En 1971 el 36% era de favor y solo el 16% devengaba tipos de interés variables; sin embargo, en 1980 los préstamos en condiciones de favor se habían reducido al 4% y los préstamos a tipos de interés variable representaban el 63% del total de la deuda desembolsada e insoluta del país. En el mismo período, la deuda del Brasil se había elevado de \$6,441 millones a \$54,865 millones, y los costos del servicio de su deuda total habían pasado de \$493 millones a \$8,066 millones.

En 1980, la asistencia externa mundial para salud, planificación de la familia, alimentación suplementaria, abastecimiento de agua y saneamiento aportó en total casi \$5,100 millones, aportados por organismos privados y públicos, tanto en condiciones de favor como en condiciones ordinarias. La asistencia externa para abastecimiento de agua y saneamiento en zonas urbanas representó alrededor de \$1,500 millones. La parte correspondiente a la OPS en esos fondos equivalió al 9% del total. En los sectores de salud, planificación de la familia y alimentación suplementaria, los miembros de la OCDE/CAD proporcionaron, como asistencia bilateral, la mayor parte del total. Por orden de importancia, el siguiente grupo de donadores fue el formado por las organizaciones no gubernamentales, seguido por el de los organismos multilaterales. En materia de abastecimiento de agua, estos últimos (sobre todo los bancos de desarrollo) figuran en primer lugar, seguidos de los países de la OCDE/CAD y de las organizaciones no gubernamentales. Los países del CAEM y los de la OPEC no constituyeron fuentes considerables de financiamiento en estos sectores.

Solo cerca del 1% del gasto total de la Región en atención de salud y sistemas rurales de abastecimiento de agua y saneamiento se financia en la actualidad con recursos externos. Como se dijo antes, ello se debe, por un lado, a que los países mismos no desean obtener fondos externos para esas actividades (en el informe de una reciente misión del Banco Mundial a uno de los países de la Región se señaló que el Gobierno de ese país no estaba interesado en utilizar recursos de préstamos externos para el sector salud y otros sectores sociales) y, por otro lado, a políticas específicas de muchos de los donantes mencionados.

Existen también otras razones por las cuales los países se muestran renuentes a solicitar asistencia externa para esos proyectos.

- Hay un coeficiente relativamente elevado de gastos fijos vinculados con muchas inversiones en los servicios de salud, que va desde alrededor del 20% a más del 70%, según se indica en un estudio del Banco Mundial. Por lo común, los gastos fijos generados por unidad de insumo de capital en el sector salud son superiores a los de muchos otros sectores. Algunos proyectos de salud, además, requieren importaciones sustanciales de suministros y equipo, así como también repuestos para las operaciones en curso.
- Algunos países carecen de capacidad de absorción para ampliar sus servicios de salud sin crear crecientes presiones inflacionarias en el sector, debido a la escasez de personal y suministros apropiados.

Se cree que muchos de estos problemas se pueden resolver, por ejemplo, si los países incluyen solicitudes de préstamos con componentes de salud en un mayor número de propuestas de proyectos agrícolas e industriales. Los países, además, pueden solicitar fondos para costear, en régimen decreciente, los gastos fijos durante varios años después de que el proyecto ha entrado en su fase operativa. Muchos organismos de financiación externa reconocen cada vez más la necesidad de aportar esos recursos. Otras medidas pueden ser la reorganización de los sistemas de prestación de servicios de salud, a fin de realzar su eficacia en función de los costos, la expansión de los sistemas de seguro social y la reorganización y mayor integración del sector privado no organizado.

Esta somera reseña de tendencias recientes lleva a la conclusión de que, al menos en los próximos años, la realización de la meta de salud para todos en el año 2000 en América Latina y el Caribe dependerá fundamentalmente de la movilización y utilización de recursos nacionales, públicos y privados, más que de los recursos externos. Como se dijo en la reunión del año pasado del Consejo Directivo, la OPS está dispuesta a dar ayuda a los países, y ha establecido una Oficina de Movilización de Recursos. Sus principales funciones serán las de colaborar con los Gobiernos Miembros a fin de producir y utilizar eficazmente la información sobre los costos y fuentes de financiación de los servicios sanitarios nacionales. Asimismo, contribuirá a formular estrategias apropiadas para movilizar nuevas fuentes internas de financiación. Naturalmente, podrá colaborar con los Gobiernos Miembros a fin de obtener una cooperación financiera apropiada en el plano internacional, especialmente en condiciones favorables. Al acrecentar la información acerca del uso de los recursos internos, públicos y privados, destinados al logro de la meta de salud para todos, tanto la OPS como sus Gobiernos Miembros estarán en mejores condiciones de adoptar decisiones bien

fundadas sobre el empleo de la cooperación financiera internacional y sobre los gastos fijos que esas inversiones entrañan. Los fondos externos se pueden emplear más atinadamente y con mayor efecto cuando los países tienen conciencia de cómo se están empleando sus propios fondos internos.

Por lo mismo, se espera también que una mejor gestión y organización se traducirán en un empleo más eficaz de los recursos. Los países tienen, además, que compilar datos de costos unitarios, pues esas estadísticas pueden destacar las diferencias de costos de procedimientos idénticos o similares proporcionados por diversos tipos de instalaciones. Por ejemplo, los costos unitarios actuales en uno de los países de la Región indican que para lograr la meta de salud para todos ese país tendría que utilizar el 16% de su PIB. En otro estudio reciente se comprobó que los costos unitarios de los servicios para pacientes ambulatorios prestados por hospitales eran inferiores a los costos unitarios de los prestados por dispensarios rurales. La evidencia disponible indica claramente la necesidad apremiante de fortalecer y reorientar los sistemas nacionales de evaluación y vigilancia, debidamente complementados por estudios de los sistemas de salud y sus servicios, así como también por la formulación y el empleo de tecnologías apropiadas, con miras a elevar al máximo la eficacia y eficiencia de los recursos disponibles en el sector salud.

En resumen, para la vasta mayoría, o incluso para todos los países en desarrollo de esta Región, la suerte de la meta de salud para todos en el año 2000 probablemente no dependa tanto de cómo un país obtiene y utiliza la financiación externa, sino del grado de eficacia con que identifica, moviliza y emplea sus propios recursos nacionales. Es de esperar que en este último aspecto la OPS puede en adelante cooperar más activamente con muchos de sus Gobiernos Miembros.

Sin embargo, esos recursos externos desempeñan también funciones catalizadoras esenciales, pues contribuyen a la adopción de nuevas iniciativas encaminadas a introducir cambios en la estructura y las prioridades del sistema de salud.

Debe recordarse, sin embargo, que las necesidades financieras antes mencionadas se basan en extrapolaciones de tendencias reales en las pautas de morbilidad, crecimiento demográfico y tecnología conocida. Si estas fueran en realidad las circunstancias, el panorama sería desalentador. Afortunadamente el sector salud no tendrá que embarcarse en esta empresa por sí solo. Se espera que el progreso en otros sectores sociales de los países contribuirá grandemente a reducir las pautas de morbilidad; por ejemplo, se estima que el mejoramiento de la nutrición,

el abastecimiento de agua potable, la vivienda y la educación y el aumento de las oportunidades de empleo influirán favorablemente en el estado de salud de la población. Dentro del propio sector salud, una utilización más intensiva y eficaz de los recursos disponibles (por ejemplo, la reducción de la permanencia en hospitales, etc.) ciertamente reduciría la necesidad de recursos. En relación con la tecnología apropiada, por ejemplo, un economista del Banco Mundial especializado en agua y saneamiento dijo recientemente que pronto se cuenta quizá con tecnología para disminuir en dos tercios los costos de inversiones de capital en proyectos de agua y saneamiento.

IV. CALCULO DE COSTOS DE LA SALUD PARA TODOS EN LOS PAISES EN DESARROLLO DE LAS AMERICAS

La OPS, en colaboración con el Banco Interamericano de Desarrollo, también ha calculado los costos adicionales de lograr la meta de salud para todos en América Latina y el Caribe. Se estima que, en dólares estadounidenses constantes de 1980, se necesitarían \$117,000 millones para los gastos de capital en proyectos de abastecimiento de agua y saneamiento y \$61,000 millones para los gastos de capital en atención de salud, incluidas las actividades antimaláricas, las del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), etc. Estas sumas equivalen a un promedio anual de casi \$9,000 millones de gastos de capital.

En el año 2000 estos gastos de capital generarán anualmente \$17,600 millones de gastos fijos en las actividades de abastecimiento de agua y saneamiento (proyectándose que de esta suma no menos de \$11,600 millones se costearán con tarifas cobradas a los usuarios). En cuanto a la atención de salud, se estima que los gastos fijos adicionales serán de alrededor de \$18,000 millones. Por lo tanto, en el año 2000, los gastos fijos en atención de salud debieran de ser de alrededor de \$50,000 millones por año (incluida la suma de \$32,000 millones que se gastó en salud en 1980); las actividades de abastecimiento de agua y saneamiento añadirán \$6,000 millones por concepto de gastos fijos, y los costos de capital en atención de salud, agua y saneamiento, etc., agregarán de \$3,000 millones a \$6,000 millones a estas cifras. Esto significa un gasto nacional total (gastos fijos y de capital de fuentes públicas y privadas) en salud, abastecimiento de agua y saneamiento en comunidades rurales, de alrededor de \$60,000 millones anuales en el año 2000. La función de los organismos del seguro social podría ser crucial para financiar muchos gastos fijos y de capital en la esfera de la atención de salud.

La OMS/Ginebra ha hecho unos cálculos mucho más reducidos de los costos de la salud para todos en el año 2000. Una de las razones a las que obedece el contraste entre los cálculos de costos de la OMS y los de la OPS es que los servicios de atención primaria de salud prestados en la Región serán de naturaleza distinta de los prestados en muchas otras regiones en desarrollo del mundo. A este respecto apenas si es menester decir que esta Región ya está relativamente bien dotada de personal (excepto de enfermería) e instalaciones de salud. Por ejemplo, de acuerdo con estadísticas de la OMS recientemente publicadas, en el Cono Sur de las Américas hay un médico por cada 659 habitantes; en Africa oriental, en cambio, solo hay uno por cada 17,480 habitantes. En otras palabras, el Cono Sur tiene 27 veces más médicos que Africa oriental. Además, existe una diferencia aparente de casi 10 veces en los ingresos per capita de ambas regiones. Como se dijo antes, hay países y zonas de la OPS que no están dotados de forma igualmente satisfactoria. Los países centroamericanos y del Caribe, por ejemplo, registran un promedio de alrededor de un médico por cada 1,500 habitantes, y sus ingresos medios per capita son considerablemente inferiores. El gasto total de América Latina y el Caribe, por valor de alrededor de \$8,000 millones en 1981, en productos farmacéuticos y otros productos vinculados con la salud, fue probablemente superior al gasto total en atención de salud de más de 360 millones de habitantes de los países africanos. Las metas mínimas de la OPS son muy diferentes de las escogidas por la OMS, a saber, esperanza de vida al nacer 70 (OPS) y 60 (OMS) años; tasa de mortalidad infantil por mil nacidos vivos, 30 (OPS) y 50 (OMS). Las metas de la OPS, como cabría esperar, tienden también a ser más complejas y se acercan más a las de la OMS/EURO. La creciente urbanización es también otro factor importante que influye en los sistemas de prestación de servicios de salud en esta Región. En el año 2000, tres cuartas partes de la población total de la Región residirán en comunidades urbanas.

Además, en lo que concierne a la ejecución de programas y la movilización de recursos para alcanzar la meta de salud para todos, América Latina y el Caribe tienen que enfrentar y superar un complejo de problemas de salud y socioeconómicos más amplio que el de la mayor parte de las regiones en desarrollo del mundo.

Por ejemplo, la gama de enfermedades importantes que habrá que vencer va desde las enfermedades parasitarias y transmisibles, comunes a la mayoría de los países en desarrollo (para no mencionar algunas que son virtualmente exclusivas del "nuevo mundo", por ejemplo, la enfermedad de Chagas), hasta los trastornos crónicos y degenerativos de la vejez que causan tan grandes estragos en el "Viejo Mundo". Por ejemplo, en el Informe Anual del Director de la OPS para 1980 se dice que "las neoplasias malignas han sido identificadas como la segunda causa más frecuente de defunción en 30 de 37 países y territorios" de las Américas.

Si bien, dada la presente situación de la economía mundial, la cifra de \$60,000 millones por año puede parecer algo abrumadora, pues representa una virtual duplicación de la cuantía gastada en atención de salud en 1980, la meta de salud para todos en el año 2000 está aparentemente dentro de las posibilidades de la Región.

La OPS estima que incluso si la tasa anual de crecimiento real del PIB de la Región es de solo 4% y únicamente el 4-5% del PIB total se destina al sector, se podrá alcanzar la meta de salud para todos, si estos recursos financieros se utilizan de manera eficaz y equitativa. Para algunos de los países de la Región que no están tan desarrollados, es obvio que se necesitarán cantidades significativas de asistencia externa, a fin de alcanzar niveles comparables de atención de salud en toda la Región. Se abriga la esperanza de que, gracia al rápido crecimiento económico de algunos de los países de la Región que se están industrializando, una cuantía considerable de esta asistencia pueda provenir de fuentes intrarregionales; los precedentes que pueden mencionarse a este respecto son los programas de asistencia de Venezuela, México y Trinidad y Tabago en materia de importaciones de petróleo.

La tasa media de crecimiento del PIB en América Latina y el Caribe pasó del 6% al año en todo el decenio de 1970; sin embargo, en 1980 declinó a un nivel apenas superior al 3%, para luego disminuir a algo más de 1% en 1981. Con todo, algunos expertos estiman que, al comenzar a superarse la recesión en los Estados Unidos de América y en muchos de los países de Europa occidental, la región en desarrollo de las Américas retornará, a mediados del decenio de 1980, a unas tasas anuales de crecimiento del 6% o más.

V. CALCULO DE LA INVERSION EN INSTALACIONES NECESARIA PARA ALCANZAR LA META DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000 MEDIANTE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN 1981-2000

La presente sección tiene por objeto exponer un cálculo de las inversiones de capital necesarias en hospitales y otras instalaciones de salud y de los gastos fijos correspondientes para alcanzar la meta de salud para todos, así como las características regionales de la estrategia de atención primaria de salud.

Por cuanto no se cuenta con una información completa y de fácil acceso respecto a la meta de salud para todos que permita efectuar un análisis regional de los recursos físicos y financieros indispensables, es menester formular cálculos basados en hipótesis pragmáticas y en los recientes datos de costos elaborados por el BID.

La magnitud de la meta de salud para todos y las características regionales de la estrategia de atención primaria obligarán a los países a modificar los métodos que ahora utilizan para la prestación de servicios sanitarios. Los países tendrán que formular e implantar nuevos procedimientos y tecnologías apropiadas, que modificarán sustantivamente sus actuales servicios de salud y la cantidad y estructura de los recursos físicos, humanos y financieros requeridos. Por consiguiente, será imposible formular un cálculo exacto, en términos financieros absolutos y relativos, de los recursos que se necesitarán para alcanzar la meta hasta que los países hayan formulado nuevos métodos y servicios que eleven al máximo la eficacia de los recursos por utilizar, a fin de alcanzar la situación prevista, con arreglo a las características particulares de cada nación.

Pese a la afirmación que antecede, el análisis de la estrategia de atención primaria definida por los países, junto con la experiencia de los pasados ocho años en la ampliación de la cobertura de la Región, permiten suponer con algún grado de certidumbre lo siguiente:

1. Será imprescindible mantener o ampliar la capacidad hospitalaria existente en los países donde la extensión de la cobertura de la población no atendida, o atendida insuficientemente con servicios de atención primaria y servicios poco complejos, intensifique la demanda de servicios de mayor complejidad. Actualmente un 65% de la población reside en centros urbanos de más de 20,000 habitantes (esperándose que para el año 2000 el 76% de la población sea urbana) y se echa de ver una mudanza en el perfil de las necesidades de salud, pues se plantean más problemas que requieren un grado más alto de complejidad en los recursos para dar un tratamiento adecuado (enfermedades cardiovasculares, tumores, etc.).

2. Las soluciones heterodoxas para ampliar la cobertura mediante la atención mínima prestada por el "sector no organizado", esto es, auxiliares rurales, parteras empíricas, etc., necesariamente involucran una expansión de las instalaciones sanitarias del sector más organizado o institucional, como apoyo técnico y logístico indispensable para las actividades del personal empírico.

3. Los cambios de procedimientos y tecnología requeridos por la estrategia de atención primaria afectarán tanto a la estructura de la prestación de servicios (en lo que concierne a recursos humanos, suministros y tecnología) como a los sistemas de organización y administración, y a la cantidad, la calidad y la estructura de los servicios prestados, y el número total de camas e instalaciones mínimas indispensables.

4. Los establecimientos hospitalarios de la Región están, por término medio, muy anticuados por datar de hace muchos años y por falta de conservación y deficiencias de diseño. (Se estima que el 50% de las camas adolecen del primero de esos defectos.) A juzgar por la experiencia en la Región, los hospitales de centros urbanos, incluso con una coordinación y organización eficaces de los dispensarios satélites periféricos, tendrían que desempeñar funciones similares a las de las instalaciones básicas del medio rural, según el ámbito y las características de la estrategia de atención primaria. Estas funciones de apoyo comprenden la atención de los casos enviados por las instalaciones básicas para diagnóstico o tratamiento, así como también la supervisión y el apoyo logístico.

5. Según los análisis emprendidos en algunos países, un auxiliar de enfermería (el recurso principal más frecuente en las instalaciones de salud básicas) no puede desempeñar actividades útiles para una población superior a los 3,000 habitantes.

6. En consecuencia, se proponen las siguientes hipótesis básicas respecto de los métodos para calcular las inversiones necesarias en los períodos 1981-1990 y 1991-2000:

6.1 El mantenimiento de la actual relación de camas/población (tres camas por 1,000 habitantes).

6.2 El reemplazo del 50% de las camas existentes que se consideran anticuadas, con un cálculo de los recursos necesarios para proporcionar mantenimiento adecuado.

6.3 El establecimiento de un servicio, como mínimo por cada 3,000 habitantes de zonas rurales.

6.4 Se supone que el reemplazo de camas y la realización de la meta de una instalación básica por cada 3,000 habitantes de zonas rurales se obtendrán relativamente en las primeras fases de los programas, dada la necesidad de alcanzar la cobertura total lo antes posible.

6.5 La situación en 1980 indicaba que 13 países, con el 49% del total de la población de América Latina y el Caribe, no habían alcanzado todavía el promedio regional de 3.0 camas por 1,000 habitantes. Para que estos países alcancen el nivel medio será menester proporcionar aproximadamente 245,000 camas más, además de las requeridas por el crecimiento demográfico y el paso del tiempo. Es probable, por consiguiente, que las inversiones en camas de hospitales de ese grupo de países representen un elevado porcentaje de la inversión total propuesta para la Región.

6.6 Los costos unitarios medios utilizados en el cálculo son los empleados por el BID en 1980, a saber: \$45,000 por cama general y un promedio de \$40,000 por puesto/centro de salud (incluidos el costo de la

construcción y el equipo fijo y móvil, en dólares de 1980). Los gastos fijos anuales se estimaron en 30% del costo de inversión.

6.7 Los cálculos correspondientes a malaria, inmunización, agua y saneamiento básico se basaron en la proyección de los costos actuales de los programas y en las tendencias demográficas y de población proyectadas.

6.8 El efecto de un incremento tan significativo de los recursos físicos, en un período tan breve, sobre la capacidad operacional de los sistemas de salud, impondrá la revisión de las estrategias de desarrollo administrativo y de recursos humanos y, por ende, de la naturaleza de la cooperación técnica que, en general, forma parte de los préstamos externos.

CUADRO 19

CALCULO DE LOS GASTOS CORRIENTES Y DE CAPITAL ADICIONALES QUE SE NECESITARAN PARA ALCANZAR EL TOTAL DE INVERSION EN LA META DE SALUD PARA TODOS EN 1981-2000 Y GASTOS CORRIENTES EN EL AÑO 2000 (en miles de millones de dólares estadounidenses de 1980)

Tipo de gasto	Inversión	Gastos corrientes
	1981-2000	2000
1. Ampliación de la cobertura de salud para todos	61.0	18.3
2. Inmunización (PAI)	0.01	0.05
3. Control y erradicación de la malaria	0.01	0.4
	61.02	18.75
Agua y saneamiento	117.0	6.0 ¹
	178.02	24.75

¹ Sin contar una suma estimada en \$11,600 millones que se costearía con las tarifas cobradas a los usuarios.

CUADRO 20

TOTAL DE GASTOS CORRIENTES Y DE CAPITAL EN EL AÑO 2000
(en miles de millones de dólares estadounidenses de 1980)

Gastos corrientes adicionales en servicios de salud, agua, y saneamiento básico	24.75
Cálculo real de salud en 1980 (remanente)	32.00
Cálculo del gasto anual mínimo de capital	<u>3.25</u>
Gasto total* en salud para todos en el año 2000 (incluidos los gastos en servicios de atención, erradicación de la malaria, inmunización, agua y saneamiento básico)	60.00 =====

*Se supone que en 1999 se habrán hecho todos los gastos adicionales de capital (\$178.00) y que estas instalaciones se encontrarán en su fase plenamente operativa en el año 2000.

CUADRO 21

CALCULO DE LA POSIBLE DISPONIBILIDAD DE RECURSOS FINANCIEROS PARA GASTOS DE SALUD, DE ACUERDO CON DISTINTAS HIPOTESIS DEL CRECIMIENTO REAL DEL PIB (EN DOLARES ESTADOUNIDENSES CONSTANTES DE 1980) Y LAS PROPORCIONES DEL TOTAL (PUBLICO Y PRIVADO) ASIGNADAS AL SECTOR DE LA SALUD

<u>Una tasa anual de crecimiento de 4% del PIB generará un PIB de \$1,512,000 millones en el año 2000</u>	<u>Gasto per capita proyectado Dólares de 1980¹</u>
Si se asigna el 4% del PIB a salud, la cuantía disponible para ese gasto será de \$60,000 millones	\$ 99
Si se asigna el 5% del PIB a salud, la cuantía disponible para ese gasto será de \$75,600 millones	\$124
Si se asigna el 7% del PIB a la salud, la cuantía disponible para ese gasto será de \$105,800 millones	\$174
El PIB medio per capita sería de \$2,500 (el promedio de 1980 fue de \$1,900)	

CUADRO 21 (cont.)

<u>Una tasa anual de crecimiento de 5% del PIB generará un PIB de \$1,831,000 millones en el año 2000</u>	<u>Gasto per capita proyectado Dólares de 1980¹</u>
Si se asigna el 4% del PIB a salud, la cuantía disponible para ese gasto será de \$73,200 millones	\$120
Si se asigna el 5% del PIB a salud, la cuantía disponible para ese gasto será de \$91,600 millones	\$151
Si se asigna el 7% del PIB a salud, la cuantía disponible para ese gasto será de \$128,200 millones	\$211
El PIB medio per capita sería de \$3,000	
<hr/>	
<u>Una tasa anual de crecimiento de 4% del PIB generará un PIB de \$1,512,000 millones en el año 2000</u>	
<u>Una tasa anual de crecimiento del 7% del PIB generará un plan PIB de \$2,670,100 millones en el año 2000</u>	
Si se asigna el 4% del PIB a salud, la cuantía disponible para ese gasto será de \$106,804 millones	\$176
Si se asigna el 5% del PIB a salud, la cuantía disponible para ese gasto será de \$133,505 millones	\$220
Si se asigna el 7% del PIB a salud, la cuantía disponible para ese gasto será de \$186,907 millones	\$307
El PIB medio per capita sería de \$4,400	
<hr/>	

CUADRO 21 (cont.)

<u>Si el crecimiento anual medio real del PIB se mantiene en 4% durante el decenio de 1980 y en 7% en el decenio de 1990, el PIB en el año 2000 será de \$2,008,500 millones</u>	<u>Gasto per capita proyectado Dólares de 1980¹</u>
Si se asigna el 4% del PIB a salud, la cuantía disponible para ese gasto será de \$80,340 millones	\$132
Si se asigna el 5% del PIB a salud, la cuantía disponible para ese gasto será de \$100,425 millones	\$165
Si se asigna el 7% del PIB a salud, la cuantía disponible para ese gasto será de \$140,950 millones	\$232
El PIB medio per capita sería de \$3,300	

¹ En 1980, el gasto medio per capita en salud de América Latina y el Caribe (excluidos los gastos en agua y saneamiento básico) fue de aproximadamente \$85 mientras que en los Estados Unidos de América ascendió aproximadamente a \$1,110.

VI. CAMBIOS DE ORGANIZACION Y RESPONSABILIDADES EN LA OPS, Y OTROS FACTORES QUE AFECTAN A SUS ACTIVIDADES Y NECESIDADES DE RECURSOS

Quizá sería conveniente examinar los aspectos salientes de la aplicación y las consecuencias de diversas recomendaciones y resoluciones adoptadas por los Cuerpos Directivos de la OPS.

La decisión de pasar de una configuración esencial de Oficinas de Zona a la administración y decisiones al nivel de países acentuó la necesidad, en todos los niveles, de contar con nuevas disciplinas, pericias y experiencias, particularmente en lo relativo a planificación y administración, análisis y evaluación y sistemas de información. Al nivel de la Sede, el paso inicial tuvo por objeto consolidar y reorganizar alrededor de 14 departamentos distintos de la Secretaría en cuatro divisiones integradas por un método multisectorial. Estas divisiones son las siguientes: División de Prevención y Control de Enfermedades; División de Servicios Integrados de Salud; División de Protección de la Salud Ambiental, y División de Recursos Humanos e Investigación, con los sistemas de apoyo de la Oficina de Administración. Al efectuar esta consolidación fue menester contar con ciertos puntos focales para formular y ejecutar el proceso de control y evaluación y atender la creciente demanda de información y análisis. La Oficina del Director se fortaleció para

reforzar la capacidad de respuesta de la OPS a los cambios de las políticas y orientaciones y coordinar la delegación de responsabilidades y atribuciones en los servicios de campo. En esta fase se incluyó la expansión de la capacidad de la OPS para actividades de planificación a largo plazo y análisis financiero y económico; la designación de un Gerente de Operaciones, con un cuadro de analistas de programas de salud, para vigilar las actividades sobre el terreno y constituir un punto focal para los Representantes en los Países; una Oficina de Enlace para establecer vínculos más estrechos con otras organizaciones internacionales y fomentar otras actividades cooperativas de carácter bilateral y multilateral; una Oficina de Movilización de Recursos para contribuir a formular y perfeccionar los mecanismos de financiación nacional e internacional, y, por último, una Oficina Legal para prestar los servicios correspondientes y asesorar a la OPS en relación con diversos convenios, arreglos contractuales y asuntos jurídicos. Asimismo, en cumplimiento de una decisión de la XXIV Reunión del Consejo Directivo (1976) se estableció una Unidad de Preparativos para Socorros de Emergencia en Casos de Desastre.

A las Divisiones se les encomendó la nueva función de formular directrices normativas y dar apoyo a las actividades al nivel de países. Los representantes en los países pasaron a ser puntos focales por los que se encauzan todas las actividades de la OPS en un país determinado y se les atribuyó una nueva función como administradores de las actividades de la OPS a nivel nacional.

A los Representantes de Area se les encomendaron dos responsabilidades importantes, además de sus funciones en los países huéspedes, a saber, coordinar las actividades interpaíses y servir de agentes de la OPS en la asistencia a las organizaciones subregionales como el Grupo Andino, el Caribe de habla inglesa, etc.

Esta reorganización trajo consigo una orientación y perspectiva enteramente nuevas. Por ejemplo, en las políticas formuladas por los Cuerpos Directivos de la OPS se reconoció la importancia de una relación integral entre el sector de salud y el desarrollo socioeconómico general. De esa forma, la influencia del Nuevo Orden Económico Internacional representó un nuevo desafío que requiere una administración de base amplia y una planificación a más largo plazo en el sector de salud. Esto impone la formulación de sistemas integrales de información y el análisis de las actividades en curso, junto con la aplicación innovadora de mecanismos apropiados para redistribuir los recursos disponibles donde sean necesarios, de una manera más oportuna y eficaz.

Con el fin de fortalecer la capacidad programática y administrativa de los funcionarios de campo se dedicaron seminarios y ciclos de capacitación para Representantes de Area, Representantes en los Países y personal administrativo. El éxito de estas actividades ha llevado a que

se realice una reunión anual de Representantes de Países, Área y Directores de Centros, que ha mejorado las comunicaciones entre el terreno y la Sede. La reunión ha constituido un foro para deliberación activa y participación más estrecha en la aplicación de nuevas políticas y, al propio tiempo, ha permitido una retroinformación oportuna y valiosa sobre los problemas al nivel de país, cuya eficaz solución depende de un análisis mucho más amplio.

Para evaluar la situación financiera y presupuestaria de manera ajustada a la realidad, conviene examinar el rumbo que lleva la Organización y el grado de progreso realizado en responder a los cambios sustantivos y las directrices emanados del Nuevo Orden Económico Internacional. El período de 1976-1982, en síntesis, se puede caracterizar como un período de ajuste y reforma significativos y permanentes, tanto en los métodos de operación como en el desarrollo orgánico. Aunque en los Cuerpos Directivos está representada una amplia gama de diferencias, se han elaborado políticas y estrategias regionales eficaces y, por otra parte, la comunidad de intereses en lograr metas de salud se ha traducido en el Plan Regional de Acción encaminado a extender la cobertura a toda la población de las Américas. A este respecto, se estima que la Organización ha introducido los cambios solicitados por sus Cuerpos Directivos de manera oportuna y eficaz.

Es importante recordar que la OPS había alcanzado un nivel administrativo eficaz operando como una organización básicamente centralizada. El proceso de transición hacia la programación y responsabilidades al nivel de los países exigió en principio reajustes significativos y creó nuevos problemas y dificultades en la ejecución de las actividades de cooperación y la prestación de servicios de la OPS. Además, en igual período, se observó un rápido aumento de las solicitudes de cooperación, así como también una mayor diversidad en los tipos de solicitudes recibidas. Un factor importante fue que los Miembros de la OPS aumentaron de 27 a 32 países de 1976 a 1982. Esta combinación de factores acrecentó los costos de la OPS en momentos en que la inflación era superior al aumento real de sus recursos financieros. A fin de lograr una administración más eficaz y perfeccionar los procesos para llevar a cabo las actividades de la Organización, fue necesario realzar la productividad del personal e instituir medidas de reducción y economía de costos, así como también limitar algunos de los programas de menor prioridad. Hubo también que modificar actitudes y principios de programación. El procedimiento tradicional de una programación vertical relativamente independiente, con poca comunicación y cooperación entre divisiones o disciplinas técnicas, debió ser sustituido por un método de solución de problemas en equipo. Además, hubo que identificar y contratar a los profesionales de las nuevas disciplinas necesarias. Para resolver esos problemas se realizaron diversos estudios y evaluaciones analíticas de los aspectos institucionales, funcionales y programáticos, con el concurso de expertos

científicos y técnicos, consultores en gestión administrativa, funcionarios estatales y miembros seleccionados de los comités asesores. El Comité Ejecutivo amplió también sus funciones mediante el establecimiento de grupos especiales de trabajo o subcomités en los aspectos de planificación, programación y preparación de presupuestos.

En septiembre-octubre de 1979, la OPS examinó y aprobó su primer programa y presupuesto bienal (1980-1981), lo que conduciría a una organización diferente y más adaptable. Entre otros esfuerzos que destacan los progresos realizados y el método participatorio se cuentan la preparación de las Estrategias Regionales de Salud para Todos en el Año 2000 y el respectivo Plan de Acción, el Estudio de las estructuras de la OMS habida cuenta de sus funciones y el programa de evaluación de los centros panamericanos. Estas actividades dieron lugar al establecimiento de algunas funciones y actividades nuevas y a la modificación e integración de otras.

La clave para mejorar la adaptabilidad de la OPS radicaba en un mayor espíritu de cooperación interdisciplinaria y apoyo mutuo entre todos sus componentes constitucionales y dentro de estos.

A fin de mantenerse a la par de los cambios de política y programa, la OPS ha utilizado una amplia gama de instrumentos y métodos de administración encaminados a fortalecer y perfeccionar las actividades de apoyo administrativo. Un aspecto de particular importancia ha sido la capacidad de comunicación, especialmente entre la Sede y los servicios de campo. La comunicación telefónica, aunque indispensable en ciertas situaciones, cedió el paso al uso del telex, por ser este un servicio más económico y que deja constancia por escrito. Ese cambio en las operaciones fue acompañado de la instalación de un equipo más moderno de telecomunicaciones en la Sede y de 18 nuevas terminales de telex en las oficinas de la OPS en los países. De este modo la red se duplicó con creces, lo cual puso a la OPS en condiciones de mantener contacto directo con todos los países de América Latina (a excepción de dos) y con la mayor parte de los del Caribe. Se ha estimado que las economías por ese concepto son superiores a \$100,000 al año, a precios de 1980. La celeridad y mayor capacidad de comunicación automatizada e instantánea mejoró de manera importante y significativa las respuestas de la Organización a las necesidades de sus Miembros.

Un factor esencial en el mejoramiento de las técnicas gerenciales y administrativas fue la reducción del tiempo necesario para transmitir y recibir información y comunicaciones, tanto externas como internas. Con esa finalidad se implantaron las oportunas mejoras, realizando una inversión significativa inicial de recursos en tecnologías que permitirían economías a largo plazo. Elementos como las microcomputadores y los sistemas de ordenación electrónica de palabras, que requirieron una

inversión inicial considerable, producen ahora economías de cerca de \$2 millones al año, a precios de 1980. El servicio de correos era otro problema. Las demoras de entrega, por término medio, eran de 10 a 15 días o más y los problemas correspondientes a la categoría "o más" eran causa de frustración para remitentes y destinatarios. El uso de mecanismos modernos de distribución ha reducido el plazo medio de entrega de correspondencia, en algunos casos a dos o tres días. Se mencionan esos ejemplos de actividades de apoyo, a menudo pasados por alto, pues son esenciales para la buena marcha de las actividades de la Organización.

Junto con la reforma de los instrumentos administrativos, se iniciaron esfuerzos paralelos de perfeccionamiento y capacitación del personal. Ello requirió un amplio esfuerzo de fortalecimiento de los aspectos de clasificación del personal, compra, gestión financiera y contabilidad, y sistemas de subvenciones y contrataciones. Estas mejoras, junto con un incremento significativo de la participación del personal en el proceso de adopción de decisiones, han permitido un considerable acercamiento entre el personal y la Administración.

Para el aprovechamiento óptimo de los recursos extrapresupuestarios se constituyó un Grupo de Análisis de Proyectos en la Sede, que procede de acuerdo con las prioridades de la OPS, la viabilidad de los proyectos y los procedimientos más apropiados de gestión. Se ha mejorado así esta actividad y se han excluido los proyectos que no eran congruentes con el orden de prioridad de la Organización.

La OPS ha pasado a ser el punto focal de la OMS para las actividades de CTPD; a fin de dar más apoyo a las actividades de campo se han establecido relaciones de trabajo más estrechas con la comunidad de organismos internacionales, incluidos el BID, el Banco Mundial, el FMI, el PNUD, la CEPAL/NU, el UNICEF y el FNUAP.

La necesidad de mantener una vigilancia eficaz de la asignación de los recursos de la OPS, conforme a los cambios en las necesidades de salud de los países, llevó a formular en 1976 y 1977 el Sistema de Programación y Evaluación de la Región de las Américas (AMPES). El AMPES cumple una función útil en la programación, ejecución, control, vigilancia y evaluación de los programas de cooperación técnica con los Gobiernos Miembros. Un componente básico del sistema es el mecanismo de enlace, que facilita un diálogo objetivo con los países, merced a lo cual se pueden introducir ajustes apropiados en los programas, dando así mayor eficacia a la asignación de los recursos de la Organización.

CUADRO 22

CAMBIOS EN LOS PRESUPUESTOS BIENALES DE LOS PRINCIPALES ORGANISMOS INTERNACIONALES Y CAMBIOS EN LOS PRESUPUESTOS ORDINARIOS BIENALES Y EN EL TOTAL DE GASTOS DE LA OMS Y LA OPS (en millones de dólares estadounidenses y en porcentajes; 1976-1977 = 100)

Organización		1976- 1977	1978- 1979	1980- 1981
1 OIEA	EUA\$	83.6	119.5	169.3
	Porcentaje	100.0	142.9	202.5
2 UIT	EUA\$	56.6	82.5	91.1
	Porcentaje	100.0	147.8	161.0
3 FAO	EUA\$	167.0	211.4	278.7
	Porcentaje	100.0	126.6	166.9
4 UNESCO	EUA\$	200.8	263.7	354.0
	Porcentaje	100.0	131.3	176.3
5 NACIONES UNIDAS	EUA\$	784.0	1090.0	1339.0
	Porcentaje	100.0	139.0	170.8
6 OMS, Presupuesto ordinario	EUA\$	286.1	354.3	427.3
	Porcentaje	100.0	123.8	149.3
7 OMS, Gastos totales	EUA\$	549.1	710.6	831.6
	Porcentaje	100.0	129.4	151.4
8 OPS, Presupuesto ordinario	EUA\$	55.5	64.8	76.6
	Porcentaje	100.0	116.8	138.8
9 OPS, Gastos totales	EUA\$	127.8	149.0	172.0
	Porcentajes	100.0	116.6	134.6

Fuentes: OMS, OPS, Naciones Unidas y Oficina de Contabilidad General (GAO).

Como lo muestra el Cuadro 22, el presupuesto ordinario de la OPS y el gasto total de la Organización en los últimos seis años han registrado un nivel de aumento más bajo que el de las demás organizaciones internacionales principales, a pesar de que los países en desarrollo del hemisferio occidental tienen las tasas de crecimiento demográfico (2.7% al año) y de inflación (con un promedio anual superior al 50%) más

elevadas del mundo. Entre los bienios de 1976-1977 y 1980-1981 el aumento del presupuesto ordinario y el gasto total de la OPS fue inferior en más de 60% a los del OIEA y el aumento de sus gastos totales un 15% inferior al de la OMS.

Incluso cuando se utiliza la tasa de inflación de los Estados Unidos de América, que subvalora grandemente la inflación regional que tienen ante sí la Organización, se advierte que están disminuyendo rápidamente los recursos financieros reales disponibles para apoyar la creciente carga de responsabilidades y actividades de la OPS. Por ejemplo, la comparación de los datos del Cuadro 22 con los indicativos de la tasa de inflación en los Estados Unidos de América revela que el presupuesto ordinario de la Organización tendría que haber sido superior en más de \$8 millones en el bienio de 1980-1981 para haberse mantenido a la par de la inflación. Análogamente, su gasto total en el bienio habría tenido que ser superior en \$23 millones aproximadamente. Según las proyecciones del deflactor de la asistencia oficial para el desarrollo (AOD) del Banco Mundial, las cantidades precisas para mantener el equivalente del presupuesto ordinario de la OPS de 1976-1977 en 1982-1983 y 1984-1985 serían de \$100.0 millones y \$115.6 millones respectivamente, y no de \$90.3 millones y \$106.7 millones como se prevé en el programa y presupuesto aprobado el año pasado (Documento Oficial de la OPS 169). En términos del gasto total (esto es, inclusive los recursos externos), en los mismos años la Organización necesitaría \$230.2 millones y \$266.0 millones respectivamente. Si se tiene en cuenta el crecimiento demográfico de los países en desarrollo de las Américas durante ese período, estas cifras se tendrían que aumentar en 17, 18 y 19% en los bienios respectivos. En otras palabras, si bien el presupuesto ordinario de la OPS para 1976 partía de un gasto en los países en desarrollo de las Américas de \$0.08 per capita en 1981, el gasto real per capita ha bajado a solo \$0.06.

En años recientes ha habido una gran merma en los recursos facilitados a la Región por diversos organismos de las Naciones Unidas, tendencia que continuará si los Gobiernos Miembros no adoptan medidas para neutralizarla o invertirla. Así, en 1980 la Región recibió solo el 1% de los recursos totales que el UNICEF asigna mundialmente a proyectos de salud. Debido a los problemas de servicio de la deuda que tienen ante sí muchos de los Gobiernos Miembros, lo cual resta probabilidad a la concesión de nuevos préstamos para el sector de salud, y al gran número de personas que viven en situación de pobreza absoluta en la Región, es preciso destacar la necesidad de una participación regional más activa y coherente en lo que se refiere a la distribución y utilización de los fondos y otros recursos provenientes de diversos organismos de las Naciones Unidas, en especial de la OMS.

El pasado año, en el curso de las deliberaciones del Comité Ejecutivo y del Consejo Directivo sobre el presupuesto de 1982-1983, se advirtió la fuerte oposición de algunos Gobiernos Miembros al aumento del presupuesto ordinario de la OPS para 1984-1985, incluso al que sería preciso para aliviar los efectos de la inflación en las actividades de la Organización. La Secretaría se vio obligada a reducir sus actividades en el equivalente de 123 años-hombre y a limitar otras actividades con el fin de ajustarse al presupuesto ordinario aprobado para el bienio 1982-1983. Acaso sea necesario efectuar nuevas y más profundas reducciones en muchas de las actividades de la Organización, debido a la proyectada disminución, en términos reales, de los recursos extra-presupuestarios de la OPS durante el bienio en curso.

La Organización Panamericana de la Salud, que en 1982 celebra 80 años de cooperación sanitaria internacional, ha venido realizando un gran número de actividades precursoras por más de tres generaciones. Esta Región ha sido la primera del mundo en propugnar y lograr la erradicación de la viruela y la primera en hacer suya y llevar adelante activamente la extensión de la cobertura de los servicios de salud para todos mediante la atención primaria de salud, que ahora se denomina comúnmente la meta de salud para todos en el año 2000. Esta Región es además la única que ha mantenido su meta de erradicación de la malaria y no solamente de lucha contra la enfermedad. Si en los próximos años continúan las actuales tendencias del financiamiento, ello menoscabará seriamente la función de la OPS como entidad directiva en salud internacional y como vital catalizador de la meta de salud para todos.

CUADRO 23

EJEMPLO DE COSTOS MEDIOS PROYECTADOS (P-4)¹

Año	CPC Bridgetown	AREA I Caracas	AREA II México	AREA III Guatemala	AREA IV Lima	AREA V Brasilia	AREA VI B. Aires	OPS/SEDE Wash. D.C.
1982	59,680	82,310	58,870	60,880	58,070	57,880	108,360	54,940
1983	63,650	90,910	63,050	65,660	62,050	61,660	120,950	58,840
1984	67,750	99,400	67,550	70,550	66,140	65,540	133,460	62,880
1985	71,930	107,990	72,130	75,340	70,130	69,340	146,060	67,000
1986	76,250	116,630	76,820	80,160	74,340	73,150	159,200	71,400

¹Nota: Los costos medios proyectados de personal se basan en las escalas de sueldos de las Naciones Unidas. Como se indica, los costos de sueldos de la OPS, particularmente del personal de campo, aumentarán a una tasa considerablemente más rápida que la prevista en el programa y presupuesto (Documento Oficial de la OPS 169, 1981) aprobado el año pasado. A este respecto se debe señalar que la OPS, a diferencia de la OMS/Ginebra, desde el punto de vista financiero que se ha visto seriamente perjudicada por el traslado de una proporción mayor de su personal al terreno, ya que es mucho menos costoso mantener el personal en la Sede. Asimismo, se debe señalar (véase el Cuadro 24) que los costos medios de personal de la OPS son considerablemente inferiores a los de otras regiones de la OMS y a los de la OMS/Sede. Se recordará que los sueldos de la categoría profesional de la OMS y la OPS, así como los de otros organismos de las Naciones Unidas, son determinados por la Asamblea General de las Naciones Unidas y no por la OPS.

CUADRO 24

CALCULO DEL COSTO MEDIO DE LA PLANTILLA DE PERSONAL PROFESIONAL
DE LA OMS, POR LUGAR DE DESTINO¹

	(a)	(b)	(c)
Personal profesional en las oficinas regionales y la Sede	1980-1981 Costo estimado de un año-hombre	1982-1983 Costo estimado de un año-hombre	Aumento del costo (b) - (a)
Africa	53,400	64,000	10,600 19.85%
<u>Las Americas</u>	<u>40,660</u>	<u>53,600</u> ²	12,940 <u>31.82%</u>
Asia Sudoriental	46,602	56,225	9,623 20.65%
Europa	59,459	78,950	19,491 32.78%
Mediterráneo Oriental	43,585	61,416	17,831 40.91%
Pacífico Occidental	50,350	64,200	13,850 27.51%
Sede y actividades mundiales e interregionales	71,833	80,262	8,429 11.73%
Promedio mundial	52,270	65,522	13,252 25.35%

Fuente: OMS, Proyecto de Programa y Presupuesto para 1982-1983, pág. 18, Ginebra, 1980.

¹ Para el método de cálculo, véase el Anexo 5 del documento de la OMS, párrafos 14 a 17.

² Cálculo elaborado por la OMS en 1980. Los cálculos más recientes indican que el costo medio será de \$56,890 para la OPS/Sede.

Debe observarse asimismo que los costos medios del personal de la categoría de servicios generales en la OPS/Sede son la mitad de los de la OMS/Sede.

En el período 1976-1982, la OPS experimentó una subida media de alrededor del 140% en el costo de los viajes por vía aérea y otra de casi el 170% por concepto de dietas.

CUADRO 25

TASAS DE INFLACION DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA,
AMERICA LATINA Y EL CARIBE

Año	Cambio anual en el IPC/EUA	Cambio acumulativo 1976 = 100	América Latina y el Caribe ¹
1976	5.8%	100.0	57.1%
1977	6.5%	106.5	48.3%
1978	7.5%	114.5	41.4%
1979	11.3%	127.4	47.6%
1980	13.5%	144.9	56.1%
1981	10.4%	160.0	61.0%
1982		173.4	
1983		186.8	
1984		201.4	
1985		214.9	

Fuentes: FMI, International Financial Statistics, y Banco Mundial, Informe sobre el Desarrollo Mundial, 1982 para los datos acumulativos de 1982 a 1985.

Nota: Las tasas para 1982-1985 están basadas en proyecciones del deflactor del Banco Mundial.

¹Excluida Venezuela

RESUMEN DE LA DISCUSION DEL DOCUMENTO BASICO PRELIMINAR SOBRE LAS
REPERCUSIONES FINANCIERAS Y PRESUPUESTARIAS A NIVEL NACIONAL E
INTERNACIONAL DE LAS ESTRATEGIAS REGIONALES Y DEL PLAN DE ACCION
DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000

Participantes Nacionales

Chile

Dr. José M. Borgoño
Dr. Héctor Rodríguez

México

Dr. Ramón Alvarez Gutiérrez

Panamá

Dr. Benigno Argote

Uruguay

Dr. Armando López Scavino
Sr. Oscar Martín

El Subcomité de Planificación y Programación a Largo Plazo del Comité Ejecutivo, después de una introducción a cargo de los Dres. Héctor R. Acuña y S. Paul Ehrlich, Jr., y de una breve presentación por el Dr. Philip Musgrove, consideró el citado documento. Este resumen refleja los comentarios hechos por los miembros del Subcomité:

Se observó que el documento cumplía con el pedido hecho por el Comité Ejecutivo al Director de que estudiase las repercusiones financieras del Plan de Acción. Para tales efectos, el Subcomité consideró de que se trataba de un estudio detallado y completo.

Con referencia a un término usado en el estudio, los miembros del Subcomité indicaron que los gastos en salud son frecuentemente vistos por algunos como un "consumo improductivo", cuando verdaderamente deberían ser considerados en parte como inversiones y en parte como complemento a otras maneras de generar el capital humano de un país, como ser la educación. Aunque dichas inversiones tomen un tiempo relativamente largo para rendir

frutos concretos, esto no significa necesariamente que su rendimiento económico es bajo. Estos beneficios indirectos deben ser sumados a los que indudablemente son los importantes beneficios directos de los gastos en salud sobre el bienestar humano. El sector salud debe hacer hincapié en todos estos aspectos cuando entre en negociaciones con representantes de otros sectores.

Fue destacada la importancia financiera y política de los sistemas de seguridad social, existiendo escasas posibilidades de que estos fueran absorbidos por el sector salud. La expansión de la seguridad social, sin embargo, podría ser una forma de solucionar parcialmente, en algunos países, el problema de extender los servicios de salud a aquellos que todavía no tienen acceso a los mismos. El objetivo principal, por lo tanto, sería evitar la duplicación de esfuerzos y los costos excesivos. Como mínimo se debería alcanzar una división del trabajo para poder lograr un cierto equilibrio entre las medidas preventivas y curativas, y promover la igualdad y la eficiencia.

Aunque en términos financieros absolutos los recursos externos representan solamente una parte muy pequeña de los gastos totales en salud, la cooperación externa representa un factor catalítico vital por las dos razones siguientes: primero, provee una orientación técnica a los Gobiernos y fomenta la cooperación entre los mismos y, segundo, a menudo permite el financiamiento de enfoques innovadores en los servicios y programas de salud que probablemente no serían estudiados o ensayados si tuviesen que ser financiados con presupuestos regulares.

Los miembros del Subcomité estuvieron de acuerdo en el sentido de que, aunque los recursos totales necesarios estuviesen disponibles, los países siempre tendrían que contemplar decisiones cruciales en la reestructuración de los sistemas actuales, usando sus fondos de una manera más eficaz y eficiente.

Se subrayó, asimismo, la necesidad de establecer la articulación intersectorial y la dificultad en alcanzarla, dado que frecuentemente las decisiones políticas requeridas para convertir esa articulación en una realidad no eran tomadas. Se recalcó también que se debería poner a disposición del sector salud mecanismos para promover dicha coordinación.

Los miembros del Subcomité destacaron que el documento resumía las serias repercusiones que han tenido para la Organización ciertas decisiones presupuestarias tomadas en el pasado en el marco de un continuo proceso inflacionario, y enfatizaron la necesidad de un examen permanente de este asunto.

Un miembro indicó que el principal aspecto que afecta la disponibilidad de recursos para el sector salud es la decisión esencialmente política que determina la prioridad que tiene la salud para un gobierno. Se destacó además que el papel potencial de la participación de la comunidad en reducir los costos de salud para todos y en hacer las demás inversiones más eficaces no había sido estimado en el documento. Los miembros del Subcomité pusieron de relieve que se esperaba que la participación de la comunidad y otros factores contenidos en la estrategia de atención primaria podrían quizá reducir los costos totales de salud para todos. Esto, sin embargo, no podía saberse a ciencia cierta, por lo cual era necesario que se continuasen analizando las posibilidades de la estrategia en ese sentido.

Los representantes indicaron, finalmente, que se debería instar a los Gobiernos Miembros, incluyendo los demás sectores del desarrollo, a que examinen este documento y que consideren las repercusiones analizadas. Se indicó también que las pautas para determinar los costos de salud para todos deben refinarse continuamente y ser examinadas en forma periódica.

PROYECTO DE RESOLUCION

**REPERCUSIONES FINANCIERAS Y PRESUPUESTARIAS A NIVEL NACIONAL
E INTERNACIONAL DE LAS ESTRATEGIAS REGIONALES Y DEL PLAN DE ACCION
DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000**

EL COMITE EJECUTIVO,

Habiendo considerado el documento básico preliminar preparado para el Subcomité de Planificación y Programación a Largo Plazo del Comité Ejecutivo que describe las repercusiones financieras y presupuestarias de las Estrategias Regionales y del Plan de Acción;

Observando que el documento fue preparado a raíz de las inquietudes expresadas en la 86a Reunión del Comité Ejecutivo, y

Reconociendo que el documento contiene inferencias importantes relacionadas con la capacidad de los Gobiernos Miembros y de la Organización de alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000,

RESUELVE:

Recomendar a la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana, XXXIV Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, que apruebe una resolución concebida más o menos en los términos siguientes:

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo considerado el documento preparado para el Subcomité de Planificación y Programación a Largo Plazo del Comité Ejecutivo, que describe las repercusiones financieras y presupuestarias de las Estrategias Regionales y del Plan de Acción;

Habida cuenta de la Resolución XI de la XXVIII Reunión del Consejo Directivo que adoptó el Plan de Acción Regional de salud para todos en el año 2000, y la Resolución WHA35.23 en la que la Asamblea Mundial de la Salud adoptó el Plan de Acción mundial para llevar a cabo la estrategia mundial de salud para todos en el año 2000, y

Observando los cambios introducidos y las recomendaciones hechas por el Subcomité de Planificación y Programación a Largo Plazo y por la 88a Reunión del Comité Ejecutivo,

RESUELVE:

1. Agradecer al Director por el estudio sobre las repercusiones financieras y presupuestarias de las Estrategias Regionales y el Plan de Acción.

2. Instar a los Gobiernos Miembros a que examinen las inferencias y recomendaciones contenidas en el estudio y que consideren acciones para realizar la posibilidad de que se disponga de recursos y que éstos sean usados para la forma más eficiente y eficaz para poder alcanzar la salud para todos en el año 2000.

3. Pedir al Director que:

- a) continúe examinando el ámbito económico internacional y la asignación de recursos para salud y sectores afines a nivel nacional e internacional y que informe a la 92a Reunión del Comité Ejecutivo en 1984 sobre cambios significativos que afecten la posibilidad de alcanzar la salud para todos en el año 2000, y
- b) dar asesoramiento a los Gobiernos Miembros que lo soliciten para poner en práctica los resultados de esos estudios.