

CE92/16 (Esp.)
ANEXO IV

IMPLICACIONES FINANCIERAS Y PRESUPUESTARIAS,
A NIVEL NACIONAL E INTERNACIONAL, DE LAS
ESTRATEGIAS REGIONALES Y DEL PLAN DE ACCION
PARA EL LOGRO DE LA META DE SALUD PARA
TODOS EN EL AÑO 2000

(LA CRISIS ECONOMICA EN AMERICA LATINA
Y EL CARIBE Y SUS REPERCUSIONES EN EL
SECTOR DE SALUD)

COMITE EJECUTIVO
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

IMPLICACIONES FINANCIERAS Y PRESUPUESTARIAS,
A NIVEL NACIONAL E INTERNACIONAL, DE LAS
ESTRATEGIAS REGIONALES Y DEL PLAN DE ACCION
PARA EL LOGRO DE LA META DE SALUD PARA
TODOS EN EL AÑO 2000

'
LA CRISIS ECONOMICA EN AMERICA LATINA
Y EL CARIBE Y SUS REPERCUSIONES EN EL
SECTOR DE SALUD

INDICE (cont.)

ANEXOS

- I. INFORMACION SOLICITADA A LOS GOBIERNOS DE LOS SIETE
PAISES SELECCIONADOS Y OBTENIDA A TRAVES DE FUNCIONARIOS
NACIONALES
- II. FUNCIONARIOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO
- III. FUNCIONARIOS DE ORGANISMOS INTERNACIONALES ENTREVISTADOS
PARA LOS FINES DEL ESTUDIO

INTRODUCCION

1. En ocasión de la 86a Reunión del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud, realizada en junio de 1981, se hizo hincapié en la necesidad de continuar estudiando las condiciones financieras que podrían afectar el cumplimiento de las metas de salud para todos en el año 2000 en el ámbito nacional y para todos los países de América Latina y del Caribe. También las repercusiones que podría tener para las actividades que lleva a cabo la Oficina Sanitaria Panamericana, con iguales propósitos.

2. Durante las décadas de los sesenta y de los setenta había sido satisfactorio el crecimiento de la economía de la Región y la asignación de los recursos financieros para los programas sociales, entre ellos los de salud. Entre 1970 y 1974 el Producto Interno Bruto creció a un promedio de 7.2% anual, durante el período 1975-1978 a 4.8% anual, habiéndose incrementado en 1979 a 6.5%.

3. A pesar de esas cifras positivas, el documento de las Estrategias de Salud para Todos en el Año 2000 indicó que para la satisfacción de las metas "... es evidente que en el próximo decenio se necesitará un tipo de desarrollo económico distinto y más dinámico que el actual. Para América Latina y el Caribe las Naciones Unidas ha fijado una meta de crecimiento económico promedio de 7.5% anual. Ello representa una intensificación del crecimiento y una transformación tecnológica de la economía, y es compatible con la proyección de la actual tendencia de crecimiento del PIB (6.3%), igual al que se había conseguido durante los primeros cuatro años de la Segunda Década del Desarrollo. En conjunto es necesario un crecimiento del 7.5% anual, para que la tasa de empleo aumente al mismo ritmo que la tasa prevista para la población económicamente activa"¹

4. En 1980 comenzó a declinar el crecimiento del Producto Interno Bruto Global para la Región en su conjunto y para algunos países en particular en forma aún más sensible. En 1980 el incremento con relación al año anterior fue de 5.1% y en 1981 apenas alcanzó 1.5%, haciéndose negativo en 1.0% para 1982 y también ha sido negativo en 3.3% para 1983. El promedio de incremento anual a partir de 1981 ha sido negativo para la América Latina en 2.8%, de acuerdo a cifras de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL).

5. Ante tal situación estuvo ampliamente justificada la preocupación que tuvo el Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud, y también las decisiones que posteriormente tomó dicho Comité en su sesión de junio de 1982 y la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre de 1982, con base en documentos preparados por la Oficina Sanitaria Panamericana y por las recomendaciones específicas que formuló el Subcomité de Planificación y Programación a Largo Plazo del Comité Ejecutivo.

6. La XXI Conferencia Sanitaria Panamericana acogió en su Resolución XX del 27 de septiembre de 1982 la proposición que le hizo el Comité Ejecutivo del Consejo Directivo en su 88a Reunión del 29 de junio de 1982, en los siguientes términos:

"Repercusiones financieras y presupuestarias a nivel nacional e internacional de las Estrategias Regionales y del Plan de Acción 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 la siguiente resolución:

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 del 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 realzar la posibilidad de que se disponga de recursos y que estos sean usados en 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;

b) Dé asesoramiento a los Gobiernos Miembros que lo soliciten para poner en práctica los resultados de esos estudios."²

7. Al ser electo el Dr. Carlyle Guerra de Macedo como Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, en septiembre de 1982, destacó el posible efecto que podría tener la crisis en el financiamiento de la salud en la Región, indicando que:

"En cuanto al sector económico, es de notar que, a pesar de la diversidad de sistemas y estados de desarrollo, las economías nacionales por lo general continuarán enfrentando fuertes tensiones derivadas de su inserción en el contexto de la economía mundial. En casi todos los países las políticas internas de desarrollo estarán fuertemente condicionadas por la necesidad de equilibrar la balanza de pagos. A corto y mediano plazos, es probable que continúen prevaleciendo las bajas tasas de crecimiento económico y que se registren pocos cambios en la situación del empleo, del ingreso y de la estructura de producción. Puede preverse la necesidad de tomar medidas de austeridad que afecten al sector de salud."³

8. El presente Informe cumple el punto 3.a) de la Resolución XX, al ofrecer los resultados del trabajo cumplido por la Oficina Sanitaria Panamericana. Esta labor se ha facilitado por el espíritu y la acción participativos propiciados por la actual Dirección. Gracias a ellos se han involucrado y brindado valiosas colaboraciones en estudios específicos incluidos en el mismo Informe. También han contribuido funcionarios nacionales, de las Oficinas de las Representaciones de la OPS/OMS en dichos países y de la sede.

Notas bibliográficas de la Introducción

¹Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, Salud para Todos en el Año 2000, Estrategias Doc. Of. 178 (Washington, D.C.: OSP) 1980, p. 9.

²XXI Conferencia Sanitaria Panamericana, Resolución XX, del 27 de septiembre de 1982.

³Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Declaración de Principios, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, septiembre de 1982, Washington, D.C., p 2.

CAPITULO I. CAUSAS Y EFECTOS DE LA ACTUAL CRISIS ECONOMICA
EN LA AMERICA LATINA Y EL CARIBE

9. La mayoría de los países de la América Latina y del Caribe sufre la peor crisis recesiva socioeconómica de los últimos cincuenta años, cuyas causas son histórico-estructurales; se han agravado, sin embargo, por razones coyunturales a partir de 1981.

10. Dicha crisis se acentuó en 1973 al propiciar los países afiliados a la OPEP un proceso de incrementos en los precios del petróleo; entonces era de EUA\$2.91 por barril. En 1979 tuvieron otro gran incremento del 160% y continuaron aumentándose hasta llegar en enero de 1983 a EUA\$35.00 por barril, significando esa suma un incremento de 12 veces más, con relación al inicial de 1973. A partir del año pasado se ha mantenido el precio internacional de EUA\$29.00 por barril.

11. La disminución de EUA\$6.00 por barril de petróleo en 1983 ha aliviado en alguna medida la situación financiera de los países importadores netos, pero a su vez ha creado otros problemas económicos a los países exportadores netos, entre ellos a México, Ecuador, Venezuela y a Trinidad y Tobago en la Región.

12. De los precios de los hidrocarburos y de sus derivados dependen los costos de otros productos y servicios, entre ellos: los fertilizantes inorgánicos, los pesticidas, los carburantes que utilizan los vehículos automotores, los aviones y los barcos, algunas materias sintéticas utilizadas para fabricar textiles, el bunker para fabricar cemento, y la energía para uso industrial, calefacción y alumbrado, cuando no es producida a través del uso del agua u otros medios.

13. Los grandes incrementos de los precios del petróleo desencadenaron una espiral de inflación que repercutió en muy variadas actividades, influyendo también en todo el sistema financiero internacional, al haber dispuesto los países exportadores netos de una gran cantidad de recursos monetarios que depositaron o colocaron en instituciones bancarias; a ellas recurrieron los países importadores netos adquiriendo préstamos para conjurar sus déficit de balanza de pagos. Las tasas de interés que inicialmente eran de 6 a 7% anual se elevaron hasta llegar a cifras de alrededor de 20% para incluir el factor inflacionario, pero cuando este disminuyó en los países más industrializados, la reducción de las tasas de interés no llegó a las cifras iniciales, sino que se ha quedado en alrededor del 14 al 15% anual.

14. A partir de 1981, la crisis socioeconómica se ha profundizado por otros factores tales como:

a) El desmejoramiento de los términos de intercambio comercial internacional, al haberse incrementado el costo de la mayoría de los productos importados de los países más industrializados--como consecuencia de aquel proceso inflacionario anterior--y haber

disminuido drásticamente el valor de los principales productos exportados por los países de la Región que se venden en los mercados de los países más desarrollados. Se han puesto también restricciones aduaneras para la importación de algunos de ellos, por la vía de cuotas e impuestos;

b) Aumento del endeudamiento externo de la América Latina. En 1981 su total era de EUA\$258 mil millones; en 1982 tuvo un aumento de 12% y alcanzó así EUA\$289 mil millones, y en 1983 se incrementó con relación a 1981 en 20%, pasando a EUA\$310 mil millones;

c) El alza en las tasas internacionales de interés sobre la deuda externa ha repercutido grandemente sobre su monto; también lo ha hecho en la relación entre los intereses pagados y la exportación de bienes y servicios que ha variado así desde 1977:

1977	12.4%	1979	17.4%	1981	26.4%	1983	35.0%
1978	15.5	1980	19.9	1982	38.3		

d) Pérdida abrupta de la paridad de la moneda en muchos de los países de la Región, con relación a otras monedas internacionales, especialmente con el dólar americano;

e) Aumento de los índices de precios e inflación, en países que siempre habían tenido una inflación moderada, entre ellos Costa Rica, Ecuador y México e incrementos abruptos en aquellos que tradicionalmente tenían una inflación alta, especialmente en Argentina, Bolivia, Brasil, Perú y el Uruguay;

f) Disminución real de los ingresos fiscales y aumento en los gastos públicos;

g) Incremento en la tendencia deficitaria de los presupuestos públicos, que se ha agravado en los tres últimos años en muchos de los países de la Región;

h) Disminución de las actividades productivas privadas y de los servicios públicos, aumentando el desempleo abierto y limitando las posibilidades de empleo para quienes deberían ingresar a la población económicamente activa;

i) Ajustes recesivos en la mayoría de los programas públicos, especialmente en los sociales, por las prioridades que se otorgan a los sectores económicos y de infraestructura, como parte de las medidas fiscales y monetarias y para poder atender al pago del servicio de la deuda externa, lo cual condiciona la mayoría de las actividades nacionales; y

j) Desmejoramiento del Producto Interno Bruto por habitante y del nivel de vida de la población, especialmente de los grupos intermedios y bajos de la clase media, y de los estratos menos favorecidos de la sociedad y;

k) Marginación de un mayor número de habitantes y restricciones al acceso de bienes y servicios indispensables, tales como: educación, alimentación, salud, vivienda y a las oportunidades de empleo, lo cual les limita su participación en los beneficios de la seguridad social.

15. Existe una estrecha relación entre muchas de las causas y efectos, y una interrelación de estos con aquellos, pues son a su vez causa de nuevos problemas de difícil situación, ante la inflexibilidad y la dependencia que hay para superarlos. Por ejemplo, a la tendencia extremadamente desfavorable de los términos de intercambio comercial internacional, por el desbalance entre exportaciones e importaciones, se han sumado desde 1981 el incremento en las tasas internacionales reales de interés y en 1983 el retraimiento masivo del ingreso neto del movimiento de capitales privados del exterior hacia la Región y las dificultades para la renegociación de la deuda externa, tanto pública como privada.

16. Esa situación de conjunto ha sido calificada por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) como un proceso de "sobreajuste" obligado por la "depresión financiera" que ha ocurrido con mayor intensidad en el último año. La misma evidencia aún más la dependencia que tienen los países menos desarrollados de los más avanzados y ricos. Esto se agrava con la incertidumbre y los conflictos internos que algunos de ellos padecen, la hegemonía de las grandes potencias mundiales que polarizan al Este y al Oeste, y la dependencia científica, tecnológica y financiera que en diversos grados todos los países de la Región tienen de las naciones más industrializadas.

17. Es más evidente ahora que las soluciones de mediano y de largo plazo no se encontrarán para los países latinoamericanos y del Caribe en solo ajustes internos de naturaleza coyuntural, aunque algunos de ellos son necesarios también, será necesario que ellos emprendan transformaciones de sus estructuras políticas, sociales y económicas, como se ha planteado en muy diversos foros y documentos internacionales, entre ellos en la Estrategia de la Segunda Década de Desarrollo de las Naciones Unidas; en el Nuevo Orden Económico Internacional, y en las Estrategias y el Plan de Acción de Salud para Todos en el Año 2000.

REPERCUSIONES DE LA CRISIS SOCIOECONOMICA EN LA AMERICA LATINA

18. El crecimiento económico de un país se mide a través de varios indicadores, siendo el más utilizado internacionalmente el Producto Interno Bruto (PIB), o sea, el valor de los bienes y servicios producidos en la economía nacional, o regional, restándole las transferencias externas.

19. Para los países de América Latina* la CEPAL indica que el PIB decreció en su conjunto durante el período 1981-1983 en 2.8%; la tendencia ha sido de desmejoramiento de la economía durante esos tres últimos años, cuando en 1981 había un crecimiento de 1.5% con relación a 1980; en 1982 disminuyó en 1.0% y en 1983 volvió a decrecer en 3.3% con relación al año anterior.

20. Otro indicador socioeconómico más representativo y fino para valorar la repercusión de la crisis socioeconómica de los últimos tres años es el PIB por habitante. Entre 1980 y 1983 hubo una variación acumulada de -9.5% por habitante, y a precios de mercado de 1970, según la misma fuente de la CEPAL.

21. Durante el mismo período los únicos países que tuvieron crecimiento per cápita fueron Panamá con 3.5% y República Dominicana con 2.5%, como se muestra en el siguiente Cuadro de la CEPAL. El mismo organismo presenta otros datos sobre Producto Interno Global que indican que Cuba ha tenido una evolución positiva de ese indicador, referido al Producto Social Global comprendido como la "... suma de la producción bruta en los sectores agropecuario, industrial, minas, de energía, de transporte, comunicación y comercio".** Siendo un indicador macroeconómico diferente al PIB por habitante, sus cifras no han podido ser incluidas en el referido Cuadro de la CEPAL.

Cuadro 1.01

PRODUCTO INTERNO BRUTO POR HABITANTE, EN DOLARES EUA A PRECIOS DE MERCADO DE 1970, DURANTE 1980, 1981, 1982 Y 1983 Y VARIACION TOTAL EN NUMEROS ABSOLUTOS Y EN PORCENTAJES CORRESPONDIENTES AL PERIODO 1981-1983, PARA LA AMERICA LATINA Y POR PAISES*^{1/}

País	1980	1981	1982	1983	Variación en 1980-1983	
					Absoluta	Porcentajes
Argentina	1.345	1.245	1.159	1.166	- EUA\$179	-13.3
Bolivia	382	368	326	297	- 85	-22.2
Brasil	958	919	908	844	- 114	-11.9
Colombia	824	823	816	802	- 22	- 2.7
Costa Rica	974	904	801	778	- 196	-20.1
Chile	1.047	1.088	916	897	- 150	-14.3
Ecuador	732	742	729	683	- 49	- 6.7
El Salvador	432	380	350	335	- 52	-22.4
Guatemala	561	549	515	489	- 72	-12.9
Haití	148	145	142	137	- 11	- 7.2
Honduras	357	346	332	320	- 37	-10.3
México	1.366	1.436	1.391	1.301	- 65	- 4.8
Nicaragua	341	359	342	338	- 3	- 0.9
Panamá	1.154	1.176	1.214	1.194	+ 40	+ 3.5
Paraguay	633	665	632	603	- 30	- 4.7
Perú	690	698	683	585	- 105	-15.2
República Dominicana	601	611	606	616	+ 15	+ 2.5
Uruguay	1.423	1.412	1.281	1.200	- 223	-15.6
Venezuela	1.268	1.230	1.197	1.135	- 133	-10.5
América Latina	1.007	997	965	911	- 96	-9.5

*No ofrece datos de Cuba y tampoco del Caribe de habla inglesa.

**Véase Documento E/CEPAL/G.1279, 20 de diciembre de 1983, Cuadros 2 y 3, páginas 32 y 33 y párrafo 4, así como la nota explicativa de la página 15.

22. Sobre el promedio regional de menos 9.5% del PIB por habitante estuvieron 11 países y tres de ellos con cifras superiores a 20%. Es presumible que esas pérdidas durante los tres últimos años han afectado el nivel y la calidad general de vida de la población, especialmente aquella que está dentro de los estratos que tienen menor capacidad financiera para afrontar situaciones críticas como las actuales.

23. Dos estudios realizados en el ámbito de UNICEF en Chile y en el Estado de São Paulo, Brasil, dan algunas evidencias de ello. Para el caso de Chile se indica que:

"La fuerte recesión económica de los años 1975-1976 se vio acompañada por una reducción drástica del gasto público de cada uno de los sectores sociales ...durante el primer ciclo recesivo caen sustancialmente los gastos públicos del sector salud destinados a inversiones y los gastos para la adquisición de bienes esenciales para el funcionamiento del sistema.

Los gastos de inversión, por otra parte, no se recuperan en ningún año posterior de los considerados en este estudio. Por el contrario, estos continúan cayendo hasta estancarse en un 3% del gasto público en salud, a partir de 1979. Esta cifra, alrededor de 350 millones de pesos en 1978, constituye apenas 25% del monto que se invertía durante los primeros años de la década. Los gastos en personal también caen en el primer año recesivo, se recuperan y vuelven a caer, con fluctuaciones después de 1980. La tendencia en los gastos de adquisición de bienes es similar. En ningún año del período recuperan el nivel de 1978.

La escasez de inversiones en el sector y la caída en los gastos destinados a la adquisición de bienes con toda probabilidad produjo un deterioro en la infraestructura y el equipamiento de salud y consecuentemente en la calidad de la atención. Ello se ve corroborado por las frecuentes denuncias sobre este tópico durante todo el período por parte de médicos y otros funcionarios del sector....

Una reducción de la inversión en salud, de la magnitud señalada, hizo posible mantener los niveles de prestaciones de salud en el corto plazo, a expensas de los programas de equipamiento, mantención y de expansión en la capacidad instalada. A ello contribuyó también la caída en las remuneraciones reales del personal empleado en el sector. Cabe hacer notar que en el sector salud, cerca de 40% del gasto total se destina tradicionalmente a pagar las remuneraciones del personal."²

24. El otro documento que contiene el estudio sobre Sao Paulo, revela también una tendencia al decrecimiento de los gastos de salud en ese Estado brasileño, que entre 1978 y 1982 significa 18% con relación a la cifra del primero de esos años. Al respecto se dice que:

"La caída en el valor real de los gastos de salud es más evidente [que para educación]. La separación de los gastos corrientes de los de capital no modifica tales circunstancias, a pesar de que la pérdida en los gastos de capital del Ministerio de Salud, muestra ahora que ha sido particularmente severa.

... Por tanto, tenemos un panorama general de caída o, al menos, de estancamiento de los gastos en salud y en educación. De esto, sin embargo, no se puede sacar la conclusión de que ha causado una reducción de los servicios provistos por estas áreas, tanto por el Gobierno Federal (en el caso de salud), como por el Gobierno del Estado o de la ciudad. La mayor parte de tales gastos son salarios y su estancamiento o caída se debe mayormente a una 'contracción salarial', a la cual se han sometido las remuneraciones de los empleados públicos durante los últimos años. Desde luego, que tarde o temprano esa política salarial afectará la calidad de los servicios prestados."³

25. Es posible que los casos de Chile y de São Paulo no sean generalizables a otros países de la Región, si sus respectivos gobiernos otorgan prioridades al financiamiento de los programas de salud o han desarrollado una gran capacidad de gestión. Ambas situaciones pueden conjurar positivamente la reducción del PIB por habitante.

26. De ser así se estaría dando una adecuada respuesta a la interrogante que hace UNICEF: "... cómo podremos mantener el progreso social en ausencia de un incremento en los recursos económicos?".⁴ Para ese organismo 'internacional la solución o "...muy probablemente... el lema de, esta década en favor del progreso social sea 'obtener el máximo rendimiento de los recursos disponibles'.⁵

27. Sobre la necesidad de mejorar la gestión de los servicios nacionales de salud, a fin de lograr mayor eficiencia para el aprovechamiento racional de los recursos humanos, financieros y materiales disponibles y más productividad, y también mantener la eficacia que prevé SPT/2000, se presentarán algunas recomendaciones específicas en el Capítulo IV de este documento.

28. El desarrollo económico y el incremento de la economía de un país no necesariamente tienen una correlación inmediata con la satisfacción de las metas del desarrollo social; contrario senso, es necesario que se otorguen prioridades a sus programas y financiamiento. Por ejemplo, Arabia Saudita tiene uno de los PNB por habitante más altos del mundo, estimado para 1981 en EUA\$12.600 y sin embargo, tuvo una muy alta tasa de mortalidad infantil de 111 niños menores de un año por 1.000 nacidos vivos. Costa Rica y Cuba, con PNB por habitante menores, EUA\$1.430 y \$1.410 respectivamente para 1981, lograron 27 y 19 defunciones de niños menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos, según datos de UNICEF.⁶

29. Los Estados Unidos de América tuvo en el mismo año 12 por 1.000 de mortalidad infantil contando con EUA\$12.820 de PNB por habitante y la URSS 27 por 1.000 con \$4.550 per cápita del mismo indicador, debido a políticas y a prácticas que ambos países han aplicado a sus programas de salud.

30. La realidad del no automatismo del desarrollo social, o como consecuencia secundaria del desarrollo económico--y no como una decisión político-administrativa explícita de los respectivos gobiernos--se hizo constar en el documento del Noveno Período de Sesiones del Comité de Expertos de Alto Nivel (CEGAN) de la CEPAL, al indicar que:

"... el desarrollo económico per se no garantiza el logro del desarrollo social, si no se toman acciones que promuevan la equidad en la distribución de la riqueza y el acceso de los menos favorecidos a los bienes y servicios de la sociedad."⁷

INTERRELACION DE CAUSAS Y EFECTOS

31. Dentro del proceso de causalidad a que están sometidos los diferentes factores socioeconómicos, agravados algunos de ellos especialmente en época de crisis, hay una gran interrelación e interdependencia entre ellos, lo que no permite tomar soluciones aisladas. Buscando, por ejemplo, cómo mejorar sus balanzas de pagos, muchos de los países de la Región han otorgado preferencia a la producción y a la exportación de bienes no tradicionales que tengan mayor demanda y menor competencia en los mercados internacionales de los países más desarrollados. Esto ha sido también necesario en algunos casos como parte de los requisitos del proceso de ajuste interno coyuntural a que se han sometido los gobiernos dentro del marco de los acuerdos de contingencia (Stand by agreement) firmados con el Fondo Monetario Internacional. Dichos acuerdos tienen como propósito lograr un mayor monto de divisas en moneda extranjera con que hacerle frente a sus necesidades para la adquisición de bienes y servicios requeridos por los procesos productivos de los países y para el servicio de la deuda externa. También para satisfacer necesidades de alimentación, medicinas y otros productos que demanda la población.

32. A base de ese esfuerzo sin precedentes las exportaciones de América Latina superaron en 1983 a las importaciones de bienes y servicios en EUA\$31.170 millones, según datos de la CEPAL, esfuerzo más significativo si se considera que la mayoría de los productos exportados siguieron teniendo valores inferiores en los mercados internacionales, pero en su volumen superaron los de años anteriores. Ocho países tuvieron balanzas comerciales favorables, al haber exportado en valor más de lo que importaron; 11 continuaron teniendo una balanza comercial desfavorable. El total de las exportaciones fue de EUA\$87 mil millones en 1983 y el de las importaciones de EUA\$56 mil millones.

33. Otro efecto de la interdependencia antes mencionada ha sido la reducción de algunos artículos de consumo de la dieta popular, cuando las tierras que se dedicaban anteriormente a los cultivos de la caña de azúcar, la yuca y otros tubérculos, las hortalizas, los pastizales, etc. se han orientado exclusivamente al cultivo de caña para su transformación en alcohol con fines carburantes, o para dedicarlos solo a productos de exportación.

34. El pago neto de utilidades e intereses hacia el exterior se ha incrementado considerablemente así:

EUA\$19 mil millones en 1980	EUA\$37 mil millones en 1982
EUA\$29 mil millones en 1981	EUA\$34 mil millones en 1983

La disminución de EUA\$3 mil millones en 1983 se debe a las amortizaciones realizadas en el principal de las deudas, lo cual también ha influido obviamente en las menores reservas internacionales.

35. Según cifras del Banco de Pagos Internacionales de Basilea,⁸ los nuevos préstamos otorgados por la banca privada comercial internacional a la América Latina, sin incluir los concedidos a Ecuador y a Venezuela, disminuyeron considerablemente a partir de 1981, en la siguiente forma:

EUA\$21 mil millones en el segundo semestre de 1981
EUA\$12 mil millones en el primer semestre de 1982
EUA\$300 millones en el segundo semestre de 1982
EUA\$3.700 millones en el primer semestre de 1983.

Estos últimos créditos de 1983 se lograron debido a la intervención del FMI ante los bancos privados comerciales internacionales, con base en los acuerdos de contingencia que los gobiernos deudores habían suscrito con ese organismo internacional.

36. De agosto de 1982 a diciembre de 1983 solicitaron reprogramación de sus deudas externas:

Argentina, Bolivia, Brasil, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

El número de países que ha tenido que recurrir a tal negociación evidencia, una vez más, la similitud de situaciones que ellos viven a consecuencia de la crisis.

37. Otro aspecto negativo durante 1983 ha sido la reducción del movimiento de capitales hacia América Latina, menor en alrededor de EUA\$30 mil millones a los que salieron de ella hacia el exterior para pagar intereses y amortizar la deuda externa.

Al respecto indica la CEPAL que:

"... al igual que en 1982, América Latina (en 1983) en lugar de recibir una transferencia de recursos reales desde el exterior, efectuó una transferencia de recursos hacia el resto del mundo. Se prolongó así una situación que, teniendo en cuenta el grado relativo de desarrollo de la región, puede calificarse de perversa.

Dicha transferencia alcanzó, además montos muy considerables: 20.000 millones de dólares en 1982 y casi 30.000 millones en 1983, esto es, magnitudes equivalentes a 19.0 y 27% del valor de las exportaciones de bienes y servicios y entre 2.5 y 4.0% del producto interno bruto. Considerada aún desde otro ángulo, la reversión del sentido de los pagos financieros netos ocurridos entre 1981 y 1983 fue equivalente a una caída de aproximadamente un tercio en la relación de precios de intercambio."⁹

38. Otro efecto que ha ocasionado la afluencia de capitales desde el exterior ha sido el decrecimiento de su tendencia; el crecimiento de dicho flujo fue de 7% entre 1983 y 1982; del 12% entre 1982 y 1981 y, por tanto, ambos menores que el promedio de crecimiento anual del período 1977-1981 que fue de 23%. Aún así, el total de la deuda externa de la América Latina era a fines de 1983 de aproximadamente EUA\$310 mil millones.

39. El movimiento neto de capitales comenzó a descender en 1981 de EUA\$38 mil millones a EUA\$16.6 mil millones en 1982 y a EUA\$4.5 mil millones en 1983. Esto repercutió dentro del proceso de causalidad analizada en la tendencia de disminución del saldo en cuenta corriente que de menos EUA\$40 mil millones aproximadamente en 1981, bajó a EUA\$36.4 mil millones en 1982 y a \$8.5 mil millones en 1983, siendo el más bajo registrado desde 1974.

40. En una exposición realizada por el Presidente del Banco Interamericano de Desarrollo, él ilustró sus comentarios sobre el flujo neto de capitales en la forma que muestran los gráficos que se insertan en las páginas siguientes.

41. Se ha indicado que el origen de la crisis actual estuvo a partir de 1971, cuando los Estados Unidos de América decidió modificar el sistema internacional monetario de Bretton Woods, mediante el cual los dólares americanos obtenidos por otros países a través de sus ventas a ese país tenían convertibilidad en oro. Cuando hubo una mayor afluencia del oro hacia el exterior, los Estados Unidos de América fijaron el valor de su moneda a través del mercado financiero, mediante un sistema de "flotación" y los excedentes se manejaron a través del sistema paralelo no controlado por los bancos centrales, creándose así los llamados "Eurodólares".

42. Tales excedentes se invertían como préstamos para los países que tenían proyectos que garantizaran resultados monetarios satisfactorios, a plazos usualmente de 10 a 15 años y con tasas de interés razonables.

Gráfico 1.01

"Recursos externos: el flujo neto se hace negativo. América Latina obtuvo un ingreso neto de capital externo adicional de \$20-22 mil millones anuales en los últimos cinco años anteriores a 1981. Entonces, el servicio de la deuda se incrementó dramáticamente, y de repente la región comenzó a perder sus reservas internacionales en más de \$10 mil millones en 1982."¹⁰

Millones de
dólares de EUA

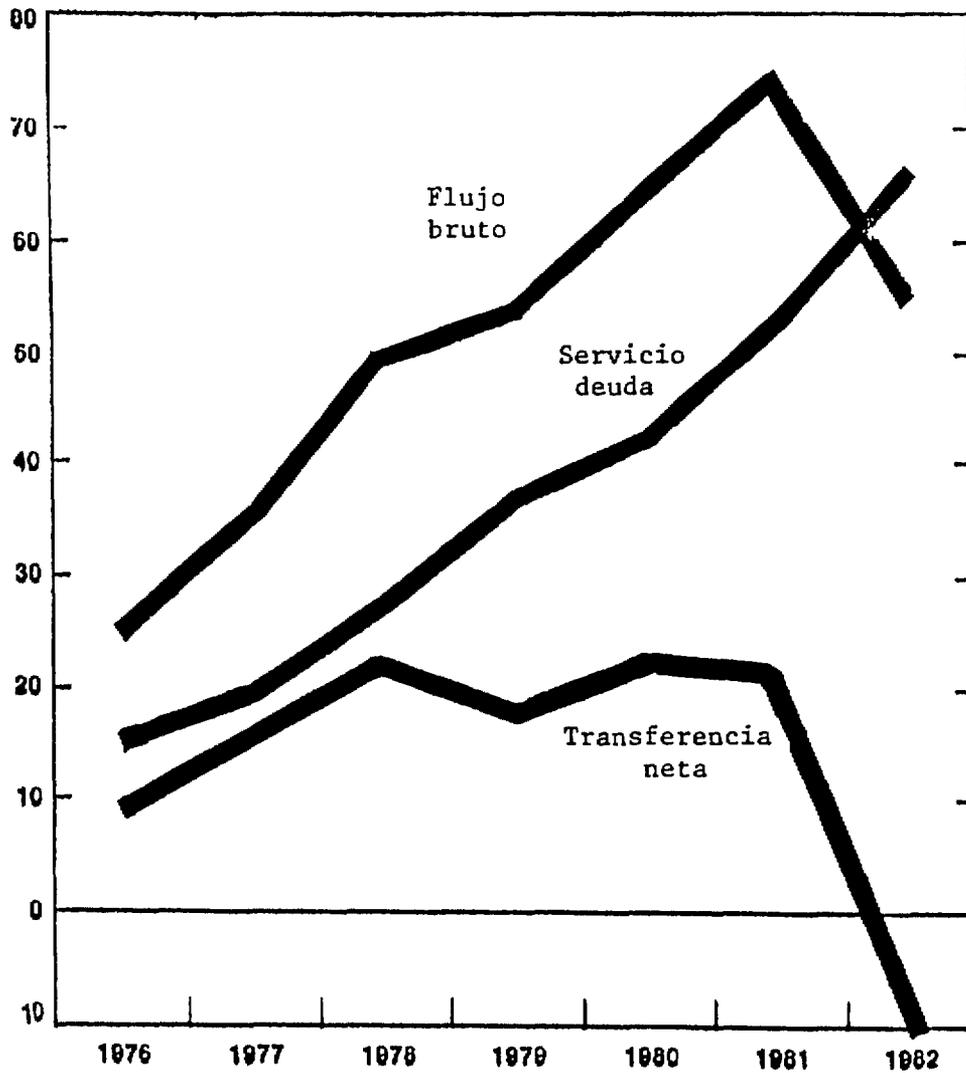
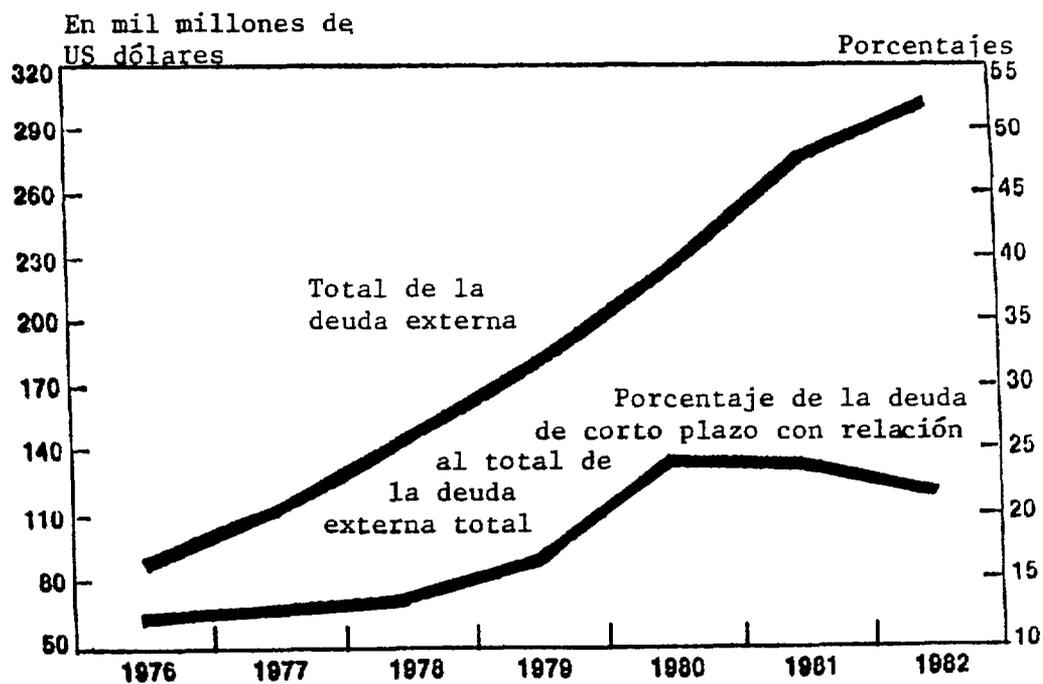


Gráfico 1.02

"Servicio de la deuda: una carga creciente.

Haciendo esfuerzos extraordinarios algunos países han logrado balanzas comerciales internacionales favorables. Si embargo, los excedentes se han liquidado debido al aumento del servicio de la deuda externa."11

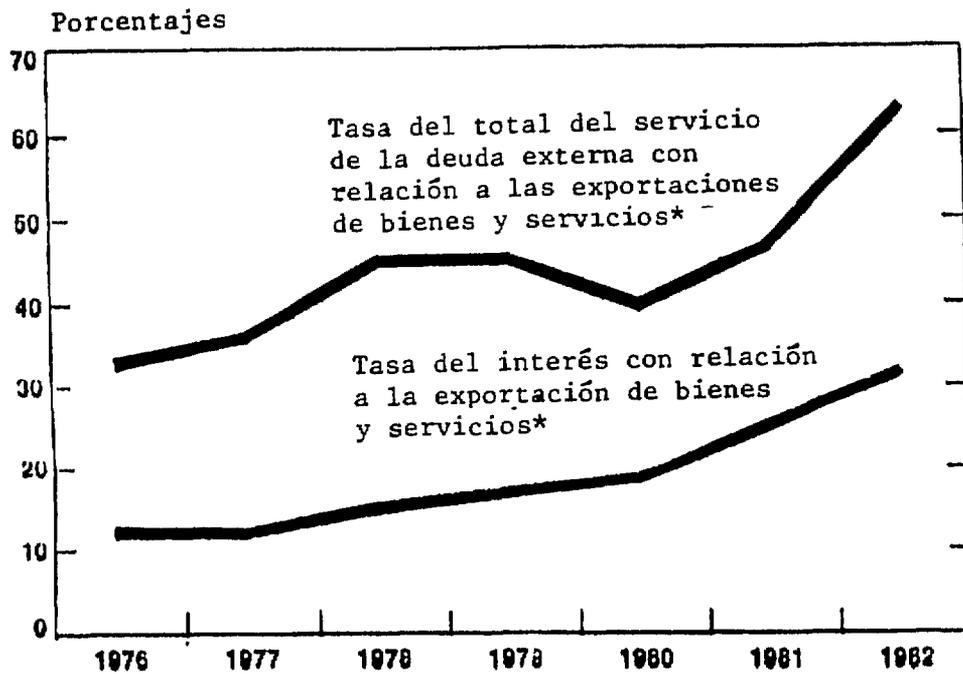


*Datos de los siete países latinoamericanos con mayores deudas externas.

Gráfico 1.03

"El costo creciente de los préstamos

América Latina tuvo que hacer grandes préstamos para pagar sus cuentas de petróleo. La región tuvo amplio acceso al mercado privado de Eurodólares, a pesar de lo cual se acortaron los vencimientos de los préstamos."¹²



43. Como se ha indicado en el párrafo 10, en 1973 ocurrió la primera subida abrupta de los precios del petróleo, que se cuadruplicaron entonces, y la segunda considerable ocurrió en 1979. Entonces los "Eurodólares" se convirtieron en "Petrodólares" al pasar los excedentes internacionales a los países productores y exportadores netos de los hidrocarburos.

44. Ya en 1973 comenzaron también a cambiar las condiciones financieras de los créditos internacionales, al endurecerse o desmejorarse los plazos de los préstamos que se rebajaron a cinco y a siete años. También variaron las tasas de interés, que para corporaciones privadas eran:

1972 de 7.5% anual,	1978 de 9.3%,
1973 de 8.1%,	1979 de 11.3%,
1974 de 9.5%,	1980 en 14.4%,
1975 de 9.6%,	1981 de 15.5%,
1976 de 7.9%,	1982 de 12.2% y,
1977 de 8.4%,	1983 de 11.1% ¹³

45. El tratamiento para el otorgamiento de los créditos internacionales comerciales privados ha sido siempre más oneroso que para los concedidos domésticamente con base en el "Prime Rate", que actualmente es de alrededor de 12%. A los primeros se les cobran sobretasas por otros costos de intermediación financiera, que en el presente es de alrededor de uno y tres cuartos adicionales sobre la tasa LIBOR (London Interbank Offered Rates), más comisiones y seguros financieros que elevan tales costos a alrededor de 14 o 15% anuales. A naciones más pobres de otras regiones del mundo se les otorgan con tasas más bajas de interés y mayores plazos de gracia y de vencimiento de las obligaciones.

46. Las tasas de interés internacionales ascendieron cuando también en los países más industrializados y ricos aumentaron las de inflación, pero no bajaron posteriormente cuando éstas se redujeron, entre otras razones debido al alto déficit fiscal de los Estados Unidos de América que recurre para ser conjurado a los mercados financieros colocando sus valores bursátiles y manteniendo así el tipo de interés alrededor de 11.75% anual.

47. Cuando la situación financiera se endureció, los países importadores netos de petróleo tuvieron que seguir obteniendo créditos externos, muchos de ellos para invertir sumas considerables en obras hidroeléctricas que les permitiesen en el largo plazo, disminuir su dependencia de energía de los hidrocarburos. También hicieron otras inversiones cuantiosas en nuevas formas no tradicionales de producción de energía a través de la biomasa, la energía térmica, la fabricación de alcohol carburante o de diesel con base en productos agrícolas.

48. Los distintos factores macroeconómicos actúan en similar forma a como lo hacen los líquidos bajo la ley física de los vasos comunicantes, al ser interpedientes. Por eso los ingresos fiscales en países cuyos

sistemas impositivos descansan altamente en las recaudaciones aduaneras disminuyen sensiblemente cuando se reducen las importaciones que son fuente importante de los mismos. De allí que se favorezcan otras políticas fiscales orientadas hacia los impuestos directos tales como los de la propiedad, la renta, la plusvalía, las herencias y el consumo, entre otros.

49. Para resolver los problemas de balanza de pagos (ingresos menos egresos de divisas externas) se recurre al movimiento de capitales e inversiones foráneos. También a mejorar la balanza comercial internacional reduciendo importaciones y promoviendo mayores exportaciones, especialmente, de las no tradicionales que pueden tener menor competencia en los mercados a que se envían.

50. El incremento de esas exportaciones no tradicionales usualmente no aporta ingresos adicionales al fisco, pues se exoneran con aquellos fines. Las reducciones drásticas de las importaciones han disminuido los ingresos fiscales y la existencia de algunos productos, entre ellos ciertas medicinas y alimentos que no se producen en el país.

51. A menores ingresos públicos y mayores dificultades y costos para sustituirlos con nuevo endeudamiento externo, se han reducido a precios constantes los egresos reales. Dichos precios constantes se obtienen restándole a los precios corrientes la inflación, a fin de poder tener cifras históricas comparables dentro de una serie de números que indiquen la tendencia.

52. Otras veces se ha recurrido a la emisión inorgánica, es decir sin relación entre las cifras reales de la producción nacional y la circulación monetaria, lo cual acelera aún más la tendencia de la inflación y con ella se tiene una mayor pérdida del valor adquisitivo de la moneda.

53. En muchos países tales fenómenos han provocado devaluaciones abruptas y significativas de la moneda nacional frente a otras monedas internacionales más fuertes y como mecanismo de estímulo de sus exportaciones.

54. Algunos países han recurrido a la "indexación" de algunos de esos factores a fin de conjurar sus efectos secundarios y lograr una mayor flexibilidad en sus decisiones políticas fiscales y monetarias.

55. El déficit público ha alcanzado en algunos países de la Región cifras muy altas con relación al PIB y ha tenido repercusiones negativas para algunas de las medidas correctivas que se han tratado de aplicar dentro del proceso de ajuste interno, especialmente bajo los términos que establecen los acuerdos de contingencia que se negocian y suscriben entre los gobiernos y el FMI. Dichos acuerdos establecen metas de reducción

del déficit fiscal en relación con el PIB, lo cual obliga a algunos países a otorgar prioridades a aquellos programas que repercutan más directa y rápidamente en el corto plazo a la recuperación económica. Esto se traduce en mayores asignaciones relativas en el presupuesto para las actividades típicamente económicas.

56. Dentro del proceso de desarrollo integral, los aspectos económicos y los sociales son dos partes de un mismo binomio e inseparables por tanto, como lo han manifestado el Director General de la Organización Mundial de la Salud y el Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia al referirse a la atención primaria de salud, en los siguientes términos:

"Ya no se puede hacer distingo alguno entre desarrollo económico y desarrollo social. El primero es necesario para alcanzar la mayoría de las metas sociales, y el desarrollo social es necesario para lograr casi todos los objetivos económicos. En efecto, los factores sociales son la verdadera fuerza motriz del desarrollo. La finalidad del desarrollo es que el pueblo pueda llevar una vida económicamente productiva y socialmente satisfactoria. Satisfacción social y productividad económica son términos que se interpretan de modos muy distintos, según sean los valores sociales y culturales predominantes en cada sociedad. En todas partes, la gente se da cuenta de que lo que impulsa a aumentar sus ingresos no es la simple acumulación de bienes, sino las mejoras sociales que el aumento del poder adquisitivo puede reportarle, así como a las nuevas generaciones, por ejemplo mejoras de alimentación y de vivienda, mayor grado de instrucción, más tiempo libre, y por último - aunque no sea lo menos importante - el disfrute de mejor salud. Únicamente cuando alcanzan un grado aceptable de salud pueden los individuos, las familias y las colectividades disfrutar de los restantes beneficios de la vida. Por ello, las mejoras de la salud son esenciales para el desarrollo social y económico, y los medios para conseguir ese doble desarrollo están íntimamente relacionados. Por tal motivo, las medidas para mejorar la salud y la situación socioeconómica se han de ver mutuamente complementarias, en vez de rivales. Los debates sobre si el fomento de la salud hace más que consumir recursos, o si es un factor económicamente productivo que contribuye al desarrollo, ya no tiene razón de ser.^{14/}

57. Por tanto hay que considerar también, además de los efectos puramente económicos originados en los factores de naturaleza monetaria y fiscal, otros relacionados con la producción y el empleo, que se inscriben tanto en lo económico como en lo social, y que se han afectado por la tendencia a disminución del PIB de la Región, que según estimaciones de la CEPAL ha tenido las siguientes variaciones a precios de mercado en dólares americanos de 1970:

350 mil millones en 1981
347 mil millones en 1982
335 mil millones en 1983

58. Tal situación de deterioro de la economía es consecuencia de muy diversos factores, entre ellos algunos económicos originados en la recesión con inflación (que no ocurrió en la Gran Depresión de los años treinta) y que han repercutido negativamente en muchas actividades productivas, tanto públicas como privadas; al disminuirse han reducido también las posibilidades de empleo y han agravado la desocupación abierta y el desempleo equivalente (suma del desempleo visible e invisible).

59. Las cifras de desempleo urbano, a tasas anuales medias para 1983, son las siguientes:^{15/}

Argentina	4.9%	Chile	19.7%
Bolivia	12.6	México	12.5
Brasil	6.8	Paraguay	9.4
Colombia	11.0	Perú	8.8
Costa Rica	9.8	Uruguay	15.7

60. En ninguno de los países de la América Latina y del Caribe existe un seguro de desocupación similar al que hay en los países más desarrollados. Debido a tal ausencia la situación es más grave en aquellos que en estos. En las últimas décadas, al mejorarse la situación de la economía en la Región, sus gobiernos emprendieron programas orientados a crear ocupación plena a través de la construcción de obras de infraestructura, de vivienda y de desarrollo social. Algunas de esas actividades tuvieron financiamiento externo y otras aumentaron el déficit fiscal y contribuyeron a agravar los problemas monetarios al ser realizados con emisiones inorgánicas, consideradas como un mal menor.

61. Fueron creados puestos burocráticos también para crear ocupación, especialmente para personal no calificado. Dentro del proceso de ajuste interno a que se han sometido los países para buscar soluciones a las crisis económicas, ha sido necesario reducir tales acciones, a pesar de lo cual varios gobiernos han mantenido o expandido programas de empleo mínimo, como ha sido el caso de Chile, o de subsidio o distribución de alimentos, como lo ha hecho el Brasil.

62. Otros países no han podido hacerlo al tener que orientar ese ajuste interno que contemplan sus acuerdos de contingencia con el FMI una contracción drástica de la demanda, para lo cual han tenido que reducir la cantidad de dinero en circulación y los gastos públicos, no sólo del gobierno central sino de los entes descentralizados, que en muchos países han contribuido en una alta proporción a agravar el déficit público consolidado del Estado. Tales han sido los casos del Perú en donde según información de un documento del Banco Interamericano de Desarrollo,^{16/} las seis principales empresas públicas tuvieron 86% del déficit de operación del sector público en 1982. De acuerdo a la misma fuente ^{16/} en Venezuela 69% de los gastos del sector público se originaban en los entes descentralizados.

63. La repercusión negativa que ha tenido la crisis socioeconómica en el ámbito laboral es muy seria especialmente para los jóvenes que deberían incorporarse cada año a la fuerza de trabajo y cuya estimación es de 9 millones de personas, debido a que el 43.2% de la población actual de la América Latina y del Caribe está dentro del grupo de 15 a 44 años de edad. La mayoría de dicho grupo es de población de 15 a 24 años pero es económicamente activa, debido a que sólo un porcentaje pequeño asiste a centros regulares de enseñanza media, vocacional y superior.

64. El Centro de Proyecciones-Económicas de la CEPAL considera que por la situación prevaleciente hay menor demanda y oportunidades para los jóvenes y para las mujeres, en relación a décadas pasadas, y que se da mayor prioridad a jefes de familia adultos masculinos. El mismo Centro considera también que los cálculos anteriores que se habían hecho para el desempleo son ahora irreales, al ser las tasas mayores que las previstas inicialmente, y también mayor la caída del poder adquisitivo de los salarios para los próximos dos años. Esto repercutirá posiblemente también en forma negativa en las cifras futuras del PIB por habitante y en la distribución equitativa del ingreso nacional en la mayoría de los países de la Región.

65. Otros efectos perjudiciales que ha tenido la crisis socioeconómica se pueden medir a través de la variación de los precios al consumidor medio y obrero urbano (en muy pocos países tienen índices similares para el consumidor rural por dificultades de recopilación) y también por las variaciones de los sueldos y salarios. Para medir la variación de los precios se determina previamente una "canasta básica" de bienes y servicios a que se destinan los egresos familiares, incluyendo artículos básicos de alimentación, de vivienda, educación, salud, y otros de menor cuantía para vestuario, esparcimiento, etc.

66. Según cifras de la CEPAL¹⁷/la variación de los precios al consumidor, como promedio regional, y para el período diciembre de 1982 a diciembre de 1983, fue de 130.4%. El grupo de países de inflación tradicionalmente alta tuvo un promedio de 153.6% y el de inflación tradicionalmente moderada un promedio de 15.7%. Dentro del primer grupo están: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, México, Perú y el Uruguay. Sobre su promedio grupal están Argentina, que tuvo un incremento de precios al por menor de 401.6%; Bolivia con 249.0% y Brasil con 175.2%.

67. En el segundo grupo tuvieron mayores porcentajes que el promedio grupal Ecuador con 65.9% y Trinidad y Tobago con 16.7%. Costa Rica logró reducir drásticamente la inflación surgida a partir de 1981, año en el cual su índice de precios al consumidor medio y obrero tuvo un incremento de 65.1% con relación a la cifra de 1980 y en 1982 ascendió a 81.7%, atribuible básicamente a la variación abrupta que tuvo en 1981 la paridad de su moneda nacional. El colón costarricense pasó de 8.60 a 60.0 en ese

año, para bajar en 1982 a 45 colones por dólar americano y estabilizarse actualmente en esa relación. Las devaluaciones de México, Venezuela y Bolivia también han cambiado abruptamente sus paridades con relación al dólar americano. El peso mexicano pasó de 12.5 pesos por dólar en 1976 a 154 en 1982; el bolívar de alrededor de 4.5 por dólar americano a 11 bolívares de esa moneda; y el peso boliviano que en 1981 tenía una paridad con el dólar americano de 25 a uno, actualmente en el mercado paralelo es de 2.200, aunque la relación oficial es de 500 pesos bolivianos por cada dólar.

68. La paridad monetaria es causa de varios factores, entre otros las reservas monetarias que un país tenga que provienen a su vez de los componentes de la balanza de pagos. A su vez, la paridad afecta la variación de precios, en forma similar a como ésta repercute en las gestiones que hacen los interesados para que se incrementen sus sueldos y salarios ante la pérdida de su poder adquisitivo. En época de crisis los precios tienden a variar más rápido que las remuneraciones, con lo cual, cuando se logran los ajustes la brecha es generalmente mayor que los cambios en el valor de mercado de los artículos.

69. Aunque los programas de ajuste coyuntural tienden a conjurar la aceleración de la inflación, al contener la demanda, si no lo logran, los mayormente perjudicados son quienes dependen de ingresos fijos provenientes de sueldos y salarios, pensiones y jubilaciones o inversiones que reciben interés pasivo fijo, y que no se hayan indexado con las tasas nacionales de inflación. También se perjudican las personas de los estratos menos favorecidos de la sociedad que tienen menor capacidad de defensa, ante situaciones que se deciden en otros niveles y ámbitos en los cuales ellos no participan.

70. La pérdida de la paridad monetaria y el desmejoramiento de las reservas internacionales ha ocasionado para varios países dificultades para la adquisición de medicinas y drogas, equipos y repuestos dedicados a los programas de salud, cuando su origen es foráneo y se restringe por las autoridades monetarias nacionales el otorgamiento de divisas para esas compras y el pago de otros servicios en monedas extranjeras.

71. Los indicadores mencionados son ejemplos no exhaustivos, y no agotan por tanto los análisis de causalidad y de interrelación que se podrían hacer; no existe, además, una línea divisoria precisa entre unos y otros del ámbito político o social, como los que se verán más adelante en el Capítulo II en el cual se incluyen los estudios de los siete países escogidos de la Región.

CAUSAS Y EFECTOS ESTRUCTURALES Y COYUNTURALES, DE AMBITO EXTERNO E INTERNO

72. El término estructural se usa frecuentemente para calificar y definir las causas, factores y efectos permanentes del desarrollo integral, en tanto que la expresión coyuntural se refiere a los mismos aspectos pero temporales. Los primeros son de largo plazo, en tanto que los segundos son de mediano y corto plazos, generalmente de cuatro o menos años.

73. Quienes han profundizado en las causas de la actual crisis socioeconómica la atribuyen básicamente a razones estructurales, incluyendo dentro de ellas lo relacionado con los aumentos de los precios del petróleo por haber sido ese un detonante del proceso en la última década; se han agravado situaciones internas a los propios países por sus características particulares, que tienen sin embargo mucho de común por provenir de factores externos sobre los cuales ellos no tienen dominio, y algunas veces ni siquiera acceso hasta que ya han acontecido; son así más expectadores que actores del mismo. También hay una opinión bastante generalizada, si no unánime, de que hay gran coincidencia entre la crisis estructural y la recesión coyuntural, agravada en muchos países por las altas tasas de inflación.

74. Los mecanismos tradicionales que usaban los gobiernos de los países más desarrollados en el pasado para la reactivación económica, han demostrado ahora no ser suficientes para que, la recuperación que se ha iniciado en 1983 en algunos de ellos se pueda considerar firme y además para generar una fuerza lo suficientemente positiva que beneficie también a los menos desarrollados. Por ejemplo, no ha sido posible alcanzar nuevamente el mismo ritmo de acumulación de capital que había antes de iniciarse el proceso de deterioro último; han perdido eficiencia instrumentos como el crédito; las políticas fiscales, monetarias y comerciales tradicionales, que se aplicaron en los países más desarrollados cuando decrecían la demanda agregada y la producción.

75. Para los mismos países más desarrollados la crisis de los de América Latina y el Caribe puede tener repercusiones negativas, como se ha demostrado para los Estados Unidos de América con la reducción drástica que tuvieron sus exportaciones hacia la Región durante 1981-1983, en una suma de EUA\$21 mil millones, contribuyendo sólo México a esa disminución en EUA\$12 mil millones. Esas cifras han sido dadas a conocer por el Presidente de los Estados Unidos de América en su último informe al Congreso, en enero de 1984.

76. El mismo informe indica que "... siete de los países latinoamericanos más endeudados absorbían un 13.9% de las exportaciones norteamericanas en 1981 y que no se espera que estas pérdidas, provocadas por los ajustes económicos que debieron realizar esos países altamente endeudados, disminuyan mayormente en 1984."^{18/}

77. El déficit de la balanza de transacciones comerciales internacionales de los Estados Unidos de América durante 1983 alcanzó EUA\$60.6 mil millones, habiéndose incrementado en 66% con relación al faltante entre exportaciones e importaciones que tuvo en 1982 y que fué de EUA\$36.4 mil millones; y en 117% con el déficit comercial de 1981, que había sido de EUA\$27.9 mil millones.^{19/} Esa misma fuente informativa indica que las estimaciones preliminares para 1984 son de una diferencia negativa, entre importaciones y exportaciones, de alrededor de EUA\$100 mil millones.

78. Por esa situación hay fuertes presiones de grupos interesados ante los Poderes Ejecutivo y Legislativo de los Estados Unidos de América para que se apliquen restricciones de importación de productos competitivos a los que se fabrican en el país, y cuotas para otros.

79. Esas cifras confirman también la necesidad de la interacción entre los países más desarrollados y aquellos que tienen un menor nivel de desarrollo, orientando los esfuerzos a satisfacer los objetivos de la recuperación dentro de un espíritu de solidaridad y de bien común internacional, así como de justicia y de equidad distributivas del bienestar y de la riqueza.

80. También privilegiando a aquellos países y estratos sociales menos favorecidos, pues "... existe evidencia para afirmar que la calidad de vida en general ha descendido sustancialmente debido a los múltiples efectos de la crisis en la mayoría de los países, en términos reales de los gastos de Educación, Salud y Vivienda realizados en los diversos programas de estabilización y por el debilitamiento de los sistemas de seguridad y bienestar sociales. Lo señalado ha significado que la mayoría de la población tenga menor acceso a bienes y servicios básicos tales como alimentos, vivienda, salud y educación."^{20/}

REPERCUSION DE LA SITUACION SOCIOECONOMICA EN LOS INDICADORES DE SALUD

81. Como se ha indicado en la Introducción de este documento, el propósito principal de la Resolución XX de la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana fue determinar las repercusiones financieras y presupuestales, tanto nacionales como internacionales, que podría tener la actual crisis socioeconómica en la realización del Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales de Salud para Todos en el año 2000; y la solicitud específica que se le hizo al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana fue que continuase examinando la situación en el ámbito económico internacional y la asignación de recursos para salud y sectores afines a nivel nacional e internacional, sobre cambios significativos que pudiesen afectar el cumplimiento de las metas de Salud para Todos en el año 2000.

82. En cumplimiento de ese mandato este Capítulo I ha ofrecido un conjunto de hechos macroeconómicos y sociales de naturaleza global, y en algunos casos, con mención de la situación de los siete países incluidos en un estudio más detallado. El Capítulo II ahondará en otros detalles más específicos de la misma, estableciendo ciertas relaciones en las variaciones de la economía durante el período 1978-1983, y su repercusión en el financiamiento de los programas sociales, con hincapié en los de salud.

83. Evaluar las repercusiones que ha tenido la crisis en la "situación de salud", es decir, en la cobertura, en los servicios de emergencia y en la distribución pormenorizada del financiamiento de los servicios nacionales de salud, demandaría información sobre diversos indicadores y su correlación con datos económicos que no existe, o que no han estado disponibles para los fines y en la oportunidad de la preparación de este documento.

84. Sería necesario, además, distinguir entre insumos, tales como provisión de servicios, distribución de los mismos, porcentaje de cobertura y resultados, o efectos. Los resultados de salud medidos por índices tales como peso del niño al nacer, la mortalidad infantil y de niños menores de cinco años, la morbilidad por malaria, etc., son indicadores de carácter negativo que, sin embargo, permiten medir los avances logrados. Pero los indicadores de "resultados en salud" están afectados no sólo por los insumos en salud, tales como personal y equipo para inmunizaciones, sino también por el mejoramiento del desarrollo y del bienestar social. Por ejemplo, el incremento en el suministro de alimentos en un país que afronta deficiencias de producción, distribución y financiamiento, puede ser el origen de una disminución significativa en la mortalidad infantil.

85. La medición a través de indicadores de resultados se dificulta también debido a otros factores. Existe una correlación directa general entre el PIB y la esperanza de vida al nacer. Sin embargo, dicha correlación no es absoluta como se ha demostrado en varios países, entre ellos en Sri Lanka, al haber logrado altos niveles de salud con per cápitas bajos de ingresos, gracias a la aplicación eficiente de técnicas muy simples de salud pública.

86. Al mismo tiempo que es importante medir en el largo plazo los resultados de la situación socioeconómica, no siempre es práctico predecir el efecto que puede tener el nivel de financiamiento en los logros de salud. Es posible, por otro lado, predecir que el decrecimiento en el financiamiento de los programas de los sectores sociales tendrá resultados negativos en las inversiones del sector de salud y en la tendencia al mejoramiento de la situación de salud; pero no se podría pronosticar que como resultado de esa disminución financiera, la mortalidad infantil no pueda reducirse, o que se acorte la expectativa de vida de la población.

FINANCIAMIENTO BANCARIO MULTILATERAL PUBLICO PARA SALUD

87. Hasta 1978 el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (Banco Mundial) no financiaba directamente programas de salud, sino algunos de sus componentes, tales como agua potable y alcantarillado. A partir de 1979 lo ha venido haciendo en cantidades relativamente pequeñas del total de su cartera de préstamos, puesto que en 1981 y en 1982 dedicó únicamente 0.1% de la misma y en 1983 subió a 0.5%, es decir, alrededor de un medio de un uno por ciento.

88. Durante el último año el total de préstamos dedicados a los sectores sociales alcanzó 9.0% del total de su cartera, de la cual alrededor de 6.0% fueron para obras de agua potable y alcantarillado, casi 3.0% a educación y el resto a salud, incluyendo dentro de estos programas de población, nutrición y los propiamente los directos de salud.

89. Los préstamos para agua potable y alcantarillado aumentaron de 4% en 1982 a esa cifra de casi 6% en 1983 y los destinados a programas de educación bajaron en cambio a menos de 3.0% en 1983, de un 4.0% que eran en 1981 y en 1982.

90. Los países que reciben créditos para sus programas de inversiones deben financiar con recursos nacionales el 90% del costo de las obras, a través de las partidas presupuestales ordinarias provenientes de impuestos o del cobro de tarifas y tasas de servicio que deben pagar los usuarios. Disposiciones similares están contempladas en los acuerdos de contingencia con el FMI, pues ambas instituciones trabajan con similares políticas y normas para el otorgamiento de sus recursos, aunque sus fines sean diferentes. El Banco Mundial está orientado a programas de ajuste estructural de mediano y de largo plazo, más vinculados con el desarrollo económico, razón por la cual 42% de su cartera se dedicó en 1983 a los sectores productivos. El Fondo Monetario Internacional otorga facilidades de crédito a través de los Derechos Especiales de Giro (DEG) para ajustes coyunturales o de emergencia de corto plazo destinados a mejorar la situación de la balanza de pagos y la capacidad de pago del servicio de la deuda externa.

91. El Banco Mundial otorgó al Gobierno del Perú un crédito de EUA\$35 millones para los programas de salud en ese país, y con base en la experiencia que se logre y la evaluación que harán la Administración y el Directorio del respectivo Banco podría ser que otros países tuviesen acceso a préstamos similares. Pero para ello deberían tener muy presente las metas y orientaciones que establece ese organismo en su Informe sobre el Desarrollo Mundial 1983 en cuanto se refiere a:

- el tipo de administración que debería operar en épocas de incertidumbre, que debería ser eficaz y eficiente;

- el mejoramiento de los planes, presupuestos y la evaluación de la ejecución y de los gastos;
- el mejoramiento de los sistemas de información para la administración;
- el mejoramiento de la gestión de las instituciones descentralizadas;
- el mejoramiento de los proyectos y de los programas; y
- la participación de las comunidades organizadas de base de la sociedad nacional.

92. Con relación al ámbito del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), su Fondo de Operaciones Especiales otorga préstamos en condiciones que varían según el tipo de países, por su grado relativo de desarrollo. En el primero están:

a) Bolivia, Ecuador, El Salvador, Haití, Honduras, Guatemala, Guyana, Nicaragua, Paraguay y República Dominicana. Disfrutan de tasas preferenciales de interés, menores que las del mercado y entre 2% y 5% anuales, plazos de 30 a 40 años para la cancelación total de la deuda, con períodos de gracia para las amortizaciones y el pago de intereses. Durante el período 1983-1986 hay EUA\$100 millones para los préstamos de esos diez países, cifra que es insuficiente para atender todas sus necesidades, lo que influye también en que esos países otorguen prioridades a los sectores productivos de la economía;

b) Barbados, Costa Rica, Jamaica, Panamá, Suriname y Uruguay, constituyen el segundo grupo de países. Estos tienen acceso a créditos con una tasa de interés ordinaria, superior a la del anterior grupo de menor desarrollo, tasa que es de alrededor de 11% anual, menos 5 puntos. Los plazos para la cancelación del total de la deuda baja a 15 ó 25 años, y también el período de gracia para el inicio de las amortizaciones y el pago de intereses es menor que el otorgado al primer grupo de países. Para 1983-1986 el monto asignado para el segundo grupo ha sido de EUA\$800 millones.

93. El resto de los países de la Región tiene que usar otros recursos financieros del BID, pero que son menos blandos que para los de los dos primeros grupos, al estar considerados ellos en un nivel más alto de desarrollo económico y de posibilidades financieras propias.

94. Durante 1981-1983 el BID ha destinado de su cartera de créditos EUA\$724 millones para programas y actividades de salud, incluyendo dentro de los préstamos los relacionados con agua potable, alcantarillado y mejoramiento del ambiente. Esos recursos se han distribuido por años y relaciones con el total de la cartera bancaria del BID, así:

1981 EUA\$208 millones, con un 8.3% del total de la cartera
1982 EUA\$245 millones, con un 8.9% del total de la cartera
1983 EUA\$271 millones, con un 8.9% del total de la cartera

95. Con razón, o sin ella, existe un criterio bastante generalizado en el seno de los organismos multilaterales y bilaterales de financiamiento y de colaboración técnico-financiera, de que los sectores sociales--y dentro de ellos se incluye al de salud--no tienen una buena gestión, o que son susceptibles de grandes mejoras administrativas para lograr un aprovechamiento óptimo de los recursos económicos que manejan. Se ha sugerido en el mismo ámbito financiero que el sector de salud debería generar ahorros y aprovechar en mejor forma los recursos que tiene a fin de que pueda aspirar a un financiamiento externo más amplio.

96. Se ha afirmado que el cumplimiento de SPT/2000 constituye no solo una labor sustantiva del ámbito médico o paramédico, sino que debe ser entendido como un logro de naturaleza económica:

"La concepción de la atención primaria como una estrategia para alcanzar SPT/2000 debe cumplir con los requisitos de impacto, equidad, eficiencia social, participación social, articulación intersectorial y cooperación entre los países. Se basa en esencia en el reconocimiento de que, alcanzar 'Salud para Todos' cumpliendo los requisitos mencionados, constituye un típico problema económico. Tal es la escasez relativa de recursos de uso múltiple y alternativo para satisfacer objetivos y necesidades múltiples de una sociedad dada, constituida por diferentes grupos humanos con desiguales oportunidades para expresar y satisfacer sus necesidades y aspiraciones específicas, en un espacio y momento histórico. La 'atención primaria' se constituye en una estrategia porque propone resolver el problema mencionado, mediante una determinada manera de apropiar, recombinar, reorganizar y reorientar todos los recursos (disponibles y previsibles) de todo el sector salud para satisfacer las necesidades y aspiraciones (en el área de salud) de toda la sociedad, debidamente jerarquizados en función de los requisitos de la Meta y de los objetivos regionales ya mencionados.

Desde una perspectiva estrictamente 'técnico-administrativa', la posibilidad de esta estrategia se fundamenta en la hipótesis, comprobada empíricamente, de que es posible resolver, con eficacia satisfactoria, determinados conjuntos de problemas de salud con combinaciones de recursos según ciertas tecnologías (funciones de producción) de distinta complejidad y, por lo tanto, con distinto costo social. Se plantea que existe una correspondencia entre la complejidad de los problemas de salud y la complejidad (y costo social) de las funciones de producción capaces de resolverlos.

Por otra parte, la comprobación empírica también sustenta la hipótesis de que los problemas de salud de menor complejidad tienen mayor frecuencia relativa que los más complejos. Se deduce así la posibilidad de satisfacer los problemas de salud de una población dada organizando 'niveles de atención' que minimicen el costo social de la satisfacción del conjunto de sus necesidades. De esta manera, la atención primaria entendida como estrategia, implica la organización de los servicios en base a niveles de atención, pero en modo alguno puede restringirse a un solo nivel, considerado mínimo".^{21/}

Notas bibliográficas del Capítulo I

^{1/}Comisión Económica para la América Latina, Cuadro 3, América Latina: Evolución del Producto Interno Bruto por habitante, a precios de mercado de 1970. Los datos de 1983 son estimaciones previas sujetas a revisión y las variaciones de 1981-1983 corresponden a las acumuladas en el mismo período. Documento E/CEPAL/G.1279, p.33.

^{2/}Alejandro Foxley y Dagmar Raczynski, Corporación de Investigaciones Económicas para América Latina, (CIEPLAN), Grupos Vulnerables en Situaciones Recesivas: El caso de los niños y jóvenes en Chile, Santiago de Chile, 1983, pp 31 y 32.

^{3/}Roberto Macedo, The Economic Crisis and the Welfare of Brazilian Children: A Case Study of the State of Sao Paulo, UNICEF, junio de 1983, pp 43, 44 y 47. Traducción libre del documento del inglés por la OSP.

^{4/}James P. Grant, Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Estado Mundial de la Infancia 1984, p6.

^{5/}James P. Grant, loc cit. p 6.

^{6/}James P. Grant, ibidem, p12.

^{7/}Noveno Período de Sesiones del Comité de Expertos de Alto Nivel (CEGAN), Documento de Trabajo, Montevideo, 18 al 20 de enero de 1984, sn/p.

^{8/}Doctor Enrique V. Iglesias, Secretario Ejecutivo de la Comisión Económica para la América Latina, Síntesis Preliminar de la Economía Latinoamericana durante 1983, Documento E/CEPAL/G.1279, p 30.

^{9/}Doctor Enrique V. Iglesias, loc cit., p 29.

^{10/}Lic. Antonio Ortíz Mena, Presidente del Banco Interamericano de Desarrollo, The Economic Crisis: Looking beyond emergency measure to long-term needs, FOCUS, January 1984, p 5.

^{11/}Lic. Antonio Ortíz Mena, loc cit., p 6.

- 12/Lic. Antonio Ortíz Mena, *ibidem*, p 7.
- 13/Lindley H. Clark Jr., *A remembrance of interest rates-and an Editor-Past*, The Wall Street Journal, 5 de julio de 1983, p 23.
- 14/Organización Mundial de la Salud/UNICEF, Informe Conjunto del Director General de la OMS y del Director Ejecutivo de la UNICEF, Atención Primaria de la Salud, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, Alma-Ata (URSS) 6-12 de setiembre de 1978, pp15 y 16.
- 15/Doctor Enrique V. Iglesias, *passim*, Cuadro 4, América latina: Evolución del Desempleo Urbano, p 34.
- 16/Banco Interamericano de Desarrollo, *Economic and Social Development Department, External Debt and Economic Development of Latin America, Background and Perspectives, Special Study: Public Sector, Size, Structure and Trends*, Estudio realizado por Luisa Carballo-Raines y Débora E. Rogers, January 1984, p 91.
- 17/Doctor Enrique V. Iglesias, *supra*, Cuadro 5, América Latina: Evolución de los precios al consumidor, sn/p.
- 18/Banco Interamericano de Desarrollo, Informaciones recibidas por teletipo, 2 de febrero de 1984, p 1.
- 19/The Washington Post, *Trade Deficit for 1983 Hits \$606 Billion*, February 8, 1984.
- 20/Comisión para América Latina, Noveno Período de Sesiones de CEGAN, loc cit., sn/p.
- 21/Manual sobre el Enfoque de Riesgo en la Atención de Salud, Medellín, Colombia, 1-10 de marzo de 1984, Tomo I, Capítulos I-IV, pp 7, 8 y 9.

CAPITULO II. TENDENCIAS SOCIOECONOMICAS EN ALGUNAS NACIONES
LATINOAMERICANAS Y DEL CARIBE.

97. El Capítulo anterior tuvo por objeto describir con algún grado de detalle la actual crisis económica que sufren los países de América Latina y del Caribe. Se ha referido en términos generales a la naturaleza y extensión de las condiciones en que se encuentra el desarrollo socioeconómico y el sector salud en particular. En este capítulo, el análisis se limita al estudio de siete países en especial: Argentina, Brasil, Costa Rica, Jamaica, México, Perú y Santa Lucía. Aunque estos países no constituyen una muestra representativa de la Región, hay que recordar que en ellos vive el 60 por ciento de la población latinoamericana y del Caribe. Por lo tanto, aunque no es posible generalizar con precisión científica las experiencias de este grupo de países a toda la Región, tampoco se puede desconocer que lo que ha pasado en ellos representa posiblemente las experiencias del resto de los países. Los siete países incluidos en este Informe fueron elegidos por una serie de razones. En lo que a Argentina, Brasil y México respecta, estos son los países de mayor tamaño en la zona y en ellos vive alrededor del 52 por ciento de la población de la Región. Además como países grandes ellos enfrentan problemas de salud y de recursos financieros distintos en magnitud y naturaleza que los otros menos desarrollados y más pequeños. En lo que respecta a Perú, éste fue elegido por ser un país miembro del área Andina y por el hecho de que es un país que enfrenta graves problemas en su desarrollo, problemas que deben también estar presentes en este Informe. Costa Rica, una nación pequeña y relativamente desarrollada, fue seleccionada como parte del área centroamericana, cuyas características difieren del resto de la zona. Jamaica es la nación más desarrollada de habla inglesa en el Caribe y Santa Lucía está entre las más pequeñas.

98. Antes de proseguir con el análisis, es necesario hacer una advertencia. En muchos casos no se contaba con los datos necesarios o de haberlos, estos eran tan tentativos que su valor era absolutamente marginal. (Una lista completa de los datos que fueron requeridos a los países se encuentra en el Anexo II.) Por carencia de datos fue a menudo imposible la presentación de cifras comparables para todos los países. Por esa razón se ha debido limitar el análisis a los principales aspectos de interés del financiamiento público y privado del sistema de salud en América Latina y el Caribe entre los años 1978 y 1982. Los diversos países serán analizados en términos individuales mientras que las conclusiones referentes al grupo en su totalidad se incluirán en el Capítulo IV.

99. Al igual que en el caso de los planes nacionales, los fondos presupuestados para salud son sin duda representativos de las intenciones de la política de salud, pero no son útiles para la evaluación del compromiso real y resultado de su aplicación. Sí lo es el análisis de los gastos. Por lo tanto el análisis se concentra casi exclusivamente en el gasto público y, cuando ha sido posible, en el gasto privado en salud y actividades relacionadas con salud. Cabe agregar que como era de esperar, hubo algunos problemas de definición. Así, por ejemplo, el sector salud fue definido de una manera diferente en las distintas naciones del grupo. Se hicieron esfuerzos para establecer definiciones uniformes y facilitar el análisis comparativo; sin embargo esto fue muy difícil. Consecuentemente las comparaciones entre los distintos países del grupo, aunque no imposibles, han sido bastante complicadas.

Las economías y el gasto público

100. Los indicadores macroeconómicos que aparecen en el Cuadro 2.1 muestran algunas características comunes para los siete países del grupo. Argentina, Jamaica, Perú, México y Costa Rica registran reducciones en el Producto Interno Bruto (PIB) en comparación con el último año para el cual existen datos. Los dos otros países considerados en el estudio, es decir, Brasil y Santa Lucía, muestran pequeños incrementos. Sin embargo, con la excepción de Jamaica, la tendencia durante los cinco años en revisión, 1978-1981, ha sido de incremento del PIB, particularmente en el caso de Costa Rica. Si las cifras de 1978 se comparan con las de 1982, la diferencia neta es positiva. Sin duda el impactó de la crisis económica regional y mundial, la recesión y los graves problemas de deuda externa se reflejan en los datos correspondientes a 1982, que muestran un descenso respecto al año anterior. Una vez más es interesante ver el caso de Costa Rica, que habiendo experimentado un crecimiento gradual desde 1978 (a pesar de que el porcentaje de crecimiento había disminuido en algo), sufrió un descenso dramático de su PIB de 0.8% en 1981 a -9.9% en 1982. En Perú tuvo lugar un descenso de 3.4% a 6.4%.

101. En lo que respecta al PIB per cápita, que es un indicador más sensible de las vicitudes económicas, ciertamente desde una perspectiva más humana, el patrón de desarrollo es menos alentador, como se evidencia en el Cuadro 2.2. En comparación con el año anterior para el que hay datos, el PIB per cápita disminuyó en todos los países con la excepción de Santa Lucía. Por tanto aunque el cuadro económico general en algunos países no muestre reducciones continuas en términos macroeconómicos, el análisis del PIB per cápita sugiere que el incremento de la población en conjunto, con los problemas económicos mundiales, han compensado los pequeños aumentos en términos macroeconómicos que se hubieran podido lograr. Esto no es tan sorprendente dada la magnitud del descenso del PIB regional, como se evidencia en las estadísticas del Capítulo I. En efecto, considerando el tamaño de la deuda externa y el nivel de desempleo podría esperarse una situación aún peor.

Cuadro 2.1

MONTO Y PORCENTAJE DE LOS INCREMENTOS EN EL PIB
(a precios constantes de 1978, en millones de moneda nacional)

PAIS	AÑO									
	1978		1979		1980		1981		1982	
	MONTO	%	MONTO	%	MONTO	%	MONTO	%	MONTO	%
ARGENTINA	5179800	...	5359253	3.5	5405823	0.9	5114706	-5.4	...	...
BRASIL	3729700	...	4054191	8.7	4251849	4.9	4147921	-2.4	4203630	1.3
COSTA RICA	30193	...	31674	4.9	32107	1.4	32353	0.8	29145	-9.9
JAMAICA	3763	...	3708	-1.5	3506	-5.4	3593	2.5	3481	-3.1
MEXICO	2337398	...	2541447	8.7	2729268	7.4	2791758	2.3	2786213	-0.2
PERU	1672307	...	1743146	4.2	1777860	2.0	1837482	3.4	1720791	-6.4
SANTA LUCIA	187	...	214	14.4	211	-1.7	215	2.3	...	...

NOTA: Precios constantes para todo el Capítulo II calculados de datos oficiales

102. Surgen algunas preguntas sobre ¿cuál ha sido el efecto de lo anterior en el gasto público de los siete países en cuestión? ¿Cómo han podido los diversos países responder a las demandas de la población, especialmente en salud, en tiempos de dificultades económicas? Una vez más el panorama es diverso dependiendo de los países en cuestión.

103. Argentina, Brasil, Costa Rica y Jamaica muestran disminuciones en el gasto público per cápita, que van desde un 24% de reducción en Argentina a solo 2% en Jamaica, como se evidencia en el Cuadro 2.4.

Cuadro 2.2

PRODUCTO GEOGRAFICO BRUTO PER CAPITA
(precios constantes de 1978)

PAIS	AÑO				
	1978	1979	1980	1981	1982
ARGENTINA	192558	196238	195086	182083 ^{a/}	...
BRASIL	33024	35028	35847	34125	33775
COSTA RICA	14242	14596	14270	14246	12683
JAMAICA	1775	1724	1616	1619 ^{b/}	1533 ^{c/}
MEXICO	35724	37696	39355	38828	38146
PERU	99424	100818	99992	97785	89082
SANTA LUCIA	1561	1785	1755	1795	...

^{a/}Datos preliminares

^{b/}Estimaciones revisadas

^{c/}Estimaciones

104. Las estadísticas más interesantes son las de México y Perú. Mientras que el PIB de los dos países disminuyó en el último año para el que hay datos, los gastos generales y per cápita del Gobierno Central fueron incrementados. En lo que a México respecta, los gastos del gobierno sufrieron un incremento extraordinario, de 25,7%* entre 1981 y 1982, lo cual es sorprendente considerando la situación de deuda externa del país y las condiciones impuestas por el acuerdo con el Fondo Monetario Internacional, que requería una disminución de un 8% en el déficit de Balanza de Pagos, del 16% del PIB al 8% en el año 1984. En lo

que respecta a Perú el aumento en los gastos de 7,7% no es tan dramático como en el caso de México, pero aún bastante significativo para un país con una gran deuda externa y repetidos desastres naturales que han destruído gran parte de la cosecha agrícola y piscicultura. A pesar de ello el PIB peruano experimentó un alza cada año entre 1978 y 1981(ver Cuadro 2.4), cosa que de alguna manera permite explicar el alza en gasto público. Este, sin embargo, no es el caso de México, en que el PIB disminuyó mientras los gastos públicos aumentaron (ver Cuadros 2.3 y 2.2).

Cuadro 2.3

GASTOS TOTALES DEL GOBIERNO CENTRAL
(1978 precios constantes en millones)

PAIS	AÑO				
	1978	1979	1980	1981	1982
ARGENTINA	829976	817215	718636	648620	498196
BRASIL ^{a/}	...	1355821	1631272	1537243	1506556
COSTA RICA	16734	18389	20140	19454	17372
JAMAICA	1229	1537	1282	1641	1645 ^{b/}
MEXICO	937834	1071809	1352043	1445487	1816458
PERU	225070	189803	255379	275077	...
SANTA LUCIA	...	...	...	71	84

^{a/}Gastos del Gobierno Federal solamente (y para todos los Cuadros subsiguientes).

Excluye transferencias del presupuesto de la Unión y sanidad. Incluye outlays de INAMPS y del Presupuesto Monetario, incluyendo subsidios para crédito y suministros.

^{b/}Estimaciones

*Este gran crecimiento en el presupuesto mexicano puede deberse en parte a incrementos substanciales en el rubro de Finanzas y Crédito Público, rubro que incluye el servicio de la deuda pública. En 1979 este rubro del presupuesto creció sólo 0.85%. En 1980, cuando la magnitud de la deuda mexicana se hacia aparente, el aumento fue del 11%. Si a lo anterior se agrega el rubro de Deuda Pública, los porcentajes anteriores se transforman en 14.4 y 20.6. Mayor testimonio del impacto del servicio de la deuda pública en el crecimiento de los gastos federales se evidencia en las estadísticas para 1981, en que el incremento en los rubros de Deuda Pública, Finanzas y Crédito Público fue de un 24.3%. En 1982 de un 36.0%.

Cuadro 2.4

GASTO PER CAPITA DEL GOBIERNO CENTRAL
(precios constantes 1978)

PAIS	AÑO				
	1978	1979	1980	1981	1982
ARGENTINA	30854	29924	25934	23091	17524
BRASIL	...	11714	13753	12647	12105
COSTA RICA	7894	8474	8951	8566	7560
JAMAICA	580	715	591	739	724
MEXICO	14333	15897	19496	20104	24869
PERU	13381	10978	14363	14639	...
SANTA LUCIA	...	...	...	591	702

105. Jamaica, al igual que México, muestra un crecimiento del gasto público a la vez que una disminución del PIB. En lo que a Brasil respecta se observa lo contrario. El PIB creció levemente, mientras que los gastos federales disminuyeron marginalmente. En Argentina y Costa Rica ambos indicadores disminuyeron, en cambio en Santa Lucía, al igual que en Perú, el PIB y los gastos aumentaron simultáneamente. En resumen, es muy difícil establecer cuáles serán las tendencias de mediano o corto plazo. Tendrá que pasar más tiempo desde el inicio de la crisis económica, para que se pueda visualizar el impacto en el gasto público, especialmente en el sector de salud.

106. Otra forma de enfrentar el análisis del compromiso del sector público es analizar el gasto público como porcentaje del PIB (ver Cuadro 2.5). En efecto, el panorama es un poco más claro que lo que ha sido hasta ahora. Argentina ha experimentado desde 1978 una baja continua en el porcentaje del PIB destinado a gasto público, mientras que México ha sufrido un prolongado incremento, más marcado aún entre 1981 y 1982. Esto complementa la información otorgada por los Cuadros 2.2 y 2.3. Jamaica ha ido también incrementando el porcentaje de gasto público en general en el mismo período. En lo que a Brasil respecta, el porcentaje más alto de gasto público tuvo lugar en 1980 y disminuyó levemente en 1981 y luego nuevamente en 1982. Lo mismo sucedió con Costa Rica. Estas estadísticas nuevamente reiteran la situación que ya se estaba manifestando anteriormente acerca de la necesidad de un análisis individual por país. Lo más notable sobre las estadísticas del Cuadro 2.5 son las disparidades dentro y entre los diversos países. Así, México y Costa Rica muestran un apoyo fuerte al sector público, mientras que Argentina y

Cuadro 2.5

GASTO DEL GOBIERNO CENTRAL COMO PORCENTAJE DEL PIB
(en millones de dólares)

PAIS	AÑO									
	1978		1979		1980		1981		1982	
	GASTO	PBI %	GASTO	PBI %	GASTO	PBI %	GASTO	PBI %	GASTO	PBI %
ARGENTINA	829976	16.0	817215	15.2	718636	13.3	648620	12.7	498196	...
BRASIL	...	...	1355821	33.4	1631272	38.4	1537243	37.1	1506556	35.8
COSTA RICA	16734	55.4	18389	58.1	20140	62.7	19454	60.1	17372	59.6
JAMAICA	1229	32.7	1537	41.5	1282	36.6	1641	45.7	1645	47.2
MEXICO	937834	40.1	1071809	42.2	1352043	49.5	1445487	51.8	1816458	65.2
PERU	225070	13.5	189803	10.9	255379	14.4	275077	15.0	...	...
SANTA LUCIA	...	...	...	...	...	...	71	32.9	84	...

Perú revelan un compromiso más tenue, al menos en lo que respecta a porcentaje del PIB dedicado al gasto público. Sin duda que hay muchas y complejas razones que explican las diferencias, pero un análisis de ellas escapa al objetivo de este Informe. El hecho es que los gastos públicos relativos varían ampliamente de un país a otro.

El Sector Social

107. Habiéndose examinado las modalidades principales de gasto público de los siete países en cuestión, cabe la siguiente pregunta: ¿qué conclusiones se pueden sacar en lo que respecta a la contribución para el sector social en los diversos países? El gasto per cápita del sector social--para los países en que existen las estadísticas--muestra un crecimiento en cuatro de ellos, al menos entre los últimos dos años para los que hay datos (ver Cuadro 2.6). Sin embargo, para el período 1978-1982 sólo México registró un crecimiento marcado y constante en el gasto en términos absolutos, a la vez que reveló un descenso continuo en el nivel de gasto del sector social como porcentaje del gasto total del Gobierno Central. Si se compara el gasto per cápita del sector social para el año 1978 con el del último año para el cual hay datos, sólo Jamaica y México muestran aumento. Si se miran los datos de los últimos dos años en el Cuadro, se advierte que tanto Argentina como Costa Rica experimentaron reducciones sustanciales en el gasto social per cápita. En lo que se refiere al resto de los países analizados, muestra diversidad de comportamiento de los indicadores.

108. El Cuadro 2.7, que presenta al gasto del sector social como porcentaje tanto del PIB como de los gastos totales del gobierno central, ofrece evidencia adicional en lo referente al comportamiento variable de los indicadores económicos y fiscales. Argentina y Costa Rica permanecen iguales en las tendencias ya descritas en los capítulos anteriores, referentes a su comportamiento económico y financiero. En ambos casos hay una reducción más pronunciada del gasto del sector social entre 1981 y 1982.

109. En lo que respecta a Brasil, existe a partir de 1980 una tendencia a la reducción de los niveles de gasto total federal y del PIB per cápita. Actualmente se evidencia una alza modesta en el gasto social en relación a estos mismos indicadores. En cuanto a México, las estadísticas mencionadas habían demostrado una fuerte orientación a las actividades del sector público; sin embargo, actualmente experimentan una reducción del gasto social como porcentaje del gasto público total. Al mismo tiempo el nivel de gasto social ha aumentado en relación al PIB. Esta anomalía aparente puede explicarse por el hecho de que el PIB ha crecido más lentamente que el gasto del sector social.

Gastos en Salud

110. Los gastos de los ministerios de salud como porcentaje del PIB reflejan una situación mixta, como se puede ver en el Cuadro 2.9. Según se ha indicado, Argentina y Costa Rica muestran decrecimientos. En los

Cuadro 2.6

GASTO PER CAPITA DEL SECTOR SOCIAL
(a precios constantes de 1978)

PAIS	AÑO				
	1978	1979	1980	1981	1982
ARGENTINA ^{a/}	8180	8610	10811	9164	6267
BRASIL ^{b/}	908	877	777	865	867
COSTA RICA ^{c/}	2121	2797	2707	2197	1484
JAMAICA ^{d/}	199	229	213	...	218 ^{h/,i/}
MEXICO ^{e/}	2729	2859	3060	3126	3345
PERU ^{f/}	3853	3202	3292	3328	...
SANTA LUCIA ^{g/}	...	...	...	...	282

^{a/} Los sectores sociales incluyen partidas presupuestarias de los Ministerios de Cultura y Educación, Salud y Bienestar Social (por ejemplo, Seguridad Social, Trabajo y Vivienda, Deportes y Recreación, Promoción Social y otras instituciones no especificadas).

^{b/} Los sectores sociales incluyen los Ministerios de Salud y Saneamiento, Educación y Cultura, Trabajo, Vivienda y Asuntos Urbanos y Bienestar Social.

^{c/} Los sectores sociales incluyen los siguientes sectores: Salud, Educación, Trabajo y Seguridad Social, Vivienda y Asentamientos Humanos, Cultura y Recreación.

^{d/} Los sectores sociales incluyen los siguientes Ministerios: Salud, Vivienda, Trabajo, Gobierno local (y Desarrollo de la Comunidad), Educación, Seguridad Social.

^{e/} Los sectores sociales incluyen los siguientes sectores: Educación Pública, Salud y Bienestar, Trabajo y Seguridad Social y también otras "instituciones y empresas públicas controlables".

^{f/} Los sectores sociales incluyen los Ministerios de Salud, Educación y Trabajo.

^{g/} El sector social incluye los Ministerios de Salud y Educación.

^{h/} Excluye a los Ministerios de Vivienda y Trabajo.

^{i/} Estimaciones revisadas.

Cuadro 2.7

GASTO DEL SECTOR SOCIAL COMO PORCENTAJE DE LOS GASTOS
 TOTALES DEL GOBIERNO CENTRAL(en millones de dolares)

PAIS	AÑO									
	1978		1979		1980		1981		1982	
	GASTO	SS %	GASTO	SS %	GASTO	SS %	GASTO	SS %	GASTO	SS %
ARGENTINA	220050	26.5	235135	28.8	299559	41.7	257428	39.7	178168	35.8
BRASIL	102515	...	101511	7.5	92186	5.7	105125	6.8	107901	7.2
COSTA RICA	4497	26.9	6069	33.0	6092	30.2	4990	25.7	3411	19.6
JAMAICA	423	34.4	493	32.1	461	36.0	225	13.7	494	30.1
MEXICO	178577	19.0	192754	18.0	212220	15.7	224754	15.5	244341	13.5
PERU	99490	28.8	89970	29.2	102920	22.9	113535	22.7	...	...
SANTA LUCIA	...	...	...	...	...	...	...	...	34	40.2

Cuadro 2.8

GASTO SOCIAL COMO PORCENTAJE DEL PIB

PAIS	AÑO				
	1978	1979	1980	1981	1982
	%	%	%	%	%
ARGENTINA	4.2	4.4	5.5	5.0	...
BRASIL	2.7	2.5	2.2	2.5	2.6
COSTA RICA	14.9	19.2	19.0	15.4	11.7
JAMAICA	11.2	13.3	13.2	6.3	14.2
MEXICO	7.6	7.6	7.8	8.1	8.8
PERU	3.9	3.2	3.3	3.4	...
SANTA LUCIA	...	...	...	...	...

otros países han ocurrido ligeros incrementos entre 1978 y 1982. La única excepción notable es Santa Lucía. Sin embargo, este país parece estar cerca del cumplimiento de las metas de SPT/2000, que podría ser una explicación para esa disminución. El mismo Cuadro presenta gastos públicos para seguridad social como porcentaje del PIB. Es interesante observar que Argentina, Brasil y Costa Rica tuvieron un pequeño aumento según este indicador. De hecho, solo Jamaica y México revelan un decrecimiento, aunque ligero, entre 1978 y 1982. Para México este es uno de los pocos indicadores negativos entre una serie de medidas que de otra manera describen una tendencia relativamente positiva. En el caso del Perú habría que hacer una mención especial, ya que los indicadores para este país muestran hasta ahora un nivel relativamente bajo de aportación al sector social. Sin embargo, las estadísticas incluidas en los Cuadros 2.9 a 2.11 muestran una contribución un poco mayor a salud y seguridad social que lo que se habría podido esperar para los datos anteriores. Tanto en su porcentaje en relación al total del sector social, como en lo que respecta a su nivel y porcentaje del gasto del gobierno central.

111. Si nos referimos a las cifras relativas a seguridad social en particular la situación es aún más clara. Tal como ya se había indicado anteriormente, en México ha sucedido lo contrario; mientras que en el presupuesto y en los gastos per cápita se ha evidenciado un aumento en lo relativo al apoyo del sector salud, los indicadores muestran una continua reducción a partir de 1978, al comparar los gastos del sector salud en relación al gasto del sector social en su conjunto y a los gastos del Gobierno Central. El resto de los países muestra incrementos, aunque en la mayoría de los casos muy modestos. Cabe agregar además que no todos

los costos de seguridad social necesariamente tienen relación con el sector salud. Los datos de seguridad social de Costa Rica y México corresponden únicamente a salud; infortunadamente no fue posible separar los porcentajes de la parte de los gastos de seguridad social de aquellos que correspondían a gastos de salud para el grupo en su conjunto. Por esta razón cualquiera interpretación de los datos debe ser condicionada a tal salvedad.

112. Como lo evidencia el Cuadro 2.10 el sector de salud y el relativo a seguridad social muestran las mismas tendencias que los indicadores anteriores en relación al porcentaje de gasto total del Gobierno Central. En cambio, si se analizan separadamente los gastos del Ministerio de Salud, sin incluir los de seguridad social, esta situación no es tan evidente. Estos muestran una reducción en Perú, Jamaica y Santa Lucía. Lo mismo pasa con Argentina y Costa Rica, cosa que se venía evidenciando en los capítulos anteriores. En cuanto a Brasil, se visualiza una pequeña tendencia al alza. Cuando se incluyen los gastos de seguridad social en el análisis las tendencias aparecen más familiares en relación a las tendencias expuestas en capítulos anteriores. Las reducciones más significativas son las que han ocurrido en México y Jamaica. Cabe hacer notar que en los casos en que se produjo un incremento en los gastos públicos totales y en el gasto del sector social en particular, los gastos del sector salud no mostraron la misma modalidad. Esta sin duda es una información que no deja de inquietar a aquellos que trabajan en el sector de salud. En lo que a Jamaica respecta esta conclusión se ve atenuada por dos hechos: Primero, el grado de reducción es pequeño. Segundo, es aún muy temprano para poder establecer si realmente se trata de una tendencia o si simplemente es un cambio de uno o dos años dentro de un ciclo más positivo.

113. En lo que a México concierne, podría existir mayor razón para inquietarse, ya que la reducción ha sido sostenida desde 1978. Esta preocupación se atenúa al analizar los datos del Cuadro 2.12 que evidencian un crecimiento en lo que se refiere a gasto per cápita en salud y a seguridad social.

114. Las tendencias demostradas por los indicadores de Argentina y Costa Rica también dan lugar a preocupación. Argentina ha estado gastando progresivamente menos en salud a partir de 1978, en proporción a los gastos totales del sector social. Como el Cuadro 2.11 lo demuestra, Brasil también ha evidenciado una reducción significativa, en 1980 y 1982, en los gastos de salud y seguridad social como porcentajes del gasto social global. La situación de Jamaica ha variado en el tiempo. Con la excepción de México la otra sorpresa es Costa Rica, que hasta ahora ha mostrado una reducción constante en los indicadores de los gastos en salud. Sin embargo, cuando se miden estos en función de los gastos totales del sector social, Costa Rica lo hace mucho mejor que otros miembros del grupo, revelando una proporción creciente de los gastos de salud dentro de los gastos del sector social en su conjunto.

Cuadro 2.9

GASTOS COMBINADOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y DEL
MINISTERIO DE SALUD COMO PORCENTAJE DEL PIB

PAIS	AÑO														
	1978			1979			1980			1981			1982		
	MS	SS	TOTAL	MS	SS	TOTAL	MS	SS	TOTAL	MS	SS	TOTAL	MS	SS	TOTAL
ARGENTINA	0.5	0.9	1.4	0.8	0.9	1.7	0.4	1.0	1.4	0.3	1.1	1.4	...	...	...
BRASIL ^{a/}	0.2	1.2	1.4	0.2	1.2	1.3	0.1	1.1	1.3	0.1	1.3	1.4	0.2	1.2	1.4
COSTA RICA	1.0	5.5	0.5	1.2	6.0	7.2	1.3	6.2	7.4	1.3	5.6	6.9	0.9	4.0	5.6
JAMAICA	2.4	0.2	2.6	2.5	0.4	3.0	2.3	0.5	2.8	...	0.1	...	3.0	0.3	3.3 ^{b/}
MEXICO	0.5	3.3	3.8	0.4	3.2	3.6	0.5	3.1	3.5	0.5	3.0	3.6	0.5	3.3	3.8
PERU	1.0	2.1	3.0	1.0	2.0	3.0	1.0	2.5	3.5	1.0	2.8	3.8	1.2	2.0	4.0
SANTA LUCIA	10.7	...	...	0.0	...	...	4.9	...	...	5.1	...	...	...	...	...

^{a/}No incluye gastos de saneamiento.

^{b/}Cálculo basado en cifras estimadas.

Cuadro 2.10

GASTOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y DE SEGURIDAD SOCIAL
 COMO PORCENTAJE DE LOS GASTOS DEL GOBIERNO CENTRAL

PAIS	AÑO														
	1978			1979			1980			1981			1982		
	MS	SS	TOTAL	MS	SS	TOTAL	MS	SS	TOTAL	MS	SS	TOTAL	MS	SS	TOTAL
ARGENTINA	3.0	5.5	8.4	5.0	6.0	11.0	2.9	7.6	10.5	2.5	8.3	10.8	2.2	6.8	9.0
BRASIL	...	...	...	0.5	3.5	4.0	0.4	2.9	3.3	0.4	3.4	3.8	0.4	3.2	3.6
COSTA RICA	1.9	9.9	11.8	2.0	10.3	12.3	2.0	9.8	11.8	2.1	9.4	11.5	1.6	7.8	9.4
JAMAICA	7.3	0.7	8.0	6.1	1.0	7.1	6.4	1.3	7.7	...	0.2	...	6.3	0.7	7.0
MEXICO	1.2	8.2	9.4	1.0	7.6	8.6	0.9	6.2	7.1	1.0	5.9	6.9	0.8	5.1	5.9
PERU	7.2	15.4	22.6	8.9	18.2	27.1	6.9	17.4	24.3	6.6	18.5	25.1	...	...	...
SANTA LUCIA	...	...	...	...	...	...	...	...	...	15.6	...	...	13.6	...	...

Cuadro 2.11

GASTOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y DE SEGURIDAD SOCIAL
COMO PORCENTAJE DEL GASTO DEL SECTOR SOCIAL.

PAIS	AÑO														
	1978			1979			1980			1981			1982		
	MS	SS	TOTAL	MS	SS	TOTAL	MS	SS	TOTAL	MS	SS	TOTAL	MS	SS	TOTAL
ARGENTINA	11.2	20.6	31.8	17.4	20.8	38.3	7.1	18.2	25.3	6.3	20.9	27.3	6.2	19.1	25.2
BRASIL	6.3	45.3	51.6	6.1	47.1	53.2	6.4	51.5	57.9	5.2	49.8	55.0	6.1	44.9	50.9
COSTA RICA	7.0	36.8	43.8	6.2	31.2	37.4	6.6	32.5	39.1	8.3	36.6	44.8	8.0	39.6	47.6
JAMAICA	21.2	2.1	23.3	19.0	3.2	22.2	17.7	3.5	21.3	...	1.5	...	21.1	2.3	23.4
MEXICO	6.4	42.9	49.4	5.4	42.5	47.9	5.8	39.5	45.3	6.4	37.7	44.1	5.7	38.2	43.9
PERU	16.4	34.9	51.2	18.7	38.5	57.2	17.1	43.1	60.3	16.0	44.9	60.9	...	...	...
SANTA LUCIA	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	33.9	...	...

Cuadro 2.12

GASTO PER CAPITA EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
(a precios constantes de 1978, en moneda nacional)

PAIS	AÑO														
	1978			1979			1980			1981			1982		
	MS	SS	TOTAL	MS	SS	TOTAL	MS	SS	TOTAL	MS	SS	TOTAL	MS	SS	TOTAL
ARGENTINA	919	1686	2605	1501	1793	3294	763	1969	2733	582	1916	2498	387	1194	1581
BRASIL	58	411	468	53	413	467	50	400	450	45	430	475	52	389	442
COSTA RICA	149	780	929	174	872	1045	179	880	1059	181	804	985	118	588	707
JAMAICA	42	4	46	44	7	51	38	8	45	...	2	...	46	5	51
MEXICO	176	1172	1348	153	1216	1369	178	1207	1386	199	1179	1379	191	1277	1468
PERU	968	2062	3030	976	2001	2977	992	2496	3489	965	2714	3679	1076	2455	3531
SANTA LUCIA	168	...	...	...	...	...	86	...	...	92	...	...	96	...	...

115. Por último, pareciera importante examinar los datos que aparecen en el Cuadro 2.12 referentes al gasto per cápita en salud y seguridad social. Una vez más Costa Rica y Argentina revelan reducciones, la primera comenzando en 1979 y la segunda en 1980. En Perú hay variaciones, pero se visualiza una tendencia global al alza. En cuanto a Jamaica se revela también algún grado de inestabilidad, pero los cambios son muy pequeños, manifestándose una estabilidad moderada en los gastos per cápita. Solo México y Santa Lucía indican una tendencia al incremento, lo que reafirma las tendencias ya manifestadas anteriormente.

116. Si como se observa en las estadísticas anteriores se puede hablar de una reducción de los gastos en salud dentro de los gastos del sector público en la mayor parte de los siete países estudiados en este informe, sería importante saber cómo esta reducción ha afectado a la distribución de los recursos financieros dentro del mismo sector de salud. Cabe preguntarse si ha habido algún tipo de cambio significativo en los patrones de gasto, en lo que se refiere tanto al tipo de cambio como a su extensión. Una vez más, es necesario aclarar que no siempre se contó con la información estadística necesaria; sin embargo, teniendo en cuenta tal limitación, es importante presentar la información que sí existe.

117. La mayoría de los datos desagregados que se han utilizado tienen relación con la categoría de salarios, rubro que forma parte de los gastos de los ministerios de salud de los distintos países. Esto sin duda refleja el hecho de que los salarios son un componente importante (incluso a veces el más importante) dentro de los gastos totales del ministerio (ver Cuadro 2.13). En lo que a Jamaica respecta, los gastos en salarios han representado alrededor de la mitad del total de los gastos. En Costa Rica, con la excepción de 1981, los gastos en salarios correspondían a alrededor del 50% de los gastos totales, alcanzando al 63,5% en 1982. Parecido es el cuadro de México; en el año 1982 el rubro de salarios alcanzó cerca de 70% del total de los gastos del sector salud. Sólo en Argentina el rubro de salarios revela una pequeña y declinante proporción de los gastos totales. Esto podría explicarse por un posible predominio de las inversiones de capital sobre los gastos corrientes. Sin embargo, éste no ha sido el caso. Los gastos corrientes representaron entre 94, 4% del total de gastos en 1978 y 73.3% en 1982, cuando fueron más bajos que en ninguna otra época.

118. Aunque escasamente, se contó también con algún nivel de información sobre el gasto público en hospitales. Estas estadísticas nuevamente refuerzan las características ya visualizadas a lo largo de este Capítulo. En lo que a Costa Rica respecta, por ejemplo, ha habido una reducción en los gastos de hospital en el período analizado de cinco años de un máximo de sobre mil millones de colones en 1980 a un mínimo de 633 millones en 1982, es decir un 34% de reducción. Brasil, en cambio muestra un comportamiento mas estable, variando los gastos de un mínimo de 57 billones de cruceros a un máximo de 62 mil millones.

El sector privado

119. Si se hubiese constatado un descenso en el gasto público en salud (y en seguridad social), como proporción del gasto social total en los países analizados, sería interesante saber cuál ha sido su rol en lo que respecta a la participación que ha tenido el sector privado dentro del sistema de salud. Es muy difícil dar respuesta a esta pregunta ya que sólo fue posible obtener datos estadísticos para tres países y en uno exclusivamente para el año 1982. Pero sí se hicieron intentos por conseguir información del sector privado, ya que este es un componente potencialmente importante del financiamiento del sistema de salud en su globalidad.

Cuadro 2.13

SALARIOS DEL MINISTERIO DE SALUD COMO PORCENTAJE
DEL TOTAL DE SUS GASTOS

PAIS	AÑO				
	1978 %	1979 %	1980 %	1981 %	1982 %
ARGENTINA	42.6	20.2	37.0	36.2	31.3
BRASIL	...	...	...	...	...
COSTA RICA	55.0	58.7	59.2	51.1	63.0
JAMAICA	...	51.1 ^{a/}	48.8	...	48.1 ^{a/}
MEXICO ^{b/}	48.3	53.5	54.0	62.5	67.0
PERU	...	47.5	44.2	48.6	63.5
SANTA LUCIA	...	...	...	...	...

^{a/} Cálculos basados en cifras estimadas.

^{b/} Datos para el sector de salud.

CAPITULO III. ACTUALIZACION DE LOS DATOS DEL DOCUMENTO BASICO
RELATIVO A IMPLICACIONES FINANCIERAS Y PRESUPUESTARIAS A NIVEL
NACIONAL E INTERNACIONAL EN LAS ESTRATEGIAS REGIONALES
Y EL PLAN DE ACCION SPT/2000

120. En este Capítulo se actualizarán y analizarán algunos datos estadísticos incluidos en el Documento Básico referido en el título. Como el período de tiempo que ha pasado entre el último análisis estadístico que se hizo de este documento y ahora es muy corto, no será posible establecer tendencias que documenten los cambios ocurridos desde 1971. Sin embargo, sí podrán sacarse algunas importantes conclusiones tentativas que serán de utilidad. En las páginas precedentes se ha establecido que el nivel del financiamiento de salud en términos reales en América Latina y el Caribe no sólo no ha aumentado, sino en muchos casos ha ido disminuyendo. Basados en el Documento Básico publicado en 1982 se hicieron proyecciones optimistas en cuanto a la posibilidad de expansión del financiamiento de salud pública. Debido a la crisis económica que tuvo lugar posteriormente hubo gran preocupación sobre el impacto significativo que ésta pudiera tener en el área de la salud. Cabe entonces la pregunta de si de acuerdo con las estadísticas existentes, ¿ha habido repercusión de la crisis en el área de la salud o no? En lo que sigue se trata de dar respuesta a esta pregunta, pero una vez más es necesario advertir al lector que las conclusiones sólo son tentativas. Deberá pasar mayor tiempo para formular conclusiones definitivas.

121. El Cuadro 3.1 evidencia que en el caso de 9 de los 12 países indicados para los cuales había datos disponibles para 1981 y 1982, el gasto en salud como porcentaje del gasto total fue menor en el último año registrado que en el primer año. Esta información no difiere mucho de la entregada por el Documento Básico que indicaba que 18 de las 23 naciones mostraban un comportamiento similar. Dada la naturaleza de la crisis económica se podría haber anticipado en 1982 una reducción aún más acelerada, sin embargo, ésta es atenuada por el hecho de que la crisis solo comenzó a sentirse durante 1981, año en que la mayoría de los países estaban aportando fondos previamente adjudicados.

122. En lo que respecta a atención primaria y SPT/2000, un indicador más significativo y serio es el cambio que se observa en el Documento Básico en el gasto público en hospitales entre 1972 y 1979. Con la excepción de EEUU, cuatro países del Hemisferio--para los cuales habían datos--registraron en 1981 reducciones en el gasto en hospitales y clínicas como porcentaje del gasto en salud del Gobierno Central. Si esto indica realmente un cambio de las tendencias anteriores está por verse. Mientras tanto, cabe tenerse en cuenta que "una tendencia al incremento de la proporción que de los gastos del Gobierno Central en salud se dedica a hospitales y clínicas tiene serias implicaciones para las estrategias de atención primaria y SPT/2000".*

*Plan, p. 14.

Cuadro 3.1

GASTOS DEL GOBIERNO CENTRAL EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL GASTO
TOTAL DEL GOBIERNO CENTRAL

País	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
Argentina	3.8	2.5	2.6	4.1	2.7	2.2	1.7	1.73	1.37	...
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	10.19	10.76	...
Bolivia	7.8	8.9	8.4	8.0	8.0	8.0	8.3	...	7.21	...
Brasil	6.8	6.9	6.5	7.5	8.1	7.8	8.5	6.54	7.37	...
Chile	8.0	7.3	6.9	6.5	6.4	6.4	6.54	7.37	6.40	...
Costa Rica	3.1	4.0	4.3	4.6	3.2	3.7	2.4	5.05	...	...
Dominica	...	...	...	10.6	12.7	9.6	8.8	...	...	...
República Dominicana	11.7	10.9	6.8	8.7	...	...	...	9.27	9.67	...
El Salvador	10.4	1.03	8.2	9.2	9.8	8.9	8.7	8.97	9.39	6.95
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	2.37	1.86	...
Antillas de los Países bajos	8.4	9.2	8.5	8.2	9.7	8.0	7.9	...	...	...
Nicaragua	5.7	6.2	8.4	4.1	...	...	...	14.58	...	...
Panamá	15.1	13.8	14.5	13.2	14.5	15.1	12.3	12.71	13.24	...
Perú	3.3	3.0	2.8	2.8	2.7	2.6	3.7	4.52	5.30	...
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	3.76	3.14	...
Venezuela	10.8	7.5	7.6	7.2	7.3	8.0	9.1	...	...	...

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

Cuadro 3.2

PORCENTAJE DE LOS GASTOS TOTALES EN SALUD DEL GOBIERNO CENTRAL
ASIGNADO A HOSPITALES Y CLINICAS DE LOS GASTOS EN SALUD

País	1972	1979	1981
Argentina	33.3	78.6	71.2
Barbados	75.6	72.1	...
Bolivia (1973)	23.1	40.1	...
Brasil	82.0	85.0	83.1
Chile	87.5	92.5	
Costa Rica	...	...	...
Guatemala	71.0	79.3	...
Dominica (Millones) (1976)	72.1	65.0	...
Honduras	87.0	49.0	...
México	59.8	90.7	...
Panamá (Millones) (1973)	92.2	(1978) 93.8	89.1
Perú	...	...	...
EUA (Millones)	85.1	92.9	94.1
Canadá (Millones) (1971)	55.1	59.0	56.1
Guyana (1973)	93.5	(1978) 95.4	...
Antillas Neerlandesas (1973)	63.1	45.3	...
Suriname	72.2	(1976) 63.3	...
Tanzanía	86.0	72.7	...
India	83.0	75.6	...

Fuente: IMF Government Finance Statistics Yearbook Vol. V, 1981 y 1982.

123. En varios de los países de la Región la seguridad social representa una gran proporción de los gastos en salud. Como tal, éste es un indicador sensible y claro del nivel de apoyo para el sector salud. Según información incluida en el Documento Básico, los rubros de seguridad social, bienestar y salud como porcentaje de los gastos totales del Gobierno Central, crecieron de un 27.4% en 1973 a un 28.3 en 1979. Sin embargo en 1981 esta situación ha cambiado para la Región, representando estos 3 rubros sólo el 26.0%, de acuerdo a cifras del FMI.

*IMF, Government Finance Statistics Yearbook, 1983.

124. Otro conjunto de estadísticas como son las cifras actualizadas del Cuadro 3.3, sin embargo, no indican exactamente lo que podría hasta el momento calificarse como una tendencia emergente de reducción del financiamiento de salud en el sector público. Lo que aquí se visualiza es una situación confusa en lo que respecta a los países de América Latina y del Caribe incluidos en el Cuadro referido, algunos países muestran reducciones en los gastos de salud, otros incremento. Venezuela muestra una situación inestable. Sin duda que los datos son insuficientes y que los países de la Región incluidos en el Cuadro 3.3 son muy pocos como para sacar conclusiones definitivas de la región en su conjunto. Sin embargo, se observa que lo que ha sido una tendencia relativamente estable y creciente en la última década puede estar cambiando. Más clara es la necesidad de interpretar esta información a la luz del resto de la información que se entrega en este capítulo.

125. Aunque se podría haber esperado que parte de esta reducción en el gasto público fuera compensado por un incremento del gasto privado en salud, este no ha sido el caso, sin duda no en lo que se refiere a las cuatro naciones incluidas en el referido Cuadro, Jamaica, Perú y Venezuela. El Cuadro 3.4 muestra que el gasto en consumo privado como porcentaje del PIB, entre 1975 y el último año registrado, disminuyó en Jamaica, se mantuvo igual en Panamá y aumentó levemente en Honduras y Venezuela, sin duda alto en proporción a los gastos totales en salud, al menos en lo que respecta a los países que aparecen en el Cuadro 3.5. Sin embargo, debido a la carencia de datos para América Latina y el Caribe en los años 1980 a 1982 no es posible establecer ninguna característica relevante que no haya sido ya presentada en el Documento Básico. Como se manifiesta en este "... hay aún gran espacio para la expansión del sector público para obtener una proporción creciente dentro de la estructura de un sistema de salud pública más efectivo y con una administración más eficiente".*

126. En el Documento Básico se hizo un análisis de los gastos en consumo público y privado en salud como porcentaje del PIB. Utilizando las mismas fuentes informativas que en el pasado, con la excepción de cuatro países, fue imposible actualizar la información. De estos cuatro países, como lo indica el Cuadro 3.6 dos son latinoamericanos.

127. Aunque se puede aseverar que no ha transcurrido suficiente tiempo para adoptar conclusiones definitivas sobre las tendencias actuales--y tampoco se cuenta con suficiente datos--no es sorprendente que, excepto en India, la tendencia de los años anteriores continúa en 1980, año anterior al comienzo de la crisis económica. Sin embargo, como se ha demostrado en las páginas precedentes, el cuadro general parece demostrar lo que es el comienzo de una reducción general de gasto en salud.

*Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Salud para Todos en el Año 2000, Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales, 1982.

Cuadro 3.3

TENDENCIAS DE LOS GASTOS DE CONSUMO PARA SALUD
COMO PORCENTAJE DEL 1) GASTO TOAL DEL GOBIERNO
CENTRAL y 2) DEL PIB

País		1960	1965	1970	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981
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	...	...	...	...	14.1	...
	2	1.6	1.4	1.9	2.1	...	...	...	...	1.9	...
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	8.3	...
	2	2.4	2.8	3.5	3.9	4.3	4.1	4.3	4.3	1.6	...
Perú	1	...	...	13.0	11.4	11.0	9.9	12.7	12.6	14.0	13.3
	2	...	...	1.5	1.5	1.4	1.5	1.5	1.3	2.0	6.3
Venezuela	1	...	...	19.1	13.5	12.9	12.6	13.1	12.2	11.4	13.7
	2	...	...	2.5	1.8	1.9	1.9	1.9	1.6	1.8	1.9
Estados Unidos de América	1	4.2	4.3	4.9	6.3	6.3	6.3	6.3	...	6.0	6.0
	2	.73	.72	.94	1.2	1.2	1.2	1.1	...	1.1	...
Tanzanía	1	...	5.6	5.5	6.9	7.1	7.1	7.3	5.4	5.5	...
	2	...	1.0	1.3	2.2	1.8	1.8	2.0	2.0	1.8	...
India	1	...	...	5.2	6.1	6.4	6.8	7.0	...	6.9	...
	2	...	...	.41	.51	.56	.57	.61	...	...	6.1

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

Cuadro 3.4

TENDENCIAS DEL GASTO DE CONSUMO PRIVADO PARA SALUD COMO PORCENTAJE
1) GASTO PRIVADO TOTAL Y 2) DEL PIB

Pafs	1960	1965	1970	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981
El Salvador	3.6 2.9	3.4 2.6	4.3 3.3	4.4 3.2	3.9 2.7	3.9 2.5	......	......	......	......
Honduras	6.7 5.1	6.8 5.0	6.6 4.8	5.9 4.3	... ...	... ...	... ...	... ...	6.9 4.7	......
Jamaica	2.6 1.8	2.9 2.1	3.2 2.2	2.3 1.4	2.0 1.3	1.8 1.2	... ...	... ...	2.0 1.3	......
Panamá	3.1 2.6	3.5 2.7	4.4 2.8	6.1 3.7	6.1 3.5	5.6 3.7	6.0 3.7	......	......	......
Venezuela	... ...	... ...	4.3 2.3	4.3 2.1	4.1 2.0	3.9 2.0	3.7 2.0	3.7 1.9	4.7 2.5	4.2 2.4
Canadá	6.4 4.2	4.5 2.7	3.5 2.0	3.0 1.7	3.2 1.8	3.1 1.8	3.2 1.8	3.1 1.7	3.1 1.7	......
Estados Unidos de América	6.6 4.2	7.6 4.7	9.5 5.9	10.9 6.9	11.1 7.1	11.5 7.3	11.4 7.3	11.6 7.4	12.0 7.7	12.7 8.0
Tanzanía	... ...	1.9 1.4	2.1 1.4	2.3 1.7	......	......	......	......	......	......
India	1.7 1.4	2.1 1.6	2.1 1.5	2.3 1.6	2.5 1.7	2.3 1.6	2.3 1.6	2.2 1.5	1.9 1.3	......

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

Cuadro 3.5

TENDENCIAS DEL GASTO EN CONSUMO PRIVADO PARA SALUD COMO
PORCENTAJE DEL GASTO TOTAL PUBLICO Y PRIVADO PARA SALUD

País	1960	1965	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
Honduras	76.1	78.5	71.4	74.5	71.6	73.5	68.7	67.4	...	...	...	...	70.9	...	...
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	...	63.0	...	...
EUA	85.3	86.8	86.4	85.8	85.6	85.4	85.2	85.3	85.9	86.4	86.5	...	87.5	...	...
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	...	68.7	...	...
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	8.8	9.0	8.7	...	...	...	...

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

Cuadro 3.6

TENDENCIAS DEL GASTO PUBLICO (GOBIERNO CENTRAL) Y PRIVADO
PARA SALUD COMO PORCENTAJE DEL PIB

País	1960	1965	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1980
Honduras	6.9	6.4	6.8	6.3	6.5	6.1	6.3	6.4	...	...	...	6.7
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	4.1
EUA	4.9	5.5	6.9	7.2	7.3	7.4	7.7	8.1	8.2	8.4	8.5	8.8
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	1.9
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).

Nota: Estos porcentajes serían entre 5 y 10% más altos si se incluyeran gastos de capital.

128. Otro conjunto de indicadores usado en el Documento Básico que se ha actualizado aquí, es el referente a las series de tendencias en los gastos de consumo privado en determinados items de consumo seleccionados, como porcentaje de los gastos totales en consumo privado y expresados en precios corrientes. Como lo revela el Cuadro 3.7, el Documento Básico establece que "no hay tendencias claras en la proporción del gasto en consumo privado dedicado a salud.* Las conclusiones e informaciones actualizadas no difieren mucho del informe de 1982. La realidad de sociedades que gastan relativamente poco en salud, sin duda si se compara con los gastos combinados en items tan "anti-salud" como son el alcohol y el tabaco continúa inalterada desde 1960. Es interesante constatar sin embargo, que en uno de los países más desarrollados, los EEUU, el gasto relativo privado en salud es mucho más elevado que en el resto de los países. Mientras que en el caso de Honduras se manifiesta una situación similar, en Canadá la proporción de gasto privado en salud es muy pequeña. Una vez más, la situación es confusa y difícil de analizar.

129. Hasta el momento, el análisis se ha centrado en el gasto en salud como indicador del nivel del financiamiento de salud en América Latina. Otro tipo de indicador que debe ser mencionado es el relativo a la estructura de la deuda. Infortunadamente poco ha cambiado desde que el Documento Básico de 1982 fue publicado. Como se evidencia en el Cuadro 3.7, el mayor cambio que tuvo lugar fue la disminución en el porcentaje de préstamos concesionales como un componente de la estructura de la deuda, con un aumento substancial en el componente de donaciones. Hoy en día es aún más válida la afirmación que se hizo en el Documento Básico en 1982 referente al cambio en la estructura y condiciones de la deuda desde 1971, que se vio exacerbado en 1982 y que "destaca la vulnerabilidad de la región y (sería) potencialmente el mayor impedimento para obtener préstamos para el sector salud".** Esta situación es obviamente de gran importancia para los países afectados. A medida que los ingresos en particular del sector público disminuyan como resultado de la grave situación de deuda externa y de los altos niveles de inflación, habrá una presión creciente por reducir los gastos del sector público. Hasta el momento sólo se pueden hacer suposiciones sobre cuál será la repercusión eventual de esta situación en el sector de salud. Sin embargo, ya se puede especular que la situación actual no es un buen augurio en lo que se refiere a la posibilidad futura de los programas del sector público basados en altos gastos de inversión.

*Plan, p. 26.

**Plan, p. 29.

Cuadro 3.7

TENDENCIAS DEL GASTO DE CONSUMO PRIVADO A PRECIOS CORRIENTES PARA
1) ALIMENTOS; 2) SALUD; 3) BEBIDAS ALCOHOLICAS, Y 4) TABACO,
COMO PORCENTAJE DEL GASTO PRIVADO TOTAL

País		1960	1965	1970	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981
Honduras	1 Alimentos	40.5	40.3	39.3	44.1	41.1	41.1	41.2	41.2	41.2	...
	2 Salud	6.7	6.8	6.6	5.9	6.9	6.9	7.0	7.0	7.0	...
	3 Alcohol ^{1/}	5.3	5.7	6.4	6.9	...	...	...	...	...	...
	4 Tabaco	1.3	1.5	2.1	2.5	0.7	0.7	0.7	0.6	0.6	...
Jamaica	1 Alimentos	36.4	32.7	30.5	35.4	33.8	35.1	38.0	36.5	35.5	...
	2 Salud	2.4	2.8	3.2	2.3	2.0	1.8	2.0	1.2	2.1	...
	3 Alcohol ^{1/}	6.2	6.8	5.9	3.7	3.8	3.8	4.4	4.3	4.2	...
	4 Tabaco	3.3	3.9	4.2	4.5	4.9	4.8	4.9	5.3	5.4	...
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 Alcohol ^{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	4.7	4.8
	4 Tabaco	2.6	2.8	...	...	...	...	...	...	...	...
Canadá	1 Alimentos	18.9	17.5	15.9	15.9	15.1	14.9	15.3	15.4	15.2	...
	2 Salud	6.4	4.5	3.5	3.0	3.2	3.2	3.2	3.1	3.2	...
	3 Alcohol ^{1/}	3.6	3.7	3.8	3.7	3.5	3.4	3.3	3.2	3.3	...
	4 Tabaco	2.9	2.9	2.8	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	...
EUA	1 Alimentos	17.0	15.2	14.3	13.7	13.2	12.8	12.6	12.7	12.7	12.6
	2 Salud	6.6	7.6	9.5	10.9	11.1	11.5	11.4	11.6	12.0	12.7
	3 Alcohol ^{1/}	2.0	1.8	2.0	1.9	1.8	1.7	1.6	1.6	1.7	1.6
	4 Tabaco	2.1	1.9	1.7	1.5	1.5	1.4	1.3	1.3	1.2	1.2
Tanzania	1 Alimentos	...	45.3	51.1	57.9	...	...	...	...	...	...
	2 Salud	...	1.9	2.1	2.3	...	...	...	...	...	...
	3 Alcohol ^{1/}	...	3.8	3.5	4.4	...	...	...	...	...	...
	4 Tabaco	...	1.6	1.0	2.6	...	...	...	...	...	...

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

^{1/}Comprende bebidas alcohólicas y no alcohólicas.

130. Este es nuevamente un argumento persuasivo en lo que se refiere a la necesidad de buscar recursos de tipo no financiero para mejorar la cobertura de salud. En consecuencia, los países deberán buscar la mayor racionalidad posible en el uso de los recursos y actividades en salud. Los mecanismos de integración, por ejemplo, de la seguridad social y de la salud pública, son urgentes para evitar duplicaciones y ofrecer mayor cobertura de la atención. Además, de la integración intrasectorial se deberá buscar una mayor articulación intersectorial que permita que la salud sea parte integrante de las metodologías y del proceso de la planificación nacional del desarrollo. Los modelos utilizados hasta ahora no lo han hecho explícitamente.

131. Finalmente y tal como se vió en el Capítulo I, es importante llamar la atención sobre la reducida proporción que representan los préstamos para salud dentro de los préstamos globales de los bancos multilaterales. Esta sin duda es una situación bastante poco estimulante para el sector salud. Incluso en lo que a OPS se refiere, siendo ésta la oficina multilateral de la Región más directamente relacionada con salud, su presupuesto tampoco ha sido incrementado significativamente en los últimos años. El incremento promedio anual ha sido, desde 1980, de sólo un 5,2%,* cifra que permite apenas contrarrestar la inflación que ha ocurrido en los Estados Unidos de América.

Cuadro 3.8

MODIFICACION DE LA DEUDA DE AMERICA LATINA Y DEL CARIBE

Tipo de Préstamo	1971	1980	1982
Préstamos en condiciones concesionarias	26.0%	7.7%	2.2%
Préstamos a tipo de interés fijo	66.6%	33.8%	30.3%
Préstamos a tipo de interés variable	7.4%	58.5%	62.5%
Elementos de donación (todos los acreedores)	15.4%	-4.9%	17.3%

Fuente: BIRF World Debt Tables, diciembre 1981 y 1982

*Estos datos son derivados del Presupuesto Bienial de la OPS para los años 1980-1981, 1982-1983 y 1984-1985.

CAPITULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. Conclusiones

132. Existe consenso en cuanto a que la crisis socioeconómica que afrontan la América Latina y el Caribe es la más profunda de los últimos cincuenta años, más grave que aquella que originó la Gran Depresión Mundial de los años treinta. También existe un criterio generalizado de que la repercusión ha sido más severa para algunos países que para otros por sus propias características de dependencia y por las políticas y medidas de ajuste interno que han tomado.

133. Adicionalmente, la mayoría de los expertos en la materia atribuye dicha crisis a razones básicamente estructurales, agravadas por causas coyunturales relacionadas con dichas políticas y medidas de ajuste y por el comportamiento recesivo e inflacionario al mismo tiempo que se ha originado en algunos de los países más desarrollados. En otros casos, debido a problemas internos de naturaleza no económica, entre ellos bélicos nacionales e internacionales.

134. Los factores macroeconómicos descritos brevemente en el Capítulo I, evidencian la magnitud y la variedad de factores que han participado en el proceso de causalidad, haciendo que causas y efectos constituyan una unidad indivisible, aunque por razones de análisis se hayan estudiado en forma separada. Algo similar acontece con la dicotomía que algunas veces se pretende hacer también con los factores que participan en el proceso de desarrollo integral, algunos de ellos económicos o sociales, pero interrelacionados tan estrechamente que ha sido necesario darles a los primeros alguna atención especial para los fines de este documento, a fin de poder contar con una base sólida y con un marco claro de referencia para conocer las posibles repercusiones sociales y hasta políticas que podrían tener.

135. Se prevé que para el resto del primer quinquenio de esta década se mantendrá la crisis socioeconómica, que continúa desarrollándose y se puede ahondar aún más debido a diversos factores, algunos de ellos totalmente fuera de la capacidad de resolución en el ámbito nacional de los países de América Latina y del Caribe.

136. Con base en los trabajos que realiza el Centro de Proyecciones Económicas de la CEPAL es factible prever que si continúa en 1984 la tendencia de disminución que ha tenido el PIB por habitante consecutivamente durante los tres últimos años, esa situación se puede agravar. Vale la pena recordar que entre 1981 y 1980 hubo una pérdida del PIB per cápita de EUA\$10, entre 1982 y 1981 de EUA\$32 y entre 1983 y 1982 de EUA\$54, como promedio regional. Esas cifras representan decrecimientos de 0.9% en 1981 con relación a 1980, de 3.3% en 1982 y de 5.6% en 1983.

137. Si se diésen ciertas condiciones para una recuperación firme de las economías de los países latinoamericanos y del Caribe, a partir de 1985 -lo cual también está condicionado por factores tanto internos como externos- de por lo menos 5% a 6% anual en el último lustro de la presente década, la CEPAL considera que la proyección optimista para 1990 es que se llegaría a la misma cifra del PIB per cápita regional de 1980, con lo cual prácticamente se habrían perdido diez años de desarrollo.

138. Los pronósticos demográficos están basados en una tasa anual de 2.5% de crecimiento vegetativo de la población para el resto de esta década y de 2.0% anual en la década de los noventa. Si el aumento del PIB fuese de 5% ó 6% anual, se lograría un crecimiento neto del PIB por habitante de una cifra que podría oscilar entre 2.5% y 4.0% anual respectivamente.

139. Pero para dar oportunidad de empleo no sólo a quienes por primera vez ingresan a la Población Económicamente Activa, sino también a muchos de los que no tienen empleo o trabajan parcialmente, la economía debería tener un mayor crecimiento, que el mismo Centro de Proyecciones Económicas de la CEPAL ha calculado debería ser no inferior del 7.0% anual.

140. Las limitaciones para lograr la ocupación plena de la Población Económicamente Activa tiene un impacto negativo tanto en la economía en general como en el financiamiento de los programas de seguridad social que dependen de los ingresos que aportan los trabajadores, los patrones y el gobierno.

141. Es posible que mucha gente joven que no tiene ahora acceso a ocupaciones formales, ingrese al sector laboral informal, y por eso no contribuya económicamente para el sostenimiento de las instituciones de seguridad social, cuyo ritmo de crecimiento se podría ver así afectado, como también lo harían algunas de las prestaciones que brinda, especialmente para aquellos grupos de la población de la tercera edad. Al no participar formalmente en el sector laboral no están cubiertos por los riesgos del trabajo que provee a ellos y a sus familiares servicios preventivos y curativos de salud.

142. Otra repercusión negativa de la crisis socioeconómica provocada por las limitaciones de reservas internacionales en muchos países, y por las restricciones que se han puesto para importar bienes y servicios, ya ha afectado la adquisición de medicinas y drogas en el exterior, reduciéndose en muchos países los artículos importados, y también dificultándose el mantenimiento de vehículos y equipos que requieren repuestos foráneos.

143. Se han otorgado prioridades a la atención del servicio de la deuda externa, independientemente de si esa obligación está o no dentro de las disposiciones de los acuerdos de contingencia que la mayoría de los países de la Región han negociado y firmado con el Fondo Monetario Internacional. Ese servicio de la deuda externa ha adquirido en muchos de ellos una alta proporción de los ingresos provenientes de las exportaciones, que también en los últimos 18 meses de 1982-1983 han constituido la principal fuente de ingreso de los recursos monetarios desde el exterior, al haberse reducido notablemente el flujo de capitales hacia los países de la América Latina y el Caribe.

144. Como parte del ajuste interno que contemplan también los acuerdos con el FMI, se incluyen medidas tradicionales monetarias y fiscales tendientes a la reducción de la demanda agregada y a la reducción de los gastos fiscales y de otros entes descentralizados públicos. Los programas de austeridad fiscal reducen generalmente una alta proporción de las inversiones públicas y para conjurar los problemas sociales otorgan prioridades al mantenimiento del personal, con la cual un alto porcentaje de los presupuestos se dedican a gastos fijos para el pago de sueldos y salarios y para los ajustes que se hacen para acoger las gestiones que realizan los sindicatos de trabajadores a fin de que los salarios reales no pierdan en mayor proporción su poder adquisitivo, especialmente en aquellos países que tienen tendencias inflacionarias altas y permanentes.

145. También se favorecen disposiciones para que las exportaciones nacionales de los países de la América Latina y del Caribe sean más competitivas en los mercados del exterior; para ello, una de las medidas de ajuste interno propicia las devaluaciones de aquellas monedas nacionales que se consideran sobrevaloradas. Pero esto afecta a su vez, tarde o temprano, otras variaciones que ocurren en cadena, entre ellas las de los precios de los productos importados y de otros artículos que no siéndolo en su totalidad tienen componentes foráneos en su proceso de producción.

146. En muchos países, ante las pérdidas constantes del valor de su moneda nacional--bien por cambios abruptos o por minidevaluaciones frecuentes--las economías de muchos países se han "dolarizado", y aunque la propia moneda sigue teniendo curso legal para transacciones, estas solo se realizan para aquellas de menor importancia y monto, pues para las otras los precios se han fijado y mantienen actualizados con relación a la paridad con el dólar americano, como por ejemplo, para la compra-venta de propiedades y vehículos, para fijar los precios de los alquileres y para los contratos de producción y de servicios.

147. Muchos de los ajustes internos, como por ejemplo, el aumento del volumen de las exportaciones, se han visto neutralizados además por ajustes externos, sobre los cuales los países menos desarrollados no

tienen control ni acceso, al decidirse fuera de su órbita de influencia, a pesar de todas las gestiones que han realizado para tener voz y voto en asuntos que los afectan gravemente, y variar los acuerdos internacionales en que se sustentan.

148. Los ajustes internos han estado orientados en muchos otros casos por políticas y medidas que han establecido organismos como el FMI, el Banco Mundial, la AID, etc., que otorgan prioridades para los cambios de mediano y de largo plazos, con el propósito de reactivar a la producción agrícola, industrial, de minería, energía, etc para aumentar las exportaciones o reducir las importaciones a fin de equilibrar o de mejorar sus balanzas de pagos, y para poder cumplir sus compromisos de deuda externa en el corto plazo.

149. Los porcentajes que dedica el Banco Mundial para programas de los sectores sociales de los países, no llegan ni al 10% del monto de sus préstamos totales, y para salud, población y nutrición a solo la mitad de un uno por ciento. Los préstamos del BID para salud, agua potable y alcantarillado han sido apenas superiores al 8% del total de créditos otorgados en 1981 y de alrededor de 9% durante 1982 y 1983.

150. Otros organismos bilaterales como la AID creen que hubo inversiones muy grandes en el pasado y que con ahorros y mayor eficiencia interna en los países se podrían cumplir las metas de SPT/2000, pues dentro de su experiencia, al concluir los proyectos nacionales con ayuda externa, los países han demostrado muchas dificultades financieras y administrativas para continuar con su operación.

151. Existe un criterio bastante generalizado en muchos organismos internacionales de financiamiento y de colaboración técnico-financiera, en cuanto a que el sector de salud no tiene una buena administración y que debería emprender mejoramientos sustantivos para lograr eficacia, eficiencia y cumplir las metas de atención primaria aprovechando racionalmente los recursos de que dispone, muchos de ellos altamente calificados de profesionales capacitados o especializados en el exterior. También para lograr un trabajo coordinado entre las diferentes instituciones que integran dicho sector y con los esfuerzos privados del resto del sistema de salud.

152. En algunos países se ha continuado trabajando bajo los criterios tradicionales de la medicina, o en el mejor de los casos con un paralelismo entre lo usual y lo que debería hacerse dentro del espíritu y las metas de SPT/2000. Hay quienes consideran que si el sector de salud aspira a contar con mayores recursos externos para el financiamiento de sus inversiones, debe antes generar ahorros y aprovechar en mejor forma los recursos que se le han asignado. El apoyo financiero externo debe ser comprendido como un complemento y no como una sustitución del esfuerzo propio para lograr una organización y unos procedimientos de trabajo adecuados a los fines y consistentes con la situación de crisis que se vive.

153. En otros casos se ha mantenido un dicotomía entre la existencia de una medicina de alta calidad, a la cual tiene acceso una minoría de la población, y una medicina simplificada a la cual debe recurrir la mayoría de los habitantes, no cumpliéndose así lo establecido en las Estrategias de Salud para Todos en el año 2000, de acuerdo a las metas que se fijaron en la Conferencia de Alma-Ata.

154. Parte de los recursos están siendo utilizados en forma inadecuada y otra se desaprovecha totalmente; por eso, introduciéndose ahorros en ciertos programas y actividades no prioritarias, sería posible dedicarlos a la atención primaria de la salud.

155. Adicionalmente, es cada vez más escaso el financiamiento internacional y nacional para nuevas inversiones en infraestructura física y para la adquisición y mantenimiento de equipos y vehículos para salud, por dos razones: a) por considerarse que ya se hicieron suficientes inversiones en esos bienes en el pasado, inclusive superiores a la capacidad para su pleno y racional aprovechamiento y en relación con el nivel de desarrollo del país y; b) porque son menores los recursos con que cuentan ahora los organismos internacionales de financiamiento y colaboración, tanto multilaterales como bilaterales; y además por que ellos y los respectivos gobiernos otorgan prioridades mayores al financiamiento de los sectores productivos de la economía, al considerar que en el corto plazo contribuyen más rápidamente con el proceso de recuperación.

156. La tendencia a la reducción porcentual del financiamiento de los gastos sociales, sobre el presupuesto público total, no se limita únicamente a los países de menor desarrollo, sino que también está ocurriendo en algunos de los países más industrializados y podría acentuarse más, de otorgarles una menor prioridad.

157. La información que se ha obtenido a través del estudio para siete de los países latinoamericanos y del Caribe, ofrece tendencias todavía no bien definidas, lo cual no permite necesariamente hacer generalizaciones para los otros países, así como tampoco para los que constituyen ese grupo. Tampoco es posible afirmar con precisión cuál ha sido la repercusión que ha tenido la crisis socioeconómica a partir de 1981 y hasta 1983 en el financiamiento nacional de los programas sociales, y, dentro de ellos, en los de salud.

158. Existe una inercia en las acciones de los fenómenos sociales, económicos y políticos cuando los cambios suceden por evolución y eso ha limitado el que en un período de dos años, desde la realización del estudio anterior, éste se haya podido variar en sus conclusiones basadas en series anteriores a la crisis.

159. Lo que sí se puede concluir es que no existen hechos que permitan ser ahora optimistas de que habrá un mejoramiento en el corto plazo de los hechos negativos y por eso la utilización de proyecciones basadas en tendencias de épocas pasadas, cuando hubo un crecimiento económico sostenido en la mayoría de los países que permitió una asignación relativamente amplia para los sectores sociales, podría inducir a erradas interpretaciones o a falsas expectativas de lo que puede acontecer en el futuro.

160. El realismo sobre la crisis debería permitir y ser aprovechado por los sectores sociales para prepararse en mejor forma para afrontarla y para superarla en su respectivo ámbito; en el proceso de decisiones el conocimiento real de los problemas da la oportunidad para la solución adecuada y oportuna de los problemas dentro de las alternativas que siempre existen. Y esto es una responsabilidad que compete fundamentalmente a cada uno de los países y dentro de un espíritu de solidaridad regional e internacional deberían abrirse nuevos caminos para superar dicha crisis.

161. El análisis de la información económica-financiera y el trabajo realizado para lograrla en los siete países, evidencia que por haber sido una materia muy especializada y que se ha visto como de competencia exclusiva de otros organismos y no de los sectores de salud, coloca a éstos en una posición débil para recopilar, procesar y analizar datos en ese campo. Pero, sin embargo, es con base en esos datos que se formulan los planes y programas en los cuales se sustentan las asignaciones presupuestarias o el financiamiento externo. Son también las bases fundamentales para orientar la determinación y evaluación de políticas con sustento en la evaluación y monitoría de actividades realizadas.

162. Muchos sectores de salud no han participado efectivamente en el proceso de planificación nacional, y las relaciones que mantienen con los organismos centrales de planificación, los ministerios de hacienda o finanzas y con los bancos centrales son infrecuentes, salvo casos de excepción. Esto dificulta las relaciones institucionales que se requieren para que esos organismos conozcan en mayor detalle y con oportunidad las labores que realiza el sector de salud, y eso se traduce en limitaciones operativas para las actividades que les competen.

163. Por otro lado, en muchos países de la Región, las diferentes instituciones públicas que deberían coordinarse en el ámbito sectorial de salud, continúan trabajando en forma aislada y falta la unidad intrasectorial necesaria para las adecuadas relaciones intersectoriales.

164. De la información disponible para los siete países antes mencionados, se colige que la situación en los gastos de salud varía entre ellos, dependiendo en diversos grados del indicador que cada uno de ellos ha aplicado para determinarlos o para medirlos.

165. Sólo en Argentina y en Costa Rica pareciera haber tendencias definidas y consistentes, infortunadamente en ambos casos negativas; pero para los restantes países se puede concluir que la relación entre los gastos de salud y el PIB también varía, de acuerdo a las decisiones que se han tomado a nivel nacional. Por eso la crisis socioeconómica ha tenido diferentes repercusiones según los países y las épocas durante los años analizados.

166. Es posible que aquellos países que habían hecho anteriormente inversiones más cuantiosas en infraestructura de salud, hayan podido afrontar esa crisis y sus repercusiones con mayor capacidad de maniobra.

167. Parece, además, que para otros países el período 1978-1982 ha sido de transición y por eso los verdaderos efectos de la crisis se manifestarán probablemente en forma más clara en los próximos años, posiblemente en 1987 y 1988, cuando haya transcurrido una década desde que se comenzaron a sentir los primeros síntomas.

168. La actualización de los datos para todo la Región, muestra que por lo general no ha habido ningún cambio significativo para el conjunto de países en cuanto al financiamiento de los programas de salud, a pesar de que para la mayoría de ellos sí ha ocurrido una declinación de esos gastos en relación con el gasto total del gobierno, en porcentajes. Mayores detalles sobre esas cifras se presentan en el Capítulo III que sigue en líneas generales, para la mayoría de la información, las series de datos del documento que se presentó al Subcomité de Planificación de Largo Plazo, al Comité Ejecutivo y a la Conferencia Sanitaria Panamericana en 1982.

169. Dentro del financiamiento interno del sector de salud ha contecido también una disminución de las asignaciones para los hospitales públicos, lo cual podría ser positivo para SPT/2000 si esto significara un cambio de orientación para el financiamiento de la atención primaria.

170. En cuanto a la composición de la deuda de América Latina y del Caribe, se ha manifestado una reducción porcentual de la participación de los préstamos concesionarios en el total, pero aumentaron las donaciones que reciben los países para actividades generales.

171. No ha sido posible calcular proyecciones ni establecer tendencias futuras para toda la Región, al no contar con datos de los presupuestos que los países han ejecutado durante 1983, y tampoco con cifras de los presupuestos aprobados para 1984. Dentro de la lista de información que se solicitó a través de los estudios nacionales en los siete países (véase Anexo II), se habían incluido datos para los años 1984-1987, pero no se obtuvieron al no contar los sectores de salud con esa información.

172. La obtención de información para los "sectores sociales" a que se refiere la Resolución XX ha tenido limitaciones también. Primero, por la variedad de criterios que se usan para determinar lo que se comprende bajo tal calificación en los distintos países. En algunos de ellos incluye la educación, la salud, el trabajo, la seguridad social, el agua potable y el alcantarillado, la vivienda y el bienestar social. En otros la inclusión es más restringida y la vivienda y el agua potable y alcantarillado constituyen otro sector de infraestructura o económico, especialmente las actividades relacionadas con la vivienda por considerar a la construcción un sector económico.

173. El financiamiento de la vivienda ha sufrido con la crisis una gran repercusión negativa, puesto que se ha encarecido con las altas tasas de interés y con las dificultades de obtención de créditos para programas cuya recuperación financiera es a largo plazo, usualmente mayor de diez años y en algunos países superior a 20 años.

174. En países en los cuales el gobierno o las instituciones públicas especializadas han emprendido programas importantes de vivienda popular, para los estratos menos favorecidos de la sociedad, la diferencia entre el costo real del interés que se tiene que pagar por créditos contratados en el exterior, y el interés menor subvencionado que se cobra a los usuarios, ha sido cubierto con recursos públicos como un costo financiero-social. Cuando se han negociado y firmado acuerdos de contingencia con el FMI, ha sido necesario ajustar los intereses cobrados a los reales, eliminando así las subvenciones y adicionando además otros costos de intermediación financiera y de administración, lo cual ha hecho muy oneroso y de difícil cumplimiento el servicio de las deudas que tienen los usuarios por ese concepto. Y para los nuevos créditos se han limitado las posibilidades ante la escasez de recursos provenientes del exterior, en condiciones relativamente blandas que permitan la continuación de esos importantes programas sociales, pero que generan también empleo a personal no calificado y aprovechan en un alto grado materias primas nacionales.

175. Otro aspecto que agrava el financiamiento de esos programas de vivienda popular es el proceso de inflación que viven muchos países de la Región y que hace que se pierda la lógica proporción entre los recursos financieros que tienen los usuarios -provenientes de ingresos fijos de salarios- y las amortizaciones e intereses que deben pagar sobre las deudas contraídas. En frecuentes casos tales gastos constituyen el mayor egreso de la familia, cuando para esos estratos de escasos recursos no debería ser nunca superior al 15% o 20% del total de los gastos.

B. Recomendaciones

176. El análisis de la información disponible a través del estudio realizado, parece indicar que los recursos financieros futuros para el sector de salud podrían no llegar al porcentaje del 4% del PIB que bajo otras tendencias de crecimiento económico estimó como posible el

documento presentado en 1982. Esto puede ser así debido a las crisis socioeconómica actual y ante las proyecciones de lo que acontecerá para el resto de la presente década, que como ya fue indicado en la hipótesis optimista de la CEPAL permitiría apenas llegar en 1990 al mismo PIB por habitante de 1980.

177. Ello evidentemente podría tener un efecto negativo en los propósitos de los gobiernos para alcanzar las metas nacionales de SPT/2000. Si hubiese una reducción significativa de los recursos asignados a salud, podría también existir el grave e inmediato peligro correspondiente de una disminución en los servicios de salud. Por tanto, las recomendaciones que podrían hacerse con los elementos de juicio que se tienen actualmente, están enmarcados dentro de planteamientos generales que podrían conducir a tener un conocimiento más amplio y concreto sobre la disponibilidad y utilización óptima de los recursos humanos, financieros y materiales existentes.

Se recomienda:

- a) Realizar un análisis en el ámbito nacional de cada uno de los países, en cuanto se refiere a los recursos disponibles con que cuenta el sector de salud. Dichos estudios deberían ser responsabilidad directa de los propios gobiernos y de sus instituciones de salud;
- b) Revisar en el ámbito nacional de cada país las distintas formas que existen para el financiamiento de los servicios del sistema de salud, incluyendo a los sectores público y privado, a fin de mejorar la eficacia, la eficiencia y la equidad;
- c) Analizar la utilización de los recursos en términos del gasto y de su eficiencia y productividad, según instituciones y programas nacionales. El análisis de la productividad y de los costos debería comprender, entre otras cosas, la capacidad del personal y la tecnología utilizada en la realización de las actividades;
- d) Es necesario promover un mejoramiento intrasectorial que permita a las diferentes instituciones de salud coordinar más efectivamente sus programas y actividades, así como las relaciones con los entes privados que también pertenecen al sistema nacional de salud; y promover y lograr la participación de las comunidades organizadas de la sociedad para el cumplimiento de SPT/2000;
- e) La coordinación intersectorial debe ser mejorada con el propósito de lograr el más eficiente uso de los recursos nacionales y satisfacer las metas del desarrollo nacional, así como integrar más eficazmente las actividades con otras instituciones que trabajan con similares fines sociales. Es recomendable, por eso, encontrar los mecanismos en cada país para promover y lograr tal coordinación intersectorial de acuerdo a sus propias características y circunstancias;

f) Mejorar la gestión de las diferentes instituciones que integran el sector de salud, poniendo mayor hincapié en el ámbito de la administración, especialmente de la información y de la administración financiera, con el propósito de contar con datos que orienten en mejor forma las políticas nacionales de salud y la evaluación y monitoría de la ejecución de los planes y programas;

g) Promover, por ser indispensable, una mayor integración de todo lo atinente a salud con el proceso de planificación nacional del desarrollo, aportando así nuevos elementos que permitan una revisión de la teoría, de los métodos y de la praxis de la planificación.

ANEXO I

INFORMACION SOLICITADA A LOS GOBIERNOS DE LOS SIETE PAISES SELECCIONADOS DE LA REGION Y OBTENIDA A TRAVES DE FUNCIONARIOS NACIONALES

1. Planificación de salud vigente, aprobada oficialmente para 1983;
2. Objetivos de corto, de mediano y de largo plazos de dicha planificación, contenida en documentos oficiales que los detalla, como por ejemplo, en el Plan Nacional de Desarrollo o en el plan sectorial de salud;
3. Presupuesto público asignado al sector de salud para 1983, desglosado por objeto y fuente para el ministerio de salud, otras instituciones públicas descentralizadas territorial y funcionalmente;
4. Presupuesto público asignado a otros sectores sociales, tales como educación, trabajo, vivienda, etc. para 1983, desglosado por objeto o fuente para el respectivo ministerio de coordinación sectorial, otras instituciones públicas descentralizadas territorial y funcionalmente de cada uno de dichos sectores;
5. Recursos del sector privado dedicados a salud en 1983, con indicación del objeto y de la fuente de los recursos.
6. Información cronológica histórica y prospectiva para el período 1978-1987 sobre: Producto interno bruto en números absolutos y como porcentaje de crecimiento con relación al año base (1978=100%); egresos totales del sector público desglosados en: corrientes y de capital, en números absolutos y como porcentaje de crecimiento con relación al año base (1978=100%); egresos totales ejecutados para 1978-1982 y proyectados para 1983-1987 para el ministerio de salud desglosados en: corrientes y de capital, en números absolutos y como porcentaje de crecimiento con relación al año base (1978=100%); egresos totales ejecutados para 1978-1982 y proyectados para 1983-1983 para los entes públicos de seguridad social desglosados en: corrientes y de capital, en números absolutos y como porcentaje de crecimiento con relación al año base (1978=100%) o; índices de precios al por menor como porcentaje de crecimiento con relación al año base (1978=100%) para 1979, 1980, 1981, y 1982 y proyección para 1983-1987. Paridad de la moneda en el mismo período.
7. Tendencia de la evolución observada y de la esperada para la distribución sectorial de los egresos corrientes del sector público durante el período 1978-1987, en números absolutos en dólares y como porcentaje de distribución del total del respectivo año. Desglosar en tres grandes grupos de sectores,* sociales, económicos y de infraestructura. Dentro de los sectores sociales desagregar lo correspondiente a

salud, educación, vivienda, etc., y para los económicos; agropecuario, minería, industria, caza y pesca, silvicultura, etc., dejar la información agregada, y también para construcción, transporte, energía, etc., que son los de infraestructura.

8. Tendencia de la evolución observada (1978-1982) y de la esperada (1983-1987) para la distribución de los egresos corrientes del sistema de salud durante el período 1978-1987, en números absolutos y como porcentaje de distribución del total del respectivo año. Desglosar la información por entes* públicos y privados, indicando en el primer grupo los pertenecientes al gobierno central y en forma separada a los organismos descentralizados funcional y territorialmente;

9. Tendencia de la evolución observada (1978-1982) y de la esperada (1983-1987) para la distribución de los egresos de capital del sistema de salud durante el período 1978-1987, en números absolutos y como porcentaje de distribución del total del respectivo año. Desglosar esa información en forma idéntica a la indicada en el punto 8 anterior a partir del *;

10. Fuentes de financiamiento de los entes del sistema nacional de salud, en miles de dólares durante el período 1978-1982 y la proyección para 1983-1987, desglosando para cada año lo proveniente del presupuesto del gobierno, de cuotas de seguro social de trabajadores y cuentas de seguro social patronal, en forma separada, de suministro o venta de servicios y de otros ingresos. Desglosar la información en dos grupos;* sector público y sector privado, dando para el primero detalles por entes públicos centrales: ministerio de salud y descentralizados funcional y territorialmente, con desglose de cada uno de estos;

11. Estructura de los gastos de los entes integrantes del sistema nacional de salud, como tendencia de la evolución observada (1978-1982) y de la esperada (1983-1987) para 1978-1987, en idéntica forma que como ha sido solicitada para otros datos anteriores, para los integrantes de todo el sistema nacional de salud, en miles de dólares. Desglosar para cada año los egresos destinados a personal, mantenimiento de equipo y edificios, medicinas y drogas, transferencias e incluso dentro de la compra de servicios a otros entes. Desglosar también la información en la forma que indica en el punto 10 anterior a partir del*

12. Tendencia de la evolución de los egresos de los entes integrantes del sistema nacional de salud durante el período 1978-1982 y la proyección para 1983-1987 destinados a medicinas y drogas, desglosando la información según su origen nacional o extranjero y el costo en miles de dólares. Desglosar esa información por sectores públicos y privado y dentro del primero por entes que lo integran;

13. Tendencia de la evolución de los egresos de los entes integrantes del sistema nacional de salud durante el período 1978-1982 y su proyección para 1983-1987, según distribución especial: metropolitana, otras áreas urbanas y áreas rurales.

14. Porcentaje del gasto en hospitales del sector público de salud y su tendencia histórica de 1978-1982 y proyección 1983-1987.

FUNCIONARIOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO

A. Nacionals

Argentina

Olga Niremberg
Abraam Sonis

Brasil

Solón Magalhaes Vianna
Lucia Pontes de M. Baptista
Sergio Francisco Piola

Mexico

Daniel Gutiérrez Paillet
Margarita Ochoa de Mendoza

Perú

Antonio Aires Slicherio
María Esther Pérez López
Juan Manuel Sotelo
Félix Vallena Slicherio

Costa Rica

Humberto Aguilar Arroyo
Carlos Luis Marín Mora
Rodrigo Meneses Castro

B. Organización Panamericana de la Salud

Mario Boyer
Peter R. Carr
Francisco Castro
Lee M. Howard
Wilburg Jiménez-Castro*
Robert S. Landmann
Francisco Cruz B. López

Philip A. Musgrove
Luis Jorge Osuna
Néstor Rodríguez Campoamor
Mark L. Schneider
José Romero Teruel
Juan Carlos Veronelli

*Coordinador General del Estudio.

ANEXO III

FUNCIONARIOS DE ORGANISMOS INTERNACIONALES ENTREVISTADOS
PARA LOS FINES DEL ESTUDIO

Luis Olivos, Deputy Chief, Program Division and Chief of the Latin American and Caribbean Branch, United Nations Fund of Population Activities.

Roberto Olivero, Public Administration Program, Department of Technical Cooperation for Development, United Nations.

Joseph Oyugi, Officer in Charge, Public Administration Training System Branch, Public Administration Program, Department of Technical Cooperation for Development, United Nations.

Juanita Bobbitt, Public Administration Program, Department of Technical Cooperation for Development, United Nations.

Dragoljub Kauran, Public Administration Program, Department of Technical Cooperation for Development, United Nations.

Dardo Sagredo, International Adviser, Development Advisory Services, Department of Technical Cooperation for Development, United Nations.

James R. Himes, Chief, Americas Section, Program Field Services Division, UNICEF.

Walter Franco, Oficial Técnico Encargado de los Programas de Salud en el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Toshio Sigematsu, Chief, Demographic Statistics Section, Statistical Office, Office for Development Research and Policy Analysis, Department of International Economic Affairs, United Nations.

Michael Platzer, Department of Technical Cooperation for Development, United Nations.

Alan Heston, National Accounts, Section, Statistical Office, Office for Development Research and Policy Analysis, Department of International Economic Affairs, United Nations.

Julián Bertaux, Oficial de Enlace de la Organización Mundial de la Salud, New York.

Vera Kalm, Director de Enlace de la Organización Mundial de la Salud, New York.

Carlos García-Tudero, Interregional Adviser, Department of Technical Cooperation for Development, United Nations.

Faquir Muhammad, Director Public Administration for Development, Department of Technical Cooperation for Development, United Nations.

Christian Ossa, Chief International Economic Branch, General Analysis and Policies Division, Office for Development Research and Policy Analysis, Department of International Economic and Social Affairs, United Nations.

Julián Gómez, Secretary of the Committee for Development Planning and Assistant Director, Office for Development Research and Policy Analysis, Department of International Economic and Social Affairs, United Nations.

Alex Cornelissen, Oficial de Enlace de la CEPAL ante las Naciones Unidas.

J. Baudot, Dirección de Asuntos Sociales, Department of Technical Cooperation for Development, United Nations.

Gonzalo Martner, Director del Centro de Investigaciones Sociales de Viena, Naciones Unidas.

John R. Moore, Assistant Provost for International Programs, Division of Agricultural and Life Sciences, Maryland University.

Richard F. Davis, Professor and Associate to the Provost for International Programs, Division of Agricultural and Life Sciences, Maryland University.

Edward Rizzo, Consultant, International Programs, Division of Agricultural and Life Sciences, Maryland University.

Jorge Ruiz Lara, Subgerente, Departamento de Desarrollo Económico y Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

Roberto Mayorga Cortés, Miembro del Consejo Directivo del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (Banco Mundial).

Carlos Quijano, Asesor del Vicepresidente Ejecutivo para América Latina del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (Banco Mundial).

Eduardo Weissner Durán, Director para la Región Occidental del Fondo Monetario Internacional.

Ricardo Cibotti, Director de la División de Desarrollo Económico de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL).

Andrés Bianchi, División de Desarrollo Económico de la CEPAL.

Germán Rama, Director de la División de Desarrollo Social de la CEPAL.

Enzo Faletto, Oficial de la División de Desarrollo Social de la CEPAL.

John Durston, Oficial de la División de Desarrollo Social de la CEPAL.

Eligio Alves, Director del Centro de Proyecciones Económicas de la CEPAL.

Oscar Julián Bardeci, Director del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).

Carmen Arretx, Jefe del Area de Demografía del CELADE.

Guillermo Maccio, Oficial del CELADE.

Alfredo Costa Filho, Director del Centro Latinoamericano de Planificación Económica y Social, (ILPES).

Jorge Israel, Funcionario del ILPES.

Abraham Horwitz, Consultor de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Dwight Johnson, Director of Development Resources, Agency for International Development, State Department, Washington, D.C.

Frederick W. Schieck, Agency for International Development, State Department, Washington, D.C.

Paula Feeney, Public Health Advisor, Agency for International Development, State Department, Washington, D.C.