

## 1.10 GASTOS Y FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD

Uno de los problemas que han tenido que enfrentar muchos países de América Latina y el Caribe, en sus esfuerzos por ampliar la cobertura y estructura de servicios y para satisfacer las necesidades básicas de la población, es la naturaleza relativamente restringida de los ingresos del Gobierno y, por ende, de su limitada capacidad para financiar esos programas.

Si bien durante los pasados dos decenios el gasto público promedio de consumo se ha venido acrecentando a casi la misma tasa que el Producto Bruto Interno (PBI),\* se prevé que la tasa de expansión del consumo público en los próximos 20 años tendrá que ser considerablemente más elevada, a fin de poder financiar de manera apropiada los programas para satisfacer necesidades básicas de la población. Según un reciente estudio del Banco Mundial, por ejemplo, en el Brasil el costo de ejecución de un programa de este tipo requeriría un aumento de la tributación equivalente a casi el 2%, en un PBI en rápida expansión.

Como se desprende del Cuadro 1, a pesar de que durante las últimas dos décadas la proporción del PBI correspondiente al sector público, en oposición al privado, tendió a incrementarse en la mayoría de los países latinoamericanos, esta proporción es relativamente pequeña cuando se la compara con la de países más industrializados. En 1977, en término medio, solo el 11% del PBI de cada país se asignó a satisfacer las necesidades del sector público. Este 11%, además de costear los sueldos de todos los empleados públicos y del personal militar, tuvo que solventar los costos de otras actividades, desde los programas de salud, educación y bienestar social, hasta las actividades de defensa, administración de justicia y relaciones exteriores. En cambio, los Estados Unidos, Canadá, Suecia y el Reino Unido, cuyos PBI tienen una magnitud mucho mayor, pudieron en promedio dedicar el 22% de sus respectivos PBI al gasto de consumo del sector público. El gasto de consumo del sector privado en estos 4 países representó un promedio de sólo 59% de su PBI en 1977, en comparación con un promedio de 70% en América Latina. Considerando la proporción relativamente pequeña del PBI asignada a satisfacer todas las necesidades del sector público en América Latina, no es difícil comprender

---

\*La tasa promedio anual de crecimiento del gasto público de consumo en los 60 fue de 5.7, y el crecimiento promedio anual en el período 1970-77 fue de 6.2.

CUADRO 1

CONSUMO PÚBLICO Y PRIVADO E IMPUESTOS SOBRE LOS INGRESOS  
EN LA AMÉRICA LATINA

PAIS	Consumo público como porcentaje del PBI		Consumo privado como porcentaje del PBI		Impuestos sobre el ingreso como porcentaje de las rentas fiscales totales del Gobierno 1977
	1960	1977	1960	1977	
Haití	-	8	-	83	16
Honduras	11	14	77	68	13
El Salvador	10	11	79	68	13
Bolivia	7	11	86	72	39
Colombia	7	7	68	75	37 1/2
Paraguay	8	7	76	75	24 1/2
Ecuador	10	10	74	64	25 1/2
Guatemala	8	6	84	76	13 1/2
Nicaragua	9	8	79	73	13 2/3
República Dominicana	13	5	68	73	21 2/3
Perú	8	15	68	74	-
México	6	12	76	68	-
Jamaica	7	22	67	66	40
Chile	11	12	75	80	35 2/3
Jamaica	11	14	78	71	34 1/3
Costa Rica	10	16	76	65	26 1/3
Brasil	12	9	67	68	-
Uruguay	9	13 2/3	79	74 2/3	-
Argentina	9	10 2/3	71	71 2/3	4
Trinidad y Tabago	9	14	61	53	57
Venezuela	14	15	53	48	13 1/3
<u>Promedio (sin ponderar)</u>	<u>9</u>	<u>11</u>	<u>73</u>	<u>70</u>	<u>25</u>
Canadá	14	20	65	57	54
Estados Unidos	17	18	62	66	59
Suecia	16	28	60	54	44 1/3
Reino Unido	17	21	66	59	60 4/3
<u>Promedio (sin ponderar)</u>	<u>16</u>	<u>22</u>	<u>64</u>	<u>59</u>	<u>54</u>

FUENTE: BIRF, Indicadores del desarrollo mundial, junio de 1979  
Naciones Unidas, Anuario estadístico 1978 - 1979.

1/ Impuestos sobre los ingresos y la riqueza.

2/ 1976.

3/ De los impuestos sobre el ingreso y la riqueza se excluyen los gravámenes directos sobre las sociedades petroleras y mineras que, de incluirse, aumentarían esta cifra a 64%.

4/ Incluidos los impuestos del seguro social y otros gravámenes similares.

las serias restricciones financieras que gravitan sobre la mayor parte de los programas de desarrollo social, incluidos los programas de salud.

En la mayor parte de los países latinoamericanos, una de las principales razones que explica el porcentaje relativamente pequeño del gasto de consumo público, por oposición al privado, es la limitada magnitud de ingresos totales del Gobierno. A diferencia de la situación que se advierte en la generalidad de los países altamente industrializados, un gran número de los países latinoamericanos generan el grueso de sus rentas fiscales en base de impuestos indirectos (y no de tributación directa sobre el ingreso individual y a las empresas) y la solvencia de sus sistemas tributarios es, a veces, baja. En un país, por ejemplo, los ingresos tributarios declinaron como proporción del PBI, del 16.3% en 1971 al 13.1% en 1976. Una de las razones a las cuales se atribuye la solvencia relativamente baja de las rentas tributarias en muchos países, es la fuerte dependencia de estos sistemas respecto de los impuestos sobre el comercio exterior, circunstancia que hace muy vulnerables las rentas fiscales de estos países a las fluctuaciones en los mercados externos.

En el largo plazo, a medida que sus economías se expandan, que los Gobiernos latinoamericanos reestructuren sus fuentes de rentas fiscales y que sus sistemas de recaudación tributaria se hagan más efectivos, cabe esperar que se generen los recursos necesarios para sustentar una amplia gama de programas encaminados a satisfacer las necesidades básicas de la población. En el corto plazo, no obstante, los administradores deberán estar alertas a la necesidad de obtener fuentes alternativas de financiamiento para los programas de salud. En muchos países, al parecer, una fuente principal de recursos adicionales con destino a los servicios de salud podría ser la expansión de la contribución del seguro social. Sin embargo, hay limitaciones y reservas potenciales que podrían restringir la utilización efectiva de recursos de esa fuente para financiar programas nacionales tendientes a proporcionar salud para todos. Por ejemplo, aparte de que los ministerios de salud, y sus organizaciones análogas, tienen poco o ningún control sobre el uso de esos fondos y se carece de una coordinación eficaz al respecto, los programas de salud del seguro social suelen orientarse hacia los servicios curativos complejos, dedicando escasos recursos a los programas de salud preventiva y atención básica de la salud.

En muchas naciones algunos de los problemas financieros que se derivan de la rápida expansión de la cobertura de los servicios podrían resolverse parcialmente mediante la definición y desarrollo de una clara política nacional que asigne parte de los ingresos del seguro social para financiar objetivos nacionales de salud. A este respecto, cabría mencionar que los programas de salud del seguro social se financian, en parte,

con contribuciones directas que se costean con rentas fiscales nacionales. Además, reciben un financiamiento indirecto en la medida en que utilizan establecimientos del sector público y personal de salud, cuya educación y capacitación se han financiado con recursos públicos.

Se plantea, asimismo, la cuestión relativa de saber quién sufraga realmente los programas de salud del seguro social. Se estima que en muchos sistemas la parte de los impuestos sobre sueldos que costean los empleadores se traslada en grado sustancial al consumidor, por conducto de la elevación de los precios de bienes y servicios. En consecuencia, algunos grupos de población, principalmente los grupos urbanos y rurales más pobres, contribuyen a financiar los sistemas de seguridad social sin recibir beneficio alguno.

Al parecer en ningún país de la Región los sistemas de seguridad social tienen una influencia particularmente positiva en el contexto de las estrategias encaminadas a satisfacer las necesidades básicas de la población. En general, la naturaleza regresiva de las fuentes de financiamiento de los programas de seguridad social, junto con la restringida cobertura de esos programas y la consecuente perpetuación de desigualdades en la distribución del ingreso, es motivo de creciente preocupación en muchos países. Si se redefinieran sus fuentes y formas de financiamiento y sus políticas, funciones, programas y costos, esos sistemas podrían convertirse en un factor nacional positivo.

Otra alternativa, con frecuencia subutilizada, que tienen ante sí muchos países latinoamericanos, es la imposición de una gama más amplia de tasas a los usuarios de los servicios de salud financiados con fondos públicos. En este sentido los países deberían analizar los beneficios que podrían derivarse de la imposición de tasas para algunos de los servicios que ahora se proporcionan gratuitamente. La experiencia señala que las tasas no debieran aplicarse a todo tipo de servicios, ni tampoco pretenden sufragar el costo total de éstos. Además, existe evidencia de que en muchas ocasiones los mecanismos administrativos necesarios para el cobro y control de esas tasas anula el beneficio neto de las mismas. Por otra parte, la aplicación de tasas ha sido considerada, no solo como fuente de financiamiento, sino como un instrumento eficaz para minimizar el problema de la sobredemanda innecesaria que induce el precio cero de las prestaciones. Estas alternativas deberían ser cuidadosamente exploradas durante el diseño y la adopción de estrategias de financiamiento. En todo caso, en cualquier sistema de tasas debe extremarse el cuidado de que éstas no atenten contra el objetivo principal del sistema: prestar servicios a los grupos desamparados y disminuir las desigualdades.

La suma de los gastos totales de salud efectuados por el conjunto de los organismos públicos, en la mayoría de los países latinoamericanos, parecería ser suficiente para financiar los objetivos de más alta prioridad declarados en sus estrategias nacionales. Sin embargo, el análisis hace evidente que para ello se requeriría una radical reestructuración de los sistemas y una reducción selectiva de los tipos de servicios, de la estructura de sus prestaciones y de las funciones de producción con objeto de bajar los costos unitarios de las mismas.

En ese sentido muchos países han reconocido la necesidad de introducir reformas de fondo en la reorganización de los sistemas y en la prestación misma de los servicios de salud, con el propósito de hacer posible la cobertura a toda la población, por lo menos en lo referente a sus necesidades básicas. Además de las reestructuraciones institucionales y administrativas, se acentúa crecientemente la tendencia a definir nuevas funciones de producción que minimicen el uso de recursos socialmente caros, lo que está generando la búsqueda sistemática de tecnologías alternativas.

Simultáneamente se generaliza en los países la orientación de la producción de servicios hacia la satisfacción de las necesidades básicas y prioritarias para los grupos postergados. Sin embargo, el análisis de la actual estructura de necesidades de esos grupos postergados, y la estimación de su evolución más probable, permite inferir que coexistirán necesidades usualmente consideradas básicas, con otras de igual importancia en cuanto a su incidencia y trascendencia, pero que requieren soluciones técnicas de relativo alto costo. Por consiguiente, no parece viable ni aconsejable intentar la aplicación de estrategias que tiendan a reducir la gama de servicios ofrecida por el sistema público.

Por lo tanto, a diferencia de las estrategias vigentes en países en desarrollo de otras partes del mundo, en la Región, la organización de sus sistemas de prestación de servicios de salud tiende esencialmente a una ampliación de los niveles básicos e intermedios de su actual pirámide funcional, y no a truncar radicalmente dicha pirámide. En consecuencia, no se considera a la atención primaria como un programa, sino como una estrategia que permea todos los niveles de la pirámide.

Esta concepción de los países latinoamericanos parece basarse en dos factores importantes que tienen al distinguirlos de los países en desarrollo de otras partes del mundo, con niveles similares de ingreso per cápita. El primer factor es el desarrollo alcanzado de la infraestructura (establecimientos, organización, administración y recursos disponibles) y su mayor abundancia relativa de personal, así como la capacidad

para formar futuras promociones. El segundo factor es la rápida evolución que se observa en sus estructuras de morbilidad y mortalidad y las tendencias de las variables demográficas. En muchos países de la Región cabría la consideración de un tercer factor significativo: un potencial de crecimiento económico sostenido y de aumento de las rentas fiscales, muy superior al promedio.

En el próximo decenio uno de los problemas más arduos que tendrán ante sí muchos países latinoamericanos, en su tentativa por racionalizar sus actuales programas de salud y ampliar su cobertura, será el de coordinar todas las actividades públicas del sector salud, incluyendo las de seguridad social. En la mayor parte de los países existen numerosos organismos públicos y paraestatales que realizan actividades en el sector salud, determinando una crónica fragmentación de recursos sanitarios entre múltiples entidades administrativas. Esta fragmentación del sector salud perjudica la formulación y aplicación de políticas nacionales integrales de salud, y con frecuencia da lugar a graves problemas que se derivan de la juxtaposición de jurisdicciones y de conflictos entre organismos.

Durante los dos últimos decenios estos problemas han adquirido el grado de endemicidad. En algunos países no existe una clara definición de responsabilidades y funciones, lo que impide el establecimiento y ejecución de una política nacional de salud aplicable a toda la población. Hay casos en que coexisten numerosos organismos de salud e instituciones de seguridad social en los niveles central, regional y local, que duplican actividades y clientelas dejando importantes vacíos sin atender. Sin embargo, es posible advertir que hay un número creciente de gobiernos que han comenzado a adoptar medidas necesarias para reducir esta fragmentación del sector.

Además de los ahorros que se podrían derivar de una mejor coordinación y de una demarcación más clara de responsabilidades y funciones en los sistemas de prestación de servicios de salud, en muchos países es igualmente evidente que podrían también allegarse ahorros considerables, mediante mejoramientos en la prestación de los servicios y en su administración utilizando enfoques, normas y procedimientos más eficientes.

En la perspectiva de la extensión de cobertura en el contexto de la meta para el año 2000, las reducciones de los costos unitarios de los servicios de salud es crucial. Un punto de partida pragmático sería determinar los procedimientos terapéuticos más económicos de las condiciones mórbidas comunes mediante la comparación de la eficiencia, seguridad,

economía y aceptación del uso de diversos métodos, complementados por actividades apropiadas de información y persuasión. En resumen, se trata de desarrollar y aplicar la tecnología más apropiada e introducir los mecanismos necesarios para su aceptación o para el control de su eficiencia y eficacia.

A este respecto es lamentable que, si bien muchos países han adoptado normas y metas para la provisión y utilización de servicios de atención de salud, muy pocos han establecido un plan de análisis y control de costos unitarios consistente con esas normas y metas, lo que les permitiría estimar futuras necesidades de recursos, en una perspectiva mucho más clara, y controlar la eficiencia del sistema. Una revisión somera de los datos fragmentarios de costos disponibles en algunos países parece indicar que, si en años venideros, varios de éstos no son capaces de disminuir considerablemente algunos de sus costos unitarios, la realización del objetivo de "salud para todos" requerirá duplicar o triplicar el porcentaje del PBI destinado a la salud. En uno de estos países, de mantenerse los costos unitarios actuales, tendría que destinarse cerca del 16% de su PBI para lograr dicho objetivo. En otro país el costo de cada alta de un hospital general equivale a casi la mitad del producto anual medio per cápita.

El análisis de la información disponible en algunos países permite estimar que un renovado acento en las medidas preventivas y una utilización más intensiva de los hospitales existentes y de otros establecimientos, junto con una disminución de los costos unitarios, en base a tecnologías apropiadas, contribuiría a aliviar la necesidad de construir nuevos establecimientos y a generar ahorros que se podrían volcar a la ampliación de la cobertura de salud.

#### TENDENCIAS DE LOS GASTOS NACIONALES EN SALUD

La información relativa a los gastos de salud es obviamente necesaria para estimar y formular cálculos de futuros gastos, por lo tanto su compilación y análisis constituyen uno de los pasos fundamentales en la formulación de los planes y políticas de salud. En el contexto de las tendencias económicas y financieras generales previstas en el plano nacional, su análisis y cálculo constituyen un fundamento pragmático valioso e ineludible para adoptar decisiones respecto del porcentaje del PBI que se volcará a los servicios de salud, los tipos de servicios que se prestarán y sus fuentes de financiamiento.

En la mayor parte de los países latinoamericanos no se dispone de una información integral confiable y sistemática, fácilmente accesible, respecto de las tendencias del gasto nacional total en salud (público y privado). Gran parte del exiguo y confuso caudal de información disponible se refiere solo a los gastos de salud realizados por algunos organismos de los Gobiernos Centrales, cuyo fin principal es la prestación de servicios de salud.\*

La información disponible de las estadísticas de cuentas nacionales y fuentes similares indica que el gasto nacional total en salud (público y privado) oscilaría actualmente entre 4.0 y 6.0% del PBI, en la mayor parte de los países de la Región.\* En varios países (frecuentemente aquellos que experimentaron más dificultades para volver a estimular su crecimiento económico general en el segundo lusto del decenio de 1970) parecería que el gasto nacional total en salud no alcanzó a siquiera el 4.0% del PBI al final del decenio. En unos pocos países la proporción de recursos nacionales destinados a la salud fue muy similar a la observada en

---

\*Por estas y otras razones mencionadas más adelante se renunció a intentar un análisis sistemático, país por país, de los gastos nacionales en salud de toda la Región. Este análisis se limita a la información presentada a las Naciones Unidas por las autoridades de cuentas nacionales (por lo común los bancos centrales) de algunos países latinoamericanos.

Los datos estadísticos de gastos de salud utilizados se han tomado de la publicación de las Naciones Unidas (Anuario Estadístico de Cuentas Nacionales - 1978), y su composición y cobertura, si bien se estima que son las más confiables e integrales que se pueden obtener, están sujetas, entre otras cosas, a las definiciones de "gastos de salud" utilizadas para compilar datos con destino a las cuentas nacionales. No comprenden los gastos en saneamiento ambiental, educación médica y otras modalidades de educación en salud o nutrición, pues dichos gastos se incluyen en distintas categorías, por ejemplo, los de nutrición en el rubro de alimentación, los de educación médica y otra educación organizada en salud en el rubro de educación, etc. La expresión "consumo público" (que, por lo común, se denomina "consumo del gobierno general" en la terminología de las Naciones Unidas) abarca todos los gastos corrientes para la adquisición de bienes y servicios de todos los niveles (central, regional, local, etc.) de gobierno. El consumo privado está compuesto del valor de todos los bienes y servicios adquiridos o recibidos en calidad de ingreso y en especie por los hogares y las instituciones sin fines de lucro, así como por los institutos de la seguridad social.



muchas de las principales naciones industrializadas del mundo, pues llegó a alrededor del 8% del PBI. Sin embargo, según los datos disponibles, parecería que solo en un grupo reducidísimo de países el gasto nacional total en salud (público y privado) habría realmente aumentado como porcentaje del PBI. Panamá, por ejemplo, es uno de los pocos países de la Región que, pese a cierta declinación económica, ha acrecentado significativamente el porcentaje de recursos nacionales dedicados a la salud de 5.0 del PBI en 1960, a 6.3 y 7.8 en 1970 y 1976 respectivamente. (Cuadro 2)

CUADRO 2

PANAMA: GASTOS CORRIENTES EN SALUD COMO PORCIENTO DE  
LAS PRINCIPALES VARIABLES FINANCIERAS NACIONALES  
1960-1976

	1960	1970	1975	1976
Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total del consumo	21.1%	24.1%	25.7%	27.3%
Gasto privado en salud como porcentaje del gasto privado total del consumo	3.3	4.6	6.1	6.1
Gastos público y privado totales en salud como porcentaje del Producto Bruto Interno**	5.0	6.3	7.6	7.8

Fuente: Naciones Unidas, Anuario Estadístico de Cuentas Nacionales, 1978.

\* Estos porcentajes representan sólo los gastos corrientes en salud; Las cifras serían algo más elevadas si se incluyeran los gastos de capital.

\*\* No se incluyen los Estados Unidos ni el Canadá.

En muchos países de la Región, el sector salud evidencia un incremento significativo en su participación en el gasto público en la década de los sesenta; sin embargo, parece existir una tendencia decreciente en la década de los setenta. Por ejemplo, en 1970 el sector salud representaba el 19.7% del gasto público total del consumo de Venezuela; en 1975 y 1977 bajó al 13.5 y al 12.6% respectivamente.

Las cuentas nacionales de países, con economías muy diversas, revelan que este fenómeno en modo alguno estuvo limitado a naciones que experimentaban similares problemas de desarrollo y crecimiento. Sin embargo, pese a que esta tendencia parece estar muy difundida, en modo alguno fue universal en la Región, y en algunos países del Caribe los porcentajes de gastos públicos de consumo destinados al sector salud, luego de incrementarse en el decenio de 1960, se mantuvieron señaladamente estables en la década de los setenta.

La estabilidad de las asignaciones de recursos financieros no es una de las características más sobresalientes de los servicios de salud financiados con recursos públicos en América Latina. En la mayoría de los países para los cuales se dispone de datos, los gastos públicos en salud en el corto plazo parecen sumamente erráticos, con aumentos y disminuciones significativos de un año a otro. Estas variaciones financieras, que causan perjuicio a la ejecución de los planes de salud y al funcionamiento de sus programas, parecen ser no sólo el reflejo de fluctuaciones de las condiciones económicas, sino también de la forma en que se entregan y gastan los recursos presupuestarios dentro del país, y eventualmente, a súbitos cambios en la prioridad política atribuida al sector salud en su conjunto, o a sus componentes individuales.

La inflación fue otro factor importante que afectó negativamente a los gastos en salud durante el pasado decenio. En consecuencia, si bien en la mayor parte de los países de la Región los gastos de salud parecen ir en aumento, cuando se los expresa a precios constantes, para compensar los precios inflados de los bienes y servicios de salud, se advierte que los gastos de salud declinaron realmente en términos absolutos y per cápita. Esta tendencia fue particularmente marcada en la última parte del decenio. En un país de los estudiados, por ejemplo, los gastos privados per cápita en salud declinaron en un 40%, en términos reales, entre 1974 y 1977.

En el decenio 1970, el crecimiento de los gastos públicos en salud parece haber sido lento y haberse rezagado frecuentemente en relación con el crecimiento económico general; sin embargo, en muchos países el gasto

privado de salud (incluido el seguro social) ha tendido a aumentar, o a mantenerse relativamente estable como porcentaje del gasto total privado de consumo (ver Cuadro 3). En un país el gasto privado en salud que representaba en 1960 el 3.7% del gasto total de consumo, en 1970 se elevó al 4.4%, manteniéndose en 1975.

Generalmente se acepta que el grueso del gasto privado en salud en los países en desarrollo está representado por el de las instituciones del seguro social y el de los habitantes relativamente más prósperos. Sin embargo, recientes estudios en profundidad realizados en países de Africa y Asia muestran que los habitantes rurales y de bajos ingresos, que no están afiliados a sistemas del seguro social, destinan porcentajes significativos de sus ingresos, en efectivo o en especie, a la adquisición de bienes y servicios de salud.

La información fragmentaria que existe respecto de unos pocos países de América Latina parece también indicar que las comunidades de estos países dedican un porcentaje considerable de su ingreso a la salud, especialmente a la adquisición de productos farmacéuticos. Queda por aclarar, con todo, qué cuantía de esta demanda privada de bienes y servicios sanitarios es creada por el personal empleado en el sector público y por las características de la entrega de estos servicios. Cualquiera que sean las razones, el gasto privado en salud parece haber sido en la década menos inestable y menos sujeto a erosión que el gasto público, en situaciones de rápido cambio en las condiciones económicas generales. Esta circunstancia, junto con su magnitud, hace que el gasto privado esté siendo objeto de una mayor atención por parte de los niveles de decisión del sector salud.

Dada la magnitud de los recursos financieros que se gastan en salud en el sector privado, su organización y utilización de manera más eficaz y eficiente podría tener profundas consecuencias para la realización del objetivo de Salud para Todos en el Año 2000. Por ejemplo, sería posible incrementar la cobertura y efectividad de los servicios de salud, financiados públicamente, sin un aumento sustancial de su participación en los recursos nacionales, por medio de una reasignación de recursos y cambios en el flujo financiero del subsector privado al público dentro del sector de la salud. Este tipo de solución requiere, obviamente, de decisiones políticas de gran significado, que requieren información completa respecto a la naturaleza, magnitud y costo de oportunidad de todos los bienes de salud consumidos por las comunidades.

Cuadro 3

GASTO CORRIENTE EN TOTAL, PUBLICO Y PRIVADO EN SALUD  
PARTICIPACION DEL GASTO PRIVADO Y DEL TOTAL EN EL PBI

País	Año	Unida des mo- neta- rias (millo- nes)	Gastos corrientes en salud*				% del gasto total en el PBI
			Gasto público	Gasto privado	Gasto total	% del gasto pri- vado en el total	
Honduras	1975	Lempiras	46	95	141	67.0	6.7
Panamá	1976	Balboas	85	71	156	45.0	7.8
Venezuela	1977	Bolívares	2,886	3,152	6,038	52.0	4.0
Reino Unido**	1976	Libras	5,734	817	6,551	12.0	5.3
Suecia**	1977	Coronas	19,940	8,547	28,487	50.0	8.1
EUA**	1977	Dólares	21,247	142,308	163,555	87.0	8.7

Fuente: Naciones Unidas, Anuario Estadístico de Cuentas Nacionales, 1978

\*Las cifras serían algo más elevadas si se incluyeran las inversiones de capital.

\*\*Se incluyen el Reino Unido, Suecia y los Estados Unidos, con fines de comparación.

Los datos generales relativos a las asignaciones públicas y privadas destinadas a la atención de salud, tales como los datos fragmentarios y sin refinar que se están presentando, son útiles cuando solo se quiere estudiar las tendencias generales, nacionales e internacionales. Pero el análisis del gasto por sí solo es un fundamento insuficiente para extraer conclusiones sustanciales sobre la prestación de los servicios de salud de las comunidades. Los países que gastan porcentajes más elevados de su

PBI en salud no necesariamente proporcionan a sus poblaciones servicios sanitarios más amplios o mejores que los países que parecen gastar menos. Los precios relativos de los servicios de salud varían mucho de país a país, e incluso dentro de las distintas regiones de una misma nación. En algunos países, los médicos y otro personal de salud son mucho más numerosos en relación con la población total que en otros, mientras que en algunos los médicos y otros profesionales de la salud perciben sueldos considerablemente superiores. Algunos países poseen más camas de hospitales y otros servicios relativamente costosos, en tanto que en otros predominan los centros de salud y establecimientos de bajo costo.

Durante el pasado decenio se fue reconociendo en la Región que la falta de información integral, confiable y de acceso razonablemente fácil respecto del nivel general de recursos financieros dedicados al sector salud, trababa considerablemente las tentativas por reorganizar y revitalizar los sistemas de prestación de servicios de salud y la elaboración de programas ajustados a la realidad. En la mayoría de los países el sector salud puede, a lo sumo, proporcionar respuestas conjeturales muy aproximadas, a preguntas fundamentales y de urgente actualidad sobre lo que costaría alcanzar el objetivo de la Salud para Todos en el Año 2000, y cuáles serían las fuentes probables de recursos financieros para este fin.

Con frecuencia los niveles de decisión y planificación de las instituciones que integran los sectores salud solo están enterados de la magnitud y composición de sus propios presupuestos. Por razones que escapan a su control, tienen, asimismo, un conocimiento muy reducido de los recursos financieros que dedican a la salud las otras instituciones, así como de las diversas fuentes de financiamiento que operan en su propio país. Es frecuente que a los ministerios de salud solamente les corresponda el control efectivo de una reducida parte del gasto nacional total en salud. En consecuencia, debido fundamentalmente a la falta de información sobre el gasto en salud y de sus fuentes de financiamiento, los planes y programas nacionales de salud promulgados por algunos países son similares a témpanos de hielo porque solo tienen en cuenta una pequeña proporción de los recursos nacionales dedicados a la salud, y por lo tanto, en muchas ocasiones resultan inoperantes como instrumentos de bien intencionadas políticas distributivas.

Habida cuenta de la necesidad ampliamente reconocida y urgente de contar con información más confiable respecto al gasto, los costos y las fuentes de financiamiento de los servicios de salud, los Gobiernos deberían emprender un renovado esfuerzo por desarrollar sistemas viables y

elásticos para compilar y clasificar, con carácter permanente, las asignaciones financieras al sector salud, en el marco de las estadísticas de cuentas nacionales. Un acceso fácil y de "rutina" a dicha información, pondrá a los administradores en salud en condiciones de adoptar decisiones bien informadas y oportunas respecto de las posibles asignaciones de recursos y fuentes de financiamiento. Otra importante ventaja que se derivaría del perfeccionamiento de la información correspondiente al sector salud en los sistemas de cuentas nacionales es que proporcionaría una perspectiva más clara y oportuna para analizar el sector salud, en el contexto de las asignaciones sectoriales de los recursos nacionales.

Por otra parte, la adopción y uso de sistemas uniformes de información sobre fuentes, gastos y costos de los sectores nacionales de salud facilitarían, además, los análisis comparativos entre países y pondría a los administradores y planificadores de salud en condiciones de evaluar sus programas nacionales de salud en un contexto más amplio.

Por sí sola, evidentemente esa información no dará respuesta al gran número de preguntas que es menester responder para la formulación de las estrategias encaminadas a alcanzar el objetivo de Salud para Todos en el Año 2000. Pero constituirá un aporte sumamente significativo al proporcionar un caudal de información imprescindible respecto de una variable fundamental en la solución de los problemas que se han de resolver para reorientar y ampliar los sistemas de servicios de salud. En síntesis, contribuirá a transformar el objetivo de Salud para Todos en el Año 2000, de concepto arquitectónico, en planos concretos de construcción.

## 1.11 LA COOPERACION INTERNACIONAL

Durante la década de los setenta se reafirmó en las Américas el concepto de cooperación técnica como instrumento para responder a las necesidades reales definidas por los países, permitir el desarrollo de tecnologías adecuadas y, al mismo tiempo, estimular el fortalecimiento de sus propias capacidades para asegurar efectos favorables y duraderos.

El decenio se caracterizó igualmente por la identificación y discusión de grandes problemas mundiales que afectan en especial al Tercer Mundo. En ese sentido se destacan las Conferencias Mundiales del Medio Ambiente, de Población, de Alimentos, de Reforma Agraria y Desarrollo Rural, de Asentamientos Humanos, la Mundial del Agua, la de las Naciones Unidas sobre Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo la de Atención Primaria de Salud y el Año Internacional de la Mujer.

En las Américas, cabe mencionar las III y IV Reuniones Especiales de Ministros de Salud celebradas en 1972 y 1977 respectivamente.

Las agencias internacionales de cooperación técnica y financiera introdujeron en este período cambios en sus políticas y enfoques.

El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) destinó al sector salud poco más de 35 millones de dólares para financiar programas en las áreas de desarrollo de servicios de salud, control y prevención de enfermedades, medio ambiente, recursos humanos y salud animal, que corresponde al 5% de la cooperación total otorgada. El monto de los recursos del PNUD siguió una curva ascendente hasta el año 1975, para luego declinar en la segunda mitad del decenio. Se desarrollaron esfuerzos para llevar a cabo una programación conjunta entre los Gobiernos, el PNUD y las agencias internacionales ejecutoras. También se estimularon nuevas modalidades de operación, tales como la ejecución de los programas por los Gobiernos con la cooperación técnica de los organismos.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) modificó su política en forma sustantiva, transformándose en ejecutor de sus propios programas, orientándolos hacia los servicios básicos de la infancia con una perspectiva multidisciplinaria y multisectorial. En base a esta prioridad, el UNICEF se asoció a la Organización Mundial de la Salud para cooperar con los Gobiernos en la definición y promoción de la estrategia de la atención primaria de salud.

El Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población (UNFPA) revisó su política de colaboración con los países sobre la regulación del crecimiento explosivo de sus poblaciones, reconociendo la importancia de encarar esas acciones en el contexto de la atención materno-infantil en coordinación con la OPS/OMS. Varios países de las Américas recibieron recursos por una cuantía aproximada de 102 millones de dólares en el período 1971-80.

Como producto de la Conferencia Mundial del Medio Ambiente, el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) ha emprendido proyectos de cooperación técnica en los países de las Américas con colaboración de la OPS/OMS y la Comisión Económica para América Latina, para el control de la contaminación del medio ambiente, así como para el cumplimiento de las metas establecidas por la Conferencia de las Naciones Unidas para el Agua.

La Organización para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y el Programa Mundial de Alimentos (PMA) ampliaron su participación en el campo de nutrición, canalizando alimentos para programas de alimentación suplementaria orientados a beneficiar a los grupos vulnerables de la población.

La Organización Internacional para el Trabajo (OIT), junto con la OPS/OMS, ha desarrollado actividades conjuntas en el área de la salud ocupacional, rehabilitación y seguridad social.

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación y la Cultura (UNESCO) promovió profundos cambios en su política de cooperación, pero su participación en la formación de los recursos humanos para salud en los países de las Américas ha sido limitada.

En lo referente a las agencias de cooperación financiera, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) canalizó recursos para financiar la construcción de acueductos de grandes y medianas ciudades, así como para las áreas rurales. En el período de 1960 a 1980 otorgó préstamos por más de 1,200 millones de dólares, que en ese lapso contribuyeron a elevar el número de la población con acceso al agua potable de 65 a 198 millones de personas. También concedió préstamos para la infraestructura en programas de extensión de servicios de salud a varios países y para el programa de libros de texto. Para todos estos programas, el BID destinó alrededor del 9% del total de los préstamos concedidos. La sanidad animal es otro programa al cual el Banco destinó importantes recursos, y así en



el control de la fiebre aftosa, hasta finales de la década de los setenta, el BID había aprobado operaciones por un monto superior a los 107 millones de dólares, movilizando aportes locales que excedían los 400 millones de dólares. Al final de la década de los setenta, el BID decidió canalizar el 50% de los recursos a programas sociales que beneficien a grupos de población de menor ingreso. Esto implica el auspicio de proyectos que generen empleo y mejoren las condiciones de vida, asegurando el acceso de la población a los servicios básicos.

El Banco Internacional para la Reconstrucción y Fomento (BIRF) adoptó como política integrar algunas actividades de salud y control de natalidad en los proyectos de desarrollo regional, particularmente para áreas rurales, y últimamente decidió además otorgar préstamos directos para proyectos en salud. Esta estrategia más amplia para conceder préstamos para programas de salud es una de las expresiones de su compromiso para aliviar la pobreza dentro del enfoque de satisfacer las necesidades básicas humanas en el mundo entero.

La Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID) canalizó considerables recursos para programas en el campo de la agricultura, del desarrollo rural integrado, y para programas sectoriales de salud y nutrición.

La Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA), cooperó para el abastecimiento de agua potable en los países de habla inglesa del Caribe y colaboró con la OMS/OPS y otras agencias en programas para la formación de recursos humanos de desarrollo administrativo en el sector salud y educación continúa.

Entre las numerosas agencias y organizaciones privadas que concedieron donaciones o auspiciaron programas en los países de las Américas, se destaca la Fundación Kellogg, que colaboró con los Gobiernos de las Américas y la OPS para la creación del Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa para la Salud (CLATES), el Programa Latinoamericano de Desarrollo Educativo para la Salud (PLADES), y de la Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud (BIREME). También participó en el desarrollo de programas de atención progresiva del paciente y en adiestramiento en servicios de salud, administración de hospitales y salud materno-infantil. Apoyó asimismo, en programas del INCAP y CLATES.

La OPS/OMS ha orientado su cooperación mediante una programación por país que pone énfasis en la participación directa de las autoridades

nacionales en la exposición de sus necesidades y prioridades, y toma en cuenta los aportes que otras agencias de cooperación internacional y bilateral hacen al sector. Aunque los Gobiernos de las Américas progresaron substancialmente en la programación en salud, ésta no se reflejó sistemáticamente en la programación nacional del desarrollo. Sin embargo, los países han canalizado mayores recursos de origen externo para el financiamiento de la construcción de importantes obras de infraestructura en grandes y medianas ciudades, especialmente en el subsector del agua y, en menor grado, para la extensión de servicios de salud y formación de los recursos humanos.

Durante la década 1970-80, la programación regional en salud se basó en el Plan Decenal para las Américas. La evaluación de ese esfuerzo continental y el análisis y proposiciones de las estrategias nacionales y regionales servirán de base para determinar las acciones futuras necesarias para alcanzar la meta de Salud para Todos en el Año 2000. Para esta empresa la relación de la OPS con la Comisión Económica y Social para la América Latina (CEPAL) continuará siendo de vital importancia.

Ha empezado a percibirse la necesidad de un cambio profundo en las políticas y estrategias de salud, y por ende, de la estructura de la cooperación técnica y financiera internacional. Esto se hizo evidente con motivo de la decisión de los Gobiernos de ampliar la cobertura de los servicios y la adopción por los mismos de la estrategia de la atención primaria de salud, que demanda un abordaje intersectorial. En este contexto, la cooperación internacional requiere un marco de referencia más integral.

Por otra parte, debe hacerse notar la tendencia del PNUD y otras agencias, a disminuir recursos para financiar la cooperación internacional en América Latina en favor de otras regiones del mundo. Varias agencias están reorientando sus prioridades hacia la producción de alimentos, al desarrollo científico y tecnológico y para la solución de los problemas energéticos. Estos hechos exigirán en el sector salud una reevaluación y replanteamiento de la cooperación, tanto técnica como financiera, para la próxima década, y en ese sentido, el enfoque de la cooperación técnica entre países en desarrollo adquiere máxima significación.

Aunque la responsabilidad primordial por la Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD) incumbe a estos mismos, el apoyo de los países desarrollados seguirá siendo necesario. Para que la CTPD tenga una plena vigencia, se necesita de un firme compromiso político por parte de los países en desarrollo y desarrollados. Es indispensable que los Gobiernos incluyan en sus planes nacionales una política clara sobre CTPD

que se refleje en los programas nacionales de salud. La concertación de convenios subregionales en el sector económico y en el de salud deberá reforzar esa tendencia en el próximo decenio. La cooperación económica entre países en desarrollo (CEPD) está íntimamente ligada a la CTPD.

Aquí debe señalarse la importancia que están adquiriendo los grupos subregionales de integración económica en Centroamérica y Panamá, de los países del Grupo Andino signatarios del Acuerdo de Cartagena, de la Comunidad del Caribe (CARICOM), así como la Conferencia de Ministros de Relaciones Exteriores de los Países de la Cuenca del Río de la Plata. Simultáneamente a esos procesos se desarrollaron otros de cooperación en el sector salud, como es el caso de Ministros de Salud el Area Andina, la de los Ministros de Salud de los Países de habla inglesa del Caribe, y la Reunión de Ministros de Salud de Centro América y Panamá. Reconociendo este hecho, las entidades internacionales de cooperación técnica y financiera han considerado el marco subregional para su colaboración en programas interpaíses.

La solución de muchos de los problemas relacionados con la producción de alimentos y equipo, medicamentos y biológicos, el control de su calidad, los aspectos vinculados a su comercialización, el desarrollo tecnológico y de la investigación, algunos aspectos de recursos humanos y la difusión de experiencias y conocimientos, tendrá como base sustantiva la cooperación conjunta de los países en desarrollo.

En el transcurso de la década es posible notar en algunos de los países una creciente preocupación por perfeccionar los análisis de necesidades de cooperación externa del sector salud, la definición de sus prioridades y el examen de las ventajas y desventajas, así como las alternativas que ofrecían las distintas fuentes de cooperación posibles. En base a estos análisis, algunos países perfeccionaron la programación nacional de la cooperación externa e hicieron esfuerzos para coordinarla intersectorialmente según las políticas y estrategias nacionales vigentes al respecto. En algunas ocasiones se implantaron mecanismos de evaluación y control de dicha cooperación.

Estos análisis, evaluaciones y programas nacionales de la cooperación, constituirán el elemento clave para reorientar la política y prácticas de cooperación de las agencias de la familia de las Naciones Unidas, del Sistema Panamericano, las agencias bilaterales y los organismos privados.

COOPERACION TECNICA Y FINANCIERA EN SALUD Y SANEAMIENTO AMBIENTAL POR DETERMINADAS FUENTES PRINCIPALES DE FINANCIAMIENTO

AMERICA LATINA Y EL CARIBE  
(EN MILLONES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA)

	PRESUP. ORDINARIO OPS	PRESUP. ORDINAR. OMS	OPS/OMS OTROS FONDOS	PNUD	FNUAP	UNICEF	KELLOGG	BID*	BIRF*	AID(EUA)*	TOTAL
1970	13.8	6.7	5.5	1.9	.6	2.4	.9	30.3	18.5	-	80.6
1971	16.1	7.3	5.7	2.8	-	4.8	1.4	50.0	124.0	-	212.1
1972	17.8	8.4	7.1	3.0	1.4	3.5	1.6	59.2	9.9	19.1	131.0
1973	19.6	8.9	7.5	3.1	3.3	2.9	1.4	53.6	99.1	49.0	248.4
1974	21.5	9.8	7.5	3.8	10.9	3.5	1.8	93.0	59.2	33.7	244.7
1975	23.6	10.6	7.7	6.3	14.2	4.6	1.5	111.5	42.0	13.9	235.9
1976	26.7	11.8	10.7	5.1	17.3	2.8	2.4	128.6	137.2	66.2	408.8
1977	28.9	13.0	13.3	3.3	13.3	3.6	2.9	226.6	62.7	33.4	401.0
1978	31.2	14.6	14.7	2.8	16.4	4.1	3.8	153.4	218.4	11.8	471.2
1979	33.7	16.4	19.4	3.0	24.7	3.0	4.3	132.6	172.8	44.3	454.2
TOTAL	232.9	107.5	99.1	35.1	102.1	35.2	22.0	1,038.8	943.8	271.4	2,887.9

\* La cooperación de BID, BIRF y AID(EUA) consiste fundamentalmente en préstamos.

Fue imposible obtener información de todas las fuentes durante todo el decenio y, por consiguiente, en el cuadro no figuran importantes fuentes gubernamentales y no gubernamentales; con excepción de AID(EUA) no se presenta otra cooperación de miembros de la Organización Europea para la Cooperación y Desarrollo y el Comité para la Cooperación en el Desarrollo OECD/DAC. Se estima que sin incluir los recursos recibidos del PMA la cooperación externa total para salud y saneamiento ambiental en America Latina y el Caribe ascendió a más de \$560 millones en 1979. Este monto fue dividido casi equitativamente entre actividades de salud y de saneamiento ambiental. Las aparentes y grandes fluctuaciones anuales en las cantidades de cooperación recibidas de algunas de las fuentes indicadas se deben en gran manera a la inclusión de fondos para sistemas de abastecimiento de agua y alcantarillado. Los compromisos para éstos y otros proyectos de inversión de capital tienden a ser menos frecuentes y están más agrupados que los fondos para actividades básicas de atención de salud, población y nutrición.