

Reforma De Los Sistemas De Salud En América Latina En Los 90 (El Papel De Los Organismos Multilaterales De Crédito)

Dr. Andre Medici

1. INTRODUCCIÓN

Este es ya el cuarto o quinto encuentro de la AES en que participo y es un placer para mí estar acá y discutir estos temas vinculados a la reforma de salud. El último encuentro que participé creo que fue el 2001 en Mar del Plata, y entonces básicamente introdujimos una discusión sobre el tema de evaluación de las reformas de salud, tratando de ver qué estaba pasando en América Latina. Para esta presentación partimos de una conceptualización de las reformas, según las ideas que están por detrás de las mismas, tratando de mostrar que en gran medida uno de los problemas de las reformas de salud era su carácter externo, y que muchas veces los paquetes de medidas que se presentaban a través de ellas no coincidían con las realidades propias de los países. Por un lado no estaban siendo trabajadas las necesidades específicas de los países en su formulación, pero por otro lado no nos dábamos cuenta de los problemas de agencia y de economía política que estaban por detrás de esa discusión, y en ese sentido no se conseguía crear un clima social favorable para que se pudiera tener acciones que representasen efectivamente soluciones consensuadas en el seno de la sociedad..

En esta presentación partiremos, básicamente de este mar de fondo. La idea sería discutir cuatro temas centrales que de alguna manera marcan el orden que seguiremos en la exposición:

- § La ayuda externa en salud en América Latina y el Caribe (ALC)
- § El desempeño de ALC en salud
- § Evaluación de las Reformas de Salud
- § El futuro de la Cooperación Internacional

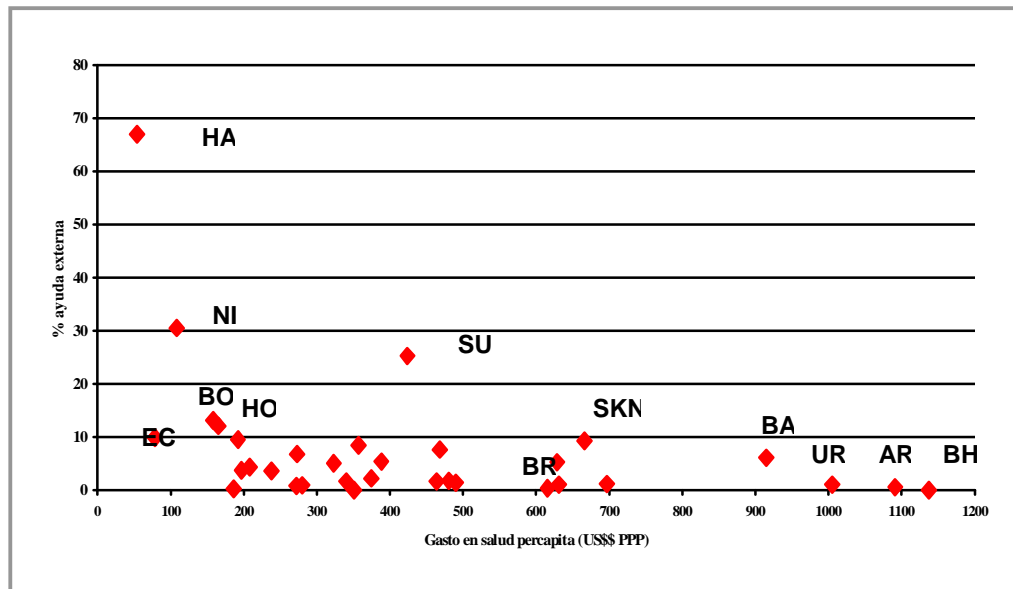
Hay una serie de indicadores que están asociados a la cuestión específica de salud, que trataremos de usar para mostrar qué está pasando y ver el cuadro de heterogeneidad que existe todavía. Mirar además cuál fue del desempeño de la Región Latinoamericana en salud, examinar un poco la evaluación de las reformas, buscando trabajar con más detalles que la última vez, y finalmente también trabajar con esta cuestión del futuro de la cooperación internacional, donde creemos que están viniendo grandes cambios por la presión que llega de todas partes. La realidad que cabe a nosotros en América Latina conocer, es que los cambios que pasan en las perspectivas futuras de las organizaciones internacionales llevan a la discusión de un concepto de acciones para lograr equidad en salud que está asociado a los países más pobres, de África, por ejemplo, que a la realidad de los países de América Latina.

En América Latina y el Caribe somos considerados por los indicadores promedios países ricos, pero tenemos inmensas áreas de pobreza y desigualdades internas, especialmente en los países federativos, como el caso de Brasil, Argentina y México. Entonces, ¿cómo vamos a discutir y presentar la cuestión de la desigualdad en salud en América Latina y El Caribe? ¿Es una cuestión a ser resuelta en carácter interno de los gobiernos o es una cuestión que amerita la ayuda internacional?.

2. LA AYUDA EXTERNA EN SALUD

La primera cuestión la mostramos a través del **Gráfico 1**, que es la correlación de la ayuda externa como porcentaje del gasto en salud y el gasto en salud per cápita, en este caso es el porcentaje del gasto público total.

Gráfico 1 Correlación de la ayuda externa como % del gasto en salud y el gasto en salud per cápita -Latinoamérica y Caribe -



Fuente: Banco Interamericano de Desarrollo

La primera pregunta que podemos hacernos a partir de este gráfico es: ¿el sector salud en América Latina depende del apoyo externo? Creemos que efectivamente, hay una dependencia, pero esta ayuda varía según la magnitud y el grado de desarrollo del país. Puede verse que la ayuda externa para salud en Brasil, Argentina y Uruguay es inferior al 1% del gasto en salud, mientras que en Nicaragua y Haití la ayuda externa en salud supera el 30% del gasto en salud, llegando al 67% en Haití. Muchos países con bajo gasto en salud, no obstante, no logran ayuda externa por la incapacidad de realizar proyectos. Por el contrario, algunos países pequeños aunque gasten más tienen más ayuda externa.

El gráfico 1 muestra el gasto per cápita en salud medido en US\$ a paridad de poder adquisitivo (PPP) correlacionado con el porcentaje de ayuda externa como porcentaje del gasto nacional de salud. Se considera como gasto nacional el gasto público, o sea incluye la suma de los gastos federales, provinciales y municipales. En comparación tenemos países que gastan menos de US\$ 50 per cápita en salud y llegan a tener hasta un 70% de ayuda externa. Otros países, tienen a capacidad de supervivencia con un gasto público muy bajo y prácticamente sin ayuda externa. Para los países de mayor gasto per cápita, la ayuda externa en salud no ha significado mucho en el porcentaje del gasto.

Hay diversos tipos de ayuda externa:

- § Donaciones bilaterales (USAID, JAICA, *trust funds* de países donantes)
- § Fondos Multilaterales (*Global Fund*);
- § Fundaciones Privadas (Gates, Soros, etc.);
- § Organismos de las Naciones Unidas (OMS, UNICEF, OPS, PNUD, etc.)
- § Préstamos de Organismos Multilaterales (BID, Banco Mundial, CAF, etc.)

Las articulaciones entre estos organismos todavía no son claras, habiendo múltiples espacios para la combinación de dichos tipos de ayuda.

Cuando miramos todas estas fuentes, la pregunta que surge es qué tipo de articulación existe entre esos fondos, o cómo se articula una estrategia entre esos organismos. La impresión que tenemos luego de trabajar en muchos países, inclusive Bolivia, es que la superposición de acciones de los diversos organismos genera efectos negativos, en cierto modo atrapando específicamente al país antes que mejorando su situación.

El caso de Bolivia es un ejemplo claro, porque tiene más de una centena de donantes que trabajan sin ninguna coordinación dificultando el propio papel de formulación e implementación de políticas del Ministerio de Salud. Cada organismo define sus contratos y programas y el Ministerio de Salud pasa a ser a la larga un Ministerio sin programas. Creo que los organismos multilaterales tienen que operar bajo mayor coordinación, creando mecanismos de articulación de sus acciones y programas individuales, para evitar estas distorsiones y efectos negativos. El BID y el Banco Mundial han progresado en esfuerzos de coordinación pero así aún tienen alguna competencia en proyectos de salud. La pregunta es ¿la competencia es válida entre Bancos de Desarrollo? Creo que cuando se tiene una competencia entre Bancos de Desarrollo se reducen las posibilidades de diseñar mejores proyectos para los países. Para lograr el préstamo, muchas veces los Bancos hacen concesiones en el diseño de los proyectos que, aunque faciliten su ejecución, dificultan el alcance de los objetivos de desarrollo a largo plazo del país. Y sabemos que, muchas veces, los compromisos políticos de corto plazo de los gobiernos no pueden ser confundidos con objetivos de desarrollo de largo plazo. Esta es una pregunta que dejamos abierta a la reflexión de cada uno: ¿los bancos de desarrollo fueron hechos para competir?

Actualmente, la ayuda externa en salud puede ser canalizada para distintos tipos de proyectos, tales como:

§ **Proyectos de Inversión** (vinculados al cumplimiento de cronogramas de desembolsos de actividades y destinados a sectores específicos). Sería la actuación más tradicional para los bancos de desarrollo

§ **Proyectos Sectoriales** (vinculados al cumplimiento de condicionalidades y vinculados a objetivos macroeconómicos). En este momento han crecido mucho y de alguna forma se utilizan para mejorar el balance macroeconómico del país y se fijan las condicionalidades en los sectores sociales o de salud. Como comentario digamos que hay proyectos sectoriales de salud donde esas condiciones son vinculadas al sector de salud, pero no siempre esto ocurre. La cuestión que miramos y ahí es una autocrítica, es que esas condicionalidades son muy débiles, y en situaciones de gran crisis, de grandes problemas macroeconómicos, los recursos son utilizados pero no hay todo el ambiente político necesario para que se cumpla la condicionalidad.

Las reformas pasaron a ser objeto de financiamiento de los proyectos de inversión multilateral a partir de la segunda mitad de los años noventa. Antes no se hablaba mucho de proyectos específicos de reforma. En el caso del BID, hasta la primera mitad de los '90, la concentración fue en proyectos de inversión en infraestructura, recursos humanos, etc. La implicancia de esto es que no se tiene tiempo suficiente para evaluar los resultados, porque las reformas son procesos de larguísimo plazo y no pueden estar vinculadas a objetivos de cuatro años de gobierno. Tienen que tener una continuidad de conducción para que puedan madurar y presentar resultados satisfactorios

3. EL DESEMPEÑO DE LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE EN SALUD

¿Qué teníamos al inicio de los años 90 mirando a América Latina y el Caribe en la perspectiva mundial? De acuerdo a la evaluación que se hace basada en el informe del Banco Mundial, comparando con regiones del mismo ingreso per cápita, en América Latina se puede observar lo siguiente:

Se gastan más recursos....

- § Gasto en Salud: alrededor de 6% del PIB;
- § Gastos privados: casi 50% del gasto en salud;
- § Gasto hospitalario: 70% del gasto en salud

Y se logran menos beneficios:

- § Expectativa de vida: 4% más baja;
- § Mortalidad infantil: 17% mayor;
- § Cobertura de los servicios es 14% menor;
- § Años de vida saludables perdidos es 14% mayor.

¿Qué tipo de implicación tuvo ese diagnóstico? básicamente que las reformas deberían orientarse para el tema de la eficiencia. Y ahí se generó una Caja de Pandora. Se puede hablar de eficiencia, pero siempre orientada hacia alguna cosa. Eficiencia no existe *per se* y esta es una reflexión que alcanza la acción del Banco Mundial y del BID también. Discutir los proyectos en términos de su eficiencia debería ser estructurarlos en función de objetivos y metas en salud. La eficiencia debe ser para alguna cosa. Al buscar eficiencia se debería vincularla a objetivos concretos de salud, como por ejemplo aumentar la cobertura de un programa de salud o reducir la mortalidad o morbilidad de una dada enfermedad. Hay que plantear entonces cuestiones concretas y centrales: ¿Cómo se evalúa la cobertura de salud? ¿Queremos mejorar la calidad? ¿Queremos mejorar la equidad? ¿Cómo vamos a medir el alcance de estas metas? ¿Qué objetivos específicos tenemos y qué enfermedades tenemos que bajar?

La discusión del tema “eficiencia para qué” no estaba reflejada en los conceptos originales de reforma de salud utilizados por los Bancos, pero en este momento pasan a ser el eje de discusión de lo que debe ser hecho. De hecho cuando nosotros pensamos qué pasó desde los '90 hasta ahora, hay algunos aspectos ilustrativos para analizar. En el **Gráfico 2** tenemos un dato que muestra lo que pasó con el financiamiento de los países de América Latina, comparado con otros países del mismo nivel de ingreso per cápita.

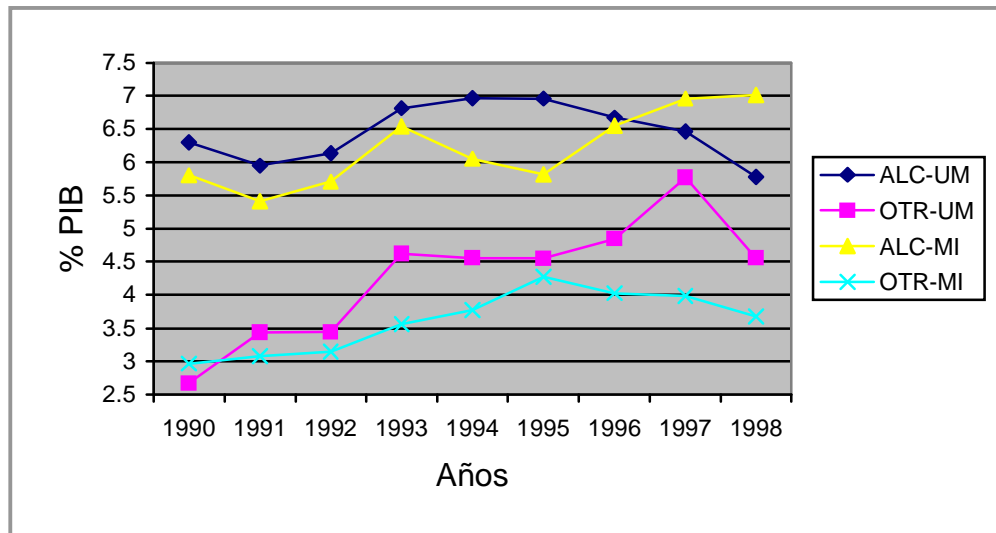
En América Latina tenemos países de ingreso promedio, donde los gastos subieron como porcentaje del PBI hacia el '94 y '95, pero después bajaron, probablemente por causa de la crisis fiscal que muchos países tuvieron, y también por el peso del gasto público. En compensación otros países fuera de la América Latina pero con un ingreso equivalente tuvieron un fuerte aumento relativo del gasto que pasó del 2,5% al 5%.

Los gastos en salud en ALC en los países de ingreso promedio superior se reducen de 6,3% a 5,8%, mientras aumentan en otros países de mismo ingreso de 2,7 a 4,6% del PIB.

§ En los países de ingreso promedio, los gastos en ALC como porcentaje del PIB pasan de 5,8 para 7.0%, y de 3,0% a 3,7% en los países de mismo nivel de ingreso.

No es que América Latina estaba gastando mucho, sino que tal vez los otros países con el mismo ingreso estaban gastando poco y que podría haberse tratado de un problema de medición del gasto. Las mediciones del gasto en salud mejoraron mucho en los años '90, y muchas veces este tipo de cuestión está reflejando un problema previo de medición del gasto que ha se corregido en los últimos años.

Gráfico 2 Gasto en salud como % del PBI en los '90



Fuente: BID

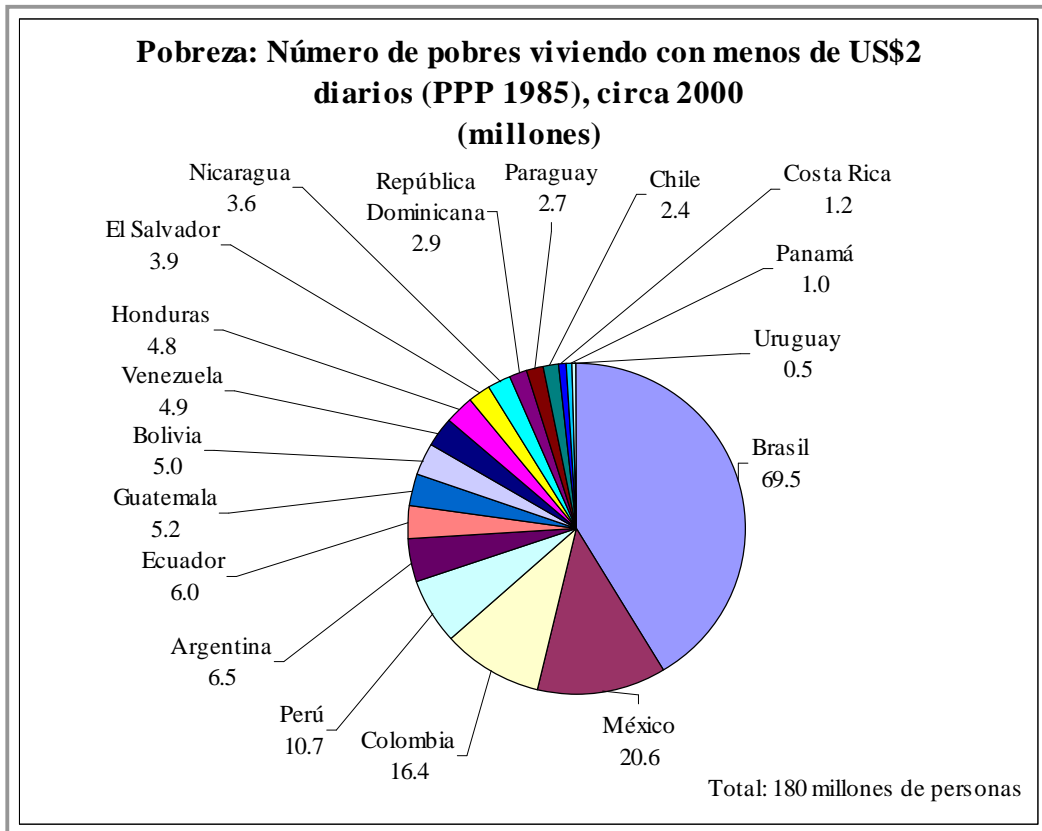
¿Pero cómo se comparan los gastos en salud entre los países de ingreso medio inferior?, En este grupo, el gasto se aumentó en América Latina, pero tenía que aumentarse. Estamos hablando de Honduras, de Haití, Bolivia, que son países que tenían que aumentar sus gastos por una cuestión de búsqueda de estándares mínimos de salud. En este grupo pasó lo contrario en países de otras regiones que son los países pobres, los de África. Allí en un momento aumenta (hasta 1995) pero luego comienza a bajar como resultado de las crisis que están pasando estos países hoy.

a) Condiciones Sociales Generales: Pobreza

Hay una serie de condicionantes que están por detrás de las malas condiciones de salud y una de ellas es la cuestión de la pobreza. Cerca de 30% de la población latinoamericana está en situación de pobreza. Esta estimación utiliza una línea de pobreza uniforme de US\$2 diarios medidos en Paridad de Poder de Compra del año 1985 para cada país. Y unos 180 millones de personas de América en general, ganan menos de 2 dólares por día, o sea son considerados pobres, en tanto que otros 328 millones no lo son. En ese sentido si hablamos de la distribución, vamos a ver que aún los países que hoy son considerados países que no necesitan ayuda externa, tienen un porcentaje muy alto de esta pobreza. Brasil tiene un 69%, o sea alrededor de 68 millones de pobres, México el 20%, Colombia 16%. **(Gráfico 3)**

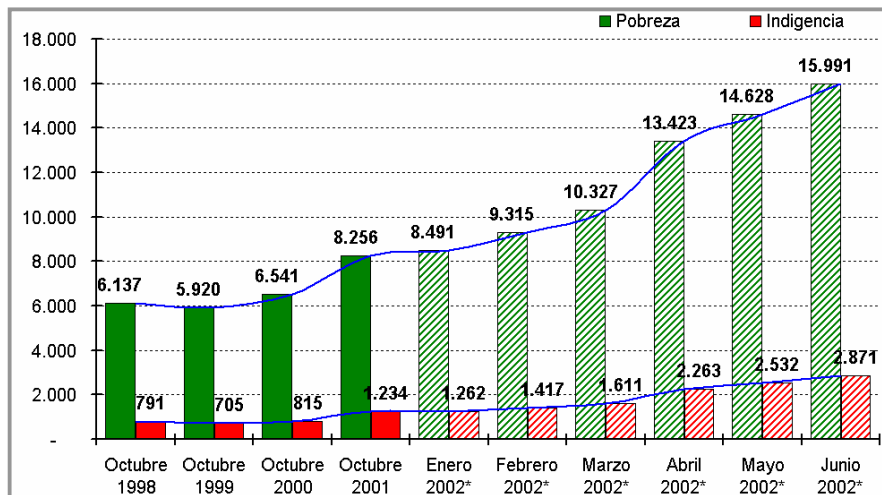
Argentina en el 2000 tenía 6,5%, pero hoy por hoy si los datos del SIEMPRO son correctos y asociables a eso, hay un proceso donde este porcentaje ha aumentado mucho. Estamos hablando en el 2000 de 6 millones y medio y ahora en junio del 2002 los datos arrojan alrededor de 15,9 millones de pobres. **(Gráfico 4)**

Gráfico 3 Los Números de la Pobreza en América Latina y el Caribe



Fuente: BID

Gráfico 4 Pobreza e Indigencia en Argentina, 1998 - 2002



Fuente: SIEMPRO

b) Condiciones Sociales Generales: Desarrollo Humano

Siguiendo con el tema de las condiciones sociales generales, podemos ver que América Latina y Caribe están en una situación superior a otras regiones, pero se sitúa en la media del planeta. El Índice de Desarrollo Humano es de 0,8, mientras que en el mundo es de 0,7. En términos de PBI per cápita América Latina se encuentra un poco mejor que el promedio

del planeta, pero de alguna forma los gastos de los países ricos influyen mucho. (Tabla 1)

Tabla 1 Desarrollo Humano -Cerca del 2000 -

País o Región	Eo (en años)	Adultos sin escolaridad (%)	PIB p/capita (US\$ PPP)	IDH	Ranking IDH
AR	73.4	3.2	12377	0.844	34
BO	62.4	14.5	2424	0.653	114
BR	67.7	14.8	7625	0.757	73
CH	75.3	4.2	9417	0.831	38
PR	70.1	6.7	4426	0.740	90
UR	74.4	2.3	9035	0.831	40
ALC	70.0	11.7	7234	0.767	-
OECD	78.2	0	23569	0.905	-
PLANETA	66.9	...	7446	0.722	-

Si miramos hoy en términos de expectativa de vida, América Latina no está en una situación muy complicada comparada con las otras regiones como África, India, China no tanto, y otras regiones de Asia. Perdimos un promedio de 140 años de vida saludable por cada mil habitantes por mortalidad precoz y 100 años por mil habitantes por discapacidad.

Considerando los Objetivos de Desarrollo del Milenio, hay por lo menos tres que están vinculados directamente a temas de salud. El primero la reducción de la mortalidad materna hasta 2015 para que llegue a los 2/3 de su valor en 1990. En general puede verse que en todos los países de la región la tasa de mortalidad infantil tuvo bajas importantes. En sarampión casi la totalidad de la región fue vacunada alcanzando una cobertura de 93%. Las tasas de mortalidad en menores de 5 años bajaron de 49 a 37.

Tabla 2 Objetivos de Desarrollo del Milenio

Reducir 2/3 la Mortalidad Infantil entre 1990 y 2015

País	Tasas de Mortalidad Infantil (p/1000)		Tasas de Mortalidad < 5 años (por 1000)		Vacunación Sarampión (%)	
	1990	2000	1990	2000	1990	1999
AR	25	17	28	22	93	99
BO	80	57	120	79	53	79
BR	48	32	58	39	78	99
CH	16	10	20	12	81	96
PR	31	23	37	28	69	92
UR	21	14	24	17	97	93
ALC	41	29	49	37	77	93
OECD	8	6	9	7	80	89
PLANETA	61	54	86	78	74	73

Pero los promedios nacionales no dicen mucha cosa. En Brasil, por ejemplo, en algunos estados como Alagoas y Paraíba, las tasas de mortalidad infantil son de 119 y de 109 por 1.000 respectivamente. Estos dos estados tienen una mortalidad infantil superior a la de algunas regiones del África Subsahariana (106/1000). ¿Será que estos Estados no merecen ayuda externa similar a la de los países pobres?

En el caso de América Latina la tasa promedio de mortalidad infantil es de 29 por mil, pero hay otros estados de Brasil, como Río de Janeiro y Río Grande do Sul cuyas tasas de mortalidad infantil son de 20 y 15 por 1000. En gran medida, todos los países federativos de América Latina presentan el mismo tipo de heterogeneidad.

Existe una asociación bastante fuerte entre mortalidad infantil y la magnitud del PBI per cápita, y esta relación se refleja también entre Estados en el interior de los países federativos.

La mortalidad infantil no se resuelve solamente con programas de salud. Los procesos de salud no pueden ser aislados de las otras políticas, sino que hay que pensar en salud de una forma integrada, como un conjunto de políticas que puede tener un impacto mayor en las condiciones de vida de la población, porque los indicadores se mueven con las condiciones de vida.

Otro Objetivo del Milenio fue la Tasa de Mortalidad Materna, que debía reducirse en $\frac{3}{4}$ entre 1990 y 2015. Las tasas de mortalidad materna en América Latina llegaron a niveles bastante elevados: en el año 1990 Bolivia tenía 550/100.000, Brasil 260/100.000, y Argentina tenía en esa época 85/100.000. Estos datos salieron de una publicación de la OMS, y muestran que América Latina está bastante complicada en cuanto al indicador. La correlación entre mortalidad materna y nivel de desarrollo también es bastante fuerte, y obviamente a menor PBI per cápita la Tasa de Mortalidad Materna es mayor.

El otro objetivo sería erradicar enfermedades transmisibles como Sida, tuberculosis, malaria. (Tabla 3)

Tabla 3 Objetivos de Desarrollo del Milenio Reducir: E. Trasmisibles entre 1990 y 2015

País	Incidencia de SIDA en mujeres de 15-49 años (%) 1999	Tasa de Incidencia de TB por 100.000 1999
AR	0,29	55
BO	0,03	238
BR	0,28	70
CH	0,08	26
PR	0,04	68
UR	0,21	29
ALC	...	75
OECD	0,14	16
PLANETA	1.07*	142*

*AFRICA SUBSAHARIANA: 9.2 y 339 para SIDA y TB

En el caso de SIDA en la Región tenemos tasas inferiores al promedio del planeta. En tuberculosis algunos países como Bolivia tiene tasas elevadísimas, mucho mayores que el promedio mundial. Problemas como este aún no se han solucionado, pese a las inversiones del Banco Mundial. Los proyectos del Banco Mundial tienden a hacerse de modo que puedan mostrar resultados rápidos optando por inversiones en las regiones más urbanizadas donde los impactos positivos son pronto y seguros. No estamos haciendo una crítica al Banco Mundial por esta cuestión, porque esto pasa también con otras instituciones de fomento al desarrollo, para después salir en los folletos e informes. Pero en las áreas más remotas, donde viven los más pobres y donde es mucho más difícil que se logren

resultados rápidos es que se tendría que hacer la inversión prioritaria. Por lo tanto, si el compromiso es aumentar la equidad y erradicar la pobreza, es necesario invertir la lógica de las inversiones para el desarrollo. Empezar primero por los problemas más difíciles y crear la infraestructura para solucionar la salud de los más pobres, porque lo más fácil viene después. La lógica de armar los proyectos tiene que ser diferente para que se atiendan a estos objetivos.

La tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles no tiene una relación tan fuerte como se tiene con las otras en términos del PBI, pero la verdad dicha tasa es mucho mayor en los países que tienen bajo ingreso per cápita. Y pasa al revés con las enfermedades crónicas donde la tasa aumenta en aquellos países que tienen un ingreso per cápita mayor.

EVALUACIÓN DE LAS REFORMAS DE SALUD

Dentro de esta perspectiva, intentemos hacer una evaluación y ver que pasó con las reformas. Se esperaba, con las reformas, **alcanzar los siguientes objetivos:**

- § Reducción de la brecha de equidad
- § Aumento de la Cobertura
- § Aumento del gasto público en salud
- § Aumento de la eficiencia del gasto

Equidad

Con respecto a la cuestión de la **equidad** en salud hay tres dimensiones:

- § En el financiamiento: incidencia fiscal de los recursos para la salud;
- § En las necesidades: estudios de carga de enfermedad;
- § En el uso de los servicios: estudios derivados de los niveles de utilización por nivel de ingreso, teniendo en cuenta la carga de enfermedad.

Respecto al financiamiento, donde está el problema de la incidencia fiscal de los recursos para salud hay muy poca experiencia. Nuestra impresión es que la forma como se destina el gasto público en salud en América Latina no tiene un efecto compensatorio por nivel de ingreso. Pero el gasto público en salud debería ser mucho más progresivo de lo que es. Focalización y universalización no son para nada cosas antagónicas. No es una contraria de la otra, pero la focalización debe ser un instrumento para llegar a la universalización. Porque cuando se focaliza se logra que aquellos que no tienen recursos puedan tener acceso a los servicios. La cuestión de cómo se logra ese efecto, que es algo que muchas veces ha sido mal hecho en nuestras reformas.

Hay que pensar en hacer estudios de la carga de cada enfermedad para que se conozcan las necesidades en salud .

Como no conocemos las necesidades en salud, deberíamos realizar tales estudios. Y lo mismo sucede cuando se mira la utilización de los servicios, que debe interpretarse mediante estudios derivados de los niveles de utilización por nivel de ingreso, teniendo en cuenta la carga de enfermedad

Otro tema que tiene que ver con la equidad es la progresividad o regresividad en el financiamiento. Lo que tenemos en Brasil, por ejemplo, son evidencias indirectas de la regresividad del gasto público. Cuando se mira cómo es el gasto de salud por nivel de ingresos, se puede ver por ejemplo que se tiene un gasto en salud mayor para los grupos de más bajos ingresos, en tanto que con la educación pasa al contrario. Es una cuestión que no sólo se da en Brasil, ha pasado en todos los países de nuestra región. El gasto en salud ha sido regresivo. Por eso hay que evaluar muy bien cuál es la efectividad del gasto público, para donde está yendo. Porque la tendencia es que sea regresivo. Si es universal

seguramente es regresivo por el tema de la asimetría de información, que hace con que los más ricos se apropien del Estado consumiendo los recursos que deberían ser dedicados a los pobres que allá no llegan.

- § La progresividad o regresividad del financiamiento en salud depende de la estructura fiscal utilizada: Impuestos directos son progresivos;
- § Impuestos indirectos son regresivos;
- § Seguro de salud público: pueden ser progresivos o regresivos;
- § Seguro de salud privados: también pueden ser progresivos o regresivos;
- § Gasto del bolsillo en general son altamente regresivo:
- § Subsidios públicos a salud deberían siempre ser progresivos

El uso de estos mecanismos cambia de país a país. Por eso cuando se piensa en el mix de soluciones fiscales para financiar salud, hay que pensar un poco en esta articulación. Algunos estudios hechos en Europa, son muy interesantes en este tema.

Cobertura

Con respecto al tema de cobertura presentaremos como ejemplo el grado de cobertura de los servicios de salud materno infantil en el '99. Variamos de países como Cuba que tiene solamente un 1 a 2% de la población sin cobertura, hasta países como Haití que tiene 33,6% de su población sin cobertura de servicios materno infantiles. Un paquete básico de salud materno infantil costo efectivo no llega a costar 12 dólares per cápita. Por lo tanto, debería ser prioridad del gasto público en la Región

Aumento del gasto sanitario público y de la eficiencia del gasto en salud

El **aumento de gasto público** en salud es una meta que está especificada en el Consenso de Washington. Cuando se miran los objetivos del consenso de Washington aumentar gastos en salud y en educación están ambos especificados, si bien en el caso de América Latina no se reflejó mucho porque había una evaluación de que el gasto era excesivo, pero luego se probó que no era tan excesivo porque hubo un aumento de los gastos de otras regiones a niveles más parejos.

En general podemos como representantes del BID, ver que hubo avances en los '90 en temas de financiamiento de salud. En Argentina entre 1995 y 2000 se bajó el gasto público, pero en Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay aumentó. Hay un compromiso mayor de los gobiernos con aumentar y mantener el gasto público en salud. (**Tabla 4**)

Tabla 4 Gasto público en salud como % del PBI, LAC, 1995-2000

País	1995	2000
Argentina	5.0	4.7
Bolivia	2.9	4.9
Brasil	3.1	3.4
Chile	2.4	3.1
Paraguay	2.1	3.0
Uruguay	4.6	4.1

Fuente: Cuentas Nacionales de Salud, 2002.

Además, hay una correlación positiva entre el gasto per cápita con salud y expectativa de vida ajustada por la discapacidad.

Avances y problemas pendientes.

Como **avances en salud en América Latina**, podemos decir que hubo de alguna forma, aunque nosotros no tenemos cumplidas las metas del milenio, una mejoría de los objetivos sanitarios en cada país, y el gasto es más eficiente pero todavía inferior al promedio de los países con mismo nivel de ingreso.

Y en cuanto a los **problemas**, los niveles de resultados generales todavía son muy bajos, hay una baja cobertura de servicios esenciales y seguramente hay una fuerte inequidad del gasto.

¿Qué pasó dentro desde estas perspectivas con las reforma de salud de los 90?

§ **Contexto de las Reformas:** Colombia x Brasil: hay diferentes concepciones de reforma, por ejemplo si nosotros comparamos la reforma que fue hecha en Brasil con la reforma que fue hecha en Colombia, son dos modelos totalmente diferentes. No se puede comparar las concepciones de reforma porque los problemas y las formas en que avanzaron son bastante diferenciados.

§ **Grado de Avance de las Reformas:** Hay reformas todavía muy recientes para ser evaluadas (no se puede hacerlo en el ciclo político de uno sólo gobierno). La Argentina fue un país que tuvo muy lentos avances del proceso de reforma y en algunos casos hubo retrocesos,. Chile y Brasil presentan distintos grados de avance de la reforma, aunque tengan optado por caminos totalmente diferentes.

§ **Velocidad en el Proceso de Implantación:** La velocidad del proceso de implementación es un aspecto a considerar. Por ejemplo está el caso de Uruguay que está haciendo reformas desde los años '80 a pasos muy lentos y todavía no llega a su objetivo

§ **Falta de imagen objetivo de la reforma:** Paraguay lleva varios intentos sin resultado y siempre dentro de una agenda del Banco Mundial. Tuvimos un proyecto con Paraguay pero no se consiguió llegar a un objetivo.

§ **Promesa de derechos sin los recursos correspondientes:** Brasil hizo una promesa de una reforma que más bien es una meta-reforma.

§ **Participación Social:** Hay países que tuvieron mucho más participación social en el proceso, como el caso de Brasil y eso legitima el hecho de que las reformas se aceptan en Brasil, en tanto que en todos los países aparecen rechazos muy fuertes con las reformas de salud. En Brasil teniendo resueltos los problemas de economía política, no hay rechazo social a las reformas.

§ **La economía política de las reformas:** Ante todo problema de la economía política de las reformas, debemos pensar no solamente sobre cuales son las ideas que están por detrás, pero si también sobre los resultados específicos logrados. En esto sentido, las reformas son muy recientes para ser evaluadas.

§ **Idealismo x Pragmatismo en los resultados.** Las reformas han de ser pragmáticas y constantes en sus propósitos. Reformas idealistas pueden cansar a los usuarios por la espera infinita de resultados inalcanzables. Más importante que los ideales de las reformas es su continuidad y el cumplimiento de sus promesas.

Proyectos de Salud del BID

Los proyectos de salud del BID, aumentaron bastante en la composición de la cartera en los últimos años. El primer proyecto de salud del Banco fue hecho en el '73. Existen actualmente por lo menos unos 20 proyectos aprobados en el 2001. Resumidamente podríamos mostrarlo del siguiente modo:

§ Sector Salud representa 5,2% de las operaciones en ejecución y 3,4% del valor de los préstamos;

§ Desde 1973 fueron realizados 56 préstamos por US\$ 2,4 mil millones;

§ Se encuentran en ejecución 40% de los préstamos y 70% de los recursos aprobados;

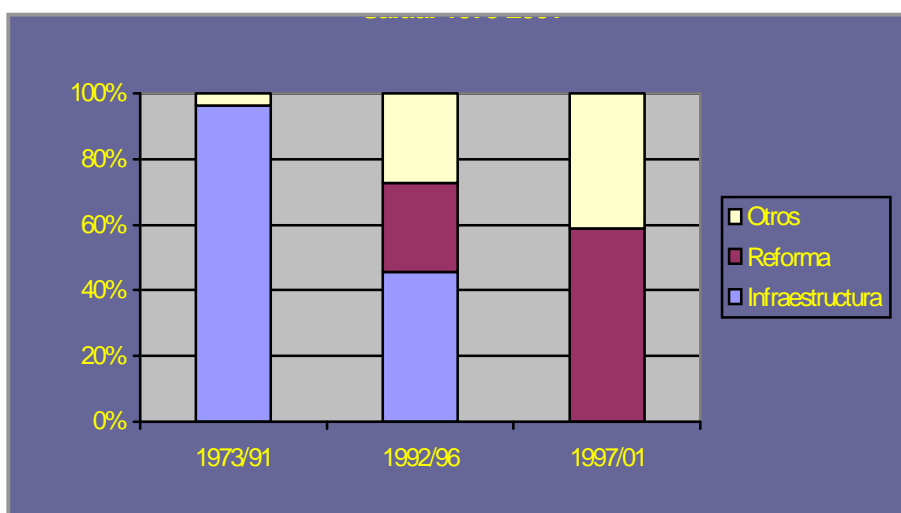
§ Otros Proyectos Sociales con Componentes de Salud. Con el surgimiento de proyectos de múltiples propósitos, los proyectos no son más proyectos sólo de salud. Hay proyectos que son regionales, locales, integrados, y que pueden contener componentes de salud. Eso vale mucho más en proyectos provinciales, estatales y locales, que es la tendencia que se tiene a futuro.

§ Inversiones Previstas para 2002 y 2003 - US\$ 1,3 mil millones en proyectos de salud.

Mirando la cartera de proyectos del BID, es evidente que del '73 a la fecha hubo un cambio notable en cuanto al tipo de proyectos. Si dividimos los proyectos en tres tipos de características: proyectos de reforma, de infraestructura y otros, podemos ver que a inicios de los años 90 prácticamente todos los proyectos eran de infraestructura, construcción de hospitales, puestos de salud, etc. En el periodo 1992-96 se introdujeron algunos otros proyectos de reforma, y ahora más de la mitad son proyectos de reforma, siendo que los otros que no son de reforma son proyectos asociados a epidemiología, que introducen un nuevo tipo de concepto.

Gráfico 5 Proyectos de Salud del BID

Cambios en la Composición de la Cartera de Proyectos de Salud: 1.973 – 2.001



Fuente: Andre Medici, 2003

EL FUTURO DE LA COOPERACIÓN MULTILATERAL

Dentro de este cuadro que hemos comentado, veamos finalmente cuál es el futuro que se tiene para cooperación multilateral.

Salud y desarrollo económico: el eslabón que se olvidó

Lo primero sobre lo que se debe reflexionar es que la relación entre salud y desarrollo económico debe ser repensada. Es un eslabón que se olvidó en el proceso. Salud es un elemento importante del capital humano. Antes se pensaba que el capital humano era solamente educación, capacitación pero no es así, la salud forma parte del capital humano. Y existen una serie de estudios que prueban esto.

Resta preguntarse cómo convencer específicamente a los gobiernos, haciéndoles entender que en la época de ajuste estructural no pueden recortar gastos en salud, porque están cortando su capacidad de inversión hacia el futuro. Esto estamos intentando hacer con los proyectos de protección de gastos.

Equidad

Los avances de la equidad vertical son más importantes que avances de la equidad horizontal. Básicamente lo que es importante es hacer lo que se pueda para mejorarla la equidad en el sentido de ampliar el acceso según las necesidades.

Calidad.

Un aspecto fundamental que implica y comprende a la salud pública es la promoción, de la salud y los estilos de vida saludables. Pero la calidad también involucra la prevención, la atención primaria y la provisión de los bienes públicos en salud, todas cuestiones que pasan a ser importantes, ya que hemos visto transcurrir prácticamente dos décadas con el regreso de enfermedades transmisibles, desabastecimiento de medicamentos y una serie de cuestiones negativas o que se creían superadas. Hay que pensar entonces que todos esos componentes son esenciales.

Eficiencia del financiamiento

Gastos públicos para los más pobres y mayor producto social del gasto privado son dos elementos indispensables para aumentar la eficiencia del financiamiento en salud. Es necesario que se tenga una direccionalidad del gasto público para quienes no tienen capacidad de pago. Creemos que en salud se aplica muy específicamente la cuestión del famoso lema: "a cada uno según sus necesidades, a cada uno según sus capacidades".

Gobernabilidad

Es necesario que se tenga mayor participación social, descentralización y gradualismo en el proceso de implementación de las reformas. No basta que las reformas sean bien pensadas y completas. Ellas han que ser fáciles de implementar. La cuestión específica en cuanto a las reformas, es que tuvieron retrocesos, tal cuál pasó en Colombia o Perú.

Resultados

Es necesario un mayor compromiso con los fines y mayor flexibilidad en los procesos, y todas las reformas tienen que estar vinculadas a objetivos de salud.

Salud en una perspectiva de largo plazo

Finalmente, la salud tiene que ser pensada en perspectivas a largo plazo, dentro de un proceso que está directamente relacionado al ciclo de vida de la población

LOS DESAFÍOS PARA LA PRÓXIMA DÉCADA

Para ir finalizando, mencionemos cuáles son a nuestro entender los desafíos que se nos plantean para la próxima década:

- § Integración de salud con otras políticas;
- § Decentralización y espacios urbanos;
- § Mejoría de los indicadores, transparencia en las informaciones; evaluación, monitoreo y seguimiento;
- § El aumento de las operaciones mezcladas de inversión con recursos de donación para atender a las necesidades de los más pobres
- § El Cumplimiento de los ODM
- § Los nuevos fondos globales (Comisión de Macroeconomía y Salud)

En un contexto de salud y desarrollo, es necesario resaltar y aceptar que el nivel de gasto en salud en los países de bajo ingreso es insuficiente para cumplir con sus necesidades de salud. Los países de menor desarrollo gastan US\$ 13 per cápita y los de bajo ingreso US\$ 24 per cápita. Aún aumentando la eficiencia del gasto y aumentando los recursos domésticos, necesitan por lo menos US\$40 per cápita para que alcancen objetivos mínimos de salud.

Y pueden entonces señalarse necesidades concretas (Comisión de Macroeconomía y Salud): Aumentar donaciones de US\$ 27 mil millones por año hasta 2007 y US\$ 38 mil millones por año entre 2007 y 2015, comparados con los actuales US\$ 6 mil millones; Y en cuanto a la forma de proceder para lograr esos objetivos, señalamos dos puntos:

- § Creación de Comisiones de Macroeconomía y Salud nacionales
- § Vincular el aumento de gastos con salud a prioridades de reducción de la pobreza

En esa perspectiva, la única cuestión que queríamos traer a colación es la de la Comisión de Macroeconomía y Salud, que está previendo un monto anual de u\$s27.000 millones hasta 2007 y que puede llegar hasta u\$s38.000 millones por año hasta 2015, y eso es mucho, comparado a los u\$s6.000 millones que se donan actualmente. ¿Cómo lograr estos niveles?. La solución es que las Comisiones de Macroeconomía y Salud Nacionales aumenten su interacción y coordinación con los donantes y organismos internacionales, También se está pensando dentro de esa perspectiva, de implementar fondos de investigación de desarrollo, proveer bienes públicos internacionales con fondos, pero nada de estas cuestiones se materializaron aún, y ya tenemos dos años de discusiones sin que salieran de los papeles.

Si lo pensamos desde el punto de vista de América Latina, los recursos de donación previstos para América Latina por la Comisión de Macroeconomía y Salud, corresponden a solamente u\$s400 millones por año. Deberíamos saber si esto se adecua a nuestras necesidades, ya que tenemos 180 millones de pobres, que ganan a razón de u\$s2 por día. Son muchas cuestiones que hay para discutir, y tenemos más preguntas que respuestas, pero este es básicamente el papel que se tiene de una discusión como esta.

Para concluir, enumeramos las **acciones que se espera financiar bajo la Comisión de Macroeconomía y Salud:**

- a) Cobertura universal de acciones básicas de salud: (US\$ 22 mil millones en 2007 y US\$ 31 mil millones en 2015)
- (b) Aumentar Investigación y desarrollo (US\$ 3 mil millones en 2007 y US\$ 4 mil millones en 2015;
- (c) Proveer bienes públicos internacionales (US\$ 2 mil millones en 2007 y US\$ 38 mil millones en 2015.

§ Para los países de ingreso medio, los Bancos de desarrollo proveerían recursos de préstamo para mejorar sus sistemas de salud. Los fondos serían provistos por iniciativas globales y mecanismos similares.

§ Los Bancos de Desarrollo y la OMS fortalecerían la capacidad institucional de los países para administrar de forma eficiente estos fondos.

§ Industrias farmacéuticas nacionales proveerían medicamentos esenciales a los países pobres.

§ La Organización Internacional del Comercio (OIC) trataría de garantizar salvaguardas para que los países en desarrollo produzcan medicamentos genéricos para atender sus necesidades básicas.

§ El Banco Mundial y el FMI tratarían de garantizar la estabilidad macroeconómica para estos procesos.

Muchas Gracias
