

PLAN REGIONAL DE INVERSIONES EN AMBIENTE Y SALUD

Una propuesta de estrategia regional y un marco de referencia para la formulación de Planes Nacionales de Inversiones en América Latina y el Caribe.

PREFACIO

Por casi un siglo no hubo epidemias de cólera en América Latina y el Caribe, hasta que en Enero de 1991 comienza la epidemia de Perú. En pocos meses la enfermedad se extendió a otros países, presentándose casos en puntos tan distantes del foco inicial como Argentina, Brasil, Chile, Guatemala y México. Hasta el 8 de junio de 1992 se han reportado a la Oficina Sanitaria Panamericana 586.306 casos, 266,034 hospitalizaciones y 5.129 defunciones.

La epidemia del cólera ha tenido un fuerte impacto en las economías de algunos países. Se conoce de pérdidas considerables en los sectores turismo, agricultura y pesca, así como en las exportaciones. El alto costo social es difícil de estimar porque no se dispone de un determinado valor económico asignable a la pérdida de vidas humanas.

La presencia del cólera ha hecho visibles las consecuencias de una crisis económica estructural de larga data y las grandes desigualdades existentes. Es también el resultado del deterioro de las infraestructuras y de la calidad de los servicios de agua potable y saneamiento básico y de salud.

Después de dos décadas de un crecimiento económico que no fue capaz de reducir la pobreza, las economías de América Latina y el Caribe declinaron considerablemente en el último decenio. La brecha con los países industrializados del mundo se ha profundizado. Vastos sectores medios de la población se están incorporando a los grandes contingentes de pobreza e indigencia. El Producto Interno Bruto y el consumo regional bajaron, per cápita, en un 8.7% y 12.6% respectivamente entre 1980 y 1990. Según la Comisión Económica para la América Latina y el Caribe, habría hoy no menos de 192 millones de personas en pobreza, y, entre ellas, no menos de 91 millones en indigencia.

El cólera se produce, se extiende, se hace epidémico y finalmente endémico, cuando se vive en deficientes condiciones ambientales, cuando no se accede al agua potable y a los servicios básicos de saneamiento. Y, cuando los servicios de salud no están en capacidad de responder adecuadamente a las necesidades de la población en riesgo.

Hoy en la América Latina y el Caribe hay más de 130 millones de habitantes que no tienen acceso a una agua segura; 145 millones no disponen de sistemas sanitarios de eliminación de excretas y desagües; 300 millones contaminan cursos de agua al arrojar sus desagües sin tratamiento previo; 100 millones, de los cuales el 90% viven en las áreas urbano- marginales, no acceden a un sistema de recolección de basuras; 240 millones disponen sus basuras en condiciones de riesgo para su salud y el ambiente: y, 160 millones no tienen acceso a servicios permanentes de cuidado directo de la salud.

Firmes decisiones y compromisos políticos deben tomarse a nivel de los países y de la región en su conjunto, para revertir esas situaciones lo más pronto posible. De no ser así, continuarán las altas tasas de morbilidad y mortalidad por diarreas y otras enfermedades infecciosas. Millones de personas, principalmente niños y los más pobres, continuarán enfermando y muriendo por riesgos y enfermedades evitables. El cólera se hará endémico y se presentarán otras patologías típicas de la pobreza.

Los países de la región han hecho esfuerzos considerables para controlar la extensión del cólera y evitar epidemias. A pesar de las extremas limitaciones económicas derivadas de la crisis y de las medidas de ajuste, ha sido posible obtener resultados satisfactorios. Sin embargo ello no es suficiente.

Frente a este reto, los países de América Latina y el Caribe, a través de la Organización Panamericana de la Salud, han planteado una estrategia de acción con dos grandes componentes. En el corto plazo, han puesto en marcha un Plan de Emergencia cuyos objetivos generales son combatir el cólera, reducir los riesgos de su diseminación y limitar su impacto social y económico.

Paralelamente, han propuesto la formulación de un Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud para el período 1993- 2004. Se trata de una estrategia regional. De un marco de referencia para los países y para la cooperación externa. De una orientación común para las grandes reformas de los sistemas que tienen relación con el cuidado integral de la salud. Todo esto con el propósito de recuperar y extender las infraestructuras y los servicios de protección y control del medio ambiente físico-biológico inmediato al hombre y de cuidado directo de la salud de las personas. De esta manera se podrán cubrir los déficits y demandas actuales y el incremento poblacional a producirse en los próximos doce años.

El Plan Regional de Inversiones debe ser una acción directa de los países. Su formulación definitiva resultará del conjunto de los Planes Nacionales que ellos elaboren. Estos no deben ser una responsabilidad circunscrita y exclusiva de los gobiernos y de los Estados. Deben ser, en todo momento, una responsabilidad compartida permanentemente por todos los sectores de la sociedad: por todos los actores de los procesos políticos nacionales.

En esta primera versión se hacen los planteamientos básicos para iniciar un proceso de diálogo y consenso entre los países de América Latina y el Caribe. Se proponen metas ambiciosas pero necesarias. Se estiman montos de recursos financieros que a primera vista pueden parecer muy elevados pero que no son irreales.

La presente propuesta se formula en momentos de crisis. Los países de América Latina y el Caribe están pasando por un conjunto de diferentes crisis que han multiplicado y profundizado los problemas que los afectan. Sin embargo, todo parece indicar que se vive en vísperas de una recuperación económica. Es en estas circunstancias cuando existe el deber moral de responder con propuestas que correspondan a la magnitud de los problemas. Las crisis ofrecen también la oportunidad de promover y facilitar cambios y reformas que son urgentes e impostergables.

Finalmente, esta propuesta responde a los principios contenidos en la Declaración de Alma-Ata, y en el Decenio Internacional del Agua Potable y Saneamiento aprobados

por todos los países del mundo en 1978 y 1980 respectivamente, y, contribuirá al cumplimiento de las metas de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia.

RESUMEN

I

Más de 130 millones de habitantes no tienen acceso a una agua segura en la América Latina y el Caribe. 145 millones no disponen de sistemas sanitarios de eliminación de excretas; 300 millones contaminan cursos de agua al arrojar sus desagües sin tratamiento previo; 100 millones no acceden a un sistema de recolección de basuras; 240 millones disponen sus basuras en condiciones de riesgo para su salud, contaminando el ambiente; y, 160 millones no tienen acceso a servicios permanentes para el cuidado directo de su salud. Más del 90% de las industrias de la región descargan sus desagües sin tratamiento alguno.

Por otro lado, los sistemas y servicios de saneamiento y de salud atraviesan por una situación muy crítica. Sus infraestructuras físicas se han deteriorado por falta de mantenimiento y reposición. Sus presupuestos de operación han sido recortados de tal manera que se han acentuado, aún más, las ineficiencias en el manejo de los escasos recursos disponibles. Predominan todavía formas de cuidado de la salud donde lo reparativo absorbe la casi totalidad de las asignaciones públicas y privadas. Consecuentemente los productos son de baja calidad y no siempre corresponden a las prioridades de los problemas. No es de extrañar, entonces, que epidemias de cóleras se hayan presentado en el continente y exista la amenaza inminente de que se extiendan y el cólera se haga endémico.

Si los países de la región no atacan, a tiempo y conjuntamente, los factores estructurales que condicionan enfermedades como el cólera, continuarán las altas tasas de morbilidad y mortalidad, principalmente en los niños y en los más pobres. Continuarán enfermando y muriendo millones de personas por riesgos y enfermedades evitables. El cólera ha sido un timbre de alarma. Es la hora de responder con acciones efectivas que correspondan a la verdadera magnitud y características de los problemas y de sus causas.

Además, el agua potable, el saneamiento básico y los servicios de salud se han convertido, en el mundo de hoy, en necesidades básicas. Cuando sólo se satisfacen para algunos grupos sociales, se establece o consolida una injusticia, difícil de negar y postergar indefinidamente.

II

Es urgente, entonces, recuperar la infraestructura deteriorada y cubrir los déficits actuales, pero introduciendo reformas sustanciales en los sistemas, instituciones y servicios. En esta tarea impostergable, las inversiones pueden jugar un papel extraordinario, al convertirse en acciones estratégicas para condicionar favorablemente el logro de las reformas y en elementos vitales de políticas sociales en un contexto de crisis económica.

Cuando las inversiones no responden a un proceso de reformas plenamente justificadas y urgentes, y son sólo un conjunto de proyectos técnicamente bien elaborados, pueden consolidar situaciones insatisfactorias y reforzar los obstáculos y resistencias a los cambios necesarios.

III

El presente Plan Regional de Inversiones debe ser entendido como una estrategia, un marco de referencia y un proceso.

Como estrategia, contribuye a la consecución de las reformas indispensables en los sistemas y servicios de protección y control del medio ambiente y de cuidado directo de la salud de las personas.

Como marco de referencia, sugiere áreas prioritarias de inversión, plantea la necesidad de determinar criterios de calidad, productividad y eficiencia, y, presenta alternativas de acción más eficaces que las tradicionales. Los países, de acuerdo con sus propias realidades, potencialidades y limitaciones, utilizarán este marco de referencia para la formulación de sus Planes Nacionales de Inversiones y la preparación de proyectos concretos.

Es también un marco de referencia para las organizaciones y agencia de cooperación externa - multilaterales y bilaterales, públicas y privadas- . En la medida en que ellas participen en el ulterior desarrollo de esta propuesta, principalmente a nivel de los países, se facilitará la asesoría técnica y el financiamiento externo que los países requieren.

Como proceso, se debe dar fundamentalmente a nivel de los países. Esta propuesta es sólo el paso inicial: desencadenante, promotor y facilitador.

IV

En la formulación del presente documento se ha considerado permanentemente las grandes líneas de orientación para las reformas de los sistemas, instituciones y servicios. Ellas son la descentralización y la participación social, - indispensables para el desarrollo de los niveles locales y la reformulación de los sistemas desde la periferia hacia los niveles intermedios y centrales - ; y, la eficiencia operativa. En función de esas líneas se ha planteado la forma de cubrir los déficits actuales y responder previsoramente a las necesidades del incremento poblacional en los próximos doce años.

La puesta en práctica de las reformas comienza por una efectiva integración de las acciones de protección y control del medio ambiente con las del cuidado directo de la salud de las personas A partir de las personas - en el seno de sus familias, centros de trabajo y organizaciones sociales de base - la integración se cumple naturalmente.

A través de un proceso efectivo de transferencia de información, conocimientos, destrezas, instrumentos, medios y responsabilidades, las personas pueden adoptar nuevas formas de vida y hábitos higiénicos; seleccionar, conservar y utilizar adecuadamente sus alimentos; controlar la calidad, desinfectar y economizar sus

consumos de agua; minimizar la eliminación no sanitaria de excretas y residuos sólidos en sus entornos familiares y laborales; controlar vectores; hacer un seguimiento del crecimiento y desarrollo de los niños; prevenir y diagnosticar precozmente enfermedades prevalentes; iniciar tratamientos simples, efectivos y seguros: y, referir oportunamente los casos o problemas a los servicios institucionales de cuidado de la salud y de agua y saneamiento.

Consecuentemente, se priorizan el autocuidado y los puestos y centros de salud, dando a éstos la máxima capacidad resolutive posible; pero, sobre la base de reorientarlos sustantivamente. El proceso de transferencia antes mencionado, así como la supervisión y asesoría técnica - tanto en materias de protección y control del medio ambiente y riesgos ambientales como del cuidado directo de la salud de las personas - pasa a ser la responsabilidad principal de los puestos y centros de salud. Las empresas de agua y otros servicios de saneamiento y los hospitales se constituyen en los niveles de apoyo de mayor complejidad.

No se dejan de lados los hospitales porque hay en la actualidad un porcentaje muy alto de población que no tiene la posibilidad de acceder a ellos, y, porque los beneficios de un extraordinario desarrollo científico y tecnológico sólo se pueden localizar en los hospitales. De otro modo no habría equidad ni universalidad.

V

En general, se prioriza la rehabilitación de la infraestructura existente, considerando que la extensión, en base a obras nuevas, debe ser complementaria.

Ha sido considerada en la propuesta la adecuada selección de las tecnologías a utilizar en las diferentes áreas y niveles de complejidad de los sistemas.

Se pone énfasis en el mantenimiento, la contención y recuperación de costos, y las medidas y mecanismos que conduzcan a una máxima eficiencia operativa, económica y social.

Se prioriza, con sentido social, a los grupos de mayor riesgo y más necesitados: poblaciones urbano- marginales, bolsones de pobreza extrema y población rural. En este mismo sentido se proponen áreas especiales de inversión para la promoción de las organizaciones sociales de base, la mujer, los pueblos indios, los trabajadores en su ambiente laboral, y el impulso inicial al enfrentamiento de ciertas endemias que pueden ser prevenibles o controlables.

Se asigna una alta prioridad al desarrollo institucional, ya que es preciso crear las condiciones y facilidades que permitan la reformulación de instituciones y servicios; el establecimiento de sistemas de información; el desarrollo de las capacidades nacionales para la conducción de los procesos de reformas: el fortalecimiento de las capacidades operativas para el manejo de los sistemas, instituciones y servicios: y, la idoneidad suficiente para la formulación de los Planes Nacionales de Inversiones y los proyectos concretos.

VI

En el Capítulo I se presenta la justificación del Plan Regional dentro de un contexto conceptual donde la salud es la resultante de una compleja variedad de factores culturales, sociales, económicos y políticas.

Se señala la magnitud y las características estructurales de la crisis económica que afecta a los países de América Latina y el Caribe.

Se mencionan los riesgos sociales y políticos de un crecimiento económico que no tome en cuenta la acumulación histórica de peligrosos problemas como el incremento de la pobreza y la acentuación de las desigualdades. Se plantea la urgente necesidad de firmes decisiones políticas por parte de los gobiernos, las cuales deben ser, a su vez, sólida y continuamente sustentadas por toda la sociedad nacional.

Se presenta la conceptualización de un cuidado de la salud basado en los principios de descentralización y participación social. Se reconoce que la salud de todos es un derecho, y que los sistemas de protección y control del medio ambiente y de cuidado directo de la salud de las personas, son componentes fundamentales y prioritarios del bienestar, a la vez que. - como promotores y protectores del capital humano - . son contribuyentes importantes al desarrollo social.

En este capítulo se destaca las nuevas responsabilidades del Estado. De un Estado modernizado; descentralizado y participativo; desburocratizado y eficiente; y, por sobre todo, suficientemente capaz de cumplir su papel de orientador, conductor, y facilitador de los procesos tendentes a la recuperación económica y al desarrollo social.

En el Capítulo II se explican las orientaciones y prioridades que, conforme a los conceptos considerados en el Capítulo I, han servido para la formulación de esta propuesta inicial.

VII

En el Capítulo III se refiere al contenido estructural de esta propuesta inicial del Plan Regional de Inversiones.

Se presentan definiciones conceptuales sobre inversiones, infraestructura, reinversiones, desarrollo institucional y cuidado de la salud.

Para los fines de la propuesta se consideran como inversiones al conjunto de acciones relacionadas principalmente con el fortalecimiento de las capacidades nacionales. Tanto para preparar planes y proyectos así como para el logro de la máxima eficiencia operativa en la conducción, gerencia y operación de los sistemas, establecimientos y servicios. Algunas de esas acciones se refieren al conocimiento de la realidad nacional, los sectores, y los sistemas pertinentes al cuidado de la salud. A la necesidad de contar con información permanentemente actualizada. A la formulación nacional de las orientaciones para las reformas de los sistemas. A las acciones necesarias para un sustentamiento político estable y continuado. A la creación y/o fortalecimiento de la excelencia técnico- gerencial en todos los niveles. Consecuentemente, el concepto de infraestructura no puede seguir limitado a lo físico. El recurso humano, - el elemento definitivamente más crucial entre los factores de producción - , y, en cierto modo, la

tecnología gerencial que le permite manejar óptimamente los demás factores, constituyen también una infraestructura.

Se explican las limitaciones en la información utilizada, las fuentes de información, los criterios utilizados en las estimaciones, proyecciones, supuestos y otros elementos referenciales que han servido de base a los cálculos.

Finalmente, se hace una advertencia importante, en el sentido de que los criterios utilizados y los valores calculados, no deben ser interpretados, en ningún caso, como normas que se proponen con el Plan Regional. Se aclara que en cada país, de acuerdo con su propia realidad, para cada proyecto concreto, y, considerando sus características y particularidades, se tendrán que desarrollar y utilizar criterios y valores diferentes.

VIII

El Plan se estructura en seis grandes componentes. Para cada uno de estos se han identificado subcomponentes que corresponden a áreas de acción prioritarias. Se especifica que como Plan Regional - es decir como estrategia y marco de referencia - comprende un período de 12 años, de 1993 a 2004, pero que como proceso nacional, en los países, no tiene límites de tiempo.

El monto total de las inversiones para los seis componentes, incluyendo los costos de financiamiento, resulta del orden de los US\$ 216.700 millones de dólares de 1990.

TABLA 16

INVERSION TOTAL POR COMPONENTES

Y COSTOS DE FINANCIAMIENTO

(en millones de US\$ de 1990)

COMPONENTES DE INVERSION MONTO %

INVERSION TOTAL 216,700 100

1. MEDIO AMBIENTE 114,830 53.0

Rehabilitación 16,230 7.5

Extensión 98,600 45.5

2. CUIDADO DIRECTO DE LA SALUD 64,480 29.7

Rehabilitación 16,970 7.8

Extensión 47,510 21.9

3. PRE- INVERSIONES 1,200 0.6

4. DESARROLLO INSTITUCIONAL 4,960 2.3

5. CIENCIA Y TECNOLOGIA 1,620 0.75

6. AREAS ESPECIALES 4,000 1.85

COSTOS DE INTERES¹ 25,610 11.8

¹ Incluye intereses del total de los componentes.

IX

El financiamiento posible ha sido estimado considerando tres fuentes: financiamiento interno, incluyendo el sector privado y esquemas posibles de autofinanciamiento y recuperación de costos: financiamiento externo - multilateral, bilateral, público y privado, concesional y no concesional - : y, la conversión de deuda externa. El monto de este financiamiento total posible es del orden de los US\$ 207.600 millones de dólares de 1990.

TABLA 21

POSIBLE FINANCIAMIENTO TOTAL POR

GRANDES FUENTES (1993- 2004)

(en millones US\$ de 1990)

Fuentes Monto % del PIB de ALC

Internas 143.500 0.82

Externas 63.000 0.36

Conversión Deuda

Externa 1.100 0.006

Total 207.600 1.186

Las instituciones multilaterales de crédito están interesadas en participar más agresivamente en el desarrollo social. Existen acuerdos y propuestas para establecer ciertas metas - en términos de canalizar determinados porcentajes de sus créditos - en favor de proyectos sociales. Es entonces procedente promover que los organismos y agencias multilaterales y bilaterales de cooperación externa financiera y los países industrializados asuman un compromiso que no está lejos de sus posibilidades. Ellos pueden comprometerse a aplicar por lo menos un 20% de sus recursos de cooperación financiera que destinan a la América Latina y el Caribe, en proyectos de protección y control del medio ambiente y de cuidado directo de la salud de las personas.

Los países están asumiendo el 69.12% del financiamiento total previsto.

El Capítulo IV propone una estrategia de acción, haciéndose énfasis en que el Plan Regional de Inversiones debe ser la expresión de un firme compromiso político de los países de América Latina y el Caribe, y que es necesario la conformación, en los países, de un sustentamiento político de amplia base en favor de las reformas de los sistemas, instituciones y servicios así como de los Planes Nacionales de Inversiones.

Se señala que los países deben avanzar en la puesta en marcha del Plan Regional, iniciando lo más pronto posible, los procesos nacionales. Para ello se requieren análisis sectoriales, formulación de políticas orientadoras de las reformas de los sistemas e instituciones capacitación y preparación de Planes Nacionales de Inversiones, y de proyectos concretos.

Será, entonces, necesario activar los mecanismos que aseguren la realización de esta primera fase Para ello, un instrumento imprescindible y urgente es la creación de un "Fondo Regional para Pre- inversiones", constituido por aportes múltiples de países de la región y de donantes extraregionales. Este mecanismo podría ser diseñado y gestionado por la Organización Panamericana de la Salud.

Se concluye con un llamado a la formación de una Alianza de Apoyo, conformada por las organizaciones y agencias de cooperación externa. Así se puede ofrecer a los países la asistencia técnica necesaria y facilitarles el financiamiento inmediato para las pre-inversiones, el desarrollo institucional y las inversiones derivadas de los demás componentes y subcomponentes del Plan Regional.

Capítulo I

LA SALUD EN EL DESARROLLO Y LAS INVERSIONES

La Crisis Económica

1. La crisis económica que afecta a los países de América Latina y el Caribe no es un fenómeno coyuntural. Se trata de un largo proceso de deterioro estructural que se hace más visible a partir de la mitad del presente siglo.

En un contexto de progresiva globalización de la economía mundial, los modelos de desarrollo que se adoptaron en la región no fueron suficientes para reducir las grandes desigualdades sociales. Los países no supieron introducir a tiempo los cambios indispensables para adecuarse a los procesos demográficos, económicos y sociales internos y a las nuevas realidades internacionales.

2. Esta situación se profundiza en la década de los setenta, aunque enmascarada por el flujo de capitales y la consecuente formación del endeudamiento externo, y, hace crisis - en el verdadero sentido de la palabra - en los últimos diez años. Las economías nacionales entran en un proceso de estancamiento y se incrementa la pobreza y la indigencia. De 1970 a 1990, los pobres aumentaron en 77 millones y los indigentes en 39 millones. Se produce además un proceso de progresivo empobrecimiento del medio urbano, donde el 60% de los pobres vive en las áreas urbano- marginales. Los gastos

sociales se reducen considerablemente y los servicios sociales se desfinancian, se deterioran y devienen más ineficientes.

Los países se ven obligados a tomar drásticas medidas de ajuste económico, las cuales no siempre se acompañan de los medios necesarios para amortiguar sus efectos sociales negativos.

Desarrollo Social y Crecimiento Económico

3. Los problemas económicos y sociales y la concepción del desarrollo, deben plantearse, entonces, desde la perspectiva de una región donde se han venido acumulando problemas, social y políticamente peligrosos. La urgencia de salir cuanto antes de la crisis económica e iniciar un proceso de crecimiento sostenido son pasos indispensables pero no suficientes.

Crecimiento económico no es desarrollo si los beneficios de ese crecimiento no son distribuidos equitativamente. El aumento de la pobreza y la acentuación de las desigualdades pueden significar un elevado riesgo para la continuidad del crecimiento y, más aún, para la legitimidad, estabilidad y viabilidad de sistemas sociales y formas políticas que hoy se trata de defender y fortalecer en todo el mundo.

4. Para que el crecimiento económico sea estable y sostenido deberá acompañarse de procesos tendentes a reducir la pobreza, las desigualdades y las injusticias sociales. Para ello se requiere de firmes decisiones políticas por parte de los gobiernos, a la vez que un sólido y continuo sustentamiento político por parte de las sociedades nacionales. El funcionamiento de una efectiva democracia - pluralista, descentralizada y participatoria - y el respeto a las libertades que hacen posible y genuino ese funcionamiento, pasan así a constituir requisitos fundamentales para la estabilidad y continuidad del crecimiento económico.

Dentro de este espíritu hay necesidad de formular propuestas orientadas a una mayor equidad en la distribución de los beneficios del crecimiento.

La Salud en el Desarrollo

5. Agua potable, saneamiento básico y servicios de salud se han convertido, en el mundo de hoy, en necesidades mínimas. Son componentes fundamentales y prioritarios del bienestar y, a través de la protección del capital humano, contribuyentes importantes al desarrollo. Cuando estas necesidades sólo se satisfacen para algunos grupos sociales, se establece o consolida una injusticia, difícil de negar y postergar indefinidamente.

6. La promoción y el mantenimiento de la salud de una sociedad depende de un amplio conjunto de acciones económicas, sociales y políticas. Sin embargo, el cuidado de la salud está más directamente vinculado con la protección y control del medio ambiente físico- biológico inmediato al hombre - agua, alcantarillado, disposición de basuras, tratamiento de desagües municipales e industriales, etc. - y con el cuidado directo de la salud de las personas - acciones promocionales, preventivas y reparativas llevadas a cabo por establecimientos y servicios de diferentes niveles de complejidad, pertenecientes al sistema institucional formal - público y privado - . Por otro lado, las personas, individualmente o a través de sus células sociales primarias - familia, centro

de trabajo, organización social de base - tienen un tremendo potencial, aún no completamente descubierto, de capacidades para proteger y controlar su medio ambiente cuidar directamente su salud.

La Protección y Control del Medio

7. Dentro de la convencional sectorialización, división funcional y distribución de responsabilidades administrativas, los servicios de agua potable, saneamiento y protección y control ambiental han dependido de varios sectores y sistemas institucionales, como vivienda, obras públicas, gobierno interior, recursos naturales y ambiente humano, salud, etc. Por lo general lo relacionado con las áreas rurales ha sido asignado al sector salud.

Sin embargo, no se ha producido en la práctica, una efectiva coordinación o complementariedad de acciones intersectoriales e interinstitucionales. La falta de control y supervisión de las fuentes de provisión de agua para consumo y de la calidad de esta hasta llegar a todos los sectores usuarios es un ejemplo válido.

El Cuidado de la Salud

8. El llamado sector salud - de servicios de salud - fue abandonando sus acciones promocionales y preventivas y circunscribiéndose a las médico- reparatorias.

Los recursos, principalmente financieros, se concentraron en grandes hospitales localizados en las principales ciudades. Las distintas instituciones públicas, semi-públicas y privadas limitaron sus coberturas a los mismos grupos de población y se mantuvieron incoordinadas y encastilladas en si mismas.

Los Sistemas en Crisis

9. Ambos sistemas atraviesan hoy por una situación muy crítica. Sus infraestructuras físicas se han deteriorado por falta de mantenimiento y reposición. Sus presupuestos de operación han sido recortados, reduciéndose su capacidad operativa. Se han acentuado las ineficiencias en el manejo de los recursos disponibles. Por ello los servicios operan deficientemente y sus productos son de baja calidad.

Las Reformas y su Orientación

10. Frente a esta situación es urgente introducir reformas sustanciales. Comenzando por una efectiva complementación funcional de los sistemas y servicios de agua y saneamiento y de cuidado directo de la salud de las personas.

Las grandes líneas de orientación de estas reformas son la descentralización, la participación social y la eficiencia operativa. Con ellas es posible optimizar el uso de los recursos disponibles y alcanzar en forma práctica y progresiva los principios de universalización del acceso a los servicios, solidaridad social y equidad.

Descentralización

11. La descentralización es un proceso político general y no una medida administrativa aislada. Debe entenderse como una efectiva transferencia de poder político, que incluye la capacidad plena de decidir sobre el uso de los recursos económicos, humanos, tecnológicos y materiales, y la responsabilidad por los resultados y consecuencias de las decisiones.

Este proceso de transferencia debe trascender el límite de lo más periférico de lo institucional formal y llegar hasta la propia población. Sólo así es posible y genuina la participación social.

Supone - sin que esto sea una contradicción - el fortalecimiento de los niveles centrales e intermedios para garantizar una unidad de dirección nacional.

Participación Social

12. La participación social es otro proceso político general que se expresa a plenitud cuando se da una descentralización genuina y efectiva.

La población debe tener la capacidad plena para decidir sobre necesidades y demandas prioridades, formas de enfrentamiento de los problemas y resultados, asumiendo la primera responsabilidad en el cuidado de la salud.

El Nivel Local

13. El punto de encuentro natural de los dos procesos se da en la base social y en el nivel local más periférico. Adonde llega la descentralización y desde donde se origina la participación. Es en este nivel donde la protección y control del medio ambiente y el cuidado directo de la salud de las personas se integran naturalmente y donde se pueden cumplir los valores de universalidad, solidaridad y equidad.

Eficiencia Operativa

14. La desproporción entre múltiples, crecientes y simultáneas necesidades y problemas, y la escasez y limitaciones de recursos disponibles, es una constante presente en todo el quehacer de las sociedades humanas. Esto obliga a priorizar las necesidades y los problemas y a combinar y utilizar mejor los recursos.

Sin embargo, en la práctica, esta situación se ignora o no se le da la suficiente importancia. Así ocurre mayormente en los sistemas y servicios de cuidado de la salud. Ha faltado mentalidad y/o conciencia económica en los conductores, gerentes y operadores. Factores externos a los sistemas y servicios, incluyendo la interpretación de ciertos valores y principios, han condicionado significativamente ese comportamiento.

15. La crisis económica estructural por la que pasan los países de la América Latina y el Caribe; las medidas de ajuste para su superación; los consecuentes recortes y pérdida de capacidad adquisitiva de los presupuestos de los servicios sociales; el deterioro de las infraestructuras de los servicios, y, el desarrollo científico y tecnológico, son algunos de los factores que hacen imperiosa la necesidad de introducir políticas, sistemas, mecanismos y medidas de eficiencia operativa en las instituciones y servicios. El mejoramiento permanente de la eficiencia operativa es un proceso que debe conducirse

estratégicamente a través de un conjunto de acciones que van mucho más allá de los mecanismos tradicionales de racionalización administrativa.

Articulación de los Dos Sistemas

16. La articulación funcional de los sistemas de protección y control del medio ambiente y de cuidado directo de la salud de las personas, facilita un mejor uso común de recursos a la vez que minimiza duplicaciones y vacíos. En la medida en que cada uno funcione como redes eficientemente interconectadas, los mecanismos de referencia y contrareferencia entre los sistemas potenciará una mayor cobertura a costos de operación más reducidos.

Esta articulación no debe quedar circunscrita a los sistemas institucionales formales. La participación directa de la población es una forma de doble articulación. Entre los dos sistemas, y, entre las personas y sus organizaciones sociales de base y los sistemas institucionales formales en sus niveles más periféricos.

Mantenimiento y Control

17. En el ámbito institucional y de servicios hay normas operativas que han sido descuidadas, postergadas u olvidadas a pesar de su trascendencia. El mantenimiento como actividad permanente, el control de pérdidas - físicas y económicas - y el control en el uso de los servicios, son aspectos que siempre deben considerarse en los planes y proyectos de inversión.

Eficiencia en la Demanda

18. Las medidas tendentes a la eficiencia operativa se han limitado por lo general a la oferta de servicios, dejándose de lado el amplio margen de acción posible sobre la demanda. La tradición centralista y no participativa de los sistemas ha contribuido a condicionar conductas negligentes e indiferentes por parte de la población. La descentralización y la participación social proveen los canales y medios suficientes para una contribución activa de la población en el uso racional de los servicios. Esto contribuye a la eficiencia operativa y a una efectiva contención de costos.

Recuperación de Costos

19. Mecanismos prácticos de recuperación de costos, concebidos no solo con criterio económico; tarifas discriminadas con sentido social; y, sistemas eficientes de cobranza, permiten un uso más racional de los recursos ya existentes y la ampliación de los servicios, conforme a los principios de universalidad, solidaridad y equidad.

Reformas a partir de la Periferia

20. Las tres grandes líneas de orientación de las reformas conforman sistemas diferentes de los tradicionales. Las reformas comienzan en lo más local y los sistemas se desarrollan desde la periferia hacia lo central.

La "periferia", dentro de estos conceptos, resulta de la articulación funcional y orgánica de lo más periférico del Estado - y de las instituciones públicas y/o privadas - con las

organizaciones sociales de base. Conforme a esta concepción, la población asume el papel de principal protagonista. El sistema institucional formal debe, en consecuencia, reformular sus roles y responsabilidades.

Las Personas y el Autocuidado

21. Las personas, - en el seno de sus familias, centros de trabajo y organizaciones sociales de base - dejan de ser objetos pasivos y sin responsabilidad en el cuidado de su salud. Pasan a ser sujetos activos y responsables, tanto en el cumplimiento de ciertas acciones directas sobre ellas mismas y su entorno ambiental inmediato, como en su participación en la gerencia y operación de los servicios periféricos de los sistemas institucionales formales.

22. Para que las personas sean sujetos activos y responsables es necesario revertir un proceso histórico. La verdad es que los sistemas institucionales formales fueron enajenando progresivamente toda responsabilidad directa a la población que servían. Aún muchas experiencias de la llamada "participación comunitaria" han sido sólo un llamado a que las personas colaboren con mano de obra no remunerada en acciones decididas unilateralmente por las tecnoburocracias institucionales.

Revertir ese proceso de enajenación supone establecer un efectivo proceso de transferencia. De información pertinente y comprensible; de conocimientos sólidos y útiles; de destrezas adecuadas y asimilables; de instrumentos y medios apropiados y apropiables; y, de responsabilidades plenas e irrevocables. Este proceso de transferencia efectiva debe realizarse a través de acciones y mecanismos innovadores pero cuidadosamente diseñados. Capacitación continua y práctica, supervisión en su sentido educativo - más que de control - , y, apoyo técnico permanente, son las herramientas idóneas necesarias.

23. El contenido del proceso de transferencia comprende: formas de vida y hábitos higiénicos: selección, cuidado y utilización de alimentos; control de calidad, desinfección y economías en el consumo del agua; minimización de la eliminación no sanitaria de excretas y residuos sólidos de los entornos físicos, familiares y de trabajo; control de vectores; seguimiento del crecimiento y desarrollo de los niños; prevención y diagnóstico precoz de enfermedades prevalentes e inicio de tratamientos simples, efectivos y seguros; referencia oportuna a los servicios formales de cuidado de la salud y de agua y saneamiento, etc.

24. Al desarrollo y aplicación de los conceptos anteriores se propone llamar "autocuidado".

Siempre hay dificultades y peligros en el uso de términos, especialmente cuando ellos han sido utilizados anteriormente para referirse a conceptos y formas diferentes o aparentemente similares. Además, si el contenido conceptual es conocido y ya hay experiencias al respecto, una nueva denominación invita a controversia y críticas. A pesar de ello, se escoge este término por ser el que más se acerca a lo que se ha tratado de explicar anteriormente.

Responsabilidad Local Compartida

25. En una efectiva descentralización se articulan, en el nivel local, lo más periférico del Estado y de los sistemas institucionales formales - públicos y privados - y las diversas expresiones de la sociedad civil - principalmente las organizaciones sociales de base - . Cualquier modelo descentralista y participatorio obliga a una redefinición sustancial de los roles de los diferentes actores sociales.

Gobierno Local Descentralizado y Participatorio

26. Los gobiernos locales o municipales deben reformarse como parte de la imprescindible modernización del Estado. Es un hecho que en muchos países existe todavía una brecha entre la población y los gobiernos locales. En estos últimos se reflejan y reproducen muchos de los defectos y conductas - centralistas, autoritarias burocráticas y no participatorias - de los gobiernos centrales y del Estado en general. Algunas de las reformas que facilitarán el mejor funcionamiento y eficacia de los sistemas de protección y control del medio ambiente y de cuidado directo de la salud de las personas deben darse a nivel de los gobiernos locales. Por ejemplo, una mayor descentralización de ellos cuando cubren espacios geográficos muy amplios y/o poblaciones muy grandes; legislación sobre gobiernos locales que reconozca esta situación y proponga formas concretas como "municipios delegados", "agencias municipales", etc.

Los gobiernos locales, así descentralizados, necesitan ampliar sus componentes decisorios y sus estructuras asesoras, para incorporar representantes de las diversas instituciones tradicionales de la sociedad civil y de las organizaciones populares de base, así como de los niveles técnicos de los sistemas institucionales formales, locales, regionales o nacionales.

Sistemas Integrados Locales de Salud

27. Los "Sistemas Integrados Locales de Salud" (SILOS) deben constituirse en las unidades básicas de los sistemas nacionales de cuidado de la salud. No deben considerarse como un nivel de atención sino como la mínima estructura político-administrativa capaz de dar respuesta a las necesidades y demandas de salud de un conjunto de población, hasta el grado que sea considerado como equitativo y justo en una sociedad determinada. En los SILOS se integran desde los recursos de salud menos complejos (parteras empíricas, auxiliares de salud, etc.), hasta los de mayor complejidad (hospitales de todo tipo), sin dejar de lado los recursos de salud de los conjuntos sociales. Son, pues, redes articuladas de servicios y recursos, institucionales y de la comunidad.

28. Los elementos institucionales formales más periféricos de los SILOS son los puestos y centros de salud. Estos componentes son responsables de crear y mantener las condiciones para el funcionamiento del autocuidado. La transferencia de información, conocimientos, destrezas, instrumentos, medios y responsabilidades, así como la supervisión y asesoría técnica, - tanto en materia de protección y control del medio ambiente y de los riesgos ambientales como del cuidado directo de la salud de las personas - pasa a ser la función principal de los puestos y centros de salud.

Las empresas de agua y otros servicios de saneamiento y los hospitales - estos últimos como componentes de los sistemas integrados locales de salud (SILOS) - , se constituyen en niveles de apoyo de mayor complejidad.

El Nuevo Rol del Estado

29. Para el cumplimiento de los principios de universalidad, solidaridad y equidad, especialmente en sociedades donde existe pobreza, indigencia y grandes desigualdades, es imprescindible la presencia activa del Estado.

Es un hecho irrefutable que el Estado ha venido sufriendo, en América Latina y el Caribe, un grave y peligroso proceso de deterioro. Su creciente centralización y burocratización; su indiferencia y alienación frente a las necesidades y demandas de la población; su intervención indiscriminada en la propiedad, gerencia y operación de los sistemas y servicios, etc., han contribuido a su ineficiencia y, en cierto modo, a una pérdida de legitimidad. Por lo tanto, el Estado debe reformularse, modernizarse y redefinir su papel en cada uno de los niveles en que actúa.

Estas redefiniciones son imprescindibles en los campos de responsabilidad de los sistemas de protección y control del medio ambiente y de cuidado directo de la salud de las personas.

30. La descentralización, la participación social y la eficiencia operativa requieren de un Estado fuerte: capaz de cumplir su papel de orientador y conductor, facilitador de los procesos tendentes a la recuperación económica y, promotor del desarrollo social de los países.

Hay, además, responsabilidades propias del Estado, como la normatización y supervisión, y, en algunos casos, la regulación y el control de las acciones de los actores sociales en los procesos de desarrollo. Esta difícil responsabilidad debe realizarse principalmente a través de mecanismos de concertación y consenso.

Responsabilidades Ineludibles del Estado

31. El cuidado de la salud de los grupos en pobreza e indigencia y algunas áreas de acción no atractivas a la responsabilidad de otros actores sociales, tienen que continuar siendo, de alguna manera, responsabilidades ineludibles del Estado.

En sociedades como las de América Latina y el Caribe, el Estado debe jugar un papel muy importante en la obtención y canalización de los recursos financieros, si se quiere alcanzar efectivamente los principios de universalidad, solidaridad y equidad.

Promoción del Sector Privado

32. El sector privado puede asumir un papel más preponderante y responsable en el cuidado de la salud. Se trata de un sector complejo, dentro del cual se reconocen sistemas muy diferentes entre sí. Hay un sector privado sin fines de lucro, como el voluntario - religioso o laico - , el cooperativo y el dependiente de empresas productoras. También hay un sector lucrativo, empresarial, cooperativo y el correspondiente a la práctica privada de los profesionales de la salud. Todos ellos están

interrelacionados, en distintas formas y grados, con los sistemas del sector público y de la seguridad social, lo cual dificulta su tratamiento. Además, algunos de ellos tienen también ineficiencias operativas que corregir.

33. En la medida en que se estimule la participación privada, a través de políticas bien definidas y estables, grupos de población con mayor capacidad adquisitiva o cubiertos por la seguridad social pueden dejar de ser usuarios de servicios del sector público. En el campo de los servicios de agua potable y saneamiento, la empresa privada puede contribuir a mejorar los niveles de cobertura y calidad de los servicios, gracias a la flexibilidad administrativa, mayor disponibilidad de créditos, y estabilidad institucional. A través de distintos mecanismos, el sector privado puede intervenir como agente financiero, propietario y/u operador total o parcial de servicios y/o actividades.

Facilidades financieras, liberaciones tributarias y otras medidas de política económica y fiscal, aplicadas dentro de marcos regulatorios con clara identificación de derechos y obligaciones, pueden condicionar una conducta social muy positiva por parte del sector privado.

Organizaciones No Gubernamentales

34. Las organizaciones no gubernamentales (ONGs) y otras formas voluntarias de participación de la sociedad civil, deben tener un papel y una responsabilidad muy importantes en la promoción y aplicación de las reformas en los sistemas de cuidado de la salud. En la práctica han demostrado tener mayores capacidades y posibilidades de promover formas innovadoras y diferentes para hacer realidad los principios y las líneas de orientación de esta propuesta.

Se trata de un Proceso Político

35. El llevar a cabo un conjunto de reformas constituye un proceso político. Si bien las reformas se basan en estudios e interpretaciones de la realidad sobre la cual se van a aplicar, las decisiones de su selección, definición, formas, secuencias de ejecución, seguimiento y evaluación, etc., son fundamentalmente decisiones políticas. En consecuencia, un proceso de reformas requiere de una conducción estratégico- política.

Uno de los elementos esenciales en la conducción de un proceso político es la continuidad del sustentamiento que respalde las decisiones. Tanto en el momento en que ellas se toman, como durante su ejecución, y, sobre todo, frente a sus consecuencias. Se requiere, por ello, lograr consensos que expresen el compromiso de la mayor parte posible de la sociedad nacional. Construir este consenso es elemento importante de la conducción política.

Las Inversiones en estos Contextos

36. Recuperar las deficientes infraestructuras de los sistemas y servicios; extenderlos complementariamente, de acuerdo con las posibilidades nacionales y en función de los valores de universalidad, solidaridad y equidad, es hoy en América Latina y el Caribe una necesidad urgente.

37. Las inversiones, entendidas sólo como un conjunto de proyectos técnicamente bien elaborados, pueden consolidar situaciones consideradas como insatisfactorias y negativas. Pueden reforzar los obstáculos y resistencias a los cambios necesarios. Muy diferente es el caso cuando las inversiones responden a un proceso de reformas históricamente justificadas. En este sentido, las inversiones se convierten, en acciones estratégicas para condicionar favorablemente el logro de las reformas; en elementos estratégicos vitales de una política social en un contexto de crisis económica.

Capítulo II

ORIENTACIONES Y PRIORIDADES

Estrategia, Marco de Referencia y Proceso

1. Los conceptos considerados en el Capítulo I han servido de orientación general en la formulación de esta propuesta inicial.

Un "Plan de Inversiones" es formalmente un conjunto de proyectos concretos. Estos últimos deben ser consistentes con los propósitos, prioridades, objetivos y metas del plan. Guardan entre sí una coherencia suficiente que los justifique dentro del conjunto y les otorgue capacidades de apoyo y reforzamiento mutuos. Estos requisitos se pueden aplicar estrictamente a los Planes Nacionales de Inversiones.

Un Plan Regional, entendido como estrategia, marco de referencia y proceso, tiene una conformación y estructura diferente.

El Plan como Estrategia

2. En primer lugar, se trata de una estrategia para contribuir a la consecución de las reformas indispensables en los sistemas y servicios de protección y control del medio ambiente y de cuidado directo de la salud de las personas. Es mucho más que un conjunto de propuestas de inversión, aunque éstas últimas constituyan una necesidad urgente e impostergable en América Latina y el Caribe.

El Plan como Marco de Referencia

3. En segundo lugar, se trata de un marco de referencia de carácter regional, dentro del cual, con un sentido de selectividad, se procura explicitar áreas prioritarias de inversión. Se plantean criterios de calidad, productividad y eficiencia. Se presentan alternativas de acción más eficaces. Los países, de acuerdo con sus propias realidades, potencialidades y limitaciones, utilizarán este marco de referencia para el diseño de sus Planes Nacionales de Inversiones.

4. En tercer lugar, se trata de un marco de referencia para las organizaciones y agencias de cooperación externa - multilaterales y bilaterales, públicas y privadas - . En la medida que ellas participen en su ulterior desarrollo y perfeccionamiento, principalmente a nivel de los países, el Plan Regional podrá cumplir mejor sus propósitos estratégicos. También será, para esas agencias, un elemento orientador tanto para la asesoría técnica y aprobación de proyectos como para otorgar, canalizar y facilitar el financiamiento externo necesario.

El Plan como Proceso

5. En cuarto lugar, se trata de un proceso, dentro del cual la presente propuesta inicial es una primera etapa. La próxima corresponde a los países, con el apoyo de las organizaciones y agencias de cooperación externa. El proceso se inicia en base a lo ya desarrollado anteriormente por los países y con el beneficio de muchas experiencias. No concluye en el año 2004, porque lo que se pretende es que sea un proceso continuo, permanentemente perfeccionable y de entera responsabilidad de los países.

Descentralización y Participación

6. Las líneas fundamentales de orientación de las reformas descritas en el Capítulo I, condicionan la propuesta. La prioridad dada al autocuidado y a la mejora de las capacidades resolutorias de puestos y centros de salud, como punto inicial del reforzamiento de los sistemas integrados locales de salud (SILOS), contribuye decisivamente al cumplimiento de los procesos de descentralización y participación social.

Eficiencia Operativa

7. Muchas de las orientaciones y prioridades otorgadas en esta propuesta tienden a promover y reforzar la eficiencia operativa de los sistemas y servicios.

La integración de las acciones sobre el medio y las personas; la rehabilitación de la infraestructura física existente; la consideración de mejores estructuras y niveles en los gastos recurrentes; la supervisión, asesoría y apoyo; el uso alternativo de capacidad física no rehabilitable; el énfasis en el mantenimiento; la recuperación de costos, etc., todos, convergen a un más eficiente y eficaz uso de los recursos.

Integración de Acciones sobre el Medio las Personas

8. Un elemento orientador permanente ha sido el proceso de integración de las acciones de protección y control del medio ambiente y del cuidado directo de la salud de las personas.

Esta integración resulta natural a nivel del autocuidado. Las personas, - en las familias, centros de trabajo u organizaciones sociales de base - no hacen distinciones sectoriales o institucionales. En el cuidado de su salud actúan indistintamente. Cambiando formas y hábitos de vida; modificando conductas en el uso del agua y la disposición de excretas y basuras; previniendo enfermedades; identificando riesgos ambientales; diagnosticando precozmente y tratando inicialmente enfermedades comunes, etc.

A nivel de los puestos y centros de salud, se incorporan los recursos necesarios para la capacitación, supervisión, asesoría técnica y apoyo a las acciones de protección y control del medio ambiente. Esto incluye instrumental y materiales mínimos de autocuidado, y, equipos y facilidades de laboratorio en los puestos y centros de salud. Las nuevas responsabilidades de los puestos y centros de salud obligan a una interrelación estrecha y permanente con las empresas y servicios de agua y saneamiento y otras instituciones ambientales, creando mecanismos prácticos de referencia y contrareferencia con ellas.

9. La integración de las acciones de protección y control del medio ambiente y de cuidado directo de la salud de las personas es un elemento importante de eficiencia operativa. Representa una combinación óptima de acciones promocionales, preventivas y reparativas, directamente donde los problemas se originan. Por lo tanto, reduce en forma significativa el progreso y complicaciones de problemas que de otro modo requerirán tratamientos de muy alto costo.

Rehabilitación de la Infraestructura Física Existente

10. Se prioriza la rehabilitación de la infraestructura existente en relación con la creación de nueva capacidad física instalada. El poner en funcionamiento o en mejores condiciones de operación establecimientos o instalaciones fuera de servicio o ineficientes, contribuye decisivamente a la eficiencia operativa. Sin embargo, no toda la capacidad física instalada, en lo que se refiere al cuidado directo de la salud de las personas, debe ser rehabilitada. Tal es el caso de hospitales de pequeño tamaño, con pocas camas, donde no se justificaría económicamente una inversión en equipos e instrumental. En estos casos habrá que dar a estos establecimientos un uso alternativo, coherente con las líneas de orientación de las reformas y los principios de universalidad, solidaridad y equidad.

Nueva Infraestructura Física

11. La extensión de la infraestructura física en base a obras nuevas es complementaria a la rehabilitación. Pero, no puede dejarse de lado. Los sistemas, como redes, requieren de una adecuada y óptima proporción entre sus componentes de servicios. Hay que cubrir déficits existentes. Sin nueva infraestructura física los principios de universalización de acceso a todos los niveles de complejidad de los sistemas, de solidaridad y de equidad, no podrían cumplirse. Estaríamos consolidando desigualdades e injusticias sociales intolerables.

Adecuada Selección de Tecnologías

12. Una de las grandes incongruencias y contradicciones que se encuentran en los sistemas y servicios es el uso de tecnologías avanzadas y sofisticadas en algunos establecimientos y la ausencia de recursos en otros. La agresiva comercialización del desarrollo tecnológico, principalmente aplicada al diagnóstico y tratamiento de ciertas enfermedades - no necesariamente prevalentes y/o relevantes - , ha condicionado, no siempre positivamente, la orientación, funcionamiento, eficiencia, continuidad y eficacia de los sistemas y servicios.

La adecuada selección de las tecnologías a utilizar en las diferentes áreas y niveles de complejidad de los sistemas ha sido considerada permanentemente en la propuesta.

Estructura y Niveles de los Gastos Recurrentes

13. La eficiencia operativa depende también de los niveles de gastos recurrentes que permitan una proporcionalidad óptima entre los factores de producción. En la actualidad, la drástica reducción de los gastos corrientes en materiales, insumos, etc; impide un uso eficiente de la infraestructura instalada y de los recursos humanos, los cuales devienen en capacidad ociosa.

Mantenimiento

14. Se pone énfasis en el mantenimiento, con una consideración expresa de lo que ello debe representar en los costos de operación. Hay que evitar que las inversiones se pierdan en poco tiempo, como ha venido ocurriendo. Los costos de un inadecuado mantenimiento o de su ausencia son demasiado altos. No sólo por el deterioro de las infraestructuras sino por las ineficiencias en términos de calidad y continuidad en la producción de los servicios. El mantenimiento deberá no visualizarse como una actividad aislada sino formando parte de la gestión operativa de empresas de servicio eficientes. Los países tienen la responsabilidad de considerar, dentro de los gastos recurrentes, partidas específicas y suficientes para mantenimiento.

Recuperación de Costos

15. Se propone ciertos elementos que antes fueron descuidados, olvidados o considerados como atentatorios a supuestos principios ético- sociales. Por ejemplo, la gratuidad completa e indiscriminada de los servicios ha sido un paradigma social, y, cualquier sistema de recuperación de costos un planteamiento antisocial. La experiencia demuestra, sin embargo, que los servicios indiscriminadamente gratuitos no siempre sirven a los más pobres ni a quienes por razones culturales o educacionales no los usan en la misma medida que los sectores más pudientes y educados. La falta de esquemas para la recuperación de costos ha contribuido al deterioro progresivo y a la falta de mantenimiento y reposición de las infraestructuras físicas. Esto ha condicionado las ineficiencias y los déficits que hoy perjudican precisamente a los más pobres.

16. La propuesta contempla, en la parte de financiamiento interno, el desarrollo de sistemas de pago diferenciado y sobre la base de una recuperación parcial. El Estado, en nombre de la sociedad nacional y cumpliendo con su ineludible función redistributiva, debe contribuir al financiamiento de los servicios para los grupos sin capacidad de pago.

En el caso particular del agua potable y saneamiento, las empresas de servicios deben operar dentro del principio de la autosuficiencia financiera. Aquí, también, el Estado, a través de políticas transparentes de subsidios discriminados, cubre el acceso de aquellos grupos de población bien definidos cuyas economías familiares no les permiten pagar aún los costos a niveles mínimos de servicio.

En el cuidado directo de la salud se asume que el pago discriminado de ciertos servicios y por ciertos grupos de población puede y debe contribuir al financiamiento de los gastos recurrentes del sector público.

Solidaridad y Equidad

17. Tanto el autocuidado como el papel de supervisión y capacitación de los puestos y centros de salud, contribuyen a reforzar y consolidar la solidaridad social a nivel local y, por proyección, a nivel nacional.

Con un mayor y efectivo acceso a los sistemas y servicios y con el funcionamiento descentralizado y participativo de los niveles periféricos, se procura hacer más equitativos los usos y beneficios de los recursos asignados al cuidado de la salud. La equidad supone el priorizar la satisfacción de las necesidades sociales mínimas. El Plan

Regional es por eso selectivo, para que las áreas de inversión consideradas correspondan a esas necesidades: agua potable, formas diversas de disposición de excretas y basuras, el control de la contaminación de las aguas, los servicios periféricos y sobre todo el autocuidado.

Grupos de Población Prioritarios

18. Se prioriza con sentido social a los grupos de mayor riesgo y más necesitados: poblaciones urbano- marginales, bolsones turgurizados de extrema pobreza y población rural. Se proponen como áreas especiales de inversión las organizaciones sociales de base, la mujer, los pueblos indios, la salud de los trabajadores, y el control de ciertas enfermedades prevalentes.

Pre- Inversiones y Desarrollo Institucional

19. El Plan Regional debe traducirse en Planes Nacionales de Inversiones y éstos, finalmente, transformarse en proyectos concretos y bancables. No debe quedar reducido al enunciado de un conjunto de obras de infraestructura física sin correspondencia con necesidades, prioridades y capacidades operativas locales. Por ello, se incluye como sujetos de inversión los componentes de Pre- inversiones y de desarrollo institucional.

20. Se asigna una alta prioridad, y precedencia en el tiempo, al desarrollo institucional. Este no debe entenderse como circunscrito exclusivamente a la capacitación de recursos humanos. También, es preciso crear las condiciones y facilidades que permitan la reformulación de instituciones y servicios; el establecimiento de sistemas de información; el desarrollo de capacidades nacionales para la conducción de los procesos de reformas; y, el fortalecimiento de las capacidades operativas para el manejo técnico, administrativo y financiero de los sistemas y servicios.

Urgencia de Sistemas de Información

21. En la preparación del Plan Regional se constató la verdadera magnitud, ausencias, insuficiencias y deficiencias en la información necesaria para conocer la realidad de los países y poder actuar con menores márgenes de error. Luego, uno de los principales elementos a considerar en el desarrollo institucional, y para cualquier programa de pre-inversiones, es el establecimiento de sistemas de información, con mecanismos que permitan su permanente actualización. De otro modo la formulación de planes y proyectos será difícil, poco confiable y antieconómica.

Capítulo III

EL PLAN REGIONAL

I. CONSIDERACIONES GENERALES

A) DEFINICIONES CONCEPTUALES

Inversiones

1. En la preparación de esta propuesta inicial se han establecido algunas definiciones conceptuales que guardan coherencia con lo presentado en el Capítulo I.

Se considera a las inversiones como instrumentos para desencadenar, facilitar, reforzar y contribuir a las reformas de los sistemas. Hay mucho avanzado en este sentido, principalmente por parte de las instituciones multilaterales de crédito que operan en la región. Los conceptos de inversión incluyen ahora muchas acciones de desarrollo institucional y, en general, concurrentes a la eficiencia operativa de diseños, ejecución y manejo gerencial.

2. No es posible seguir considerando que las inversiones sean exclusivamente obras físicas y que constituyan acciones aisladas y fuera de contexto; no importa que se justifiquen como respuestas concretas y específicas a necesidades puntuales.

Las inversiones deben corresponder y obedecer a estrategias nacionales de desarrollo general y/o sectorial. A políticas claramente definidas y orientadas a consolidar situaciones positivas o cambiar situaciones desfavorables. A reformular sistemas en proceso de obsolescencia social y técnica. A responder al conocimiento de las realidades locales, regionales y nacionales, sobre las cuales las inversiones tendrían algún impacto.

En las circunstancias de crisis por las que pasan los sistemas de cuidado de la salud, no es posible seguir haciendo más de lo mismo.

3. En esta propuesta se consideran como inversiones al conjunto de acciones relacionadas principalmente con el fortalecimiento de las capacidades nacionales. Tanto para preparar planes y proyectos así como para el logro de la máxima eficiencia operativa en la conducción, gerencia y operación de los sistemas, establecimientos y servicios. Algunas de esas acciones se refieren al conocimiento de la realidad nacional, los sectores, y los sistemas pertinentes al cuidado de la salud. A la necesidad de contar con información permanentemente actualizada. A la formulación nacional de las orientaciones para las reformas de los sistemas. A las acciones necesarias para un sustentamiento político estable y continuado. A la creación y/o fortalecimiento de la excelencia técnico-gerencial en todos los niveles.

Infraestructura

4. Consecuentemente, el concepto de infraestructura no puede seguir limitado a lo físico. El recurso humano, - el elemento definitivamente más crucial entre los factores de producción -, y, en cierto modo, la tecnología gerencial que le permite manejar óptimamente los demás factores, constituyen también una infraestructura. Además, el manejo gerencial y técnico requieren hoy de equipamiento tecnológico que sí es considerado como típica inversión.

Pre- Inversiones

5. Las inversiones requieren de proyectos concretos que sean parte de un plan. Sin embargo, no resulta conveniente formular planes nacionales y proyectos concretos de inversión, sin haber cumplido primero ciertas acciones previas e indispensables. Análisis sectoriales, formulación de las orientaciones para las reformas de los sistemas,

creación de sustentamiento político para las decisiones y la continuidad de las reformas, y, la capacidad de formular idóneamente los planes y proyectos. La validez, relevancia y pertinencia de las inversiones y el destino de los recursos económicos a emplearse en ellas, depende de esas acciones previas y concurrentes.

Análisis o Estudios Sectoriales

6. Se acepta que no hay un conocimiento actualizado y completo de las realidades sectoriales nacionales, en la mayoría de los sectores. Es necesario, entonces, crear en los países una capacidad operativa para este conocimiento, que es indispensable para el eficiente manejo de las acciones que se definan como respuestas apropiadas a los problemas. Más aún, cuando las acciones se desarrollan en contextos reales y a través de procesos políticos complejos, fluidos y difíciles.

En el campo específico del agua y saneamiento este requerimiento ha sido reconocido con anterioridad y varios países de la región tienen establecidos sistemas de información al respecto.

Los análisis, estudios o diagnósticos sectoriales son condición previa y concurrente a la formulación de planes de inversión y a la preparación de los proyectos correspondientes.

Desarrollo Institucional

7. El desarrollo institucional ha sido considerado por organismos técnicos y financieros como parte de las inversiones en proyectos concretos. La explicación es que se debe garantizar la capacidad de llevar a cabo la inversión y, más aún, de utilizarla después con la máxima eficiencia y eficacia. En agua potable es requisito previo de inversión porque de otra manera la inversión no produce lo que debía, no tiene el impacto que se esperaba y pronto se deteriora y pierde.

El establecimiento de sistemas de información, la creación y/o reforzamiento de facilidades para un eficiente manejo gerencial - especialmente cuando debe ser descentralizado - y el mejoramiento y desarrollo de los recursos humanos, a todos los niveles, son partes indispensables en un desarrollo institucional que garantice el destino de las inversiones físicas y facilite una recuperación de costos.

Cuidado de la Salud

8. Se utilizan deliberadamente ciertos términos relacionados con el ámbito de la salud que merecen ser explicados.

El término "cuidado de la salud" se refiere a todo lo que directa o indirectamente contribuye a la promoción, protección y reparación de la salud. Sobre todo si se le entiende como un estado y una situación resultantes de la acción de muy diversos factores culturales, sociales, económicos y políticos. Sin embargo, hay dos campos sobre los cuales es posible actuar más directamente para tener un impacto en el estado y situación de la salud de los países: el medio ambiente físico- biológico inmediato al hombre y las personas. Por eso se habla de "promoción y control" de ese medio ambiente, y "cuidado directo de la salud" de las personas.

No se usa el término más conocido de "atención de salud" porque denota, por tradición, una relación entre un proveedor formal y responsable y un beneficiario pasivo y no responsable. En el Capítulo I se introduce otro término, el "autocuidado", ya explicado.

B) INFORMACION UTILIZADA

Limitaciones

9. La principal dificultad encontrada para la formulación de esta propuesta ha sido la falta de información a nivel de los países. No toda la información es uniforme, sistemáticamente procesada, confiable, y, actualizada. La situación es más grave en lo que respecta al cuidado directo de la salud de las personas. En el caso de la protección y control del medio ambiente hubo menos dificultades por la información disponible del Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento, y de la Evaluación Regional correspondiente, realizada por la Organización Panamericana de la Salud.

10. En relación con Puestos y Centros de Salud, existe muy poca información confiable y completa, tanto a nivel de los países como consolidada regionalmente. Hay problemas de denominaciones y definiciones, que varían entre países y aún dentro de los países. Falta información sobre recursos, presupuestos, producción, beneficiarios, etc. En consecuencia no se dispone de indicadores válidos sobre costos, coberturas reales, impacto, relevancia, etc. La información disponible, proveniente de algunos países, es parcial, difícil de extrapolar, variada y diferente. Hay subsectores sobre los cuales no se dispone de información, como el sector privado - en sus múltiples formas- , e instituciones públicas diferentes a los Ministerios de Salud y la Seguridad Social.

11. Ha sido difícil obtener información actualizada y confiable sobre hospitales. Sobre todo con relación a tamaño y localización geográfica. La información generalmente disponible es agregada por países, lo que no permite mostrar las diferencias, en su disponibilidad a la población, porque los hospitales - en especial los de mayor tamaño - se concentran mayormente en las grandes ciudades

12. Hubo problemas de disponibilidad de información vinculada con la contaminación de las aguas por desagües industriales. No se dispone de información completa y uniforme en el campo de residuos sólidos.

Fuentes de Información

13. En todos los casos se ha procurado utilizar la información más confiable y más reciente. Sólo cuando no se dispuso de información correspondiente al período 1988-1991, se ha recurrido a la de años anteriores.

Para gran parte de la información necesaria para establecer criterios de referencia - especialmente en servicios de cuidado directo de la salud - se ha recurrido a proyectos de inversión concretos de los países. Ya sea proyectos ejecutados, en ejecución, aprobados o en vías de aprobación.

14. En las proyecciones de población se ha preferido utilizar las hipótesis bajas de crecimiento demográfico de las Naciones Unidas. (ver Anexos I y II)

En general se ha dado preferencia a información de organismos internacionales, en especial de la familia de las Naciones Unidas. En algunos casos se utilizó información de la Comisión Económica para la América Latina y el Caribe, de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo, y otras fuentes internacionales, nacionales y privadas.

Para las conversiones de los valores monetarios se han aplicado los factores de conversión utilizados por el Banco Mundial.

C) CRITERIOS UTILIZADOS EN LAS ESTIMACIONES

Supuestos y Elaboraciones

15. En la preparación de esta propuesta se ha debido considerar un conjunto de supuestos y elaborar muchas estimaciones. A pesar de que se trata de una primera aproximación de carácter estratégico, de constituir sólo un marco de referencia, y, ser parte de un proceso regional que se inicia con esta propuesta, se ha procurado considerar supuestos y elaborar estimaciones sobre la base de la mayor y mejor información disponible.

Empleo de Cifras y Valores Promediales y Agregados

16. La propuesta esta expresada en cifras promediales o agregadas para América Latina y el Caribe. Sin embargo, las cifras y estimaciones se elaboraron después de trabajar con información de los países - 33 países y varios territorios - o cifras regionales que se desagregaron. Más aún, la información de los países se desagregó y diferenció. Se subdividió en urbana y rural, la urbana en residencial, marginal, capitales y grandes conglomerados urbanos de más de un millón de habitantes.

Elaboración de Criterios Elementos Referenciales

17. Los costos unitarios, relaciones de capacidad física con población, accesos teóricos y otros elementos referenciales, se elaboraron sobre la base de utilizar toda la información pertinente disponible. Principalmente la proveniente de proyectos concretos de inversión de los países. Los diferentes valores de cada elemento se colocaron en orden magnitud, se eliminaron los valores extremos y se obtuvo un rango y un promedio de los centrales.

Luego, estos promedios no representan información correspondiente a algún país en particular. Tampoco son valores promediales de la región en su conjunto. Son sólo una estimación de trabajo basada en información real de proyectos concretos.

18. En el caso específico de los hospitales, en base a la información más confiable - proyectos de inversión concretos para rehabilitación y reequipamiento - se puede aceptar, y sólo para fines de esta primera aproximación regional, que el 70% de las camas hospitalarias localizadas en capitales y conglomerados urbanos pertenecen a hospitales de más de 150 camas; y que, el 50% de las localizadas en el resto del país pertenecen a hospitales de más de 100 camas.

Accesibilidad a una Oferta de Servicios

19. Parece peligroso trabajar con coberturas, especialmente cuando no se dispone de información completa y confiable de lugar de residencia de los usuarios o beneficiarios de los servicios. Hay muchos factores de distorsión, especialmente en el campo del cuidado directo de la salud de las personas: múltiples instituciones con sistemas y criterios diferentes de registro de información o sin sistema alguno; superposición en un mismo ámbito geográfico de diferentes instituciones y servicios, actuando sobre los mismos grupos de población; impedimentos y dificultades - culturales, económicas, geográficas, de transporte, etc. - en el acceso a los establecimientos; tendencia a confundir y usar indistintamente coberturas teóricas, potenciales o legales con satisfacción efectiva de demandas o de respuesta a ofertas, etc. En el caso particular de protección y control del medio ambiente, también se evita trabajar con coberturas. Se prefiere usar el concepto de acceso a servicios, que deberá entenderse tanto en términos de cantidad como de calidad. Los servicios deberán ser continuos, confiables y la calidad de sus productos garantizada.

20. Se prefiere, entonces, utilizar el concepto de "acceso" teórico o potencial a una determinada oferta de servicios. En base a la poca información disponible y estimaciones de diversos organismos internacionales, se ha asumido que hay diferentes grados de accesibilidad. Según se trate de capitales, grandes conglomerados urbanos, áreas urbano- residenciales, áreas urbano- marginales y zonas rurales; y, según el tipo de los sistemas institucionales y de los establecimientos y servicios.

Déficits Visibles y Encubiertos

21. La diferencia entre la población total a ser servida o que tiene un acceso teórico o potencial a la oferta de servicios, y, la capacidad de oferta dada por la cantidad de infraestructura disponible, determinan un déficit. Este es conocido desde el momento que se tiene a la vista la información. Por eso se le llama "déficit visible", a diferencia de lo que se encontró con el estudio desagregado de la misma información. La preparación de esta propuesta permitió confirmar el hecho de que los promedios nacionales no sólo ocultan heterogeneidades y grandes diferencias, sino que, encubren o enmascaran otros déficits. A estos últimos se les llama "déficits encubiertos". La suma de los déficits visibles y encubiertos dan los "déficits reales".

Para trabajar con déficits encubiertos, se desarrollaron criterios para la estimación de insuficiencia, deterioro y obsolescencia técnica.

Déficits Encubiertos

Tres ejemplos concretos bastan para ilustrar este concepto.

a) El país X presenta, en promedio nacional, una relación de 1.38 camas hospitalarias por mil habitantes. En la capital, donde habita el 9% de la población, se concentra el 61% de las camas hospitalarias, con una relación de 9.26. En el resto del país se localizan el 39% de las camas para el 91% de la población nacional, con una relación de 0.59%. Asumiendo una relación referencial de una cama hospitalaria por mil habitantes, en este país, en promedio nacional, no habría déficit. Sin embargo, hay la necesidad de construir por lo menos 3,430 nuevas camas para el resto del país, es decir el 27% de la existencia total actual. Este es un "déficit encubierto".

b) El país Y presenta, en promedio nacional, una relación de 1.51 camas hospitalarias por mil habitantes. En la capital, donde habita el 29% de la población, se concentra el 54% de las camas hospitalarias, con una relación de 2.77. En el resto del país, se localizan el 46% de las camas para el 71% de la población nacional, con una relación de 0.99.

Asumiendo, igualmente, una relación referencial de una cama hospitalaria por mil habitantes, en este país no habría déficit, aún en lo que es "resto del país". Pero, un 38% de las camas de la capital corresponden a pequeños hospitales que sería antieconómico rehabilitarlos y reequiparlos, y que, en consecuencia, habría que buscarles un uso alternativo dentro del sistema. Del mismo modo, un 52% de los hospitales del resto del país tienen las mismas características y se encuentran, además, muy deteriorados por falta de mantenimiento y reposición de equipos.

Lo anterior significa que en la capital la relación baja a 1.72 y en el resto del país a 0.47. Esta última relación crearía una necesidad de construir a lo menos 8,110 camas, es decir el 40% de las camas existentes en condiciones de funcionar eficientemente o de ser rehabilitadas y reequipadas. Este es un "déficit encubierto".

c) En el país Z, para un 45% de su población tiene un sistema de abastecimiento de agua potable que llega, a través de conexiones domiciliarias. No habría déficit para ese grupo poblacional. Pero, sin embargo, el abastecimiento es intermitente - tres veces por semana - , el agua es de mala calidad y en algunas zonas llega contaminada. Hay entonces un "déficit encubierto".

Estimaciones en Términos Reales

22. Con los criterios y elementos referenciales disponibles o elaborados, fue posible hacer las estimaciones de las inversiones en infraestructura física. En muchos casos las estimaciones elaboradas se sometieron a consulta y opinión de profesionales de diferentes organizaciones y con experiencia en la materia. Las cifras se expresan en miles, redondeados a un decimal.

Estimaciones en Términos Monetarios

23. Para calcular los montos de inversión en términos monetarios se trabajó a partir de las estimaciones en términos reales y se aplicaron costos unitarios referenciales. Estos últimos fueron el resultado del tratamiento general empleado en la elaboración de elementos referenciales, en base a información de proyectos de inversión concretas. Todos los valores se expresan en dólares de los Estados Unidos de América, a precios de 1990. Los valores se expresan en millones, redondeados a diez millones.

D) ADVERTENCIA IMPORTANTE

24. Por todo lo expuesto anteriormente, los valores calculados para los criterios, normas y otros elementos referenciales no deben ser interpretados, en ningún caso, como normas que se proponen con el Plan Regional.

En la práctica, en cada país, de acuerdo con su propia realidad, para cada proyecto concreto, y, considerando sus características y particularidades, se tendrán que desarrollar y utilizar criterios y valores diferentes.

II. ESTRUCTURA DEL PLAN

A) ASPECTOS GENERALES

Componentes y Subcomponentes

25. El plan se estructura en seis grandes componentes: Infraestructura Física para la Promoción y Control del Medio Ambiente; Infraestructura Física para el Cuidado Directo de la Salud de las Personas; Pre- inversiones; Desarrollo Institucional; Ciencia y Tecnología; y, Areas Especiales.

Para cada uno de estos componentes se han identificado, con sentido de selectividad, subcomponentes. Estos corresponden a áreas de acción consideradas como prioritarias.

Periodo

26. El Plan Regional comprende un periodo de 12 años, de 1993 a 2004.

Este lapso no limita la extensión de los Planes Nacionales de Inversiones en los países. La duración fijada, dado que el Plan es una estrategia regional, y un marco de referencia, tiene como propósito promover, catalizar, facilitar y dar apoyo técnico a los esfuerzos nacionales. También permite orientar la cooperación entre los países y la cooperación externa, - técnica y financiera- . El proceso no tiene límites de tiempo para los países.

Calendario

27. Sólo para fines de preparar las estimaciones regionales y calcular los costos recurrentes y los costos financieros, las inversiones propuestas se calendarizaron con variados grados de concentración física y monetaria, en diferentes momentos del lapso de 12 años. Así, por ejemplo, las preinversiones y las inversiones en desarrollo institucional se concentran en los primeros cuatro años, aunque sus actividades, como parte del Plan o fuera de éste, deben prolongarse más allá del 2004. Las inversiones en autocuidado pueden comenzar desde el primer año. Es posible que las inversiones en nuevos servicios periféricos y hospitales comiencen a partir del tercer o cuarto año, salvo que en los países existan proyectos desarrollados que coincidan con las orientaciones del Plan Regional o puedan ser rápidamente adecuados. Las obras de agua y alcantarillado tienen una continuidad que se arrastra desde el Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento, en los años 80.

Déficits Reales y Crecimiento Demográfico

28. En cada uno de los subcomponentes relacionados con los campos de infraestructura física, se diferencia lo que son inversiones para cubrir los déficits reales y el deterioro de lo existente actualmente, de aquellas correspondientes al crecimiento demográfico en la región, de 1993 al 2004. (ver Anexos I y II)

Rehabilitación y Nueva Infraestructura

29. También se diferencia lo que son inversiones para rehabilitar y reequipar infraestructura existente de aquellas que se refieren a nueva infraestructura. (ver Anexos III y IV)

Hay que consignar que lo más importante es la reorientación de los servicios y sistemas, en función de la cual la rehabilitación, el reequipamiento y las obras nuevas se diseñan y adecúan.

Singularidad y Complementariedad de los Componentes

30. No obstante que la presente propuesta es una primera estimación general, cada componente y subcomponente se ha trabajado con el doble criterio de singularidad y de complementariedad. Esto es consistente con el concepto de que los servicios de cuidado directo de la salud de las personas constituyen una red integrada y a la vez se articulan con los de protección y control del medio ambiente. De la misma manera, hay una interdependencia entre lo que son pre- inversiones y desarrollo institucional con las inversiones en infraestructura física. De este modo las partes del total guardan coherencia y por eso que, en el caso de algunas inversiones, ellas pudieron haberse colocado, con razones también válidas, en otro lugar diferente de donde aparecen.

B) COMPONENTES DEL PLAN

I) INFRAESTRUCTURA FISICA PARA LA PROTECCION Y CONTROL DEL MEDIO AMBIENTE

31. Se priorizan como áreas de inversión a los servicios de agua potable y alcantarillado, de aseo urbano (residuos sólidos) y de control de la contaminación de las aguas por desagües municipales e industriales.

Esta priorización selectiva no significa ignorar lo crítico que a nivel nacional o local pueden resultar otros riesgos ambientales como la contaminación del aire en algunas grandes ciudades.

32. La inversión total propuesta para este componente es del orden de los US\$ 114,830 millones. Representa el 53.0% del total del Plan. Los subcomponentes son: agua potable urbana; alcantarillado urbano; agua potable rural; alcantarillado y disposición de excretas en el medio rural y contaminación de las aguas por desagües municipales e industriales; y, disposición de residuos sólidos.

TABLA 1

INFRAESTRUCTURA FISICA PARA LA PROTECCION Y

CONTROL DEL MEDIO AMBIENTE

Porcentaje del

Subcomponentes Montos Subcomponente

TOTAL 114,830 100.00

Agua Potable Urbana 35,580 31.0

Alcantarillado Urbano 33,060 28.8

Agua Potable Rural 3,720 3.2

Alcantarillado y Disposición

de Excretas en e Medio Rural 3,240 2.8

Contaminación de las Aguas 31,610 27.5

Residuos Sólidos 7,620 6.7

Agua Potable Urbana

13. Se estima que 69 millones de habitantes urbanos no tienen acceso a servicios o sistemas de suministro de agua segura. De esa población, 18 millones están localizados en áreas urbano- residenciales y 51 millones en áreas urbano- marginales.

A estas cifras habrá que adicionar la población que, apareciendo como cubierta, recibe suministros intermitentes y de baja calidad, debido a instalaciones y equipos fuera de funcionamiento y con rendimientos menores de los previstos.

34. El Plan propone facilitar el acceso a agua potable a 152 millones de habitantes, de los cuales 75 millones están localizados en áreas urbano- residenciales y 77 millones, en áreas urbano- marginales.

Facilitar este acceso, con priorización de la población urbano- marginal, requiere de la aplicación de tecnologías adecuadas, de la definición de consumos y niveles de servicios diferenciados de calidad garantizada, del desarrollo de sistemas organizativos y participatorios no convencionales, etc.

La calidad del agua potable, deberá ser controlada y supervisada en todo el proceso de producción, distribución y almacenamiento por organismos o instituciones otras que las propias empresas de servicio, para garantizar el cumplimiento de las normas vigentes en cada país.

35. El monto de las inversiones propuestas en agua potable urbana es del orden de los US\$ 35,580 millones. Representa el 31.0% del componente y el 16.47% del Plan Regional.

El 24.7% corresponde a rehabilitación de la infraestructura existente y el 75.3% a nueva infraestructura.

El 55.9% es para cubrir los déficits actuales y el 44.1% para los requerimientos del crecimiento demográfico del periodo 1993- 2004.

TABLA 2

AGUA POTABLE URBANA

Categoría Montos Porcentajes

TOTAL 35,580 100.00

Rehabilitación 8,800 24.7

Nueva Infraestructura 26,780 75.3

Para Cubrir Déficit Actual 19,890 55.9

Para Crecimiento Demográfico

1993- 2004 15,690 44.1

Alcantarillado Urbano

36. Se estima que 89 millones de habitantes urbanos no tienen posibilidad de disponer sus desagües y excretas de forma sanitaria, ya sea a través de su interconexión a sistemas de alcantarillado o por otros métodos convencionales o no convencionales. Esta situación genera condiciones ambientales de riesgo en los entornos familiares de dicha población.

De ese total, 20 millones están localizados en áreas urbano- residenciales y 69 millones en áreas urbano- marginales.

Hay que agregar la población que hoy utiliza los sistemas de alcantarillado urbano en forma discontinua, como consecuencia de instalaciones o equipos fuera de funcionamiento u operación discontinua o parcial.

37. El Plan propone posibilitar la eliminación de desagües y disposición de excretas a 165 millones de habitantes urbanos, de los cuales 74 millones se localizan en las áreas urbano- residenciales y 91 millones en las áreas urbano- marginales. Se privilegian las alternativas de menor costo, el uso de tecnologías y criterios de diseño más adecuados y la participación social, fundamentalmente en las áreas urbano marginales. Esta última población constituye el grupo de mayor riesgo.

38. El monto de las inversiones propuestas en alcantarillado urbano es del orden de los US\$ 33,060 millones. Representa el 28.8% del componente y el 15.3% del Plan Regional. El 14.0% corresponde a rehabilitación de la infraestructura existente, y el 86.0% a nueva infraestructura.

El 55.5% es para cubrir los déficits actuales y el 44.5% para los requerimientos del crecimiento demográfico del periodo 1993- 2004.

TABLA 3

ALCANTARILLADO URBANO

Categoría Monto Porcentaje

TOTAL 33,060 100.00

Rehabilitación 4,620 14.0

Nueva Infraestructura 28,440 86.0

Para Cubrir Déficit Actual 18,355 55.5

Para Crecimiento Demográfico

1993- 2004 14,705 44.5

Agua Potable Rural

39. Se estima que 60 millones de habitantes categorizados como población rural concentrada y dispersa, no acceden al agua potable.

40. El Plan prevee actuar sobre la población rural concentrada en poblaciones de más de 100 habitantes, incorporando 25 millones de personas a sistemas de provisión de agua segura. En poblaciones menores y dispersas, los problemas de agua, y en general de protección y control del medio ambiente, serán enfrentados a través del autocuidado.

El Plan prevee el uso de tecnologías apropiadas y participación de la comunidad en todas las etapas del proceso, fundamentalmente en la operación.

41. El monto de las inversiones propuestas en agua potable rural es del orden de los US\$ 3,720 millones. Representa el 3.2% del componente y el 1.7% del Plan Regional. El 12.1% corresponde a rehabilitación de la infraestructura existente y el 87.9% a nueva infraestructura.

Prácticamente el 100% es para cubrir los déficits actuales ya que no hay crecimiento de la población rural en el periodo 1993- 2004.

TABLA 4

AGUA POTABLE RURAL

Categoría Monto Porcentaje

TOTAL 3,720 100.00

Rehabilitación 450 12.1

Nueva Infraestructura 3,270 87.9

Para Cubrir Déficit Actual 3,720 100.00

Alcantarillado y Disposición de Excretas en el Medio Rural

42. Las consideraciones mencionadas para agua potable rural son aplicables a este subcomponente.

43. El Plan estima incorporar a sistemas sanitarios adecuados a 54 millones de pobladores rurales. Para la elaboración de esta propuesta se han considerado el uso de tecnologías de bajo costo.

44. El monto de las inversiones propuestas en alcantarillado y disposición de excretas en el medio rural es del orden de los US\$ 3,240 millones. Representa el 2.82% del componente y el 1.5% del Plan Regional.

El 8.3% corresponde a rehabilitación de la infraestructura existente y el 91.7% a nueva infraestructura.

Prácticamente el 100% es para cubrir los déficits actuales ya que no hay crecimiento de la población rural en el periodo 1993- 2004.

TABLA 5

ALCANTARILLADO DISPOSICION Y

DISPOSICION DE EXCRETAS EN EL MEDIO RURAL

Categoría	Monto	Porcentaje
-----------	-------	------------

TOTAL	3,240	100.00
-------	-------	--------

Rehabilitación	270	8.3
----------------	-----	-----

Nueva Infraestructura	2,970	91.7
-----------------------	-------	------

Para Cubrir Déficit Actual	3,240	100.00
----------------------------	-------	--------

Contaminación de las Aguas

45. En la contaminación de las aguas se considera el tratamiento de los desagües de origen municipal e industrial, previo a su volcamiento a cursos de agua.

Menos del 10% de los desagües de la población urbana y de las industrias de la región reciben tratamiento previo a su descarga en cursos de agua.

Más allá de la responsabilidad y/o capacidad de las empresas o servicios encargados de operar las instalaciones, los países de la región deben enfrentar con decisión esta crítica situación y atacar el problema en forma conjunta y simultánea. Deberá reconocerse y aceptarse que la recuperación de situaciones críticas de contaminación demandará de un factor de tiempo para su logro. La problemática de la contaminación de las aguas requiere de una normativa que excede los límites de la jurisdicción local. El Plan prevee que los países apliquen una legislación que regule el uso, conservación y preservación

del recurso hídrico a costos razonables así como la existencia o la creación de instituciones u organismos de control no vinculados a ningún sector usuario.

46. Se estima tratar los desagües producidos por 188 millones de habitantes, previamente a su volcamiento en cursos de aguas. Para hacer factible esta inversión, el Plan considera alternativas u opciones tecnológicas de menor costo, tanto en los procesos convencionales, como en los simplificados, cuya aplicación prioriza lagunas de estabilización.

47. Sin desconocer los riesgos y peligrosidad de las sustancias químicas, metales pesados y otros elementos contenidos en los desagües industriales, se consideró a la carga orgánica de los mismos como el factor contaminante a utilizar para determinar una población equivalente a la urbana, en términos de carga orgánica (D.B.O.) requerida para tratar sus desagües y poder así cuantificar inversiones. El monitoreo continuo de los cursos y el control de las descargas, se realizará con parámetros que cubran la totalidad de sustancias contaminantes, y no sólo aquellas de características orgánicas.

Se estima, durante el periodo, tratar desagües industriales equivalentes en carga orgánica a los generados por una población de 186 millones de personas. Se han considerado tecnologías de tratamiento convencionales y simplificadas, sistemas economizadores de agua, modificación de procesos industriales e insumos, y, la recuperación de subproductos. Medidas fiscales y disponibilidad de crédito contribuirán al logro de estos objetivos.

48. El monto de las inversiones propuestas en tratamiento de desagües de origen municipal es del orden de los US\$ 16,570 millones. Representa el 14.4% del componente y 7.6% del Plan Regional.

El 9.2% corresponde a rehabilitación de plantas de depuración e instalaciones existentes y el 90.8% a nueva infraestructura. El 100% es para cubrir los déficits actuales.

49. El monto de las inversiones propuestas en tratamiento de desagües de origen industrial es del orden de los US\$ 15,010 millones. Representa el 13.1% del componente y el 7.0% del Plan Regional.

No se dispuso de información para evaluar la rehabilitación de esta infraestructura.

El 100% es para cubrir los déficits actuales

50. En consecuencia, el monto total de inversiones propuesto para contaminación de aguas es del orden de los US\$ 31,610 millones, con el 95.2% destinado a nueva infraestructura.

TABLA 6

CONTAMINACION DE AGUAS

Categoría	Monto	Porcentaje
-----------	-------	------------

TOTAL	31,240	100.00
-------	--------	--------

Rehabilitación 1,530 4.8

Nueva Infraestructura 30,080 95.2

Para Cubrir Déficit Actual 30,080 100.00

Residuos Sólidos

51. Se incluyen los procesos de barrido y limpieza pública, recolección, transferencia y disposición final de basuras (residuos sólidos). Se estima que 103 millones de habitantes urbanos no acceden a servicios de recolección de sus residuos, y 240 millones los disponen contaminando el aire, agua y suelo, - lo que facilita el desarrollo de vectores y genera condiciones sociales típicas de la pobreza - .

52. El Plan prevee que 159 millones de habitantes, mayormente urbano- marginales - 70% - acceda a sistemas adecuados de recolección de basuras y residuos sólidos y que 296 millones dispongan sus basuras en condiciones sanitarias. Tecnologías de recolección y disposición final, participación comunitaria, articulación entre los servicios formales institucionales y las organizaciones de base, son aspectos que posibilitarán viabilizar los accesos estimados. Se propone el relleno sanitario como método fundamental de disposición.

53. El monto de las inversiones propuestas en residuos sólidos es del orden de los US\$ 7,620 millones. Representa el 6.6% del componente y el 3.5% del Plan Regional.

El 7.35% corresponde a rehabilitación y el 92.7% a nuevas inversiones. El 70.3% es para cubrir los déficits actuales y el 29.7% para los requerimientos del crecimiento demográfico del periodo 1993- 2004.

TABLA 7

RESIDUOS SOLIDOS

Categoría Monto Porcentaje

TOTAL 7,620 100.00

Rehabilitación 560 7.3

Nueva Infraestructura 7,060 92.0

Para Cubrir Déficit Actual 5,360 70.3

Para Crecimiento Demográfico

1993- 2004 2,260 29.7

2) INFRAESTRUCTURA FISICA PARA EL CUIDADO DIRECTO DE LA SALUD DE LAS PERSONAS

54. Se prioriza como áreas de inversión el autocuidado y los servicios periféricos - puestos y centros de salud - de los sistemas integrados locales de salud. Esos servicios y los hospitales - como parte de una red - se reorientan en sus propósitos, funcionamiento y responsabilidades.

Aparentemente no habría una jerarquización definida de las prioridades. Pero, no puede ser de otro modo, pues se trata de un sistema integrado que sólo es eficaz en la medida en que sus partes puedan cumplir con sus nuevas responsabilidades. Lo que sí es importante y claro es que este sistema se reforma desde la periferia y se articula con la población - las personas - que asumen un rol activo y primordial en el cuidado de su salud.

55. La inversión total propuesta para este componente es del orden de los US\$ 64,480 millones. Representa el 29.7% del total del Plan Regional.

Los Subcomponentes - división facilitadora de la presentación de la propuesta pero que no pretende romper la unidad total del sistema y su integración con la población - son: autocuidado; puestos y centros de salud; y, hospitales.

TABLA 8

INFRAESTRUCTURA FISICA PARA EL CUIDADO

DIRECTO DE LA SALUD DE LAS PERSONAS

Subcomponente Monto Porcentaje

TOTAL 64,480 100.00

Autocuidado 6,060 9.4

Puesto y Centros de Salud 3,420 5.3

Hospitales 55,000 85.3

Autocuidado

56. En América Latina y el Caribe a lo menos 160 millones de personas no tienen acceso a servicios permanentes. 35 millones en las zonas urbano- residenciales, 45 millones en las áreas urbano- marginales y más de 80 millones en el medio rural. La infraestructura física existente se concentra en las áreas residenciales de las grandes ciudades y está muy deteriorada por falta de mantenimiento, obsolescencia y mal estado de los equipos. La calidad de los servicios producidos es baja porque, además de los factores anteriores, existe una desproporción en el uso de los recursos disponibles. Los recursos humanos representan entre el 65% y 90% del gasto de operación, y, de lo que queda, a lo menos 30% es para medicamentos. En estas condiciones, y si no se reforma el sistema, cualquier incremento en los gastos de operación será absorbido por el pago de personal que está, además, muy mal remunerado.

57. El Plan prevee entregar elementos que permitan un eficiente y eficaz autocuidado a toda la población urbano- marginal y rural, y, con ello, facilitar su acceso a todos los niveles de complejidad de los sistemas integrados locales de salud.

Las inversiones son en equipo mínimo y elemental - aunque científicamente justificado - para la protección y control del medio ambiente, otras formas de protección de la salud, prevención de enfermedades, y diagnóstico precoz y tratamiento inicial de ciertas patologías prevalentes y de fácil manejo. Este equipo y los materiales e insumos necesarios para su uso, se encuentran en un módulo mueble - en el sentido de que no es inmueble o edificio - que puede trasladarse e instalarse en escuelas, iglesias, centros de trabajo, locales comunitarios o casas.

Se propone instalar un total de 592.600 módulos, para beneficio de 296 millones de personas

58. El monto de las inversiones propuestas en autocuidado es del orden de los US\$ 6,060 millones. Representa el 9.4% del componente y el 2.8% del Plan Regional.

El 100% corresponde a nueva inversión.

El 82.0% es para cubrir los déficits actuales y el 18.0% para los requerimientos del crecimiento demográfico del periodo 1993- 2004.

TABLA 9

AUTOCAUIDADO

Categoría	Monto	Porcentaje
-----------	-------	------------

TOTAL	6,060	100.00
-------	-------	--------

Rehabilitación

Nueva Infraestructura	6,060	100.00
-----------------------	-------	--------

Para Cubrir Déficit Actual	4,970	82.0
----------------------------	-------	------

Para Crecimiento Demográfico

1993- 2004	1.090	18.0
------------	-------	------

Puestos y Centros de Salud

59. Se estima que los déficits - visibles y encubiertos - de puestos de salud y centros de salud corresponden a una población actual de aproximadamente 161 millones de habitantes que no tienen acceso a este tipo de servicios. (32 millones en las áreas urbano- residenciales, 47 millones en áreas urbano- marginales y 82 millones en el medio rural).

60. Para Puestos y Centros de Salud, el Plan propone, la rehabilitación de edificios de 15,400, el reequipamiento de 28,000 y nuevas construcciones y equipamiento de 34,200. De este último total el 29% está en áreas urbano- residenciales, el 39.1% en áreas urbano- marginales y el 31.9% en el medio rural.

En términos de cubrir los déficits actuales, el 79.6% de nueva infraestructura se localiza en las áreas urbano- marginales y en el medio rural.

61. El monto de inversiones propuesto en Puestos y Centros de Salud es del orden de los US\$ 3,420 millones. Representa el 5.3% del componente y el 1.6% del Plan Regional.

El 71.4% es para cubrir los déficits actuales y el 28.6% para los requerimientos del crecimiento demográfico del periodo 1993- 2004.

TABLA 10

PUESTOS Y CENTROS DE SALUD

Categoría	Monto	Porcentaje
-----------	-------	------------

TOTAL	3,420	100.00
-------	-------	--------

Rehabilitación	720	21.1
----------------	-----	------

Nueva Infraestructura	2,700	78.9
-----------------------	-------	------

Para Cubrir Déficit Actual	2,440	71.4
----------------------------	-------	------

Para Crecimiento Demográfico		
------------------------------	--	--

1993- 2004	980	28.6
------------	-----	------

Hospitales

62. La distribución de las camas hospitalarias en los países de América Latina y el Caribe es muy desequilibrada. Se concentran en capitales y grandes conglomerados urbanos.

Hay diferentes tamaños de hospitales. Algunos con muy pocas camas y por lo tanto ineficientes, es antieconómico equiparlos adecuadamente.

Tampoco son eficientes los hospitales con un elevado número de camas. Por un lado, ellos contribuyen a la concentración de recursos en algunas localizaciones, y, por otro, rompen la proporcionalidad y equilibrio que deben guardar dentro de la red de servicios de la cual deben formar parte. Una adecuada proporción es esencial en el buen funcionamiento de los sistemas integrados locales de salud.

63. Si se considera como elemento referencial - sólo para esta primera aproximación y de ninguna manera como norma propuesta o sugerida - , una relación de cerca de 1.0

camas por mil habitantes en las áreas donde no hay hospitales, habría, en América Latina y el Caribe, un déficit real - visible más encubierto - de más de 300,000 camas.

De ellas, el 80.3% sería para lo que es llamado "resto del país" (fuera de capitales y grandes conglomerados urbanos de más de un millón de habitantes). La desequilibrada distribución geográfica de los hospitales ha determinado "excedentes" que no pueden trasladarse hacia los lugares de déficit.

64. El Plan propone la rehabilitación de 224,400 camas y nueva infraestructura equivalente a 340,200 camas hospitalarias.

Una Relación a Manejar con Cuidado

Siempre que se estudia el problema de hospitales y se hacen propuestas de inversión, la relación "número de camas por mil habitantes" es elemento referencial y/o normativo muy utilizado. Sin embargo, cuando no se desagrega la información y se trabaja sólo con promedios nacionales, quedan ocultos déficits encubiertos o se plantean normas que en escala nacional pueden resultar peligrosas.

En la presente propuesta se ha trabajado con una relación de cerca de una cama hospitalaria por mil habitantes. Si se hubiese seguido normas usadas hasta hace poco como referencias internacionales, las inversiones y los costos recurrentes correspondientes hubieran hecho absolutamente no viables los Planes Nacionales de Inversiones. Así por ejemplo, aceptar una relación de 2.5 camas por mil habitantes en las áreas donde no hay hospitales, requería de US\$ 86,000 millones adicionales en inversión y US\$ 210.000 millones en costos recurrentes.

65. El monto de inversiones propuesto en hospitales es del orden de los US\$ 55,000 millones. Representa el 85.3% del componente y el 25.3% del Plan Regional.

El 29.6% corresponde a rehabilitación y el 70.4% a nueva infraestructura.

El 85.4% es para cubrir los déficits actuales y el 14.6% para los requerimientos del crecimiento demográfico del periodo 1993- 2004.

Estas cifras parecieran contrarias a la prioridad dada a la rehabilitación. Dentro de la conceptualización de los servicios integrados locales de salud - entendida como redes eficientemente interconectadas - y del autocuidado, se llegaría al año 2004 con una pequeña pero efectiva oferta organizada capaz de permitir el acceso de toda la población a los diferentes niveles de complejidad del sistema de cuidado directo de la salud de las personas.

TABLA 11

HOSPITALES

Categoría	Monto	Porcentaje
-----------	-------	------------

TOTAL	55,000	100.00
-------	--------	--------

Rehabilitación 16,250 29.6

Nueva Infraestructura 38,750 70.4

Para Cubrir Déficit Actual 46,980 85.4

Para Crecimiento Demográfico

1993- 2004 8,020 14.6

66. Analizando la propuesta de todo el componente de infraestructura física para el cuidado directo de la salud de las personas, el 14.7% corresponde al cuidado directo por las personas y a través de los servicios institucionales formales periféricos, y, el 85.3% a hospitales. Esto parece una desproporción e incoherencia con el modelo descentralizado y participativo que plantea la propuesta. Sin embargo, si se considera el sistema como un todo, no se pueden dejar de lado los hospitales, sobretodo para poblaciones que en la actualidad no tienen la posibilidad de acceder a ellos. A pesar de priorizarse la máxima capacidad resolutive de los servicios ambulatorios periféricos, hay que poner a disposición de toda la población los beneficios de un extraordinario desarrollo científico y tecnológico, que sólo puede localizarse en el hospital. Por ello se busca un modelo nuevo de hospital de referencia, de alta complejidad pero al servicio de todos.

3) PRE- INVERSIONES

67. La formulación de Planes Nacionales de Inversión y la preparación de proyectos bancables en los países son las expresiones concretas del cumplimiento del Plan Regional que se propone. Para que esto ocurra hay que tener, a nivel de cada país, un conocimiento adecuado y permanentemente actualizado de las realidades nacionales, sectoriales y locales. Hay que lograr una identificación de las sociedades nacionales con las decisiones políticas de llevar adelante las inversiones dentro de las orientaciones de reforma de los sistemas. Sólo así es posible acceder al financiamiento externo en todas sus formas.

68. Se prioriza como áreas de inversión el establecimiento de sistemas que permitan realizar análisis sectoriales permanentemente actualizados, la formulación de las orientaciones de las reformas, el desarrollo de capacidades nacionales para la formulación de Planes Nacionales de Inversión y la preparación de proyectos concretos y bancables.

69. La inversión total propuesta para este componente es del orden de los US\$ 1.200 millones. Representa el 0.6% del total del Plan Regional.

TABLA 12

PRE- INVERSIONES

Categoría Monto Porcentaje

TOTAL 1,200 100.00

Análisis Sectoriales 250 20.8

Formul. de las Orientaciones

para Reformas 300 25.0

Capacidades Nacionales 350 29.2

Formulación de Proyectos 300 25.0

Análisis Sectoriales

70. Los análisis sectoriales a nivel de cada país permitirán identificar los déficits de infraestructura - en su sentido más amplio - , conocer la organización, funcionamiento e impacto de las instituciones, los marcos jurídicos- legales, las capacidades operativas y financieras, la disponibilidad, localización y calidad de los recursos humanos disponibles, etc. Si bien cada país es una realidad particular y una heterogeneidad a su interior, será necesario elaborar algunos modelos de referencia para la realización de estos análisis. Los países, en base a ellos, podrán diseñar sus propios modelos, a la vez que esto permitirá, entonces, hacer agregados y comparaciones regionales. Los análisis sectoriales no deben ser ejercicios puntuales derivados de las necesidades de cada posible proyecto, por lo que se propone el establecimiento de sistemas y mecanismos para su actualización permanente.

71. El monto de las inversiones propuestas para análisis sectoriales es del orden de los US\$ 250 millones. Representa el 20.8% del componente y el 0.13% del Plan Regional.

Formulación de las Orientaciones para las Reformas.

72. Las inversiones deben constituirse en instrumentos facilitadores de las reformas substanciales de los sistemas. Estas reformas deben orientarse de acuerdo a los principios y valores considerados en el Capítulo I. Pero, las orientaciones deben tener continuidad y por lo mismo apoyo y sustentamiento político consensual. Además, los Planes Nacionales de Inversión deben ser una responsabilidad de toda la sociedad nacional y no sólo de los gobiernos.

Por ello se propone procesos de concertación nacional ampliamente participativos con todos los estamentos políticos, profesionales, empresariales y las organizaciones sociales de base.

73. El monto de las inversiones propuestas es del orden de los US\$ 300 millones. Representa el 25.0% del componente y el 0.15% del Plan Regional.

Desarrollo de Capacidades Nacionales

74. Para la formulación de Planes Nacionales de Inversión es preciso ampliar cuanto antes la capacidad de los países, mediante adiestramiento y otros medios. Es conveniente conseguir desde un principio la participación de Universidades y otros sistemas educacionales.

75. El monto de las inversiones propuestas es del orden de los US\$ 350 millones. Representa el 29.0% del componente y el 0.17% del Plan Regional.

Formulación de Proyectos

76. Para facilitar el procesamiento financiero de los proyectos y favorecer el intercambio de experiencias se propone el desarrollo regional y nacional de metodologías que se adecuarán en cada país y para cada tipo de proyecto. Estas metodologías permitirán una eficiente capacitación. La formulación de proyectos concretos y bancables será un elemento práctico en dicha capacitación.

77. El monto de las inversiones propuestas es del orden de los US\$ 300 millones. Representa el 25.0% del componente y el 0.15% del Plan Regional.

4) DESARROLLO INSTITUCIONAL

78. El eficiente manejo de las inversiones y la capacidad operativa de los sistemas dependerá del fortalecimiento, reorientación y eficacia de las instituciones y servicios. Las instituciones deben adecuarse y modernizarse y hacerse eficientes para incorporar los cambios - de orientación, de políticas, administrativos, operacionales y financieros - que se promueven con el Plan Regional. Las inversiones en infraestructura física - que en total alcanzan al 85% del monto total del Plan - , no son por sí mismas suficientes para asegurar el suministro de servicios y/o prestaciones, con eficiencia, altos niveles de calidad y en forma continuada. El desarrollo institucional resulta así un componente imprescindible, prioritario y previo.

79. Se prioriza como áreas de inversión el establecimiento y/o reforzamiento de sistemas de información la provisión de medios para facilitar una gerencia descentralizada y participatoria de los sistemas y servicios, el desarrollo de un nivel crítico de recursos humanos en todos los niveles, y, las facilidades físicas imprescindibles para una efectiva función de asesoría y supervisión en los sistemas.

80. La inversión total propuesta para desarrollo institucional es del orden de los US\$ 4.960 millones. Representa el 2.3% del total del Plan Regional.

TABLA 13

DESARROLLO INSTITUCIONAL

Categoría	Monto	Porcentaje
-----------	-------	------------

TOTAL	4,960	100.00
-------	-------	--------

Sistemas de Información	2,560	51.6
-------------------------	-------	------

Gerencia Descentralizada	230	4.6
--------------------------	-----	-----

Form. y De. Capital Humano	830	16.8
----------------------------	-----	------

Supervisión y Asesoría	1,340	27.0
------------------------	-------	------

Sistemas de Información

81. La eficiencia, eficacia e impacto de los sistemas y servicios depende de la disponibilidad de información pertinente, confiable, oportuna y permanentemente actualizada. Las funciones y sistemas de planificación, administración, operación y mantenimiento, etc. requieren de información sobre instalaciones, recursos, costos, tarifas, finanzas, beneficiarios, etc. La propuesta incluye equipos para el procesamiento de la información así como las instalaciones y elementos físicos necesarios para todos los niveles de registro y procesamiento. En el caso del agua potable se incluye la instalación de macro y micro medidores de caudal.

82. El monto de las inversiones propuestas es del orden de los US\$ 2,560 millones. Representa el 51.6% del componente y el 1.2% del Plan Regional.

Facilidades para una Gerencia Descentralizada y Participatoria

83. Una gerencia descentralizada y participatoria requiere, para ser eficiente y eficaz, de medios tecnológicos de comunicación y de manejo administrativo y económico, tanto en los niveles descentralizados como - y principalmente - en los niveles centrales e intermedios. De esta manera no se pierde la dirección nacional y no se dan los pretextos para un regreso al centralismo burocrático e ineficiente.

84. El monto de las inversiones propuestas es del orden de los US\$ 230 millones. Representa el 4.6% del componente y el 0.1% del Plan Regional.

Desarrollo de un Nivel Crítico de Recursos Humanos

85. La formación y desarrollo de los recursos humanos para alcanzar, en los sistemas y servicios, una masa crítica que garantice el cumplimiento de todos los planes de inversiones - tarea permanente - requiere de un impulso inicial a todos los niveles. Comprende inversiones para capacitación - reciclado y actualización continua - , reorientación de recursos, y, la transferencia de información, conocimientos y destrezas a las personas.

86. El monto de las inversiones propuestas es del orden de los US\$ 830 millones. Representa el 16.7% del componente y el 0.4% del Plan Regional.

Facilidades para Supervisión y Asesoría

87. Se consideran importantes sujetos de inversión los requerimientos de transporte, comunicaciones y monitoreo para realizar las tareas de asesoramiento y supervisión. Especialmente de parte de los niveles nacionales, regionales y locales del sistema institucional formal.

88. El monto de las inversiones propuestas es del orden de los US\$ 1,340 millones. Representa el 27.0% del componente y el 0.6% del Plan Regional.

5) CIENCIA Y TECNOLOGIA

89. La investigación básica y aplicada, y, la adecuación de tecnologías, son elementos que apoyan el proceso de reformulación de los sistemas. El Plan propone, por ello, alentar el desarrollo de esos elementos y mejorar las condiciones en que la investigación se realiza. Se prevee intensificar los vínculos entre la ciencia y tecnología y los sectores productivos nacionales y/o regionales para orientar la producción científica, en función de la atención de demandas reales.

90. Se prioriza, consecuentemente, la adecuación de tecnologías de acuerdo con los principios orientadores de las reformas de los sistemas, y, el apoyo a la investigación básica.

91. El monto total que se propone para este componente es del orden de los US\$ 1,620 millones. Representa el 0.75% del total del Plan Regional.

TABLA 14

CIENCIA Y TECNOLOGIA

Categoría	Monto	Porcentaje
-----------	-------	------------

TOTAL	1,620	100.00
-------	-------	--------

Adecuación de Tecnologías	1,420	87.6
---------------------------	-------	------

Investigación Básica	200	12.4
----------------------	-----	------

Adecuación de Tecnologías

92. La adecuación y desarrollo de tecnologías en el campo del medio ambiente incluye la problemática de los residuos sólidos, el tratamiento de los desagües municipales e industriales, la solución de los problemas ambientales de las áreas urbano- marginales, el reciclaje y la reducción de residuos, tecnologías economizadoras de agua, sustitución de insumos o productos utilizados en el proceso industrial, recuperación y aplicación de subproductos, etc.

En el campo del cuidado directo de la salud de las personas, incluye el desarrollo de tecnologías simplificadas para el diagnóstico precoz de enfermedades prevalentes, principalmente infecto- contagiosas, de origen hídrico y condicionados por la pobreza; el diseño de formas diferentes de atención que reduzcan el internamiento y la permanencia hospitalaria, así como los cambios en la arquitectura funcional de los establecimientos de salud para facilitar sus nuevos roles en un sistema descentralizado y participatorio; etc.

Se propone apoyar y reforzar las capacidades existentes en instituciones especializadas tanto nacionales como regionales.

93. El monto de las inversiones propuestas es del orden de los US\$ 1,420 millones. Representa el 87.6% del componente y el 0.65% del Plan Regional.

Apoyo a la Investigación Básica

94. Se propone dar un impulso inicial tanto al desarrollo de la investigación básica como al proceso de formar investigadores en centros académicos de excelencia. La continuidad de este impulso sería de responsabilidad del sector educación y de las instituciones nacionales de promoción de ciencia y tecnología.

95. El monto de las inversiones propuestas es del orden de los US\$ 200 millones. Representa el 12.4% del componente y el 0.1% del Plan Regional.

6) AREAS ESPECIALES

96. Las inversiones consideradas en los cinco componentes anteriores están orientadas a beneficiar con un cuidado integral de la salud a la gran mayoría de la población de América Latina y el Caribe. Y cubre, en general, todos los campos y áreas relacionadas con los problemas de salud prevalentes y de mayor impacto negativo para los grupos sociales más necesitados. Sin embargo, existen áreas críticas que es preciso promover, reforzar y priorizar, con un sentido de acción afirmativa.

97. Se prioriza la promoción de las organizaciones sociales de base; la mujer; la utilización del potencial de los pueblos indios de América: el mejoramiento urgente de los bolsones de pobreza extrema en los grandes conglomerados urbanos y en las zonas rurales de mayor depresión; las condiciones ambientales de trabajo; la desinfección de suministros de agua que no cumplen normas mínimas de calidad bacteriológica; y, la imperiosa necesidad de control de ciertas enfermedades prevalentes.

98. El monto total que se propone para este componente es del orden de los US\$ 4,000 millones. Representa el 1.85.0% del total del Plan Regional.

TABLA 15

AREAS ESPECIALES

Categoría	Monto	Porcentaje
-----------	-------	------------

TOTAL	4,000	100.00
-------	-------	--------

Organiz. Sociales de Base	300	7.5
---------------------------	-----	-----

Mujer	250	6.2
-------	-----	-----

Pueblos Indios	250	6.2
----------------	-----	-----

Grupos de Pobreza Extrema	300	7.5
---------------------------	-----	-----

Salud de los Trabajadores	200	5.0
---------------------------	-----	-----

Control de Enfermedades	2,550	63.8
-------------------------	-------	------

Desinfección de Aguas	150	3.8
-----------------------	-----	-----

Promoción de las Organizaciones Sociales de Base		
--	--	--

99. La factibilidad, la eficiencia y eficacia del modelo que se plantea en el Plan Regional, requieren de que haya un esfuerzo especial para la promoción de las organizaciones sociales de base. Ellas son fundamentales en el autocuidado, en su articulación con los sistemas integrados locales de salud; en la integración funcional de los sistemas de protección y control del medio ambiente y del cuidado directo de la salud; y, en la reformulación de los gobiernos locales como un paso a las reformas modernizadoras del Estado.

100. El monto de las inversiones propuestas es del orden de los US\$ 300 millones. Representa el 7.5% del componente y el 0.14% del Plan Regional.

La Mujer en la Salud y el Desarrollo

101. La mujer juega un papel preponderante en la salud y en el desarrollo. Es de hecho un agente de salud y un elemento importante en el autocuidado. Por otro lado, la presencia de la mujer en las organizaciones sociales de base ha sido decisiva para su emergencia como nuevas formas de sobrevivencia y desarrollo.

102. El monto de las inversiones propuestas es del orden de los US\$ 250 millones. Representa el 6.2% del componente, y el 0.11% del Plan Regional.

Pueblos Indios

103. Los pueblos indios, grupos poblacionales definidos, constituyen bolsones de pobreza y discriminación por razones históricas, culturales, étnicas y económicas. Ellos tienen, paralelamente, un tremendo y positivo potencial pues han sido capaces de sobrevivir gracias a la conservación de sus valores de solidaridad y equidad. Además, el Instituto Indigenista Interamericano ha avanzado en crear las condiciones para una efectiva utilización de los recursos de inversión. Ha elaborado propuestas y proyectos concretos basados en las mismas líneas de orientación del Plan Regional.

104. El monto de las inversiones propuestas es del orden de los US\$ 250 millones. Representa el 6.2% del componente y el 0.11% del Plan Regional.

Grupos de Pobreza Extrema

105. Hay necesidad de acelerar el mejoramiento de las condiciones de vida y la situación de salud de quienes habitan en los tugurios urbanos y en las zonas rurales de mayor depresión social. Esto obliga a hacer inversiones especiales para esos grupos.

106. El monto de las inversiones propuestas es del orden de los US\$ 300 millones. Representa el 7.5% del componente y el 0.14% del Plan Regional.

Salud de los Trabajadores

107. La salud de los trabajadores es un área descuidada en cuanto a las inversiones indispensables para mejorar las condiciones ambientales en los lugares de trabajo. Esta es un área que merece especial consideración porque aquí las inversiones tienen un extraordinario impacto económico, especialmente en la economía de recursos cuando se actúa preventiva y promocionalmente. El planeamiento ergonómico del ambiente de

trabajo contribuye a prevenir accidentes y enfermedades cuyo costo es altísimo para las empresas y la seguridad social (atención médica especializada, prolongados internamientos hospitalarios, cargas pasivas por inhabilitación, invalidez, defunción, etc).

Como los Planes Nacionales de Inversiones deben ser responsabilidad de la sociedad en general, se considera que el sector privado empresarial podría financiar en gran parte o facilitar el financiamiento de proyectos de inversiones en este campo.

108. El monto de las inversiones propuestas es del orden de los US\$ 200 millones. Representa el 5.0% del componente y el 0.1% del Plan Regional.

Control de Enfermedades

109. Las inversiones propuestas para el control de ciertas enfermedades específicas, merecen una consideración especial.

Existen enfermedades cuya prevención es posible a través de vacunas. El costo de su desarrollo y producción es elevado y a veces este tipo de inversión no es suficientemente atractiva para las empresas de la industria de biológicos o imposible para los centros de investigación, aún en países industrializados. El costo- beneficio de estas inversiones puede ser extraordinario.

Del mismo modo, hay otras enfermedades cuyas características epidemiológicas no constituyen incentivo económico suficiente para investigar, desarrollar y producir los medios diagnósticos y terapéuticos necesarios para un uso masivo y descentralizado.

Hay, además, el gran capítulo de las enfermedades condicionadas por factores socioeconómicos como la pobreza. Frente a ellas, una adecuada disponibilidad de medios de tratamiento puede evitar el uso ulterior de niveles de alta complejidad de cuidado, con una reducción considerable de los gastos de operación correspondientes.

Se propone también mecanismos que contribuyan a una reorientación de las acciones de control de las grandes endemias, a la luz de los conocimientos actuales, para lo cual se requiere inversiones iniciales que permitirán la continuidad del control de dichas enfermedades.

110. El monto de las inversiones propuestas es del orden de los US\$ 2,550 millones. Representa el 63.8% del componente y el 1.18% del Plan Regional.

Desinfección de Aguas

111. El suministro de agua sin cumplir normas mínimas de calidad bacteriológica es un problema que requiere un enfrentamiento inmediato y de emergencia. Además de los esfuerzos que los países deban realizar en el mediano y largo plazo (construir, rehabilitar y operar correctamente sus instalaciones de desinfección), es importante el establecimiento de un programa de desinfección de corta duración - 3 años - tanto en áreas urbanas y rurales - , con participación comunitaria y laboratorios responsables de control.

112. El monto de las inversiones propuestas es del orden de los US\$ 150 millones. Representa el 3.8% del componente y el 0.07% del Plan Regional.

7. TOTAL DE INVERSIONES PROPUESTAS

113. El total de inversiones del Plan Regional, comprendidas en esta primera aproximación, - incluyendo los costos de financiamiento - , es del orden de los US\$ 216,700 millones.

TABLA 16

INVERSION TOTAL POR COMPONENTES

Y COSTOS DE FINANCIAMIENTO

(en millones de US\$ de 1990)

COMPONENTES DE INVERSION MONTO %

INVERSION TOTAL 216,700 100

1. MEDIO AMBIENTE 114,830 53.0

Rehabilitación 16,230 7.5

Extensión 98,600 45.5

2. CUIDADO DIRECTO DE LA SALUD 64,480 29.7

Rehabilitación 16,970 7.8

Extensión 47,510 21.9

3. PRE- INVERSIONES 1,200 0.6

4. DESARROLLO INSTITUCIONAL 4,960 2.3

5. CIENCIA Y TECNOLOGIA 1,620 0.75

6. AREAS ESPECIALES 4,000 1.85

COSTOS ESPECIALES¹

¹ Incluye intereses del total de los componentes.

C) COSTOS FINANCIEROS Y RECURRENTE

1. Costos Financieros

114. Como el financiamiento interno se hace a partir de múltiples fuentes, incluyendo el déficit fiscal del Gobierno, los ingresos por impuestos, préstamos, etc; y como no se conoce las proporciones en las cuales cada una de esas fuentes financia los gastos en salud, medio ambiente, no se ha estimado el costo financiero del financiamiento interno.

El financiamiento externo tiene tasas de interés diferentes y variables. Al analizar la estructura del financiamiento posible, por fuentes y tipos, se puede estimar inicialmente un promedio ponderado anual de alrededor del 7.5%.

TABLA 17

COSTOS DE CAPITAL (1993 - 2004)

(en millones US\$ 1990)

COSTOS DE CAPITAL¹

TIPO DE INFRAESTRUCTURA	Amortización	Intereses	Total
-------------------------	--------------	-----------	-------

TOTAL GENERAL	4,660	24,030	28.690
---------------	-------	--------	--------

SUB- TOTAL MEDIO AMBIENTE	3,420	16,120	19.540
---------------------------	-------	--------	--------

AGUA POTABLE Y ALCANTARILLADO	2,260	10,650	12.910
-------------------------------	-------	--------	--------

CONTAMINACION DE LAS AGUAS	930	4,400	5.330
----------------------------	-----	-------	-------

RESIDUOS SOLIDO	230	1,070	1.300
-----------------	-----	-------	-------

SUB- TOTAL CUIDADO DE LA SALUD	1,240	7,910	9.150
--------------------------------	-------	-------	-------

AUTOCUIDADO	120	750	870
-------------	-----	-----	-----

PUESTOS Y CENTROS DE SALUD	60	410	470
----------------------------	----	-----	-----

HOSPITALES	1,060	6,750	7.810
------------	-------	-------	-------

¹ Estimado sólo para el financiamiento de fuentes externas que representan 30%, del total de las inversiones en infraestructuras físicas.

Tasa de interés de 75% con 20 años de reembolso incluyendo 5 años de periodo de gracia.

El costo señalado es sólo para el periodo 1993- 2004.

2. Costos Recurrentes

115. El peso de los costos recurrentes de las inversiones durante el periodo del Plan y posteriormente, ha sido considerado como un factor muy importante a lo largo de la preparación de esta propuesta. Las reformas de los sistemas, la selectividad en los tipos

y formas de inversiones y otros aspectos técnicos han sido condicionados en significativa medida por la carga de los costos recurrentes. Además, se hacen repetidas anotaciones sobre la importancia del mantenimiento preventivo y la oportuna reposición, para que el valor de las inversiones no se pierda y los servicios vuelvan a operar eficiente y eficazmente.

TABLA 18

COSTOS DE OPERACION (1993 - 2004)

(en millones US\$ 1990)

COSTOS DE OPERACION

TIPO DE INFRAESTRUCTURA Operación y

Mantenimiento Depreciación Total

TOTAL GENERAL 109,870 34,930 144.800

SUB- TOTAL MEDIO AMBIENTE 26,560 21,430 47.990

AGUA POTABLE Y ALCANTARILLADO 11,300 11,280 24.580

CONTAMINACION DE LAS AGUAS 7,830 6,100 13.930

RESIDUOS SOLIDOS 7,430 2,050 9.480

SUB- TOTAL CUIDADO DE LA SALUD 83,310 13,500 96.810

AUTOCUIDADO 5,180¹ 4,680 9.860

PUESTOS Y CENTROS DE SALUD 10,390 1,070 11.460

HOSPITALES 67,740 4,750 75.490

¹ Además de este costo monetario, hay un costo no monetario financiado por trabajo o contribuciones voluntarias y estimados en US\$ 29.350 millones.

D) FINANCIAMIENTO

116. Cubrir los déficits actuales así como poder enfrentar el crecimiento demográfico hasta el año 2004, requiere de la conjugación permanente de propuestas técnicamente justificables y financiamientos económicamente factibles. Esta conjugación se da por lo general en términos relativamente asimétricos ya que las necesidades y demandas son por definición mucho mayores que las disponibilidades de recursos, principalmente financieros. Propuestas y financiamiento requieren también de viabilidad política.

En la preparación de esta primera aproximación del Plan Regional se ha trabajado paralelamente. Por un lado, estudiando las necesidades y los déficits así como las

propuestas condicionadas por las orientaciones de reforma; y, por otro lado estimando los posibles montos y fuentes de financiamiento. Se han hecho también ejercicios de conjugación como parte del análisis de factibilidad económica.

117. Se estudiaron independientemente tres fuentes de financiamiento:

- a) financiamiento interno, incluyendo el sector privado y esquemas posibles de autofinanciamiento y recuperación de costos:
- b) financiamiento externo - multilateral, bilateral, público y privado, concesional y no concesional - ; y,
- c) conversión de deuda externa.

1) FINANCIAMIENTO INTERNO

118. El gasto per- capita y las inversiones per- capita en agua potable y saneamiento y en servicios de salud - del sector público, seguridad social y sector privado - sufrieron una disminución en la década de los 80, en comparación con las décadas anteriores. En el mismo periodo el PIB per capita de América Latina y el Caribe también sufrió una disminución semejante.

Como consecuencia de las medidas de ajuste económico introducidas en los países, se estima que en la década de los noventa, y con mayor razón en los primeros años del nuevo milenio, el PIB agregado de América Latina y el Caribe tendrá un aumento estimado hoy, en un promedio anual, del 4.2%. Frente a estas consideraciones se plantea que no es, de ninguna manera, exagerado ni menos imposible, asumir que en el periodo 1993- 2004 se pueda volver a los niveles de gasto per- capita e inversión per- capita de la década de los 70. Sobre esta base es factible que pueda haber para los 12 años del Plan un financiamiento interno, por parte de los países y por diversas fuentes, correspondiente al 0.82% del PIB agregado de los países de América Latina y el Caribe.

119. En el Anexo V se muestra la metodología y los supuestos utilizados para calcular el financiamiento interno o nacional. Este provendría de cuatro fuentes principales:

- a) El Sector público, que incluye Ministerios de Salud, otros ministerios e instituciones, empresas y organismos públicos que invierten en protección y control del medio ambiente y en cuidado de la salud de las personas;
- b) Los sistemas, instituciones y organismos de seguridad social, en la parte que se refiere a prestaciones de salud;
- c) El sector privado, que incluye empresas, organizaciones voluntarias, etc., que invierten en medio ambiente y salud; y,
- d) El autofinanciamiento, basado en sistemas de recuperación de costos, diseñados con propósito económico y sentido social.

120. En base a proyecciones hechas sobre la conducta inversora de cada una de esas fuentes, es posible estimar los montos de financiamiento interno para el periodo 1993-2004, del orden de los US\$ 143,500 millones.

TABLA No. 19

FINANCIAMIENTO INTERNO POR FUENTES (1993- 2004)

(en millones de US\$ de 1990)

Fuente	Monto	% PIB de ALC
--------	-------	--------------

Total	143,500	0.82
-------	---------	------

Sector Público ¹	70,000	0.40
-----------------------------	--------	------

Seguridad Social	26,250	0.15
------------------	--------	------

Sector Privado	29,750	0.17
----------------	--------	------

Autofinanciamiento	17,500	0.10
--------------------	--------	------

¹ Ministerios de Salud e Instituciones de Saneamiento y Medio Ambiente.

2) FINANCIAMIENTO EXTERNO

121. El PIB de los países industrializados se incrementaría en el periodo 1993- 2004, a una tasa promedio anual del 3%, de acuerdo con las proyecciones del Banco Mundial. Esto permite asumir que es posible también recuperar los niveles de créditos que los países industrializados otorgaron a la América Latina y el Caribe, para agua y saneamiento y para servicios de salud, en la década de los 70.

El financiamiento externo se otorga bilateralmente o a través de sistemas o mecanismos multilaterales. En ambos casos los desembolsos se hacen a través de la "Asistencia Oficial para el Desarrollo" (AOD) y de los llamados "Otros Desembolsos". La modalidad AOD funciona para los créditos "concesionales", a muy bajos intereses, algunos años de gracia y largos plazos de amortización. Los otros desembolsos son "no concesionales", o sea que representan préstamos generalmente hechos con tasas de interés próximos a las del mercado, periodos de gracia menores y plazos de amortización de entre 10 y 20 años.

122. Las proyecciones hechas sobre el posible financiamiento externo, por formas y modalidades, se estimaron primero en relación con el PIB de los países industrializados, y luego los valores se refirieron a porcentajes del PIB de América Latina y el Caribe. El financiamiento externo se estima entonces en el orden de los US\$ 63,000 millones.

TABLA No. 20

FINANCIAMIENTO EXTERNO, POR FUENTES

Y MODALIDADES (1993- 2004)

(en millones de US\$ de 1990)

Fuentes y Modalidad Monto % PIB¹

Multilateral 31,500 0.18

Bilateral 31,500 0.18

Total por Fuentes 63.000 0.36

No concesional 53,700 0.31

Concesional 9,300 0.05

Total por Modalidad 63,000 0.36

¹ Conversión a porcentaje del PIB agregado de los países de América Latina y el Caribe.

123. Si los países industrializados cumplieran con el compromiso que ellos mismos se dieron, hace unas décadas, de aportar el 0.7% de sus PIB para la cooperación con los países en desarrollo, los niveles de créditos y donaciones de 1970 se duplicarían. En la actualidad sólo Dinamarca, Francia, Noruega, Reino de los Países Bajos y Suecia han cumplido o sobrepasado esa meta.

124. Ha sido prácticamente imposible hacer alguna estimación seria sobre las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) como fuentes de financiamiento externas. Se sabe que los países industrializados - gobiernos y sector privado - contribuyen al financiamiento de las ONGs, pero no se sabe cuánto está contabilizado en los cálculos anteriores. Por otro lado, no hay información sobre el gasto de las ONGs en agua, saneamiento y servicios de salud.

3) CONVERSION DE DEUDA EXTERNA

125. Sólo un país de América Latina y el Caribe ha realizado conversiones de deuda externa para inversiones en servicios de salud y agua potable y saneamiento, con montos muy reducidos que representan apenas un 0.085% de su deuda externa a largo plazo. (Ver Anexo V)

Si el 0.25% de la deuda externa de América Latina y el Caribe pudiera convertirse en inversiones para medio ambiente y salud, habría un posible financiamiento del orden de los US\$ 1,100 millones para el período 1993- 2004. Un mecanismo posible sería un arreglo con el Club de París para reducir las tasas de interés de la deuda pública a cambio del compromiso de los gobiernos para invertir el equivalente de esa reducción en áreas prioritarias propuestas en este Plan Regional.

4) POSIBLE FINANCIAMIENTO TOTAL

126. El estudio del conjunto de todas las fuentes de financiamiento, permite considerar que para el periodo 1993- 2004 es factible un monto agregado del orden de los US\$ 207,600 millones.

TABLA 21

POSIBLE FINANCIAMIENTO TOTAL POR

GRANDES FUENTES (1993- 2004)

(en millones US\$ de 1990)

Fuentes Monto % del PIB de ALC

Internas 143,500 0.82

Externas 63,000 0.36

Conversión Deuda

Externa 1,100 0.006

Total 207,600 1.186

ANALISIS DE SENSIBILIDAD

127. Una hipótesis plantearía no sólo recuperar los niveles de inversión de la década de los 70, sino cubrir lo que dejó de invertirse en la década de los 80. Otra hipótesis asumiría que el crecimiento del PIB de América Latina y el Caribe fuese para el periodo 1993- 2004 de sólo el 3% en promedio anual, en lugar del 4.2% considerado en la propuesta. En el primer caso el financiamiento posible llegaría al orden de los US\$ 234,500 millones. En el segundo caso el financiamiento posible se reduciría al orden los US\$ 191,700 millones.

Las instituciones multilaterales de crédito están interesadas en participar más agresivamente en el desarrollo social. Existen acuerdos y propuestas para establecer ciertas metas - en términos de canalizar determinados porcentajes de sus créditos - en favor de proyectos sociales.

Es entonces procedente promover que los organismos y agencias multilaterales y bilaterales de cooperación externa financiera y los países industrializados asuman un compromiso que no está lejos de sus posibilidades. Ellos deben comprometerse a aplicar por lo menos un 20% de sus recursos de cooperación financiera que destinan a la América Latina y el Caribe, en proyectos de protección y control del medio ambiente y de cuidado directo de la salud de las personas.

Capítulo IV

ESTRATEGIA DE ACCION

El Plan Regional de Inversiones es la propuesta inicial para promover un proceso en los países de América Latina y el Caribe. Pretende facilitar la definición de propósitos comunes y acciones concretas para alcanzar, en los campos de la protección y control del medio ambiente y del cuidado directo de la salud de las personas, los principios de universalidad, solidaridad y equidad. Es un proceso que se desarrolla a nivel nacional y de responsabilidad intransferible de los propios países.

Un Compromiso Político

1. El Plan Regional de Inversiones como estrategia y marco de referencia que orienta la formulación de los Planes Nacionales de Inversión, debe ser la expresión de un firme compromiso político de los países de América Latina y el Caribe. Este compromiso no puede circunscribirse a los gobiernos. La magnitud de la propuesta y el esfuerzo que requiere, obligan a que se busquen todas las formas y medios posibles que lleven a la conformación de una base de sustentamiento político, suficientemente sólida y estable, en favor de la propuesta.

Conformación de un Sustentamiento Político en los Países

2. Es imprescindible lograr en cada uno de los países la participación activa de todos aquellos que constituyen la sociedad nacional, a la vez que, estimular, facilitar y reforzar esta participación a través de la acción conjunta de los países.

La Organización Panamericana de la Salud y los organismos, instituciones y agencias internacionales de desarrollo y de crédito, de alguna manera vinculadas a los campos de la protección y control del medio ambiente y al cuidado directo de la salud de las personas, deben contribuir efectivamente a la conformación y consolidación de esa base de sustentamiento político.

Acciones Estratégicas

3. El Plan Regional de Inversiones tiene que ser desarrollado con la participación directa de los países y otros organismos de cooperación externa.

Esta primera versión puede servir de base para el compromiso político inicial, a partir del cual se pueda diseñar y ejecutar un conjunto de acciones estratégicas, algunas de las cuales se adelantan a continuación.

Los Planes Nacionales de Inversiones

4. Los Planes Nacional de Inversión son una expresión concreta del compromiso político de los países. Constituyen una acción estratégica que estimula el proceso. Hacen realidad y refuerzan los propósitos del Plan Regional de Inversiones. Permiten adecuar, cuando sea necesario, los proyectos de inversión existentes y formular los que respondan a sus orientaciones y prioridades. En los países hay que comenzar desarrollando las capacidades nacionales para su formulación y la consecuente preparación de proyectos concretos.

Desarrollo Institucional y Pre- inversiones

5. El desarrollo institucional es un área de acción que los países pueden abordar de inmediato reorientando y/o reforzando, en primera instancia, los recursos que en la actualidad vienen utilizando para actividades de capacitación, mejoras en los sistemas gerenciales, etc.

El componente de Pre- Inversiones del Plan Regional comprende también acciones convergentes a orientar al desarrollo institucional.

Fondo Regional para Pre- inversiones

6. Para que los países puedan avanzar en la puesta en marcha del Plan Regional, deben iniciar, lo más pronto posible, los procesos nacionales. Se requieren análisis sectoriales, capacitación, formulación de políticas de reforma de los sistemas e instituciones y de Planes Nacionales de Inversiones, preparación de proyectos concretos, etc.

Sería, entonces, necesario activar los mecanismos que aseguren la realización de esta primera fase. Un instrumento imprescindible y urgente es la creación de un Fondo Regional para Pre- inversiones, constituido por aportes múltiples de países de la región y de donantes extraregionales. Este mecanismo podría ser diseñado y gestionado por la Organización Panamericana de la Salud.

Las Orientaciones de las Reformas

7. Los países pueden asumir lo más pronto posible, la responsabilidad de hacer viable el proceso del Plan Regional de Inversiones, a través de acciones tendentes a lograr el compromiso y la movilización de los actores más significativos y pertinentes de su realidad política. El objetivo es que, en cada país, el contenido de orientaciones pueda convertirse en componente consensual de un Proyecto Nacional. Las orientaciones de reformas y contenido en esta propuesta deben ser materia de debate nacional, llegar a todos los sectores de la opinión pública y principalmente a las organizaciones sociales de base. Sólo de esta manera tendrán viabilidad política y la continuidad indispensable que requieren estas empresas de gran aliento y largo plazo.

Creación de Comisiones Nacionales

8. Pueden crearse Comisiones Nacionales, multisectoriales y representativas, así como equipos técnicos de trabajo. Por medio de ellos, se buscaría, entre otras cosas, completar, corregir y/o refinar la información con la cual se preparó la primera versión de esta propuesta, llevar a cabo algunos estudios, probar la validez de ciertos supuestos, criterios y normas referenciales, y, analizar la factibilidad de las estimaciones regionales de financiamiento interno. Reuniones regionales y subregionales para intercambio de experiencias, información y búsqueda de apoyo internacional a los esfuerzos nacionales, facilitarían y reforzarían la acción de las Comisiones Nacionales.

Construir sobre lo Existente

9. En los países se vienen desarrollando acciones relacionadas con la propuesta del Plan Regional. Habrá que aprovechar de ellas, reorientándolas cuando sea necesario, intensificándolas y ampliándolas cuando convenga estratégicamente. No se trata de comenzar todo de nuevo ni de esperar a que se formulen completamente los Planes

Nacionales. Las necesidades mínimas a satisfacer están presentes y su respuesta es urgente.

Una Alianza de Apoyo

10. Complementariamente a las acciones nacionales, es indispensable la conformación de una alianza de agencias y otras instituciones de cooperación externa. Así se puede ofrecer a los países la asistencia técnica necesaria que permita el mejor cumplimiento de lo reseñado anteriormente, a la vez que canalizar y/o facilitar el financiamiento inmediato y necesario para las pre- inversiones, y el desarrollo de los componentes o subcomponentes del Plan Regional.

La magnitud y las implicaciones del Plan, el compromiso político de los países y la conformación de esta alianza, son factores que obligan a formular nuevas estrategias de apoyo a los países así como a redefinir los roles que debe asumir la cooperación externa.

Frente a las diferentes crisis por la que pasan los países de América Latina y el Caribe, existe el deber moral de responder con propuestas que correspondan a la magnitud de los problemas. Las crisis ofrecen también la oportunidad de promover y facilitar cambios y reformas que son urgentes e impostergables.

En estas circunstancias, los gobiernos y todas las expresiones de la sociedad en los países de la Región, los organismos internacionales y los países industrializados deben actuar en conjunto. Se trata de dar alguna solución a problemas sociales que hoy afectan a millones de personas en esta parte del mundo. Personas que enferman por deficiente estado nutricional, por condiciones ambientales reñidas con los niveles de vida mínimos, por no utilizar ni acceder a las tecnologías simples y de bajo costo disponibles. Personas que mueren innecesaria y prematuramente.

Pero, no se trata sólo de esos cientos de millones de personas. Están también en juego los valores sobre los cuales se pretende construir una sociedad universal en paz y, para lo cual, debe ser antes una sociedad solidaria y justa.

ANEXO I

POBLACION Y ACCESO A SERVICIOS DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO

AMERICA LATINA Y EL CARIBE, 1992 y 1993 - 2004

(Población en Millones de Habitantes)

CATEGORIAS 1992 2004 1993 - 2004

Total Supuestamente Supuestamente Total Incremento A Servir en Población

Servida No servida¹ Demográfico el Período a Servir

por el Plan

AGUA POTABLE URBANA 333.3 266.5 66.8 427.8 94.5 161.3 145.5

Urbano- Residencial 216.6 199.1 17.5 278.1 61.4 78.9 71.2

Urbano- Marginal 116.7 67.4 49.3 149.7 33.1 82.4 74.2

ALCANTARILLADO URBANO 333.3 246.7 86.6 427.8 94.5 181.1 158.0

Urbano- Residencial 216.6 197.4 19.2 278.1 61.4 80.6 70.5

Urbano- Marginal 116.7 49.3 67.4 149.7 33.1 100.5 87.5

AGUA POTABLE RURAL 126.2 66.9 59.3 121.2 (5.0) 54.3 27.4

ALCANTARILLADO Y

DISPOSICION DE EXCRETAS

EN EL MEDIO RURAL 126.2 37.9 88.3 121.2 (5.0) 83.3 55.0

CONTAMINACION DE AGUAS

Desagües Municipales 333.3 33.3 300.0 427.8 94.5 394.5 188.0

Desagües Industriales 175.0²

RESIDUOS SOLIDOS 333.3 233.3 100.0 427.8 94.5 194.5 152.0

RECOLECCION

Urbano- Residencial 216.6 205.8 10.8 278.1 61.4 72.2 62.4

Urbano- Marginal 116.7 27.5 89.2 149.7 33.1 122.3 89.6

DISPOSICION FINAL 333.3 100.0 233.3 427.8 94.5 327.8 285.0

¹ El Término "Supuestamente No Servida", incluye Población actual sin servicio más que la que estando supuestamente servida adolece de falta de continuidad y confiabilidad de servicios.

² Se ha incluido en la presente tabla la población equivalente de la contaminación de las aguas de origen industrial medida en términos de carga orgánica a contaminante utilizada para la estimación de las inversiones correspondientes.

FUENTES: Evaluación del Decenio Internacional del Agua Potable y Saneamiento 1981- 1990; Sept. 1990. Organización Panamericana de la Salud. Otras fuentes: BIRF, BID, CEPALC, CELADE, OPS, etc.

ANEXO II

POBLACION Y ACCESO A SERVICIOS DE CUIDADO DIRECTO DE LA SALUD DE LAS PERSONAS

AMERICA LATINA Y EL CARIBE, 1992 y 1993 - 2004

(Población en Millones de Habitantes)

CATEGORIAS 1992 2004 1993 - 2004

COBERTURA

Total Supuestamente Supuestamente Total Incremento Oferta de
con Acceso¹ Sin acceso Demográfico Acceso
por el Plan²

TOTAL 459.5 298.3 161.2 549.0 89.5 255.7*

URBANO 333.3 254.1 79.2 427.8 94.5 173.7

Urbano- Residencial 216.6 184.1 32.5 257.7 41.1 73.6

Urbano- Marginal 116.7 70.0 46.7 170.1 54.4 100.1

En Capitales 73.9 62.8 11.1 93.2 19.3 30.4

En G.U.U. > 1^{**} 74.0 59.3 14.7 93.8 19.8 34.5

Otras Areas Urbanas 185.4 132.0 53.4 240.8 55.4 108.8

RURAL 126.2 44.2 82.0 121.2 (5.0) 82.0*

¹ Supuestos: Se supone un acceso del 85% de la población urbano- marginal y 35% de la población rural. Esto significa un acceso del 64.9% de la población total, cifra conservadora, ya que la mayoría de las estimaciones consideran entre un 35 y 40% la población sin acceso a servicio permanentes de salud.

² Suma de población supuestamente sin acceso y el incremento poblacional de 1993-2004.

* No suma horizontalmente.

Fuentes: World Urbanization Prospects U.N. 1990.

Diversas estimaciones de PNUD, BIRF, BID, CEPALC, OPS, etc...

ANEXO III

INVERSIONES EN INFRAESTRUCTURA FISICA DE MEDIO AMBIENTE, 1993 - 2004

POBLACION A SERVIR Y COSTOS DE INVERSION

(En Millones de Habitantes y de US\$ de 1990)

CATEGORIAS TOTAL AGUA ALCANTARILLADO AGUA ALCANTARILLADO
TRATAMIENTO DE RESIDUOS SOLIDOS

POTABLE URBANO POTABLE RURAL DESAGUES RECOLEC. RECOL.

URBANA RURAL MUNIC. INDUSTRI. DE BASURA DE BASURA

POBLACION A SERVIR

(millones habitantes)

TOTAL 145.4 158.0 27.4 55.0 188.0 175.0* 152.0 285.0

URBANO 145.4 158.0 27.4 55.0 188.0 175.0 152.0 285.0

Urbano- Residencial 71.2 70.5 62.4

Urbano- Marginal 74.2 87.5 89.6

RURAL 27.4 55.0 188.0 -- -- 285.0

COSTOS DE INVERSION

(millones US\$)

TOTAL 114.830 35.580 33.060 3.720 3.240 16.570 15.040 7.620

Rehabilitación y

reequipamiento 16.230 8.800 4.620 450 270 1.530 ** 560

Nuevas obras para

cubrir déficits

actuales 65.945 11.090 13.735 3.270 2.970 15.040 15.040 4.800

Nueva obras para

responder al

crecimiento

poblacional 32.655 15.690 14.705 -- -- -- -- 2.260

* Población equivalente medida en terminos de carga organica (DBO).

** No hay información.

ANEXO IV

INVERSIONES EN INFRAESTRUCTURA FISICA

PARA EL CIUDADANO DE LA SALUD DE LAS PERSONAS, 1993 - 2004

OBRAS FISICAS (en miles) Y COSTOS DE INVERSION (en millones)

CATEGORIAS Total Autocuidado Puesto de Centros de

Salud Salud Hospitales*

OBRAS FISICAS

TOTAL 592.6 47.6 14.6 804.7

URBANO

Urbano- Residencial 340.2 19.7 5.7

Urbano- Marginal 15.7 5.0

En Capitales 118.5

En G.U.U. > 1** 133.7

En el Resto del País 552.5

RURAL 252.4 12.2 3.9

Rehabilitación y Reequipamiento 22.0 6.0 417.2

Nuevas Obras para Cubrir Déficits Actuales 485.8 16.2 5.4 307.3

Nuevas Obras para responder al Crecimiento Poblacional 106.8 9.4 3.2 80.2

COSTOS DE INVERSION

TOTAL 64.480 6.060 2.000 1.420 55.000

URBANO

Urbano- Residencial 8.580 630 450 7.500

Urbano- Marginal 12.430 3.480 750 540 7.660

RURAL 43.470 2.580 620 430 39.480

Rehabilitación y Reequipamiento 16.970 440 280 16.250

Nuevas Obras para Cubrir Déficits Actuales 37.420 4.970 1.000 720 30.730

Nuevas Obras para responder al Crecimiento Poblacional 10.090 1.090 560 420 8.020

* En camas hospitalarias

** Grandes Conglomeraciones de más de un millón de habitantes

ANEXO V

TABLA A: FINANCIAMIENTO PROYECTADO PARA EL PLAN REGIONAL DE INVERSIONES EN AMBIENTE Y SALUD - 1993 - 2004

en millones US\$ de 1990

FUENTE AMBIENTE SALUD TOTAL

% MONTO % MONTO % MONTO

del \$ millones del \$ millones del \$ milloes

PBI de 1990 PBI de 1990 PBI de 1990

NACIONALES

Sector público 0.260 45.500 0.1268 22.200 0.4000 70.000²

Seguro Social 0.1481 25.900 0.1500 26.250²

Sector privado 0.084 14.700 0.0840 14.700 0.1700 29.750²

Autofinanciación 0.056 9.800 0.0428 7.500 0.1000 17.500²

Sub- total 0.400 70.000 0.4017 70.300 0.8200 143.500²

EXTERNAS

Multilateral 0.1332 23.310 0.0508 8.890 0.1840 32.200³

Bilateral 0.0148 2.590 0.1612 28.220 0.1760 30.810³

Concesional 0.0222 3.890 0.03125 5.470 0.05345 9.360

No Concesional 0.1258 22.010 0.18080 31.640 0.30660 53.650

Sub- total 0.148 25.900 0.21205 37.110 0.3600 63.010³

CONVERSION DE

DEUDA 0.0032 570 0.00291 510 0.00611 1.080³

TOTAL 0.5512 96.470 0.6167 107.920 1.1861 207.590³

¹ Incluye Ministerios de Salud e Instituciones de Saneamiento y Medio Ambiente.

² Al distribuir las inversiones explicadas en el punto 4j de este anexo, la contribución del total del sector público pasa de \$67.700 a \$70.000 millones, la del seguro social de \$25.900 a \$26.250 millones, la del sector privado de \$29.400 a \$29.750 millones y la de autofinanciación de \$17.300 a \$17.500 millones, y la suma de las cifras en las columnas "ambiente" y "salud", no corresponde exactamente, para las fuentes nacionales, a las cifras en las columnas "total".

³ Para facilitar la presentación se han redondeado las cifras de las tablas mostradas en el texto, p. 41- 42.

ANEXO V

FINANCIAMIENTO DEL PLAN DE INVERSIONES

I. METODOLOGIA

1. En el análisis para la factibilidad financiera del Plan Regional de Inversiones, se consideraron y se estudiaron independientemente tres fuentes: a) financiamiento interno, incluyendo el sector privado y esquemas posibles de autofinanciación y recuperación de costos; b) financiamiento externo, multilateral, bilateral, público y privado; y, c) conversión de deuda externa.

2. Se procuró obtener información de los países y del conjunto de América Latina y el Caribe, así como de los países industrializados y organismos multilaterales de financiamiento.

Se probaron diferentes variables macroeconómicas, siendo utilizadas sólo algunas por ser más significativas. Otras tuvieron que descartarse porque variaban en función de las anteriores, como en el caso del Ahorro Interno Bruto y de la Inversión Interna Bruta.

A. FINANCIAMIENTO INTERNO

3. En cuanto al financiamiento interno, se ha trabajado con Producto Interno Bruto (PIB); tamaño del gobierno general y del gobierno central; gasto público; gasto de inversiones en salud del sector público - Ministerios de Salud, Seguridad Social y, sector privado - así como inversiones públicas en agua y alcantarillado.

Las fuentes de información principales han sido el Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional, Naciones Unidas, CEPAL, BID y la OPS. Para guardar una cierta consistencia en los supuestos y cálculos se ha preferido la información del Banco Mundial.

Ha sido necesario trabajar con algunos supuestos, sobre todo en lo que se refiere a proyecciones para 1991 y 1992 y para el período 1993- 2004.

Se considera que el tamaño del sector público y del gobierno general; el gasto público en infraestructura de agua y alcantarillado y en servicios de salud; el tamaño relativo de los subsectores público, seguridad social y privado; y, el gasto de la Seguridad Social; todos ellos expresados en porcentajes del PIB, se mantendrán constantes en el período de 1993 a 2004. Se han considerado como bases, según la información disponible, los períodos 1971- 78, 1973- 80 y 1977- 80.

4. Los cálculos para el financiamiento interno se hicieron de acuerdo con el siguiente razonamiento:

a) El porcentaje que representa el gasto público total, en relación con el Producto Interno Bruto de los países de América Latina y el Caribe, resulta ser, en promedio anual, el 27.77%.

b) El porcentaje que representa el gasto público en servicios de salud, en relación con el gasto público total, resulta ser, en promedio anual, el 5.64%.

c) El porcentaje que representa las inversiones del sector público en infraestructura de servicios de salud, en relación con el gasto público en servicios de salud, resulta ser, en promedio anual, el 8.10%.

d) En base a los valores anteriores las inversiones públicas en infraestructura de servicios de salud representan, en promedio anual, el 0.1268% del PIB.

e) Los gastos en salud del sector privado y de la seguridad social en relación con los del sector público guardan una relación de 1.33. 1.18 y 1.00 respectivamente⁴. Asumiendo, conservadoramente, que la conducta inversora de la seguridad social sea proporcionalmente semejante a la de los Ministerios de Salud, y, la del sector privado sea sólo de un 50%, las inversiones en salud de la seguridad social y del sector privado representan, en promedio anual, el 0.1481% y el 0.0840% respectivamente del PIB.

f) A lo anterior hay que agregar estimaciones prospectivas de autofinanciamiento, sobre la base de que el pago por servicios de salud representaría sólo un 7% del gasto corriente en servicios de salud del sector público (descontando los gastos centrales y regionales de administración). Si de esta cifra un 25 % se utiliza a nivel local en gastos recurrentes, un 55% en pequeñas inversiones locales y en desarrollo institucional, y, el restante 20% como fuente de un Fondo Nacional de Inversiones (compensatorio, para garantizar los principios de solidaridad y equidad), el autofinanciamiento representaría, en promedio anual, el 0.0428% del PIB⁵.

g) El total del financiamiento interno del sector salud resulta entonces, en promedio anual, un 0.4017% del PIB de los países de ALC.

h) El porcentaje que representan las inversiones del sector público en agua y alcantarillado, en relación con el Producto Interno Bruto, resulta ser en promedio anual un 0.548%⁶.

i) El valor anterior incluye financiamiento externo, que representa un 25.7%. Luego, la inversión nacional se reduce a un 0.40% del PIB⁷. Esta última cifra puede, a su vez, descomponerse en una proporción de un 65% de financiamiento público, un 21% de

privado y un 14% de autofinanciamiento o recuperación de costos, lo que representa, en relación con el PIB, 0.260% 0.084 % y 0.056 % respectivamente.

El autofinanciamiento en medio ambiente provendría mayormente del sector agua potable y sería utilizado en parte para nuevas inversiones.

j) Finalmente habría que asumir que los países ya vienen invirtiendo en pre- inversiones y en desarrollo institucional. aunque en la contabilidad nacional y sectorial no aparezcan cifras específicas. Un estimado preliminar, en base a informaciones parciales, da el 0.0183 % del PIB, valor que se distribuye proporcionalmente entre las fuentes nacionales.

k) Sumando las estimaciones anteriores de fuentes internas, la inversión total en medio ambiente y salud, en la década de los 70, representó, en promedio anual, el 0.82% del PIB.

4. De acuerdo a las proyecciones del Banco Mundial, se asumió que el PIB de América Latina y el Caribe tendría un incremento de un 4.2% anual en el período 1993 a 2004⁸. Este crecimiento justificaría considerar que la capacidad inversora pueda regresar a los niveles de la década de los 70.

5. En consecuencia, el PIB agregado de la América Latina y el Caribe para el período 1993-2004 sería del orden de los US\$ 17,500,000 millones. Aplicando a este valor el mismo porcentaje de 0.82%, el financiamiento interno para el presente Plan Regional de Inversiones, estaría en el orden de los US\$ 143,500 millones.

La Tabla A de este anexo muestra los porcentajes de PIB y los montos correspondientes.

B. FINANCIAMIENTO EXTERNO

6. En cuanto al financiamiento externo se ha utilizado información de la OECD y del Banco Mundial.

Los cálculos se han hecho considerando lo que los países industrializados han contribuido, multilateral y bilateralmente, a las inversiones en agua potable y alcantarillado y en servicios de salud, en América Latina y el Caribe, durante el período 1973- 1980⁹. Esta información cubre los desembolsos hechos a través de la "Asistencia Oficial al Desarrollo" (concesional) - AOD - y de los llamados "Otros Desembolsos" (no concesionales)¹⁰. Similar a lo hecho con el financiamiento interno, se han relacionado estos desembolsos con el PIB agregado de los países industrializados. Los montos obtenidos han sido convertidos en porcentajes del PIB de los países de ALC.

7. Se asume que los porcentajes destinados a agua y saneamiento y a servicios de salud para América Latina y el Caribe, se mantendrán en el futuro. Si a esto se agrega que es la nueva política del Banco Mundial invertir a lo menos el 25% de sus recursos en sectores sociales, el destino de las asignaciones de los países industrializados a fuentes multilaterales, y para salud y saneamiento, pasaría del 8.5% al 10%¹¹. Por otro lado, se asume que el PIB de los países industrializados tendría un incremento de un 1.7% en 1991 y 1992 y de un 3.0% a partir de 1992¹². Luego, es posible estimar que para el

período 1993- 2004 habría una disponibilidad de recursos de estas fuentes, del orden de los US\$ 63,000 millones. Esto corresponde al 0.360% del PIB de los países de ALC.

C. CONVERSION DE DEUDA EXTERNA

8. En cuanto a la Conversión de Deuda Externa solo un país (Ecuador) ha realizado conversiones de deuda externa para salud, agua potable y saneamiento, con un monto de US\$ 12.0 millones y US\$ 14.0 millones de 1990, para el período 1989- 91¹³, o sea, un promedio de US\$ 4.0 y 4.5 millones por año respectivamente. Ello representa sólo el 0.085% de su deuda externa a largo plazo¹⁴. La única estimación posible en base a la actual práctica de trámite de estos proyectos, y del porcentaje de deuda posible de conversión para salud y medio ambiente, permitiría estimar para ALC, y para el período 1993- 2004, un monto total del orden de los US\$ 360 millones.

El financiamiento de inversiones por conversión de deuda externa requeriría, al igual que muchas de las estimaciones de financiamiento por todas las fuentes, de decisiones políticas y de acuerdos entre los gobiernos de los países y los acreedores, con modificación de legislación existente y de procedimientos internacionales. Si sólo un 0.25% de la deuda externa de ALC, 3 veces el porcentaje del caso del Ecuador, pudiera convenirse en inversiones en Salud, ésto representaría un valor del orden de los US\$ 1.100 millones.

D. ANALISIS DE SENSIBILIDAD

9. Se puede calcular el financiamiento que sería disponible con otras hipótesis:

Si el nivel del gasto recurrente y de capital fuese el de los años setenta más la diferencia entre este nivel y el de los años ochenta, se obtiene un gasto recurrente anual en salud de:

$$5.64\% + 0.42^{15} = 6.06\%$$

De este modo se obtiene un gasto de capital anual de:

$$8.1\% + 2.6\%^{16} = 10.7\%$$

Estos porcentajes reemplazan los mencionados más arriba, (4.b y 4.c) y se utilizan de la misma manera. Se supone que las contribuciones al medio ambiente, de fuentes externas, y de conversión de deuda, no cambian y se obtiene que un 1.3391% del PIB de los países de ALC sería utilizado para las inversiones, lo que representa \$234.300 millones.

10. Si el PIB de ALC crece durante el período 1993- 2004, 3% por año en vez de 4.2%, éste sería del orden de \$ 16,163,600 millones. Duplicando el porcentaje del PIB mostrado en la Tabla A (1.1861%), se obtendría así un financiamiento total del orden de los \$ 191,700 millones.

En el primer año (1993) se estima la siguiente distribución de recursos:

a) Coordinación general y apoyo US\$400,000.00

b) Desarrollo de metodologías

e instrumentos de aplicación 500,000.00

c) Apoyo directo a los países:

- diseminación de información y adiestramiento 1,100.000.00

- estudios sectoriales y preparación

de políticas y planes 2,000.000.00

- preparación de proyectos 2,500.000.00

- desarrollo institucional específico 500.000.00

TOTAL: US\$7,000.000.00

De acuerdo con las conversaciones iniciales sobre la constitución del Fondo se considera posible el siguiente esquema de contribuciones para el primer año (1993):

a) OPS US\$1,000.000.00

b) Brasil 700.000.00

c) España 700.000.00

d) México 700.000.00

e) Otros países latinoamericanos 900.000 00

f) Organismos financieros multilaterales 2,000.000.00

g) Otros donantes 1,000.000.00

TOTAL: US\$7,000.000.00

II. REFERENCIAS Y EXPLICACIONES METODOLOGICAS ANEXO V

1. Government Finance Statistics Yearbook, International Monetary Fund (IMF) 1991, muestra que durante 1984- 1988, el gasto del Gobierno Central representaba 24.4% del PBI. "Gasto Público Social en América del Sur en los Años Ochenta". CEPAL, publicación LC/R 961, p. 21, muestra que el gasto del Gobierno Central representa 88% del gasto del Gobierno General en 8 países de Sudamérica cubriendo 88.4% de la población total de esa subregión, que abarca el período 1977- 86; el gasto público representa entonces 27.77% del PIB.

2. Government Finance Statistics Yearbook, IMF, 1991.

3. "Gasto Público Corriente y Gasto Público de Capital", CEPAL, Publicación LC/R 962, 1991, pp. 48- 53.
4. "Financiamiento de la Atención a la Salud en América Latina y el Caribe, con focalización en el Seguro Social", MESA- LAGO (Carmelo), World Bank, 1989, p. 33; "Social Spending in Latin America", GROSH (Margaret), World Bank, 1990, p. 9, y World Bank, "El Financiamiento de los Servicios de Salud en los Países en Desarrollo", 1987, p. 17. De estos 3 documentos se obtiene que el sector público en salud, el seguro social y el sector privado gastaban respectivamente 28.5%, 33.5% y 38% del gasto total en salud.
5. El gasto corriente total del sector público en Salud representaba un 1.1562% del PIB en los años 1973- 80. De eso, un 81,9% representa el gasto corriente y 85% de este gasto se hace en los establecimientos, 7% de este gasto es recuperado a través de los sistemas de recuperación de costos y 75% del monto recuperado sirve para inversiones y desarrollo institucional. El 7% está basado sobre estimaciones de Ch. GRIFFIN, User Charges for Health Care in principle and practice, World Bank, EDI Seminar Paper No 37, 1988, p. 21. Ver también D. De FERRANTI, Paying for Health Services in Developing Countries, World Bank, PHN Technical Note, 1984, p. 11.
6. "Latin America and the Caribbean Region, Water Supply and Sewerage Sector", Proposed Strategy, World Bank, 1988, p. 23. (Las cifras de esta fuente cubren el período 1971- 1978 y se convirtieron a valores de 1990 para hacer las estimaciones).
7. "Decenio Internacional del Abastecimiento de Agua Potable y Saneamiento". Informe sobre la marcha de los trabajos en la Región". OPS, 1987, p. 20.
8. Utilizando el PIB de 1990 para ALC dado en World Bank Selected Economic Data, 1991, ajustándolo en precios de 1990, y proyectándolo a 1993 utilizando tasas de crecimiento de 2.32% para 1991 y 2.28% para 1992, y de 4.2% de promedio anual a partir de 1993 sobre la base de World Bank, World Development Report, 1990, p. 16, uno obtiene los \$17.500.000 para el período 1993- 2004.
9. OECD, Geographical Distribution of Financial Flows to Developing Countries, 1975, 1980, 1985 y OECD, Development Cooperation, 1987 a 1991.
10. US\$ 4270 millones anuales por AOD y US\$ 28,060 millones anuales por otros desembolsos, representando respectivamente 0.0348% y 0.2287% del PIB de los países industrializados. Estos porcentajes aplicados al PIB proyectado de los países industrializados durante el periodo 1993- 2004 representa US\$ 6,670 millones anuales de AOD y US\$ 43,810 millones anuales de otros desembolsos.
11. Comunicación oficial del Vice Presidente del Banco Mundial, para América Latina y el Caribe a la OPS, en la que menciona que el Banco Mundial tiene la intención de aumentar su contribución a los sectores sociales, pasandola a 25% del total de sus préstamos, lo que representaría duplicar financiamiento a estos sectores (Ver World Bank Annual Report 1991, p. 181). El porcentaje que el Banco Mundial presta al sector salud de ALC, pasaría entonces de 6% a 12%, y la contribución de todas las fuentes multilaterales al sector salud podría pasar de 8.5% a 10%.

12. OECD, Proyecciones mencionadas en una comunicación, 1992, y, World Development Report, World Bank, 1990, p. 16.
13. "Conversión de deuda externa para proyectos de desarrollo en Salud", Estudio del caso de Ecuador, Troya, Solorzano, Vallejo, OPS.
14. World Bank, World Debt Tables, 1991- 92, Vol. 2, p. 118, muestra la deuda externa a largo plazo de Ecuador en 1990.
15. Government Finance Statistics Yearbook, 1991, muestra que el Gobierno Central gastaba 5.13% de sus recursos anuales en salud durante el periodo 1981- 88. La diferencia entre lo que se gastaba entre los años setenta y ochenta es de 5.64% - 5.13% = 0.51%. Se supone que esta diferencia también vale para los años 1989 y 1990, lo que nos da 0.51% x 10 años \approx 5.13% = 0.42% por año. Estos 0.42% se añaden a 5.34% dando 5.76%.
16. CEPAL, LC/R. 962, pp. 48- 53, muestra que la inversión en salud era de 8.1% en los años setenta y de 5.0% en los ochenta. La diferencia de 3.1% x 10 años \approx 31% = 2.6% que añadidos a 8.1% da 10.7%.