

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 formu-

lación 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 mas 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.

CATEGORIAS	1 9 9 2			2 0 0 4	1 9 9 3 - 2 0 0 4		
	Total	Supuestamente Servida	Supuestamente No Servida ¹	Total	Incremento Demográfico	A Servir en el Período	Población a Servir por el Plan
AGUA POTABLE URBANA	333.3	266.5	66.8	427.8	94.5	161.3	145.4
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 Desagues Municipales Desagues Industriales	333.3	33.3	300.0	427.8	94.5	394.5	188.0 175.0 ²
RESIDUOS SOLIDOS RECOLECCION	333.3	233.3	100.0	427.8	94.5	194.5	152.0
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

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

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 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	1 9 9 2			2 0 0 4		1 9 9 3 - 2 0 0 4	
	Total	C O B E R T U R A		Total	Incremento Demográfico	Oferta de Acceso por el Plan ²	
		Supuestamente con Acceso ¹	Supuestamente sin Acceso				
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	53.4	100.1	
En Capitales	73.9	62.8	11.1	93.2	19.3	30.4	
En G.C.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-residencial, 60% 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 servicios permanentes de salud

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

* No suma horizontalmente

** Grandes Conglomeraciones Urbanas de más de un millón de habitantes

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 POTABLE URBANA	ALCANTARILLADO URBANO	AGUA POTABLE RURAL	ALCANTARILLADO RURAL	TRATAMIENTO DE DESAGUES		RESIDUOS SOLIDOS	
						MUNICIPALES	INDUSTRIALES	RECOLECCION DE BASURA	DISPOSICION 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	
Nuevas obras para responder al crecimiento poblacional	32,655	15,690	14,705	--	--	--	--	2,260	

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

** No hay información.

ANEXO IV

INVERSIONES EN INFRAESTRUCTURA FISICA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD DE LAS PERSONAS, 1993 - 2004 OBRAS FISICAS (en miles) Y COSTOS DE INVERSION (en millones)

CATEGORIAS	Total	Autocuidado	Puestos de Salud	Centros de 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.C.U. > 1**					133.7
En el Resto del País					552.5
RURAL		252.4	12.2	3.9	
Rehabilitación y Reequipamiento					
Nuevas Obras para Cubrir Déficits Actuales		485.8	22.0	6.0	417.2
Nuevas Obras para responder al Crecimiento Poblacional		106.8	9.4	3.2	307.3
					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	39,840
Rehabilitación y Reequipamiento					
Nuevas Obras para Cubrir Déficits Actuales	16,970		440	280	16,250
Nuevas Obras para responder al Crecimiento Poblacional	37,420	4,970	1,000	720	30,730
	10,090	1,090	560	420	8,020

* En camas hospitalarias.

** Grandes Conglomeraciones Urbanas de más de un millón de habitantes.

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 mas 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%¹.

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%².

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%³.

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 convertirse 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.

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	
	% del PBI	MONTO \$ millones de 1990	% del PBI	MONTO \$ millones de 1990	% del PBI	MONTO \$ millones de 1990
NACIONALES						
Sector público ¹	0.260	45,500	0.1268	22,200	0.4000	70,000 ²
Seguro Social			0.1481	25,900	0.1500	26,250 ²
Sector privado	0.084	14,700	0.0840	14,700	0.1700	29,750 ²
Autofinanciación	0.056	9,800	0.0428	7,500	0.1000	17,500 ²
Sub-total	0.400	70,000	0.4017	70,300	0.8200	143,500 ²
EXTERNAS						
Multilateral	0.1332	23,310	0.0508	8,890	0.1840	32,200 ³
Bilateral	0.0148	2,590	0.1612	28,220	0.1760	30,810 ³
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	63,010 ³
CONVERSION DE DEUDA	0.0032	570	0.00291	510	0.00611	1,080 ³
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.

II. REFERENCIAS Y EXPLICACIONES METODOLOGICAS

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, 1990, 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 período 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, pasándola 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, 1991.
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 período 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 ÷ 12 años = 0.42% por año. Estos 0.42% se añaden a 5.64% dando 6.06%.
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 ÷ 12 años = 2.6% que añadidos a 8.1% da 10.7%