

El financiamiento internacional para la cooperación al desarrollo de la salud de América Latina y el Caribe

Rebecca De Los Ríos,¹ Carlos Arósquipa¹ y William Vigil-Oliver¹

Forma de citar De Los Ríos R, Arósquipa C, Vigil-Oliver W. El financiamiento internacional para la cooperación al desarrollo de la salud de América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica. 2011;30(2)133–43.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivos a) conocer en qué medida América Latina y el Caribe (ALC) se vio beneficiada por los aumentos de la asistencia internacional para el desarrollo de la salud (ADS) a nivel mundial y si la tendencia observada después de la Cumbre del Milenio, también fue una tendencia observada en la Región, b) determinar si existen diferencias en la distribución de esta asistencia, según el ingreso bruto per cápita de los países, c) identificar el posible efecto de la crisis financiera internacional de 2008 en la ayuda oficial bilateral y d) comparar las tendencias que tuvo el gasto público salud con respecto a la ADS antes y después de la Cumbre del Milenio

Se encontró que la ADS en ALC sigue un curso muy diferente al de otras regiones del mundo. A partir de 1997 se entra en un período de estancamiento fluctuante que se extiende hasta 2008, con desembolsos promedios anuales de US\$ 1 200 millones. La banca multilateral tuvo una participación de 79% de los desembolsos promedios entre 2002 y 2008 en los países de ingreso medio alto, mientras que la ayuda oficial bilateral registró la mayor participación (61%) en los países de ingresos medios bajos y bajos. En este período la ayuda bilateral tiene un crecimiento anual de 13%, pero en el año posterior a la crisis los desembolsos caen en US\$ 20 millones. El 64% de la ayuda bilateral provino de Estados Unidos, España y Canadá, y el 29% de la misma se destinó a VIH/Sida y enfermedades de transmisión sexual. Después de la Cumbre del Milenio la ADS canalizada hacia los gobiernos disminuyó en un 30% entre 2001–2006 y su participación con respecto al gasto público en salud regional fue de 0,30% en el mismo período, con una proporción igualmente marginal con respecto al gasto total en salud para 2008 (0,37%; US\$ 2 per cápita). Se concluye que después de la Cumbre del Milenio la ADS en ALC no creció ni logró igualar las tendencias antes del 2000 y el gasto público en salud siguió su tendencia de crecimiento histórico, sin mayores incrementos con respecto al producto interno bruto regional. Frente a este panorama y por ser ALC la región más desigual pero no la más pobre del mundo, resulta imperativo replantearse las formas de pensar, conducir y entregar la cooperación para el desarrollo de la salud con enfoques innovadores y mecanismos alternativos de financiamiento que respondan más y mejor a las realidades de la región.

Palabras clave Cooperación internacional; apoyo a la planificación en salud; economía de la salud; salud mundial; Américas.

¹ Organización Panamericana de la Salud, Relaciones Externas, Movilización de Recursos y Asociaciones. Washington, DC. La correspondencia se debe dirigir a Rebecca De Los Ríos. Correo electrónico: delosrir@paho.org o rdelosrios2@aol.com

Los volúmenes de financiamiento internacional para la cooperación al desarrollo de la salud han crecido de manera sostenida y a ritmos sin precedentes a nivel

mundial, principalmente, desde que la comunidad internacional estableció sus compromisos para financiar el logro de objetivos acordados en la Cumbre del Milenio

de las Naciones Unidas celebrada en 2000 (1).

Según las últimas estimaciones publicadas por el Instituto de Métrica y Evaluación en Salud (IHME, por sus siglas en inglés) de la Universidad de Washington, entre 2001 y 2010 el incremento mundial en los desembolsos de la asistencia internacional para el desarrollo de la salud (ADS) fue de 60,8%, alcanzando al final de la década, una cifra cercana a los US\$ 27 000 millones (2). Sin embargo el mismo informe advierte que, posiblemente a raíz de la crisis financiera mundial, se ha comenzado a observar una reducción en el ritmo de crecimiento de estos fondos, el cual de un promedio anual de 13% durante el período 2004–2008 cayó a 6% en 2008–2010 (2).

Con estos antecedentes, el presente estudio tuvo como objetivos a) conocer en qué medida América Latina y el Caribe (ALC) se vio beneficiada por los aumentos de la ADS a nivel mundial y si la tendencia posterior a la Cumbre del Milenio también se registró en esta región, b) determinar si hay patrones diferenciales en la distribución de esta asistencia según el ingreso bruto per cápita de los países —dado que esta es la variable que más pesa a la hora de asignar recursos de cooperación—, c) identificar el posible efecto de la crisis financiera mundial del 2008 en la ayuda oficial bilateral y d) comparar las tendencias que tuvo el gasto público salud con respecto a la ADS antes y después de la Cumbre del Milenio.

Estuvo fuera del alcance del estudio el realizar análisis específicos sobre la relación entre ADS y carga de enfermedad así como establecer asociaciones sobre el efecto de la ADS en el comportamiento del gasto en salud.

MÉTODOS

La fuente utilizada para la ADS fue la base de datos Development Assistance for Health, Country and Regional Recipient Level 2010, del IHME (3) y, para la ayuda oficial para el desarrollo (AOD) del sector salud (AOD-S) se utilizó la versión actualizada (diciembre de 2010) del sistema de reporte de acreedores (SRA) de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) (4). Se construyó la serie de la ADS para el período 1990–2008 con los desembolsos canalizados a todos los países de América Latina y el Caribe, y aquellos

destinados a los programas regionales y subregionales. La agrupación de los países según el ingreso bruto per cápita se basó en la clasificación del Banco Mundial (5). La serie de la AOD-S durante el período 2002–2009 fue elaborada con el mismo criterio usado para la ADS y se seleccionaron los códigos del sector salud que son definidos por el Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD/OCDE) (6). El análisis de la ayuda oficial bilateral no se hizo con información del IHME porque su base de datos sobre países receptores cubría hasta 2008, impidiendo evaluar el efecto de la crisis financiera.

La definición y las estimaciones de la ADS consideran los desembolsos de las fuentes oficiales de los países miembros del CAD (en cuya estimación se substraen aquellos que son canalizados a través de organizaciones multilaterales y no gubernamentales) y además, los desembolsos de las instituciones financieras multilaterales, los de las alianzas globales de salud y los de las fundaciones privadas (7, 8). La AOD se refiere únicamente a los desembolsos de los países miembros del CAD destinados a los países en desarrollo, y a diferencia de la ADS, se incluyen aquellos que se canalizan a través de las organizaciones multilaterales y no gubernamentales según reportan los países cooperantes (9). Por esta diferencia, las cifras de ayuda oficial bilateral que informa el CAD tienden a ser un poco más altas que las del IHME. Todos los datos presentados se refieren a los desembolsos brutos recibidos y están en dólares constantes de 2008.

Para analizar la relación entre gasto público en salud y ADS para el gobierno, antes y después de la Cumbre del Milenio, se utilizaron los datos sobre gasto público en salud de las estimaciones para ALC realizadas por el IHME con información de la OMS, así como las estimaciones de la ADS para los gobiernos; ambas series están para el período 1995–2006 en dólares constantes de 2006 (2). Para el análisis se construyó un índice con base 100 para 1995 y otro índice con base 100 para 2000 tanto para la ADS canalizada a los gobiernos como para el gasto público en salud.

De lo expuesto se desprende que el estudio no consideró en sus análisis las contribuciones de los países que no son miembros del CAD y que se benefician a través de modalidades de la Cooperación Sur-Sur. No cabe duda que de poderse hacer, se tendría una visión más

completa de la cooperación al desarrollo de la salud de ALC. La razón de no haberlas incorporado obedeció a la carencia de fuentes de datos que integren un registro estandarizado de las contribuciones que hacen estos países y su expresión financiera. Si bien hay avances parciales para registrar y cuantificar este tipo de cooperación, todavía se confrontan obstáculos no resueltos que impiden tener una mejor comprensión de las tendencias y magnitudes de estas modalidades de cooperación en la Región (10).

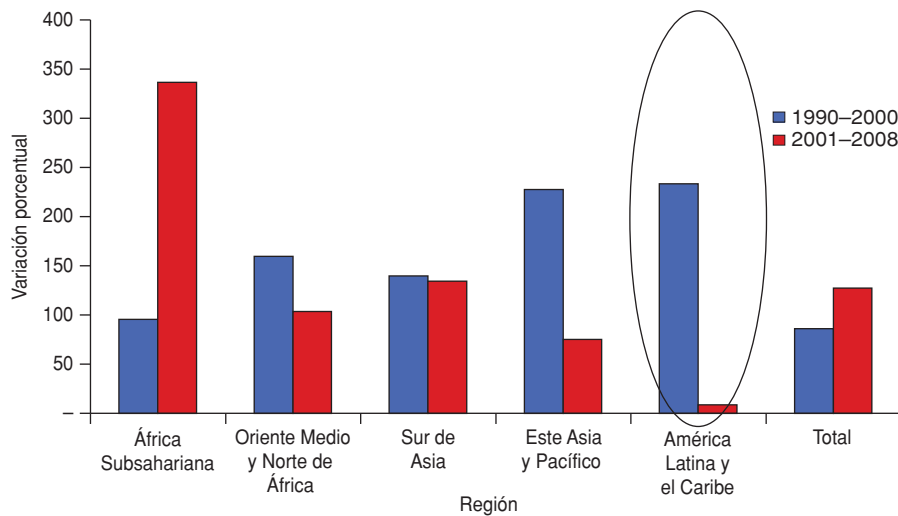
RESULTADOS

Tendencias de la asistencia para el desarrollo de la salud en la Región

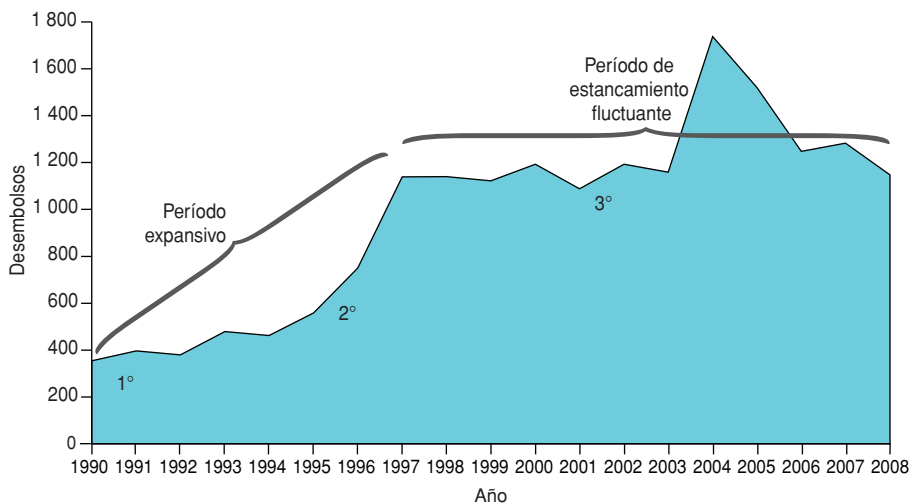
La magnitud y los ritmos de crecimiento de la ADS en ALC antes y después de la Cumbre cursaron tendencias muy diferentes a las que ocurrieron en otras regiones del mundo. Como se puede apreciar en la figura 1, durante 1990–2000 ALC junto con el este de Asia pacífico fueron las regiones más favorecidas por los flujos de financiamiento de la ADS, situación que cambió considerablemente después de 2001, en particular para ALC.

En la figura 2 se muestra este fenómeno en dos períodos: el “expansivo”, que se dio en 1990–1997 con un crecimiento de 19,6% y en el cual se distinguieron a la vez dos fases, la primera —1990–1993— cuando la ADS creció a un promedio anual de 7,6%, y la segunda —1994–1997— cuando dicha tasa se elevó a 35,7%. A partir de 1997, 3 años antes de la Cumbre, comenzaron a registrarse fluctuaciones con una tendencia al estancamiento que se extendió hasta 2008. En este período de “estancamiento fluctuante”, la tasa de crecimiento promedio anual fue de 1,3%, con desembolsos promedios anuales de US\$ 1 200 millones.

El crecimiento del período expansivo se dio por el incremento de la participación de la banca multilateral, el cual se hace más notorio a partir de 1996. Este comportamiento se explica en parte por el rol que tuvieron las instituciones financieras multilaterales en los procesos de reformas que experimentaron los países de ALC a principios de los años noventa. El Banco Mundial recomendaba en el *Informe mundial 1993: Invertir en salud* (11) un conjunto de políticas y medidas para reducir el gasto público y aumentar la eficiencia de los sistemas de salud. En ese entonces y bajo estas pre-

FIGURA 1. Variación porcentual de la asistencia para el desarrollo de la salud (ADS) en regiones seleccionadas, 1990–2000 y 2001–2008 (basada en desembolsos en dólares constantes de 2008)

Fuente: elaboración de los autores con datos del Institute for Health Metrics and Evaluation, 2010. Development Assistance for Health Country and Regional Recipient Level Database 1990–2008.

FIGURA 2. Asistencia para el desarrollo de la salud a América Latina y el Caribe, 1990–2008 (desembolsos en millones de dólares constantes de 2008)

Fuente: elaboración de los autores con datos del Institute for Health Metrics and Evaluation, 2010. Development Assistance for Health Country and Regional Recipient Level Database 1990–2008.

misas, muchos países negociaron préstamos con la banca multilateral para las reformas en el sector salud (12). Contrariamente, en este período la ayuda oficial bilateral tuvo una menor participación y además exhibió un comportamiento altamente volátil (figura 3A).

Durante el período de estancamiento fluctuante, los bancos de desarrollo también determinan las variaciones en los desembolsos, incluido un incremento abrupto que se explicará más adelante. En la figura 3A se puede ver que desde 2005 estos flujos comenzaron a reducirse, bajando de una participación de 69% del

total de la ADS a la Región en 1998 a solo 32% una década después. Mientras tanto la ayuda bilateral continuó mostrando volatilidad: una caída fuerte en 2002 y un repunte en 2005 que coincidió con el descenso de los flujos provenientes de la banca. Desde 2003 comenzó a crecer la presencia de la Fundación Bill y Melinda Gates, la Alianza Global para Vacunas e Inmunización (GAVI, por sus siglas en inglés) y el Fondo Mundial contra el Sida, Tuberculosis y Malaria (FMSTM) en el escenario del financiamiento de la cooperación en salud de ALC. Vale destacar que el volumen de desembolso de la ADS en el

2008 estuvo por debajo del volumen alcanzado en el 2002 (figura 3A).

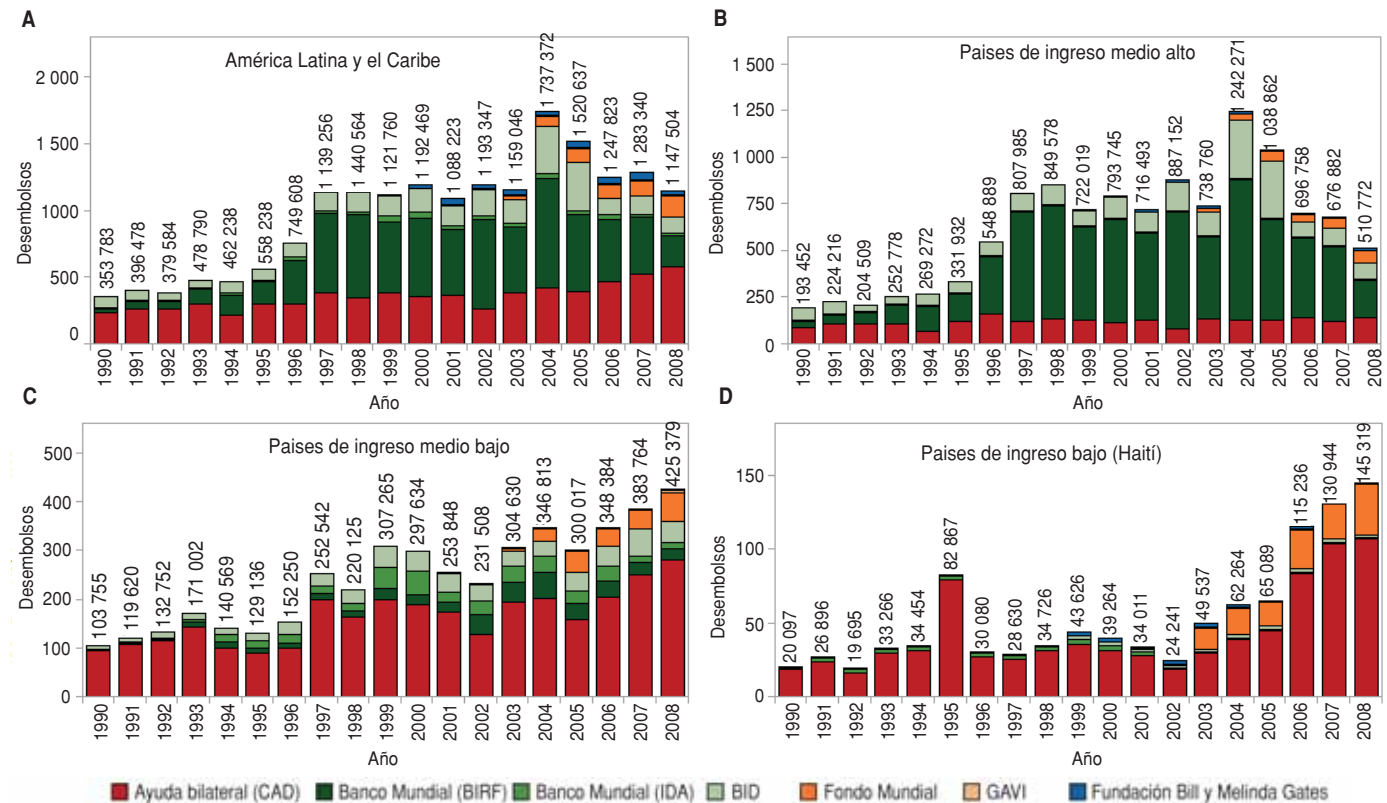
Distribución de la asistencia para el desarrollo de la salud según el grupo de ingreso per cápita

La ADS exhibió variaciones apreciables según el nivel de ingreso per cápita de los países, tanto en el período de expansión como en el de estancamiento. Durante la expansión, los incrementos en los países de ingresos medios altos (IMA) fueron proporcionados por la banca multilateral, la cual dio cuenta de 85% del total de la ADS recibida en 1997, mientras que en los de ingresos medios bajos (IMB) se debió a la ayuda oficial bilateral, que ese mismo año representó 79% del total de la ADS recibida en ALC (figuras 3B y 3C).

En el período de estancamiento fluctuante durante 2002–2008, la Región recibió en promedio US\$ 1 327 millones, de los cuales 25% fueron absorbidos por los países de IMB y 62% por los de IMA. En estos últimos la banca multilateral tuvo una participación del 79% de los desembolsos promedios del período. El abrupto incremento entre 2004 y 2005 obedeció a los desembolsos de préstamos del Banco Mundial a Argentina y Brasil, así como a los canalizados a Colombia por parte del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Vale resaltar que la participación de la Asociación Internacional para el Desarrollo (IDA, por sus siglas en inglés) del Banco Mundial —que otorga préstamos muy favorables a países pobres— ha registrado un descenso en los últimos años. El incremento observado en 1999 y 2000 fue la respuesta de las instituciones financieras multilaterales a la reconstrucción en Honduras y Nicaragua a raíz de los daños causados por el Huracán Mitch de 1998 (figuras 3B y 3C).

Contrariamente, en los países de IMB y de ingresos bajos (IB) la ayuda bilateral tiene la mayor participación en el financiamiento de la ADS conjuntamente con las alianzas globales y la Fundación Bill y Melinda Gates. La ayuda bilateral promedió 61% del total de la ADS recibida por estos países entre 2002–2008. No obstante, este tipo de financiamiento es muy volátil y poco predecible, signo de que la ayuda oficial está altamente influenciada por decisiones de política exterior de corto plazo. Un claro ejemplo es el caso de Haití, país cuya ayuda bilateral ascendió significativamente en 1995, año en que se restableció

FIGURA 3. Asistencia para el desarrollo de la salud en América Latina y el Caribe, por canales y grupos de ingresos per cápita, 1990–2008 (desembolsos en millones de dólares constantes de 2008)



Fuente: elaboración de los autores con datos del Institute for Health Metrics and Evaluation 2010. Development Assistance for Health Country and Regional Recipient Level Database 1990–2008.

Nota: Abreviaturas. CAD: Comité de Ayuda al Desarrollo; BIRF: Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento; IDA: Asociación Internacional para el Desarrollo; BID: Banco Interamericano de Desarrollo. [Enlace para visualización interactiva de los grupos de ingreso y canales de financiamiento \(1990–2008\)](http://ais.paho.org/hip/viz/ERP_AOD_Salud_LAC_GruposIngreso_esp.asp), http://ais.paho.org/hip/viz/ERP_AOD_Salud_LAC_GruposIngreso_esp.asp

la democracia, para luego descender y recuperar nuevamente su crecimiento recién a partir de 2003 (figura 3D).

La ayuda oficial bilateral en salud después de la Cumbre del Milenio

Como se observa en la figura 3A, en 2002 —año siguiente a los ataques terroristas en Estados Unidos— la ayuda bilateral registró una caída superior a US\$ 100 millones que afectó de manera generalizada a todos los grupos de países, independientemente del nivel de ingreso. En 2003, sin embargo, el flujo de desembolsos comenzó a crecer sostenidamente a una tasa promedio anual de 13% hasta 2008, año en que casi se duplicó la cifra alcanzada en 2000 y la ayuda bilateral tuvo la mayor participación con respecto al total de la ADS recibida por la Región.

En las figuras 3D y 4, por su parte, se puede apreciar que la ayuda oficial bilateral recibida por el único país de ALC

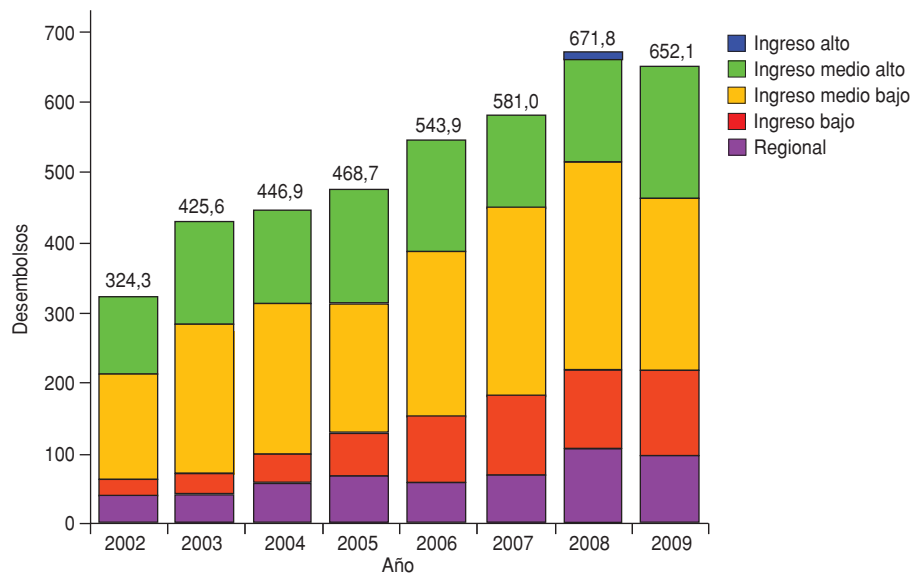
de IB (Haití) tiene un comportamiento creciente a partir de 2005 y que explica en parte los incrementos de este tipo de ayuda en la Región. La misma experimenta un incremento de su participación en el total de la AOD-S recibida por ALC, que pasó de 6% en 2002 a 18% en 2009.

Las figuras 3C y 4 muestran que los desembolsos recibidos por los países de IMB también experimentaron un incremento entre 2002–2008, para tener una participación de 45% del total de la AOD-S regional. Sin embargo, en el mismo período la participación relativa de este grupo de países en el total de los desembolsos de la AOD-S bilateral no acusó grandes variaciones.

La AOD-S hacia países de IMA —que se había mantenido estacionaria desde 2006— creció en 2009 debido a que ese año Perú recibió de la Comisión Europea un desembolso de US\$ 40 millones para el proyecto “European”, destinado a com-

batir la desnutrición infantil (13) (figura 4). El componente regional que no es asignable a un país específico también registró un crecimiento, aunque su peso relativo promedio se mantuvo entre 13% y 14% del total desembolsado en cada uno de los años entre 2002–2009 (figura 4).

En 2009, el año posterior a la crisis financiera mundial, la tasa de incremento de la AOD-S fue negativa (–3%) y los desembolsos cayeron en US\$ 20 millones, marcando así un punto de inflexión tras haber crecido sostenidamente a lo largo de 6 años. La figura 4 muestra que los países de IMB fueron los más afectados, con una disminución de US\$ 45 millones con respecto a 2008. Las reducciones mayores se dieron en Ecuador (44%), El Salvador (25%) y Nicaragua (17%), mientras que los menores desembolsos de 2008 a 2009 obedecieron a las caídas en los flujos de España (US\$ 38 millones) y de Japón (US\$ 17 millones) (4).

FIGURA 4. Ayuda oficial bilateral para la salud en países de América Latina y el Caribe, según grupos de ingreso per cápita, 2002–2009 (desembolsos en millones de dólares constantes de 2008)

Fuente: elaboración de los autores con datos del sistema de reporte de acreedores (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico), 2010.

Distribución de la ayuda oficial bilateral según los países cooperantes

Más de la mitad de la AOD-S que recibió la Región provino de dos países cooperantes, con una clara tendencia hacia la concentración de los desembolsos en menos países. El cuadro 1 muestra cómo en el período 2006–2009 aumentó con respecto al período anterior la participación de Canadá, España y la Comisión Europea, mientras que disminuyó la de

Alemania, Francia, Holanda y Japón. Estados Unidos, que mantuvo su primer lugar en los dos períodos, con España, Canadá, Japón y la Comisión Europea, son los principales cooperantes en salud de ALC. Vale señalar sin embargo que todos y cada uno de los 24 países miembros del CAD tienen presencia en la Región (cuadro 1), incluso cuando algunos disminuyeron su participación y aun los volúmenes desembolsados. Esta presencia, aunque sea con montos pequeños,

refleja el significado y el valor político que tiene la ayuda oficial en salud para las relaciones bilaterales de los países cooperantes con los países de ALC

La Región no cuenta con estudios sobre la eficacia de la cooperación en el desarrollo sanitario de acuerdo a los principios acordados en la Declaración de París (14). Sin embargo, el índice QuODA —elaborado con datos de los países cooperantes por el Centro de Desarrollo Global y el Instituto Brookings— se aproxima a una evaluación de la calidad de la ayuda utilizando indicadores de la agenda de eficacia (15). Este instrumento revela, por ejemplo, que Estados Unidos obtuvo el valor más bajo cuando se lo compara con los índices de España y Canadá (16). En este sentido resulta interesante que los mejores índices de calidad —que superan a los de los tres cooperantes más importantes para la Región— corresponden justamente a los países con menor participación y volumen de asistencia, como la Comisión Europea y los países nórdicos (16).

En la figura 5 se muestran los 15 primeros países receptores de AOD-S en la Región. En ambos períodos aparecen 7 de los 9 países de IMB (no está Belice ni Paraguay) y 5 de los 19 de IMA. En siete (El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Perú y República Dominicana), Estados Unidos y España tuvieron una participación relativa superior a 50% del total de la AOD-S en ambos períodos, mientras que en Bolivia, Ecuador y Nicaragua se dio una mayor participación relativa de otros cooperantes tales como la Comisión Europea y los países nórdicos. En ambos períodos aparecen entre los primeros 15 receptores Argentina, Brasil y México, cada uno con una cartera de cooperantes muy diferente, lo cual es un indicador de sus particulares relaciones políticas bilaterales.

Distribución de la ayuda oficial bilateral según los países socios receptores y las áreas temáticas

La figura 6 muestra que países de IMA, como Argentina y Brasil, se encuentran en el mismo rango de desembolsos promedio que tienen países de IMB como Honduras y Guatemala, quienes comparativamente registran indicadores de salud promedio mucho más rezagados. Similar es el caso de Perú, un país de IMA que comparte el rango de desembolsos con Bolivia y Nicaragua,

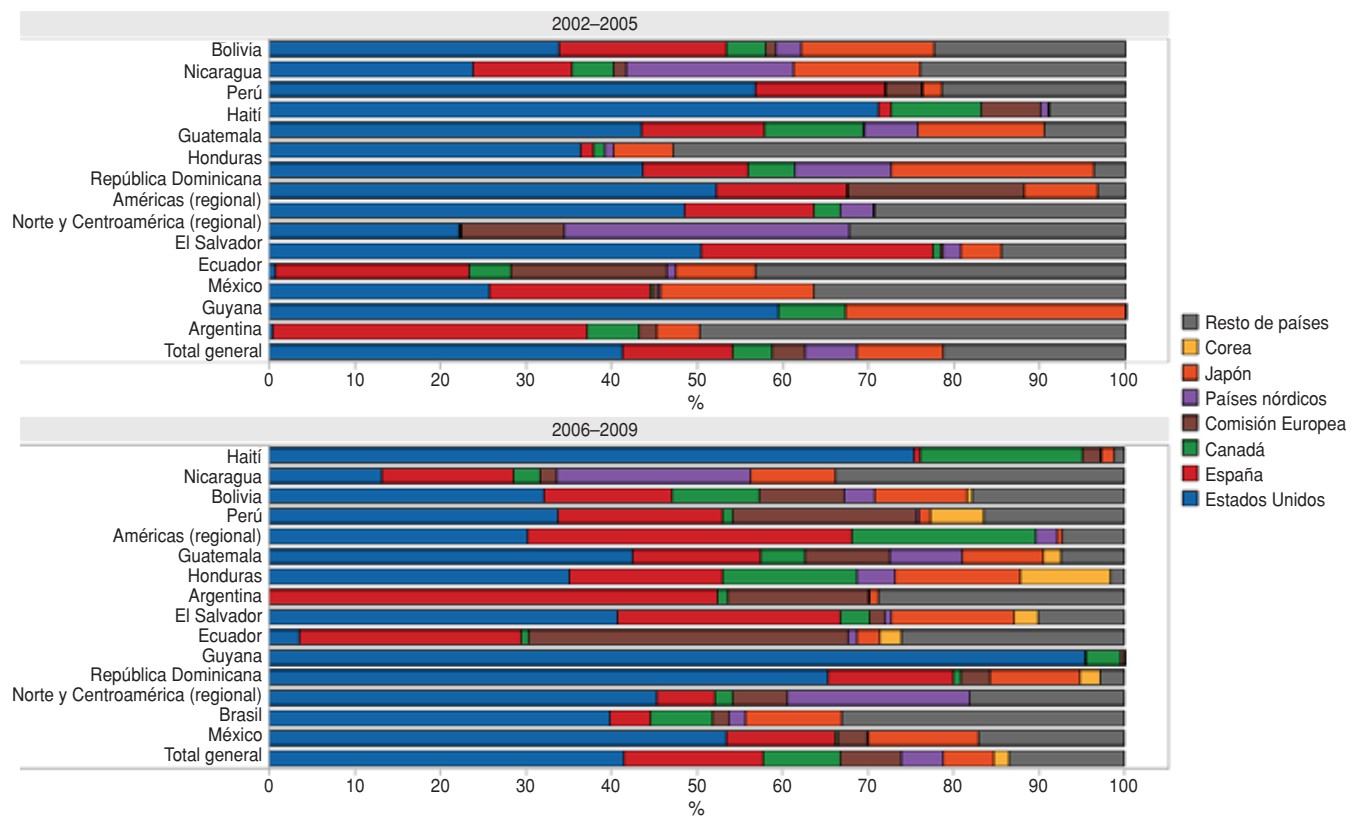
CUADRO 1. Distribución de la asistencia oficial para la salud en América Latina y el Caribe, según países cooperantes, promedios anuales en 2002–2005 y 2006–2009 (en millones de dólares constantes de 2008)

País	2002–2005	%	2006–2009	%
Estados Unidos	161,33	38,2	243,74	39,8
España	52,26	12,4	98,30	16,1
Canadá	20,80	4,9	55,12	9,0
Comisión Europea	15,86	3,8	45,59	7,4
Japón	42,54	10,1	42,83	7,0
Suecia	13,92	3,3	17,57	2,9
Holanda	16,96	4,0	17,57	2,9
Francia	37,40	8,9	14,68	2,4
Italia	7,36	1,7	12,42	2,0
Bélgica	7,44	1,8	11,93	1,9
Corea	0,00	0,0	10,59	1,7
Luxemburgo	5,62	1,3	9,55	1,6
Alemania	13,17	3,1	9,45	1,5
Finlandia	4,03	1,0	6,39	1,0
Otros países ^a	23,11	5,5	16,40	2,7
Total	421,79	100,0	612,12	100,0

Fuente: elaboración de los autores con datos del sistema de reporte de acreedores (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico), 2010.

^a Países cuya participación fue menor a 1,0% en ambos períodos. Incluye Australia, Austria, Dinamarca, Grecia, Irlanda, Noruega, Nueva Zelanda, Portugal, Reino Unido y Suiza.

FIGURA 5. Ayuda oficial bilateral para la salud en América Latina y el Caribe, participación porcentual de los países cooperantes según los 15 primeros países socios receptores (calculado a partir del total acumulado de cada período), 2002–2005 y 2006–2009



Fuente: elaboración de los autores con datos del sistema de reporte de acreedores (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico), 2010.

Nota: Enlace de visualizaciones interactivas de la AOD-S de los primeros 15 países socios receptores por años (2002–2009), http://ais.paho.org/phi/viz/ERP_PrimerosReceptores_AOD_Salud_LAC_Caribe_esp.asp

que son países de IMB. En estudios que vinculan la ADS con la carga de enfermedad a nivel mundial se muestra que para el período 2003–2008 Argentina se ubicó en el mismo rango que Guyana, Honduras y Nicaragua en lo que respecta a la relación de dólares de ADS recibidos por cada AVISA (años de vida saludables perdidos [medida de la carga de enfermedad que calcula los años de vida saludables perdidos debido a enfermedad, discapacidad y muerte prematura por todas las causas]). Pero además, Argentina está entre los primeros 30 países del mundo que han recibido más ayuda internacional en salud, mientras que no se encuentra listado entre los primeros 30 países del mundo con mayor carga de enfermedad (17).

Según las áreas temáticas de salud que define el CAD, en 2009 casi la tercera parte de la asistencia oficial bilateral se concentró en VIH/Sida y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) cuya proporción representó US\$ 190 millones en el mencionado año (figura 7). El Fondo

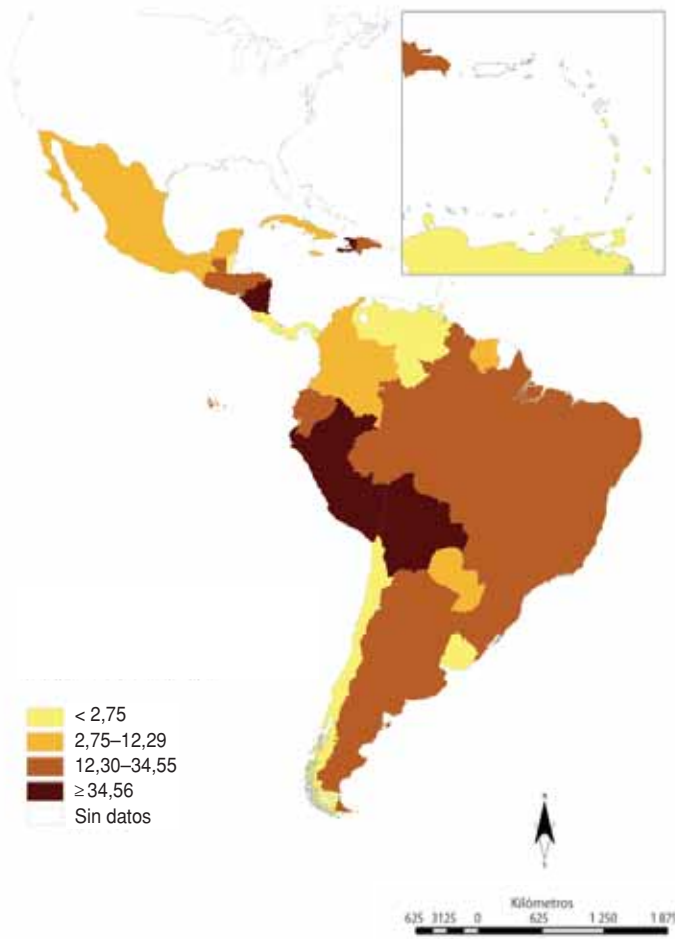
Mundial (FMSTM), conforme lo reportado por la OCDE, realizó desembolsos anuales promedio de US\$ 100 millones a partir de 2005, de los cuales una proporción muy alta se destinó a HIV/Sida. Si se considera el monto de estos fondos, el peso relativo subiría entonces a 35,5% del promedio total de la AOD-S recibida entre 2005 y 2009. Esta tasa significa que más de la tercera parte de la AOD-S que recibió ALC en el período más reciente se dirigió a un problema de salud que representa 2,4% del total de la carga de enfermedad de la Región (18). A modo de comparación, la región de África recibe aproximadamente 43% de la AOD-S para VIH/Sida y otras enfermedades de transmisión sexual —una proporción no muy superior a la que exhibe ALC— pero en África la carga de enfermedad por esta causa es cinco veces mayor (19). En contraste, la proporción de AOD-S correspondiente a los servicios de atención primaria, pilares de los sistemas de salud en ALC, no solo fue similar a la de VIH/Sida sino que además se redujo en 2009.

Tendencias comparativas del gasto público en salud y la asistencia internacional para el desarrollo de la salud a los gobiernos antes y después de la Cumbre del Milenio

El gasto total (GT) en salud relativo a la producción —pública y privada— de bienes y servicios en ALC en 2008 se estimó en los US\$ 312 000 millones, para un per cápita de US\$ 536 que representó la relación más alta alcanzada hasta ese momento en la Región (20). La ADS representó en ese año el 0,37% del GT, equivalente a US\$ 2,0 per cápita. En el anexo 1 se observa que a lo largo del período 1995–2006 el peso relativo de la ADS canalizada a los gobiernos con respecto al gasto público en salud (GPS) se mantuvo en proporciones similares que oscilaron entre 0,44% y 0,18%.

La figura 8 pone en evidencia que la Cumbre del Milenio no tuvo efectos significativos en el ritmo de crecimiento del GPS regional, el cual experimentó un crecimiento ligeramente mayor en

FIGURA 6. Ayuda oficial bilateral para la salud de América Latina y el Caribe. Promedio de desembolsos anuales, 2002–2009 (millones de dólares constantes de 2008)

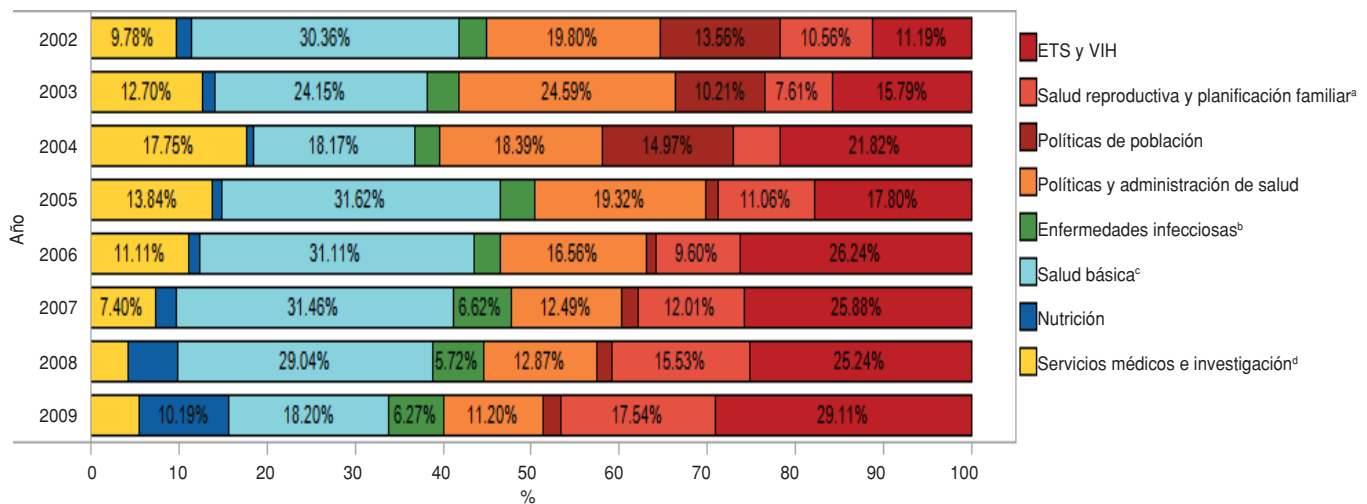


2000–2006, pero siguiendo la tendencia del período anterior. De la misma manera, la proporción del GPS con respecto al producto interno bruto (PIB) regional se mantuvo en 3,5% durante los 5 años anteriores y posteriores al 2000 (21). Sin embargo, la ADS para el gobierno además de su comportamiento volátil registró una caída de 30% que empezó a partir del 2003 (figura 9).

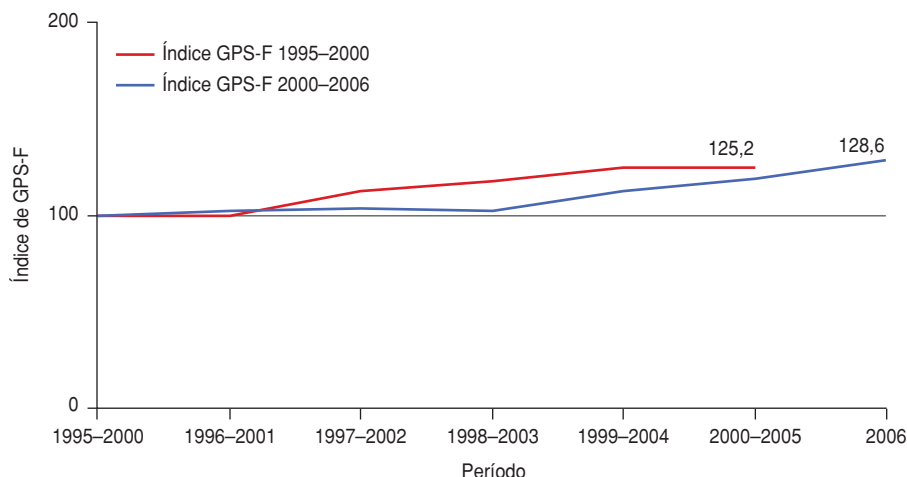
DISCUSIÓN

Un rasgo característico de la ADS en América Latina y el Caribe es que su flujo registra marcadas fluctuaciones que la hacen poco predecible. Tal comportamiento pareciera indicar que el financiamiento para la cooperación al desarrollo de la salud ha respondido más a situaciones de coyuntura que a una visión de mediano y largo plazo del desarrollo sanitario de la Región. Después de la Cumbre del Milenio la ADS a nivel mundial creció a ritmos acelerados, mientras que en ALC hubo un estancamiento con tendencia decreciente, fenómeno que se inició incluso 3 años antes de la Cumbre del Milenio. Además, lo que resulta más significativo es que el volumen de los desembolsos que recibió la Región en 2008 no logró superar el nivel que se tuvo en el 2000. Esta tendencia decreciente también se observa en el total de la ayuda oficial que recibe ALC para todos los secto-

FIGURA 7. Ayuda oficial bilateral para la salud en América Latina y el Caribe, participación porcentual de los desembolsos según áreas temáticas, 2002–2009



Fuente: elaboración de los autores con datos del sistema de reporte de acreedores (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico), 2010.
Nota: Abreviaturas. ETS: enfermedades de transmisión sexual; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana. [Enlace para visualizaciones interactivas de la AOD-S de América Latina y el Caribe 2002–2009, según países cooperantes, socios receptores, años y proyectos:](http://ais.paho.org/hip/viz/ERP_AOD_Salud_LAC_Caribe_esp.asp) http://ais.paho.org/hip/viz/ERP_AOD_Salud_LAC_Caribe_esp.asp
 ª Incluye salud reproductiva, planificación familiar y capacitación de personal de salud reproductiva y planificación familiar.
 º Incluye control de enfermedades infecciosas, malaria y tuberculosis.
 º Incluye salud básica, infraestructura de salud básica, entrenamiento de personal de salud básica y educación para la salud.
 º Incluye formación académica de personal de salud y servicios médicos especializados de investigación médica.

FIGURA 8. Variación del gasto público en salud como fuente^a (GPS-F), América Latina y el Caribe, antes y después de 2000

Fuente: elaboración de los autores con datos del Institute for Health Metrics and Evaluation. Financing Global Health 2010: Development Assistance and Country Spending in Economic Uncertainty (cuadro 20, p. 94).

^a Se refiere al gasto del gobierno en salud que se financia con fuentes internas.

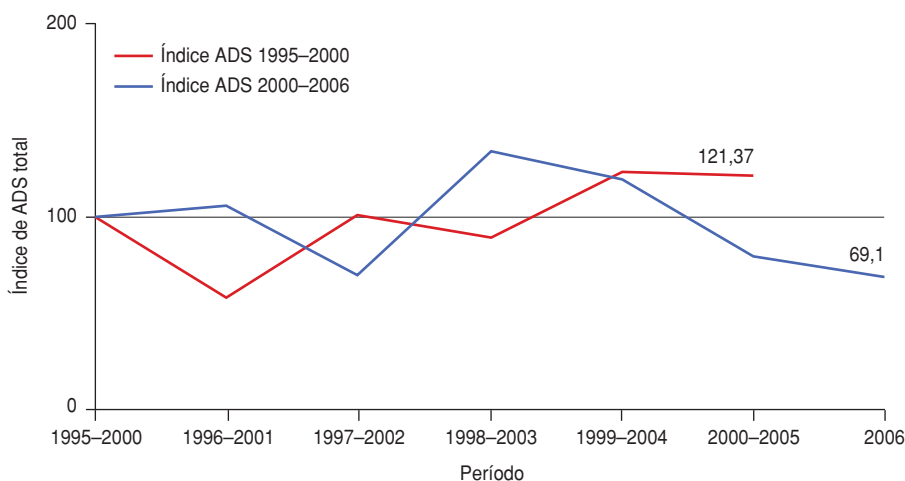
res. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), su participación como receptora de AOD cayó de 9% en 1990 a 7% en 2008, en tanto que el volumen recibido como porcentaje del PIB regional cayó de 0,5% en 1990 a 0,22% en 2008 (22).

Los resultados de este estudio, así como de otros recientes realizados a nivel mundial, muestran que el ingreso per cápita y la carga de enfermedad no suelen ser los criterios que mayormente pesan a la hora de asignar recursos de asistencia en salud a los países de ALC. Además del caso señalado de Argentina,

aparecen Colombia y Perú (países de IMA) entre los primeros 30 países socios receptores de ADS entre 2003-2008 a nivel mundial, y ninguno de los tres se ubicó entre los 30 primeros países con mayor carga de enfermedad en el mundo durante ese período (23).

En cuanto a la AOD-S, el crecimiento que experimentó después de 2003 benefició a los países de IMB e IB, lo que en cierta medida refleja la respuesta a los compromisos de los países cooperantes hacia los países con mayores rezagos para alcanzar los ODM. No obstante, la AOD-S tuvo una caída en 2009 y apenas

llegó a los US\$ 652,1 millones (US\$ 1 per cápita). Además, los países responsables de más de 50% de los desembolsos que recibe ALC (Estados Unidos y España) atraviesan severas crisis fiscales que los obligan a reducir y priorizar la ayuda internacional. El pronóstico sobre la ayuda oficial de los países miembros del CAD alertó sobre la reducción del crecimiento para 2011 y en lo que refiere a la ADS, investigadores en esta materia advierten que a nivel mundial también se ha producido una desaceleración en los ritmos de crecimiento entre 2009-2010 (23, 24). Este fenómeno muy posiblemente tendrá

FIGURA 9. Variación de la asistencia internacional para el desarrollo en salud^a (ADS) a gobiernos de América Latina y el Caribe, antes y después de 2000

Fuente: elaboración de los autores con datos del Institute for Health Metrics and Evaluation. Financing Global Health 2010: Development Assistance and Country Spending in Economic Uncertainty (cuadro 21, p. 94).

^a Incluye contribuciones financieras y en especie; no incluye préstamos.

un efecto mayor en ALC por ser esta una región que, si bien es la más desigual, no es la más pobre del mundo.

El estudio pone en evidencia que la asistencia internacional en salud es marginal en relación al esfuerzo nacional y el gasto en salud, siendo estos factores los principales motores que determinan las posibilidades del desarrollo sanitario de ALC. Los estudios recientes sobre el gasto público en salud, aun cuando tienen diferencias según las fuentes de datos y las metodologías de cálculo utilizadas, demuestran el compromiso de los gobiernos de destinar una mayor proporción del total del presupuesto público a este sector (25). Pero aunque las economías de ALC mitigaron la crisis de 2008 y han tenido crecimientos sostenidos en los últimos años, los incrementos en el gasto público del sector distan de alcanzar la proporción deseable —alrededor de 6% del PIB— para avanzar hacia sistemas de salud de acceso universal y disminuir las brechas de desigualdad en salud. Tal realidad se ve reflejada en las dificultades que tiene la Región para alcanzar los objetivos del milenio que tienen una estrecha relación con la atención y la calidad de los servicios de salud, como es el caso de la reducción de la mortalidad materna (26).

Conclusión

Queda de manifiesto que después de la Cumbre del Milenio la asistencia internacional para el desarrollo de la salud tendió a estancarse y aun decrecer, pero que además cumple un rol muy marginal en comparación al significado que tiene el esfuerzo propio de los países. Fue igualmente evidente que la Cumbre del Milenio no tuvo un impacto significativo en el crecimiento del gasto público en salud. En América Latina y el Caribe el problema sigue siendo la desigualdad de acceso y de derechos a la salud por parte de la población y, en tiempos de crecimiento económico, la salud demanda respuestas de políticas públicas que estén más acordes con una mayor redistribución del ingreso en este período de crecimiento. Según el informe "La hora de la igualdad", publicado por la CEPAL, hoy están dadas las condiciones para actuar con una visión de largo plazo que lleve a un crecimiento robusto, más equitativo y sostenible (27). De la misma manera y frente a los pronósticos de la asistencia internacional es imperativo un replanteamiento de la forma de pensar, conducir y entregar la cooperación para el desarrollo de la salud de ALC.

Se ha puesto muy en boga la Cooperación Sur-Sur y triangular en las agendas de cooperación internacional y las experiencias exhiben modelos y resultados interesantes. No obstante, en el mundo globalizado de hoy la cooperación basada en el enfoque de desarrollo de capacidades, en el intercambio de conocimientos, en redes de colaboración, en el diálogo entre actores y donde se construyen alianzas y asociaciones, no debería en principio tener referentes geográficos. La cooperación para el desarrollo de la salud está llamada por tanto a innovar, introduciendo medidas, mecanismos y acciones que respondan más y mejor a las realidades de la Región.

Agradecimientos. Los autores expresan su gratitud a Juan Manuel Sotelo y Susana de Funes Casellas, por sus valiosos comentarios al manuscrito original, a Rubén Suárez, por su asesoría en el análisis de los temas del gasto en salud, y a Ramón Martínez, por su contribución en la producción de las figuras dinámicas incluidas en el presente trabajo. El estudio recibió aportes de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), a través del Fondo Español de la Organización Panamericana de la Salud.

REFERENCIAS

1. Naciones Unidas. Declaración del Milenio de las Naciones Unidas. Seguimiento de los resultados de la cumbre mundial. Nueva York; 2000. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/milenio/summit.htm> Acceso el 1 de julio de 2011.
2. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Financing Global Health 2010: Development assistance and country spending in economic uncertainty. Seattle, WA: IHME; 2010. Disponible en: <http://www.healthmetricsandevaluation.org/publications/policy-report/financing-global-health-2010-development-assistance-and-country-spending-economic-uncertainty> Acceso el 1 de julio de 2011.
3. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Development Assistance for Health. Country and Regional Recipient Level Database 1990–2008. Seattle, WA; IHME; 2010. Disponible en: <http://www.healthmetric sandevaluation.org/record/development-assistance-health-country-and-regional-recipient-level-database-1990-2008> Acceso el 1 de julio de 2011.
4. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). The Creditor Reporting System. Disponible en: <http://www.oecd.org/dataoecd/50/17/5037721.htm> Acceso el 1 de julio de 2011.
5. Banco Mundial. Clasificación 2010 de ingreso nacional bruto per cápita. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/quienes-somos/clasificacion-paises> Acceso el 1 de julio de 2011.
6. Organisation for Economic Co-operation and Development. Focus on Aid to Health. Disponible en: <http://www.oecd.org/dac/stats/health> y <http://www.oecd.org/dataoecd/20/46/41453717.pdf> Acceso el 1 de julio de 2011.
7. Ravishankar N, Gubbins P, Cooley RJ, Leach-Kemon K, Michaud CM, Jamison DT, et al. Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007. *The Lancet*. 2009;373:2113–24. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)60881-3/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)60881-3/fulltext) Acceso el 27 de julio de 2011.
8. Institute for Health Metric and Evaluation (IHME). Financing Global Health: Tracking development assistance for health. Seattle, WA: IHME; 2009. P. 65. Disponible en: http://www.healthmetricsandevaluation.org/sites/default/files/policy_report/2009/financing_global_health_report_methods_IHME_0709.pdf Acceso el 1 de julio de 2011.
9. Organisation for Economic Co-operation and Development. DAC Glossary of Key Terms and Concepts. Disponible en: http://www.oecd.org/document/32/0,3343,en_2649_33721_42632800_1_1_1_00.html#ODA Acceso el 1 de julio de 2011.
10. Secretaría General Iberoamericana (SEGIB). Informe de la Cooperación Sur-Sur en Iberoamérica 2010. Estudios SEGIB N° 5. Madrid, España: SEGIB; 2010. P. 13. Disponible en: <http://www.cooperacionsursur.org/documentos/SurSurCastellano.pdf> Acceso el 30 de julio de 2011.
11. The World Bank. World Development Report 1993: Investing in Health. Disponible en: http://www-wds.worldbank.org/external/default/main?pagePK=64193027&piPK=64187937&theSitePK=523679&menuPK=64187510&searchMenuPK=64187283&siteName=WDS&entityID=000009265_3970716142319 Acceso el 1 de julio de 2011.
12. Infante A, De la Mata I, López-Acuña D. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. *Rev*

- Panam Salud Publica. 2000. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n1-2/3000.pdf> Acceso el 1 de julio de 2011.
13. Delegación de la Unión Europea en Perú. Gobierno Peruano y la Unión Europea presentaron EURO-PAN, programa de ayuda a la política nutricional. Disponible en: http://ec.europa.eu/delegations/peru/press_corner/all_news/news/2010/2010_02_09_es.htm Acceso el 1 de julio de 2011.
 14. Organisation for Economic Co-operation and Development. Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda para el desarrollo y el programa de acción de Accra. Disponible en: <http://www.oecd.org/dataoecd/53/56/34580968.pdf> Acceso el 1 de julio de 2011.
 15. Center for Global Development. Quality of Official Development Assistance Assessment. Disponible en: <http://www.cgdev.org/content/publications/detail/1424481/> Acceso el 1 de julio de 2011.
 16. Center for Global Development and Global Economy and Development. QuODA Index calculations webpage. Sitio donde se realizaron los cálculos del índice para los países cooperantes citados. Disponible en: http://www.cgdev.org/section/topics/aid_effectiveness/quoda?p=i&d=18,17,19 Acceso el 1 de julio de 2011.
 17. Institute for Health Metric and Evaluation (IHME). Financing Global Health 2010: Development Assistance and Country Spending in economic uncertainty. Seattle, WA: IHME; 2010. Pp. 30–2. Disponible en <http://www.healthmetricsandevaluation.org/publications/policy-report/financing-global-health-2010-development-assistance-and-country-spending-economic-uncertainty> Acceso el 31 de julio de 2011.
 18. Organización Mundial de la Salud. Carga global de enfermedad según estimaciones de la OMS para el año 2008. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections/en/index.html Acceso el 25 de julio de 2011.
 19. Organisation for Economic Co-operation and Development. "Aid to health sector. Disbursements: 2006–2008 average, US\$ Million, constant 2007" [cuadro dinámico]. Disponible en: http://www.oecd.org/document/44/0,3746,en_2649_34447_24670956_1_1_1_100.html Acceso el 1 de julio de 2011.
 20. Suárez R. Health Care Markets: Public and Private Expenditures in Pharmaceutical Products in Latin America and the Caribbean, 2008. Pan American Health Organization. Working Paper. Fotocopia 2011.
 21. Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2008, 2009. Disponible en http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=1775&Itemid=1866&lang=es Acceso el 26 de julio 2011.
 22. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La cooperación internacional en el nuevo contexto mundial: Reflexiones desde la perspectiva de América Latina y el Caribe. Nota de la Secretaría, LC/G.2440 (SES.33/11). Disponible en: http://www.eclac.cl/pses33/noticias/paginas/1/38821/2010-166-SES-33-11_Cooperacion_internacional_en_el_nuevo_contexto_mundial.pdf Acceso el 28 de julio de 2011.
 23. Murray CJL, Anderson B, Burstein R, Leach-Kemon K, Schneider M, Tardif A, et al. Development assistance for health: trends and prospects. The Lancet. 2011;378(9785):8–10. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)62356-2/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)62356-2/fulltext) Acceso el 26 de julio de 2011.
 24. Organisation for Economic Co-operation and Development. 2009 DAC Report on Aid Predictability. Disponible en: <http://www.oecd.org/dataoecd/46/19/43161677.pdf> Acceso el 1 de julio de 2011.
 25. Lu CL, Schneider MT, Gubbins P, Leach-Kemon K, Jamison D, Murray CJL. Public financing of health in developing countries: a cross-national systematic analysis. The Lancet. 2010;375(9723):1375–87. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)60233-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60233-4/fulltext) Acceso el 26 de julio de 2011
 26. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. El progreso de América Latina y el Caribe hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Desafíos para lograrlos con igualdad. Disponible en: <http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/1/39991/P39991.xml&xsl=/tpl/p9f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xsl> Acceso el 1 de julio de 2011.
 27. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La hora de la igualdad. Brechas por cerrar caminos por abrir. Disponible en: <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/0/39710/P39710.xml&xsl=/pses33/tpl/p9f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xsl> Acceso el 1 de julio de 2011.

Manuscrito recibido el 24 de marzo de 2011. Aceptado para publicación, tras revisión, el 29 de junio de 2011.

ANEXO 1. Gasto público en salud como fuente (GPS-F)^a y asistencia internacional para el desarrollo de la salud para el gobierno (ADS-G):^b índices de variación anual antes y después de 2000. América Latina y el Caribe, 1995–2006 (en millones de dólares constantes de 2006)

Año	GPS-F	ADS-G (estimación IHME) ^c	ADS-G ^b como % de GPS-F	Índice de GPS-F 1995=100	Índice de ADS-G 1995=100	Variación del índice GPS-F 1995=100	Variación del índice ADS-G 1995=100
1995	68 284,27	235,25	0,34	100,0	100,00
1996	68 259,03	136,58	0,20	100,0	58,10	0,0	-41,9
1997	77 105,94	238,61	0,31	112,9	101,40	13,0	43,4
1998	80 466,96	209,98	0,26	117,8	89,30	4,9	-12,2
1999	85 339,44	290,51	0,34	125,0	123,50	7,1	34,2
2000	85 471,22	285,52	0,33	125,2	121,40	0,2	-2,1
2001	87 449,50	302,24	0,35	128,1	128,50	2,9	7,1
2002	88 655,11	200,66	0,23	129,8	85,30	1,8	-43,2
2003	87 699,65	383,30	0,44	128,4	162,90	-1,4	77,6
2004	96 678,32	340,28	0,35	141,6	144,60	13,1	-18,3
2005	101 942,45	226,62	0,22	149,3	96,30	7,7	-48,3
2006	109 893,17	197,40	0,18	160,9	83,95	11,6	-12,4
Promedio			0,30			5,5	-1,5
Desviación estándar						5,4	39,6

Fuente: elaboración de los autores con datos del Institute for Health Metrics and Evaluation. Financing Global Health 2010: Development Assistance and Country Spending in Economic Uncertainty (cuadros 21 y 22, p. 94).

Nota: Abreviaturas. IHME: Institute for Health Metrics and Evaluation; (...): sin datos.

^a Se refiere al gasto del gobierno que se financia con fuentes internas.

^b Incluye contribuciones financieras y en especie; no incluye préstamos.

^c Estimaciones del IHME basada en datos de la OMS.

International financing for cooperation to develop health in Latin America and the Caribbean**ABSTRACT**

The purpose of this study is (a) to examine the ways in which Latin America and the Caribbean (LAC) have benefited from increases in international development assistance for health (DAH) at the global level and whether the trend observed after the Millennium Summit has also applied to the Region; (b) to determine whether there are differences in the distribution of this assistance, based on the gross per capita income of each country; (c) to identify the possible effects of the 2008 international financial crisis on official bilateral assistance; and (d) to compare trends in public health expenditure in relation to DAH before and after the Millennium Summit. The study has found that DAH in LAC follows a very different pattern than in other regions of the world. The period from 1997 to 2008 was one of fluctuating stagnation, with average annual disbursements of US\$ 1 200 million. Multilateral financial institutions accounted for 79% of the average disbursements in the upper-middle income countries between 2002 and 2008, while official bilateral assistance held the greatest share (61%) in the low- and lower-middle income countries. Bilateral assistance grew at an annual rate of 13% during this period, but in the year after the crisis, disbursements fell to US\$ 20 million. Sixty-four percent of bilateral assistance came from the United States, Spain, and Canada, with 29% of it being directed to HIV/AIDS and sexually transmitted diseases. After the Millennium Summit DAH channeled to governments decreased 30% in the period 2001–2006, and its share of public health expenditure in the region was 0.3% for the same period, with an equally marginal proportion in relation to total health expenditure for 2008 (0.37%; US\$ 2 per capita). The study concludes that after the Millennium Summit, DAH in LAC did not grow nor did it equal the trends prior to 2000, and public health expenditure followed its historical growth trend, without further increases in relation to the regional gross domestic product. Given these realities and the fact that LAC is the world's most unequal region, but not its poorest, it is imperative to reconsider the concepts, management, and delivery of cooperation in the development of health, using innovative approaches and alternative financing mechanisms that respond more effectively to the realities of the region.

Key words

International cooperation; health planning support; health economics; world health; Americas.
