

Combatir al verdadero enemigo

Un análisis comparado de los gastos de los Estados en salud y en defensa en situación de emergencia sanitaria.

María Pía Devoto y Alejandra Otamendi¹

“Estamos en guerra” afirmaba Emmanuel

Macron el pasado 16 de marzo, al anunciar las medidas para hacer frente al COVID 19.

Ante esta lógica, en la cual el COVID 19 es el enemigo a “combatir”, lo razonable es que los Estados destinen los recursos necesarios para enfrentarlo y derrotarlo. En efecto, ante los siempre escasos recursos públicos, con el fin de preservar la salud y la vida de las y los ciudadanos, lo esperable sería que los estados re-direccionen sus presupuestos de otras áreas, por ejemplo, de gastos en defensa, hacia la salud ante una situación de crisis sanitaria. Siguiendo esta línea, el presente artículo pretende analizar el comportamiento de los estados más afectados por las distintas emergencias sanitarias (epidemias), comparando su gastos en defensa y en salud en el pico de la epidemia y en los años anteriores y posteriores.

Para esta tarea, hemos tomado como casos de análisis los países más afectados por distintas epidemias desde comienzos de este siglo. De este modo, examinaremos la actuación de China en relación con el SARS

¹ Con la colaboración de Milena Balardini y Candelaria López.

(Síndrome de Respiración Aguda) en los años 2002-2003; de Estados Unidos y México en lo que respecta a la gripe A H1-N1 durante el período 2009-2010; y de Guinea, Liberia y Sierra Leona frente al ébola entre 2014 y 2016.

Efectivamente y como es notorio, el siglo XXI -a pesar de su corta existencia- ya ha sido testigo de las epidemias mencionadas, algunas de ellas circunscriptas a ciertas regiones, como el SARS en Asia o el ébola en África Occidental, y otras de alcance global, como la gripe A.

A nivel general, y según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del 2019 referido al período 2000 - 2016, el gasto mundial en salud pública ha ido creciendo, mostrando más financiamiento estatal y menos ayuda externa, aumento en parte explicado por el intento de alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), aunque aún no sería suficiente para la totalidad de la atención primaria².

En el caso del gasto militar mundial, se calcula que en 2018 fue de 1.822 billones de dólares, con un crecimiento del 5,4% desde 2009, y que los 5 países que más invirtieron en ese rubro en los últimos años fueron Estados Unidos, China, Arabia Saudita, Rusia e India, con algunas variaciones desde el año 2000, motivadas por contextos regionales particulares y el precio del petróleo³.

² <https://www.who.int/news-room/detail/20-02-2019-countries-are-spending-more-on-health-but-people-are-still-paying-too-much-out-of-their-own-pockets>

³ https://www.sipri.org/sites/default/files/2019-08/yb19_summary_es_0.pdf

China y el SARS

El SARS se detectó por primera vez en noviembre del 2002 en China, en la provincia de Guangdong. Y en marzo de 2003, cuando la OMS dio la alerta mundial, ya se había extendido al menos por Hong Kong, Taiwán, Canadá, Singapur, Estados Unidos y Vietnam.

Se registraron alrededor de 8.000 casos de infectados y 800 muertes a nivel mundial, siendo China quien más afectada se vio por el virus, con 5.327 contagiados y 349 decesos (OMS, 2020).

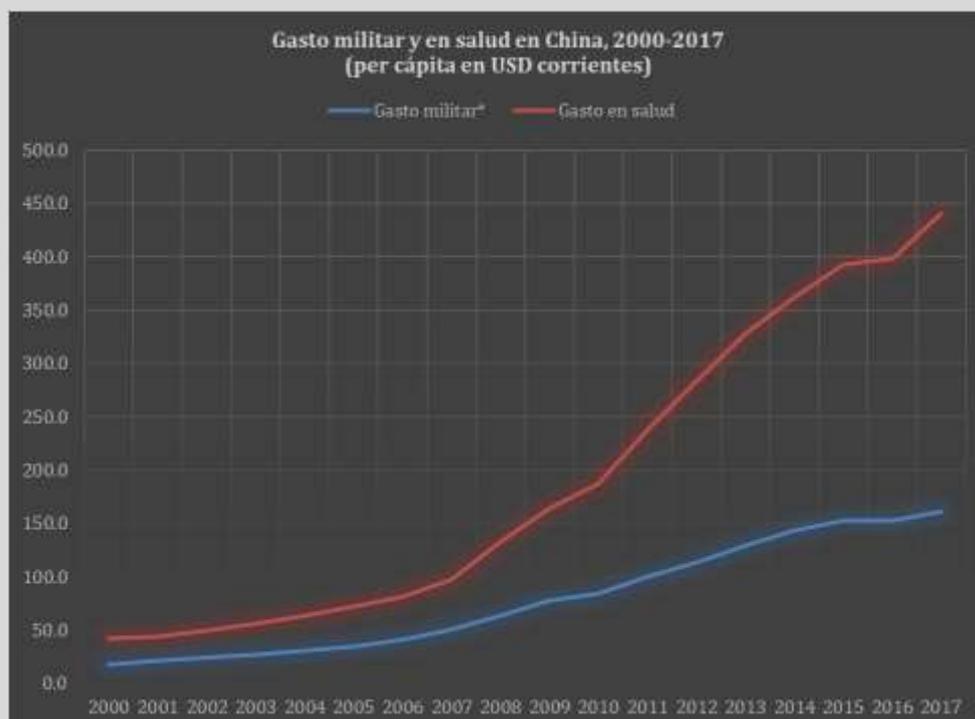
Si observamos el comportamiento de ese país asiático con respecto a sus gastos en defensa y en salud pública, ambos tienen una tendencia creciente sostenida, observada ya desde antes de

la pandemia, y que se mantiene durante y después de la misma. En ese sentido, pareciera que la pandemia no obligó necesariamente a reducir los gastos en defensa en pos de la salud, sino que ambos aumentaron, aunque los gastos en defensa lo hicieron de forma menos pronunciada.

En efecto, de 2000 al 2017 ambos gastos se multiplicaron al menos ocho veces (en gastos de defensa un 805% y en salud un 941%), probablemente por el crecimiento económico chino en dicho período,

más allá de la pandemia. Cabe advertir que la fuente de los gastos militares del SIPRI, considera como estimadas las cifras de China de gastos en defensa, pudiendo ser aún más elevadas (Ver Tabla1).

“de 2000 al 2017 ambos gastos se multiplicaron al menos ocho veces probablemente por el crecimiento económico chino en dicho período, más allá de la pandemia.”



Fuente: elaboración propia en base a datos estimados por el SIPRI para gastos militares y de la OMS para gastos en salud, ambos expresados per cápita en USD corrientes.

La gripe A en América del Norte

Esta epidemia comenzó en América del Norte en abril de 2009 y se propagó rápidamente por todo el mundo: para junio de ese mismo año ya estaba presente en 74 países.

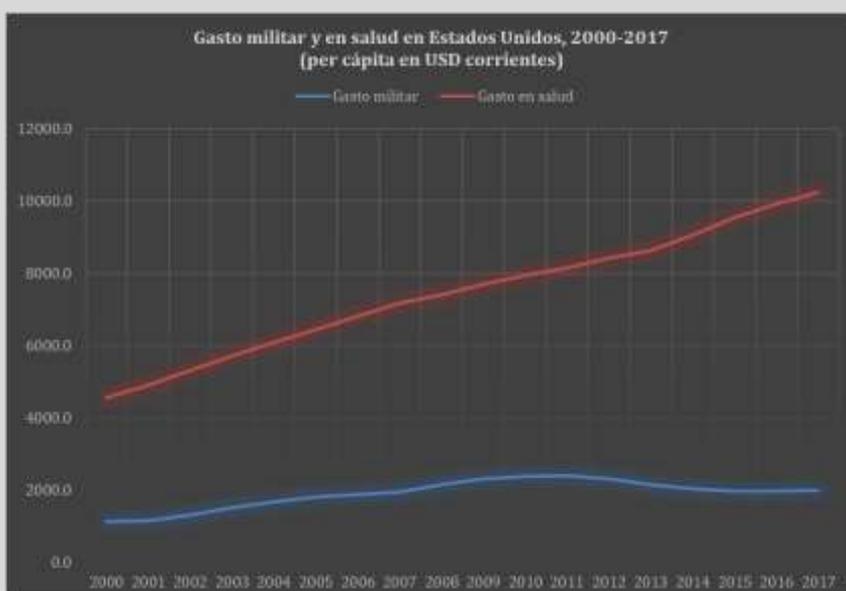
Se reportaron 18.500 muertos sobre 1.632.710 de casos confirmados, aunque el Centro para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos afirma que el virus causó muchas más muertes que las informadas, ya que no todos los países pudieron confirmar con precisión y fidelidad el número de defunciones producidas por esta cepa⁴.

Los países más afectados por esta pandemia fueron el mismo Estados Unidos, Brasil y México. Y recién en agosto de 2010, la OMS pudo anunciar oficialmente su finalización.

“Los gastos en defensa también tenían tendencia alcista, al menos hasta el año 2011 inclusive, no viéndose afectados por la pandemia de 2009.”

Si tomamos el caso de Estados Unidos, observamos que su gasto en salud venía aumentando sostenidamente de 3% a 8%, incluso antes de la epidemia (lo que, por otro lado, probaría que dicho aumento no debería atribuirse a la implementación del *Obamacare*, ya que la ley que lo consagró es del año 2010). Los gastos en

defensa también tenían tendencia alcista, al menos hasta el año 2011 inclusive, no viéndose afectados por la pandemia de 2009. Recién en el año 2012 al 2015 se redujeron, aumentando ligeramente hacia el final del período en análisis. Probablemente dicha reducción desde 2012 responda más bien a la retirada de Irak iniciada en 2011 y al mayor control del déficit y la política de austeridad desde dicho año (ver Tabla 1). De todas maneras, el gasto militar de los EEUU sigue siendo el más alto a nivel mundial, superando de manera holgada a todos los países que le siguen.



Fuente: elaboración propia en base a datos de SIPRI para gastos militares y de la OMS para gastos en salud, ambos expresados per cápita en USD corrientes.

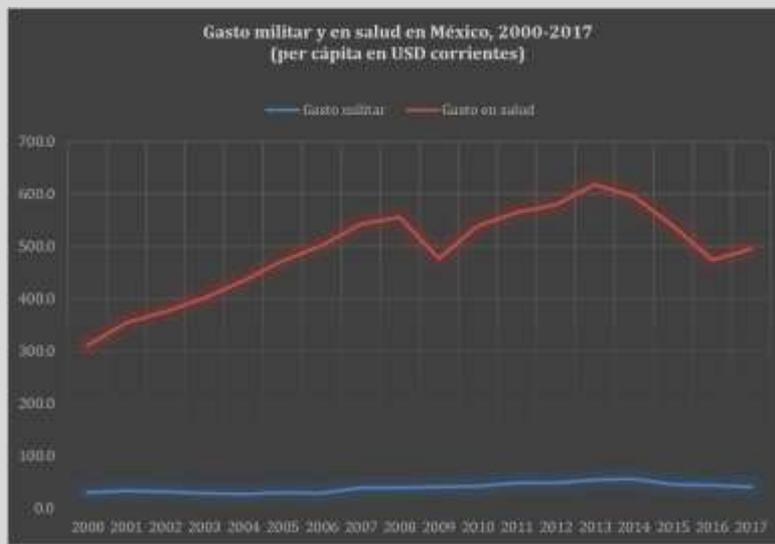
⁴

<https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/2009-h1n1-pandemic.html>

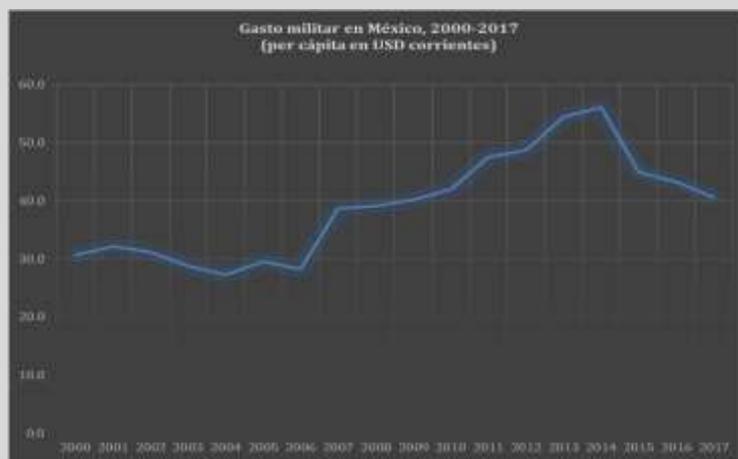
En el caso de México, observamos algo diferente: el gasto en salud aumenta inmediatamente después de la pandemia que justo había sufrido recortes ese año (2009) y se mantiene en alza hasta el año 2013 habiendo subido 29%, para luego volver a caer alejados de la pandemia. Por su parte, el gasto militar que había aumentado fuertemente a partir del año 2006 con la declaración de la “guerra contra las drogas” del

“el gasto militar que había aumentado fuertemente a partir del año 2006 con la declaración de la “guerra contra las drogas” del presidente Calderón, se mantiene estable apenas terminada la emergencia sanitaria para luego aumentar a medida que se aleja.”

presidente Calderón, se mantiene relativamente estable apenas terminada la emergencia sanitaria para luego aumentar a medida que se aleja de la misma. En efecto, si tomamos el mismo período de 2009 a 2013, el gasto militar sube más puntos porcentuales que los de salud, aún habiendo atravesado una epidemia (35% contra 29%) y más aún si se toma en cuenta el pico de 2014 (ver Tabla 1).



Fuente: elaboración propia en base a datos de SIPRI para gastos militares y de la OMS para gastos en salud, ambos expresados per cápita en USD corrientes.



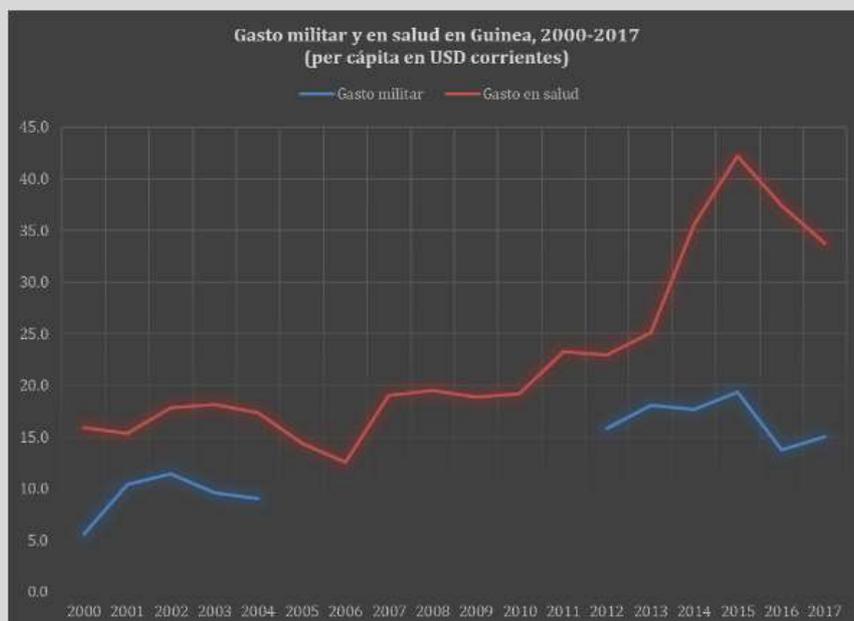
Fuente: elaboración propia en base a datos de SIPRI para gastos militares expresados per cápita en USD corrientes.

África Occidental y el ébola

El primer caso de infección con el virus del Ébola fue reportado en diciembre del 2013, en Guinea, y se extendió rápidamente a los países limítrofes, debido a los débiles controles de vigilancia sanitaria y a la deficiente infraestructura del sistema de salud⁵. A lo largo de su desarrollo, la epidemia se extendió por 7 países de la región.

El total de casos de contagiados ascendió a 28.616 y se contabilizaron 11.325 muertes, la mayoría en Guinea, Sierra Leona y Liberia.

Si analizamos los gastos *per cápita* de Guinea⁶, luego de la pandemia el gasto militar apenas bajó (en 2,3% de 2013 a 2014), para luego volver a aumentar en el año 2015 (9,7%). Mientras tanto el gasto de salud subió en forma apreciable por tres años (algo más de 84%), sobre todo debido a la ayuda externa que recibió el país, pero ya alejados de la pandemia luego del 2015, el gasto en salud desciende de forma considerable hasta el 2017 (al menos 20%) (ver Tabla 1).



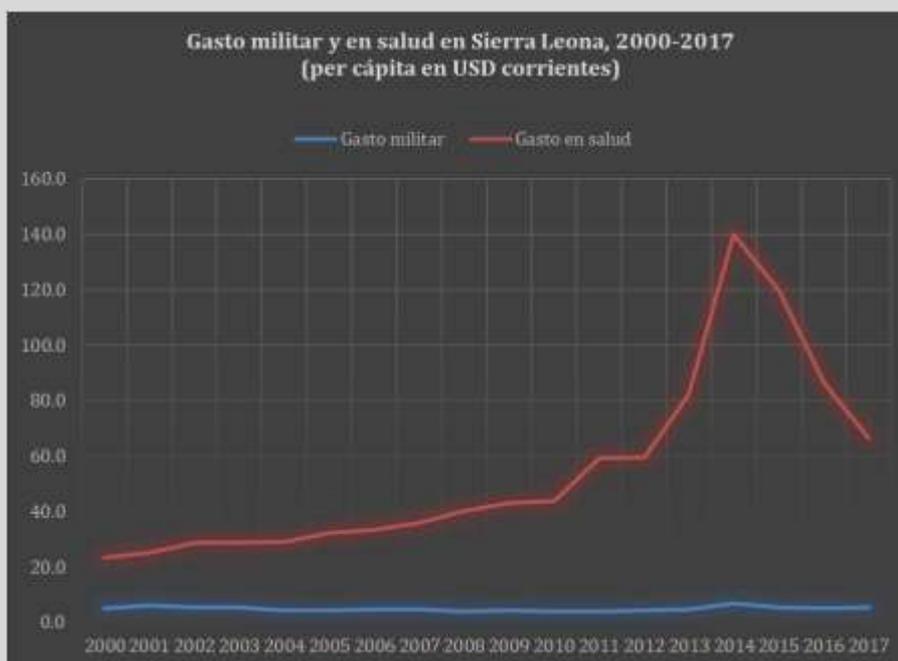
Fuente: elaboración propia en base a datos de SIPRI para gastos militares y de la OMS para gastos en salud, ambos expresados per cápita en USD corrientes.

“El gasto de salud subió en forma apreciable por tres años (algo más de 84%), sobre todo debido a la ayuda externa que recibió el país”

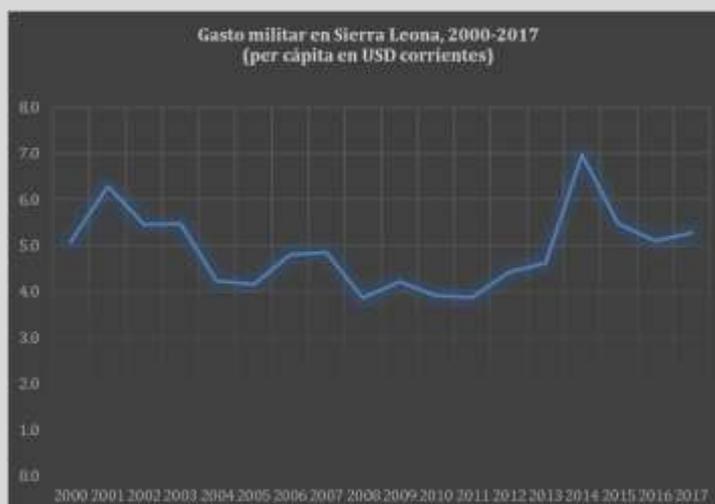
⁵ <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/history/2014-2016-outbreak/index.html>

⁶ Se desconoce la evolución del gasto militar entre los años 2000-2003 por falta de datos en la fuente SIPRI. De todas maneras, la epidemia del Ébola fue posterior con lo cual los datos disponibles sirven para el análisis comparado del presente informe.

En cuanto a Sierra Leona, también sube el gasto general en salud luego de la epidemia (siendo asimismo muy fuerte el componente de ayuda externa), al punto de duplicarlo en el año inmediatamente posterior, para luego bajar a medida que transcurre el tiempo luego de superada la emergencia hasta los niveles que tenía previamente. Por su parte, en el gasto militar se observa un fuerte incremento el año inmediatamente pegado a la pandemia (2014) para luego reducirse a los niveles previos a la pandemia (ver Tabla 1).

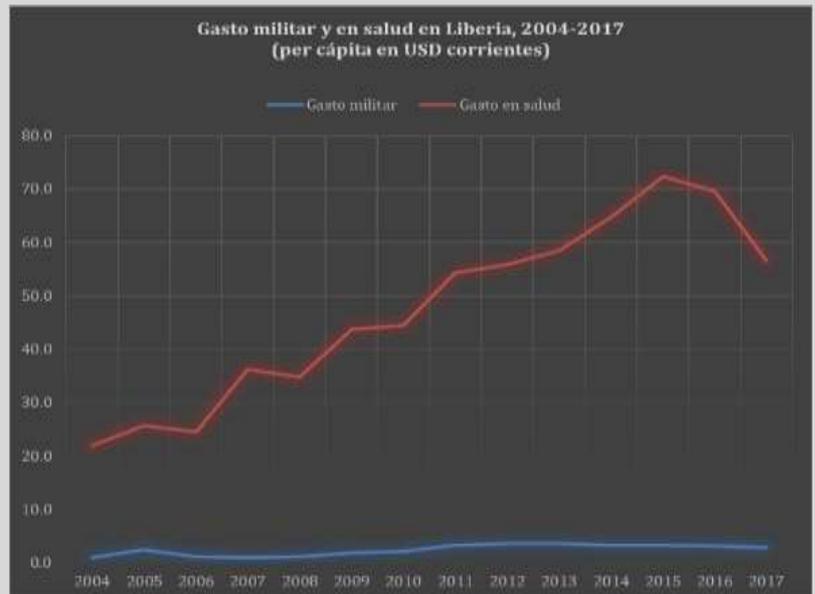


Fuente: elaboración propia en base a datos de SIPRI para gastos militares y de la OMS para gastos en salud, ambos expresados per cápita en USD corrientes.

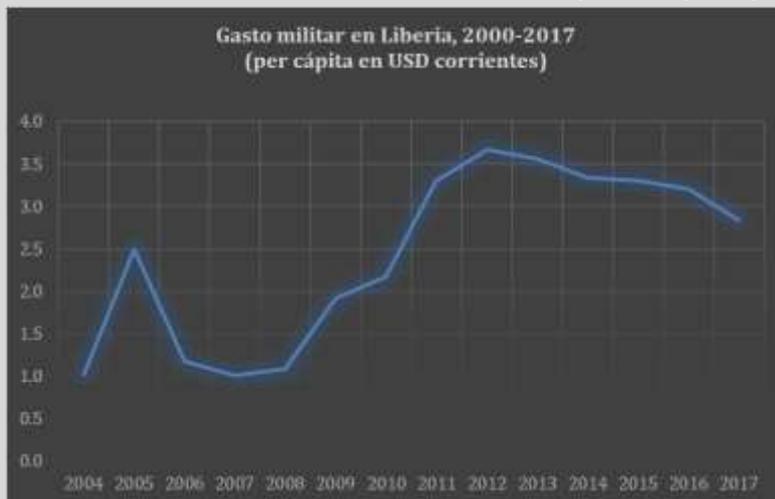


Fuente: elaboración propia en base a datos de SIPRI para gastos militares expresados per cápita en USD corrientes.

En Liberia sucede algo parecido que en los demás países de la región afectados por el virus del Ébola: sube el gasto en salud 29% entre 2012 y 2015 (año en donde encuentra el pico del gasto de salud (aunque no es atribuido, en este caso en particular, a la ayuda internacional)), el cual baja a medida que transcurre el tiempo luego de la pandemia. En cuanto al gasto militar, venía experimentando una fuerte alza previamente a la pandemia, para luego reducirse luego de la misma (Tabla 1).



Fuente: elaboración propia en base a datos de SIPRI para gastos militares y de la OMS para gastos en salud, ambos expresados per cápita en USD corrientes.



Fuente: elaboración propia en base a datos de SIPRI para gastos militares expresados per cápita en USD

Conclusiones

Comparar el comportamiento presupuestario de los distintos gobiernos durante y después de las ciudades emergencias sanitarias permiten mostrar cómo las epidemias y pandemias requieren atención especial por parte de los estados nacionales –sobre todo en aquellos países en

vía de desarrollo con sistemas de salud no preparados- en la toma de decisiones de relieve a la hora de asignar partidas presupuestarias para enfrentarlas. El escrito analiza países muy diferentes entre sí en cuanto a su infraestructura, capacidad militar,

“Mientras que países como China y EE.UU crecen en gasto en salud progresivamente independientemente de las pandemias y epidemias, otros como los países africanos lo hacen como respuesta a las situaciones de emergencias sanitarias.”

desarrollo tecnológico y poderío económico, características que pueden llegar a determinar la respuesta y acción de los Estados tras una emergencia. Mientras que países como China y EE.UU crecen en gasto en salud progresivamente independientemente de las pandemias y epidemias, otros como los países africanos lo hacen como respuesta a las situaciones de emergencias sanitarias, ayudados en parte por fondos internacionales.

En el caso de China, tanto el gasto en salud como el militar suben a medida que mejora su situación económica, y exactamente lo mismo ocurre con Estados Unidos. Al respecto, podríamos afirmar que el nivel de gastos, en el caso de estos dos países, no se vieron particularmente afectados por las pandemias que sufrieron en lo que va del siglo, no teniendo que reducir sus gastos en defensa para cubrir sus gastos de salud.

Muy diferente es la situación de los países de África del Oeste. En efecto, en las tres naciones africanas mencionadas, observamos que el gasto en salud subió bastante inmediatamente después de la pandemia, debido sobretodo, a la ayuda humanitaria internacional (lo cual se ve reflejado claramente en Sierra Leona y en menor medida en Liberia), ayuda que disminuyó a medida que pasó el tiempo. En los tres casos, por otro lado, bajó sustancialmente el gasto en defensa

En cuanto al comportamiento de México (que no es una potencia, pero que tampoco recibe una ayuda externa que podría distorsionar la evolución de su gasto), durante los años posteriores a la gripe A hemos visto que aumentó sus gastos en salud y bajó sus gastos en defensa inmediatamente después de la misma, aunque estos volvieron a aumentar a medida que la emergencia sanitaria se alejó en el tiempo.

Las epidemias citadas en este artículo alcanzaron un total de 1.669.326 infectados y 30.625 fallecidos registrados; la pandemia actual lleva, al 9 de mayo de este año, 4.276.959 y 294.671, respectivamente. Habrá que estudiar, durante los próximos años, la evolución comparada en los niveles de gastos en salud y en defensa de los países más afectados del mundo hasta el momento (Estados Unidos, Reino Unido, Italia, Francia, España, Brasil), para conocer adecuadamente cuál fue

su respuesta presupuestaria frente a una pandemia calificada, no solo por Emmanuel Macron sino también por otros líderes mundiales, como una “guerra”.

En definitiva, podríamos preguntarnos: ¿decidirán finalmente la

mayoría de los países buscar preservar la salud y la vida de sus ciudadanos mediante la implementación de medidas adecuadas y políticas a largo plazo, que no solo los protejan frente a una emergencia sanitaria como la actual sino que les brinden una adecuada atención médica de manera permanente?,

“¿decidirán finalmente la mayoría de los países buscar preservar la salud y la vida de sus ciudadanos mediante la implementación de medidas adecuadas y políticas a largo plazo, que no solo los protejan frente a una emergencia sanitaria como la actual sino que les brinden una adecuada atención médica de manera permanente?”

continuarán incurriendo en erogaciones exorbitantes en el campo militar, en muchos casos totalmente ajenas a sus realidades y a sus posibilidades económicas, en función de hipótesis de conflictos armados más o menos reales una vez que la pandemia se diluya?

A pesar de que gran parte de los habitantes del mundo se inclinarían por la primera de esas opciones, la historia de nuestra especie parece anticipar que no será esa la elección de la mayoría de los gobiernos. Sin embargo, se insiste en distintos ámbitos en que luego de esta pandemia nada volverá a ser como antes; esperamos sinceramente que uno de los cambios más importantes que se produzcan consista precisamente en revertir esa contradictoria tendencia gubernamental de invertir desmedidamente en armar militarmente en lugar de hacerlo más abundantemente en el cuidado de la salud y en la consiguiente defensa de la vida en estas “guerras” reales.

Tabla 1. Gasto militar y en salud por país seleccionado, 2000-2017 (per cápita en USD corrientes)

País	Gasto	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
China	militar ⁴⁹	17,8	21,5	24,6	26,7	30,5	34,5	41,3	50,5	63,8	77,6	84,5	100,2	113,7	129,2	143,5	152,4	153,0	160,8
	salud	42,4	43,9	49,5	56,0	63,7	72,4	81,8	97,7	132,8	163,7	187,7	237,9	283,5	328,2	361,7	392,8	398,3	440,8
EEUU	militar ³⁵	1136,2	1165,8	1317,4	1520,0	1686,3	1807,5	1875,1	1961,3	2164,0	2304,6	2388,3	2414,4	2309,2	2146,7	2032,8	1975,3	1980,9	1989,5
	salud	4.560,1	4.910,7	5.328,3	5.737,1	6.099,8	6.451,8	6.819,8	7.175,9	7.420,7	7.699,4	7.957,3	8.169,9	8.441,0	8.647,6	9.068,0	9.538,1	9.941,3	10.246,1
México	militar	30,7	32,2	31,2	28,7	27,3	29,5	28,2	38,7	39,1	40,1	42,0	47,5	48,7	54,5	56,2	44,9	43,3	40,6
	salud	309,6	353,9	375,2	401,5	435,3	472,1	501,0	542,8	556,5	477,6	538,7	565,1	580,7	617,9	595,8	539,0	474,6	494,7
Guinea	militar ¹³	5,6	10,4	11,4	9,6	9,1								15,9	18,1	17,7	19,4	13,8	15,1
	salud	15,9	15,3	17,8	18,2	17,4	14,4	12,6	19,0	19,5	18,9	19,2	23,3	22,9	25,1	35,6	42,3	37,5	33,7
Liberia	militar ¹⁵	..	..	..	..	1,0	2,5	1,2	1,0	1,1	1,9	2,2	3,3	3,7	3,6	3,3	3,3	3,2	2,8
	salud	12,2	9,9	8,3	7,5	21,9	25,8	24,5	36,3	34,7	43,7	44,5	54,4	55,9	58,6	64,8	72,3	69,6	56,6
Sierra Leona	militar ²¹	5,1	6,3	5,5	5,5	4,2	4,2	4,8	4,9	3,9	4,2	3,9	3,9	4,4	4,6	7,0	5,5	5,1	5,3
	salud	23,4	25,3	28,9	28,9	29,2	32,2	33,5	36,0	40,1	43,2	43,7	59,1	59,5	82,2	139,8	119,8	86,3	66,4

Fuente: elaboración propia en base a datos de SIPRI para gastos militares y de la OMS para gastos en salud, ambos expresados per cápita en USD corrientes.

Nota 1: en amarillo figura el año de la respectiva pandemia y el año siguiente si el brote se produjo a finales del año.

Nota 2: en azul aparecen datos de gasto militar según estimaciones de SIPRI.