

LA INTEGRACION DEL SECTOR SALUD EN LA PLANIFICACION DEL DESARROLLO ¹

Ricardo Cibotti ²

Se exploran las relaciones entre la salud y el desarrollo económico y social en un doble contexto: la salud como componente del bienestar, tanto individual como colectivo, es uno de los fines que persigue dicho proceso y, en consecuencia, todo proceso de desarrollo debe ser capaz de aumentar el nivel de salud de una población; un elevado nivel de salud asegura una población apta para el trabajo y contribuye a la eficiencia de las actividades de producción.

Indicadores del desarrollo y del nivel de salud

La relación entre salud y desarrollo se pone de manifiesto en la comparación de los indicadores representativos del nivel de salud y el ingreso por habitante, encontrándose correlaciones aceptables entre ambos tipos de índices.³ El problema se complica, sin embargo, si se quiere establecer relaciones entre el incremento de los indicadores del desarrollo y el del nivel de salud, o sea, al querer determinar cuánta más salud produce una aceleración dada de la tasa de desarrollo o, por el contrario, cuánto se acelera el proceso de desarrollo frente a un incremento dado del nivel de salud.

Si se conocieran la naturaleza y los métodos para medir dichas "relaciones incrementales" se habría dado un paso decisivo para solucionar el problema de la articulación del sector salud en la planificación del desarrollo. Esto es justamente lo que sucede para el caso de los llamados sectores económicos. La naturaleza de estas relaciones está dada

fundamentalmente por la estructura de producción del país, y los métodos para medir la incidencia de un incremento de la producción de un sector económico en la producción total se derivan del hecho de que los sectores económicos no constituyen fines en sí mismos, sino que son requisitos del proceso de desarrollo. La producción agrícola, industrial o minera de un país son necesarias para alcanzar metas de consumo y de ocupación, y para producir bienes de capital necesarios para el incremento del producto y del ingreso.

Distinta es la situación relativa al sector salud y, en general, para los otros sectores sociales. Es posible inferir teóricamente la naturaleza de las "relaciones incrementales" entre salud y desarrollo. Se observa que a mayor nivel de desarrollo no sólo corresponde un mejoramiento de los indicadores globales del nivel de salud—índices de mortalidad infantil, mortalidad general, morbilidad general, etc.—sino que también cambia la importancia relativa de las causas de muerte. A su vez, un mayor grado de desarrollo proporciona un estándar de consumo más elevado, mejores condiciones nutricionales u otras que tienen ingerencia importante en la salud como, por ejemplo, las de la vivienda y el nivel educativo de la población. Subsiste, sin embargo, el problema de medir la "relación incremental" y, por lo tanto, la

¹Preparado para el Grupo de Trabajo sobre el Proceso de Planificación de la Salud en las Américas. Las ideas y opiniones expresadas en este documento no reflejan necesariamente las opiniones de organismos con los que el autor está asociado.

²Del Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social, Naciones Unidas.

³Estas correlaciones no son tan claras si se hacen análisis de tipo histórico, pues las condiciones de salud de muchos países en vías de desarrollo han mejorado en forma apreciable a pesar del relativo estancamiento de los mismos, principalmente a partir de la última guerra mundial.

articulación del sector salud no puede derivarse como un requisito impuesto por metas de crecimiento del ingreso. Más aún, a mediano y corto plazo, una asignación excesiva de recursos a este sector podría traer como consecuencia el deterioro de otros sectores económicos, lo que lesionaría el crecimiento del producto, y resultaría entonces desequilibrada porque vulneraría indirectamente el nivel de salud.

Podría obviarse el problema considerando solamente la salud como fin, es decir, desde un punto de vista económico, como un servicio de demanda final, al cual se le debe fijar una meta, compatible con las demás metas de desarrollo, y asegurársele los recursos necesarios para su consecución; pero también aquí se encuentran dificultades serias. No se conocen bien las correlaciones entre la salud, como demanda final, y los demás sectores que conforman esa demanda, como por ejemplo la educación o la vivienda, aunque se tienen ideas más precisas para el caso del consumo de alimentos. Se puede recurrir a que el gobierno, apoyándose en criterios de política social, fije un determinado comportamiento del sector salud en el proceso de desarrollo y se deduzcan de allí los recursos que deben ser asignados al sector. Esta fórmula que, en alguna medida, es la que se ha aplicado en la confección de los planes, es la que debe enmendarse mediante procedimientos que permitan una mejor armonización de las metas del sector salud con las de los demás planes, asegurando también una asignación de recursos armónica entre todos los sectores de modo que el desarrollo de uno no frene el del conjunto, ya por una aceleración desmedida o por un estancamiento que repercuta desfavorablemente en el de los otros.

Es conveniente, por lo tanto, enfocar otros aspectos de las relaciones entre salud y desarrollo, en un plano un tanto más pragmático, pero tal vez más fructífero, para plantear la articulación del plan de salud en el plan general de desarrollo. Puede ser útil estudiar

el problema de la prestación de los servicios sociales y considerar principalmente aquellos que están a cargo del Estado, por ser los que más interesan a la formulación de los planes.

Financiamiento de servicios de salud a cargo del Estado

El nivel de prestación de un servicio público depende, como es el caso de cualquier otra actividad de producción, del capital destinado específicamente al servicio y de la disponibilidad de recursos que anualmente se asignan al mismo. La cuantía de ambos elementos, capital y recursos corrientes, conforman la capacidad de prestación de un servicio; la calidad intrínseca de cada uno de ellos, como la bondad de la combinación de ambos, determinan en gran parte la calidad y eficiencia de la prestación. La metodología de planificación de salud elaborada por la OPS y el CENDES (Centro de Estudios del Desarrollo) ⁴ facilita la combinación de recursos de la manera más eficiente, a fin de encarar acciones de salud que respondan a la prioridad de los daños. En la aplicación de esa metodología se muestran los grandes avances que pueden realizarse en materia de prestación, dada una cuantía de recursos por combinar; el llamado plan mínimo—aque- l que supone una asignación de recursos semejante a las del período histórico inmediato—generalmente tiene un efecto mayor en la elevación del nivel de salud que el logrado sin la racionalización de los servicios que impone la metodología citada.

El problema se concentra entonces en la determinación de los recursos corrientes y de capital que tienen que asignarse al sector por encima de los actuales, lo que responde al supuesto de que las metas del sector salud en un plan de desarrollo deben ser más ambiciosas que las comprendidas en un plan mínimo.

La asignación de recursos para los servi-

⁴ *Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud*, CENDES/OPS, Caracas, Venezuela.

cios públicos de salud dependen en última instancia del volumen de ingresos públicos y de su distribución entre las diferentes actividades del estado. En primer término se pueden analizar los problemas más relevantes que afectan a los ingresos públicos en los países latinoamericanos.

Ingresos tributarios

Son numerosos los estudios que indican que los sistemas tributarios de casi todos los países latinoamericanos se caracterizan por una baja carga fiscal y por una relativa falta de elasticidad de las recaudaciones impositivas frente al crecimiento del producto monetario. La carga fiscal (porcentaje del ingreso fiscal corriente sobre el ingreso nacional neto) fluctúa entre 25% y 35% en los países desarrollados, mientras que en el caso de América Latina el análisis de 13 países arroja cifras superiores al 20% sólo en Argentina (24%), Ecuador (22%), Brasil (23.5%) y Venezuela (27%).⁵ Estas bajas cargas fiscales limitan la posibilidad de aumentar en forma considerable los recursos para ampliar las operaciones de los servicios públicos, las que por otro lado están sometidas a una fuerte demanda por parte de la población.⁶ El bajo ingreso de los países del área y una inadecuada participación de los ingresos tributarios no condice con la creciente demanda por servicios públicos. Esta proviene de varios factores, entre los que pueden destacarse la elevada tasa de crecimiento de la población, la urbanización acelerada, la expectativa de un mejor nivel de vida como consecuencia, entre otras causas, y un mayor nivel cultural y, finalmente, la fijación por parte de los poderes públicos de normas de funcionamiento y niveles mínimos

de prestación de servicios que pronto pasan a ser requerimientos de las comunidades.

La falta de flexibilidad de los ingresos impositivos con relación al producto monetario significa que frente a un aumento de este último se produce un incremento menos que proporcional del primero y, tiene además, efectos adversos sobre la posibilidad de aumentar la asignación de recursos para los sectores sociales a cargo del Estado. Asimismo, si se trata de un país con estabilidad monetaria, conspira contra una participación, por lo menos constante, de los ingresos tributarios en el producto, y este deterioro agudiza la discrepancia entre la oferta de servicios públicos y las demandas de la población, en la medida en que se admita que estas crecen en función del producto por habitante.

Si se trata de un caso con inflación, en el cual el producto monetario crece más que el producto real, además de lo expresado en el párrafo anterior, se tiene otro efecto adverso derivado de que los costos de los servicios tienden a seguir el movimiento general del nivel de precios, es decir, un encarecimiento progresivo, mientras que los ingresos fiscales se reducen relativamente, lo que afecta la posibilidad de atender a esos costos crecientes,⁷ y se compromete así la posibilidad de ampliación de la oferta de estos servicios. Podría pensarse en tratar de mantener los aumentos de costos de estos servicios por debajo del incremento del nivel de precios, lo que si bien es posible llevar a cabo en períodos cortos, tiene una influencia negativa en los aspectos cualitativos de la prestación de estos servicios como también en las posibilidades de expansión futura.

⁷ Una situación como la descrita puede ilustrarse con el ejemplo hipotético siguiente. Supóngase que el crecimiento anual del producto monetario sea del 23 por ciento. De este, 20% corresponde al efecto de la inflación y 3% a un aumento de la cantidad de bienes y servicios disponibles. Si la elasticidad del sistema impositivo es 0.7, los ingresos tributarios crecerán en el mismo período $0.7 \times 23\% = 16.1$ por ciento. Al partir del supuesto de que los costos de los servicios tienden a crecer como el nivel general de precios (20%) la diferencia entre este incremento y el de las recaudaciones impositivas (16.1%) muestra la "brecha" que se genera y la deficiencia de financiamiento para atender la prestación de los servicios.

⁵ Cifras presentadas a la Conferencia sobre Política Fiscal, Santiago, Chile, diciembre de 1962, en el documento *La capacidad fiscal de países en desarrollo*. Aparte de los mencionados, los países analizados son: Colombia, Costa Rica, Chile, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá y Perú.

⁶ Debe pensarse que los porcentajes mencionados se aplican a niveles de ingreso nacional muy reducidos, lo que significa valores absolutos muy dispares si se consideran por habitante.

Analizado el sistema tributario, uno de los puntos fundamentales que conforman los ingresos públicos, para lograr un panorama general, se deben incluir los ingresos que se generan por la venta de los servicios a la comunidad y se retribuyen según un sistema de precios o tarifas, y los recursos provenientes del crédito.

Servicios públicos

Los servicios públicos que no son gratuitos, sino remunerados por los habitantes que los utilizan, entre los que se destaca la provisión de agua potable, también están sujetos a serios problemas financieros que atentan contra su funcionamiento y expansión. En muchos países de la región estos servicios requieren el aporte de las rentas generales del tesoro para financiar nuevas instalaciones o aun para cubrir déficit de explotación. Las tarifas no son suficientes para atender a los requerimientos financieros y, en general, una elevación considerable de las mismas se ve trabada por razones que se inscriben en el problema inflacionario y en el de la distribución del ingreso.

Las medidas de estabilidad monetaria que persiguen muchos países latinoamericanos trae como consecuencia una limitación del incremento de las tarifas de los servicios públicos por debajo del movimiento del nivel general de los precios, lo cual es un medio para reducir el costo de vida dado que la

mayoría de estos servicios son de carácter indispensable. Entre las variadas razones a que se debe, se destacan la resistencia que opone la mayoría de la población a dichos incrementos, el hecho de que el control de los precios es más efectivo al tratarse de actividades estatales y la impopularidad que va implícita en los aumentos de tarifas. Esta situación tiene una repercusión financiera desfavorable, por la creación de déficit que deben sufragarse con recursos que podrían destinarse a otras actividades en los que se incluyen los servicios que se prestan en forma gratuita, es decir, que se financian a través del sistema impositivo.

Sin pretender quitarle importancia al factor inflacionario, se juzga que existen otros que hacen más al fondo de la cuestión y mantienen el sistema tarifario por debajo de lo que sería necesario para tener una situación financiera desahogada, como es, por ejemplo, la distribución del ingreso prevaliente en la mayoría de los países del área. En el cuadro 1 se muestra una estimación de la distribución del ingreso y se pone de manifiesto el carácter regresivo de la misma.

Como puede observarse en dicho cuadro, en 1960, el 50% de la población de América Latina participaba solamente del 16% del ingreso, lo que arroja un ingreso anual por habitante de EUA\$120 para este grupo económicamente menos favorecido. El 45% de la población tiene un ingreso ligeramente

CUADRO 1—Distribución conjetural del ingreso en América Latina, 1960.

Categoría	Proporción de la población que compone %	Proporción del ingreso total percibido %	Promedio del ingreso anual por habitante	
			Relación porcentual con el promedio general	EUA\$
I	50	16	30	120
II	45	51	110	400
III	3	14	470	1 750
IV	2	19	950	3 500
Total	100	100	100	370

superior al ingreso *per capita* de la región y el 5% restante reúne el 33% del ingreso.

Esta distribución del ingreso, unida a un nivel absoluto de este indicador que se sitúa alrededor de los EUA\$400 por habitante, deja a un amplísimo sector de la población con una capacidad muy baja para atender a tarifas remunerativas desde el punto de vista de las empresas públicas. Los servicios públicos que tienen un carácter eminentemente social tienden a servir a la mayor proporción posible de población y este objetivo, perfectamente legítimo, no permite que el sistema tarifario se adecúe solamente a los costos, lo que se traduce en formas deficitarias de explotación que provocan traslaciones de ingresos tributarios, resintiéndose la posibilidad de asignar recursos a otras actividades públicas.

A este conjunto de factores debe agregarse el que resulta de una relativa ineficiencia en la explotación de los servicios, que agrava el encarecimiento de los costos, problema por otra parte muy conocido y discutido, estrechamente vinculado a una excesiva burocratización de las actividades del Estado.

Recursos del crédito

Finalmente debe considerarse este tercer tipo de ingreso, los recursos del crédito, que especialmente para el caso de los sectores sociales, se ha incrementado considerablemente en los últimos años con motivo de cambios en la política de préstamos de varios organismos financieros internacionales. Es posible, en consecuencia, recurrir a este tipo de recursos para construir edificios hospitalarios y equiparlos, instalar fuentes y redes de distribución de agua, etc., aunque cabe aquí una consideración fundamental: estos recursos se limitan casi con exclusividad a la formación de capital, lo que permite solucionar uno de los aspectos del aumento de la capacidad de prestación de los servicios, pero su influencia en materia de financiamiento de recursos corrientes es prácticamente nula, o no existe, lo que deja un amplio margen de

los recursos totales necesarios para estos servicios en las condiciones que el financiamiento interno plantea.

El esbozo realizado de los principales tipos de problemas que enfrentan los países latinoamericanos se ha centrado en la posibilidad de incrementar los ingresos públicos. Se puede abordar ahora el monto absoluto de ingresos fiscales y de su distribución, de los cuales depende la asignación de recursos a un sector social.

Ingresos fiscales y su distribución

Es difícil establecer patrones generales de comportamiento sobre la distribución de los recursos públicos en los países de América Latina, aunque se pueden observar ciertos hechos más comunes que limitan, en parte, la posibilidad de transformaciones bruscas de la composición del gasto público, por lo menos a corto plazo.

Mientras la situación fiscal de un país no sea desahogada, es difícil que las prácticas de distribución cambien en forma sustancial. En general se considera factible un cambio en la asignación de recursos si se hace sobre la base de aumentos persistentes de los mismos, de manera que se obtenga a mediano plazo una nueva estructura del gasto público más acorde con el desarrollo del país y con los propósitos que persiguen los servicios sociales. Para lograr esto, se deben también vencer algunas dificultades que surgen del hecho de que una proporción, a veces importante, de ingresos públicos tienen asignaciones específicas y no pueden destinarse a otros usos sino mediante un cambio de la legislación vigente.⁸ Además de este tipo de rigidez para cambiar la composición del gasto público y, por lo tanto, la asignación de

⁸ A fin de ilustrar lo expuesto, se presenta el caso de los ingresos tributarios del Perú cuyo grado de afectación (relación entre los ingresos derivados de impuestos con afectación específica y lo recaudado por todos los impuestos) ha variado de la siguiente forma:

1957: 43.9%; 1958: 45.0%; 1959: 47.7%; 1960: 40.3%; 1961: 40.3%; 1962: 38.1%; 1963: 37.0%

Datos elaborados por el Instituto Nacional de Planificación del Perú, Director del Sector Público

recursos, existen otros que también resultan de leyes que determinan porcentajes fijos del gasto total para una institución o un sector definido.

Cabe a este respecto analizar brevemente otro factor de rigidez que afecta principalmente a la inversión pública y consiste en los recursos que deben asignarse a la terminación de los proyectos en ejecución. Estos recursos pueden constituir, en algunos casos, porcentajes muy elevados de la disponibilidad total de recursos para este aspecto de gasto público.⁹ Este factor suele adquirir importancia decisiva cuando se trata de un sistema de inversión pública muy "atomiado", es decir, cuando el número de realizaciones que se encaran sobrepasa la capacidad financiera del estado, de modo que las asignaciones anuales para cada proyecto son muy reducidas con lo que se prolonga el plazo de ejecución.

En la mayoría de los países latinoamericanos, los sectores sociales a cargo del estado se enfrentan con los problemas referidos, en relación con el sistema de ingresos y gastos públicos, y, por lo tanto, en la fijación de metas y la asignación de recursos para el sector salud no pueden obrar independientemente de las condiciones que les imponen las situaciones descritas.

El proceso de planificación general, como el relativo al sector público, tiene entre sus propósitos no sólo alcanzar determinadas metas de crecimiento del producto y de otros indicadores económicos y sociales, sino modificar, en lo fundamental, al cabo de cierto tiempo, el sistema de condiciones bajo las cuales se desenvuelven las actividades económicas y sociales de un país. Esta modificación que suele llamarse "modernización" de una economía, debe permitir, entre otras

cosas, aumentar la eficiencia de las actividades, adecuarlas mejor a las necesidades de la población y de la producción y cubrir los déficit más apremiantes.

Por estas razones, la integración del plan de los servicios de salud en el plan de desarrollo tiene que partir de una base amplia que analice las "condiciones" que se prevén para el funcionamiento del sector público. Los elementos principales que intervendrán en dicho análisis sobrepasan el campo específico del sector salud para internarse en el que es propio de la política económica: la tasa de desarrollo, las decisiones en materia de distribución del ingreso, las reformas planteadas para el sistema impositivo, la política de tarifas de los servicios públicos, las medidas propuestas para remover las rigideces en la asignación de recursos, y otros factores. Aunque este tipo de análisis parece ajeno a las preocupaciones del planificador de un sector social es, en cierto modo, ineludible, pues se estima que de sus resultados surgen límites más o menos estrictos a las posibilidades de la prestación del servicio. Por lo tanto, podría afirmarse que gran parte de las metas realistas de un plan de salud y de la asignación de recursos correspondientes estarían prefijadas, sin la intervención del sectorialista, cuando se determinan o toman decisiones sobre los puntos planteados.

En consecuencia, la primera tarea que debe realizarse al articular el plan del sector salud en el plan de desarrollo es analizar la capacidad de prestación del servicio que resulta de las líneas de política, implícitas o explícitas en el proceso de desarrollo que se diseñe.

Para ello es necesario investigar profundamente muchos campos aún vírgenes en la mayoría de los países latinoamericanos, como es el sistema de financiamiento del sector, distinguir sus diversas fuentes de recursos, y determinar el dinamismo "natural" de las mismas y el que adquirirían según las diversas alternativas de desarrollo en diferentes plazos. El sector salud de un país, por ejemplo,

⁹ En el caso de Colombia, en ocasión de la formulación del Plan Cuadrienal de Inversiones Públicas Nacionales 1961-1964, se hizo un estudio de los recursos para inversión pública nacional que arrojó las siguientes proporciones de los recursos totales para atender las obras en proceso de ejecución al iniciarse el plan:
1961: 52.4%; 1962: 34.8%; 1963: 24.4%; 1964: 18.7%.

puede contar con recursos de las rentas generales del tesoro nacional, según impuestos sin afectación específica y según otros previamente destinados al sector salud o a aspectos del mismo, pero puede también tener recursos que provengan de la venta de algunos de los servicios que presta. Asimismo, las provincias o municipalidades destinan, en general, parte de la recaudación de impuestos provinciales o municipales a acciones de salud en sus respectivas jurisdicciones. Pueden también existir líneas de créditos convenidas con organismos internacionales de financiamiento.

Todo este sistema de recursos debe ser analizado para determinar su dinamismo natural por un lado y el que resulte de las líneas que persiga el plan de desarrollo por otro, a fin de modificar o no los condicionantes básicos que delimitan en última instancia el volumen financiero asignable al sector. Este volumen financiero determina sólo un aspecto de la capacidad futura de prestación de servicios, pues esta dependerá también de la utilización intrasector que se establezca de la eficiencia con que se use y de la posibilidad de movilizar los recursos reales, personal, insumo, etc., necesarios para llevar a cabo las actividades del mismo.

Movilización de los recursos reales

El enfoque fundamentalmente financiero contempla uno de los aspectos principales de la asignación de recursos, pero debe tenerse en cuenta que los recursos financieros tienen por objeto movilizar recursos reales que son los que se utilizan para prestar el servicio. La mera existencia de recursos financieros no implica la disponibilidad de recursos reales. Estos pueden adquirirse en muchos casos en el mercado, como por ejemplo los elementos y materiales que se necesitan para el funcionamiento de los hospitales, pero otros como los recursos humanos especializados, los bienes de capital y ciertos equipos deben formarse o instalarse y esto puede requerir plazos más o menos pro-

longados y, en ciertas circunstancias, su escasez suele llegar a ser tan aguda que constituye el factor clave de la expansión de los servicios. El análisis de la disponibilidad presente y futura de recursos reales escasos tiene, a los efectos de integrar un plan de salud en un plan de desarrollo, una importancia similar a la adjudicada al análisis de los recursos financieros.

En primer término, hay que considerar básicamente la situación actual de los servicios. El plan de salud no puede prever un deterioro de dicha situación, lo que implica, generalmente, un incremento de los recursos reales en proporción similar al aumento vegetativo de las variables que definen la demanda. Este límite se modificará de manera considerable si se logran avances en la eficiencia de la prestación de los servicios. Pero para que se apliquen en la práctica nuevas normas de trabajo que la eleven, es necesario romper con hábitos, tradiciones e inclusive con regulaciones legales. Un primer aspecto que debe considerarse es la posibilidad real y el tiempo que tomaría la aplicación de medidas que promuevan un aumento efectivo del rendimiento de los recursos reales. Sobre la base de un análisis de este tipo, que en definitiva cae en el campo de la racionalización administrativa, la previsión sobre la expansión de los servicios de salud estará en función de la posibilidad de obtener, en el futuro, una dotación creciente de los recursos físicos o humanos que presenten un grado mayor de escasez o los que por su papel estratégico configuran elementos neurálgicos en las actividades de prestación.

A riesgo de simplificar excesivamente problemas de índole muy complicada, se debe intentar poner en claro lo expuesto aceptando una distinción entre las actividades que lleva a cabo el sector salud: por un lado, aquellas que tienen por objeto ampliar la capacidad de prestación de los servicios y, por otro, las actividades de prestación propiamente dichas. Las primeras (A_1) comprenden la construcción de hospitales, la adquisición de

equipos y la formación de personal especializado. Las que corresponden a la segunda categoría (P_1) incluyen el suministro de insumos corrientes para el funcionamiento de los centros asistenciales, para las campañas sanitarias y las horas-hombre por utilizar.

Se supone también que existe y se conoce el tipo de relaciones entre las actividades A_j y P_1 , es decir que instalada una nueva cama en un servicio asistencial, se deberá contar anualmente con un volumen de recursos físicos y humanos dados, para que esa cama adicional funcione con el máximo de productividad. De esta forma es posible construir un cuadro donde mediante coeficientes se establezca el tipo de relaciones apuntadas (cuadro 2).

Un coeficiente, por ejemplo, a_{23} relaciona el incremento que debe tener la actividad de prestación P_2 frente a un incremento unitario del factor de ampliación de capacidad A_3 , es decir,

$$a_{23} = \frac{P_2}{A_3}$$

Si P_2 se refiere a la actividad asistencial en un hospital general y A_3 representa una cama de este tipo de hospital, a_{23} es el incremento de la actividad asistencial que se logra con la adición de una cama. Este último incremento puede descomponerse a su vez en horas-médico, horas-lavandería, horas-laboratorio, etc.

Siguiendo un razonamiento semejante, el

CUADRO 2—Relación entre las actividades para ampliar la prestación de servicios (A_j) y las actividades de prestación (P_i).

$A_j \backslash P_i$	A_1	A_2	A_3	...	A_n
P_1	a_{11}	a_{12}	a_{13}	...	a_{1n}
P_2	a_{21}	a_{22}	a_{23}	...	a_{2n}
P_3	a_{31}	a_{32}	a_{33}	...	a_{3n}
.
.
.
P_m	a_{m1}	a_{m2}	a_{m3}	.	a_{mn}

nivel de prestación de una actividad P_1 en el año futuro t sería:

$$P_1^t = P_1^0 + a_{11} \sum_0^t A_1 + a_{12} \sum_0^t A_2 + a_{13} \sum_0^t A_3 + \dots + a_{1n} \sum_0^t A_n$$

siendo P_1^0 el nivel de la actividad de prestación en el año base (el cual puede considerarse racionalizado) y los sumandos $\sum_0^t A_j$ las adiciones de los diferentes tipos de ampliaciones de la capacidad de prestación en el período 0-t.

El esquema presentado, sin constituir un "modelo de proyección" de los niveles de las actividades de prestación de los servicios de salud, permite formar una idea del tipo de problemas con que hay que enfrentarse al determinar metas para el sector salud. Es evidente que estas tienen una relación estrecha con los niveles de prestación o, más bien, son expresiones de los elementos P_1 , mientras que los elementos A_j son los requisitos necesarios para la consecución de esas metas. El vínculo entre metas y requisitos está fundamentalmente esbozado según la estructura de producción de los servicios. Dicho de otra manera, los niveles de prestación de los servicios previsibles para el futuro dependen de las adiciones a la capacidad de prestación que se realicen durante un período.

En muchos planes de desarrollo, el énfasis en los sectores sociales está justamente en estas adiciones a la capacidad de prestación, que es lo que se suele denominar inversiones en dicho sector. Más aún, ya se indicó que existe una tendencia creciente a facilitar recursos internos y especialmente externos para estos fines. Pero lógicamente, estas adiciones no sólo deben estar combinadas funcionalmente entre sí—el aumento de la disponibilidad de camas debe estar armonizado con el de profesionales y equipos—sino que, una vez aumentada la capacidad, deben existir recursos corrientes para hacerla funcionar, a fin de evitar pérdidas de rendimientos y desperdicio de recursos.

Esto implica que existe en la expansión del sector una cierta "organicidad" interna que establece cotas al crecimiento de algunas de sus partes si se toman decisiones sobre otras. El estudio profundo de esta "organicidad" facilitará la fijación de recursos que atienda a una política del gobierno en materia de salud y, por otra parte, permitirá coadyuvar a la formulación de esa política pues podrá presentar un cuadro integral de la situación de los servicios y de sus perspectivas.

Aparece así otro punto de interés en la integración del sector salud en el plan de desarrollo. Es el que se refiere, por un lado, al análisis de las condiciones futuras de provisión de los factores que incrementan la capacidad de prestación de los servicios, y por otro, al estudio de las posibilidades de hacer funcionar la capacidad ya ampliada.

Un plan de desarrollo puede ofrecer condiciones favorables para ampliar la capacidad y, al mismo tiempo, establecer restricciones para operar los servicios. Tómese el caso de acciones previstas en el sector educativo para fomentar las carreras médicas y paramédicas de modo que pueda esperarse una mayor dotación de estos tipos de profesionales en el mediano plazo. Si al mismo tiempo existen restricciones severas para elevar el nivel de remuneraciones de estos técnicos a fin de incorporar un mayor número de ellos al servicio del estado, o no es posible crear incentivos para mejorar su distribución geográfica, se tiene una contradicción que hay que subsanar pues es posible prever que no se contará con los recursos humanos suficientes para hacer funcionar los servicios al nuevo nivel de prestación.

De todo lo anterior puede desprenderse un hecho de capital importancia para la integración del sector salud en el plan de desarrollo: la asignación de recursos financieros como el de los recursos reales. En este sentido podría redefinirse el plan mínimo del sector como aquel que utiliza al máximo y con la mayor eficiencia los recursos reales existentes. Los planes alternativos cuyos objetivos se eleven

sobre ese límite mínimo, exigirán una asignación de recursos financieros que sea compatible con la capacidad de prestación que resulte de la tasa de incremento previsible para los factores de capacidad más escasos o más difíciles de formar.

Hasta aquí no se ha hecho mención de los plazos de los planes del sector salud y los planes generales de desarrollo. La integración de este sector en los planes de desarrollo comprende evidentemente tareas que se enmarcan en plazos medianos y largos, por una parte, y en plazos cortos, por otra. Los temas tratados en este documento son los factibles de armonizar en el mediano y largo plazo. Se estima que es casi imposible discutir la articulación del sector salud con los demás sectores y con el plan general cada año, a menos que surjan casos muy especiales de actividades que tienen un alto grado de complementación.

Si se tiene presente lo mencionado con relación a la "organicidad" de la expansión de los servicios de salud, se puede inferir que trazado un plan de salud, con sus programas según las diferentes actividades, con sus proyectos de inversión y de formación de personal capacitado, todos ensamblados entre sí, atendiendo a sus relaciones de complementación y a sus diversos períodos de maduración, debe evitarse en la mayor medida posible que este plan sea sometido a modificaciones surgidas de la situación inmediata, pues se compromete el éxito del plan en su conjunto, debiendo hacerse solamente los ajustes que aconseje la experiencia adquirida en la ejecución.

Vinculaciones entre el sector salud y otros sectores

Los planteos anteriores analizan aspectos de la integración del plan del sector salud en el marco general de la planificación del desarrollo, pero evidentemente esta articulación debe abarcar también las relaciones que existen entre este sector y los otros que componen el complejo socioeconómico de un

país. En otras palabras, es necesario analizar las vinculaciones entre los servicios de salud con los de educación, con el desarrollo previsible para la acción en vivienda, y con los propósitos y realizaciones que se prevean para los transportes, la energía, la industria, la agricultura y demás sectores.

A estos efectos, reconoceremos que el nivel de salud se ve favorablemente afectado por el desarrollo de los otros sectores, en especial de los sociales, aunque es sabido que una rápida expansión industrial o nuevas actividades mineras, por citar algún ejemplo, crean problemas específicos al sector salud originando nuevos tipos de demanda de servicios.

Este problema puede enfocarse desde dos puntos de vista: el de las actividades de salud que son complementarias de actividades de otros sectores y requieren, por lo tanto, una programación coordinada tanto en la naturaleza misma de las acciones como en los plazos de ejecución; y el de la articulación, que consiste en determinar la influencia de las repercusiones que tiene una elevación del nivel de salud en los objetivos de los demás sectores.

Con relación al primero pueden citarse numerosos casos. Ciertas actividades del sector salud suelen ser requisitos ineludibles del buen funcionamiento de otras actividades económicas o simplemente de sus posibilidades de ejecución. Se trata, por ejemplo, de una campaña antipalúdica en una región que va a ser incorporada como sucede en las áreas donde se destruye la selva para adaptar esas tierras a la agricultura. También es el caso de la provisión de servicios asistenciales en regiones apartadas donde se inician actividades relacionadas, por ejemplo, con industrias extractivas. Situaciones como estas suelen presentarse en los planes de desarrollo de los sectores económicos al llegar al nivel de los proyectos y, por lo tanto, en las actividades de salud que forman parte de tales proyectos, aunque la responsabilidad de llevarlas a cabo sólo pertenezcan a las instituciones del sector salud.

El problema de la articulación en estos casos se centra en la armonización de los plazos de ejecución de las diferentes actividades que forman el proyecto y los recursos necesarios que puedan imputarse al cálculo de recursos para el proyecto en su conjunto. Queda sin embargo un aspecto importante que debe ser analizado: el relativo a la capacidad operativa de la institución que tiene a su cargo los servicios de salud para atender a estos requerimientos y, al mismo tiempo, proseguir con sus programas según las metas generales del sector. Este tipo de análisis debe enmarcarse en lo planteado en el estudio de los recursos reales. Dentro de este tipo de enfoque se destacan los casos en que, por la acción desarrollada en actividades económicas, suelen producirse variaciones en las perspectivas de la demanda o en la de la oferta del sector salud. No se trata de casos especiales o individualizados, como los expuestos antes, sino de efectos más generalizados.

La ejecución de un programa de carreteras en una zona, puede cambiar fundamentalmente el área de influencia de los servicios, expandiéndola de modo tal que el plan de salud tiene que acomodarse a esta nueva situación y estructurarse para lograr el máximo rendimiento de acuerdo con la nueva situación planteada. Este es un aspecto importante que podría ser objeto de investigaciones a fin de determinar la influencia de las inversiones destinadas a mejorar las comunicaciones, especialmente en las áreas rurales o de baja densidad de población, en el costo de los diversos servicios de salud. Asimismo, cierto tipo de industrias, de gran escala de producción, pueden cambiar la fisonomía de las zonas donde se instalan, de modo que el plan del sector salud debe anticiparse a estas transformaciones y prever su propio desarrollo.

En general estos ejemplos muestran, en esencia, la necesidad de que el sector salud, para atender a una integración con los demás sectores, tenga entre los elementos que defi-

nen su expansión las perspectivas que ofrecen a mediano plazo los cambios en la distribución regional de la población, las características de los tipos de actividades económicas predominantes y las formas de vinculación entre los núcleos urbanos y las áreas rurales.

En la práctica suele ser difícil, según la experiencia de planificación en la mayoría de los países latinoamericanos, que los planes de desarrollo contengan información suficiente para estos fines y, por lo tanto, los servicios de salud se proyectan de acuerdo con extrapolaciones de lo que ha ocurrido en el pasado o comienzan a funcionar según las nuevas condiciones, con retardos a veces considerables.

No se ha hecho mención de ejemplos de articulación de actividades de salud con otras relativas a la provisión de agua y al saneamiento urbano y rural. La omisión no se debe al desconocimiento de las íntimas relaciones que existen entre estas actividades, sino a que forman, en realidad, parte integrante del sector salud aun cuando estén bajo jurisdicciones administrativas distintas. De todos modos, existen métodos suficientemente elaborados que permiten estimar los efectos de estas actividades sobre la morbilidad y mortalidad en forma tal que la articulación es fácilmente realizable. Aún más, pueden llevarse a cabo cálculos y estimaciones que permitan establecer prioridades entre ellas, apelando a técnicas del tipo de costo-beneficios.

Otro ejemplo de la articulación entre sectores, el que se refiere a las correlaciones entre el nivel de salud y los niveles de educación y habitacionales, es mucho más difícil de precisar por consideraciones similares a las realizadas al principio de este trabajo. Existe un hecho que es importante destacar y que se muestra en las estadísticas de los gastos en salud por habitante, de diversos países: el gasto es mucho mayor en los países desarrollados que en los que tienen un bajo

nivel de ingreso.¹⁰ Pero justamente es en los países desarrollados donde se encuentran las mejores condiciones educativas, habitacionales, de nutrición, etc. En otras palabras, no parece que el desarrollo económico y social implique una disminución relativa del gasto en salud, sino que se deduce lo contrario, debido tal vez a cambios que se producen en la demanda de salud, a la interpretación subjetiva y colectiva de la enfermedad y al incremento en la dotación de servicios del sector. Esto, a su vez, no significa que el desarrollo sea un factor negativo en la elevación del nivel de salud de una comunidad; indica solamente que los servicios de salud deben acomodarse a las situaciones que le plantean esas nuevas condiciones y reestructurarse para atender a las nuevas prioridades.

Los análisis que recurran a comparaciones internacionales o al cotejo de situaciones entre diversas áreas de un mismo país, pueden ayudar a trazar las líneas que seguirán los diversos servicios del sector salud. Es evidente que lo planteado tiene una connotación de largo plazo, en la medida que den sus frutos las acciones que se lleven a cabo en los otros sectores y determinen cambios en la demanda de salud. Se estima, sin embargo, que a este respecto deben encararse investigaciones básicas, para clarificar en lo posible este tipo de problemas. Donde las condiciones lo permitan, podrían efectuarse análisis de la evolución histórica de los indicadores de salud y estudiar las correlaciones que puedan existir con los de otros sectores a fin de aproximarse a la determinación de estas relaciones.

Queda sin cubrir una amplia gama de relaciones entre salud y desarrollo, que constituyen, tal vez, la médula de la integración de los planes. Las investigaciones que se deben realizar a estos efectos son numerosas y difíciles, pero se cree que no se ha explotado

¹⁰ Las cifras correspondientes existen en los resúmenes de los informes cuatrienales sobre la salud en las Américas elaborados por la OSP y en otras publicaciones sobre el tema.

lo suficiente una línea de estudios que podría arrojar resultados esclarecedores. Se trata del análisis integrado de la experiencia, tanto en materia de salud como de desarrollo, de diversos países, con el objeto de obtener conclusiones que puedan generalizarse y servir de orientación en situaciones semejantes.

Paralelamente, se deberían profundizar estudios del comportamiento de la demanda de salud en los países latinoamericanos, según diversos niveles de ingreso y de consumo, lo que permitiría extraer conclusiones útiles para fijar líneas que definan, en primera instancia, el volumen de recursos que deberían asignarse a los servicios de salud.

Estos dos últimos tipos de investigaciones permitirían conformar un marco teórico para extraer criterios generales para la formulación de objetivos del sector salud. El proceso de integración debe partir del análisis de esos criterios en función de la política general de desarrollo para luego remitirse a aspectos más operativos, algunos de los cuales se tratan en este trabajo.

Resumen

En este documento se abordan tres aspectos que forman parte del problema de la integración del sector salud en la planificación del desarrollo. En primer término, se trata el financiamiento de los servicios de salud a cargo del Estado, destacando las condiciones que presenta dicho financiamiento de acuerdo con las situaciones prevalecientes en los países latinoamericanos. Se pone de mani-

fiesto la necesidad de estudiar a fondo las medidas de política económica que son las que en definitiva determinan la posibilidad de cambios de esas condiciones adversas.

En segundo lugar, se plantea el problema de la movilización de los recursos reales requeridos para la prestación de los servicios. Se destaca la conveniencia de proceder a la articulación del plan del sector salud con la planificación general del desarrollo, atendiendo especialmente a los factores de ampliación más escasos y a los que desempeñan un papel crítico en las actividades de prestación, de acuerdo con la "organicidad" que se reconoce al conjunto de actividades de este sector.

Finalmente, se describen los principales tipos de vinculaciones entre el sector salud y algunos sectores económicos y sociales, destacando el poco conocimiento de esas relaciones en los casos en que se pretenda considerar las influencias generales recíprocas entre el nivel de salud y los niveles educativos y habitacionales.

El tema no está, de ninguna manera, agotado. No se han hecho consideraciones acerca de los criterios generales que deben regir la formulación de los propósitos y objetivos del sector salud, ni tampoco se ha tratado el difícil problema de establecer prioridades de los sectores entre sí y de estos con los sectores económicos. Se ha pretendido solamente enfocar algunos aspectos operativos para la integración del sector salud en la planificación del desarrollo, individualizándolos y analizando su problema específico. □

Integration of the Health Sector into Development Planning (Summary)

In this article the author deals with three aspects of the integration of the health sector into development planning. First he deals with the financing of Government health services and indicates the conditions under which such financing takes place depending on the situation in the country concerned. He stresses the need to make a thorough study of economic measures since in the long run economic measures

determine the possibility of changing those adverse conditions.

Secondly, he discusses the problem of the mobilization of resources required for the provision of services, emphasizing the advisability of tying the health sector plan in with the general development plan, special attention being given to the scarcer expansion factors and those which play a critical role in the provision

of health services according to the "organic nature" of the aggregate of activities in this sector.

Finally, he describes the main types of linkage between the health sector and other economic and social sectors and emphasizes our lack of knowledge of the general reciprocal relationships of the health level and the education and housing levels.

The subject is by no means treated exhaus-

tively. Consideration has not been given to the general criteria which should govern the formulation of goals and targets of the health sector nor is the difficult problem of establishing sectoral priorities and of these with the economic sectors dealt with. The purpose of the author is to deal solely with some operational aspects of the integration of the health sector into the development planning and to pinpoint and analyse the specific problems involved.

A Integração do Setor da Saúde nos Planos de Desenvolvimento (*Resumo*)

O autor aborda três aspectos do problema da integração do setor da saúde nos planos de desenvolvimento. Discorre primeiro sobre o financiamento dos serviços de saúde a cargo do Estado, destacando os vários aspectos que assume nas condições prevalentes nos países latino-americanos. Ressalta a necessidade de estudar a fundo as medidas de política econômica, que em definitivo regulam a possibilidade de modificar essas condições adversas. Expõe em seguida o problema da mobilização dos recursos reais necessários à prestação dos serviços. Ressalta a necessidade de articular o plano do setor da saúde com o plano de desenvolvimento geral, dando-se especial atenção aos fatores de ampliação mais escassos e aos que desempenham papel crítico no trabalho de assistência, de acordo com a "organicidade" que se reconhece ao conjunto de atividades

dêsse setor. Finalmente, descreve os principais tipos de vinculação entre o setor de saúde e alguns setores econômicos e sociais, destacando ser o conhecimento dessas relações ainda insuficiente para a consideração das influências gerais recíprocas entre o nível de saúde e os níveis educacionais e habitacionais.

O autor não considera, de maneira alguma, esgotado o tema. Não fez considerações sobre os critérios gerais que devem reger a formulação dos propósitos e objetivos do setor saúde e não abordou o difícil problema da determinação das prioridades entre os setores e entre estes e os econômicos. Procurou apenas focalizar alguns aspectos operacionais da integração do setor saúde no plano de desenvolvimento, individualizando-os e analisando seu problema específico.

L'intégration du secteur santé dans la planification du développement (*Résumé*)

L'auteur examine trois aspects qui font partie du problème de l'intégration du secteur santé dans la planification du développement. En premier lieu, il mentionne le financement des services sanitaires relevant de l'Etat et fait ressortir les conditions requises pour ce financement en fonction des situations qui existent dans les pays latino-américains. Il met l'accent sur la nécessité d'étudier de façon approfondie les mesures de politique économique qui, en définitive, déterminent la possibilité d'améliorer ces conditions.

L'auteur passe ensuite au problème de la mobilisation des ressources réelles, nécessaires pour la prestation des services. Il souligne l'intérêt qu'il y a à procéder à l'articulation du plan du secteur santé sur la planification générale du développement en tenant particulièrement compte des facteurs d'extension les plus rares et de ceux qui jouent un rôle décisif dans les activités de prestation en fonction de l'"organicité" que constitue l'ensemble

des activités de ce secteur.

Enfin, l'auteur décrit les principales sortes de liens qui existent entre le secteur santé et certains secteurs économiques et sociaux et souligne le peu de connaissances que l'on possède en ce qui concerne ces relations dans les cas où l'on essaie d'examiner les influences générales réciproques entre le niveau de santé et les niveaux d'instruction et d'habitat.

Le sujet n'est aucunement épuisé. L'auteur n'a pas abordé la question des critères généraux qui doivent régir la formulation des buts et objectifs du secteur santé, et n'a pas traité le problème difficile qui consiste à établir des priorités des secteurs entre eux, et entre ces derniers et les secteurs économiques. L'intention de l'auteur était seulement de mettre l'accent sur quelques aspects pratiques en vue de l'intégration du secteur santé dans la planification du développement en les examinant individuellement et en étudiant leur problème particulier.