

## FUENTES INTERNACIONALES DE COOPERACION PARA EL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN LOS PAISES EN DESARROLLO<sup>1</sup>

Lee M. Howard<sup>2</sup>

*Se ha realizado un estudio que evalúa el estado actual de la asistencia internacional de financiamiento para las actividades de salud con objeto de averiguar cuán eficaz podría ser la cooperación internacional de financiamiento en el esfuerzo de lograr la salud para todos y el ritmo a que la misma debería aumentar. Tal cooperación puede proporcionar una contribución importante, y tal vez suficiente, aun cuando sea necesario realizar cambios primordiales en los procedimientos para suministrar la asistencia relacionada con la salud.*

### Introducción

En mayo de 1979 la Asamblea Mundial de la Salud declaró de "máxima prioridad" el "logro para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 de un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva". Al definir los términos de este desafío sin precedentes, la Asamblea convino en que el objetivo no se podría alcanzar dentro del sector de la salud solamente, que era esencial contar con un mecanismo mundial para captar recursos bilaterales y multilaterales, que se debía establecer un canje mundial de información para lograr ese objetivo y que la Organización Mundial de la Salud debía desempeñar un papel principal para catalizar la coopera-

ción de los responsables de la administración del potencial de recursos del mundo (1, 2).

¿Se perciben por entero los riesgos y costos de este desafío? El éxito dependerá de objetivos técnicos y estrategias aún no determinados íntegramente, de la movilización de recursos financieros y profesionales aún no comprometidos y de los sistemas—aún no establecidos—en que se con venga para lograr de la coordinación multilateral y bilateral.

En el marco de 20 años, la iniciativa se encuentra en etapa relativamente reciente. El plazo total es breve, y previendo las variaciones en la interpretación por los países de las actividades que deben realizarse, cabe plantearse algunas preguntas. Por ejemplo, ¿tienen los objetivos oficiales suficiente claridad? ¿Se comprenden los múltiples factores de desarrollo que influyen en la salud en el ámbito nacional? ¿Se han identificado los recursos mundiales? En vista de las previsibles variaciones en la definición de metas en el plano nacional, ¿cuáles son las necesidades de recursos? En vista de la crisis económica mundial, ¿cuál

<sup>1</sup> Se publica en inglés en el *Bulletin of the Pan American Health Organization* 17(2), 1983. Versión condensada de: *A New Look at Development Cooperation for Health: A Study of Official Donor Policies, Programmes and Perspectives in Support of Health for All by the Year 2000*, por el mismo autor. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1981.

<sup>2</sup> Organización Panamericana de la Salud, Coordinación de Relaciones Externas. Washington, D.C., EUA.

sería la perspectiva de obtener esos recursos—ajustada a la realidad—en los próximos dos decenios?

Es considerable la cuantía de recursos internacionales que actualmente se destinan al sector de la salud. Se calcula que más de 50 organismos donantes<sup>3</sup> oficiales, junto con 1 500 organizaciones no gubernamentales, están transfiriendo anualmente una suma calculada en US\$ 3 000 millones a los países receptores.<sup>3</sup> Por otro lado, los 68 países más pobres del mundo están volcando una suma calculada en \$14 000 millones de sus recursos propios en el sector de la salud (3).

### Métodos de estudio y fuentes de datos

Para tener una comprensión integral de la actual cooperación internacional en salud habría que examinar las políticas, procesos y programas tanto de los donantes como de los receptores. Ese examen debería incluir de preferencia a todos los donantes potenciales, así como al sector de la salud y a los sectores de desarrollo vinculados a esta, como la agricultura y la educación.

Habida cuenta del llamamiento específico formulado por la Asamblea a los organismos internacionales de financiación, el autor del presente trabajo y la División de Coordinación de la Organización Mundial de la Salud, convinieron en solicitar el concurso de ciertos organismos donantes externos con objeto de conocer, mediante consultas extraoficiales, sus pareceres respecto de las iniciativas de salud y, en especial, de la meta de salud para todos en el año 2000. Se quería así caracterizar e ilustrar el problema más que realizar un análisis exhaustivo de todos los posibles re-

ursos públicos y privados, tarea que debería emprender en el futuro el Grupo de Movilización de Recursos cuando se continuaran sus funciones.

El estudio se llevó a cabo en un lapso de 12 meses (de agosto de 1979 a agosto de 1980). El análisis inicial de la bibliografía de diversos donantes y sectores en materia de salud se realizó en el Instituto de Estudios sobre Desarrollo de la Universidad de Sussex, Inglaterra. En la segunda fase, el autor, en su calidad de consultor de la OMS, mantuvo consultas directas y extraoficiales con más de 20 organismos y organizaciones donantes y 200 personas en Europa, Asia sudoriental y el Pacífico occidental. Se prepararon 16 perfiles de fuentes oficiales de cooperación externa: Australia, Austria, Banco Asiático de Desarrollo, Bélgica, Comunidad Económica Europea, Dinamarca, Francia, Fondo Especial de la OPEP, Japón, Noruega, Nueva Zelandia, Países Bajos, Reino Unido, República Federal de Alemania, Suecia y Suiza.<sup>4</sup> La OMS ha publicado con anterioridad un informe detallado de los resultados y recomendaciones que se presentan en el presente estudio (4).

En el breve lapso disponible para la consulta con cada uno de los donantes no fue posible obtener opiniones completas y autorizadas. Colectivamente, sin embargo, las consultas ilustraron algunas de las características y tendencias salientes de las políticas y prácticas de los donantes, así como las dificultades que existen para identificar con exactitud datos específicamente relacionados con la salud a partir de las compilaciones de organismos y bancos de desarrollo que suelen organizar actividades multisectoriales. La apreciación de las tendencias y problemas de los donantes, no obstante, ha servido para aclarar las medidas que podrían necesitarse si

<sup>3</sup> Los términos "donante" y "receptor" se utilizan en este estudio únicamente para indicar fuentes y receptores de ayuda financiera consistente tanto en donaciones como en préstamos a intereses reducidos. Se supone que la cooperación internacional de financiamiento es en esencia interdependiente.

<sup>4</sup> Perfiles adicionales se prepararon más tarde del Banco Interamericano de Desarrollo, UNICEF, Banco Mundial y de los gobiernos de Canadá y Estados Unidos de América.

la Organización Mundial de la Salud u otro organismo trataran activamente de fomentar la movilización de recursos con destino a la meta de salud para todos en el año 2000.

### **Análisis transversal de perfiles ilustrativos de donantes**

#### *Políticas de cooperación*

Para comprender las perspectivas y prácticas de salud de un determinado donante es menester comprender en primer término la política del desarrollo general de este. En primer lugar, hay que destacar que en respuesta a las características y necesidades multisectoriales de los gobiernos nacionales, la mayor parte de los organismos y organizaciones donantes que dan apoyo a las actividades de salud tienen establecida una organización esencialmente multisectorial. Sin embargo, los donantes entrevistados sustentaban la política de que ningún sector, incluido el de la salud, debe quedar excluido *a priori* como destinatario de la asistencia debidamente formulada (5). Los requisitos para recibir asistencia en el sector de la salud, al igual que en otros sectores, dependen fundamentalmente de que el país receptor presente una solicitud financiable que cuente con la aprobación del organismo nacional de planificación del país receptor. La mayor parte de los donantes aceptan el concepto de que la salud es una parte integral de desarrollo general. Sin embargo, se da preferencia a las solicitudes de los receptores que permiten el desarrollo concurrente en más de un sector.

Todos los donantes entrevistados apoyaban, directa o indirectamente, los programas internacionales de salud. Si bien eran pocos los órganos legislativos o consejos de administración que habían identificado de manera específica a la salud como esfera oficial de apoyo, ocho de las 16 organizaciones donantes habían formulado exposi-

ciones o directrices oficiales en apoyo del sector salud.

#### *Distribución de la cooperación bilateral*

Con pocas excepciones, los donantes gubernamentales entrevistados aportaban recursos para el desarrollo general de las regiones geográficas de la OMS, aunque no en todos los países de cada región.<sup>5</sup> El Banco Asiático de Desarrollo y el Banco Africano de Desarrollo realizan actividades en tres regiones de la OMS (figura 1).

En un análisis de 17 donantes multilaterales y bilaterales, solo cinco notificaron la presencia de la asistencia para la salud en más de la mitad de sus convenios de asistencia por país (cuadro 1). En vista de la aceptabilidad de la asistencia al sector salud, es sustancial la posibilidad de aumentar la asistencia para la salud. Esta observación indica que los países receptores acaso no atribuyan suficiente prioridad a la salud en sus solicitudes oficiales de asistencia externa.

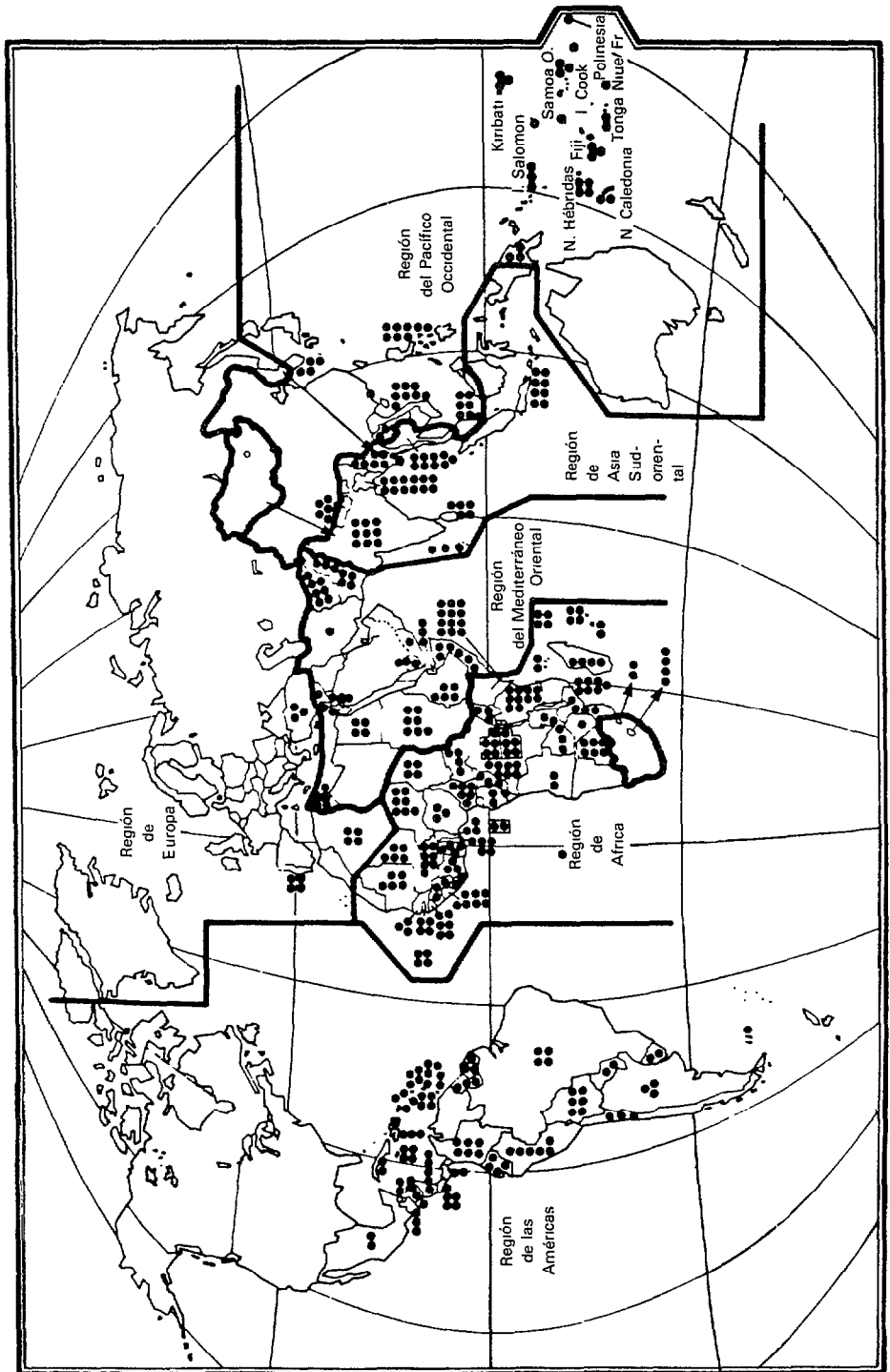
Entre 1976 y 1978, los 16 países receptores que recibieron con mayor frecuencia asistencia bilateral para la salud de donantes oficiales (obteniendo entre siete y 12 donaciones de asistencia por país) fueron también los mayores receptores de recursos para el desarrollo general de sus respectivas regiones geográficas. Esto indica que un programa nacional vigoroso de desarrollo general puede constituir el marco más apropiado para acelerar la cooperación internacional en materia de salud.

#### *Distribución de la cooperación multilateral*

En el presente estudio no se evaluó la distribución geográfica de la asistencia proporcionada por la mayoría de las organiza-

<sup>5</sup> En la referencia 4 se ilustra cartográficamente la distribución geográfica de la asistencia de los donantes.

**FIGURA 1**—Países donde se estaban llevando a cabo en 1976-1980 programas de salud con financiamiento externo, según regiones de la OMS. Los puntos indican el número de donantes bilaterales que aportaban recursos de financiación a cada país.



**CUADRO 1—Países que recibieron asistencia para el desarrollo y para la salud de 17 gobiernos y organizaciones donantes en el período 1976-1980. Los datos no incluyen la asistencia proporcionada a través de organizaciones internacionales, a excepción de la Comunidad Económica Europea y el Fondo de la OPEP.**

Países donantes	N° de países con:	
	Asistencia para el desarrollo	Asistencia para la salud
Alemania, República Federal de	110	25
Australia	52	16
Austria	80	—
Bélgica	30	30
Canadá	60	21
CEE	126	48
Dinamarca	16	4
Estados Unidos de América	88	60
Fondo de la OPEP	66	6
Francia	49	27
Japón	70	23
Noruega	39	8
Nueva Zelanda	34	15
Países Bajos	90	42
Reino Unido	132	36
Suecia	21	13
Suiza	21	16

tendencia manifiesta que indique que las contribuciones futuras a dichas organizaciones aumentarán de manera significativa en más del promedio actual de un tercio de todas las aportaciones oficiales de asistencia para el desarrollo. En otras palabras, los donantes bilaterales continuarán asignando directamente un elevado porcentaje de su cooperación a los países receptores.

### *Cooperación de las organizaciones no gubernamentales*

Alrededor de 3 000 organizaciones no gubernamentales movilizan anualmente \$ 1 500 millones de recursos propios para la asistencia internacional en general (6). La asignación de sus recursos a las actividades de salud no se conoce con exactitud debido a la limitada disponibilidad de datos a este respecto en el plano mundial. Se estima, de manera muy tentativa, que hasta un tercio del flujo total de recursos, es decir, \$ 500 millones corresponde a las esferas vinculadas con la salud. A este total los organismos donantes oficiales aportan colectivamente una suma calculada en \$ 200 millones más mediante donaciones y arreglos de cofinanciamiento. Debería hacerse un mayor esfuerzo para determinar y documentar el flujo de recursos actuales y potenciales para la salud que provienen del sector privado de las naciones donantes y receptoras.

### *Alcance de las actividades de cooperación para el desarrollo*

Todos los donantes entrevistados suministraban asistencia en salud, educación, infraestructura social, comercio, banca, construcción, agricultura, servicios públicos, planificación de la administración pública e industria y minería. La configuración precisa de la asistencia dependía de la naturaleza de la solicitud del receptor y

ciones multilaterales, porque las principales instituciones multilaterales vinculadas con la salud, tales como OMS, UNICEF, PNUD y Banco Mundial, son de carácter global. Colectivamente, los donantes bilaterales de las naciones industrializadas proporcionaron alrededor de un tercio de su asistencia para el desarrollo (US\$ 6 700 millones) a las organizaciones multilaterales (6). Las contribuciones de los organismos de las Naciones Unidas ascendieron a \$ 1 600 millones en 1978, de los cuales \$ 32 millones se destinaron a la OMS<sup>6</sup> y \$ 126 millones al UNICEF.

Aunque los donantes oficiales aumentaron su apoyo a las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas durante el decenio de 1968 a 1978, no se advierte una

<sup>6</sup> Los datos excluyen las contribuciones oficiales establecidas para los Países Miembros de la OMS.

de las políticas del programa del donante. El contenido específico de la asistencia variaba asimismo desde el alivio de la deuda hasta la provisión de productos básicos, apoyo presupuestario y servicios consultivos técnicos (cooperación técnica) en planificación, capacitación y gestión administrativa.

De acuerdo con las estrategias de salud para todos en el año 2000 las fuentes internacionales, además de apoyo a la salud, proporcionan apoyo paralelo a sectores críticos que ofrecen empleos productivos y fomentan la producción alimentaria, la educación y la planificación del desarrollo general. Este método general de desarrollo crea las condiciones previas para el mejoramiento de la salud a nivel nacional.

En el sector tradicional de la salud se observa una gran amplitud en la gama cualitativa de asistencia. Las preferencias de los donantes están influidas de manera significativa por las preferencias oficiales de los receptores. Pese a que continúan haciéndose progresos en el apoyo a la atención primaria de salud, la mayor parte de los gobiernos receptores aún no han reorganizado oficialmente sus planes nacionales con arreglo a las estrategias de salud para todos. Por consiguiente, predominan las solicitudes tradicionales que favorecen a la medicina institucional y el desarrollo de la infraestructura.

En la gama de cooperación potencial entre donantes y receptores, la necesidad singular más obvia es la de atribuir mayor importancia a la planificación nacional de la salud. En la actualidad, la falta de instalaciones, métodos y personal capacitado en planificación, limita seriamente la capacidad fundamental de los receptores para identificar, planificar y justificar las necesidades vinculadas con la meta de salud para todos. No obstante, entre los diferentes tipos de cooperación conjunta, la planificación en salud es uno de los que menos solicitan los países receptores y que menos apoyan las naciones donantes.

### *Financiación para el desarrollo*

Las corrientes de recursos de asistencia "concesionaria" y "no concesionaria" en 1979 totalizaron \$ 81 900 millones. Un tercio de esta cuantía (\$ 29 900 millones) se derivó de la llamada "asistencia oficial para el desarrollo" (financiación mediante donaciones o préstamos concesionarios) y el resto provino de fuentes de recursos convencionales.

La asistencia concesionaria es la fuente primaria de cooperación internacional de financiamiento para el sector salud. En 1979 se obtuvieron \$ 24 200 millones, de un total de \$ 29 900 millones, de los países del CAD (los 17 países industrializados que integran el Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos). Otros \$ 4 700 millones provinieron de los países de la OPEP. Los países de Europa Oriental aportaron menos de \$ 1 000 millones (cuadro 2) (7).

La mayor parte de la asistencia concesionaria de los países del CAD adopta cada vez más la forma de donaciones y cooperación técnica (servicios consultivos técnicos). Dos tercios de esta asistencia se concentran en los países de bajos ingresos.

El sector tradicional de la salud recibe del 8 al 10% del flujo total de la asistencia concesionaria; sin embargo, las mayores asignaciones destinadas a la agricultura, la educación, la ayuda alimentaria y el apoyo al desarrollo general contribuyen directamente al mejoramiento de la salud nacional.

Las asignaciones sectoriales correspondientes a la salud u otros sectores rara vez representan preferencias predeterminadas de los donantes, pues son más bien la consecuencia de negociaciones entre donantes y receptores sobre la base de las propuestas formuladas por estos últimos. En consecuencia, las prioridades para el uso de los fondos proporcionados por los donantes es-

**CUADRO 2—Fondos netos aportados por países miembros del Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), de la Organización de Países Exportadores de Petróleo (OPEP) y del Consejo de Asistencia Económica Mutua (CAEM).**

Tipo de contribución y fuente	Monto de las contribuciones (en 1 000 millones de US\$)		% de las contribuciones		
	1978	1979	1970	1978	1979
	<i>Asistencia concesional.</i>	26,4	29,9	47	33
CAD <sup>a</sup>	21,5	24,2	40	27	30
OPEP	4,3	4,7	2	5	6
Países del CAEM	0,6	0,7 <sup>d</sup>	5	1	1
<i>Asistencia no concesional</i>	54,5	52,3	53	67	64
CAD <sup>b</sup>	53,0	50,9	51	66	62
OPEP <sup>c</sup>	1,4	1,3	2	2	2
Países del CAEM	0,1	0,1	—	—	—
<i>Total de asistencia</i>	80,9	81,9	100	100	100

Fuente: Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. Comunicado de prensa A/A(80), 19, junio de 1980.

<sup>a</sup> Incluye donaciones de organismos privados voluntarios.

<sup>b</sup> Incluye préstamos internacionales de bancos privados.

<sup>c</sup> Solo incluye el sector oficial.

<sup>d</sup> Estimado.

tán sujetas a un grado considerable de flexibilidad.

Colectivamente los donantes continúan abogando en favor de un aumento de la corriente total de la asistencia concesionaria. La perspectiva de una mayor financiación para el desarrollo en los próximos dos decenios dependerá de las percepciones de los donantes respecto del equilibrio entre la necesidad de interdependencia económica internacional y las realidades de la inflación interna, los déficit de energía, las políticas de empleo y el monto de la deuda externa.

### *Financiación para la salud*

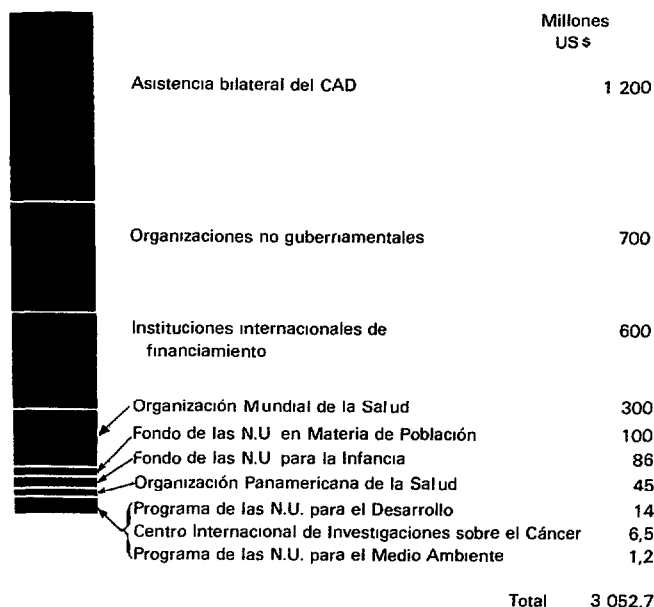
Las variaciones en los patrones de información y las definiciones sectoriales de los donantes impiden estimar de manera precisa la corriente total de recursos volcados al sector salud. Con arreglo a los datos disponibles se calcula que la corriente total en

1978 ascendió a aproximadamente \$ 3 000 millones (figura 2).

En esa fecha, ningún donante bilateral o multilateral individual aportaba más del 14% a la asistencia total de salud (4). Aunque la gran cuantía de la inversión del Banco Mundial en abastecimiento de agua (si se la incorpora por definición en el sector de la salud), convertiría al Banco en el mayor donante individual, una perspectiva más exacta sería concluir que no existen donantes con abrumador predominio en materia de salud. La circunstancia de que el sector salud colectivamente sea el cuarto sector más importante de inversión es una indicación de las prioridades nacionales de los receptores (cuadro 3).

La contribución de la Organización Mundial de la Salud a la corriente total de recursos para la salud es relativamente modesta (10%). La forma en la cual la Organización utiliza sus limitados recursos para fomentar el uso más eficiente de un caudal mayor distinto de los recursos propios de la

**FIGURA 2—Estimación de la asistencia para la salud proporcionada por donantes externos en 1978. Excluye al Consejo de Asistencia Económica Mutua (CAEM), la Organización de los Países Productores de Petróleo (OPEP), los países donantes no pertenecientes al CAD y los países en desarrollo (por ejemplo, China).**



OMS puede tener un impacto más grande en el largo plazo, que la promoción de programas patrocinados y administrados directamente por la OMS.

Debe recordarse que la posibilidad de incrementar la corriente total de recursos de asistencia para la salud guarda íntima relación con la perspectiva de aumento de todos los recursos para el desarrollo. Es evidente, sin embargo, que existe una posibilidad sustancial de aumentar el flujo de recursos para la salud en el marco de la cuantía actualmente disponible de \$ 30 000 millones de asistencia concesionaria por año para todas las actividades de desarrollo. Un factor importante en lo que se refiere a incrementar las corrientes de recursos para la salud es el éxito con el cual los receptores puedan definir sus propias necesidades, formular propuestas y obtener la aprobación de las comisiones

nacionales de planificación (u órganos equivalentes) para presentar esas propuestas a las fuentes apropiadas de cooperación.

En este contexto cabe hacer notar que los donantes concuerdan en que la OMS, y sus oficinas regionales, deben asumir una función más activa y catalizadora a fin de asistir a los países en el desarrollo de sus propias capacidades para identificar, formular, justificar y presentar las necesidades de salud nacionales por conducto del proceso establecido de desarrollo nacional. En 1979, la estructura del personal de la OMS incluía aproximadamente a 2 500 miembros profesionales, lo que constituye un número mucho mayor de recursos humanos que el que pueden aportar los demás organismos de asistencia para el desarrollo.

Sobre la base de las necesidades estima-



**CUADRO 3—Total de contribuciones bilaterales y aportaciones para el sector salud de países pertenecientes al Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), durante el período 1977-1978.**

País	Año	Asistencia bilateral oficial para el desarrollo por sector (en millones de US\$)		Asistencia oficial para el desarrollo asignada al sector salud (en millones de US\$)		% de asistencia oficial bilateral para la salud <sup>a</sup>
		Total	Proyectos	Total estimado de asistencia bilateral para la salud, 1978	Totales bilaterales oficiales informados a OCDE, 1978	
Alemania, República Federal de	1977	1 509,6	912,4		27,7	
	1978	1 839,8	1 029,8	51	32,8	1,7
Australia	1977	184,1	138,8		1,5	
	1978	138,5	96,0	31	4,8	3,5
Austria	1977	86,6	59,4		—	
	1978	114,3	79,6		0,1	0,8
Bélgica	1977	191,6	40,1		6,4	
	1978	248,8	58,7	60	10,0	4,0
Canadá	1977	558,8	480,4		11,2	
	1978	668,8	570,1		17,1	2,5
Dinamarca	1977	100,4	67,8		17,1	
	1978	159,9	108,8		4,2	2,6
Estados Unidos de América	1977	1 099,4	1 099,4		198,4	
	1978	2 269,4	—		294,0	12,9
Finlandia	1977	13,9	—		0,2	
	1978	31,5	—		0,4	1,2
Francia	1977	2 264,8	714,2		266,3	
	1978	2 867,4	796,9		409,2	14,2
Italia	1977	38,1	—		3,7	
	1978	40,9	—		4,5	11,0
Japón	1977	1 565,9	1 397,3		22,4	
	1978	1 784,2	1 530,6	87	75,4	4,2
Noruega	1977	150,3	52,8		3,1	
	1978	209,6	87,4	51,5	43,5	20,7
Nueva Zelanda	1977	26,7	17,4		2,6	
	1978	38,5	23,8	5,0	2,9	7,5
Países Bajos	1977	770,6	558,8		57,9	
	1978	937,9	643,4		72,9	
Reino Unido	1977	468,0	247,0		19,1	
	1978	1 031,7	733,0	24	17,8	1,7
Suecia	1977	485,1	177,3		47,2	
	1978	136,0	56,4	65,6	16,6	12,2
Suiza	1977	56,2	51,3		2,1	
	1978	92,2	89,9		2,2	2,3
Total CAD	1977	9 570,1	6 014,4		686,9	
	1978	12 663,4	—		1 008,4	

Fuente: (6).

<sup>a</sup> Porcentaje del total de cada donante indicado en la columna 3.

das de asistencia externa para alcanzar los objetivos de la atención primaria de salud, parece que la perspectiva de recursos de cooperación para el financiamiento es adecuada, suponiendo que las necesidades de asistencia externa se definan de manera eficaz por los países receptores y exista una utilización igualmente eficaz de los recursos nacionales y externos disponibles. La ausencia de cálculos de costos para la meta de salud para todos en el año 2000 en la mayor parte de los países en desarrollo, impide una mayor exactitud o una proyección que vaya más allá de señalar la existencia de un potencial favorable.

#### *El proceso de programación*

El ciclo de programación depende en gran medida de cada donante y de cada receptor (4, 8). A los fines de acelerar la captación de recursos para las necesidades de la meta de salud para todos es importante conocer los detalles respectivos.

El procedimiento habitual es que las solicitudes de recursos para el sector salud queden incluidas en las solicitudes de recursos para el desarrollo nacional. Lo común es que el receptor curse las propuestas por conducto de la comisión nacional de planificación o del órgano equivalente. Habitualmente los donantes responden solo a las solicitudes nacionales que llevan apoyo oficial; en consecuencia, el procedimiento interno del gobierno receptor para justificar las propuestas de salud en competencia con otras prioridades de desarrollo es un factor crucial en cuanto a la capacidad de los ministerios de salud para movilizar recursos internacionales.

Las excepciones corresponden a los casos en que las solicitudes del país receptor son cursadas directamente por el ministerio de salud a la OMS a través de su representante. Este procedimiento, aunque técnicamente valioso, solo da acceso a un 10% de los recursos potenciales de los do-

nantes, ya que aproximadamente el 90% de los recursos externos para el financiamiento en salud lo proporcionan los organismos bilaterales, los grandes bancos multisectoriales y las organizaciones no gubernamentales.

En cuanto a la parte del ciclo que incumbe a los donantes, cabe decir que es reducido el número total de funcionarios con responsabilidad específica de salud (aproximadamente 200) cuando se lo compara con el cuadro orgánico de los organismos de las Naciones Unidas y, en especial, de la OMS, que cuenta con casi 2 500. De los 18 donantes bilaterales más importantes, 12 carecen de representantes de salud en el terreno y nueve de recursos profesionales de salud en la sede.

En parte por estas circunstancias, y teniendo en cuenta la existencia de muchas excepciones en la práctica, las principales restricciones que gravitan sobre la aceleración de la corriente de asistencia internacional de financiamiento se pueden caracterizar del siguiente modo:

- La mayor parte de los ministerios de salud carece de capacidad profesional para identificar las necesidades, determinar los requerimientos que se han de satisfacer con recursos internos o externos, formular propuestas para la financiación externa y justificarlas ante las comisiones nacionales de planificación u otras autoridades en competencia con otros sectores.
- Los representantes de organizaciones multilaterales y bilaterales externas rara vez están orientados a ayudar a los gobiernos a dar rápido trámite a las solicitudes nacionales en el sector de la salud, por oposición a los proyectos específicos de desarrollo.
- Los representantes de la OMS, a pesar de su responsabilidad constitucional hacia sus respectivos ministerios de salud, en general se dedican más activamente a ejecutar proyectos específicos de la OMS y limitan así su capacidad para apoyar

nuevas actividades y movilizar recursos externos.

- Los gobiernos receptores, según el nivel de desarrollo de sus países, con frecuencia tropiezan con significativas dificultades de administración para desembolsar y utilizar eficazmente los recursos externos.

- Los gobiernos receptores y sus asesores internacionales residentes con frecuencia no están al tanto del número de posibles fuentes externas de asistencia de financiamiento.

- Los donantes, en ocasiones, no tienen información oportuna sobre los programas de salud y de las necesidades de financiamiento de los países receptores.

### *Estructura institucional*

Dentro de los países u organizaciones donantes, ¿dónde está ubicada la responsabilidad oficial de la cooperación en salud? El órgano competente, con pocas excepciones, parece ser el ministerio de relaciones exteriores. En el caso de bancos y fondos multilaterales y de las organizaciones de las Naciones Unidas, dicha responsabilidad corresponde a una asamblea constituyente o a un consejo de administración.

La administración del financiamiento y programación oficiales bilaterales corre, por lo general, por cuenta de organismos semiindependientes de cooperación para el desarrollo, como, por ejemplo, la Autoridad Sueca de Desarrollo Internacional que depende de su ministerio de relaciones exteriores (u órgano equivalente) a los fines del control sustantivo y presupuestario.

Como ya se ha indicado, el cuadro profesional de salud en las sedes de los organismos donantes es limitado y más limitado aún es el número de sus representantes residentes en los países que cooperan. Algunos países donantes, sin embargo, proporcionan un número sustancial de perso-

nal consultivo técnico que se desempeña en proyectos específicos de cooperación.

Como la mayoría de los organismos donantes dependen de los ministerios de relaciones exteriores, solo se encontró dos donantes que utilizaban ordinariamente los servicios de sus ministerios de salud. Esta distinción institucional entre las funciones de los ministerios de relaciones exteriores y de salud puede explicar por qué el mensaje de la Asamblea Mundial de la Salud y sus comités regionales, donde están representados los ministerios de salud, se comunica insuficientemente a los ministerios de relaciones exteriores de los países donantes que tienen facultades y responsabilidades de administración en cuanto a la cooperación para el desarrollo. Prueba de ello es la observación de que la mitad de los 16 donantes visitados estaban familiarizados solo marginalmente con la justificación o urgencia de la iniciativa vinculada con la meta de salud para todos. Este hallazgo indica que los ministerios de salud de los países donantes (u órganos equivalentes) deben asumir una función más activa de representación de los intereses de la meta de salud para todos ante las autoridades internacionales de desarrollo de sus países respectivos.

### *Perspectivas de los donantes en cuanto a la meta de salud para todos en el año 2000*

Existe un consenso sustantivo entre los donantes entrevistados en cuanto a los requisitos y a la conveniencia del apoyo para mejorar las condiciones de salud nacionales en los países en desarrollo. De hecho, muchos donantes han proporcionado apoyo sustantivo y programático a un método basado en las necesidades humanas básicas muchos años antes de la Conferencia de Alma Ata de 1978.

Por otro lado, la programación organizada e identificable por separado en apoyo específico de la meta de salud para todos

no es todavía una característica de muchas de las actividades de los donantes. Esto se debe en parte a que ya existen componentes de salud para todos en otras categorías de cooperación para la salud. Si bien en principio no existen restricciones que conspiran contra un contenido más identificable de salud para todos, al parecer las organizaciones donantes oficiales no siempre están tan informadas respecto del contenido de salud para todos como sus colegas en el ministerio de salud en el mismo país. A fin de planificar de manera efectiva un mayor apoyo técnico y financiero para lograr esta meta, estos organismos donantes aceptarían con agrado una colaboración más estrecha con sus colegas del ministerio de salud en los trabajos de la OMS y su Asamblea. A este respecto, tal vez los ministerios de salud desearían desempeñar un papel más activo para promover y fortalecer el cumplimiento de los compromisos de sus países mediante una cooperación y planificación interministeriales conjuntas.

Los organismos donantes indicaron que estaban dispuestos a proporcionar apoyo adicional siempre que hubiera una solicitud oficial de los países necesitados. No obstante, dichos organismos, a quienes incumbe la autorización oficial y la responsabilidad financiera de administrar las actividades de cooperación en salud, han formulado toda una gama de preguntas acerca de la ejecución en lo que se refiere a lograr la salud para todos, incluidas las siguientes:

- ¿Están bien definidas las metas de salud para todos?
- ¿Están sujetas a interpretación errónea, en particular en lo que se refiere a los beneficios esperados, las definiciones emanadas de la Asamblea?
- ¿Es probable que haya un mejoramiento en salud sin una inversión concurrente en el desarrollo general?
- ¿Existen experiencias documentadas y evaluadas en qué basar las expectativas para el año 2000?

### *Planteamientos sobre la aceleración del financiamiento y la colaboración*

Durante el pasado decenio los organismos de financiación externos han colaborado en esfuerzos conjuntos para acelerar el proceso y la disponibilidad de recursos con destino al desarrollo general, incluido el sector de la salud. Sin embargo, no se ha prestado atención especial a los esfuerzos sistemáticos y específicos de los donantes por acelerar la programación en salud, por oposición al desarrollo general. Esto se ha debido sobre todo al enfoque oficialmente reconocido en cuanto a la interdependencia entre la salud y el desarrollo económico general, que ha creado la necesidad de acelerar el apoyo en muchos sectores del desarrollo. Cabe preguntarse, por lo tanto, si puede llevarse a cabo una estrategia de salud para todos en ausencia de una estrategia concurrente para acelerar el desarrollo general.

En cuanto al objetivo de la salud para todos *per se* existe un consenso sustantivo respecto a la necesidad de aceleración, si bien hay discrepancias de opinión en cuanto al ritmo al cual podría lograrse esa meta. Asimismo, existe un consenso en el sentido de que la combinación de recursos de los donantes y de los países receptores es adecuada para atender las necesidades mínimas de la atención primaria de salud, siempre que puedan establecerse mecanismos aceptables de movilización de los recursos necesarios.

Entre las principales restricciones que gravitan en la actualidad sobre las tasas de desembolso y utilización en los países receptores se observan las siguientes:

- una deficiente identificación y preparación de proyectos;
- una deficiente defensa de los proyectos de salud en relación con las demandas de otros sectores;
- un esfuerzo insuficiente por obtener la aprobación de la comisión nacional de planificación, y

- una limitada continuidad de la planificación autónoma en el sector de la salud.

Entre las restricciones importantes que gravitan sobre la aceleración del financiamiento dentro de las organizaciones donantes figuran las siguientes:

- la diversidad de los procedimientos de aprobación;
- el número limitado de personal de salud con formación multisectorial, y
- la restringida cooperación sistemática entre los donantes en pro de objetivos comunes en salud.

Los donantes reconocen que la cooperación entre donantes y receptores es esencial para mejorar la asistencia. Sin embargo, la responsabilidad por la aceleración en el sector salud corresponde sin duda a los países receptores, a los cuales incumbe la determinación de sus propias actividades de salud. La proporción más elevada de recursos de financiamiento disponibles en el plano mundial para apoyar la salud para todos corresponde a los recursos disponibles dentro de los países receptores mismos. La efectividad y calidad de la ayuda externa dependen, en consecuencia, de la calidad de la planificación y el grado de compromiso de los países receptores.

Otros puntos importantes que deben reconocerse son que para que haya una aceleración de gran volumen en la asistencia externa, las necesidades de salud deben planificarse como parte integral de las necesidades de desarrollo general, y que una respuesta eficaz por parte de los donantes requiere que las propuestas sean presentadas por las autoridades de planificación del desarrollo del país receptor, u órganos equivalentes.

De igual modo, la ausencia de un sistema internacional de movilización de recursos para la salud hace necesario que se investiguen a fondo nuevas modalidades de colaboración entre donantes y receptores.

Por consiguiente, para la aceleración de recursos externos cabe pensar en algunos requerimientos tanto para los países receptores como para los donantes. En el caso de los primeros se necesitarían las siguientes acciones:

- Mejorar la calidad de la planificación y administración del sector salud mediante capacitación, experiencia e intercambio de informaciones entre países y organizaciones internacionales.

- Definir más explícitamente el compromiso nacional con la meta de salud para todos.

- Mantenerse debidamente informado de las posibles fuentes mundiales de cooperación técnica y financiera externa.

- Identificar proyectos específicos que sean congruentes con la planificación del desarrollo nacional.

- Mejorar la calidad de la preparación de proyectos, incluida su justificación, en relación con otros sectores del país.

- Tramitar las propuestas por conducto del organismo nacional de desarrollo como canal primario para los aumentos importantes de los recursos externos.

- Participar, junto con las organizaciones de financiamiento externas, en actividades destinadas a racionalizar la asignación de recursos para la meta de salud para todos.

- Aprovechar integralmente la asistencia de la OMS, el UNICEF y el PNUD en la formulación de programas y en la identificación, preparación y justificación de proyectos.

- Participar en la elaboración y empleo de un nuevo sistema internacional a fin de establecer una concurrencia más racional entre las necesidades y los recursos potenciales.

- Aprovechar mejor los recursos que se pueden obtener fácilmente de donantes externos, para la preparación de proyectos.

De manera similar, las acciones necesarias por parte de las organizaciones donantes para acelerar sus actividades de cooperación deberán incluir las siguientes:

- Emprender la tarea de dar nueva capacitación a personal y a asesores internacionales a fin de orientarlos hacia, a) la relación entre salud y desarrollo; b) la preparación y justificación de programas; c) los procedimientos de los programas de los donantes; d) los posibles recursos de donantes y países receptores, y e) los procedimientos de intercambio de información.

- Alentar y apoyar un nuevo y más positivo papel de los organismos de las Naciones Unidas al nivel de los países con objeto de asistir a los gobiernos en la identificación, justificación y presentación de programas de salud.

- Evaluar el potencial de las ventajas comparativas de la OMS como un instrumento para la aceleración de proyectos. Habida cuenta del gran volumen de asistencia externa que se necesita, los donantes perciben que la ventaja comparativa de la OMS radica en que puede ayudar a los países solicitantes en la evaluación de necesidades y la preparación y aprobación de proyectos en el plano nacional. Los donantes bilaterales y otros donantes están en una posición relativamente ventajosa para dirigir las negociaciones de proyectos a nivel de país y ejecutar proyectos bien preparados (con la cooperación permanente de la OMS al nivel de proyectos).

- Establecer un sistema mutuamente aceptable para el intercambio regular de información sobre necesidades, recursos, programas y financiamiento.

- Analizar, junto con los receptores, opciones para aumentar la eficiencia de la utilización de recursos.

- Elaborar, de manera conjunta con los receptores, un nuevo mecanismo mundial de carácter sistemático para establecer una concurrencia entre las necesidades y los recursos.

### *Planteamientos sobre la función de la OMS*

La Organización Mundial de la Salud continúa gozando de elevada reputación por su prestigio técnico, neutralidad política e iniciativa programática en apoyo de las prioridades mundiales de salud. Los representantes de los donantes ven con beneplácito que la OMS, con el consentimiento de los gobiernos, proporcione orientación fundamental a estos en la planificación del sector salud, la identificación de necesidades, la preparación y presentación de proyectos y la definición de las necesidades de financiamiento externo. Por otra parte, los donantes a los cuales competen importantes responsabilidades de programación y ejecución en relación con el uso de recursos para el desarrollo, conforme a las autorizaciones de sus órganos legislativos y consejos de administración, se preguntan si la OMS estaría también dispuesta a cumplir funciones distintas de las funciones tradicionales de asesoramiento técnico y coordinación con objeto de catalizar y acelerar la financiación del desarrollo con destino a los objetivos de salud. Por ejemplo, se han planteado los interrogantes siguientes:

- ¿Puede la OMS distribuir información sobre experiencias adquiridas en modalidades "efectivas" en atención primaria de salud?

- ¿Podría la OMS dar la capacitación necesaria respecto de la salud y el desarrollo para reorientar al personal nacional e internacional que se ocupa de la meta de salud para todos?

- ¿Está la OMS dispuesta a revisar su propia estructura institucional a fin de allegar el tiempo, la atención y el personal necesarios para la movilización de recursos financieros?

- ¿Está la OMS dispuesta a actuar en calidad de foco mundial para recopilar, analizar y distribuir datos programáticos y financieros de los donantes y receptores?

• ¿Estaría la OMS dispuesta a tramitar las solicitudes de los gobiernos con celeridad suficiente para atender las necesidades de preparación de proyectos antes de la caducidad anual de los fondos de los donantes?

Estos interrogantes, formulados de buena fe, no afectan la disposición básica de los donantes de aceptar a la OMS como foco coordinador apropiado para la movilización de recursos con destino a la salud para todos. Los donantes tienen conciencia de sus propias limitaciones en lo que concierne a dar un carácter expeditivo a la planificación de salud al nivel de los países, y las preguntas y reservas que tienen reflejan su propia responsabilidad por los compromisos de programación de los recursos de desarrollo. Estas preguntas y reservas reflejan también la incertidumbre que abrigan en cuanto a que la OMS, que carece de una responsabilidad constitucional por la coordinación del desarrollo, pudiera estar en condiciones de comprometerse institucionalmente a proporcionar el personal necesario e introducir cambios funcionales para influir de manera significativa en la corriente mundial para la meta de salud para todos.

### **Recomendaciones relativas a un sistema mundial de movilización de recursos**

#### *Consideraciones básicas*

La recomendación central del presente estudio es que la aceleración significativa del mejoramiento de la salud internacional en los próximos 20 años requerirá un sistema de movilización de recursos más formalizado y sistemático que el que ahora existe. Esta recomendación da por supuesto que los Estados Miembros de la OMS convienen ya en los siguientes puntos:

- Que la salud es un componente intrínseco del desarrollo.
- Que la meta de salud para todos en el año 2000 es de alta prioridad.

• Que se necesita acelerar el flujo de recursos para que se pueda llevar a cabo con éxito la meta de salud para todos;

• Que el intercambio regional y mundial de información sobre necesidades y recursos es esencial para la planificación de la salud para todos.

• Que es esencial contar con un mecanismo mundial de movilización de recursos.

• Que a la OMS le incumbe una responsabilidad constitucional para establecer los mecanismos necesarios de cooperación en sustento de los objetivos de la Asamblea Mundial de la Salud.

Otra consideración básica es que aproximadamente el 90% de los recursos externos mundiales con destino a la salud se derivan de fuentes distintas de la OMS. De manera más específica, las fuentes preponderantes de recursos externos para la salud son donantes que proporcionan fondos multisectoriales para el desarrollo. Además, en todo nuevo marco de cooperación se debe tener en cuenta que ninguna fuente singular o institución internacional tiene facultades de carácter constitucional para la utilización y coordinación mundial de los recursos disponibles para el desarrollo.

Aunque el consenso internacional confirma que la OMS debería desempeñar la función catalizadora principal en la movilización de recursos para la salud, el éxito de un programa mundial requerirá la más completa colaboración de todas las fuentes de cooperación para el desarrollo—instituciones multilaterales, donantes bilaterales, otros organismos gubernamentales, y organizaciones privadas y voluntarias—que necesariamente deben responder ante sus propias autoridades constitucionales y ante sus copartícipes en la cooperación.

Una ventaja fundamental de la OMS, en comparación con otras instituciones internacionales de carácter bilateral y multilateral, es su distribución universal y su amplia plantilla profesional. Para establecer un sistema mundial de movilización de recursos bajo los auspicios de la OMS,

habría que atender a las siguientes necesidades:

- Establecer un sistema de administración de datos para identificar los recursos de los donantes destinados a la salud.
- Establecer un sistema de administración de datos para identificar las necesidades y los recursos de los países receptores.
- Analizar y racionalizar el flujo de recursos.
- Movilizar recursos mediante la concurrencia de las necesidades con los recursos potenciales.
- Impartir capacitación para la movilización de recursos.

#### *Arreglos administrativos*

En vista de la gran variedad de fuentes de fondos externos para la salud (fuentes en su mayor parte orientadas hacia el desarrollo), el núcleo de un nuevo sistema podría ser un grupo consultivo de donantes, receptores y organizaciones internacionales convocado por el Director General de la OMS.<sup>7</sup> El grupo incluiría a representantes de donantes potenciales (organismos multilaterales, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales) así como a representantes de países receptores organizados por regiones geográficas.

Aunque el grupo consultivo propuesto se reuniría una o dos veces por año, los trabajos del sistema de movilización de recursos se asignarían a una estructura oficial caracterizada por una Secretaría con dedicación exclusiva en la sede de la OMS en Ginebra, dependencias similares de apoyo en las oficinas regionales de la OMS, y personal de las Naciones Unidas y de la OMS, especialmente capacitado, al nivel de los países.

La Secretaría se establecería bajo la de-

pendencia directa del Director General de la OMS. Sin embargo, a fin de reflejar la función consultiva y cooperativa de la OMS en un contexto de múltiples donantes y países, y con la mira de promover la movilización de recursos, la relación de la Secretaría con el Director General deberá ser de naturaleza tal que evite la percepción de que la cooperación financiera internacional con destino a la salud para todos sea un programa interno de la OMS. En cada oficina regional de la OMS, bajo la dependencia del Director General, se establecerían secretarías o dependencias de movilización de recursos de carácter similar.<sup>8</sup>

Las funciones de la Secretaría en la sede de la OMS en Ginebra incluirían la preparación y actualización de directrices para lo siguiente: sistemas de información de donantes y receptores; análisis y racionalización de las necesidades y recursos mundiales; concurrencia de recursos y necesidades; movilización de recursos; adiestramiento, y evaluación.

Otras funciones incluirían la recopilación sistemática de datos de los recursos y programas de los donantes, el análisis y la compatibilización de las necesidades interregionales de salud para todos basados en las solicitudes de los países miembros, el análisis de las necesidades regionales en relación con los recursos potenciales, la asistencia a los países miembros en la preparación de programas financiables, el fortalecimiento de las negociaciones entre los países receptores potenciales y las fuentes externas de recursos y la capacitación de personal regional y nacional de la OMS y de organismos distintos de esta.

Todos estos arreglos administrativos se sustentan en el contexto original de que las funciones de coordinación de la OMS requieren que se promueva de manera sis-

<sup>7</sup> A partir de 1980, el Director General de la OMS autorizó que un Grupo de Recursos de Salud para la Atención Primaria de Salud celebrara reuniones periódicas en Ginebra.

<sup>8</sup> En la Organización Panamericana de la Salud la movilización de recursos es una función de la Coordinación de Relaciones Externas.



temática la cooperación entre los representantes de todas las fuentes externas de financiamiento, mediante consultas en los planos regionales y nacionales de la sede de la OMS. Ejemplos de estos arreglos administrativos se encuentran en el informe de este estudio (4).

Habida cuenta de la función constitucional que cabe a la OMS en lo relativo a fomentar la coordinación y del requisito especial de que la OMS dé su apoyo a la meta de salud para todos con carácter de "máxima prioridad", la movilización de recursos podría considerarse como una actividad central de la Organización. En consecuencia, fondos no muy grandes para las actividades de la Secretaría podrían provenir legítimamente del presupuesto ordinario de la OMS o, en su caso, de un fondo fiduciario creado al efecto al cual podrían contribuir los donantes y las organizaciones internacionales participantes.

Aceptando que la administración y programación de aproximadamente \$ 3 000 millones de fondos vinculados con el desarrollo continuara siendo la responsabilidad primaria de los diversos organismos patrocinadores de carácter multilateral o bilateral, de organizaciones no gubernamentales y del sistema de las Naciones Unidas, no sería necesario que el nuevo sistema de movilización coordinado bajo el auspicio de la OMS administrara los fondos existentes o los fondos nuevos, a excepción de un pequeño fondo administrativo para las actividades "catalizadoras" y de la Secretaría. Si bien la creación de un nuevo sistema de este tipo requeriría la reorientación del personal (nacional e internacional) para el desempeño de las nuevas funciones, no sería necesario aumentar de manera significativa el número del personal consultivo técnico.

Por lo tanto, el sistema propuesto sería fundamentalmente un sistema de administración y análisis de datos para identificar necesidades y fuentes de financiamiento, y para catalizar, facilitar y promover la

aceleración de las corrientes de recursos. En esencia es un sistema de planificación estratégica diseñado para garantizar que la meta de salud para todos reciba el apoyo financiero y administrativo necesario.

Las actividades de la Secretaría no entrañarían duplicación de esfuerzos o competencia con otras categorías de programas de la OMS que están siendo financiados en la actualidad. La medida del progreso alcanzado será la tasa y distribución del flujo de recursos externos con destino a la meta de salud para todos, con prescindencia de la fuente o la organización patrocinadora. La evaluación de ese progreso será una función compartida por los donantes, los receptores y los organismos internacionales interesados.

## Resumen

¿Es factible esperar que puedan mobilizarse los suficientes recursos externos de financiamiento para complementar el apoyo de los países a los objetivos aprobados de la OMS para el año 2000? ¿Cuál es la situación actual de la cooperación de financiación externa en el sector salud? ¿Qué puede hacerse para acelerar el flujo de la cooperación externa?

Un estudio de 16 fuentes oficiales de cooperación financiera internacional seleccionadas se llevó a cabo en 1979 y 1980. Mediante la consulta directa y la revisión de publicaciones se realizó un esfuerzo para evaluar las políticas, programas y proyectos en apoyo de las metas internacionales de salud establecidas.

Dicho estudio mostró que aproximadamente el 90% de los fondos del sector externo para la salud se recaban de organismos orientados hacia el desarrollo. Las instituciones principales que proporcionan esta cooperación concuerdan en que no debe excluirse *a priori* ningún sector, incluido el de la salud, siempre y cuando el país solicitante comunique sus propuestas

a través de los organismos adecuados de planificación nacional para el desarrollo. Se encontró también que las organizaciones estudiadas apoyaban programas relacionados con la salud en todas las regiones geográficas de la OMS.

Por otro lado, en un análisis de 30 organizaciones de financiamiento externo, solo cinco notificaron que proporcionaban asistencia para la salud a más de la mitad de los países donde aportaban recursos para el desarrollo general. Los donantes entrevistados consideraron que esto se debe a que en las solicitudes oficiales de asistencia externa (aprobadas por los organismos nacionales de desarrollo) no se ha dado suficiente prioridad a la identificación y preparación de las propuestas de salud y ha sido limitada su presentación a los organismos internacionales.

En 1979, el financiamiento de la asistencia concesionaria para el desarrollo fue aproximadamente de US\$ 29 900 millones, de los cuales \$ 24 200 millones provinieron de los 17 países industrializados más importantes, \$ 4 700 millones de los países de la OPEP y menos de \$ 1 000 millones de los países de Europa Oriental. Aproximadamente dos tercios de esa asistencia se administra de manera bilateral y solo un tercio de ella se canaliza a través de instituciones multilaterales. El sistema de las Naciones Unidas recibe únicamente el 12% de los recursos de financiamiento de la asistencia concesionaria.

En 1979, el financiamiento de dicha asistencia para la salud alcanzó una suma calculada en \$ 3 000 millones, de los cuales aproximadamente un 10% corres-

pondió a la OMS y sus oficinas regionales. Se prevé que en el futuro el financiamiento internacional para la salud en los países en desarrollo continuará proviniendo sobre todo de recursos para el desarrollo de instituciones públicas y privadas de manera directa y no a través de la OMS o de organismos del sistema de las Naciones Unidas.

A este respecto, es importante reconocer que cada donante tiene un ciclo de programación específico y que sus estructuras de organización, así como el cuadro del personal profesional de salud, presentan grandes diferencias de un país a otro. También es importante que los ministerios de salud de los países receptores conozcan mejor el proceso de programación para definir sus necesidades de salud, formular y justificar propuestas, y obtener la aprobación de sus propias comisiones nacionales de planificación.

Otro punto significativo es que los organismos que proporcionan asistencia externa consideran factible la posibilidad de acelerar el proceso de financiamiento mediante la reducción de los obstáculos que existen en el proceso de programación de los países receptores, y opinan que dicha aceleración es necesaria. Sin embargo, de manera general, tal parece que se necesitaría un sistema más organizado de movilización de recursos de financiación internacionales a fin de lograr un apoyo adecuado para la meta de salud para todos en el año 2000. Este sistema, descrito en detalle en el informe completo en que se basa el presente estudio, se discute brevemente en esta presentación. ■

## REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. *Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000*. Ginebra, 1979. (Serie Salud para Todos 2.)
2. Organización Mundial de la Salud. *Alma-Ata 1978: Atención primaria de salud*. Ginebra, 1978. (Serie Salud para Todos 1.)
3. Howard, L. M. What are the financial resources for "HFA 2000". *World Health Forum* 2(1):23-29, 1981.

4. Howard, L. M. *A New Look at Development Cooperation for Health: A Study of Official Donor Policies, Programmes, and Perspectives in Support of Health for All by the Year 2000*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1981.
5. Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. *Development Cooperation, 1978 Review*. Declaración de los miembros del CAD sobre cooperación para el desarrollo económico y satisfacción de las necesidades humanas básicas. París, 1978.
6. Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. *Development Cooperation, 1979 Review*. París, 1979.
7. Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. *Development Cooperation, 1980 Review*. París, 1980.
8. Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. *Compendium of Aid Procedures*. París, 1981.

### International sources of financial cooperation for health in developing countries (Summary)

Is it realistic to expect that sufficient external financial resources can be mobilized to supplement national support for approved WHO objectives by the year 2000? What is the current status of external financial cooperation in the health sector? What could be done to accelerate the rate of external support?

A study of 16 selected official sources of international financial cooperation was carried out in 1979 and 1980. By direct consultation and review of published sources, an effort was made to assess the policies, programs, and prospects for support of established international health goals.

This study demonstrated that approximately 90% of the external health sector funds are provided via development-oriented agencies. The major agencies providing such assistance agree that no sector, including health, should be excluded *a priori*, providing that the requesting country conveys its proposals through the appropriate national development planning authority. Also, the agencies included in the study were found to be supporting health-related programs in all the geographic regions of WHO.

On the other hand, an associated review of 30 external funding agencies showed that only five reported providing health assistance in more than half of the countries where they provided assistance for general development purposes. Interviewed sources ascribe this to the limited manner in which health proposals have been identified, prepared, and forwarded

(with national development authority approval) to international agencies.

In 1979, concessional development financing totaled approximately US\$ 29,9 billion, \$ 24,2 billion being provided by 17 major industrial countries, \$ 4,7 billion by OPEC countries, and less than \$ 1 billion by the countries of Eastern Europe. Approximately two-thirds of such concessional financing is administered bilaterally, only one-third passing through multilateral institutions. United Nations agencies receive only 12% of these total concessional development financing resources.

In 1979, concessional funding for health totaled approximately \$ 3 billion, approximately one tenth of which was administered by WHO and its regional offices. It is anticipated that future international funding for health in developing countries will continue to come primarily from public and private development institutions directly, rather than being passed through WHO or United Nations channels.

In this regard, it is important to recognize that each donor has a very specific programming cycle, and that donors' organizational structures and professional health staffs vary greatly. It is also important for the ministries of health of recipient countries to become more familiar with the processes of program identification, proposal preparation, and proposal justification within the context of their own national planning commissions' approval procedures.

Another significant point is that agencies providing external assistance perceive the possibility of expediting the funding process by reducing constraints on program processing that exist in the recipient countries, and they feel that reduction of such constraints is needed. Overall, however, it would appear

that a more organized system for mobilizing international financial assistance will be needed if appropriately expeditious support for the goal of health for all by the year 2000 is to be provided. Such a system, described more fully by the complete report of this study, is discussed briefly in the foregoing presentation.

### Fontes internacionais de cooperação para o financiamento da saúde nos países em desenvolvimento (Resumo)

Seria realista esperar que se possam mobilizar suficientes recursos externos de financiamento para complementar o apoio nacional dado pelos países aos objetivos aprovados pela OMS para o ano 2000? Qual é a situação atual da cooperação de financiamento externo no setor saúde? Que se poderia fazer para acelerar o fluxo da cooperação externa?

Fez-se um estudo de 16 fontes oficiais de cooperação financeira internacional em 1979 e 1980. Através de consultas diretas e exame de fontes de informação publicada fez-se um esforço para avaliar as políticas, programas e expectativas de apoio esperado para atingir as metas de saúde internacional já fixadas.

O estudo evidenciou que aproximadamente 90% dos recursos externos para o setor saúde provêm de organizações encaminhadas para o desenvolvimento. As principais instituições que proporcionam esse tipo de ajuda estão de acordo que nenhum setor, inclusive o de saúde, deveria ficar excluído *a priori* do auxílio que porventura proporcionem elas, desde que o país requerente submeta suas propostas através da autoridade competente dentro da esfera de planejamento do desenvolvimento nacional. Comprovou-se também que as entidades incluídas no estudo já estavam prestando assistência a programas relacionados com a saúde em todas as regiões geográficas da OMS.

De outra parte, um exame que procurou relacionar 30 instituições de financiamento externo revelou que apenas cinco delas declararam dar assistência no campo da saúde em mais da metade dos países aos quais ajudavam em planos de desenvolvimento num sentido geral. Fontes entrevistadas atribuem esse fato à maneira limitada pela qual as

propostas de assistência à saúde se identificam, elaboram e são transmitidas (prévia aprovação das autoridades nacionais para o desenvolvimento) aos organismos internacionais.

Em 1979 o financiamento da assistência concessionária para o desenvolvimento foi de aproximadamente US\$ 29,9 bilhões dos quais \$ 24,2 bilhões provinham dos 17 países mais altamente industrializados, \$ 4,7 bilhões dos países da OPEP e menos de \$ 1 bilhão dos países da Europa Oriental. Uns dois terços dessa assistência se administra de maneira bilateral e só um terço se canaliza através de instituições multilaterais. O sistema das Nações Unidas recebe somente 12% dos recursos de financiamento da assistência concessionária.

Em 1979 o financiamento dessa assistência para a saúde atingiu um montante estimado de \$ 3 bilhões dos quais aproximadamente 10% correspondeu à OMS e suas oficinas regionais. Prevê-se que no futuro o financiamento internacional continuará tendo origem em recursos para o desenvolvimento de instituições tanto públicas como privadas de maneira direta ou não, através da OMS, bem como de organismos do sistema das Nações Unidas.

É importante reconhecer que cada doador tem um ciclo de programação específico e que as suas estruturas de organização bem como o quadro do pessoal profissional de saúde são muito diferentes de um país para outro. É importante também que os ministérios da saúde dos países receptores conheçam mais a fundo o processo de programação para definir melhor suas necessidades de saúde, formular e justificar solicitações e obter aprovação de suas próprias comissões nacionais de planejamento.

É significativo também considerar que os organismos que proporcionam assistência externa, consideram exequível a possibilidade

de acelerar o processo de financiamento mediante o decréscimo do número de obstáculos que surgem no processo de programação dos países receptores e opinam que é necessária essa aceleração. Não obstante, e de uma maneira geral, necessitar-se-ia um sistema mais bem organizado para a

mobilização dos recursos internacionais de financiamento para conseguir um apoio adequado e atingir a meta de saúde para todos no ano 2000. Esse sistema pormenorizado no relatório completo sobre o qual se baseia o presente estudo, é o que brevemente se discute nesta apresentação.

### **Sources internationales de coopération financière pour la santé dans les pays en développement (Résumé)**

Dans quelle mesure est-il possible d'espérer la mobilisation de ressources étrangères suffisantes pour apporter un appui financier à la réalisation des objectifs de santé des pays en développement pour l'an 2000 déjà approuvés par l'OMS? Quelle est aujourd'hui l'importance de la coopération financière extérieure dans le secteur de la santé? Quelle action peut être envisagée pour promouvoir l'afflux de coopération financière extérieure?

En 1979 et 1980, 16 sources officielles de coopération financière internationale ont fait l'objet d'étude. Au moyen d'entrevues et de la révision de publications il a été tenté d'évaluer les politiques, programmes et projets conçus pour favoriser la réalisation des objectifs internationaux établis en matière de santé.

Il a ressorti de cette étude que 90% environ des ressources étrangères mises à la disposition du secteur santé provenaient d'organismes ayant pour orientation le développement général. Les principales institutions qui assurent cette coopération recommandent de n'exclure *a priori* aucun secteur, notamment le secteur santé, à condition toutefois que le pays demandeur communique ses projets par l'intermédiaire des organismes nationaux de planification pour le développement. Il a ressorti également que ces mêmes institutions appuyaient des programmes sanitaires dans toutes les régions géographiques de l'OMS.

Par ailleurs, l'analyse de l'aide accordée par 30 organismes de financement extérieur a révélé que seulement cinq d'entre eux financent des programmes de santé dans plus de la moitié des pays auxquels ils fournissent des ressources destinées au développement général. Les donateurs interrogés attribuent cette circonstance au fait que dans les demandes officielles d'aide extérieure

(approuvées par l'autorité nationale de développement) les programmes sanitaires ne figurent pas en priorité et ne sont dûment exposés aux organismes internationaux.

En 1979, le financement accordé pour le développement a atteint environ US\$ 29 900 millions, dont \$24 200 millions provenaient des 17 pays industrialisés les plus importants, \$ 4 700 millions des pays membres de l'OPEP et moins de \$ 1 000 millions des pays d'Europe orientale. Les deux tiers environ de cette aide sont gérés bilatéralement et un tiers seulement est canalisé para des institutions multilatérales. Le système des Nations Unies ne reçoit que 12% des ressources de financement de l'aide concessionnaire.

Le financement de cette aide en 1979 aurait atteint \$ 3 000 millions dont 10% approximativement correspondaient à l'OMS et à ses bureaux régionaux. Il est à prévoir qu'à l'avenir le financement international destiné à la santé dans les pays en développement proviendra en majeure partie de ressources directement fournies par des institutions publiques et privées à l'appui du développement général, et non de l'OMS ni des organismes du système des Nations Unies.

A ce sujet il y a lieu de signaler que tout organisme donateur a un cycle de programmation spécifique et que ses structures administratives ainsi que ses personnels professionnels de santé diffèrent profondément d'un pays à l'autre. Et il est non moins important de dire que les ministères de la santé des pays récepteurs devraient être parfaitement informés des processus de programmation pour définir leurs nécessités, formuler et justifier leurs projets et obtenir de la sorte l'approbation des commissions nationales de planification.

Autre point important c'est que les organismes qui fournissent une aide extérieure envisagent la possibilité d'accélérer le processus de financement en écartant les obstacles qui retardent la programmation des pays récepteurs, bien convaincus que cette accélération est nécessaire. D'une façon générale, il semble cependant que s'impose

désormais l'instauration d'un système de mobilisation des ressources internationales de financement mieux organisé afin d'appuyer efficacement la réalisation de l'objectif de santé pour tous d'ici l'an 2000. Minutieusement décrit dans le rapport sur lequel est basée cette étude, ce système a fait l'objet de cette brève discussion.

### VIGILANCIA DE LA RUBEOLA

En 1982 se notificaron en Costa Rica 351 casos de rubéola, es decir, casi el 60% más que en 1981. Durante el primer semestre del año, el número de casos fue aproximadamente igual a los notificados en los cinco años anteriores, mientras que en el segundo semestre hubo un aumento en las notificaciones semanales por encima de la media para esos cinco años, lo que indicaba un pequeño brote epidémico. Sin embargo, las notificaciones semanales nunca excedieron los 21 casos notificados durante la primera semana de diciembre de 1982 y el brote epidémico fue mucho menos significativo que el que se observó en 1974-1975, período en el que las notificaciones semanales llegaron a los 120 casos. En 1982, el 58% de los casos notificados correspondieron a niños menores de cinco años. La tasa por 100 000 habitantes fue más alta entre los niños menores de un año (92); disminuyó a 33 por 100 000 niños en el grupo de 1 a 4 años de edad; a casi 15 en el grupo de 5 a 9 años, y no llegó a 10 casos en los grupos de niños de más edad. El número de casos entre los varones fue aproximadamente el doble que entre las niñas en los grupos de edad de 5 a 9 y de 10 a 14 años. La distribución según el sexo fue más uniforme en los otros grupos de edad. Hubo 57 casos entre las mujeres en edad fértil, y dos de ellas estaban embarazadas. Una abortó naturalmente y la otra contrajo la enfermedad en el octavo mes del embarazo, es decir, sin riesgo para el feto. La detección de nuevos casos de rubéola se continuará con la colaboración de pediatras y de ginecólogos. La mayoría de los casos (202) y la tasa más alta por 100 000 habitantes (24) se encontraron en la región central, sobre todo en la capital donde se registraron 76 casos. La tasa más baja se observó en la región de Brunca. (Organización Mundial de la Salud, *Wkly Epidemiol Rec* 58(33):255, 1983.)