



Discusiones

Técnicas



Washington, D. C.
Septiembre-Octubre 1969

Tema 18 del proyecto de programa

CD19/DT/1 (Esp.)
12 septiembre 1969
ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD

INDICE

| | <u>Página</u> |
|--|---------------|
| I. Antecedentes | 1 |
| II. Resumen y conclusiones | 2 |
| III. Problemas de financiamiento derivados de la estructura institucional del sector salud | 5 |
| IV. Integración del financiamiento del sector salud al proceso de desarrollo nacional | 10 |
| V. Fuentes y técnicas de movilización de recursos para el financiamiento de las instituciones componentes del sector salud | 17 |
| VI. Evaluación de la capacidad operativa para absorber financiamientos adicionales | 29 |
| VII. Planteamiento de algunas proposiciones viables para ampliar las bases de financiamiento del sector salud | 30 |

ANEXO I

- I. El financiamiento de proyectos de ingeniería sanitaria
- II. Financiamiento de abastecimiento de agua rural

ANEXO II

Algunas consideraciones sobre el financiamiento de programas de nutrición y política alimentaria

ANEXO III

La tipificación de 22 países americanos

FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUDI. ANTECEDENTES

En la Reunión de Jefes de Estados Americanos celebrada en Punta del Este, Uruguay, del 12-14 abril de 1967, los Presidentes de los Estados Miembros de la Organización de los Estados Americanos declararon en el Capítulo V, que se refiere al Desarrollo Educacional, Científico y Tecnológico e Intensificación de los Programas de Salud, lo siguiente:

- "1. Ampliar, dentro del marco general de planificación, la preparación y ejecución de planes nacionales que fortalezcan las infraestructuras en el campo de la salud.
- "2. Movilizar los recursos internos y externos con el fin de satisfacer los requisitos del financiamiento de estos planes. En este sentido, instar al CIAP para que cuando le corresponda analizar el sector de la salud, dentro de los planes nacionales de desarrollo, tenga en cuenta los objetivos y necesidades indicados.
- "3. Instar a la Organización Panamericana de la Salud a que colabore con los Gobiernos en la preparación de los programas específicos correspondientes a estos objetivos."

En la Resolución Especial (Capítulo XVII) del Informe Final de la Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, celebrada en Buenos Aires, Argentina del 14-18 octubre de 1968, se recomendó que "los Gobiernos consideren la posibilidad de contribuir a la constitución de un fondo, cuyos ingresos se destinarían exclusivamente a programas de salud bajo la forma de créditos a largo plazo y bajo interés. La Organización Panamericana de la Salud quedaría encargada de estudiar la factibilidad de esta proposición."

En el Informe Final de la XVIII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud y el XX Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud, celebradas en Buenos Aires, Argentina del 21-25 octubre de 1968, se decidió incluir en los tópicos propuestos para discusión el tema "Financiamiento del Sector Salud".

Con base en los antecedentes citados, la Organización Panamericana de la Salud se ha abocado a la tarea de elaborar un documento que pudiera responder a los planteamientos específicos que motivaron la proposición del tema relativo al financiamiento del sector salud.

En un afán de orientar las discusiones en un campo tan vasto y complejo, se han señalado los temas generales que puedan contribuir al tratamiento adecuado de los problemas básicos y a la definición de la viabilidad de las soluciones que se propongan.

Por consiguiente los lineamientos generales del documento de trabajo, se han estructurado teniendo presente tanto las consideraciones anteriores como la necesidad de enfocar el problema del financiamiento del sector con un criterio integral, de tal manera que el análisis de sus diversos aspectos se realice en el contexto de las relaciones existentes entre éstos, así como respecto a las que se llevan a cabo entre el sector salud y los demás sectores a nivel nacional.

II. RESUMEN Y CONCLUSIONES

El financiamiento del sector salud en los diversos países del área americana constituye uno de los problemas más complejos que afectan al mismo y requiere análisis e investigación sistemáticos para encontrar su posible solución.

La identificación de los rasgos comunes que definen el problema se facilita con el análisis previo de una tipificación de los países de acuerdo al nivel de desarrollo en que se encuentran. Asimismo las características de la estructura del sector salud permiten destacar los problemas financieros derivados de la misma y que se originan en la rigidez y la atomización institucional, en la aplicación de métodos inadecuados para evaluación de programas, en la influencia de las estructuras políticas y en la composición institucional del sector, así como en la determinación de prioridades institucionales y la consiguiente asignación de recursos. También constituye un terreno adicional de implicaciones la compatibilización de los objetivos institucionales del sector con los definidos por la política del desarrollo nacional económico y social.

Los problemas de financiamiento están condicionados por la estructura del sector y la significación que tiene en cada país las instituciones que lo componen.

Los aspectos fundamentales del problema consisten en la determinación de los métodos de financiamiento del conjunto de instituciones y organismos que lo integran, especialmente la localización de las fuentes de recursos y los mecanismos que pueden utilizarse para su movilización.

Desde este punto de vista conviene distinguir entre los subsectores público y privado que tienen diferentes fuentes y mecanismos de financiamiento, tanto internos como externos. Ello permite una visión de conjunto de los diversos factores que influyen en el problema y condicionan sus posibles soluciones.

Los métodos, fuentes y mecanismos del financiamiento del subsector público señalan la necesidad de mejorar las estrategias en el campo de las finanzas públicas, para captar y redistribuir mayores ingresos para el sector salud. En el campo privado hay necesidad de una observación

continúa de la proporción relativa de las aportaciones voluntarias del individuo, cuyos ingresos le permiten atender su propia salud, procurando determinar si la tendencia que se observa en ese aporte, puede ser aprovechada para incrementar y ampliar las actividades del sector público en el campo salud.

La distinción entre el financiamiento de origen interno y el externo destaca la conveniencia de estudiar en profundidad aspectos tales como la "capacidad de absorción de nuevos aportes financieros," por parte de los países, en función de su capacidad instalada, la utilización de los recursos humanos y la eficiencia administrativa para lograr las combinaciones óptimas de estos factores. Asimismo se requiere definir el "máximo esfuerzo interno", que es indispensable realizar antes de recurrir a nuevos financiamientos, hechos que adquieren en la actualidad, una mayor significación al constituir una de las condiciones o requisitos establecidos para la asignación de nuevos fondos presupuestales y para la adjudicación de créditos.

Cumplido el requerimiento de mejorar la utilización de los recursos existentes, la necesidad evidente de ampliar el nivel de aquellos que se canalizan al sector, implica un cuidadoso examen de las posibilidades de realizar transferencias intra e intersectoriales de recursos y de los factores que obstaculizan la generación y la movilidad de los recursos, en la calidad, cantidad y ritmo que requieren las necesidades crecientes del sector salud, en la mayoría de los países del área observada.

En cuanto al financiamiento de origen externo, es evidente que la creación de la mayoría de los mecanismos financieros internacionales, y las políticas de financiamiento de los gobiernos e instituciones privadas, fueron orientadas originalmente por un criterio de inversión predominantemente económico basado en el funcionamiento de los incentivos usuales en el mercado de capitales. En fecha posterior, los países colocados en posiciones más avanzadas de desarrollo, adoptaron ciertas modalidades tendientes a considerar la posición de los países menos avanzados y sus necesidades, que aún siendo predominantemente económicas ya incluían objetivos de tipo social requiriendo algunas modificaciones acordes con estos objetivos en las condiciones de los financiamientos otorgados.

Sin embargo, aún en el período más reciente se observa que el financiamiento externo todavía no corresponde a las necesidades crecientes, ni reúne las condiciones necesarias para impulsar la política social y dentro de ésta, las actividades de salud.

Estos mecanismos financieros multilaterales, que contribuyen al financiamiento del subsector público de la salud, carece de la flexibilidad necesaria para responder a los requerimientos del mismo. Una excepción a ese planteamiento es el relacionado con agua y alcantarillado que, por sus

sistemas de cobro por servicios, tiene una mejor posición crediticia y es por lo tanto, campo preferente para las inversiones provenientes del exterior.

Los problemas involucrados en la cuantificación de resultados de los programas de salud, sumados a la lenta maduración de los beneficios de la planeación y del incremento de la eficiencia de la administración, no permiten apreciar los cambios efectuados en el corto plazo en la productividad de las instituciones, constituyendo obstáculos para que las necesidades del sector sean debidamente jerarquizadas a nivel de los organismos nacionales de elaboración presupuestaria.

Las perspectivas futuras del funcionamiento del sector dependen del "esfuerzo máximo interno" posible de realizar; de las modificaciones tributarias, monetarias y crediticias que tiendan a aumentar la capacidad de los ingresos públicos en relación al Producto Bruto Interno y su asignación al sector salud; y de la coordinación institucional que sea factible de establecer para definir y materializar las prioridades, realizando una distribución apropiada de los recursos asignados al sector y ampliando la cobertura de las poblaciones a beneficiarse.

La organización de los seguros únicos de salud, u otros sistemas análogos, pueden constituir una fórmula para solucionar el problema del financiamiento del sector, siempre que existan las condiciones locales necesarias, y si el sistema se adapta a las características particulares del campo de aplicación.

En cuanto a los recursos de origen externo, es evidente la necesidad de ampliar y reorientar el marco actual de financiamiento, en base a criterios que consideren las necesidades y la capacidad de pago de los países en menores etapas de desarrollo. Para ello es necesario programar el estudio sistemático de la factibilidad de obtener créditos que permiten la realización simultánea de objetivos económicos y sociales; creación de un fondo regional específico para financiar actividades de salud, y utilización más amplia y reorientación de los mecanismos financieros existentes.

Es evidente que cada país tendrá que encontrar su solución propia al problema del financiamiento interno y externo del sector salud, basado en sus propias realidades y en la evaluación de la capacidad potencial de sus estructuras internas.

CONCLUSIONES

Los problemas del financiamiento del sector salud, deben ser analizados en el contexto del proceso de desarrollo económico social de los países.

Constituyen condiciones previas y necesarias a cualquier propósito de expansión de los recursos financieros internos y externos disponibles por el

sector: la programación e instrumentación del "máximo esfuerzo interno" para la coordinación institucional, la definición de prioridades y utilización óptima de los recursos existentes con la consiguiente maximación de su productividad y de la cobertura de las poblaciones; así como la evaluación de la "capacidad de absorción de aportes adicionales de financiamiento."

Las posibilidades de expansión del financiamiento interno del sector salud, se basan en el perfeccionamiento de los mecanismos para la movilización de recursos hacia el sector:

- política tributaria
- instrumentos monetarios y crediticios
- sistemas de seguros nacionales de salud
- canalización de recursos privados a través del sistema bancario.

La ampliación del marco de financiamiento externo y su reorientación más acorde con las necesidades y la capacidad de pago de los países en desarrollo, obliga a definir y programar estudios sistemáticos de factibilidad para obtener créditos externos de objetivos duales económicos y sociales, a determinar la posibilidad de crear un fondo regional específico para fines de salud, y a estimular la flexibilidad de las políticas actuales de crédito y ayuda externa por parte de las instituciones financieras internacionales existentes.

III. PROBLEMAS DE FINANCIAMIENTO DERIVADOS DE LA ESTRUCTURA INSTITUCIONAL DEL SECTOR SALUD

En virtud de que existe una gama tan variada de funciones y servicios de salud que corresponden a la composición predominante del sector en los países del área americana, solo se pretende aportar una descripción general comparativa, que permita apreciar básicamente, la significación de las diversas instituciones componentes del sector que proporcionan los servicios, en relación al origen y magnitud relativa de los recursos que se canalizan a ellas, en los diversos grupos de países conforme a la tipología presentada.

Es conveniente recordar que la conformación actual de los servicios de salud, que corresponde a cada institución componente del sector, tiene su origen en el desarrollo histórico de los países de esta región, cuya revisión se encuentra fuera de los fines de este documento. Sin embargo es conveniente recordar que la comprensión cabal de los sucesos del pasado, que determinaron las instituciones que existen hoy y sus funciones básicas, puede proporcionar algunas pautas para proyectar los factores potenciales en las situaciones del presente.

Estructura institucional

En cada país del área americana varía la integración del sector de la salud por la combinación y significación de los diversos tipos de instituciones componentes, entre los cuales se distinguen:

Ministerios y Departamentos de Salud

Instituciones de Seguridad Social

Otros organismos públicos descentralizados y semiprivados

Otros organismos públicos y semiprivados que además de funciones específicas prestan servicios de salud.

Instituciones de carácter privado y la medicina privada.

Existe una amplia variación en cuanto a la importancia atribuida a nivel nacional a las diversas instituciones de carácter público señaladas y en relación a las que sostiene el sector privado. Las funciones que realizan, sus áreas de influencia, las poblaciones que sirven y los recursos humanos, financieros y materiales que canalizan hacia sus actividades, determinan las características para su clasificación y análisis.

La rigidez institucional

Las estructuras actuales del sector de la salud en cada país, difícilmente pueden ser alteradas a corto plazo por la rigidez que caracteriza a la mayoría de las instituciones y debido al tiempo que requiere su transformación fundamental. La rigidez institucional actual del sector salud está determinada además por la tendencia en continuar las situaciones vigentes y por la falta de interés por dinamizar programas y políticas, que correspondan en mayor grado a las necesidades crecientes de una población dinámica.

Para los problemas del financiamiento del sector es decisivo conocer las tendencias en los componentes del mismo. Cuales permanecerán en su estado actual o serán fortalecidos, modificados o disminuidos. Hasta la fecha, se conocen en algunos países los planes aislados de los Ministerios de Salubridad y Asistencia, de los Sistemas de la Seguridad Social, de los organismos que administran agua y alcantarillados y de otros componentes del sector. La suma de requerimientos solo es conocida en contados países, cuyos planes nacionales de salud les permiten estimar el volumen de los recursos financieros necesarios para el sector.

Comunicación e información

Uno de los problemas subyacentes en toda estimación de los recursos indispensables y su distribución por instituciones, es la insuficiencia de información y comunicación entre los niveles de planificación global y sectorial.

Son contadas las ocasiones en las cuales el sector puede proporcionar información, o recibirla, puesto que no existen en una buena parte de los países, los mecanismos y la responsabilización para obtener y proporcionar información integrada, ya que ésta se obtiene, la mayoría de las veces, en la forma fraccionada que corresponde a la realidad de sus instituciones. Dicha información es de importancia singular para correlacionar las necesidades a nivel global con el crecimiento demográfico, las políticas nacionales e internacionales en materia de salud, y para su integración a los planes de desarrollo que no son generalmente del conocimiento de todos los componentes del sector.

Prioridades nacionales

Por consiguiente resulta inaplazable realizar los estudios que permitan una selección fundamentada de las instituciones y organismos del sector que requieren ser fortalecidos, teniendo en cuenta las necesidades del país para establecer las prioridades correspondientes con un criterio de viabilidad en aquella parte de los recursos que sean asignables ya que una porción de los fondos que fluyen al sector, por su naturaleza compulsiva o voluntaria, no son controlables.

Cuantificación de las necesidades financieras

Es evidente que son muy pocos los países que actualmente pueden cuantificar sus necesidades financieras futuras para fines de salud y expresar la proporción que debe asignarse a cada subsector y a sus diversas instituciones componentes, en base a una distribución racional.

Es mínimo el número de países que han asignado atención suficiente a la programación institucional del sector salud, a corto y largo plazo, de acuerdo con una jerarquización de los problemas nacionales; particularmente respecto a la asignación de los recursos públicos y su implementación a nivel operativo.

Para los fines financieros señalados también han sido significativas, la falta de evaluaciones sistemáticas interinstitucionales de los programas de salud, así como el hecho de que no se han realizado los estudios necesarios para indicar la proporción y distribución óptima de factores insumos que requiere la producción de bienes y servicios por las instituciones del sector salud.

Se puede afirmar que el estado de la información actual en la mayoría de los países de esta área, no permite determinar cuál será el volumen preciso de recursos financieros que necesitará el sector salud, exceptuando el caso de agua y alcantarillado y en algunos países la infraestructura hospitalaria.

Necesidades y costos crecientes

Existe consenso respecto al volumen relativo creciente de necesidades y de recursos reales que requieren las instituciones para cumplir con sus finalidades.

También es de aceptación general, el hecho de los costos crecientes para suministrar los bienes y servicios correspondientes y su significación en la asignación de prioridades, tanto en los recursos públicos como en la distribución del ingreso o presupuesto familiar. Otro problema reconocido es el de la ampliación de programas derivados del crecimiento de la población aun cuando se conserve el nivel actual de satisfacción de necesidades de salud.

Al nivel del individuo, el retraso que se observa en la elevación de ingresos respecto a los costos y los precios de los bienes y servicios, implica una proporción mayor del ingreso, que deberá dedicar a atenciones de salud, si recurre a las instituciones privadas para su satisfacción. Por consiguiente, tenderá a demandar en mayor medida, servicios subsidiados o sistemas colectivos para su atención.

Relaciones entre el desarrollo económico y la estructura institucional

En aquellos países con menores índices de desarrollo los bajos ingresos de la mayoría de la población, implican que el nivel mínimo de subsistencia no pueda comprender, mas que cierto tipo de atenciones menores, provocando que los servicios sean asumidos en forma preponderante por el Estado. En algunos casos los patrones también proporcionan ciertos servicios de salud a sus trabajadores, especialmente aquellos derivados de los riesgos profesionales, implícitos en las actividades propias de la empresa. Las instituciones de beneficencia desempeñan una parte de los servicios proporcionados a los sectores indigentes.

El bajo nivel de recursos presupuestales en estos países, que ocasiona asignaciones insuficientes para los ministerios de salud y demás organismos subsidiados, significa operaciones deficitarias y discontinuidad en el flujo de fondos, que se traduce en programas interrumpidos y poco satisfactorios. Este problema es agravado por la coexistencia de diversos sistemas de organización de servicios de salud, al desarrollo interno desigual e insuficiente, que tiende a limitar estos servicios a polos urbanos.

"Los viejos sistemas de organización de los servicios de salud no desaparecen necesariamente a medida que se introducen nuevos sistemas en un país. En realidad, siguen generalmente funcionando para algunos sectores de la población o ciertos tipos de enfermedades. Como consecuencia, en la mayoría de los países existen hoy diversos programas o sistemas de servicios

de salud que funcionan simultáneamente. Siguen funcionando los curanderos tradicionales y los programas basados en la caridad religiosa, al mismo tiempo que van apareciendo nuevos sistemas basados en el seguro social o dependientes de las autoridades públicas. La proporción en que están combinados esos diversos sistemas difiere mucho según los países, pero en la gran mayoría se trata en realidad de una mezcla.

En pocos países se ha logrado integrar los diversos regímenes instaurando sistemas unificados de servicios de salud".^{1/}

En los países que se encuentran en etapas de mayor desarrollo relativo, a los citados con anterioridad, los sistemas de seguridad social tienden a cobrar importancia para los trabajadores que participan en un mercado de trabajo y en determinadas actividades económicas.

La naturaleza compulsiva, bi o tripartita del financiamiento determina la canalización de recursos considerables de diversos sectores de la población, para la protección de las personas amparadas.

En los países de tasas más elevadas de desarrollo se encuentra la disponibilidad más amplia de recursos para su financiamiento. Esta disponibilidad de recursos financieros de la administración pública determina la posibilidad de un mayor impulso a través de la asignación presupuestal para los programas de los organismos públicos descentralizados y semiprivados, ya sea que su actividad principal se localice en el campo de la salud o que marginalmente a sus funciones específicas, presten servicios de salud. Los mayores niveles de ingreso también se reflejan en las instituciones de carácter privado, de tipo gratuito o de beneficencia, que tienen la posibilidad de obtener mayores fondos a través de promociones adecuadas para motivar al sector privado en sus contribuciones. En estos países las universidades también cuentan con recursos para el establecimiento de servicios hospitalarios y para impulsar la capacitación de personal y ampliar la disponibilidad presente y futura de recursos humanos que requiere el sector salud.

En todos los niveles de desarrollo, se puede observar un excesivo fraccionamiento de servicios e instituciones, insuficiente coordinación y delimitación de funciones, concurrencia simultánea a las mismas áreas de influencia y poblaciones amparadas o ausencia total de servicios para otras y por consiguiente un deficiente aprovechamiento de los recursos disponibles.

En las proyecciones de los servicios públicos de salud aun en los países más desarrollados de la Región se observa una tendencia que indica

^{1/} Dr. Milton I. Roemer

que los gobiernos tendrán que cubrir una proporción creciente y considerable del costo total de las prestaciones en salud, con el fin de incluir a los sectores de la población que carecen de capacidad económica para contribuir directa o indirectamente al financiamiento de los sistemas establecidos.

IV. INTEGRACION DEL FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD AL PROCESO DE DESARROLLO NACIONAL

Se observa en la mayoría de los países de la Región que a nivel sectorial no siempre existe suficiente conciencia de que las actividades que se realizan en los diversos sectores inciden conjuntamente con repercusiones directas e indirectas en el campo de las necesidades humanas, dentro de una sola realidad de estructuras económicas, políticas y sociales.

Esta circunstancia entraña una serie de problemas relacionados con la fijación de campos y acciones correspondientes y con las presiones que ejercen los diversos grupos que pugnan por posiciones prioritarias en todos los niveles.

Las proposiciones institucionales generalmente no se basan en la información suficiente que requiere su integración a las políticas sectoriales y regionales que se expresa a través de los siguientes requisitos:

- Compatibilidad de la política sectorial de salud con el desarrollo integral del país.
- Evaluación de las actividades de las diversas instituciones que integran el sector salud.
- Estimación de metas y tasas de crecimiento necesarias a nivel operativo por instituciones componentes del sector salud.
- Análisis de los principales factores de estrangulamiento o rigideces inherentes a las actividades de los componentes institucionales del sector salud.
- Los recursos totales comprometidos y su distribución institucional.
- Los insumos críticos y los recursos humanos especializados requeridos.
- Los requerimientos de financiamiento para satisfacer las necesidades del sector de acuerdo a un orden de prelación derivado de las políticas sectoriales.

Esta relación de metas y determinación de políticas y programas que fundamenta los ejercicios de operación, pueden no alcanzar niveles de

eficacia si no se asegura la articulación de componentes institucionales en la planeación sectorial y ésta no es concebida e informada en el contexto del desarrollo integral a nivel nacional.

La selección de los objetivos propios de un sector y su compatibilidad con los objetivos generales del desarrollo, cuando el sector es de naturaleza social como el de la salud, además de los problemas inherentes a unificar los criterios de las diversas instituciones integrantes entre sí, se dificulta debido a que no se conocen las relaciones incrementales entre niveles de desarrollo y las necesarias acciones en materia de salud.

Esta importante relación de vinculación, generalmente se estima por medio de las correlaciones advertidas entre el grado de desarrollo económico generalmente fijado por consideraciones presupuestales y la importancia atribuida a la salud a nivel nacional.

Los elementos que integran cualquiera de las políticas elegidas a menudo compiten en vez de coordinarse entre sí. Los problemas relacionados con las decisiones relativas a las mismas, surgen no tanto en lo que toca a la formulación de los objetivos, ya que generalmente coinciden en el deseo de mejorar los niveles de vida y extender la cobertura de las prestaciones y servicios, sino a la elección inevitable de los recursos y los procedimientos para conseguirlos.

En consecuencia, si las instituciones de salud han de contribuir en forma creciente a los programas del sector y a una política del desarrollo general, les corresponde hacer sus aportaciones para definir el contenido económico político y social, dentro de las limitaciones que les sean fijadas en las políticas nacionales o las que ya estén previamente determinadas en el marco institucional; también tienen la responsabilidad de estimar las repercusiones que tendrán las diversas políticas que adopten en relación a otras políticas sectoriales.

En los planes y programas sectoriales, no es posible satisfacer los deseos de los subsectores y de todos los componentes institucionales involucrados. Las concesiones de unos se traducen en las concesiones de otros. Tampoco se pueden elegir independientemente todos los recursos requeridos, puesto que existen restricciones y presiones de los diversos organismos y actividades de cada subsector que compiten entre sí para la obtención de los mismos.

El análisis de la coordinación intra e intersectorial permitiría valorizar, en qué medida realmente contribuyen las diversas instituciones a los programas del sector salud y cuáles son las limitaciones de su concurrencia en la misma área de aplicación de servicios. Este análisis tendería a evitar sobredotar a algunos sectores de la población, por duplicaciones y superimposiciones, dejando a otros carentes de servicios mínimos. Un aspecto muy importante del análisis citado es el de la incidencia real de las cargas

y beneficios directos o indirectos, que reciben los diversos sectores de una población.

Aun cuando se han realizado algunos avances recientes en la metodología aplicable a la cuantificación de las interrelaciones de los fenómenos económicos y sociales, aún no se ha podido definir la forma de medir la relación entre la tasa de crecimiento económico y el ritmo al cual debe realizarse la política social, incluyendo la del sector salud, ni el volumen de recursos adjudicables. Más aun, muchas de estas acciones corresponden a las necesidades específicas de cada país y que dentro de ciertos límites, no son elásticas a la tasa de crecimiento de la economía.

La fijación de una meta mínima de salud pública para una población parece depender no solo del ritmo de desarrollo económico, sino fundamentalmente de la cuantía de los recursos disponibles, cuyo monto final es generalmente fijado por consideraciones presupuestales y la importancia atribuida a la salud.

En virtud de que las metas de naturaleza social suelen requerir mayores plazos que las de otro tipo, en ocasiones se ha recurrido al establecimiento de alternativas partiendo de una mínima, que teóricamente no debería significar descender del nivel de satisfacciones logradas por razones de tipo económico, político y social. En ocasiones, se ha considerado necesario restringir o limitar algunas de las instituciones integrantes de un sector, para lograr avances de trascendencia real para el beneficio de mayores grupos de la población.

Algunos factores de estrangulamiento sectorial:

Recursos previamente comprometidos

Los programas de inversión que generalmente requieren períodos más largos para su realización que un ejercicio programado, determinan una parte de los recursos previamente comprometidos. La otra parte está fijada por el nivel y estructura de las operaciones determinadas por las políticas de salud. La imposibilidad de movilizar estos recursos comprometidos a otros objetivos, significa una considerable rigidez en la reorientación de la política sectorial.

El ritmo de aumento en los precios de los insumos del sector salud, el nivel de salarios y las políticas de personal y de los demás costos consiguientes, también son elementos importantes para fijar el monto de recursos previamente comprometidos. Asimismo constituye un factor previo decisivo, el incremento que se observa en la demanda de servicios de salud, en la mayoría de los países considerados.

Insumos críticos y personal calificado requerido

Los países en desarrollo se caracterizan en general por su dependencia externa y por encontrarse en diversas etapas de industrialización. Por

consiguiente, ante el crecimiento de las actividades del sector salud, éste puede verse afectado por los insumos críticos que se requieren para las diversas actividades, especialmente si éstos son de importación, como se observa en determinados equipos, aparatos, medicamentos y materiales de construcción.

La disponibilidad de elementos citados podrían ser sometidos a un análisis, tanto para determinar prioridades para su uso alternativo, como para conocer las posibilidades de aprovisionamiento por productores nacionales, con el fin de fijar su financiamiento y efectos de balanza de pagos. Si los insumos son de producción nacional limitada en relación a la demanda, podría estudiarse la forma de obtener algunas ventajas competitivas debido a su utilización para fin de interés social.

En cuanto a la necesidad de personal calificado, es ampliamente conocida la escasez de médicos, personal paramédico, técnico y auxiliar y es de conocimiento general el costo que constituye para una nación el entrenamiento de personal para las labores específicas en el campo de la salud. Aun existiendo otros factores positivos para la ampliación de actividades, la insuficiencia de personal preparado puede constituir un factor que disminuya la tasa de crecimiento de algunos de los componentes del sector ya que en ocasiones éstos compiten entre sí para lograr atraer el personal requerido.

El sector salud, debido a sus características como tal, ocupa un lugar a nivel macroeconómico, pero al realizar cortes horizontales en todos los demás sectores, los recursos humanos subyacentes, por su naturaleza misma, tienen determinadas interrelaciones que condicionan el desarrollo de todos los demás sectores. En esta situación, el sector salud y por consiguiente las diversas instituciones y organismos que lo integran, adquieren una significación extraordinaria en el desarrollo de los recursos humanos.

En la medida en que se mejoren los indicadores y los métodos para la cuantificación de las actividades a nivel global y sectorial y se obtengan informaciones más fidedignas y oportunas de los efectos integrales de las actividades gubernamentales, en cuanto a la distribución real del ingreso y a la distribución de las cargas y los beneficios directos e indirectos entre los diversos sectores y regiones de un país, se estará avanzando para proporcionar una base más sólida para determinar las políticas presupuestales más adecuadas para el sector salud en el contexto del desarrollo integral.

Los requerimientos de financiamiento e inversión en el sector salud considerando las necesidades totales y su jerarquización

En la mayoría de los países de la Región, las perspectivas de la distribución actual de ingresos y niveles de vida de la población económicamente activa y en especial de aquella dedicada a actividades primarias

indican que no sólo tenderá a prolongarse la validez de las consideraciones para la selección de los objetivos señalados para el sector salud, sino harán imperativa e inaplazable, la ampliación y extensión de los programas a los sectores de la población aún sin servicios de salud y particularmente a los de las áreas rurales. La adjudicación de fondos al sector, debe permitir una mayor eficacia redistributiva a través de la ejecución de los programas adoptados.

Las tendencias que fundamentan dicha perspectiva son: una tasa acelerada en el crecimiento de la población y un aumento insuficiente en el ritmo del desarrollo económico en relación al del crecimiento de la población. Dichas tendencias se refuerzan por el lento crecimiento de la productividad agrícola y la distribución concentrada del ingreso. También cabe mencionar el hecho de la reducción del flujo neto de capitales de los países más desarrollados a los países en etapas de menor avance.

Aun cuando son ampliamente conocidas las condiciones generales mencionadas, se considera importante tener presente sus tendencias tanto por su trascendencia, en la disponibilidad de recursos totales para el sector de la salud, como por la razón de que constituyen la problemática fundamental que caracteriza el marco económico-social, dentro del cual se pretende realizar el financiamiento adecuado para el desarrollo de los programas actuales de las instituciones de salud.

En dicho marco se localizan las rigideces o factores de estrangulamiento, que pueden ser muy significativos para el desarrollo de los programas de salud y la capacidad de absorción de nuevos recursos, en los distintos países en vías de desarrollo en esta área. Las características específicas en cada uno, condicionará la selección de los medios o instrumentos, así como el financiamiento requerido.

En este contexto los problemas fundamentales relativos al financiamiento del sector de la salud, se refieren en primer término al volumen total de recursos financieros internos y externos, que pueden canalizarse a través de distintos mecanismos a este sector y las formas diversas en que se realice la distribución entre sus distintas instituciones componentes.

No son de menor importancia los problemas relacionados con las decisiones que se toman a nivel de planificación global nacional, en cuanto a la consideración del sector de la salud, dentro de los programas y políticas seleccionadas para impulsar el desarrollo integral de un país.

En el campo de las finanzas públicas se localizan los aspectos más complejos para el análisis y para el planteamiento de los problemas más significativos, como son la determinación del nivel de recursos fiscales y la parte de ellos que se destinará a cubrir los presupuestos de los ministerios y departamentos de salud; la aportación a los sistemas de seguridad social y a otros organismos públicos descentralizados y semiprivados, en los cuales se realizan actividades de salud.

También constituye un problema adicional, la forma de distribuir los diversos programas de salud entre los distintos niveles de acción del sector público, central, regional y local, y la complementación financiera entre los mismos. Unos de los problemas que amerita especial atención, es el de las atribuciones discrecionales en la disposición de fondos en los diversos niveles, con supervisión centralizada; o disposición, control y supervisión centralizados en su totalidad. Otro se refiere a la continuidad requerida en la afluencia de fondos para el cumplimiento de los programas elegidos.

La expansión de la actividad estatal en el campo de la salud, ha tenido una serie de implicaciones en la esfera de las finanzas públicas, aun en los países más desarrollados y ha requerido su consideración global. Esta expansión ha sido un factor positivo para impulsar el desarrollo del sector salud. El incremento obtenido tanto en el producto nacional, como por habitante, ha hecho posible la participación creciente de los gobiernos y de los individuos, en los gastos de salud. Es interesante observar que la tasa de crecimiento de los egresos y las actividades correspondientes al sector público, ha sido superior a la del gasto privado en salud. La administración de los servicios correspondientes a la salud, ha revestido formas variadas de acuerdo con la estructura gubernamental. En ocasiones se le asocia para este fin y para las consideraciones presupuestales, con la educación y el bienestar social a un nivel centralizado, donde se deciden las políticas y el presupuesto nacional y regional.

En otras ocasiones, los gobiernos estatales provinciales o departamentos no solo participan en la administración y financiamiento sino que definen sus propios sistemas. Asimismo se han desarrollado empresas federales con sistemas de pagos o de transferencias, que generalmente fluyen del gobierno central a la periferia, aunque también pueden fluir los fondos en sentido contrario. Por lo general los niveles locales dentro de un sistema de Gobierno Federal, son deficitarios y cubren sus necesidades por las transferencias realizadas por los gobiernos estatales y por el gobierno federal. Son pocos los países en los cuales los tres niveles de gobierno, han desarrollado esferas de acción bien definidas y coordinadas, evitando las superimposiciones en sus áreas de servicios y el consiguiente desperdicio de recursos.

En algunos países se desarrollaron varios sistemas de seguro voluntario de salud, que no cubre a los grupos de ingreso más bajos. Aún los sistemas que se han desarrollado basados en aportaciones de la población y subsidiados por los gobiernos, han encontrado serias dificultades para extender su cobertura a los grupos marginados por su insuficiencia contributiva.

La naturaleza de los servicios de salud, que constituyen beneficios individuales y colectivos que satisfacen necesidades sociales en todos los países independiente de la etapa de desarrollo en que se encuentran, ha

significado la participación creciente de la actividad estatal para producirlos y determinar, en función de las necesidades vigentes y recursos disponibles, las clases y cantidades de servicios que se proporcionan a la población.

Las transferencias reales que realizan los gobiernos al sector salud a través de los Ministerios de Salud y Asistencia, los Sistemas de Seguridad Social y otros organismos subsidiados, ocupan una posición importante y en algunos países significan volúmenes cuantiosos de recursos financieros, ascendiendo hasta porcentajes considerables del presupuesto total del sector público. Esto significa que las aportaciones totales a los diversos organismos e instituciones de salud, aun cuando difieran por las formas particulares de financiamiento y por el valor relativo de las contribuciones estatales y del sector privado, básicamente están consideradas en la prelación de recursos financieros, públicos y privados, que se realiza para el desarrollo general del país.

Además de los servicios para la salud que proporcionan los sistemas de seguridad social, son de singular importancia las transferencias que realizan a través de las prestaciones en dinero que deben ser valorizadas y programadas. Esto permitiría una proyección más acertada en relación a cargas y beneficios reales, que soportan y que reciben los diversos sectores de la población.

Capacidad potencial para la ampliación de recursos

La magnitud de los recursos financieros que se contemple canalizar al sector salud, estará condicionada por los objetivos predominantes que orienten la actividad gubernamental, en cuanto a estabilización e impulso al desarrollo, maximización de la eficiencia en la utilización de recursos, o modificaciones a la distribución de ingresos. Estos constituyen los elementos fundamentales que se conjugan en la consideración del nivel de fondos que se asignarán a los diversos organismos e instituciones del sector salud en un período determinado, puesto que señalan los límites, tanto para las transferencias, las asignaciones actuales, y ampliaciones de recursos.

El sector público fundamentará con mayor precisión sus decisiones para la canalización de recursos al sector de la salud, a través de los mecanismos establecidos, si cuenta con los elementos para conocer los objetivos que persiguen los diversos componentes del sector, la consistencia o complementaridad entre éstos; la proposición de caminos alternativos para su logro, la estimación del costo económico y social de cada uno, así como las incidencias y beneficios previsibles sobre los demás sectores.

La falta de comunicación y por consiguiente de una coordinación entre las instituciones componentes del sector salud, la carencia de información adecuada así como las presiones suscitadas entre los mismos para lograr

posiciones prioritarias, puede significar una incongruencia entre las metas parciales o la subordinación de unas a otras en forma tal que no permita su integración a los objetivos comunes, que deben caracterizar al sector como tal en su función orientadora y en la formulación de las decisiones óptimas en el campo de las finanzas públicas para las actividades de salud.

Programación de las inversiones del sector salud

Los programas de inversiones, tanto para extender como para reponer la infraestructura del sector salud en los países de la Región, no están generalmente definidos en función de las disponibilidades financieras ni contemplan los recursos de organización, humanos, materiales y presupuestales de las instituciones, necesarias para afrontar los costos de equipamiento, operación y mantenimiento, ni se basan en la maximización de beneficios a la población.

La situación apuntada puede significar programas de inversión cumplidos parcialmente, con las presiones consiguientes que ocasiona la demanda insatisfecha de servicios de salud de ciertos grupos, y la inmovilización de recursos que reducen la asignación para otros fines dentro del propio sector, o de otras actividades a nivel nacional.

V. FUENTES Y TECNICAS DE MOVILIZACION DE RECURSOS PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS INSTITUCIONES COMPONENTES DEL SECTOR SALUD

Las fuentes y técnicas de movilización de recursos internos y externos del sector salud, se definen por su ubicación dentro del sector público, semipúblico o privado. Por consiguiente las fuentes se localizan en los presupuestos públicos; en los ingresos individuales o de las empresas privadas y los mecanismos para la movilización de recursos, dentro del campo de las finanzas públicas nacionales e internacionales; en el de los métodos de financiamiento compulsivo de los sistemas de seguridad social y en las técnicas de motivación que promueven las preferencias individuales y las decisiones empresariales para pagar o aportar a los servicios privados.

La gran diversidad que presenta la situación específica del sector de la salud en cada uno de los países de la Región, así como la estructuración institucional y funcional que le corresponde, se ha sintetizado un esquema comparativo^{1/} de los sistemas generales de financiamiento actual, que caracterizan a los componentes institucionales básicos del sector. Estos presentan modalidades distintas en los países de acuerdo con las condiciones económicas, políticas y sociales. En el citado esquema se pretende identificar las características de los casos específicos sistematizados.

^{1/} Ver Cuadro No. 1

CUADRO COMPARATIVO DE LOS
SISTEMAS BÁSICOS DE FINANCIAMIENTO DEL SECTOR DE LA SALUD - 1969

| 1 Componentes básicos del sector | 2 Método de financiamiento | 3 Fuentes de recursos internos | 4 Mecanismos de movilización de recursos - internos | 5 Puentes de recursos externos | 6 Mecanismos de movilización de recursos - externos |
|---|--|--|--|--|--|
| 1.1 Ministerios y departamentos de salud; servicios sanitarios nacionales | 2.1 Presupuestal, indirecto | 3.1 Capacidad fiscal de la estructura productiva; consideraciones presupuestales. Políticas monetarias y crediticias | 4.1 Técnicas de finanzas públicas a nivel nacional, regional y local | 5.1 Disponibilidad de fondos de Organismos internacionales para ayuda externa | 6.1 Política general interna de empréstitos y de ayuda externa de los organismos financieros internacionales |
| 1.2 Instituciones de seguridad social | 2.2 Mixto - Tripartita o bipartita, indirecto y directo; compulsivo, de capitalización y reparto | 3.2 Capacidad presupuestal del sector estatal y capacidad económica patronal y de los cotizantes amparados | 4.2 Legislación y política financiera y administrativa, de cobertura de riesgos, población amparada y extensión geográfica | 5.2 | 6.2 |
| 1.3 Otros organismos públicos descentralizados y semi-privados, incluyendo universidades y facultades de medicina | 2.3 Mixto - Presupuestal y aportación privada; indirecto o directo | 3.3 Capacidad fiscal de la población contribuyente y del sector privado afectado | 4.3 Técnicas de finanzas públicas y de motivación del sector privado, a diversos niveles | 5.3 Disponibilidad de fondos de organismos internacionales para ayuda externa | 6.3 Política general interna de empréstitos y de ayuda externa de los organismos financieros internacionales |
| 1.4 Agua y Alcantarillado | 2.4 Mixto - Presupuestal indirecto y venta directa de bienes y servicios | 3.4 Consideraciones presupuestales del sector público, y económicas, de los usuarios | 4.4 Técnicas presupuestales y estructuración de cuotas para usuarios de los servicios | 5.4 Disponibilidad de fondos de organismos internacionales para ayuda externa a proyectos recuperables a largo plazo | 6.4 Política general interna de empréstitos y de ayuda externa de los organismos financieros internacionales |
| 1.5 Otros organismos públicos y semiprivados que además de sus funciones específicas prestan servicios de salud | 2.5 Mixto - Presupuestal a nivel nacional institucional, indirecto y directo | 3.5 Consideraciones presupuestales y de tipo interno | 4.5 Técnicas presupuestales de orden interno y motivaciones del sector privado | 5.5 Disponibilidad de fondos de organismos internacionales para ayuda externa | 6.5 Política general interna de empréstitos y de ayuda externa de los organismos financieros internacionales |
| 1.6 Instituciones de carácter privado (Cruz Roja) y la medicina privada y beneficencias | 2.6 Mixto - Suscripciones públicas y pago directo por servicios, 6 gratuitos | 3.6 Privados. Suscripciones públicas y fondos de beneficencia | 4.6 Motivaciones psicológicas; valorización individual costo-beneficio costo-eficiencia | 5.6 | 6.6 |

Este análisis no pretende captar todas las implicaciones de un problema tan complejo, ni incluir todas las variantes posibles en los métodos de financiamiento aplicados en la Región. Sólo se destacan los rasgos generales que permiten definir los sistemas básicos, las formas usuales de su aplicación actual, así como los factores potenciales susceptibles de ser desarrollados para satisfacer las necesidades financieras crecientes de la salud en el futuro.

Esquema financiero

El problema del financiamiento del sector de la salud puede enfocarse desde posiciones distintas. En el esquema de análisis la primera parte comprende una clasificación de los componentes institucionales básicos del sector (columna 1) métodos de financiamiento interno (columna 2) mecanismos de movilización internos (columna 4) fuentes y mecanismos de recursos externos (columna 5 y 6).

Métodos de financiamiento (columna 2)

Para el subsector público de la salud el método de financiamiento es esencialmente indirecto y de carácter estatal, puede ser de tipo mixto en los organismos semioficiales o semiprivados y la participación total o parcial en el presupuesto público está determinado por la legislación al respecto con las modalidades especificadas por la administración pública en los diversos países.

Fuentes y mecanismos de movilización de recursos internos para las instituciones del subsector público (columnas 3 y 4)

Las fuentes de financiamiento que corresponden a las instituciones que componen el subsector público de salud, predominantemente se localizan en el presupuesto público. Las consideraciones a nivel nacional, son las que determinan el nivel de la asignación presupuestal de las instituciones de ese subsector y los elementos diversos que influyen en la decisión pueden distinguirse en la forma siguiente:

La disponibilidad de recursos

- fiscales
- monetarios
- crediticios

La jerarquización de problemas nacionales y determinación de objetivos para fines de planificación

Capacidad de transferencias y políticas redistributivas

- intersectoriales
- intrasectoriales
- interterritoriales
- intertemporales
- condicionados

Capacidad potencial para la ampliación de recursos

La disponibilidad de recursos

Generalmente se compara el proyecto del presupuesto nacional con la disponibilidad de recursos gubernamentales.

La adopción creciente de los sistemas de planeación de presupuestos por programa tiende a integrar la planificación de las actividades a largo plazo del sector público y la programación de actividades específicas, a las consideraciones de los presupuestos anuales. Ello ha significado un mayor interés por mejorar las técnicas de evaluación de los costos y de los beneficios de los programas propuestos. Los análisis de costo-beneficio y costo-eficiencia en relación a la aplicación de los programas de salud, constituyen un amplio campo para la investigación que puede contribuir a la ubicación adecuada del sector, en el orden de prelación de los recursos nacionales para fines presupuestales.

En algunos países se observa una conciencia de ciertas fallas de los sistemas de programación de presupuestos por programa, por carecer de elementos para evaluar la calidad de los mismos. Por consiguiente se tiende a generalizar la necesidad de complementar los análisis cuantitativos, con información adicional.

Las actividades de salud en general presentan ciertas dificultades para estas consideraciones a nivel de presupuesto nacional, en virtud de la naturaleza colectiva de una parte de los bienes y servicios producidos; de la continuidad del financiamiento que requiere la realización de sus programas y los efectos "multiplicadores" de los beneficios producidos por los mismos a través de varios años. Estos a pesar de ser tangibles, no son cuantificables y sobrepasan el período anual generalmente utilizado para la estimación de costos y beneficios en los presupuestos gubernamentales. Los presupuestos adolecen de ciertas rigideces, tanto para la aplicación del criterio de costos en las asignaciones, como en el de la captación de beneficios.

La jerarquización nacional de problemas

La proporción de los ingresos fiscales asignada al sector de la salud plantea entre varios problemas, aquellos que se derivan del interés nacional que se atribuye a los servicios de salud, y de la necesidad de realizar la distribución adecuada de recursos que corresponda a las actividades y capacidad administrativa, de los diversos niveles de la estructura política, los distintos sectores de actividades productivas y las diversas instituciones componentes del sector salud.

Los presupuestos fijados para las instituciones de salud rara vez se han basado en los objetivos integrales del sector, en atención a su valor dentro de una planificación sectorial y global.

Para determinar el orden de prelación y la distribución o aplicación específica que corresponde a los programas de las diversas instituciones del sector existen serios problemas, como es la falta de información estadística y su análisis adecuado y las dificultades para evaluar en forma cuantificable los resultados obtenidos en la aplicación de los programas. Aun cuando en este campo se han hecho avances importantes, el perfeccionamiento metodológico para correlacionar los fenómenos, o las variables significativas, aun constituye un amplio terreno para la investigación.

Se presenta el problema del establecimiento de los mecanismos necesarios para implementar la distribución institucional de recursos que garantice su supervisión y evaluación. Por otra parte, la canalización de recursos financieros a los diversos componentes del sector salud, debe ser analizada a la luz de las consideraciones del conjunto de políticas adoptadas para promover el desarrollo de un país.

En la mayoría de los países de la Región no existe la flexibilidad presupuestal suficiente para permitir los cambios que se requieren para aumentar la eficiencia en las diversas actividades en el campo de la salud. Tampoco se han instaurado en la mayoría de los países, incentivos para la utilización eficaz de los recursos disponibles.

Políticas monetarias

Las políticas monetarias, elegidas para aumentar la disponibilidad de recursos a través de la banca central, pueden significar serios problemas tanto para los países en vías de desarrollo como en los más avanzados, por el desencadenamiento de tendencias inflacionarias de un difícil control y de gran importancia como factor casual en otra serie de fenómenos de tipo económico. Sin embargo, en algunos países se ha logrado la canalización de recursos a favor de este mecanismo para impulsar determinadas actividades en el campo de la política social: en vivienda de interés social y programas de alimentación popular.

Políticas crediticias

Las políticas crediticias que pueden ser adoptadas para ampliar los recursos financieros del sector salud, implican la transferencia parcial de la carga financiera de las generaciones actuales a las futuras y requieren meditación para estimar la capacidad de pago real de éstas. No obstante este instrumento puede ser de gran utilidad para satisfacer las necesidades actuales en función de desarrollo esperado, si se aplica a un conjunto de prioridades rigurosamente establecidos.

Capacidad de transferencias y política redistributiva

Es de gran interés determinar la capacidad que existe en un país para realizar las transferencias que requiere la política redistributiva de ingresos que se pretenda realizar a través de los programas de bienestar en general y los de salud en particular.

Es evidente que los servicios de salud que reciben los beneficiarios de los diversos programas públicos aumentan sus ingresos reales. Si los mecanismos fiscales son de naturaleza progresiva, captan y transfieren los fondos que provienen de los estratos con percepciones mayores a los de menores ingresos. Las transferencias pueden constituir limitaciones serias, si disminuyen las posibilidades de acumulación de bienes de capital para la inversión o aumentan el costo de los factores de la producción en países cuyo objetivo básico del desarrollo es el de la modernización de su estructura de producción.

La insuficiencia de recursos frente a la multiplicidad de necesidades inaplazables, obliga a realizar una selección entre las alternativas para aumentar los fondos financieros y a analizar la posibilidad de aquellas transferencias que produzcan los beneficios óptimos, lo cual constituye un reto constante a la administración pública.

Los estudios de la capacidad económica real de los diversos sectores productivos, basados en el conocimiento de las retribuciones efectivas a los factores de la producción en conjugación con los niveles de los precios vigentes, evidentemente pueden proporcionar elementos importantes adicionales, para determinar el peso de las cargas directas o indirectas, fiscales y de otra naturaleza, que ya soportan determinados sectores. Asimismo, dichos estudios podrán aportar informaciones más significativas para definir y determinar el margen posible para una reestructuración impositiva; para la evaluación de las probables reacciones y efectos de las transferencias en los diversos sectores de la población.

La capacidad de realizar transferencias a través de las estructuras y políticas fiscales predominantes en algunos de los países de la Región, su grado de progresividad y su incidencia o repercusiones reales, los avances logrados en su incorporación a las políticas integradas, y el nivel de los

recursos fiscales obtenidos en relación al producto nacional bruto, indica que existe la posibilidad de elevar la eficiencia de los mecanismos utilizados para aumentar los recursos disponibles y los efectos redistributivos de las transferencias. Se considera improbable lograrlo en la medida y con la rapidez que requiere la solución de los problemas financieros generales de los países en vías de desarrollo y especialmente para satisfacer las necesidades crecientes del sector salud.

Efectos redistributivos inter e intrasectoriales

Los efectos redistributivos que se realizan a través de los mecanismos, cuya naturaleza es esencialmente complementaria de la política fiscal que se localizan en general en todos los componentes del sector de la salud, y especialmente en los sistemas de seguridad social, evidentemente adquieren una dimensión adicional si se analizan sus beneficios, en relación a la estructuración y eficiencia impositiva y a la luz de sus efectos combinados, sobre el ingreso, el consumo, la inversión y el bienestar social. La política fiscal puede estar orientada para deprimir o estimular uno u otro, según la política general de desarrollo del país. El problema común a la mayoría de los países de esta Región es la necesidad de realizar la consecución simultánea de varios objetivos económicos como son la capitalización interna para aumentar la inversión y el fortalecimiento de mercados de consumo, la estabilización de los niveles de precios y política de salarios reales, así como una amplia política social en materia de educación, salud, vivienda y nutrición, con la consiguiente presión sobre la disponibilidad de los recursos.

Esto implica una selección de prioridades definidas en función de las políticas adoptadas y la magnitud de las presiones internas que ejerzan los diversos sectores y las instituciones que los integran.

Aún no existen estudios precisos para determinar en que medida contribuyen las diversas instituciones componentes del sector a las políticas generales de desarrollo y cuales deben ser impulsados con preferencia a otro en la asignación de recursos financieros. Tampoco se han realizado las estimaciones de los recursos utilizados y la calidad o eficiencia de los bienes y servicios producidos por las diversas instituciones componentes del sector, en relación a la magnitud y necesidades de las poblaciones beneficiadas.

Las transferencias intertemporales

La posibilidad de diferir el pago actual de la producción de los bienes y servicios de salud, por las facilidades crediticias que se obtengan para su financiamiento puede también significar la transferencia del pago de una generación a otra. Es el caso de las inversiones en capacidad instalada en el sector, que ha sido iniciada por generaciones anteriores, recibida, disfrutada y quizás pagada parcialmente por las actuales, que a su vez aumentan las inversiones en infraestructura transfiriendo la carga a las poblaciones futuras.

Estas también recibirán el legado de todas las inversiones de períodos anteriores, pagando solo una parte del costo diferido y otra porción proporcional de aquellas inversiones que se decida realizar en la etapa actual.

Transferencias interterritoriales

La parte proporcional del presupuesto asignado a las instituciones que integran el subsector público para la producción de servicios para la salud, presenta un conjunto de problemas relacionados con la asignación entre los diversos niveles de la estructuración política y económica de un país que puede coincidir con ciertas subdivisiones territoriales.

Los problemas que requieren mayor atención se presentan en los países constituídos en forma federal en los cuales se distingue el nivel centralizado del poder federal, estatal, departamental o provincial y el de los municipios o localidades.

Las finanzas públicas tienden a incorporar entre sus objetivos una base de política redistributiva o compensatoria de la capacidad económica local. Sin embargo, no en todos los países se han instaurado los mecanismos que garanticen la aplicación de los recursos obtenidos por los gobiernos centrales y/o estatales a los programas y servicios que se pretenda desarrollar en el tercer nivel de municipios y localidades, quedando una parte considerable de la población marginada a los beneficios de una política presupuestal redistributiva que se orienta a nivel centralizado. En algunos casos es posible observar la aplicación de recursos a los programas y actividades específicas que benefician directamente a las poblaciones de localidades menores.

En todos los países se pretende que los servicios que se canalizan a través del subsector público alcancen cobertura nacional, en cuanto a comprender a todo el territorio y a toda la población.

La naturaleza de algunas funciones implica que éstas sean ejecutadas por una autoridad central que puede realizar los enfoques integrados que estas requieren, pero las características de la mayoría de los servicios directos de salud indican no sólo la conveniencia, sino la necesidad de ser producidos y administrados a nivel local donde existe un mayor conocimiento de las modalidades de los problemas por resolver. Este constituye uno de los argumentos de mayor peso para la descentralización de ciertas funciones de salud.

En los sistemas de seguridad social la distribución geográfica de los recursos se basa en la magnitud de la afiliación y recaudación local. En algunos casos se aplica una política compensatoria transfiriendo los superávits de operación regional a las zonas con déficit.

Los programas internacionales de salud constituyen uno de los medios más eficaces para las transferencias de ingresos interterritoriales, en los cuales tienden a desaparecer los límites fronterizos para lograr una aplicación eficaz, basada en principios de solidaridad y en la comunión de intereses de los pueblos americanos en la consecución de sus objetivos de salud.

Transferencias condicionadas

Otros mecanismos de financiamiento lo constituyen las transferencias, subsidios u otras asignaciones condicionadas. En este tipo de transferencias la entidad receptora, tiene que igualar la aportación con sus propios fondos y dedicarla a la realización de actividades previamente establecidas. Las condiciones de los aportes financieros pueden significar que la entidad receptora asuma la responsabilidad de su aplicación pudiendo ejercer un criterio discrecional con apego a las directrices señaladas por la autoridad central.

Este mecanismo de transferencia difiere de la práctica generalizada de afectar ingresos tributarios específicos para fines o actividades asimismo determinadas, lo cual, debido a la naturaleza dinámica de los problemas de salud, se convierte usualmente en un importante factor de rigidez en la asignación óptima de los recursos.

Otro tipo de transferencia condicionada, poco común, es la que se realiza como incentivo a la eficiencia interna de la entidad receptora. El monto de esta transferencia es proporcional al nivel de productividad. Logrado, este tipo de subsidio condicionado, puede fungir a la vez como mecanismo complementario de redistribución del ingreso fiscal.

Métodos de financiamiento compulsivo de las instituciones de seguridad social

La mayoría de los sistemas de seguridad social nacionales, estatales o provinciales tienen una base financiera generalmente tripartita, con aportaciones de los sectores estatal, obrero y patronal. Son de naturaleza compulsiva basada en la legislación correspondiente. También pueden ser de base bipartita como en el caso de las empresas estatales o paraestatales y organismos descentralizados. Los sistemas bipartitos se han instituido en base a una contratación colectiva que establece un régimen de seguridad social por un acuerdo sindical con la empresa, o de la empresa con los trabajadores. La participación de la empresa en el presupuesto público y su proporción dentro del total del financiamiento determinan la naturaleza directa o indirecta de éste.

En relación a la organización financiera de los regímenes de seguridad social también conviene distinguir la diferencia en el método de financiamiento por la clase de las ramas de seguro según sean a corto o largo plazo.

A corto plazo. Las ramas de seguro denominadas a corto plazo son las de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales. La de maternidad se basa usualmente en el sistema de reparto simple y generalmente se constituye una reserva adicional de seguridad para absorber las fluctuaciones que pueden presentarse en los ingresos o los egresos. La rama del seguro de los profesionales se financia preferentemente a base del seguro de reparto de capitales constitutivos en el que se establece un equilibrio entre los ingresos y egresos de un ejercicio, cargando a los egresos anuales, los capitales constitutivos de las prestaciones originadas en el ejercicio anual. También puede ser aplicado un sistema mixto, de reparto de capitales para las pensiones por incapacidad permanente y para las de sobrevivientes y el de reparto simple par las demas prestaciones.

A largo plazo. Para las ramas de seguros a largo plazo o sea los regímenes de pensiones comunes de invalidez, vejez y sobrevivientes, se aplican diversos sistemas financieros desde el de prima media uniforme, o sea de capitalización colectiva y varios sistemas mixtos hasta el de reparto.

Fuentes y técnicas de movilización de recursos de las instituciones de seguridad social (columnas 3 y 4)

El segmento del sector de la salud, integrado por las instituciones de seguridad social, recibe una parte de sus recursos de los fondos públicos en forma de subsidios, aportes o contribuciones determinadas por la legislación al respecto. Si se trata de un sistema nacional sobre bases financieras tripartitas, la aportación estatal será fijada en base a determinados criterios de participación entre los tres sectores.

El financiamiento general, o la magnitud de las fuentes de los recursos totales canalizados a este componente del sector salud dependerá de factores, tanto de tipo interno, como externo. Los de orden interno se refieren en primer lugar a la organización de los sistemas de seguridad social en cuanto a las relaciones existentes entre sus estructuras y funciones jurídicas, administrativas y financieras, o al grado de coordinación entre los diversos regímenes que pueden coexistir en un país. En la medida en que se logren las relaciones adecuadas, se observan mayores realizaciones a nivel operativo en las finanzas de la seguridad social. Asimismo se consideran factores de tipo interno, el método de cobertura (si comprende total o parcialmente las contingencias que afectan al asegurado y sus dependientes), de las políticas adoptadas en cuanto a la extensión geográfica. (Sectores predominantes urbanos y la proporción de su protección a poblaciones rurales). Las políticas adoptadas en cuanto a cobertura y expansión geográfica indudablemente estarán basadas en los conceptos, metodología y programas específicos adoptados por los diversos sistemas de seguridad social, de acuerdo con el grado de desarrollo alcanzado por los mismos.

Los factores de orden externo son difíciles de clasificar debido a que se generan en la estructura interna del sistema, estando su aplicación condicionada por las modalidades de la realidad específica en el medio externo de aplicación. Esto es evidente en el caso en que se determina internamente, la estructuración de las primas, por clase y grado de riesgo asignado a las diversas actividades económicas, que indudablemente dependerán de los elementos en el medio externo de los sistemas, como son las características del aparato productivo, la determinación de las actividades cubiertas y la proporción del factor trabajo en ellas y de los contingentes de trabajadores ocupados, sus niveles de salarios, su concentración o dispersión geográfica y la eficacia del aparato administrativo del sistema de seguridad social para la afiliación obrero-patronal, y para la recaudación de cuotas. También pueden ser significativos otros ingresos, derivados de la política interna de capitalización e inversión de las reservas y los donativos y contribuciones privadas.

En la medida en que los sistemas de seguridad social funcionen con mayor eficacia para mayores sectores de la población, como mecanismos complementarios de redistribución de ingresos, identificándose con los objetivos redistributivos de otras políticas adoptadas a nivel nacional, serán justificados los recursos canalizados a dichas instituciones.

Es indudable que cuando existen sistemas de seguridad social fraccionados, sus problemas de integración, coordinación y administración se traducen al orden financiero, con un menor aprovechamiento de los recursos involucrados y la consiguiente disminución en su productividad y extensión de beneficios.

Es menos complejo el método de financiamiento en los sistemas de seguridad social de tipo bipartita, como son aquellos organizados para determinados grupos de trabajadores, así como para los miembros de determinadas uniones sindicales y organizaciones laborales diversas. Lo importante es definir si la participación de alguna de las partes tiene una aportación del presupuesto público, en cuyo caso son válidas las consideraciones anteriores, hechas en relación al financiamiento del subsector público de salud.

En cuanto a la contribución directa de los beneficiarios conviene esclarecer la significación relativa de las cargas por concepto de seguridad social, en los diversos niveles de ingresos.

Métodos de financiamiento del subsector privado (columna 2)

Los métodos de financiamiento de las instituciones que integran el subsector privado pueden ser de tipo mixto, en relación a la forma de percepción directa individual o colectiva, de los ingresos que reciben del sector privado.

Fuentes y mecanismos de movilización de recursos

Las aportaciones, honorarios, o pagos directos que realizan los individuos a cambio de determinados servicios de salud privados y semiprivados, se basan en las consideraciones personales que reflejan las escalas de preferencias, los intereses particulares y la propia disponibilidad y conocimiento de los servicios que existan, en relación a los que se requieren y el nivel de calidad que presentan los mismos. De acuerdo con la magnitud de la necesidad y grado de urgencia para atenderla, es valorizada la conveniencia de utilizar determinados servicios y de costear total o parcialmente su atención, dentro del propio presupuesto individual o familiar, contemplando las posibles alternativas que existan, en relación a la estimación del costo relativo, que significará para el individuo y los beneficios que cree que recibirá.

En previsión de requerir servicios médicos en un futuro indeterminado, una persona puede contribuir espontánea y regularmente a ciertas instituciones del sector privado y cubrir por anticipado, parcial o totalmente, el costo de servicios que le interesan particularmente. Existen además ciertas agrupaciones o asociaciones de médicos privados de diversas especialidades, que se reúnen para ofrecer una gama variada de servicios de atención médica que se sostienen con el pago de cuotas regulares de sus asociados.

Este tipo de financiamiento, en ocasiones moviliza recursos hacia áreas o actividades de salud, que no siempre coinciden con la valorización de los problemas de salud a nivel nacional, comprometiendo los recursos reales correspondientes y disminuyendo su disponibilidad total para el sector.

Fuente de recursos externos (columna 5 y 6)

El subsector público de la salud, en la mayoría de los países, es el conducto para la realización conjunta de ciertos programas de salud, financiados por organismos internacionales y por los propios gobiernos.

Resulta de gran interés examinar el mecanismo multinacional de redistribución de ingresos que opera a nivel internacional, a través del financiamiento y ejecución de los programas de salud.

Las instituciones comprendidas en este subsector pueden concertar empréstitos bilaterales o multilaterales, para el financiamiento de sus inversiones en construcción de hospitales y otras unidades destinadas a proporcionar atención médica preventiva y curativa, y para la dotación de instalaciones e instrumental y equipos; para capacitación y formación de recursos humanos y otros fines relacionados.

Algunos organismos descentralizados y semiprivados (incluyendo universidades y facultades de medicina) que para fines de esta presentación se considera que forman parte del subsector público, también tienen la posibilidad de recibir fondos del exterior para el financiamiento de sus programas relacionados con la salud, especialmente cuando desarrollan programas de interés internacional.

VI. EVALUACION DE LA CAPACIDAD OPERATIVA PARA ABSORBER FINANCIAMIENTOS ADICIONALES

El concepto de la "capacidad de absorción" de financiamiento adicional, aplicada al sector salud, sin llegar al rigor de su significado en el sentido estrictamente económico, puede interpretarse como el conjunto de condiciones previas que debe cumplirse, para estar en la posición de poder utilizar un aumento de recursos financieros destinados a ampliar la inversión en el sector salud en forma óptima. El concepto se refiere a todos los elementos que se requieren, descontando el capital, para aumentar la producción de bienes y servicios en el campo de la salud. El conjunto de factores se define en relación a la situación particular existente en cada país que generalmente se asocia con las condiciones de la infraestructura del sector.

Asimismo, la capacidad de absorción se relaciona con los recursos humanos que requiere la capacidad instalada y su crecimiento previsible, o sea el conocimiento del nivel y ritmo de crecimiento en la capacitación de personal especificado por categorías, y en relación al equilibrio que debe establecerse entre las dotaciones de diversas clases de personal y los distintos tipos y magnitudes óptimas de las unidades de salud.

Para evaluar la productividad y la capacidad de absorción, es indispensable contar con métodos que permitan medir los niveles de eficiencia en la administración, operación contable y financiera, y volumen y calidad obtenida en la producción y distribución de bienes y servicios de salud. En función de los factores mencionados se define "el esfuerzo máximo interno".

Es evidente que debe buscarse la utilización óptima de las inversiones en los diversos componentes del sector salud con la aplicación más racional de personal y la adopción de técnicas modernas de administración y finanzas y una mayor coordinación e integración de las funciones derivadas, para aumentar el nivel cuantitativo y cualitativo de los bienes y servicios producidos por las instituciones componentes del sector. Agotadas las combinaciones óptimas posibles de realizar con los recursos internos, para maximizar la productividad, sería entonces legítimo recurrir a adiciones de capital. En esa situación es justificable pretender incrementar el nivel de fondos que se requieren, para obtener el aumento de bienes y servicios de salud deseados.

Por este motivo resulta de gran interés para cada país, explorar el grado de eficiencia en la utilización de su capacidad instalada, personal, equipos y materiales en una etapa definida, para determinar el nivel del esfuerzo máximo interno que se esté realizando, antes de pretender canalizar mayores recursos financieros al sector. Los esfuerzos de un país deben tender a lograr, mediante todas las técnicas posibles de aplicar, la mejor utilización de los recursos existentes y la previsión de los factores adicionales que se requieren, para el aprovechamiento máximo de los nuevos aportes de capital.

La utilización óptima de los recursos en el sector de la salud en un período determinado, puede depender de algunos factores fuera del ámbito de decisiones del mismo. La existencia de redes de comunicación y transportes en las zonas de aplicación, el número y nivel de los institutos de capacitación y enseñanza, las actitudes psicológicas de aceptación, resistencia o rechazo de los que imparten y los que reciben los servicios y bienes, otros factores geográficos, climatológicos, demográficos, culturales, económicos y políticos pueden acelerar, frenar o impedir, la utilización óptima de los recursos en el sector de la salud y deberán ser considerados para la evaluación del esfuerzo interno que se esté realizando o el que se pretenda alcanzar.

En los países de esta Región, existe la conciencia de que el progreso económico y social son la responsabilidad de sus pueblos y que la obtención de las metas nacionales y regionales, depende básicamente del esfuerzo de cada país. Este se sustenta en una mayor cooperación, coordinación y armonización de políticas y programas nacionales e internacionales, que se consideraran indispensables para complementar el esfuerzo propio, para la movilización y el aprovechamiento óptimo, de los recursos nacionales.

En el período actual la mayoría de las instituciones financieras internacionales, ya sean de tipo bilateral o multilateral, están condicionando la prioridad para la otorgación de créditos o ayuda externa, al esfuerzo máximo interno realizado y/o en proceso de realización, la capacidad de absorción y el interés y efectividad con el cual se esté aplicando la planificación en todos los niveles de los gobiernos nacionales.

VII. PLANTEAMIENTO DE ALGUNAS PROPOSICIONES VIABLES PARA AMPLIAR LAS BASES DE FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD

El financiamiento externo

El deterioro que se observa en las condiciones del marco multilateral de financiamiento de origen externo que reciben los países menos desarrollados, de los que se encuentran en etapas más avanzadas, en la Región, marca la urgencia de revisar estas condiciones para determinar las posibilidades de su modificación.

Las necesidades crecientes de recursos que requieren estos países para un desarrollo general sostenido en especial para sus objetivos de salud, implican la conveniencia de revisar los mecanismos de financiamiento externo para complementar y activar la potencialidad de sus recursos internos.

En el período transcurrido durante la década de los sesentas, los datos relativos al producto bruto nacional en los países menos avanzados de la región americana, muestran la tasa promedio de expansión anual aproximadamente de 5 por ciento. El ritmo de los incrementos producidos en las necesidades de importaciones, de inversión y de servicios públicos, especialmente en los de salud, en muchos casos son superiores al aumento del producto e implican un esfuerzo interno adicional para aumentar los recursos. Los mecanismos usuales utilizados operan a través de aumentos en las exportaciones, en el ahorro interno y en los ingresos tributarios. Sin embargo, en el período actual, para la mayoría de los países las condiciones del mercado mundial de sus productos de exportaciones tradicionales, no permiten anticipar una posible expansión de éstas. En cuanto a las posibilidades de una mayor captación de ahorros privados, el patrón actual de la distribución y nivel de ingresos para los mayores sectores de la población, tampoco permiten prever una capitalización privada interna significativa. En cambio el sector público muestra una diferencia positiva entre el ritmo de aumento en los ingresos y los egresos corrientes, que ha significado un incremento en las disponibilidades de los gobiernos centrales para algunas de sus inversiones en infraestructura. Sin embargo, el coeficiente general de ahorros nacionales a la Región presenta una tendencia declinante.

Una medida de la capacidad potencial de esfuerzo interno, se refleja en que el 93% de la inversión bruta regional fue financiada con ahorros internos, aun cuando la inversión ha sido declinante y la afluencia de recursos externos también.

No obstante que los ingresos tributarios muestran una tendencia ligeramente superior al del producto bruto interno y se advierte una participación creciente del impuesto sobre la renta en su composición, no es realista esperar la solución de los problemas del financiamiento del sector salud en la magnitud y con la rapidez que se requiere a través de reformas fiscales, debido a los problemas que involucran esas reformas en cuanto a su implementación y administración.

Los requerimientos de asistencia financiera para fines del sector salud variarán de acuerdo con la etapa de desarrollo de los países. Los que se encuentran en los niveles menos avanzados generalmente necesitan mayor asistencia técnica para programar el desarrollo de sus actividades sectoriales y para evaluar el mayor "esfuerzo interno" capaces de realizar; así como para determinar los aportes de capital que necesitan en relación a la "capacidad de absorción interna del sector."

En la medida en que los países avanzan hacia niveles superiores, pueden encontrarse en una situación en la cual se recurre en menor grado a la asistencia técnica que proviene del exterior, puesto que ésta se tiende a combinar en menor proporción con mayores conocimientos técnicos locales. En cuanto a la necesidad de capitales, estos países se encuentran en mejores condiciones para cumplir con los créditos ofrecidos en términos mas comerciales que los anteriores.

Es indudable que existe una conciencia creciente entre todas las naciones de su participación en mayor o menor medida, en el desarrollo mundial y de su responsabilidad para contribuir al aceleramiento del mismo, en relación a sus posibilidades.

También es evidente que se han realizado diversas modificaciones en el concepto del desarrollo deseado por todos los países, dejando los límites estrechos del nacionalismo y del campo estrictamente económico a medida que se ha extendido la idea de interdependencia que existe entre las diversas estructuras básicas económicosociales de un país y entre los países mismos.

Prueba evidente de ello lo constituyen los organismos internacionales financieros instituidos y la orientación de los gobiernos actuales en la planeación nacional y regional.

Es evidente que la creación de la mayoría de los mecanismos internacionales financieros establecidos, ha obedecido a las necesidades de financiamiento externo de los países en vías de desarrollo, en un período en el cual predominaban los objetivos de naturaleza económica en detrimento de la política social y sus requerimientos financieros.

Respecto a la capacidad de los diversos países se ha comprobado que en buen número de ellos existe una potencialidad superior a la utilización actual de recursos, susceptible de aumentar mediante un mayor esfuerzo interno con la adecuada ayuda financiera y técnica proveniente del exterior.

El endurecimiento observado en fechas recientes de los términos generales del financiamiento externo, plantea la conveniencia de que éste sea analizado en el contexto de las condiciones internas prevaletentes, tanto en los países proveedores de capitales, puesto que afectan su posición de oferta, como en los países solicitantes, ya que determinan los requerimientos reales y capacidad de absorción y de pago. El análisis de la conjugación de las condiciones de los países aportadores y de los solicitantes, permitirá un mayor ajuste en la disponibilidad y condiciones de los recursos, en los mercados internacionales de capital, y en las políticas de financiamiento y de ayuda externa.

Uno de los problemas relacionados con las políticas de ayuda externa a largo plazo para los programas de salud, tanto para los países que la

proporcionan, como para los que la reciben, estriba en el hecho citado con anterioridad, de que no existe una forma suficientemente satisfactoria para medir el progreso realizado a través de los programas de salud financiados y la efectividad de los logros parciales en el corto plazo. Los resultados y los cambios deseados en ciertas instituciones, en la estructura demográfica, en la productividad, en la salud y bienestar de la población, generalmente requieren períodos relativamente largos y sólo se manifiestan después de cierto tiempo.

Es indudable que aún en algunos de los países más avanzados, de elevado ingreso y producto nacional, se nota una disminución de sus asignaciones para ayuda externa, respecto a su producto nacional. Entre los factores que han determinado este cambio en su política de ayuda externa, se mencionan los de balanza de pagos, redistribución de ingresos, inflación, desocupación, etc. Los problemas derivados implican situaciones internas que pueden esgrimirse para imponer restricciones a la política externa de ayuda a los países menos avanzados en su desarrollo. Por consiguiente se destaca la importancia de diversificar las fuentes aportadoras de capital para fines de desarrollo y encontrar los caminos viables que permitan la transferencia real de recursos de las fuentes más apropiadas, en condiciones que sean compatibles con las necesidades a largo plazo de los países de la Región y en especial los de salud.

La necesidad de una mayor cooperación financiera interamericana para los fines de salud señalados, que revista un carácter complementario del esfuerzo interno, en la forma definida previamente, tiende a basarse en el criterio básico siguiente:

- Que los recursos financieros constituyan una transferencia neta real en volumen adecuado y sostenido y sean otorgados de acuerdo con las prioridades fijadas por las políticas y planes nacionales de salud, integradas a las del desarrollo general del país.

Asimismo, se pretende que la ampliación de una cooperación financiera interamericana, de tipo multilateral, para la consecución de los objetivos de salud de los diversos países, se realice de acuerdo con los programas de éstos.

En cuanto a una situación en que prevalecieran las disposiciones o criterios que atan la utilización de los créditos en condiciones tales que se sobrepase la capacidad de pago y de esfuerzo interno de los países en menores etapas de desarrollo, se estima conveniente considerar la posibilidad de crear nuevos mecanismos efectivos que permitan liberalizar el crédito externo con las adecuadas tasas de interés, plazos, clase de moneda para los pagos, períodos de gracia y volúmenes que requieren los diversos componentes del sector, tomando en cuenta la naturaleza específica de la producción de

bienes y servicios de salud, así como el carácter plurianual de algunos de sus proyectos y programas.

Para este fin se ha pensado en la viabilidad de recurrir a algunos mecanismos adicionales a los existentes, que en su mayoría no operan con menores tasas de interés a las que rigen en el mercado internacional de capitales, prefiriendo la operación a corto o mediano plazo, los pagos en moneda dura y ciertas actividades económicas consideradas de solidez financiera.

La proposición de constituir un fondo regional para financiamiento de las inversiones del sector salud, requiere un análisis para determinar su forma de operación sobre bases distintas a las de los mecanismos actuales para la otorgación de créditos, con una nueva orientación en función de las necesidades reales de financiamiento del sector y de sus limitaciones actuales para operar en forma satisfactoria.

El problema fundamental para la creación de un fondo regional, se localiza en la constitución de sus recursos o sea en la forma de determinar la contribución de cada país, así como en el establecimiento del mecanismo para otorgar condiciones que no se rigen por los incentivos del mercado para la recuperación de los mismos. Para este fin puede ser importante analizar la ratificación y activación de las disposiciones de Derechos Especiales de Giro, del Fondo Monetario Internacional, y las posibilidades de ampliación de los recursos de los otros mecanismos existentes, que cuentan con fondos especiales que se otorgan en condiciones más favorables para objetivos generales del desarrollo, en donde ya se incluyen los de salud, así como la exploración de nuevas fuentes y mecanismos.

Es evidente la conveniencia de que el financiamiento sea de carácter multilateral con el objeto de realizar una distribución de recursos a nivel internacional, basada en principios de solidaridad que tienden a ayudar a los países de menores recursos y que los Gobiernos, tanto contribuyentes como receptores de capital, revisen las medidas internas, fiscales, monetarias, o crediticias, para recomendar las que se consideren más adecuadas de acuerdo con sus propias condiciones, tanto para las aportaciones a los fondos, como para restitución de los créditos obtenidos.

De la misma manera se considera conveniente estudiar la viabilidad de la adopción de mecanismos de financiamiento que permiten la realización de dos clases de objetivos en forma simultánea. Unos de conveniencia económica, redituables y otros de interés social, atractivos para ciertos países contribuyentes de capitales, que desean impulsar determinadas exportaciones de bienes, que pueden requerir los países receptores, deseosos de promover sus políticas de salud. En este tipo reciente de operaciones de

crédito, de apoyo sectorial, mediante el cual ciertos organismos han otorgado algunos préstamos destinados a financiar parcialmente los gastos de capital proyectados por los ministerios de educación en algunos países de esta área, las instituciones reciben una línea de crédito abierta en algún banco de los países aportadores, que constituye un activo disponible, cuyo derecho de disposición se transfiere al banco central del país receptor; éste a su vez, pone a disponibilidad de la institución involucrada, una cantidad equivalente en moneda del país, para ser gastada localmente. La ventaja adicional que se puede derivar de este tipo de operación, es la de aliviar la situación de balanza de pagos, aumentando la disponibilidad de divisas acreditadas para financiar la importación de determinados artículos convenidos previamente.

Estos mecanismos de financiamiento externo podrían ser utilizados para el fortalecimiento de la infraestructura de salud y para el fomento de los recursos humanos. Es importante proseguir la investigación sistemática de la posibilidad de desarrollar y aplicar estos mecanismos para el financiamiento del sector salud.

El financiamiento interno

En cuanto a las modalidades nuevas que pueden ser adoptadas en los mecanismos indirectos y directos para la movilización de fondos de orden interno, éstos caen dentro del campo de las finanzas públicas y del sector privado.

En el primero puede ser de gran interés analizar en qué medida se puede recurrir a ciertas modificaciones en la política tributaria que grave con mayor progresividad aquellos rubros que todavía tienen márgenes para soportar cargas adicionales, sin que se afecten los incentivos indispensables en determinadas actividades para el desarrollo del país. Asimismo sería interesante realizar los estudios que permitieran determinar la posibilidad de asignar el producto de ciertos impuestos especiales para financiar el sector salud.*

También se requieren mayores investigaciones para conocer hasta qué punto se puede estimular o promover la ampliación de las aportaciones actuales directas y nuevas contribuciones indirectas, como las que se pueden canalizar a través del sistema bancario, que puede orientar a ciertas actividades, una proporción de los depósitos de ahorro que ya muestran una tendencia creciente en estos países. El banco central podría emitir una disposición para que un porcentaje de dichos fondos, sea destinado a crédito de interés social en condiciones especiales para su restitución. Ya es evidente en algún país de esta área, la viabilidad de este mecanismo, para

* No confundir con los impuestos especiales predestinados a ciertos objetivos o programas de salud, que significan rigideces que pueden obligar a continuar programas a un nivel de gasto fijo, aun cuando su justificación o prioridad hayan perdido vigencia.

fomentar las obras de vivienda de interés social y de programas de fortalecimiento para la alimentación popular. Este tipo de disposiciones de la banca central, afecta el importe del pasivo por depósitos de ahorro, en el sentido de que esté representado por préstamos a la vivienda de interés social con garantía hipotecaria, fiduciaria, o por bonos hipotecarios, que tengan por objeto préstamos de la misma naturaleza.

Para el fortalecimiento de los programas de alimentación popular, se puede afectar el importe del pasivo por depósitos de ahorro en la misma forma indicada, otorgando créditos a algún organismo responsable de mantener los precios a los productores y consumidores de ciertos alimentos, de acuerdo a una política alimentaria adoptada.

Otra de las soluciones de tipo interno tendientes al aprovechamiento óptimo de los recursos disponibles para el subsector público de salud, acorde con la línea de pensamiento de la realización del esfuerzo máximo interno, es el de la coordinación de las actividades sanitarias, asistenciales y de seguridad social que realizan las secretarías y departamentos de estado, los organismos descentralizados y las empresas propiedad de los gobiernos federales, así como aquellas otras entidades que realizan actividades de salud y en las cuales participa el Estado en su financiamiento.

Para la consecución de este propósito, en algunos países se ha recurrido a coordinar las instituciones de seguridad social con los ministerios de salubridad y asistencia y en otros se ha optado por aplicar el concepto del servicio nacional único de salud, coordinando todas las dependencias y organismos del sector público o paraestatal que realizan actividades de salud.

Los problemas relacionados con este esfuerzo por lograr una mejor inversión y administración de los recursos que el sector público destina a los fines de salud, se relacionan con el nivel de la calidad de los servicios y bienes producidos, en cuanto a la superioridad de los proporcionados por una institución en relación a los de otra y por lo que se refiere a áreas y sectores de la población que sirven. Esto a su vez, crea problemas de orden financiero para determinar la canalización y utilización de los recursos disponibles.

En algunos países, los sistemas de seguridad social han sido considerados los más aptos para la captación de recursos financieros por su naturaleza compulsiva y por contar ya con los mecanismos establecidos para la recaudación de cuotas. Asimismo se les han asignado funciones que se limitan al trámite y otorgación de las prestaciones en dinero, dejando al servicio nacional de salud los servicios o prestaciones médicas, para lo cual la seguridad social les realiza transferencias de los fondos recaudados.

En otros casos se pretende que el sistema único nacional de salud, sea financiado con los recursos del presupuesto público que considera la

distribución institucional de acuerdo con los mismos, conforme al proyecto de presupuesto presentado, en el cual han sido considerados la significación y los requerimientos de las dependencias y organismos incluidos en el sector público de la salud.

Para evaluar la viabilidad de constituir un servicio único de salud de carácter nacional, se requiere analizar en forma profunda y detallada los problemas involucrados en el financiamiento y la coordinación de las actividades que se contemplen en materia de salud pública, asistencia y seguridad social. En algunos países se ha procedido a crear comisiones y grupos de estudio para abordar el análisis de los problemas que plantea la coordinación institucional del sector y sus mecanismos específicos para su implementación.

En la medida en que estos estudios contribuyan a la obtención de una mayor consistencia en la coordinación de actividades, tendientes a lograr una extensión de los servicios a sectores más amplios de la población, con mayores niveles de calidad y eficiencia, se estará fundamentando la conveniencia de los planes únicos de salud, derivados de las políticas nacionales, inspiradas en el aprovechamiento máximo de los recursos disponibles de la nación, para la consecución de sus objetivos sectoriales dentro del contexto de los requerimientos totales de su desarrollo general.

Anexos

I. EL FINANCIAMIENTO DE PROYECTOS DE INGENIERIA SANITARIA

1. El problema
2. Objetivos y metas
3. Necesidad de inversiones: proyección para 1971
4. Procedencia de los fondos
5. Organismos internacionales de crédito
6. Política crediticia
7. Procedimientos para solicitar y administrar préstamos
8. Asistencia técnica
9. Función de la OPS en el financiamiento de proyectos de ingeniería sanitaria

1. El problema

Aunque el título de este trabajo abarca el amplio espectro de los proyectos de ingeniería sanitaria, las observaciones en él formuladas se concentrarán principalmente en los problemas principales que se plantean en este sector: el abastecimiento de agua y la eliminación de agua servidas. Los propios países han establecido prioridades entre las numerosas necesidades de servicios públicos, y reconocen que el abastecimiento de agua debe atenderse en primer lugar ya que se acepta en general que "en la mayoría de los casos, la instalación de un sistema de abastecimiento de agua potable y conveniente es la medida más importante que puede adoptarse para prevenir las enfermedades y, al mismo tiempo, mejorar el nivel de vida de la población."

Las cifras correspondientes a diciembre de 1968 demuestran que de una población total de 265,989,000 habitantes en América Latina el 44% disponía de agua mediante conexiones domiciliarias o tenía fácil acceso a ella y el 22% de la población contaba con sistemas de eliminación de aguas servidas o tenían fácil acceso a estos. Sigue siendo elevada la incidencia de morbilidad y mortalidad debidas a enfermedades entéricas, la mayoría de las cuales son, según se estima, transmitidas por el agua.

Muy pocos países construyen nuevos sistemas de agua y de alcantarillado o amplían los ya existentes a un ritmo superior al del crecimiento de la población. Como se señaló en la Crónica de la OMS de septiembre de 1968: "Es difícil aducir pruebas estadísticas en apoyo de esta afirmación, pero todos los gobiernos y organismos interesados reconocen que en la actualidad hay más personas que necesitan un suministro adecuado de agua que hace cuatro años."

Es evidente que se reconoce la existencia del problema, sobre todo en las zonas rurales donde la situación en general es cada día más difícil. Al mismo tiempo, ingenieros sanitarios reconocen que se dispone de los

medios tecnológicos necesarios para resolver el problema. Se procura simplificar, estandarizar y aumentar el ritmo de construcción de nuevos sistemas en el medio ambiente rural, a fin de atender en el futuro próximo a un mayor número de habitantes en un tiempo más reducido y con menores inversiones. No obstante, la tecnología del abastecimiento de agua y de la eliminación de aguas servidas es sólo un aspecto del procedimiento multifacético que se requiere para llevar a cabo programas nacionales, regionales o locales.

El Dr. Abel Wolman, distinguido profesor de la Universidad de Johns Hopkins, se refirió no hace mucho a los elementos básicos de cualquier programa satisfactorio de ingeniería sanitaria, los que, a su juicio son:

Recursos humanos
Dinero
Administración
Motivación

Simplificó con ello lo que normalmente se consideran los siete pilares del abastecimiento de agua y de la eliminación de aguas cloacales: tecnología, administración, dirección, financiamiento, aspectos jurídicos, económicos y sociales. Si no se cuenta con el apoyo de uno de estos elementos, peligra el éxito del programa.

2. Objetivos y metas

El objetivo general del programa en América Latina es proporcionar al mayor número de habitantes los beneficios que reportan los servicios de abastecimiento de agua y eliminación de aguas servidas a un costo compatible con la realidad social y económica de la población atendida. El señor Harold Shipman, Ingeniero Jefe de la División de Abastecimiento de Agua, del Departamento de Proyectos de Servicios de Utilidad Pública del Banco Mundial, ha manifestado lo siguiente: "Como objetivo a largo plazo, parecería que es razonable sugerir que en todos los países del mundo, toda la población debe tener acceso a una fuente de agua adecuada para beber, cocinar y el aseo personal y que la eliminación de desechos domésticos y orgánicos se efectúe por métodos que no sean ni perjudiciales para la salud pública ni dañinos para el ambiente. Lo ideal sería que el agua potable fuese llevada por cañerías a cada hogar y que cada hogar contase con servicios sanitarios conectados con sistemas de alcantarillado que transporten los desechos líquidos a plantas de tratamiento para su eliminación final o reutilización. Evidentemente, es poco práctico fijar como meta que podría lograrse en algún momento en el futuro previsible en todas partes la dotación de servicios de agua domiciliarios en un 100% en las zonas urbanas. Es igualmente desconocer la realidad esperar que cada hogar contará con sistemas sanitarios interiores vinculados a alcantarillas públicas."

Cada país debe establecer sus propios objetivos y metas ahora que se acerca a su término el Decenio de la Alianza para el Progreso. En esa tarea, será necesario tomar en cuenta las limitaciones existentes en mano de obra, las restricciones financieras y económicas y, sobre todo, la capacidad operativa de las instituciones encargadas de llevar a cabo los programas.

3. Necesidad de inversiones

Las cifras presentadas a continuación son solamente aproximativas. Representan un cálculo aproximado de las inversiones de capital necesarias en sistemas de abastecimiento de agua y de alcantarillado en América Latina durante los próximos dos años y medio. Según los programas de inversión aprobados en los países latinoamericanos de este Hemisferio, una inversión anual de 600,000,000 dólares permitiría obtener los resultados siguientes a fines de 1971:

| <u>Población atendida</u> | <u>Abastecimiento de agua</u> | <u>Alcantarillado</u> |
|---------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| Urbana | 71% | 42% |
| Rural | 23% | 3% |
| Total | 49% | 25% |

En otras palabras, los Gobiernos de América Latina deberían invertir en los próximos 30 años 1,500,000,000 dólares para construir nuevos sistemas de abastecimiento de agua y de alcantarillado, así como para mantener y ampliar los ya existentes. De esta cantidad 1,350,000 dólares se destinarán a las zonas urbanas y 150,000,000 a las comunidades rurales. Es interesante comparar estas cifras abrumadoras con las de los años recién pasados. En 1962 se invirtieron 300,000,000 dólares; en 1966, 1967 y 1968 los países invirtieron por término medio 240,000,000 dólares en sus programas de abastecimiento de agua y eliminación de aguas servidas.

Los fondos nacionales invertidos representaron 150,000,000 de dólares cada año y las instituciones internacionales de créditos aportaron anualmente 90,000,000. Si en los próximos dos años y medio prevalece esta misma proporción, los países tendrán que proporcionar cada año 375,000,000 de dólares de sus propios fondos nacionales y obtener 225,000,000 de organismos internacionales de crédito. Esto significa que habrá que acelerar considerablemente las operaciones financieras tanto a nivel nacional como internacional.

Es también interesante señalar que en los últimos tres años los organismos multilaterales internacionales aportaron el 44% de los fondos para sistemas de abastecimiento de agua y eliminación de aguas servidas en las zonas urbanas, mientras que el crédito internacional para programas de las zonas rurales representó menos del 11% de los gastos totales de los países por este concepto.

4. Procedencia de los fondos

Aunque se dispone de cifras muy exactas sobre los préstamos y créditos concedidos por instituciones crediticias multilaterales internacionales para abastecimiento de agua, los datos son incompletos o inadecuados en lo que respecta a créditos y préstamos de gobiernos nacionales, abastecedores, organismos bilaterales, estados y municipios. En la mayoría de los casos, los organismos de servicios de agua llevan un buen registro de los fondos que perciben de los servicios prestados a los consumidores, lo que representa sólo una pequeña parte de los fondos utilizados por las instituciones en sus nuevos programas.

Los diferentes niveles de gobierno y abastecedores aportan el mayor porcentaje de fondos que se utilizan en los programas de abastecimiento de agua y eliminación de aguas servidas, y el gobierno central es generalmente el principal contribuyente en el financiamiento de los programas. Por desgracia, como ha señalado el BID "los ingenieros corrientes de los gobiernos centrales han estado creciendo a un ritmo superior al del producto interno bruto de la región. Esto indica una mayor capacidad de los países para movilizar recursos internos."

No se dispone de datos estadísticos completos acerca de la aportación de fuentes bilaterales de financiamiento. Se estima en general, que representan una gran proporción de los fondos disponibles para construcción y ampliación de sistemas de abastecimiento de agua. Se espera también que los organismos multilaterales de inversión absorberán mayores compromisos en el futuro inmediato, y tal vez sean más importantes que los organismos bilaterales como fuentes de créditos.

5. Organismos internacionales de crédito

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) es la institución internacional de crédito principal en cuanto al abastecimiento de agua. Entre 1961 y fines de 1968 el BID facilitó 420,000,000 de dólares para financiar 75 proyectos en América Latina. El objetivo principal de este organismo, patrocinado por 22 países miembros, consiste en promover y orientar, con su propio capital y con recursos de otras fuentes, inversiones que estimulen, individual o colectivamente, el desarrollo económico y social de sus países miembros.

El Banco se estableció en diciembre de 1959. El primer préstamo se concedió al Perú para financiar el sistema de abastecimiento de agua de Arequipa.

El Banco Mundial y su organismo afiliado, la Asociación Internacional de Fomento, son organismos especializados autónomos de las Naciones Unidas. El propósito primordial de ambos es facilitar el desarrollo económico de

los 100 países miembros y, con ello, mejorar el nivel de vida de la población. Entre las principales actividades del Banco, además de la concesión de préstamos para proyectos, figura la prestación de servicios de asesoramiento y asistencia técnica. El Banco es el organismo ejecutor de proyectos financiados con cargo al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

La Agencia para el Desarrollo Internacional (AID) y el Banco de Exportación e Importación (EXIMBANK) son instituciones financiadas por el Gobierno de los Estados Unidos de América. La AID fomenta el comercio multilateral, la asistencia técnica y el desarrollo económico. El EXIMBANK coopera en el financiamiento, así como en las actividades de exportación e importación de bienes y servicios afines de los Estados Unidos de América.

Entre las instituciones internacionales cabe mencionar también la Agencia de Desarrollo Internacional del Canadá, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, UNICEF y CARE que han participado en programas de abastecimiento de agua y de alcantarillado en el Hemisferio Occidental con préstamos, subvenciones y donaciones.

6. Política crediticia

A continuación se presenta un resumen de la política crediticia del BID, el Banco Mundial, la AID y el EXIMBANK:

6.1 Banco Interamericano de Desarrollo. El Banco concede préstamos a los Gobiernos de sus países miembros, a cualquiera de sus subdivisiones políticas u organismos autónomos y a empresas privadas dentro de los países miembros. Ayuda a financiar proyectos públicos y privados que contribuyen directamente al desarrollo económico y social nacional. Al evaluar los proyectos que financia, el Banco considera el efecto multiplicador sobre las actividades económicas generales del país interesado, la contribución que aporta el proyecto al desarrollo nacional, el efecto que tendrá sobre la balanza de pagos al sustituir las importaciones o aumentar las exportaciones, la expansión del empleo y la integración económica de la región. El Banco concede préstamos únicamente para proyectos en que el prestatario ha hecho o hará una inversión importante con sus propios fondos. Generalmente, ésta representa la mitad del costo del proyecto, a menos que circunstancias especiales justifiquen una proporción menor. No financia proyectos que puedan ser sufragados con fondos de fuentes privadas en condiciones razonables, ni concede préstamos para la compra de empresas establecidas, para la inversión de acciones de corporación, para fines de la balanza de pago, para el capital de trabajo o a los abastecedores. Su política no permite la concesión de préstamos para proyectos destinados a aumentar el suministro de productos básicos de los que hay excedentes en el mundo.

6.2 El Banco Mundial y la AID. Las operaciones de préstamos del Banco Mundial se realizan de acuerdo con tres principios principales: primero, que el prestatario esté en condiciones de reembolsar el préstamo;

segundo, que el proyecto que se haya de financiar esté bien concebido y que será bien dirigido, y tercero, que el proyecto reporte beneficios a la economía y justifique la inversión necesaria. El análisis económico es esencial en las operaciones del Banco y de la AID. El análisis económico del Banco es un proceso continuo basado en actividades realizadas en la sede, en visitas a los países prestatarios a fin de obtener un conocimiento directo de sus economías y en contactos frecuentes con el Gobierno y otros funcionarios. Antes de conceder un préstamo, el Banco determina si el prestatario estará en condiciones de servir la deuda. La consideración principal para llegar a una opinión al respecto es la situación del país en lo que respecta a divisas, porque los préstamos del Banco se efectúan y deben reembolsarse en monedas distintas de las del prestatario. El Banco también evalúa en general los méritos y la prioridad del proyecto propuesto. Si el Banco está satisfecho con respecto a estas dos consideraciones, investiga el proyecto en detalle, los planes para su diseño y construcción, los beneficios económicos y financieros que se espera obtener y las disposiciones para su administración cuando entre en funcionamiento. El Banco raras veces presta la cantidad total necesaria para llevar a cabo un proyecto. Por regla general, limita su financiamiento a los costos de divisas que entraña la compra de bienes y servicios. La mayoría de los costos locales, que a menudo representan más de la mitad del total, son sufragados por el prestatario con otros recursos.

6.3 Agencia para el Desarrollo Internacional. La política crediticia de la AID se basa en los siguientes criterios:

- a) Inaccessibilidad de financiamiento de otras fuentes.
- b) Demostración de buen fundamento económico y técnico del proyecto.
- c) Aportación a la economía del país.
- d) Demostración de autoayuda por el país.
- e) Efecto sobre la economía y balanza de pagos de los Estados Unidos de América.

Los préstamos se efectúan en dólares de los Estados Unidos de América o en moneda local a los Gobiernos, los que, a su vez, vuelven a prestar los fondos a instituciones nacionales. Cuando el costo del proyecto es superior a 100,000 dólares firmas consultoras de ingeniería o empresas locales asociadas con empresas norteamericanas deben realizar estudios técnicos y de factibilidad.

6.4 Banco de Exportación e Importación. En lo esencial, los principios en que se basa la política crediticia del EXIMBANK requieren posibilidades razonables de reembolso en los términos convenidos. Esto significa una política en extremo flexible que puede adaptarse a cada caso. Los fondos proporcionados por el EXIMBANK tienen por objeto complementar otras fuentes de financiamiento y no competir con éstas. Los gobiernos y sus organismos o corporaciones que cuentan con el apoyo del gobierno nacional reúnen las condiciones para solicitar préstamos.

7. Procedimientos para solicitar y administrar préstamos

7.1 Banco Interamericano de Desarrollo. Al ser interrogado con respecto a un préstamo o cuando se presenta una solicitud para obtenerlo, el Banco se pone en contacto con el prestatario a fin de determinar la factibilidad económica del proyecto, el lugar que ocupa en la lista de prioridades con fines de préstamos dentro del país, el importe del préstamo solicitado, el estimado del costo total del proyecto, incluso costos locales y en divisas y la viabilidad general de toda la operación. El proyecto y la situación del prestatario son analizados minuciosamente por el personal del Banco o por especialistas contratados con tal finalidad. El personal del Banco prepara un examen completo del proyecto para que el Presidente decida al respecto. Si el Presidente lo aprueba, el proyecto se remite a la Junta de Directores Ejecutivos para su decisión. La Junta está integrada por siete miembros, uno de los cuales es representante de los Estados Unidos de América. Si la Junta aprueba el proyecto se negocia con el presunto prestatario un contrato de préstamo definitivo, el que, una vez firmado, entra en vigor. El período de amortización de estos préstamos varía de 12 a 15 años para ciertos préstamos industriales de capital ordinario; hasta 25 o 30 años para proyectos de desarrollo social que abarcan los proyectos relacionados con el abastecimiento de agua. Las tasas de interés de estos préstamos varían de 2-1/4% en el caso de algunos préstamos blandos a 7-3/4% en los préstamos de capital ordinario.

7.2 Banco Mundial y AID. Los procedimientos del Banco Mundial para solicitar y administrar fondos no siguen una pauta uniforme. Sin embargo, el Banco ha establecido ciertas normas basadas en la experiencia acumulada, las que se describen en los párrafos siguientes.

a) Estudios exploratorios e investigación preliminar. Por regla general, el Banco examina oficiosamente con el presunto prestatario las posibilidades de conceder un nuevo préstamo, indicando la información que requiere acerca de la situación económica existente en el país que solicita el préstamo y también las relativas al proyecto.

El procedimiento que rige para solicitar un préstamo comprende dos etapas: primero, el Banco estudia la situación económica y posibilidades del prestatario, así como la relación del proyecto en estudio con las necesidades y posibilidades económicas del país. Luego se realiza un examen crítico de los aspectos técnicos, financieros y de otra naturaleza con miras a establecer las condiciones adecuadas para el préstamo. Especialistas o consultores de la plantilla de personal examinan con espíritu crítico los aspectos técnicos del proyecto, así como los planes para el financiamiento de aquella parte del proyecto que debe ser de la competencia del prestatario.

b) Negociaciones oficiales. Una vez que se han llevado a cabo los estudios exploratorios y las investigaciones preliminares se transforman en un informe satisfactorio sobre el proyecto, el Banco informa al prestatario que está dispuesto a iniciar negociaciones oficiales para la concesión del préstamo. De estos procedimientos se ocupa el personal, el que, a su vez, informa a los Directores Ejecutivos del progreso realizado. Si las negociaciones conducen a un acuerdo acerca del proyecto, se comunican a los Directores Ejecutivos los plazos y condiciones del préstamo, toda la documentación complementaria y las recomendaciones del Presidente, para la aprobación de aquellos.

Varios meses transcurren antes de que el prestatario pueda efectuar el primer desembolso. Durante este período el prestatario debe cumplir con una serie de condiciones prescritas.

7.3 Agencia para el Desarrollo Internacional. No se han establecido procedimientos sobre las condiciones de los préstamos. Por regla general, la Misión de la AID de los países selecciona los proyectos que podrían ser objeto de un préstamo si se consideran autofinanciables. Además, el prestatario debe satisfacer ciertas condiciones en lo que respecta a la organización antes de que pueda estudiarse la solicitud de préstamo. Los préstamos se otorgan a los Gobiernos, los que, a su vez, vuelven a prestar el dinero a instituciones.

El personal técnico de la AID correspondiente a la sección donde se origina un estudio de factibilidad prepara un documento sobre el préstamo. Este documento es examinado por un Comité de Préstamos integrado por un Director Adjunto, un Asesor Económico y un Ingeniero. El Comité evalúa los efectos económicos del proyecto teniendo en cuenta su efecto en el desarrollo del país. Luego se envía un resumen del documento de préstamo a la oficina de Washington con las recomendaciones de la Misión para que sea estudiado y se formulen observaciones al respecto. Seguidamente, el documento es examinado por la Oficina de Ingeniería en sus aspectos técnicos, así como por economistas y especialistas en análisis financiero. La Oficina Central de Préstamos aprueba la solicitud, la que es devuelta al país de que se trate con los cambios sugeridos. Si el prestatario acepta los términos del proyecto de acuerdo, éste es oficialmente firmado. Antes del primer desembolso, el Gobierno y el prestatario deben cumplir numerosas condiciones.

7.4 Banco de Exportación e Importación. Se establece un contacto directo entre el EXIMBANK y el presunto prestatario, el que conduce a una serie de consultas sobre la propuesta solicitud de préstamos. El prestatario debe preparar y presentar al Banco toda la información pertinente acerca del préstamo hasta que se llegue a un acuerdo definitivo sobre las

condiciones en que será otorgado. Se espera que el prestatario participe en el proyecto con una proporción del 40%, acompañada a menudo de una garantía de reembolso de un garante con sentido de responsabilidad.

Los procedimientos para la administración del préstamo son semejantes en todas las instituciones de créditos. Permiten el desembolso de los fondos del préstamo únicamente cuando se efectúan gastos en bienes y servicios especificados. Entonces es posible verificar cada artículo financiado, desde la determinación de las especificaciones y la colocación de un pedido hasta la entrega del artículo y su utilización efectiva en el proyecto. El prestatario debe presentar informes periódicos de los progresos realizados en la aplicación del proyecto. En estos informes se han de indicar los adelantos en las actividades de ingeniería, la colocación de contratos para obtener bienes y servicios, su producción y entrega así como los gastos efectuados en relación con el proyecto. Los adelantos materiales y los gastos efectuados se confrontan con los planes de trabajo y las previsiones de costos originales.

La información facilitada a los organismos de crédito por el prestatario es complementada con visitas por el personal de la institución de crédito. El objetivo principal de estas visitas periódicas es conocer directamente la labor que se realiza, examinar los registros de contabilidad y observar lo relativo al empleo y conservación de bienes y equipo. Se dedica especial atención a la administración y dirección del proyecto. Las especificaciones y planes de construcción se modifican según las necesidades y estos cambios deben convenirse mutuamente.

8. Asistencia técnica

Hace algunos años el entonces Presidente del Banco Mundial, señor Eugene Black, manifestó lo siguiente: "Nuestra experiencia continúa confirmando que la escasez de capital no es el único y ni siquiera el principal obstáculo para el progreso económico más rápido de los países menos desarrollados. La inexperiencia y la falta de mano de obra capacitada en todos los niveles constituyen dificultades aún más graves. Creo que las actividades de crédito del Banco y su organismo afiliado, la Asociación Internacional de Fomento, pueden llevarse a cabo satisfactoriamente sólo si van acompañadas de un programa importante de asistencia técnica y adiestramiento."

El Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo facilitan asistencia a sus países miembros en tres esferas, a saber:

a) Asistencia técnica para proyectos específicos. Estas actividades comprenden:

- Cooperación en estudios de prefactibilidad y preparación de proyectos.

- Información técnica y práctica para la realización de los proyectos.
- Establecimiento o mejoramiento de procedimientos operativos a fin de aumentar la productividad de las instituciones encargadas de los proyectos financiados por los organismos de créditos.

b) Estudios especiales y fomento

- Análisis del desarrollo económico de los países y estudios sobre planes nacionales, sectoriales o específicos.
- Identificación de problemas y establecimiento de prioridades.
- Evaluación de proyectos financiados por el Banco.
- Apoyo a organismos nacionales de planificación.

c) Adiestramiento

- Apoyo a programas de adiestramiento patrocinados por otras organizaciones internacionales o instituciones nacionales, o ambas.
- Cursos especiales ofrecidos por el Banco.

La Agencia para el Desarrollo Internacional facilita asistencia técnica para proyectos específicos y adiestramiento, aun cuando no ofrece cursos de capacitación.

8.1 Financiamiento de asistencia técnica por el BID. Las actividades de asistencia técnica pueden formar parte de un contrato de préstamo o pueden ser objeto de un acuerdo aparte. El Banco contribuye al financiamiento de asistencia técnica con recursos que pueden ser: reembolsables, no reembolsables, mixtos y de recuperación contingente.

Los costos de asistencia técnica reembolsables deben ser pagados por el prestatario. En el tipo de asistencia técnica no reembolsable corresponde al prestatario sufragar los costos locales. El Banco recurre a este tipo de asistencia técnica en casos excepcionales cuando la situación económica del prestatario requiere una subvención.

En el tipo mixto de asistencia técnica una parte es reembolsable y la otra no lo es.

La asistencia técnica de recuperación contingente entraña una operación no reembolsable sujeta a la contingencia de que si la asistencia técnica conduce a la firma de un contrato de préstamo, el costo de la asistencia se incluye en el préstamo, transformándose así en asistencia técnica reembolsable.

Las operaciones de asistencia técnica cuyo costo es inferior a \$50,000 son relativamente sencillas. Constituyen la proporción más importante de las actividades de la OPS en el desarrollo de instituciones, en colaboración con el prestatario.

8.2 Asistencia técnica, Banco Mundial y Asociación Internacional de Fomento.

Muy pocos países latinoamericanos han contado en los últimos años con una oficina encargada de preparar un marco de planes de desarrollo y capaz de evaluar los proyectos propuestos dentro de dicho marco. El Banco Mundial ha desempeñado una importante función en cuanto a modificar esta situación mediante la asistencia técnica.

Muchos países han solicitado y obtenido los servicios de asesoramiento del Banco en relación con la formulación de programas de desarrollo a largo plazo. Los criterios básicos que rigen la preparación de planes de desarrollo pueden resumirse en los tres principios siguientes:

- a) Estimación del orden de magnitud de las inversiones que el país puede efectuar con los recursos disponibles.
- b) El establecimiento de un orden de prioridad respecto a la inversión pública en los diferentes sectores económicos.
- c) La adopción de normas económicas y financieras, así como de procedimientos administrativos necesarios para el éxito del programa.

Generalmente el Banco paga los sueldos del personal que asigna a las misiones, el 50% de los gastos en consultores contratados, gastos de viaje y viáticos del personal del grupo fuera del país. El país debe hacerse cargo del costo de la mitad de los honorarios de los consultores y de los gastos locales.

Otro importante aspecto de la asistencia técnica facilitada por el Banco Mundial a sus países miembros es la creación de bancos de fomento en varios de ellos. Como resultado neto de este tipo de asistencia, se ha simplificado considerablemente el problema de la movilización de capital local. El Banco mantiene estrechas relaciones con organismos especializados de las Naciones Unidas, sobre todo con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), y colabora en los estudios de preinversión que comúnmente se llevan a cabo antes del financiamiento de los proyectos.

9. Función de la OPS en el financiamiento de proyectos de ingeniería sanitaria

Se ha presentado no sólo un resumen del problema, sino los objetivos y metas del abastecimiento de agua y la eliminación de aguas servidas. Se hizo breve referencia a los gastos estimados en el futuro próximo, fuentes de fondos y política crediticia de los organismos internacionales de préstamo. Cabe preguntarse, ahora, qué función puede desempeñar la OPS en el financiamiento de los proyectos.

Los ingenieros de la OPS/OMS ayudan a los nacionales del país de que se trate a identificar nuevos proyectos, así como en las actividades normales relacionadas con el desembolso de préstamos ya aprobados. Es preciso mantener relaciones oficiosas con los representantes de las instituciones locales de crédito o misiones técnicas a fin de que nuestro personal pueda informarse bien de los proyectos y conozca a fondo la actitud del Banco y de los clientes. Con frecuencia, el país necesita asistencia técnica complementaria ya sea durante la etapa de estudios preliminares o durante la fase de construcción. El ingeniero encargado del proyecto debe informar a la Zona y, si la situación lo justifica, solicitar los servicios de consultores especializados a corto plazo.

Se espera que los funcionarios de Zona colaboren en la planificación general, ya sea nacional, regional o local, evalúen continuamente el progreso en la ejecución de los proyectos y, en este caso también, mantengan una asociación estrecha con los funcionarios de la institución de créditos.

La Oficina de Washington mantiene excelentes relaciones de trabajo con las instituciones internacionales de crédito, las que tienen, como característica común, una estructura bastante centralizada. Esto significa que la mayoría de las decisiones, especialmente las relacionadas con aspectos financieros, técnicos, administrativos y gerenciales de los préstamos y actividades conexas se adoptan en Washington. Además, la Oficina Central se entera sin demora de los cambios introducidos en procedimientos internos, normas y pautas generales de trabajo y los comunica, a su vez, a las Zonas.

Esta dualidad de las actividades de la OPS, en el sentido de actuar como organismo que colabora con el prestatario y con las instituciones de crédito le confiere la responsabilidad de transformarse en organismo catalizador de actividades que pueden reportar beneficios indudables a los diversos países.

II. FINANCIAMIENTO DE ABASTECIMIENTO DE AGUA RURAL

1. Situación actual del abastecimiento de agua en áreas rurales

El abastecimiento de agua a domicilio es un factor esencial para la salud y el bienestar económico y social de las comunidades. Además, constituye un elemento imprescindible de los programas para reducir la mortalidad infantil y aumentar la esperanza de vida de los seres humanos.

Las futuras estructuras del habitat rural de América Latina así como las del habitat urbano no pueden abandonarse a su suerte. El desarrollo económico y social satisfactorio de un país depende de que se preste igual atención a los problemas más fundamentales del medio rural que la que se asigna en la actualidad a los problemas más complejos que se presentan al hombre en las ciudades. Hasta hoy no se le ha prestado análogo interés, y por eso, en el medio rural se han acumulado las necesidades insatisfechas. Esta situación se percibe claramente en el caso del abastecimiento de agua a las comunidades rurales. Hacer frente al atraso del suministro rural de agua y situar las cosas en equilibrio razonable para el término de la Década de la Alianza para el Progreso, requerirá la adopción de medidas especiales y nuevas.

Los Gobiernos de América Latina se fijaron en la Carta de Punta del Este, un objetivo digno de realizarse: suministrar hasta 1971 agua potable y desagüe a no menos del 70% de la población urbana y del 50% de la rural.

Se han hecho ya avances notables para alcanzar esas metas. En la primera mitad de la Década, el progreso realizado en las zonas urbanas responde a lo previsto. Sin embargo, el programa rural está mucho menos adelantado. La disparidad que existe entre los avances hechos en el medio rural y en el urbano no es sorprendente. Los problemas de logística en el abastecimiento y financiamiento, son considerablemente más difíciles en las comunidades rurales. Sin embargo, la existencia de nuevas técnicas de organización y financiamiento, de materiales modernos y métodos perfeccionados de construcción, de mejores medios de transporte, etc., podrían, si fuesen aplicados adecuadamente, contrarrestar los mencionados obstáculos.

De enero 1961 a enero 1968, se han comprometido más de 1,250 millones de dólares para el abastecimiento de agua potable, de los cuales cerca de 214 millones se han destinado a las zonas rurales. En la fecha, cerca de 22 millones de personas están beneficiadas en las áreas rurales. En general, una comunidad se considera rural cuando su población no excede de 2 mil habitantes aunque en algunos países esa cifra pueda cambiar.

Un hecho a notarse es la gran diferencia en el crecimiento de las poblaciones urbanas y rurales. Así en 1961 las poblaciones urbanas y rurales eran aproximadamente iguales (50%), mientras que en 1965 representan el 52 y 48%, respectivamente, de la población total y en 1971 esas cifras serán 57 y 43 por ciento.

En 1967 cerca de 19% de la población rural está servida con abastecimiento de agua. Para alcanzar el objetivo señalado en la Carta de Punta del Este, es decir, el 50% de la población rural en 1971 (60 millones) deben proporcionarse en los próximos años servicios de agua a 40 millones de personas que habitan aproximadamente en 50 mil comunidades rurales. Se trata de un objetivo ambicioso que exigirá para alcanzarlo también un esfuerzo ambicioso, el uso a fondo de nuestra experiencia y la aplicación de nuevos métodos. Los cuadros I, II y III, muestran la situación de las poblaciones urbanas y rurales de América Latina, respecto al abastecimiento de agua, así como los fondos destinados a esos servicios, las tasas de crecimiento y la situación de los países en relación a las metas de la Carta de Punta del Este.

Este documento además de analizar los antecedentes del problema del abastecimiento de agua de zonas rurales y los avances hechos hasta el momento, señala la necesidad de un esfuerzo más concentrado en el Programa de Abastecimiento de Agua en poblaciones rurales y discute el establecimiento y operación de fondos rotatorios como un método de financiamiento de esas obras. Estos últimos se destinarán, primero, a préstamos a las comunidades para la construcción de sistemas de abastecimiento de agua y posteriormente, una vez se tornen autosuficientes, para análogas mejoras en la comunidad rural.

Ese mecanismo financiero tiene tres objetivos principales: primero, dar ímpetu al programa de abastecimiento de agua en poblaciones rurales y acelerar la construcción durante la segunda mitad de la Década de la Alianza; segundo, fortalecer la organización de la comunidad y desarrollar de un modo más completo las posibilidades de participación de la propia población y tercero, establecer, en cada país, un mecanismo de financiación autosuficiente.

Uno de los aspectos más alentadores del programa de abastecimiento de agua para poblaciones rurales es el entusiasmo y la eficacia con que las comunidades han hecho frente a sus responsabilidades. La población ha reconocido el valor del suministro de agua a domicilio. Por eso quiere disponer de ese servicio y está dispuesta a pagar por él.

Nº 1

SITUACION DEL ABASTECIMIENTO DE AGUA EN AMERICA LATINA - 1968
(Población en millones)

| País | Fecha de datos | Urbana | | | | | | Rural | | | | |
|----------------------|----------------|--------|---------------------|----|--------------|-------|-------|---------------------|------------|--------------|-------|-----|
| | | Pobl. | Población servida * | | | | Pobl. | Población servida * | | | | |
| | | | Conn. dom. | % | Acceso fácil | Total | | % | Conn. dom. | Acceso fácil | Total | % |
| Argentina | Dic.'68 | 17,10 | 11,30 | 66 | 0,90 | 12,20 | 71 | 6,50 | 0,46 | 0,20 | 0,66 | 10 |
| Barbados | Jun.'68 | 0,12 | 0,09 | 81 | 0,02 | 0,12 | 100 | 0,14 | 0,02 | 0,12 | 0,14 | 100 |
| Bolivia | Oct.'68 | 1,27 | 0,30 | 24 | 0,63 | 0,93 | 73 | 3,39 | 0,00 | 0,02 | 0,03 | 1 |
| Brasil | Dic.'68 | 48,54 | 22,24 | 46 | - | 22,24 | 46 | 42,36 | - | 2,00 | 2,00 | 5 |
| Chile | Dic.'68 | 6,90 | 3,90 | 57 | 1,78 | 5,68 | 82 | 3,15 | 0,12 | 0,12 | 0,24 | 8 |
| Colombia | Dic.'68 | 10,72 | 6,70 | 63 | 2,10 | 8,80 | 82 | 9,16 | 1,60 | 2,80 | 4,40 | 48 |
| Costa Rica | Dic.'68 | 0,55 | 0,49 | 88 | - | 0,49 | 88 | 1,08 | 0,66 | - | 0,66 | 61 |
| Cuba | Jun.'66 | 5,02 | 3,84 | 77 | 0,65 | 4,49 | 90 | 2,93 | 1,77 | - | 1,77 | 60 |
| Ecuador | Dic.'68 | 2,19 | 1,03 | 47 | 0,51 | 1,54 | 70 | 3,59 | 0,10 | 0,19 | 0,29 | 8 |
| El Salvador | Sept'68 | 1,10 | 0,72 | 65 | 0,16 | 0,88 | 79 | 2,18 | 0,55 | - | 0,55 | 25 |
| Guatemala | Dic.'68 | 1,67 | 0,67 | 40 | 0,77 | 1,44 | 86 | 3,31 | 0,00 | 0,32 | 0,32 | 10 |
| Guyana | Dic.'68 | 0,21 | 0,20 | 97 | 0,01 | 0,21 | 100 | 0,51 | 0,17 | 0,02 | 0,18 | 36 |
| Haití | Jul.'62 | 0,39 | 0,12 | 31 | 0,05 | 0,17 | 44 | 4,29 | 0,05 | 0,08 | 0,13 | 3 |
| Honduras | Dic.'68 | 0,63 | 0,36 | 57 | 0,23 | 0,59 | 93 | 1,78 | 0,07 | 0,13 | 0,19 | 11 |
| Jamaica | Mar.'68 | 0,53 | 0,51 | 97 | 0,01 | 0,52 | 99 | 1,37 | 0,40 | 0,56 | 0,96 | 70 |
| México ** | Dic.'68 | 26,94 | 17,30 | 64 | 4,00 | 21,30 | 79 | 20,92 | 0,60 | 3,10 | 3,70 | 18 |
| Nicaragua | Dic.'68 | 0,71 | 0,32 | 45 | 0,80 | 0,62 | 87 | 1,12 | 0,03 | 0,03 | 0,07 | 6 |
| Panamá | Jul.'68 | 0,64 | 0,52 | 81 | 0,06 | 0,57 | 89 | 0,74 | 0,03 | 0,11 | 0,14 | 19 |
| Paraguay | Dic.'68 | 0,81 | 0,13 | 16 | 0,01 | 0,14 | 17 | 1,42 | - | 0,05 | 0,08 | 6 |
| Perú | Sept'68 | 5,62 | 2,50 | 44 | 1,09 | 3,59 | 64 | 6,65 | 0,04 | 0,05 | 0,09 | 13 |
| República Dominicana | Dic.'68 | 1,37 | 0,72 | 52 | 0,22 | 0,94 | 68 | 2,65 | 0,06 | 0,16 | 0,22 | 8 |
| Trinidad y Tabago | Dic.'68 | 0,34 | 0,28 | 81 | 0,06 | 0,34 | 100 | 0,68 | 0,25 | 0,38 | 0,63 | 92 |
| Uruguay | Dic.'68 | 2,45 | 1,83 | 75 | 0,21 | 2,03 | 83 | 0,59 | 0,02 | 0,04 | 0,06 | 10 |
| Venezuela | Dic.'68 | 6,27 | 4,33 | 69 | 1,94 | 6,27 | 100 | 3,51 | 1,79 | 0,30 | 2,09 | 60 |
| TOTAL | | 142,08 | 80,38 | 56 | 15,70 | 96,08 | 68 | 123,90 | 8,77 | 10,81 | 19,58 | 16 |

* Datos basados en los resultados de un estudio terminado en Diciembre de 1968, por la OPS con la colaboración de los ingenieros nacionales.

** México rural - Julio de 1967

Nº 2

FONDOS DESTINADOS A LA CONSTRUCCION DE
SERVICIOS DE AGUA Y ALCANTARILLADO EN
AMERICA LATINA

Enero 1961 - Enero 1968

DATOS A 1 ENERO DE 1969

Préstamos Internacionales:

| | | |
|---|------------|------------------------|
| Banco Interamericano de Desarrollo | (BID) | \$ 425.315.100 (a) |
| Agencia Internacional de Desarrollo | (AID) | 99.112.600 (a) |
| Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento | (BIRF) | 38.300.000 |
| Banco de Importación y Exportación | (EXIMBANK) | 30.508.355 |
| Total Préstamos Internacionales | | <hr/> \$ 593.236.055 |
| Fondos nacionales - incluye fondos de contrapartida a los fondos internacionales | | \$ 874.790.000 |
| Total | | <hr/> \$ 1.468.026.055 |

Nº de personas beneficiadas 65.500.000
(urbana y rural)

(a) Incluye préstamos aprobados y préstamos ya firmados

- Notas: 1) De los fondos totales (\$1.468.026.055), \$1.219,7 millones son para áreas urbanas y \$248,3 millones para áreas rurales.
- 2) El total incluye un pequeño porcentaje para servicios de alcantarillado.

Nº 3

Tasas de Crecimiento de Población en 21 Países de América

| País | Período | Tasa de Crecimiento Anual | | |
|------------------------------|-----------|---------------------------|--------|-------|
| | | Total | Urbana | Rural |
| Argentina | 1947-1960 | 1,8 | 3,2 | 0,3 |
| Brasil | 1950-1960 | 3,1 | 6,5 | 2,1 |
| Canada | 1951-1961 | 2,7 | ... | ... |
| Chile | 1952-1960 | 2,8 | 5,9 | -0,2 |
| Colombia | 1951-1964 | 3,2 | ... | ... |
| Costa Rica | 1950-1963 | 4,0 | 4,5 | 3,8 |
| Ecuador | 1950-1962 | 3,0 | 6,6 | 2,0 |
| El Salvador | 1950-1961 | 2,8 | 5,8 | 2,3 |
| Estados Unidos de América | 1950-1960 | 1,7 | ... | ... |
| Guatemala | 1950-1964 | 3,1 | ... | ... |
| Honduras | 1950-1961 | 3,0 | 8,1 | 2,5 |
| Jamaica | 1943-1960 | 1,5 | 4,0 | 0,9 |
| México | 1950-1960 | 3,1 | 5,2 | 2,3 |
| Nicaragua | 1950-1963 | 2,6 | 5,9 | 1,9 |
| Panamá | 1950-1960 | 2,9 | 5,1 | 2,0 |
| Paraguay | 1950-1962 | 2,6 | ... | ... |
| Perú | 1940-1961 | 2,2 | 5,7 | 1,3 |
| República Dominicana | 1950-1960 | 3,5 | 9,0 | 2,6 |
| Trinidad y Tabago | 1946-1960 | 2,9 | ... | ... |
| Uruguay | 1908-1963 | 1,7 | ... | ... |
| Venezuela | 1950-1961 | 4,0 | 8,1 | 1,4 |

Fuente: Patterns of Urbanization in Latin America.
 J.D. Durand and C.A. Peláiz, Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. XLIII, Nº 4, 1965

2. Evolución de los métodos de financiamiento

El abastecimiento de agua para áreas rurales en la América Latina experimenta un proceso evolutivo como resultado de varios factores que llevaron a definir su importancia en el desarrollo socio-económico de los países.

Estos factores son, entre otros: el reconocimiento de su importancia en el mejoramiento de la salud, el establecimiento de organismos administrativos cada vez más capacitados para abordar el problema, el establecimiento de metas a cumplir, la planificación de programas objetivos, la utilización más racional de los recursos tanto individuales como los del gobierno, la utilización de técnicas y facilidades para una provisión de agua en condiciones más racionales y adecuadas al problema, y no menos importante, la progresiva aceptación del concepto de que el agua debe ser pagada por el usuario.

En este proceso evolutivo, los métodos de financiación han progresado hasta un punto en donde la aparición de nuevas fuentes de recursos, junto con el tradicional aporte comunal, permiten un financiamiento adecuado de estos servicios.

Los siguientes métodos de financiamiento utilizados generalmente forman parte de esta evolución:

- 2.1 Aportes directos del gobierno como única fuente de recursos sin que la comunidad participe en cubrir los costos de construcción ni en los de operación y mantenimiento.

Con este método fue posible el abastecimiento de agua por medio de llaves públicas; se reconocía esta función como una responsabilidad del gobierno y por consiguiente, no se exigía pago por su utilización.

- 2.2 Aportes directos del gobierno para cubrir la totalidad de los costos de obras: En este caso la comunidad debidamente organizada, se responsabiliza de la operación y mantenimiento del sistema, mediante el cobro de tasas a los usuarios.

De esta manera se logró proporcionar agua a domicilio a pobladores deseosos de este servicio y que se obligaban al pago de tasas; el resto de la población se surtía de llaves públicas, suministro éste que generalmente no era pagado.

- 2.3 Aportes directos del gobierno para cubrir, en gran parte, los costos de obras: Con este sistema la comunidad y el gobierno local, en diferentes grados de acción, establecen un ente con personería jurídica a través del cual aquella complementa con aportes directos en efectivo, materiales, mano de obra o combinación de ellos, el costo de construcción del sistema. A la vez se cobran tasas o tarifas para la operación y mantenimiento del mismo.

Esta modalidad crea condiciones para una mayor promoción de conexiones domiciliarias y establece bases administrativas para garantizar un mejor servicio.

- 2.4 Aportes directos del gobierno y de la comunidad para cubrir, en parte, los costos de las obras y obtención de préstamos externos, otorgados en condiciones favorables, para suplementar dichos costos. Caracterizan a este método el establecimiento de tarifas que cubren la amortización de la deuda, los gastos de operación y mantenimiento y, en algunos casos, los costos de depreciación y extensiones futuras.

Esta condición es factible en razón de la formulación de planes nacionales para dotación de agua a los pobladores de zonas rurales, sobre bases amplias y objetivos realistas, así como de la política adoptada por las entidades de préstamo para participar en estos planes.

Los cuatro métodos citados anteriormente no implican razón de secuencia ni establecen las diferentes etapas que debe experimentar el financiamiento de acueductos rurales.

De la descripción de los tres primeros métodos resulta que la poca participación de la comunidad beneficiada en el financiamiento de las obras ha tenido como una de las consecuencias, que el gobierno vea restringidas sus posibilidades de construcción de nuevas obras frente a una demanda de servicios cada vez mayor. A esta agravante viene a agregarse la circunstancia de que, como puede suceder, las comunidades no se responsabilicen de la operación de sus propios servicios lo cual implica que el gobierno tenga que distraer parte de los fondos para atender a esta función, restando así más dinero del destinado a la ampliación de los planes de dotación de agua.

El cuarto método salva la mayoría de los inconvenientes anteriormente descritos pero no da solución al aspecto fundamental, que es el de asegurar la disponibilidad conveniente de fondos autónomos y de exclusiva dedicación al problema, en forma tal que se garantice su adecuada y permanente atención.

La autosuficiencia del financiamiento debe ser la meta de un programa para establecer servicios adecuados de provisión de agua potable, si es que verdaderamente se desea abordar este problema dándole una solución integral y permanente. Existe fundada esperanza y hay ya experiencias positivas de que este ambicioso objetivo puede lograrse a través de la implantación de fondos rotatorios.

3. Utilización del sistema de fondo rotatorio como mecanismo de autofinanciamiento

3.1 Ventajas de su utilización

El fondo rotatorio como mecanismo de financiamiento establecido para fines específicos, tiene una enorme transcendencia en los planes de abastecimiento de agua, especialmente a comunidades rurales, ya que cuando está bien concebido, puede asegurar el cumplimiento de los programas propuestos.

Entre las ventajas que acarrea el funcionamiento del F.R.N. se pueden enumerar:

- a) Es la manera viable y práctica de llevar a buen término planes ambiciosos, como lo demuestra la eficacia de su acción en la experiencia de los fondos rotatorios aplicados en otros campos.
- b) Disminuye sustancialmente las presiones económicas sobre los presupuestos oficiales, ya que promueve una mayor participación de las comunidades beneficiadas en el financiamiento de esos servicios, creando un ambiente favorable para los programas de agua potable a comunidades rurales, dentro de las esferas dirigentes de los gobiernos.
- c) Permite desviar muchas de las influencias que frecuentemente entorpecen el correcto desarrollo de los programas.
- d) Por su modalidad operativa confiere un mayor grado de autonomía, dentro de bases legales y administrativas, a las actividades de un plan de abastecimiento de agua.
- e) Crea, en las comunidades que se benefician del F.R.N., un sentido de cooperación y de responsabilidad en la solución del problema de abastecimiento de agua propio y para otras localidades.

3.2 Condiciones para su funcionamiento

Para asegurar el cumplimiento de dichos fines deben adoptarse, en el momento en que se constituya el fondo una serie de medidas especiales para buscar su operación y fortalecimiento.

En el mecanismo del fondo rotatorio las amortizaciones de los préstamos del fondo, acrecida de los intereses, hacen que éste se expanda continuamente, posibilitando así un creciente volumen de préstamos. La rapidez con que se desarrolle y las proporciones que alcance un fondo rotatorio dependen principalmente de:

- Las condiciones en que se obtengan los recursos para establecer el fondo.
- Las condiciones bajo las cuales se otorguen los préstamos del fondo a las comunidades.

La idea de un mecanismo de fondo rotatorio no es nueva como medio de financiar mejoras públicas. Sin embargo, su utilización para financiar abastecimientos de agua es reciente y una novedad para la mayor parte de los países latinoamericanos. El fondo rotatorio nacional es un medio y no un fin y está sujeto a una serie de condiciones para que pueda ser utilizado con éxito.

Como las comunidades rurales de un país o región, varían bastante en tamaño, población, condiciones económicas, organización, etc., es necesario considerar esas variaciones para la selección del método o de la combinación de métodos de financiamiento más adecuados para cada determinada situación. Así, se pueden combinar en un programa de financiamiento de abastecimiento de agua rurales, además de préstamos, recursos provenientes de donaciones y subsidios.

Débase entretanto subrayar la necesidad y conveniencia de que los servicios de abastecimiento de agua sean capaces de sostenerse con sus propios recursos, tendiendo progresivamente al autofinanciamiento a través de derechos por prestación de servicios. La falta de comprensión exacta de las posibilidades operativas del fondo rotatorio puede transformarlo en un simple fondo de construcción, sin las ventajas del primero.

Un fondo de construcción requiere que el gobierno provea continua e indefinidamente recursos para la construcción de abastecimientos de agua. El fondo rotatorio nacional ofrece la posibilidad de que las contribuciones del gobierno puedan reducirse progresivamente a medida que los ingresos por amortizaciones e intereses de los préstamos retornan al fondo y lo incrementen. De esa manera, después de algunos años el fondo no necesita contribuciones del gobierno y puede mantenerse con sus propios recursos.

En los primeros años del establecimiento de un fondo rotatorio, se necesita para que éste crezca adecuadamente, de entradas de capital que pueden ser en forma de préstamos y/o subsidios o donaciones.

Por cuánto tiempo y cuánto capital es necesario, depende de varios factores como: volumen del programa de obras, tipo y condiciones del capital obtenido (préstamos o donaciones) y las condiciones en que el fondo presta esos recursos a las comunidades.

Conviene subrayar que como es difícil y lento variar las condiciones económicas y sociales de las comunidades, para garantizar la plena utilización del fondo rotatorio nacional es preciso adaptar su sistema financiero de manera de no sobrepasar la capacidad de las poblaciones que pretende servir.

Para el éxito de un fondo rotatorio nacional en el financiamiento de acueductos para las áreas rurales, es necesario considerar lo siguiente:

- a) La existencia o creación de un organismo con autoridad legal que le permita cumplir y hacer cumplir el método operacional establecido para su funcionamiento.
- b) Que ese organismo tenga experiencia en el diseño, construcción, operación y mantenimiento de servicios de agua para comunidades rurales.
- c) El establecimiento de normas de diseño, para esta clase de obras, que armonicen las condiciones socio-económicas de la población a beneficiar con las exigencias de los servicios debidos al medio ambiente rural.
- d) La aplicación de métodos programáticos de construcción que permitan el desarrollo del plan nacional con el máximo aprovechamiento de los recursos y en los plazos previstos.
- e) Si se obtienen préstamos para la formación del fondo rotatorio nacional, éstos deberán tener un interés mínimo (no más de 3.5%) y ser a un plazo máximo de devolución (20 - 25 años), con un período de gracia apropiado (5 años).
- f) El fondo rotatorio nacional concederá préstamos, a comunidades que reúnan determinadas condiciones, para cubrir un porcentaje del costo de los sistemas. Este porcentaje será fijado por el organismo que administre el fondo en consulta con las comunidades interesadas y basado en un estudio de las condiciones económicas de la misma. La comunidad rural deberá probar su capacidad para financiar parte del costo del proyecto.

- g) La comunidad prestataria deberá tener u organizar una cooperativa, junta vecinal u organización semejante, con personería jurídica, que demuestre ser adecuada para operar, mantener, y administrar el servicio eficazmente y que tenga autoridad legal para hacer efectivas las tarifas de consumo de agua que fueran establecidas al respecto.
- h) Para proteger los préstamos otorgados por el fondo rotatorio nacional contra los efectos de una posible inflación monetaria, las tarifas deben tener una corrección monetaria, pudiendo expresarse en forma de un porcentaje de la escala local de salario mínimo o en función del nivel de precios del consumo. Esas tarifas no deberán normalmente exceder al 5% del ingreso familiar y deben cubrir la devolución del préstamo al fondo y sus intereses más los costos de operación, mantenimiento y administración del sistema.
- i) Se debe promover y asegurar el máximo de conexiones domiciliarias, haciéndolas de preferencia durante la construcción del sistema, ya sea como participación directa de los usuarios o financiándolas juntamente con la construcción a través del préstamo.

4. Aspectos económicos y financieros del fondo rotatorio

La formación de un fondo rotatorio establece un mecanismo flexible que puede adaptarse convenientemente a los esquemas financieros propios de las condiciones particulares de la gran mayoría de las comunidades latinoamericanas. En esta forma se logra la implantación de servicios de agua, que de otra manera sería dificultosa o imposible, consiguiéndose, además, el beneficio de su autosuficiencia, paso formal a la solución del problema financiero, común a nuestros países.

El fondo rotatorio opera a dos niveles, cuyo análisis detallado se indica más adelante:

- Nivel local: Este implica el financiamiento de cada obra, utilizando recursos nacionales y locales y un préstamo del fondo rotatorio.
- Nivel nacional y/o regional: En este nivel opera la financiación del fondo rotatorio propiamente dicho, formado por recursos nacionales o internacionales o una combinación de ambos.

Es importante hacer resaltar que el éxito del fondo rotatorio reside en el hecho de que exista el mayor número posible de usuarios y que éstos paguen oportunamente las tasas o tarifas establecidas, las que deben ser formuladas de conformidad a las características socio-económicas de la

comunidad. Desde luego, estas tarifas deben cubrir el pago del servicio de la deuda (capital e intereses), los gastos de administración, operación y mantenimiento del abastecimiento de agua y la formación de un fondo para mejoras y futuras ampliaciones.

El logro de un mayor número de usuarios puede alcanzarse por medio de una adecuada promoción del abastecimiento de agua y por el ofrecimiento de condiciones ventajosas que faciliten las conexiones domiciliarias. Entre estas condiciones debe considerarse el financiamiento de los gastos de conexión al sistema y la posibilidad de disponer de diferentes tipos de conexión, (medidores, limitadores, llaves públicas, etc.), de tal suerte que el servicio de agua sea accesible a todos los niveles económicos de la comunidad y ésta pague por el consumo de agua en condiciones que le sean favorables.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL FINANCIAMIENTO DE PROGRAMAS DE
NUTRICION Y POLITICA ALIMENTARIA

La política nacional de alimentación y nutrición se ha definido como "la formulación de un conjunto de medidas tendientes a asegurar un óptimo estado nutricional para toda la población, a través de un abastecimiento adecuado de alimentos y de cambios apropiados en los patrones de consumo; tal política debe establecerse como parte integral de los planes nacionales de desarrollo económico y social, y ejecutarse a través de programas sectoriales coordinados."*

Una política de esta naturaleza abarcará aspectos como la producción, almacenamiento y distribución de alimentos; elaboración y comercialización de alimentos; sistemas de exportación e importación de alimentos; programas de alimentación y educación en nutrición y la vigilancia del estado nutricional de la población.

Es, pues, evidente que la aplicación de una política de alimentación y nutrición entraña una amplia gama de inversiones financieras en muchos sectores diferentes, según la complejidad de la política y el grado en que puede ser necesario la intervención del gobierno para producir el cambio que se desea. No obstante, se ha de tener en cuenta que la aplicación de medidas normativas puede tener ventajas económicas directas para el comercio, así como ventajas indirectas derivadas de un mejor estado de salud.

Para fomentar la producción de alimentos prioritarios puede ser preciso obtener financiamiento del gobierno en diversas formas: precios garantizados, producción por contrato, subsidios para adquirir los factores de producción agrícola (semillas, animales de cría, fertilizantes, equipo, etc.), sistemas de crédito agrícola, servicios para el almacenamiento de cosechas y otros. No se trata de inversiones de capital abiertas, ya que en general permiten la acumulación de capital al nivel local, con los beneficios consiguientes para la economía. Si se cuenta con servicios adecuados para almacenar alimentos, esto por sí solo permitirá reducir pérdidas de alimentos que, en algunas zonas, a veces representan el 25% de las cosechas de cereales. Por consiguiente, se garantiza una utilidad económica directa sobre la inversión, se aumentan los suministros alimentarios y se reducen las fluctuaciones de precios debidas a la escasez periódica.

Las inversiones en medios de transporte y distribución entrañan compromisos importantes en el desarrollo de carreteras, ferrocarriles y sistemas fluviales. Por otra parte, el empleo de éstos no se limita

* Informe de la Reunión del Grupo Técnico sobre Política de Alimentación y Nutrición en América Latina, mayo de 1969. Washington, D. C.

exclusivamente a productos alimentarios y, por lo tanto, puede considerarse que sólo una fracción de la inversión se refiere directamente a suministros de alimentos y nutrición. No obstante, en muchos casos la inversión pública en esta categoría es esencial para mejorar la distribución y comercialización de los suministros alimentarios disponibles.

En la mayoría de los países de América Latina habrá que realizar cuantiosas inversiones para aplicar una política de alimentación y nutrición eficaz, en la industria de elaboración de alimentos y en investigaciones relacionadas con la tecnología de los alimentos.

Una industria bien desarrollada de esta naturaleza podrá utilizar al máximo los alimentos producidos convirtiendo los excedentes periódicos en productos estables para el mercado de consumo. El desarrollo de una industria alimentaria garantizará un mercado para la producción interna, ofrecerá oportunidades de empleo y permitirá obtener productos sanos y estables a precios razonables. El desarrollo de este tipo de industria constituye un sector de inversión cada vez más importante dadas las actuales pautas de migración de habitantes de las zonas rurales a las zonas urbanas, lo que hace que se sustituya el suministro de alimentos de subsistencia por el suministro de alimentos comprados en los mercados urbanos.

Muchos países latinoamericanos importan alimentos que pueden sustituir mediante la producción nacional. Al mismo tiempo, muchos países con problemas de malnutrición exportan productos alimenticios esenciales por falta de un mercado interno. La exportación de estos productos no se debe generalmente a una declinación de los mercados internos, sino que representa más bien una acumulación por las industrias específicamente para los mercados externos. Mediante el examen cuidadoso de las actuales pautas de exportación e importación de alimentos, combinado con el empleo sensato de incentivos y restricciones, se podrían obtener importantes ahorros de monedas duras que se utilizan para la compra de alimentos en el mercado internacional.

En cuanto al consumo, se necesitarán cuantiosas inversiones de los gobiernos para llevar a la práctica programas de alimentación complementaria destinados a grupos vulnerables. No obstante, en las primeras fases gran parte del costo de dichos programas puede ser absorbida por organismos tales como el Programa Mundial de Alimentos y proyectos bilaterales de asistencia alimentaria. Las inversiones en programas de alimentación preescolar, escolar e institucional tal vez parezcan ser abiertas, pero se pueden esperar importantes beneficios en mejor salud, capacidad educativa y rendimiento del trabajo físico como consecuencia de la prevención de enfermedades nutricionales y el mejoramiento del estado de nutrición de estos grupos.

Estos son, en términos generales, los sectores de inversión que pueden presentarse en la aplicación de una política nacional de alimentación y nutrición. Naturalmente, es imposible estandarizar el tipo y cuantía de la inversión que se requiere ya que ésta variará de un país a otro y con las metas y objetivos de cada política.

La inversión directa del sector salud en este campo es relativamente exiguo en cuanto a su importe, pero de fundamental importancia. El sector salud se encargará de evaluar periódicamente el estado de nutrición de la población, para lo cual será necesario realizar encuestas domiciliarias de muestras representativas de la población a intervalos de tres a cinco años, analizar y publicar los resultados. En el presupuesto se han de consignar con carácter permanente fondos para personal especializado, medios de transporte y el equipo que se requiere para el análisis de los datos. El sistema que se adopte con el fin de asignar fondos en el presupuesto para los programas de complementación alimentaria variará de un país a otro según el organismo que se designe. No cabe duda de que los aspectos relativos a los preescolares y las madres encintas y lactantes serán mejor atendidos mediante los servicios locales de salud y tal vez requieran personal adicional al nivel auxiliar. Los programas de alimentación escolar y otras actividades institucionales (comedores para obreros, etc.) serán organizados y presupuestos con mayor eficacia por el organismo correspondiente, ya sea de educación, bienestar social u otros.

Los costos para establecer una unidad orgánica que formule y evalúe la política de alimentación y nutrición son mínimos. El personal especializado de los organismos participantes dedicará el tiempo que sea necesario sin gran aumento de los gastos.

En resumen, si bien para aplicar eficazmente una política nacional de alimentación y nutrición se requieren inversiones considerables, éstas redundan en beneficios económicos importantes tanto en efectivo como en especie. Por ejemplo, los ahorros que se obtendrían al remediarse las pérdidas de alimentos en almacenamiento y reducirse las compras de alimentos de importación representan beneficios económicos directos, mientras que el mayor empleo y la productividad, especialmente en las zonas rurales, se traducirán en un aumento de la producción de alimentos esenciales para mercados garantizados. La mejora que cabe esperar en el nivel de salud de la población, especialmente en los grupos vulnerables como resultado de la mejor nutrición, representará ahorros permanentes considerables en los gastos en atención médica y rehabilitación.

En vista de que se dispone de abundantes recursos naturales y de un amplio mercado potencial, las inversiones en la cadena de alimentos y en la nutrición humana en América Latina reportarán beneficios excepcionales y permitirán el adelanto económico favorable y progresivo de importantes sectores de población.

LA TIPIFICACION DE 22 PAISES AMERICANOS

El intento de elaborar una tipificación de países, como marco de referencia para la presentación del documento relativo al Financiamiento del Sector Salud, se justifica por las pronunciadas diferencias que evidencian los países de América en cuanto a los niveles y características de su proceso de desarrollo. La interpretación de los indicadores económicos y sociales utilizados usualmente en estos análisis, se facilita cuando éstos son tratados de modo tal que permitan la construcción de perfiles de desarrollo, capaces de ofrecer una imagen gráfica de las características esenciales de los países. Este intento de tipificación de países fue motivado, además, por la necesidad de agruparlos de acuerdo a sus características similares, constituyendo conjuntos suficientemente homogéneos que faciliten los análisis a nivel regional, de los complejos problemas que implica el financiamiento del sector salud y de los mecanismos posibles para su solución.

1. Bases del procedimiento

Las dificultades para el tipo de evaluación comparativa que se pretende son múltiples: los datos requeridos son incompletos y a veces solo existen para algunos países y para períodos distintos. La calidad de la información no sólo suele ser incierta, sino que en algunos casos muy variable de un país a otro, obstaculizando de este modo su interpretación. Se suma a este hecho la diversidad de criterios para la definición y captación de los datos.

A estos problemas inherentes a la información disponible, se suma otro, esencialmente metodológico, que radica en la dificultad de evaluar la situación global de un país en base al análisis de un gran número de indicadores de índole diferente.

R. Vekemans y J. L. Segundo* siguen un procedimiento de tipificación que sirvió de base al utilizado aquí. Este método debe ser perfeccionado. Sin embargo, en su estado actual puede servir de guía para los análisis que se intenten.

Se basa en definir las distintas características de un país considerando los indicadores económico-sociales en su conjunto, en lugar de examinarlos independientemente.

*R. Vekemans y J. L. Segundo, en "Ensayo de tipología socio-económica de los países latinoamericanos," UNESCO, 1962.

En primer término se transformó la escala en que están expresados los indicadores, para hacerlos comparables entre si y facilitar su interpretación.*

La transformación de las escalas se hizo de modo tal, que todos los indicadores estudiados quedaron expresados en cifras enteras entre 1 y 10, de tal modo que 10 representa la situación óptima y 1 la más desfavorable.

El procedimiento utilizado para la transformación de la escala se describe en el apartado IA.

El paso siguiente consistió en calcular el promedio para el país de los valores transformados obtenidos. Es evidente que éste constituye un procedimiento arbitrario al conceder igual peso a todos los indicadores usados. Pero se prefirió no usar coeficientes de ponderación por carecer de bases suficientemente objetivas.

Los promedios obtenidos se ordenaron de mayor a menor y se examinó la magnitud de las diferencias obtenidas por resta entre cada promedio y el subsiguiente.

Las diferencias mayores detectadas, se utilizaron para separar los países en grupos diferentes; las diferencias pequeñas se consideraron como variaciones entre países pertenecientes a un mismo conjunto.

2. Discusión de los indicadores utilizados en la tipificación

La selección de los indicadores para elaborar esta tipificación de países, fue principalmente restringida y condicionada por la disponibilidad de variables suficientemente homogéneas para el mayor número de países. Con el fin de procurar una mayor confiabilidad de los datos fue necesario renunciar al uso de indicadores obviamente importantes para los fines que se persiguen. Así, por ejemplo, a pesar de que esta tipificación está orientada a facilitar el análisis de los problemas de financiamiento del sector, no fue posible incluir el dato sobre gastos del sector salud debido a sus notorias deficiencias en cuanto a exactitud, significado y comparabilidad entre países. (ver cuadro A).

En función de estas restricciones los indicadores seleccionados fueron agrupados en la forma siguiente:

2.1 Nivel y estructura de salud

Se eligieron como indicadores la esperanza de vida al nacer, el porcentaje de defunciones por enfermedades infecciosas y parasitarias

*Es muy difícil determinar a simple vista, por ejemplo, si una expectativa de vida al nacer de 50 años, está de acuerdo o en contradicción con un producto bruto interno per cápita de 300 dólares anuales y con una tasa de 4 camas por cada 1,000 habitantes.

y el porcentaje de defunciones de menores de 5 años, por considerarse que a pesar de las deficiencias del registro, de intensidad diferente según los países, constituyen la mejor síntesis de las estructuras y niveles de salud de la mayoría de los países de América.

2.2 Recursos para el sector salud

Se eligieron el número de médicos por 10,000 habitantes y de camas por 1,000 habitantes, por ser los indicadores que tienen menos problemas de definición y más alta correlación. Los indicadores disponibles de gastos fueron omitidos por las razones ya apuntadas.

2.3 Factores educacionales

La inclusión del indicador de número de matrículas en enseñanza superior como porcentaje de la población de 20-24 años, fue decidida por considerarse que es el que mejor expresa las diferencias de los niveles de educación alcanzados en los diversos países, al relacionarlo con el porcentaje de analfabetos mayores de 15 años.

2.4 Otros factores asociados

La disponibilidad de proteínas fue incluida, a pesar de reconocer sus notorias deficiencias, por ser el único indicador disponible relacionado, aun que indirectamente, con un posible estado nutricional de los países. El grado de urbanización, índice elaborado por CEPAL, fue incluido por considerarlo el indicador disponible que resume mejor los complejos elementos que integran este concepto.

2.5 Factores económicos

El producto bruto interno per cápita, a pesar de su difícil interpretación y escasa comparabilidad entre países, fue incluido por constituir el único dato disponible para indicar el nivel de desarrollo alcanzado por los países. El porcentaje de la población activa ocupada en el sector II (manufactura) fue considerado como exponente suficientemente eficaz de la estructura de desarrollo que evidencian los países.

2.6 Estructura demográfica

El por ciento de la población menor de 15 años fue considerado el mejor exponente de la estructura demográfica de los países de América.

2.7 Población total

La población total no está incluida dentro del conjunto de indicadores con los cuales se pretende tipificar los países. Se le consigna como

un dato adicional con el único propósito de permitir evaluar el número y la proporción de población de la región comprendida en los diferentes grupos, o conjuntos de países que representan distintos grados de desarrollo económico y social (ver cuadro B).

3. AMPLITUD DE LA VARIACION DE LOS INDICADORES EN
EL CONJUNTO DE LOS 22 PAISES QUE SE PRETENDEN TIPIFICAR

CUADRO A

| INDICADORES | | Variación | |
|-----------------------------|--|-----------------|-----------------|
| | | Valor Máximo | Valor Mínimo |
| Nivel y estructura de salud | Esperanza de vida al nacer (1969) | 71. | 46. |
| | % de defunciones por enfermedades infecciosas y parasitarias | 38.6 | 4.9 |
| | % de defunciones de menores de 5 años | 58.6 | 13.0 |
| Recursos para el s. salud | Número de médicos por 10,000 habitantes | 14.9 | 0.7 |
| | Número de camas por 1,000 habitantes | 6.4 | 0.7 |
| Factores educativos | No. de matrículas en enseñanza superior, | | |
| | % de la población de 20-24 años | 12.6 | 0.2 |
| | % de analfabetos mayores de 15 años | 95.0 | 8.6 |
| Otros factores asociados | Disponibilidad de proteínas Hab/ gramo/día | 94. | 47. |
| | % de población con agua domiciliaria | 62.3 | 0.3 |
| | Grado de urbanización | 61.3 | 5.1 |
| Factores económicos | Producto bruto interno per cápita | 891. | 95. |
| | % de la población activa ocupada en el Sector II | 35.5 | 6.6 |
| Estructura demográfica | Por ciento de la población menor de 15 años | 47.9 | 28.6 |
| Población total | | 88.1 | 1.1 |

4. Constitución de los grupos

Los 22 países estudiados, con un total de 262.4 millones de habitantes, quedaron distribuidos en 7 grupos, como se muestra en el cuadro B.

TIPIFICACION DE 22 PAISES LATINOAMERICANOS
NO. DE PAISES, POBLACION EN MILLONES Y PROPORCION DE LA
POBLACION TOTAL EN CADA GRUPO

CUADRO B

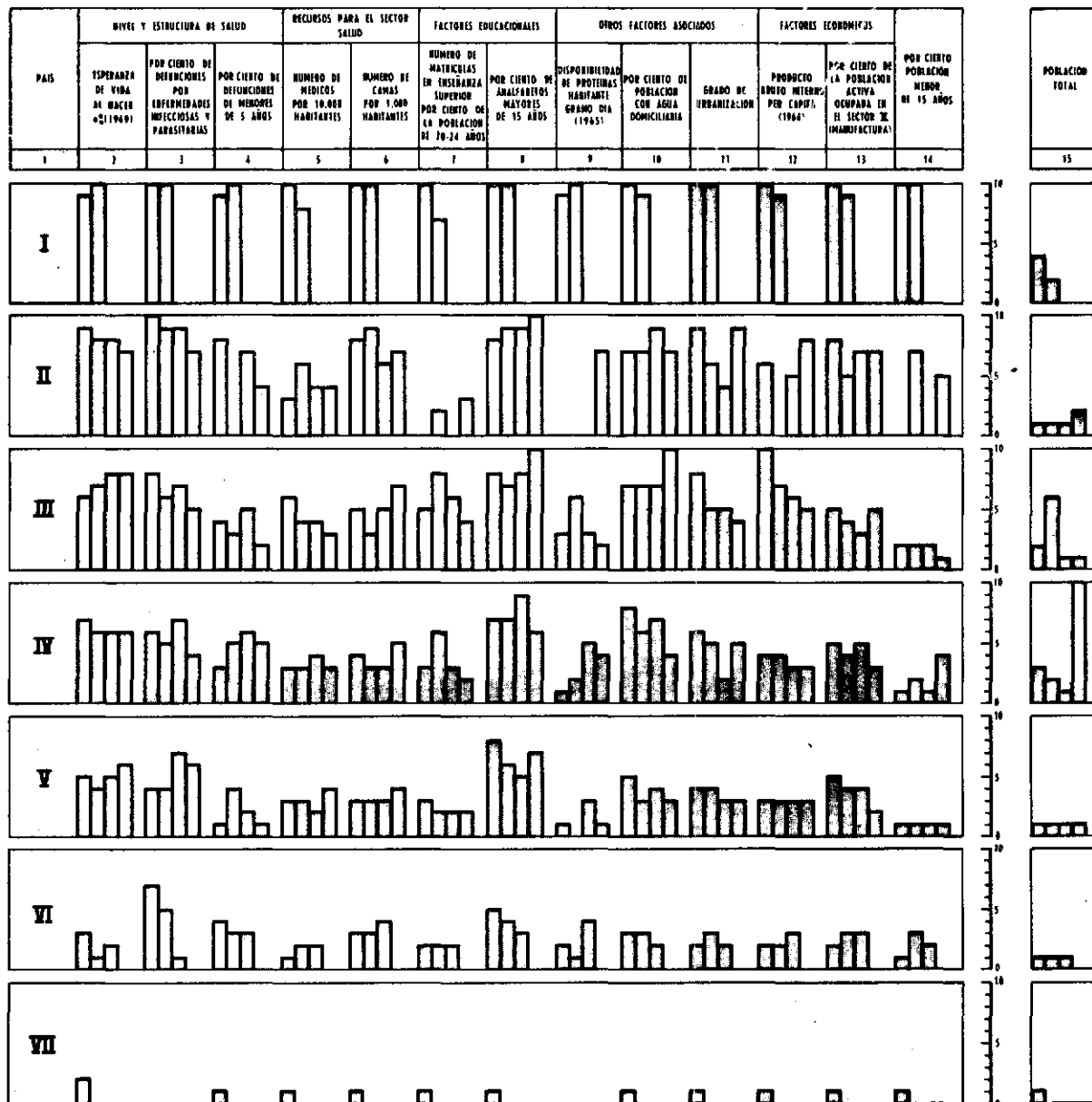
| GRUPO | NUMERO DE PAISES | P O B L A C I O N | |
|--------------|------------------|-------------------|--------------|
| | | En millones | % |
| I | 2 | 26.4 | 10.4 |
| II | 4 | 20.2 | 7.7 |
| III | 4 | 60.4 | 23.0 |
| IV | 4 | 123.9 | 47.2 |
| V | 4 | 14.8 | 5.6 |
| VI | 3 | 11.7 | 4.5 |
| VII | 1 | 5.0 | 1.9 |
| Total | 22 | 262.4 | 100.0 |

5. Tipificación

Para el análisis de la tipificación resultante de los 22 países, véase los gráficos No. 1 y No. 2.

GRAFICO NO. 1

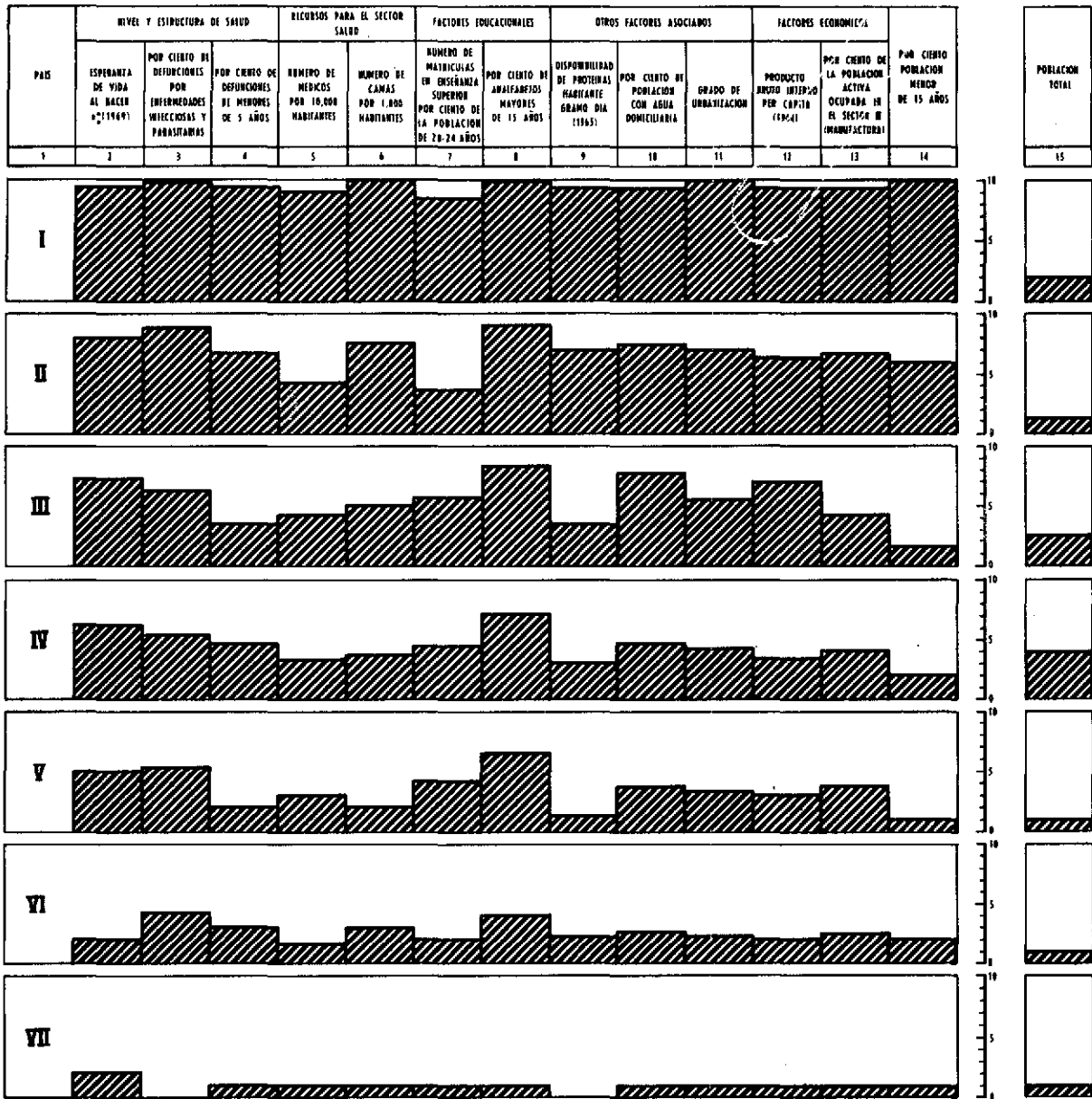
TIPIFICACION DE 22 PAISES AMERICANOS
 NIVEL DE LOS INDICADORES ECONOMICOSOCIALES POR PAISES PARA CADA GRUPO
 INDICADORES ECONOMICOS Y SOCIALES DE 22 PAISES AMERICANOS EXPRESADOS EN ESCALA TRANSFORMADA



TIPIC
ON DE 22 PAISES AMERICANOS
NIVEL DE LOS INDICADORES ECONOMICO-SOCIALES SEGUN GRUPOS DE DESARROLLO

| GRUPO | PAIS | Nivel y Estructura de Salud | | | Recursos para el sector salud | | Factores Educativos | | Otros factores asociados | | | | Factores económicos | | | Porcentaje de la población menor de 15 años | Población Total |
|-------|------|-----------------------------------|--|---------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|--|-------------------------------------|---|------------------------------------|-----------------------|--|--|----|----|---|-----------------|
| | | Esperanza de vida al nacer (1969) | % de defunciones por enfermedades parasitarias | % de defunciones de menores de 5 años | Número de médicos por 10.000 hab. | Número de camas por 1.000 hab. | No de matrículas en enseñanza sup. de 20-24 años | % de analfabetos mayores de 15 años | Disponibilidad de proteínas Hab./gramo/día 1965 | % de población con agua domiciliar | Grado de urbanización | Producto Bruto Interno per capita 1964 | % de la población activa ocupada en el Sector II (manufactura) | | | | |
| I | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | | |
| | 1 | 9 | 10 | 9 | 10 | 10 | 10 | 10 | 9 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 3 | | |
| II | 2 | 10 | 10 | 10 | 8 | 10 | 7 | 10 | 10 | 9 | 10 | 9 | 9 | 10 | 1 | | |
| | 3 | 9 | 10 | 8 | 3 | 8 | - | 8 | - | 7 | 9 | 6 | 8 | - | 1 | | |
| | 4 | 8 | 9 | 8 | 6 | 9 | 3 | 9 | - | 7 | 6 | - | 5 | 7 | 1 | | |
| | 5 | 8 | 9 | 7 | 4 | 6 | - | 9 | - | 9 | 4 | 5 | 7 | - | 1 | | |
| III | 6 | 7 | 7 | 4 | 4 | 7 | 4 | 10 | 7 | 9 | 9 | 8 | 7 | 5 | 2 | | |
| | 7 | 6 | 8 | 4 | 6 | 5 | 5 | 8 | 3 | 8 | 7 | 10 | 5 | 2 | 2 | | |
| | 8 | 7 | 6 | 3 | 4 | 3 | 8 | 7 | 6 | 5 | 7 | 7 | 4 | 2 | 6 | | |
| | 9 | 8 | 7 | 5 | 4 | 5 | 6 | 8 | 3 | 5 | 5 | 6 | 3 | 2 | 1 | | |
| IV | 10 | 8 | 5 | 2 | 3 | 7 | 4 | 10 | 2 | 4 | 4 | 5 | 5 | 1 | 1 | | |
| | 11 | 7 | 6 | 3 | 3 | 4 | 3 | 7 | 1 | 6 | 6 | 4 | 5 | 1 | 3 | | |
| | 12 | 6 | 5 | 5 | 3 | 3 | 6 | 7 | 2 | 5 | 5 | 4 | 4 | 2 | 2 | | |
| | 13 | 6 | 7 | 6 | 4 | 3 | 3 | 9 | 5 | 2 | 2 | 3 | 5 | 1 | 1 | | |
| V | 14 | 6 | 4 | 5 | 3 | 5 | 2 | 6 | 4 | 5 | 4 | 3 | 3 | 4 | 10 | | |
| | 15 | 5 | 4 | 1 | 3 | 3 | 3 | 8 | 1 | 4 | 4 | 3 | 5 | 1 | 1 | | |
| | 16 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 2 | 6 | - | 4 | 4 | 3 | 4 | 1 | 1 | | |
| | 17 | 5 | 7 | 2 | 2 | 3 | 2 | 5 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 1 | 1 | | |
| VI | 18 | 6 | 6 | 1 | 4 | 4 | 2 | 7 | 1 | 3 | 3 | 3 | 2 | 1 | 1 | | |
| | 19 | 3 | 7 | 4 | 1 | 3 | 2 | 5 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | | |
| | 20 | 1 | 5 | 3 | 2 | 3 | 2 | 4 | 1 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 1 | | |
| | 21 | 2 | 1 | 3 | 2 | 4 | 2 | 3 | 4 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 1 | | |
| VII | 22 | 2 | - | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | - | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |

GRAFICO NO. 2
 TIPIFICACION DE 22 PAISES AMERICANOS
 NIVEL PROMEDIO DE LOS INDICADORES ECONOMICOSOCIALES EN CADA GRUPO



TIPIFICACION DE 22 PAISES AMERICANOS
INDICADORES ECONOMICO-SOCIALES

| PAIS | Nivel y Estructura de Salud | | | | Recursos para el sector salud | | Factores Educativos | | Otros factores asociados | | | | Factores económicos | | | Población total (millones) |
|-------------------|-----------------------------------|--|---------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|--|-------------------------------------|---|------------------------------------|-----------------------|--|---|---|------|--|----------------------------|
| | Esperanza de vida al nacer (1969) | % de defunciones por enfermedades y parasitarias | % de defunciones de menores de 5 años | Número de médicos por 10.000 hab. | Número de camas por 1.000 hab. | No de matrículas en enseñanza sup. de 20-24 años | % de analfabetos mayores de 15 años | Disponibilidad de proteínas Hab./gramo/día 1965 | % de población con agua domiciliar | Grado de urbanización | Producto Bruto Interno per capita 1964 | % de la población activa ocupada en el Sector II (manufacturas) | Porcentaje de la población menor de 15 años | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | | |
| Argentina | 68. | 6.6 | 19.7 | 14.9 | 6.1 | 12.6 | 8.6 | 86 | 62.3 | 57.7 | 891 | 35.5 | 29.6 | 23.6 | | |
| Bolivia | 46. | 23.5 | 46.6 | 2.9 | 2.1 | 2.4 | 67.9 | 47 | 14.5 | 19.6 | 185 | 13.1 | 42.5 | 4.4 | | |
| Brasil | 61. | 26.8 | 38.8 | 4.0 | 3.2 | 2.3 | 50.9 | 62 | 23.0 | 28.1 | 307 | 13.1 | 42.2 | 88.1 | | |
| Colombia | 62. | 21.1 | 49.2 | 4.4 | 2.7 | 2.7 | 37.3 | 49 | 46.5 | 36.6 | 364 | 19.2 | 46.9 | 20.7 | | |
| Costa Rica | 67. | 24.5 | 52.4 | 4.7 | 4.5 | 4.2 | 15.7 | 54 | 60.6 | 24.0 | 492 | 18.7 | 47.9 | 1.7 | | |
| Cuba | 67. | 9.2 | 23.9 | 8.9 | 5.5 | 3.0 | 22.1 | - | 41.4 | 35.5 | - | 20.4 | 34.8 | 8.0 | | |
| Chile | 62. | 15.6 | 41.1 | 5.8 | 4.3 | 4.7 | 16.4 | 80 | 40.5 | 54.7 | 691 | 26.2 | 39.6 | 9.3 | | |
| Ecuador | 56. | 27.1 | 57.7 | 3.3 | 2.3 | 2.8 | 32.7 | 50 | 25.4 | 26.9 | 310 | 18.8 | 46.5 | 5.6 | | |
| El Salvador | 56. | 16.4 | 49.9 | 2.2 | 2.3 | 1.3 | 52.0 | 58 | 22.7 | 17.7 | 328 | 17.2 | 46.8 | 3.2 | | |
| Guatemala | 49. | 38.6 | 49.3 | 2.5 | 2.6 | 1.6 | 70.6 | 62 | 12.1 | 15.5 | 329 | 14.2 | 46.1 | 4.9 | | |
| Haiti | 49. | - | 58.6 | 0.7 | 0.7 | 0.2 | 95.0 | - | 0.3 | 5.1 | 95 | 6.6 | 47.0 | 5.0 | | |
| Honduras | 50. | 15.8 | 44.0 | 1.6 | 2.0 | 1.7 | 55.0 | 53 | 13.2 | 11.6 | 208 | 10.3 | 47.0 | 2.4 | | |
| Mexico | 63. | 20.5 | 45.5 | 5.2 | 2.2 | 9.6 | 34.6 | 73 | 40.5 | 29.6 | 579 | 17.8 | 46.2 | 47.3 | | |
| Nicaragua | 54. | 26.8 | 41.9 | 4.2 | 2.3 | 2.1 | 50.4 | - | 16.8 | 23.0 | 265 | 15.3 | 47.3 | 1.9 | | |
| Panama | 65. | 18.1 | 36.8 | 5.3 | 3.2 | 6.9 | 26.7 | 58 | 38.2 | 33.1 | 568 | 13.6 | 44.3 | 1.3 | | |
| Paraguay | 60. | 16.3 | 34.1 | 6.0 | 2.2 | 3.5 | 25.7 | 66 | 6.1 | 15.9 | 262 | 18.5 | 46.5 | 2.3 | | |
| Peru | 59. | 24.0 | 37.7 | 4.7 | 2.2 | 7.2 | 39.4 | 55 | 33.4 | 28.9 | 399 | 17.4 | 44.9 | 12.8 | | |
| Rep. Dominicana | 59. | 21.7 | 56.8 | 6.2 | 2.7 | 1.6 | 40.1 | 50 | 16.0 | 18.7 | 267 | 11.8 | 47.5 | 4.1 | | |
| Uruguay | 71. | 4.9 | 13.0 | 11.4 | 6.4 | 7.9 | 9.7 | 94 | 53.7 | 61.3 | 804 | 29.8 | 28.6 | 2.8 | | |
| Venezuela | 61. | 14.3 | 41.5 | 7.8 | 3.3 | 5.6 | 34.2 | 60 | 42.8 | 47.3 | 854 | 19.9 | 45.3 | 10.1 | | |
| Jamaica | 65. | 9.9 | 27.9 | 4.9 | 4.0 | - | 18.1 | - | 50.6 | 24.8 | 427 | 25.8 | - | 1.8 | | |
| Trinidad & Tobago | 69. | 7.9 | 25.1 | 3.9 | 5.3 | - | 26.2 | - | 38.9 | 55.7 | 540 | 29.0 | - | 1.1 | | |

+ Solamente Estado de São Paulo

++ Estimada

APARTADO IA

PROCEDIMIENTO SEGUIDO

1. La homogeneización de las escalas de las variables se obtuvo transformando la escala original de cada variable en una escala nueva, que abarca el recorrido de la escala original y está dividida en 10 intervalos, iguales entre si. En cada caso 10 representa la condición más favorable y 1 la más desfavorable.

2. Construcción de la escala transformada:

2.1 Recorrido registrado de la variable: va desde el valor mínimo al valor máximo registrado.

2.2 Amplitud del intervalo: es igual a un décimo de la amplitud total del recorrido real y se expresa con una precisión no mayor que los valores originales registrados. Las aproximaciones necesarias se hacen siempre a la cifra superior.

| | | | | | | |
|-----------|----|-------------------------------|---|-------|---|---------------|
| Ejemplos: | a) | <u>Recorrido registrado</u> | : | 10.3 | - | 35.5 |
| | | <u>Recorrido real</u> | : | 10.25 | - | 35.55 |
| | | <u>Amplitud total</u> | : | 35.55 | - | 10.25 = 25.30 |
| | | <u>Amplitud del intervalo</u> | : | 2.6 | | |
| | b) | <u>Recorrido registrado</u> | : | 10.0 | - | 35.5 |
| | | <u>Recorrido real</u> | : | 9.95 | - | 35.55 |
| | | <u>Amplitud total</u> | : | 35.55 | - | 9.95 = 25.60 |
| | | <u>Amplitud del intervalo</u> | : | 2.6 | | |

2.3 Origen de la escala: Se utilizó de preferencia como origen, el punto medio de la escala. Es decir, se intentó que el límite entre los intervalos 5 y 6 coincidiera con el punto medio del recorrido observado obtenido por la semisuma de los valores límites de dicho recorrido. Cuando esto no fue posible se aplicó la convención siguiente: si la última cifra del semirecorrido era impar se utilizó como límite superior del intervalo 5, y si era par como límite inferior del intervalo 6.

Quando se obtuvieron límites negativos al utilizar este origen se procedió a usar el origen cero.

3. Tipificación

Se calculó el promedio aritmético de todos los indicadores (en escala transformada) de cada país.

Los promedios se ordenaron según magnitud y se calculó la primera diferencia finita.

Las diferencias finitas notoriamente altas, se utilizaron para diferenciar los grupos.