

## DISCUSIONES TECNICAS DE LA XIX REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO DE LA OPS FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD

*Las Discusiones Técnicas celebradas durante la XIX Reunión del Consejo Directivo de la OPS tuvieron lugar el día 7 de octubre de 1969 en Washington, D.C. El tema versó sobre "Financiamiento del sector salud". Intervinieron en los debates 52 participantes, incluyendo representantes de organizaciones internacionales, gubernamentales y no gubernamentales. Se presentan aquí el documento de trabajo y el informe final de estas discusiones.*

### Introducción y antecedentes

De acuerdo con el Reglamento de las Discusiones Técnicas se designó al Dr. Luis Ochoa Ochoa como director de debates y al Dr. David A. Tejada-de-Rivero como relator. Actuó como secretario técnico el Dr. Alfredo Arreaza Guzmán.

De conformidad con el mismo Reglamento, las Discusiones Técnicas se iniciaron con la presentación preliminar de la experta Lic. Lucilla L. de Araújo y la explicación de la guía de discusión por el Dr. Juan José Barrenechea.

A continuación se constituyeron dos grupos de trabajo, los que examinaron y analizaron el tema, siguiendo la guía de discusión, durante la mañana y la tarde, con un total de seis horas de debate. Las opiniones expuestas, así como las conclusiones en cada grupo, fueron resumidas por los respectivos relatores y consolidadas para los efectos del informe por el relator de las Discusiones Técnicas, con la participación del director de debates y de los relatores de grupos.

En la reunión de Jefes de Estados Americanos (Punta del Este, Uruguay, 12-14 abril de 1967) los Presidentes de los Estados Miembros de la Organización de los Estados Americanos declararon la necesidad de: "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 . . . y 3) instar a la OPS a que colabore con los Gobiernos en la preparación de los programas específicos correspondientes a estos objetivos".

En la Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas (Buenos Aires, Argentina, 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 OPS quedaría encargada de estudiar la factibilidad de esta proposición".

En la XVIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS (Buenos Aires, Argentina, 21-25 octubre de 1968) se decidió incluir en los tópicos propuestos para discusión el tema "Financiamiento del sector salud".

Este documento tiene como propósito responder a los planteamientos específicos que motivaron la proposición del tema. Sus lineamientos generales 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 estos, así como respecto a las que se llevan a cabo entre el sector salud y los demás sectores a nivel nacional.

#### 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, sólo se pretende aportar una descripción general comparativa que permita apreciar, básicamente, la significación de las diversas instituciones componentes del sector que proporcionan los servicios, con 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 americano la integración del sector salud varía 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, organismos públicos descentralizados y semi-privados, organismos públicos y semipri-

dos que además de sus funciones específicas prestan servicios de salud, e 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 con 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 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 a 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 analizar los problemas del financiamiento del sector es decisivo conocer las tendencias en los componentes del mismo. ¿Cuáles permanecerán en su estado actual o serán fortalecidos, modificados o dismuidos? 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 sólo es conocida en 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 indispensa-

bles 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 responsabilidad de obtener y proporcionar información integrada, ya que esta 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, siguiendo una distribución racional.

Es mínimo el número de países que han dedicado atención suficiente a la programación institucional del sector salud, a corto y largo plazo, de acuerdo con una jerarquización de los problemas nacionales, particu-

larmente con 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.

Respecto al individuo, el retraso que se observa en la elevación de ingresos respecto a los costos y los precios de los bienes y servicios, implica que deberá dedicarse a atenciones de salud una proporción mayor del ingreso, 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 puede comprender más 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 presupuestarios 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. Agravan este problema la coexistencia de diversos sistemas de organización de servicios de salud y el 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”<sup>1</sup>

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, bipartita 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 presupuestaria 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, con-

<sup>1</sup> Roemer, Milton. Oficina Internacional del Trabajo. *Organización de la asistencia médica en los regímenes de la seguridad social*, Ginebra, 1969.

currencia 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 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.

#### Integración del financiamiento del sector salud en el proceso de desarrollo nacional

Se observa en la mayoría de los países de la Región que 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 de sector 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 con un orden de prelación derivado de las políticas de sector.

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 planificación sectorial y esta 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 presupuestarias 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 con otras políticas sectoriales.

En los planes y programas de sector 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 intrasectorial 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 aún, 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 sólo del ritmo de desarrollo económico, sino fundamentalmente de la cuantía de los recursos disponibles, cuyo monto final es generalmente fijado por consideraciones presupuestarias 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 dentro del sector*

*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, este puede verse afectado por los insumos críticos que se requieren para las diversas actividades, especialmente si estos son de importación, como se observa en determinados equipos, aparatos, medicamentos y materiales de construcción.

Los elementos disponibles 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 con 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 adiestramiento 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 estos 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 presupuestarias más adecuadas para el sector salud en el contexto del desarrollo integral.

#### *Requerimientos de financiamiento e inversión en el sector salud*

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 con 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 economicosocial, 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 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 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. Uno 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 presupuestarias, 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 sólo participan en la administración y financiamiento sino que definen sus propios sistemas. Asi-



mismo, 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 cubren a los grupos de ingresos más bajos. Aun 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 hacen 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 particula-

res 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 con 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 proyecten 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 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 entre estos o el grado en que se complementan; 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 consi-

guiente, 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 tienen presente los recursos de organización—humanos, materiales y presupuestarios de las instituciones—necesarios para afrontar los costos del logro, 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.

#### *Fuentes y técnicas de movilización 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 en un esquema comparativo (cuadro 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 trata de identificar las características de los casos específicos sistematizados. 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.

El problema del financiamiento del sector salud puede enfocarse desde posiciones distintas. El esquema de análisis comprende una clasificación de los componentes institucionales básicos del sector, métodos de financiamiento, fuentes y mecanismos de movilización de recursos internos, y fuentes y mecanismos de movilización de recursos externos.

#### *Financiamiento de instituciones del subsector público*

Para el subsector público de la salud, el método de financiamiento es esencialmente

CUADRO 1—Sistemas básicos de financiamiento del sector salud, 1969.

Componentes básicos del sector	Métodos de financiamiento	Fuentes de recursos internos	Mecanismos de movilización de recursos internos	Fuentes de recursos externos	Mecanismos de movilización de recursos externos
Ministerios y departamentos de salud; servicios nacionales de salud	Presupuestario, indirecto	Capacidad fiscal de la estructura productiva; consideraciones presupuestarias. Políticas monetarias y crediticias	Técnicas de finanzas públicas a nivel nacional, regional y local	Disponibilidad de fondos de organismos internacionales para ayuda externa	Política general interna de empréstitos y de ayuda externa de los organismos financieros internacionales
Instituciones de seguridad social	Mixto: tripartito o bipartito, indirecto y directo; compulsivo, de capitalización y reparto	Capacidad presupuestaria del sector estatal y capacidad económica patronal y de los cotizantes amparados	Legislación y política financiera y administrativa, de cobertura de riesgos, población amparada y extensión geográfica		
Otros organismos públicos descentralizados y semiprivados, incluyendo universidades y facultades de medicina	Mixto: presupuestario y aportación privada; indirecto o directo	Capacidad fiscal de la población contribuyente y del sector privado afectado	Técnicas de finanzas públicas y de motivación del sector privado, a diversos niveles	Disponibilidad de fondos de organismos internacionales para ayuda externa	Política general interna de empréstitos y de ayuda externa de los organismos financieros internacionales
Agua y alcantarillado	Mixto: presupuestario indirecto y venta directa de bienes y servicios	Consideraciones presupuestarias del sector público, y económicas, de los usuarios	Técnicas presupuestarias y estructuración de cuotas para usuarios de los servicios	Disponibilidad de fondos de organismos internacionales para ayuda externa a proyectos recuperables a largo plazo	Política general interna de empréstitos y de ayuda externa de los organismos financieros internacionales
Otros organismos públicos y semiprivados que además de sus funciones específicas prestan servicios de salud	Mixto: presupuestario a nivel nacional institucional, indirecto y directo	Consideraciones presupuestarias de tipo interno	Técnicas presupuestarias de orden interno y motivaciones del sector privado	Disponibilidad de fondos de organismos internacionales para ayuda externa	Política general interna de empréstitos y de ayuda externa de los organismos financieros internacionales
Instituciones de carácter privado (Cruz Roja) y la medicina privada y beneficencias	Mixto: suscripciones públicas y pago directo por servicios, o gratuitos	Privados: suscripciones públicas y fondos de beneficencia	Motivaciones psicológicas; valorización individual costo-beneficio costo-eficiencia		

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 de las instituciones del subsector público*

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 presupuestaria de las instituciones de ese subsector y los elementos diversos que influyen en la decisión pueden distinguirse en la forma siguiente:

Disponibilidad de recursos

- fiscales
- monetarios
- crediticios

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

*Disponibilidad de recursos*

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

La adopción creciente de los sistemas de planificación 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 anua-

les. 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 con 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 presupuestarios.

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.

*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 difícil control y de gran importancia como factor causal 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 estas. No obstante este instrumento puede ser de gran utilidad para satisfacer las necesidades actuales en función del desarrollo esperado, si se aplica a un conjunto de prioridades rigurosamente establecidas.

#### *Jerarquización nacional de problemas*

La proporción de los ingresos fiscales asignada al sector 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 presupuestaria 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.

#### *Capacidad de transferencias y políticas redistributivas*

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 alter-

nativas 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 progreso y su incidencia o repercusiones reales, los avances logrados en su incorporación a las políticas integradas, y el nivel de los recursos fiscales obtenidos con 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 intersectoriales 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 con 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 qué medida contribuyen las diversas instituciones componentes del sector a las políticas generales de desarrollo y cuáles 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 con la magnitud y necesidades de las poblaciones beneficiadas.

*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 parcial-

mente 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 sólo una parte del costo diferido y otra 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 constituidos 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 presupuestaria 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 im-

plica que estas 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 superávit 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.

#### *Financiamiento 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 según 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 este.

En relación con 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 pro-

fesionales 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 para las demás 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*

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 de acuerdo con 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 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 con 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*

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

#### *Fuentes y mecanismos de movilización de recursos del subsector privado*

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 con 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, se valoriza la conveniencia de utilizar determinados servicios y de costear total o parcialmente su atención, dentro del propio presupuesto individual o familiar, teniendo presente las posibles alternativas que existan en relación con la estimación del costo relativo que significará para el individuo y los beneficios que cree este 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.

#### *Fuentes de recursos externos*

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 (incluidas universidades y facultades de medicina) que para fines de esta presentación se consideran como 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.

#### *Evaluación de la capacidad operativa para absorber financiamientos adicionales*

El concepto de la "capacidad de absorción" de financiamiento adicional, aplicado al sector salud, sin llegar al rigor de su significado en el sentido estrictamente económico, puede interpretarse como el conjunto de condiciones previas que deben 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 con 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 con 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 realización 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 es 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 consideran 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 el otorgamiento 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.

Proposiciones viables para ampliar las bases de financiamiento del sector salud

#### *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 1960-1969, los datos relativos al producto nacional bruto 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 estas. 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 interno bruto 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 con 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 esta 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 más 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 con 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 economicosociales 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 este sea analizado en el contexto de las condiciones internas prevalecientes, 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 aun 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 las 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 estos.

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—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; este, a su vez, pone a disponibilidad de la institución en cuestión, una cantidad equivalente en moneda del país, para ser gastada local-

mente. 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.

#### *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, estos 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.<sup>2</sup>

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 activi-

dades, 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 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 con 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

<sup>2</sup> No se debe 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.

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 con 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 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 relacionados con el financiamiento y la coordinación de las actividades que se proyecten 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.

### 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. Constituye un terreno adicional de implicaciones la tarea de hacer compatibles 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 tienen 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 continua 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 de la 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 presupuestarios 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 intrasectoriales e intersectoriales de recursos y de los factores que obstaculizan la generación y la movilidad de aquellos, 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 aun 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, aun 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 esta, las actividades de salud.

Estos mecanismos financieros multilaterales, que contribuyen al financiamiento del subsector público de la salud, carecen 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 relacionados con la cuantificación de resultados de los programas de salud, sumados a la lenta maduración de los beneficios de la planificación y del incremento de la eficiencia de la administración, no permiten apreciar los cambios efectuados recientemente 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 con relación al producto interno bruto y su asignación al sector salud; y de la coordinación institucional que sea factible para definir las prioridades, realizando una distribución apropiada de los recursos asignados al sector y ampliando la cobertura de las poblaciones por 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, según 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 permitan 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.

Los problemas del financiamiento del sector salud deben analizarse en el contexto del proceso de desarrollo economicosocial 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 "maximización" de su productividad y de la cobertura de las poblaciones, y 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 ac-

tuales de crédito y ayuda externa por parte de las instituciones financieras internacionales existentes.

### Resumen

El 7 de octubre de 1969 tuvieron lugar, en la sede de la Organización, las Discusiones Técnicas de la XIX Reunión del Consejo Directivo de la OPS, que versaron sobre "Financiamiento del sector salud". Se formaron dos grupos de trabajo que examinaron y analizaron el tema. Intervinieron en las discusiones 52 participantes entre los cuales había representantes de organizaciones internacionales, gubernamentales y no gubernamentales.

Las opiniones expuestas, así como las conclusiones, fueron consolidadas en el Informe Final, según los siguientes términos:

1. Los aspectos de financiamiento son una parte importante que integra tanto el contenido diagnóstico como las proporciones programáticas en el proceso de la planificación del sector salud.

2. En general, en los países no se tiene conocimiento exacto del financiamiento del sector salud debido, fundamentalmente, a deficiencias en la disponibilidad y utilización de información estadística presupuestaria y contable. Sin embargo, se reconoció la existencia de técnicas metodológicas que permiten un estudio completo del problema.

3. Los problemas del financiamiento del sector salud no sólo radican en la escasez relativa de recursos sino, también, en la multiplicidad de fuentes e instituciones que canalizan este financiamiento sin la debida coordinación. Como consecuencia resultan superposiciones y deficiente orientación y utilización de tales recursos. A la solución de estos problemas se oponen las fuertes presiones que ejercen las diversas instituciones del sector para obtener posiciones de prioridad en la distribución del financiamiento. Esta situación señala la necesidad y urgencia de la reestructuración institucional del sector salud, que conduzca a una

mejor productividad como paso más importante que el simple incremento del financiamiento sectorial.

4. Los sistemas empleados para la asignación sectorial e institucional de los recursos financieros son variados, no existiendo bases objetivas para estas decisiones. El nivel en el cual se deciden estas asignaciones es también variable, reconociéndose así desde los organismos nacionales de planificación a los ministerios de hacienda o de economía o reuniones de gabinete del poder ejecutivo. La imposibilidad actual de medir eficientemente el efecto de las actividades del sector salud, por carecer en el momento de indicadores adecuados, es también motivo de esta forma de distribución intersectorial.

Se tomó conocimiento de las diferentes distribuciones porcentuales de los fondos destinados al sector salud, en relación con el financiamiento total del sector público y los productos nacionales, distribuciones variables de acuerdo a la estructura económica, social, nivel de desarrollo, políticas de gobierno, necesidades inmediatas, etc.

5. Al analizar las posibilidades de incremento del financiamiento interno, se consideró que si bien existen varias fuentes, ellas, en su conjunto, están limitadas por la capacidad de financiamiento total de cada país, la que, a su vez, depende de la estructura y nivel de desarrollo económico y social. Dentro de este concepto, cualquier incremento desproporcionado en el financiamiento de un sector puede repercutir negativamente en el desarrollo integral del propio país.

La expansión del financiamiento interno debería orientarse fundamentalmente en ampliar la cobertura geográfica y para grupos de población actualmente carentes de servicios permanentes. Se consideró, además, que un medio factible para lograr esta expansión podrían ser los seguros nacionales de salud o sistemas similares, basados en aportes progresivos en relación con los ingresos de las empresas y las personas.

6. Como obstáculos mayores en el uso del financiamiento interno, se consideraron:

a) Deficientes procedimientos administrativos que impiden, al término del ejercicio presupuestario, hacer uso completo del financiamiento.

b) Existencia de fondos con destino fijo para programas en relación con enfermedades o grupos de población específicos, cuya rigidez no permite que puedan ser utilizados en la atención de otros problemas de mayor prioridad.

7. En relación con el financiamiento, se consideraron las siguientes, como causas que dificultan su obtención:

a) Procedimientos prolongados y a veces demasiado rigurosos en la tramitación formal para el otorgamiento de los créditos.

b) Como la gran mayoría de los créditos se obtienen para proyectos de inversión en infraestructura de servicios, los países encuentran posteriormente dificultades en obtener los recursos internos necesarios para su funcionamiento.

c) Compromisos durante largo tiempo para satisfacer las obligaciones del crédito, a veces de mayor magnitud que la capacidad de endeudamiento sectorial o la capacidad financiera para funcionamiento.

d) En ocasiones, los préstamos implican el compromiso de adquirir materiales y equipos en el país aportador, lo que puede repercutir en perjuicio de la industria nacional, cuando no en adquisiciones de productos más caros que otros similares existentes en el mercado.

e) Las donaciones que pueden traer

compromisos al país que no sean los más convenientes.

8. El financiamiento externo sólo debería ser utilizado en el desarrollo de la infraestructura de salud, pero entendida esta en su sentido amplio, de forma que no sólo se financien construcciones de acueductos, alcantarillados, y establecimientos de salud, sino también, la formación de recursos humanos, investigación operacional e instrumentos de racionalización administrativa. De este modo se podrá alcanzar la productividad y capacidad operativa más eficiente. Sin embargo, el financiamiento externo debe usarse como un recurso para el despegue y no como una fuente de recursos en forma regular y permanente.

9. Se sugirió la conveniencia de que el financiamiento externo se canalizara preferiblemente a través de organismos multilaterales porque es en ellos donde se establece un verdadero mecanismo de solidaridad internacional.

10. Los recursos financieros actualmente disponibles para el sector salud son insuficientes para atender la demanda creciente de servicios, pero, al mismo tiempo, todo incremento del financiamiento externo e interno debe ser utilizado en forma racional, atendiendo a prioridades y mediante proyectos técnicamente elaborados que reflejan una política de salud bien definida, permitiendo de este modo la óptima utilización no sólo de los recursos financieros sino también de los recursos humanos y físicos, en todas las instituciones del sector salud. □

## Anexo

### Tipificación de 22 países 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 desa-

rrollo. La interpretación de los indicadores económicos y sociales utilizados usualmente en estos análisis se facilita cuando se tratan 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 con las características que les eran similares constituyendo conjuntos suficientemente homogéneos que faciliten el análisis, a nivel regional, de los complejos problemas que implica el financiamiento del sector salud, y de los mecanismos posibles para su solución.

#### *Bases del procedimiento*

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

R. Vekemans y J. L. Segundo<sup>3</sup> siguen un procedimiento de tipificación que sirvió de base al aquí utilizado. Aunque debe ser perfeccionado, este procedimiento puede servir de guía en su estado actual para los análisis que se intenten. Se basa en definir las distintas características de un país considerando los indicadores economicosociales en su conjunto, y no independientemente.

En primer término se transformó la escala en que están expresados los indicadores, para hacerlos comparables entre sí y facilitar su interpretación.<sup>4</sup> La transformación de las escalas se hizo de modo tal, que todos los indicadores estudiados quedaron expresados en cifras enteras entre 1 y 10, representando 10 la situación óptima y 1 la más desfavorable. El procedimiento utilizado para la transformación de la escala se describe al final de este anexo. El paso siguiente consistió en calcular el promedio para el país de los valores transformados obtenidos. Es evidente que este 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 ob-

tenidos 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.

#### *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 (cuadro 2).

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

*Nivel y estructura de salud.* Se eligieron como indicadores la esperanza de vida al nacer, el porcentaje de defunciones por enfermedades infecciosas y parasitarias 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.

*Recursos para el sector salud.* Se eligieron el número de médicos por 10,000 habitantes y el 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.

*Factores educacionales.* La inclusión del indicador de número de matrículas en enseñanza superior como porcentaje de la población de 20 a 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.

*Otros factores asociados.* La disponibilidad de proteínas fue incluida, a pesar de reconocer sus notorias deficiencias, por ser el único indicador

<sup>3</sup>R. Vekemans y J. L. Segundo, "Ensayo de tipología socio-económica de los países latinoamericanos". En *Aspectos sociales del desarrollo económico en América Latina*. UNESCO, 1962.

<sup>4</sup>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 EUA\$300 anuales y con una tasa de 4 camas por cada 1,000 habitantes.

CUADRO 2—Amplitud de la variación de los indicadores en el conjunto de los 22 países que se pretende tipificar.

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
Recursos para el sector salud	% de defunciones de menores de 5 años	58.6	13.0
	Número de médicos por 10,000 habitantes	14.9	0.7
Factores educacionales	Número de camas por 1,000 habitantes	6.4	0.7
	No. de matrículas en enseñanza superior:		
Otros factores asociados	% de la población de 20 a 24 años	12.6	0.2
	% de analfabetos mayores de 15 años	95.0	8.6
Factores económicos	Disponibilidad de proteínas g/día/habitante	94.	47.
	% de población con agua a domicilio	62.3	0.3
Estructura demográfica	Grado de urbanización	61.3	5.1
	Producto bruto interno per cápita	891.	95.
	% de la población activa ocupada en el sector II	35.5	6.6
	Porcentaje de la población menor de 15 años	47.9	28.6
Población total		88.1	1.1

disponible relacionado, aunque 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.

*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.

*Estructura demográfica.* El porcentaje de la población menor de 15 años fue considerado el mejor exponente de la estructura demográfica de los países de América.

*Población total.* La población total no está incluida dentro del conjunto de indicadores con los cuales se pretende tipificar los países. Se 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 (cuadro 3).

*Constitución de los grupos.* Los 22 países estudiados, con un total de 262.4 millones de habitantes, quedaron distribuidos en siete grupos, como se muestra en el cuadro 3. En los cuadros 4, 5 y 6 se detalla la tipificación de los 22 países: nivel

de los indicadores económicos sociales según grupos de desarrollo, nivel promedio de los indicadores en cada grupo e indicadores económicos sociales (cuadro de referencia). La figura 1 presenta el nivel de los indicadores económicos sociales para cada grupo y estos indicadores expresados en escala transformada. La figura 2 presenta el nivel promedio de los indicadores en cada grupo.

#### Procedimiento seguido

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 sí. En cada caso, 10 representa la condición más favorable y 1 la más desfavorable.

CUADRO 3—Tipificación de 22 países latinoamericanos. Número de países, población en millones y proporción de la población total en cada grupo.

Grupo	Número de países	Población	
		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

CUADRO 4—Tipificación de 22 países americanos. Nivel de los indicadores economicosociales según grupos de desarrollo.

Grupo	País	Nivel y estructura de salud			Recursos para el sector salud		Factores educacionales		Otros factores asociados			Factores económicos			
		Esperanza de vida al nacer e.º 1969	% de defunciones por enfermedades infecciosas y parasitarias	% de defunciones de menores de 5 años	Médicos por 10,000 habitantes	Número de camas por 1,000 habitantes	Matrículas en enseñanza superior: % de la población de 20 a 24 años	% de analfabetos mayores de 15 años	Disponibilidad de proteínas/día por habitante, 1965	% de población con agua a domicilio	Grado de urbanización	Producto bruto interno per cápita, 1964	% de la población activa ocupada en el sector II (manufactura)	% de la población menor de 15 años	Población total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
I	1	9	10	9	10	10	10	10	9	10	10	10	10	10	3
	2	10	10	10	8	10	7	10	10	9	10	9	9	10	1
II	3	9	10	8	3	8	—	8	—	7	9	6	8	—	1
	4	8	9	8	6	9	3	9	—	7	6	—	7	1	
	5	8	9	7	4	6	—	9	—	9	4	5	7	1	
III	6	7	7	4	4	7	4	10	7	7	9	8	7	5	2
	7	6	8	4	6	5	5	8	3	7	8	10	5	2	2
	8	7	6	3	4	3	3	7	6	7	5	7	4	2	6
IV	9	8	7	2	3	7	6	8	3	7	5	6	3	2	1
	10	8	5	2	3	7	4	10	2	10	4	5	5	1	1
	11	7	6	3	3	4	3	7	1	8	6	4	5	1	3
V	12	6	5	5	3	3	3	7	2	6	5	4	4	2	2
	13	6	7	6	4	3	3	9	5	1	2	3	5	1	1
	14	6	4	5	3	5	2	6	4	4	5	3	3	4	10
VI	15	5	4	1	3	3	3	8	1	5	4	3	5	1	1
	16	4	4	4	3	3	2	6	3	3	4	3	4	1	1
	17	5	7	2	2	3	2	5	3	4	3	3	4	1	1
	18	6	6	1	4	4	2	7	1	3	3	3	2	1	1
VII	19	3	7	4	1	3	2	5	2	3	2	2	2	1	1
	20	1	5	3	2	3	2	4	1	3	2	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



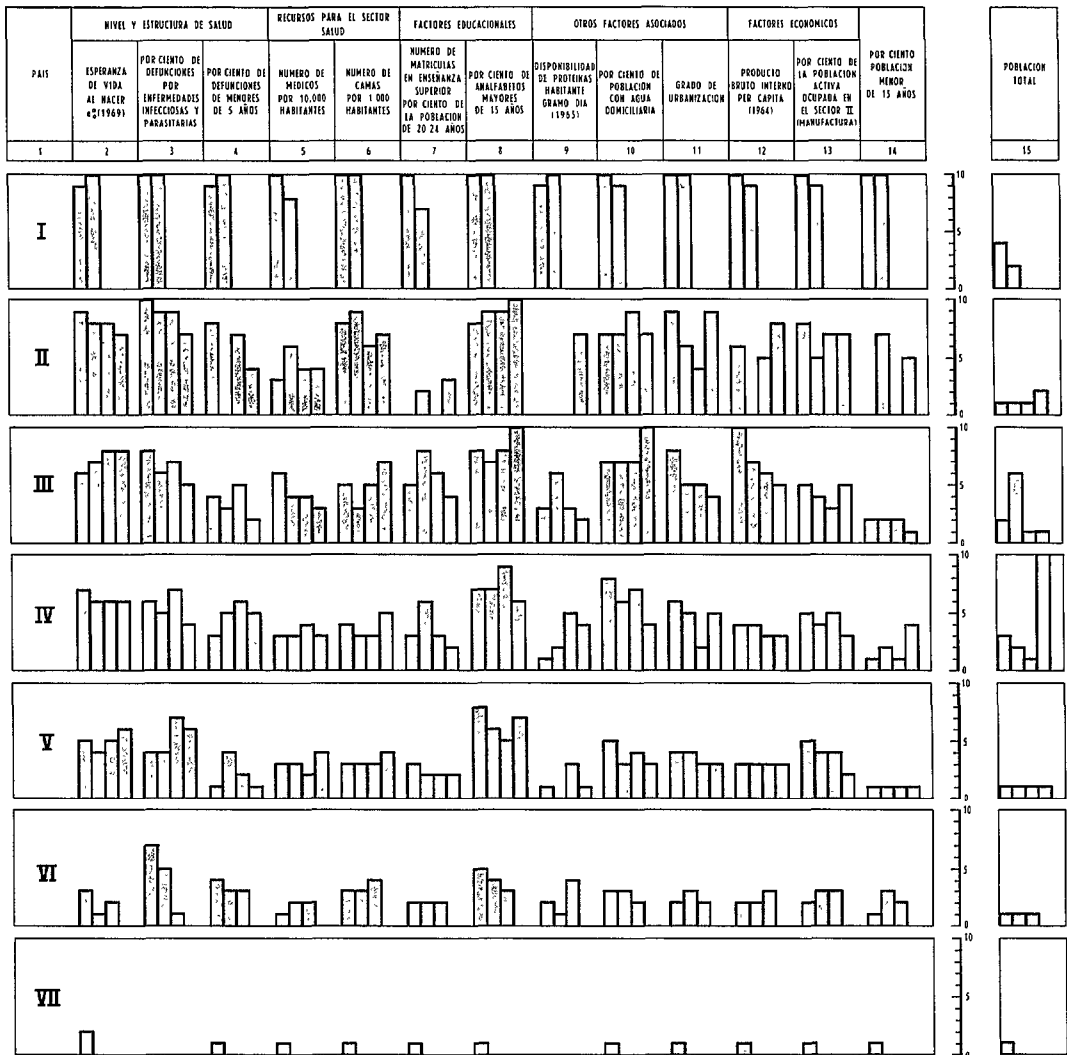


CUADRO 6—Tipificación de 22 países americanos. Indicadores economicosociales. (Cuadro de referencia.)

País	Nivel y estructura de salud			Recursos para el sector salud		Factores educacionales		Otros factores asociados			Factores económicos		Población total (millones)	
	Esperanza de vida al nacer e.o. 1969	% de defunciones por enfermedades infecciosas y parasitarias	% de defunciones de menores de 5 años	Médicos por 10,000 habitantes	Camas por 1,000 habitantes	Matrículas en enseñanza superior: % de la población de 20 a 24 años	% de analfabetos mayores de 15 años	Disponibilidad de pro-teléfono: g/día por habitante, 1965	% de población con agua a domicilio	Grado de urbanización	Producto bruto interno per cápita, 1964	% de la población activa ocupada en el sector II (manufactura)		% 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 <sup>a</sup>	38.8 <sup>a</sup>	4.0 <sup>a</sup>	3.2 <sup>a</sup>	2.3	50.9 <sup>a</sup>	62 <sup>a</sup>	23.0 <sup>a</sup>	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
Haití	49.	—	58.6 <sup>b</sup>	0.7	0.7	0.2	95.0	—	0.3	5.1	95	6.6 <sup>b</sup>	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
México	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
Panamá	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
Perú	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 y Tabago	69.	7.9	25.1	3.9	5.3	—	26.2	—	38.9	55.7	540	29.0	—	1.1

<sup>a</sup> Solamente el estado de São Paulo.<sup>b</sup> Estimada.

FIGURA 1—Tipificación de 22 países americanos: nivel de los indicadores económicos y sociales por países para cada grupo, e indicadores económicos y sociales de 22 países americanos expresados en escala transformada.



*Construcción de la escala transformada*

*Recorrido registrado de la variable:* va desde el valor mínimo hasta el valor máximo registrado.

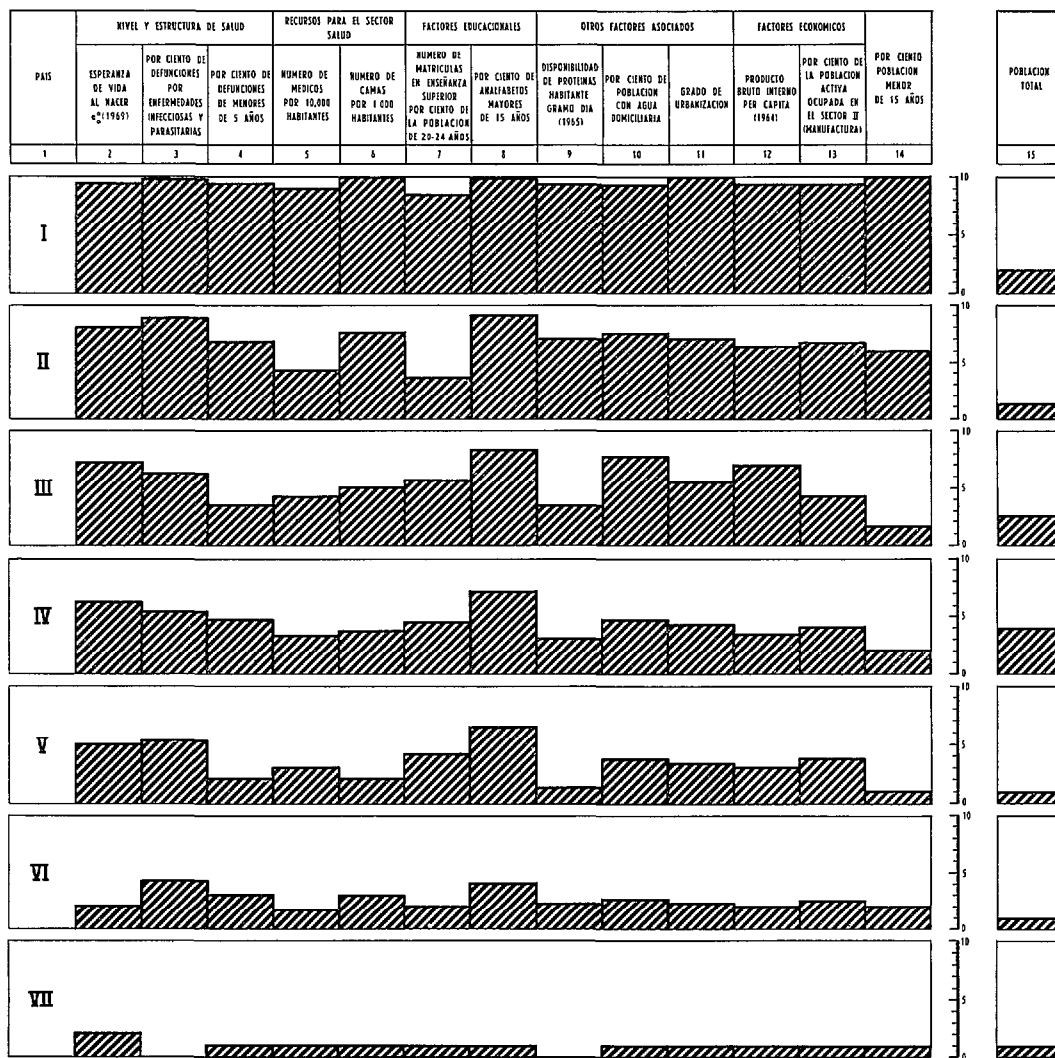
*Amplitud del intervalo:* es igual a un décimo de la amplitud total del recorrido real y se expresa con una precisión no mayor que los valores originales registrados. Las aproximaciones necesarias se hacen siempre a la cifra superior.

Ejemplos: a) *Recorrido registrado* 10.3 —35.5  
*Recorrido real* 10.25—35.55

*Amplitud total* 35.55—10.25=25.30  
*Amplitud del intervalo* 2.6  
 b) *Recorrido registrado* 10.0 —35.5  
*Recorrido real* 9.95—35.55  
*Amplitud total* 35.55— 9.95=25.60  
*Amplitud del intervalo* 2.6

*Origen de la escala:* Como origen, se utilizó de

FIGURA 2—Tipificación de 22 países americanos; nivel promedio de los indicadores económicosociales en cada grupo.



preferencia 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 semirrecorrido era impar, se utilizó como límite superior del intervalo 5, y como límite inferior del intervalo 6, si era par.

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

*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.

## Technical Discussions at the XIX Meeting of the Directing Council of PAHO Financing of the Health Sector (Summary)

The Technical Discussions at the XIX Meeting of the Directing Council of PAHO were held on 7 October 1969 at the Headquarters of the Organization. Two working parties were established to examine and analyze the topic, which was "Financing of the health sector". Fifty-two participants, including representatives of international, governmental and non-governmental organizations, took part in the discussions.

The views expressed and the conclusions reached by each working party are summarized as follows in the Final Report:

1. Financing is an important aspect of the diagnosis of the situation and of technical proposals for health plans and programs.

2. By and large, the countries do not have an accurate knowledge of the health sector financing, primarily because budgetary and accounting data are unavailable or not properly used. However, it was recognized that techniques are available for making a complete study of the problem.

3. The problems besetting the financing of the health sector arise not only from the relative scarcity of money but also from the lack of coordination of the multiple sources and institutions channeling funds. Consequently there is overlapping, and deficient orientation of utilization of these funds. Strong pressure exerted by various health sector institutions, in an effort to obtain priority in the distribution of funds, hampers the solution of these problems. The reorganization of the institutional structure of the health sector is therefore considered urgent. This would result in an increase in productivity, which is more important than a mere increase in sectoral financing.

4. Different systems are used for distributing funds to the sector and to institutions, but the decisions taken have no rational basis. These allocations may be decided by national planning organizations, ministries of finance or economy or by Cabinet meetings. At present it is impossible to accurately measure the effect of health activities because there are no proper indicators and this accounts for the present mode of distributing funds among the institutions of the sector.

Variations in the amount of funds allocated to the health sector expressed as a percentage of the total financing of the public sector and of the gross national product which are de-

termined by the economic and social structure, level of development, government policies, immediate needs, etc., were also discussed.

5. In discussing the possibility of increasing internal financing the view was expressed that, although there were various sources, as a whole they were limited by the overall financing capacity of each country, which in turn depended on the structure and level of economic and social development. Any disproportionate increase in the financing of a particular sector might have negative effects on the overall development of a country.

The basic purpose of expanding internal financing should be to extend geographical coverage and to include population groups at present without continuous services. It was also agreed that a practical way of achieving this expansion might be national health insurance or similar scheme based on progressive contribution geared to corporate or personal income.

6. The following were considered to be the most important constraints on the use of internal financing:

a) Inadequate administrative procedures that prevent complete use of allocated funds within a budgetary period.

b) The earmarking of funds for special disease programs or specific population groups, which prevents them from being used for other higher priority problems.

7. The following were mentioned as obstacles to obtaining external financing:

a) Prolonged and sometimes over-rigid procedures in the formalities for obtaining funds.

b) Owing to the fact that most of the investment loans are obtained for health services infrastructure projects, the countries subsequently have difficulty in obtaining the necessary internal funds for their maintenance.

c) Long-term commitments to satisfy loan obligations, which sometimes exceed the debt capacity of the health sector and its financial capacity for operating and maintaining the system.

d) Sometimes loans involve a commitment to purchase materials and equipment in the lender country, an arrangement which may be detrimental to local industry or result in the purchase of products that are more expensive than locally available substitutes.

e) Donations which may involve undesirable commitments by the country.

8. External financing should be used solely for developing the health infrastructure, in its broadest sense; that is, not only for financing the construction of water supply and sewerage systems, and health establishments, but also for manpower training, operations research, and for promoting the application of modern methods to administration. In this way productivity and working capacity can be increased. However, external financing must be used as a resource for "take-off", and not as a regular and continuous source of funds.

9. It was suggested that external funds should be preferably channeled through multi-lateral agencies because they are true instruments of international solidarity.

10. It is evident that the financial resources at present available to the health sector cannot satisfy the growing demand for services; therefore, every increase in external or internal financing should be used to deal with priority problems in a rational manner; that is, through technically prepared projects reflecting a well-defined health policy, thereby enabling optimum use to be made not only of funds but also of manpower and physical resources in all health sector institutions.

### Discussões Técnicas da XIX Reunião do Conselho Diretor da OPAS Financiamento do Setor Saúde (Resumo)

Em 7 de outubro de 1969, realizaram-se na sede da Organização as Discussões Técnicas da XIX Reunião do Conselho Diretor da OPAS, que versaram sobre "Financiamento do setor saúde". Formaram-se dois grupos de trabalho, que examinaram e analisaram o tema. Intervieram nas discussões 52 participantes, entre os quais havia representantes de organizações internacionais, governamentais e não governamentais.

As opiniões expostas, assim como as conclusões, foram consolidadas no Relatório Final, segundo os seguintes termos:

1. Os aspectos do financiamento constituem parte importante que integra tanto o conteúdo diagnóstico como as proporções programáticas no processo do planejamento do setor saúde.

2. Em geral, não se tem nos países conhecimento exato do financiamento do setor saúde, devido, fundamentalmente, a deficiências na disponibilidade e utilização de informação estatística orçamentária e contábil. Entretanto, reconheceu-se a existência de técnicas metodológicas que permitem um estudo completo do problema.

3. Os problemas do financiamento do setor saúde não só radicam na escassez relativa de recursos, mas também na multiplicidade de fontes e instituições que canalizam esse financiamento sem a devida coordenação. Ocorrem, em consequência, duplicações e orientação e utilização deficientes de tais recursos. A solução desses problemas, opõem-se as fortes pressões que as diversas instituições do setor exercem para obter situações de prioridade na distribuição do financiamento. Esta situação assinala a necessidade e urgência da reestrutur-

uração institucional do setor saúde, a qual conduza a melhor produtividade como passo mais importante que o simples incremento do financiamento setorial.

4. Os sistemas empregados para a consignação setorial e institucional dos recursos financeiros são vários e não existem bases objetivas para essas decisões. O nível no qual se decidem essas consignações é também variável e vai desde os organismos nacionais de planejamento até os ministérios de fazenda ou de economia ou reuniões de gabinete do poder executivo. A atual impossibilidade de medir eficientemente o efeito das atividades do setor saúde, por faltarem, no momento, indicadores adequados, é também motivo dessa forma de distribuição intersetorial.

Assinalaram-se as diferentes distribuições percentuais dos fundos destinados ao setor saúde, em relação com o financiamento total do setor público e os produtos nacionais, distribuições variáveis de acordo com a estrutura econômica, social, nível de desenvolvimento, políticas de governo, necessidades imediatas, etc.

5. Na análise das possibilidades de incremento do financiamento interno, foi considerado que, embora existam várias fontes, estas, em seu conjunto, estão limitadas pela capacidade de financiamento total de cada país, a qual, por sua vez, depende da estrutura e do nível de desenvolvimento econômico e social. Dentro desse conceito, qualquer incremento desproporcionado no financiamento de um setor pode repercutir negativamente no desenvolvimento integral do próprio país.

A expansão do financiamento interno deveria orientar-se fundamentalmente para a ampliação

da cobertura geográfica e para grupos de população atualmente carentes de serviços permanentes. Considerou-se, outrossim, que um meio de lograr essa expansão seriam os seguros nacionais de saúde ou sistemas semelhantes, baseados em contribuições progressivas, em relação às rendas das empresas e dos indivíduos.

6. Como obstáculos mais importantes no uso do financiamento interno, foram considerados os seguintes:

a) Procedimentos administrativos deficientes, que impedem, ao fim do exercício orçamentário, o uso total do financiamento.

b) Existência de fundos com destino fixo para programas relacionados com enfermidades ou grupos de população específicos, cuja rigidez não permite sua utilização no trato de outros problemas de maior prioridade.

7. Em relação ao financiamento, foram consideradas como causas que dificultam sua obtenção as seguintes:

a) Procedimentos prolongados e às vezes demasiado rigorosos na tramitação formal para o outorgamento dos créditos.

b) Como a grande maioria dos créditos é obtida para projetos de inversão em infra-estrutura de serviços, os países encontram, posteriormente, dificuldade em obter os recursos internos necessários ao seu funcionamento.

c) Compromissos durante longo tempo para satisfazer as obrigações do crédito, às vezes maiores que a capacidade que o setor tem de contrair dívidas ou a capacidade financeira para funcionamento.

d) As vezes, os empréstimos implicam o compromisso de adquirir materiais e equipa-

mento no país que o concede, o que pode repercutir em prejuízo da indústria nacional, quando não em aquisições de produtos mais caros que outros similares existentes no mercado.

e) As doações que podem trazer ao país compromissos menos vantajosos.

8. O financiamento externo só deveria ser utilizado no desenvolvimento da infra-estrutura de saúde, mas tomada em seu sentido amplo, de forma que se financiem não só adutoras, rêsdes de esgôto e estabelecimento de saúde, mas também a formação de recursos humanos, a investigação operacional e instrumentos de racionalização administrativa. Dêsse modo, será possível alcançar a produtividade e capacidade operativa mais eficiente. Entretanto, o financiamento externo deve ser utilizado como um recurso para a arrancada inicial e não como uma fonte de recursos regular e permanente.

9. Foi sugerida a conveniência de canalizar o financiamento externo de preferência através de organismos multilaterais, porque é nesses organismos que se estabelece um verdadeiro mecanismo de solidariedade internacional.

10. Os recursos financeiros atualmente disponíveis para o setor saúde não são suficientes para atender a demanda crescente de serviços, porém, ao mesmo tempo, todo incremento do financiamento externo e interno deve ser utilizado em forma racional, atendendo a prioridades e mediante projetos tènicamente formulados, que reflitam uma política de saúde bem definida e permitam dêsse modo a ótima utilização não só dos recursos financeiros mas também dos recursos humanos e físicos, em tôdas as instituições do setor saúde.

### Discussions techniques de la XIXe Réunion du Conseil directeur de l'OPS Financement du secteur santé (Résumé)

Les débats qui se sont déroulés au cours de la XIXe Réunion du Conseil directeur de l'OPS le 7 octobre 1969, ont porté sur le "Financement du secteur santé". Deux groupes de travail ont examiné et analysé le thème. Les travaux ont été suivis par 52 participants, y compris des représentants d'organisations internationales, gouvernementales et non gouvernementales.

Les opinions exprimées ainsi que les conclusions, qui figurent dans le rapport final, peuvent être résumées comme suit:

1. Les éléments du financement constituent une partie importante du processus de planifi-

cation du secteur santé, car ils comprennent non seulement le contenu diagnostique mais également les pourcentages programmés.

2. D'une manière générale, on ne possède pas, dans le différents pays, de connaissances exactes sur le financement du secteur santé, en raison surtout des insuffisances en ce qui concerne l'accessibilité et l'utilisation des renseignements statistiques, budgétaires et comptables. Toutefois, il a été reconnu qu'il existe des techniques méthodologiques qui permettent une étude approfondie du problème.

3. Les problèmes du financement du secteur santé ne résident pas seulement dans la rareté

des ressources mais également dans la multiplicité des sources et des institutions qui répartissent ce financement sans la coordination nécessaire. Il en résulte des chevauchements et une orientation et utilisation imparfaites de ces ressources. Les fortes pressions exercées par les différentes institutions du secteur en vue de bénéficier d'une priorité dans la répartition des fonds rend la solution de ces problèmes difficile. Cette situation met en évidence la nécessité et l'urgence d'une réorganisation de l'infrastructure du secteur santé qui permettra une productivité accrue qui est plus importante qu'une simple augmentation des fonds destinés au secteur.

4. Les systèmes employés pour la répartition des ressources financières entre les secteurs et les institutions sont différents, étant donné qu'il n'existe pas de bases objectives en cette matière. L'échelon auquel ces affectations sont décidées est également variable, depuis les organisations de planification jusqu'aux ministères des finances ou de l'économie, ou réunions de Cabinet du pouvoir exécutif. L'impossibilité actuelle de mesurer efficacement les résultats des activités du secteur santé, du fait que l'on ne dispose pas pour le moment d'indicateurs suffisants, est également une raison pour cette forme de répartition entre les secteurs.

Il a été pris note des différentes répartitions proportionnelles des fonds destinés au secteur santé en fonction du financement total du secteur public et des produits nationaux, des répartitions variables compte tenu de la structure économique et sociale, du niveau de développement, de la politique suivie par le gouvernement, des nécessités immédiates, etc.

5. En étudiant les possibilités d'un plus vaste financement intérieur il a été estimé, malgré le fait qu'il existe diverses sources, qu'elles sont dans leur ensemble limitées par la capacité de financement total de chaque pays laquelle, à son tour, est fonction de la structure et du niveau de développement économique et social. Dans ce contexte, tout accroissement disproportionné du financement d'un secteur peut se répercuter négativement sur le développement global du pays même.

L'expansion du financement intérieur devrait tendre essentiellement à élargir la couverture géographique et être orientée vers les groupes de la population qui manquent actuellement de services permanents. Il a été estimé, en outre, qu'un moyen possible permettant de parvenir à cette expansion pourraient être les assurances nationales maladie ou systèmes analogues, basés sur des contributions progres-

sives en fonction des revenus des entreprises et des individus.

6. Les obstacles les plus importants que l'on rencontre dans l'utilisation du financement intérieur ont été définis comme suit:

a) Méthodes administratives inadéquates qui empêchent, à la fin de l'exercice budgétaire, de faire un usage complet du financement.

b) Existence de fonds à destination fixe pour des programmes concernant des maladies ou des groupes de population déterminés dont la rigidité ne permet pas qu'ils soient utilisés pour d'autres problèmes ayant une priorité plus élevée.

7. En ce qui concerne le financement, il a été estimé que les raisons qui rendent son obtention difficile sont les suivantes:

a) Procédures prolongées et parfois trop rigoureuses dans les négociations officielles en vue de l'octroi des crédits.

b) Etant donné que la grande majorité des crédits sont obtenus pour des projets d'investissement dans l'infrastructure des services, les pays éprouvent ultérieurement des difficultés à obtenir les ressources intérieures nécessaires pour leur fonctionnement.

c) Les engagements à long terme pour satisfaire les obligations du crédit, parfois plus importants que la capacité d'endettement du secteur ou la capacité financière en vue de son fonctionnement.

d) Dans certains cas, les prêts comportent l'engagement d'acquérir les matériaux et l'équipement dans le pays qui fournit les fonds, pouvant ainsi porter préjudice à l'industrie nationale, surtout lors de l'acquisition de produits plus chers que d'autres produits analogues que l'on trouve sur le marché.

e) Les dons qui peuvent entraîner pour le pays des engagements qui présentent souvent des inconvénients.

8. On ne devrait avoir recours au financement extérieur que pour le développement de l'infrastructure de la santé, mais entendu dans son sens le plus large, c'est-à-dire en finançant non seulement la construction d'aqueducs, de systèmes d'égouts et d'établissements hospitaliers, mais également la constitution de ressources humaines, l'analyse des méthodes d'exécution et les instruments de rationalisation administrative. De cette façon, il sera possible d'assurer une productivité et une capacité de fonctionnement des plus efficaces. Toutefois, le financement intérieur doit être utilisé comme un instrument de démarrage et non comme

source de fonds sous une forme régulière et permanente.

9. Il a été recommandé que le financement extérieur soit effectué de préférence par l'intermédiaire d'organismes multilatéraux du fait qu'ils constituent un véritable instrument de solidarité internationale.

10. Les ressources financières actuellement disponibles pour le secteur santé sont insuffisantes pour répondre à la demande croissante

de services; cependant, toute augmentation du financement extérieur et intérieur doit être également utilisée de façon rationnelle en tenant compte des priorités et au moyen de projets mis au point du point de vue technique qui reflètent une politique sanitaire bien définie permettant ainsi l'utilisation optimum, non seulement des ressources financières mais également des ressources humaines et matérielles, dans toutes les institutions du secteur santé.

#### POLIOMIELITIS EN LAS AMÉRICAS

El número de casos registrados de poliomielitis ha aumentado, en algunos casos de manera significativa, con relación a años anteriores. En los Estados Unidos se registraron 48 casos de poliomielitis en 1968 en comparación con 40 en 1967. De los 48 casos clínicos con parálisis supuesta o comprobada, cinco fueron fatales, ocho pacientes quedaron severamente lisiados y 18 resultaron con impedimentos de mayor consideración, 10 tuvieron consecuencias adversas de menor cuantía y de siete de ellos no se dispone de informes posteriores.

La distribución de los pacientes por grupos de edad es como sigue: hasta 4 años, 31; de 5 a 14, 7; y de 15 y más años, 10. Se identificó el poliovirus tipo I en 27 casos; el tipo II en 7, y tipo III en 4. De los 48 pacientes, 40 (incluidos los 5 casos fatales) nunca había sido vacunados contra la poliomielitis. Ninguno de los ocho que tenían historial de inmunización positiva habían recibido el número de dosis recomendadas para contar con una inmunización adecuada.

En la Argentina, aunque se notó una ligera disminución de febrero a marzo de 1969, la incidencia permaneció a un nivel superior al de 1967 y 1968. Durante las primeras 20 semanas de 1969 se registraron 210 casos de los cuales 54 ocurrieron en la provincia de Buenos Aires, 31 en Mendoza, 26 en Tucumán, 23 en Misiones y 19 en Salta. Se registraron, asimismo, durante las últimas 20 semanas de 1968, 114 casos de los cuales 41 ocurrieron en Buenos Aires, 18 en Jujuy y 17 en Salta.

Informes preliminares recibidos del Perú declaran que durante mayo de 1969 hubo un aumento de casos de poliomielitis en Lima después de una disminución progresiva desde que ocurrió la epidemia en octubre de 1968. Más del 90% de los niños entre dos meses y cinco años de edad habían recibido la vacuna oral en campañas de vacunación en masa que empezaron en octubre. La mayoría de los casos registrados durante 1969 fueron niños que habían recibido por lo menos una dosis de la vacuna oral, y el 45% había recibido tres o más dosis. Entre los niños vacunados se registraron cuatro defunciones incluyendo uno que había recibido tres dosis.

[Organización Mundial de la Salud. *Weekly Epidemiological Record* 44 (28):453-460, 1969.]