

testa

Santiago, febrero de 1969

COMENTARIOS ACERCA DEL FINANCIAMIENTO
DEL SECTOR SALUD*

Instituto de Salud Colectiva

* Borrador para discusión preparado por el profesor Enrique Sierra, funcionario del Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social

Universidad Nacional de Lanús

OBSERVACIONES

Las siguientes notas están basadas en la idea de que es conveniente que las funciones de planificación económica y social observen un equilibrado sentido de la división del trabajo.

Se reconoce desde ya que ciertos objetivos - sea de los organismos planificadores nacionales o de entidades internacionales especializadas - puedan aconsejar otras formas para plantear este problema. Para ello es necesario conocer dichos objetivos. Aquí se han tomado los que teóricamente resultan más consecuentes.

Estas notas deben apreciarse como una forma de razonamiento en alta voz, de carácter general y sin pretensión de ninguna índole. De ahí su circulación muy limitada.

Comentarios acerca del financiamiento
del sector salud

1. En ambas pautas de trabajo está presente el doble enfoque que la problemática de financiamiento presenta: uno que se hace en torno de las disponibilidades de factores e insumos físicos y de capacidad para importar (que en lo sucesivo se denominará real), y otro en términos de recursos monetarios o de capacidad de compra (que en lo sucesivo se identificará simplemente con el financiamiento de carácter monetario).

real
monetario

2. A nivel de toda la economía el verdadero problema de financiamiento corresponde, sin duda, al primer enfoque; sin embargo, cuando esta temática se plantea a niveles sectoriales o de actividades más específicas, conviene ir haciendo una distinción tanto más tajante, cuanto más concreta e individualizable es el sector o la actividad de que se trate.

En el caso del sector industrial, por ejemplo, el financiamiento real - dada la magnitud que alcanza dicho sector en los países de niveles de desarrollo alto y medio - es plenamente pertinente, pero, cuando se trata del sector salud, parece congruente definir con la mayor precisión posible lo que más arriba se denominó financiamiento "real" de aquel otro "monetario".

definir la
diferencia

3. La razón de ello radica en que al tratarse de un sector, que dentro del conjunto de las actividades económicas no tiene una importancia relativa muy alta - no obstante su significación social y económica - y que adquiere connotaciones de alta especialización, y por ende de particular singularidad, en sus funciones de producción y de demanda, la problemática de financiamiento real tiende a transformarse en una función más específicamente de abastecimientos de factores e insumos - recursos humanos, equipos, edificios, e insumos en forma de bienes y de servicios.

real: función
de abastecimiento
Fo (escalas de
formas de
adquisición)
monetario:
obtención
capacidad
de compra

1/ Para los fines de este argumento se entiende por función de abastecimiento la búsqueda de los requerimientos enunciados incluyendo la localización de las fuentes de aprovisionamiento y sus formas de adquisición.

Aceptado lo anterior, la temática inicial puede considerarse desglosada en dos funciones distintas - tanto en su naturaleza como en las técnicas empleadas para resolverlas en la práctica: una de abastecimiento o de dotación de requerimientos reales y otra de búsqueda u obtención de recursos monetarios o de capacidad de compra.

4. Para ubicar con exactitud esas dos funciones conviene admitir, sino una definición de planificación de salud, a lo menos una lista de acciones que permitan dibujar el núcleo de su temática. En este sentido podría admitirse que la planificación de salud significa en lo sustantivo:

- 1 - Calcular la demanda de servicios de salud, tanto en su nivel como en su composición técnica y distribución social, y en sus expresiones de espontánea e inducida.
- 2 - Calcular la oferta de servicios, en las mismas categorías anotadas para la demanda.
- 3 - Calcular los niveles y composición de factores e insumos necesarios para las metas de demanda y/o de ofertas que se propone cubrir.
- 4 - Localizar y precisar cuantitativamente las fuentes de abastecimiento necesarias para satisfacer el cálculo de factores e insumos.

Para esto último es necesario distinguir qué fuentes de abastecimiento de requerimientos quedan comprendidas dentro de la definición del sector salud que se ha tomado como base, y cuáles quedan fuera. Dentro de estas últimas conviene diferenciar entre nacionales y extranjeras. Las nacionales habría que individualizarlas entre las fuentes creadas antes del plan y las que sería necesario crear con motivo de las metas de éste.

Por otra parte, para todas las funciones de planificación enunciadas debe tenerse en cuenta el problema de rendimiento real de los factores e insumos; pues, dice al propósito general de una conducta racional frente al supuesto de escasez de recursos físicos y de usos alternativos.

No es absolutamente imprescindible

Planificación de salud

demandas operativas insumos abastecimientos

rendimiento real

5. Admitidas las proposiciones anteriores - sólo como supuesto para este argumento - el financiamiento monetario queda claramente definido como una gestión para obtener poder adquisitivo que permita concretar la función de abastecimiento, que a su vez es la base de la función de oferta de servicios programados.

De ser así, podría afirmarse que el financiamiento monetario no necesariamente es una temática de la planificación de salud - lo que sin lugar a dudas, dada la arquitectura del argumento, es una afirmación tautológica. Para dilucidar más esta cuestión podrían levantarse algunas interrogantes, tales como:

- ¿Resulta necesario para el cálculo de la demanda de servicios de salud, de oferta de los mismos, y de sus respectivos abastecimientos de factores e insumos (financiamiento real), el cálculo y tratamiento del financiamiento monetario? Para mayor claridad, esta misma idea podría hacerse formulando otra interrogante, como la siguiente:
- ¿Queda bien planteado el cálculo de oferta y demanda de servicios de salud - entendido en términos reales (o físicos) - sin extenderlos hasta su estimación monetaria?

Otras dos preguntas que ayudan al razonamiento, podría ser:

- ¿Es coherente un plan de salud que prescindiera del cálculo monetario?
- ¿Es realista y viable un plan de salud que no contenga su respectiva función financiera en términos monetarios, y por ende presupuestaria?

A tales interrogantes no puede contestárseles de manera categórica; cada respuesta está en relación con las hipótesis en que se apoye la planificación de salud. En este sentido, las respuestas son mucho más dialécticas de lo que aparecen.

6. En la práctica, separar de manera tajante el problema de abastecimientos de recursos reales del de obtención de fondos monetarios - que también puede expresarse en términos de disponibilidades presupuestarias - según las dos últimas preguntas, no tiene sentido. La formulación de metas de servicios de

Financiamiento = gestión para adquisitivo que concreta función de abastecimiento

No es separable la gestión financiera de la función de abastecimiento

salud, llega un momento en que de hecho entran a ser cuestionadas por las restricciones presupuestarias o de disponibilidades monetarias; de manera que la planificación de salud, para que adquiriera los atributos de viabilidad y de coherencia, tiene que considerar la temática del financiamiento monetario. El problema a discutir es en qué sentido debe entrar a considerarla: ¿como restricción a la cual debe adaptarse? o bien, ¿como parte de sus requisitos operativos y por lo tanto como tarea de obtención de los fondos monetarios demandados por un determinado juego de metas considerado óptimo, máximo, aceptable o mínimo?

Si se estima que es una tarea, ¿se remite ésta sólo a persuadir a las autoridades encargadas de la asignación de recursos monetarios; o en su defecto, a encontrar y montar un mecanismo completo - como son todos los monetarios - para la obtención de ese tipo de recursos?

7. Podría llamar la atención - especialmente para economistas ortodoxos - que en estas consideraciones se haya venido haciendo una separación tan fuerte de las funciones de abastecimientos de los recursos reales que demanda un plan de salud y su financiamiento monetario. Ello, porque es natural pensar que las primeras deben expresarse en valores corrientes, o como quien dice, valorarlos en función del sistema y nivel de precios. Aún más, es posible que se estime que más que una precisión en términos físicos de los recursos reales para cumplir el plan, lo que tiene sentido, a un nivel de agregación ya significativo, es tratarlos y expresarlos en términos monetarios.

Tal forma de razonamiento contiene el supuesto que el mercado, una vez resuelto el problema de fondos monetarios con qué concretar la demanda de los citados abastecimientos, automáticamente tiende a resolver el problema de oferta de los mismos, y que las oscilaciones de los precios no son significativas, y si lo fueran éstas también afectarían a las fuentes proveedoras de fondos monetarios, de manera que todas las variables de precios, gasto monetario y recursos de este tipo, se moverían en la misma dirección y tendiendo a un mismo ritmo.

Todo ello supone un sistema económico con alto grado de integración, de homogeneidad y de flexibilidad. Pero la planificación de salud, precisamente parte de la tesis que tales requisitos no se dan en las economías de

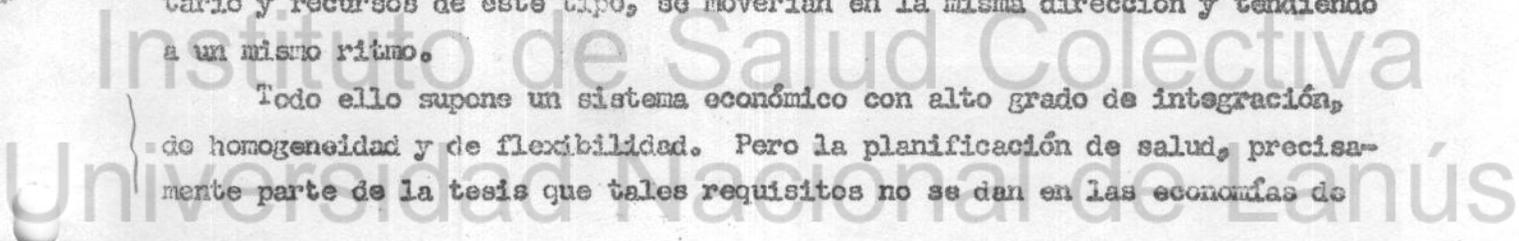
financiamiento
restricción
requisito
operativo?

en los sectores
no públicos

Si

en el Soc.
For Públicos

mercado no
resuelve el
problema de
oferta por
falta de info-
ración, como
generidad y
flexibilidad.



los países subdesarrollados, es decir, que los grados de integración, homogeneidad y flexibilidad de éstas son bajos y, por tanto, se requiere de una acción directa y cuantitativa (en el lenguaje de Chenery y otros) de parte del gobierno.

La trascendencia de aceptar esta premisa no sólo se limita a admitir que se pueden tratar por separado las funciones de abastecimientos y financiamiento monetario, sino que la prestación de servicios de salud, y por ende su estructura y localización, no está en función del sistema de precios ni del poder adquisitivo de los usuarios.

8. Lo anterior implica que la oferta de servicios de salud se hace tanto en su nivel como en su composición técnica, en su localización y en su distribución social, al margen del sistema de precios y de capacidad adquisitiva individual y hasta de las decisiones individuales del usuario. No existe entonces, en términos generales, una relación directa entre la oferta de tales servicios y la captación de fondos monetarios para financiarlos en términos reales. Cuando tal relación se suele dar - como en cierto sentido conviene hacerlo de una manera parcial - ella es casual o por una decisión de política económica. De ahí que haya lugar para que tanto en la teoría como en la práctica los cálculos de demanda y de oferta de servicios de salud no necesariamente requieran del cálculo monetario, y que pueda formularse un plan de metas de servicios de salud sin la complicación inmediata del problema monetario.

Tales planteamientos significan que deba separarse, y por tanto definir con precisión, el área de los servicios de salud que son de responsabilidad del sector público y cuáles quedan en manos del sector privado; y de los primeros, a qué están acondicionados. Esto es así, porque aquello de actuar al margen del mercado de manera permanente y sustantiva, en las economías mixtas contemporáneas, sólo le está permitido al sector público.

Convenida esta definición de áreas - pública y privada - el centro de la planificación de salud será la oferta pública y por ende sus metas, abastecimientos y financiamiento monetario, sin dejar de lado la posibilidad que la autoridad pública corrija, oriente y acondicione este tipo de oferta de

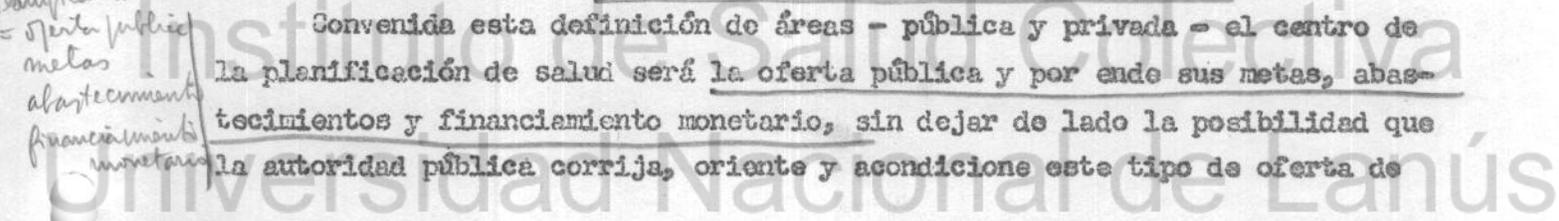
Acción directa y cuantitativa

Prestaciones de salud están fuera del mercado

No hay relación entre oferta de ser y captación de fondos monetarios

Público Privado

Planificación Salud = oferta pública metas abastecimientos financiamiento monetario



servicios privados; esto, si esas metas no consideran el sistema de precios vigente ni la capacidad de ingresos de sus usuarios, dicha planificación, tanto al calcular la demanda como la oferta, deberá hacerlo teniendo claramente definidas las hipótesis sociales que le permitan precisar cuánto, para quién, dónde y en qué circunstancias se ofrecen los servicios públicos.

la precisión de esas hipótesis y las respuestas a estas interrogantes permitirán el cálculo de los recursos reales necesarios.

9. Otra temática es, entonces, el cálculo de los recursos monetarios. Si bien éstos quedan en función de los recursos reales, también son función del nivel y sistema de precios vigentes. Se reconoce, desde ya, que el sistema de precios no puede ser erradicado plenamente del cálculo de oferta; pues, las diferentes alternativas de costos para decidir la estructura de servicios de salud a prestar están en relación de los rendimientos de los recursos físicos y de sus precios en el mercado. De lo que se puede prescindir en una etapa inmediata de la planificación de salud, sin embargo, es plantearse la obtención de fondos monetarios.

El cálculo de los recursos monetarios, al no hacerse en función directa del uso de servicios de salud, exige de otras tantas hipótesis sociales sobre quién, dónde, cuándo, en qué monto y en qué circunstancias concretas deban los individuos o las entidades públicas correspondientes proporcionar dichos recursos a los centros productores de servicios de salud.

Por la complejidad de tal cálculo, cuando se hace a nivel de los individuos o grupos de éstos, y dada la especialización que conviene mantener en la planificación sectorial, parece obvio que aquello no es materia que incumba a la planificación de salud. Lo que sí conviene que ésta aborde - y sólo en ciertos aspectos - es la obtención de fondos de entre las entidades públicas ^{1/} o privadas que se relacionan con el uso de los servicios de salud, cuando ello sea trascendente para la oferta pública de servicios de salud.

10. Además, existen otros motivos propios de política económica para reducir las preocupaciones del financiamiento monetario de salud a un conjunto de

^{1/} En estas notas se consideran entidades públicas las cajas de previsión.

Hipótesis sobre los fondos

Atención fondos públicos cuando sea trascendente para oferta

aspectos bien específicos y, si se quiere, bien delimitados. Las tesis y objetivos sociales que permiten definir tanto el nivel y composición de la oferta de servicios de salud, tiene que ser compatible con las tesis y objetivos que informan la recolección de fondos monetarios.

Si se admite esa relación destinada a dar coherencia a la política económica podría concluirse que precisamente una forma concreta de garantizarse la coherencia de la política social en materia de salud, es tratando en forma conjunta y detallada el cálculo de la oferta de servicios de salud y de su financiamiento monetario. Sin embargo, éste último queda fuertemente vinculado a la política económica operativa de corto plazo, que tiene muchos y más fuertes compromisos con otros de políticas instrumentales con las que resulta más prioritario que tenga coherencia. Esas otras políticas son, por ejemplo, la monetaria, cambiaria de ingresos y gastos públicos, de remuneraciones y precios, etc. De ahí que al tratar de conjunto en la planificación de salud, el cálculo y política de oferta de los servicios de este tipo con las medidas y políticas de financiamiento monetario, si bien se gana en coherencia formal interna en un plan de salud, se tiende a una parcelación nada deseable que completa contra el propio plan de salud y otros sectores de la política instrumental. De esa manera, se obtendría una coherencia parcial, pero a costa de un mayor riesgo de incoherencia a nivel global.

Lo anterior podría inducir, por otra parte, a pensar que en atención a la coherencia global de la política económica instrumental y de objetivos, el financiamiento monetario del sector salud se estimara como una restricción dada para fijar las metas de oferta programada de estos servicios. Se insiste, otra vez, que no conviene aceptar tal criterio categórico. En tal sentido conviene tener presente, por una parte, la situación que ocupa la planificación de salud en el conjunto de la política del gobierno; y por otra, la metodología de planificación y el sistema de decisiones políticas.

11. En efecto, un plan de salud puede ser parte de un conjunto de planes sectoriales que se tiende a coordinar bajo la orientación de un plan global. En tal caso, los objetivos de salud y su financiamiento quedan sujetos a la coherencia y decisiones generales de prioridad de la política y plan globales.

Coherencia
parcial vs
global

Ello no quiere decir que el sector salud no pugne por obtener en ese esquema general una alta prioridad, y por ende lograr las decisiones políticas que le proporcionen los recursos monetarios adecuados a sus metas más altas.

También podría darse la circunstancia que la planificación de salud sea el único intento en el sentido de planificar, o que aún cuando haya otros planes sectoriales, no tienda a existir la centralización de decisiones y de coherencia que supone la situación anterior. En tal caso, sin embargo, no puede suponerse ausencia total de objetivos generales en la política de gobierno; éstos siempre existan, su singularidad - muy trascendente para la planificación de salud - es que la tendencia a la coherencia de la política global es muy débil o de hecho no existe, o se da de manera muy pragmática. Tales características de la política económica, es probable que provoquen una fuerte inestabilidad de las decisiones sobre objetivos e instrumentos, y por ende no haya certeza sobre la prioridad que se conceda al sector salud ni mucho menos a su financiamiento monetario.

He aquí donde surge con más fuerza - porque también en el primer caso se da - el carácter flexible del método de planificación y la definición y evaluación muy específica de los objetivos de un plan. Para dar esa flexibilidad, lo mismo que para mantener la coherencia de la planificación sectorial, está entre otros el método iterativo que ayuda a resolver el problema de coherencia y equilibrio formal de la diversidad de objetivos que competen una masa de recursos limitados en el tiempo, bajo determinados criterios de política instrumental; y que es el medio de reducir la inadecuación de los planes sectoriales ante políticas generales inarmónicas.

12. Ante tales situaciones, la inclinación más inmediata de los diferentes sectores - y entre ellos el de salud - es el de garantizarse fuentes permanentes y seguras de financiamiento monetario. Si bien esa podría - y seguramente lo es - una solución, cuando la política económica no se hace coherente, tiene que llegar un instante que por la inflación, la inestabilidad de las mismas decisiones de política o por la misma expansión de las metas de salud, tales fuentes se reducen en su potencialidad, o entran francamente en crisis. Si durante un tiempo las fuentes fueron eficientes para proporcionar medios

de pago, el problema ha quedado planteado a otro nivel de metas. Este es, tal vez, el mayor aporte al desarrollo del sector salud que este tipo de solución financiera ofrece; no garantiza la ampliación y perfeccionamiento permanente de dicho sector.

13. Los comentarios anteriores inducen a preocuparse, sin duda, además de la metodología de planificación y de la comprensión de la dinámica de las decisiones de política económica respecto de los objetivos como de los instrumentos, de una serie de aspectos muy concretos del financiamiento de salud. Se insiste en el carácter específico y concreto de éstos, por cuanto - como se ha querido demostrar - la temática del conjunto del financiamiento monetario del sector no resulta congruente con la eficiencia que deben tener los planificadores de salud en su función especializada.

14. Para definir las áreas del financiamiento monetario que podrían ser de preocupaciones - o que conviene que lo sean - de la planificación de salud es necesario transformar la temática de financiamiento monetario en una problemática de presupuesto o presupuestaria. El cambio no es meramente semántico; es bastante sustancial, por cuanto el presupuesto público, además de consultar un fondo general de recursos monetarios comprende criterios y formas específicas de asignación de tales recursos que siendo ya decisiones tomadas en el pasado se transforman en restricciones o condicionantes no sólo para la obtención de este tipo de recursos, sino que también en su uso, y por ende trasciende hasta la composición o estructura de los servicios que se programa ofrecer.

Esas restricciones dicen relación a fondos preasignados por leyes u otras disposiciones que deben cumplirse^{1/}. Esas preasignaciones, a veces están dirigidas a cumplir determinados objetivos sin especificación de las instituciones responsables y otras veces se refieren a instituciones sin indicar los objetivos precisos. Hay naturalmente casos en que la restricción es muy precisa en cuanto a objetivos e instituciones.

1/ Ver R. Cibotti: "Planificación del Sector Público".

financiamiento
monetario ≠
eficiencia
planificadores de
salud

presupuesto

Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

15. La temática presupuestaria hace evidente una nueva variable que tiende a hacer más compleja la planificación de salud, pero que no puede prescindirse de ella si se quiere tratar determinados aspectos del financiamiento, puesto que en ella radican las más sustantivas de este efecto. Se trata de las instituciones, que con presupuesto propio o sin él, vienen a conformar el sector público de salud.

La parte del sector público comprometida en la prestación de servicios de salud es compleja en el sentido que está formada por un conjunto de instituciones encargadas de diferentes funciones típicas de la salud. Ello es un motivo más para insistir en la definición del área del sector público que comprende un plan de salud planteada más arriba. Pero este hecho complica el cálculo de metas pues éstas tendrían que hacerse desagregadas entre las instituciones respectivas.

La complicación en el financiamiento monetario que trae la presencia de diversas instituciones encargadas de salud, es que cuentan de hecho - por su misma trayectoria histórica - con una dotación presupuestaria y con una capacidad de negociación para tal efecto.

16. Al plantearse la relación entre el cálculo de metas de la oferta pública de servicios de salud y la temática presupuestaria, los aspectos enunciados de recursos monetarios predeterminados y de instituciones diversas, adquieren formas específicas, por cuanto debe existir una adecuación entre objetivos fijados y disponibilidades monetarias para satisfacer aquellas, lo que no siempre es así.

En efecto, las metas de oferta conducen a una forma de gasto (correspondiente a la función de abastecimiento) que si al decidirse no se ha tomado plenamente en cuenta aquellas restricciones, pudieran no ser viables en términos de disponer de los medios de pago, aún cuando éstos estuviesen disponibles. Esto conduce a plantearse qué objetivos o metas óptimas, o máximas, o más deseables, son posibles dada cierta estructura presupuestaria.

De nuevo se levanta la idea de que si el cálculo de oferta de servicios debe ser prisionero de las rigideces presupuestarias. La primera reacción es decir que no; pero, debe considerarse que tales restricciones obedecen a

Instituciones

metas por instituciones

presupuesto antiguo
históricamente

Rigideces presupuestarias

decisiones de política que alguna razón tienen. Por otra parte, deberá verse en cada caso si tales restricciones son superables o no, y en qué tiempo. Lo ideal para el planificador de objetivos es que no tenga restricciones institucionales; pero éstas existen, y la complejidad de su cálculo precisamente proviene de ellas.

17. En un intento de síntesis, podría anotarse que las preocupaciones específicas acerca del financiamiento monetario de la parte del sector público encargado de salud, dicen relación con las disponibilidades presupuestarias que se ha tenido en el pasado, tanto en su nivel como en su estructura institucional; un inventario de éstas en el presente, enriquecido por un análisis evaluativo de las restricciones vigentes^{1/}, y una proyección de tales fuentes. Además una evaluación histórica del rendimiento, en términos de cuántos recursos reales se movilizaron con dicho financiamiento monetario y de servicios finales que se pudo ofrecer (una especie de rendimiento por unidad monetaria gastada). En el hecho, se trata de un profundo y detallado conocimiento de la mecánica y política presupuestarias.

18. La mayor preocupación que se puede observar respecto al financiamiento monetario, es más bien de carácter global en el sentido de encontrar para un nivel y composición de metas la masa de medios de pago necesaria. Ese tipo de preocupaciones induce a plantearse la búsqueda de fuentes de financiamiento. Pero he aquí donde surgen las complicaciones de política económica anotadas más arriba.

Respecto al planteamiento de reducirse al conocimiento de las fuentes presupuestarias históricas y presentes, y en especial a sus restricciones, no quiere decir que no se deba tener opiniones sobre nuevas fuentes; el mismo estudio que se haga sobre el particular va a inducir a ello. Sin embargo, el asunto es sustancial en el sentido que aquello de nuevas o más fuentes de financiamiento monetario es materia de trascendentes decisiones de política económica; los presupuestos disponibles de salud y su evolución

^{1/} Se insiste en ver a R. Cibotti: "Planificación del Sector Público".

Disponibilidades
presupuestarias
(nivel-institucionales)
Inventario
actual
Análisis
restricciones
Proyección
fuentes
Evaluación
rendimiento

Nuevas
fuentes

probable no pueden ser desconocidos para los planificadores de este sector toda vez que se relacionan con restricciones de objetivos e instituciones impuestas desde fuera del sector en el presente o en el pasado, y que por tanto se tienen que admitir como dato o ver la posibilidad de superarlas para darse mayores grados de libertad.

19. Sin embargo, una fuente de recursos monetarios es materia que puede ser abordada por el planificador de salud, aunque reconociendo que existen niveles de decisiones y de políticas que están por encima del sector. Se trata de los servicios, que dada la posibilidad de individualizar al usuario, pueden dar lugar a cobro de tarifas. Pero además de tener en cuenta aquellos niveles más altos de decisión, deben tenerse presente las tesis sociales con que se hizo el cálculo de la oferta de servicios de salud.

20. Sin lugar a dudas, existe toda una temática - muy atractiva - de la dinámica comparada entre la demanda de servicios de salud y las posibilidades de financiamiento tomado a un nivel global. Para fines de ilustración conviene hacerlo; y para ciertos aspectos generales resulta hasta necesario ensayarlo; sin embargo, es posible dudar que él sea la esencia de la cuestión más conveniente a ser considerada por el planificador de salud.

Esta última apreciación y el argumento anterior están apoyados en la hipótesis que éste es un sector demandador de recursos monetarios, cuya función frente a ellos es su empleo a alto rendimiento y una política de presión para obtenerlo; más que una acción compleja destinada a encontrarlos. Esta es función especializada y muy compleja de otro tipo de autoridades.

21. La temática de gastos de capital, corriente o de otro tipo de clasificaciones, convendrá también abordarla, con el objeto entre otros de descubrir sus rigideces; pero, no tanto desde el punto de vista de su monto sino de su estructura. La escasez de recursos monetarios de origen presupuestario se ve notablemente agravada por las limitaciones que los medios disponibles existentes poseen para su utilización. Observando así el fenómeno del déficit de este tipo de recursos, resulta mayor y más complejo que el reflejado por su monto.