

FINANCIAMIENTO DE SALUD

1. Introducción

Con el propósito de ubicar el tema haremos una apretada síntesis de las relaciones entre las necesidades de salud, los recursos y la organización requerida para movilizarlos.

Las necesidades totales de salud tienen como consecuencia una demanda ^{*}(~~explícita e implícita, que~~) obtiene como respuesta una oferta de servicios, estructurada en cuanto a su cantidad (~~abertura~~) y calidad (eficiencia) según la disponibilidad de factores y de insumos físicos, nacionales o importados, y de la capacidad de presión de distintos grupos sociales. // La existencia de factores e insumos físicos nacionales no garantiza su disponibilidad. Es necesario contar con recursos monetarios o capacidad de compra para movilizarlos hacia la oferta de salud. Los insumos físicos extranjeros requieren ^{además} de capacidad para importar. // La estimación de las disponibilidades financieras globales se hace en el presupuesto económico nacional, del que se desglosa un presupuesto nacional para salud. De éste, sólo la parte fiscal está sujeta a estimaciones precisas y decisiones imperativas. Por último, para poder

✓
3/1/69
M. Testa
M. Testa

calificar de alguna manera la capacidad de presión de los distintos grupos sociales habrá que tomar en consideración el origen de los fondos que alimentan el presupuesto nacional de salud (ver esquema).

Esta síntesis es teórica ya que muy pocos países formulan presupuestos nacionales, económicos o sectoriales. Creemos que el ejercicio es conveniente y desde ya lo proponemos como tal.

En el esquema es posible advertir tres áreas principales: la que abarca necesidades, demanda, oferta y disponibilidades, la de cobertura, capacidad de presión y origen de los fondos y la que contiene todo el resto. La primera de las tres áreas señaladas es principalmente la de la planificación, la segunda corresponde básicamente a la política y la tercera al financiamiento. Esta separación es completamente artificial y esquemática, ya que desde cualquiera de los tres ángulos es necesario y pertinente examinar todo el esquema, pero se hace aquí para poder precisar el sentido con que se enfocará el estudio del financiamiento del sector salud.

Ese sentido está dado por la forma en que el "área principal de financiamiento" se relaciona con las otras dos. Con el área de política lo hace a través de la conexión que existe entre el presupuesto nacional de salud y el origen de los fondos presupuestados. Debe entenderse que se trata del origen "social", esto es, de grupos sociales con intereses coherentes, económicos o de clase, que se expresan a través de grupos de presión.

?

se explica
mejor

Mediante esta relación se estudiará el sentido político del financiamiento del sector salud. Con el área de planificación la conexión se establece a través de la movilización de factores, insumos y capital (o financiamiento real) para que estén disponibles en el sector.

Por tratarse de una categoría crítica para el proceso de planificación, el financiamiento real, que se identifica con la función de abastecimiento ⁽¹⁾ (~~ver E. Sierra "Comentarios acerca del financiamiento del sector salud"~~), cae dentro del área de planificación, es decir, un plan debe contener previsiones acerca de la existencia de factores, insumos y capital, de la capacidad para generarlos, de su localización y de las formas de adquisición.

La capacidad de compra, la capacidad de importación, los presupuestos fiscal y nacional de salud, forman la temática específica del financiamiento del sector. Su relación con la planificación permite estudiar la organización institucional, el mecanismo de asignación de recursos, las posibilidades futuras y evaluar el rendimiento en términos de recursos movilizados y servicios ofrecidos.

El esquema ofrecido es necesariamente incompleto y provisorio. Sólo el estudio de situaciones reales permitirá completarlo adecuadamente. En lo que sigue se ofrece una proposición para el diseño de investigaciones y una interpretación tentativa de la situación en nuestros países.

(1) E. Sierra. "Comentarios acerca del financiamiento del Sector Salud", comunicación personal, febrero 1969

2. Financiamiento y política

Entendemos aquí por política el mecanismo mediante y a través del cual se distribuye el producto social. Como se trata de un problema de distribución interesa conocer cuáles son los principales grupos sociales que dominan ese mecanismo. Ahora bien, como el financiamiento de un sector cualquiera, pero especialmente de un sector social, es el principal instrumento político del mismo, conviene examinar detenidamente el origen de los fondos del sector salud, su destino y uso y las vías de canalización. Para ello conviene comenzar con el examen de la forma en que el sector se encuentra organizado, en términos de las instituciones que lo conforman, ya que es a través del examen de esas instituciones como podremos identificar los tres elementos (origen, destino y canalización) que nos van a permitir una primera aproximación al diagnóstico del financiamiento de todo el sector, incluido su significado político.

El esquema de organización que se propone a continuación debe interpretarse sólo como un marco de referencia para el análisis, reconociendo desde ya que la dispersión de la importancia que cada subsector adquiere en distintos países es muy grande, llegando en algunos casos a situaciones extremas de "socialización" o "privatización". La tendencia clara e innegable, no sólo en América Latina, sino en el resto del mundo, es hacia el primer extremo, con mayor o menor aceleración. Junto con la descripción intentaremos una interpretación de este fenómeno.

directo e indirectamente? con la oferta de servicios de

En lo que sigue reservamos el nombre de sector salud al conjunto de organismos, agencias, instituciones, etc., que realizan acciones que tienen que ver con salud. Subsector es la primera división de ese sector, que agrupa organismos que operan bajo un mismo régimen, o similar. Institución, agencia u organismo son los entes que operan bajo una administración local.

2.1 Organización del sector

2.1.1 Del lado de la oferta

El sector salud, del lado de la oferta, se encuentra en nuestros países generalmente constituido por tres subsectores principales: público, privado y seguro social. Las áreas que cubren estos subsectores difieren. El subsector público se ocupa de todos los problemas de salud, en general a través de agencias o departamentos especializados; el privado se ocupa únicamente de atención médica en tanto el seguro, además de atención médica, cubre a veces otras áreas que no se relacionan directamente con salud.

Además, cada subsector está dividido en diversos tipos de agencias u organizaciones, que en el subsector privado pueden caracterizarse como organizado (sanatorios) y liberal (consultorios) y en el seguro como obligatorio y voluntario.

Esta organización implica superposiciones del subsector público dentro y fuera del sector salud, en el sentido de áreas de competencia cubiertas por distintas agencias. Fuera del sector la superposición se hace principalmente en el área de gastos de capital (construcciones en

general, formación de recursos humanos, investigaciones) pero también en la de gastos corrientes (operación de sistemas de abastecimiento de agua y alcantarillado). Dentro del sector la superposición fundamental es en la atención médica. Esta descripción no es, por supuesto, completa, ya que un grupo de médicos ^{que} (construyendo un sanatorio privado es un caso no considerado antes, lo mismo que el seguro ocupándose de ^{que el} problemas de desempleo o de subvenciones por inopacidad, etc. ✓

2.1.2 Del lado de la DEMANDA - ✓

Además de esta superposición del lado de la oferta, existe una superposición del lado de la demanda. Toda la población puede acudir al subsector público o al privado en busca de atención médica. Parte de la población puede además buscar atención mediante el seguro. Los elementos que van a determinar que una persona acuda a uno u otro de los servicios, dada su propensión a hacerlo, dependerán de la existencia del servicio en la región, de la elegibilidad para acudir a ese servicio, de la posibilidad financiera de utilizarlo y de la eficiencia del mismo.

2.1.2.1 ~~La~~ Eficiencia

La eficiencia depende básicamente del rendimiento de los servicios individuales y del sistema de organización del subsector. El sistema tiene dos puntos críticos que son el aprovisionamiento de materiales y el procedimiento de referencia.

El subsector público está organizado en torno a un sistema de hospitales de distinta categoría: centrales, regionales, periféricos, etc., en el cual un procedimiento de referencia permite cubrir todas las posibilidades de atención, desde el caso más simple hasta el más complicado,

incluyendo centros de atención especializada, de recuperación, etc. La potencia de esta organización se encuentra, precisamente, en su funcionamiento como sistema, ya que ello permite la utilización óptima de los recursos más caros y especializados que existen para la atención de la salud de la población. El aprovisionamiento de materiales en forma oportuna es un problema en parte administrativo y en parte de provisión de fondos según el flujo necesario. El rendimiento de los servicios individuales, por último, debe estudiarse en cada caso mediante investigaciones operativas que deben ser de resorte del administrador local, pudiéndose comenzar por el expediente sencillo del establecimiento de normas en base a experiencias propias o ajenas.

El subsector privado, a través de una aparente falta de organización, funciona como un sistema en el que, sin una administración común, se alcanza algo así como un mecanismo de referencia adecuado en el que los centros más periféricos son los consultorios médicos privados y luego existe toda una red de establecimientos organizados que llegan hasta los más altos niveles de especialización. Hay que destacar aquí que el buen funcionamiento en términos del sistema, se logra con un bajo rendimiento, lo cual incide naturalmente sobre el costo. El aprovisionamiento tampoco se hace de acuerdo a normas modernas de administración con las mismas consecuencias que en el caso anterior. Podría decirse, en general, que el subsector privado presta un servicio bueno, pero caro.

La eficiencia del seguro obligatorio presenta su máximo cuello de botella en su capacidad instalada. Por su organización legal tiene obligaciones de cobertura en todo el territorio nacional sin (generalmente) la capacidad física para abastecerla. En consecuencia no puede formar el sistema regional (en cuanto a área geográfica) ni de referencia que requiere un servicio eficiente, lo cual trata de solucionarlo contratando el uso de capacidad en los otros subsectores. No es extraño observar en un mismo edificio hospitalario, los dos sistemas trabajando lado a lado, con diferentes esquemas en cuanto a rendimientos y aprovisionamientos lo que no hace sino reflejar la diferente capacidad financiera de los subsectores.

El caso del seguro voluntario es similar al del conjunto del subsector privado ya que utiliza los mismos elementos: consultorios y sanatorios privados. Sin embargo, aquí se han introducido ya elementos de rigidez. Es un ejemplo claro de cómo la formalización de una situación funcionalmente eficiente puede disminuir la eficiencia de esa situación. Lo que ocurre es que si en la situación del médico privado éste puede referir al paciente a la clínica más conveniente, ahora se encuentra limitado en su elección a aquellas instituciones (a veces una sola) que forman parte de "su" organización. De manera que una de las mayores ventajas del subsector privado (el sistema de atención médica) se deteriora al transformarse en seguro voluntario.

2.1.2.2 ~~#~~ Precio

La posibilidad financiera de utilizar un servicio depende del precio del mismo y de la capacidad económica del demandante. El precio, a su vez, es función del costo y de la medida en que ese costo se traslada al precio. La tendencia histórica de los costos es creciente, debido a los cambios producidos en la función de producción de la atención médica. Esa tecnología tiene el aspecto de ir aumentando sus niveles de complejidad, de hacerse más sofisticada a medida que pasa el tiempo, tiende más hacia el uso de la computadora que del estetoscopio, lo cual hace presumir que los costos van a ser cada vez mayores, por lo menos en el mediano plazo. ¿Cómo se traslada el costo al precio?

En el subsector público, en la mayoría de los casos, nada del costo se traslada al precio, y aun en aquellos casos en que algo ~~no~~ se cobra, está muy por debajo del costo de la prestación. // En el subsector privado todo el costo, incluido el beneficio privado, se traslada al precio, que es pagado por el usuario directo del servicio. Esta autosuficiencia es muchas veces aparente. Con frecuencia el subsector público subsidia involuntariamente al privado a través del desplazamiento de clientes, el uso de instalaciones y equipos públicos en función privada, etc. // En el seguro, en muchos casos más del costo total se traslada al precio, pero éste no es pagado por el usuario directo sino que se distribuye entre todo el grupo elegible como demandante, de manera que el usuario paga sólo una parte del costo. Cuando se trata del seguro obligatorio intervienen además los empresarios y el Estado que ocasionalmente aportan parte del financiamiento de la institución.

La capacidad económica del demandante individual está en relación ^{con un} con el nivel y la distribución del ingreso. ^{en el país.} Puede afirmarse que el ^{impulso} incremento de los costos de atención superan en nuestros países al crecimiento del ingreso. ^{nacimiento.} En cuanto a la distribución no ha habido cambios notables, y aun cuando los hubiera (en sentido progresivo) es difícil que los grupos que se favorecieran pudieran superar el umbral del precio de los servicios, dada la elasticidad ingreso de la atención médica.

2.1.2.3 ~~El~~ Elegibilidad

La elegibilidad se refiere en especial al subsector del seguro y depende de la organización legal que se haya dado a éste en el sentido de cubrir o no a los familiares del asegurado, tanto en el tipo obligatorio como voluntario.

2.1.2.4 Distribución geográfica de servicios

La existencia de servicios en una región geográfica cualquiera es determinada por criterios diferentes en cada subsector. En el privado es un problema de localización y dimensionamiento guiado por el criterio de beneficio. En el seguro predomina la existencia en el lugar, de clientela elegible. En el subsector público el criterio predominante es el de cobertura, bajo la restricción de la formación de un sistema tal como se ha descrito antes.

2.1.3 Otras formas organizativas

Estos elementos que hemos descrito no agotan la organización del sector. Existe un amplio segmento de población que por alguna razón (económica, social, cultural o geográfica) no accede a los servicios de salud. Esos sectores o quedan fuera del sistema, o participan en él a

través de subsectores vicariantes como el curanderismo u otras formas de medicina "popular". En algunas circunstancias extremas estas formas organizativas pueden adquirir cierta relevancia, siempre que se las supervise de manera eficiente.

2.2 Subsectores y presupuestos

Dada una organización del sector, una política se concreta de diversas maneras. Una de ellas, de gran importancia en el subsector público, es la proposición presupuestaria fiscal. En condiciones ideales este presupuesto fiscal para el subsector público de salud, debería ser la parte fiscal de un presupuesto nacional de salud que incluyera todos los subsectores de salud. La tarea de preparación de dicho presupuesto nacional de salud, así como la estimación del presupuesto económico nacional, corresponde a los organismos de planificación.^{1/}

2.2.1 Presupuesto

En lo que corresponde al presupuesto fiscal el primer aspecto que se debe examinar es el de los recursos ya comprometidos, que introducen una rigidez que puede ser considerable cuando se intenta cambiar la política del subsector público. Esta rigidez financiera, expresada a través del presupuesto, es de un triple carácter: compromiso de financiar inversiones (en proyecto o en ejecución), compromiso de financiar gastos de operación, compromiso legal de destinar fondos a ciertos propósitos (afectación específica de impuestos, por ejemplo).^{2/}

^{1/} Ver R. Cibotti "Un enfoque de la planificación del sector público", ILPES, mimeo, agosto 1968, Capítulo II # 6.

^{2/} Para este análisis ver R. Cibotti, op.cit., capítulo III, #s 2, 3 y 4.

Estos no son, por cierto, los únicos factores de rigidez que dificultan la introducción de cambios en la política de salud. Algunos de ellos de carácter técnico se examinan más adelante.

No es suficiente realizar el análisis presupuestario al nivel del subsector. Esto sólo puede poner de manifiesto algunos de los factores limitantes, además de no poder hacerse para el subsector privado. En el semipúblico la situación es más favorable, ya que contando con aportes fiscales debe, en general, establecer previsiones presupuestarias. Lo que sí es necesario realizar a este nivel, es el examen de las implicaciones políticas contenidas en el origen de los fondos subsectoriales, su destino o asignación por sectores sociales, y el mecanismo de canalización o poder efectivo que decide sobre su utilización.

2.2.1.1 *Contenido social del presupuesto*

Este examen a nivel del subsector quiere decir hacer una "interpretación social" del contenido de los presupuestos cuando estos existen, o de las estimaciones de gastos cuando no es así, es decir, analizar el financiamiento de la salud en su doble impacto sobre la distribución del ingreso y la distribución del poder.

El análisis social del financiamiento es imprescindible para la planificación si se quiere aumentar la factibilidad de las proposiciones de cambio. No lo es cuando conciente o inconcientemente se quiere mantener el "statu quo". Esto es, la falta de este examen puede condicionar el fracaso de una proposición de cambio.

De nuevo, es insuficiente la elaboración subsectorial, ya que las políticas se ejecutan al nivel de las instituciones. En lo que sigue sólo se hace un intento de interpretación teórica nada más que con la intención de ejemplificar las ideas avanzadas hasta aquí.

2.2.1.2. *Fuente de fondos*

Para estudiar el efecto distributivo de la proposición presupuestaria nacional hay que identificar las fuentes "sociales" de fondos y sus usuarios. Entendemos por fuentes "sociales" los grupos socioeconómicos que son el origen principal de donde proviene el dinero que se gasta en salud. Es evidente que no se puede seguir la pista de cada peso que se gasta, pero tampoco hace falta para nuestro propósito.

Intentar poner en claro estos problemas implica una operativa de análisis que no difiere básicamente de los análisis financieros habituales.

2.2.1.3 *Cavalización de fondos*

En lo que respecta a la distribución del poder, lo que interesa en primer lugar es quien decide el gasto, esto es, el canal de distribución entre la fuente y el uso de fondos. Por supuesto que éste no es el único elemento que decide el poder, pero es indudable que es uno de sus elementos más importantes. De nuevo, aquí es necesario distinguir entre la institución que gasta y el grupo social que esa institución representa.

Veamos ahora un cuadro teórico de cómo aparecen en nuestros países estos diversos elementos.

2.2.1.4 *El subsector público*

En el subsector público los fondos provienen de los ingresos que se recaudan a través del mecanismo impositivo. Este mecanismo, en general,

grava la renta de los grupos sociales de ingresos medios o altos o al comercio exterior, realizado por esos mismos grupos sociales. La canalización de fondos se hace, como es obvio, a través del Estado, central o local. Los destinatarios de estos gastos son los grupos menos favorecidos económicamente porque los servicios son más accesibles geográfica y económicamente, tal como se ha señalado antes. En consecuencia, al asignar fondos "abundantes" en el presupuesto "fiscal" a este subsector significa ejercer un efecto redistributivo hacia abajo del ingreso. Es posible que este efecto sea resistido por dos razones. Una proviene de la población que paga y que en general trata de defender las diferencias alcanzadas utilizando para ello los grupos de presión que tienen acceso a los núcleos de decisión política, o a través de esos mismos políticos que son, en nuestros países, representantes de la clase media o alta; otra es propia del mecanismo ^{de} canalización que no desea ceder fondos para gastos no reproductivos, como en general son considerados los que se destinan a la atención médica de la población. Este último efecto puede verse atenuado por la necesidad política de ganar apoyo popular, aunque en este sentido es más efectivo la construcción de obras nuevas que la dotación de recursos para mejorar la organización. Como consecuencia de esto, la máxima ventaja que presenta el subsector público se ve dificultada por el subfinanciamiento que desarticula a la vez el mecanismo de provisión de insumos y el de referencias. El "sistema" que debería formar el subsector público para la atención médica se ve transformado en "islas" que hacen lo posible, desde

¿y los médicos?

su deficiente organización y administración, por atender (aunque el término correcto en algunos casos sería "sacarse de encima") una demanda mal orientada por un mecanismo de referencia que no funciona. Afirmar que un mejor financiamiento solucionaría este problema es decir demasiado, pero no lo es así si se determina claramente que el objeto del mayor gasto es para propósitos definidos de organización y administración del sistema.

2.2.1.5 *El subsector privado*

El subsector privado es lo que los economistas llamarían un "mercado" clásico en el que se cumplen las leyes de la oferta y la demanda en cuanto a fijación de precios, uso y asignación de recursos, financiamiento, etc. El grupo social que demanda ^{atención} esto es, al cual van destinadas las prestaciones, paga el costo total de la misma, en consecuencia no hay contradicciones entre la "fuente" social y el destinatario del servicio. El grupo que controla el flujo de los fondos es el mismo que da el servicio, de manera que tampoco por este lado surge ninguna contradicción de tipo "político". // En este subsector las dificultades son las que surgen de un mercado "estrecho", tal como se señaló en la primera parte de este trabajo. El otro problema que puede surgir aquí es el del financiamiento en sentido estricto, es decir, el del funcionamiento del mercado de dinero, en el que no podemos ni queremos entrar, pero cuyo manejo puede ser el instrumento de orientación para la política de oferta de este subsector. En otras palabras, el crédito barato o caro para el subsector privado puede estimular o frenar su desarrollo.

2.2.1.6 *El subsector semipúblico*

El seguro, o mejor dicho los seguros, participan de características híbridas entre públicas y privadas. Por lo mismo aquí es muy importante identificar con claridad el mecanismo de canalización de fondos. El seguro social obligatorio, que por sus características puede ser considerado como semipúblico, tiene una triple fuente de fondos: el Estado, los empresarios y los trabajadores. En este sentido el seguro obligatorio es lo que más se parece a considerar la salud como un insumo de la producción. El grupo social destinatario de la prestación son los trabajadores asegurados y sus familias. El manejo de los fondos lo hacen instituciones semiautónomas que no representan un grupo social definido pero que se encuentran en posición de decidir el uso de fondos de considerable magnitud. En muchos casos la decisión es transformar el seguro en un intermediario financiero que compite ventajosamente con otras instituciones destinadas a ese fin. Es en este subsector donde los medios laborales organizados pueden ejercer su máxima influencia, tanto como demandantes de servicios cuanto en la participación de la organización de los mismos a través de la asignación de fondos.

El seguro voluntario es una salida de compromiso (en ese sentido hablamos de híbrido) a la que se ve llevado el subsector privado. Sus fuentes sociales y sus destinatarios son los mismos que en éste, el mecanismo de canalización no es otra forma que crear un intermediario financiero que actúa sólo en el campo restringido de la atención médica privada.

Por supuesto que ese mecanismo se encuentra en las mismas manos privadas que otorgan el servicio.

2.2.2 Problemas de los subsectores

Los problemas que generalmente surgen en cada subsector, y la causa de esos problemas, difieren para cada uno de ellos. El subsector público presenta un desfinanciamiento crónico generado, en primer lugar, porque la proveniencia de los fondos que se le asignan tiene un origen "social" distinto al de su cobertura; en segundo lugar sucede que la salud tiene una baja prioridad en la asignación de fondos por parte del Estado. Esta proposición tiene una relación bastante directa con la primera.

El subsector privado no tiene los inconvenientes del anterior, pero sí el de una perspectiva que evoluciona hacia una estrechez cada vez mayor de la demanda, debido a los cambios tecnológicos que se están produciendo dentro del sector. En el mejor de los casos, este subsector está condenado a una actividad elitesca si no encuentra nuevas formas de organización. Esas nuevas formas van tomando, en apariencia, el aspecto de los diversos seguros voluntarios. El cambio es significativo ya que en el esquema privado no hay diferencia entre fuente social de financiamiento y cobertura, son conjuntos que se corresponden elemento a elemento. Esto no es así en el seguro voluntario ya que no toda la población que paga demanda un servicio; pero ésta es una situación cultural que puede cambiar rápidamente, poniendo a los seguros voluntarios frente a una situación conflictiva nuevamente, del tipo de capacidad insuficiente para cubrir la demanda real.

*Depende de
en función y
de la capacidad
de pago al
seguro voluntario*

El seguro obligatorio presenta diferencias más sutiles entre fuente y cobertura, ya que los fondos que el Estado asigna a este subsector no provienen del mismo grupo social que cubre, pero no es probable que esto se transforme en fuente de conflicto por lo mismo que el trabajador es un insumo de la producción. En cambio la principal fuente de conflicto surge aquí acerca del grupo social canalizador de los fondos. Los grupos interesados son por lo menos cuatro: el Estado, los trabajadores organizados (trabajadores en sentido amplio, profesionales incluidos), los profesionales de la salud, otros grupos de presión política (por ejemplo los representantes de intermediarios financieros, partidos políticos, etc.).

El financiamiento, o presupuesto nacional, que se proponga para el sector salud, tiene importancia capital para el alivio o la agravación de los problemas señalados. Insistimos que el financiamiento propuesto incluye un presupuesto "fiscal", con implicaciones directas para el subsector público, y un presupuesto "nacional" (fiscal incluido) con implicaciones directas sobre el seguro obligatorio a través de la participación del Estado en su financiamiento, también directas sobre el subsector privado a través de la proposición de subsidios, e indirectas mediante el facilitamiento del mecanismo crediticio.

3. Financiamiento y planificación

Hablar de financiamiento y planificación es un poco como mirar las dos caras de una misma moneda. Con la planificación se está tratando el problema desde el aspecto real de la disponibilidad de factores e insumos físicos, en tanto el financiamiento trata más específicamente el lado monetario o de capacidad de compra del sector salud.

Aquí vamos a apartarnos del contenido tradicional del financiamiento tal como lo conocen los economistas, ya que entendemos que no debe ser preocupación específica del sector salud el cálculo de los recursos monetarios de que puede disponer. Esta afirmación parte de la hipótesis de que el sector salud, que no tiene una importancia relativa alta en

el conjunto de la actividad económica, es altamente especializado en su función técnica y demandador de recursos monetarios, siendo su función frente a éstos el empleo de los mismos a alto rendimiento y una política de presión para obtenerlos. (1)

El resultado de estas consideraciones es que no existe una coherencia total entre la temática de conjunto del financiamiento monetario del sector y la eficiencia que deben tener los planificadores de salud en su función especializada.

La planificación de salud intenta satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la mejor manera posible, tomando en cuenta algunas restricciones impuestas por la demanda de servicios. Para ello produce alternativas de asignación de recursos disponibles: factores,

(1) E. Siena. Op. cit.

insumos y capital, además de ordenar las actividades que se están realizando mediante la implantación de normas de operación en el subsector público.

La asignación de recursos disponibles es específicamente el problema del financiamiento en sentido estricto, pero existiendo la alternativa del incremento de oferta a través del mejor rendimiento de los servicios, es natural examinar esta posibilidad en primer lugar.

El rendimiento es una característica altamente específica definida a nivel de establecimientos individuales que prestan servicios, por lo tanto debe ser examinada en cada uno de ellos para poder evaluar con exactitud la posibilidad de su mejoramiento. Todo este análisis se hace, para los establecimientos que pertenecen al subsector público, en la etapa diagnóstica de la planificación, y se proponen los cambios aconsejables por las normas, con una cronología para su adopción completa. Sería ideal obtener la misma información para los otros subsectores, pero ello no es siempre posible.

Considerando además que para la asignación de recursos va a ser necesario examinar la capacidad operativa de las distintas agencias o formas organizativas que constituyen cada subsector, es conveniente comenzar con el análisis institucional del sector. Este análisis también se realiza en la etapa diagnóstica de la planificación, incluyendo todos los subsectores, con el propósito de delimitar el campo de la planificación.

5/60?

En consecuencia, todos los elementos necesarios para la consideración de instituciones y rendimientos ya han sido recogidos y analizados en las etapas diagnóstica y de planificación, queda sólo por evaluar la capacidad operativa de las instituciones.

3.1 Capacidad operativa ^{1/}

Este examen es imprescindible, ya que la asignación de mayores fondos a una institución depende, para que sea eficiente, de la capacidad para gastarlos.

Resumiendo las nociones presentadas ~~por~~ Cibotti en el trabajo citado, reiteramos que los procedimientos de medición incluyen el examen de series ~~de gastos~~ ^{de gastos} y realizado en las áreas de gasto corriente y de capital y en su composición, relacionándolos a un patrón o norma de eficiencia, ya considerada en el examen del rendimiento.

Algunas precauciones son necesarias, tal como tomar en cuenta los incrementos de precios de distintos tipos de bienes, ya que utilizar un mismo deflactor para salarios, insumos, equipos y construcciones puede distorsionar por completo la imagen producida por la composición del gasto.

Por otra parte conviene examinar los problemas de capacidad operativa intrínsecos a la institución, y los que se encuentran fuera de su dominio. Para ello se sugiere examinar separadamente tres áreas principales: el personal especializado, los insumos críticos, la capacidad administrativa.

^{1/} Para una discusión más amplia véase R. Cibotti, op.cit. Capítulo III # 5, 6, 7 y 8.

3.1.1 Recursos humanos

El primero de estos tres componentes es de una importancia tan crítica que ha dado origen a una tendencia en la planificación de salud como es enfocarla a través del estudio de los recursos humanos.^{1/} En este terreno es más necesario que en ningún otro el estudio por instituciones locales, ya que ni siquiera la disponibilidad en el país asegura la obtención local del recurso humano, que por sus especiales características sociales es, en salud, de escasa movilidad interna (no interzonal). Esta afirmación está avalada por los datos de concentración de médicos, enfermeras y otros profesionales en áreas urbanas grandes, y puede ser el principal cuello de botella que deba enfrentar una política de recursos humanos. Quiere decir que los principales elementos a examinar respecto al personal son su disponibilidad global, medida por su existencia y la capacidad de formación de los establecimientos educacionales o extraeducacionales, y la movilidad, medida en parte por la concentración. Existe un tercer aspecto a considerar y es la disputa interinstituciones para ocupar este recurso. El estudio de los salarios puede ser un dato valioso para ayudar en la correcta interpretación y manejo de este problema. Es fácil advertir cuál es el área de soluciones posibles del sector salud, a través de instrumentos financieros o de otro tipo y cual requiere de la colaboración de otros sectores, en especial, el de educación.

3.1.2. Insumos críticos

El problema de los insumos críticos reside totalmente fuera del sector salud, salvo que se considere dentro de éste a empresas productoras de tales bienes (drogas, fármacos, materiales de uso médico, instrumental, equipos, etc.).

^{1/} Este enfoque es parcial e insuficiente, ya que requiere de un diagnóstico previo de todos los elementos comprometidos.

Aquí, lo que debe señalarse es la forma de su aprovisionamiento, la fuente nacional o extranjera, el gasto y el tipo de moneda implicado. Esto es parte de lo que Sierra llama "función de abastecimiento".^{1/} Debe plantearse así aun cuando las empresas productoras sean del sector, sólo que en este caso habría que incluir en el plan de inversiones de salud la ampliación de la capacidad de las empresas productoras cuando ésta sea requerida.

3.1.3 Capacidad Administrativa

El tercer componente que hemos mencionado es la capacidad administrativa que puede examinarse a través de un doble procedimiento. En primer lugar conviene evaluar el desarrollo de las funciones administrativas, incluidos los aspectos legales y organizativos, sobre todo con el propósito de identificar los posibles elementos de rigidez contenidos en los organogramas, flujos y disposiciones legales de todo tipo. El segundo procedimiento corresponde principalmente a la formulación de planes subsecuentes a la puesta en marcha del proceso de planificación. Consiste en examinar el rendimiento de una institución en condiciones normalizadas en cuanto a personal e insumos y siempre que no haya escasez de demanda. Un bajo rendimiento en estas condiciones apunta a deficiencias administrativas, que pueden ser rápidamente localizadas con el análisis de funciones que siempre tiene que ser realizado. La utilización de técnicas modernas de administración para el diseño de operaciones puede ayudar mucho, por comparación con la operación en funcionamiento. Nos referimos a los conocidos PERT, etc.

Op. cit.

^{1/} E. Sierra "Comentarios acerca del financiamiento del sector salud", febrero 1969, comunicación personal.

~~1~~
* intercalan en página 1

que se ejerce en un triple sentido: económico, político de ~~la~~ atención. La primera, demanda económica, es ^{individual} ~~esta~~ está respaldada por una capacidad de pago y se dirige a un mercado ~~de oferta~~ que dispone de una ~~oferta~~ capacidad de oferta. La segunda, demanda política, es colectiva, caracterizada por adquirir una cierta tensión que obliga la movilización de agentes que la aprezan y canalizan, y exige una decisión que se transforma en una negativa a proveer los ~~servicios~~ satisfacción de la necesidad originaria, o en una demanda económica al fondo de recursos ~~del país~~ con que el país puede contar, para proveer los servicios requeridos. El tercer tipo, demanda de atención, es individual y no está respaldada por una capacidad (o voluntad) de pago; está dirigida a los servicios existentes y ~~puede~~ cuando no se la satisface puede constituir el comienzo de una demanda política.

Esta triple demanda