

LA PLANIFICACION GLOBAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA¹

Dr. José Duarte de Araújo²

El autor examina la planificación de los servicios de salud y su evolución en los Estados Unidos de América; explica las actitudes que probablemente afectarán esta planificación en el futuro, y explora sus relaciones con el proceso político. También da cuenta de sus observaciones y opiniones muy personales sobre el funcionamiento del Consejo de Planificación Global de los Servicios de Salud en la zona de la Bahía de San Francisco, California.

Introducción

La política de la salud (particularmente la que se refiere a la planificación), abandonada por largo tiempo (15), se ha convertido ahora en un tema favorito de los especialistas en ciencia política. Es por esto que en los últimos cinco años, numerosos aspectos importantes de la planificación en materia de salud han sido objeto de detenido análisis. Este creciente interés puede considerarse, por lo menos en parte, como una consecuencia de la institucionalización de la planificación global de los servicios de salud en los Estados Unidos de América (12, 14).

Si bien, normalmente, las opiniones difieren en muchos aspectos, cabe esperar por lo menos el reconocimiento unánime de que "el éxito de la planificación depende en considerable medida, de la capacidad del planificador para comprender y saber aprovechar el proceso político" (18). Por un lado, según Mott (19), "la aceptación de la política como parte del sector salud nos permite reconocer más fácilmente nuestras relaciones con otros situados en distintas perspectivas y, de esta manera, aumentar

nuestra eficacia para alcanzar lo que pretendemos". Por otro lado, según Kaufman (18), si los planificadores de salud siguen manteniendo la consigna de que "nuestra especialidad no se mezcle en la política y que la política no se mezcle en nuestra especialidad", se encontrarán con que "ciertos grupos ajenos a la especialidad, políticamente muy sutiles, quieren hacer valer nuevos derechos y proclamar nuevas aspiraciones con respecto a los servicios de salud pública. Si . . . los planificadores de salud no muestran el mismo refinamiento en el proceso político que sus competidores, pronto hallarán que otros les han ganado el terreno".

Para que la planificación en el campo de la salud desempeñe una importante función innovadora en la labor de forjar el futuro de la atención de la salud en cualquier país, es indispensable que tanto los estudiantes como los profesionales de esa disciplina estén dispuestos a dedicar suficiente tiempo para conocer mejor los instrumentos políticos del poder y de la influencia, y la manera de utilizarlos. De aquí el interés en explorar más detenidamente el tema mediante la indagación de varios aspectos de política de la planificación en materia de salud, tales como la perspectiva histórica y estructura orgánica de la planificación de los servicios de salud en los Estados Unidos, así como el ambiente

¹ Trabajo preparado durante los estudios realizados en la Universidad de California, en Berkeley, mediante una beca de la Organización Mundial de la Salud. Las ideas expresadas son las del propio autor y no representan las de la organización patrocinadora. Este artículo aparece también en inglés en el *Bulletin of the Pan American Health Organization* 8(3):249-257, 1974.

² Jefe del Departamento de Medicina Preventiva, Facultad de Medicina de la Universidad de Bahía, Brasil.

actual de la planificación y los efectos de aquel sobre el proceso de esta.

Con objeto de estudiar estas cuestiones se tuvo como base los elementos siguientes: 1) publicaciones pertinentes; 2) ciertos documentos básicos preparados por organismos de planificación de servicios de salud del Estado de California (3, 5, 23, 24); 3) observación directa del funcionamiento del Organismo de Planificación Global de los Servicios de Salud del Area de la Bahía en San Francisco, California, inclusive la asistencia a reuniones del Grupo de Trabajo sobre la Organización de Servicios Personales de Salud y la participación activa en las tareas de su comité de finanzas durante diez semanas, y 4) entrevistas con directores ejecutivos de organismos de condado del Area de la Bahía, dedicados a la planificación global de servicios de salud, y también con miembros y funcionarios del Consejo de Planificación Global de los Servicios de Salud para el Area de la Bahía.

La perspectiva histórica

Arnold y Welsh (2) advierten claramente que "el concepto de planificación se opone a ciertos valores muy arraigados de la sociedad [americana]", como la exaltación del individualismo, el deseo de autonomía y régimen local y el temor a un autoritarismo absoluto y absorbente. Además, en los E.U.A. se ha ido infiltrando la idea de que la planificación gubernamental comenzó en la Unión Soviética, de suerte que muchas personas asocian el propio concepto de planificación con un gobierno socialista; es más, han llegado a considerarse sinónimos los términos planificación y socialismo.

Sin embargo, pese a estas actitudes, oportunamente llegó el momento en que los dirigentes y ciudadanos estadounidenses aceptaron la idea de las actividades de planificación patrocinadas, por lo menos en parte, por el Gobierno, y el Congreso aprobó un programa institucionalizado de

planificación nacional en el campo de la salud (12, 14).

Ahora bien, la planificación de servicios de salud dentro de instituciones filantrópicas privadas se remonta a principios de siglo, con las actividades de la Asociación Nacional Antituberculosa y sus planes para combatir la enfermedad en escala nacional (25). Otros grupos particulares, como la Sociedad contra el Cáncer, la Fundación Nacional contra la Parálisis Infantil, etc., iniciaron una labor análoga de planificación orientada hacia determinadas enfermedades que, con el tiempo, condujo a una acción más armónica del Consejo Nacional de Salud.

La primera ley en los E.U.A. relacionada con una planificación promovida o apoyada por el gobierno en materia de salud fue la de Hill-Burton, de 1946 (26). Creada esencialmente para proporcionar fondos federales a los estados para la construcción de hospitales, esta ley disponía también que cada estado estableciera un Consejo Nacional de Planificación de Hospitales que se encargaría de determinar las necesidades relativas a la construcción de esas instituciones. Pero esta medida distaba todavía mucho de la planificación global de servicios de salud. Sin embargo, constituyó un paso más hacia la aceptabilidad política del concepto de consejo estatal de planificación.

La labor de la Comisión Presidencial sobre las Necesidades de Salud de la Nación en los comienzos del decenio de 1950-1960 está recogida en un voluminoso informe titulado *Building America's Health* (11). Ahora bien, sus repercusiones sobre la planificación en salud fueron muy pocas porque el volumen se publicó en el momento en que terminaba el mandato del Presidente.

En el período de 1962 a 1966, la Comisión Nacional de Servicios de Salud de la Comunidad (sostenida por el Consejo Nacional de Salud y la Asociación Americana de Salud Pública) emprendió un estudio en

escala nacional concentrado en las necesidades de salud de la comunidad y los servicios disponibles, y trató de preparar un modelo de servicios para los años venideros (20). Aunque en opinión de algunos, el informe de la Comisión es bastante desalentador (30), contiene ciertas recomendaciones de innegable valor para nuestro estudio, como la "posición N", un firme llamado en favor de la planificación global en el campo de la salud.³

Programas médicos regionales

Alrededor de 1965, otra comisión presidencial promovió satisfactoriamente cierta legislación que más adelante se denominó Programa Médico Regional (13). Este organismo, la "Comisión de Cardiopatías, Cáncer y Apoplejía", presentó su informe en 1964 (10), y antes de un año, el Congreso promulgó la legislación pertinente. Contribuyeron a este fin, en parte, las corrientes políticas favorables, gracias a las cuales el 89° Congreso respondió a las peticiones presidenciales en el campo de la salud.

Conviene advertir que, si bien en cierto modo esta acción trajo aparejado un enfoque categórico del problema, la Enmienda sobre Cardiopatías, Cáncer y Apoplejía constituyó un avance importante hacia la regionalización de las instalaciones y del personal de salud del país, atravesando las fronteras políticas internas. En otras palabras, logró abordar satisfactoriamente el problema de los derechos estatales, una de las cuestiones de política interna más delicadas.

Planificación global de los servicios de salud

El propio 89° Congreso aprobó la "Enmienda de la Planificación Global de los Servicios de Salud" de 1966 (12), comple-

mentada al año siguiente por la "Enmienda de la Participación en los Servicios de Salud" (14). Estas disposiciones contenidas en las leyes Nos. 89-749 y 90-174 constituyeron la piedra angular de un nuevo sistema de planificación en materia de salud en los E.U.A., que se examinará más adelante. La influencia que pudo ejercer el mencionado informe de la Comisión Nacional de Servicios de Salud de la Comunidad sobre la promulgación de estas disposiciones legislativas es objeto de conjeturas.

Un sistema de planificación, programación y preparación de presupuestos

Corresponde aproximadamente a la misma época la importante introducción del denominado "Sistema de planificación, programación y preparación de presupuestos" (SPPP) en el campo de la salud, a nivel federal, respondiendo a las instrucciones presidenciales (28).

Estas tres actividades—los programas médicos regionales, la planificación global de los servicios de salud (PGSS) y el SPPP en el campo de la salud—, tan diferentes en principio y método, eran portadoras del mismo mensaje: se había preparado el terreno para la planificación en todos los niveles del sistema de salud en los Estados Unidos.

Estructura orgánica de la PGSS

Puesto que la aplicación del SPPP se ha limitado esencialmente a organismos gubernamentales, y el programa médico regional no abarca todo lo que se considera esencial para la planificación propiamente dicha en el campo de la salud, el siguiente examen sólo se refiere al sistema de planificación global de servicios de salud (PGSS), establecido en virtud de las leyes Nos. 89-749 y 90-174.

La Ley de Planificación Global de los Servicios de Salud y la Ley de Participación en los Servicios de Salud disponían el establecimiento de un consejo de planifica-

³ El informe define esta planificación en los siguientes términos: "A juicio de la Comisión, la planificación constituye un proceso de acción fundamental para establecer y mantener servicios de salud de la comunidad de buena calidad. La planificación de las actividades de salud debe abarcar a toda la comunidad y caracterizarse por su continuidad, integridad y alcance completo" (20).

ción estatal de esos servicios en todos los estados. Este consejo (denominado organismo PGSS "A") se concibió como entidad asesora que se encargaría de establecer el plan general de salud del estado. Con arreglo a la legislación se crearían también instituciones públicas o privadas, sin fines lucrativos (organismos PGSS "B"), con la función de planificar a nivel local (condado o ciudad) y regional (zona metropolitana o varios condados). Al consejo estatal (organismo "A") no le incumbe la función de planificar en detalle sino más bien la de supervisar y coordinar las actividades de planificación de los organismos "B". Otra de las funciones de este consejo consiste en fomentar la cooperación entre las instituciones públicas y privadas interesadas en los servicios, personal e instalaciones de salud en el estado. A pesar de la aparente concentración de poder a nivel estatal, el programa de la PGSS destaca la importancia de la planificación local y regional.

La legislación de la PGSS incluía, además de los organismos planificadores propiamente dichos, el establecimiento de programas de capacitación, para mejorar la preparación en materia de planificación, de los profesionales de salud y otros campos y de los consumidores. Las instituciones de esta clase (todas ellas universitarias), denominadas organismos "C", ascienden a alrededor de 24 en el país.

Una característica importante de esta legislación es la preocupación por obtener la participación de los consumidores. Por ejemplo, más de la mitad de los miembros del consejo de PGSS deben ser consumidores. Además, aunque no se especifica concretamente, se considera conveniente una amplia representación de varios grupos e intereses comunitarios, incluidas las minorías étnicas. En cuanto al financiamiento, el 50% de los gastos totales de los organismos "A", "B" y "C" se cubren con subvenciones

federales, y el resto con asignaciones estatales y locales y con donativos.

Estas características indican un sistema de planificación descentralizado y bastante abierto. El sistema favorece la integración horizontal de las diversas esferas y organismos de salud de cualquier lugar geográfico y, asimismo, establece en cierta medida la integración vertical (no una subordinación directa) entre instituciones de distinta categoría jerárquica.

Este sistema adolece de dos evidentes defectos estructurales importantes. En primer lugar, la manifiesta ausencia de planificación a nivel nacional, lo que constituye una dificultad, ya que los principales problemas con que se enfrenta hoy el sistema de salud requieren soluciones de alcance nacional. En segundo lugar, el esfuerzo encaminado a la descentralización no trasciende del nivel local (vecindario) que hoy se considera de gran importancia en el país. Podría mencionarse también otra "falla", a saber, la ausencia de vínculos entre la planificación en materia de salud y la planificación en campos afines (urbanismo, vivienda, educación, etc.), si bien nada impide a los planificadores de los servicios de salud para que establezcan esta relación esencial.

El ambiente de la planificación

Para comprender de manera razonable las actividades de planificación de los servicios de salud de un país, estado o región, es preciso saber apreciar el contexto en que se desenvuelve este proceso. Ello supone un conocimiento del medio, así como una apreciación de las características que afectan el proceso de planificación (22). En otras palabras, hay que estar familiarizado hasta cierto punto con el ambiente de la planificación. Según Bicanic (6), "este ambiente no es neutral ni pasivo a la acción de la planificación, sino que reacciona de diferentes modos, fortaleciendo o debilitando esa acción, poniéndole obstáculos y exigiendo

métodos específicos para las distintas situaciones.”

A este respecto, lo primero que debe considerarse es la estructura gubernamental que ha de prestar apoyo, pues, a juicio de Waterston (29), “el apoyo insuficiente del gobierno es la razón principal de que no se lleven a cabo satisfactoriamente la mayoría de los planes”.

¿Hasta qué punto son aplicables estas afirmaciones a la planificación de los servicios de salud en los Estados Unidos? Esta pregunta podría contestarse de varias maneras. Como una de ellas se podría considerar la aprobación de la legislación necesaria como expresión suficiente del compromiso del gobierno en la planificación en el campo de la salud, una verdadera demostración de lo que a veces se denomina el “deseo de planificar” (16), y una indicación de una estructura ideológica que congenia con el cambio planeado. Otra manera consistiría en examinar desde un punto de vista más crítico la legislación pertinente, a fin de averiguar si el compromiso con la planificación está sujeto o no a reservas; pues estas pueden indicar que no existe en realidad ningún compromiso formal con el cambio planeado y que incluso predomina la situación opuesta. Este tipo de restricciones se observa claramente en el preámbulo de la ley No. 89-749, en el que se especifica que la consecución de las metas de la planificación global en materia de salud “no deberá interferir con las normas existentes del ejercicio privado de la profesión médica” (12), lo que constituye una evidente restricción del concepto de cambio.

En todas las publicaciones, la planificación se identifica consecuentemente con la posibilidad e incluso con el deseo expreso, de un cambio. Blackman y Blum (8) consideran que “los que planean creen, indudablemente, en la posibilidad del cambio social”. Arnold y Welsh (2) reconocen que “cuando el proceso del cambio se institucionaliza en una sociedad es señal de que

esta sociedad no está satisfecha con la imagen de lo que encerraría el futuro no planeado” y, por eso, emprende la planificación para obtener el cambio a que aspira.

Pero evidentemente se produce un conflicto entre el concepto básico de planificación y la posición poco entusiasta del Gobierno con respecto a la planificación referente a la salud. Está permitida la planificación pero no el cambio. ¿Qué puede afirmarse, pues, de la estructura sociocultural en relación con la planificación?

Ya se ha señalado el antagonismo fundamental entre el concepto de planificación y la creencia predominante en los E.U.A. No obstante, los que reconocen la necesidad del cambio y consideran la planificación como el instrumento más apropiado para lograrlo, tratan con todo afán de defender la idea del cambio, de convencer a la mayoría de que la planificación puede formar perfectamente parte del proceso democrático y que puede llevarse a cabo sin trastornar el sistema socioeconómico existente.

Unos años antes de que se promulgara la legislación en materia de planificación de servicios de salud, Duhl (15) reconocía que “el fortalecimiento de la planificación sin dejar de mantener la máxima libertad de ciertos grupos y culturas” planteaba un serio dilema. A su juicio, el único medio de salir de este dilema consistía en “obtener una planificación racional, organizada, en la que los organismos gubernamentales y casi gubernamentales, incluidos los comerciales y laborales, desempeñen una importante función.” Pero no dejó de reconocer que “el término ‘planificación’ creará, probablemente, imágenes negativas, como el ‘totalitarismo’ y que . . . para algunos resultará paradójico considerar equivalente la planificación y la democracia, puesto que ellos sostienen que la planificación subyuga al pueblo y le obliga a una dependencia.” El propio autor señala que la “planificación

ejerce este efecto cuando se trata de una sociedad cerrada [pero que] en una sociedad abierta no puede por menos de favorecer la democracia al reducir las desigualdades, elevar al máximo las opciones . . . y haciéndolas más asequibles”.

En fechas más recientes, Mary Arnold (1) se refirió al mismo dilema en distintos términos, y manifestó su oposición a una “sociedad planificada”, al sugerir que “se nos abre otra posibilidad . . . : el establecimiento de una estructura política, junto con la capacidad social para transformarnos en una sociedad de planificación”.

Esta actitud social “esquizofrénica” hacia la planificación indica que es mucho lo que queda por hacer para que la planificación en salud (o en cualquier otra actividad de planificación) pueda desempeñar una función importante en la modificación de las características insatisfactorias del sistema existente en los Estados Unidos. Por añadidura, la mayor parte de lo que queda por hacer está directamente relacionado con la actual estructura del poder en el campo de la salud.

Uno de los rasgos más peculiares de las instituciones de planificación de salud establecidas por la ley No. 89-749 es su falta de poder. Ninguno de los consejos estatales o regionales de planificación global de salud, ni tampoco los organismos de la PGSS de condado están investidos de una autoridad que garantice la ejecución de sus planes. Poseen autoridad para examinar los proyectos propuestos por diversas entidades para la construcción o ampliación de instalaciones de salud, y los organismos regionales examinan también las solicitudes de subvenciones para programas de salud de sus respectivas zonas. Pero se trata simplemente de un poder limitado e indirecto, cuyo efecto sobre el proceso de planificación es muy escaso, en especial en la fase de ejecución.

¿Dónde reside, pues, el poder de adoptar decisiones y cuáles son las relaciones de

los organismos de la PGSS con este poder?

Los egresos para la salud en los E.U.A. en el ejercicio financiero de 1970 ascendieron a \$67,240 millones, el 38% de los cuales fue desembolsado por el gobierno, y el 62%, por entidades privadas (27). Como cabe esperar en una economía de “libre empresa”, la industria de la salud está, en gran parte, en manos del sector privado, y los que ofrecen la mayoría de sus servicios ejercen una influencia controladora sobre las decisiones que se adoptan.

Aparte de estos intereses creados del sector privado, el Gobierno Federal va incrementando progresivamente su participación en esos gastos y, en consecuencia, va ejerciendo un control cada vez mayor, principalmente mediante disposiciones reguladoras. No obstante, los intereses creados del sector privado han dominado de un modo general la situación, especialmente la profesión médica organizada, la industria hospitalaria y las compañías de seguro.

Los organismos de planificación de servicios de salud no logran ejercer ningún control eficaz sobre estos grupos para que se ajusten a sus normas y planes. En realidad, ni siquiera las fuentes gubernamentales de fondos para la salud están dentro de la esfera de influencia de aquellos organismos. Pero esta situación no es necesariamente insatisfactoria. Así, algunos autores, como Blum (9), “no se inclinan en favor de un organismo de planificación con facultades para velar por el cumplimiento de las disposiciones e incluso, hasta cierto punto, para imponer sanciones”, y consideran que “las funciones y atribuciones de los organismos de planificación deben circunscribirse a la preparación de planes (no a obligar su ejecución)”. Pero ¿qué recurso les queda a los planificadores en salud para lograr lo que podría denominarse una planificación “efectiva” (7), es decir, para ejercer un verdadero efecto sobre el sistema de salud?

Recientemente, este tema ha sido objeto de considerable atención en la literatura

médica y en la de las ciencias sociales. La posibilidad principal que, al parecer, se les ofrece a los planificadores es la de tratar de adquirir influencia mediante la participación en el proceso político, procedimiento que de manera tradicional han evitado los que consideran a la planificación como una disciplina puramente técnica. Waterston expresa bien claramente el convencimiento de que existe un estrecho vínculo entre la planificación y el proceso político (29): "Un organismo de planificación no puede ser al mismo tiempo autónomo y eficaz. Para que un plan tenga buenas posibilidades de llevarse a la práctica debe consistir en un proyecto mixto [de los planificadores y] de los que están autorizados a ejecutarlo, y debe expresar aspiraciones coordinadas en el contexto de un objetivo común. Además, la propia esencia de la planificación, la propia decisión de emprender la planificación, es de carácter político. Y no hay manera de evitarlo, por conveniente que fuera".

La conciencia cada vez mayor de que el sistema actual de atención de salud no puede ofrecer servicios apropiados a un costo razonable para toda la población, ha suscitado un debate entre el público y, entre los políticos, sobre cuestiones y políticas de salud en unas proporciones jamás observadas. En este nuevo ambiente, los planificadores deben procurar obtener el mayor apoyo externo posible, a veces mediante una alianza complicada y aparentemente "non santa" de intereses opuestos.

Ello no significa que los organismos de planificación en materia de salud deban considerarse como simples mecanismos para generar unanimidad de opinión. Una buena planificación debe ser discutible; los planificadores, para atender las necesidades de la sociedad, no deben contentarse con mejorar la coordinación de los sistemas de salud existentes, sino que deben luchar por un cambio del sistema, lo que inevitablemente provocará discrepancias. Pero no hay que

temer a esas discrepancias; según Roseman (21), deben utilizarse como energía creadora, en lugar de eliminarlas para mantener la unanimidad. En otras palabras, una de las funciones más importantes de los consejos de planificación en salud será la de servir de palestra, donde esté representada una gran diversidad de intereses que tendrán que dominar el difícil arte de resolver los conflictos entre profesionales y políticos, entre las necesidades estatales, regionales y locales, y entre los distintos grupos de intereses creados. En esto consiste esencialmente la planificación democrática en una sociedad abierta.

Observaciones personales

Los comentarios expresados a continuación se basan en la observación directa de la actuación del Consejo de PGSS del Area de la Bahía de San Francisco, California, en el intercambio de información con miembros de cuatro organismos "B" de condado y en el estudio de documentos sobre planificación estatal y regional.

El "Plan de Salud del Estado de California" (23) no constituye un plan en el sentido estricto de la expresión, sino que consta de una declaración de las metas generales de salud, una enumeración modelo de las prioridades estatales en materia de salud y una serie de directrices de planificación para los organismos regionales y locales de este campo. También contiene considerable información sobre problemas de salud en California. Desde el punto de vista político, se trata de un documento neutral.

En opinión del autor, el documento refleja el espíritu de la legislación de la PGSS en esta fase de desarrollo, antes de que los organismos regionales y locales hayan elaborado sus propios planes. Ahora bien, en el futuro parecería conveniente que en el plan estatal se expresara un interés cada vez más directo por los problemas existentes, y que se presentara un plan de acción en

escala realmente estatal que abarcara actividades a diversos niveles de administración y en las diversas zonas geográficas correspondientes a los organismos regionales y locales.

La PGSS del Area de la Bahía está terminando su primer "Plan Regional de Salud" (5). A juzgar por las observaciones preliminares, parece que se formulará otra declaración de objetivos, prioridades y normas generales que aunque sean más específicos que los del plan estatal, no constituirán un plan de salud en su sentido estricto. No obstante, todo parece indicar que los planes preparados por cada uno de los organismos "B", de condado, en la región quedarán incorporados en el plan del Area de la Bahía.

Conviene también señalar que los directores ejecutivos de los organismos "B", con los que el autor tuvo oportunidad de conversar, reconocen perfectamente la necesidad de abordar el aspecto político del proceso de la planificación. A uno de estos directores se le pidió la opinión acerca de la relación entre la planificación y la política, y su respuesta fue la siguiente: "a mi juicio, se trata del mismo concepto".

Además de dedicarse a la preparación del plan regional, la PGSS del Area de la Bahía, ha llevado a cabo su programa acostumbrado. Vale la pena mencionar brevemente, a título de ilustración, unos cuantos asuntos examinados y resueltos durante el período de observación del autor.

La cuestión de una reforma del Programa de Asistencia Médica del Estado de California (Medi-Cal), es objeto de gran controversia, y sus consecuencias para los grupos de bajo ingreso, para los que ofrecen servicios de salud y para los fondos de los condados, fue examinada en el Comité de Finanzas, donde se presentó y aceptó una propuesta para abordar el problema de manera organizada. A continuación el asunto fue transmitido a la Junta de Directores, donde se aprobó una declaración preparada por el Comité de Finanzas con

arreglo a la cual "la PGSS emprendería una labor concertada . . . para organizar una campaña en favor de los cambios necesarios" (4).

Otra de las cuestiones, a saber, la identificación de los grupos mal atendidos del Area de la Bahía, fue considerada por el Grupo de Trabajo sobre Servicios Personales de Salud. Los estudiantes de planificación de salud de la Universidad de California en Berkeley, comenzando con informes de los condados del Area de la Bahía en los que se describían los posibles grupos mal atendidos de la zona, realizaron un estudio con el fin de identificar y definir la condición de "mal atendido" y determinar sus causas. A consecuencia de este estudio se sugirió que se organizaran reuniones para tratar sobre la salud de la comunidad en sectores en los que, según los organismos de condado, residían grupos mal atendidos. El Grupo de Trabajo aceptó la sugerencia, y la PGSS del Area de la Bahía patrocinó la primera de estas reuniones, la cual tuvo lugar en el Condado de Dixon, el 4 de mayo de 1972. Las discusiones en estas reuniones resultaron muy satisfactorias en el sentido de que se logró la participación de la comunidad, se revelaron las deficiencias de los servicios de salud y se sugirieron posibles medidas correctivas (4).

Estos dos ejemplos muestran la mejor labor de la PGSS, en la que los planificadores abordan, con un criterio positivo y ajustado a la realidad, las cuestiones que les incumben.

Por otro lado, el mismo Grupo de Trabajo se dedicó a otros dos asuntos en los que había muy pocas posibilidades de ejercer influencia: la formulación de directrices para el establecimiento de organizaciones de mantenimiento de la salud, y la definición de principios para un programa ideal de seguro de enfermedad (4). En ambos casos, a pesar de que las ideas discutidas y las recomendaciones aprobadas parecían valiosas, y a menudo muy racionales, son

muy remotas las posibilidades de que estas recomendaciones ejerzan efecto alguno sobre la futura configuración de los programas nacionales que se están discutiendo en el Congreso.

Tal vez en lo futuro, cuando las opiniones de los organismos de PGSS en cuestiones de salud seguramente pesarán mucho más, se escuchará entonces su parecer al formular políticas de salud a nivel nacional. Ahora bien, no parece probable que el abordar cuestiones fuera de la esfera de influencia de los organismos de la PGSS en el momento actual favorezca la autoridad o el prestigio de la propia PGSS.

Conclusiones

A base de observaciones personales y del examen de las publicaciones sobre la política de la planificación en el campo de la salud, el autor llegó a las conclusiones siguientes:

1) El sistema de Planificación Global de los Servicios de Salud (PGSS) se basa en un modelo esencialmente descentralizado, se presta a una considerable participación de la comunidad y su autoridad es muy limitada. Este sistema se ajusta a la política de los Estados Unidos de América y al carácter de la sociedad del propio país en general. En la actualidad, no serían aceptables en ese país los modelos más centralizados, más tecnocráticos y que suponen una menor participación.

2) La eficacia de los organismos de PGSS depende de la obtención de influencia política, para lo cual hay que explorar activamente el punto de confluencia entre la planificación y la política. Durante este proceso, estos organismos deben reforzar su autoridad dedicándose de preferencia a cuestiones en que pueden ejercer un evidente efecto positivo, y al hacerlo, no deben aspirar necesariamente a una conformidad ni tampoco deben temer las discrepancias.

3) Si los organismos de PGSS no logran adquirir un refinamiento político y una autoridad propia, nunca podrán desempeñar

una función significativa en la configuración de la política nacional de salud. En este caso, el sistema de PGSS estaría expuesto a perpetuarse en forma de burocracia, confirmando esencialmente la mordaz observación de Roseman de que se convertiría en "el estrepitoso eco de un árbol que nunca se derrumbó" (21).

Resumen

A pesar de la resistencia al concepto de planificación en la sociedad estadounidense, ciertas instituciones privadas ya iniciaron a principios de siglo, actividades de esta naturaleza en el campo de la salud. La Ley Hill-Burton, que promovió la planificación pública organizada de los servicios hospitalarios estatales, vino a complementar esas actividades. Sin embargo, la planificación global de servicios de salud en escala nacional no comenzó hasta 1966, cuando se aprobó la Enmienda de la Planificación Global de Servicios de Salud.

A partir de entonces, los organismos locales, regionales y estatales han procedido a la planificación en materia de salud. Estas actividades han ofrecido una excelente oportunidad para estudiar las interrelaciones entre la planificación en ese sector y el proceso político.

El estudio de las publicaciones sobre la materia y las observaciones personales de la labor del Consejo de Planificación Global de los Servicios de Salud del Area de la Bahía de San Francisco, California, llevaron al autor a las conclusiones siguientes:

1. El sistema de Planificación Global de los Servicios de Salud (PGSS) se basa en un modelo esencialmente descentralizado que se presta a la participación de la comunidad.

2. La consecución de una planificación eficaz obliga a los organismos de PGSS a explorar el punto de confluencia de la planificación y la política.

3. Si los organismos de PGSS no logran adquirir cierto refinamiento político, nunca podrán desempeñar una importante función en la configuración de la política nacional de salud. □

REFERENCIAS

- (1) Arnold, M. F. Philosophical dilemma in health planning. En M. F. Arnold, *et al.* (eds.). *Administering Health Systems*. Chicago, Ill.: Aldine-Atherton, 1971, págs. 208-225.
- (2) Arnold, M. F., y I. Welsh. Community politics and health planning. En M. F. Arnold, *et al.* (eds.). *Administering Health Systems*. Chicago: Aldine-Atherton, 1971, págs. 154-175.
- (3) Bay Area Comprehensive Health Planning Council. 1972 Grant Application. (Inédito).
- (4) Bay Area Comprehensive Health Planning Council. *Minutes of Meetings of the Finance Committee of the Task Force on Organization of Personal Health Services of the Bay Area CHP Council* (14 y 28 de febrero, 3 y 17 de abril, y 10 de mayo). San Francisco, 1972.
- (5) Bay Area Comprehensive Health Planning Council. "Regional Plan for Health" (Secciones inéditas del primer borrador) 1972.
- (6) Bicanic, R. *Problems of Planning, East and West*. La Haya: Mouton and Co., 1967, págs. 14-28.
- (7) Binstock, R. H. The Politics of health planning: IV. Effective planning through political influence. *Am J Public Health* 59: 808-813, 1969.
- (8) Blackman, A. y H. L. Blum. Philosophy of planning as an instrument of change. En H. L. Blum, *et al.* *Health Planning 1969*. San Francisco Cal.: Oficina de la Región Occidental, Asociación Americana de Salud Pública, 1969.
- (9) Blum, H. L. Comprehensive health planning bodies: representation, relationships, organization. En H. L. Blum, *et al.* *Health Planning 1969*. San Francisco, Cal.: Oficina de la Región Occidental, Asociación Americana de Salud Pública, 1969.
- (10) President's Commission on Heart Disease, Cancer, and Stroke. *A National Program to Conquer Heart Disease, Cancer, and Stroke*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1964.
- (11) Commission on the Health Needs of the Nation. *Building America's Health* (Volumes I-V). Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1952-1953.
- (12) Congress of the United States. Comprehensive health planning and public health services amendments of 1966. En *Public Law 89-749*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1966.
- (13) Congress of the United States. Heart disease, cancer, and stroke amendments of 1965. En: *Public Law 89-239*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1965.
- (14) Congress of the United States. Partnership for health amendments of 1967. En *Public Law 90-174*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1967.
- (15) Duhl, L. Planning and poverty. En: L. Duhl (ed.). *The Urban Condition*. New York: Basic Books, Inc., 1963, pp. 295-304.
- (16) Hall, T. L. The political aspects of health planning. En W. A. Reinke (ed.). *Health Planning: Qualitative Aspects and Quantitative Techniques*. Baltimore, Md.: The Waverly Press, Inc., 1972, págs. 73-95.
- (17) Kaufman, H. The political ingredient of public health services: A neglected area of research. *Milbank Mem Fund Q* 44:13-34, 1966.
- (18) Kaufman, H. The politics of health planning: I. Introduction. *Am J Public Health* 59: 795-797, 1969.
- (19) Mott, B. J. F. The politics of health planning: II. The myth of planning without politics. *Am J Public Health* 59:797-803, 1969.
- (20) National Commission on Community Health Services. *Health Is a Community Affair*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1967.
- (21) Roseman, C. Problems and prospects for comprehensive health planning. *Am J Public Health* 62:16-19, 1972.
- (22) Schaefer, M., y B. J. F. Mott. "Political Science and Health Planning: An Approach to Research." Paper presented at the Harvard University School of Public Health Symposium on Political Science and Public Health in Boston, Massachusetts, on 18-19 April 1969.
- (23) State Office of Comprehensive Health Planning. *California State Plan for Health*. San Francisco, California State Department of Public Health, 1971.
- (24) State Office of Comprehensive Health Planning. *California Health Manpower*. San Francisco, California State Department of Public Health, 1971.
- (25) Stebbins, E. L., y K. N. Williams. History and background of health planning in the United States. En: W. Reinke (ed.). *Health Planning: Qualitative Aspects and Quantitative Techniques*. Baltimore, Md.: The Waverly Press, Inc., 1972, págs. 3-19.
- (26) United States Department of Health, Education, and Welfare; Public Health Service. *Hill-Burton Program Progress Report*. (USPHS Publication No. 930-F-3). Silver Spring, Maryland: U.S. Government Printing Office, 1968.
- (27) United States Government. *Analysis of Health Insurance Proposals Introduced in the 92nd Congress*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1971.
- (28) United States Government. *Bureau of the Budget Bulletin* (No. 66-3, 12 October

- 1965). Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1965.
- (29) Waterston, A. *Development Planning: Lessons of Experience*. Baltimore, Md.: Johns Hopkins Press, 1967, pág. 340 y 447.
- (30) White, K. L. Organization and delivery of personal health services: Public policy issues. *Milbank Mem Fund Q* 46:225-258, 1968.

Comprehensive health planning in the United States of America (Summary)

Despite resistance to the concept of planning within U.S. society, health planning efforts by private U.S. organizations began early in the twentieth century. These were supplemented in 1946 by passage of the Hill-Burton Act, which promoted organized public planning of hospital services at the state level. However, nationwide comprehensive health planning did not begin until passage of the Comprehensive Health Planning Amendment in 1966.

Since then health planning has been carried out by local, regional, and state agencies. These activities have offered an excellent opportunity for studying the interrelationships between health planning and the political process.

A review of the literature on this subject, and personal observations of the Bay Area Comprehensive Health Planning Council's activities in San Francisco, led the author to the following conclusions:

1. The Comprehensive Health Planning (CHP) system is based on an essentially decentralized planning model open to broad community participation.
2. In order to make their planning effective, CHP agencies must actively explore the interface between planning and politics.
3. If CHP agencies do not succeed in acquiring political sophistication they may never play a significant role in shaping national health policy.

O planejamento global dos serviços de saúde nos Estados Unidos da América (Resumo)

Apesar da resistência à idéia de planejamento na sociedade estadunidense, algumas instituições privadas já tinham iniciado, no começo do século, atividades dessa natureza no campo da saúde. A Lei Hill-Burton, que promoveu o planejamento público organizado dos serviços hospitalares estatais, veio complementar essas atividades. Mas o planejamento global de serviços de saúde em escala nacional não começou senão em 1966, ano em que se aprovou a Emenda de Planejamento Global de Serviços de Saúde.

A partir de então, os organismos locais, regionais e estatais têm procedido ao planejamento em matéria de saúde. Essas atividades ofereceram excelente oportunidade para o estudo das relações entre o planejamento do setor e o processo político.

O estudo das publicações sobre a matéria e as observações pessoais do trabalho do Conselho de Planejamento Global dos Serviços de Saúde da Área da Baía de São Francisco, Califórnia, levaram o autor às seguintes conclusões:

1. O sistema de Planejamento Global dos Serviços de Saúde (PGSS) baseia-se num modelo essencialmente descentralizado que se presta à participação da comunidade.
2. A consecução de um planejamento eficaz obriga os órgãos do PGSS a explorar o ponto de confluência do planejamento com a política.
3. Se os órgãos do PGSS não conseguem chegar a um certo refinamento político, não estarão nunca em condições de desempenhar uma função de importância no delineamento da política nacional de saúde.

La planification générale des services de santé aux Etats-Unis d'Amérique (Résumé)

Bien que la société américaine oppose encore une certaine résistance au concept de la planification, quelques institutions privées ont entrepris au début du siècle des activités de cette nature dans le domaine de la santé. La loi Hill-Burton qui encourage la planification publique organisée des services hospitaliers dans les Etats est venue compléter ces activités. Toute-

fois, la planification générale des services de santé à l'échelle nationale n'a commencé qu'en 1966 avec l'amendement de la planification générale des services de santé.

Dès lors, les organismes locaux, régionaux et d'Etat ont entamé le processus de planification en matière de santé. Ces activités ont donné une excellente occasion d'étudier les rapports

entre la planification dans ce secteur et le processus politique.

L'étude des publications sur ce sujet et les observations personnelles du travail du Conseil de planification générale des services de santé de la région de la Baie de San Francisco (Californie) ont amené l'auteur à tirer les conclusions suivantes:

1. Le système de planification globale des services de santé (PGSS) se fonde sur un

modèle essentiellement décentralisé qui se prête à la participation de la collectivité.

2. L'exécution d'une planification efficace oblige les organismes de PGSS à étudier le point de convergence de la planification et de la politique.

3. Si les organismes de PGSS ne réussissent pas à obtenir un certain raffinement politique, ils ne pourront jamais jouer un rôle important dans la configuration de la politique nationale de santé.