



# Discusiones

# Técnicas



Antigua Guatemala  
Septiembre 1956

CD9/DT/3 (Esp.)  
26 septiembre 1956  
ORIGINAL: ESPAÑOL

## MÉTODOS PARA LA FORMULACION DE PLANES NACIONALES DE SALUD PUBLICA

### INFORME DEL RELATOR

Presentado en la décimotercera sesión plenaria de la IX Reunión del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana, VIII Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud, celebrada el día 26 de septiembre de 1956.

INFORME DEL RELATOR DE LAS DISCUSIONES TECNICAS SOBRE EL TEMA:  
"METODOS PARA LA FORMULACION DE PLANES NACIONALES DE SALUD PUBLICA"

Director de Debates: Dr. A. HORWITZ  
Relator: Dr. G. DIAZ COLLER  
Secretario Técnico: Dr. G. MOLINA

La sesión tuvo lugar de las 9:00 a las 12:40 horas y de las 15:00 a las 18:30 horas, con asistencia de casi todos los miembros del Consejo y de numerosos observadores, haciendo un total de más de 70 personas, lo que demuestra el interés que se manifestó en estas discusiones técnicas y el valor que, en la opinión de los asistentes, tenían.

Sirvió de base en la discusión el relato especial distribuido con varias semanas de anticipación, que fué preparado por el Dr. Guillermo Arbona, como consultor designado por la OSP; la exposición hecha por el mismo al comenzar la sesión; y el esquema anexo, que fué preparado por el Secretariado, como guía para el intercambio de ideas y experiencias.

Por proposición del Consultor, y dada la amplitud del tema, el Consejo se dividió por media hora en tres grupos distintos, para considerar cuáles, de los distintos temas del esquema, tenían mayor interés para los participantes a efecto de dar las prioridades para la discusión. Esta reunión de grupos, sin ninguna formalidad, se puede interpretar como un buen ejemplo de planificación, que permitió a la sesión plenaria llegar a un acuerdo que fué la conveniencia de discutir los cuatro temas siguientes:

1. Responsabilidad por la preparación de planes de salud.
2. Colaboración internacional.
3. Determinación de las necesidades y criterios de prioridad.
4. Formulación del plan:
  - a. Coordinación con otras organizaciones.
  - b. Personal

La discusión fué muy activa, y enfocada, desde un punto de vista eminentemente práctico, a buscar principios y métodos generales que pudieran ser aplicados a cualquier país. La espontaneidad del debate facilitó la participación de la mayoría de los miembros del Consejo y de varios observadores, agregándose la valiosa relación de experiencias

nacionales de éxitos y fracasos en materia de planificación en distintas naciones. Al comenzar a debatirse los cuatro temas convenidos, se plantearon importantes asuntos de carácter general que se condensan en una Introducción.

Al finalizar la sesión, uno de los Consejeros Participantes expresó la profunda satisfacción experimentada y felicitó al Consultor y al Secretario por la preparación de esta Reunión, así como al Presidente de Debates por su magnífica labor. Propuso igualmente que fueran publicados el trabajo del Consultor y el informe del Relator.

## I. INTRODUCCION:

Se destacó unánimemente la necesidad y la importancia de planificar toda actividad sanitaria, por medio de planes, para áreas geográficas o problemas determinados que, idealmente, formen parte de un plan nacional de salud. Se hizo ver que la planificación es un proceso que ha venido incrementándose cada día aprovechando las técnicas modernas a medida que se desarrollan. Se insistió en que los planes, en general, deben ser flexibles y adaptados a las necesidades y deseos del público, que, en resumidas cuentas, es el consumidor del producto salud; que los técnicos están llamados a interpretar estas necesidades y deseos de acuerdo con las técnicas mencionadas. El proceso de planificación es, pues, permanente.

Se discutió la conveniencia de enfocar el problema hacia puntos de vista doctrinarios y filosóficos o hacia puntos de vista prácticos, de acuerdo con la realidad. Se opinó igualmente que en algunos países no existe un plan nacional de salud, por lo cual quizás fuera inconveniente recomendarlo como algo necesario. El consenso de la opinión estuvo de acuerdo en que debería enfocarse el problema hacia puntos de vista doctrinales y filosóficos y a que se recomendara una estructura adecuada a los servicios sanitarios y médicos como etapa previa o inicial de la planificación.

Se acordó igualmente que debería prestarse la debida atención a los aspectos económicos, educacionales y sociales para la formulación de planes, al igual que obtener una buena información sobre los problemas y recursos médicos y sanitarios. En esta forma se podría elaborar un plan bien equilibrado.

Se recordó la decisión del Consejo Directivo de 1955, destacando la necesidad de planes de salud y la responsabilidad de cada país en la preparación de los mismos.

## II. RESPONSABILIDAD DE LA PREPARACION DE PLANES DE SALUD:

Hubo acuerdo unánime en reconocer la responsabilidad primordial de los Gobiernos, a través de los Ministros o Directores de Salubridad, de

tomar la iniciativa para preparar planes nacionales de salud. Sin embargo, también se convino en que la responsabilidad en este proceso es de los técnicos y de todo el personal que trabaja en el Servicio de Salud y que va a ejecutar el plan, representantes de otras actividades y organismos educacionales, económicos y sociales, al igual que el público consumidor, cuya participación activa e informada es indispensable para el éxito de cualquier plan.

La discusión sobre experiencias de planificación presentada por varios participantes, en el nivel nacional y local, de carácter general o limitada a problemas particulares, puso de relieve el valor de un proceso ascendente de planificación que va desde los funcionarios sanitarios y otros en contacto directo con los problemas y con el público, en etapas sucesivas, hasta la autoridad coordinadora máxima (Director, Ministro, Congreso o Presidente), quienes, por regla general, deben financiar el plan. Estas autoridades, sabiendo las necesidades económicas, podrán tramitar ante las autoridades hacendarias el financiamiento indicado.

Se notó entre los asistentes la existencia de dos corrientes definidas en relación con la formación de Comisiones de Planificación, que existen ya en algunos países. Para muchos dichas Comisiones deberían estar compuestas por las propias personas, cuya misión aplicativa en las Secretarías o Ministerios era el desarrollo práctico de los propios planes. Para otros las Comisiones de Planificación deberían estar integradas por personal técnico, con el asesoramiento de personal internacional, no relacionado con las indicadas tareas aplicativas. Como argumento en contra del primer caso, se citó el hecho de que el personal que tiene a su cargo la ejecución de los Programas generalmente está absorbido por los trabajos de rutina.

Se estuvo de acuerdo en que las funciones de las Comisiones o Comités de Planificación son esencialmente consultivas y asesoras en los siguientes aspectos:

- a. Estudio de los problemas y recursos de las distintas regiones del país a fin de determinar las necesidades;
- b. Estructuración de los organismos de salud, nacional y, especialmente, regionales e locales;
- c. Elaboración de un sistema de capacitación en salud pública del personal de diversas categorías;
- d. Establecimiento de objetivos y fijación de prioridades según las necesidades;
- e. Elaboración de los programas para lograr los objetivos indicados, a corto y a largo plazo;

f. Desarrollo y evaluación de estos programas con el asesoramiento adecuado durante la ejecución (la planificación es un proceso continuo); y

g. Estímulo a la participación de todo el personal en la preparación, ejecución y reajuste del plan.

Se hizo notar que una función importante de estas Comisiones o Comités de Planificación es la de dar estabilidad a los planes, por lo cual es necesario continuar asesorando durante la ejecución de los mismos y hacer participar tanto al personal del Servicio como a otras instituciones y círculos alejados de influencias políticas inestables, considerándose, pues, que una de sus principales funciones es de carácter catalítico.

Se opinó en el sentido de que las Comisiones o Comités, deberían estar compuestas, de acuerdo con las condiciones de cada país o localidad por:

a. Expertos en salud pública, conocedores de la realidad del país, incluyéndose en esta categoría a asesores internacionales;

b. Escuelas y Sociedades profesionales de la medicina y ramas afines;

c. Otras Secretarías o Ministerios, en particular los de educación y agricultura; y

d. Otras organizaciones oficiales y privadas relacionadas con los problemas a resolver.

Se estuvo de acuerdo en que corresponde al Ministro, Secretario o Director constituir la Comisión y presidirla, arbitrando mecanismos para que su funcionamiento no sea perturbado por sus ocupaciones habituales. A pesar de la opinión vertida anteriormente, de que el sistema de comisiones integradas por los Secretarios o Ministros y Jefes de Departamento, todos atareados en sus cargos, no ha tenido éxito, se insistió en que ellos, al igual que el resto del personal del Servicio, deben participar en la elaboración del plan. Para lograr que algunos técnicos se dediquen exclusivamente a los trabajos de los Comités o Comisiones, se deberán asignar recursos estables, destinados especialmente a dichos Organismos.

Similar composición podrán tener las Comisiones o Subcomisiones de Planificación regional y local o aquellas creadas para la solución de problemas especiales, en que se facilita al máximo la participación de todos los integrantes.

Por lo que se refiere a la duración, se estuvo de acuerdo en que las Comisiones o Comités deben ser permanentes y sesionar periódicamente, con

regularidad, a medida que se va obteniendo información posterior para formular y evaluar (reajustar) los planes.

### III. COLABORACION INTERNACIONAL:

Se estuvo de acuerdo en que la ejecución de los planes por ningún motivo deberá estar a cargo de organismos internacionales, aunque sí una parte de la responsabilidad.

Igualmente se consideró que las mayores conveniencias de la colaboración internacional estribaban en que los cambios políticos afectarían menos los planes trazados por Comisiones o Comités en que figuraran asesores internacionales, logrando para dichos planes mayor estabilidad, y en la calidad técnica de los expertos internacionales indicados.

### IV. DETERMINACION DE NECESIDADES Y CRITERIOS DE PRIORIDAD:

La discusión de este tema se basó en la suposición de que, con la participación de todos, ya se han recogido y analizado los datos necesarios para identificar los problemas de salud y para hacer un balance de los recursos disponibles en las distintas regiones del país.

Se consideraron en esta forma, dos procesos decisivos en la formulación de los planes, a saber:

¿Cómo determinar las necesidades de personal, servicios y recursos de toda índole requeridos para resolver, por etapas, los problemas existentes? y ¿qué criterios pueden usarse para establecer prioridades en los programas de salud?

#### 1. Bases para determinar las necesidades adicionales de personal y recursos:

Se estuvo de acuerdo en que los problemas de salud pública existentes en los países latinoamericanos representan necesidades que están, y estarán todavía por muchos años, muy por encima de los recursos disponibles. Se concluyó que cada país y región deberá, como parte esencial de la planificación, fijar niveles provisionales razonables e ir corrigiéndolos y elevándolos al óptimo posible, a medida que, en el desarrollo del programa, se vaya conociendo mejor la realidad, a través de investigaciones especiales y de la experimentación en zonas pilotos.

Durante la discusión se puso en evidencia que no existen patrones comunes a todos los países acerca del número de médicos necesarios por proporción de habitantes, o de camas para tuberculosis o de cualquier otro tipo de servicios. Aún más, es difícil aplicar a todo el país un sólo

patrón, ya que varía de áreas rurales a zonas industriales, cambiando de acuerdo con el progreso en los conocimientos, en las vías de comunicación y en otros factores.

Los patrones extranjeros tienen un limitado valor de referencia cuando fijan niveles distintos a los ya alcanzados por el país.

A continuación se indican los factores o bases que pueden tener utilidad para conocer las necesidades y fijar los niveles correspondientes:

- a. El grado de eficiencia de la organización;
- b. El carácter y hábitos de la población;
- c. Las características geográficas y medios de comunicación;
- d. Los recursos económicos y posibilidades para preparar personal; y
- e. La naturaleza y carácter del problema: conocimientos existentes para resolverlo, interés que despierte en la población, la atracción política que tenga la resolución del mismo, etc.

## 2. Criterios para establecer prioridades en los programas:

Se destacó la responsabilidad ineludible de todo administrador de salud pública de establecer oportunamente la jerarquía de cada programa dentro del conjunto, a fin de concentrar esfuerzos y presupuestos en la lucha contra los problemas de mayor importancia. Se hizo notar que se le plantea al administrador sanitario una decisión difícil, ya que no hay una respuesta única a cualquier problema. Sobre la base de lo propuesto por el Consultor, se recomendaron los siguientes criterios:

- a. La gravedad del daño - volumen de población que afecta, número de muertos y enfermos que produce, etc.;
- b. Posibilidades de evitar el daño sobre la base de los conocimientos existentes y las posibilidades de aplicarlos con los medios disponibles;
- c. Costo que ocasiona el daño - el daño económico que resulta de no abordar el problema contra el costo del programa;
- d. Rendimiento que se espera tener del programa a largo y corto plazo, directa e indirectamente;
- e. Actitud de la comunidad - el apoyo y resistencia de la población a las medidas que es necesario tomar, recordando que es función de los

Servicios de Salud orientar a la comunidad;

- f. Valor educativo general de los programas;
- g. Compromisos o conveniencias internacionales o continentales; y
- h. Criterio político.

Todos estos puntos de vista se conjugan unos con otros y pueden ser mejor aplicados, para establecer prioridades, por una Comisión, que por una persona.

#### V. FORMULACION DE LOS PLANES DE SALUD:

Dentro de este tema se discutieron solamente dos tópicos de los que figuran en el esquema anexo.

1. Coordinación con otras agencias, en particular las de educación, agricultura, obras públicas, etc.

Se subrayó unánimemente la extrema importancia de la coordinación como mecanismo decisivo en los diversos aspectos de la formulación y ejecución del programa: en su financiamiento, en la legislación y en la organización de los servicios.

Se hizo notar la diferencia que existe entre coordinación y colaboración, analizándose numerosas experiencias de coordinación en los distintos países y los factores de éxito y fracaso, en áreas de demostración integral y en encuestas o programas especiales (nutrición, erradicación de la tuberculosis bovina, colonización de nuevas áreas, etc.). Se indicó que la coordinación descansa en la habilidad de quien la inicia para conquistar confianza y buena voluntad. El proceso es importante en todos los niveles, especialmente en el nivel local. Además, a ese nivel se facilita la coordinación porque todas las personas que trabajan se conocen y mantienen relaciones, si no amistosas por lo menos oficiales, dentro de límites de confianza más o menos grandes. Las Comisiones Interministeriales de alto nivel tienen sus indicaciones y valor decidido en ciertos casos.

Se discutió extensamente sobre la manera de obtener esta coordinación, habiéndose preparado el siguiente esquema:

#### BASES Y SISTEMAS O MECANISMOS PARA OBTENER LA COORDINACION ENTRE ORGANIZACIONES

##### BASES

Comunidad de objetivos.

Interés y voluntad.

##### SISTEMAS

"LEADERSHIP"

Conversaciones informales de los funcionarios.

BASES

SISTEMAS

Base común de conocimientos y acuerdo en los métodos.

Proyectos pilotos, desarrollados a nivel local.

Definición clara de responsabilidades.

Participación activa de los interesados.

Asignación de personal de una organización a otras.

Comisiones interinstitucionales con respaldo legal.

2. Personal

- a) Medidas para la formación de médicos, enfermeras, ingenieros, etc., por años y etapas.
- b) Desarrollo de la carrera sanitaria.

La discusión se enfocó con gran interés a la presentación, por la mayoría de los participantes, de los proyectos o de los activos programas en desarrollo en sus países para la preparación de personal de distinta categoría, mediante cursos nacionales y mediante becas. Algunos de esos programas han sido precedidos por una planificación a corto plazo de las necesidades de personal de diverso tipo para los servicios locales de salud. Un país ha estimado el número de médicos y enfermeras sanitarios requeridos en los próximos cuatro años y las facilidades necesarias para su preparación. La mayoría de los programas han tenido como objetivo afrontar las necesidades inmediatas y experimentar métodos para la formación local de personal.

Fué aparente, durante esta discusión, la preocupación unánime por la formación de personal competente a dedicación exclusiva o tiempo integral y en número suficiente, como elemento esencial de todo plan de salud.