

*comité ejecutivo del
consejo directivo*

ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD



*grupo de trabajo del
comité regional*

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



68a Reunión
Washington, D. C.
Julio 1972

INDEXED

Tema 17 del proyecto de programa

CE68/10 (Esp.)
5 junio 1972
ORIGINAL: ESPAÑOL

CENTROS MULTINACIONALES

CENTRO PANAMERICANO DE PLANIFICACION DE LA SALUD

PROGRAMA Y PRESUPUESTO
1972 - 1975

INTRODUCCION

El Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud en su XIX Reunión (septiembre-octubre de 1969) consideró la Resolución XII del Comité Ejecutivo (61a Reunión, junio/julio 1969) y un informe del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (Documento CD19/21), ambos sobre "Centros multinacionales". Como consecuencia dictó la Resolución XXXVII por la cual solicitó al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana la designación de un grupo de estudio con el encargo de formular un conjunto de normas generales para la creación y funcionamiento de dichos centros.

La XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana (septiembre-octubre de 1970) tomó conocimiento de la Resolución XIX del Comité Ejecutivo (64a Reunión) sobre el tema y aprobó las normas generales para la creación y funcionamiento de los centros multinacionales tomando en consideración las sugerencias del grupo de estudio y las contenidas en el informe del Director (Documento CE64/2).

La Resolución XIX de la 64a Reunión del Comité Ejecutivo también pidió al Director que informara sobre el programa y funcionamiento de los centros multinacionales, y que el proceso de revisión regular de los mismos se llevara a cabo con la asistencia de sus directores a las reuniones del Comité Ejecutivo en las que se discute el programa y presupuesto de la Organización. En cumplimiento de esta resolución asistieron a la 66a Reunión del Comité Ejecutivo y presentaron sus informes los directores de los Centros Panamericanos de Fiebre Aftosa y de Zoonosis. En la misma reunión se seleccionó al Centro Panamericano de Planificación de la Salud y al Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS) para que hagan lo propio en la 68a Reunión del Comité Ejecutivo (Resolución XXIII). Ello motiva la preparación de este documento que, en lo posible, sigue las instrucciones del señor Director de la Oficina en el sentido de dar énfasis al programa de actividades.

CE68/10 (Esp.)

CENTRO PANAMERICANO DE PLANIFICACION DE LA SALUD

PROGRAMA Y PRESUPUESTO
1972 - 1975

I. PROGRAMA PANAMERICANO DE PLANIFICACION PARA LA SALUD

A. Antecedentes

En la década 1951-1960 la OPS intensificó sus esfuerzos para promover la planificación de la salud en los Países Miembros, lo que tuvo su expresión en las Discusiones Técnicas celebradas con motivo de las reuniones del Consejo Directivo en los años 1956 y 1957, cuyos temas fueron "Métodos para la formulación de los planes nacionales de salud pública" y "Bases y métodos para evaluar los programas de salud", respectivamente.

El Acta de Bogotá (1960) y la Carta de Punta del Este (1961) no sólo recomendaron a los países el impulsar sus actividades de planificación, sino que esta última comprometió a la OPS a proporcionarles ayuda técnica.

A tal efecto la OPS se esforzó en desarrollar los recursos técnicos necesarios. En el mismo año, 1961, se estableció una unidad de planificación en la Oficina Central y se constituyeron grupos de expertos para encarar temas específicos tales como saneamiento ambiental, atención médica, nutrición, etc., cuya misión tenía tres objetivos principales: desarrollar métodos y técnicas de planificación, proveer adiestramiento en planificación de la salud y proporcionar ayuda técnica a los países.

Uno de esos grupos de expertos fue asociado a personal del Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES) y de la Escuela de Salud Pública, ambos de la Universidad Central de Venezuela y del Ministerio de Sanidad y Asistencia del mismo país, en un proyecto auspiciado por la OPS para producir un manual que sirviera para el adiestramiento de planificadores de la salud. A mediados de 1962 la versión preliminar del mismo fue utilizada en el primer curso nacional de planificación de la salud organizado en la Escuela de Salud Pública de la Universidad Central con la cooperación del CENDES, el Ministerio de Sanidad de Venezuela y la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), que incluyó un trabajo de campo y culminó con la formulación de un plan de salud para el Estado de Aragua.

Con esta experiencia la OPS suscribió un convenio con el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social (ILPES), para organizar anualmente en Santiago de Chile cinco cursos internacionales de planificación de la salud, el primero de los cuales se dictó en el último trimestre de 1962. El contenido de los cursos tendía a dar a los profesionales de la salud ciertos conceptos y métodos de la planificación de la salud dentro del marco de la planificación global para el desarrollo económico-social, teniendo en cuenta el relativo subdesarrollo en que se encuentran los países latinoamericanos.

El curso "experimental" en Venezuela y los dos primeros internacionales permitieron mejorar el manual utilizado en ellos y darle la versión

definitiva en 1964, publicada en abril de 1965 (OPS, Publicación Científica No. 111: Programación de la Salud. Problemas Conceptuales y Metodológicos) que constituye el núcleo de lo que pasó a ser conocido como la "Metodología OPS/CENDES".

Simultáneamente la OPS dió asistencia a los países en este campo proporcionándoles asesoría, especialmente con respecto a la inclusión del sector salud en los planes globales de desarrollo. En 1963, intensificó esta ayuda con la designación permanente de tres consultores en planificación, para trabajar en los países de Centro América y el Caribe y en dos zonas sudamericanas de la OSP que cubren ocho países. Esta asistencia, acrecentada, y el programa de adiestramiento, ampliado y modificado, se han mantenido hasta la actualidad.

Para 1965 había ya alguna experiencia en materia de planificación de la salud como para extraer ciertas conclusiones. En ese año se reunió en Puerto Azul, Venezuela, un grupo de estudio convocado por la OPS con ese propósito.

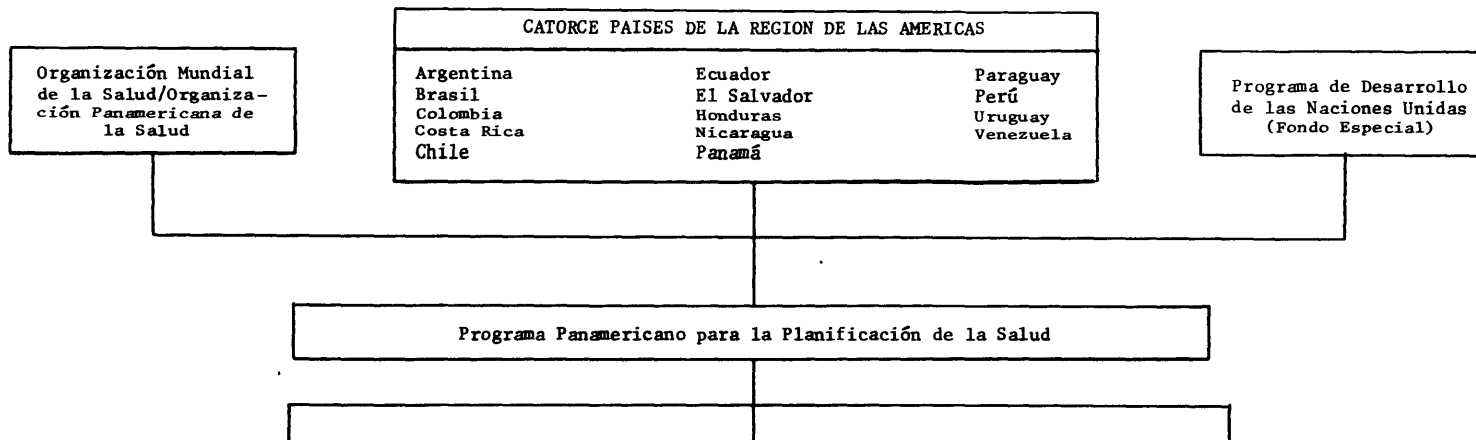
En lo sustancial sus conclusiones y recomendaciones fueron:

1. Que la carencia de conocimiento científico sobre el tema y las debilidades propias de la metodología OPS/CENDES imponían establecer un programa de investigación orientado a obtener el conocimiento necesario para superar ambas dificultades.
2. Que era conveniente crear una institución encargada de promover y dirigir las actividades de investigación, de organizar y dirigir los cursos internacionales y de colaborar con los cursos nacionales de alto nivel.
3. Que era clara la conveniencia de que una sola institución se ocupara no sólo de los aspectos citados sino también de importantes cuestiones vinculadas con los puntos críticos advertidos al considerar la planificación de la salud como un proceso; con la necesidad de incrementar el flujo de la información necesaria para dicho proceso; y con las variaciones y agregados hechos a la metodología OPS/CENDES que para entonces, y aisladamente, se habían ensayado en algunos países.

La OPS, sobre la base de estas recomendaciones, diseñó en el mismo año, 1965, un proyecto para la creación de un Centro Panamericano de Planificación de la Salud. El proyecto fue hecho suyo por 14 países¹ los cuales lo presentaron al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) con vistas a obtener su cooperación financiera para llevarlo a cabo. Después de un primer estudio por esta agencia en 1966, el proyecto, denominado "Programa Panamericano de Planificación para la Salud", fue presentado al Consejo de Administración del PNUD que lo aprobó en principio en junio de 1967, y en forma definitiva en enero de 1968, con la recomendación de que se iniciara de inmediato.

¹Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

PROGRAMA PANAMERICANO PARA LA PLANIFICACION DE LA SALUD



OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Continuar y ampliar los planes de adiestramiento de personal para la planificación de la salud de OPS/ILPES. 2. Promover y realizar investigación. 3. Recopilar y divulgar información. 4. Fortalecer la asesoría de la OPS a los Gobiernos para perfeccionar sus procesos de planificación de la salud. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adiestramiento: cursos básicos, especiales y avanzados; asesoría a escuelas de salud pública y departamentos de medicina preventiva. 2. Programa de investigaciones con los países: problemas metodológicos, funcionamiento interno del sector, análisis de las relaciones entre salud y el resto del sistema socioeconómico. 3. Centro de captación y difusión de información de los avances de los procesos y publicación de manuales. 4. Asesoría para el perfeccionamiento de los procesos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Expertos EUA\$1,890,000 2. Personal nacional EUA\$ 581,880 3. Servicios de secretaría y otro personal EUA\$ 65,800 4. Becas internacionales EUA\$ 528,700 5. Becas nacionales EUA\$ 458,790 6. Equipos y suministros EUA\$ 180,100 7. Costos varios EUA\$ 24,900 8. Costos generales de la OMS EUA\$ 199,600
SEDE DEL CENTRO	PARTICIPACION Y CONTRIBUCIONES	ORGANIZACION
Santiago de Chile (coordinación con ILPES)	(Ver Cuadro 4)	Agencia ejecutiva responsable: Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud.

Sin embargo, no fue declarado "operacional" hasta las postrimerías de 1970 al ser firmado el convenio respectivo - que incluía el Plan de Operaciones - por los países patrocinantes.

La OPS, el PNUD y los países signatarios asumieron la responsabilidad de financiar el programa y la OPS, en su calidad de Oficina Regional de la OMS para las Américas, la de organizarlo y dirigirlo. Las tareas preliminares en este sentido comenzaron ya en mayo de 1968 con la designación de algún personal y la iniciación de las actividades de investigación. Las de adiestramiento continuaron con el dictado de cursos internacionales en Santiago de Chile que, hasta 1970, revistieron el carácter que les era habitual, incluyendo la participación del ILPES en ellos.

B. La política de la OPS en materia de planificación

La política seguida por la OPS en este campo está en función de las ideas y circunstancias que impulsaron las actividades de planificación de la salud y de la experiencia ganada al desarrollar éstas.

La planificación se afirmó en la Región en las postrimerías de la década del '50 con el convencimiento de que era un instrumento útil para promover el desarrollo económico-social de los países. Se entiende éste como un fenómeno global y se reconoce la necesidad y la posibilidad de orientarlo con políticas y estrategias definidas que permitan alcanzar los fines deseados. La Carta de Punta del Este indica la decisión de los países de incorporar los sectores sociales a esa planificación porque se acepta, en el caso específico de salud, "que los programas de salud pública son esenciales y complementarios de los económicos".

Las circunstancias de salud imperantes estaban expresadas por altas tasas de mortalidad y morbilidad con fuerte proporción en ellas de las enfermedades transmisibles susceptibles de reducción o erradicación con las técnicas disponibles y afectando a los grupos de edad menor, particularmente a la población infantil; altas tasas de natalidad; concentración urbana de las poblaciones en su mayoría jóvenes; malas condiciones sanitarias ambientales; desnutrición; y recursos de salud relativamente escasos, inadecuadamente distribuidos y mal administrados.

La solución de estos problemas debía basarse en una teoría que explicara ecológicamente su génesis y que considerara a la salud como un fenómeno global. Con este enfoque, la planificación debía ser mucho más que la aplicación de métodos para formular planes-documentos y realizar controles periódicos de las actividades cumplidas, para constituirse en un proceso continuo, indivisible y permanente, del cual la preparación, la ejecución y la evaluación de planes son sólo una parte. Un proceso que permita aumentar la racionalidad de las decisiones en el sector, como vehículo y como consecuencia de una política de salud que considere a ésta en su totalidad y sea, además, consistente con la política general de desarrollo.

La política de la OPS en cuanto a planificación está, pues, basada en este enfoque latinoamericano de ella que le marca su objetivo global cual es el de prestar asistencia a los países para iniciar, impulsar y perfeccionar sus procesos de planificación de la salud, entendidos en la forma señalada. La expresión instrumental de esta política se centró en las actividades de adiestramiento y de asesoría a los países que se llevaron a cabo, regidas principalmente por la metodología OPS/CENDES. La experiencia ganada al desarrollarlas incluye logros pero también el reconocimiento de dificultades aún no superadas, ocasionadas primariamente por la insuficiencia de conocimiento científico sobre los problemas de salud tal como los encara la metodología OPS/CENDES, y por dificultades en la aplicación de ésta, debidas a sus limitaciones intrínsecas. En otras palabras, la metodología OPS/CENDES como único instrumento operativo resultó insuficiente para concretar procesos de planificación que materializaran plenamente los conceptos expresados. En este convencimiento, se imponía el perfeccionamiento de las políticas instrumentales según se venían realizando. A esto precisamente obedeció el establecimiento del Programa Panamericano de Planificación para la Salud que, manteniendo la validez de la política sustancial adoptada por la OPS, tiende a modificar las políticas instrumentales en cuanto a su número y a su contenido, siguiendo las orientaciones señaladas por la experiencia vivida.

C. Organización del Programa Panamericano de Planificación para la Salud

Según su Plan de Operaciones - estructurado para realizar la política básica de la OPS en planificación de la salud - el Programa tiene cuatro políticas instrumentales que, si bien relacionadas entre sí, son claramente diferenciables: Asesoría, Adiestramiento, Investigación e Información.

De acuerdo con la organización dada al Programa, las actividades de asesoría en planificación de la salud a los países se realizan a través de los canales regulares que utiliza la OPS para darla, cualquiera sea el tipo de ella; es decir, está a cargo de sus unidades específicas regionales, zonales y de país. Las otras tres, esto es, las de Investigación, de Información y de Adiestramiento, están a cargo de un centro establecido ad hoc: el Centro Panamericano de Planificación de la Salud, cuya estructura y funcionamiento sigue las normas generales para los centros multinacionales aprobadas por la XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana. La sede del Centro está en el edificio de las Naciones Unidas, en Santiago de Chile.

II. CENTRO PANAMERICANO DE PLANIFICACION DE LA SALUD

A. Propósitos y objetivos del Centro

El propósito del Centro está determinado por las políticas instrumentales elegidas por la OPS para alcanzar los fines acordados y puede definirse como sigue: "Contribuir al establecimiento y fortalecimiento de

procesos de planificación de la salud en los países de la Región a través de la creación y difusión de conocimiento y del adiestramiento consecuente de personal".

Se estima que satisfacer este propósito involucra la obtención de los siguientes objetivos:

1. Promoción y desarrollo de la capacitación de personal profesional en planificación de la salud por medio de cursos internacionales; cursos básicos nacionales de carácter subregional; seminarios avanzados; seminarios de actualización; seminarios sobre temas específicos de importancia particular; cursillos especiales de carácter regional, y adiestramiento en servicio.
2. Definición y desarrollo de un modelo de experimentación numérica para el análisis de los procesos en su totalidad, y su aplicación práctica. También el estudio de componentes o variables específicas de ese modelo por medio de la definición de submodelos y de su investigación en diversos países, así como investigaciones especiales de otros tipos.
3. Establecimiento de un servicio de información regional que permita tener un conocimiento actualizado del estado de situación de los procesos de planificación en los países de la Región y de experiencias semejantes fuera de ella.
4. Colaboración con otras organizaciones e instituciones y con las demás unidades de la OPS/OMS.
5. Evaluación del programa del Centro, y definición y estudio preliminar de temas, áreas, o campos no incluidos en el programa de investigación y que se considere merecen ser estudiados y/o definidos.

B. Responsabilidades del Centro

En relación con sus objetivos el Director de la OSP fijó al Centro (septiembre de 1970) las siguientes responsabilidades:

1. Adiestramiento
 - a) Promover el desarrollo de los cursos llamados básicos en algunos países con carácter subregional de tal manera de satisfacer las necesidades de toda la Región y dar asesoría en la preparación y programación de sus contenidos. Asimismo, prestar asistencia en su organización, administración y dictado, y en términos de proveer material docente.
 - b) Dictar cursos de actualización (a funcionarios que hubieran hecho cursos "básicos") y cursos especiales sobre campos o materias que

se consideren importantes para el proceso de planificación. Estos cursos deben ser dados "desconcentradamente" fuera de la sede del Centro cuando los países ofrezcan ventajas equiparables.

- c) Organizar otros medios de capacitación que no sean cursos formales en su sentido tradicional, como seminarios, adiestramiento en servicio, etc.

2. Investigación

- a) Realizar la investigación "Modelo Vinculador" y todas aquéllas que la alimenten y que por su complejidad no puedan llevarse a cabo en los países.
- b) Procurar el desconcentramiento de la función de investigación, promoviendo y apoyando en los países el desarrollo de investigaciones que contribuyan a la elaboración y/o perfeccionamiento de técnicas de planificación para completar y mejorar la metodología de planificación de la salud. El Centro mantendrá en esos casos la responsabilidad de recomendar las áreas o variables que deben estudiarse, así como los países que pudieran llevar a cabo estas investigaciones, y la de dar asesoría periódica hasta la fase final de cada investigación.

3. Información

- a) Procurar la información que se refiere a la planificación de la salud y a la evolución de los procesos respectivos, tanto en los países del Continente americano cuanto de otras regiones.
- b) Analizar, a la luz de la política de la OPS/OMS, la información que recolecte.
- c) Difundir y divulgar la información tendiente a promover y orientar los procesos de planificación, a motivar a los niveles de decisión políticos y administrativos, y a informar y estimular a los que trabajen directamente en planificación de la salud; en este último caso dando énfasis a las experiencias de terreno.

4. Asesoría a los países

- a) La asesoría a los países en materia de proceso de planificación de la salud es responsabilidad del AMRO-3700 y de los consultores zonales en planificación. No obstante, el personal del Centro podrá participar en la asesoría directa a través de los canales regulares de asesoría de la OPS.

- b) Participar en la capacitación de los funcionarios nacionales y consultores de la OPS sobre las materias técnicas envueltas en la colaboración de la OPS/OMS a agencias internacionales como el BID, BIRF, CIAP y otras.

5. Actividades de desarrollo interno

- a) Colaborar en el proceso de programación interna de la OPS, procurando estudiar y buscar soluciones a problemas técnicos y metodológicos vinculados a dicho proceso.
- b) Desarrollar un programa interno de trabajo sobre temas, áreas o campos que se considere merecen ser estudiados y/o difundidos buscando, después de definirlos y orientarlos, promover su desarrollo más completo en los países.

C. Estructura y administración

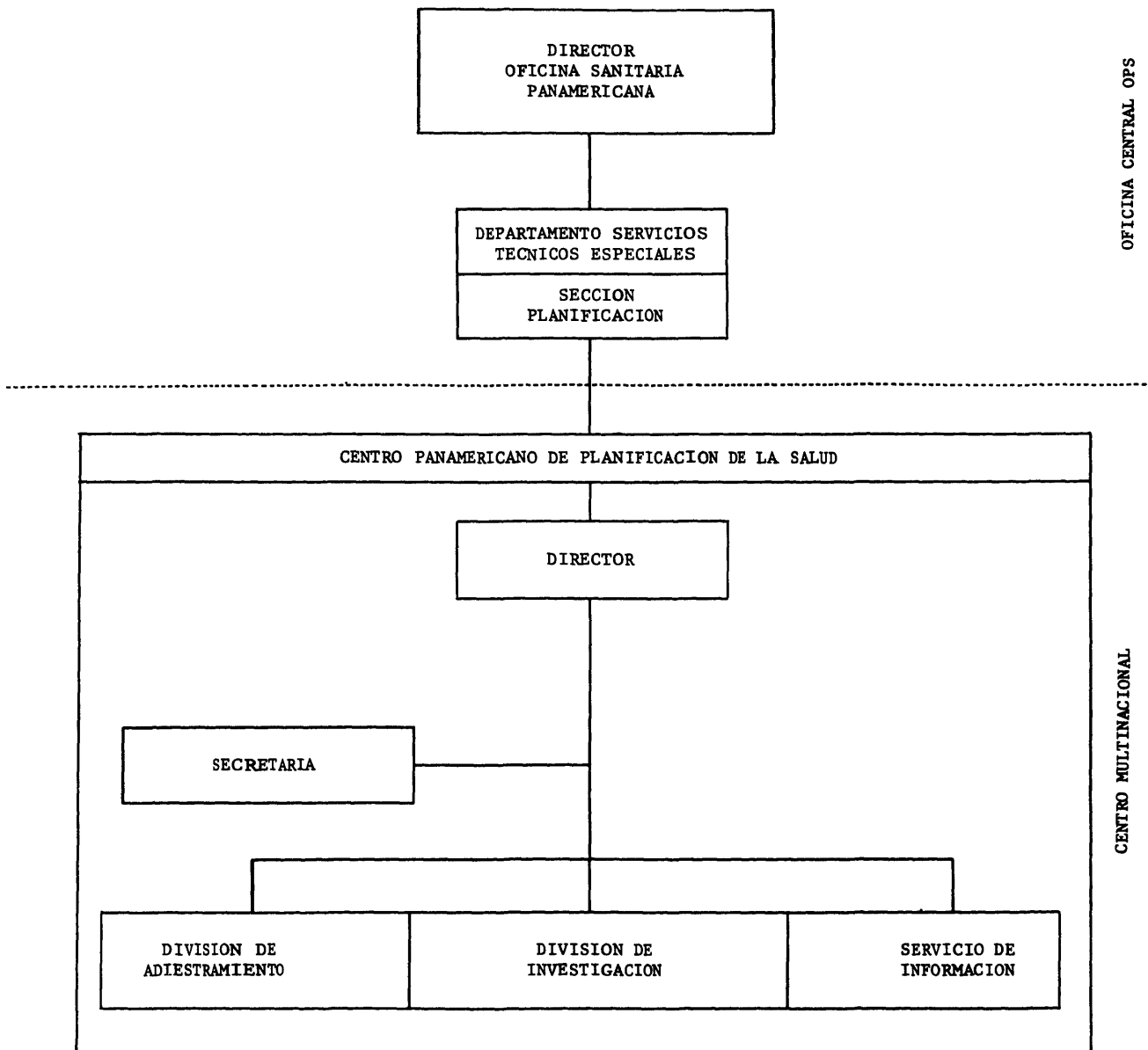
El Centro Panamericano de Planificación de la Salud ha sido organizado siguiendo los lineamientos considerados en el Plan de Operaciones del Programa Panamericano para la Planificación de la Salud. En dicho documento se establece que "la Agencia Ejecutiva (la OPS/OMS) planificará y dirigirá las operaciones (del Proyecto) a través del Asesor Técnico Principal. Este último será asignado al Proyecto por la Agencia Ejecutiva, en consulta con los Gobiernos participantes". Además se indica que "las actividades del Proyecto se organizarán a través de una división de adiestramiento y una de investigación", aunque las actividades a realizar comprendían también asesoramiento a los Gobiernos e información. Para esto último el mismo Plan de Operaciones señalaba que "el proyecto constituirá un centro de captación y de difusión de información" en relación con los avances logrados en los procesos de planificación.

Consecuentemente, la estructura organizativa del Centro comprende un director, una secretaría, la División de Adiestramiento, la División de Investigación y el Servicio de Información (ver cuadros 2 y 3). Estas tres últimas unidades existen más bien desde un punto de vista formal y sólo para que determinados recursos humanos asuman una mayor responsabilidad en el cumplimiento del programa de actividades de cada unidad, ya que se procura, en la práctica, que todo el personal del Centro trabaje en equipo, con participación efectiva, en lo posible, en todas las actividades.

El Plan de Operaciones considera ocho cargos profesionales, los cuales han sido distribuidos funcionalmente de la siguiente manera: uno para dirección, tres para adiestramiento, dos para investigación y dos para información. Los servicios de secretaría son contratados con la Administración del Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social y comprenden una secretaria administrativa, dos secretarías y un chofer-mensajero

CUADRO 2

CENTRO PANAMERICANO DE PLANIFICACION DE LA SALUD
ORGANOGRAMA ESTRUCTURAL SINTETICO Y RELACION DE DEPENDENCIA
CON LA OFICINA CENTRAL DE LA OPS



CUADRO 3
CENTRO PANAMERICANO DE PLANIFICACION DE LA SALUD
ORGANOGRAMA DE PERSONAL Y FUNCIONAL

DIRECTOR
P5: 4.3178
<ol style="list-style-type: none"> 1. Programar las actividades del Centro y responsabilizarse de su ejecución. 2. Coordinar el trabajo de las unidades que integran el Centro. 3. Responder por el equipo, material, transporte y desembolsos locales. 4. Vincular el Centro con el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social. 5. Participar activamente en las evaluaciones periódicas del Programa.

SECRETARIA *
3 secretarias 1 chofer-mensajero
<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar el manejo de la correspondencia. 2. Recibir dictado, preparar borradores y dactilografiar la documentación y correspondencia. 3. Mantener al día el archivo. 4. Cumplir funciones de secretariado en los cursos y seminarios que se realicen en la sede del Programa. 5. Cumplir las disposiciones en relación con mantenimiento y conservación de local, mobiliario, equipo, material y transportes.

* Servicios de secretaría y mantenimiento contratados con ILPES.
** Cedido por el Gobierno de Chile (desde enero de 1971).
*** A ser cedidos por el Gobierno de Chile.

DIVISION DE ADIESTRAMIENTO	DIVISION DE INVESTIGACION	SERVICIO DE INFORMACION
P5: 4.3219 P4: 4.3358 P4: 4.3359	P5: 4.3300 P4: 4.3351	P5: 4.3220 P4: 4.3357 1 Oficial** 2 Auxiliares***
<ol style="list-style-type: none"> 1. Participar en la programación de las actividades de adiestramiento y responsabilizarse de su ejecución. 2. Proponer a los directores, codirectores o coordinadores de cursos, seminarios o cursillos que vayan a actuar como tales en representación del Centro. 3. Informar sobre el desarrollo de las actividades de adiestramiento. 4. Coordinar las actividades de adiestramiento con las de investigación e información, participando en ellas cuando sea necesario. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Participar en la programación de las actividades de investigación y responsabilizarse de su ejecución. 2. Proponer los investigadores principales responsables de proyectos de investigación, cuando vayan a actuar como tales en representación del Centro. 3. Informar sobre el desarrollo de las actividades de investigación. 4. Coordinar las actividades de investigación con las de adiestramiento e información, participando en ellas cuando sea necesario. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Participar en la programación de las actividades de información y responsabilizarse de su ejecución. 2. Proponer a los corresponsales en los países que constituirán una de las bases del servicio de información. 3. Informar sobre el desarrollo de las actividades de información. 4. Coordinar las actividades de información con las de adiestramiento e investigación, participando en ellas cuando sea necesario.

encargado de impresiones, además de las facilidades para mantenimiento de transportes y equipo, adquisición de materiales y servicios de imprenta y reproducción. El Gobierno de Chile ha facilitado, desde enero de 1971, un funcionario quien actúa como oficial de información encargado del control y manejo de documentos en biblioteca y ha ofrecido, para cuando sea necesario, los servicios de dos auxiliares.

El Gobierno de Chile dio a la OPS una subvención por E°361,000 para una edificación provisional en un espacio vacío del edificio de las Naciones Unidas. La construcción, hecha a través de la Administración de CEPAL, ya ha sido terminada. Además, la OPS ha contribuido extraordinariamente con el mobiliario del Centro, para sustituir los que venía usando pertenecientes a CEPAL y a ILPES y que no se hallaban en buenas condiciones.

D. Financiamiento y presupuesto

El Programa Panamericano para la Planificación de la Salud se financia con aportes del Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas, de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, a nombre de los Gobiernos Miembros, y de aportes en especie de los países auspiciadores.

CUADRO 4

PROGRAMA PANAMERICANO PARA LA PLANIFICACION DE LA SALUD
PARTICIPACION Y CONTRIBUCIONES

FONDO ESPECIAL DEL PROGRAMA DE DESARROLLO DE LAS NACIONES UNIDAS	GOBIERNOS	OPS/OMS EN NOMBRE DE LOS GOBIERNOS	TOTALES
A) FINANCIAMIENTO	A) FINANCIAMIENTO	A) FINANCIAMIENTO	A) FINANCIAMIENTO
1. Contribución del Fondo Especial (Incluye \$226,800 de la OPS/OMS, a nombre de los Gobiernos, para gastos locales de funcionamiento) \$1,982,400	1. Contribución de contraparte en especie, estimado en \$1,119,000	1. Costos en expertos y becas \$906,700	\$4,008,100
B) UTILIZACION PREVISTA	B) UTILIZACION PREVISTA	B) UTILIZACION PREVISTA	B) UTILIZACION PREVISTA
1. Expertos: 720 meses-hombre \$1,512,000	1. Personal nacional \$ 581,880	1. Expertos: 189 meses-hombre \$378,000	1. Recursos humanos \$2,537,680
2. Servicios de secretaría y otro personal \$ 65,800	2. Varios \$ 78,330	2. Becas nacionales \$ 458,790	2. Equipos, suministros y varios \$ 258,430
3. Equipos y suministros \$ 180,100	3. Becas nacionales \$ 458,790	2. Becas internacionales \$528,700	3. Becas \$ 987,490
4. Otros costos locales de funcionamiento \$ 24,900			4. Otros costos \$ 24,900
5. Costos generales de la Agencia Ejecutiva \$ 199,600			5. Costos generales de la Agencia Ejecutiva 199,600

E. Actividades realizadas

1. Adiestramiento

Aunque la metodología OPS/CENDES posibilitó un significativo avance en las actividades de planificación de la salud, tanto en lo conceptual cuanto en su práctica, la experiencia adquirida con su utilización y la creciente precisión que se alcanzó con respecto a la definición y características de los componentes del proceso de planificación de la salud demostraron, como ya se dijo anteriormente, que ella no bastaba para encarar el estudio integral del sector salud, esto es, en todos sus niveles y con respecto a todos los componentes del proceso.

La redefinición de las políticas instrumentales efectuada en 1970 con vistas a la implementación del Programa Panamericano para la Planificación de la Salud se basó en estos hechos, los cuales, naturalmente, provocaron profundos cambios en el área "adiestramiento". A este respecto el grupo de trabajo de consultores en planificación de la OPS que se reunió en Macuto (Caracas, Venezuela) en el mismo año recomendó que el contenido de los cursos incluyera el tratamiento de todos los aspectos con que los planificadores se estaban enfrentando en la práctica, y no solamente los elementos teóricos y técnicos del método OPS/CENDES. Basó esta recomendación en su creencia de que la falta de dinámica o estancamiento de los procesos de planificación de la salud en algunos países era independiente de la correcta o incorrecta aplicación del método OPS/CENDES y se debía, entre otras razones, a la poca familiaridad de los planificadores con otras técnicas complementarias que se hubieran podido y debido emplear.

Todo esto autoriza a que al describir las actividades desarrolladas en materia de adiestramiento se distingan dos etapas: la que va de 1962 a 1970 y la que se inició a partir de 1971.

En la primera la enseñanza ponía el acento en dar capacitación en la formulación de planes y en el establecimiento de los elementos formales del proceso tales como la organización de unidades sectoriales de planificación, el enfoque local de los planes, la optimización del uso de los recursos disponibles, etc.

En la segunda etapa se enfatiza la necesidad de considerar los procesos de planificación en forma más dinámica; la consideración simultánea de las áreas locales y de los niveles sectorial, regional, institucional y de establecimiento; la idea de cambio estructural en consonancia con los cambios estructurales requeridos para el desarrollo global socioeconómico; la importancia de los componentes político-administrativos del proceso; el adiestramiento para el empleo de varias otras técnicas (de diagnóstico sectorial y análisis institucional, de programación de inversiones, de programación regional, etc.) además de los aspectos útiles del método OPS/CENDES; la necesidad de identificar y explicar causalmente los problemas que

dificultan la obtención de la imagen-objetivo que se desea alcanzar, como paso previo indispensable para proponer las soluciones viables; y la conveniencia de adquirir flexibilidad en la aplicación de todas las técnicas disponibles. Otras dos características importantes del programa de adiestramiento en esta segunda etapa son, en primer término, la diversificación de la enseñanza que se da en cursos de diferente tipo: cursos básicos, seminarios, adiestramiento en servicio, etc.; y en segundo, que se procura ofrecerlos en forma "desconcentrada", es decir, que se trata de llevarlos del Centro, en Santiago, a los países que brindan facilidades comparables a las que existen en aquél.

Estas diferencias pueden analizarse al comparar el contenido de los cursos internacionales dictados desde 1962 hasta 1970 inclusive y el de los programados bajo la denominación de "Cursos Básicos" a partir de 1971 que fue utilizado, aunque parcialmente, en el primero de ellos que tuvo lugar en San José, República de Costa Rica. Las diferencias pueden notarse en los cuadros 5 y 6 que presentan el contenido del IX Curso Internacional y último de este tipo, dictado en Santiago en 1970, y el del Curso Básico que se realizará en Medellín y en Lima en 1972.

a) Formación básica en planificación de la salud

i) Cursos internacionales

De 1962 a 1970 se dictaron nueve cursos en la sede de Santiago, Chile, en los que colaboraron, además de ILPES y CEPAL, la Escuela de Salubridad y el Servicio Nacional de Salud de Chile; el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) y otras instituciones. Uno más en idioma inglés, fue organizado en colaboración con la University of the West Indies y se desarrolló en Jamaica en 1970. Desde luego fueron introducidas algunas variaciones en estos cursos a medida que la experiencia docente lo iba aconsejando. Ellas son especialmente notorias en los cursos de 1968, 1969 y 1970, después que el Centro Panamericano de Planificación de la Salud había comenzado sus tareas preliminares. Sin embargo, tales modificaciones no fueron esenciales. En los cuadros 7 y 8 se sintetiza alguna información sobre esos cursos.

ii) Cursos básicos

Como se ha expresado, en 1970 se modificó sustancialmente la orientación y el contenido de los cursos internacionales, a los que hoy se denomina "Cursos Básicos". Siguiendo las recomendaciones del Comité Técnico Asesor del Programa, se ha buscado desconcentrar estos cursos llevándolos a países con recursos suficientes para asegurar el cumplimiento de los requisitos que para organizarlos se han establecido; son de carácter "subregional" y se dictan dando responsabilidad primaria a las escuelas de salud pública y a los Ministerios de Salud de los países donde ellos se desarrollan.

CUADRO 5

CONTENIDO DEL 9° CURSO INTERNACIONAL DE
 PLANIFICACION EN SALUD. AÑO 1970

Unidades y Materias	No. de horas
<u>Unidad I. Salud y desarrollo</u>	<u>129</u>
1. Análisis de las relaciones entre salud y desarrollo	36
2. Conceptos básicos sobre economía y sistemas económicos	26
3. Problemática social en el proceso de desarrollo de América Latina	7
4. Los problemas de población en el proceso de desarrollo de América Latina	3
5. Análisis general del contexto político del desarrollo	3
6. El desarrollo económico en América Latina	12
7. La planificación económica	12
8. Aspectos sociológicos del marco institucional organizativo	6
9. Aspectos generales de la administración para el desarrollo planificado	6
10. Problemática regional del desarrollo	3
11. Financiamiento del sector salud	6
12. Desarrollo agrícola y política de alimentación	6
13. El problema de la vivienda	3
<u>Unidad II. Metodología para la planificación de la salud</u>	<u>291</u>
1. Aspectos generales	6
2. Metodología OPS/CENDES	195
3. Técnicas de análisis del sector	6
4. Sistemas de información	6
5. Presupuesto por programas	27
6. Técnicas de investigación operativa	3
7. Preparación de la ejecución del plan aprobado	9
8. Proyectos de inversión	15
9. Evaluación de planes	6
10. Práctica de campo	18
<u>Unidad III. Estrategia para la promoción del proceso de planificación de la salud en América Latina</u>	<u>24</u>
1. Organización, adiestramiento e investigación para la planificación	9
2. El proceso de planificación de la salud en los países	6
3. Presentación de planes	9

CUADRO 6

CONTENIDO DE LOS CURSOS BASICOS
 DE PLANIFICACION EN SALUD, AÑO 1972

	Horas docentes
<u>Unidad I. La situación de salud y su marco de referencia</u>	
	<u>105</u>
1. <u>Introducción general al Curso</u>	<u>3</u>
2. <u>La salud en la Región</u>	<u>21</u>
2.1 La situación de salud en los países de la Región . .	9
2.2 La teoría ecológica de la salud	3
2.3 Introducción a la teoría de sistemas; el sistema de salud	6
2.4 El concepto de proceso; el proceso de planificación .	3
3. <u>El contexto</u>	<u>48</u>
3.1 La población y los problemas demográficos	<u>3</u>
3.2 La estructura económica	24
3.2.1 El funcionamiento de la economía. Los sistemas económicos	12
3.2.2 Características del desarrollo y subdesarrollo.	3
3.2.3 Los problemas de una economía subdesarrollada en la Región	3
3.2.4 Los mecanismos de la asignación de recursos . .	6
3.3 La estructura social.	21
3.3.1 Aspectos sociológicos	15
3.3.2 Introducción al análisis político	6
4. <u>Desarrollo y salud</u>	<u>15</u>
4.1 Conceptos generales	3
4.2 Relaciones entre salud y desarrollo	12
5. <u>La planificación</u>	<u>18</u>
5.1 Enfoques de la planificación y conceptos generales. .	3
5.2 La planificación económica	3
5.3 La planificación del sector público	3
5.4 La planificación de la salud	9
5.4.1 Análisis crítico de la experiencia histórica en América Latina	
5.4.2 Aspectos doctrinarios	
<u>Unidad II. Problemas y métodos en la planificación en el sector salud</u>	
	<u>306</u>
1. <u>El diagnóstico de la situación de salud</u>	<u>141</u>
1.1 Introducción general	3
1.2 El estado de salud	27

Cuadro 6 (Cont.)

	Horas docentes
1.2.1 Conceptos generales sobre medición en salud . . .	3
1.2.2 Análisis del nivel de salud y su estructura . . .	15
1.2.3 Análisis de las necesidades de la población . . .	6
en términos de servicios	3
1.2.4 Métodos especiales para problemas específicos . . .	3
1.3 Los factores condicionantes externos al sector . . .	9
1.3.1 La población	
1.3.2 El ambiente natural	
1.3.3 La actividad económica	
1.3.4 Otros aspectos	
1.4 Los factores condicionantes intrasectoriales . . .	90
1.4.1 Análisis de la oferta	75
a) Introducción general	3
b) Análisis a nivel del sector y de las instituciones	33
c) Análisis a nivel de los establecimientos	33
d) Análisis a nivel regional	6
1.4.2 Los sistemas de información en el sector . . .	6
1.4.3 Los sistemas de decisión	3
1.4.4 Las oportunidades de inversión	4½
1.4.5 Las investigaciones	1½
1.5 Los recursos humanos	3
1.6 Síntesis del diagnóstico	9
2. <u>La formulación de planes</u>	<u>165</u>
2.1 <u>Introducción general</u>	<u>2</u>
2.2 <u>Formalización de la política de salud</u>	<u>19</u>
2.2.1 El establecimiento de objetivos (imágenes- objetivo)	4
2.2.2 Los requisitos políticos	4
2.2.3 Las condiciones y márgenes del financiamiento	6
2.2.4 La formulación de estrategias	6
2.2.5 La creación y/o fortalecimiento de condiciones y requisitos para el proceso	9
2.3 <u>La programación</u>	<u>69</u>
2.3.1 Prioridades y normas	12
2.3.2 La programación a nivel global	6
2.3.3 La preparación de programas	24
2.3.4 Consolidación y reajustes	3
2.3.5 Planes derivados	12
a) Formación y capacitación de recursos humanos	4
b) Inversiones físicas	6
c) Investigaciones	2

Cuadro 6 (Cont.)

	Horas docentes
2.3.6 Elementos para articulación intersectorial	6
2.3.7 Los planes regionales	6
2.4 La preparación de la ejecución	72
2.4.1 Introducción	1
2.4.2 La preparación de proyectos	8
2.4.3 Los presupuestos	27
2.4.4 Técnicas de programación operativa. Calendarios	12
2.4.5 Los sistemas de control y evaluación	6
2.4.6 Adecuación orgánica	3
2.4.7 Adecuación de servicios técnicos y sistemas administrativos	15
2.5 La presentación de planes	3
Unidad III. <u>El proceso de planificación de salud</u>	<u>12</u>
1. <u>Recapitulación de aspectos conceptuales</u>	} 5
2. <u>Análisis de situación</u>	
3. <u>Formulación de estrategias</u> para promoción de los procesos de planificación en la Región	7
Unidad IV. <u>Estudio de casos</u>	<u>30</u>
(Ejercicio de aplicación del contenido del Curso a realidades concretas)	

CUADRO 7

CURSOS INTERNACIONALES DE PLANIFICACION EN SALUD, 1962-1970

Curso	Año	Duración			Alumnos					Organizadores
		Fechas	Semanas	Horas	No.	Países de origen	Consult. de la OPS/QMS	Becas de la OPS/QMS		
1°	1962	Oct. 8, Dic.21	11	324	20	19	-	19	OPS/QMS-ILPES	
2°	1963	Sept. 2, Dic. 6	14	380	32	17	9	20	OPS/QMS-ILPES	
3°	1964	Sept. 7, Dic.11	14	380	34	15	8	22	OPS/QMS-ILPES	
4°	1965	Sept. 6, Dic.10	14	383	32	14	5	22	OPS/QMS-ILPES	
5°	1966	Sept.12, Dic.16	14	402	36	14	4	25	OPS/QMS-ILPES	
6°	1967	Sept.11, Dic.15	14	378	30	17	1	25	OPS/QMS-ILPES	
7°	1968	Ago. 5, Nov.22	16	450	25	12	1	24	PLANSALUD	
8°	1969	Jul. 28, Nov.14	16	450	28	13	2	20	PLANSALUD	
9°	1970	Jul. 27, Nov.13	16	435	30	14	-	24	PLANSALUD	
Jamaica	1970	Sept.28, Dic. 3	10	222	12	8	-	7	PLANSALUD-Univ. of the West Indies	

CUADRO 8

PAIS DE PROCEDENCIA Y PROFESION DE LOS PARTICIPANTES EN LOS
CURSOS INTERNACIONALES DE PLANIFICACION EN SALUD, 1962-1970

País	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1970*	1962-1970
Argentina	1	3	3	3	3	1	-	-	-	-	14
Bolivia	1	1	2	2	2	2	2	2	1	-	15
Brasil	1	2	3	2	5	2	-	1	1	-	17
Colombia	1	2	2	3	4	2	3	2	4	-	23
Costa Rica	1	-	-	1	-	1	1	-	3	-	7
Cuba	1	-	-	2	-	-	-	-	2	-	5
Chile	1	3	5	5	7	4	3	6	4	-	38
Ecuador	1	-	2	-	2	1	3	-	3	-	12
El Salvador	1	2	2	-	1	2	2	2	2	-	14
Guatemala	1	1	-	-	-	-	1	1	-	-	4
Haití	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Honduras	1	1	1	1	1	1	-	-	2	-	8
México	1	3	2	1	-	1	1	1	2	-	12
Nicaragua	1	1	-	1	-	1	-	-	1	-	5
Panamá	1	1	1	-	-	3	1	4	2	-	13
Paraguay	1	3	2	2	2	1	1	2	2	-	16
Perú	2	4	3	4	1	2	3	-	1	-	20
Rep. Dominicana	1	-	1	-	2	-	-	-	-	-	4
Uruguay	1	1	-	1	2	2	2	2	-	-	11
Venezuela	1	2	4	3	3	3	2	2	-	-	20
Barbados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Belice	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Dominica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Granada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Jamaica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	5
San Cristóbal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
San Vicente	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Trinidad y Tabago	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	2
Otros	-	1	1	1	1	-	-	2	-	1	7
<u>Profesión Básica</u>											
Médicos	20	31	30	27	32	25	20	19	18	6	228
Odontólogos	-	-	1	2	1	-	1	1	2	-	8
Ingenieros	-	-	1	1	2	-	-	2	1	-	7
Enfermeras	-	-	1	1	1	3	-	-	-	1	7
Economistas	-	-	1	1	-	-	1	2	2	-	7
Administradores	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4	5
Estadísticos	-	1	-	-	-	2	-	-	-	1	4
Arquitectos	-	-	-	-	-	-	2	-	2	-	4
Abogados	-	-	-	-	-	-	1	1	1	-	3
Otras profesiones	-	-	-	-	-	-	-	3	3	-	6
Total	20	32	34	32	36	30	25	28	30	12	279

*Curso dictado en Jamaica, en inglés, para los países del área del Caribe.

El primero de ellos tuvo lugar en San José, Costa Rica. Duró 16 semanas (entre el 30 de agosto y el 17 de diciembre de 1971) con 450 horas netas de trabajo y participaron 14 alumnos de Centro América y Panamá y cinco de México. Colaboraron en él, además del Ministerio de Salud Pública, el ILPES, CELADE, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), el Instituto Costarricense de Administración Pública (ICAP) y consultores de la Zona III de la OPS. Este curso ha permitido evaluar las modificaciones tanto de la filosofía como de los procedimientos docentes que se desea introducir en los nuevos cursos. Su resultado fundamenta la confianza con que se espera la realización de los próximos que se darán en 1972 en Medellín, Colombia, del 3 de abril al 21 de julio, para servir a Colombia, México, Centro América y Panamá; en Lima, Perú, del 5 de junio al 22 de septiembre, con vistas a recibir participante de Bolivia, Brasil, Ecuador, Perú, y Venezuela; y en Buenos Aires, Argentina, del 21 de agosto al 8 de diciembre para cubrir las necesidades de Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay. (Un detalle más completo de estos cursos puede verse en el punto F "Programación 1971-1975".)

b) Capacitación en temas especiales y capacitación avanzada

Para cumplir con el propósito de diversificar el adiestramiento cubriendo en profundidad aquellos aspectos o componentes del proceso de planificación particularmente importantes o que la enseñanza había descuidado por carecerse de técnicas apropiadas para estudiarlos, el Centro organizó una serie de seminarios sobre temas específicos, los que serán repetidos en el futuro (ver "Programación 1971-1975").

A continuación se mencionan los realizados durante 1971. Información más detallada sobre ellos figura en los cuadros 9 y 10 y los correspondientes a su estructura y contenidos en el Anexo I.

i) Seminario sobre Programación de Inversiones en el Sector Salud

Celebrado en Lima, Perú, entre el 7 de junio y el 2 de julio. Contó con la colaboración de la Escuela de Salud Pública del Ministerio de Salud Pública; del ILPES; del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS), y de la Zona IV de la OPS.

ii) Seminario sobre Diagnóstico Sectorial y Análisis Institucional

Tuvo lugar en la sede del Centro en Santiago, Chile, entre el 23 de agosto y el 16 de septiembre con la colaboración del Ministerio de Salud Pública de Chile y el ILPES.

iii) Seminario sobre Financiamiento en el Sector Salud

Se llevó a cabo en Buenos Aires, República Argentina, entre el 20 de septiembre y el 15 de octubre, con la colaboración de la Subsecretaría de Salud Pública de la Nación; la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires; el Centro Latinoamericano de Administración Médica (CLAM); el Centro Panamericano de Zoonosis (CEPANZO); y el ILPES y la Zona VI de la OPS.

CUADRO 9

SEMINARIOS DESARROLLADOS POR EL CENTRO PANAMERICANO DE
 PLANIFICACION DE LA SALUD DURANTE EL AÑO 1971

Seminario	Lugar	Fechas	Horas	Participantes		Becas de la OPS/OMS
				No.	Países	
Programación de Inversiones	Lima	Jun. 5 - Jul. 2	112	17	6	10
Diagnóstico Sectorial y Análisis Institucional	Santiago	Ago. 23 - Sept. 6	114	11	9	9
Financiamiento en el Sector Salud	Buenos Aires	Sept. 20 - Oct. 15	116	15	7	6
Seminario Avanzado sobre Políticas y Estrategias	Santiago	Nov. 15 - Dic. 10	111	13	9	11

CUADRO 10

PAIS DE PROCEDENCIA, PROFESION BASICA Y FORMACION PREVIA
 DE LOS PARTICIPANTES EN LOS SEMINARIOS DEL
 CENTRO PANAMERICANO DE PLANIFICACION DE LA SALUD
 DURANTE EL AÑO 1971

	Programación de inversiones	Diagnóstico y análisis institucional	Financiamiento en el sector salud	Seminario avanzado	Total
PAIS:					
Argentina	2	2	7	2	13
Colombia	4	1	1	2	8
Costa Rica	-	1	-	-	1
Cuba	-	-	-	1	1
Chile	2	2	2	2	8
El Salvador	-	1	1	1	3
Guatemala	-	1	1	-	2
México	-	1	1	2	4
Nicaragua	-	-	-	1	1
Panamá	1	-	-	1	2
Perú	7	-	-	1	8
Uruguay	-	1	-	-	1
Venezuela	1	1	2	-	4
PROFESION BASICA:					
Médicos	7	7	7	12	33
Economistas	2	2	6	-	10
Ingenieros	5	-	-	-	5
Arquitectos	2	1	-	-	3
Abogados	1	1	1	-	3
Sociólogos	-	-	1	-	1
Contadores	-	-	-	1	1
Total	17	11	15	13	56
FORMACION PREVIA:					
En salud pública	9	8	3	12	32
En planificación	4	5	-	6	15

En lo sucesivo el tema de este seminario será incorporado al Seminario "Diagnóstico Sectorial y Análisis Institucional" expandido convenientemente para ello.

iv) Seminario avanzado sobre "Políticas y Estrategias en el Proceso de Planificación de la Salud"

Dedicado a planificadores con experiencia y a ejecutivos del sector salud de alto nivel, se realizó en Santiago, Chile, entre el 15 de noviembre y el 10 de diciembre.

c) Otras actividades de adiestramiento

El Centro, en la medida de sus posibilidades, colabora con otras instituciones de enseñanza en la preparación de material y, en ciertos casos, en el dictado de clases y la preparación de charlas y conferencias acerca de la planificación en salud.

Particularmente, atendiendo a solicitudes hechas por los países a través de la OPS/OMS, puede colaborar en la preparación de los currícula, provisión y preparación de material docente y asesoría técnica para el dictado de cursos nacionales de planificación en salud.

En este último aspecto en 1969 el Centro, a solicitud del Gobierno de Bolivia, diseñó un curso nacional y participó en la docencia conjuntamente con el Representante de la OPS/OMS en ese país y el Consultor de Planificación de la Zona IV. Asimismo, en colaboración con técnicos de Cuba, y a solicitud de este país, ha diseñado y participará en la docencia de un curso nacional que se llevará a efecto durante el tercer trimestre de 1972.

2. Investigación

La División de Investigación del Centro tiene el propósito de crear conocimiento de aplicación práctica relacionado con las variables y problemas que presentan los procesos de planificación en salud. Para tal fin, desde la iniciación de sus actividades, a poco de entrar el Centro en operación en mayo de 1968, la División ha centrado su atención mayormente en el desarrollo de un modelo paramétrico, utilizando la experimentación numérica que cubre todo el espectro de tales variables, sean estas sectoriales o extrasectoriales, al que se ha dado en llamar "Modelo Vinculador". Ha diseñado también varios otros trabajos de investigación, la mayor parte de ellos relacionados con el desarrollo de submodelos que, utilizando experimentación numérica y dentro del marco del modelo vinculador, están encaminados a enriquecer a este último y a proveer de ciertos elementos de utilización práctica inmediata dentro de los procesos de planificación. Tales por ejemplo, los submodelos de inversiones, de financiamiento, de recursos humanos, de análisis político, de enfermedades crónicas, de enfermedades transmisibles, etc. Por último, la División también ha abordado la investigación de ciertos aspectos no relacionados directamente con los modelos de experimentación numérica a los que se hace referencia más adelante.

Con el fin de llevar a cabo este ambicioso programa, el Centro hace esfuerzos por descentralizar la investigación propiciando y apoyando los proyectos que pueden ser llevados a cabo en los países, cuando tales proyectos contribuyen a la formulación y al mejoramiento de los métodos de planificación, o cuando ellos se relacionan con las variables y aspectos que pueden alimentar y enriquecer el modelo vinculador. En estos casos el Centro tiene la responsabilidad de aconsejar acerca de las áreas y aspectos a ser investigados, de decidir en qué países tal tipo de investigación puede ser llevada a cabo con mayores ventajas, y de brindar asesoría periódica a los proyectos para asegurar que se llega a resultados tangibles que pueden ser puestos en práctica sin demora.

a) El modelo vinculador

El diseño de este modelo, iniciado en 1969, fue completado en 1970. Desde luego se trata de la formulación teórica, ya que su implementación en la práctica está supeditada a la disponibilidad de información real acerca del país para el cual tenga que ser construido, de la operación de otros proyectos de investigación subsidiarios, y del acceso a equipo de computación y personal de programación compatibles con las características de los procedimientos de la experimentación numérica, con las múltiples variables que se incluyen, interrelaciones e hipótesis a ser probadas.

b) Versión reducida del modelo vinculador

Se formuló una versión reducida con propósitos de demostración y para experimentación del funcionamiento del modelo vinculador. Esta versión, para la cual se obtuvo información de un país, fue luego programada para su acceso a computación por el Departamento de Computación de la Universidad Central de Venezuela, donde se llevaron a cabo varios experimentos.

c) Modelo para la Argentina

Se brindó asesoría y colaboración en la formulación de una proposición preliminar de un modelo de experimentación numérica para la Argentina. El llamado "Modelo Global", desarrollado por el Estudio sobre Salud y Educación Médica patrocinado por la Secretaría de Salud Pública y la Asociación de Facultades de Medicina de ese país, constituye una aplicación del modelo vinculador a una realidad concreta nacional, destinada al análisis de la problemática total de la salud, y especialmente para estudiar las consecuencias de la aplicación de diversas políticas de alternativa, brindando elementos de juicio para una mayor racionalidad en la toma de decisiones.

d) Submodelo de financiamiento

Este proyecto es una aplicación específica emergente del modelo vinculador. Se desarrolló en la Provincia de Mendoza, Argentina, a solicitud de las autoridades de salud de dicha provincia y como consecuencia inmediata

de la construcción del modelo global arriba mencionado. Su propósito es el de analizar la viabilidad de los aspectos financieros de los sistemas de atención médica. Este proyecto se halla en la fase de análisis de resultados, ya que fue formulado, implementado, programado y computado en colaboración con el Centro de Cómputos en Salud de Buenos Aires.

e) Submodelo de inversiones

Se completó el diseño de este submodelo, preparado en colaboración con la División de Proyectos del ILPES. Comprende una metodología para la programación de las inversiones del Sector Salud, una clasificación de los proyectos de inversión y la formulación de manuales para la preparación de proyectos. Se halla en trámite la firma de un convenio con el Ministerio de Salud del Perú para la investigación conjunta sobre la aplicación práctica de este submodelo.

f) Programación del modelo metodológico

Este proyecto, destinado a profundizar en el estudio de variables y aspectos aplicativos del método OPS/CENDES, fue concluido a principios de 1972. El programa para computación preparado por el Departamento de Computación de la Universidad Central de Venezuela, por algunas dificultades en esta Universidad, debió ser implementado en la Empresa de Computación e Informática de Santiago de Chile. Los resultados están siendo analizados.

g) Evaluación de procesos de planificación

Se preparó un esquema metodológico destinado al estudio y análisis evaluativo de los procesos de planificación. Este esquema es la continuación de trabajos iniciados con el Gobierno de Chile y con el grupo de investigación PLANSAN del Departamento de Antioquia, Colombia. Se ha prestado asesoría y colaboración a este último grupo, que ha de continuarse hasta la culminación del proyecto.

h) Estudio de tipologías

Esta investigación no está directamente relacionada con el modelo vinculador, pero pretende aportar elementos para la definición de políticas de salud más adecuadas a las realidades nacionales y orientar mejor la conducción de algunas investigaciones de salud. Se ha confeccionado, con la información de 20 países de la Región, proveniente de las Proyecciones Cuadrienes, tipologías de salud y de desarrollo, que se encuentran en una nueva revisión a la luz de la información obtenida en las proyecciones cuadrienes de 1971.

i) Estudio de relaciones estructurales

Esta investigación se dirige a estudiar las relaciones entre diversas características estudiadas por las varias ciencias sociales, con especial

énfasis en los aspectos vinculados a la salud. Se ha concluido un primer diseño con los lineamientos generales y conceptuales y se ha iniciado la recolección de información pertinente.

3. Información

Desde la iniciación de las labores del Centro en 1968 hasta 1971 no se dispuso de personal para organizar y poner en marcha un programa de información del Centro. Durante este tiempo, tanto el personal de la división de adiestramiento como el de investigación produjeron una serie de trabajos para ser utilizados con propósitos internos en la docencia, o a solicitud de instituciones diversas. Asimismo se hizo acopio de material bibliográfico y documentos producidos por otras instituciones, pertinentes a los procesos de planificación en salud, que era utilizado para los cursos que se dictaban.

A fines de 1970, simultáneamente con la programación de actividades de adiestramiento para 1971-1974, se hizo también una programación tentativa de las actividades del servicio de información, las que no se pudieron implementar hasta julio de 1971 cuando se designó a un profesional para hacerse cargo de este servicio, quien desde entonces se ha ocupado preferentemente de rediseñarlo. A principios de 1972 se acordó la organización actual del servicio, enunciándose los propósitos y estructura de éste, el tipo de información que ha de recopilar y difundir, los usuarios de esta información y la selección de los mecanismos que ha de utilizar.

Al propio tiempo, con el apoyo de un oficial de información puesto al servicio del Centro por el Gobierno de Chile, se procedió a recopilar, ordenar y preparar para su distribución los trabajos de todo tipo producidos por el Centro, cuya lista se muestra en el Anexo V. También el Servicio de Información ha producido algunos documentos especiales como los titulados "Socio-Economic and Health Planning in Latin America", en inglés, y destinado a difundir los antecedentes y estado actual de la planificación en salud en países de habla inglesa; "La utilización de los datos demográficos y el tratamiento de la población en la planificación de la salud".

También se ha ocupado el servicio de la preparación y difusión de documentos informativos acerca de las actividades del Centro, así como de la redacción de documentos oficiales de éste. Ha iniciado la organización de su unidad de documentación y está preparando para publicación dos manuales sobre métodos desarrollados por el Centro. Se está atendiendo una creciente demanda por información de personas e instituciones interesadas, y se proyecta una expansión de las actividades durante 1972.

4. Colaboración con otras instituciones

El Centro, dentro de los límites de sus posibilidades, colabora con instituciones docentes de la Región, dictando conferencias y clases acerca de planificación en salud, o de los aspectos de salud dentro de la planificación del desarrollo, y brindando asesoría y colaboración en la estructuración de actividades de adiestramiento en planificación de la salud.

A requerimiento del ILPES, se dictaron clases (5 y 10 horas respectivamente) en los cursos sobre planificación de recursos humanos de 1968 y 1970, y 15 horas en el curso de planificación del Sector Público en 1969. También se ha colaborado con el ILPES en la programación de algunas actividades de asesoría que brinda este Instituto, contribuyéndose muy especialmente en algunos aspectos de la confección de guías para la presentación de proyectos de inversiones.

Durante 1970 y 1971 el Centro ofreció una serie de conferencias sobre el proceso de planificación de la salud en la América Latina en el curso de planificación de la salud de la Escuela de Salud Pública y Medicina Administrativa de la Universidad de Columbia (New York). Esta actividad se efectuó también en la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad de Johns Hopkins (Baltimore) en 1971, y se ha programado su repetición en ambas universidades en 1972. A solicitud de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Houston (Texas) se hizo un esquema del contenido y desarrollo del tema presentado en Columbia y Johns Hopkins para que sea utilizado en sus programas de enseñanza.

Se ha colaborado con la Escuela de Salubridad de Chile dictando clases y conferencias sobre planificación de la salud en varios de sus cursos regulares y especiales.

El Centro ha colaborado con diversos programas de la propia OPS/OMS. En 1968 se dictaron 96 horas de clases en un curso de dos meses organizado por la Región del Pacífico Occidental de la OMS (WPRO) en Manila, Filipinas, para consultores regionales de la OMS en diversos campos y para representantes en los países de la Región.

En 1970 se realizó un ciclo de información de 30 horas sobre metodología de planificación de la salud para profesionales de la Oficina Central de la OPS en Washington.

En 1971 se participó en el desarrollo del Primer Curso de Planificación de la Salud Animal realizado en el Centro Panamericano de Zoonosis (Ramos Mejía, Argentina) presentando en 30 horas docentes los principios de la planificación y la programación de la salud.

Se colaboró en aspectos técnicos y metodológicos con la Secretaría Ejecutiva de las "Conferencias Subregionales para la Promoción de las Políticas Nacionales de Alimentación y Nutrición", esfuerzo conjunto de varios organismos internacionales.

En 1968 se recibió la visita de un grupo de funcionarios de salud de países de la Región del Sudeste Asiático (SEARO) y de otro grupo similar de funcionarios de países de la Región Africana (AFRO) de la OMS. Cada uno de estos grupos permaneció durante una semana en el Centro y fueron informados de las actividades de éste y de las orientaciones en materia de planificación de la salud en la Región de las Américas.

El Centro es visitado frecuentemente por funcionarios de salud, tanto de la Región como de otras regiones, permaneciendo por períodos variables de tiempo, durante el cual se les informa de las actividades de éste y de las orientaciones que se siguen en planificación de la salud.

5. Actividades internas

La preparación de los cursos y seminarios ha motivado una densa actividad de los integrantes del Centro, tanto para hacer acopio de material e investigación documental y bibliográfica, como para la sistematización de los temas a ser enseñados. La preparación de cada uno de estos temas por uno de los técnicos del Centro, y luego su amplia discusión en reuniones de todo el equipo, a más de constituir un proceso de perfeccionamiento interno, ha culminado con la redacción de documentos que han sido utilizados en los cursos, muchos de los cuales podrán ser eventualmente publicados y difundidos como una contribución al desarrollo y perfeccionamiento de la planificación de la salud.

El equipo del Centro ha funcionado como tal y ha establecido el procedimiento de realizar reuniones internas de discusión de todos los asuntos relativos a programación y contenido de las actividades de adiestramiento, la que, por otro lado, absorbe hasta el momento los mayores esfuerzos de todo el personal.

6. Otras actividades

El Centro ha sido invitado a participar en diversas reuniones, simposios, seminarios, etc. en varios de los cuales le han requerido la presentación de algún tema y/o un documento. Se presenta a continuación una lista de los eventos en que participó personal del Centro.

1968 Discusiones Técnicas del Comité Regional del Pacífico Occidental (WPRO), Manila, Filipinas. Un trabajo presentado.

Discusiones Técnicas del Consejo Directivo de la Región Sudeste Asiático (SEARO), Nueva Delhi, India.

1969 VI Reunión de Directores de Escuelas de Salud Pública de la América Latina. Documento preparado sobre planificación de recursos humanos.

Comité de Expertos de la OMS en Adiestramiento en Planificación Nacional de la Salud.

1970 Seminario Internacional sobre Métodos y Modelos Globales en el Sector Salud. Buenos Aires, Argentina. Documento presentado.

1971 Primer Seminario de Planificación de la Salud del Istmo Centroamericano. Panamá.

Simposio sobre Análisis de Sistemas Aplicados a los Servicios de Salud, en la X Reunión del Comité Asesor de la OPS en Investigación Médica, Washington, D.C.

Seminario sobre Uso de Datos y Estudios Demográficos en la Planificación. Santiago, Chile. Documento presentado.

Seminario sobre Programación Social para el Desarrollo y Formación Integral de la Infancia y la Juventud, Santiago, Chile.

F. Programación de las actividades para 1972-1975

Inmediatamente después de firmarse el Plan de Operaciones del Programa Panamericano para la Planificación de la Salud, en el último trimestre de 1970, se preparó la primera programación de actividades que cubría el lapso 1971-1974. Su formulación se basó en dicho Plan de Operaciones, las recomendaciones de política de la reunión de Macuto y la definición de responsabilidades que le fijara al Centro el Director de la OPS.

Concluido 1971, y después de una reunión especial de trabajo con consultores zonales y personal de la Oficina Central de la OPS, llevada a cabo del 24 de enero al 4 de febrero de 1972, se realizó una reunión interna del Centro durante la semana del 7 al 11 de febrero para evaluar las actividades de 1971 y reajustar la programación futura incluyendo la correspondiente a 1975. En esta reunión se tomaron en cuenta la política sobre planificación de la OPS, las recomendaciones del Comité Técnico Asesor realizado en febrero de 1971, y las recomendaciones surgidas en la reunión de enero-febrero. Así surgió un nuevo Programa de Actividades 1972-1975 que aparece en los cuadros adjuntos (el que incluye, también, las actividades cumplidas en 1971).

Los tres cuadros calendarios correspondientes a los Programas de Adiestramiento, de Investigación y de Información, se han ajustado a la reformulación hecha del Documento Básico, que también se adjunta (Anexo III).

G. Dificultades y facilidades

Aunque el Programa Panamericano para la Planificación de la Salud inició sus actividades inmediatamente después de su aprobación por el Consejo de Administración del PNUD a principios de 1968, ellas no pudieron ser objeto de una programación completa hasta después que el programa fuera declarado "operacional" por el PNUD el 17 de agosto de 1970 y se hubieran definido explícitamente las responsabilidades del Centro, lo que ocurrió el 18 de septiembre de 1970.

Durante este lapso la labor de PLANSALUD se vió entorpecida por factores de diverso orden entre los cuales sobresalieron la demora en designar su Director o Asesor Técnico Principal que sólo se concretó el 1° de

septiembre de 1970; la precariedad de las instalaciones físicas, tanto en espacio cuanto en equipo; y la dificultad para llenar las plazas permanentes y contratar consultores a corto plazo, debido a la relativa escasez de profesionales con capacitación y experiencia suficientes para satisfacer los requisitos exigidos por la descripción de los puestos.

Debido a estos obstáculos, se tuvo la necesidad de concentrar en el campo de adiestramiento todos los recursos disponibles que pudo así cumplir, con creces, su cometido, aunque ello significó un retraso para las actividades de información e investigación que no han podido alcanzar todavía su pleno desarrollo. En el caso de investigación, hay que agregar otro factor desfavorable derivado de la falta de interés de los países en asumir las responsabilidades que les traería aparejada la "desconcentración" de estas actividades.

A lo largo de 1971, y en lo que va de 1972, se ha podido corregir el problema del espacio (gracias a la generosidad del Gobierno de la República de Chile) y del equipo (merced al esfuerzo económico adicional de la OPS), pero sólo parcialmente el vinculado con la designación de personal - permanente y a corto plazo - porque el que reúne las condiciones que se pide son personas que ocupan cargos de responsabilidad en sus países que importan compromisos difícilmente diferibles.

Sin embargo, es justicia señalar que los obstáculos van siendo superados por la buena voluntad de todos los funcionarios del Proyecto quienes sobrepasan el campo específico de la labor que les corresponde y sus horarios oficiales de trabajo. También lo es consignar que se ha contado con dos ventajas importantes: una, la colaboración prestada por la CEPAL y por el ILPES, ambos en materia de adiestramiento, y el último, además, dando apoyo administrativo y de servicios generales.

H. Apreciación de la labor realizada y perspectivas

En febrero de 1972 se realizó una reunión de todo el personal del Centro y el Jefe de la Oficina de Planificación de la OPS, con el propósito de efectuar una evaluación interna de las actividades cumplidas por el Centro y reajustar la programación para el período 1972-75 que figura esquemáticamente en los Cuadros 11, 12 y 13.

Para la evaluación se hizo un doble confrontamiento de la labor realizada por el Centro: uno en relación con el Plan de Operaciones del Programa Panamericano para la Planificación de la Salud y otro con respecto a la programación de actividades para el período 1971-74 que se efectuó en el último trimestre de 1970. La conclusión a que se llega en el primer caso, utilizando el procedimiento de evaluación que se emplea para los proyectos de la OPS, es que las actividades cumplidas exceden considerablemente lo previsto en el Plan de Operaciones del Programa, tanto en términos cuantitativos como cualitativos. En cambio, cuando se hace la confrontación con

la programación de actividades 1971-74, siguiendo estrictamente el procedimiento de evaluación de la OPS, que en materia de adiestramiento requiere como indicador el "número de personas adiestradas", los resultados no son los mismos, debido a que la concurrencia de tal número de personas a los cursos no depende de la entidad que los ofrece y los promueve sino de los países, mas aún cuando se procura que los participantes en los cursos y seminarios sean profesionales de alto nivel, en cargos de responsabilidad cuya presencia en los países puede ser de difícil substitución. Por otro lado, es cierto que la programación del Centro, si bien se enmarca dentro del Plan de Operaciones del Programa, contiene actividades y metas a cumplir mucho más exigentes, que exceden lo prescrito por dicho Programa. En general, pues, hay una plena satisfacción por el cumplimiento de las actividades del Centro, aunque seguirán haciéndose esfuerzos por cumplir aún con las exigentes metas señaladas por el mismo Centro.

1. Adiestramiento

Todas las actividades de adiestramiento programadas han sido cumplidas por el Centro, excepto la de adiestramiento en servicio, que se esperaba iniciar en el año 1972 con un becado quien, por razones diversas, ajenas al Centro, hubo de posponer el uso de su beca hasta 1973.

En el año 1971 se cumplieron las metas fijadas para adiestramiento en un 150%, lo cual indica que en sólo ese año se había cumplido con el 44% de la meta prevista para todo el período 1970-74 en el Plan de Operaciones del Programa.

La inclusión en el programa de seminarios especiales y la ampliación del número de cursos básicos anuales, que serán dictados en forma descentralizada, permite asegurar que en 1972 se habrán cumplido largamente las metas previstas para el programa. En este último año estarán en funcionamiento los cursos básicos de Medellín, Lima y Buenos Aires, y en 1973 se agregarán el de México y el de Canadá (posiblemente) para los países de habla inglesa, para completar un número de cinco cursos básicos operando simultáneamente y dando formación básica en planificación a un número entre 100 y 150 de profesionales de la salud por año.

Con los cursos programados en 1973 y 1974 para profesores de medicina preventiva y la capacitación en administración para planificadores que brinda el Seminario sobre Diagnóstico Sectorial y Análisis Institucional, se piensa que todas las actividades propuestas por el Programa en materia de adiestramiento de personal se habrán cumplido con creces.

En su primera reunión, en febrero de 1971, el Comité Técnico Asesor discutió el programa de actividades del Centro para 1971-74 y los fundamentos que tuvo éste para formularlo. También tomó conocimiento del informe general que sobre los antecedentes y situación de los procesos de planificación en los países, incluyendo la situación económico-social de los mismos, le fue presentado. El resultado de su estudio se concretó en una serie de recomendaciones para guiar la marcha futura del Centro, que influenciaron la redefinición del programa de actividades para 1972-75 que se realizó en febrero de 1972.

CUADRO 13

CENTRO PANAMERICANO DE PLANIFICACION DE LA SALUD
PROGRAMA DE INFORMACION 1971-1975

Actividad	Lugar o Instituto	1971					1972					1973					1974					1975																			
		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D				
3.1. Diseño y organización del servicio	PLANSALUD												////	////	////	////																									
3.2. Preparación para el funcionamiento																																									
3.2.1. Coord. con CLADES, CLAM, etc.	Países												o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	
3.2.2. Org. unidad de documentación	PLANSALUD												////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	
3.2.3. Org. unidad de publicaciones	PLANSALUD												////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	
3.2.4. Org. unidad análisis documentos	PLANSALUD												////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	
3.2.5. Selec. corresponsales países	Países																																					o	o	o	o
3.3. Funcionamiento	PLANSALUD																																								
3.3.1. Recol. información sobre procesos																																									
3.3.2. Recol. información otras regiones													////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	
3.3.3. Análisis situación procesos																																									
3.3.4. Publicaciones																																									
3.3.4.1 Boletín cuatrimestral																																									
3.3.4.2 Publicaciones técnicas																																									
3.3.4.3 Documentos													////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	
3.4. Servicios de consulta													////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	////	

//// Responsabilidad directa del Centro, con o sin apoyo de países.

o Responsabilidad compartida país- Centro.

— Trabajos de preparación del Centro, compartida o no con países.

Muchas de esas recomendaciones - como la de persistir con la política de desconcentración de los cursos, la de intensificar el adiestramiento en planificación de profesionales no médicos, etc. - son en realidad una aprobación a la política general que el Centro venía cumpliendo. Otras, como la de extender la duración de los cursos básicos a un año académico completo, sólo se pueden cumplir parcialmente y en forma progresiva (los cursos básicos tendrán 20 semanas con 570 horas netas en 1973, en vez de las 16 semanas con 450 horas que tienen los que se dictan en 1972), porque si bien se está de acuerdo en que los cursos básicos deben extenderse, el cuánto de la extensión no podrá decidirse sin antes efectuar un estudio que permita afirmar qué es lo más adecuado para satisfacer las necesidades de los países dentro de sus circunstancias presentes y realizar algunas experiencias de aproximación.

Es de advertir que las actividades de adiestramiento del Centro tienen una densidad y profusión tales, que han absorbido los recursos humanos destinados a las otras actividades de investigación y de información en alto grado; sin embargo, es previsible que en el futuro el Centro se vaya desvinculando cada vez más de muchas de tales actividades de adiestramiento y que la investigación, y en particular el servicio de información, adquiera particular relieve. El adiestramiento provisto directamente por el Centro podría circunscribirse a la consideración de aspectos muy especializados que no podrían ser desarrolladas individualmente por los países.

2. Investigación

Las actividades de investigación del Centro giran alrededor del desarrollo del modelo vinculador, que sirve de gran marco de referencia para la derivación de otros proyectos de investigación. El Comité Técnico Asesor calificó a este programa del Centro como de "ambicioso", y en efecto lo es, teniendo presente, en primer lugar, que el modelo vinculador implica el tratamiento de una gran multiplicidad de variables, relaciones e hipótesis tanto propias del sector salud como de otros sectores, mediante la utilización de procedimientos de experimentación numérica, dependiendo, por lo tanto, de la disponibilidad de información y de elementos de computación difícilmente accesibles; y en segundo lugar, porque todas las aplicaciones, tanto del modelo vinculador como de los submodelos y otras investigaciones, tienen que ser realizadas en los países, ya que no sólo el Centro no tiene recursos para llevarlas a cabo, sino que carecería de sentido la sola experimentación de gabinete sin llevarlo a la aplicación práctica.

La División de Investigación ha llevado a cabo un trabajo digno de todo encomio, que ha comenzado por la conceptualización de los procesos de planificación tal como ellos se desenvuelven en la América Latina, poniendo de manifiesto los problemas reales que enfrenta la planificación, proponiendo formas de estudiarlos y procedimientos para enfrentarlos. Es por lo tanto un trabajo de gran aliento, que apunta a soluciones mediatas, aunque sin descuidar el enfoque coyuntural que puede guiar la acción inmediata.

Al carecer de recursos propios suficientes para estos tipos de trabajo, el Centro tiene que depender del mayor o menor interés que los países tengan para llevar a cabo las investigaciones y desde luego para asignar los recursos necesarios con tal fin. Se ha conseguido despertar dicho interés en la Argentina, que es donde mayores perspectivas se presentan, debido al desarrollo que en ese país han tenido los sistemas de información y porque se ha podido formar grupos de técnicos dedicados al tratamiento de estos asuntos. También se ha conseguido interesar a Colombia, Perú y a Venezuela, que han realizado o realizarán algunos proyectos de investigación relacionada con diversos submodelos o con el proceso de planificación y sus componentes. A pesar de ello, continúa vigente la gran limitación que significa la falta de interés auténtico de los países por la investigación, sobre todo cuando ella toma cierto tiempo en desarrollarse y no se traduce en resultados de aplicación inmediata.

Pese a las dificultades anotadas, el Centro considera que el programa de investigación debe seguir adelante y tratará de reforzarlo, ya que éste es el único camino que se presenta para lograr un perfeccionamiento sustantivo y duradero para los procesos de planificación en el Continente. El trabajo futuro del Centro en este aspecto continuará efectuándose dentro del marco del modelo vinculador, que es el que le da sentido instrumental a la concepción del desarrollo de la salud como parte integrante del desarrollo global, y utilizando procedimientos de experimentación numérica, que le otorgan un sentido de realismo al tratamiento de la situación compleja e indefinida en que se desenvuelven los sistemas de salud de los países de la Región.

Se prevé para el futuro próximo la continuación del desarrollo conceptual del modelo vinculador en el Centro y su posible aplicación a la realidad concreta de países como la Argentina, Colombia y Venezuela, quienes se encuentran encaminados en esta dirección y a los que se tendrá que brindar asesoría y colaboración. Se hará el desarrollo del submodelo de análisis político de salud en la sede del Centro, con la colaboración de técnicos de la CEPAL; se desarrollará el submodelo de financiamiento y el de recursos humanos en la Argentina; del submodelo de inversiones en salud en el Perú y posiblemente en la Argentina; la evaluación de procesos de planificación en Colombia y la aplicación de un modelo de implementación en la Argentina. Se continuará la investigación de relaciones estructurales y las tipologías de países en salud y en desarrollo en el Centro, y se tratará de interesar a algunos países en la conducción de investigaciones dirigidas a la formulación de modelos epidemiológicos de enfermedades transmisibles y crónicas, así como también de modelos de inmunidad.

3. Información

Muy escaso ha sido el cumplimiento del programa propuesto para este campo de actividad del Centro. Ello se debe a que recién en julio de 1971 se pudo obtener los servicios de un profesional para este servicio, y que la demanda de su tiempo por el programa de adiestramiento fue sustancial. Ello, sin embargo, puede considerarse muy conveniente, si se tiene en cuenta

que un servicio de información especializado de esta naturaleza requiere que quien lo dirija se encuentre muy bien enterado de todos los aspectos acerca de los cuales debe informar.

El servicio de información será recién organizado en 1972 y está destinado a desarrollarse sostenidamente desde mediados de este año para cumplir con funciones cada vez más importantes que han de suplir, y en casos, sustituir varias actividades de adiestramiento.

Se pretende que el servicio de información del Centro mantenga actualizado al personal técnico responsable de los procesos de planificación en salud de todos los desarrollos teóricos y prácticos de la planificación, divulgue los principios y técnicas utilizadas en ésta, proporcione información acerca del estado en que se hallan los procesos de planificación de la salud en los países y difunda conocimiento sobre asuntos sustantivos y metodológicos, teóricos y prácticos, tanto del campo de la salud como de otros campos distintos, que tengan potencial para el desarrollo y perfeccionamiento de los procesos de planificación de la salud.

Con tal fin, el servicio de información creará un centro de documentación especializada, compilará información acerca de las experiencias, elaborará manuales, seleccionará artículos y temas de interés, publicará un boletín periódico y difundirá las publicaciones en todo el Continente.

Es de advertirse que, coincidiendo con recomendaciones del Comité Técnico Asesor del Programa, el énfasis de éste en el futuro se acentuará en el campo de la información, lo cual es un desenlace natural de las actividades hasta hoy cumplidas por el Centro. Se entiende que tales actividades de información en el campo de la planificación son de una alta especialización en la materia sustantiva más que en la instrumental constituida por las técnicas de manejo de documentación y de información, puesto que la selección de materiales para divulgación, la redacción de manuales y de documentos sobre el tema, requieren de un profundo conocimiento de éste y de una larga experiencia en planificación de la salud. Por este motivo el Centro está realizando una cuidadosa preparación del programa de información para el futuro.

Anexos

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
CENTRO PANAMERICANO DE PLANIFICACION DE LA SALUD

DOCUMENTO BASE
Primera Revisión

Santiago, Chile, marzo de 1972

<u>Problema</u>	<u>Propósito y objetivos</u>	<u>Actividades</u>	<u>Indicadores</u>
Insuficiente conocimiento de los problemas a enfrentar para establecer y reforzar procesos de planificación de la salud en la Región; déficit de personal capacitado; e inexistencia de un adecuado servicio de información para el conocimiento del estado de situación de dichos procesos y sus necesidades	Creación y difusión de conocimiento y consecuente adiestramiento de personal, como formas de contribución al establecimiento y fortalecimiento de procesos de planificación de la salud en los países de la Región.		
	<u>Objetivos</u>		
	1. Promoción y desarrollo de la capacitación de personal profesional en planificación de la salud:		
	1.1 Formación básica para profesionales de salud que estén ejerciendo o vayan a desempeñar cargos o funciones vinculados con los procesos de planificación de la salud en sus países.	1.1.1 Realizar Cursos Internacionales de Planificación de la Salud en la Sede del Centro.	Número de personas adiestradas.
		1.1.2 Realizar Cursos Internacionales de Planificación de la Salud, en idioma inglés.	Número de personas adiestradas.
		1.1.3 Promover y participar en la preparación, desarrollo y seguimiento de Cursos Básicos de Planificación de la Salud, de carácter subregional, en cooperación con las escuelas de salud pública.	Número de personas adiestradas.
		1.1.4 Apoyar, a través de becas, el desarrollo y la consolidación de los Cursos Básicos de Planificación de la Salud, de carácter subregional.	Número de becas otorgadas.
		1.1.5 Apoyar, a través de asesoría y participación, la programación y desarrollo de cursos nacionales, en casos justificados por su aporte al conocimiento de nuevas situaciones y enfoques metodológicos.	Número de personas adiestradas.

ProblemaPropósito y objetivosActividadesIndicadores

- | | | | | |
|-----|---|-------|--|--|
| 1.2 | Capacitación para personal profesional de salud en campos o materias específicas. | 1.2.1 | Realizar, en la sede del Centro y en países que ofrezcan ventajas en cuanto a existencia de escuelas de salud pública, facilidades físicas y materiales y personal docente, seminarios especiales sobre campos o materias específicas. | Número de participantes adiestrados. |
| 1.3 | Capacitación avanzada para personal profesional de salud, con formación básica en planificación de la salud y/o que ejerzan cargos de responsabilidad directa o importante participación en la toma de decisiones y en la conducción de los procesos en sus países. | 1.3.1 | Realizar, en la sede del Centro, seminarios avanzados. | Número de participantes adiestrados. |
| 1.4 | Actualización de personal profesional con capacitación anterior en planificación de la salud. | 1.4.1 | Realizar seminarios de actualización, de carácter regional, subregional y nacional en la sede del Centro y en países que ofrezcan ventajas en cuanto a facilidades físicas y materiales y personal docente. | Número de participantes adiestrados. |
| 1.5 | Capacitación para grupos especiales de profesionales. | 1.5.1 | Realizar cursos o cursillos especiales, de carácter regional, subregional o nacional en la sede del Centro y en países que ofrezcan ventajas en cuanto a facilidades físicas y materiales y personal docente. | Número de participantes adiestrados. |
| 1.6 | Adiestramiento en servicio para personal profesional con capacitación anterior en planificación de la salud. | | Realizar programas especiales de adiestramiento en servicio, adecuados a cada caso personal, mediante residencia en la sede del Centro bajo supervisión permanente. | Número de profesionales adiestrados. |
| 2. | Creación de conocimiento, de aplicación práctica, en relación con componentes o variables significativos de los procesos de planificación de la salud. | | | |
| 2.1 | Definición de un modelo de experimentación numérica para el análisis de los procesos en su totalidad. | 2.1.1 | Diseñar un modelo de experimentación numérica para análisis del "modelo vinculador" e incorporación de los resultados de otras investigaciones. | Estimación porcentual de lo realizado en relación con lo programado. |

<u>Problema</u>	<u>Propósito y objetivos</u>	<u>Actividades</u>	<u>Indicadores</u>
		2.1.2 Programar para computadoras una versión reducida del modelo vinculador con fines de demostración.	Estimación porcentual de lo realizado en relación con lo programado.
		2.1.3 Realizar análisis de las interrelaciones entre componentes o variables del modelo vinculador.	Estimación porcentual de lo realizado en relación con lo programado.
2.2	Aplicación de modelos de experimentación numérica a realidades concretas.	2.2.1 Promover la realización de estudios de aplicación del modelo vinculador a realidades concretas en países de la Región.	Estimación porcentual de lo realizado en relación con lo programado para cada estudio.
2.3	Estudio independiente de componentes o variables específicos para información de modelos de experimentación numérica.	2.3.1 Definir submodelos para estudio de componentes o variables tales como enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles, sistema político de salud, recursos humanos, inversiones, etc.; y realizar las investigaciones correspondientes.	Estimación porcentual de lo realizado en relación con lo programado para cada estudio.
		2.3.2 Definir determinados parámetros y funciones para el funcionamiento del modelo vinculador; y, realizar investigaciones al respecto, simultáneamente en varios países.	Estimación porcentual de lo realizado en relación con lo programado para cada estudio.
		2.3.3 Realizar estudios sobre sistemas de información y su aplicación en los procesos de planificación de la salud.	Estimación porcentual de lo realizado en relación con lo programado para cada estudio.
2.4	Estudio de problemas no relacionados directamente con el modelo vinculador.	2.4.1 Realizar un estudio para simplificación y programación en computadoras del modelo metodológico OPS/CENDES.	Estimación porcentual de lo realizado en relación con lo programado.
		2.4.2 Desarrollar un esquema de evaluación de procesos de planificación en el sector salud.	Estimación porcentual de lo realizado en relación con lo programado.
		2.4.3 Realizar investigaciones sobre factores condicionantes del nivel de salud.	Estimación porcentual de lo realizado en relación con lo programado.
		2.4.4 Realizar estudios para determinación de normas técnico-administrativas en relación con la producción de servicios de salud.	Estimación porcentual de lo realizado en relación con lo programado para cada estudio.

ProblemaPropósito y objetivosActividadesIndicadores

	2.4.5	Realizar estudios sobre tipologías y relaciones estructurales, en relación con niveles de salud y de desarrollo y sistemas políticos de salud.	Estimación porcentual de lo realizado en relación con lo programado para cada estudio.
3. Establecimiento de un servicio de información regional que permita tener un conocimiento actualizado del estado de situación de los procesos de planificación en los países, así como de experiencias semejantes en otras regiones.	3.1	Diseñar y organizar el servicio de información regional.	Estimación porcentual de lo realizado.
	3.2	Preparar el funcionamiento del servicio.	Cumplimiento o no de lo programado.
	3.3	Funcionamiento:	
	3.3.1	Recolectar, en forma sistemática, la información pertinente al análisis del estado de situación de los procesos de planificación en los países.	Cumplimiento o no de lo programado.
	3.3.2	Recolectar información relacionada con experiencias de planificación en otras regiones.	Cumplimiento o no de lo programado.
	3.3.3	Realizar periódicamente los análisis de situación.	Cumplimiento o no de lo programado.
	3.3.4	Editar y distribuir un boletín informativo, publicaciones de divulgación y resúmenes digestos.	Cumplimiento o no de lo programado.
	3.3.4.1	Boletín cuatrimestral.	Cumplimiento o no de lo programado.
	3.3.4.2	Publicaciones técnicas.	Cumplimiento o no de lo programado.
	3.3.4.3	Documento.	Cumplimiento o no de lo programado.
	3.4	Prestar servicios de consulta a solicitud.	

Problema

Propósito y objetivos

Actividades

Indicadores

- | | | |
|--|---|--|
| 4. Colaboración con otras instituciones y organizaciones así como con las demás unidades de la OPS/OMS. | 4.1 Colaborar con otras organizaciones en el adiestramiento de personal y en la realización de estudios e investigaciones de interés para la planificación de la salud. | Estimación porcentual de lo realizado en relación a lo programado, para cada caso. |
| | 4.2 Promover y desarrollar cursos breves y/o ciclos de información sobre planificación de la salud, en universidades y otras organizaciones. | Cumplimiento o no de lo programado. |
| | 4.3 Colaborar en el proceso de programación interno y en las actividades de asesoría de la OPS a los procesos de planificación de salud de los países. | Estimación porcentual de lo realizado en relación a lo programado, para cada caso. |
| 5. Realización de trabajos internos para evaluación del programa del Centro y estudio preliminar y definición de temas, áreas o campos no incluidos en el programa de investigaciones y que se consideren importantes de estudio y/o difusión. | 5.1 Realizar estudios preliminares sobre temas, áreas o campos seleccionados y otros trabajos que contribuyan al desarrollo de las actividades programadas. | Estimación porcentual de lo realizado en relación con lo programado. |
| | 5.2 Realizar reuniones periódicas de evaluación del Programa para su reajuste y adecuación a las necesidades de los países de la Región. | Cumplimiento o no de lo programado. |

CENTRO PANAMERICANO DE PLANIFICACION DE LA SALUD

Programa de Adiestramiento

PROGRAMA DE ADIESTRAMIENTO

El Centro Panamericano de Planificación de la Salud realiza las siguientes actividades de adiestramiento:

1. FORMACION BASICA EN PLANIFICACION DE LA SALUD

El Centro promueve la organización, en diversos países, de cursos para la formación básica de personal en planificación de la salud. Trata en todos los casos de adecuar el contenido de tales cursos a las realidades concretas de los países y al estado en que en éstos se encuentra el proceso de planificación. Con tal fin se incluye en los programas docentes la presentación de diversos enfoques metodológicos y se propicia el desarrollo de la habilidad personal de los alumnos para utilizarlos, adaptarlos o diseñar otros que le permitan abordar con éxito las situaciones que se presentan en la práctica.

Los cursos están dirigidos preferentemente a profesionales de la salud con especialización en salud pública y/o con una experiencia de tres años, por lo menos, en la práctica de la administración de servicios de salud.

Mediando convenios entre los Gobiernos y la OPS, los cursos se dictan en instituciones de reconocida capacidad docente en salud, en aquellos países que pueden favorecer también la asistencia de participantes de países vecinos.

Programados con una duración de aproximadamente 16 semanas y con 450 horas docentes netas, los cursos tienen un currículum organizado en cuatro grandes unidades en las cuales se utilizan procedimientos teóricos y prácticos orientados al máximo aprovechamiento de la iniciativa y de la capacidad creadora de los participantes.

En la primera unidad se analizan los aspectos esenciales de una teoría interpretativa de la salud; se ofrece una orientación hacia el estudio de la salud dentro de su marco económico y social; se abordan algunos elementos útiles para efectuar el análisis de las relaciones entre la salud y dicho marco, y se concluye con la discusión de la planificación como un instrumento de acción tanto sobre la salud como de su contexto.

La segunda unidad estudia los problemas que enfrenta la planificación en salud y trata de los métodos y técnicas utilizables para definirlos y darles solución. Se abordan los aspectos relativos al diagnóstico y su elaboración, los procedimientos para efectuar el análisis de los niveles y estructura de la salud, de los recursos del sector, de las inversiones, de los sistemas de información, de los sistemas de decisión y de los factores condicionantes externos. Se discuten los asuntos relacionados con la formalización de políticas, con la formulación de los planes, con la preparación de la ejecución y con las formas como ellos deben presentarse.

La tercera unidad está orientada al análisis del proceso de planificación en salud e incluye la consideración de los métodos para hacer el diagnóstico de la situación en que se halla el proceso y para su evaluación, así como también las orientaciones para la formulación de estrategias destinadas a promoverlo y perfeccionarlo.

La cuarta unidad consolida y completa el trabajo de ejercitación práctica que se realiza en las tres primeras unidades, culminando con la presentación y discusión de casos reales.

Esta orientación que el Centro está imprimiendo a los cursos básicos fue ensayada parcialmente y de modo experimental en un curso organizado por la OPS a solicitud de los Ministros de Salud de los países de Centro América y Panamá, que se llevó a cabo en San José de Costa Rica entre el 30 de agosto y el 17 de diciembre de 1971, al que asistieron 14 alumnos de Centro América y Panamá y cinco en México.

Se ha programado el desarrollo de tres cursos en 1972 que se llevarán a cabo en las escuelas de salud pública de Medellín, Lima y Buenos Aires, a ellos se agregarán durante 1973 un curso en México y otro, en idioma inglés, en el Caribe, de modo que a partir de este año existan cinco cursos básicos operando simultáneamente en la Región.

2. CAPACITACION EN ASPECTOS ESPECIFICOS DEL PROCESO DE PLANIFICACION

Hay ciertos aspectos, componentes del proceso de planificación de la salud, que por su importancia o por la complejidad que los caracteriza, requieren de personal especialmente preparado para abordarlos. El estudio del estado en que se encuentran los procesos de planificación en la América Latina condujo al Centro a la identificación de varios de dichos aspectos y, en consecuencia, a programar la realización de cursos destinados a capacitar personal para que pueda abordarlos con éxito.

El Centro tiene la responsabilidad directa en la organización y conducción de estos cursos, aunque trata de descentralizar su ejecución llevándolos a cabo en los países, de acuerdo con los Gobiernos e instituciones docentes de ellos.

Se invita a participar en estos cursos a profesionales, preferentemente con preparación formal en salud pública y/o en planificación, que desempeñan o estarían llamados a desempeñar funciones importantes en los procesos de planificación de los países y muy particularmente en el aspecto de que se trata.

Los temas que hasta el momento han sido considerados por el Centro, sin perjuicio de que eventualmente puedan ser incluidos otros, son los siguientes:

2.1 Programación de inversiones

Es frecuente observar que no hay correspondencia entre las inversiones que se realizan y aquellas que estaban previstas en los planes sectoriales y en muchos casos dichas inversiones no se derivan de estos planes. En vista de la trascendencia que tienen las inversiones cuando son utilizadas como instrumento para el cambio, y su importancia en la implementación de la política sectorial, su conducción por medios extraños a los de la planificación constituye una seria limitación para la eficacia de esta última.

Teniendo esto en cuenta, el Centro organiza seminarios especiales de cuatro semanas de duración que se ofrecen una vez al año, para que funcionarios de los países consideren y discutan los procedimientos destinados a formular programas y proyectos de inversiones. El primero de estos seminarios se llevó a cabo en la ciudad de Lima, Perú, entre el 7 de junio y el 2 de julio de 1971, con 18 participantes de siete países.

2.2 Financiamiento en el sector salud

A pesar de que el financiamiento real es función del financiamiento monetario, es frecuente que los planes de salud que se formulan no ahonden en la búsqueda de los mecanismos adecuados para aumentar y racionalizar la capacidad financiera del sector. Es justamente en esta área del financiamiento donde deben precisarse más acuciosamente las proposiciones de cambio expresadas por los planes en cuya formulación no puede ignorarse el análisis social del financiamiento si se desea que dichos planes tengan aseguradas su factibilidad, coherencia y eficacia.

Por otro lado, el problema de financiar adecuadamente los servicios de salud es muy complejo y obliga a sistematizar su estudio y a emplear técnicas que posibiliten la definición y selección de las mejores soluciones. Finalmente, el costo creciente de los servicios es otro factor que enfatiza la importancia de obtener un financiamiento adecuado.

Atendiendo a estas razones, el Centro llevó a cabo en la ciudad de Buenos Aires, Argentina, entre el 20 de septiembre y el 15 de octubre de 1971, el Primer Seminario sobre Financiamiento en el Sector Salud, al que asistieron 18 participantes de siete países.

No se ha programado otros seminarios sobre el tema, aunque el tratamiento de éste ha sido incorporado a los seminarios sobre diagnóstico sectorial y análisis institucional.

2.3 Diagnóstico sectorial y análisis institucional

Por lo general el sector salud no está completamente delimitado en relación con los campos de acción que debe comprender; o bien las delimitaciones hechas han sido insuficientes e incoherentes desde los puntos de

vista técnico, legal y político. Sólo en pocos casos hay una clara y explícita definición de las instituciones que deben considerarse dentro del ámbito del sector. Por otro lado, la obsolescencia y falta de flexibilidad de los sistemas administrativos de gobierno central han condicionado la tendencia a crear nuevas instituciones públicas, convirtiendo al sector en un complejo multi-institucional, con gran dispersión de actividades, duplicación de esfuerzo y superposición en la atención de los grupos poblacionales. Como consecuencia, es frecuente la coexistencia de políticas diferentes y aun contradictorias; de sistemas técnicos y administrativos diversos y de una gran variedad de procedimientos.

La importancia y complejidad de estos problemas obligan a sistematizar su estudio y a emplear técnicas que posibiliten la definición del sector, su delimitación funcional e institucional y la racionalización de sus sistemas y procedimientos administrativos. Por este motivo el Centro ofrece un seminario anual, de cuatro semanas de duración, en el cual se espera capacitar a profesionales de los países en el empleo de tales técnicas. El Primer Seminario sobre Diagnóstico Sectorial y Análisis Institucional se llevó a cabo en la sede del Centro, Santiago de Chile, entre el 23 de agosto y el 16 de septiembre de 1971, con una asistencia de 11 participantes de nueve países.

2.4 La Salud en la planificación regional del desarrollo

Los diversos niveles y ritmos de desarrollo de las distintas regiones de un país determinan la existencia de áreas geográficas rezagadas o deprimidas económica y socialmente, que pueden introducir serias distorsiones y crear graves problemas para el crecimiento y desarrollo nacional. Esta situación puede estar acompañada de un desaprovechamiento de los potenciales propios de cada una de estas áreas y de elevados costos sociales para sus poblaciones en relación a los promedios nacionales. Por otro lado, las características propias de cada región geo-económica exige, en muchos países, un tratamiento particular que es difícil o imposible de conseguir desde la sola perspectiva nacional. Es también posible que la política de desarrollo nacional pueda requerir una planificación conducente a la desconcentración de la actividad económica, mediante el fortalecimiento de otras áreas o polos de desarrollo y el fomento de la radicación de dicha actividad en ellos.

Para enfrentar estos problemas existe ya, más o menos formado, un cuerpo de conocimientos y de experiencias que permite abordar la planificación de la actividad económica, que se ha convertido en una especialidad dentro de la planificación global del desarrollo. En cambio los sectores sociales, y particularmente el sector salud, llamados a participar en este aspecto de la planificación, se están enfrentando con una limitada disponibilidad de conocimientos y métodos sistemáticamente organizados con las consiguientes dificultades para la orientación de sus actividades hacia la integración en la planificación regional del desarrollo.

En vista de esta situación, y atendiendo a la necesidad de muchos países de la América Latina en este campo, el Centro ha programado la realización de actividades de capacitación sobre la materia, mediante seminarios especiales dirigidos a a) dar a conocer los fundamentos y características principales de la planificación regional del desarrollo, y b) discutir los métodos y procedimientos que pueden ser empleados para la planificación de las actividades de salud en el contexto de dicha planificación regional.

3. CAPACITACION AVANZADA PARA PLANIFICADORES Y EJECUTIVOS DE ALTO NIVEL

La planificación en el sector salud presenta algunos problemas para cuya solución no es suficiente el empleo de los métodos y técnicas hasta hoy utilizados. Independientemente de la calidad técnica con que puedan formularse los planes, la planificación tiene un "contorno" cuyas características determinan por una parte el tipo de planes que es posible formular y, por otra, la viabilidad de los mismos. Es probable que al administrador de la salud no le sea posible modificar dicho contorno, ya que él puede pertenecer, más que al sector salud, al ámbito socioeconómico en el que este se desenvuelve; sin embargo, es imprescindible que, en la misma medida, se halle en condiciones de identificarlo, conocerlo y tomarlo en cuenta.

La experiencia acumulada durante los últimos 10 años en la práctica de la planificación, permite señalar algunos aspectos del proceso a los cuales no se ha prestado la atención que su importancia les hace merecer. Tales aspectos son en algunas circunstancias los que determinan el éxito o fracaso de los planes formulados, independientemente de la calidad técnica de estos y de su viabilidad administrativa. Como ejemplo pueden citarse aspectos tales como la manera en que se originan y cobran forma las políticas de salud; los mecanismos por los que se diseñan las estrategias para la implementación de estas políticas; los procesos por los que se adoptan las decisiones más trascendentales del sector; el papel que juega el político que decide y los que juegan el planificador y el administrador.

Estos son temas para cuyo tratamiento el Centro realiza un Seminario Avanzado sobre Políticas y Estrategias en el Proceso de Planificación de la Salud, que se ofrece anualmente en la sede del Centro, Santiago de Chile, al cual se invita a participar a planificadores y ejecutivos que tengan responsabilidad directa o una participación importante en la toma de decisiones en el sector y en la conducción de los procesos de planificación en sus países. El primero de estos seminarios se llevó a efecto entre el 15 de noviembre y el 10 de diciembre de 1971 con la asistencia de 13 participantes de nueve países.

4. PROGRAMA ESPECIAL DE ADIESTRAMIENTO EN SERVICIO

Se ofrece la oportunidad a profesionales que deseen perfeccionarse o dedicarse a la docencia y a la investigación en planificación, para que profundicen sus conocimientos por medio del trabajo supervisado, con tutoría permanente, mediante un período de residencia en la sede, participando

activamente en todas las labores del Centro y, en particular, en las relativas al aspecto en que desea especializarse. Se requiere la presentación de una monografía a la finalización del período de adiestramiento. La OPS/OMS ofrece un número limitado de becas para este propósito.

5. OTRAS ACTIVIDADES DE ADIESTRAMIENTO

El Centro, en la medida de sus posibilidades, colabora con otras instituciones de enseñanza en la preparación de material y, en ciertos casos, en el dictado de clases, y en la preparación de charlas y conferencias acerca de la planificación en salud.

Particularmente, atendiendo a solicitudes hechas por los países a través de la OPS/OMS, puede colaborar en la preparación de los currícula, provisión y preparación de material docente y asesoría técnica para el dictado de cursos nacionales de planificación en salud.

ACTIVIDADES DE ADIESTRAMIENTO PARA 1972

1. FORMACION BASICA EN PLANIFICACION

Esta actividad se desarrollará mediante la operación de tres cursos básicos de planificación que serán ofrecidos en escuelas de salud pública de Argentina, Colombia y Perú, las que han asumido la responsabilidad de su organización y conducción, contando con la colaboración estrecha del Centro y siguiendo las pautas generales señaladas por éste para los cursos de esta naturaleza.

Los cursos aceptan una inscripción máxima de 30 alumnos, reservándose el país sede 15 plazas para los alumnos nacionales. Estos deben hacer las gestiones para su inscripción en los cursos siguiendo las normas que existen en el país para tal propósito. Las 15 plazas restantes han sido puestas a disposición de participantes de otros países, quienes podrán optar a ellas utilizando becas que otorga la Organización Panamericana de la Salud. Las gestiones para tal fin se realizan ante el Representante de la OPS/OMS siguiendo los canales regulares que han sido establecidos para tal propósito en el país.

1.1 Primer Curso Básico de Planificación en Salud, Medellín, Colombia, abril 3 - julio 21, 1972

Organizado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Antioquia con la colaboración del Ministerio de Salud Pública de Colombia y del Centro Panamericano de Planificación de la Salud. Se dará preferencia para la inscripción en este curso a participantes de Colombia, México, Centro América y Panamá.

1.2 Primer Curso Básico de Planificación en Salud, Lima, Perú,
junio 5 - septiembre 22, 1972

Organizado por la Escuela de Salud Pública del Ministerio de Salud del Perú con la colaboración del Centro Panamericano de Planificación de la Salud. Se dará preferencia para la inscripción en este curso a candidatos de Bolivia, Brasil, Ecuador, Perú y Venezuela.

1.3 Primer Curso Básico de Planificación en Salud, Buenos Aires, Argentina
agosto 7 - noviembre 24, 1972

Organizado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional de Buenos Aires, con la colaboración de la Subsecretaría de Salud Pública de la Argentina y el Centro Panamericano de Planificación de la Salud. Se dará preferencia a la inscripción en este curso de candidatos provenientes de la Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay.

2. CAPACITACION EN ASPECTOS ESPECIFICOS DEL PROCESO DE PLANIFICACION EN SALUD

El Centro ha programado para 1972 la realización de tres seminarios que se llevarán a cabo en Chile, México y Venezuela. Se acepta en cada uno de ellos la inscripción de un número máximo de 15 participantes de los países de la Región, asignándose tres plazas al país sede. Los candidatos son invitados a participar en los seminarios por la Organización Panamericana de la Salud, de común acuerdo con las autoridades de los países.

2.1 Segundo Seminario sobre Diagnóstico Sectorial, Análisis Institucional
y Financiamiento del Sector Salud

Se llevará a cabo en Caracas, Venezuela, entre el 10 de abril y el 12 de mayo de 1972, con la colaboración del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de dicho país.

2.2 Segundo Seminario sobre Programación de Inversiones en el Sector Salud

Se llevará a cabo en Ciudad de México entre el 19 de junio y el 14 de julio de 1972, con la colaboración de la Escuela de Salud Pública de la Secretaría de Salubridad y Asistencia de México.

2.3 Primer Seminario sobre Planificación de la Salud en la Planificación
Regional de Desarrollo

Se realizará en la sede del Centro, Santiago de Chile, entre el 20 de noviembre y el 15 de diciembre de 1972, con la colaboración del Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social.

3. CAPACITACION AVANZADA PARA PLANIFICADORES Y EJECUTIVOS DE ALTO NIVEL

Esta actividad se cumplirá mediante la realización del Segundo Seminario Avanzado sobre políticas y estrategias en el proceso de planificación de la salud, que tendrá lugar en la sede del Centro, Santiago de Chile, entre el 23 de octubre y el 17 de noviembre de 1972. La Organización Panamericana de la Salud, de común acuerdo con las autoridades de los países, invitará a participar en este Seminario a 10 planificadores y ejecutivos de alto nivel.

4. PROGRAMA ESPECIAL DE ADIESTRAMIENTO EN SERVICIO

Se iniciará en 1972 con la residencia de un becado.

5. OTRAS ACTIVIDADES DE ADIESTRAMIENTO

Se brindará asesoría y colaboración a la organización y desarrollo de cursos nacionales en Cuba y posiblemente en el Brasil.

CE68/10
ANEXO III

PROGRAMA DE INVESTIGACIONES DEL CENTRO PANAMERICANO
DE PLANIFICACION DE LA SALUD

Antecedentes

La Organización Panamericana de la Salud siempre ha tenido interés en promover la planificación de las actividades de salud en los países del Continente. Tal interés se intensificó en la segunda mitad de la década de 1951-1960 y se tradujo en medidas concretas y firmes compromisos para ella a comienzos de la década 1961-1970. En efecto, el tópico central de las Discusiones Técnicas en las reuniones del Consejo Directivo de la Organización en 1956 y 1957 fue el de planificación y evaluación de los programas de salud, y al mismo tiempo desde aquel entonces se acentuó la colaboración con los países en proyectos de servicios integrados de salud, en el mejoramiento de los sistemas estadísticos y en la introducción de métodos más adecuados para la administración, evaluación, etc.

En 1961 en la Carta de Punta del Este se definió un programa a corto y largo plazo para las actividades de salud en el Continente y se asignó a la OPS la responsabilidad específica de proveer asistencia técnica a los Gobiernos en la formulación e implementación de sus planes nacionales de salud. Los problemas que debió enfrentar la OPS para asumir tal responsabilidad pueden resumirse en dos que tuvieron que ser resueltos en forma casi perentoria: la falta de experiencia con procedimientos para planificar la totalidad del sector salud dentro de la planificación global y la aguda escasez de personal preparado en planificación de la salud. Esta situación llevó a la OPS a una movilización de sus recursos en una amplia gama de actividades, enfocando especialmente tres aspectos: el desarrollo de métodos y normas específicas para el proceso de planificación, el adiestramiento de personal y la promoción del establecimiento por los Gobiernos de oficinas nacionales de planificación en salud que funcionaran en armonía con las oficinas de planificación global del desarrollo.

El primero de tales aspectos era crucial, ya que de la existencia de los métodos y normas para planificar la salud dependía el tipo de adiestramiento que debía hacerse y desde luego el tipo de actividades que tendrían que realizar las eventuales oficinas nacionales de planificación de la salud. La OPS exploró una serie de posibilidades hasta que a fines de 1961 decidió brindarle su apoyo al desarrollo de un interesante enfoque metodológico para la planificación de la salud en que estaba trabajando el Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES) de la Universidad Central de Venezuela. Se contrató con éste la elaboración de un manual para el adiestramiento, en la preparación del cual colaboró personal de la OPS especialmente asignado para el propósito. Dicho manual, en su versión preliminar, se completó a mediados de 1962, siendo sometido a prueba de inmediato en un curso experimental dictado en Venezuela. A fines de ese mismo año se utilizó para dictar el primer Curso Internacional, iniciándose una serie de tales cursos que fueron ofrecidos anualmente hasta 1970 inclusive, y en los que se adiestró a 279 profesionales de los servicios de salud de los países de la Región.

La metodología OPS/CENDES, desarrollada en dicho manual¹ está conceptualmente fundamentada por una doctrina que considera la salud como un fenómeno ecológico integral que es parte de la vida en sociedad y fue formulada sobre la base de suposiciones teóricas presumiblemente sólidas, que tienen un alto grado de coherencia interna. La disponibilidad de una metodología de esta naturaleza significó un notable progreso y un avance sobre las técnicas de programación que se habían empleado hasta el momento en la Región. Su rápida difusión indujo la creación de nuevos conocimientos, la acumulación de experiencias en planificación y la crítica de la metodología en sus aspectos aplicativos. Los 279 profesionales adiestrados en los cursos internacionales y las más de dos mil personas capacitadas en cursos nacionales fueron los que iniciaron los procesos de planificación de la salud en casi todos los países de la Región. Se dio origen así a lo que hoy puede llamarse la "etapa formal" de la planificación, cuya característica fundamental era una dominante preocupación por los aspectos metodológicos y de institucionalización de los procesos. Se pensaba que el modelo al que traducía el método empleado era una satisfactoria representación de la realidad y se creía, además, que la intrínseca "racionalidad científica" de la planificación debía imponerse, tanto a la "racionalidad material" de quienes toman las decisiones de política, como a la "racionalidad instrumental" de los administradores que lo ejecutan. Se daba por sentado, por un lado, que la "verdad" formal del técnico tenía que ser aceptada por el político y, por otro, que la simple disposición de localizar las oficinas de planificación en los más altos niveles posibles de la administración, dándoles el manejo de los procedimientos formales de coordinación, era suficiente para garantizar la ejecución de las formulaciones de los planificadores. Con tal criterio se dedicó un esfuerzo considerable a los aspectos legales y organizativos de las oficinas de planificación, a la elaboración de diagnósticos y a la formulación de planes utilizando la metodología OPS/CENDES.

En su confrontación con la realidad los planificadores tuvieron que encarar ciertos problemas para los que no tenían una fácil solución. La vívida experiencia de los procesos que se iniciaban mostró, aun en las fases primeras del diagnóstico, que no era posible hacer un estudio del sector salud a diferentes niveles y con la extensión requerida mediante el uso de la metodología OPS/CENDES exclusivamente, debido no solamente a los particulares enfoques y características de ésta, sino porque la complejidad de los problemas de salud y el amplio espectro de indefinición de sus componentes y relaciones invalidaban en muchos aspectos el uso de procedimientos simples como el de optimización que proponía el método.

¹OPS/OMS, "Programación de la salud. Problemas conceptuales y metodológicos". Serie de Publicaciones Científicas No. 111, abril 1965.

Por otro lado, en el conflicto que se generó entre la racionalidad del planificador y la del político prevaleció, como era de esperarse, la de este último; y también, aun cuando la administración incorporó algunos procedimientos propuestos por los planificadores, ella continuó comportándose con su característica inercia y particular falta de dinámica. Así pues, por diferencias con el criterio de los políticos, la planificación perdió mucha de su utilidad como instrumento de promoción de cambios estructurales; y con la preservación del comportamiento tradicional de la administración, perdió también la oportunidad de servir como un eficaz instrumento de racionalización administrativa.

Esto no quiere decir que los procesos de planificación terminaron en un fracaso. Por el contrario, hicieron muy importantes contribuciones, con las que no se hubiera podido contar en otra forma, trayendo a la luz en la etapa del diagnóstico la mayor parte de los más importantes problemas del sector salud que hasta el momento se habían mantenido ocultos. En algunos casos los procesos promovieron la introducción de ajustes en los sistemas administrativos y el perfeccionamiento de los sistemas de información, contribuyendo al incremento de la productividad del sector.

La consideración de todos estos hechos llevó a la convicción de que los aspectos administrativos y políticos son factores internos y no condiciones externas - aunque íntimamente relacionadas - con las que se tiene que tratar en un proceso de planificación de la salud, el cual no tiene sentido a menos que se desenvuelva dentro de su propio marco político y social, y ligada a los aspectos administrativos dentro del mismo proceso global.

Al finalizar el año 1964 se pudo apreciar una legítima preocupación entre los planificadores del Continente, y por ende de la OPS, por las características que venían adoptando los procesos de planificación en los países. Era evidente que el éxito de dichos procesos no estaba garantizado simplemente con la aplicación de la metodología OPS/CENDES. A esta conclusión se había llegado a pesar de la corta experiencia que se tenía en planificación de la salud, debido a la gran dinámica que los países imprimieron a la empresa de formular sus planes nacionales de salud, para lo cual algunos de ellos se habían tenido que apartar de tal metodología, adaptarla o suplementarla, optando por enfoques diversos de lo que se concebía por un proceso de planificación de la salud.

Un Grupo de Estudio en Planificación de la Salud, reunido por la OPS en Puerto Azul, Venezuela, en febrero de 1965 hizo una revisión del estado en que se hallaban los procesos de planificación de la salud en los países y del papel que en éstos estaba jugando la metodología OPS/CENDES. Aunque consideró algo prematuro un enjuiciamiento de ésta, el Grupo reconoció que se había hallado ciertas dificultades para su aplicación por la presencia de ciertas lagunas en el conocimiento científico acerca del sujeto mismo

de la planificación, así como también por la existencia de algunos vacíos y debilidades de la metodología misma. Por ello el Grupo consideró fundamental el establecimiento de un programa de investigación para superar tales deficiencias, y recomendó que este programa fuera promovido y conducido, en lo posible, por una institución que se hallara en estrecho contacto con las operaciones de terreno. Similares demandas y requerimientos fueron presentados a la OPS por los países mismos, tanto a través de oficinas de los representantes como en los Cuerpos Directivos de la Organización.

La OPS dio la debida consideración a estas recomendaciones, así como a otras relativas a los planes de adiestramiento de personal y a la necesidad de recolección e intercambio de información acerca de los procesos de planificación de la Región. Durante 1965 se estudió la posibilidad de crear un centro multinacional para que se haga cargo de tales funciones. Tal proyecto, con el apoyo de 14 países de la Región y con la aprobación técnica del Director General de la Organización Mundial de la Salud, fue sometido a consideración del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo que le dio apoyo financiero autorizándose la iniciación de las actividades del Centro Panamericano de Planificación de la Salud a principios de 1968. Así, en mayo de ese año, el Centro inició su funcionamiento con la designación de algún personal técnico permanente que le dio continuidad a las labores de adiestramiento y comenzando el trabajo de la División de Investigación. El Centro tiene su sede en la ciudad de Santiago de Chile, donde se halla en contacto permanente con el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social, y con la Comisión Económica para la América Latina, lo cual le permite realizar un intercambio y comunicación de experiencias en todas las actividades de la planificación global, sectorial y regional.

Consideraciones básicas

La planificación de la salud es la aplicación del conocimiento adquirido dentro del campo de las ciencias sociales, en las cuales dicho conocimiento se logra en una forma que no se ajusta exactamente a aquella de las ciencias físicas. En éstas los procedimientos de observación, inducción y deducción culminan con la formulación de teorías cuya verificación conduce a nueva observación, inducción y deducción, la formulación de nuevas teorías y la acumulación continua de conocimiento. La reiteración de resultados para los mismos valores de las variables estudiadas determinan la existencia de leyes generales de comportamiento de éstas, que permiten la predicción y el control. Este proceso se ve facilitado por la relativa facilidad con que pueden ser definidas real y operacionalmente las variables intervinientes, por la disponibilidad de instrumentos de medida de tales variables, por la posibilidad de controlar la influencia de la mayor parte de ellas experimentalmente y por la utilización generalizada de un lenguaje común, como el de las matemáticas, que no solamente le da el soporte y la coherencia lógica, sino que permite deducir la existencia de

situaciones no consideradas previamente, con todas las implicaciones heurísticas del caso. Un aspecto más en el que se hace énfasis en las ciencias físicas, es el que se refiere a la inexistencia de juicios valorativos, éticos o estéticos en el método utilizado para obtener el conocimiento que se busca, lo cual se quiere garantizar desde el comienzo, tratando de que se elimine la subjetividad en la observación, mediante el empleo de instrumentos de medición neutros. Esta característica de neutralidad valorativa ha sido extendida como condición necesaria para la ciencia en general y ha sido causa de grandes polémicas y de aberraciones y falacias cuando se ha pretendido aplicarla con aparente rigurosidad en el estudio de los hechos sociales.

La situación en las ciencias sociales difiere en muchos aspectos de la de las ciencias físicas. Los hechos que se estudian son hechos sociales, generalmente mal definidos y en todos los casos inobservables en forma directa mediante instrumento alguno. La reiteración de resultados para los mismos valores de las variables no se puede garantizar sino dentro de límites generalmente amplios; ello se debe, entre otras causas, a dificultades para controlar la multiplicidad de variables envueltas y a la imprecisión de las definiciones operacionales de conceptos que generalmente no pueden ser traducidos de modo apto para la aplicación de técnicas de cuantificación y medida como los usados para las variables físicas. La determinación de regularidades en el comportamiento de los hechos que conduce en las ciencias físicas a la enunciación de leyes generales representativas de un orden subyacente, no puede hacerse con la misma facilidad en las ciencias sociales, excepto en términos amplios. Esto sugiere la posibilidad de que dicho orden subyacente pueda no existir, o pueda estar constituido por hechos que no son susceptibles de cuantificar sino en forma categórica, por identificación de su existencia mediante la descripción de sus características y utilizando criterios taxonómicos para su clasificación y análisis. Para este fin no se dispone del más eficiente lenguaje de las matemáticas ni de los métodos de mayor potencia que éstas aporten.

Existe además una situación importante de destacar. En la investigación social el instrumento de observación es el investigador mismo. La presencia del observador es imprescindible para reconocer los hechos y para aplicar la taxonomía con la que se persigue el diseño de un esquema ordenado de clasificación y descripción de ellos. No puede evitarse, por lo tanto, que se introduzcan desde la observación y aún antes, desde la construcción de la taxonomía, ciertos criterios de subjetividad y, desde luego, de juicio de valores. Se deja así de cumplir con lo que parece ser un dogma para los formalistas del método científico, cual es el de la neutralidad valorativa de la ciencia. Parecería, sin embargo, que esta situación de las ciencias sociales es no solamente inescapable, sino necesaria, puesto que el investigador-observador-instrumento está en condiciones de penetrar mejor en la percepción de los hechos y caracterizarlos taxonómicamente con

mayor propiedad si tiene una mayor sensibilidad para detectar su naturaleza y para detectar las sutilezas que pueden explicar el comportamiento humano, nunca desprovisto de componentes emocionales y raíces éticas y valorativas.

Como se dijera anteriormente, la planificación de la salud casi en su totalidad es la aplicación de conocimiento adquirido en las ciencias sociales. Por ello, lo poco dicho en los párrafos anteriores en relación con las diferencias entre las ciencias físicas y las ciencias sociales es de particular importancia para la orientación de la investigación en planificación y de los métodos que deben emplearse para llevarla a cabo. Ciertas consideraciones han guiado al Centro para adoptar su programa de investigación en la forma como lo está conduciendo. Algunas emergen de las situaciones mencionadas respecto al estado de las ciencias sociales; otras provienen de la experiencia adquirida en el funcionamiento de los procesos de planificación en los países de la Región; algunas más tienen su origen en la demanda expresa de dichos países; y finalmente, otras obedecen a las orientaciones de política y formulaciones de estrategia para el perfeccionamiento de los procesos de planificación de la salud dentro del desarrollo general de la Región de las Américas que conduce la OPS.

Algunas de estas consideraciones pueden condensarse en las siguientes proposiciones con respecto a las características del proceso de planificación:

a) La planificación de la salud es un proceso permanente, autosostenido y perfectible, destinado a inducir cambios deseados y predeterminados en los sistemas de salud y en el objetivo último de éstos cual es la salud misma de la población.

b) El proceso de planificación incide sobre todos los componentes e interrelaciones que conforman el sistema de salud y no se restringe a la consideración de partes de él o a enfoques particulares de dicho sistema.

c) la planificación de la salud está entramada con la planificación general del desarrollo y no es parte separada de ésta.

Estas tres proposiciones llevan implícita la consideración del campo de la salud como un sistema del que deben conocerse sus componentes, estructura y funcionamiento hasta donde ello es posible antes de tomar decisiones con respecto a los cursos de acción a seguir. De aquí surgen dos grandes áreas de investigación que deben ser enfocadas: la primera de carácter sustantivo, que conduce a la definición del sistema de salud y su funcionamiento; la segunda, que apunta a la determinación de los métodos más adecuados para introducir los cambios, y que tiene obviamente una íntima relación con la anterior.

Es posible que en este último aspecto es donde se hayan realizado los más importantes avances. Así podría decirse que la metodología OPS/CENDES es en gran parte el fruto de una investigación de esta naturaleza. Además se ensayan cada vez con más frecuencia diversas maneras de hacer las cosas y se proponen técnicas destinadas a resolver los problemas metodológicos de la planificación de la salud adaptando las de otras disciplinas. Son por ejemplo conocidas varias aplicaciones de técnicas de investigación operativa, de racionalización administrativa, de programación de actividades, del uso de sistemas de información, de evaluación, y de muchas otras.

Lo que no se ha investigado todavía es el grado hasta el que la aplicación de estas técnicas para el tratamiento de aspectos parciales pudiera estar rigidizando la posibilidad de introducir cambios mas substanciales, puesto que la trama de los componentes del sistema de salud es tan compleja que bien podría ser que la maximización u optimización del funcionamiento de uno de sus componentes pudiera ser disfuncional para otros componentes o para el sistema en total.

Es por esta razón, entre otras, que el programa del Centro otorga especial importancia a la investigación de carácter substantivo antes mencionada, que se encamina a lograr un mejor conocimiento de la manera como funciona el sistema en su totalidad y el papel que juega cada una de las partes. Esto de ninguna manera significa una recomendación para dejar de actuar a la espera de una completa dilucidación del sistema, puesto que no se puede asegurar que existan soluciones totalistas. Lo que sí se pretende es que se tomen las decisiones, tanto en relación al sistema mismo como al método de planificación a utilizar, contando con un marco de referencia global que brinde una indicación acerca de lo que no debe hacerse si se quiere evitar que la frecuente esquematización de la praxis dificulte una ulterior realización de actividades de mayor impacto y beneficio.

Como se afirmara anteriormente, la planificación de la salud tiene una deliberada intención de introducir cambios en una situación que se juzga no deseable, aunque no puedan precisarse con exactitud las razones que explican dicho estado. Generalmente los cambios tienen dos características: velocidad y dirección. En ambas, pero más que nada en la segunda, es fácil advertir la presencia de criterios de valores éticos o estéticos que trasuntan ideologías; por lo tanto no se puede ignorar la naturaleza política del acto de planificar. Es quizás esta omisión, al creer que la planificación era un acto puramente técnico, la que llevó a los planificadores de la salud a frustraciones y desengaños que dificultaron el mayor avance de los procesos en el Continente.

La presencia de criterios de valor no se halla únicamente en el acto político que enumera las finalidades o los objetivos que se persiguen con el sistema de salud. Tales criterios se encuentran, manifiesta o enmascaradamente, a lo largo de casi todas las etapas del proceso, y en muchas

circunstancias es difícil desentrañarlos. A veces hay que buscarlos aun dentro de situaciones que aparentan la solidez irrefutable del conocimiento científico; y es precisamente esta condición la que la investigación del Centro trata de superar sin caer en la iconoclastia.

El foco de atención principal para el programa de investigación del Centro es el desarrollo de procedimientos para el estudio de los sistemas de salud en su totalidad, esto es, incorporando todos sus componentes de orden técnico, administrativo y político, y el análisis de dichos sistemas de manera tal que puedan sugerirse las estrategias apropiadas para conseguir los cambios deseados.

El problema que ha tenido que enfrentarse es esencialmente de carácter metodológico. Se persigue el estudio de un ordenamiento subyacente de la vida social al que llamamos sistema de salud y cuya existencia postulamos. Este sistema, como la generalidad de los sistemas sociales, es abierto ya que tiene un dinámico intercambio de funciones con otros sistemas y con su ambiente. Sin embargo, no se conoce con precisión la naturaleza de estas interrelaciones. El sistema es complejo debido al gran número de componentes que lo integran y a lo complicado de las relaciones que los ligan. Es fácil imaginar que un sistema de salud pueda incluir prácticamente todos los aspectos de la vida en sociedad, ya que casi todo tiene que ver en una u otra forma con la salud. Desde luego que en estas condiciones tal sistema de salud es la sociedad misma, y con ello se nos escapa toda posibilidad de manejo de tal sistema. Por lo tanto debemos limitarlo, incluyendo en él sólo aquellos componentes que tengan relieve para el proceso de planificación. Desde luego esta decisión tiene que ser cuidadosamente estudiada para evitar que algunos aspectos puedan ser ignorados y que posteriormente surjan inconvenientes debido a su omisión.

El sistema tiene un alto grado de indefinición, principalmente porque no se conoce muy bien la naturaleza de las relaciones que ligan a sus componentes, o bien porque ellas son de tal tipo que para estados presumiblemente iguales de sus componentes pueden no corresponder estados iguales del sistema. Para encontrar un símil en la situación de una relación entre dos variables cualesquiera, esto equivale a decir que para un valor de una de ellas la otra puede adoptar no sólo uno sino varios valores. Tal situación puede estar generada por la existencia de una situación de alto grado de integración del sistema, que implica que la variación de uno de sus componentes genera variaciones en todos los demás en forma tal que es prácticamente imposible su tratamiento con métodos conocidos de análisis de covariación múltiple; o bien porque el tipo de conceptos que debe manejarse no es susceptible de la medida y cuantificación para los que son válidos los métodos conocidos.

Puede advertirse que las características mencionadas de los sistemas de salud, principalmente ésta que se refiere a su grado de indefinición, constituyen un impedimento para la formulación de teoría o leyes

generales en base de la regularidad del comportamiento de las variables, y por lo tanto no se ve tan clara la posibilidad de lograr por tal camino lo que algunos consideran, junto con la explicación, el desideratum de la ciencia: la predicción y el control.

Es importante aclarar que todas estas consideraciones son generales y que de ningún modo la investigación del Centro desecha la posibilidad de utilizar procedimientos conocidos y tradicionales en todas aquellas situaciones concretas y definidas que pueden presentarse en el estudio de algunos aspectos del sistema; pero ante la necesidad de tomar una decisión respecto al método a seguir para el estudio de los sistemas de salud con las características mencionadas, el Centro optó por el uso de modelos matemáticos de experimentación numérica.

Los modelos

Los modelos de experimentación numérica incorporan un enorme número de componentes elementales lo cual requiere cierto nivel de agregación tal como grupos sociales o de edad, tipos de hospitales, regiones, etc.

El nivel óptimo depende del problema y siempre es difícil de determinar (o cuántos y cuáles grupos de enfermedades, o qué tipo de camas de hospitalización, o cuáles niveles de complejidad hospitalaria, etc.). Cada relación entre variables es una hipótesis de tipo global, de las que hay pocas en ciencias sociales. Para solucionar este problema la experimentación numérica propone utilizar las alternativas más probables según la experiencia del usuario y utilizar criterios y resultados cualitativos. Son modelos muy específicos y obligan a definir las condiciones de contorno para todo el período que se quiere estudiar. Son evolutivos y deben perfeccionarse continuamente para incorporar los nuevos conocimientos o los cambios que se vayan operando sobre el sistema real. Sus fuentes principales de incertidumbre son la forma de las hipótesis, el valor de los parámetros y el comportamiento futuro de las variables no controlables. Por último, no permiten hacer predicciones cuantitativas y se usan como criterio para adoptar decisiones cualitativas.

Las características de este tipo de modelos los hace especialmente aptos, como que fueron diseñados para ello, para el tratamiento de los problemas que presentan los sistemas sociales.

Los problemas de contenido corresponden a la existencia de esquemas mentales o verbales bien claros y detallados de cómo funciona el sistema en estudio. En este terreno, que es específicamente el que corresponde a los especialistas de salud, es donde tal vez tenemos las mayores incertidumbres. No se conocen leyes y a veces ni siquiera existen hipótesis medianamente aceptables acerca del funcionamiento de componentes muy importantes del sistema de salud, lo cual es una posible fuente de errores

serios, ya que si se quiere conocer al sector salud en un sentido global, es imprescindible considerar todos los componentes que teóricamente, a juicio del equipo modelista, tienen importancia.

Es conveniente entender aquí al equipo modelista en sentido amplio, incluyendo no sólo a los matemáticos que escriben las ecuaciones, a los estadísticos que estiman los coeficientes y a los sanitaristas que describen el sistema, sino también a los usuarios posibles que son los que conocen cuáles son los problemas que enfrentan y deben resolver. Hay que estar consciente que puede existir una dificultad de comunicación entre el equipo modelista en sentido restringido y los supuestos usuarios, por ejemplo los funcionarios encargados de tomar decisiones. Esto ocurre porque se utilizan términos o variables que no son de uso corriente y que no se pueden adjudicar a una fuente específica del sistema real. El modelista que obtiene sus relaciones del análisis estadístico tiende a mantener sus coeficientes como resultados empíricos, abstractos, que no se pueden identificar con aspectos particulares del sistema real. No es lo mismo decir que la demanda es una función "x" del ingreso y la accesibilidad, que decir que, en condiciones determinadas, tal grupo de población va a demandar atención en una cierta proporción. Debe intentarse siempre que cada constante y variable tengan un significado lo más coincidente posible con el del sistema real, para que se pueda discutir su aceptabilidad en términos de su significado común, físico o conceptual.

En la construcción de un modelo matemático se comienza por identificar los componentes del sistema y formalizar lo que sabemos o creemos de cada uno de ellos, para luego estudiar la interacción de estos componentes. Una de las decisiones que se toman en esta etapa es la del nivel de agregación de los elementos. No se puede operar con desagregación máxima (por ejemplo cada persona, cada cama de hospital) porque se llega a dimensiones inmanejables, ni lo opuesto (toda la población, todas las camas) porque se pierde toda significación.

En lo que respecta a la información sobre la cual construir un modelo, conviene insistir en que generalmente existe suficiente información descriptiva que forma parte de la experiencia común con la cual se puede comenzar la construcción de una primera versión de un modelo que puede resultar sumamente útil, entre otras cosas, para decidir cuál es la información que hay que recoger, o sea, que el modelo es previo.

No hay que hacer hincapié en la existencia de datos formales. La recolección rutinaria de datos numéricos no va a generar nuevos conceptos ni identificar variables desconocidas pero importantes. Es trivial decir que esto no significa restar importancia a la información factual ni a los sistemas para su recolección y procesamiento.

Jay Forrester dice que parece haber una confusión general acerca de que no se puede emprender la construcción de un modelo matemático hasta que cada constante y relación funcional se conozca con gran precisión. Esto conduce a menudo a la omisión de factores que se admite son altamente significativos, por ejemplo, la mayoría de las influencias "intangibles" sobre las decisiones, debido a que no están medidos o no son medibles. Omitir esas variables es equivalente a decir que tienen efecto cero, probablemente el único valor acerca del que se sabe con certeza que es falso.

Cuando no hay teorías claras acerca de la relación funcional entre variables, las hipótesis que se adopten pueden ser cruciales. En la técnica de experimentación numérica no se incluyen leyes generales sino hipótesis específicas de casos particulares, o sea se dan algunos valores de una función en vez de definirla en el dominio más amplio posible. La enorme ventaja que esto tiene es que se puede llegar a un acuerdo de experimentos lo cual es imposible, o no tiene sentido, cuando se intenta llegar a formular la teoría general del fenómeno. Este proceso, en cambio, puede facilitar la formulación de la teoría.

Un modelo matemático global del sector salud ayuda a comprender el funcionamiento del sector y sirve como guía para la toma de decisiones y el establecimiento de juicios evaluativos y de políticos deseables.

El uso de un modelo implica que: 1) se conoce algo acerca de ciertas características detalladas del sistema; 2) estas características, conocidas o supuestas, interactúan influenciando la evolución del sistema en el tiempo; 3) el conocimiento que tenemos de los componentes individuales del sistema supera a nuestra capacidad intuitiva para visualizar la interacción de esos componentes, y 4) mediante la construcción del modelo y la observación del comportamiento de los factores dentro del mismo podremos entender mejor el sistema que estamos estudiando.

Estos comentarios implican a su vez que un modelo útil de un sistema real debe ser capaz de representar la naturaleza del sistema y mostrar la manera en que los cambios en la política o la estructura del mismo condicionan su mejor o peor comportamiento. Tiene que tomar también en cuenta los tipos de perturbaciones externas a las cuales el sistema es sensible. Pero hay que insistir que no se incluye aquí la predicción de sucesos específicos en un momento futuro determinado, ya que la utilidad de los modelos no está en su capacidad para predecir una trayectoria específica. Por otra parte, dados los objetivos de conocimiento y manejo ya señalados, debemos interesarnos más en la naturaleza del sistema que en su condición futura.

Hay, sin embargo, dos características de los modelos que están ligadas a los objetivos mencionados: ellas son su precisión y su adecuación. La primera se refiere sobre todo a la definición exacta, inequívoca,

de cada atributo de los componentes y de sus relaciones. La construcción del modelo obliga, repetimos, a describir de manera exacta lo que se quiere decir y esto ayuda a aclarar las ideas y en consecuencia mejorar el modelo mental. Cuando el modelo mental se convierte a una forma matemática precisa, puede presentar inconsistencias con la naturaleza del mundo real que se observa, de manera que ya desde el comienzo de la tarea el modelista está usando el modelo como instrumento de conocimiento. El modelo es útil aunque represente sólo lo que se supone que es la naturaleza del sistema en estudio. Imparte precisión al pensamiento, eliminando la vaguedad, y obliga a definiciones en cuanto a lo que se cree acerca de la importancia relativa de los diversos factores que componen el sistema. Mediante su uso se descubren inconsistencias aun en los supuestos básicos, lo cual constituye una segunda manera en que el modelo sirve para aprender. Sucede a menudo que al combinar entre sí los conocimientos o suposiciones acerca de cada componente separado, los resultados difieran bastante, a veces diametralmente, de las consecuencias intuitivamente esperadas.

La segunda característica mencionada es la adecuación. Se entiende por ésta el grado de correspondencia del modelo con el mundo real. Esta característica es importantísima si se pretende que el modelo sirva para ayudar en el manejo del sistema, o sea como instrumento de decisión. En este caso la similitud entre modelo y sistema debe ser bastante completa.

El uso de los modelos de experimentación numérica para el análisis de decisiones es una parte de un procedimiento cuyos pasos Varsavsky enumera de la siguiente manera: 1) Fijación de objetivos detallados en tiempo, espacio y según todas las variables que puedan ser interesantes; 2) determinación de una estrategia especialmente en términos de tecnología a utilizar y forma de financiamiento; 3) hipótesis sobre evolución de coeficientes técnicos, incluyendo la influencia que tendrían sobre éstos los objetivos y las estrategias; 4) cálculo, mediante el modelo, de los resultados que se obtendrían. Los efectos se miden como discrepancias entre ofertas y demandas de recursos humanos, financieros, capacidades y otros; 5) si en el resultado obtenido se observan discrepancias grandes entre cualesquiera de los indicadores elegidos, se revisa la estrategia tecnológica y se hacen nuevos experimentos con el modelo hasta encontrar una estrategia factible que resuelva los desajustes, o convencerse de que no se puede. Si ocurre esto último se revisan las hipótesis tecnológicas (coeficientes técnicos o funciones de producción) y si se perciben variantes posibles se ensayan incluyéndolas en diferentes estrategias. Si vuelven a encontrarse discrepancias no resolubles, los objetivos no son alcanzables y hay que cambiarlos; 6) se examina la factibilidad financiera, y 7) se contrastan los resultados obtenidos con la factibilidad política (o de poder). Estos dos últimos aspectos se pueden estudiar con el modelo, si se han incluido los indicadores correspondientes, o fuera del mismo.

Este procedimiento puede tener algunas alternativas, pero lo que interesa destacar aquí es la importancia que se asigna al planificador, al especialista y al político. El modelo no hace más que facilitar y hacer más eficiente su trabajo.

Programa de actividades

Los recursos con que cuenta el Centro para la realización de un programa de investigación de la naturaleza propuesta son muy limitados. Se considera que su conducción de él no puede ser una responsabilidad total del Centro, no solamente por la razón anotada de su escasa disponibilidad de recursos, sino porque la aplicación de los métodos adoptados debe en lo principal llevarse a cabo sobre las realidades concretas que presentan los países, con investigadores nacionales que puedan conformar sus propios equipos modelistas conocedores de las realidades de sus sistemas. Más aún, si bien los métodos para construir los modelos pueden ser de aplicación general, los modelos mismos son específicos, contruidos para una realidad y por lo tanto no son válidos para representar otras situaciones que aquélla para la que fueron diseñados.

Por esta razón el Centro se ha dedicado principalmente a promover las investigaciones en los países, facilitando la asesoría y colaboración indispensable. Tiene presente también en su actividad que el desarrollo de la investigación en salud pública en América Latina es muy reducido y que quizás la iniciación del trabajo en este sentido puede ser un medio para fomentar el interés de los Gobiernos en el perfeccionamiento de sus procesos de planificación, sobre todo cuando algunos frutos de la investigación puedan ser discernibles y ella deje de ser considerada con indiferencia o con una actitud despectiva.

1. El modelo vinculador

El centro de interés del programa ha sido el desarrollo teórico del llamado "modelo vinculador", que es un intento de representación del sistema de salud en forma global, con todas las interconexiones de éste con otros sistemas. Se pretende que el modelo, que tiene por fuerza que ser muy agregado, sirva principalmente para hacer experimentos que permitan probar políticas de salud y sus consecuencias. La visión global del sistema y el análisis de las interrelaciones de sus componentes en forma agregativa, conduce a la detección de áreas problema, que son luego posibles de ser investigadas a través de submodelos. Por otro lado, el diseño se ha hecho de manera tal que puede incorporar el resultado de investigaciones parciales de cada uno de los componentes, con el propósito de configurar luego una totalidad.

El modelo tiene muy en cuenta las relaciones del sector salud con otros sectores y aspectos de la vida social para tratar de entender la

naturaleza de dichas relaciones y la forma como ellos están vinculados, con miras a contar eventualmente con los procedimientos que permitan una verdadera integración en los esfuerzos por planificar la salud dentro del proceso de desarrollo global. El desarrollo mismo del modelo no emplea mecanismos de optimización ni hace uso del análisis de costo-beneficio para ordenar prioridades de asignación de recursos. La no utilización de estos enfoques no deriva de una oposición al propósito de los mismos ya que es tautológico decir que es mejor una solución mejor. Lo que ocurre en el caso de la optimización es que los procedimientos que se utilizan requieren la existencia de un indicador único y una perfecta definición del problema, que no se dan en las condiciones que hay que enfrentar. El análisis de costo-beneficio necesita identificar todos los costos y todos los beneficios, medidos de una manera uniforme; éste es un problema no resuelto por completo ni siquiera en el terreno económico, en tanto que en los sectores sociales, y especialmente en salud, su dilucidación presenta dificultades tal vez insalvables (por ejemplo la comparación del valor de la vida a distintas edades para un mismo individuo o entre individuos).

Tampoco se intenta hacer pronósticos de situación en base a la extrapolación de regularidades históricas. Por eso se rechaza específicamente la determinación de tipo econométrico para los parámetros de comportamiento del sistema, con el fundamento de que los problemas básicos de la Región son de cambio y no de mantenimiento de la situación existente.

El desarrollo teórico del modelo vinculador es un trabajo que se inició en 1969 y que se completó en 1970 en una primera versión. La implementación de un modelo de esta naturaleza está supeditada a la disponibilidad de información real acerca del país para el que tenga que construirse, a la existencia de proyectos de investigación subsidiarios, del acceso a equipo de computación y personal de programación compatibles con los procedimientos de la experimentación numérica, con las múltiples variables, interrelaciones e hipótesis que incluye. En vista de que el Centro no dispone de todos los elementos para hacer tal implementación, se formuló una versión reducida con propósitos de demostración y experimentación, implementándosele con datos de un país, programándose su acceso a computación en el departamento de computación de la Universidad Central de Venezuela, donde se llevaron a cabo varios experimentos.

El esfuerzo más grande fue realizado en Argentina, país al que se brindó asesoría y colaboración en la producción de una proposición preliminar de un modelo de experimentación numérica de carácter global. Este "modelo global" fue desarrollado por el equipo modelista del Estudio sobre Salud y Educación Médica, con el apoyo y colaboración del Centro y constituye una aplicación del modelo vinculador a una realidad concreta nacional, destinada al análisis de la problemática total de la salud.

2. Los submodelos

De la visión global del modelo vinculador emerge frecuentemente la necesidad de ampliar el conocimiento y penetrar más profundamente en ciertos aspectos particulares. Una vez delimitada el área de interés, el Centro promueve la utilización de submodelos de experimentación numérica para su estudio. Algunos de estos submodelos pueden tener un desarrollo de mucha envergadura, razón por la cual también se piensa que cada uno de ellos no es sino una forma de enfocar el sistema en su totalidad. En otras palabras, un submodelo como el de recursos humanos, por ejemplo, es un vehículo para el estudio del sistema en su totalidad, ya que las variables intervinientes son las mismas, aunque el énfasis mayor sea en los recursos humanos. Por lo tanto, un enfoque desde el punto de vista de los recursos humanos es una forma de analizar el mismo sistema que el que se analizaría con un enfoque desde el punto de vista de las inversiones en salud, o un enfoque epidemiológico. De allí el apoyo que el Centro le está dando al desarrollo de submodelos, a más de que el análisis de éstos, por su mayor especificidad en los aspectos en que centra su atención, permite visualizar mejor las aplicaciones inmediatas para la toma de decisiones.

El programa de actividades del Centro contempla el trabajo en los siguientes submodelos:

2.1 Submodelo de financiamiento

Es una aplicación específica emergente del modelo vinculador. Se desarrolló en la Provincia de Mendoza, Argentina, a solicitud de las autoridades de salud de dicha provincia y como consecuencia inmediata de la construcción del modelo global arriba mencionado. Su propósito es el de analizar la viabilidad de los aspectos financieros de los sistemas de atención médica. Este proyecto se halla en la fase de análisis de resultados, ya que fue formulado, implementado, programado y computado en colaboración con el Centro de Cómputos en Salud de Buenos Aires.

2.2 Submodelo de inversiones

Se completó el diseño de este submodelo, preparado en colaboración con la División de Proyectos del ILPES. Comprende una metodología para la programación de las inversiones del sector salud, una clasificación de los proyectos de inversión y la formulación de manuales para la preparación de proyectos. Se halla en trámite la firma de un convenio con el Ministerio de Salud del Perú para la investigación conjunta sobre la aplicación práctica de este submodelo, en el cual también está interesada la Argentina, siendo probable su desarrollo simultáneo en los dos países, para lo que el Centro servirá como coordinador y compatibilizador en la metodología.

2.3 Submodelo de recursos humanos

Se han iniciado las tratativas para el desarrollo de este submodelo por el equipo modelista del Estudio sobre Salud y Educación Médica de la Argentina, en colaboración con el Centro Latinoamericano de Administración Médica y la Asociación de Facultades de Medicina de la República Argentina. Se espera que las actividades comiencen a fines de 1972.

2.4 Submodelo político

El desarrollo teórico de este submodelo será realizado por el Centro en colaboración con el ILPES y la CEPAL. Las actividades están previstas para ser iniciadas a mediados de 1972.

2.5 Otros submodelos

Se espera desarrollar también en un futuro cercano un submodelo de enfermedades transmisibles, preferiblemente en colaboración con algún país de Centro América; y un submodelo de enfermedades crónicas, para lo cual se ha considerado el interés de São Paulo, Brasil.

2.6 Estudio de parámetros y funciones

Ciertos parámetros y funciones que forman parte de los modelos y submodelos no han sido determinados con propiedad y en los términos que se necesita para ser incorporados en ellos. Aspectos tales como los promedios de hospitalización, la inmunidad, las tasas de mortalidad y morbilidad, los efectos de la vacunación, los efectos del saneamiento, etc., requieren de estudio. Estos serán estudiados en colaboración con instituciones tales como el Centro Latinoamericano de Administración Médica de Buenos Aires, el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente, y varios países.

3. Otras investigaciones

Además de la orientación hacia el estudio del modelo vinculador y los submodelos, el Centro ha abordado los siguientes aspectos de investigación no relacionada con ellos, en lo que hace a la aplicación de la experimentación numérica. Los siguientes son proyectos en operación en el Centro.

3.1 Estudio de tipologías

Esta investigación pretende aportar elementos para la definición de políticas de salud más adecuadas a las realidades nacionales y orientar mejor la conducción de algunas investigaciones de salud. Se ha confeccionado, con la información de 20 países de la Región, proveniente de la

las Proyecciones Cuadrienes, tipologías de salud y de desarrollo, que se encuentran en una nueva revisión a la luz de la información obtenida en las Proyecciones Cuadrienes de 1971.

3.2 Estudio de relaciones estructurales

Esta investigación se dirige a estudiar las relaciones entre diversas características estudiadas por las varias ciencias sociales, con especial énfasis en los aspectos vinculados a la salud. Se ha concluido un primer diseño con los lineamientos generales y conceptuales y se ha iniciado la recolección de información pertinente.

3.3 Programación del modelo metodológico

Este proyecto, destinado a profundizar en el estudio de variables y aspectos aplicativos del método OPS/CENDES, fue concluido a principios de 1972. El programa para computación preparado por el Departamento de Computación de la Universidad Central de Venezuela, por algunas dificultades en esta Universidad, debió ser implementado en la Empresa de Computación e Informática de Santiago de Chile. Los resultados están siendo analizados.

3.4 Evaluación de procesos de planificación

Se ha preparado un esquema metodológico destinado al estudio y análisis evaluativo de los procesos de planificación. Este esquema es la continuación de trabajos iniciados con el Gobierno de Chile y con el grupo de investigación PLANSAN del Departamento de Antioquia, Colombia, al cual se ha prestado asesoría y colaboración las que han de continuarse hasta la culminación del proyecto. Se propone el Centro también, dentro de este mismo tipo de investigación, apoyar la iniciativa de la Argentina para el estudio de un modelo de implementación.

3.5 Otros proyectos

Finalmente el Centro se propone trabajar con los departamentos técnicos de la OPS y con algunos países que colaboren en el estudio de los factores condicionantes de la situación de salud y de la manera como se establecen las normas técnico-administrativas de los programas de salud.

CE68/10 (Esp.)
ANEXO IV

PROGRAMA DEL SERVICIO DE INFORMACION DEL
CENTRO PANAMERICANO DE PLANIFICACION DE LA SALUD

Al poco tiempo de haberse iniciado los procesos de planificación en los países de la Región, y luego que los egresados de los dos o tres primeros cursos internacionales enfrentaron la práctica de la planificación de la salud en sus respectivos países, comenzó a incrementarse la demanda de éstos por disponer de información acerca de la experiencia que se estaba obteniendo en otros países en la marcha de sus respectivos procesos de planificación.

La demanda se hizo presente en la OPS a través de los consultores de planificación que trabajaban en los países, quienes trataron de absorberla dentro de sus posibilidades. Pero aún los consultores de la OPS no disponían de un mecanismo eficaz para obtener la información que se les solicitaba; por lo tanto esta área hubo de quedar rezagada hasta el momento en que cobró forma el Programa Panamericano para la Planificación de la Salud, que en su plan de operaciones indica que "el proyecto será un centro para la recolección y disseminación de información relativa al progreso que se logra en la formulación de planes de salud, su ejecución, control y evaluación. Se producirán publicaciones y manuales para la enseñanza de la planificación en salud". Dicho Plan, en su calendario de operaciones indica, además, que la información y publicaciones serían iniciadas en el primer año del proyecto y se llevarían a cabo a lo largo de la duración de éste.

Desde la iniciación de las labores del Centro en 1968 hasta 1971 no se dispuso de personal dedicado a organizar y poner en marcha un programa de información del Centro. A pesar de ello, durante los tres primeros años de funcionamiento, tanto el personal de la división de adiestramiento como el de la de investigación, produjeron una serie de trabajos para ser utilizados con propósitos internos en la docencia o a solicitud de diversas instituciones y que fueron reproducidos en ditto o en mimeógrafo. Asimismo fueron recolectados algunos documentos de otros autores y reproducidos para ser utilizados en los cursos.

En junio de 1970, el Grupo de Trabajo de Consultores de Planificación de la OPS/OMS reunido en Caracas, Venezuela, consideró que el campo de la información había sido prácticamente descuidado; reafirmó la necesidad de contar con un servicio que permitiera a los planificadores de salud conocer las experiencias que se estaban teniendo, tanto en la Región como en otras regiones y recomendó "establecer urgentemente un adecuado y efectivo sistema de información 'interna' que permita tomar conocimiento de las experiencias de planificación, tanto de salud como para el desarrollo, y de este continente cuanto de las otras regiones".

Simultáneamente con el diseño de las actividades del Centro en adiestramiento que se efectuó a fines de 1970, se programaron tentativamente las actividades de un servicio de información, el que, sin embargo, no pudo iniciar sus actividades hasta julio de 1971, al obtenerse los servicios de un profesional para que se haga cargo de la estructuración del programa.

El Servicio de Información del Centro tiene el propósito de:

1. Mantener actualizado al personal técnico responsable de la promoción y conducción de los procesos de planificación en salud, en todos los desarrollos teóricos y prácticos de la planificación, para que puedan adoptar o adaptar los que consideren pertinentes para el mejor desempeño de sus funciones.
2. Fomentar el apoyo a la práctica de la planificación, entre los dirigentes del sector y de otros sectores, especialmente entre los planificadores de estos últimos, propiciando la integración de esfuerzos en la planificación del desarrollo.
3. Divulgar los principios y técnicas de la planificación en salud entre los profesionales y técnicos del sector salud.
4. Proporcionar información acerca del estado de los procesos de planificación de los países del Continente, orientada hacia el diseño de estrategias para el perfeccionamiento de dichos procesos.
5. Informar acerca de asuntos sustantivos y metodológicos, teóricos y prácticos, en campos distintos de la salud que tengan utilidad potencial para el desarrollo y perfeccionamiento de la planificación de la salud.

La información del Centro está dirigida a:

1. Personal técnico responsable de la planificación de la salud de los países y de la OPS.
2. Dirigentes del sector.
3. Técnicos de otros sectores.
4. Universidades e instituciones de capacitación de personal en salud.

La información se refiere a:

1. Aspectos significativos del estado actual y perspectivas de los procesos de planificación en los países.
2. Desarrollos teóricos acerca de cada uno de los componentes del proceso.
3. Desarrollos metodológicos para el mejor abordaje del proceso.

4. Experiencias en la investigación y en el adiestramiento, tanto en las llevadas a cabo por el Centro como por los países y por otras instituciones especializadas en planificación.

5. Experiencias en la aplicación de diversos enfoques, métodos y técnicas de planificación en salud.

6. Contexto en el que se desenvuelve la planificación en salud, incluyendo los aspectos pertinentes del desarrollo y la planificación global.

Los medios de que se ha de valer el Centro para brindar sus servicios de información son los siguientes:

a) Publicaciones y difusión de un Boletín periódico que contendrá información bibliográfica y de interés general para el personal técnico de planificación de la salud de los países. Se ha programado la aparición del primer boletín cuatrimestral para diciembre de 1972.

b) Publicaciones científicas acerca de métodos para la planificación y resultado de las investigaciones. Se espera tener listas para publicación durante el transcurso de 1972 las publicaciones sobre Diagnóstico Sectorial y Análisis Institucional, y la relativa a la Programación de Inversiones en el Sector Salud. El material que se incorporará en estas publicaciones es el elaborado para los respectivos seminarios especiales sobre estos temas.

c) Atención a consultas postales y personales sobre temas de planificación de la salud.

d) Reproducción de documentos pertinentes a los temas de planificación, tanto para utilización en los cursos como para distribución general.

e) Información a grupos, por medio de charlas, conferencias, etc., en las que sea solicitada la participación del Centro. Esta actividad del Servicio de Información linda con la de la División de Adiestramiento en aquellos casos que pueden considerarse como de colaboración docente. Esta actividad se iniciará durante el transcurso del año de 1972, para funcionarios de la OPS a través de una de las zonas.

El Centro espera valerse de los siguientes medios para lograr los propósitos que busca con el sistema de información:

a) Organización de una Unidad de Documentación, en íntima relación con el Centro Latinoamericano de Documentación Económica y Social (CLADES) de la CEPAL, del Centro Latinoamericano de Administración Médica (CLAM), del Centro de Documentación Médica de Río de Janeiro y con el Centro de Cómputos en Salud de la Argentina.

b) Organización y funcionamiento de una unidad de análisis y evaluación de documentos, encargada de la elaboración de extractos resúmenes para su divulgación y para la atención de consultas especiales.

c) Una unidad de publicaciones y reproducción de documentos.

d) Designación de corresponsales en todos los países y adiestramiento de éstos.

Dadas las condiciones actuales de precariedad de local y dificultades para la contratación de personal especializado, estas líneas generales de trabajo del Centro, en materia de información, se espera que pueda vigorizarse recién durante la última parte del año 1972 y comienzos de 1973.

DOCUMENTOS

A. DOCUMENTOS PRODUCIDOS POR EL PERSONAL DEL CENTRO PANAMERICANO DE PLANIFICACION DE LA SALUD, PARA DIVERSAS ACTIVIDADES DEL CENTRO

Durán, Hernán, Metodología para la planificación de la salud en América Latina, 1966, mimeo., 25 pp.

_____, Los problemas fundamentales de la salud pública, 1967, mimeo., 83 pp.

Centro Panamericano de Planificación de la Salud (CPPS), Procedimiento para estimar el valor de la depreciación de las inversiones, 1968, mimeo., 11 pp.

_____, Relaciones entre salud y desarrollo. Los aspectos estructurales de la salud, 1968, mimeo., 13 pp.

Del Cid, Carlos, Programación de la atención odontológica en un plan de salud, 1968, mimeo., 18 pp.

Durán, Hernán, Análisis de las relaciones entre salud y desarrollo, 1968, mimeo., 78 pp.

_____, La planificación de la salud en el desarrollo, 1968, mimeo., 19 pp. (español e inglés).

CPPS, Alimentación y nutrición en la planificación de la salud, 1969, ditto, 3 pp.

_____, Encuesta sobre política de salud, 1969, ditto, 13 pp.

_____, Esquema para el estudio de la política de salud. Basado en el modelo de análisis propuesto por D. Easton, 1969, ditto, 14 pp.

_____, Modelo metodológico, (para utilización docente en los cursos organizados por el Centro), 1969, mimeo., 261 pp.

_____, Propuesto programa. Conceptos generales sobre presupuesto, 1969, mimeo., 13 pp.

_____, Saneamiento ambiental y planificación de la salud. Guía para discusión con especialistas, 1969, ditto, 6 pp.

Durán, Hernán, El adiestramiento de planificadores de la salud en América Latina, 1969, mimeo., 15 pp. (español e inglés).

_____, Los requisitos metodológicos para planificar la salud en el desarrollo, 1969, mimeo., 19 pp.

- Miglionico, Américo, Encuesta tentativa sobre política de salud en los países, 1969, ditto, 13 pp.
- _____, Esquema de flujo en el sistema político de salud, 1969, ditto, 8 pp.
- _____, Modelo vinculador. Embarazo, 1969, ditto, 12 pp.
- _____, Primera aproximación para una tipología de los países de América Latina, 1969, ditto, 4 pp.
- Testa, Mario, El enfoque del modelo vinculador, 1969, ditto, 4 pp.
- _____, Planificación de recursos humanos para salud en cuanto a tipos, cantidades y adecuación a la función, 1969, mimeo., 21 pp.
- _____, Política alimentaria y nutricional y planificación de salud. Documento para comentarios para la reunión sobre política alimentaria, OPS/FAO, Washington, D.C., 19 - 23,5,69, 1969, ditto 9 pp.
- _____, Proyectos de inversión para salud, 1969, ditto, 4 pp.
- Varsavsky, Oscar, Modelo vinculador, 1969, mimeo., 24 pp. (español e inglés).
- CPPS, Antecedentes de la creación del Centro Panamericano de Planificación de la Salud, 1970, mimeo., 10 pp. (español e inglés).
- _____, Documento base, 1970, mimeo., 4 pp. (español e inglés).
- _____, Diagnóstico sectorial y análisis institucional, 1970, mimeo., 6 pp.
- _____, El programa de investigaciones del AMRO-3715, 1970, mimeo., 10 pp.
- _____, Formulation of Key Norms, 1970, mimeo., 31 pp.
- _____, Health Policy, 1970, mimeo., 34 pp.
- _____, La planificación de la salud y el saneamiento del medio. Estado actual del estudio, 1970, mimeo., 8 pp.
- _____, Level and structure of health and determinants, susceptibility and environment, 1970, mimeo., 9 pp.
- _____, Programa de actividades 1971-1974 del CPPS, 1970, mimeo., 5 pp. (español e inglés).
- _____, Vulnerabilidad de un daño, 1970, mimeo., 3 pp. (español e inglés).

- De Macedo, Carlyle Guerra, Una clasificación de proyectos en salud para una guía de elaboración y presentación de proyectos. Según la naturaleza de las demandas y ofertas que generan y de la organización que los patrocina, 1970, ditto, 62 pp.
- División de Investigaciones del CPPS, y Varsavsky, Oscar, Modelo matemático para planificación de salud, 1970, mimeo., 37 pp. (español e inglés).
- Durán, Hernán y Testa, Mario, Comentarios sobre el método de planificación de la salud en América Latina, 1970, mimeo., 16 pp.
- Ramírez Duque, Hernán, Indicadores e índices, 1970, mimeo., 5 pp.
- Sarue, Eduardo, La planificación de la salud, la alimentación y la nutrición, 1970., 11 pp.
- Testa, Mario, Guía para elaborar proyectos de salud, 1970, ditto, 10 pp.
- _____, Guía para presentación de un proyecto de servicio de atención médica permanente, 1970, ditto, 35 pp.
- _____, Métodos y modelos, 1970, ditto, 14 pp. (español e inglés).
- _____, Situación de la investigación en planificación de salud, 1970, ditto, 6 pp.
- Velasco, Antonio, Procedimiento para establecer las metas de normalización en un plan enfocado por "nivel de salud", 1970, ditto, 4 pp.
- CPPS, Diagnóstico sectorial y análisis institucional, 1971, ditto, 33 pp.
- _____, Guía para el análisis del proceso de planificación en el sector salud, 1971, ditto, 22 pp.
- _____, Investigación, 1971, ditto, 8 pp. (español e inglés).
- _____, La preparación de planificadores de la salud en América Latina. Un enfoque actual, 1971, ditto, 19 pp.
- _____, Papel de planificador, 1971, ditto, 4 pp.
- _____, Programa de adiestramiento 1972, 1971, mimeo., 11 pp.
- _____, Proposición del contenido del Curso Básico de Planificación en el sector salud, 1971, ditto, 6 pp.
- _____, en colaboración con Estudios sobre Salud y Educación Médica de Argentina, Formalización del modelo global para el sector salud, 1971, mimeo., 20 pp.

- CPPS, en colaboración con Estudio sobre Salud y Educación Médica de Argentina, Modelo global para el sector salud, 1971, mimeo., 53 pp.
- _____, en colaboración con Equipo de Modelos del Estudio Sobre Salud y Atención Médica de Argentina, Modelo para estudiar la viabilidad de sistemas de atención médica, especialmente en sus aspectos financieros, 1971, ditto, 27 pp.
- De Macedo, Carlyle Guerra y García Gutiérrez, José Luis, Antecedentes de la situación actual de los procesos de planificación de la salud en América Latina, 1971, ditto, 8 pp.
- Miglionico, Américo, Encuesta sobre el estado del proceso de planificación, 1971, ditto, 13 pp.
- Miglionico, Américo, Tipologías, 1971, ditto, 53 pp.
- Tejada de Rivero, David, Técnica de construcción de organogramas, 1971, mimeo., 11 pp.
- Testa, Mario, Aspectos sociales del financiamiento en el sector salud, 1971, ditto, 18 pp.
- _____, en colaboración con Investigación PLANSAN, Evaluación proceso de planificación, 1971, ditto, 6 pp.
- _____, Investigación. Modelo vinculador, 1971, ditto, 8 pp.
- _____, La salud y el proceso de organización social, 1971, ditto, 5 pp.
- _____ y Miglionico, Américo, Relaciones estructurales en las ciencias sociales, 1971, ditto, 14 pp.
- Vargas, Raúl, Sistemas: algunos conceptos de la teoría, 1971, ditto, 13 pp.
- _____, The Pan American Health Planning Center, 1971, ditto, 17 pp.
- CPPS, Formulación de estrategias, 1972, ditto, 10 pp.
- _____, Formulación de políticas, 1972, ditto, 8 pp.
- _____, Programación de inversiones en el sector salud, 1972, ditto, 21 pp.

B. DOCUMENTOS PRODUCIDOS POR COLABORADORES DEL CENTRO

- Cibotti, Ricardo, La integración del sector salud en la planificación del desarrollo, 1967, mimeo., 22 pp.

De Souza, Luis A., Algunas observaciones sobre el análisis sistemático de Easton, 1969, ditto, 5 pp.

_____, Observaciones sobre el sustentamiento del sistema político, 1969, ditto, 3 pp.

Sierra, Enrique, Comentarios acerca del financiamiento del sector salud, 1969, ditto, 12 pp.

De Souza, Luis A., Elementos analíticos para el estudio de la política de salud, 1970, ditto, 9 pp.

_____, Los insumos políticos de una estrategia de desarrollo, 1971, ditto, 20 pp.

Fernandez Nilo, Luis, Algunos elementos de implementación para el desarrollo del presupuesto por programa en salud, 1971, mimeo., 16 pp.

_____, Características básicas del presupuesto por programa de salud, 1971, mimeo., 15 pp.

C. DOCUMENTOS REPRODUCIDOS EN EL CENTRO

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (Fondo Especial) y Organización Mundial de la Salud, Plan de operaciones. Programa Panamericano para la Planificación de la Salud, 1949, mimeo., 46 pp. (español e inglés).

Pinto, Aníbal, Financiamiento del desarrollo económico, 1959, mimeo., 105 pp.

Vuskovic, Pedro, Contabilidad nacional, 1961, mimeo., 101 pp.

Oyarzun, Carlos, La programación financiera del proceso de desarrollo económico, 1966, mimeo., 36 pp.

Varsavsky, Oscar, El colonialismo cultural en las ciencias naturales, 1966, mimeo., 7 pp.

Barlow, Robin, Efectos económicos de la erradicación del paludismo, 1967, mimeo., 28 pp.

Cibotti, Ricardo, Programación de la ejecución de obras públicas. Anexo 1 de "Un enfoque de la planificación del sector público", 1968, mimeo., 14 pp.

- Israel-Russo, Jorge, Notas sobre ejecución, contabilidad y control del presupuesto por programas, 1968, ditto, 173 pp.
- Utria, Rubén D., Desarrollo nacional, participación popular y desarrollo de la comunidad en América Latina, 1968, mimeo., 124 pp.
- Campos, Oswaldo, Elaboración de proyectos de inversión. Capítulo I de "Técnica de Elaboração e de Avaliação de Projetos de Investimento em Saúde", 1969, mimeo., 25 pp.
- Cátedra Planificación Desarrollo Económico (ILPES), Planificación del desarrollo económico. Programa y bibliografía, 1969, mimeo., 3 pp.
- Comisión Económica para América Latina (CEPAL), Movilización de recursos internos. El Segundo Decenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 1969, mimeo., 130 pp.
-
- _____, El desarrollo agrícola de América Latina. Situación actual. Capítulo I del "El Segundo Decenio las Naciones Unidas para el Desarrollo", 1970, mimeo., 29 pp.
- Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social, Las interrelaciones entre el desarrollo económico y el desarrollo social, Capítulo I del "Boletín de Investigaciones. Crónica de los estudios recientes y actuales del Instituto", 1969, mimeo., 41 pp.
- Israel-Russo, Jorge, El presupuesto y el proceso de planificación. Capítulo I de "Notas sobre ejecución, contabilidad y control del presupuesto por programas", 1969, mimeo., 12 pp.
- Martner, Gonzalo, El pensamiento estructuralista y la crisis en las ciencias sociales. Selección de documento original, 1969, mimeo., 19 pp.
- Varsavsky, Oscar, Modelos matemáticos y experimentación numérica, 1969, ditto, 49 pp.
- Waalder, Hans, Geser, Anton y Andersen, Stig, El uso de modelos matemáticos en el estudio de la epidemiología de la tuberculosis. Selección de "American Journal of Public Health", vol. 52, n° 6: 1002, 1962; 1969, mimeo., 20 pp.
- Cibotti, Ricardo y Bardeci, Oscar Julián, Un enfoque crítico de la planificación en América Latina, 1970, ditto, 25 pp.
-
- _____, y Paz, Pedro, Introducción a la planificación del desarrollo, 1970, mimeo., 104 pp.
- De Mattos, Carlos A., Notas sobre la planificación regional a escala nacional, 1970, mimeo., 30 pp.

Organización Panamericana de la Salud (OPS), Reunión de asesores en planificación, 1970, mimeo., 10 pp. (español e inglés).

United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD), Indicadores e índices. Principios generales. Extracto de "The Level of Living Index", Report n° 4, Ginebra, 1966; 1970, mimeo., 4 pp.

White, Kerr, Clasificación de los daños y síntomas de los pacientes-problema, 1970, ditto, 6 pp.

World Health Organization (WHO), Servicios básicos de salud. Traducción del documento "Basic Health Services", WHO/PHA/69.39; 1970, mimeo. 28 pp.

Sierra, Enrique, Conceptos básicos de economía, 1971, mimeo., 60 pp.

Technical Advisory Committee, Pan American Health Planning Program, Report to the Director, 1971, mimeo., 39 pp.

Lange, Oscar, Los modos de producción y las formaciones sociales. La concepción materialista de la historia. Capítulo II de "Economía política", 1972, mimeo., 38 pp.