



consejo directivo

ORGANIZACION  
PANAMERICANA  
DE LA SALUD

XV Reunión

comité regional

ORGANIZACION  
MUNDIAL  
DE LA SALUD



XVI Reunión

México, D. F.  
Agosto-Septiembre 1964

Tema 31 del programa provisional

CD15/4 (Esp.)  
18 junio 1964  
ORIGINAL: INGLES

ESTADO DE LOS PLANES NACIONALES DE SALUD

1. Introducción

Si bien la planificación no es un proceso nuevo en el campo de la salud pública, últimamente se ha tratado de encuadrar mejor la gran estrategia de las actividades de salud en la estructura de la planificación nacional del desarrollo. Este proceso ha asociado más estrechamente al personal de salud con otras disciplinas, particularmente la planificación económica. Y esta misma influencia ha dado lugar a la formulación de nuevos índices y métodos para determinar las necesidades en materia de salud y evaluar los recursos disponibles.

El método actual de planificación trata de fundir armoniosamente en un solo propósito las actividades tradicionales de salud pública, epidemiología, estadística, administración de salud, administración de hospitales, legislación sanitaria, contabilidad, ingeniería sanitaria, atención médica, higiene maternoinfantil y programas especiales, tales como el de la erradicación de la malaria, las campañas de vacunación y otras muchas funciones comprendidas en el campo de la salud. La planificación no pretende usurpar las prerrogativas de las especialidades médicas y de salud, sino que trata de aportar un medio por el cual estas especialidades puedan obtener la máxima proporción de recursos a que tienen derecho.

El éxito de las actividades del proceso de planificación depende de la capacidad administrativa y de la clase de organización de los servicios de salud. Sin una estructura administrativa competente para ejecutar los planes, el proceso de planificación no sería más que una actividad teórica. Y precisamente a este respecto se concede cada vez más atención a la colaboración con los Gobiernos en materia de adiestramiento de personal en métodos administrativos simultáneamente con el desarrollo de planes nacionales de salud.

En la reunión extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social al Nivel Ministerial, celebrada en Punta del Este, Uruguay, en agosto de 1961, los países de las Américas se comprometieron a elaborar planes oficiales de salud, de conformidad con el Plan Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso aprobado en dicha reunión.

Antes de terminar el año 1961, se había establecido en la Sede de la OPS la estructura básica de la actual Oficina de Planificación Nacional de Salud, y, para fines de 1962 se había celebrado en Santiago, Chile, el primer curso internacional de adiestramiento para planificadores de salud, patrocinado por la OPS/CEPAL; se había reunido un comité de expertos en Washington, con el fin de facilitar orientaciones a la Organización en este nuevo campo de actividad, y se había puesto en marcha el actual programa de adiestramiento, investigación y asistencia técnica a los países.

En el presente documento se da cuenta del estado de la planificación nacional de salud en las Américas a mediados de 1964.

## 2. Planificación y formulación de normas en materia de salud

El proceso de la planificación en 16 de los 22 países que abarca el presente informe se ha concentrado en unidades especiales dentro de los respectivos Ministerios de Salud. Estas unidades actúan como mecanismo central que facilita información técnica a base de la cual el Gobierno pueda adoptar decisiones en materia de salud. A este alto nivel entran en juego factores tanto políticos como técnicos.

Las actividades de dichas unidades de planificación se desarrollan en dos sentidos, a saber, proporcionan información técnica en forma tal que pueda ser evaluada a nivel ministerial y, a su vez, se les transmiten las decisiones del gobierno para que las concreten en proyectos técnicos. De esta manera se establecen las normas que han de regir los planes nacionales de salud.

Desde hace muchos años se vienen tomando decisiones en materia de salud y en la mayoría de los países existen una serie de disposiciones normativas que se han ido acumulando en el pasado. El proceso oficial de la planificación supone una revisión de estas disposiciones que no muchas veces están coordinadas, con el fin de establecer o definir claramente la gran estrategia de las actividades de salud.

A continuación figuran algunos aspectos de la política nacional que se están definiendo o redefiniendo en el proceso de la planificación de salud:

1. Los objetivos de los servicios gubernamentales de salud como tales.
2. Las relaciones entre los servicios del Ministerio de Salud y otras dependencias del gobierno central.
3. Las relaciones entre los servicios del Ministerio de Salud, los del Seguro Social y los de las compañías de seguro de enfermedad.

4. La función del sector privado dedicado al cuidado de la salud.
5. La función de las instituciones religiosas y benéficas de salud.
6. La función de la cooperación del exterior en los programas nacionales de salud.
7. La conciliación de las demandas en materia de salud con las de otros sectores en los planes nacionales de desarrollo general.
8. Las normas relativas a la distribución de las actividades de salud entre los distintos grupos de población, de acuerdo con criterios políticos, técnicos y económicos.
9. El establecimiento de estándares para el empleo de personal auxiliar y la elaboración de normas técnicas nacionales ajustadas a la realidad.
10. La revisión de las pautas relativas a organización administrativa.
11. El establecimiento del servicio de carrera para el personal de salud.
12. Las funciones respectivas del gobierno central y de las comunidades en la labor de fomento de la salud.
13. La política en materia de salud para el desarrollo rural y de la comunidad.
14. Los problemas de los recursos humanos (educación y función que corresponde a las universidades en las actividades de salud).
15. Las relaciones con las organizaciones profesionales, y el adiestramiento y la concesión de licencias al personal médico y paramédico.

Si bien son muy pocos los problemas antes mencionados que ya han sido resueltos definitivamente, la planificación nacional de salud ha fomentado un esfuerzo coordinado, y a menudo con la participación de distintas disciplinas, para su solución. Esto se ha reflejado recientemente en el envío de algunos funcionarios de los Ministerios de Salud a cursos sobre planificación general, en la participación de personal no médico en los cursos sobre planificación de salud y de representantes de los intereses económicos en algunos organismos nacionales encargados de dicha planificación, así como en el hecho de que en ciertos organismos nacionales de planificación económica figuren ahora representantes de los Ministerios de Salud. Una de las consecuencias beneficiosas del proceso oficial de planificación ha sido el diálogo que de este modo se ha entablado entre el personal de salud, los economistas y los administradores públicos.

### 3. Estado general de los planes nacionales de salud

En el Cuadro I se presenta el estado general de los planes de salud en las Américas a mediados de 1964. Hasta esa fecha, de los 22 países a que se refiere este informe, 16 contaban con unidades de planificación de salud que ya estaban en marcha, más otro país que para la fecha de distribución de este documento probablemente habrá establecido su correspondiente unidad. Seis de los 16 países en que existían unidades nacionales de planificación de salud habían completado ya sus planes integrados de salud, que se encontraban en la fase de revisión o de ejecución, mientras que en nueve países

CUADRO I

ESTADO DE LOS PLANES NACIONALES DE SALUD EN LAS AMERICAS  
 A MEDIADOS DE 1964

Pais	Unidad nacional de planificación en funcionamiento	Primer plan nacional de salud en preparación	Plan completado en la fase de revisión o de ejecución
Argentina .....	X	X	-
Bolivia .....	X	-	X
Brasil .....	X	*	-
Colombia .....	X	-	X
Costa Rica .....	X	X	-
Cuba .....	X	-	X
Chile .....	X	*	-
Ecuador .....	-	X	-
El Salvador.....	X	-	X
Guatemala.....	X	X	-
Haití .....	-	-	-
Honduras.....	X	-	X
Jamaica .....	-	-	-
México.....	-	*	-
Nicaragua.....	X	X	-
Panamá .....	X	-	X
Paraguay .....	X	X	-
Perú .....	X	X	-
República Dominicana.	-	-	-
Trinidad y Tabago ...	-	-	-
Uruguay .....	X	X	-
Venezuela .....	X	X	-
Total	16	9	6

\*En fase previa a la planificación o con estudios piloto en marcha.

se estaba preparando todavía el primer plan nacional. En cuanto a tres países, puede decirse que se encontraban en la fase previa a la planificación, llevándose a cabo estudios preliminares o piloto en zonas seleccionadas.

A diferencia de los sectores de la vida nacional en que, con anterioridad a la Carta de Punta del Este, no se habían emprendido actividades organizadas de programación, el sector de la salud en la mayoría de los países americanos contaba con importante información básica reunida por los Ministerios de Salud en años anteriores, y pudo incorporar una serie de proyectos en marcha a los nuevos planes integrados de salud.

Debido al retraso que existe en cuanto al acopio de datos estadísticos sobre los gastos en materia de salud, no se pueden precisar todavía, en términos cuantitativos, los cambios registrados en las actividades de los Gobiernos Miembros en ese aspecto, como consecuencia del compromiso que contrajeron en cuanto a la planificación nacional de salud. No obstante, en el Cuadro II se presentan algunos datos que sirven de línea de base respecto a la proporción de los gastos gubernamentales dedicados a la salud en 1962, así como sobre el equivalente en dólares de ingresos fiscales invertidos per cápita en esas actividades durante el mismo año. Se espera que, en 1965 se podrán presentar los cambios habidos en esta materia de 1962 a 1963 y, tal vez, hasta 1964.

Como indica el Cuadro II, se puede dar el caso de que países que dedican un elevado porcentaje de los gastos del gobierno central a las actividades de salud no inviertan una cantidad considerable en ellas si los ingresos nacionales son bajos.

Conviene señalar que se ha seleccionado, como indicación de las asignaciones nacionales para la salud "los ingresos fiscales invertidos per cápita" en lugar de "los gastos totales". Estos, naturalmente, comprenden los que se sufragan con aportaciones del exterior, que no representan una contribución nacional. Comprenden también las cantidades invertidas que exceden de los ingresos fiscales y de dichas aportaciones; estos gastos en exceso pueden ser financiados en algunos casos con préstamos del exterior, en otros con empréstitos nacionales mediante la emisión de bonos, etc.

#### 4. Planes de salud y planes generales de desarrollo económico y social

Uno de los puntos fundamentales del Plan Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso es la planificación de las actividades en dicho campo dentro de la estructura de los planes generales de desarrollo económico y social. Si bien las autoridades de salud pública de las Américas pueden sentirse satisfechas de los progresos realizados en materia de planificación de salud, hay que reconocer que, desde un principio, la situación era más favorable que para la planificación social y económica en su conjunto. Por una serie de razones, entre ellas el hecho de que

CUADRO II

GASTOS DEL GOBIERNO CENTRAL EN MATERIA DE SALUD, 1962

GASTOS RELATIVOS	GASTOS ABSOLUTOS
<p>Países que dedican el 10% o más de los gastos del gobierno central a actividades de salud</p> <p>El Salvador            Haití            Panamá</p>	<p>Países que invierten en actividades de salud 5 dólares (EUA) o más per cápita, de los ingresos fiscales</p> <p>Panamá            Uruguay            Venezuela</p>
<p>Países que dedican por lo menos el 5%, pero sin llegar al 10%, de los gastos del gobierno central</p> <p>Brasil            Colombia            Chile            Ecuador            Guatemala            México            Nicaragua            Perú            República Dominicana            Uruguay            Venezuela</p>	<p>Países que invierten por lo menos un dólar, pero sin llegar a 5 dólares, per cápita</p> <p>Argentina            Brasil            Colombia            Costa Rica            Chile            Ecuador            El Salvador            Guatemala            México            Nicaragua            Perú            República Dominicana</p>
<p>Países que dedican menos del 5% de los gastos del gobierno central</p> <p>Argentina            Bolivia            Costa Rica            Honduras            Paraguay</p>	<p>Países que invierten menos de un dólar per cápita</p> <p>Bolivia            Haití            Honduras            Paraguay</p>

Fuente: Cálculos efectuados por la OPS sobre la base de datos publicados en los Informes Anuales del Fondo Fiduciario de Progreso Social, del Banco Interamericano de Desarrollo, correspondientes a 1962 y 1963.

las actividades de salud queden relativamente al margen de las controversias políticas, el apoyo que reciben de todos los sectores de la población, la disponibilidad mayor de personal adiestrado y la importante ayuda multilateral y bilateral que se les presta, ha sido más fácil elaborar planes y empezar a ejecutarlos en dicho campo que en otros sectores de la vida nacional.

Sin embargo, se da el caso paradójico de que en algunos de los países que más han progresado en materia de planificación general han procedido de una manera relativamente lenta en la formulación de planes específicos de salud, mientras que en otros, estos planes se han adelantado al proceso de planificación general. En un análisis del estado de la planificación en la América Latina, el Boletín Económico de América Latina, de las Naciones Unidas (Vol. VIII, No. 2, octubre de 1963) enumera a Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, México y Venezuela como países que han formulado planes económicos a largo o mediano plazo, pero de ellos sólo Bolivia y Colombia han completado ya los planes nacionales de salud. El examen de los planes de desarrollo en los restantes países de este grupo revela, en general, que en el programa de inversiones nacionales, se destina una proporción inadecuada al sector de la salud, quedando limitada a veces a inversiones programadas en proyectos de abastecimiento de agua y algunas otras actividades.

La CEPAL incluye al Brasil y a Panamá entre los países que cuentan con planes bienales o trienales de desarrollo económico. Panamá ha establecido, además, un plan integrado de salud. El Salvador y Guatemala figuran como países en los que existen planes generales de inversión, en lugar de planes integrados de desarrollo, pero en el caso de El Salvador, la planificación de salud está indudablemente más avanzada que la de carácter general.

Los países cuya programación se ha limitado, hasta la fecha, a planes de inversión parcial son la Argentina, Costa Rica, Haití, Honduras, y el Perú. En este grupo, Haití cuenta con un programa de salud de urgencia pero no ha establecido un plan integrado; Honduras está revisando su plan original de salud, y, el proceso de planificación se encuentra en marcha en la Argentina y Costa Rica, mientras que en el Perú ya ha llegado a una fase avanzada.

En cuanto a los países que, según clasificación de la CEPAL, sólo cuentan con un sistema de "planificación incipiente", o sea, Nicaragua, Paraguay, la República Dominicana y Uruguay, funcionan en todos ellos, salvo en la República Dominicana, unidades de planificación, y, en Nicaragua, se encuentra ya muy avanzada la preparación del plan nacional de salud, con la cooperación de la OPS.

En lo que se refiere a los mecanismos operativos y al conjunto de instrumentos para la ejecución de los planes de desarrollo, el sector de la salud goza de una situación evidentemente más favorable. El análisis de la CEPAL señala que ninguno de los 19 países comprendidos disponía de un mecanismo para la formulación de la política económica en términos de objetivos de los planes o para lograr las metas de inversión, que sólo tres contaban con mecanismos de formulación de proyectos para los correspondientes planes de inversión, y que cuatro habían establecido sistemas de presupuesto por programas a uno o varios niveles.

No cabe duda de que el establecimiento de un mecanismo para ejecutar un plan económico general es más difícil que en el caso de un plan de salud, pues el primero tiene que abarcar una inmensa variedad de actividades del sector privado, mientras que las actividades programadas de salud sólo se relacionan, en general, con el sector público. Debido a la favorable circunstancia de que el Ministerio de Salud es al mismo tiempo el organismo de planificación y, en gran parte, el de ejecución, hay que señalar, sin embargo, que todos los planes nacionales de salud formulados hasta la fecha en las Américas han requerido una reforma de la política sanitaria y el establecimiento de metas específicas de inversión, planes y proyectos, aunque el presupuesto por programas se haya desarrollado a un ritmo más lento de lo que hubiera convenido.

##### 5. Adiestramiento y utilización de planificadores de salud

Para fines de 1964, más de 100 altos funcionarios de salud, nacionales e internacionales, procedentes de los países americanos habrán recibido adiestramiento oficial en métodos de planificación de salud, en su mayoría en el curso especial internacional de tres meses, sobre esta materia, celebrado anualmente en Santiago, Chile, por la OPS y el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social. También han recibido adiestramiento grupos más pequeños en cursos internacionales, en lengua inglesa, celebrados en la Universidad de Johns Hopkins, en 1963 y 1964, con la cooperación de la OPS y de la AID.

El Cuadro III contiene un resumen del personal nacional e internacional adiestrado en dichos cursos y de su utilización en los servicios de salud. Como se observará, personal nacional de 20 de los países recibió adiestramiento de esta clase, y 11 países pudieron contar con la colaboración de consultores especializados de la OPS en materia de planificación o del representante en el país o de personal de la Oficina de Zona con preparación similar. La colaboración a los demás países se proporcionó mediante las visitas de personal de la Sede y de las Oficinas de Zona, y para fines de 1964 se proyectaba facilitar adiestramiento oficial a los demás representantes en los países y a varios miembros del personal de los proyectos de las zonas.



CUADRO III

ADIESTRAMIENTO Y UTILIZACION DE PLANIFICADORES DE SALUD  
A MEDIADOS DE 1964

País	Uno o varios altos funcionarios de salud adiestrados en cursos internacionales de planificación	Graduados de los cursos que prestan servicio en las unidades nacionales de planificación de salud	Graduados dedicados a otras funciones en los servicios de salud	Personal de la OPS en el país adiestrado en cursos internacionales de planificación
Argentina	X	X	X	X
Bolivia	X	X	...	X
Brasil	X	-	X	X
Colombia	X	X	X	-
Costa Rica	X	X	X	X
Cuba	-	-	-	-
Chile	X	X	X	X
Ecuador	X	-	X	X
El Salvador	X	X	X	X
Guatemala	X	X	X	X
Haití	-	-	-	-
Honduras	X	X	X	-
Jamaica	X	-	X	-
México	X	-	X	X
Nicaragua	X	X	X	X
Panamá	X	X	X	-
Paraguay	X	X	X	-
Perú	X	X	...	X
República Dominicana	X	-	X	-
Trinidad y Tabago	-	-	-	-
Uruguay	X	X	X	-
Venezuela	X	X	-	-

En la mayoría de los países, se ha utilizado en la planificación a una considerable proporción de personal nacional adiestrado. Ahora bien, dadas las cualidades que poseían los candidatos seleccionados para el adiestramiento en planificación, varios de ellos han pasado a asumir puestos de mayor responsabilidad en los respectivos servicios nacionales de salud, en los que su formación será de gran utilidad. El número de casos, relativamente reducido, de personas no utilizadas se atribuye a una selección deficiente de candidatos, en gran parte durante el primer año, más o menos experimental, de adiestramiento.

Además de los cursos internacionales, se han realizado importantes esfuerzos en materia de adiestramiento en los distintos países. Así, en 1962, se organizó el primer curso nacional sobre planificación de salud en Venezuela, y desde esa fecha se han celebrado también cursos en gran escala en El Salvador y Perú.