

BOLETIN de la Oficina Sanitaria Panamericana

Año 42

Vol. LV

Octubre, 1963

No. 4

EL PROCESO EN "CURVA SINUSOIDAL": CLAVE DEL MEJORAMIENTO DE LA PLANIFICACION DE SALUD PUBLICA*

MORRIS SCHAEFER, D.P.A.†, HERMAN E. HILLEBOE, M.D., y ROBERT LONGOOD, A.B.

Departamento de Salud del Estado de Nueva York, Albany, N. Y., Estados Unidos

Un funcionario de salud pública en una unidad de campo dice: "Desde la sede me envían planes para esto y para aquello, mas sus ideas e instrucciones rara vez se ajustan a la realidad. Simplemente, no puedo llevarlas a la práctica. Si supieran cómo son las cosas, de hecho, en esta localidad, tal vez no pedirían lo imposible."

Escuchemos ahora al especialista de la sede: "¿Cómo lograr los fines de este programa si el personal de campo no cumple nuestro plan? Le enviamos el plan provisional para que lo estudiaran, formularan observaciones e incluso hicieran las revisiones que quisieran y ahora no ejecutan el plan definitivo. ¿Qué pasa allí?"

"Lo que pasa" es falta de adaptación a condiciones fundamentales e ineludibles de una organización grande, tal como la red de servicios de salud pública de un estado o nación. La labor de planificación será tanto más difícil cuanto mayor sea la magnitud de las condiciones siguientes: a) el volumen y la complejidad de la estructura orgánica; b) la multiplicidad de especialistas necesarios para lograr los numerosos fines de la salud pública, y c) las distintas características de cada localidad que recibe servicios.

*Manuscrito recibido en diciembre de 1962.

† En la actualidad profesor de Administración Pública, Graduate School of Public Affairs, State University of New York, Albany, N.Y.

EL PROBLEMA DEL VOLUMEN

Consideramos en primer lugar el volumen y la complejidad. Sólo hay un núcleo central—la sede—que procura establecer objetivos de salud pública, determinar las prioridades de los mismos y evaluar los resultados de los programas. A la sede incumbe también asumir las responsabilidades legales de toda la empresa. El alcance de la salud pública y la necesidad de centralizar determinadas esferas de actividad, convierten a la sede en una organización compleja de diversas clases de especialistas.

La organización general comprende asimismo unidades de campo, cuya misión consiste en ofrecer servicios dentro de diversas zonas geográficas. Situadas entre las unidades de campo y la sede suelen encontrarse unidades regionales, creadas para supervisar grupos de unidades de campo contiguas (ya que al personal de la sede le resultaría difícil supervisar directamente cada unidad de campo).

El tamaño crea sus propios y especiales problemas de planificación. Uno es el de procurar mantener estrecha relación entre unidades muy distantes entre sí. Los funcionarios de la sede mantienen entre sí contacto diario, y por ello saben lo que cada uno piensa sobre temas específicos; puede que no siempre haya acuerdo entre ellos, pero, al menos, comparten bastante sus respectivos puntos de vista.

Sin embargo, el personal de campo tiene mucho menos contacto directo con el de la sede, con el cual tan sólo comparte ideas y relaciones de trabajo. Esto suele dejar al margen al funcionario sanitario de campo hasta el momento en que las decisiones ya están tomadas. A menudo se lo considera como persona que debe ratificar un programa, sin participar en la formulación del mismo. Colocar a cualquier funcionario en posición semejante, equivale a una invitación a la hostilidad antes que a la colaboración. La hostilidad del funcionario de salud de campo aumenta cuando los planes y programas que a él llegan muestran una escasa consideración de las condiciones locales, que él conoce tan a fondo, y con arreglo a las cuales debe reaccionar para cumplir su función con eficacia. Por otra parte, la sede, al hacer sus planes, tiene que responder a las presiones de los organismos gubernamentales, en particular a la del jefe del poder ejecutivo y a sus órganos centrales de control, mientras el funcionario de campo por lo general no se da cuenta de esto.

EL PROBLEMA DE LA MULTIPLICIDAD DE ESPECIALISTAS

El mismo alcance de las funciones de salud pública crea aún más obstáculos a la planificación conjunta entre la sede y sus dependencias de campo. En otras actividades gubernamentales, los grandes organismos tienen pocas funciones, y la coordinación de su trabajo es relativamente sencilla. Es muy probable que sus funcionarios compartan los mismos antecedentes de preparación y experiencia; además, realiza un trabajo similar. Por el contrario, la salud pública tiene numerosos fines. Cada programa implica un fin: control de la tuberculosis, erradicación de la malaria, higiene maternoinfantil, etc. El especialista en cualquiera de estas actividades considera su programa como muy importante; su categoría profesional, sus reacciones emotivas y sus vínculos externos más significativos están vinculados con su propia área de especialización. Esto tiende

a situarlo en una actitud de competencia con sus colegas de otros programas y especialidades. El especialista con frecuencia suele inclinarse a otorgar a su especialidad más valor que lo que le otorga el dirigente de actividades generales de salud pública tanto en la sede como el campo. Porque el dirigente debe ver la salud pública global como un fin, mientras que el especialista enfoca su atención en algún aspecto parcial de la salud: una enfermedad o los problemas de salud comunes a algún sector de la población (niños, madres, etc.). El conflicto entre ambos es inevitable porque "la enfermedad compete a la esfera de la medicina y la salud, a la de la política".¹

La miopía con que se ve la salud pública y la penetración con que se mira el problema de la enfermedad pone al dirigente político en situación desventajosa.

La multiplicidad de programas suscita una fuerte competencia por fondos y personal. Cada director de programa procura conseguir una partida presupuestaria que refleje la importancia que concede a su programa. Lo limitado del presupuesto de salud pública hace que muchos directores se sientan fracasados o desalentados en su afán de obtener más recursos para sus programas respectivos. La tensión y los conflictos están, si no en juego constante, siempre latentes bajo la superficie del intercambio diario de mutuas concesiones. Se gastan continuamente tiempo y energías en ajustar disensiones que surgen entre especialistas de formación y puntos de vista distintos, y dedicados personalmente a sectores particulares de los diversos fines de la organización.

Los conflictos no pueden resolverse simplemente por medio de la orden arbitraria del jefe del organismo. Indudablemente, éste debe decidir y coordinar, pero no puede tratar sin miramientos a los diversos especialistas cuyo talento y consejo son indispensables en un servicio de salud pública de alta calidad. Finalmente, los especialistas

¹ Hopper, J. M. H.: *Disease, Health and Housing, The Medical Officer*, 23 de febrero de 1962.

ostentan categorías, y a un extraño la cuestión de las categorías en salud pública lo deja verdaderamente perplejo.

Este sistema de categorías está vinculado principalmente a la profesión, pero también al programa o especialidad funcional. La máxima categoría profesional en salud pública corresponde, como es natural, al médico. Pero hay otros grupos profesionales: ingenieros, enfermeras, gerentes y administradores, especialistas en comunicación y otros.

EL PROBLEMA DE LAS DIFERENCIAS LOCALES

Otro aspecto de la planificación de programas es conciliar los puntos de vista de los especialistas de la sede con los del funcionario de salubridad general que actúa en el campo. Si cada localidad fuera aproximadamente igual a las demás, los conflictos entre la sede y el campo serían mínimos. Pero cada localidad difiere de las restantes en cuanto a sus problemas sanitarios, su riqueza, su accesibilidad, las características de su población, sus costumbres sociales y su estructura política. Estas diferencias locales—algunas pequeñas, otras considerables—debieran tenerse en cuenta al formular un programa. Sin embargo, con demasiada frecuencia, no lo son.

Para planificación de programas se necesita la especial penetración del funcionario de campo acerca de las realidades locales. También se necesitan los complejos conocimientos del especialista del programa acerca de un determinado problema sanitario.

La obtención y fusión de ambas aportaciones, eliminando lo superfluo y las exageraciones de cada una de ellas, es la labor del planificador de programas. Si lo consigue, habrá cumplido su misión.

Por consiguiente, el secreto de la buena planificación de programas es embarcar en la tarea tanto a los especialistas de la sede como al personal de campo. Esto rara vez se hace. ¿Y por qué? Ya se ha dado razón:

el especialista de la sede, en virtud de su estrecho contacto diario con los que deciden los asuntos de importancia, goza de ventajas especiales en cuanto a hacer prevalecer sus ideas. El especialista de la sede dispone asimismo de medios de contacto directo con sus colegas en las unidades de campo. Su comunicación con éstos puede competir en cuanto a primacía—y a menudo compite—con los comunicados enviados por los funcionarios de salud de campo.

Otra ventaja de los especialistas de la sede se debe, con frecuencia, a la aversión que el jefe de salud pública siente por la posible complicación de la ya intrincada cuestión de la planificación de programas si hace participar al personal de campo en las deliberaciones fundamentales. Según los principios de la racionalización, es más sencillo formular un programa en la sede y luego pedir a las unidades de campo que analicen los resultados y hagan incluso rectificaciones de menor cuantía, que reunir a todo el personal de campo para discutir un determinado número de cuestiones esenciales, antes de delinear el plan de cada programa de salud pública. Así, pues, el sustituto habitual de la participación del personal de campo en la planificación de los programas es el envío a dicho personal de un documento acompañado de un requerimiento de observaciones sobre su contenido.

El resultado general de este procedimiento es una colección de sugerencias incompatibles, inconexas o antagónicas procedentes de las unidades de campo. Cuando las sugerencias llegan, la labor de la sede se convierte en decidir sobre los resultados de un plebiscito pobremente organizado y resolver qué se ha de hacer—si algo se hace—al respecto de lo sugerido.

Otro factor que impide la coparticipación por igual del personal de la sede y del personal de campo, son las circunstancias de lugar y tiempo. Los funcionarios del servicio de campo están dispersos por todo un estado o país. Se encuentran, asimismo,

ocupados con su trabajo a tiempo completo, cuyo objeto es ejecutar los planes vigentes. Implicarlos demasiado en un esfuerzo más o menos continuo de planificación en la sede resultaría a la vez pesado y costoso.

Para algunos organismos, la solución consiste en no ocupar al personal de campo en absoluto. Desde luego, este proceder es el peor de todos, puesto que en modo alguno se atiene al "principio de participación" de la teoría de las relaciones humanas.

LA "CURVA SINUSOIDAL": CLAVE DE LA PLANIFICACION

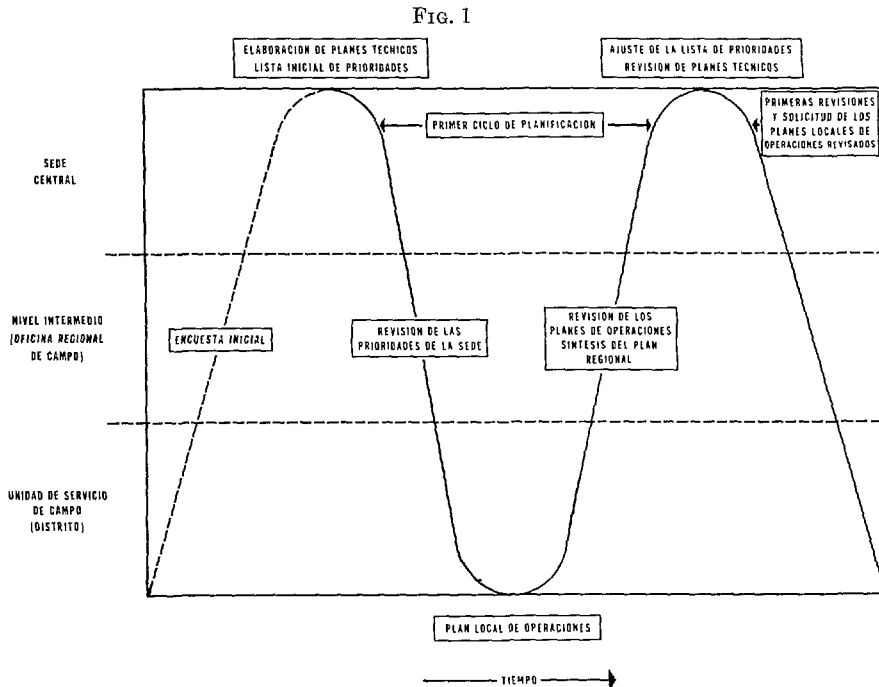
¿Hay, pues, algún medio de interesar, activa y útilmente, al personal de la sede y de campo en la labor de planificación de programas de salud pública? Y, si lo hay, ¿puede el proceso de planificación evitar la interrupción del trabajo en marcha y la aparición de conflictos continuos?

La respuesta a estas preguntas puede ser afirmativa si la planificación conjunta se lleva a cabo sistemáticamente y si cada nivel de la organización se hace cargo de la parte

de planificación que pueda realizar mejor. La Fig. 1 es una representación gráfica de dicho proceso de planificación. La curva continua ilustra la forma en que los datos de planificación deben fluir, en proceso continuo, de la sede al campo y viceversa. Debido a la semejanza de esta curva con la proyectada por un oscilógrafo electrónico, puede denominarse, para facilitar su memorización, "curva sinusoidal".

La recta horizontal inferior, o eje de las abcisas, representa el tiempo; según las circunstancias, los intervalos pueden ser meses o años. La recta vertical, o eje de las ordenadas, representa el nivel de la organización. Este particular diagrama supone tres niveles de autoridad: 1) la sede, 2) una oficina regional de campo, y 3) la unidad de servicio directo de campo o sea, un distrito de salud. Sin considerar, por el momento, la rama ascendente (de puntos) obsérvese la primera etapa descendente de la curva (línea continua): la sede.

Los especialistas en programas de la sede elaboran planes de programa técnicos. Cada



plan de programa se refiere por sí mismo a un problema particular de salud pública. Cada uno de dichos planes debe:

1) Plantear el problema de salud pública. Esto consistirá en una detallada descripción epidemiológica de la enfermedad o incapacidad en términos tan cuantitativos como sea posible. Este planteo comprenderá la "unidad básica" del mismo. La unidad básica se elegirá en función de los resultados perseguidos. Una buena unidad básica de un programa de control antituberculoso sería: un caso abierto de tuberculosis. Obsérvese cómo este sistema concentra el pensamiento en los fines (casos descubiertos y tratados) más bien que en los medios (número de personas examinadas). Prescinde asimismo de los registros e informes que, simplemente, resumen actividades.

2) Resumir las medidas que se precisan para resolverlo. Esto consistirá en una descripción de los métodos técnicos y administrativos con que se cuenta para resolver el problema. Deberá redactarse en forma de guía del personal de campo para elegir los métodos más apropiados entre los posibles.

3) Detallar lo que ha de realizarse en el próximo año o quinquenio. Se expondrá en tal forma que lo hecho en cada etapa pueda medirse en términos cuantitativos.

4) Describir el sistema de informes, incluso los índices clave, junto con una relación de los criterios significativos de evaluar lo conseguido en cada nivel administrativo.

5) Enumerar los medios necesarios para la empresa e identificar (en la medida en que la sede pueda saberlo) las deficiencias específicas de personal, equipo o suministros.

6) Señalar las necesidades de investigación que la capacidad total del organismo pueda llevar a cabo. Se debe especificar la investigación que las unidades del servicio de campo pueda llevar a cabo.

Debe elaborarse un plan de programa técnico para cada problema de salud pública,

y cada plan debe ser estudiado por el jefe ejecutivo de salud pública, al que incumbe comprobar si aquél satisface los requisitos mínimos y si su concepción se ajusta a la realidad. El jefe ejecutivo de salud pública y sus asesores principales considerarán entonces todos los planes de programa y asignarán a cada uno la prioridad que, a su juicio, merecen con respecto al país o al estado en su totalidad.

Esta labor de revisar planes de programa y establecer prioridades requiere mucho tiempo y especial atención. Se necesita personal de planificación adiestrado para asesorar a los directores de programa y establecer un procedimiento para revisar los proyectos de cada plan de programa.

La primera lista de prioridades preparada por el jefe ejecutivo de salud pública debe considerarse como provisional y pendiente de revisión por las unidades sanitarias regionales y de distrito. El primer tramo descendente de la curva de la figura representa la transmisión de documentación sobre planificación de programas y recomendaciones de prioridad, a las unidades sanitarias regionales. Los directores y jefes principales de las oficinas regionales estudiarán los planes y listas de prioridades y harán las sugerencias de enmienda que juzguen pertinentes. También esta revisión por parte del personal regional se ha de considerar provisional, si bien las revisiones a este nivel son de importancia considerable, porque reflejan una apreciación de las condiciones locales más valiosa que la que pueda esperarse de los especialistas de la sede.

Las medidas que adopte la oficina regional pueden consistir en: a) substituir la declaración de prioridades de la sede por la de la oficina regional; b) enviar la lista de prioridades de la sede y su revisión hecha por la oficina regional, junto con los planes de programa técnicos, a cada unidad de servicio de campo, y c) dar instrucciones a estas unidades de campo para que preparen un plan local de operaciones.

EL PLAN LOCAL DE OPERACIONES

La labor de planificación de la sede consistió en preparar documentos por separado, en cada uno de los cuales se detalla cómo puede plantearse la solución de los problemas específicos de salud pública. La misión que ahora corresponde a la unidad de campo es redactar, bajo la orientación de dichos documentos, uno solo que establezca un plan de operaciones locales para atacar los numerosos problemas de salud pública. Describirá dicho documento qué prioridades de carácter local se han establecido, qué fines se perseguirán, qué medios se utilizarán y qué métodos se han elegido para alcanzar los objetivos. El plan local de operaciones comprenderá un período de tiempo específico, no menor de un año.

La adopción de un formato uniforme para los planes locales de operaciones hará estos documentos más inteligibles para el personal de la sede. Por consiguiente, los expertos de planificación de la sede idearán un formato y se lo explicarán al personal de campo. Lo ideal sería que el formato del plan local de operaciones se estableciera de acuerdo con el asesoramiento del personal de campo.

El plan local de operaciones servirá, en primer lugar, de base a la acción sistemática del personal de salud de campo. Le servirá de guía para tomar decisiones relativas a una serie, firme y racional, de objetivos, mediante métodos elegidos cuidadosamente de antemano.

El plan local contribuirá también a otros dos fines importantes: 1) Proporcionar un procedimiento de envío sistemático de datos locales a la oficina regional y la sede, a fin de que en éstas se puedan hacer las revisiones necesarias de los métodos de funcionamiento; y 2) facilitar una base firme para la evaluación del progreso hecho.

Para cumplir estos dos fines, el plan local debe iniciar una jornada ascendente. Esta fase está representada por el primer arco continuo ascendente de la "curva sinusoidal" de la figura. La primera parada de cada plan

local de operaciones ocurre en la oficina regional. En ésta, el funcionario de salud regional comprobará la compatibilidad de cada plan local con los objetivos, criterios y métodos generales. Comprobará también si cada plan local de su región concuerda en grado razonable con los demás. Si sabe, por ejemplo, que las enfermedades transmisibles son casi igualmente prevalentes en toda su región, deberá comprobar cada plan local de operaciones con arreglo a esta noción, para ver si se ha concedido igual prioridad al control de las enfermedades transmisibles en toda la demarcación a su cargo. De no haberse concedido la misma prioridad a los sectores afectados por el problema de salud pública, deberá comprobar entonces si el plan local justifica en medida aceptable la discrepancia.

La segunda clase de revisión regional, en esta fase, consiste en la síntesis de todos los planes locales de operaciones en un plan principal para la región. Aquellos problemas de salud pública que requieran planteo de alcance regional necesitan especial atención, por ser aquí donde pueden hallarse las ocasiones de aumentar la eficacia del trabajo en los distritos locales, vinculándolos a fines y medios de carácter regional. Dichas ocasiones dependerán de si la región fue organizada según un criterio socioeconómico o ecológico, o simplemente según una división geográfica o demográfica arbitraria.

Para que la síntesis de un plan regional tenga éxito, el funcionario regional deberá tener autoridad para prescribir o negociar los cambios apropiados en los planes locales de operaciones que le han sido presentados. El plan regional principal, en forma definitiva, sentará las bases para realizar tres funciones administrativas: 1) estudio de las solicitudes de presupuesto enviadas por los distritos locales de salud, y asignación de medios; 2) medida y evaluación del trabajo de los distritos locales de salud, y 3) tarea de supervisión general.

RESPONSABILIDADES SUBSIGUIENTES DE LA
PLANIFICACION

La presentación de planes locales de operaciones a las oficinas regionales y el estudio y síntesis de los mismos, dará origen a determinado número de actividades de planificación en la sede. Uno de los primeros pasos será comparar el conjunto del cuadro de prioridades locales y regionales con la lista inicial de prioridades del jefe ejecutivo de salud pública. Inevitablemente, habrá diferencias. La lista inicial de prioridades de la jefatura del organismo es un reflejo de los fines sanitarios del gobierno central en su totalidad, así como de los puntos de vista técnicos del personal de la sede de la organización. La cuantía de las alteraciones que la jefatura pueda hacer en su lista inicial, de acuerdo con los cambios propuestos por el personal de campo, dependerá de las limitaciones a él impuestas por el plan del gobierno central.

El ciclo inicial de planificación facilitará al jefe ejecutivo de salud pública información mejor que la utilizada al determinar su primera lista provisional de prioridades. Esta información afectará el futuro establecimiento de prioridades en la sede.

Se puede volver ahora a la línea ascendente de puntos a la izquierda de la Fig. 1. En la fase correspondiente a la formulación del plan inicial de salud pública, si el personal de campo tiene tiempo y capacidad, será posible establecer el esquema inicial de prioridades sobre amplios datos reunidos en el campo, concernientes a los problemas de salud pública. Si el tiempo y los medios escasean en esta fase inicial de acopio de datos, los planificadores de la sede procederán, en cierto grado, a ciegas al hacer su lista inicial de prioridades. (En realidad, éste ha sido el supuesto en todos los análisis anteriores.)

La sede utilizará también la información procedente del campo en la revisión de los planes de programas técnicos. Los planes de operaciones locales y regionales facilitarán

nuevos datos acerca del alcance y carácter de los problemas de salud pública, disponibilidad de medios, otros factores de aprovisionamiento, cualquier problema administrativo. Dichos datos pueden dar a conocer nuevos aspectos, permitir afinar cálculos aproximados o poner al día datos anteriores. Una cosa es segura: los vacíos, problemas y falsas interpretaciones de los planes técnicos iniciales saldrán al descubierto a medida que las opiniones del personal de campo lleguen a la sede.

Si la planificación central de salud pública se hace como parte de un esfuerzo general de planificación gubernamental, el dirigente de salud pública ha de poner bien en claro que su declaración inicial de prioridades y requerimientos será provisional hasta que él haya podido dirigir y evaluar el primer ciclo de planificación. Como corolario, la jefatura general de la planificación gubernamental deberá reconocer que los ciclos periódicos de revisión del plan de salud producirán nuevos cambios. Sin embargo, tal vez los cambios mayores del plan general de salud se hagan al terminar el primer ciclo.

A los fines de la revisión, la frecuencia del ciclo dependerá principalmente del ritmo a que queden resueltos ciertos problemas. No obstante, dependerá también de la frecuencia con que, a juicio del jefe ejecutivo, la organización pueda dedicar a la revisión de planes de programa el tiempo y los medios considerables que ello necesita.

OBSERVACIONES

La planificación de programas en "curva sinusoidal" ofrece un medio práctico y realista de hacer que los criterios de los especialistas de la sede y de los funcionarios de salud de campo participen en deliberaciones fundamentales. Esto da lugar a objetivos más claros y a una dirección más certera de la labor de salud pública. Tiene las ventajas siguientes:

a) da origen a una mejor integración de objetivos específicos dentro de la sede y en los niveles de funcionamiento intermedios y locales;

b) proporciona una mejor estructura de comunicaciones y un idioma común para definir métodos y fines;

c) ofrece al jefe de salud pública un punto de vista real y objetivo de su misión, en total y en cada una de sus partes;

d) plantea los problemas de salud pública en términos mensurables y ajustados a la realidad, y resta importancia a factores tales como la personalidad, la manía científica, las tradiciones anacrónicas y la adopción de decisiones suscitadas por cuestiones de categoría;

e) facilita los datos y los métodos para llevar a cabo la contabilidad de lo hecho y la evaluación de los progresos;

f) descentraliza el ejercicio de la autoridad, sin menoscabar el control central; y

g) se presta a innovaciones administrativas convenientes, tales como la elaboración de presupuestos funcionales y el fortalecimiento del sistema de personal de carrera.

La planificación en "curva sinusoidal" puede tener enorme valor moral. La participación real del personal de campo en la planificación fundamental lo constriñe a llevar a la práctica las decisiones definitivas. Esto da por fruto una actuación individual más decidida, trabajo de grupo más coordinado y entusiasta y un sentido de lealtad hacia la organización de salud pública en su totalidad. El resultado final es que el trabajo de salud pública resulta más útil y da origen a una estructura básica que permite una mayor eficacia.