

consejo directivo

comité regional



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

XVI Reunión

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD

XVII Reunión



Washington, D. C.
Septiembre-October 1965

Tema 13 del proyecto de programa

CD16/15 (Esp.)
20 julio 1965
ORIGINAL: INGLES

ESTADO DE LOS PLANES NACIONALES DE SALUD

1. Principales actividades del año pasado

En las siguientes secciones del presente documento se da cuenta del estado general de los planes nacionales de salud, pero hay dos acontecimientos que merecen especial mención: la reunión de un Grupo de Estudio sobre Planificación de Salud, en Puerto Azul, Venezuela, en febrero de 1965, y las Discusiones Técnicas que tuvieron lugar durante la 18a Asamblea Mundial de la Salud, en el mes de mayo.

Grupo de Estudio sobre Planificación de Salud *

Bajo los auspicios de la Oficina Sanitaria Panamericana, y con la colaboración del Gobierno de Venezuela, se reunió en Puerto Azul, Venezuela, del 1 al 6 de febrero de 1965 un Grupo de Estudio sobre Planificación de Salud, encargado de examinar las recientes experiencias en planificación de la salud en los países de América Latina y de recomendar medidas que faciliten a los países el cumplimiento de los objetivos sobre planificación de la salud establecidos en los acuerdos interamericanos. Integraban el Grupo de Estudio 14 expertos de alta categoría en planificación de salud, procedentes de siete países de América Latina, seis especialistas en planificación de la OSP, un funcionario del Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social y un observador de la Universidad de Johns Hopkins.

Al examinar el estado actual de los planes de salud en América Latina, el Grupo de Estudio comprobó que algunos países habían realizado considerables progresos, mientras que en otros habían surgido dificultades por la escasez de datos adecuados, la falta de personal capacitado en planificación en todos los niveles, la necesidad de conocer mejor el método de planificación de la OPS/CENDES y de perfeccionarlo, la deficiente organización

* El informe final del Grupo de Estudio figura en el Anexo I.

y administración de los servicios de salud, el inadecuado intercambio de experiencias e información y diversos problemas de orden político.

Con respecto al método de planificación de la OPS/CENDES, el Grupo de Estudio estimó que la dificultad en cuanto a su aplicación se debía, en parte, a defectos o deficiencias metodológicas y, en parte, a la falta de conocimientos científicos sobre la materia objeto de la planificación. En opinión del Grupo, era indispensable elaborar un programa de investigaciones para remediar ambas deficiencias y establecer un centro encargado de dirigir y promover dichas investigaciones, el cual deberá estar ligado al trabajo de campo que realicen los países, particularmente en áreas experimentales.

El Grupo de Estudio estimó que las unidades de planificación nacional de salud debían ser de naturaleza fundamentalmente asesora y estar al servicio de las autoridades que definen y deciden la política sectorial, y que dichas unidades debían estar representadas en las dependencias generales de planificación nacional. El personal de las unidades de planificación de salud debía ser del más alto nivel, y de dedicación exclusiva, dada la calidad técnica que requiere el ejercicio de sus funciones.

Por último, el Grupo recomendó que el adiestramiento básico del personal de planificación de nivel superior debía comprender la teoría y la práctica de la planificación de salud, además de otras disciplinas afines, que el contenido general de la formación del personal de nivel medio debía tener fundamentalmente las mismas características, pero concediendo menos importancia a lo teórico y más a lo práctico, y que el adiestramiento del personal del tercer nivel debía ser esencialmente operativo y podía ser impartido como parte del adiestramiento en servicio. Esta tarea se simplificaría si el centro propuesto por el Grupo de Estudio para dirigir y promover investigaciones asumiera también la función de organizar y dirigir cursos internacionales, así como de asesorar y colaborar en la organización de cursos nacionales de nivel superior, de preferencia en estrecha cooperación con las escuelas de salud pública.

Discusiones Técnicas en la 18a Asamblea Mundial de la Salud *

Las Discusiones Técnicas celebradas durante la 18a Asamblea Mundial de la Salud en Ginebra, Suiza, del 7 al 8 de mayo de 1965, versaron sobre el tema "Planificación Sanitaria". El personal de la OSP facilitó los servicios de secretaría, los miembros de las delegaciones de los Gobiernos de las Américas representados en la Asamblea participaron activamente en los debates, y varias publicaciones de la OSP y diversos planes nacionales de salud formulados por diferentes países de las Américas formaban parte de la documentación básica.

* El informe sobre las Discusiones Técnicas figura en el Anexo II.

Se recomendó que la Organización Mundial de la Salud iniciara o apoyara investigaciones con el fin de establecer "normas" de disponibilidad de servicios para utilizarlas en la organización de servicios de salud, así como cursos de adiestramiento en planificación de salud, y que debía proporcionar orientaciones en esta materia con el fin de facilitar las actividades de planificación en los países en desarrollo.

Para la región de las Américas, el Cuadro 1 indica la creciente actividad que se lleva a cabo con miras a formular normas o niveles para los servicios de salud; en el Cuadro 3 se resume la labor de adiestramiento. La publicación titulada Programación de la Salud: Problemas conceptuales y metodológicos (Publicaciones Científicas No. 111 de la OSP, Abril de 1965), de distribución general, representa el primer paso para facilitar dichas orientaciones. Se prosigue sistemáticamente en las Américas la labor relativa a los tres aspectos de la recomendación destinada a la Organización Mundial de la Salud.

2. Estado general de los planes nacionales de salud

En el Cuadro 1 se presenta el estado general de los planes nacionales de salud a mediados de 1965. De los 22 Gobiernos informantes, 16 habían establecido unidades de planificación nacionales que estaban ya en funcionamiento, e incluso en países donde no existía una dependencia de planificación oficialmente designada para el sector salud (por ejemplo, el Ecuador) se había formulado un plan de salud con la colaboración de las autoridades nacionales de salud y de la oficina encargada de la planificación general económica y social.

Los Gobiernos de diez países habían completado la fase de diagnóstico del proceso de planificación y once habían elaborado por lo menos un plan nacional de salud a corto plazo.

La discrepancia entre estas cifras se debe a que algunos de los primeros planes formulados se basaban en cifras fácilmente disponibles y no comprendían el tipo de diagnóstico establecido en fecha más reciente. Aunque los objetivos iniciales de la Alianza para el Progreso se habían enmarcado en un programa decenal de salud, se observará que varios países concentraron su labor de planificación en un período más breve, comúnmente cuatro o cinco años.

Se ha considerado que la técnica del presupuesto por programa constituye una medida importante en el proceso de planificación, como instrumento de planificación propiamente dicho y como medio de presentar la actividad planificada en forma coherente y ordenada a las autoridades financieras nacionales y a las fuentes de ayuda económica externa. Se observará que 11 Gobiernos, incluyendo uno que aún no ha completado sus planes, habían establecido presupuestos por programa.

Se recopiló información sobre normas debido a que se reconoce cada vez más que el establecimiento de niveles para la actividad que ha de ser objeto de planificación es una medida indispensable para decidir sobre los instrumentos que se emplearán para llevar a cabo un plan de salud y para la evaluación subsiguiente de los servicios prestados. Este hecho se reflejó en las Discusiones Técnicas que tuvieron lugar durante la mencionada Asamblea Mundial de la Salud. En seis países se habían establecido ya normas y en otros cuatro se estudiaba su formulación o se habían establecido, por lo menos, en relación con algunas actividades. En las Américas la adopción de normas comprendía, además de las relativas a la cantidad de servicios que se proporcionarían, normas detalladas para evaluar el rendimiento de los diversos instrumentos.

Finalmente, se observará que en ocho países los planes de salud se encontraban ya en la fase de aplicación, y que los problemas administrativos y de ejecución derivados de la aplicación de dichos planes deberán ser objeto en el futuro de una atención mucho mayor de parte de los administradores de los servicios de salud pública, en general, y de los funcionarios encargados de la planificación, en particular.

3. Planes de salud y planes generales de desarrollo económico y social

Como puede verse en el Cuadro 2, el porcentaje de gastos del Gobierno central destinado a la salud pública no se modificó en general en relación con el año anterior. El cambio de rango de algunos países, en comparación con el que tenían en 1964, según se indica en el Documento CD15/4, se refieren principalmente a casos dudosos en que el porcentaje revelaba el aumento o la disminución de unos pocos puntos. Por otra parte, la relativa estabilidad del porcentaje de fondos gubernamentales destinados a la salud no significa estancamiento, ya que en muchos países se registraba un aumento general en los presupuestos de los Gobiernos, y la proporción relativa destinada a la salud se mantuvo inalterable simplemente porque este aspecto compartía el aumento general de la actividad gubernamental en una gran variedad de sectores económicos y sociales.

No se ha intentado este año ordenar a los países según los fondos invertidos en salud por habitantes en el sector público. Las comparaciones entre países en cuanto a dólares invertidos suscitan muchas dudas debido a la influencia de las variaciones en los tipos de cambio, y las estimaciones que ha efectuado la Comisión Económica para América Latina de las Naciones Unidas acerca del poder adquisitivo relativo de las monedas nacionales se basan en los precios de la totalidad de bienes y servicios de la economía y no pueden aplicarse al grupo, un tanto especial, de bienes y servicios comprados por el sector salud.

Se había esperado iniciar un estudio directo del problema en 1965, a fin de establecer algunas comparaciones entre los países en cuanto a gastos destinados a la salud, pero a fin de evitar la duplicación de actividades se decidió confiar en la información que se recopilará como parte de los estudios sobre construcción de hospitales y de los gastos en salud efectuados por los Ministerios de Salud y por los organismos de seguridad social, que se examinan en los temas 12 y 26 del proyecto de programa.

En cuanto a la integración de los planes de salud con los planes nacionales de desarrollo económico y social, se ha avanzado considerablemente mediante el sistema de estudios anuales por países que realiza el Comité Interamericano de la Alianza para el Progreso (CIAP). Los primeros análisis de planes nacionales de inversión para el sector público, efectuados por dicho Comité en 1964, se referían principalmente a problemas de la balanza de pagos y a los principales elementos económicos, como el consumo, la inversión, las importaciones y las exportaciones. En cambio, en los estudios por países de 1965, que se proyecta efectuar de julio a octubre, se estudiará por separado el sector salud y en el caso de algunos países se realizarán estudios a fondo de los principales proyectos de salud que requieren ayuda financiera externa o que tienen influencia directa sobre otros programas de inversión. La Oficina Sanitaria Panamericana está participando activamente en la preparación de material destinado a la secretaría del CIAP.

Si bien en la preparación de documentación para el CIAP, por organismos nacionales de planificación económica y social, se ha prestado cada vez más atención al papel que desempeña el sector salud y a sus requerimientos, cabe señalar dos inconvenientes principales.

En primer lugar, los estudios del CIAP tienen que ver principalmente con los programas de inversión. En el campo de la salud la inversión se refiere principalmente a la construcción de hospitales y otras instalaciones permanentes, y aún la escasa información de que se dispone actualmente para América Latina revela que, en forma general, los gastos corrientes de operación (en que los sueldos y salarios constituyen el componente principal) son cuantitativamente más importantes que los gastos (inversiones) de capital. En muchas actividades preventivas y en los programas de "penetración", en particular, los componentes que representa la inversión son pequeños. Además, la planificación sistemática de los servicios de salud ha permitido -y éste ha sido uno de sus efectos importantes- concentrar la actividad en el mejor aprovechamiento de las instalaciones existentes. Por ejemplo, cuando se aumente el número efectivo de camas de hospital disponibles, una vez que se reduzca la permanencia media del paciente en el hospital, es posible que este adelanto positivo no entrañe aumento alguno en la construcción de hospitales, e incluso posiblemente disminuya el número de las nuevas construcciones previstas, de modo que no será tan manifiesto en las estadísticas presentadas al CIAP.

En segundo lugar, como en la mayoría de los países de América el ejercicio privado de la medicina está sujeto a muy pocos controles restrictivos y a una muy limitada intervención del Gobierno, no ha sido posible hasta ahora obtener datos suficientes sobre este importante campo de actividad. Aunque es poco probable que se obtenga en el futuro próximo amplia información sobre el sector privado, se espera que los estudios de la OPS a que se refiere en particular el tema 26 del proyecto de programa permitan obtener información más adecuada sobre los gastos en salud en el sector público.

Adiestramiento

El curso internacional sobre planificación de salud que se ofrece anualmente en idioma español en Santiago, Chile, desde 1962, en colaboración entre la OPS y el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social ha ejercido, con mucho, la influencia más importante sobre el desarrollo de la planificación de salud en el Continente.

Hasta diciembre de 1964 setenta funcionarios principales de los servicios nacionales de salud, así como numerosos miembros del personal de la OPS, habían recibido adiestramiento en cursos internacionales. Hasta ahora, los servicios de los planificadores han tenido una acogida excepcionalmente favorable. Las pérdidas han sido muy pocas: uno de los planificadores falleció, otro fue nombrado Gobernador de un Estado, un planificador de un país entró a prestar servicio a la OPS y un funcionario de esta Organización se reincorporó al servicio nacional, y los restantes egresados del curso de Santiago están dedicados activamente a la planificación como integrantes de unidades sectoriales de planificación de salud, como altos funcionarios de otros servicios de salud, como profesores de salud pública o medicina preventiva y como consultores de la OPS en planificación de salud o en el campo general de los servicios de salud pública. En el Cuadro 3 se presenta información detallada a este respecto.

Aunque en general no ha variado fundamentalmente el contenido ni la metodología del curso de Santiago, cabe mencionar entre las principales modificaciones introducidas en 1964, la mayor importancia que se concede a los problemas administrativos relacionados con la ejecución de los planes de salud y al presupuesto por programa en particular, así como el empleo de las recientes experiencias de Colombia y Perú como guía para utilizar muestras estratificadas en la elaboración de planes de salud para los países más extensos.

El personal de la OPS continuó participando en el curso de adiestramiento internacional, en idioma inglés, que se ha venido organizando anualmente desde 1963 en la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad de Johns Hopkins, con el apoyo financiero de la AID. Este curso sirve también como vínculo entre las Américas y el resto del mundo debido a la participación de numerosos funcionarios de la AID y de la OMS, junto con personal de los servicios de salud de muchos países; el plan de estudios comprende un análisis minucioso de la planificación de salud en la América Latina.

Se continuó dedicando preferente atención a los cursos nacionales de adiestramiento, y en junio de 1965 unos 253 funcionarios habían recibido formación en cursos de por lo menos seis semanas de duración; en otros más breves recibieron adiestramiento unos 235 profesionales y 361 personas de categoría auxiliar. El personal de la OPS que intervino en el tercer curso internacional en Santiago, participó también en un curso especial de adiestramiento de personal chileno de los servicios nacionales, que se celebró simultáneamente en el último trimestre de 1964, y se completaron los preparativos para los cursos que se dictarán en Trinidad y en el Brasil (para funcionarios de salud de los Estados del nordeste) en julio-agosto de 1965. La OPS colaboró igualmente en la organización de un curso nacional de adiestramiento en Venezuela en 1964. Además, el personal de la OPS adscrito a zonas y proyectos en varios países tomó parte en la organización y presentación de cursillos, mesas redondas y conferencias sobre planificación de salud.

CUADRO 1

ESTADO DE LOS PLANES NACIONALES DE SALUD EN LAS AMERICAS,
A MEDIADOS DE 1965

País	Unidad de planificación de salud en funcionamiento	Diagnóstico completo	Plan completado	Presupuesto por programa formulado	Normas establecidas	Plan en ejecución
Argentina	X	-(2)	-	-	-	-
Bolivia	X	...	X(4)	X	...	...
Brasil	X	-	-	-	...	-
Colombia	X	X	X(5)	X	X	X
Costa Rica.....	X	X	X(6)	X	-	-(6)
Cuba	X	X(3)	X(3)	X	...	X(3)
Chile	X	X	X	X	X	X
Ecuador	-	X	X	X	X	-
El Salvador	X	X	X	X	X	X
Guatemala	X	-(2)	-	X	-	-
Haití	-	-	-	-	-	-
Honduras	X	X	X(7)	-(2)	X	-(2)
Jamaica .....	-	-	-	...	...	-
México	-(1)	-	-	-	-(2)	-
Nicaragua	X	X	X	X	-(2)	X
Panamá	X	X	X	X(8)	X(8)	X
Paraguay	X	X	X(4)	X	-(2)	X
Perú	X	X	X(7)	X	X	X
República Dominicana.	-	-	-	-	-	-
Trinidad y Tabago....	X	-	-	...	...	-
Uruguay	-	-(2)	-	-	-	-
Venezuela.....	X	-(2)	-	-	-	-

- (1) La unidad de planificación se está organizando.
- (2) En preparación.
- (3) Plan de un año para 1966. Diagnóstico hasta 1970 en preparación.
- (4) Plan de dos años.
- (5) Plan cuatrienal; nuevo plan en preparación.
- (6) Plan cuatrienal de inversiones; actualmente es objeto de revisión.
- (7) Plan quinquenal.
- (8) Respecto de algunos programas únicamente.

... = no se dispone de información.

CUADRO 2

DISTRIBUCION DE LOS PAISES AMERICANOS SEGUN EL PORCENTAJE DE LOS
GASTOS DEL GOBIERNO CENTRAL DESTINADOS A SALUD PUBLICA, 1963-1964

Países que dedican el 10% o más de los gastos del Gobierno central a salud pública:

El Salvador
Haití
Panamá
Venezuela

Países que dedican como mínimo el 5%, pero menos del 10%, de los gastos del Gobierno central a la salud pública:

Colombia
Chile
Cuba
Ecuador
Guatemala
Honduras
México
Perú
República Dominicana
Uruguay

Países que dedican menos del 5% de los gastos del Gobierno central a salud pública:

Argentina
Bolivia
Brasil
Costa Rica
Nicaragua
Paraguay

Fuente: Informes anuales correspondientes a 1963 y 1964 del Fondo Fiduciario para el Progreso Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

CUADRO 3

ADIESTRAMIENTO Y UTILIZACION DE LOS SERVICIOS DE LOS PLANIFICADORES
DE SALUD EN LAS AMERICAS, A MEDIADOS DE 1965

País	Cursos internacionales de adiestramiento			Cursos nacionales de adiestramiento		
	Número de personas capacita- das	Número de personas dedicadas a planifi- cación de la salud	Número de personas dedicadas a otras activida- des de salud	Número de personas capacita- das en los cur- sos prin- cipales (1)	Número de personas capacitadas en cur- sillos Profesio- nales	Auxilia- res
Argentina...	5	2	3	-	-	-
Bolivia ...	4	...	...	...	...	...
Brasil ...	9	...	...	(2)	-	-
Colombia ...	5	2	3	-	19	-
Costa Rica...	2	1	1	-	20	-
Cuba	1	1	0	...	...	...
Chile	6	5	1	3	30	20
Ecuador	2	1	1	-	-	-
El Salvador	5	1	4	-	12	73
Guatemala...	2	2	-	-	18	84
Haití	-	-	-	-	-	-
Honduras ...	3	2	1	-	-	20
Jamaica	1	-	1	-	-	-
México	3	-	3	-	60	10
Nicaragua...	2	1	1	-	10	30
Panamá	3	1	2	-	6	6
Paraguay ...	3	2	1	-	-	-
Perú	5	5	-	132	-	18
República Dominicana	2	...	...	-	-	-
Trinidad y Tabago.....	-	-	-	(2)	-	-
Uruguay	3	1	1	40	60	100
Venezuela...	7	2	4	78	-	-
Total:	70	29	27	253	235	361

(1) Los cursos principales son aquéllos que tienen una duración mínima de seis semanas. (2) Curso celebrado en julio-agosto de 1965
... = No se dispone de información.

CD16/15 (Esp.)

ANEXO I

INFORME FINAL

DEL

GRUPO DE ESTUDIO SOBRE PLANIFICACION DE SALUD

GRUPO DE ESTUDIO SOBRE **PLANIFICACION** DE **SALUD**

PUERTO AZUL, VENEZUELA
1-6 de febrero de 1965

INFORME FINAL



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

WASHINGTON, D.C.

PS/18
6 de febrero de 1965
ORIGINAL: ESPAÑOL

INFORME FINAL

DEL

GRUPO DE ESTUDIO SOBRE PLANIFICACION DE SALUD

Bajo los auspicios de la Oficina Sanitaria Panamericana y con la colaboración del Gobierno de Venezuela, se reunió en el Club Puerto Azul, Naiguatá, Venezuela, del 1º al 6 de febrero de 1965, un Grupo de Estudio encargado de: a) revisar las recientes experiencias en materia de planificación de la salud en los países de América Latina; y b) sugerir medidas que faciliten a los países el cumplimiento de los objetivos sobre planificación de la salud establecidos en los acuerdos interamericanos.

Fueron invitados, a título personal, especialistas en planificación de salud de Argentina, Colombia, Chile, El Salvador, México, Perú y Venezuela, de acuerdo con los gobiernos respectivos. Concurrieron, asimismo, consultores temporales y funcionarios de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas (Anexo A).

SESION DE APERTURA

La sesión de apertura se llevó a cabo el día 1º de febrero de 1965 a las 9:00 a.m. Presidió la sesión el Dr. J. L. García Gutierrez, Jefe de la Zona I de la Oficina Sanitaria Panamericana en Venezuela, quien, en nombre del Director de dicha Oficina, y en el suyo propio, dió la bienvenida a los participantes e hizo un resumen de los propósitos y alcances de la Reunión.

MESA DIRECTIVA

En la Sesión de Apertura se procedió a la elección de la Mesa Directiva del Grupo de Estudio, quedando constituida como sigue:

Presidente: Dr. Alfredo Arreaza Guzmán (Venezuela)
Relator General: Dr. David Tejada de Rivero (Perú)
Secretario General: Dr. James S. McKenzie-Pollock (OSP/OMS)
Secretario Técnico: Dr. Hernán Durán (OSP/OMS)

El Dr. Alfredo Arreaza Guzmán, en su calidad de Presidente, declaró abierta la sesión de trabajo, se refirió al método que se seguiría para las deliberaciones y señaló la importancia de la contribución técnica de los expertos invitados al programa continental de planificación de la salud.

El Dr. J. S. McKenzie-Pollock, Jefe de la Oficina de Planificación de la Oficina Sanitaria Panamericana, se refirió específicamente a los aspectos de planificación, objeto de estudio y al programa general de trabajo.

GRUPOS DE TRABAJO

En la misma Sesión de Apertura se procedió a la formación de dos Grupos de Trabajo, los que eligieron sus propios funcionarios.

PROGRAMA DE TEMAS

El Programa de Temas fue el siguiente:

1. Estado actual de la planificación de la salud en la América Latina.
2. Metodología de planificación de salud elaborada por el CENDES y la OPS. Resultados de su aplicación.
3. Organización y administración para la planificación de la salud.
4. Formación y adiestramiento de personal para la planificación de la salud.

SESIONES DEL GRUPO DE ESTUDIO

Se celebró una sesión de apertura, cinco sesiones plenarias, nueve sesiones de grupos de trabajo y una sesión de clausura.

CONCLUSIONES

Tema I:

ESTADO ACTUAL DE LA PLANIFICACION DE LA SALUD EN LA AMERICA LATINA

1. Para analizar el estado actual de la planificación de la salud en América Latina, el Grupo de Estudio estimó necesario definir lo que, en su concepto, son el proceso de la planificación y los planes nacionales de salud.

La planificación de la salud es un proceso permanente que se inicia cuando se toman medidas para programar las acciones de salud dentro de la programación del desarrollo económico y social, mediante la diferenciación de organismos específicos. En esta forma, el proceso adquiere un carácter dinámico que genera su propio perfeccionamiento.

Un plan nacional de salud, como parte integrante de un plan general de desarrollo, debe definir los problemas de salud y abarcar todas las actividades tendientes a resolverlos, que sean de responsabilidad de los organismos del sector. El plan debe ser el resultado de un diagnóstico integral de la situación de salud, que permita la formulación de una política básica para el establecimiento de las metas por alcanzar en los plazos que defina el plan general de desarrollo.

Dentro de este marco conceptual puede afirmarse que en los últimos tres años se han logrado progresos efectivos en América Latina, aún cuando existen diversos grados de desarrollo del proceso entre los países. Algunos, los más, han tomado ya las medidas iniciales; unos pocos han preparado personal e iniciado la etapa de formulación de planes y uno sólo cuenta con un plan de salud que se encuentra en ejecución.

En general, estos progresos están generando factores que contribuyen a impulsar y consolidar el propio proceso, lo cual permite, en la opinión del Grupo, expresar un juicio optimista para el futuro inmediato.

2. El Grupo de Estudio estimó que los diversos grados de desarrollo alcanzados por países en el proceso de la planificación de la salud se deben a diferentes factores, unos favorables y otros que han constituido dificultades que es preciso analizar.

En términos generales, algunas de las dificultades son inherentes a las exigencias metodológicas, mientras otras son derivadas de factores administrativos y políticos de orden general.

2.1. Escasez de datos adecuados.

El Grupo de Estudio reconoció que la escasez de datos adecuados se debe, en buena medida, a la situación de subdesarrollo de los países de América Latina. Al mismo tiempo, consideró que el proceso de planificación es un factor fundamental para mejorar la producción y utilización de las estadísticas. En ese sentido, el Plan Nacional de Salud debe incluir programas de mejoramiento de las estadísticas que comprendan preparación de personal, facilidades de equipo y material y una adecuada coordinación con otros organismos productores de datos.

Si bien la escasez de datos adecuados es un problema grave, se consideró que no debe constituir un obstáculo para iniciar el proceso de planificación de salud.

El Grupo consideró que se debe aprovechar las ventajas que brindan las técnicas de muestreo y las investigaciones especiales para suplir la falta de información básica o para complementarla en la medida necesaria.

2.2. Escasez de personal adiestrado en planificación.

Se reconoció que la escasez de personal adiestrado afecta no solamente a la planificación sino que es común a una deficiencia general existente en todo el campo de la salud. Esta carencia ha sido uno de los factores determinantes en la lentitud para iniciar y desarrollar el proceso. Tal situación se acentúa por el hecho de que, habiéndose iniciado el adiestramiento en la mayoría de los países, la selección y el aprovechamiento de ese personal no han sido totalmente adecuados ya que, en unos casos, el personal adiestrado suele no ser utilizado para funciones donde pueda aplicar los conocimientos adquiridos y, en otros, es víctima de la inestabilidad político-administrativa.

Es obvio para el Grupo de Estudio que semejante situación sólo puede ser superada mediante una acción intensa de adiestramiento en planificación a todos los niveles, destinada tanto al personal directamente involucrado en la formulación del plan como a todos los otros funcionarios que tienen a su cargo tareas ejecutivas en los servicios.

2.3. Falta de una metodología adecuada.

La falta de una metodología para planificar la salud dentro de la planificación del desarrollo económico y social fue uno de los obstáculos con que se tropezó para iniciar el proceso en los países de América Latina. Debido a esta situación, se careció de unidad conceptual para apreciar el problema dentro del sector salud y en sus relaciones intersectoriales.

La metodología elaborada por CENDES/OPS ha dado respuesta a muchas de estas dificultades, a pesar de lo cual no cuenta con amplia aceptación por razones de desconocimiento o de información incompleta. El perfeccionamiento y difusión de esta metodología será un medio valioso para superar algunos obstáculos con que ha tropezado la iniciación del proceso.

2.4. Fallas en la estructura administrativa existente.

No hay duda que en algunos países la estructura actual de los servicios de salud es inadecuada para el proceso de planificación por su heterogeneidad, multiplicidad y defectuosa organización y administración. Se ha carecido de un mecanismo central planificador y de disposiciones legales para impulsar y desarrollar el proceso, global y sectorialmente.

La experiencia en algunos países demuestra que el proceso de planificación ha significado una motivación para lograr modificaciones, a veces sustantivas, de la organización administrativa del sector. Sin embargo, no debe exigirse cambios radicales en la estructura administrativa como condición previa para iniciar el proceso de planificación. Los cambios deben llevarse a cabo en forma progresiva y considerando las rigideces propias de la realidad institucional de nuestros países. Estos cambios progresivos evitan resistencias que podrían ser perjudiciales al proceso y facilitan reajustes sobre la base de los resultados obtenidos con el plan.

2.5. Falta de un adecuado intercambio de experiencias e información.

El Grupo de Estudio consideró que la falta de un adecuado intercambio de experiencias e información entre quienes trabajan en el campo de la planificación de la salud ha sido una de las dificultades que han impedido acelerar el proceso en América Latina.

2.6. Problemas políticos.

No obstante el interés que han manifestado los gobiernos por la planificación, especialmente en los acuerdos internacionales, en la práctica no todos han dado el debido respaldo a la iniciación y el desarrollo del proceso. Diversos factores, entre los cuales cabe mencionar el desconocimiento de las ventajas de la planificación, la falsa suposición de considerar la planificación como un simple medio para solicitar ayuda financiera externa, el temor a la pérdida de poder político, etc., han sido causa de esta situación.

El Grupo estimó que era necesario, entre otras medidas, un mayor acercamiento a las autoridades a fin de demostrarles el valor político y social del plan y la realización de acciones concretas derivadas del proceso las que, además, contribuirían a prestigiar la gestión del planificador.

Muchas de las resistencias se deben a la tendencia inconsciente de los planificadores de adoptar actitudes que exceden sus funciones asesoras. El proceso de planificación debe considerarse como una herramienta al servicio del perfeccionamiento de las decisiones y, de ninguna manera, un sustituto de mecanismos administrativos y políticos.

Tema II:

METODOLOGIA DE PLANIFICACION DE SALUD ELABORADA POR EL CENDES
Y LA OPS. RESULTADOS DE SU APLICACION

1. El Grupo de Estudio consideró que, para revisar las experiencias de la aplicación en algunos países de América Latina, de la metodología de planificación de salud elaborada por el CENDES/OPS, era necesario definir previamente sus fundamentos y los requisitos metodológicos que la inspiraron, que fueron los siguientes:

1.1. Medir el nivel de salud de un área, región o país en términos cuantificables.

1.2. Establecer la relación entre el nivel de salud y el medio físico, económico y social, y cuantificar el grado de la misma. Para esto se requiere:

1.2.1. Expresar el nivel de salud en términos de sus elementos componentes.

1.2.2. Identificar los factores condicionantes de cada uno de los daños.

1.2.3. Establecer coeficientes de relación entre los daños y los factores condicionantes respectivos.

1.2.4. Establecer la relación entre el nivel de salud y el contexto económico y social del área, región o país, a través de su relación con los factores condicionantes.

1.2.5. Definir la unidad mínima que constituye el sujeto de la programación, a fin de que el conocimiento de la relación entre el nivel de salud y los factores condicionantes del medio sea lo más aproximado a la realidad, evitando la abstracción a que lleva el uso de promedios nacionales.

1.3. Determinar la cuantía de los recursos utilizados y analizar la política de salud seguida en su uso. Este proceso comprende:

1.3.1. Determinar la cantidad global de recursos en uso, su distribución en actividades y técnicas, su costo y las características de su utilización tales como composición, concentración, cobertura, grado de utilización, rendimiento, etc.

- 1.3.2. Establecer la cuantía de recursos asignados al ataque de cada uno de los daños que afectan el nivel de salud.
- 1.3.3. Establecer la eficacia de la política de salud, midiendo el efecto producido por el uso de los recursos sobre los daños, expresándolo por la relación costo-efecto.
- 1.4. Formular la política básica de salud que conduzca al establecimiento de las metas del plan. Para esto es necesario:
 - 1.4.1. Formular un pronóstico del nivel de salud, de acuerdo a las modificaciones que se prevén en los factores condicionantes y como consecuencia del plan general de desarrollo.
 - 1.4.2. Establecer un modelo normativo y evaluar la política de salud actual, comparándola con éste, para decidir acerca de su grado de satisfacción y mutabilidad.
 - 1.4.3. Determinar las técnicas más eficientes para el ataque a cada daño.
 - 1.4.4. Establecer las prioridades de los daños, de acuerdo a criterios de magnitud, vulnerabilidad, trascendencia social y costo.
- 1.5. Establecer las metas del plan, considerando las alternativas posibles, los plazos para su cumplimiento y su significado desde el punto de vista de las vinculaciones entre el plan de salud y el plan de desarrollo.

2. La metodología elaborada por el CENDES/OPS no puede, en la actualidad, ser juzgada en función de sus resultados, debido al corto tiempo de su aplicación. Sin embargo, el Grupo de Estudio considera que responde conceptualmente a los requisitos metodológicos para planificar la salud dentro de la planificación del desarrollo, y debe ser, por lo tanto, enjuiciada en función de las facilidades y dificultades encontradas en su aplicación. Al respecto, se hizo constar que la mayoría de las dificultades encontradas se debe a limitación de los conocimientos científicos básicos sobre la materia que se pretende planificar y que, necesariamente, son el sustento inseparable de cualquier proceso de planificación. Esta limitación no puede ser, entonces, atribuida a fallas de la metodología misma.

Confrontando las dificultades encontradas en la aplicación de la metodología elaborada por el CENDES/OPS con los requisitos metodológicos antes señalados, el Grupo de Estudio consideró que:

- 2.1. La metodología expresa el nivel de salud en términos de mortalidad y volumen, y estructura de la demanda de atención médica. Esta medida, la única de que se dispone en el momento actual, no considera aspectos tales como la morbilidad, que no llega a los servicios médicos ni tiene en cuenta las escuelas de enfermedades incapacitantes o invalidantes. A pesar de estas limitaciones, las experiencias demuestran que los indicadores actualmente utilizados permiten alcanzar una aproximación suficiente para la formulación de los planes.
- 2.2. La metodología pone claramente en evidencia la necesidad de establecer las relaciones existentes entre el nivel de salud y el medio físico, económico y social. Si bien estas relaciones no tienen todavía una expresión cuantitativa, ello es debido, ante todo, a la insuficiencia de los conocimientos científicos a que se ha hecho referencia. Sin embargo, la metodología cumple su propósito al hacer explícita la necesidad de cuantificar esas relaciones y determinar los campos en que esta cuantificación debe llevarse a cabo.
- 2.3. El conocimiento y medición de los recursos utilizados en salud ha sido lo que menos dificultades ha presentado, constituyendo una de las mayores contribuciones de la metodología al permitir realizar un análisis muy satisfactorio del uso de los recursos. Las dificultades se limitan a la carencia o falta de claridad de los datos necesarios. Sin embargo, hay que señalar que todavía quedan puntos que requieren mayor estudio y perfeccionamiento.
- 2.4. Hay dificultades en lo relativo al pronóstico, debido a que éste tiene necesariamente que tomar en cuenta la influencia de los factores condicionantes y sus cambios. Ante la dificultad de la ponderación de tales factores y la ausencia de un plan de desarrollo que permita visualizar las variaciones que se producirían en el medio, el grado de exactitud del pronóstico se reduce.
- 2.5. El establecimiento del modelo normativo ha presentado serios obstáculos debidos a la ausencia de normas técnicas y a la dificultad para obtenerlas.
- 2.6. Existen dificultades operativas en el establecimiento de las prioridades de los daños, especialmente en aquellos que no causan mortalidad pero que significan un peligro para la salud, situación que obliga a establecer criterios tendientes a superar esta deficiencia.

- 2.7. Además, y al margen de los criterios metodológicos, el Grupo de Estudio señaló la necesidad de proponer criterios que permitan delimitar el sector salud, procurando evitar la exclusión de actividades que correspondan a salud y la inclusión de actividades correspondientes a otros sectores. También se anotó que el problema de la calidad de los servicios presenta dificultades operativas.

En conclusión, de las experiencias en la América Latina se deriva que la metodología elaborada por el CENDES/OPS aporta nuevos elementos conceptuales y operativos, al definir las relaciones entre la salud y el contexto económico y social y al intentar articular los planes de salud con la planificación del desarrollo, y que es aplicable para la formulación de planes de salud integrados al desarrollo económico y social.

3. Las dificultades en la aplicación de la metodología dependen, en su mayoría, de fallas en el conocimiento científico sobre la materia que se pretende planificar, mientras que otras corresponden a vacíos o debilidades de la metodología propiamente dicha. En ambos casos, el Grupo de Estudio consideró que era fundamental establecer un programa de investigaciones que pudiera, progresivamente, ir subsanando esas deficiencias. En este sentido, se estima necesaria la creación de un organismo que dirija y promueva esas investigaciones, el cual deberá estar ligado al trabajo de campo que realicen los países, particularmente en áreas experimentales.

El Grupo de Estudio considera que la utilización de la metodología contribuye a mejorar la cobertura y la calidad de la información estadística; y que ésta es un factor importante para perfeccionar la aplicación de la metodología y la ejecución y evaluación de los planes. La información debe estar ligada a las necesidades del método y de los planes.

Finalmente, se hizo especial hincapié en que el intercambio de comunicaciones relativas a las experiencias internacionales en la aplicación de la metodología, es una ayuda de inapreciable valor para solucionar problemas operativos.

Tema III:

ORGANIZACION Y ADMINISTRACION PARA LA
PLANIFICACION DE LA SALUD

1. El Grupo de Estudio consideró que el proceso de la planificación del desarrollo económico y social y, dentro de éste, la planificación de la salud, requiere de la institucionalización de ciertos mecanismos administrativos, mediante los cuales se puede asegurar la continuidad y permanencia del proceso. La creación de Unidades de Planificación de Salud obedece, entonces, a esta necesidad.

2. El Grupo de Estudio creyó necesario estudiar los factores que han facilitado o dificultado la creación y el funcionamiento de las Unidades de Planificación de la Salud en los países de América Latina. Entre los factores favorables, merecen ser destacados los siguientes:

- 2.1. La actitud positiva que algunos gobiernos del continente tienen con respecto a la necesidad de planificación.
- 2.2. La existencia, en algunos países, de sistemas nacionales de planificación del desarrollo.
- 2.3. Los acuerdos interamericanos adoptados en estos últimos años en relación con la necesidad de institucionalizar la planificación y las recomendaciones al respecto de organismos técnicos.
- 2.4. El estado de conciencia nacional a que se ha llegado en algunos países acerca de la necesidad de planificar, como medio para superar el subdesarrollo.

Uno de los factores que, por el contrario, ha entorpecido la creación de las Unidades de Planificación es la natural resistencia al cambio, que provoca desconfianza en el proceso de la planificación y temor a la posible pérdida de posiciones y de independencia de acción, así como a limitaciones en el uso de recursos.

3. La Unidad de Planificación de Salud debe ser una entidad administrativa de naturaleza fundamentalmente asesora y para servir a la autoridad que define y decide la política sectorial. Para cumplir su relación asesora, tiene funciones que pueden agruparse, según su participación, en la formulación de planes de largo y mediano plazo, en la formulación de presupuestos funcionales en sus aspectos programáticos y en la evaluación de las acciones planificadas, etapas todas éstas que forman parte del proceso de planificación.

4. La existencia de diversos organismos que ejecutan acciones de salud, hace necesario desarrollar un sistema efectivo de coordinación funcional tendiente a lograr la creación de sub-unidades de programación en cada uno de esos organismos, los que deberán tener una estrecha relación funcional con la Unidad Sectorial de Planificación.

Igualmente, el hecho de que la planificación de salud deba integrarse con la planificación general del desarrollo, hace necesario que la Unidad Sectorial de Planificación tenga representación en la Unidad Nacional de Planificación General. Una eficiente coordinación funcional entre estas Unidades permitirá asegurar la adecuada articulación de los planes de salud con los planes generales de desarrollo.

5. La Unidad Sectorial de Planificación de Salud debe estar ubicada, en razón de su función y de su grado de responsabilidad, a nivel de la más alta autoridad que defina y decida la política del sector.

6. La Unidad Sectorial de Planificación de Salud, para el mejor cumplimiento de sus funciones, deberá utilizar los recursos técnico-administrativos establecidos dentro de la organización del sector, mediante mecanismos de coordinación y la constitución de comités y comisiones para funciones o tareas determinadas.

7. La estructura de la Unidad Sectorial de Planificación de Salud estará condicionada por la magnitud del aparato institucional administrativo destinado a cumplir las acciones de salud y por la disponibilidad del recurso humano adecuado. Sin embargo, su estructura deberá basarse fundamentalmente de acuerdo con las funciones que deba cumplir y las etapas del proceso de planificación, lo que obliga a un grado mínimo de diferenciación interna.

8. El personal de la Unidad Sectorial de Planificación de Salud debe ser del más alto nivel, dada la calidad técnica que requiere el ejercicio de sus funciones. En cuanto a los profesionales de salud, éstos deben tener: especialización y experiencia en Salud Pública, capacitación en las técnicas de planificación de salud y conocimientos de programación global. Se recomienda la incorporación de especialistas en técnicas de otras disciplinas que facilitan y perfeccionan el proceso de la planificación. Es importante, también, que el personal se desempeñe a dedicación exclusiva.

El personal de la Unidad Sectorial de Planificación de Salud debe ser seleccionado a base de las condiciones anteriormente establecidas y, sobre todo, de sus aptitudes técnicas y personales, y no en función de representación de las distintas profesiones y especialidades del campo de la salud.

Tema IV:

FORMACION Y ADIESTRAMIENTO DE PERSONAL PARA
LA PLANIFICACION DE LA SALUD

1. El Grupo de Estudio consideró que para llevar a cabo el proceso de planificación en los países de América Latina, se requerirá de un esfuerzo importante en materia de adiestramiento de personal, a fin de disponer del número mínimo necesario para iniciar y luego mantener las tareas que suponen tal proceso. Sin embargo, se estimó que el personal destinado a prestar funciones de programación a los niveles local y regional, no debía constituir una superestructura agregada a los servicios de salud ya existentes, sino que, más bien, éstos debían adaptarse a las nuevas modalidades contenidas en los planes de salud para lo cual, en lo posible, todo el personal debía recibir el adiestramiento necesario, de acuerdo a sus responsabilidades.

2. Se consideró que deberían diferenciarse tres niveles en lo referente a la calidad del personal dedicado a las tareas del proceso de planificación:

- 2.1. Un nivel superior, constituido por aquellas personas dedicadas específicamente a planificación, con la mayor responsabilidad en los aspectos asesores y normativos del proceso. Se incluye en este nivel, igualmente, al personal dedicado a la docencia y a la investigación en planificación.
- 2.2. Un segundo nivel, constituido por aquellas personas que, sin estar dedicadas exclusivamente a la planificación, deben participar, por sus responsabilidades administrativas, en la formulación de los planes.
- 2.3. Un tercer nivel, formado por elementos auxiliares o de operación, indispensable para tareas de apoyo, tales como recolección de datos, elaboración primaria, etc.

De acuerdo con lo anterior, se consideró que el adiestramiento para cada uno de estos niveles debería tener las siguientes características:

- 2.4. El nivel superior requiere un adiestramiento cuyo contenido debe incluir, fundamentalmente, el conocimiento de la teoría de la planificación y de la aplicación práctica de la metodología, además de otras disciplinas afines, dando así los elementos para una comprensión integral del problema.

- 2.5. El adiestramiento para el nivel medio tiene fundamentalmente las mismas características del anterior en cuanto a su contenido general, aunque con menos énfasis en lo teórico y más acento en los aspectos aplicativos. De este modo, el curso estaría destinado mayormente a la enseñanza de la metodología de la planificación de salud, dándose sólo los principios de la programación general como marco de referencia a la programación sectorial.
- 2.6. En cuanto al tercer nivel, se estimó que el adiestramiento debe ser elemental, esencialmente operativo en el aspecto específico en que ese personal se desempeñará y que puede ser impartido como parte del adiestramiento en servicio.

De acuerdo con la estructura administrativa de los países, éstos deben definir el nivel de adiestramiento que corresponda dar a los funcionarios, según responsabilidades en el proceso de planificación. Así, por ejemplo, deberían considerarse en el nivel de adiestramiento superior, el personal de la Unidad Sectorial de Planificación y los jefes de los niveles central y regional de la administración de salud, que se consideren necesarios para asesorar y tomar decisiones en aspectos de formulación y ejecución de los planes.

Se estimó conveniente insistir en que, en todos los cursos de adiestramiento, la enseñanza de la metodología de planificación de salud no puede ser puramente teórica, sino que es imprescindible que se complemente con la correspondiente enseñanza práctica.

3. En vista del papel importante que, en la promoción del proceso de la planificación de salud en América Latina, han desempeñado los cursos internacionales dictados por la Organización Panamericana de la Salud y el Instituto Latino Americano de Planificación Económica y Social, el Grupo de Estudio consideró la necesidad de institucionalizar este esfuerzo. Para el efecto, se estimó que la recomendación contenida en el punto 3 del Tema II sea ampliada en el sentido de que el organismo que se propuso crear para dirigir y promover investigaciones en el campo de la planificación de la salud, asuma también la función de organizar y dirigir los cursos internacionales, así como asesorar y colaborar en los cursos nacionales de adiestramiento de nivel superior, de preferencia en estrecha cooperación con las escuelas de salud pública.

4. No cabe duda que la introducción de los conceptos de planificación y su aplicación en los servicios de salud tendrá una profunda repercusión en los programas tradicionales de las escuelas de salud pública, por lo cual éstas deben incorporar en su curriculum, en forma permanente, la enseñanza de la metodología de la planificación de salud. Por otra parte, las escuelas de salud pública deberán afrontar en forma urgente las necesidades de adiestramiento en planificación para aquellos de sus egresados que ocupan o van a ocupar cargos directivos en la administración de salud.

5. Como una manera de facilitar la mejor comprensión de los conceptos de programación por parte de los profesionales que en alguna forma deban participar en el proceso de planificación, el Grupo de Estudio estimó necesario recomendar que en las escuelas de medicina y otras de formación de personal de disciplinas relacionadas con la salud, se dé importancia y adecuada orientación a la enseñanza de determinadas ciencias básicas, tales como Epidemiología y Estadística, cuyos contenidos contribuyen a estimular la capacidad de razonamiento.

Se consideró indispensable que en la enseñanza de la medicina preventiva, en las escuelas de medicina, se impartan nociones generales acerca de los problemas que plantea la planificación de la salud y que tengan relación con el desempeño de los futuros profesionales en los servicios de salud.

VOTOS DE GRACIAS

El Grupo de Estudio expresa su agradecimiento al Gobierno de Venezuela y en particular al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social por su contribución a la organización de la Reunión; a la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, por su interés en el campo de la planificación de la salud; a la Mesa Directiva por la forma excelente en que condujo los trabajos del Grupo; a los Relatores por la exactitud de interpretación en la preparación de las conclusiones; y al personal de secretaría por su esfuerzo y cooperación al éxito de la Reunión.

SESION DE CLAUSURA

La Sesión de Clausura tuvo lugar el día 6 de febrero de 1965. La presidió el Dr. Alfredo Arreaza Guzmán, procediéndose en primer lugar a dar lectura al Informe Final, que luego fue aprobado. A continuación, el Secretario Técnico, Dr. Hernán Durán, sintetizó las conclusiones y el significado de sus alcances.

El Presidente, Dr. Arreaza, destacó la importancia de la reunión y la labor realizada por los participantes y, finalmente, el Director General de Salud de Venezuela, Dr. J. A. Díaz Guzmán, procedió a clausurarla.

INFORME FINAL
DEL
GRUPO DE ESTUDIO SOBRE PLANIFICACION DE SALUD

PS/18
ANEXO "A"

LISTA DE PARTICIPANTES

- Dr. Alberto Aguilar R. (EL SALVADOR)
Secretario Coordinador
Departamento de Planificación de Salud
Ministerio de Salud Pública y
Asistencia Social
1a. Avenida Sur 4-3, Santa Tecla
San Salvador
- Dr. Ramón Alvarez Gutiérrez (MEXICO)
Sub-Director General de Salud
Secretaría de Salubridad y Asistencia
Fuente de Baco 7
México 10, D.F.
- Dr. José Luis Aponte Villegas (VENEZUELA)
Médico Jefe, Servicios Regionales
de Salud
Ministerio de Sanidad y
Asistencia Social
Edificio Sur, Centro Simón Bolívar
Caracas
- Dr. Juan José Barrenechea (ARGENTINA)
Asesor Coordinador del
Consejo Nacional de Desarrollo
Buenos Aires
- Dr. Federico Bresani (PERU)
Planificador, Oficina Sectorial de
Planificación de Salud
Ministerio de Salud Pública y
Asistencia Social
Cantuarias 263, Miraflores
Lima

Dr. Ricardo F. Cibotti (ARGENTINA)
Funcionario del
Instituto Latino Americano de
Planificación Económica y Social
Providencia 871
Santiago

Dr. Humberto Córdoba Wiesner (COLOMBIA)
Jefe, Oficina de Evaluación
y Organización y Método
Ministerio de Salud Pública
Transversal 33 F123-78
Bogotá

Dr. Juan Motezuma Ginnari (VENEZUELA)
Director de Planificación
Ministerio de Sanidad y
Asistencia Social
Edificio Sur, Centro Simón Bolívar
Caracas

Dr. Aurelio Pabón (COLOMBIA)
Jefe, Sección de Bioestadística
Ministerio de Salud Pública
Calle 67 N° 5-42
Bogotá

Dr. Armando Petrozzi (PERU)
Planificador, Oficina Sectorial de
Planificación de Salud
Ministerio de Salud Pública y
Asistencia Social
Ayacucho 371, Miraflores
Lima

Dr. Mario Pizzi (CHILE)
Asesor del Departamento de
Demografía y Epidemiología
Ministerio de Sanidad y
Asistencia Social
Edificio Sur, Centro Simón Bolívar
Caracas

Dr. Abigail Romero Medina
Coordinador en la Unidad
de Planificación
Ministerio de Sanidad y
Asistencia Social
Edificio Sur, Centro Simón Bolívar
Caracas

(VENEZUELA)

Dr. David A. Tejada de Rivero
Director, Oficina Sectorial de
Planificación de Salud
Ministerio de Salud Pública y
Asistencia Social
Las Orquídeas 663, San Isidro
Lima

(PERU)

Dr. Mario José Testa
Planificador
Corporación Venezolana de Guayana
Edificio Onuba, Apto. 13
2a. Avenida
Los Palos Grandes
Chacao, Estado Miranda

(VENEZUELA)

OBSERVADOR

Dr. Thomas L. Hall
Division of International Health
Johns Hopkins School of Hygiene
615 N. Wolfe St.
Baltimore, Md. 21205

(JOHNS HOPKINS
UNIVERSITY)

CONSULTOR ESPECIAL OPS/OMS

Dr. Alfredo Arreaza Guzmán
Profesor de Administración Sanitaria
Escuela de Salud Pública
Universidad Central
Caracas

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA,
OFICINA REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMERICAS

Dr. Hernán Durán
Consultor en Planificación
Zona IV
Salaverry 722
Lima, Perú

Dr. Norberto Espinosa
Representante en El Salvador
Dirección General de Salud
San Salvador, El Salvador

Dr. José Luis García Gutiérrez
Jefe de Zona I
Avenida Los Jabillos Nº 46
La Florida, Caracas

Dr. Alfred Gerald
Consultor en Planificación
OPS/OMS Zona I
P. O. Box 898, Pt. España
Trinidad

Dr. James S. McKenzie-Pollock
Jefe, Oficina de Planificación
Washington, D.C.

Dr. Armand Peter Ruderman
Asesor Económico
Washington, D.C.

Servicios de Secretaría:

Sr. Carlos E. Urrutia
Washington, D.C.

CD16/15 (Esp.)
ANEXO II

INFORME DE LAS DISCUSIONES TECNICAS
EN LA 18a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

"PLANIFICACION SANITARIA"

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
A18/Technical Discussions/6 Rev. 1
12 mayo 1965
ORIGINAL: INGLES

INFORME DE LAS DISCUSIONES TECNICAS

EN LA 18a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD (*)

"Planificación Sanitaria"

INTRODUCCION

Antecedentes y organización de las Discusiones Técnicas sobre "Planificación Sanitaria" en la 18a Asamblea Mundial de la Salud.

De conformidad con lo dispuesto en la Resolución WHA10.33 adoptada en la Décima Asamblea Mundial de la Salud, el Consejo Ejecutivo en su 32a Reunión decidió, por Resolución EB32.R15, que el tema de la 18a Asamblea sería la "Planificación Sanitaria".

La decisión de elegir la "Planificación Sanitaria" como tema de las Discusiones Técnicas durante la Asamblea reflejaba en sí mismo el interés predominante de los Estados Miembros y Miembros Asociados por la tendencia hacia la organización sistemática y la utilización racional de los recursos nacionales tanto de material como de personal.

Las Discusiones fueron inauguradas el viernes, 7 de mayo de 1965, por el Dr. Karl Evang, Director General de Sanidad de Noruega, quien había sido propuesto para el cargo de Presidente General por el Presidente de la Séptima Asamblea, y nombrado por el Consejo Ejecutivo (Resolución EB34.R10).

De acuerdo con la práctica habitual, el Director General distribuyó a los Estados Miembros, Estados Miembros Asociados y organizaciones no gubernamentales interesadas que mantienen relaciones oficiales con la OMS, un documento titulado "Normas de orientación sugeridas para uso de los países en el estudio de la "Planificación Sanitaria" en la 18a Asamblea Mundial de la Salud" (C.L. 33. 1964, de fecha 28 de agosto de 1964). Se invitó a dichos Estados y organizaciones a formular cualquier observación que

(*) Traducción de la Oficina Sanitaria Panamericana.

desearan sobre los asuntos planteados en el documento y a informar, en caso procedente, sobre su propia experiencia en materia de planificación sanitaria para el desarrollo económico y social. Respondieron a esta invitación 59 Estados Miembros y Miembros Asociados, y cinco organizaciones no gubernamentales, y sus observaciones fueron analizadas, examinadas y presentadas en forma resumida en el "Documento de base" destinado a las Discusiones Técnicas (A18/Technical Discussions/1). Conforme al procedimiento normal, este documento fue transmitido el 31 de marzo de 1965 a todos los Estados Miembros, Miembros Asociados y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OMS.

En el "Documento de base" se presentó un análisis de las respuestas recibidas acerca de las "Normas de orientación", y seguidamente se examinaron los seis asuntos y problemas principales que parecían derivarse de este último documento y los que a su vez fueron resumidos en los seis temas del "Programa de las Discusiones Técnicas" (A18/Technical Discussions/2).

Antes de inaugurarse las Discusiones Técnicas, se habían inscrito como posibles participantes 203 personas con derecho a hacerlo.

Se había decidido, en consulta con el Presidente, que debido al alcance y contenido del tema y a los diversos métodos de planificación de los servicios de salud empleados por los diferentes países, sería necesario desviarse algo del procedimiento habitual de discusión del tema en grupos, a fin de obtener una expresión de opiniones y experiencia lo más completa posible.

Se estimó que, con posterioridad a la sesión plenaria de apertura de las Discusiones Técnicas el 7 de mayo, los ocho grupos en que se dividieron los 203 participantes debían examinar los temas del programa en el curso de dos reuniones que tendrían lugar ese día. Una vez discutido el tema por los diversos grupos, éstos celebrarían una reunión conjunta en la mañana del sábado 8 de mayo, en la cual, después que el Presidente hiciera una reseña general de los informes preparados por los grupos, se podría proceder a un debate más general. Por consiguiente, se siguió este procedimiento, y en el presente informe se expone, en la forma más sucinta posible, lo esencial de las observaciones formuladas y de las experiencias dadas a conocer en estas diversas reuniones, así como las opiniones generales de los participantes. (En el Apéndice A de este informe se presenta una lista de la Mesa Directiva de las Discusiones Técnicas, así como de los Presidentes, Relatores y Secretarios de los ocho grupos.)

ASPECTOS EXAMINADOS EN LAS DISCUSIONES TECNICAS SOBRE "PLANIFICACIÓN SANITARIA"

Observaciones preliminares del Presidente

El Presidente, Dr. Karl Evang, comenzó sus observaciones preliminares en la sesión plenaria inaugural el 7 de mayo, señalando que el gran

alcance del tema, su relativa novedad y su complejidad, que podría dar ocasión a que se insistiera demasiado en los detalles, eran factores a los que podría haberse debido la tardía aparición del tema en la serie de Discusiones Técnicas. No obstante, dada la urgente situación de muchos países en vías de desarrollo, estos habían decidido proceder a la planificación organizada de su desarrollo económico y social, con la que no debía dejar de asociarse la planificación sanitaria, y por lo tanto, el Consejo Ejecutivo había estimado que sería oportuno y útil examinar el tema cuanto antes.

La reacción sin precedente de los Gobiernos había justificado esa decisión. De sus respuestas, así como de las proporcionadas por las organizaciones no gubernamentales interesadas y de sus deliberaciones inminentes, se obtendría un conjunto de información de gran interés e importancia sobre planificación sanitaria, que en amplitud e integridad excedería considerablemente la que hasta ahora había sido accesible a la Organización Mundial de la Salud. Las características de los países que habían formulado observaciones al documento sobre "Normas de orientación", y de muchos más que ahora participaban en las Discusiones, reflejaban una casi única variedad de razas, culturas, tradiciones, recursos naturales y humanos, grados de opulencia o pobreza y, sobre todo, de experiencia.

En algunos países, los servicios de salud estaban todavía en la etapa "inicial" de desarrollo, mientras que en otros, en el extremo opuesto del espectro, dichos servicios se caracterizaban por su extravagancia y casi habían llegado al punto de "saturación". Era evidente que en los países situados en esos dos extremos, los objetivos de sus servicios de salud y sus métodos de planificación han de ser muy diferentes.

Por otra parte, en un aspecto de los servicios de salud proporcionados difícilmente podría algún país sostener que ha logrado ya pleno éxito en el logro de sus objetivos, o incluso proclamar su completa satisfacción en cuanto a la labor realizada. Los tres componentes principales de los servicios de salud -personal, instituciones y equipo- deben ser adecuados y estar convenientemente equilibrados, y de los tres el que presenta las mayores dificultades, en cuanto a cantidad y calidad satisfactorias, es el personal. Ni los países más desarrollados y mejor dotados en el campo de la salud se ven libres de estas dificultades. Cualquiera que sean sus recursos, como por ejemplo en número de médicos debidamente formados -ya sean manifiestamente abundantes, o evidentemente exiguos- siempre se reclama un mayor número, y estas necesidades se extienden a cada categoría del personal de salud. La medicina moderna requiere importantes cantidades de personal bien formado, parcialmente adiestrado y auxiliar. No obstante, incluso si se adoptara la solución a menudo sugerida, de establecer servicios educativos de mayor capacidad, podría ocurrir que no hubiera suficientes aspirantes ya que las profesiones de salud no les ofrecen suficientes beneficios para atraerlos.

Por otra parte, cabe preguntarse cuál es el objeto de la planificación sanitaria. La respuesta es que su finalidad consiste en facilitar servicios de salud a la población, y a este respecto es preciso tener siempre en cuenta las aspiraciones de los individuos como beneficiarios.

¿Qué personas se beneficiarían con el proceso de planificación? ¿Cuáles son sus necesidades de salud? ¿En qué etapa de desarrollo político, social y económico se encuentran? En relación con los individuos como beneficiarios, ¿cómo toma en cuenta el técnico en planificación la discrepancia inicial que tan a menudo se observa entre sus necesidades esenciales y sus aspiraciones? Además, ¿cómo atiende el planificador las exigencias cada vez mayores que cabe esperar cuando se han atendido ya las necesidades? Todos estos factores deben tomarse en consideración, y la importancia que se le conceda a cada uno podría determinar tanto la finalidad como la forma de la planificación económica y sanitaria.

¿Cómo se enfocarían los problemas esenciales de la población en el campo más amplio del desarrollo económico y social? En el pasado, se había aceptado el criterio de atacar el punto más débil, es decir, la mala salud. Ahora, se favorece al enfoque polifacético, en virtud del cual se estimula el cambio y el progreso en tantos sectores de la vida humana como lo permitan los recursos.

Pero también era preciso tener alguna idea acerca del concepto general de la planificación de los servicios de salud. ¿Qué clase de fundamento orgánico se propone crear o, si éste ya existe, apoyar o ampliar? ¿Qué base financiera tendría -la tributación, el seguro, las aportaciones voluntarias, los gastos directos o una combinación de todas estas medidas o de algunas de ellas?

Cabe aceptar que las consecuencias de la planificación sanitaria podrían ser revolucionarias. Es posible que sean beneficiosas; también podrían plantear problemas peculiares y aún ser peligrosas o, en todo caso, ocasionar molestias. Algunas de estas dificultades se asocian con la planificación a corto plazo, de un año por ejemplo, pero habría que hacer frente a muchas otras en la planificación a largo plazo.

Ahora bien, antes de proceder a la planificación a corto plazo, es conveniente haber pensado en la planificación a largo plazo, es decir en relación con la disponibilidad del personal de ejecución necesario, pero aparte de esto, son pocos los riesgos inherentes a los planes a corto plazo, definitivamente limitados. Con mucha frecuencia, estos planes a corto plazo consisten en el establecimiento anual del presupuesto y se limitan en el fondo simplemente a la ejecución de un programa limitado.

En la planificación a largo plazo, las dificultades son de diferente naturaleza y orden. Los datos generalmente carecen de actualidad. A menudo, hay un intervalo tan largo entre la recopilación de datos y la finalización del plan que las conclusiones basadas en ellos posiblemente ya

no sean válidas. En el campo de la salud especialmente, los adelantos científicos ocurren a un ritmo tan rápido que las ideas primitivas pronto pierden actualidad. Los planes a largo plazo tienden a ser inflexibles, a menos que se tenga el mayor cuidado en revisarlos constantemente. Este examen constante es lo esencial del concepto de planificación como un proceso continuo.

Por último, existe la posibilidad de que al vincular la planificación sanitaria con la planificación económica y social el administrador o sanitario principal quede relegado a una función secundaria. En relación con esto, cabe mencionar la desfavorable posibilidad de que surja el profesional en planificación sanitaria, es decir, que se cree una nueva rama de la profesión médica.

Estas fueron algunas de las observaciones adicionales que se formularon sobre planificación sanitaria y que los grupos tal vez deseen examinar. Son resultado de la experiencia, aunque puedan causar asombro. La experiencia ha demostrado también que es imperativo que el administrador sanitario esté siempre dispuesto a reclamar una equitativa y adecuada proporción del presupuesto nacional, y no ceje en ello, aunque la planificación sanitaria es parte de un esfuerzo cooperativo encaminado a lograr la seguridad nacional económica y social.

(El texto íntegro de la exposición del Dr. Evang ha sido publicado como documento A18/Technical Discussions/4.)

EL DESARROLLO DE LAS DISCUSIONES TECNICAS

Las "Normas de orientación sugeridas para uso de los países en el estudio de la planificación sanitaria" no constituyen un tratado completo sobre el tema de la planificación en relación con los servicios de salud, y, más particularmente, en asociación con la planificación del desarrollo económico y social. No se han concebido como un libro de texto sobre la metodología de la planificación, aunque se basan en grado considerable en los principios generales expuestos en el Cuarto Informe del Comité de Expertos sobre Administración Sanitaria, que se ocupa de la planificación de los servicios de salud pública. En dicho informe se describen la experiencia de seis países en planificación sanitaria y algunos de los métodos adoptados a este respecto. Hay margen para aplicar otros métodos y más científicos, en este campo, aunque es evidente que las tradiciones, conocimientos y experiencia de cada lugar determinarán la metodología que conviene aplicar. Los seis capítulos del documento sobre "Normas de orientación" se refieren a los siguientes aspectos de la planificación:

Alcance de las actividades gubernamentales relativas a la planificación en materia de desarrollo económico y social y de las actividades sanitarias.

El acopio de información y las disposiciones legislativas como requisito previo para la planificación.

La preparación del plan de salud.

"Planificación" y "programación".

Información del público y participación popular y profesional.

Evaluación.

Con estos capítulos se acompaña un anexo que contiene una serie de 25 preguntas afines agrupadas convenientemente, las que se presentaban para orientar las observaciones de quienes habían recibido las "Normas de orientación".

En general, las respuestas de los 59 Estados Miembros y Miembros Asociados y las cinco organizaciones no gubernamentales se relacionan estrictamente con las 25 preguntas mencionadas, y sólo en forma ocasional e incidental se suscitan otros asuntos. En el "Documento de base" se presenta un resumen del material así recopilado y se señalan los puntos más importantes que al parecer, requerían mayor estudio y deliberación. Estos asuntos se podrían agrupar en los seis encabezamientos siguientes:

1. Condiciones previas y datos esenciales para la planificación sanitaria;
2. método de la planificación sanitaria -tipo de organismo de planificación y disposiciones sobre coordinación;
3. la planificación sanitaria y el mejoramiento del medio;
4. niveles y normas de disponibilidad para asegurar el cuidado de la salud, la dotación de personal de instituciones, etc.;
5. características de un plan de salud ajustado a la realidad;
6. aspectos financieros del plan de salud.

Con algunas ligeras modificaciones de redacción, estos asuntos fueron adoptados como los seis temas del programa que fue sometido al examen de los grupos (Documento A18/Technical Discussions/2). Las observaciones formuladas por los grupos, según el informe de los Relatores, fueron reunidas por el Presidente General, a las que se agregaron algunos nuevos puntos de importancia, y se presentaron junto con los comentarios pertinentes, a la consideración de la reunión conjunta de los diversos grupos el sábado, 8 de mayo.

En las secciones subsiguientes de este informe se presentó un resumen de las observaciones formuladas sobre cada uno de los citados temas del programa, y por último se señalan los diversos nuevos asuntos que surgieron de las discusiones y que se relacionan con la planificación sanitaria.

CONDICIONES PREVIAS Y DATOS ESENCIALES PARA LA PLANIFICACION SANITARIA

Según la experiencia, hay algunas condiciones y datos que son indispensables para la labor del técnico en planificación económica y social y con los que debe contar desde el principio. Con algunas evidentes adiciones, son igualmente necesarios para el técnico en planificación sanitaria. A continuación se resumen estas condiciones y datos previos que se aceptaron de manera general.

Condiciones previas para la planificación

1. Comprensión del interés del Gobierno, de las finalidades y evaluación de los objetivos en el desarrollo socioeconómico del país, y de su política respecto a la planificación sanitaria como uno de sus aspectos integrantes. En el Cuarto Informe del Comité de Expertos en Administración Sanitaria se señala que "la determinación de la política sanitaria del gobierno es la fase fundamental de la planificación de los servicios sanitarios".(*) A los gobiernos corresponde tomar las decisiones estratégicas, especialmente cuando se está en vías de adoptar un nuevo sistema.
2. Legislación que permita la planificación y su ulterior aplicación.
3. Un organismo encargado de la planificación general económica y social al nivel superior, y un órgano de planificación sanitaria que forme parte del primero o sea de naturaleza equivalente.
4. Disposiciones relativas a la coordinación entre todos los organismos de planificación y entre éstos y las dependencias gubernamentales competentes.

Datos esenciales

1. Datos demográficos: nacionales, regionales o provinciales y sobre distritos locales.
2. Estadísticas vitales y sanitarias (cifras brutas y tasas de mortalidad infantil, mortalidad por causas, datos sobre morbilidad, pacientes admitidos a hospitales, etc.).
3. Un inventario de las instituciones públicas y privadas de servicios de salud, incluso instituciones de adiestramiento, y una exposición

(*) Org. Mundial Salud, Serie de Inf. Téc. 215, pág. 1D.

completa por categorías del personal de los servicios de salud, ya sea empleado oficialmente o que ejerza funciones independientemente.

4. Antecedentes económicos nacionales. Información acerca de los actuales antecedentes nacionales económicos y situación general en materia de recursos humanos.

5. Una exposición de las asignaciones de fondos destinadas a los servicios de salud.

Es posible que algunas autoridades estimen que dichos datos son demasiado restringidos y soliciten la adición de los siguientes:

(i) datos sobre morbilidad y mortalidad en hospitales;

(ii) los resultados de investigaciones sobre búsqueda colectiva en cuanto a la prevalencia de ciertas enfermedades especificadas o asintomáticas y la capacidad física de algunos grupos vulnerables, datos sobre el desarrollo de la urbanización, e información sobre el grado de nomadismo.

Se subrayó la utilidad de las encuestas llevadas a cabo en ciertas condiciones y también se recomendó que se efectuaran algunas investigaciones sobre los métodos que convenía aplicar en el proceso de planificación previsto. Se formuló una advertencia contra la dudosa confiabilidad de las estadísticas de hospital, especialmente en los países en desarrollo, debido a su carácter selectivo. Por último, se reiteró y puso de manifiesto la necesidad de iniciar la planificación, en algunas ocasiones, con el mínimo de datos. Se indicó, no obstante, que estos datos no debían considerarse definitivos, y que a base de datos sencillos, e incluso rudimentarios, es posible con paciencia y perseverancia elaborar en el curso de los años sistemas estadísticos fidedignos para la revisión y corrección periódica de los planes de ejecución, que redundarían en beneficio de los programas futuros.

ELECCION DEL METODO DE PLANIFICACION SANITARIA TENIENDO EN CUENTA EL ESTADO DE DESARROLLO DE UN PAIS - TIPO DE ORGANISMO ENCARGADO DE LA PLANIFICACION Y DISPOSICIONES SOBRE COORDINACION

El tema de la planificación gubernamental en el campo socioeconómico se examinó con algún detalle en las respuestas a las preguntas pertinentes de las "Normas de orientación". Se indicó también el lugar que corresponde a los servicios de planificación sanitaria y general en la estructura del Gobierno y las normas relativas a la organización de cada uno. El tema del programa antes indicado era más limitado en su alcance. Los participantes en las Discusiones Técnicas aceptaron como axioma que el Ministerio de Salud de un país (a reserva únicamente de la aprobación del Gabinete) debía ser en última instancia responsable del plan de salud y de su aplicación.

No se excluyeron las consultas, la coordinación y la colaboración de los planes con el organismo encargado de la planificación del desarrollo económico y social y, en realidad, estos aspectos deben considerarse de esencial importancia.

En el "Documento de base" se habían indicado tres orientaciones principales, de acuerdo con las cuales se podría iniciar y organizar la "planificación sanitaria" como proceso. Se trataba, respectivamente, de los arreglos contractuales con especialistas o consultores no gubernamentales en planificación, el establecimiento de una oficina especial de planificación dentro del Ministerio o en estrecha relación funcional con éste y bajo la jurisdicción del Ministro, y el empleo, con tal finalidad, de un comité pequeño o una conferencia más numerosa.

Bajo este epígrafe se proporcionó una gran cantidad de información, pero hubo un aspecto que se subrayó reiteradamente, a saber: cualquiera que sea el tipo de organismo que se encargue de la planificación, ésta constituye un proceso continuo. Evidentemente, no existe un tipo de organismo de planificación sanitaria que sea aceptable para todos. Se podía organizar una unidad muy sencilla integrada por tres expertos a tiempo completo, o grupos combinados compuestos de igual número de expertos en salud y economistas, o grupos más amplios de los cuales formara parte cada técnico del personal del Ministerio de Salud. La opinión general fue que la planificación -ya sea del desarrollo económico o de la salud- afecta la vida de las comunidades tanto locales como nacionales. Por lo tanto, es un proceso social y democrático de interés no sólo para los políticos y expertos en salud, al nivel central, sino también de vital importancia para la población local y para el personal de salud sobre el terreno. Se señaló que en realidad, debía mantenerse un vínculo continuo entre estos sectores y las autoridades superiores.

Se mencionó especialmente la necesidad de que en muchos países se tome en cuenta la existencia de administraciones regionales, como consecuencia de las cuales la planificación nacional debe ser a menudo un conjunto coordinado de planes regionales. Con mucha frecuencia puede comprobarse que las diferencias en los planes nacionales de salud reflejan la estructura política y administrativa de un país. Se examinó el problema de la iniciación del proceso de planificación en un país y se señaló que en muchos países había sido necesario solicitar asistencia del exterior en este aspecto altamente técnico. Era posible que en algunos casos esto fuera inevitable, pero cuando ello ocurriera, debía tenerse especial cuidado en asociar activamente en la formulación del plan al personal del ministerio de salud del país que, en una fecha ulterior, podría ser llamado a aplicarlo. Esto indicaba también la necesidad de asegurar la continuidad del proceso.

EL MEJORAMIENTO DEL MEDIO EN EL PLAN DE SALUD

Hubo acuerdo general en que la tesis del "Documento de base", según la cual las deficiencias ambientales de muchos países en vías de desarrollo, principalmente en las zonas tropicales, constituyen sin duda alguna la causa de gran parte de la morbilidad y de la mortalidad que se registra en dichas zonas, y que los proyectos de desarrollo económico, tales como sistemas de riego, pueden tener repercusiones en el campo de la salud por cuanto pueden alterar el ambiente biológico y ecológico. Se observó, no obstante, una marcada diferencia de opinión en cuanto al papel que deben desempeñar los ministerios de salud en el mejoramiento del medio, y el lugar que a estas actividades les corresponde en el plan de salud.

Por una parte, algunos participantes reconocieron que el ministerio de salud debe asumir plena responsabilidad por la planificación, financiamiento y supervisión de planes encaminados al mejoramiento del medio, especialmente en lo que concierne a abastecimiento de agua, alcantarillado y eliminación de basuras y, en medida limitada, a la vivienda. Otros sugirieron que los ministerios de salud debían distinguir claramente entre los servicios de higiene del medio que constituyen parte integrante de las actividades de salud pública, y aquellas empresas que entrañan grandes obras de ingeniería y construcción y cuantiosas inversiones de capital. Los primeros, tales como la lucha contra los vectores y roedores, higiene de los alimentos y supervisión sanitaria general de las condiciones ambientales, están indudablemente dentro del ámbito de la administración sanitaria, son relativamente baratos y pueden incorporarse en el plan y en el presupuesto de salud. Las principales obras de construcción, especialmente las relacionadas con el abastecimiento de agua, eliminación de aguas residuales y vivienda, son muy caras y pueden incrementar el presupuesto de salud en proporción tan considerable que ello vaya en detrimento de otras asignaciones de fondos para hospitales, instituciones de adiestramiento, laboratorios, etc.

En resumen, se podrían aducir muchos argumentos en favor de que estos posibles compromisos de gran envergadura en higiene del medio fuesen primordialmente de la responsabilidad financiera de los ministerios de obras públicas o de un organismo equivalente. Donde así se procede, la labor de supervisión y el mantenimiento de niveles adecuado deben incumbir al Ministerio de Salud. Si éste no posee ya facultades legales con tal finalidad es preciso prever en el plan de salud, disposiciones necesarias para confiárselas.

EMPLEO Y PRACTICABILIDAD DE NIVELES Y NORMAS EN LA PREPARACION DE UN PLAN DE SALUD

En las "Normas de orientación" se señaló que existía una notable diferencia entre los países desarrollados y los en vías de desarrollo en cuanto a su actitud hacia la aplicación de patrones en la planificación

de los servicios de salud. Esta fue también la opinión de los participantes en las Discusiones Técnicas. La aceptación de niveles definidos (aunque no necesariamente elevados) de disponibilidad de servicios parece relacionarse en cierto modo con el estado general del desarrollo del país. Cuando éste es de nivel avanzado, dichos niveles tienden a aplicarse con regularidad y en forma estricta. En los países en vías de desarrollo, hay mucho mayor flexibilidad, y estos patrones pueden ajustarse para que respondan a los recursos disponibles.

Es evidentemente difícil emplear niveles internacionales sobre dotación de personal o de camas y equipo y, ciertamente, se pueden aplicar en los países en desarrollo. Los niveles nacionales, que pueden variar de cuando en cuando, son mucho más factibles, pero en algunas circunstancias posiblemente sea necesario aplicar diferentes niveles en las diversas regiones del mismo país. En los países en vías de desarrollo, los niveles internacionales pueden causar frustración, y en el mejor de los casos podrían usarse para medir el progreso alcanzado y servir como indicadores de los objetivos por realizar en el futuro.

En algunos países desarrollados ha sido posible establecer y aplicar "normas" de disponibilidad de servicios, que se han determinado científicamente mediante la investigación. (En contraposición, los "niveles" de disponibilidad de servicios se fijan en forma arbitraria.) Existe, en realidad, un campo cada vez más amplio de actividades de salud en el que podrían establecerse estas "normas", por ejemplo, mediante la investigación, el análisis estadístico de datos de hospital, y estudios de productividad individual en el desempeño de las funciones del personal de salud. Las investigaciones son necesarias no sólo para estudiar la adopción de nuevas "normas", sino para evitar que las ya establecidas se vuelvan "estáticas" o tradicionales.

En principio, la planificación de los servicios de salud debe basarse en pruebas científicas acerca de las necesidades totales de los seres humanos, incluso sus requerimientos fisiológicos, psicológicos y sociológicos. Muchas de estas necesidades o requerimientos no han sido todavía científicamente cuantificadas. En la mayoría de los casos, es necesario aceptar bajos niveles para las primeras y últimas etapas de planes operativos y a corto plazo ajustados a la realidad.

CARACTERÍSTICAS DE UN PLAN DE SALUD REALISTA

En el "Documento de base" se expusieron con cierto detalle las principales características de un plan de salud realista, con las cuales los grupos estuvieron en general de acuerdo. Se procuró también formularlas en forma más concisa, con el fin de prestar mayor atención a objetivos más importantes.

En una descripción sinóptica se señaló que dicho plan debe ser sencillo, completo, flexible, organizado por etapas, con determinación del costo, limitado en el tiempo en cuanto a cada fase, totalmente aceptable para la comunidad, y capaz de ser evaluado en cada una de sus etapas.

En otra se subrayó la importancia de las siguientes características:

grado de integridad y equilibrio en la formulación de objetivos y establecimiento de prioridades;

la flexibilidad;

la eficacia en el empleo de recursos, y

la adecuada consideración de las necesidades de recursos humanos, tanto existentes como potenciales.

Se insistió casi sin excepción en la importancia primordial de determinar un orden de prioridades. Si se ha de asignar prioridad a algún aspecto del plan, éste debe ser el establecimiento de servicios de educación y adiestramiento y la gradual formación del personal necesario. Ningún plan que no prevea estos aspectos puede calificarse de realista.

Algunos grupos examinaron también la posibilidad de formular planes alternativos o de prever dentro de un plan ciertos sectores intercambiables que podrían facilitar la adopción de decisiones por las autoridades competentes.

Las observaciones sobre el grado de amplitud o integridad del plan se resumieron en una exposición en la que se definió su alcance en el sentido de que abarca los problemas de población desde la pediatría hasta la geriatría.

Se estimó también que el factor tiempo es importante, y que debe existir una demora mínima entre la terminación del plan y su aplicación definitiva. No se formularon argumentos que justificaran la construcción de hospitales cuando, por demoras en la aplicación del plan, resultaban anticuados en diez años al terminarse las obras de construcción.

ASPECTOS FINANCIEROS DEL PLAN DE SALUD

En una época, existía la tendencia a expresar en términos generales las consecuencias financieras de los planes y programas preparados por los administradores sanitarios. No cabe duda de que ya se ha superado esta fase, y actualmente se reconoce más la necesidad de facilitar un estado financiero de los costos, tanto al principio de la aplicación del plan como al cabo de varios años. También se reconoce cada vez más que el estado financiero de las inversiones en bienes de capital de un proyecto entraña la responsabilidad de indicar los gastos ordinarios anuales que dicho proyecto supone.

Estas innovaciones se deben en muchos casos a la más estrecha relación que existe con los economistas que se ocupan del desarrollo económico nacional. Esta colaboración ha contribuido a fomentar una mayor comprensión de las funciones y la motivación del economista en el proceso de planificación y recíprocamente a que el técnico en planificación de salud se interese con mayor conocimiento de causa y solidaridad por sus dificultades. El economista ha aprendido que los fondos invertidos en servicios de salud pueden reportar beneficios positivos para la economía nacional y no representan simplemente gastos improductivos.

No obstante, sigue siendo difícil expresar en términos económicos la relación entre los gastos en servicios de salud y el beneficio que significan para la salud de la comunidad y del individuo. Hay una continua demanda de información sobre estos aspectos tanto de parte de los economistas que desean recibirla, como del planificador en salud que está más que ansioso de facilitarla.

Cabe reconocer que, en teoría, los recursos financieros sólo tienen importancia secundaria cuando se trata de asuntos relacionados con la salud nacional, pero en general se presta escasa atención a este criterio cuando el problema se refiere a los sectores más productivos de la economía nacional, como la agricultura, el comercio y la explotación de recursos naturales. El técnico en planificación y el administrador de salud se encontrarán en una posición más fuerte si sus solicitudes de fondos presupuestarios están claramente redactadas, contienen todos los detalles necesarios y van respaldadas por datos fidedignos en cuanto a las necesidades de la población, tanto con el fin de promover la salud como de evitar las enfermedades. Con sus argumentos debe tratar de convencer al economista de que los gastos en salud constituyen una inversión que ofrece la posibilidad de obtener grandes beneficios.

Además, nunca debe perderse de vista el aspecto humanitario de los servicios de salud. La salud es un derecho humano y no siempre se pueden emplear los costos como criterio de evaluación.

Muchas veces en el curso de los debates en los grupos se reiteraron y subrayaron afirmaciones en ese sentido. Se prestó cierta atención al problema, un tanto académico, de la proporción de los gastos nacionales que puede considerarse razonablemente como una proporción equitativa destinada a los servicios de salud. La información sobre este aspecto es todavía defectuosa y, además, confusa por la falta de precisión acerca de si la expresión "gastos nacionales", significa exclusivamente gastos gubernamentales o comprende los gastos efectuados por otros organismos públicos o por particulares. Sobre este aspecto también, parece que es necesario definir los términos y llevar a cabo investigaciones.

De especial interés para los participantes de los países en vías de desarrollo fue la cuestión de saber en qué forma se podrían aumentar los recursos financieros de los Gobiernos que se proponen iniciar programas de planificación sanitaria y buscan asistencia especialmente para

aplicar planes que requieren cuantiosos gastos de capital. Se estimó que con este objeto era preciso tener fácil acceso a información sobre fuentes de ayuda internacional, bilateral, multilateral y de carácter voluntario.

Se formuló una observación final acerca de la aceptación de asistencia externa en la forma de donativos de edificios o equipo de valor elevado, sin reconocer el hecho de que su conservación ulterior se convierte en una responsabilidad nacional.

ASUNTOS ESPECIALES PLANTEADOS EN EL CURSO DE LAS DELIBERACIONES

Los resúmenes precedentes se refieren a las deliberaciones sobre los seis temas del programa. En ellos no se ha procurado incluir las numerosas observaciones informativas y a menudo aclaratorias formuladas por los participantes a base de su experiencia y conocimientos personales. Se ha tratado, sin embargo, de resumir lo esencial de estas intervenciones.

Además de las observaciones sobre los temas del programa, se formularon algunas sobre otros asuntos relacionados con la planificación sanitaria. Si bien en este caso también no ha sido posible consignarlas en su totalidad, se mencionarán brevemente algunas de interés general.

Metodología

En varias etapas de las Discusiones se mencionó la falta de información detallada acerca del método, o más bien de los métodos de la planificación sanitaria. Esta deficiencia se debe en gran parte al hecho de que la información facilitada a este respecto por los países en respuesta a las "Normas de orientación" fue muy limitada. Se reconoce, por cierto, que en el desarrollo de sus respectivos planes, las autoridades competentes de ciertos países, y más especialmente las Repúblicas Socialistas, la India y algunos de los países latinoamericanos, han ideado sus propias técnicas de planificación, a menudo basadas en principios matemáticos y científicos y las han aplicado en la práctica. Otros países que proyectan proceder a la planificación de sus servicios se interesan evidentemente por conocer estas técnicas, y desean obtener más información sobre estos diversos métodos. Es cierto que en última instancia cada país tal vez procure desarrollar sus propios métodos para resolver problemas de planificación, pero no cabe duda de que será útil conocer la experiencia de otros técnicos en planificación y comprender las técnicas que utilizan.

Investigaciones

El desarrollo de métodos se basa generalmente en investigaciones, y, en el caso de las Repúblicas Socialistas, ha dado lugar al establecimiento de numerosas instituciones de investigación, las que no sólo se ocupan en descubrir y estudiar la utilidad de nuevas técnicas de planificación, sino que también en revisar constantemente los procedimientos ya establecidos.

Aparte de estos núcleos de investigación, muchos otros países desarrollados han llevado a cabo investigaciones operativas acerca de muchas de las actividades de sus servicios de salud. Esto se ha hecho a menudo con el fin de mejorar su funcionamiento, de reducir el costo de los servicios y de lograr un mejor rendimiento del personal. A este respecto, la investigación es un componente esencial del proceso de "evaluación" que debe aplicarse a todas las actividades de los servicios de salud.

Aspectos económicos de los servicios de salud

Este asunto ya ha sido mencionado en el resumen de "Los aspectos financieros del plan de salud". Es indudablemente un problema que mucho preocupa a los técnicos en planificación sanitaria cuando en relación con sus colegas economistas examinan las repercusiones financieras del plan de salud en la situación económica general. Pero es también un asunto que merece ser estudiado por derecho propio. Actualmente sólo se dispone de una muy limitada cantidad de información exacta acerca de los beneficios económicos, tanto inmediatos como futuros, que pueden atribuirse, por ejemplo, a la reducción de la tasa de mortalidad infantil, a la eliminación -en algunos países- de la difteria como una de las principales enfermedades transmisibles, y especialmente a la erradicación de la malaria. También se plantean problemas en cuanto a la comparación de los costos de funcionamiento de los diferentes tipos de servicios de salud, que revisten especial interés para los países en desarrollo. En este aspecto también es preciso llevar a cabo investigaciones, cuyos resultados pueden ser de gran utilidad para los técnicos en planificación sanitaria.

Población

Durante las Discusiones no se destacó el efecto del aumento de población sobre la planificación sanitaria, pero se hizo una advertencia sobre la importancia de elaborar en lo posible proyecciones de población, no tanto con miras a crear instituciones de capacidad conveniente, sino a fin de determinar el personal que se necesitará para dotar los servicios en constante expansión. Es también necesario saber cuál será la magnitud de los recursos humanos de que se dispondrá para obtener personal de salud en determinadas fechas futuras.

Educación sanitaria

Ya se ha mencionado la participación de la población local -la comunidad beneficiada- en la preparación del plan. Su cooperación ulterior en la aplicación del plan es también conveniente y debe estimularse su interés por el satisfactorio funcionamiento de los servicios. Para todo esto se requiere educación sanitaria, que se sugiere podría con toda razón constituir una de las condiciones previas de la planificación sanitaria.

Nutrición

Se examinó el papel que corresponde a las autoridades sanitarias en la solución de los problemas nutricionales de sus comunidades. Se mencionó el estudio de la epidemiología de los trastornos nutricionales, de las medidas para su control y de la educación del público en estos aspectos. Se convino también en que las autoridades de salud deben participar en la planificación y ejecución de los programas de producción de alimentos y mejoramiento de la nutrición.

CONCLUSIONES

En el curso de las Discusiones se formularon muchas sugerencias útiles con el fin de facilitar la labor de las organizaciones nacionales interesadas en la planificación sanitaria. Algunas de estas sugerencias han sido incorporadas en las precedentes secciones de este informe. A continuación se exponen en detalle las siguientes sugerencias que constituyen en realidad recomendaciones concretas sobre las actividades que debe llevar a cabo la Organización Mundial de la Salud:

Investigación

Se recomienda que la Organización Mundial de la Salud realice o apoye investigaciones experimentales acerca del establecimiento de "normas" de disponibilidad de servicios para usarlas en la planificación de los servicios de salud. A pesar de la gran necesidad de contar con metas y objetivos cuantificables, es preciso señalar que debe asegurarse la calidad de los servicios.

Adiestramiento

Se recomienda que la Organización Mundial de la Salud organice o apoye cursos de adiestramiento en planificación sanitaria.

Procedimientos de planificación

Se recomienda que la Organización Mundial de la Salud proporcione orientación general en planificación sanitaria, con el fin de facilitar las actividades de planificación en los países en desarrollo.

APENDICE A

LISTA DE LA MESA DIRECTIVA DE LAS DISCUSIONES TECNICAS Y DE LOS PRESIDENTES,
RELATORES Y SECRETARIOS DE LOS OCHO GRUPOS

Presidente General: Dr. Karl Evang, Director General de los Servicios de Salud, Noruega

Secretario: Dr. Arne Barkhuus, Jefe, Planificación Sanitaria Nacional, OMS

Consultor: Sir John Charles, ex Oficial Médico Principal, Ministerio de Salud, Reino Unido

Relatores de la reunión conjunta de los grupos: Dr. C. Quirós Salinas, Director General de Salud, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Perú

Dr. H. Bá, Inspector Médico de la región de Cabo Verde

Presidentes:

- Grupo 1 Dr. A. Arreaza Guzmán, ex Ministro de Sanidad y Asistencia Social, Profesor de Administración Sanitaria, Venezuela
- Grupo 2 Dr. G. Popov, Jefe, Departamento de Planificación Sanitaria, Ministerio de Sanidad, URSS
- Grupo 3 Dr. K. N. Rao, Director General de los Servicios de Sanidad, India
- Grupo 4 Dr. S. Al-wahbi, Médico Especialista y Director de Salud Internacional, Ministerio de Salud, Irak
- Grupo 5 Dr. J. S. Cayla, Inspector General del Ministerio de Salud Pública y de la Población, Francia
- Grupo 6 Sr. M. A. Pond, Cirujano General Adjunto de Planes, Servicio de Salud Pública, Departamento de Sanidad, Educación y Asistencia Social, Estados Unidos de América
- Grupo 7 Dr. T. Bana, Director de Salud Pública, Níger
- Grupo 8 Dr. L. W. Jayesuria, Director Adjunto, Servicios Médicos, Malasia

Relatores:

- Grupo 1 Dr. C. K. Chang, Director, Departamento de Sanidad,
Ministerio del Interior, China
- Grupo 2 Dr. A. Adeniyi-Jones, Profesor Principal, Facultad
de Medicina, Universidad de Lagos, Nigeria
- Grupo 3 Dr. R. M. F. Charles, Oficial Médico Principal
(Medicina preventiva), Ministerio de Sanidad y
de la Vivienda, Trinidad y Tabago
- Grupo 4 Dr. P. A. Jennings, Inspector Médico Principal,
Departamento de Sanidad, Irlanda
- Grupo 5 Dr. A. Daly, Subdirector de los Servicios Médicos
en la Secretaría de Estado de Sanidad, Túnez
- Grupo 6 Dr. A. G. R. El Gammal, Director de la Sección de
Planificación, Ministerio de Sanidad, República
Arabe Unida
- Grupo 7 Dr. T. Alan, Director General de Relaciones Exteriores,
Ministerio de Sanidad, Turquía
- Grupo 8 Dr. G. H. Josie, Consultor, Planificación y Evaluación,
Departamento de Sanidad y Bienestar Nacional, Canadá

Secretarios:

- Grupo 1 Dr. A. Mochi, Preparación y Evaluación de Programas,
OMS
- Grupo 2 Dr. L. Bruce-Chwatt, Jefe, Erradicación del Paludismo/
Investigaciones e Información Técnica, OMS
- Grupo 3 Dr. S. Falkland, Administración Sanitaria, OMS
- Grupo 4 Dr. F. A. Soliman, Jefe, Administración Sanitaria, OMS
- Grupo 5 Dr. V. Z. Tabona, Jefe, Preparación y Evaluación de
Programas, OMS
- Grupo 6 Dr. A. C. Eberwein, Administrador Sanitario, Oficina
Regional de la OMS para Europa
- Grupo 7 Dr. R. F. Bridgman, Jefe, Organización de la Asistencia
Médica, OMS
- Grupo 8 Dr. J. S. McKenzie-Pollock, Jefe, Oficina de Planifi-
cación Nacional de Salud, Oficina Regional de la
OMS para las Américas