

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
CENTRO DE ESTUDIOS DEL DESARROLLO (CENDES)
CURSO DE "PLANIFICACION Y POLITICAS DE SALUD"

C E N D E S

Tema: El método OPS-CENDES

Fuente: Métodos de Planificación sanitaria
nacional. Cuadernos de Salud Pública,
Nº 46, OMS, 1973. Cap. 6.

Autor: H.E.Hilleboe
A. Barkhuus
W.C. Thomas

(sólo para distribución interna)

1981

CAPITULO 6

EL METODO OPS-CENDES

De conformidad con la Carta de Punta del Este, la Organización Panamericana de la Salud (OPS)¹ se comprometió, en 1961, a colaborar con los países de América Latina en la preparación de la parte de los planes nacionales de desarrollo relacionada con los problemas sanitarios. La OPS y el Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES) de la Universidad Central de Venezuela, Caracas, han colaborado en el establecimiento de una metodología para la planificación sanitaria nacional. Por otra parte, la OPS, en colaboración con el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social, ha venido organizando en Santiago de Chile diversos cursillos para formación de planificadores sanitarios. El uso intensivo de ese sistema, conocido indistintamente como método latinoamericano, método de la OPS o método de Santiago, ha permitido al Instituto formar unos 3 000 especialistas en el CENDES y más de 2 500 en otros centros de América Latina. Para mayor facilidad, en adelante lo denominaremos sencillamente « el Método ».

Los creadores de ese sistema de planificación trataban de dar con un medio práctico de atacar directamente los problemas relacionados con el mejoramiento de la asistencia sanitaria. Su objetivo era enseñar los principios fundamentales de la planificación a gran número de personas sin preparación previa en este campo, para crear un ambiente favorable a la planificación entre quienes tengan a su cargo la prestación de servicios de salud. Uno de los lemas de esa campaña era: « programar es una actitud más que un método ». Aunque los medios analíticos empleados pertenecen en gran parte al sector de la economía, otras técnicas de planificación requieren una formación especial en matemáticas, economía o disciplinas afines.

¹ La Organización Panamericana de la Salud (OPS) comprende la Conferencia Sanitaria Panamericana, el Consejo Directivo y la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP). La Conferencia Sanitaria Panamericana (o el Consejo Directivo cuando ésta no se reúne) y la OSP hacen las veces respectivamente de Comité Regional y de Oficina Regional de la OMS para las Américas.

El método no es sencillo; por el contrario, es muy complejo y sin un estudio a fondo es imposible comprender bien los conceptos en que se basa y las técnicas que aplica. Para que el lector tenga una idea general, en el presente capítulo se expone la lógica del Método y los conceptos que le sirven de base, así como la relación que éstos guardan entre sí. El objetivo que se persigue no es, por tanto, hacer un análisis crítico. Los autores del presente capítulo se han basado principalmente en un informe preparado por el CENDES en colaboración con la Oficina Sanitaria Panamericana,¹ en una serie de conferencias dadas por diversos funcionarios de la OPS en la Escuela de Salud Pública y Administración Sanitaria de Nueva York, en la primavera de 1970, y en el informe, todavía inédito, del Comité Técnico Consultivo del Centro Panamericano de Planificación de la Salud, que se reunió en Santiago en febrero de 1971.

INTRODUCCION

El criterio fundamental en que se basa el Método OPS/CENDES de planificación sanitaria es el de la eficacia, explicado en estos términos: « un recurso está siendo bien utilizado si el beneficio que se obtiene en el uso que se le da es superior al que se obtendría con el mismo recurso empleado en cualquier otro uso ». En consecuencia, hay que prever sistemáticamente la importancia que en el futuro puedan tener los distintos problemas sanitarios de una zona geográfica, y calcular los recursos de que se dispondrá para hacerles frente. Además, el Método tiende a organizar los recursos en la forma más adecuada para la solución de problemas concretos. Así pues, la organización y la distribución de los recursos ha de ser tal que cada uno de ellos se aplique a la solución de un problema determinado, siempre que sea ése el problema en que pueda rendir mayores beneficios. Cuando esto deja de ser así, hay que aplicar ese recurso a otro problema en el que pueda dar mayor rendimiento.

Las principales fases del Método, que se describen en las páginas 65 a 74 son lógicas, pero en su aplicación se tropieza con muchas dificultades. Por ejemplo, ¿ cómo se puede saber si un recurso produce más beneficios dándole una utilización que otra, particularmente en el sector de la salud donde raras veces es posible la expresión cuantitativa? El Método ataca este problema por tres medios: 1) identifica

¹ Ahumada, J. y col. (1965) *Programación de la Salud: problemas conceptuales y epidemiológicos*, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (Publicaciones Científicas N.º 111).

y delimita todo lo que puede servir de elemento de juicio, tarea en la que concede oportunidades de discusión, pero deja las decisiones a cargo de las autoridades políticas y sociales competentes; 2) establece conceptos y técnicas para facilitar la cuantificación y un análisis más riguroso de las variables; 3) define los datos que se han de obtener con regularidad para que los conceptos y las técnicas sean aplicables. El Método comprende asimismo las líneas generales de la organización nacional necesaria para aplicar las técnicas de planificación.

APLICACION DEL METODO

Orden de prioridad y soluciones transaccionales

La finalidad del sistema de planificación es formular propuestas a las autoridades políticas centrales competentes sobre los objetivos de orden sanitario y los medios para alcanzarlos; es decir, que los planificadores no deciden realmente cuáles han de ser los objetivos ni los servicios sanitarios del país, pues se limitan a hacer sugerencias en cuanto a unos y otros. Ahora bien, lo que sí ha de hacer el planificador es elegir alternativas tanto en lo que respecta a los medios como a los fines.

La elección de objetivos plantea el llamado «problema de las prioridades» y en la determinación de los medios que se han de emplear surge el «problema de la elección de técnicas». El problema de las prioridades abarca la cuestión del reparto de unos recursos limitados entre diversas atenciones; por ejemplo, ¿cuánto ha de asignarse a los servicios preventivos y cuánto a los curativos?, ¿qué sumas se han de gastar ahora y cuánto se debe invertir para la obtención de rendimiento a largo plazo en actividades tales como la investigación?, ¿qué ha de entenderse por una distribución equitativa entre los diferentes sectores de la población cuando no se dispone de medios bastantes para atender las necesidades de todos? En la determinación de las técnicas para alcanzar los objetivos el Método se atiene a un criterio de eficacia. En efecto, no sólo se orienta hacia la técnica que permita obtener los beneficios máximos con un consumo mínimo de recursos, sino que se encamina también hacia los objetivos de salud que, en igualdad de condiciones, permitan conseguir el mayor rendimiento por unidad de recursos invertida.

El Método no supone la aplicación de criterios económicos a todos los problemas. En la planificación sanitaria hay que adoptar una posición en cuanto al valor de la vida comparado con el valor de la eliminación de la incapacidad y el dolor. Dicho en otras palabras:

¿qué importancia hay que atribuir a las tasas de mortalidad frente a la tasas de morbilidad? O bien ¿cuántas personas habrían de sufrir, sin recibir asistencia, para que con los recursos disponibles se pueda salvar una vida? Para responder a esas preguntas con un criterio económico habría que tener en cuenta los años de rendimiento que se ganarían salvando una vida y los que se ganarían curando a un enfermo. Si se adoptara ese criterio habría que tener en cuenta, como es lógico, no sólo los años de rendimiento personal que los servicios de salud podrían aportar a la colectividad, sino también los recursos que ésta habría de invertir para el sustento y la preparación del individuo con objeto de ponerlo en condiciones de ser productivo. Esto nos obligaría a reducir los riesgos para la salud de todas las personas comprendidas entre los 15 y los 55 años de edad. Ahora bien, el Método reconoce que hay dos criterios para medir la importancia social de la salud de las personas: «a) considerar que la vida de un individuo es igual a la de cualquier otro, o b) aceptar que la vida de algunas personas tiene más valor para la comunidad que la de otras».¹ Desde un punto de vista económico habrá que adoptar el segundo criterio.

El Método no trata de optar por una ni otra de esas dos actitudes; simplemente señala que en la elección de criterio se refleja la escala de valores de la sociedad en que se lleva a cabo la planificación. Ahora bien, «y exclusivamente con el propósito de facilitar la exposición del método», se parte de la premisa de que cualquier vida es igual a otra y de que no se puede comparar la importancia de la mortalidad con la importancia de la morbilidad, para las que no es posible encontrar un denominador común. Por consiguiente, para juzgar la eficacia de una actividad sanitaria «se empleará como criterio el número de defunciones que se evitarían con esa actividad, pero no se tomarán en cuenta los beneficios que se producirían en términos de la reducción de la morbilidad o de la incapacidad. La necesidad de investigar sobre estas materias surge obviamente».²

Una aplicación más específica de los principios del Método obliga a puntualizar más el concepto de eficacia y a buscar nuevas soluciones de transacción.

Conforme a los autores del Método, no basta con establecer una relación entre la asignación de determinadas unidades de recursos y los distintos rendimientos que producen, sino que se ha de comparar también el empleo de diferentes tipos de recursos destinados a los mismos objetivos. Además, siempre que sea posible, se deben com-

¹ Ahumada, J. y cols., *op. cit.*, pág. 5.

² *Ibid.*, pág. 6.

parar asimismo los distintos tipos de recursos utilizados para fines diferentes. La labor es más compleja aún cuando se comparan los efectos de varias combinaciones de recursos. El objetivo de la planificación es dar con la combinación de recursos que permita obtener resultados más satisfactorios. El hecho de que una combinación de recursos permita obtener más que otra no quiere decir que se haya hecho de ella el uso más eficaz.

Cada vez que se precisa escoger entre dos o más técnicas alternativas o entre distintas combinaciones de productos hay que preferir aquella que muestra una mayor relación porcentual entre el efecto obtenido y el costo de los instrumentos utilizados, pues de ese modo es posible obtener el máximo de beneficios con un monto dado de recursos... En un sentido estricto, el problema de las prioridades es un problema de determinación de la combinación óptima.¹

Por consiguiente, deben concentrarse los recursos en la lucha contra la enfermedad o contra el riesgo que requiera menos gastos por vida salvada, hasta el momento en que dichos recursos dejen de ser eficaces. A partir de entonces se deben destinar a eliminar otra enfermedad o riesgo, siguiendo el mismo criterio, y así sucesivamente hasta que hayan sido agotados. Ha de señalarse que los gastos necesarios para evitar un fallecimiento varían según la prevalencia de la enfermedad y aumentan a medida que dicha prevalencia disminuye. Así pues, a medida que avanza el programa, es de esperar que la enfermedad a que está destinado vaya perdiendo su prioridad en favor de otra. A pesar de que eso viene a complicar el Método, se trata de una característica esencial y única porque introduce el concepto de utilidad marginal y hace que todo el sistema sea racional.

Para luchar eficazmente contra una enfermedad, es preciso a veces combatir otras simultáneamente. Esto viene también a complicar la situación. En efecto, habrá que identificar los grupos de enfermedades o riesgos en que se requieran menos gastos por vida salvada, y ello puede dificultar mucho la aplicación del plan.

También en lo que respecta a la distribución de los recursos por zonas geográficas, el Método se aparta del criterio económico. En los países heterogéneos, como suelen serlo casi todos, puede ocurrir que el coste de la prevención de defunciones sea considerablemente más bajo en unas regiones que en otras. Si se aplicase el criterio económico de la eficacia, habría que destinar los recursos a aquellas regiones en que el coste de la prevención fuera más reducido y en que se obtuviese mayor rendimiento por unidad invertida. Ahora bien, salvo en el caso de que se dispusiera de suficientes recursos para combatir

¹ Ahumada, J. y cols., *op. cit.*, pág. 9.

la enfermedad en todo el país, podría ocurrir que, con el criterio de la mayor eficacia, algunas regiones no recibieran absolutamente ningún servicio de asistencia sanitaria. Esto plantea el problema de la distribución equitativa, cuya solución requiere un criterio ético. El análisis de la planificación sirve sólo para determinar el coste (en términos de oportunidades perdidas para la prevención de fallecimientos) del suministro de recursos a este grupo de regiones.

El Método recomienda un criterio ético: la distribución de los recursos disponibles, entre las diversas regiones del país, en forma que, por lo menos, garantice el mantenimiento, durante el periodo de ejecución del plan, de la situación sanitaria existente. Aunque ese criterio pragmático es probablemente justo, inmoviliza a los planificadores forzándolos, hasta cierto punto, a permanecer en los viejos moldes. En efecto, tienen que estudiar los medios indispensables para mantener el nivel de asistencia y eliminar los defectos que encuentren, pero este tipo de actuación limita los objetivos concretos hacia los que pueden orientar los recursos. En consecuencia, no cabe esperar de la planificación otros beneficios que los que se puedan lograr con los recursos liberados mediante mejoras limitadas de la eficacia y con los nuevos recursos que se asignen para atenciones sanitarias.

Hay todavía otro punto importante en que el Método se aparta del criterio de la eficacia. Reconocen sus autores que algunas enfermedades seguirán existiendo sea cual fuere la importancia de los recursos que se destinen a combatir las. Esto los lleva a introducir la idea de la « vulnerabilidad » y a dividir los « daños » causados por las enfermedades en « reducibles » (es decir, aquellos derivados de enfermedades cuya incidencia se puede reducir con los conocimientos y métodos actuales) y « no reducibles ». Al segundo grupo pertenecen los daños originados por muchas enfermedades crónicas y degenerativas, como por ejemplo las afecciones cardiovasculares, y al primero numerosas enfermedades transmisibles. A medida que sube el nivel de vida aumenta la incidencia de las enfermedades que producen daños « no reducibles », y no hay posibilidad de disminuir los recursos que se dedican a combatir las « no obstante que dedicándolos a la atención de otras enfermedades se podrían reducir la mortalidad y la morbilidad totales en mayor medida ».¹ Así pues, a los efectos del Método, el nivel actual de asistencia que en el caso de ciertas enfermedades no se puede reducir, está considerado como una necesidad pública que es preciso atender. Los recursos restantes se han de asignar a la lucha contra otras enfermedades reducibles, siguiendo el criterio del más bajo coste por vida salvada.

¹ Ahumada, J. y cols., *op. cit.*, pág. 17.

Otros problemas

Además de los problemas del orden de prioridad, hay muchos otros obstáculos administrativos y técnicos que limitan la libertad de los planificadores sanitarios para aplicar el Método sistemáticamente.

Algunos de esos obstáculos merman considerablemente la flexibilidad necesaria para transferir los recursos de unos a otros fines o para emplearlos de otra manera dentro del mismo fin. Para los servicios sanitarios existentes se han hecho ya grandes inversiones en bienes de capital y en personal muy especializado. Los planificadores tienen que aceptar las consecuencias de los errores cometidos en el pasado. Se necesitan seis o siete años de estudios superiores para preparar un médico general; la especialización requiere otros tres o cinco años, y un cardiólogo no se puede intercambiar con un malariólogo. Cuando existe una penuria general de personal sanitario se necesita un programa de formación profesional que cubra, por lo menos, un periodo de 15 años. Por todas esas razones, los planificadores deben prever de antemano los problemas que pueden presentarse y proceder en consecuencia. « La programación es prevención más que curación. » Se recomienda el establecimiento de programas para periodos de 10 años, cinco años y un año; estos últimos son especialmente útiles a los efectos de preparación de presupuestos anuales. La duración de cada programa dependerá de los planes nacionales, es decir de los que se establecen no sólo para la salud sino también para los demás sectores, por ejemplo la educación, los transportes, el desarrollo industrial, etc.

Esto nos crea una nueva complicación: ¿cuál debe ser la amplitud de los planes? Lo ideal es que la planificación abarque todos los sectores de acción colectiva puesto que todos ellos son interdependientes. Por ejemplo, el sector de la salud ha de comprender las investigaciones sobre nutrición, los servicios de saneamiento del medio y la formación de personal junto con otras actividades sanitarias más características, dependan o no del ministerio de salud. El Método declara, por otra parte, y plantea con ello un importante problema, el principio según el cual « no es indispensable que se programen todos los aspectos que incluye un campo de programación ». ¹ La erradicación del paludismo y la construcción de hospitales se citan como ejemplo de actividades que se pueden programar por separado. Insistamos, sin embargo, en que la imposibilidad actual de ponderar la importancia relativa de actividades tales como las sanitarias, las docentes y las de contratación de personal no debe alegarse como pretexto para no incluir en el plan las actividades más diversas que sea posible.

¹ Ahumada, J. y cols., *op. cit.*, pág. 11.

La planificación permite, cuando menos, reducir el margen de error que entrañaría una distribución arbitraria de los recursos. Ahora bien, por otra parte, no vale la pena planificar actividades que sólo tengan una importancia secundaria, cuando el coste de la planificación sea superior a los beneficios que se puedan esperar. « El programador tendrá que determinar en cada caso cuáles son las acciones que por ahora merecen incluirse en el análisis y cuáles se pueden postergar ». ¹

El establecimiento de un orden de prioridad es en parte asunto técnico y en parte cuestión de apreciación. El Método reconoce la importancia de los problemas relacionados con las prioridades futuras, en comparación con las presentes, pero como las soluciones económicas de esos problemas son bastante complejas no formula ninguna propuesta en cuanto a la evaluación del grado de salud que se haya de obtener con el tiempo. « A la reducción de la mortalidad en 1 % en el presente año se le reconoce igual importancia que a la reducción de la mortalidad en 1 % dentro de n años. » ² El Método recomienda, sin embargo, que en los proyectos de larga duración se examine la posibilidad de actualizar los costos monetarios. De lo contrario, aparecerán siempre como más ventajosas las construcciones excesivamente sólidas y duraderas, lo que, con el tiempo, contribuirá al desperdicio de recursos. Es conveniente, pues, el estudio comparativo de los costes; así, si dos sistemas de saneamiento van a costar lo mismo durante un periodo de 10 años pero la cuantía del desembolso inicial es diferente en uno y otro caso, el importe de los intereses habrá de incluirse en el cómputo del costo total. Una vez realizado el cálculo, puede procederse a la comparación de los resultados de uno y otro sistema.

EL PROCESO DE PLANIFICACION

El Método OPS-CENDES divide el proceso de planificación en tres etapas principales: 1) el diagnóstico, 2) la determinación del campo de las alternativas factibles en el área local programática, y 3) la formulación de los planes regionales y del plan nacional.

El diagnóstico

El diagnóstico empieza con la determinación de las zonas o unidades geográficas en que se haya de dividir el país a los efectos de la planificación sanitaria. Se prevé un tipo de planificación muy descentralizada. El área local ha de ser lo bastante pequeña para que

¹ Ahumada, J. y cols., *op. cit.*, pág. 11.

² *Ibid.*, pág. 6.

puedan apreciarse las diferencias importantes entre colectividades por lo que se refiere a la salud y las condiciones relacionadas con ella. Esas diferencias podrían, en efecto, ser inapreciables si el acopio de datos se hiciera exclusivamente en escala regional o nacional. Conviene que el área local (cuya población no debe exceder de 150 000 habitantes) posea servicios de medicina, cirugía, obstetricia y pediatría y, lo que no es menos importante, un sistema político y administrativo.

Las áreas regionales, que comprenderán de dos a seis áreas locales, han de contar con servicios más especializados. Las ciudades de muchos habitantes se han de considerar como áreas locales que sirven como centro de regiones programáticas. Los servicios más especializados se han de programar con carácter nacional.

Las decisiones relativas al puesto que haya de asignarse en el plan a las áreas locales que no dispongan de servicios adecuados se han de adoptar sobre una base regional. En algunos casos existirá la posibilidad de incluirlas en el área local programática vecina que cuente con mayores recursos. En el caso de grandes extensiones escasamente pobladas y cuyos habitantes se encuentren a considerable distancia de los centros de atención habrá que limitar las actividades sanitarias a campañas periódicas de penetración.

Las áreas locales y las regiones programáticas no siempre coincidirán con las divisiones político-administrativas existentes. Esto puede crear problemas de tipo administrativo y presupuestario que se habrán de resolver mediante las transformaciones que sean apropiadas.

Una de las funciones importantes en la etapa de diagnóstico consiste en determinar el coste de la prevención de un fallecimiento, en las distintas enfermedades u otros riesgos para la salud. Ahora bien, si esta tarea se realizara en cuanto a cada una de las causas de defunción el coste sería muy elevado. Por eso, el Método recomienda que se apliquen los criterios de magnitud, trascendencia y vulnerabilidad de los daños en la selección de las bases de estudio.

La determinación de la *magnitud* nos permite conocer el número de defunciones que causa en una población una enfermedad determinada y lo que esa cifra representa como porcentaje de la mortalidad total. La determinación de la *trascendencia* nos plantea el problema de las diferentes consecuencias que las defunciones producen en una comunidad. El Método indica algunos ejemplos de coeficientes de ponderación aplicables a personas de distintos grupos de edad. La *vulnerabilidad* de los daños, es decir, el éxito de las medidas de prevención y tratamiento, es casi de 0 para el cáncer y algunas enfermedades cardiovasculares y se acerca a 1,0 para enfermedades que se pueden erradicar, tales como la viruela.

El orden de prioridad entre los riesgos para la salud puede establecerse multiplicando los coeficientes de magnitud, trascendencia y vulnerabilidad. Por ejemplo, en un estudio realizado en Venezuela se asignó a los « accidentes de tránsito » un coeficiente de magnitud del 3,9 porque representaban el 3,9 % del total de defunciones; un coeficiente de trascendencia del 0,83 porque las víctimas de esos accidentes eran personas jóvenes o de mediana edad; y un coeficiente de vulnerabilidad del 0,33 porque esos accidentes eran menos vulnerables que las enfermedades contagiosas pero más vulnerables que las enfermedades cardiovasculares. Con un coeficiente total de 1,07 ($3,9 \times 0,83 \times 0,33$), correspondió a los accidentes de tráfico el sexto lugar en el orden de prioridad de los riesgos para la salud. Ese orden de prioridad no sirve de base para la distribución de los recursos sino que indica simplemente al planificador las enfermedades que deben estudiarse para determinar el coste de la prevención de fallecimientos.

Para el análisis de costes es preciso saber los recursos que se destinan a la prevención de cada enfermedad o riesgo. Esto exige un inventario de todos los recursos sanitarios, dividido por grupos y revisado anualmente. En él figurará todo el personal, las instalaciones, el suministro y el equipo, inclusive los medicamentos y vehículos para transporte, expresados en términos monetarios, teniendo debidamente en cuenta la depreciación.

Para comprobar si durante el año se han empleado eficazmente los recursos sanitarios (factor esencial del diagnóstico) hay que contar con un medio que permita el análisis de las combinaciones en que fueron utilizados y la intensidad del uso. En consecuencia, se han agrupado los recursos dividiéndolos en instrumentos, tareas y técnicas.

Se entiende por *instrumento* una combinación determinada de recursos que se utiliza generalmente para una función sanitaria; la combinación recibe el nombre de uno de sus principales elementos. Por ejemplo, el instrumento « enfermera visitadora » comprende no sólo las enfermeras propiamente dichas sino también los vehículos, la dirección médica y el personal administrativo necesario para organizar las visitas. Otro instrumento, « cama de hospital », supone, aparte de la cama, la ropa blanca, los servicios de limpieza, la asistencia por médicos, enfermeras y otro personal, así como locales, equipo y suministros. Los instrumentos se miden por unidades de tiempo tales como horas-enfermera o días-cama de hospital.

Se entiende por *tarea* el cometido que realiza un instrumento. Por ejemplo, la tarea de una cama de hospital es facilitar la recuperación de una persona enferma hasta que quede en condiciones de ser dada de alta; esa tarea se mide por el número de altas al año.

Se entiende por *técnica* la combinación de las tareas realizadas para combatir una enfermedad. En el caso de la difteria, por ejemplo, figuran entre esas tareas las encuestas epidemiológicas, la vacunación y la hospitalización.

El análisis continua mediante la determinación (en cuanto a cada uno de los riesgos cuya importancia revelen las pruebas de magnitud, trascendencia y vulnerabilidad) de los instrumentos utilizados y de su composición. El coste de los instrumentos comprende los emolumentos de médicos, enfermeras y otro personal, y las sumas invertidas en toda clase de material, inclusive el de laboratorio. Se determina el número de tareas y se calcula el coste de cada una de ellas. Por último, se establece el coste total para cada enfermedad.

Evidentemente surgen problemas cuando un recurso se utiliza para combatir más de una enfermedad o cuando una instalación, por ejemplo de abastecimiento de agua, sirve también para fines que nada tienen que ver con la salud; en tales casos bastará con recurrir a las estimaciones generales de gastos. El análisis de muestras de distintos servicios, como el de enfermería, puede ser útil para calcular en qué proporción se distribuyen los recursos entre las distintas enfermedades.

En el cómputo de los gastos totales por cada enfermedad debe entrar el empleo de instalaciones, pero el importe de las inversiones se ha de distribuir entre el total de años en que se utiliza una instalación.

El número de defunciones evitadas por técnicas *curativas* se puede calcular comparando la proporción de enfermos que se recuperan gracias al tratamiento con la proporción de los que se recuperan sin tratamiento. La eficacia de las técnicas *preventivas* se calcula comparando las probabilidades de sucumbir a la enfermedad sin la protección de la técnica con las probabilidades de sucumbir a pesar de dicha protección. Tanto en un caso como en otro, el coste por unidad se obtiene dividiendo el coste total por el número de defunciones evitadas. Las técnicas preventivas entrañan una pequeña dificultad, ya que los gastos han de distribuirse entre el número de años que dura la protección.

La fase de diagnóstico no debe limitarse a la descripción de las condiciones sanitarias en la colectividad sino que además ha de explicar a qué obedecen. El hecho de que esas condiciones sean deficientes puede deberse a la mala política en cuanto a inversiones públicas, a la falta de interés del público, a la inadecuada estructura de la administración local, etc... Otros factores que han de tenerse en cuenta son las características de la población, los agentes que causan la enfermedad, el medio físico, el medio social y cultural y la política sanitaria.

Los factores políticos han asumido últimamente una importancia mayor que cuando se estableció el Método. En general, el planificador ha de esforzarse por comprender la dinámica física y social y sus repercusiones en el estado de salud. Para esa parte del plan no se le facilitan normas claramente establecidas, pero se le aconseja que proceda a la tabulación de las tasas de morbilidad y mortalidad y a la de los servicios prestados, teniendo en cuenta variables tales como la distribución por edades, el nivel de educación, el empleo, las condiciones sanitarias y la vivienda.

Una de las actividades características de la fase de diagnóstico es la formulación de pronósticos. El planificador ha de preguntarse « *qué es probable que le ocurra a la situación de la salud de una comunidad, digamos en los próximos diez años, si no se modifica la política de salud* ».¹ Es preciso preparar proyecciones sobre la importancia numérica de la población en el futuro, su composición por edades y su distribución en zonas urbanas y rurales; además, sobre la base de la experiencia de los cinco o diez años últimos, el pronóstico se extenderá a las tasas de mortalidad por cada una de las enfermedades más importantes y a la demanda de servicios curativos. En esas proyecciones han de tenerse en cuenta todas las políticas sanitarias adoptadas, inclusive aquellas que aún no se hayan aplicado, y los cambios del nivel de vida revelados por el mejoramiento de la nutrición, la vivienda y la educación. En cuanto a los recursos sanitarios por habitante, se supone que permanecen invariables y que el total aumenta o disminuye según lo haga la población.

Esos pronósticos facilitan la evaluación de la situación sanitaria, cuyo objeto es determinar « *si con los recursos disponibles por habitante hubiera sido posible conseguir un mejor nivel de salud en el pasado o será posible obtener durante el periodo del pronóstico un nivel más satisfactorio que el indicado por la proyección de la tendencia* ».² El proceso se inicia con un examen de los instrumentos, las tareas y las técnicas, así como de la eficacia con que se emplean para combatir la enfermedad o el riesgo de que se trate. Es preciso establecer criterios o « normas » operativas para las diversas evaluaciones críticas, y también determinar si los instrumentos y técnicas empleados tienen una composición óptima. ¿ Son excesivas o demasiado pocas las horas-médico dedicadas a la obtención de ciertos resultados por un coste mínimo? ¿ Es adecuada la « concentración » de tareas? Por concentración se entiende el número de veces que se realiza una tarea por paciente; por ejemplo, ¿ deben ser tres o cinco las

¹ Ahumada, J. y cols., *op. cit.*, pág. 43.

² *Ibid.*, pág. 47.

consultas médicas durante el embarazo? Otro punto que hay que aclarar es si la « cobertura » es adecuada, entendiendo por cobertura el porcentaje de la población cuya protección se costea durante un periodo determinado con los recursos disponibles. En el caso de algunas enfermedades se ha de lograr cierta cobertura mínima para que las actividades de lucha tengan un efecto apreciable. El establecimiento de normas relativas a la cobertura es particularmente difícil porque a menudo ésta no depende exclusivamente de la disponibilidad de medios sino también de la medida en que el público los utilice. Otro índice específico de eficacia que tiene importancia dentro del Método es la utilización; por ejemplo ¿funcionan los centros de salud al 50 % de su capacidad únicamente? El planificador examina el sistema en conjunto desde el punto de vista de la composición, la concentración, la cobertura y la utilización, con objeto de descubrir los fallos en cuanto a eficacia y calcular, por una parte, la pérdida que esos fallos representan y, por otra, lo que costaría remediarlos.

En la medida en que se disponga de esa información sobre costos, el planificador puede estudiar la distribución de recursos entre las distintas enfermedades conforme al principio fundamental del Método, consistente en prevenir cada fallecimiento por un coste mínimo. Para ello es preciso comparar, por una parte, lo que cuesta prevenir un fallecimiento por cada una de las enfermedades importantes desde el punto de vista de la « magnitud, la trascendencia y la vulnerabilidad » y, por otra, el volumen de recursos sanitarios que se asigna a esas enfermedades. La insuficiente asignación de fondos a causas de defunción que se pueden combatir a bajo coste revela que la distribución de recursos es inadecuada. Ahora bien, lo contrario también sería cierto. Hay casos en que la mala distribución puede estar en cierto modo justificada pero, de todas formas, la cuestión principal continúa siendo esta: los beneficios obtenidos con los recursos empleados ¿son tan importantes como los que se hubieran logrado mediante la utilización de esos recursos para combatir cualquier otra enfermedad?

Determinación de las alternativas posibles en el área local

¿Deben planearse los servicios de conformidad con los recursos disponibles o debe comenzar el planificador por establecer las metas ¹ y calcular después los recursos necesarios para alcanzarlas? Los creadores del Método estiman que « en realidad ... las aproximaciones

¹ Según la terminología del Método, se entiende por « meta » un objetivo cuantificado que se pretende lograr en una fecha determinada.

sucesivas son casi inevitables » y proponen: 1) que la autoridad central de planificación de la salud calcule los recursos disponibles durante el periodo del plan; 2) que las autoridades locales de programación fijen límites máximo y mínimo para la elección de metas factibles; y 3) que la autoridad central de planificación, teniendo en cuenta los recursos disponibles, presente a la máxima autoridad política planes alternativos para que pueda escoger.

El plan mínimo de cada área local requiere la provisión de recursos en cantidad suficiente para mantener su nivel de salud. Hay que tener en cuenta, desde luego, que la asistencia contra enfermedades no reducibles es una exigencia pública que se ha de atender necesariamente, a pesar de que esto está en pugna con el principio « del coste más bajo por muerte evitada ».

El plan máximo para cada área local señala la mayor velocidad a la que se puede aumentar el nivel de salud, en el supuesto de que no haya limitación de recursos. Este plan abarca el ataque contra todas las enfermedades reducibles hasta los límites de su vulnerabilidad, y las metas de asistencia en las enfermedades no reducibles se establecen en el nivel recomendado por los expertos competentes. En vista de la penuria crónica de fondos, son siempre muy pocas las probabilidades de que se lleve a efecto un plan máximo de esa índole para la totalidad de un país. Sin embargo, un plan así es útil cuando los recursos disponibles son superiores a los necesarios para la ejecución del plan mínimo, ya que facilita la distribución de ese excedente entre las distintas áreas y regiones para conseguir la máxima reducción de la mortalidad. La limitación del mejoramiento de las condiciones sanitarias no depende exclusivamente de la mayor o menor disponibilidad de fondos e instalaciones. Intervienen también en ella otros factores tales como el tiempo necesario para habilitar nuevos instrumentos y para organizar el sistema administrativo adecuado. El objeto del plan máximo es establecer esos límites y, dentro de ellos, indicar la distribución óptima de los recursos.

Todo plan máximo o mínimo supone la « normalización » de los instrumentos y de las metas. Para esto, hay que especificar los componentes de los instrumentos (médicos, enfermeras, técnicos y otro personal, así como instalaciones, suministros y equipo) distribuyéndolos en proporciones que permitan una eficacia óptima; en otras palabras, hay que eliminar de los instrumentos todos los defectos que revele la evaluación. También es necesario especificar para cada instrumento las metas de rendimiento, es decir, lo que se ha de conseguir mediante su uso. Las normas pueden fijarse mediante la investigación o la estimación. Si se recurre a la estimación se habrá de tomar como base el consenso de expertos o la comparación entre las distintas

regiones del país o entre países que se presten a establecer ese paralelo. Las normas se deben revisar de vez en cuando para ajustarlas a las nuevas condiciones imperantes. Lo ideal es la obtención continua de datos y la revisión anual de los planes, con lo que la evaluación pasa a formar parte del proceso de planificación. La normalización de los instrumentos y de sus resultados permite calcular el coste por unidad para la asistencia en los casos de enfermedades no reducibles y para el tratamiento o la prevención de las enfermedades reducibles, ya se trate de planes mínimos o máximos. A base del coste unitario y del pronóstico sobre las tendencias de la situación sanitaria y la demanda de tratamiento se puede calcular el coste total de la prevención de riesgos para la salud.

La formulación de planes regionales y del plan nacional

Los planes regionales comprenden la adopción, en mayor o menor medida, y en el nivel mínimo o un nivel superior, de los planes locales, así como la provisión de servicios que no pueden tener como base ninguna área local. Entre estos servicios están aquellos que, por su grado de especialización, resultan antieconómicos para las áreas locales y los referentes a áreas no comprendidas en la planificación local. En el primer caso ha de seguirse el proceso de planificación descrito en páginas anteriores, es decir, la preparación del inventario de todos los instrumentos disponibles, el análisis de su rendimiento y su composición, el establecimiento de normas y metas de normalización, la preparación de proyecciones de la demanda y el cálculo de los instrumentos necesarios para atenderla. Para poblaciones que se encuentran dispersas sobre regiones extensas, la dificultad de acopio de datos puede hacer casi imposible la planificación basada en un criterio de eficacia. Las situaciones de urgencia que pueden presentarse en una zona geográfica no se prestan para actividades planificadas; lo mejor en esos casos es proceder conforme a una planificación pragmática utilizando los fondos que se habiliten especialmente al efecto.

Previo cálculo por las autoridades nacionales de los recursos de que podrá disponer la región, los planificadores regionales distribuirán los excedentes, esto es, las sumas que no sean necesarias para el plan mínimo, conforme al criterio del coste por defunción evitada. En los planes de las áreas locales se encuentran los costes unitarios de la prevención de fallecimientos por enfermedades reducibles. El planificador regional examina esos datos para determinar qué enfermedad —y en qué área— se puede combatir al coste mínimo por fallecimiento prevenido. Una vez hecho esto, asigna recursos a esa enfermedad y a esa área hasta el límite de vulnerabilidad de la dolencia, o hasta

que esa asignación deje de ser la mejor de las alternativas o hasta que los recursos queden agotados. Mientras continúe habiendo excedentes, los asignará a la enfermedad y al área que sigan en orden de prioridad, siempre sobre la base del coste por fallecimiento prevenido. En caso de que haya excedentes una vez atendidas las necesidades para todas las enfermedades reducibles, conforme a lo especificado en el plan máximo local, dichos excedentes se pueden destinar a la asistencia a personas aquejadas de enfermedades no reducibles, según el criterio del coste mínimo por caso.

El plan así preparado constituye la primera alternativa al plan mínimo, pero es aconsejable preparar otras dos alternativas, una de ellas basada en el supuesto de que la disponibilidad total de recursos sea superior en un 20 % a la estimación del planificador nacional, y la otra basada en el supuesto de que esa disponibilidad sea inferior a la estimación en un 20 %.

Muchas de las funciones del planificador sanitario nacional han quedado ya indicadas. Del mismo modo que el planificador regional distribuye los recursos excedentes una vez costeados los planes mínimos locales, el planificador nacional examina las propuestas regionales y procede a la redistribución de los recursos entre las regiones del país de que se trate. El plan sanitario nacional está integrado por los planes mínimos y las reasignaciones regionales, junto con ciertos programas cuyas actividades se extienden a todo el país.

Los programas nacionales de lucha contra enfermedades como el paludismo o la viruela han de estar centralizados y desarrollarse en una escala muy superior a la ordinaria. También en este caso, el orden de prioridad se establece conforme al principio del coste por fallecimiento prevenido.

Otras tareas importantes de la planificación nacional son las referentes al personal y a las inversiones. Las necesidades de personal se pueden calcular a base de los planes de área local. Gran parte de las actividades docentes se organizan con carácter local, aunque también participen en ellas las universidades y otras instituciones nacionales. Las necesidades de personal se han de examinar en relación con la disponibilidad de recursos, para poder preparar los planes nacionales correspondientes. Las obras e instalaciones se han de planear también en escala nacional porque, si bien las necesidades se determinan en muchos casos localmente, hay operaciones, como el trazado y la construcción de hospitales o sistemas de abastecimiento de agua, que dependen en gran parte de especialistas nombrados por el gobierno o de organismos de obras públicas y desarrollo económico. Es absolutamente necesario que todas las operaciones se coordinen a nivel nacional.

El planificador nacional ha de presentar las propuestas pertinentes a las autoridades centrales y, sobre la base de las respuestas que obtenga, estimar los recursos de que podrán disponer los planificadores que actúen en niveles inferiores. En los países en que la planificación nacional se extiende a muchos campos, queda comprendido en ella el sector salud. Sin embargo, el método OPS-CENDES no da indicaciones sobre la manera en que han de distribuirse los recursos de sectores relacionados con la salud, como son el de servicios sociales y el de agricultura.

El presupuesto puede establecerse de forma que facilite a las autoridades, especialmente a las cámaras legislativas, el examen de las propuestas de planificación sanitaria; en efecto, es corriente que en él se presente la importancia numérica del personal, su remuneración y el coste del material necesario, pero sin indicar los programas a que todos esos elementos se destinan ni los objetivos que con ellos se pretende alcanzar. El Método permite establecer un presupuesto ajustado a los programas, a la disponibilidad de recursos para su ejecución y a los objetivos correspondientes. La planificación supone el abandono del tipo tradicional de presupuesto en favor del presupuesto por programas. En efecto, la adopción racional de decisiones será más fácil para todos si se presenta a las autoridades políticas un presupuesto en el que estén claramente identificados los objetivos, las disponibilidades y los gastos para cada programa.

EVALUACION Y PERSPECTIVAS

La exposición del método OPS-CENDES no debe terminar sin que se señalen algunas de sus fallas y de sus aciertos.

Una de esas fallas es el concepto de curación, según el cual el caso de una persona curada de una enfermedad reducible se cuenta como defunción evitada, pero no se cuenta lo mismo el de una persona curada de una enfermedad no reducible. Desde luego, es difícil ver el porqué de tal diferencia. Es más, todas las personas dadas de alta, ya sea por los médicos o en los hospitales, se consideran como curadas, lo que por fuerza ha de inflar desmesuradamente el número de curaciones notificadas. Otro detalle más importante aún: como el Método se apoya en un concepto claro de la muerte pero no encierra una idea clara de la curación, hace de la prevención de la muerte su primer objetivo y deja en relativo abandono otros objetivos de gran importancia, como la reducción de la morbilidad y de la invalidez.

Otra falla está en la asignación de causas de defunción. La aplicación del Método exige que cada fallecimiento se atribuya a una enfermedad o riesgo. Ahora bien, es bien sabido que la muerte se debe a menudo a una combinación de dos o más enfermedades y riesgos. Por ejemplo, las personas de más de 50 años pueden padecer diversas afecciones y la defunción deberse a más de una de ellas. El mismo tipo de problema se presenta en cuanto al tratamiento y la prevención. En efecto, la adopción de una medida determinada puede prevenir o curar no una sino varias enfermedades. El saneamiento general es un buen ejemplo de esto. ¿Podría, acaso, imputarse su coste exclusivamente a la prevención de las enfermedades diarreicas, del paludismo o del pian? Por otra parte, el saneamiento general no sólo contribuye al mejoramiento de la salud sino al de las cualidades estéticas del medio. Por eso, no hay ninguna fórmula sencilla para la distribución de costes.

Además de esas reservas de orden metodológico pueden hacerse también algunas de carácter práctico. La aplicación del método exige el acopio y la ordenación de una enorme cantidad de datos. Ciertamente tiene en cuenta el costo de esas operaciones y que a ese respecto nada puede reprochársele, pero aun así cabe preguntarse si el acopio de toda esa información es siempre factible, particularmente en los países en desarrollo.

Para el buen éxito de la planificación sanitaria son de fundamental importancia los factores políticos y sociales. Ahora bien, aunque los autores del Método lo han reconocido así, no indican la manera de analizar esos factores. Con posterioridad, los encargados de desarrollar y enseñar el Método han dedicado mayor atención a ese punto, que sigue constituyendo una de las principales dificultades.

El Método preconiza la planificación descentralizada, es decir, la planificación en escala ascendente, desde el nivel local al regional y, por último, al nacional. Ahora bien, ese modo de proceder ha resultado sumamente difícil a causa de la extensión y de las variaciones encontradas en los niveles de desarrollo sanitario, social y económico de países como Brasil y Perú. Por diversas razones, particularmente de orden político y social, hasta ahora no ha sido posible aplicar el Método en la totalidad de América Latina.

A pesar de todas estas reservas, los autores de la presente publicación estiman que el Método es una de las aplicaciones más completas del análisis de sistemas a la planificación sanitaria. Hay que reconocer en él la amplitud de su alcance y su esfuerzo en pro de la máxima eficacia en la distribución y la utilización de los recursos. Representa, sin duda, un importante paso hacia la conceptualización y la aplicación de la planificación sanitaria.

Actividades futuras

El Centro Panamericano de Planificación de la Salud ha desarrollado considerablemente sus normas y sus actividades desde 1968, año en que fue establecido oficialmente en Santiago de Chile. La enseñanza y la aplicación del Método se están revisando sobre la base de la experiencia adquirida. Se ha descentralizado la enseñanza de planificación transfiriéndola a otros centros de América Latina. Se organizarán diversos cursos para personal sanitario, teniendo en cuenta las diferencias en su formación teórica y en su experiencia profesional. Es de especial importancia para los planificadores y los administradores sanitarios el proyecto del Centro, de ofrecer servicios consultivos y de evaluación sobre planificación sanitaria a todos los países latinoamericanos. De esa forma, habrá mayor coherencia entre la preparación de los planes de salud y su aplicación y ejecución.

El Centro ha establecido un grupo de investigación que tiene ya en estudio nuevos modelos de planificación sanitaria complementarios del Modelo revisado OPS-CENDES. El Centro trabajará en estrecha colaboración con la OMS y está dispuesto a dar amplia aplicación a los nuevos métodos que ésta establezca, una vez que hayan sido adecuadamente ensayados en la práctica. Hay que citar asimismo la colaboración que se establecerá con el Centro Latinoamericano de Administración Médica de Buenos Aires (también subvencionado por la OPS) en cuanto al estudio y la aplicación de sistemas de planificación sanitaria.

En los diez años próximos mejorará más aún este instrumento, que es esencial para la administración sanitaria en todos los países, sea cual fuere su grado de desarrollo.