

10 - Hazz

ANTECEDENTES DE LA SITUACION ACTUAL DE LOS PROCESOS
DE PLANIFICACION DE LA SALUD EN AMERICA LATINA

1. PLANIFICACION EN LA DECADA 1960

1.1 A fines de la década de los 50, se afirma en la Región la conciencia, sobre la necesidad de promover aceleradamente el desarrollo económico y social de los países. Varios factores económicos y sociales que se venían gestando en las décadas anteriores, maduraron entonces y configuraron nuevas situaciones; se afirmó la idea del carácter global del desarrollo y se llegó al convencimiento de la necesidad y la posibilidad de orientarlo y conducirlo a fines deseados, de acuerdo con políticas y estrategias previamente definidas. El desarrollo pasó a ser concebido como un proceso integral, económico y social, y como un esfuerzo consciente y deliberado de los pueblos; para llevarlo a cabo se reconoció la necesidad de la planificación como método general de acción.

1.2 La ONU, a través de la CEPAL (Comisión Económica para América Latina), procuró desarrollar las bases teóricas del nuevo enfoque y crear los instrumentos técnicos para ponerlo en ejecución; dicha tendencia se reforzó en 1960 con la institución de la primera "década para el desarrollo" y con la creación, bajo los auspicios de CEPAL, del Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social (ILPES).

1.3 Surgió así un movimiento de organización continental para aunar esfuerzos para la promoción conjunta del desarrollo y búsqueda de soluciones a problemas comunes. El movimiento se reveló inicialmente a través de la Operación Panamericana (OPA) propuesta por los Presidentes de Brasil y Colombia, se definió mejor en el Acta de Bogotá y se concretó en los acuerdos y compromisos asumidos por los gobiernos en Punta del Este, en 1961, que marcan realmente la decisión de incorporar los sectores sociales, particularmente el sector salud, a la planificación del desarrollo.

1.4 La Carta de Punta del Este reconoció "las relaciones recíprocas que existen entre salud, desarrollo económico, nivel de vida y bienestar" y que "los programas de salud pública son esenciales y complementarios de los económicos". Sobre la base de estos planteamientos, los gobiernos americanos se comprometieron entonces a preparar planes nacionales de salud para el decenio siguiente y a crear, en los Ministerios de Salud, unidades de planificación y evaluación coordinadas con el sistema global de planificación del país. En esta forma, las decisiones de Punta del Este pusieron de relieve, al más alto nivel político continental, la necesidad y el propósito de planificar la salud como parte del desarrollo, marcando el inicio de una nueva visión de la salud en la Región.

1.5 Para dar cumplimiento a los propósitos señalados, los Gobiernos recomendaron a la OPS que asumiera la responsabilidad de asesorar a los países en la preparación de sus planes y en la promoción y desarrollo de los procesos de planificación de la salud. Esa recomendación fue posteriormente reiterada y ampliada en la Primera Reunión de Ministros de Salud de la Región en 1963, cuando ya la Organización había iniciado sus actividades en este sentido. No se disponía, en 1961, de instrumentos metodológicos adecuados para el cumplimiento de esos propósitos; los métodos tradicionales de planificación de la salud en Latinoamérica consideraban aisladamente aspectos parciales de su problemática, no se apoyaban sobre una concepción integradora y ecológica de la salud y no se preocupaban por considerarla como parte del proceso de desarrollo.

2. LA PROBLEMATICA A ENFRENTAR

2.1 A pesar de grandes diferencias en 1961, todos los países de América Latina presentaban algunas o todas las características de lo que se llamaba el subdesarrollo. El ingreso "per caput" variaba entre 80 y 700 dólares anuales, con predominio de los valores más bajos de este rango y una distribución social altamente regresiva. En la estructura productiva predominaba el sector primario, de muy baja productividad y que incorporaba la mayor parte de la población activa. Un progresivo deterioro de las relaciones de intercambio con el exterior confirmaba la superación del modelo histórico de crecimiento "hacia afuera".

Los procesos industriales incipientes mostraban los síntomas de una insuficiencia dinámica que se manifestaba, particularmente, en la incapacidad de absorción de la mano de obra disponible y de promoción de cambios significativos en la estructura económica. Además internamente el crecimiento económico presentaba profundas diferencias regionales en los diferentes países.

2.2 Altas tasas de natalidad y una mortalidad en declinación significaban crecimiento demográfico acelerado en casi la totalidad de los países. Las corrientes migratorias internas acentuaban la concentración urbana de la población y la persistencia de grandes espacios vacíos en muchos países. Poblaciones jóvenes en la gran mayoría de ellos, estructuras de edades de transición en algunos y poblaciones "viejas" en dos, presentaban distintos índices de participación y de dependencia, predominando los de niveles más desfavorables.

2.3 El desempleo o el subempleo adquirían magnitudes considerables, hacían erupción los problemas de las poblaciones marginales en aumento y el desagrado por la mala y limitada atención de los servicios públicos. Había inestabilidad política en muchos países, discontinuidad e incoordinación administrativas y claros signos de debilidad del marco organizativo e institucional. Malas condiciones de educación y de vivienda eran el patrón común en la Región.

2.4 La magnitud y naturaleza de los problemas de salud emergían de este panorama general. Elevados niveles de mortalidad y morbilidad, con alta participación de las enfermedades transmisibles, susceptibles de reducción o de erradicación con la tecnología disponible y elevadas proporciones en las edades

menores, particularmente en la población infantil. La esperanza de vida al nacer variaba entre los 40 a los 60 años y la mortalidad infantil entre 50 y 300 por mil nacidos vivos, predominando en ambos casos los valores más bajos. Sólo en dos países predominaban las enfermedades degenerativas propias de poblaciones más viejas.

Malas condiciones sanitarias ambientales y manifestaciones de desnutrición, se observaban en grados variables en todos los países.

2.5 Los recursos de salud eran relativamente escasos, inadecuadamente distribuidos y mal manejados. Por un lado, la elevación creciente de las demandas reales de las poblaciones, los costos también crecientes de la atención de salud y, por otro lado, sistemas económicos dinámicamente insuficientes y que además se enfrentaban con el aumento de las demandas de los otros sectores sociales, condicionaban también una limitada disponibilidad de recursos para la salud. La administración sectorial, incoordinada y técnicamente deficiente, utilizaba los recursos disponibles según criterios no siempre racionales en relación a las necesidades de salud de las poblaciones, con muy baja productividad y disminuido grado de utilización. En países donde todo el sector público de salud disponía sólo de alrededor de US\$ 10 per cápita anuales, varias instituciones se disputaban la participación en estos recursos, se duplicaban en funciones y áreas, dejando otras sin cobertura, se hacían inversiones que no llegaban a materializarse o que operaban con una fracción de su capacidad instalada, se aplicaban muchos recursos a la atención

de problemas de importancia relativa menor, ignorándose otros de gran envergadura y de solución mucho más económica. Donde había un promedio de menos de 1 cama hospitalaria por mil habitantes, las camas existentes funcionaban con 50 a 60% de ocupación y con promedios de estancia de más de 20 días en hospitales generales. Cuando había un médico por más de 2 mil hab., ellos se concentraban en los grandes centros de población y trabajaban sólo parte del tiempo contratado. Particularmente deficiente era la asignación de recursos para inversiones; al carecer de instrumentos de análisis para la evaluación conjunta de las alternativas de inversión existentes e, incluso, de elementos e instrumentos para definir y analizar las alternativas mismas, las decisiones de invertir se hacían en general únicamente en función de criterios subjetivos, de demandas políticas o de apreciaciones personales de las necesidades.

3. FUNDAMENTOS DEL ENFOQUE LATINOAMERICANO DE LA PLANIFICACION

3.1 La solución de los problemas de salud, dentro de este contexto, debería consecuentemente basarse en una teoría que explicara ecológicamente su génesis y realizarse a través de métodos que se fundamentaran en esta teoría. La fundamentación teórica del enfoque que entonces se adoptó, recogía y procuraba aplicar el saber que se venía acumulando desde Virchow o Chadwick, a través de la evolución de las ciencias de la salud, particularmente de la epidemiología.

3.2 Se conceptúa la salud como un fenómeno integral, imposible de entenderse y de tratarse adecuadamente sino tomado en su totalidad. Las acciones de salud, cualquiera sea su naturaleza, son medidas complementarias entre sí y parte de una sola política, que se aplican en combinaciones determinadas en distintos estados del proceso continuo.

3.3 También se entendía la salud como resultante de la interacción entre el hombre y los agentes de las enfermedades en un medio ambiente que incluye todas las transformaciones realizadas por el hombre y las condiciones y requisitos de la vida en sociedad. La salud y la enfermedad no pueden ser consideradas como problemas cuya génesis y solución estén vinculadas solamente a las acciones específicas de un sector social, el de la salud; el estado de salud de una población está condicionado por las condiciones ecológicas en que viva esta población y su elevación depende del desarrollo de la sociedad. Por esta razón, las políticas y los planes de salud no pueden ser formulados y desarrollados independientemente de las políticas, planes o condiciones de desarrollo. El propósito no significa sólo la institución de una organización administrativa, una coordinación o compatibilización formal; exigía el estudio y el conocimiento de las relaciones recíprocas entre salud y desarrollo y métodos adecuados a su manejo eficiente.

3.5 La planificación de la salud, con ese enfoque, debía ser mucho más que la aplicación episódica de métodos para formular planes documentos y realizar controles periódicos de las actividades cumplidas; necesariamente

debería constituirse en proceso, con las inherentes características de continuidad, unidad y permanencia, tendiendo al perfeccionamiento progresivo por aproximaciones sucesivas. No interesa la preparación, ejecución o evaluación de planes en forma independiente, sino por el contrario, el aumento de la racionalidad en la toma de decisiones en el sector y en la aplicación de esas decisiones, consideradas en su contexto y como parte de políticas globales de salud y de desarrollo. Los planes, su ejecución y evaluación, serían elementos y etapas de ese todo y deberían considerarse dentro de esa totalidad. El proceso podría iniciarse, sin la existencia de un plan; la creación de actitudes, de precondiciones para el establecimiento de la planificación, la definición de políticas generales, etc., serían partes del proceso y podrían constituir los primeros pasos de su promoción. La planificación como proceso, cambió el enfoque tradicional, no sólo en cuanto a la visión prospectiva y a la unidad y continuidad de la acción planificadora, sino que incluye la concepción totalizante de la salud en su contexto.

3.6 Por otro lado, entendido como sus métodos, la planificación no se encaró como una investigación académica, destinada sólo a crear conocimientos aplicables en el futuro. Tuvo que enfrentarse a los problemas existentes, aportar soluciones para el momento que se vivía, al tiempo que procuraba perfeccionarse. Se necesitaban instrumentos que aportasen soluciones inmediatas, mejores que las tradicionales y no solamente promesas o perspectivas de soluciones futuras.

4. LA INICIACION Y EVOLUCION INICIAL DE LOS PROCESOS DE LA PLANIFICACION DE LA SALUD

4.1 Con base en los planteamientos anteriores, la O.P.S., junto con el Centro de Estudios del Desarrollo de la Universidad Central de Venezuela, formuló una metodología de planificación de la salud como medio para la aplicación de dichos principios. Un grupo de técnicos de ambas Organizaciones elaboró, a principio de 1962, el método posteriormente conocido como OPS/CENDES, que ha servido de instrumento base para la mayoría de las experiencias de planificación sectorial que desde entonces se hicieron en Centro América y El Caribe.

4.2 Luego de la elaboración preliminar del método, la O.P.S. inició las actividades de asesoría a algunos países y, principalmente, la preparación de técnicos de salud en el manejo del nuevo procedimiento, quienes también recibían conocimiento sobre problemas económicos y otros aspectos sociales del desarrollo. Desde 1962, bajo los auspicios de la O.P.S. en coordinación con el ILPES, se vienen realizando anualmente cursos básicos para la formación de planificadores de la salud en Santiago de Chile, a través de los cuales ya se prepararon 287 profesionales. De dichos cursos han salido gran mayoría de los profesionales que prestan asesoría de la Organización a los Gobiernos y aquéllos que, a nivel nacional, han impulsado el establecimiento de procesos de planificación en sus respectivos países. Simultáneamente, en algunos países de la Región, (Venezuela, Chile, Brasil, Argentina, Colombia, Perú, El Salvador,

Bolivia y Trinidad-Tobago), por iniciativa de los egresados de los cursos internacionales, con o sin el apoyo directo de la O.P.S., se han realizado cursos nacionales, similares. Algunos de estos cursos adquieren carácter permanente por su incorporación a las actividades académicas, como son los casos de los cursos de Río de Janeiro, Sao Paulo, Medellín y Caracas. A través de todos esos cursos nacionales se prepararon más de 2.500 profesionales y técnicos, a diversos niveles.

4.3 A partir de 1963, varios países iniciaron sus procesos de planificación y la mayoría creó unidades formales y/o funcionales de planificación de la salud. Pronto, las experiencias nacionales manifestaron sus características particulares en la forma de iniciar y proseguir los procesos, en la utilización y adaptación de la metodología, en la obtención de métodos complementarios o sustitutivos, en los componentes a enfatizar, etc. En El Salvador prevaleció la orientación y la participación directa de la O.P.S.; en Venezuela se enfatizó la preparación de personal sin formulación de planes de salud; en el Perú se procuró la utilización complementaria de técnicos de programación del sector público; en Trinidad-Tobago se dio un tratamiento prioritario a los componentes administrativos; en Argentina, a la programación nuclear de los servicios de asistencia médica; en Brasil, a la formulación de políticas generales orientadoras y al análisis preliminar del sector; y, en Chile, a una intensiva preparación de personal, al perfeccionamiento de algunos sistemas administrativos y a la programación presupuestaria, etc. Cada caso

adquiría, en gran medida, el color que la personalidad y la experiencia profesional de su(s) impulsador(es) tenían. En todos los casos, prevaleció la preocupación por la creación del aparato formal de la planificación y por la preparación de planes documentales; un esfuerzo significativo se dedicó a la elaboración de sendos diagnósticos de situación de salud, incluyendo la descripción de los recursos disponibles de su utilización, aunque, en mayor o menor grado, el proceso incorporaba sólo una parte del sector salud, aquella parte del sector público directa o estrechamente vinculada a los ministerios respectivos. Progresivamente, casi todos los países de la Región iniciaron procesos de planificación.

4.4 Varios factores internos y externos estimularon el proceso de la planificación en los países. Desde luego, la acción promotora de la O.P.S., la existencia de sistemas de planificación económica o global, etc. tuvieron considerable importancia. Por otro lado, la oferta de asistencia financiera o técnica externa (OEA, BID, AID, etc.) inducía a los gobiernos a la formulación de propuestas para la obtención de los recursos ofrecidos. También la preparación de personal fue uno de los factores principales para la difusión y promoción de los procesos; a partir de los cursos internacionales que sirvieron de origen a este Centro, se formó un núcleo dinámico que difundió las ideas aquí impartidas y las diseminó en sus países, creando un movimiento de opinión intelectual, dentro del sector, que influyó decididamente en la marcha del proceso en la Región.

5. RESULTADOS INMEDIATOS

5.1 No pretendemos analizar en profundidad los resultados que la planificación produjo a través de esos años: por un lado la maduración de los procesos sociales demanda tiempos largos para completarse y, por otro lado, es difícil objetivar y particularizar en términos de relaciones causales muchos de los resultados obtenibles. Sin embargo, no parece haber duda sobre algunos efectos inmediatos y generales del proceso de planificación en América Latina.

5.2 Sin haber creado conocimientos nuevos al respecto, las actividades que se realizaron sirvieron para difundir y sistematizar, en algunos aspectos, el concepto de la salud como fenómeno integral y como resultante multisectorial dentro del contexto social. En el sector salud y de otros sectores se extendió la comprensión de considerar la salud en función de sus factores condicionantes. Los técnicos de salud entendieron cada vez más que las soluciones de los problemas del sector trascienden muchas veces el ámbito de su conocimiento y de su acción y que no puede haber una política sanitaria independiente de las condiciones sociales en que ella se aplica. Se produjo además un cambio de actitud favorable al proceso de planificación.

5.3 Gradualmente se establecieron los mecanismos para la toma de decisiones frente a alternativas que planteaban el análisis de los problemas. Se planteó inicialmente como crítica y casi con el sentido de oposición, pretendidas fallas e "ineficiencias" de los sistemas políticos que generaban las decisiones en el

sector; en una segunda etapa se procuró analizar los componentes, reglas y condiciones del funcionamiento de esos sistemas buscando las formas de compatibilizar la racionalidad que pretende la planificación con el tipo de racionalidad que orienta en gran medida la toma de decisiones a nivel político. La planificación ha ayudado ya en cierta medida a mejorar los elementos de juicio que instruyen al político para tomar sus decisiones y ha aportado algunos elementos objetivos para evaluar la bondad de ellos.

5.4 El esfuerzo planificador puso de relieve los defectos e inconsistencias de las formas tradicionales de manejo de los servicios de salud. Se insistió sobre las fallas de organización, la atomización e incoordinación administrativas e institucionales, la carencia de sistemas adecuados de administración de personal, material y servicios de apoyo y de sistemas de control y supervisión, la obsolescencia de métodos, etc. Los análisis que se hicieron sobre la administración en conjunto y sobre la organización y utilización de recursos a nivel local, condujeron en muchos casos la adopción de medidas correctoras y a algunas experiencias de reformulación global de la organización administrativa del sector. Énfasis particular se concedió al planteamiento de la inadecuación y deficiencia de los sistemas de información existentes y de la misma información producida.

6. LA INSUFICIENCIA DINAMICA DE LOS PROCESOS

6.1 Sin embargo, no todo ha sido bonanza. En pocos años, quizás en gran medida por factores ajenos, la "planificación del desarrollo" se quedó

muy por debajo de las promesas y propósitos inicialmente formulados, defraudando en parte las expectativas que había creado. Los planificadores se dieron cuenta de que existieron lagunas e incapacidades, que su instrumental teórico y técnico presentaba limitaciones al enfrentarse con una realidad compleja y no siempre bien definida. Para algunos existiría una crisis de la planificación, consistente con la llamada crisis de las ciencias sociales en sus enfoques unilaterales y con el agotamiento de los modelos de crecimiento económico aplicados en la Región. Coincidente con este deterioro relativo de la planificación como un todo, un fenómeno similar viene ocurriendo con los procesos de planificación de salud que no alcanzaron el desarrollo y los resultados que se esperaban.

6.2 En casi todos los países la evolución de los procesos no tuvo el ritmo y el curso que se esperaba, de acuerdo a los propósitos y objetivos establecidos por los Gobiernos en Punta del Este y en la primera reunión de Ministros de Salud Americanos. En algunos no se llegó a la formulación de planes, en otros los planes fueron sólo documentos que no se pusieron en ejecución o tuvieron ejecución distorsionada. Muy pocos países han completado en alguna forma el ciclo programático, y los dos o tres que lo consiguieron no lo hicieron con la regularidad y la integridad deseadas.

6.3 La integración funcional de todas las actividades de salud ha avanzado lentamente y en ningún país se ha conseguido una completa cobertura del sector salud organizado y, en la gran mayoría, ni siquiera se han podido

incorporar al proceso las instituciones más significativas del sector público. No se ha avanzado significativamente en la articulación intersectorial de los planes; la planificación de la salud, como componente del desarrollo, igual a lo que ocurre en otros sectores sociales, ha permanecido más como una afirmación teórica y manifestación de un propósito que como realización práctica a pesar de los mecanismos formales de coordinación establecidos.

6.4 A pesar de los avances conseguidos, todos los procesos fueron incapaces de realizar los cambios administrativos necesarios y la adecuación de los sistemas de información para la producción de la información requerida. En muchos lugares y ocasiones, la planificación y la administración fueron entendidas como entidades distintas, con diferentes intereses y preocupaciones y no como aspectos de un mismo proceso.

6.5 Tampoco se consiguió captar la realidad política e incorporar sus variables principales al proceso de planificación. Planificación y política aparecieron en general como mundos separados y a menudo en oposición. Frecuentemente, los planificadores, juzgándose en posesión de toda la racionalidad, pretendieron que el nivel político decidiera exclusivamente entre las alternativas que se les presentaba, elaboradas sin considerar las variables políticas que juegan en los sistemas de decisión de nuestros países; la aprobación formal de una alternativa, en estas circunstancias, no podría jamás conferirle el realismo político necesario a su ejecución. De esta forma ni los niveles de decisión ni las comunidades en general se han sentido parti-

participantes comprometidos en alguna forma con el proceso de planificación como un todo y, específicamente, con los planes elaborados.

6.6 Muchas de las insuficiencias señaladas se pueden vincular a los métodos utilizados para planificar o a las deficiencias en su aplicación. Fuera de las dificultades de aplicación, de carácter transitorio, el método inicial (OPS/CENDES) presentó algunos vacíos e insuficiencias: por un lado, entre otros, no aportó procedimientos satisfactorios para la articulación intersectorial y para una visión más integral del sistema de salud; no permitió operacionalizar suficientemente la explicación de la situación diagnosticada, ni funcionalizar en profundidad la visión prospectiva del pronóstico; no ha utilizado una apreciación más completa de las necesidades y demandas, y no ha provisto formas de planificar la creación de servicios de atención donde no existen previamente servicios permanentes. Por otro lado, no puede llegar a una visión global del sector y establecer los análisis macrosectoriales necesarios a la formulación de políticas generales y a medidas globales de organización, financiamiento, inversiones, etc. y no considera, intrínsecamente, el tratamiento de los componentes administrativos requeridos para la ejecución de los planes.

7. DESARROLLOS METODOLOGICOS DERIVADOS DE LA EXPERIENCIA

7.1 La aparición de los problemas señalados, y otros, y la insuficiencia de los instrumentos técnicos para solucionarlos o la existencia de

situaciones nuevas muy distintas, condujeron en algunos casos a la búsqueda de otros métodos y procedimientos, complementarios o sustitutivos del que se estaba utilizando. En pocas y limitadas ocasiones se manifestó la tendencia de volver a la planificación por programas, procurándose, a veces, compatibilizarla con los procedimientos del Método OPS/CENDES, en virtud de las dificultades para operar con grupos de enfermedades.

7.2 En otros países se desarrolló la técnica de programación del sector público aplicada a la salud, procurándose utilizarla complementariamente con el Método OPS/CENDES, al mismo tiempo que se procuraba reforzar, como componentes nucleares o preliminares del proceso, la definición de políticas, el perfeccionamiento de los planes operativos a corto plazo y la formulación de programas de inversión. En un país se elaboró una técnica para la programación de servicios de atención médica y en otros se pretendió aplicar métodos de la planificación de recursos humanos en el sector salud. Por otro lado, como síntoma del insuficiente desarrollo de los procesos en ejecución, la técnica utilizada por la O.P.S. para elaborar las proyecciones plurianuales de sus actividades en los países, tuvo que suplir vacíos de diagnóstico y de programación, dando la oportunidad a que algunos países y personeros las considerasen como un nuevo método de planificación.

7.3 En este contexto empezaron a surgir también proposiciones para investigación, tendientes a encontrar soluciones alternativas o a llenar los vacíos y perfeccionar los procedimientos en utilización. El grupo RICS (Divi-

sión de Investigación en Epidemiología y Ciencias de la Comunicación) de la O.S., con perspectivas a largo plazo, propuso y empezó las actividades preparatorias de un programa de investigación de extensión extraordinaria, a realizarse en Colombia, para la creación de un método o modelo integrador de aplicación universal para planificar la salud. Este Centro, por su parte, desde 1968 viene desarrollando un conjunto de actividades de investigación tendientes a la formulación de un modelo matemático para planificar las actividades de salud, de carácter global y vinculador; al mismo tiempo se empezaron otras actividades de investigación, buscando llenar vacíos de conocimiento sobre el manejo de variables o componentes del sistema de salud, que sirvan para alimentar el modelo vinculador y/o para perfeccionar algunos aspectos de los procedimientos actuales y buscando aumentar la viabilidad política de los planes a través de un mejor conocimiento y la consideración de los sistemas de dirección en el sector.