LIMITADO
INST/27 (Cap/10)
Santiago, Chile
Diciembre de 1963

ORIGINAL: ESPAÑOL

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL

CONSEJO DIRECTIVO
Cuarta Reunión
Santiago, Chile, 13, 14 y 15 de enero de 1964

SEGUNDO CURSO DE CAPACITACION EN PLANIFICACION DE LA SALUD, 1963

Organizado por el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social y la Oficina Sanitaria Panamericana

Informe final de los Codirectores:

H. Durán
R. Cibotti

I N D I C E

I. ANTECEDENTES

II. OBJETIVOS

III. CONTENIDO

1. La salud y la programación del desarrollo económico-social
2. El proceso de programación de la salud
3. La metodología de programación de la salud
4. Estrategia para la puesta en marcha del proceso

IV. RESULTADOS

ANEXO I - EL FUNCIONAMIENTO DEL CURSO DE 1963

1. Sede y fechas
2. Dirección y administración
3. Aportes de los organismos patrocinantes
4. Colaboración de otros organismos
5. Profesorado
6. Participantes
7. Documentación
8. Normas de funcionamiento
9. Certificación

ANEXO II - MATERIAS

1. Análisis y programación del desarrollo económico
2. Desarrollo social de América Latina
3. La problemática del planeamiento educativo en América Latina
4. La problemática del planeamiento de la vivienda en América Latina
5. Demografía
6. Indicadores de salud
7. Seminarios para el análisis de la situación de salud en los países
8. La programación de la salud
9. Análisis y técnica de proyectos
10. Seminarios sobre planes de salud y estrategia para la planificación

I. ANTECEDENTES

En 1962 el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social y la Organización Panamericana de la Salud concertaron un acuerdo para llevar a cabo, en los próximos cinco años, cursos anuales de programación de la salud, a objeto de satisfacer las necesidades de planificadores que los países tienen en estos momentos, para formular los planes nacionales de salud recomendados en los acuerdos internacionales recientes. Estas iniciativas conjuntas responden al propósito de planificar los servicios de la salud dentro de la programación global del desarrollo, tesis que han sustentado ambos organismos internacionales y sobre lo cual ya existe un acopio de experiencias en los cursos intensivos y extensivos de capacitación en problemas de desarrollo de la CEPAL y el Instituto, y en los intentos que se han hecho en el campo de la salud por formular planes integrados.

El primer curso dirigido conjuntamente por ambos organismos se efectuó en la sede del Instituto, de octubre a diciembre de 1962. Los resultados favorables obtenidos y las iniciativas que en algunos países se han tomado posteriormente como consecuencia, han estimulado la prosecución de este programa conjunto, dando así lugar a la realización del segundo curso entre el 2 de septiembre y el 6 de diciembre de 1963 y al cual se refiere el presente informe.

Las gestiones para este segundo curso se vieron favorecidas con los resultados del primero, que permitió así ocuparse mejor de la selección de los participantes e introducir algunos cambios en su duración, contenido y orientación a fin de servir mejor los propósitos conjuntos de ambos organismos.

II. OBJETIVOS

De un modo general el curso sigue la política de adiestrar funcionarios de gobierno de alto nivel, que ejercerán funciones promotoras en la formulación de planes nacionales de salud y actuarán como jefes de servicios o de departamentos en los organismos nacionales de salud. Se reconoce al mismo tiempo la necesidad de que se efectúen cursos nacionales, tal vez de otro nivel, como una forma de expandir esta actividad promotora. Por lo tanto, se toma en cuenta el papel docente que probablemente ejercerán sus participantes en el cumplimiento de esta función.

/En este

En este segundo curso se consideró que la idea de planificación en salud aún está en etapa de desarrollo y que no solamente debía ser expuesta en forma de lecciones magistrales, sino que debía prestarse igual atención al intercambio de experiencias y a la discusión de situaciones reales. De ahí que los objetivos específicos del curso fueran resumidos de la siguiente manera:

a) Impartir enseñanza intensiva sobre los principios y métodos de la planificación de la salud.

b) Familiarizar a los participantes con los conceptos, métodos y contenido de la programación económica y social.

c) Propiciar el intercambio de experiencias.

La selección de los participantes fué adecuada con respecto a estos objetivos y el curso se desarrolló satisfactoriamente, aunque las 14 semanas de su duración fué un plazo breve para cumplir con los objetivos.

III. CONTENIDO

En las páginas que siguen, se procura dar una síntesis de las ideas que al presente sirven de marco al problema de la programación de la salud en la programación del desarrollo, y que representan lo esencial del contenido del curso.

La planificación de la salud enfrenta los problemas característicos de la programación de un sector social dentro de la programación global del desarrollo. Este problema puede ser analizado desde diferentes ángulos.

La noción de que la salud es no sólo un fin en sí sino también un medio para acelerar el desarrollo, determina una particular complejidad conceptual y operativa. La salud como un fin, no puede ser cuantificada, sino apreciada subjetivamente en la escala de valores del bienestar humano. Para cuantificarla sería necesario un conocimiento profundo de necesidades, actitudes, reacciones psicológicas y de otros factores.

La noción de salud como un medio ha dado origen a muchos estudios y exploraciones en el campo de la investigación de los fenómenos sociales y económicos. Se ha intentado cuantificar el costo de la salud y su valor para la sociedad, se ha discutido el valor relativo de los gastos en salud comparativamente con otros gastos sociales, se ha analizado el problema

/de la salud

de la salud como una inversión y la cuantificación de esta inversión desde el punto de vista económico. Estos esfuerzos no han dado conclusiones definitivas, principalmente porque tanto los intentos para cuantificar la salud como la relación entre el gasto y la inversión en este sector y los resultados que producen no han sido suficientemente concluyentes.

Es indudable que la programación de la salud dentro de la programación del desarrollo deberá definir con precisión lo que se entiende por inversión y lo que es un gasto destinado a satisfacer una necesidad básica.

El problema es más complejo cuando se analiza en qué medida, en las sociedades actuales, la demanda de servicios de salud traduce una necesidad y satisface una finalidad. El sentido mismo del desarrollo alienta en los individuos mayores aspiraciones, que se ven respaldadas por la adquisición de nuevos derechos, lo cual complica extraordinariamente el problema de la asignación equilibrada de recursos a los sectores, por el incremento que se está produciendo en la demanda de servicios sociales por parte de la población.

La noción finalista de la salud es lógicamente la que ha configurado todo el enfoque profesional, así como la actitud del médico como defensor de postulados que han caracterizado el ejercicio individual de la medicina a través de toda su historia. No es ésta, sin embargo, una actitud opositora a la idea de que la salud esté orientada a la obtención de metas sociales y económicas, pues de hecho, en los últimos decenios, el ejercicio de una medicina funcioarizada, ha vislumbrado las posibilidades y las limitaciones de una salud planificada.

Conviene señalar que para el sanitarista, el enfoque que se da al problema desde fuera del sector ha estado revestido de ciertas características conflictivas. Se ha enjuiciado a la acción sanitaria por su contribución al aumento explosivo de la población, sin que se hayan definido con precisión, la magnitud de esta contribución y los mecanismos sociales y administrativos con que podría enfrentarse este problema.

Esta y otras circunstancias son barreras en la comunicación entre los especialistas sectoriales, reflejos de la inexperiencia que aún existe en el trabajo multidisciplinario y en la definición de propósitos comunes.

/De los

De los países del continente que han elaborado planes generales de desarrollo, sólo una minoría tiene planes de salud que contemplen las verdaderas necesidades del sector y su contribución al desarrollo.

Estas son algunas de las ideas que promueven el propósito de integrar la planificación de la salud en la programación global del desarrollo y para lo cual se ha procurado dar al curso un contenido conceptual y docente que oriente al médico de salud pública y al planificador de salud hacia esta concepción unitaria que se pretende.

Este contenido puede ser analizado bajo los siguientes aspectos principales: la salud y la programación del desarrollo, el proceso de programación de la salud, la metodología para la programación de la salud, y la estrategia para la puesta en marcha del proceso de programación.

1. Salud y programación del desarrollo económico y social

Se procura enmarcar la planificación de la salud en el contexto de la planificación general del desarrollo. Para ello se necesita conocer la problématica del desarrollo y las técnicas de planeación, de modo de comprender la integración de ambos procesos y de hacer explícitas sus vinculaciones en las etapas que les son comunes.

En el curso se imparten los conocimientos esenciales de la teoría económica para entender el proceso del desarrollo. Antes de iniciar su estudio se procede a una descripción analítica de la realidad económica de América Latina, que sirve de marco de referencia y de ilustración a las enseñanzas del curso, que giran fundamentalmente en torno a esta realidad.

El conocimiento de los problemas de la economía se efectúa a través de la descripción de sistemas económicos cada vez más complejos, los cuales permiten vincular el problema de la asignación de recursos con el principio de escasez y con las relaciones de interdependencia de las actividades productivas del país. De este modo se plantea el funcionamiento de la economía y se discute la dinámica del proceso de desarrollo.

En relación con este tema se analizan problemas de estructura, el papel del ahorro y de la capitalización, los recursos humanos y naturales, el papel del estado moderno en el proceso de desarrollo y en la prestación de servicios sociales.

/Para el

Para el estudio de la programación económica se procede en primer lugar a la presentación del método programático, a manera de introducción a la metodología general de la planeación y para permitir la comparación entre las técnicas de planificación económica y las de salud.

Después de impartirse nociones de contabilidad social, se presentan modelos simples de programación global, y los principales elementos de la programación económica, como las tablas de relaciones intersectoriales, coeficientes de elasticidad y relaciones producto-capital.

Al finalizar este análisis quedan esbozados los términos en los cuales se puede plantear la articulación entre los planes económicos y los planes de los sectores sociales, tema que es enunciado a esta altura desarrollado más tarde, una vez que se ha analizado la problemática de la planeación de la salud.

Finalmente, se discuten aspectos relevantes de la organización para la planificación, desde el punto de vista funcional y de la ejecución de planes.

Este marco de referencia, constituído por el análisis de la problemática del desarrollo y de los elementos de la teoría económica y de la planeación económica, se complementa con el análisis de los problemas sociológicos y demográficos, para completar el cuadro de la situación de América Latina, que es el trasfondo de toda esta enseñanza.

El estudio de los problemas sociales se aborda en una forma muy sumaria, presentando el estancamiento en el desarrollo de América Latina y los factores sociales que lo determinan. Esto lleva al análisis de las estructuras urbanas y rurales. El panorama muestra un gran atraso rural, donde los centros poblados son como islas, a las cuales se agrega una población "expulsada" del campo por falta de oportunidades, y que en las ciudades pasa a tener el carácter de marginal por su falta de asimilación a la urbe.

Las consecuencias sociales y económicas de esta situación son muy importantes y de ellas se deriva una serie de consideraciones que habrán de ser tenidas en cuenta en la planificación. Desde luego, la comparación entre el campo y la ciudad, lleva a analizar el problema social rural, el crecimiento urbano, la industrialización y el problema de la absorción

/del desempleo

del desempleo, el papel de las clases sociales y sus tendencias, la forma de participación en la planificación de los diferentes estratos sociales, especialmente los sectores populares, etc.

Desde otro ángulo, el marco sociológico de la planificación abre las puertas para otros estudios. Durante el curso se discutió el problema de la demanda de servicios de salud por parte de la población, las relaciones entre necesidades reales y demanda y el problema de la participación de la comunidad en la planificación.

Dentro de los problemas sociales se analiza el problema de la educación en América Latina, sus características institucionales, la responsabilidad del estado y el efecto de un bajo nivel educativo sobre la salud y en general el desarrollo social y económico. Se discuten también los problemas del contenido y métodos del diagnóstico en la programación de la educación y las relaciones entre educación y salud.

Con respecto a la vivienda, se define y caracteriza el problema a través de sus indicadores estadísticos y se discuten sus aspectos sociológicos, muy en especial sus relaciones con la salud.

Un intento de expresar unitariamente los diferentes componentes sociales con los cuales tiene relación la salud, se encuentra en la elaboración de proyectos. La creación de servicio de salud a través de la elaboración de proyectos de inversión, permite considerar la posibilidad de integrar en el proyecto, de una manera equilibrada, la cuota de servicios sociales que requieren las unidades básicas que forman la comunidad, v. gr. las familias. Esta idea se presentó al final del curso de 1963 y se consideró de grandes posibilidades conceptuales y operativas para su inclusión en futuros cursos.

El problema demográfico constituye sin duda uno de los factores más importantes que condicionan el proceso de programación de la salud. La expansión de la población de América Latina se analiza como un hecho que caracteriza singularmente a un área subdesarrollada. Se estudia el efecto de esta situación sobre la estructura por edades y sobre el proceso acelerado de urbanización. Se discute el problema futuro en sus relaciones con la economía y el papel de la salud pública en la regulación de la natalidad.

/2. El proceso

2. El proceso de programación de la salud

Se plantea el problema de la programación de la salud como la creación de un proceso continuo, desarrollado a través de una sucesión de etapas que se repiten periódicamente, en ciclos completos, intentando su perfeccionamiento a través de mejoramientos sucesivos en cada uno de estos ciclos.

La noción de proceso, en los términos señalados, define de partida el enfoque que se da en el curso a la idea de la programación de la salud. Lo que se propone es la creación de un mecanismo para instalar este proceso permanente en los gobiernos. El plan nacional de salud depende de la profundidad y grado de perfección que alcance ese proceso. Se insiste desde luego que en el estado actual no se debe esperar alcanzar primero etapas muy avanzadas o muy complejas de profundización. Sin embargo, desde la primera aproximación los planes nacionales de salud mostrarán, jerarquizados, los principales problemas de salud y los grandes caminos para su solución.

El proceso de programación, en sus líneas generales, se inicia con el conocimiento de la situación de salud del país, que lleva a la formulación de una política de salud, por medio de la cual se proponen decisiones acerca de técnicas y de prioridades, que permiten la fijación de metas consistentes con estas decisiones.

En cada una de estas fases se plantean vinculaciones estrechas con la programación del desarrollo. En la del diagnóstico, es preciso reconocer las interrelaciones entre el nivel de salud y el nivel de desarrollo general. Aquí juegan un papel muy importante el conocimiento y uso de indicadores de salud e indicadores del nivel de vida, a los que el curso dedica una parte del tiempo. Los indicadores cuantifican el nivel de salud y homogeneizan los términos en que éste se expresa, permitiendo así estimar los beneficios que aportaría a la salud de la población el plan del sector, y compararlos con los que, en el mismo campo de la salud, puedan producir otras asignaciones del plan de desarrollo económico y social.

/En las

En las interrelaciones entre nivel de desarrollo y nivel de salud se considera el efecto que sobre éste tiene la producción y disponibilidad de alimentos, el nivel de educación, el grado de accesibilidad a los servicios y otros factores del medio como: agua, alcantarillado, vivienda, etc., los cuales actúan como factores condicionantes de dicho nivel. Este, a su vez, obra sobre el desarrollo por su contribución a la fuerza de trabajo*, la productividad y el cambio en la capacidad y la estructura del consumo. En la medida que este nivel mejore, se operará una reducción de los enfermos y de los gastos cuantiosos que se destinan a su curación.

El diagnóstico de la situación de salud se plantea sobre la base de un análisis sistemático del territorio nacional, y no de datos promediales del país, debido a que lo integran regiones de distinto grado de desarrollo, cada una de las cuales con distinto nivel de salud, que se debe a factores condicionantes de origen y naturaleza diferentes, donde operan recursos que están organizados y utilizados siguiendo políticas de salud propias.

Las decisiones sobre política de salud deberán basarse en el diagnóstico y ser tomadas dentro del marco general de decisiones sobre política de desarrollo, de entre las cuales tendrán una particular influencia sobre salud las siguientes:

- Tendencias en el crecimiento económico y la distribución del ingreso, por sectores de actividad, niveles de ingreso, regiones, etc.;
- Política de consumo, inversiones, etc.;
- Desarrollo de nuevas áreas territoriales;
- Asignaciones a otros sectores sociales y sus relaciones con la salud (educación, vivienda, etc.);
- Tendencias en los sistemas de seguridad social, etc.

La fijación de metas es la fase del proceso que sigue a las consideraciones anteriores y permite definir el nivel de salud a alcanzar, que de acuerdo al método adoptado podrá ser decidido entre dos límites extremos.

---

* Se hizo hincapié en que esta contribución es solamente potencial mientras no se reduzcan el desempleo y el subempleo que afectan a la mayoría de los países de la región.

/El plan

El plan mínimo de salud pretendería solamente mantener el nivel de salud, evitando el deterioro y propiciando la distribución geográfica equitativa de recursos. El plan máximo aspiraría a proteger la salud del 100% de la población de modo de alcanzar el más alto nivel de salud en el tiempo y con el costo mínimo y la técnica más eficiente. Estas alternativas establecen los márgenes dentro de los cuales se decidirá acerca de planes intermedios. Cualquiera sea la alternativa que se adopte, significará obtener un nivel de operación y de financiamiento que hará explícitas las consecuencias de la elección.

En la etapa siguiente del proceso se consideran los aspectos de ejecución del plan, cuyo resultado dependerá en última instancia de la organización y administración con que se cuente. Esto condiciona gran parte de la factibilidad del plan.

Las estructuras de los servicios de salud en América Latina son deficientes y en su mayoría no responden a la concepción integralista de la salud, o sea a la atención médica y social del núcleo familiar. No hay una neta correspondencia entre estrcutura institucional y estructura social y el desiderátum está aún lejos de ser abordado por un mecanismo institucional equivalente. Las estructuras actuales se caracterizan por la fragmentación y duplicación de los servicios, con el consiguiente encarecimiento y reducción de su eficiencia.

Los principios de una correcta administración se aplican deficientemente, pese a que los conceptos de delegación, descentralización, supervisión, definición de funciones, formulación de normas, regionalización, etc., informan el contenido principal de los cursos de administración de salud que imparten las escuelas de salud pública del continente y pese al hecho de que aproximadamente un 50 a 60% de los funcionarios de mayor jerarquía de los servicios de salud de América Latina han seguido estos cursos.

Los problemas estructurales y administrativos se revisan en el curso durante un ciclo de seminarios en los cuales se discute la estructura y los niveles de decisión, el financiamiento de los servicios, la formación de personal y otros aspectos.

En su significado más amplio estos problemas deberían ser considerados en el contexto social y político de cada país, pues es ahí donde se originan en gran parte, y no solamente en los defectos de racionalización administrativa.

/3. <u>La metodología</u>

3. La metodología de programación de la salud

La Organización Panamericana de la Salud, solicitó en 1961 al Centro de Estudios del Desarrollo de la Universidad Central de Venezuela (CENDES), que dirige el Dr. Jorge Ahumada, la elaboración de una metodología que pudiera ser utilizada en el trabajo de planificación de la salud. A esa labor, la Organización prestó además colaboración. Esta iniciativa obedecía principalmente a la necesidad de elaborar planes de salud integrados en la planificación global del desarrollo y era un intento de resolver las dificultades vislumbradas para establecer estas relaciones.

La proposición del CENDES representa uno de los primeros pasos en esta materia. Fué expuesta por primera vez en un curso realizado en Venezuela; aplicada luego en forma experimental en el Estado de Aragua (Venezuela) y posteriormente en el primer Curso del Instituto en 1962. En esta última ocasión se practicó en dos áreas de salud de la provincia de Santiago, Chile, como ejercicio docente (y durante el segundo curso en las áreas de Talca y Cauquenes, del mismo país). Durante 1963 fué utilizada además en la planificación de salud que se efectuó en la República de El Salvador.

Estas experiencias han permitido perfeccionar algunos conceptos y resolver numerosos aspectos prácticos de la metodología. En su estado actual constituyó la materia alrededor de la cual giró la parte más extensa de la enseñanza de este segundo Curso.

Se pretende, como en todo método, proceder al análisis objetivo deduciendo los conocimientos de la observación de los hechos, reduciendo al máximo las apreciaciones basadas en estimaciones subjetivas o en convicciones previas. En este sentido representa un esfuerzo más para hacer explícitos, a través del razonamiento lógico, una serie de etapas que habitualmente están implícitas en los pasos que se dan para formular planes de salud. Pretende igualmente identificar y medir los términos en que se expresa la salud, a fin de que esta cuantificación permita establecer el nivel de operación de los planes, el costo de las acciones y el efecto que se espera obtener con la inversión.

/La metodología

La metodología indicada reúne en un conjunto coherente, conceptos antes dispersos dentro del campo teórico de la salud pública. En efecto, la epidemiología, la estadística, la administración sanitaria, la administración hospitalaria, la legislación sanitaria, la contabilidad, la ingeniería sanitaria, etc., se vinculan armónicamente en un sólo sistema de pensamiento, con una finalidad única: la planificación de la salud dentro de la planificación del desarrollo económico y social. De la misma manera las actividades de atención médica, de saneamiento del medio, de protección maternal e infantil, de vacunación, etc., se asocian e integran distribuyéndose recursos y responsabilidades en función de las metas de salud a cumplir.

Se plantea así, en primer lugar, la limitación del sujeto de la planificación de la salud en términos de área geográfica nacional, regional o local. Por razón de la correspondencia entre el nivel de salud y el de desarrollo se formulan criterios para la delimitación de áreas locales, que para estos propósitos se denominan "programáticas".

Se numeran después las etapas del proceso: diagnóstico de la situación, formulación de planes, discusión y decisión, ejecución y evaluación. La discusión del método se concentra en las dos primeras etapas.

El diagnóstico de la situación de salud se analiza en sus cuatro aspectos: descripción, explicación, pronóstico y evaluación. La descripción se refiere al nivel de salud y a sus factores condicionantes. El nivel de salud se mide a base de la mortalidad y la morbilidad, incluyendo, para cada uno de estos indicadores de pérdida de salud, la estructura por diagnóstico y por edad. Los segundos corresponden a los factores epidemiológicos ya clásicos: agente susceptible y medio ambiente, a los cuales se agrega la política de salud, es decir, la forma en que se utilizan los recursos destinados localmente a la salud. La medición de la susceptibilidad de la población se expresa en relación a la estructura por edades y a la desnutrición.

En cuanto al medio, se identifican y miden las características naturales, económicas (ingreso, ocupación, etc.), educacionales (nivel de instrucción, alfabetismo, etc.), sociales (vivienda, familia, etc.), sanitarias (agua, sistema de eliminación de excretas) y otros aspectos básicos: comunicaciones, energía, etc.

/La política

La política de salud, entendida como el uso de los recursos, es examinada con mucho detenimiento, porque es por su intermedio que el sector salud desarrollará los planes y sobre la cual su responsabilidad es máxima. Se la identifica y mide en la cuantía y organización de los recursos, en la asignación que se hace de estos recursos a los daños que ocasionan mortalidad y morbilidad, y también en cuanto a los rendimientos, coberturas y concentración individual, técnicas, costos, etc.

Al explicar la situación se pretende medir la relación entre los factores que la condicionan y el nivel de salud descrito, así como identificar las causas por las que los factores condicionantes alcanzaron las características descritas. Al intentar esta explicación se pone de manifiesto la abrumadora ignorancia que hay en América Latina en este terreno y la necesidad de establecer investigaciones orientadas específicamente a aclararlo.

El pronóstico de la situación se plantea como una estimación del nivel de salud anual probable para la próxima década, expresado en los mismos términos que en la descripción. Para efectuarlo, se vinculan los cambios probables de la población, con las modificaciones del medio producidas por otros sectores, lo cual permite apreciar las tendencias al deterioro, a la mantención o al mejoramiento del nivel de salud.

Al evaluar la situación se compara el nivel de salud pronosticado con el que podría alcanzar mejorando la política de salud, sin aumentar los recursos per cápita, en sus aspectos de organización, distribución, rendimientos, costos, etc. El establecimiento de una escala de prioridades y de normas constituye el núcleo del problema de la evaluación y el nexo con la formulación de planes.

En el estado actual de desarrollo de la metodología, la solución temporal a que ha podido llegarse para formular planes nacionales de salud se basa en los diagnósticos por "áreas locales programáticas". Requiere primero la formulación de planes locales alternativos de mínima y de máxima, su combinación posterior a nivel regional como planes regionales alternativos que se complementan con proyectos específicos de penetración para las áreas no accesibles y para ciertos daños, que serán manejados como proyectos de comando central. Se completan con planes intermedios

/alternativos, que

alternativos, que expresan las posibilidades presupuestarias estimadas para el primer año de la década. Finalmente, se desglosan los planes de investigación, los de adiestramiento y los de inversiones, de acuerdo con los planes de salud de la década.

Esta metodología satisface por el momento los requisitos de consistencia, viabilidad y realismo de los planes, dentro del sector salud. No satisface, sin embargo, la articulación intersectorial, para lo cual se requiere una mayor cantidad de conocimientos y de experiencia, tanto por parte del sector salud, como de los demás sectores. Proporciona una solución provisoria e inmediata, por cuanto permite la presentación de planes alternativos para la discusión técnica y la decisión política.

4. Estrategia para la puesta en marcha del proceso

El proceso de programación de la salud en los gobiernos se realiza en varias etapas, hasta que el mecanismo esté funcionando adecuadamente dentro del sector y engranado con el sistema nacional de planificación del cual formará parte. Su aceptación o rechazo puede depender de numerosos factores, no solamente de los recursos humanos y materiales y de las disposiciones legales, sino de la actitud de las autoridades, de los funcionarios y de la comunidad en general. Se hace necesario, por lo tanto, que se discuta en el curso no solamente cuales son los elementos que harán posible el funcionamiento del mecanismo planificador, sino cual será la estrategia que conviene poner en marcha.

La creación de unidades de planificación de la salud es el primer paso con respecto a las modificaciones administrativas que se requieren. Es necesario institucionalizar el mecanismo de formulación, ejecución y control de planes de salud. Para ello se debe asegurar la continuidad del proceso de planificación dotarlo de los especialistas necesarios e incorporarlo a la administración normal del gobierno. Se requiere su integración dentro del sistema nacional de planificación y su ubicación en el más alto nivel de la administración del sector salud.

Luego de analizar estos aspectos, se destinan algunas sesiones a su discusión, después de ilustrar el problema con la presentación de algunos ejemplos de países latinoamericanos.

/La aplicación

La aplicación de la metodología de planificación para el estudio de la situación de salud del país y la formulación de los planes que se derivan de ellos, requiere igualmente de una estrategia. La aplicación del método en un país relativamente pequeño mostró, durante el presente año, que si existe la aceptación y el respaldo de las autoridades pueden concentrarse en un período relativamente corto los recursos y los esfuerzos necesarios para el estudio de la totalidad del país. La situación puede no ser igual si el país es grande. En este caso hay aspectos de la metodología que son de aplicación inmediata como ser el estudio de los costos de los servicios. Otros, en cambio, presentan problemas más complejos como es el caso de la determinación de los efectos de esos servicios sobre los niveles de salud de la población total. En el curso se discuten estos problemas y se analizan las alternativas de acción que se presentan para el planificador.

Forma parte de esta estrategia la creación de áreas experimentales, que servirían un doble propósito. Por un lado, para investigaciones de aspectos propios de cada país, como ser normas técnicas, estudios de la influencia de determinados factores, etc. Por otro lado, como una demostración en un área restringida, a fin de extenderla después a todo el país.

Otros aspectos igualmente debatibles lo constituyen el problema del adiestramiento de planificadores en los diferentes niveles de la organización de salud del país y la participación de las instituciones y de la comunidad en el proceso.

Sobre estos últimos puntos no existe una experiencia que permita adoptar líneas definidas, pero en cambio la discusión resulta de extraordinario interés, dado el nivel y experiencia de los participantes.

IV. RESULTADOS

Los resultados del Segundo Curso de Planificación de la Salud realizado en 1963 podrán conocerse con más detalle cuando se tabulen las opiniones formuladas por los propios alumnos, mediante un cuestionario de evaluación. Los comentarios que se expresan a continuación, sobre los hechos más sobresalientes, se refieren a los alumnos, a la organización de la enseñanza y a su contenido.

/Fué posible

Fué posible en este segundo curso proceder a una selección más rigurosa de los participantes. Esta circunstancia y el hecho de que hayan asistido en calidad de alumnos nueve consultores de la Organización Panamericana de la Salud, permite anticipar un efecto significativo para estimular la puesta en marcha del proceso de planificación de la salud en los países latinoamericanos. Un cierto número de los participantes a estos cursos podrán incorporarse a la investigación en áreas experimentales y otros a la docencia, para extender la enseñanza sobre planificación de la salud.

En cuanto al proceso docente, se pudo desarrollar en mejores condiciones, por la experiencia ganada en el último año, en la cual se incluyen la práctica de terreno del Curso de 1962, el Primer Plan Decenal de la República de El Salvador, y la experiencia adquirida en el trabajo realizado en diversos países latinoamericanos.

No se dispuso de suficiente personal docente para la enseñanza de la metodología de la planificación de la salud, cuyos ejercicios se realizan en pequeños grupos y cuya práctica de terreno requiere de un instructor permanente para cada grupo de trabajo. La incorporación de nuevas materias tales como "Desarrollo social de América Latina", "Análisis y técnica de proyectos", etc. demostró ser de gran interés para el desarrollo del contenido del curso y señaló la necesidad de una más profunda compenetración en torno a la problemática fundamental de la planificación de la salud.

El contenido de la enseñanza de la planificación de la salud giró en torno a la prueba de terreno, realizada en dos áreas contiguas, situadas a unos 400 kms. al sur de Santiago. A ellas se trasladaron los alumnos por espacio de una semana, divididos en grupos a cargo de su correspondiente instructor, para recoger la información básica. Esta práctica duró ocho semanas y produjo abundante material relativo al diagnóstico de la situación de la salud y a la formulación de planes alternativos a diferentes niveles de financiamiento.

Durante el período de elaboración del material se intercaló una sesión de dos días, para analizar los resultados obtenidos con respecto al diagnóstico de la situación de salud. En esta ocasión se presentó el nivel y estructura de la situación de salud en esas áreas, los factores que la

/condicionan (demográficos,

condicionan (demográficos, ambientales y la política de salud durante 1962), llegándose a computar los costos totales de la salud, su distribución por enfermedades y las técnicas con sus costos. Para el pronóstico de la situación se dispuso de información sobre proyecciones demográficas, planes de vivienda, educación, agua potable, carreteras, etc.,proporcionada por el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), la Corporación de Fomento de Chile (CORFO) y el Ministerio de Obras Públicas.

Pudo demostrarse cómo en algunos casos de deterioro de la salud por aumento de ciertas enfermedades, ese deterioro se podía evitar, ya sea por un incremento de los gastos en servicios de salud, para contrarrestar la insuficiencia de las realizaciones en otros sectores tales como servicios de agua y alcantarillado, escuelas, etc., o por el incremento de las actividades de dichos sectores. Del mismo modo, se pudo observar que en aquellas áreas en las cuales se está produciendo reducción de la población por emigración, el mejoramiento del nivel de salud puede conseguirse por una mejor destribución y relación de los recursos sociales con los de salud, sin necesidad de recurrir a un aumento de estos últimos.

De un modo más marcado que en 1962, se pudo apreciar la necesidad de investigaciones orientadas específicamente a resolver problemas vinculados con la determinación de la eficiencia tecnológica y administrativa de los servicios de salud. Por primera vez se pudo incorporar al cómputo de los costos de las acciones de salud los valores de depreciación de los bienes de capital (equipos y edificios). Pudo verse con claridad que algunas acciones de salud corresponden de modo muy aproximado a los conceptos de inversión (por ejemplo: vacunación).

Al finalizar el curso, se realizaron varias sesiones destinadas a discutir la estrategia para la planificación, los aspectos administrativos y estructurales de una unidad de planificación, las necesidades de investigación, los planes de adiestramiento, la elaboración de proyectos específicos y el presupuesto por programa. Con respecto a los dos últimos, se vislumbró la posibilidad de vincular entre sí los aspectos económicos y los sociales al elaborar proyectos específicos de inversión.

ANEXO I

EL FUNCIONAMIENTO DEL CURSO DE 1963

1. Sede y fechas

El curso se llevó a efecto en la sede del Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social, en Santiago de Chile, iniciándose el 2 de septiembre y finalizando con un acto de clausura el 6 de diciembre del presente año. Su duración total fué de 14 semanas.

2. Dirección y administración

Ambos organismos patrocinantes, el Instituto y la Organización Panamericana de la Salud, compartieron la dirección y administración del curso, designando como Codirectores a Ricardo Cibotti por parte del Instituto y Hernán Durán por parte de la Organización Panamericana de la Salud. Los Codirectores tuvieron a su cargo los aspectos administrativos del curso y la coordinación de sus aspectos técnicos.

3. Aporte de los organismos patrocinantes

El Instituto proporcionó 5 profesores para dictar cursos completos siendo uno de ellos el Codirector así como la documentación correspondiente a las materias económicas y sociales. Proporcionó igualmente los salones de clases y los servicios administrativos generales.

La Organización Sanitaria Panamericana proporcionó tres profesores, uno de los cuales fué el Codirector del curso, 21 becas para los alumnos participantes y 3.000 dólares para material didáctico, administrativo, gastos de secretaría, etc. La OSP envió además nueve de sus consultores para que asistieran como alumnos regulares.

Las becas incluyeron los pasajes de ida y regreso de los participantes y el estipendio mensual fijado por Naciones Unidas.

4. Colaboración de otros organismos

El Servicio Nacional de Salud de Chile proporcionó las facilidades para que los alumnos efectuaran una práctica de programación en las áreas de Talca y Cauquenes, pertenecientes a la VII Zona de Salud. Esas facilidades incluyeron la información estadística. El Jefe de la VII Zona, Dr. Norberto Espinoza, fué autorizado por el SNS para participar como profesor ayudante del Curso durante un mes.

/La Escuela

La Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile colaboró en el Curso con la participación del profesor Hugo Behm, quién dictó las clases sobre "Indicadores de Salud".

El Centro Latinoamericano de Demografía proporció como profesor de demografía al Sr. Jorge Somoza y la CEPAL al Sr. Octavio Cabello en planificación de la vivienda.

5. Profesorado

Las materias estuvieron a cargo de los siguientes profesores:

a) Desarrollo social de América Latina: Luis Ratinoff y Enzo Faletto, (Instituto).

b) Análisis y programación del desarrollo: Ricardo Cibotti, (Instituto).

c) La problemática del planeamiento educativo en América Latina; Simón Romero Lozano, (Instituto).

d) La problemática del planeamiento de la vivienda en América Latina: Octavio Cabello, (CEPAL).

e) Indicadores de salud: Hugo Behm, (Escuela de Salubridad).

f) Demografía: Jorge Somoza, (CELADE).

g) La programación de la salud: Hernán Durán, Eduardo Sarué* y Humberto Córdoba,(Organización Panamericana de la Salud).

h) Análisis y técnica de proyectos: Julio Melnick, (Instituto).

6. Participantes

El curso contó con la asistencia de 32 alumnos regulares, de los cuales 23 eran funcionarios de los gobiernos y 9 de la Organización Panamericana de la Salud.

El Servicio Nacional de Salud y el Centro de Planificación de la Universidad de Chile enviaron un número limitado de alumnos libres.

El nombre de los participantes, sus países de origen y sus cargos son los siguientes:

---

* El Dr. Eduardo Sarué dirigió la materia sobre metodología de planificación de la salud y participó además en todas las actividades destinadas a darle estructura y contenido al curso.

/NOMBRE

NOMBRE Y APELLIDO	PAIS DE ORIGEN	CARGO
1. Tizoc Aguilar Lara	México	Director, Centro de Salud, "J.M.Urueña" y Jefe de la Estación de adiestramiento en Morelia
2. Julio Norberto Bello	Argentina	Director del Distrito de Salud Nº 5 en el Plan de Salud de la Provincia del Chaco
3. Federico Bresani Silva	Perú	Profesional de la Oficina de Planificación de la Dirección General de Salud
4. José Luis Brizuela	El Salvador	Director Regional de Salud Pública I
5. Raúl Cantuarias Bernal	Chile	OPS. Consultor Proyecto México 15
6. Antonio Delgado Guitiño	Chile	Director I Zona de Salud
7. Carlos Díaz del Pinal	El Salvador	Director, Campaña Nacional Antipalúdica
8. Everardo González	Panamá	Director de la Sección Técnica de Adiestramiento de Personal(Nivel Nacional)
9. Carlos Imaz	Uruguay	Director del Programa de Salud Pública Rural
10. Alberto Lari	Perú	OPS. Representante Adjunto Zona VI
11. Miguel López Berríos	Nicaragua	Jefe de la División de Bioestadística
12. Carlyle Guerra de Macedo	Brasil	Técnico da Divisão de Saúde do Departamento do Recursos Humanos (DRH), SUDENE
13. Domingo A. Masi	Paraguay	OPS. Consultor Jefe en Nicaragua
14. Gregorio Mendizábal Lozano	Bolivia	Director Regional de Salud Pública

/15.

NOMBRE Y APELLIDO	PAIS DE ORIGEN	CARGO
15. Antonio Menna	Paraguay	OPS. Consultor Jefe en Ecuador
16. Salvador Ortiz Pérez	México	Jefe Departamento Programas Especiales de la Dirección Gral. de Salud Pública en Estados y Territorios
17. Aurelio Pabón	Colombia	Médico de Salud Pública Of. de Planeamiento, Coordinación y Evaluación, Jefe Sección de Bioestadística
18. Raúl Paredes López	Guatemala	Dirección División Servicios Locales
19. Carlos Alberto Pineda Muñoz	Honduras	Subdirector de Servicios Locales de Salud Pública
20. John Arthur Reneau	Bélice	Jefe, Sección de Salud del Depto. de Servicios Médicos Bélice. Director Campaña Erradicación de Malaria
21. Juan Eduardo Sainsbury Lemus	Venezuela	Médico Sub-Director de la División de Oncología
22. J.Rafael Salazar Dominguez	Venezuela	Médico Jefe Unidad Sanitaria Cumaná
23. Otto Siebert	Canadá	OPS. Jefe Proyecto Brasil-3
24. Manuel Sirvent-Ramos	México	OPS. Consultor Proyecto Argentina-35
25. Jorge Tavera Gaitskell	Colombia	Médico de Salud de la Of. de Coordinación Ejecutiva del Ministerio de Salud
26. José Manuel Ugarte Avendaño	Chile	Profesor Titular de Bioestadística Facultad de Medicina. U. de Chile
27. Raúl Vargas	Perú	OPS. Consultor Estadístico Zona VI
28. Martín Vásquez Vigo	Argentina	OPS. Consultor Proyecto Costa-Rica 14

/29.

NOMBRE Y APELLIDO	PAIS DE ORIGEN	CARGO
29. Antonio Velasco	Argentina	Director Hospital Rivadavia
30. Manuel M. Villa C.	Perú	OPS. Consultor Jefe en Bolivia
31. Carlos Vinha	Brasil	Asistente del Director General do Departamento Nacional de Endemias Rurais-Ministerio da Saúde
32. Ricardo Zacarías Espínola	Paraguay	Director del Depto. de Educación Sanitaria

7. Documentación

Los participantes al curso recibieron la documentación preparada por los profesores. Se les suministró igualmente la información bibliográfica y dispusieron de las facilidades de la biblioteca de la CEPAL.

8. Normas de funcionamiento

El curso se desarrolló de acuerdo a normas de funcionamiento cuyos aspectos más importantes y destacados fueron los siguientes:

a) dedicación integral y exclusiva al curso;

b) asistencia obligatoria al 90% de las clases teóricas, seminarios y otras prácticas, requisito para la otorgación del certificado.

9. Certificación

Finalizado el curso, de acuerdo a las normas de funcionamiento y verificado su cumplimiento, se otorgó un certificado a cada uno de los participantes.

ANEXO II

MATERIAS

El contenido del curso fué desarrollado a través de un conjunto de materias, expuestas siguiendo una secuencia deliberada para presentar el problema en la siguiente forma:

(i) el marco general, económico y social en que se desenvuelve la programación de la salud;

(ii) la problemática de la planificación de la salud y la metodología;

(iii) los aspectos aplicativos y el mecanismo para la programación en los países.

El total de horas destinadas a las materias y la forma en que éstas se dieron fué la siguiente:

Distribución de las horas en las distintas materias

Materias	Clases	Ejercicios	Seminarios	Práctica	Total
1. Desarrollo social de A.L.	6		3		8
2. Análisis y programación del desarrollo	28	3	3		34
3. Planeamiento educativo	3				3
4. Planeamiento de la vivienda	3				3
5. Indicadores de salud	5	3	3		11
6. Demografía	5		6		11
7. Seminarios sobre análisis situación salud países			15		15
8. Programación de la salud	61	21		164	246
9. Análisis y técnica proyectos	3				3
10. Planes salud y estrategia			26		26
Total	113	27	56	164	360

/A continuación

A continuación se presenta una síntesis de cada una de las materias desarrolladas. El calendario de estas materias se presenta en hoja adjunta.

1. Análisis y programación del desarrollo económico (34 horas)

La realidad económica latinoamericana; distancia entre logros y aspiraciones; las tensiones sociales.

Nociones fundamentales sobre conceptos económicos; descripción de una economía elemental; definición provisional de ingreso nacional, valor agregado, consumo e inversión. Descripción de un sistema económico cerrado mediante una tabla de relaciones intersectoriales.

Sistema simplificado de contabilidad social; definiciones de agregados macro-económicos; comentarios sobre distribución del ingreso.

Descripción del funcionamiento de la economía basada en las leyes de la oferta y de la demanda; las imperfecciones del mercado, concepto de elasticidad.

Las características estructurales de los países desarrollados y subdesarrollados; la dinámica del desarrollo económico.

Análisis y programación del desarrollo económico; características del método programático; el proceso de planificación, descripción de las etapas; modelos de programación global; descripción de un modelo simplificado; análisis y programación del desarrollo económico.

El desarrollo económico latinoamericano; reseña de la evolución económica latinoamericana; las ideologías políticas y las acciones económicas; la crisis del desarrollo actual.

Descripción y discusión de un modelo global para una economía abierta; el problema de la sectorialización de un modelo global; los coeficientes técnicos.

La problemática de la planificación del sector público.

2. Desarrollo social de América Latina (8 horas)

Análisis del proceso de urbanización y de la situación rural en América Latina. Urbanización e industrialización y mecanismos de ajustes de la ciudad tradicional.

/Calendario

CALENDARIO DEL CURSO DE CAPACITACION EN PLANIFICACION DE LA SALUD. 1963

Semana	MAÑANA	TARDE
1	(a) Desarrollo social de América Latina (8)	(c) La problemática del planeamiento educativo en América Latina (3) (d) La problemática del planeamiento de la vivienda en América Latina (3) (g) Seminarios para el análisis de la situación de salud en los países (15) - Seminarios sobre temas desarrollados en las mañanas.
2	(e) Indicadores de salud (11) (b) Análisis y programación del desarrollo (34)	
3	(f) Demografía (11)	
4		
5 a 12	(h) Programación de la salud (246)	
13	(i) Análisis y técnica de proyectos (3) (j) Seminarios sobre planes de salud	
14	y estrategia para la planificación (26)	

NOTA: los números entre paréntesis indican las horas destinadas a las materias.

a) Industria ineficiente, b) familismo, c) servicios, d) poblaciones marginales.

Efectos latentes y manifiestos de los cambios.

Los nuevos grupos urbanos; las clases medias; las orientaciones políticas y económicas; evolución e integración de las clases urbanas populares; las ideologías políticas y su relación con el desarrollo económico y social.

3. La problemática del planeamiento educativo en América Latina (3 horas)

Relaciones entre educación y salud; problemas de coordinación.

Los problemas de la educación latinoamericana que originan la necesidad de la planeación; papel del estado; los resultados de la educación y los requerimientos del desarrollo social y económico.

Problemas de contenido y de método que plantea el diagnóstico y la programación de la educación.

4. La problemática del planeamiento de la vivienda en América Latina (3 horas)

El problema de la vivienda en América Latina; su caracterización, definición y medición mediante indicadores estadísticos; aspectos sociales y económicos; políticas y programas nacionales de vivienda; necesidades técnicas y administrativas; necesidad de coordinación multisectorial.

5. Demografía (11 horas)

Definición de conceptos demográficos.

Evolución de la población mundial; examen de la situación demográfica en distintas regiones del mundo; comparación entre las características demográficas latinoamericanas y las de los países de Europa en el siglo XIX.

Aspectos demográficos de la urbanización en América Latina.

Seminarios sobre la situación demográfica en América Latina y la comparación de índices demográficos; seminarios sobre relaciones entre demografía y salud pública.

6. Indicadores de salud (11 horas)

Definición de indicadores; requisitos; campo de aplicación; tipo de indicadores.

La cuantificación en los programas de salud; bases de construcción de indicadores de salud; tasas de mortalidad; expectativa de vida al nacimiento; funciones de la tabla de vida; otros indicadores de mortalidad; indicadores de morbilidad y otros de salud; indicadores de nutrición y alimentos.

Ejercicios y seminarios sobre validez, sensibilidad, poder discriminatorio, etc. de los indicadores, a base de algunos ejemplos de países.

7. Seminarios para el análsis de la situación de salud en los países (15 horas)

Se procedió a la selección de temas por su importancia en el proceso de programación de la salud y sobre los cuales los participantes pudieron hacer una importante contribución con su experiencia. Los temas discutidos fueron los siguientes:

1) El problema de la demanda de servicios de salud por parte de la población;

2) Disponibilidad de recursos humanos para los servicios de salud;

3) Problemas institucionales de la atención de la salud;

4) Financiamiento de las actividades de salud;

5) Los problemas de la adopción de decisiones en materia de prestación de servicios de salud.

8. La programación de la salud (246 horas)

Análisis de la salud como fin y como medio; relaciones entre nivel de desarrollo y nivel de salud; el concepto de política de salud y sus vinculaciones con la política de desarrollo; etapas del proceso de planificación de la salud; análisis de la realidad latinoamericana (6 horas).

El método para la programación de la salud; definición del sujeto; el diagnóstico de la situación: descripción del nivel de salud de la población, del medio y de la política de salud. Organización de los recursos (instrumentación), asignación a daños y cálculo del costo-efecto. Explicación de la situación. Pronóstico, evaluación y normalización.

/Formulación

Formulación de planes locales; plan mínimo, plan máximo y plan intermedio (54 horas).

Práctica de terreno realizada en las áreas de salud de Talca y Cauquenes: recolección de la información básica. El diagnóstico de la situación de salud de dichas áreas y presentación de este diagnóstico en un seminario de dos días; formulación de planes mínimo, máximo e intermedio y presupuesto-programa (164 horas).

9. Análisis y técnica de proyectos (3 horas)

Definición de proyectos; relación entre proyectos y programas; etapas en la vida de un proyecto; contenido de un proyecto.

Adaptación de los conceptos generales empleados en la técnica de preparación de proyectos a los proyectos de salud; la integración de proyectos sociales.

La técnica en los proyectos de salud.

10. Seminarios sobre planes de salud y estrategia para la planificación (26 horas).

Ciclo de seminarios destinados a analizar y discutir los problemas de creación del mecanismo planificador en los gobiernos, las relaciones entre el plan nacional de salud y el plan global de desarrollo y los problemas de estrategia que se requiren para institucionalizar el proceso.

Los temas elegidos fueron los siguientes:

1) Creación de unidades de planificación en los organismos de salud pública.

2) La aplicación de la metodología de planificación en la elaboración de los planes nacionales de salud; aspectos de su aplicación inmediata y a mediano y largo plazo.

3) Articulación del plan de salud con el plan general de desarrollo económico y social.

4) Importancia y necesidad de la creación de áreas experimentales.

5) El adiestramiento para la planificación de la salud de los funcionarios en los distintos niveles de organización sanitaria.

6) Participación de las instituciones y de la comunidad en el proceso de programación de la salud.