CUARTO CURSO DE PLANIFICACION DE SALUD

1965

TOMO I MATERIAL

1. Prospecto
2. Lista de participantes
3. Calendario
4. Aspectos principales del desarrollo económico y social de América Latina. Temas de las clases expuestas en las dos primeras semanas.
5. Desarrollo económico y salud. Apuntes de las clases del Prof. H. Durán. Tomados por I. Videla.
6. Seminario N° 1. Salud en el desarrollo económico y social de América Latina.
7. Metodología de planificación de salud. Manual de procedimientos preparado por el grupo A.
8. Metodología de planificación de salud. Manual de procedimientos preparado por el grupo C.
9. Análisis de la metodología. Comentario preparado por el grupo A.
10. Trabajo de campo:
    - Información sobre mortalidad de los residentes de las áreas de La Serena, Coquimbo y Vallenar.
    - Información sobre los egresos hospitalarios ocurridos en los Hospitales de La Serena, Coquimbo, Andacollo, Vallenar y Freirina.
    - Nivel y estructura de los egresos hospitalarios de Coquimbo.
    - Nivel y estructura de las consultas de La Serena, Coquimbo y Vallenar.
    - Población por grupos de edad: La Serena, Coquimbo y Vallenar.
    - Situación del medio: La Serena, Coquimbo y Vallenar.
    - Normas de departamentalización
    - Normas de clasificación de personal.

- Lista de personal de Coquimbo y Andacollo
- Composición real y monetaria de los instrumentos y actividades
- Atributos de actividades e instrumentos
- Ejemplo de normas técnicas. Probabilidad de adquirir, mejorar y morir en cada daño.
- Pronóstico provincial de los daños
- Pronóstico por daño.
- Tipo de normas requeridas (esquemático)
- Normas sobre técnicas de producción de la salud
- Modelos de asignación de la política de salud a los daños
- Modelo de costo efecto unitario de la política de salud
- Normas de vulnerabilidad de los daños
- Ejemplo de metas de normalización
- Presupuesto-programa.
- Normas de apertura de programas.

11. Seminario sobre demografía en América Latina
12. Reseña general del proceso y del sistema de planificación. Prof. H. Durán.
13. Unidades de planificación de salud.
14. Seminario. Planificación de la salud e investigación.
15. Seminario. Adiestramiento de planificadores de salud.
16. Seminario. Estrategia para la planificación de la salud.
17. Formulación de un plan nacional de salud para Chile.
18. Seminario Final.
19. Informe y prospecto Cursos de 1965 y 1966.

TOMO II. METODOLOGIA DE PLANIFICACION DE LA SALUD. MODELO DOCENTE.

TOMO III. DOCUMENTOS

1. Análisis y programación del desarrollo económico.
   Programa y bibliografía de las clases dictadas por los Profs.
   R. Cibotti y P. Paz

2. Introducción a la planificación del desarrollo
   R. Cibotti y P. Paz. Versión preliminar

3. Un enfoque de la planificación del sector público.
   R. Cibotti

4. Manual de Teoría Económica. Capítulo I. Demanda y Oferta

TOMO IV. DOCUMENTOS

1. Técnicas de planificación
   P. Vuskovié

2. Principales elementos a ser considerados en el diagnóstico macro-económico y relaciones entre los mismos.
   N. González

3. La morfología de la actividad económica: sistemas y tipos de organización. Capítulo I.
   Raymond Barré

4. Los problemas centrales de toda sociedad moderna
   Paul Samuelson

5. "Desarrollo Social" y "Planificación Social". Estudio de problemas conceptuales y prácticos en América Latina.
   División de Asuntos Sociales de la CEPAL.

6. Filosofía del desarrollo
   José Medina Echavarría

7. El proceso de desarrollo en América Latina (Hipótesis para una interpretación sociológica)
   Fernando H. Cardoso.

GENERAL
INST/30
Santiago, Chile
Septiembre de 1965

ORIGINAL: ESPAÑOL

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL

PROSPECTO DEL CURSO DE CAPACITACION EN PLANIFICACION DE LA SALUD, 1965

Curso organizado por el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social y por la Organización Panamericana de la Salud.

I. OBJETIVOS Y CARACTERISTICAS

1. ANTECEDENTES

El reconocimiento de que la salud no sólo es un bien en sí, sino también un factor indispensable del desarrollo, ha dado origen en los últimos años a diversas iniciativas tendientes a planificar la salud como parte inseparable de los planes de desarrollo económico y social en los países de América Latina.

Esto exige personal con conocimiento de los principios y métodos en que se basa la programación de la salud y de los aspectos fundamentales de la planeación integral del desarrollo.

A estos efectos el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social y la Organización Panamericana de la Salud concertaron un acuerdo para desarrollar cursos de capacitación, para funcionarios gubernamentales de alto nivel.

Estos cursos se han realizado anualmente desde 1962, habiéndose capacitado un total de 89 técnicos en los tres anteriores. El presente curso será el cuarto.

2. OBJETIVOS

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 y propósitos.

3. PARTICIPANTES

Este curso está destinado a funcionarios de alto nivel de los servicios de salud de los países de América Latina, con adiestramiento previo y experiencia en salud pública y vinculados estrechamente con las actividades de formulación y ejecución de planes nacionales de salud.

La Organización Panamericana de la Salud concederá becas a los participantes propuestos por los gobiernos respectivos y aprobados de común acuerdo entre la OPS y el Instituto.

La OPS enviará además, como participantes, a algunos consultores que se desempeñan en diversos países de América Latina.

El curso contará con alrededor de 35 participantes.

/4. SEDE

4. SEDE Y DURACION

El curso tendrá lugar en la sede del Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social en Santiago de Chile, cuya dirección es Av. José M. Infante N° 9. Las clases se efectuarán en un edificio vecino en calle Huelén N° 92.

Se desarrollará desde el 7 de septiembre al 10 de diciembre de 1965 con una duración total de 14 semanas.

5. DIRECCION

El curso está organizado y dirigido conjuntamente por la Organización Panamericana de la Salud y por el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social. Actuarán como codirectores los señores Hernán Durán y Ricardo Cibotti, respectivamente.

6. ORGANISMO COLABORADOR

El Servicio Nacional de Salud en Chile colaborará dando facilidades para que la práctica de terreno del curso se realice en áreas de su dependencia.

El SNS colaborará además con un profesor en la asignatura de metodología de planificación de salud.

7. PROFESORADO

El cuerpo de profesores estará constituido, entre otros, por los siguientes especialistas:

a) Del Instituto, en materias de desarrollo económico y social y planeación del desarrollo: Ricardo Cibotti, Héctor Sosa, Fernando Cardoso, Simón Romero Lozano, Jorge Alcázar A., Pedro Paz.

b) De la Organización Panamericana de la Salud, en materias de salud y desarrollo y de metodología de planificación de la salud: Hernán Durán, Eduardo Sarué, Federico Bresani, Manuel Parra Petit.

c) Del Servicio Nacional de Salud de Chile, en metodología de planificación de salud: Ricardo Valdés.

d) De CEPAL, en materias de desarrollo económico y social: Octavio Cabello, Luis Dorich, Rubén Utria, Daniél Bitrán.

e) De CELADE, en demografía: Jorge Somoza, Horacio Gutiérrez.

II. PLAN DE ESTUDIOS

Las dos primeras semanas consistirán en un análisis de los aspectos principales del desarrollo económico y social de América Latina, durante el cual se ubicará a la salud en el contexto de dicho desarrollo, presentando suscintamente las necesidades y recursos de salud en el panorama general de los problemas demográficos, económicos y sociales, con especial referencia a la educación, la vivienda, el problema agrario e industrial, etc.

De la tercera a la duodécima semana se extenderá el estudio de la metodología de programación de la salud, dedicando las dos primeras a su estudio por medio de un modelo teórico. Luego se procederá a la recolección de datos para un estudio de aplicación de la metodología en áreas geográficas determinadas y las semanas siguientes se destinarán a la elaboración del material para la formulación del diagnóstico y los planes para dichas áreas.

A partir de la octava semana se impartirá enseñanza sobre análisis y programación del desarrollo económico, y al estudio de aspectos sociológicos del desarrollo en América Latina.

Durante el último período del curso se analizarán y discutirán los principales problemas de organización y administración que influirán o afectarán la instalación del proceso, así como la formulación y ejecución del plan. Al mismo tiempo se revisarán aquellos aspectos que se estiman fundamentales para la puesta en marcha y el desarrollo del proceso de planificación, el concepto y utilidad de la creación de áreas experimentales y el adiestramiento de planificadores. Esta revisión se hará tomando especialmente en cuenta la experiencia latinoamericana.

Finalizará el curso con un seminario destinado a presentar y discutir el diagnóstico y los planes de salud elaborados como práctica docente.

El siguiente es el resumen del plan de estudios con las materias y sus profesores y el número de horas que comprende cada materia:

/MATERIA

MATERIA	PROFESORES	Nº HORAS
1. ASPECTOS PRINCIPALES DEL DESARROLLO ECONOMICO Y SOCIAL DE AMERICA LATINA		54
a) Salud y desarrollo	H. Durán	12
b) Evolución económica	R. Cibotti, H. Sosa	9
c) Desarrollo social	F. Cardoso	4
d) Crecimiento demográfico y desarrollo	H. Gutiérrez D. Bitrán	5
e) El problema educacional	S. Romero Lozano	6
f) El problema agrario	J. Alcázar	6
g) Vivienda y desarrollo	O. Cabello, R. Utria, L. Dorich	6
h) Seminario		6
2. METODOLOGIA DE PROGRAMACION DE LA SALUD Y TECNICAS DE FORMULACION, PRESENTACION Y EVALUACION DEL PLAN	E. Saruê F. Bresani M. Parra Petit R. Valdés	261
3. ANALISIS Y PROGRAMACION DEL DESARROLLO ECONOMICO	R. Cibotti, P. Paz	29
4. ASPECTOS SOCIOLOGICOS DEL DESARROLLO	F. Cardoso	14
5. LOS PROBLEMAS DE ORGANIZACION Y ADMINISTRACION DE LA PLANIFICACION DE SALUD	H. Durán E. Saruê	30
6. SEMINARIOS SOBRE DIAGNOSTICO Y FORMULACION DE PLANES		15
TOTAL DE HORAS		403

/III. RESUMEN

III. RESUMEN DE MATERIAS

1. ASPECTOS PRINCIPALES DEL DESARROLLO ECONOMICO Y SOCIAL DE AMERICA LATINA

Destinada a destacar la necesidad de planificar la salud en el contexto de la planificación integral del desarrollo. Se analizan las relaciones entre salud y desarrollo y se estudia la realidad socio-económica de los países latinoamericanos, dándose para estos propósitos un panorama suscinto de los principales problemas económicos y sociales de estos países.

2. METODOLOGIA DE PROGRAMACION DE LA SALUD Y TECNICAS DE FORMULACION, PRESENTACION Y EVALUACION DEL PLAN

Los principios fundamentales y la metodología de la programación de la salud. Esta materia será discutida primero en un modelo teórico y luego desarrollada a través de una experiencia de campo en áreas de salud seleccionadas para este propósito.

Se impartirán además los conocimientos y métodos que permitan integrar el plan en una unidad consistente, que contenga los proyectos y presupuestos-programa así como los principios y normas para su ejecución y evaluación.

3. ANALISIS Y PROGRAMACION DEL DESARROLLO ECONOMICO

Definición de la problemática del desarrollo económico partiendo de los conceptos básicos de la economía, su estructura y funcionamiento en América Latina. El proceso de programación económica, su organización y administración y la vinculación entre los sectores económicos y los sociales.

4. ASPECTOS SOCIOLOGICOS DEL DESARROLLO

Los problemas sociológicos que plantea el proceso de modernización, industrialización, urbanización, estancamiento rural, etc., como marco de referencia al proceso de desarrollo económico y social en América Latina.

5. LOS PROBLEMAS DE ORGANIZACION Y ADMINISTRACION DE LA PLANIFICACION DE SALUD

Revisión de los principales problemas administrativos, estructurales, financieros, etc., que dificultarán o facilitarán la implantación del proceso en América Latina, ilustrándolos con la experiencia de algunos países.

/6. SEMINARIOS

6. SEMINARIOS SOBRE DIAGNOSTICO Y FORMULACION DE PLANES EN LAS AREAS ESTUDIADAS

Presentación y discusión del resultado del trabajo de campo efectuado durante el curso y análisis de conjunto de estos planes de salud en sus relaciones con los sectores económicos y sociales que forman parte del plan de desarrollo.

IV. CALENDARIO

<table>
<tr><th>Semana</th><th>Fechas</th><th colspan="3">Materias</th></tr>
<tr><td>1
2</td><td>6-10 Sept.
13-17 Sept.</td><td colspan="3">1. Aspectos principales del desarrollo económico y social de América Latina</td></tr>
<tr><td>3
4
5
6
7</td><td>20-24 Sept.
27 Sept. - 1 Oct.
4 - 8 Oct.
11-15 Oct.
18-22 Oct.</td><td colspan="3" rowspan="5">2. Metodología de programación de la salud y técnicas de formulación, presentación y evaluación del plan</td></tr>
<tr><td>8
9
10</td><td>25-29 Oct.
1 - 5 Nov.
8-12 Nov.</td><td>3. Programación del desarrollo económico</td><td>4. Aspectos sociológicos del desarrollo</td><td></td></tr>
<tr><td>11
12</td><td>15-19 Nov.
22-26 Nov.</td><td colspan="2" rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>13
14</td><td>29 Nov. - 3 Dic.
6-10 Dic.</td><td colspan="2">5. Los problemas de organización y administración de la planificación de salud</td><td>6. Seminarios finales</td></tr>
</table>

/V. NORMAS

V. NORMAS DE FUNCIONAMIENTO

Las presentes normas tienen por objeto promover un eficiente desarrollo de las actividades del Curso y deberán ser observadas rigurosamente por todos los participantes.

a) Los participantes deben dedicar todas sus horas regulares de trabajo a las labores del curso de conformidad con el horario que señalará la Dirección del mismo. No podrán participar en actividades que sean ajenas al curso.

b) La asistencia a clases, seminarios, conferencias, trabajos prácticos, etc. será obligatoria para todos los participantes.

   Para obtener el Certificado se exigirá la asistencia mínima al 90 por ciento de las clases, seminarios, etc. Tres atrasos se considerarán como una inasistencia.

c) Los participantes deberán realizar los trabajos prácticos y monografías que la Dirección determine.

d) Con el fin de evaluar la eficacia del curso y el aprovechamiento del mismo por los participantes, se realizarán exámenes sobre el contenido fundamental de cada materia. La Dirección fijará la oportunidad y modalidades de dichos exámenes.

e) Los participantes que cumplan con los requisitos de asistencia y aprovechamiento tendrán derecho a obtener un certificado de capacitación.

f) Los participantes podrán exponer libremente sus ideas en las clases, seminarios y demás actividades del curso y podrán discutir aspectos técnicos con los profesores en las horas que estos fijen para dicho fin.

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE
PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

Curso de Planificación de Salud, 1965

LISTA DE PARTICIPANTES

NOMBRE Y APELLIDO	PAIS DE ORIGEN	CARGO	DIRECCION	TELEFONO
Rigoberto Alvarado Lozano	Honduras	Médico, Jefe de la División de Tuberculosis, Ministerio de Salud Pública	2a. Avenida N° 87 La Hoya, Tegucigalpa	2-5077
Eduardo Aquino del Puerto	Paraguay	Médico, Director Departamento de Atención Médica, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social	Juan Leopardi 807 Asunción	3643
Domingos Carvalhedo Barbosa	Brasil	Médico, Consejero Técnico del Servicio Especial de Salud Pública	Barão de Studart 1413 Fortaleza, Ceará	4-1210
Ramón Cova Rey	Venezuela	Odontólogo, Coordinador del Departamento de Odontología Preventiva y Social, Universidad Central de Venezuela.	Suapure, Quinta Herrera, Colinas de Bellomonte	717245
Darwin del Castillo Ruiz	Perú	Odontólogo, Planificador de la Oficina Sectorial de Planificación de Salud, Ministerio de Salud Pública	Cabo Gutarra 919 Pueblo Libre, Lima	—
Luis Gallardo Alarcón	Bolivia	Médico, Director Nacional de Servicios Regionales, Ministerio de Salud Pública	Av. Camacho 1415, La Paz	23989
Néstor García-Calella González	Cuba	Médico, Subdirector Nacional de Clínicas Mutualistas, Ministerio de Salud Pública	Calle N° 12, # 26 Reparto Aldabó La Habana	404615

NOMBRE Y APELLIDO	PAIS DE ORIGEN	CARGO	DIRECCION	TELEFONO
Oscar Gils Carbó	Argentina	Médico, Secretario Técnico, Dirección Gral. de Medicina Asistencial y Promoción de la Salud, MSP	Pampa 5777 Buenos Aires	51-8402
Rubén González González	Bolivia	Médico, Director de la Unidad Sanitaria de Cochabamba, MSP	Antezana 5422 Cochabamba	4200
Norman Kliwadenko Jaramillo	Chile	Médico, Representante Residente de la OMS/OPS en Paraguay	Buenos Aires 1090 Asunción, Paraguay	4802
Efraín Lazo Mendez	Perú	Médico, Funcionario de la Oficina Sectorial de Planificación de Salud MSP	Av. Petit Thouars N° 3133-7, San Isidro, Lima	34044
Adela Legarreta Peña	Chile	Médico, Jefe de Trabajos, Departamento de Bioestadística, Escuela de Salubridad	I. Goyenechea 2985	480236
Daniel López Ferrer	México	Médico, Consultor Zona IV, OPS	Villalongin 126, Depto. 3, México	46-75-89
Eduardo Lourido Cáceres	Colombia	Médico, Profesor Auxiliar de Salud Pública, Universidad del Valle	Calle 2, # 12-108 Miraflores, Cali	51111
Froylán Moitta Robinson	Brasil	Ingeniero, Consultor Zona IV, OPS Perú	Casilla 2117 Lima, Perú	32680
Manuel Núñez Valdivia	Perú	Médico, Subdirector Escuela de Salud Pública	Berlín 1140 Miraflores, Lima	56297
José Otero Molina	Cuba	Médico, Director Regional de Salud Pública de La Habana, MSP	Avenida 191, # 7817 Fontanar, La Habana	3-3125

NOMBRE Y APELLIDO	PAIS DE ORIGEN	CARGO	DIRECCION	TELEFONO
César Pepa Capellini	Argentina	Médico, Asesor Regional, Programa Materno-Infantil, Area Noroeste MSP	Aconguija 288 Tucumán	13100
Guillermo Restrepo Chavarriaga	Colombia	Médico, Subdirector de la Escuela de Salud Pública de Medellín Universidad de Antioquía	Calle 73 B, N°38-80 Medellín	43-50-31
Rodrigo Rodríguez Alvarado	Costa Rica	Médico, Director Unidad Sanitaria Central, MSP	Heredia, Costa Rica	66
Antonio Romero Páez	Venezuela	Médico, Coordinador del Departamento de Medicina Preventiva y Social Universidad del Zulia	Calle 73, N°10-67 Maracaibo	74615
Carlos Salomón Rex	Chile	Médico, Director del Hospital San Juan de Dios, S.N.S.	Av. San Nicolás 1202 Santiago	53209
Hernán San Martín Ferrari	Chile	Médico, Director del Departamento de Medicina Preventiva y Social Universidad de Concepción	Angelmó 443 Concepción	
Julio Sánchez Avilés	Nicaragua	Médico, Jefe de la División Médica Instituto Nacional de Seguridad Social	Colonia Belmonte Carretera Sur Kilómetro 6.1/2	
Elfriede M. Sollmann	EE.UU.	Enfermera, Asesora en Enfermería, Zona II, OPS, México, D.F.	Medellín 7-1 Colonia Roma México 7, D.F.	25-48-80
Oscar Sonzini Martínez	Argentina	Médico, Delegado Sanitario Federal MSP - Catamarca	Caseros 812 Catamarca	03

NOMBRE Y APELLIDO	PAIS DE ORIGEN	CARGO	DIRECCION	TELEFONO
Fernando Suescún Caicedo	Colombia	Médico, Jefe de la División de Atención Médica, MSP	Calle 106-B N° 40 A-29 Bogotá	418011
Rito Tinedo Meza	Venezuela	Médico, Director del Hospital "Ruiz y Páez", Ministerio de Sanidad y Asistencia Social	Paseo Gáspari N° 13 Ciudad Bolívar	22469
Víctor Valverde Escalante	Perú	Médico, Consultor Zona VI OPS	Av. Brasil 475, Lima	39325
José M. Vildósola Strumll	Chile	Economista, Asesor en Técnicas Presupuestarias, Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda	Angel Guarello 1374 Santiago	52994
Bernardino Villagra Carisimo	Paraguay	Médico Consultor Zona III OPS, Panamá y Centro América	Calle "D" El Cangrejo N° 9, Apto. 2, Panamá	30120
Julio Yakubov Bojarsky	Uruguay	Médico, Director Adjunto del Programa de Salud Pública Rural, MSP	Av. Italia 2966, Apto. 103, Montevideo	79-38-31

. . . .

/ANEXO I

ANEXO I

LISTA DE PARTICIPANTES ESPECIALES

NOMBRE Y APELLIDO	PAIS DE ORIGEN	CARGO	DIRECCION	TELEFONO
Hugo Alexandre Alves Da Costa	Brasil	Médico, Funcionario del Hospital Psiquiátrico, Servicio del Prof. Téllez, SNS - Chile	Hospital Psiquiátrico Sector 2, Santiago, Chile	371031
Mateo Budinich Vidulich	Chile	Médico, Jefe del Area Hospitaliaria de Tocopilla, SNS	A. Prat 1360, Tocopilla	254977 en Santiago
Alberto Salinas Apablaza	Chile	Médico, Director del Hospital de Lirquén, SNS	Calle Exeter 566 Concepción	23309
Iván Videla Vásquez	Chile	Médico, Funcionario de la Oficina de Planeamiento y Habilitación, Dirección General del SNS	El Ciruelillo 3936 Lo Castillo, Santiago	484203

****

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE
PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

Curso de Planificación de la Salud, 1965

CALENDARIO SEMANAL
(Semanas 1 y 2)

<table>
<tr><th rowspan="2">Semana Nº</th><th rowspan="2">Fecha</th><th colspan="6">H O R A R I O</th></tr>
<tr><th>9</th><th>10</th><th>11</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr>
<tr><td rowspan="6">1</td><td>LU.
6 IX</td><td colspan="3">Inscripción
Sesión inaugural</td><td colspan="3">Libre</td></tr>
<tr><td>MA.
7 IX</td><td rowspan="10">SALUD Y DESARROLLO
(H. Durán)</td><td colspan="3">ASPECTOS GENERALES DEL DESARROLLO ECONOMICO EN AMERICA LATINA (R. Cibotti)</td></tr>
<tr><td>MI.
8 IX</td><td colspan="2" rowspan="3">EVOLUCION SOCIAL DE AMERICA LATINA
(F. Cardoso)</td><td colspan="3" rowspan="2">EL PROBLEMA AGRARIO EN AMERICA LATINA
(J. Alcázar)</td></tr>
<tr><td>JU.
9 IX</td></tr>
<tr><td>VI.
10 IX</td><td colspan="3">EL SECTOR PUBLICO EN EL PROCESO DE DESARROLLO (R. Cibotti)</td></tr>
<tr><td rowspan="5">2</td><td>LU.
13 IX</td><td colspan="2" rowspan="4">CRECIMIENTO DEMOGRAFICO Y DESARROLLO
(H. Gutiérrez y D. Bitrán)</td><td colspan="3">EL PROBLEMA EDUCACIONAL EN AMERICA LATINA
(S. Romero Lozano)</td></tr>
<tr><td>MA.
14 IX</td><td colspan="3">EL DESARROLLO INDUSTRIAL EN AMERICA LATINA
(H. Soza)</td></tr>
<tr><td>MI.
15 IX</td><td colspan="3" rowspan="2">VIVIENDA Y DESARROLLO
(O. Cabello, L. Dorich, R. Utria)</td></tr>
<tr><td>JU.
16 IX</td></tr>
<tr><td>VI.
17 XI</td><td colspan="6">SEMINARIO Nº 1
SALUD EN EL DESARROLLO ECONOMICO Y SOCIAL DE AMERICA LATINA</td></tr>
</table>

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE
PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

Curso de Planificación de la Salud, 1965

CALENDARIO SEMANAL

(Semanas 3 y 4)

Semana Nº	Fecha	HORARIO					
		9	10	11	3	4	5
3	LU 20	Conceptos generales. Nivel y estructura de la salud			Factores condicionantes: a) Susceptibilidad b) Medio		
	MA 21	c) Análisis de la política de salud observada					
	MI 22	1. Volumen de los recursos					
		2. La organización de los recursos					
	JU 23				3. La asignación de los recursos a los daños		
	VI 24	4. La eficiencia de la política de salud					La explicación de la situación
4	LU 27	Resumen del diagnóstico		El pronóstico de la situación de salud			
	MA 28	La evaluación de la situación de salud					
	MI 29	La formulación de los planes locales de salud					
	JU 30	1. Plan local mínimo 2. Plan local máximo			La integración sectorial de los planes		
	VI 1º- X	Los programas de operación			La ejecución y la evaluación de los planes		

Profesores señores H. Eduardo Sarué, Federico Bresani y Ricardo Valdés.

Instituto Latinoamericano de
Planificación Económica y Social

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

Curso de Planificación de la Salud, 1965

CALENDARIO SEMANAL

(Semanas 5 - 6 y 7)

Semana Nº	Fecha Octbre.	HORARIO 9	10	11	3	4	5
5	Lu 4	Discusión e instrucciones sobre la práctica de campo					
	Ma 5	Viaje a las áreas					
	Mi 6 Ju 7 Vi 8	Recolección de información en las áreas de salud de La Serena, Coquimbo y Vallenar					
6	Lu 11 Ma 12	L I B R E					
	Mi 13 Ju 14	Tabulación y presentación del nivel de salud					
	Vi 15	I N S T R U M E N T A C I O N					
7	Lu 18 Ma 19 Mi 20 Ju 21 Vi 22						

Profesores doctores E. Sarué, Federico Bresani y Ricardo Valdés

Instituto Latinoamericano de
Planificación Económica y Social

Curso de Planificación
de la Salud, 1965

ORGANIZACION PANAMERICANA DE
DE LA SALUD

CALENDARIO SEMANAL
(Semanas 8 a 10)

Semana Nº	Fecha	HORARIO					
		9	10	11	3	4	5
8	25 a 29 Octubre	ASPECTOS SOCIOLOGICOS DEL DESARROLLO (F. Cardoso y E. Faletto)	ANALISIS Y PROGRAMACION DEL DESARROLLO (R. Cibotti y P. Paz)		METODOLOGIA DE PLANIFICACION DE SALUD (E. Sarué, F. Bresani, R. Valdés) Continuación del diagnóstico a) Asignación a daños b) Eficiencia observada c) Pronóstico d) Evaluación		
9	1 a 5 Noviemb.						
10	8 a 12 Noviemb.						

Instituto Latinoamericano de
Planificación Económica y Social

Curso de Planificación
de la Salud, 1965

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

CALENDARIO SEMANAL

(Semanas 11 y 12)

Semana Nº	Fecha	HORARIO					
		9	10	11	3	4	5
11	15 Nov.				Seminario sobre "El problema demográfico y el desarrollo en América Latina"		
	16 a 18 Nov.	METODOLOGIA DE PLANIFICACION DE SALUD - Formulación de planes					
	19 Nov.	Instrucciones, organización y preparación del Seminario Final					
12	22 a 26 Nov.	METODOLOGIA DE PLANIFICACION DE SALUD a) Formulación de planes b) Programación operacional					

Instituto Latinoamericano de
Planificación Económica y Social
Curso de Planificación
de la Salud, 1965

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

CALENDARIO SEMANAL

(Semanas 13 y 14)

Semana Nº	Fecha	HORARIO					
		9	10	11	3	4	5
13	29 Nov.	METODOLOGIA DE PLANIFICACION DE SALUD					
	30 Dic.	- Programación operacional					
	1º Dic.	ANALISIS DEL PROCESO DE PLANIFICACION Y RESEÑA DE SUS PRINCIPALES COMPONENTES			ORGANIZACION Y ADMINISTRACION PARA LA PLANIFICACION (Seminario)		
	2 Dic.	PLANIFICACION E INVESTIGACION (Seminario)			ADIESTRAMIENTO PARA LA PLANIFICACION (Seminario)		
	3 Dic.	EL ESTADO ACTUAL DE LA PLANIFICACION EN LOS PAISES DE AMERICA LATINA. ANALISIS DE CASOS (Presentaciones y discusión)					
14	6 Dic.	PROBLEMAS DE ESTRATEGIA (Seminario)					
	7 Dic.	S E M I N A R I O F I N A L					
	8 Dic.						
	9 Dic.						
	10 Dic.	CLAUSURA			LIBRE		

Instituto Latinoamericano de
Planificación Económica y Social

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

Curso de Planificación
de la Salud, 1965

ASPECTOS PRINCIPALES DEL DESARROLLO ECONOMICO Y SOCIAL DE AMERICA LATINA*

* Indice de los temas expuestos en las clases correspondientes a las dos primeras semanas del Curso de Planificación de la Salud, 1965

Instituto Latinoamericano de
Planificación Económica y Social

Curso de Planificación de
la Salud, 1965

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

ASPECTOS PRINCIPALES DEL DESARROLLO ECONOMICO Y SOCIAL DE AMERICA LATINA

Indice de los Temas

I. SALUD Y DESARROLLO (H. Durán)

Esquema elemental de la economía (producción-ingreso-gasto).

Requisitos del desarrollo: economía progresiva; incremento sostenido del ingreso; papel de la población; ingreso per cápita; algunos datos de ingreso per capita en los países de América Latina.

Naturaleza del desarrollo; el factor económico y el factor social; la cantidad y calidad de la población; necesidad de desarrollo acelerado; dinámica del problema; la planificación del desarrollo y la necesidad de una política de desarrollo.

Finalidad y significado del desarrollo.

El bienestar como fin; crecimiento económico y desarrollo como medio.

Bienestar y nivel de vida. Concepto y medición del nivel de vida.

Componentes y principales indicadores del nivel de vida.

Salud como fin y como medio; el consumo y la inversión en salud.

Esquema básico de las relaciones entre bienestar, salud y economía.

El hombre como factor de la producción. Noción de recurso humano y de capital humano. El papel de la salud en la noción de recurso humano.

Los términos en que se expresan las relaciones entre salud y economía (desarrollo). Las dualidades que contienen estos términos.

Definición de la problemática de la salud en las condiciones que plantea el subdesarrollo: la demanda y la oferta de servicios.

El problema de la demanda: satisfacción de necesidades y aspiraciones y tendencias en el cambio de la situación.

El problema de la oferta de servicios; los antecedentes de la situación actual en materia de prestación de servicios y sus consecuencias sobre las estructuras actuales.

/Naturaleza de

Naturaleza de los cambios estructurales: los niveles de la organización y el énfasis en una problemática regional y local. El desarrollo de servicios locales integrados y postulados de esta integración.

La vinculación entre salud y desarrollo. Las dificultades propias de los sectores sociales para su ubicación en un modelo matemático. Las soluciones pragmáticas. Los requisitos de salud para el desarrollo.

El planteamiento de la planificación de la salud. Requisitos. El análisis de la situación a través de un modelo.

Problemas del diagnóstico: el sujeto de la programación; la medición del nivel de salud; la medición de los factores condicionantes del medio y de las acciones (política). La evaluación de la situación; comparación con un patrón de normalidad; concepto de eficiencia. Pronóstico de la situación.

Los problemas de la programación propiamente dicha: las dificultades para la formulación de una política de salud; problemas de elección de técnicas y de prioridades. Restricciones.

Elección de alternativas basadas en criterios de costo-efecto.

Los elementos para la formulación del plan. Las alternativas del plan.

La integración de planes locales en regionales y en un plan nacional. El plan nacional de salud.

La presentación del plan. Presupuesto programa.

Etapas del proceso: vinculaciones entre el plan de salud y el plan de desarrollo.

Requisitos del proceso: estructura; vinculación al sistema nacional de planificación, estrategia; personal adiestrado, mecanismos para la racionalización: estadística, investigación, sistemas de contabilidad y control financiero, etc.

/EVOLUCION ECONOMICA

II. EVOLUCION ECONOMICA (R. Cibotti)

1. Definiciones básicas sobre los conceptos de ingreso, producto, ahorro e inversión.
2. Definición sintética del problema del desarrollo en función de los indicadores económicos. La escala internacional de nivel de ingreso.
3. Reseña de la evolución histórica del desarrollo latinoamericano y situación actual.

El sector público en el proceso de desarrollo

1. Breve reseña de las transformaciones del Estado en América Latina.
2. Planteo de la problemática de planificación del sector público.
3. Las rigideces del sector público.
4. Esbozo del proceso de planificación general.

III. DESARROLLO SOCIAL (F. Cardoso y E. Faletto)

Caracterización general de los problemas del desarrollo social de la región; análisis del modelo de desarrollo basado en la necesidad de promover la reforma agraria y la industrialización.

Fuerzas y movimientos sociales que podrían apoyar una política de este tipo; crítica al planteamiento corriente de que el desarrollo económico genera en si mismo las condiciones para acelerar el cambio social

Grupos y movimientos sociales que en las condiciones peculiares de América Latina, son capaces de presionar hacia el cambio social y el desarrollo.

Características generales del comportamiento de los grupos empresariales y de las masas urbanas; límites de las posibilidades de modernización y cambio por parte de los sectores "tradicionales" de la sociedad.

La planificación como una alternativa delante de la ambigüedad y de la inconsistencia de las políticas que han sido seguidas por los grupos sociales latinoamericanos. Se ha tratado de mostrar que muchas veces existen más por condiciones favorables a la racionalización administrativa que a los cambios sociales de fondo.

La situación social de América Latina (1945-1960) (Informe de CEPAL, 1962).

/a) Características

a) Características ecológicas. La tendencia a la concentración en las grandes ciudades.

b) Estructura rural. La estructura social (La hacienda como tipo). La marginalidad campesina.

c) La estructura urbana. El crecimiento desequilibrado. Urbanización sin industrialización. El desequilibrio en la estructura del empleo. Las poblaciones urbanas marginales.

d) Los grupos sociales. La clase media. Su incorporación al sistema tradicional. Los sectores obreros. El sindicalismo, su carácter populista y masivo.

e) El reflejo ideológico de la situación latinoamericana.

IV. LA AGRICULTURA Y EL DESARROLLO ECONOMICO (J. Alcázar)

Importancia del sector agrícola en relación al desarrollo económico de América Latina.

Contribución de la agricultura al producto bruto, al comercio exterior, a la formación y transferencia de capital y a la disponibilidad de mano de obra para otros sectores.

Incapacidad del sector para crecer de acuerdo con las necesidades de la mayor demanda generada por una población creciente que dispone de mayores ingresos.

Elasticidad de la oferta en el corto plazo, el excedente de población y los problemas que ello implica en el nivel de ocupación y los bajos niveles de productividad a la vez que la desigual distribución del ingreso.

Dificultosa estructura agraria y la correspondiente mala distribución del factor suelo.

Descripción de los diversos problemas que impiden aplicar al sector agrícola, por lo menos en América Latina, las técnicas matemáticas de planificación y cómo hay necesidad de recurrir a una técnica de aproximaciones sucesivas.

Atomicidad y el enorme número de propietarios agrícolas, su disposición a través de todo el territorio de un país y la imposibilidad de llegar hasta ello.

Mala calidad de las estadísticas y la escasez de ellas, los problemas relacionados con la periodicidad de la producción agrícola y el largo período de maduración de muchos proyectos. Las características especiales de la inversión del sector agrícola y por último, las condiciones históricas y sociales que tienen que ver con la población rural y su impermeabilidad al progreso técnico y de otra índole.

Descripción muy somera de la metodología de planificación del sector que se está enseñando en la especialidad de programación agrícola.

V. CRECIMIENTO DEMOGRAFICO Y DESARROLLO

A. El crecimiento de la población mundial y la situación demográfica de América Latina (H. Gutiérrez)

1. Crecimiento de la población mundial.

a) Descripción. Hechos prehistóricos y protohistóricos. Población del mundo antiguo. Tendencias de los tiempos antiguos a los tiempos modernos. Crecimiento de la población en la edad moderna.

b) Proyecciones de población. Diversos cálculos de población. Población estimada para 1980. Significado de la explosión demográfica.

c) Componentes de población y sus indicadores. Tasas de natalidad y mortalidad. Tasas de incremento de población. Etapas de transición desde alta fecundidad y mortalidad a baja fecundidad y mortalidad. La reducción de la fecundidad y mortalidad en los países altamente industrializados. Tendencias de población en los países menos desarrollados.

d) Estructura de población. Cambios en la estructura de edades. Pirámides de población. Envejecimiento de la población. Población económicamente activa. Distribución de la población en áreas urbanas y rurales.

/2. Situación

2. Situación demográfica en América Latina

a) Descripción. La población hasta 1900. Crecimiento contemporáneo. Ubicación de los componentes demográficos de América Latina en el marco teórico. Importancia relativa de la migración internacional.

b) Proyecciones de población. Tendencias de la fecundidad y mortalidad. Estructura de edades. Población económicamente activa.

c) Migraciones interiores. Su influencia en la distribución especial de la población. Grado de urbanización.

B. El crecimiento demográfico y el proceso de desarrollo económico. (D. Bitrán)

1. La población y el proceso de crecimiento

Exposición más bien conceptual de la forma en que el elemento demográfico influye en la dinámica del proceso de desarrollo económico, poniéndose de manifiesto el carácter recíproco de las vinculaciones entre ambas variables.

Breve síntesis de la evolución del pensamiento económico en relación con el problema demográfico. Referencia a la situación actual y al aparente dilema que se ha planteado entre crecimiento de la población y desarrollo económico.

Descripción de un modelo simple de crecimiento económico. Enfoque desde dos ángulos del papel de la variable demográfica.

a) El de su participación como factor productivo en la creación de bienes y servicios, y

b) El de su papel en la demanda de esos bienes y servicios.

Referencia especial a la discusión de las implicaciones de una alta tasa de crecimiento demográfico en el proceso de capitalización y a la especial estructura de las inversiones que involucra. Dentro de este tema se alude a la influencia que ejerce el progreso técnico y las modalidades que éste asuma en el volumen y estructura del empleo.

/2. La posición

2. La posición de América Latina en el contexto mundial en lo relativo a la dinámica de su desarrollo y a la velocidad del crecimiento poblacional

   a) Distribución del ingreso mundial y de la población mundial por regiones
   b) Ritmo de crecimiento económico y crecimiento demográfico en América Latina en comparación con el de otras áreas.

3. Breve descripción de las características demográficas de América Latina y su influencia en el ritmo de modalidades del crecimiento económico.

   a) Características de la población total y por países
   b) Estructura de la mano de obra y niveles de productividad sectorial
   c) Aceleración del ritmo de crecimiento demográfico y debilitamiento del ritmo de crecimiento económico.
   d) Efecto del proceso de urbanización
   e) Insuficiencia dinámica del desarrollo económico latinoamericano y los problemas que plantea desde el punto de vista de la absorción productiva de la mano de obra.

VI. EL PROBLEMA EDUCACIONAL (S. Romero Lozano)

Principales problemas que afronta la educación latinoamericana.

Esfuerzos que se han venido realizando en los países de la región para extender el concepto y la práctica del planeamiento de la educación.

Cómo los problemas presentados difícilmente podrían ser resueltos en el grado deseable sin un planteamiento sistemático y de largo alcance.

La problemática de la educación latinoamericana desde cuatro puntos de vista:

   a) La extensión y distribución de las oportunidades de educación
   b) El rendimiento y productividad de los gastos e inversiones en educación
   c) Los niveles de calidad de la educación
   d) La coherencia entre las estructuras educacionales y las necesidades del desarrollo social y económico.

Características y tareas de un planeamiento de la educación que aborde los cuatro problemas enunciados.

/EL DESARROLLO

VII. EL DESARROLLO INDUSTRIAL (H. Soza)

1. En qué consiste la industrialización?
   a) Definición de lo que se entiende por industria. La industria manufacturera; un mundo complejo y heterogéneo. La industria fabril; el artesanado; las ramas industriales; la industria grande, mediana y pequeña.
   b) Características de la industrialización. El cambio de la estructura productiva y ocupacional de las economías en favor de la industria. Los cambios estructurales, técnicos, organizacionales y la concentración industrial.
   c) Expansión industrial Para el mercado interno, sustitución de importaciones y exportación de manufacturas.
   d) Determinantes de la industrialización. El ingreso, el mercado, los recursos naturales, la política económica.

2. Por qué es necesaria la industrialización?
   a) La naturaleza y las necesidades humanas. El imperativo de "hacer mejor las cosas". El cambio de las necesidades humanas. El comportamiento de la demanda de manufacturas de consumo, intermedias y de capital. Lo "autónomo" y lo "inducido" de la industrialización.
   b) Por qué se enriquecen los países que se industrializan y por qué se empobrecen relativamente los demás? Tendencias del comercio internacional. Flujos internacionales de ingreso y factores de producción. La mecánica del desarrollo económico. Las exigencias ocupacionales. Lo relativo de "las ventajas relativas" para la producción y exportación de productos primarios y productos manufacturados.

3. El proceso de industrialización en América Latina
   a) Esbozo de los progresos conseguidos. Origen, etapas cumplidas y situación actual de la industrialización en el área. Estructura industrial. Distintos "tipos" de países.
   b) Problemas más importantes. Eficiencia y competitividad. Capacidad ociosa. Complementaridad interindustrial, dinamismo y potencialidad de crecimiento. Dependencia externa y vulnerabilidad. Dependencia

/tecnológica de

tecnológica de los países ricos. Mercado de manufacturas. Atraso de otros sectores económicos. Disponibilidad de recursos reales y financieros. Cuestiones institucionales, organización y política gubernamental. Factor empresarial.

c) Perspectivas de la industrialización en América Latina. Agotamiento del "modelo" tradicional. Tendencias. Mercado interno, sustitución de importaciones y exportaciones de manufacturas. Nuevos y más complejos campos industriales hacia el futuro. Un nuevo espíritu para abordar los problemas y los nuevos campos. Necesidad de la integración económica internacional.

VIII. VIVIENDA Y DESARROLLO (O. Cabello y C. Lessa)

A. La problemática

1. Naturaleza, definición, medición del problema
2. Origen y causas directas e indirectas
3. Soluciones
4. Prioridad del problema: (Discusión
   a) Desde el punto de vista económico
   b) Desde el punto de vista de la salud
   c) Desde otros puntos de vista

B. Política y programación de vivienda

1. Experiencia internacional en política y programación de vivienda. Planes de Chile, Uruguay, España y Suecia.
2. La vivienda como un sector del desarrollo económico y social. Papel de la vivienda en la estrategia del desarrollo. Discusión.
3. Objetivos de la política habitacional.
4. Instrumentos de la política habitacional.
5. Proceso de la programación de vivienda.
6. Distribución geográfica y por sectores sociales de las metas del programa.
7. Funciones esenciales de los organismos de vivienda.
8. Coordinación intersectorial para la planificación y ejecución del programa de vivienda.

Santiago, noviembre de 1965

DESARROLLO ECONOMICO Y SALUD*

Programación de la Salud - Esquemas Conceptuales

* Apuntes de las clases del doctor Hernán Durán, preparados por el doctor Iván Videla. Curso de Planificación de Salud, 1965. Circulación restringida.

LA PROBLEMATICA DEL DESARROLLO

Cómo programar la salud dentro de la planificación del desarrollo

El valor de la salud dentro del desarrollo

En los últimos años ha habido un cambio en el énfasis sobre la naturaleza y los objetivos de la salud. Se ha agregado al concepto de derecho humano fundamental el de ser un factor del desarrollo de los recursos humanos y considerarle como parte básica del desarrollo íntegro social y económico de un país. Los sanitaristas han comenzado a pensar en términos de economía política y los economistas han comenzado a darle especial atención a la salud definiéndola como un bien de capital, es decir, como un instrumento para la producción.

"El cuidado de la salud, como función social, ha adquirido un significado que desborda su contenido biológico, sin perder por ello su valor espiritual. Las técnicas y los procedimientos que se emplean habitualmente, integran el conjunto de todas aquellas que fomentan bienestar social.

Los fondos que se destinan a la salud representan una inversión, tanto más reproductiva cuanto más prevalentes los problemas que se procura solucionar.

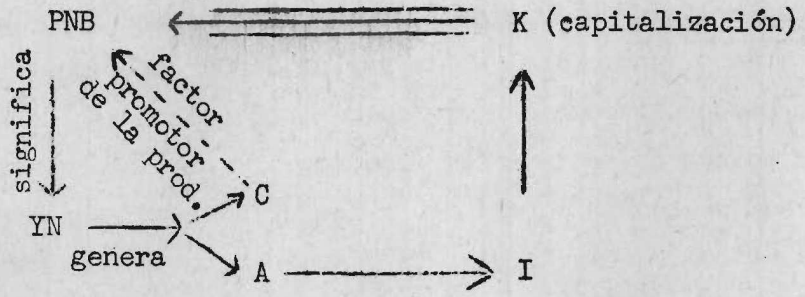
La salud, como componente del desarrollo, es la expresión que refleja la concepción moderna sobre esta función social.

Y por ello se habla de una nueva dimensión en salud, una comunión del ideal con la práctica, dentro de la estrategia del desarrollo nacional. Expresa las aspiraciones de los hombres y reconoce que la productividad en una sociedad está relacionada directamente con la salud de sus miembros, como lo afirmaron, en un contexto diferente, Petty y Virchow y los reformadores sanitarios ingleses. Ellos, sin embargo, se basaron primordialmente en criterios humanitarios y sociológicos. La vemos hoy, además,

/en términos

en términos económicos, porque reconocemos que el desarrollo es crucial para el mejoramiento de las condiciones de salud, así como éstas son para aquel. La relación es recíproca más que primaria o secundaria".1/

Analizado en términos económicos tenemos:



PNB = producto nacional bruto: conjunto de bienes y servicios finales producidos con capital y trabajo de dominio de personas e instituciones residentes en el país y disponibles para el consumo o la inversión.

YN = ingreso nacional o renta nacional: medida de la producción que, en último término, es de dominio de personas e instituciones residentes en el país. Suma de sueldos, salarios, gratificaciones, regalías, imposiciones patronales en Cajas de Previsión, comisiones, honorarios, remuneración de directores, arriendos, dividendos, utilidades e intereses de que se dispone en el país.

A = ahorro

C = consumo

I = inversión

K = capitalización: el capital que se va acumulando o disponiendo para producción nacional: inversión.

1/ Nuevas dimensiones en Salud Pública. Oficina Sanitaria Panamericana. Documento Of. N° 50. 1964

/El factor

El factor básico del incremento de una economía es la capitalización. De ahí que se consideren esquemáticamente tres tipos de economías:

1. Economía progresiva: cuando tiene una capitalización neta suficiente o necesaria para presentar una tasa de incremento del ingreso por habitante significativa y autosostenida.
2. Economía estacionaria: solo permite la reposición, pero no crea nuevos capitales.
3. Economía regresiva: no permite ni mantener la reposición.

Considerada la economía como proceso y en su conjunto:

a) No puede haber desarrollo económico si no hay una economía progresista. La formación de capital nuevo está determinada por la suficiencia del ahorro y éste resulta del nivel del ingreso real.

b) La economía debe incrementarse sostenidamente.
Relación $P/K = \alpha$ cuanto más alta sea esta relación, más bajas las necesidades de inversión requeridas para cumplir una meta dada.

c) El crecimiento de la economía debe ser superior al crecimiento de la población, para que quede un margen de capitalización.

El desarrollo económico, significa el proceso por medio del cual una economía cuya tasa de crecimiento del ingreso por habitante es pequeña o negativa se transforma en otra en la cual se presenta con carácter permanente a largo plazo una tasa de incremento del ingreso por habitante significativa y autosostenida.

El Ypc (ingreso per cápita) significa la magnitud del flujo de bienes y servicios, valorados a precios constantes, que la economía pone a disposición de cada habitante en promedio, período a período. La cuota de bienes y servicios que en promedio le corresponde a cada individuo, constituye un índice global de las posibilidades de bienestar de la población. Naturalmente que el conocimiento de la sola cifra de producto por habitante y sus variaciones es insuficiente para calificar correctamente el nivel de bienestar, dado que éste es función de la distribución social o relativa de aquel, además de otros factores. Así por ejemplo, un producto nacional que crece, aún a mayor velocidad que la población, pero que al mismo tiempo tiende a concentrarse en un estrato social más reducido, ofrece escasas posibilidades de elevar el nivel de bienestar colectivo.

/Distribución del

DISTRIBUCION DEL INGRESO DE LA POBLACION EN EL MUNDO, POR REGIONES Y NIVEL DE INGRESO POR HABITANTE, 1961*

GRUPOS DE PAISES	Porciento del PNB expresado en términos		Porciento de la población mundial	PNB por habitante expresado en términos	
	Monetarios (dólares)	Reales		Monetarios (dólares)	Reales
Países desarrollados	65.0	58.7	19.7	1.522	1.744
Europa Occidental	20.6	22.0	8.7	1.091	1.472
Oceanía	1.3	1.4	0.5	1.105	1.513
Estados Unidos	37.3	29.4	6.2	2.790	2.790
Canadá	2.7	2.1	0.6	2.048	2.048
Japón	2.6	3.3	3.2	383	613
Africa del Sur	0.5	0.5	0.5	427	598
Países socialistas	21.1	23.7	34.6	282	401
URSS	12.7	12.1	7.2	818	986
Europa Oriental	4.0	4.7	3.3	550	825
China	4.2	6.6	23.2	83	167
Corea del Norte	0.1	0.1	0.3	105	211
Viet-Nam del Norte	0.1	0.2	0.6	105	199
Países subdesarrollados	13.8	17.5	45.7	140	223
Africa	1.5	1.9	6.9	100	164
América	4.7	5.1	7.0	311	425
Asia	4.7	6.8	26.1	84	154
Cercano Oriente	1.4	1.7	3.5	187	257
Europa Meridional	1.5	1.9	2.2	313	501
Total mundial	100.0	100.0	100.0	461	585

* CEPAL: "El desarrollo económico de América Latina en la postguerra" E/CN.12/659/Rev.1. Segunda Parte, Capítulo 1, pág. 52, noviembre de 1963.

/El desarrollo

El desarrollo implica:

- capitalización neta
- que esta capitalización sea mayor que el incremento poblacional

El consumo es la demanda de bienes y servicios de la población, que se expresa en G (gasto), que es el factor promotor de la producción.

El desarrollo, entonces, está ligado al consumo de la población, considerada en:

α) Cantidad (Δ poblacional)

β) Estructura y naturaleza de la población

β1) Como factor económico:
- calidad de la fuerza de trabajo
- capacidad empresarial, etc.

β2) Como expresión social
- Ypc ($\longrightarrow$ capacidad de consumir)
- nivel cultural
- aspiraciones
- actitudes
- preferencias, etc.

Tanto β1) como β2) se confunden teniendo parcelas comunes e inseparables.

La distancia entre el ingreso y los cambios de población corresponden a la estructura de la población (evolución permanente económica y social).

El desarrollo requiere:

a) Incremento sostenido de la economía

b) Otros elementos de cambio además de las transformaciones habituales de la población.

Desarrollo

Expansión económica que favorece la evolución y el progreso (esencialmente tecnológico), lo que redunda en más elevados niveles de vida que se traducen en mayor bienestar. Se entiende por evolución, la secuencia natural del cambio en un sentido biológico y social.

El desarrollo, históricamente, siempre ha significado una transformación de vasto alcance en la estructura económica, social y política de la

/sociedad,

sociedad, en la organización dominante de la producción, de la distribución y del consumo. El desarrollo económico siempre ha sido impulsado por clases y grupos interesados en un nuevo orden económico y social, encontrando siempre oposición y obstáculos por parte de aquellos que pretenden la preservación del "statu quo", que están enclavados en los convencionalismos sociales existentes y que derivan beneficios innumerables y hábitos de pensamiento de las costumbres prevalecientes y de las instituciones.

Define y decide todo el proceso de desarrollo la dinámica de la siguiente relación:

NECESIDADES CRECIENTES DE LA POBLACION
RECURSOS QUE ESA POBLACION TIENE

1. Necesidades y recursos crecen a diferente velocidad
2. Los recursos son limitados
3. El punto débil es el consumo, debido a una desigual distribución del ingreso

Ello implica como solución:

a) Crecimiento y desarrollo acelerado (a un ritmo superior al incremento poblacional)
b) Programar el desarrollo, para ir acercándose a modelos, que también hay que ir cambiando, porque se ponen obsoletos.

Así nos enfrentamos al problema:

COMPETENCIA DE LOS RECURSOS
↓ ESCASEZ ↑

Frente a esta problemática, no puede haber sino una sola respuesta:

UN PROCESO ORDENADOR QUE IMPIDA LA COMPETENCIA DE LOS RECURSOS ESCASOS, con criterios de racionalidad y eficiencia. Tal proceso es la PLANIFICACION.

Para poder planificar se requiere:

- Conocimientos previos (metas, teorías científicas, información específica)
- Tomar decisiones para corregir la situación

/3. Realización

. - Realización de lo que se propone en el plan.

("Todo plan pierde actualidad en cuanto es efectuado")

Significa la definición de una POLITICA DE DESARROLLO, que es la actitud consciente frente a lo que se quiere.

Jan Tinbergen define una "política de desarrollo" en términos de cuatro objetivos principales:

1. La creación de condiciones generales para el desarrollo. Entre éstas:
   a) Un mínimo de seguridad y estabilidad, tanto en general como en particular, respecto a problemas económicos.
   b) Mantenimiento del orden y la seguridad física de las personas y la propiedad
   c) Política financiera y monetaria que evite una inflación aguda así como una deflación. La inflación puede perturbar la economía por introducir elementos de incertidumbre y de desconcierto en los cálculos económicos, además de crear la oportunidad de especulación y de adquisición de altos ingresos por personas que no hacen una aportación productiva a la economía.
   d) Prever un mínimo de seguridad social y corregir las desigualdades más extremas en el ingreso - desigualdades que fácilmente conducen a la intranquilidad social y a la falta de espíritu cooperativo en la producción.
   e) Proporcionar enseñanza y educación a todos los niveles.

2. Crear conciencia de las potencialidades y ventajas del desarrollo. El "módulo" del desarrollo.

   Se logra en gran parte a través de las estadísticas, la investigación y la información.

3. Hacer una serie de inversiones, por lo general, del tipo básico. Se programa "el armazón". Llegar a contar con una infraestructura básica, que servirá de marco de referencia para facilitar las inversiones privadas.

4. Requiere de una estrategia. Según sean las circunstancias, algunos elementos de la política del desarrollo exigirán que se ponga en ellos más énfasis y atención, o resultarán más o menos prometedores que otros.

/A través

A través de un proceso racional, se quiere garantizar al proceso acelerado de desarrollo:

-La coherencia
-La consistencia
-La coordinación

Para su estudio se procede a la elaboración de un "modelo económico" de tipo matemático. Se puede definir como una construcción abstracta que se ajustaría a la conducta humana en su aspecto económico. Se postula que las relaciones que se expresan por medio de ecuaciones se cumplen. Es, más operacionalmente, una expresión cuantitativa de las relaciones entre variables económicas, que permite explicar el cambio que resulta en unas aplicando modificaciones en otras.

El modelo es el cuadro de relaciones y no es una planificación, pero nos conduce al estudio de las alternativas.

El plan debe reunir las siguientes características.

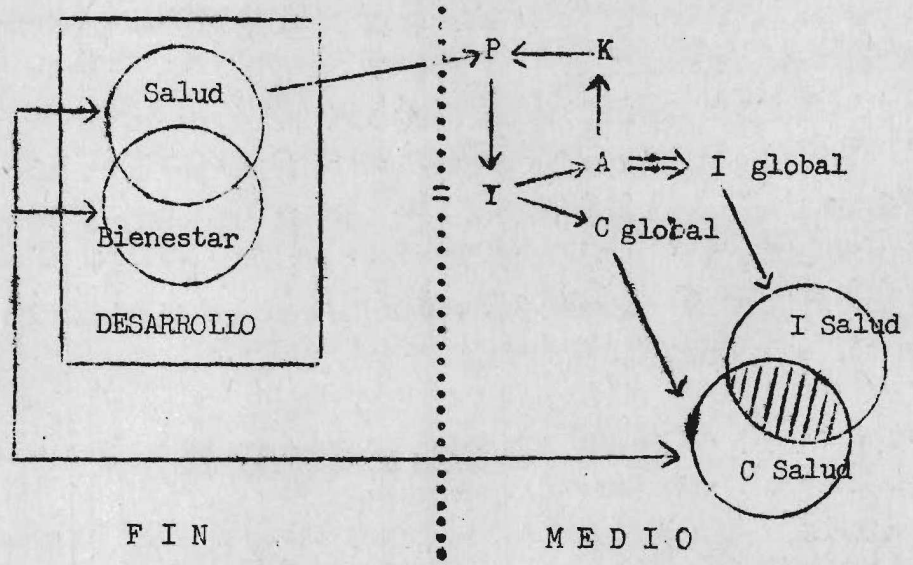
a) Consistencia.
   Las relaciones entre las variables deben responder a las fórmulas matemáticas. Internamente compatible.
b) Viabilidad.
   Esto implica:
   i) factibilidad
   ii) realismo
c) Eficacia.
   Que sirva a los propósitos.

Con estos elementos anotados, podría decirse que la PLANIFICACION es la movilización ordenada de los factores de la producción (instrumentos) a fin de obtener determinados efectos.

EL PROBLEMA DE LO SOCIAL DENTRO DEL DESARROLLO ECONOMICO

La finalidad del desarrollo es el bienestar de los individuos, de la colectividad y de las instituciones sociales. El bienestar es difícil de definir y depende de la estructura de los valores propios de cada cultura y cada ambiente. Es inherente al desarrollo.

El bienestar es un fin y todo lo demás es un medio:



Para obtener desarrollo hay que hacer inversiones ordenadas, que son ordenables a través de un modelo matemático de inversión (modelos cunatificables que pueden determinarse entre si).

No hay una medida concreta para cuantificar el bienestar. Han surgido esfuerzos para hacerlo en base al reconocimiento de que las comunidades tienen necesidades y aspiraciones, y como no están satisfechas, es que se ha tratado de medir en qué grado estas necesidades y aspiraciones no lo están, viéndose el sentido programático con que se ha estudiado.

Se han precisado tres nociones importantes:

NIVEL DE VIDA

Hace referencia a las actuales condiciones de vida en que vive la comunidad, en oposición con las aspiraciones e ideas de lo que debiera ser.

/STANDARD DE

STANDARD DE VIDA

Vale decir las aspiraciones o expectaciones de un pueblo, o sea, las condiciones de vida que ellos buscan obtener o recuperar, o que ellos consideran como ajustadas y propias para ser gozadas por ellos.

NORMA DE VIDA

Se refiere a condiciones deseables de vida, definidas para propósitos específicos.

La salud se expresa con elementos negativos, en cambio lo económico se mide con hechos positivos. En la búsqueda de indicadores positivos de salud radica todo un desafío.

Para medir el NIVEL DE VIDA se ha recurrido a una serie de indicadores, elementos prácticos de medición que lo expresan lo más fielmente posible, representativos de lo que quiere indicarse y sirven de pautas de comparación.

No hay indicadores de bienestar o nivel de vida en si, debiendo separarlo de sus componentes.

Componentes del Nivel de Vida		Algunos indicadores
I.	Salud con inclusión de las condiciones demográficas	- Expectativas de vida al nacer - Mortalidad infantil - Mortalidad bruta - Tasa mortalidad / transmisibles - Número de camas/habitante - Número de médicos/habitante
II.	Alimentación y nutrición	- Disponibilidad promedio estadística de alimentos - Promedio nacional de la "distribución al por menor" de productos alimenticios expresados en calorías - Id. expresado en total de proteínas
III.	Educación	- Proporción de niños de 5 - 14 años que asisten a la Escuela Primaria o matrícula - Número de escuelas primarias por 100 000 habitantes - Porcentaje de población analfabeta - Circulación de diarios por 100 000 h. - Libros publicados por 100 000 h.

IV.	Condiciones de trabajo	- Hora de trabajo por semana - Salario real de trabajadores industriales
V.	Situación en materia de empleo	- Proporción de la distribución por sexo de la población económicamente activa según la población general - Mayores de 65 años que forman parte de la población económicamente activa - Distribución de la población por ramas de la actividad económica y por edad
VI.	Consumo y Ahorro	- Ingreso nacional gastado en alimentos - Consumo per cápita y su coeficiente de variación
VII.	Transporte	- Kilómetros de vía férrea por 100 kms.^{2} - Número de pasajeros/km./año por 100 000 habitantes - Número de vehículos motorizados por 100 000 habitantes.
VIII.	Vivienda con inclusión de instalaciones domésticas	Se pueden elaborar indicadores de acuerdo a los servicios de que se dispone
IX.	Vestuario	No hay aún indicadores para la comparación internacional, sino sólo para comparación local (de acuerdo a costumbres, etc.)
X.	Esparcimiento y Recreo	- Número de asientos de cines y teatros - Receptores de radio por 100 000 hab.
XI.	Seguridad social	Seguro de desempleo; seguro de enfermedad, etc., según lo refieren las estadísticas de algunos países
XII.	Libertades humanas o derechos humanos	- Legislación vigente - Voto femenino

Así se propone medir el nivel de vida que es una expresión del bienestar y es un intento de cuantificar el problema y precisar objetivos programáticos de tipo internacional.

/Volviendo a

Volviendo al esquema propuesto:

Se ha definido el medio y el fin del bienestar. El consumo (la capacidad de consumir) está destinado fundamentalmente al bienestar.

Los componentes del nivel de vida expresan algo que integra la noción de bienestar. No puede haber bienestar sin salud, representando entonces el total de los componentes.

Si la salud es un componente del bienestar, lo que se destine a él va a llegar a salud. Todo consumo que se destine a la salud se transformaría en bienestar - además una corriente de consumo va a salud para producir salud, luego es inversión - y esa salud hay que vincularla al medio económico.

Con los sectores sociales está contenida una doble noción de C e I, de medio y fin, y en el esquema económico también, no pudiendo separarlos y su representación es clara a través de la lógica simbólica.

Resumiendo, tenemos que la salud es un fin por ser un componente del bienestar. Es un medio, como factor de la producción.

Hay una dualidad. Tenemos que aceptar que los recursos destinados a salud son muy difíciles de separar, lo que corresponde a C y lo que corresponde a I. Proyectos de salud = I en salud.

La alimentación es un típico bien de consumo, pero si lo consideramos de acuerdo a lo antedicho, no es un consumo puro: dar de comer es una inversión por cuanto un desnutrido no representa un bien de capital humano; si se alimenta, se invierte en él.

EL SER HUMANO COMO FACTOR DE LA PRODUCCION

$$P = f\ (K, L, Rn, T, O, U...)$$

$$L + T + O + U + ... = \text{Población}$$

La productividad es función de los factores

P = productividad
f = función
K = capital
L = trabajo
Rn= recursos naturales
T = tecnología
O = organización
U = Complejo social, cultural e institucional de lo social
.... = otras variables, probablemente desconocidas o no cuantificables en la actualidad

/El ser

El ser humano es consumidor y productor.

El desarrollo está ligado a K, Rn y Población.

Esta última se expresa:

a) Cuantitativamente (incremento)

b) Cualitativamente

i) en lo económico (capacidad empresarial)

ii) en lo social

Los recursos humanos están creciendo y la crisis estaría en un versus de este recurso con los otros que relativamente disminuyen.

Características de los recursos humanos:

Superabundancia - el exceso de fuerza de trabajo es un cuello de botella. Dificultades para que sea ocupado regularmente, lo que trae desempleo y trabajo improductivo.

Destreza - el recurso humano no es indiferente

Conducta - creada por los valores que hacen que los individuos elijan la actividad a que se quieren dedicar.

El capital humano es o constituye la acumulación de destrezas y habilidades en el recurso humano, obtenido a través de la inversión de recursos educacionales para su formación y desarrollo.

En salud también se hacen inversiones que contribuyen a la formación y desarrollo del recurso humano, obteniendo:

Cantidad de fuerza de trabajo. A través de la acción sanitaria se consigue la disminución de la mortalidad e incremento de la población, especialmente la económicamente activa.

Calidad del recurso. Política sanitaria tendiente a disminuir la morbilidad.

El problema de la salud no está en el juego del mercado y al hacer un estudio del problema debemos analizar los términos en que ha sido expresada la relación salud-economía:

1. La salud es un bien en sí y debe ser atendida con los gastos de consumo necesarios (comanda toda nuestra posición profesional y ética)
2. El individuo tiene un valor económico en sí (que representa una inversión de K básico); es un factor de producción.

/3. El

3. El ser humano tiene una diferente productividad si acaso es sano o es enfermo (evidente de por sí, pero no mensurable).
4. La reducción de la enfermedad representa reducción de los gastos de consumo (para salud); libera recursos monetarios para inversión económica y social.
5. Una economía insuficiente, regresiva o estacionaria, redunda en subdesarrollo que afecta descendiendo el nivel de salud. Esto ha sido demostrado en innumerable literatura: correlaciones altamente positivas entre economía subdesarrollada y el nivel bajo de salud debido a:

   i) menor capacidad adquisitiva del salario familiar
   ii) menor posibilidad para la oferta de servicios de salud
   iii) la economía subdesarrollada afecta al medio físico (obras de infraestructura insuficientes) y aceptando la doctrina ecológica de la salud, el empeoramiento de las condiciones ambientales trae consigo el requebrajamiento de la salud.

No es posible determinar cual de estas relaciones es la más importante. No hay una separación entre ellas, pertenecen a un mismo grupo de problemas. Detrás de ellos hay una serie de complejas dualidades y más aún, entre ellos presentan un conjunto de dualidades.

Fin	- medio
Consumo	- inversión
Individuo	- sociedad
Salud	- enfermedad
Prevención	- curación

El desconocimiento de estas dualidades hace arrancar el conflicto con que hay que enfrentarse al programar la salud. Siempre está presidiendo uno u otro de estos puntos; no habría un criterio ecléctico frente a ellos.

¿En qué medida el desarrollo afecta la salud y en qué forma la salud afecta al desarrollo? (Seminario del 17 de setiembre, 1965)

/Salud y

SALUD Y DESARROLLO EN LAS CONDICIONES DEL SUBDESARROLLO

Algunas características:

A. Población que tiene necesidades y aspiraciones crecientes en materia de salud, la cual demanda servicios de salud

B. Una economía productora de bienes y servicios de salud que permite una disponibilidad relativamente escasa de recursos para la oferta de servicios.

Esto crea el problema que pretendemos solucionar, haciéndose presente la necesidad de un cambio de estructuras.

La demanda de servicios

El problema de salud, como se ha dicho, no puede enfocarse desde el punto de vista de MERCADO, requiere una solución con aspectos propios y específicos.

El panorama de satisfacción de necesidades y aspiraciones en salud tiene el siguiente aspecto: 2/

1. La demanda existente, actual, espontánea, incluye la que obedece a real necesidad de salud y una proporción que acude por razones que no son de salud.

   a) Demanda efectiva

   b) Demanda agregada (simuladores, en busca de beneficios económicos, etc.)

2. Por acciones dirigidas. Traduce acciones deliberadas.

   a) Demanda potencial. Para que los individuos vayan a consultar, debe actuarse específicamente. Educación sanitaria (acción educativa)

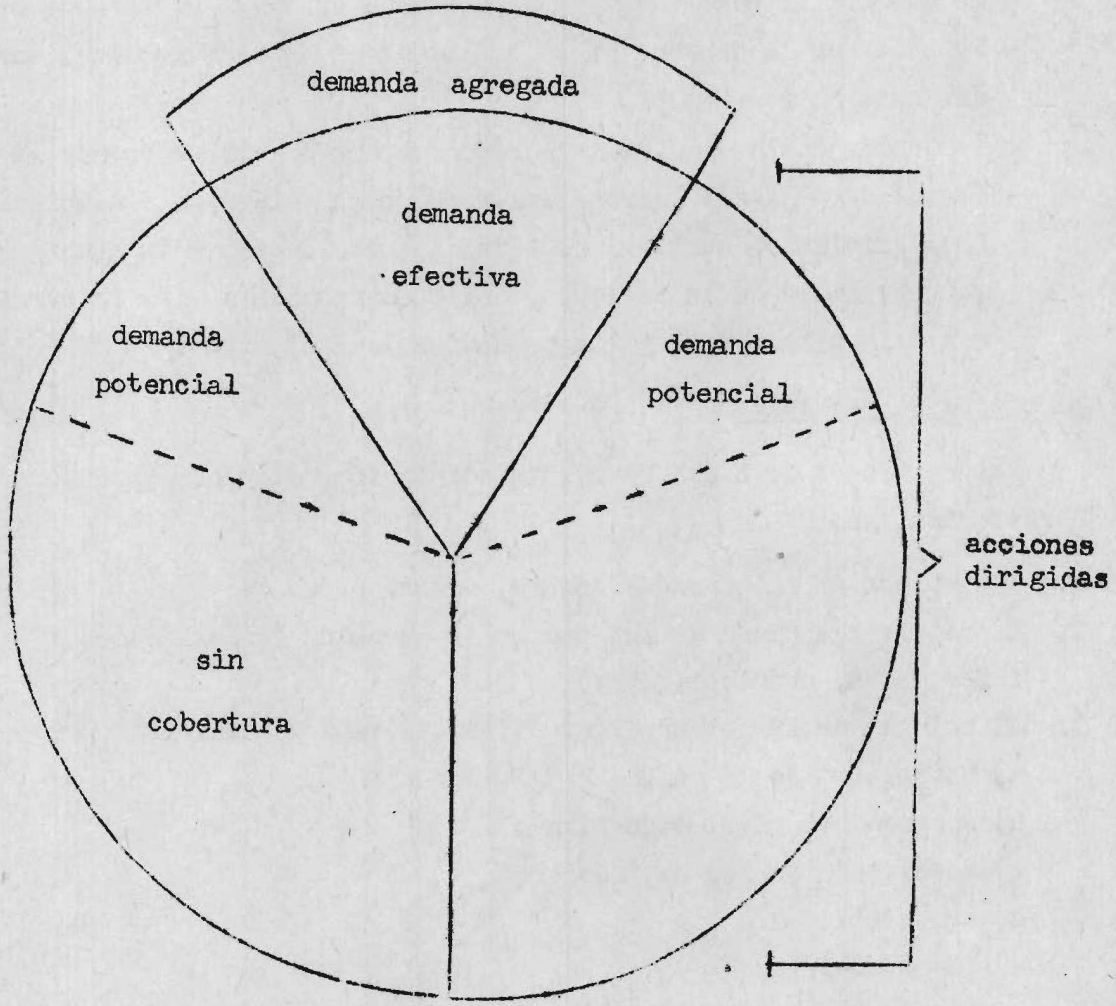
   b) Acciones de prevención. Saneamiento ambiental, vacunaciones.

3. Sin cobertura

2/ Véase el diagrama de la prestación de servicios de salud en la hoja anexa.

DIAGRAMA DE LA PRESTACION DE SERVICIOS

DE SALUD



/Bases del

Bases del cambio estructural. Tendencias de la política de salud, considerando esta situación de demanda:

- Tendencia a terminar con la demanda agregada
- Reducción de la demanda efectiva relativa
- Transformar la demanda potencial en demanda efectiva o bien que desaparezca del todo
- Que se extienda la cobertura
- Que la prevención adquiera su categoría: que sea permanente dentro de una amplia cobertura
- Transformar la demanda efectiva actual en demanda residual (demanda de daños no reducibles)
- Reducción de los costos (trasciende sobre la estructura de la oferta)
- La salud pública en virtud del trabajo con diferentes disciplinas ha adquirido el carácter de ciencia social. Exige la comprensión de la estructura de la sociedad, así como también de las interrelaciones entre la vida social y los procedimientos técnicos.

La oferta de servicios

Los servicios de salud requieren adaptación definida por cuatro características:

1. Naturaleza de la demanda (madres, niños, etc.)
2. La naturaleza misma de los problemas de salud (enfermedades infecciosas, crónicas, etc.)
3. El volumen de la demanda, cuya dinámica está condicionada por:
   a) Estructura de la demanda
   b) Aumento del nivel educativo
   c) Revolución de las aspiraciones
   d) Accesibilidad
   e) Leyes sociales
4. Tecnología médica

Los servicios de salud han actuado en el pasado a través de servicios verticales: actividades o acciones que tienen una instrumentalización

/propia y

propia y en virtud de su especialización van creando autonomía, muchas veces al margen de los servicios de salud, mostrando así una sucesión de situación viciosas:

- Concentración, multiplicación o incoordinación de recursos
- Desarrollo desordenado de los servicios: sin unidad operativa
- Duplicidad de acciones
- Fraccionamiento familiar (disgregación de la unidad familiar)

El reconocimiento de esta situación es lo que ha movido a las acciones que se han estado realizando para cambios de estructuras y mejor aprovechamiento de los recursos: LA INTEGRACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD. Esto está en marcha en América Latina, que no es más que hacer explícita esta situación y suprimir los cuellos de botella:

Se tiende a trabajar en operaciones horizontales, a que haya desarrollo ordenado y a que la familia (sociedad) no se fraccione. La unidad familiar es básica de la sociedad y actuando sobre ella es operativamente más fácil.

En esta forma se va a ampliar la cobertura y disminuir los costos, utilizando modelos de los que lo han hecho y han tenido éxito:

a) La estructura hay que definirla operativa y funcionalmente
b) Reconocer niveles, decisión y autoridad en el nivel regional
(Región = área de problemas comunes, definida por un territorio).

La unidad regional, es básica en esta doctrina integracionista y debe reunir como servicio local:

1. Que exista un comando único de las acciones de salud (UNIDAD EJECUTIVA)
2. Que tenga suficiente flexibilidad o agilidad en la ejecución.
Implica DESCENTRALIZACION (abandonar el sentido centralista del pasado)
3. Concentración de las acciones en los problemas de mayor jerarquía local.
Esto implica:
a) Definir prioridades)
b) Formulación de normas) Programar o planificar las acciones
4. Unidad técnica y administrativa en las acciones. Dar realce a los problemas de coordinación y supervisión.
a) Creación de una maquinaria operativa sobre la familia (comunidad)
i) Creando conciencia
ii) Compartir con la comunidad

/Hay que

Hay que ir adaptando los recursos a las estructuras y a las condiciones del desarrollo. Se tiende a utilizar los recursos lo mejor posible y a una disminución de los costos, lo que redunda en EFICIENCIA.

A partir del modelo analítico viene la planificación. Habría también que presentar alternativas, con diferentes modelos para comparar y predecir. Hay que introducir más racionalidad en las acciones de salud y para ello tenemos que ir haciendo explícitos los conceptos revisados y lograr un lenguaje común.

Dificultades para planificar el sector social y el desarrollo

1. La salud es fin y medio a la vez (inseparables) y esto es lo más difícil para cuantificar.
2. No conocemos la productividad del sector social
3. No conocemos las interrelaciones (en términos de causa-efecto) entre la salud y los diferentes sectores, así como tampoco entre los sectores sociales entre sí.
4. El crecimiento económico que es básico del desarrollo, por ende el modelo de programación económico, se mide en término de producto (unidades monetarias que homogenizan toda serie de cantidades). En lo social no tenemos cómo homogeneizar debido al desconocimiento de las interrelaciones y de la productividad. Por estas razones aparecen subordinados a los sectores económicos, debiendo ser a la inversa en que los sectores sociales le fijen metas a lo económico.

El desarrollo económico implica invertir. Cualquiera de las alternativas de expansión del PIB, necesita de inversión.

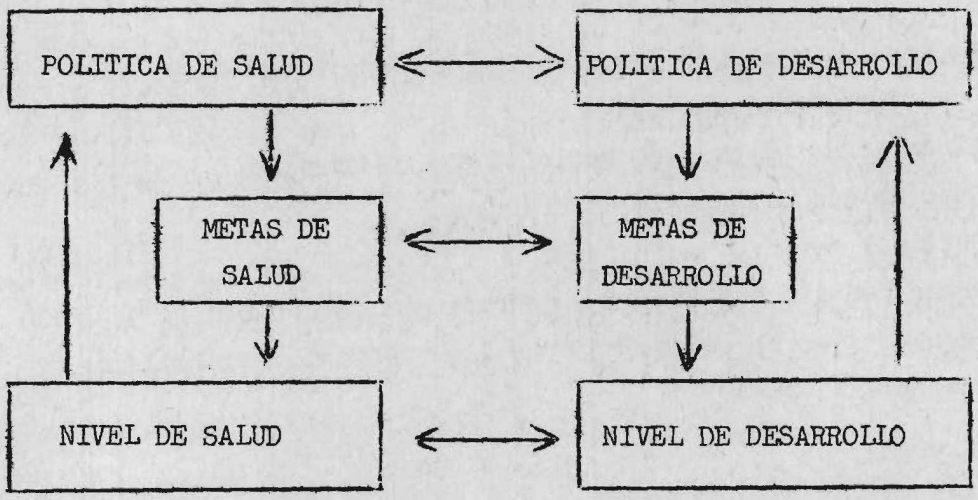
Podemos conocer ciertos requisitos sociales que hay envueltos en los planteamientos del modelo económico. Por ejemplo, para una industria necesitamos mano diestra, así se ve cómo lo económico está pidiendo a los sectores sociales y se puede calcular cuanto tiempo ocupa el adiestrar un individuo y cual es su precio: sería el requisito social. En el caso de salud sería crear las condiciones de salud especiales para llevar al medio a determinado nivel para tener más y mejores condiciones de productividad tiendientes a un desarrollo equilibrado.

El desarrollo equilibrado implica una adecuada relación entre factores sociales y económicos dando a cada campo o sector del desarrollo la atención

/que se

que se merece en el complejo total, es decir, combinación de factores sociales y económicos que rendirían el máximo incremento sostenido de bienestar social en el marco social del desarrollo. (La combinación más eficiente para la obtención de un más alto nivel de producto). Esto presupone en salud:

- Poner en evidencia el nivel social alcanzado (medirlo y cuantificarlo)
- Estimar cuales son las posibilidades financieras para ese sector social. Requiere estudio de antecedentes históricos, ingreso y gasto en salud. Nada se logra con alzar extraordinariamente los presupuestos de salud si no se elevan todos los otros presupuestos.
- Hay necesidad de corregir gruesos desequilibrios (errores) nivelando las desigualdades. Hacer explícitas las profundas relaciones en el juego de lo económico y lo social.
- Conocer las relaciones de Productividad. Lo más seguro es que la respuesta esté en la Investigación. Así como explicitar las consecuencias de las diferentes inversiones sociales.



/Estos dos

Estos dos procesos se encuentran frente a frente y sus relaciones serían:

- No puede analizarse separadamente un nivel de salud de un nivel de desarrollo.
- Si formulamos una política de salud, vale decir, tomar decisiones acerca de cuantía de recursos que van a incidir en el desarrollo, no puede estar separada de la política de desarrollo.
- Las metas de salud deben ser consistentes y compatibles con las metas de desarrollo y no competitivas. Deben ser proporcionadas - si bien no son cuantificables - por lo menos debemos reconocerlas, para que haya equilibrio de las inversiones.

Se trata de un <u>proceso</u> al que hay que definirle los siguientes atributos:

1. Continuo
2. Se desarrolla a lo largo del tiempo
3. A través de una sucesión de etapas que se repiten periódicamente en:
   a) ciclos completos
   b) en un intento de perfeccionamiento (aproximar la situación actual a un modelo normal) y
   c) se obtendrá por aproximaciones sucesivas

Esto implica crear en las administraciones existentes:

- Una estructura adecuada
- Vincularlas al proceso nacional del desarrollo
- Adoptar una estrategia determinada
- Utilizar personal adiestrado
- Crear todos los mecanismos de racionalización que el proceso requiere (entre ellos, mejorar las estadísticas, realizar investigaciones).

DESARROLLO ECONOMICO Y SALUD

PARTE II

"La técnica, como todo cambio o mutación, es un movimiento "con sus dos términos. El primero, es la naturaleza, según "esté ahí (objeto). Para modificarla hay que fijar el otro "término, hacia el cual se la va a conformar; este término "es el programa vital (objetivo) del hombre. (Ortega y Gasset)

Problemas de la planificación conjunta de la salud y el desarrollo

En la actualidad no se pueden establecer cuantitativamente las relaciones existentes ebtre los sectores sociales y económicos. Las inversiones sociales son tratadas como acuerdos.

Se persigue con la planificación conjunta encontrar las combinaciones más adecuadas entre salud y los otros sectores sociales y éstos con lo económico, que reunan los requisitos de compatibilidad, complementaridad y proporcionalidad en cuanto a las inversiones.

No es una relación lineal y no es conocida, por lo cual hay que buscar una posición programática e ir a lo largo del tiempo aproximándose sucesivamente a un modelo.

Se planifica la salud como un elemento en el contexto general de la planificación del desarrollo.

La problemática de la planificación se basa en la escasez de recursos.

El plan debe ser:

- Viable, es decir, factible y realista
- Internamente consistente y coherente
- Eficaz

1. Las "metas" del plan hay que expresarlas en términos de salud, porque los objetivos son salud.

No pudiendo cuantificar la salud, se recurre a "indicadores " y éstos en la actualidad son de carácter negativo. Puede expresar un nivel de salud, representación espacial y cuantificable de la salud. Es la expresión de una situación y así es cuantificable.

/2. Los

2. Los factores condicionantes del nivel de salud.

Epidemiológicamente la enfermedad se gesta en un desequilibrio entre el homore y su ambiente (concepción ecológica).

a) Factores que dependen del individuo (susceptibilidad):

-Estructura por grupos de edad, estado nutricional, etc.

b) Factores que dependen del medio:

-Educación, si bien es difícil cuantificar, indiscutiblemente existe una relación.

-Condiciones sanitarias del ambiente: vivienda, accesibilidad de la población a los servicios de salud, etc.

Otro factor condicionante corresponde a las acciones realizadas con los recursos de salud. Esto es la POLITICA DE SALUD.

Se define la política de salud como un conjunto de acciones y decisiones destinadas a combatir o controlar los daños, mejorando el nivel de salud, a través de actividades y mediante el uso de los recursos humanos, materiales y económicos disponibles.

EL NIVEL DE SALUD

1. Definición del sujeto de programación.

Si es un país, el nivel de salud deberá referirse a la totalidad de su extensión territorial, pero sabemos las profundas diferencias que existen entre las áreas locales, las cuales constituyen entre sí un verdadero mosaico. Al hablar de sujeto, es indispensable trabajar con los términos que se acerquen más a la realidad. Así caemos en una región territorial, geopolítica con características comunes.

La planificación debe efectuarse a base de realidades geo-económico-sociales: AREAS LOCALES, e integrando éstas, hasta definir la situación nacional.

2. La medida de salud

Se establece la medida de salud con la cual vamos a caracterizar el medio, que es salud en términos del planteamiento del proble,a

Para ello usaremos indicadores:

- indicadores de morbilidad y de mortalidad

/No hay

No hay un sólo indicador y éstos son complejos, especialmente los de morbilidad: consulta en policlínicos, boletín estadístico de egreso, y mortalidad, con las enormes dificultades que tiene la certificación médica de defunción.

La planificación debe basarse en el uso de datos de difícil acceso y disponibilidad; pero si los datos son malos, los planes no serán buenos.

a) Cómo medir los daños de la salud

No podemos trabajar con los datos globales, hay que llegar a conocer su composición, la naturaleza de esos males, identificando las enfermedades por:

i) Diagnóstico clínico. Pudiera ser agrupado de acuerdo a la Clasificación Internacional de causas de muerte, con 999 rubros, pero debe realizarse con un fin programático vinculado con los recursos y éstos no varían mucho. Tomando una clasificación de más o menos 30, esta lista agrupa un problema en diferentes entidades sociológicas y corresponden a :

- Daños, es decir, agrupaciones de enfermedades diferentes, pero que tienen una similitud.

ii) Edad. Es indispensable considerarla al aceptar el planteamiento de que es diferente resolver los problemas de salud para diferentes edades. Desde el punto de vista social es igual; pero desde el punto de vista económico puro, la vida humana tendrá valores diferentes, como capital social invertido.

"Así, si un niño muere a los 5 años de edad, la pérdida para "la sociedad será mucho menor que si el individuo muere a los "15 o 20 años, pero será mayor que si la muerte ocurre durante "el primer año de vida.

"Por ejemplo, si el gasto incurrido en llevar a un individuo "hasta los 15 años de edad fuera de 15.000 unidades monetarias "y el de llevarlo hasta los 5 años fuera de 3.000 y los costos "de evitar una muerte a los 15 y 5 años fueran, respectivamente, "de 300 y 100 u.m., sería preferible atender la salud de los de "15 años, porque cada unidad monetaria permitiría evitar la "pérdida de 50 unidades. En cambio, si se acepta el criterio "de que una vida es idéntica a otra, sería preferible dedicar "las 300 u.m. a reducir la mortalidad de los niños de 5 años, "pues con un esfuerzo similar se obtendría en ellos un resultado "tres veces superior al del grupo de 15 años.

/Cualquiera que

Cualquiera que sea el criterio que se adopte deberá reflejar la escala de valores de la sociedad.

b) Cómo medir los factores condicionantes del nivel de salud

i) Susceptibilidad, considerando la distribución etaria.

ii) Agua; uniones domiciliarias, metros lineales de cañería

iii) Educación; número de escuelas, número de aulas.

iv) Vivienda; criterios locales

v) Accesibilidad; qué cantidad de población es accesible o no a los servicios de salud.

Una vez identificados y medidos los factores condicionantes se relacionan con los daños respectivos.

c) Cómo medir la política de salud

Sobre el nivel actúan una cantidad muy diferente de daños, que se atacan con una cantidad muy diferente de recursos.

No es fácil separar los recursos para los daños; hay recursos humanos y recursos de capital; el problema es cómo definirlos en una expresión cuantitativa. En economía como en salud hay una sola manera de homogeneizar los recursos y es en términos de "costo".

Tenemos:

DAÑO, entidad nosológica	RECURSOS PARA ATACAR ESE DAÑO
	K, mano de obra que va a ser utilizada para producir salud

/CUADRO 4

CUADRO 4

Relación entre recursos y daños

D a ñ o s	Técnica	Tarea	Instrumento	Recursos
Expresados en mortalidad y morbilidad que afecta a la comunidad	Conjunto de tareas utilizadas para atacar el daño	Acción destinada a eliminar o modificar los factores que condicionan el daño	Conjunto de recursos, vinculados según criterio de funcionalidad, necesarios para efectuar tareas	Capital y mano de obra destinados a la salud
Difteria	De prevención	Vacunación (dosis)	Hora-vacunador	Vacunador, equipo, materiales, etc.
		Investigación epidemiológica (investigaciones realizadas)	Hora-médico epidemiólogo	Epidemiólogo, auxiliares, laboratorio, edificio, equipo, etc.
		Hospitalización (egresados reparados)	Cama de hospitalización	Médicos, enfermeras, laboratorio, edificios, camas, etc.
		Consulta (consultantes reparados	Hora-médico de consultorio	Igual que los especificados para hospitalización (excepto camas)

Para medir tenemos que identificar la cadena que va desde el recurso al daño.

TECNICA: conjunto de actividades (procedimientos más recursos) utilizados para atacar el daño.

ACTIVIDAD: acción destinada a eliminar o modificar los factores que condicionan el daño. Tareas combinadas cualitativa y cuantitativamente según criterio de eficiencia, desarrolladas con secuencia lógica, cronológica y funcional, constituyendo una unidad completa.

INSTRUMENTO: es un conjunto de recursos vinculados según criterios de funcionalidad y eficiencia, necesarios para efectuar las actividades.

Así, a cada actividad, le corresponde un instrumento determinado. Estudiando los recursos que entran a formar el instrumento, conocemos su composición, que por lo general es relativamente semejante de un establecimiento a otro, expresada tanto en unidades realex como monetarias.

El costo depende de la cantidad de instrumentos y de la composición de éste.

Atributos de actividades e instrumentos

INSTRUMENTO	ACTIVIDAD
- Identificación	- Identificación
- Cantidad (número)	- Cantidad (número
- Composición (real y monetaria)	- Composición (real y monetaria
- Costo medio por unidad instrumental	- Costo medio por unidad de tarea
- Grado de utilización, lo que equivale a: $\frac{\text{Instrumentos utilizados x 100 h.}}{\text{Instrumentos disponibles}}$	- Concentración por sujeto atendido. $\frac{\text{Número de actividades}}{\text{Sujetos atendidos por la. vez}}$
- Rendimiento = $\frac{\text{Número actividades}}{\text{Número instrumentos}}$	- Cobertura general, equivalente a: $\frac{\text{sujetos atendidos la. vez}}{\text{población}}$
- Eficiencia	- Eficiencia

/Si queremos

Si queremos aumentar las actividades, tenemos dos alternativas:

1. Aumentar los instrumentos en cantidad, o bien,

2. Aumentar el rendimiento (mantenimiento de la cantidad)

En ambos casos se van a aumentar los "costos"; en la primera alternativa el aumento es definitivo; en la segunda, también hay aumento de costo aunque emnor.

3. La política de salud

Puesto que se está elaborando un modelo analítico, nos interesa precisar en qué medida este modelo reproduce lo que nosotros queremos. Esto nos conduce a "evaluar" el modelo, planteándonos las siguientes interrogantes y proyecto de decisiones:

a) Si la situación que estamos analizando es satisfactoria o no.

b) Si esta situación es modificable o no.

Si es insatisfactoria pero modificable, hay que buscar el procedimiento para hacerlo.

Si es insatisfactoria pero inmodificable, es mejor no actuar.

Aquí hay un sentido de comparabilidad e implícitamente lo estamos confrontando con algo, con un "patrón de comparación", un modelo como quisiéramos que la cosa fuese; un "patrón de normalidad", explícito, cuantificado.

Cómo construir un modelo normalizado

Que tenga el máximo de eficiencia, suponiendo que la eficiencia es casi igual a productividad; como nuestra productividad es salud, que produzca la mayor cantidad de salud posible, expresándose:

$$\frac{\text{Utilización de recursos}}{\text{Cantidad de salud producida por esos recursos}}$$

La salud no es medida por un indicador, luego no es posible medir la eficiencia en términos de salud. El lado de medición de salud está en los daños y en los valores negativos (morbilidad-mortalidad). Tenemos entonces que referir la eficiencia a estos valores. Luego tenemos:

$$\frac{\text{Recursos}}{\text{Efectos que estos recursos tienen sobre los daños}}$$

/Ejemplo

Ejemplo:

$$\frac{\text{Recursos}}{\text{Reducción de la mortalidad}}$$

Si lo llevamos a la unidad:

$$\frac{\text{Recursos}}{\text{1 muerte evitada}}$$

Pero como los recursos hay que expresarlos en unidades y los costos es lo único que los homogeniza:

$$\frac{\text{Unidades monetarias}}{\text{1 muerte evitada}}$$

La noción de eficiencia será inferida entonces a:

$$\frac{\text{Costo}}{\text{Efecto sobre salud}}$$

" los recursos que van a producir el máximo de efecto posible."

Una vez construido el modelo normativo, tenemos que recordar que las actividades estarán referidas a los instrumentos que van a producir el mayor efecto.

Así podremos saber en cuanto difiere nuestra situación del modelo normativo.

Un instrumento es eficiente, cuando el beneficio que se obtiene con el uso al cual se le destina es superior al que se obtendría destinándolo a cualquier otro uso. Implica la especificad del uso del instrumento para el cual fue fabricado o concebido.

Otro requerimiento de la eficiencia es que el recurso sea utilizado a plena capacidad, es decir, que el "rendimiento" sea satisfactorio.

Si la situación es insatisfactoria pero modificable

Debemos definir en qué medida esta situación va a continuar en el futuro más o menos inmediato. Se ha precisado el nivel de salud y los factores condicionantes de ese nivel. ¿Cómo van a seguir operando? Las alternativas son: a mantenerse, a recuperarse o a ir al deterioro. Este corte de instantánea no nos adelanta el futuro, por lo que tenemos que hacer un pronóstico basándonos en el pasado y la tendencia descrita por los hechos.

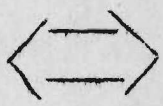
Hay que buscar las hipótesis más favorables para anunciar las perspectivas:

a) Que la situación que venía ocurriendo históricamente pesquisable, iba a seguir ocurriendo en los mismos márgenes. Si es previsible, debe ser incluída en la hipótesis.

b) Si dentro del juego de factores condicionantes consideramos constante a la Política de Salud, las demás variables son las que van a jugar definiendo la situación de la salud.

El pronóstico constituye la determinación de una línea base aunque hipotética, para ubicar y medir en ella las acciones que vamos a tomar.

Confrontar:

MODELO ANALITICO u OBSERVADO  MODELO NORMATIVO o ESPERADO

Es éste un problema de decisiones con respecto al uso de los recursos frente a necesidades y aspiraciones (Planificación) y que implica las restricciones siguientes:

/Decisión acerca

Decisión acerca de la elección de recursos

Se trabaja en término de daños y de salud, con un "modelo estructural" dentro de un servicio de Salud Pública y al ser una situación configurada tiene una serie de rigideces.

No es posible tomar decisiones acerca de todos los recursos que se usan en salud.

La problemática esencial es: muchas necesidades y pocos recursos. Como alternativas de solución se plantean:

- O aumentar los recursos
- O mejorar la utilización de los existentes.

Ambos no son excluyentes. Hay eso sí, una compleja situación social, política, detrás de la decisión que se tome.

Incrementar los recursos, significa sacarlos del conjunto global del presupuesto nacional, rompiendo el equilibrio. Si es considerado como un consumo, implica la reducción de éste en otros sectores, si es inversión, puede ser reducción del consumo presente, y es en este carácter como hay que considerarlo.

Aunque se dispusiera de los mayores y mejores recursos, no podría resolverse la problemática de salud sino parcialmente y en un tiempo. Requiere modificación de actitudes sociales y costumbres y una tecnología específica. Esto es mucho mayor en los países subdesarrollados, en los que hay gran dificultad en el uso de los recursos: existe la tendencia a solicitar aumento de los recursos, porque es mucho más fácil. A medida que los países se desarrollan tienen o adquieren la capacidad de utilizarlos mejor.

Mejorar la utilización de los recursos existentes implica:

a) Mejorar las técnicas, actividades, instrumentos (normalizar).

b) Elegir entre problemas prioritarios.

a) y b) no son excluyentes, hay que tomar decisiones entre objetivos (necesidades o aspiraciones) y medios, con un criterio de EFICIENCIA = $\frac{\text{costo}}{\text{efecto}}$ para lograr la "adecuada combinación".

La traducción de este análisis es la POLITICA DE SALUD expresada como el resultado con respecto al uso de los recursos y que se efectúa en virtud

/de decisiones

de decisiones que consideran explícita o implícitamente estos elementos.

Restricciones o complejidades de la Política de Salud

1. Elegir entre prioridades en daños de salud.

Tenmos que tomar en cuenta:

a) Problema temporal. Alternativas de decisión en un espacio tiempo: la erradicación y el control ocupan evidentemente una cantidad de recursos diferentes en un mismo daño de una población, habrá que optar o por controlar un número mayor o por eliminar un número menor de daños. Hay que procurar la satisfacción de las necesidades presentes, sin olvidar las del futuro.

b) Consumo versus inversión. Gastar más en investigaciones significa hacer inversión, que se resta de los recursos escasos actuales, por lo que ciertos daños van a crecer, pero que van a ser reducidos más tarde según la investigación.

c) Problema espacial. Concentrar recursos en un área significa reducir las acciones en otra.

i) Satisfacer los problemas que la comunidad considera como imperativos, hace dedicar la mayoría de los recursos a curación dedicando a una técnica más que a otra.

ii) Si existe una cantidad mayor de recursos para un programa, no pueden desplazarse a otro que tenga menos y los necesite más por situaciones legales y de desplazamiento de personal.

2. Elementos con que se construye el plan.

Es un problema de "método": la más adecuada combinación de recursos frente a objetivos.

a) Elección de técnicas. Tomar decisiones acerca de las actividades e instrumentos, de acuerdo con la relación costo/efecto.

b) Metas de normalización: plazo para mejorar la técnica normalizada.

c) Determinación de prioridades. Cualquiera que sea el criterio con que se determinan deben tender a que los daños sean atendidos de acuerdo a un orden jerárquico.

La prioridad, debe referirse al daño, porque a través de ellos se expresan los problemas de salud.

/Criterios de

Criterios de prioridades:

- Magnitud (M) del daño
- Trascendencia (T), dependiendo de la mayor o menor cantidad de capital humano que procure proteger
- Vulnerabilidad (V) (edad), posibilidad de atacarlo
- Costo (C)

Se expresa el "criterio de ordenación prioritaria en:

$$Cop = \frac{M \times T \times V}{C}$$

e) Nivel operacional. Se traducen las operaciones en márgenes de objetivos y éstos es posible expresarlos en número de muertes evitadas y para ello necesitamos utilizar ectividades e instrumentos con un costo en unidades monetarias. Pero el presupuesto lo fija el "nivel político". Lo que puede hacerse entonces, es decir que con la cifra asignada es posible evitar un número preciso de muertes, es decir, el "nivel de operacionalidad". (Debe presentarse un nivel mínimo y otro máximo).

La relación entre la decisión política y la decisión técnica es lo que va a definir un panorama de perspectivas a la decisión política. Se explicita en el hecho de que si fija un nivel va a tener un número de muertes evitadas y si lo fija a otro va a tener otro número de muertes.

Para decidir el "nivel de operacionalidad" se agrupa a los daños en:

- Reducibles
- No reducibles

La población presenta una demanda y lo primero es satisfacerla y nuestra política es perfeccionar la demanda; más si hemos efectuado una correcta normalización, va a quedar un excedente de recursos que se reparte de acuerdo a un orden de prioridad.

3. Alternativas

El modelo económico es una combinación de actividades, para obtener diferentes tipos de productos, al introducir modificaciones en una o más variables: debe estar destinado a modificar una situación y nos lleva a definir las alternativas de la acción.

A una colectividad le interesa tener salud y más salud, porque es un bien en sí y presenta dos techos:

a) Máximo de salud que la comunidad quisiera; es prácticamente infinito.

b) Mínimo para esas aspiraciones. (El expresar un mínimo satisfactorio encara un problema ético). Podrían anotarse dos criterios armónicos para definir ese mínimo:

i) que el nivel de salud conseguido no vaya al deterioro

ii) que estuviera tan parejamente distribuído, que satisfaga a todos por igual (justicia distributiva)

Aunque estos criterios sean profundamente objetables, no habría otra posibilidad de definir un mínimo: hay una cuota ética y otra pragmática.

"La salud como factor de producción o la salud como medio":

Mínimo - no lo sabemos hasta que no podamos medir la productividad de la salud en términos de bienes y servicios productidos. Como no se conoce, se confunde con él.

Máximo - que se pudiera invertir, lo que significa:

- que por más que se inviertan los mayores recursos, no podemos incrementar el nivel de salud dentro de ciertos límites y ciertos plazos.
- este máximo sólo tiene un valor académico o referencial, por cuanto es muy improbable que se puedan otorgar los recursos financieros que requiere.

Que la sociedad considere a la salud más fin o más medio, es actitud social y el planificador no puede actuar sobre ella.

Las alternativas del plan pueden construirse entre los dos techos: mínimo y máximo, en términos de muertes evitadas y costos.

Habrá así un plan máximo y un plan mínimo, pudiendo ofrecerse planes intermedios.

4. Integración de planes

Se divide el país en áreas: unidades geográficas de tipo operativo; planes locales, que se van integrando en planes regionales y éstos van a dar el plan nacional de salud, el cual contiene todos los requisitos del plan e incluye:

/ a) Conjunto

a) Conjunto de planes de servicios (actividades e instrumentos)
b) Planes de penetración. Atención a determinados sectores, provisional y periódica hasta que se integren a un área local.
c) Planes de adiestramiento. Para crear más instrumentos humanos, así como para normalizarlo.
d) Planes de inversión. Inversión en capital social básico y con qué carácter: hospitales, acueductos, etc.
e) Planes de investigación.

5. Presupuesto programa

Expresión monetaria de las actividades y programas que se deben realizar y que se desprenden del plan. Los presupuestos llamados "tradicionales" sólo llevan implícitas las acciones y son meramente un control de gastos.

La respuesta a estas condiciones requiere una METODOLOGIA DETERMINADA, que señale todos los términos.

EL PROBLEMA COMO PROCESO

Estamos proyectando acciones sobre el futuro. Hay contingencias a lo largo del tiempo, que pueden ser "previsibles" y "no previsibles".

Es un proceso permanente que debe ser fluido, obligando a llegar a contar con una administración planificadora y con una estructura planificadora, trabajando así con acciones configuradas, por eso debemos definir ETAPAS del proceso:

a) CONSTRUIR UN MODELO ANALITICO (lo observado) análisis de la situación.
b) CONSTRUIR UN MODELO NORMATIVO. Para comparar la situación encontrada con una realísticamente hablando (lo esperado)
c) ADOPTAR UN MODELO, esto es lo que vamos a realizar
d) APROXIMAR SITUACION ACTUAL AL MODELO ADOPTADO
e) MEDIR LA DISTANCIA O DIFERENCIA ENTRE LO OBSERVADO Y EL MODELO ADOPTADO (entre la situación de partida y el modelo adoptado)

/ETAPAS DEL

ETAPAS DEL PLAN

I. DIAGNOSTICO

A. Descripción

1. Nivel y estructura (identificación y medición)

a) Mortalidad (edades y causas)

b) Morbilidad o demanda satisfecha (edades y causas)

2. Factores condicionantes (identificación y medición)

a) Agentes patógenos

b) Susceptibilidad. Estructura de la población por edades. Nutrición.

c) Medio. Natural (geográfico). Cultural (vivienda, educación, agua, etc.)

d) Política de salud. Cantidad y organización de recursos. Asignación a daños. Eficiencia.

B. Explicación

Como afecta cada factor a cada daño.
Origen de la magnitud de los factores
Consecuencias de la situación de salud sobre otros sectores

C. Pronóstico

Tendencias futuras, según tendencias observadas y cambios previsibles en factores condicionantes.

D. Evaluación de la situación

Determinación de la satisfactoriedad y mutabilidad de la situación

II. PROGRAMACION PROPIAMENTE DICHA

A. Formulación de políticas

B. Fijación de metas (en término de alternativas)

C. Presupuesto global

/III. DISCUSION

III. DISCUSION, DECISION Y APROBACION

Para adoptar las metas (cuantificadas), a nivel:

- Técnico sectorial e intersectorial
- Político
- Técnico-político (Etapa imbricada a la programación propiamente tal, igualmente a la etapa del diagnóstico)

IV. EJECUCION PROPIAMENTE TAL

Ajuste de sistemas y estructuras

A. Preparación de la ejecución

B. Ejecución propiamente tal

V. EVALUACION Y REVISION DEL PLAN

Evaluación que se confunde con la del pronóstico para el período siguiente.

Comparar lo observado con lo esperado, en términos de:

- Metas de salud
- Acciones
- Recursos
- Costos
- Eficiencia

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE
PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL
Curso de Planificación de la Salud, 1965

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

Seminario Nº 1

TEMA: Salud en el desarrollo económico y social de América Latina

FECHA: Viernes 17 de setiembre de 1965

OBJETIVO: Facilitar el intercambio de experiencias y opiniones respecto a la situación económica y social de América Latina y sus interrelaciones con salud.

GUIA DE DISCUSION

1. Discuta la forma en que, a su juicio y en América Latina:

   a) la salud influye en el desarrollo
   b) el desarrollo está influyendo sobre el nivel de salud

2. Discuta cuáles serían, a su juicio, los problemas involucrados en estas interrelaciones, a los cuales debería concederse mayor importancia, a fin de obtener un cambio en la situación actual.

ORGANIZACION DE LA DISCUSION

1. Para discutir los temas propuestos en la guía de discusión, se formarán tres grupos (véase listas adjuntas) cada uno de los cuales elegirá un director de debates y un relator.

2. Los grupos discutirán durante toda la mañana. Finalizada la discusión, cada relator, en unión del director de debates respectivo, preparará una síntesis de los resultados de la discusión de su grupo.

3. La síntesis de los resultados de la discusión de cada grupo será presentada por los relatores respectivos a la sesión plenaria, que se desarrollará durante la tarde.

/4. Finalizadas

4. Finalizadas estas presentaciones, que servirán de pauta para la discusión, se iniciará un debate en que se encarece la más amplia participación, el mayor aporte posible de la experiencia personal y nacional respectiva y la mayor concisión y brevedad en las intervenciones.

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE
PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL
Curso de Planificación de la Salud, 1965

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

Distribución de los grupos

GRUPO A	GRUPO B	GRUPO C
1. H. A. Alves da Costa	1. E. M. Alanís	1. M. Budinich
2. R. Cova Rey	2. R. Alvarado	2. D. B. Carvalhedo
3. L. Gallardo	3. E. F. Aquino	3. D. Del Castillo
4. A. Legarreta	4. J. Castillo	4. R. González
5. J. Otero Molina	5. N. García-Calella	5. D. López Ferrer
6. C. Pepa	6. C. R. Gils Carbó	6. E. Lourido
7. G. Restrepo	7. N. Kliwadenko	7. C. Salomón
8. R. Rodríguez	8. E. Lazo	8. J. Sánchez Avilés
9. A. Salinas	9. F. R. Moitta	9. E. Sollman
10. V. Valverde	10. M. Núñez Valdivia	10. O. B. Sonzini
11. J. M. Vildósola	11. A. Romero	11. R. Tinedo
12. B. Villagra	12. H. San Martín	12. I. Videla
13. J. Yakubov	13. F. Suescún	

Instituto Latinoamericano de
Planificación Económica y Social

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

Curso de Planificación de la Salud, 1965

METODOLOGIA DE PLANIFICACION DE LA SALUD

Manual de Procedimientos *

* Material preparado por los integrantes del grupo A. Instructor doctor Eduardo Sarué. Santiago, diciembre de 1965.

PLAN DE SALUD DE LA SERENA

I. RECOLECCION DE LA INFORMACION

Se obtuvo información sobre los siguientes rubros:

A. Consultas
B. Otras actividades
C. Consumos
D. Local
E. Personal
F. Defunciones
G. Egresos hospitalarios
H. Población
I. Situación del medio

A. Consultas

1) Tipos de datos que se recogieron: Todos los diagnósticos de la consulta, edad del consultante, consulta primera o repetida para el daño (en el año).

2) Fuentes y procedimientos de obtención de los datos: Se definió previamente consulta como aquella atención que da el médico con propósitos de diagnóstico y tratamiento, o la enfermera, matrona o practicante, por delegación del médico en casos especiales (control de niño o embarazada, sanos, atención en zonas rurales etc.).

Hubo en total 4 tipos de fuentes de información:

a) Cuaderno donde se anota la fecha de la consulta y el número de la ficha clínica del consultante. En este caso se muestrearon las consultas del cuaderno, de acuerdo con una fracción de muestreo elegida de antemano. Posteriormente se ubicó la ficha clínica respectiva y se buscó en ella la consulta muestreada.

b) El servicio de urgencia no llena ficha clínica para las atenciones. Hay un libro donde se anota por orden cronológico cada consulta en una linea con los siguientes

/datos:

datos: fecha, edad, diagnósticos, nombre del paciente. Se muestreó directamente del libro de consultas.

c) En el servicio de tisiología no se lleva cuaderno de consultas. Se muestrearon directamente fichas clínicas anotando todas las consultas otorgadas en el año 1964.

d) Para consultas de niño sano se obtuvo un tabulado con el número de consultas por grupos de edad. No se pudo hacer muestreo de fichas porque no hay ficha separada para niño sano y no hay cuaderno de consultas.

B. Otras actividades

1) Inspecciones

a) Tipos de datos que se recogieron: Número y tipo de inspecciones (a establecimientos y a viviendas) clasificadas en primeras y repetidas.

b) Fuentes y procedimientos de obtención de los datos: hay tarjetas de registro. Se separaron las que tenían anotadas inspecciones en 1964. Se tomó una muestra de tarjetas.

2) Alimentación suplementaria:

a) Tipos de datos que se recogieron: Cantidad de leche distribuída (en kilos) por tipo y número de personas que la recibió (nodrizas, lactantes y preescolares).

b) Fuentes y procedimientos de obtención de los datos: Tarjetas para 1964 separadas en zona urbana y rural. Se tomó muestras de ambas zonas.

3) Visitas de enfermería:

a) Tipos de datos que se recogieron:

- Total de visitas por grupos de edad (niño sano, lactante, preescolar, adultos).
- Visitas a tuberculosis clasificadas en nuevas y repetidas.
- Otras visitas de Epidemiología por casos (tifoidea, poliomienlitis, difteria, varicela y sarampión).

/b) Fuentes

b) Fuentes y procedimientos de obtención de los datos: Tarjetas de visitas separadas para 1964. Se muestrearon las tarjetas.

4) Exámenes de laboratorio

a) Tipos de datos que se recogieron: número de exámenes de laboratorio clasificados en exámenes para hospitalización y para Consultorio Externo.

b) Fuentes y procedimientos de obtención de los datos: Informe anual del laboratorio con tabulado sobre exámenes realizados en 1964.

5) Exámenes de Rayos X

a) Tipos de datos que se recogieron: Número de exámenes (Abreu, radioscopías y radiografías) clasificados en exámenes para hospitalización y para Consultorio Externo.

b) Fuentes y procedimientos de obtención de los datos: Tabulación de datos del informe anual del Departamento.

6) Banco de sangre

a) Tipos de datos que se recogieron:
- Número de determinaciones de RH y grupos sanguíneos por servicios.
- Número de transfusiones y cc. de sangre a Hospitalización y Consultorio Externo.

b) Fuentes y procedimientos de obtención de los datos: Libro de registro diario de atenciones de 1964. Se tomaron 2 meses del año como muestra.

7) Odontología

a) Tipos de datos que se recogieron: Número de UTO (unidades técnicas odontológicas: 1 UTO equivale a una extracción).

b) Fuentes y procedimientos de obtención de los datos: Datos tabulados en el informe anual de 1964.

8) Subsidios

a) Tipos de datos que se recogieron: Total de dinero pagado en subsidios y número de órdenes.

b) Fuentes y procedimientos de obtención de los datos: Presupuesto de contabilidad de gastos realizados.

/9) Vacunaciones

9) Vacunaciones

a) Tipos de datos que se recogieron: Número de dosis por tipo de vacuna (mixta, antidiftérica, antivariólica, etc.) clasificadas según primeras, segundas, terceras y cuartas dosis para cada tipo.

b) Fuentes y procedimientos de obtención de los datos: Datos tabulados en informe de Epidemiología para 1964.

10) Agua y alcantarillado

a) Tipos de datos que se recogieron:

- Número de letrinas instaladas y costo de los materiales.
- Número de bombas de agua instaladas.

b) Fuentes y procedimientos de obtención de los datos: Tabulación de datos del informe anual de inspectores de saneamiento.

11) Lavandería

a) Tipos de datos que se recogieron: Kilos de ropa lavada entregada a cada Departamento.

b) Fuentes y procedimientos de obtención de los datos: Cuaderno de registro del Departamento de Lavandería.

12) Alimentación

a) Tipos de datos que se recogieron:

- Porciones de alimentación (cada una de las comidas: desayuno, almuerzo, onces, comida) servidas al personal por Departamentos.
- Raciones de alimentación (total de comidas para el día) servidas a enfermos.

b) Fuentes y procedimientos de obtención de los datos: Cuaderno de registro del Departamento de Alimentación.

13) Transporte

a) Tipos de datos que se recogieron: Registro de vehículos por Departamento, órdenes de mantención y reparación por vehículo, combustible gastado por vehículo.

/b) Fuentes

b) Fuentes y procedimientos de obtención de los datos: Existe una nómina de los vehículos y su asignación a Departamentos. Contabilidad entregó los datos de mantención, reparación y combustible.

C. Consumos

Se consideraron solamente los gastos realizados en 1964, incluyendo lo gastado en 1964 y cuyo pago se efectuó en 1965. Se excluyeron los pagos realizados en 1964 correspondientes a gastos de 1963.

Se dieron previamente NORMAS DE CLASIFICACION DE CONSUMOS Y DE DEPARTAMENTALIZACION para asignar consumos a los Departamentos.

1) Tipos de datos que se recogieron:

- Agua, luz y gas: Se tomó el item del presupuesto para agua y luz. Bodega dió información sobre gas entregado a cada departamento.
- Artículos de aseo: Número de cada uno de los artículos de aseo entregados a cada departamento.
- Utiles de escritorio: Número de cada uno de los artículos entregados a cada departamento.
- Recetas: Número de recetas despachadas a Hospitalización y Consultorio Externo.
- Material de curaciones con destino a Hospitalización y Consultorio Externo.
- Vacunas: Cantidad y tipo de vacuna entregadas a Epidemiología.
- Leche curativa: Número de recetas de leche entregadas a Hospitalización y Consultorio Externo.

2) Fuentes y procedimientos de obtención de los datos

- Farmacia dió información sobre: Recetas, material de curaciones, leche curativa, vacuna y equipos de curaciones. Ia información se obtuvo del tabulado del informe anual para 1964.
- Bodega: dió información sobre útiles de escritorio, de aseo y ropería, gas, lubricantes y alimentación. Lleva una hoja

/de pedido

de pedido que se confecciona por triplicado (una copia va a Contabilidad, otra al Departamento que solicita el pedido y otra queda en Bodega). Se tomaron muestras de 2 o 6 meses según el item.

- Contabilidad: Proporcionó los valores monetarios de cada unidad real de consumo y además el presupuesto de gastos realizados en 1964. De esta manera se obtuvo finalmente, para cada item de consumo, las unidades reales y monetarias para cada artículo.

D. Local

Se midió el edificio en metros cuadrados por Departamentos utilizando dos procedimientos: contando baldosas y también contando número de pasos de longitud media conocida.

E. Personal

Se entregó previamente NORMA DE CLASIFICACION DE PERSONAL Y NORMA DE DEPARTAMENTALIZACION.

1) Tipos de datos que se recogieron:

- Para cada una de las personas que trabajaron en el Hospital en 1964 (identificadas por nombre y apellido) se obtuvieron los siguientes datos: Cargo que desempeñó, tiempo de duración de la función, horas diarias trabajadas (6 u 8 según el caso) Departamento en que realizó las funciones, remuneración anual e institución que pagó la remuneración.
- Aporte patronal para leyes sociales para el total del personal.

2) Fuentes y procedimientos de obtención de los datos:

- Nómina de personal que trabajó en 1964 (previamente preparado para este objeto) con nombre, cargo presupuestario y remuneración anual total.
- Entrevista a personal para verificar cargo desempeñado y horario de trabajo.
- Contabilidad proporcionó aporte patronal.

F. Defunciones

Se entregó tabulación de defunciones de residentes por grupos de edad y causas, preparado por Subdepartamento de Estadística del Servicio Nacional de Salud.

/G. Egresos

G. Egresos hospitalarios

Se entregó tabulación de egresos por grupos de diagnósticos y edad para el total de egresos y fallecidos. Preparado por el Subdepartamento de Estadística del Servicio Nacional de Salud.

H. Población

Se entregó población estimada por grupos de edad para decenio 1964 - 1975.

I. Situación del medio

Se entregó información para 1964 y 1975 sobre:

1) Vivienda: Déficit por 1.000 habitantes.
2) Instrucción: Niños no matriculados por 100 niños en edad escolar.
3) Agua: Población no servida por 100 habitantes.
4) Alcantarillado: Población no servida por 100 habitantes.
5) Accesibilidad: Población a dos horas o menos por 100 habitantes.

II. ELABORACION DE LA INFORMACION SOBRE CONSULTAS

1) Normas: Se dieron previamente NORMAS sobre:
   a) Grupos de diagnósticos: Adaptación de la Lista Abreviada de la Clasificación Estadística Internacional.
   b) Grupos de edades.
   c) Criterios para el diagnóstico cuando en la consulta figuraba más de 1 diagnóstico: Preferir enfermedad infecciosa, entre infecciosa y entérica preferir entérica, en otros casos, decidir por daño más vulnerable.
2) Codificación de los diagnósticos:

Se buscó el código en la lista tabular de la Clasificación Estadística Internacional, pero clasificando de inmediato según grupos de diagnósticos establecidos.

3) Clasificación por causa, edad, primeras consultas y repetidas

Simultáneamente a la clasificación por grupos de diagnósticos se clasificaron por edad y primeras consultas y repetidas en formulario preparado para el caso.

/4) Reconstitución

4) Reconstitución del universo

Se multiplicó el valor obtenido en la muestra por el factor de expansión: N/n; donde "N" es el total de consultas en el año y "n" el número de consultas de la muestra. Ejemplo:

Grupos	Tamaño muestra n	Tamaño universo N	Factor de expansión
Niños	168	27.685	164,8
Adultos	1.305	45.832	35,1
Tuberculosis	154	2.000	13,0

HOSPITAL REGIONAL
LA SERENA

SECCION: CONTABILIDAD
Lcd.

ANEXO 1

ITEM (Nomenclatura y Glosas)		TOTAL Castado al 31 de diciembre de 1964
*02	Sueldos	E° 505.784,75
*03 - a)	Remuneración Categ. y Goce Grado	49.926,24
*03 - b)	Quinquenios	67.010,48
*03 - c)	Asignación Art. 11°	22.642,00
*03 - d)	Por Residencia ciertas zonas	113.723,01
*03 - e)	Horas Extraordinarias	56.945,81
*03 - f)	Por Otros Conceptos	92.760,47
*04 - a)	Personal a Contrata	166.801,47
*04 - b)	Remplazos	63,33
*04 - e)	Subvención a Religiosas	2.010,00
*05)	Jornales	9.743,01
08 - a)	Viáticos y Traslados	6.219,68
08 - b)	Pasajes Fletes y Movilización	1.189,69
09 - a)	Alimentación	110.328,05**
09 - b)	Farmacia L/I	28.629,30**
09 - b)	Farmacia C.A. (Retención)	186.003,63**
09 - c)	Arriendos	192,00
09 - d)	Agua, Luz y Lumbre	34.654,77**
09 - e)	Lavandería	3.732,60
09 - f)	Vestuario L/I	949,97**
09 - f)	Vestuario Retención	12.037,57**
09 - g)	Aseo e Higiene	3.370,52
*09 - h)	Difusión y Publicaciones L/I	3.461,16
*09 - h)	Difusión y Publicaciones Retención	6.156,30
*09 - i)	Material de Enseñanza	101,05

* Items eliminados a los efectos del consumo.

** Costos reajustados según información de bodega.

09 - k) Traslado

09 - k)	Traslado de Enfermos		8.229,05
09 - l)	Franqueo, Telegramas y Teléfonos		5.445,75
*09 - m)	Contribuciones		-
*10)	Adq. Bs. Durables L/I		10.766,56
*10)	Adq. Bs. Durables Retención		6.693,24
*11 - a)	Reparación de Efificios		10.071,82
11 - b)	Reparación de Vehículos		19.124,16
*11 - c)	Reparación Muebles y Utiles		7.799,09
13)	Combustibles y Lubricantes		7.178,96**
*14 - a)	De Establecimientos		13.699,88
*16 - d)	Pago de Cuentas Pendientes		90.634,54
16 - e)	Imprevistos		5.522,59
16 - h)	Colocación Familiar		2.155,77
16 - i)	Otros		140,00
*20)	Asignación Familiar		64.629,15
21 - a)	Subsidios		118.776,89
*21 - e)	Aporte Patronal		51.629,63
24 - a)	Aux. Lactancia L/I		2.348,87
24 - a)	Aux. Lactancia Retención		132.201,66
*31)	Constr. Obras Iniciadas		3.000,00
*32)	Instrumentales y Equipo L/I		350,30
*32 - a)	Instrumentales y Equipo Retención		21.246,89
	TOTALES	E°	2.065.631,66

Material y útiles de escritorio E° 17.508,84

---

* Items eliminados a los efectos del consumo.

** Costos reajustados según información de bodega.

/INVENTARIO DE

INVENTARIO DE CONSUMOS Y SU DISTRIBUCION POR DEPARTAMENTOS

En el aspecto más general del estudio de los consumos debemos reconocer diferentes etapas:

- Inventario de consumos
- Distribución de los consumos en los diferentes departamentos
- Consolidación de los consumos por departamentos

Veamos estas diferentes etapas:

Inventario de consumos

A. Información sobre los items de consumo. Entre contabilidad y bodega se nos dío el total de items de consumo, que quedaron establecidos del siguiente modo: (Ver anexo 1)

- Viáticos y traslados
- Pasajes, fletes y movilización
- Alimentación
- Farmacia
- Arriendos
- Agua, luz y lumbre
- Lavandería
- Vestuario
- Aseo e higiene
- Traslado de enfermos
- Franqueo, telegramas y teléfonos
- Reparación de vehículos
- Combustibles y lubricantes
- Imprevistos
- Colocación familiar
- Otros
- Subsidios
- Auxilio de lactancia
- Material y útiles de escritorio

Se eliminaron los items de:	Por las siguientes causas:
Item 02 a 05	Sueldo de personal
Difusión y publicaciones	Incl. en material y útiles de escrit.
Material de enseñanza	" " " " " " "

/Contribuciones

Contribuciones	No hay partida
Adquisición de bienes furables	Inversión
Reparación de edificios	"
Reparación de muebles y útiles	"
De establecimientos	"
Pago de cuentas pendientes	Por corresponder al año 1963
Asignación familiar	Por corresponder a sueldos de personal
Aporte patronal	" " " " " "
Construcción obras iniciadas	Inversión
Instrumental y equipos	"

B. Información complementaria para reajustar los costos totales de algunos items de consumo dados por contabilidad y su distribución por departamentos.

1) Bodega. Proporcionó una información en "crudo", que fué necesario elaborar, referida a:

a) Material y útiles de escritorio. La recolección se hizo en un formulario de doble entrada; en sentido vertical se especificaban los artículos (papel, lápices, secantes, etc.) y en sentido horizontal los pedidos mensuales, total de pedidos anual, precio unitario (suministrado por contabilidad) y valor total de cada uno de los artículos.

Esta información se recogió para los distintos servicios en que clasificaba bodega el destino de los pedidos:

Tisiología	Reparto leche
Traumatología	Dental escolar
Enfermería	Secretaría cirugía
Urología	Informaciones
Rayos X	Inyecciones y curaciones
Hospicio	Transfusiones, etc.

Posteriormente esta clasificación fué codificada para adaptarla a la norma de departamentalización.

Así por ejemplo: Traumatología, enfermería y urología se consideraron en hospitalización. Informaciones en administración. Posta La Higuera, inyecciones y curaciones, en consulta. Reparto de leche en alimentación suplementaria, etc.

/b) Aseo

b) Aseo e higiene. Los problemas de recolección y el formulario en el cual se efectuó fueron los mismos que los descritos en material y útiles de escritorio.

Los distintos servicios en que clasificaba bodega el destino de estos pedidos era el siguiente:

Farmacia	Urología
Medicina	Contabilidad
Hospicio	Dental escolar
Pediatría	Posta La Higuera
Otorrino	Cirugía
Peluquería	Poli materno-infantil
Esterilización	Pensionado, etc.

También como en el caso anterior fue necesario codificar para adaptarlo a las normas de departamentalización.

c) Lumbre. Este rubro está constituido por gas y carbón de piedra, del cual se obtuvo información precisa sobre su distribución y costo.

d) Vestuario (ropería). Se obtuvo información sobre los componentes de este rubro, destino y costo.

e) Gasolina y lubricantes.

2) Farmacia. Proporcionó información sobre:

- Número de recetas, su costo y destino
- Material de curaciones e instrumental, su costo y destino
- Cantidad de vacunas consumidas y su costo

Los costos proporcionados por bodega y farmacia, sustituyeron a los del anexo 1, dado por contabilidad, por considerarse que eran más fieles.

Distribución de los consumos en los diferentes departamentos, con lo cual se obtiene el cuadro N° 1.

Analizaremos que problemas nos plantean cada uno de los items de consumo para su distribución a los diversos departamentos, distinguiéndolos en tres grupos según complejidad.

/A. Grupo

[illegible]

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Viáticos y traslados		[illegible]																			[illegible]
Pasajes, fletes y movilización		[illegible]																			[illegible]
Alimentación			[illegible]																		[illegible]
Farmacia								[illegible]													[illegible]
[illegible]													[illegible]								[illegible]
Lumbre			[illegible]	[illegible]					[illegible]			[illegible]									[illegible]
Lavandería				[illegible]																	[illegible]
[illegible]	[illegible]					[illegible]	[illegible]				[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]					[illegible]	[illegible]
Aseo e higiene		[illegible]	[illegible]		[illegible]			[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]							[illegible]
Traslado de enfermos												[illegible]									[illegible]
Franqueo, telegramas y teléf.		[illegible]																			[illegible]
Contribuciones																					
Reparación de vehículos						[illegible]															[illegible]
Combustibles y lubricantes						[illegible]															[illegible]
Imprevistos		[illegible]																			[illegible]
Colocación familiar							[illegible]														[illegible]
Otros		[illegible]																			[illegible]
Subsidios																			[illegible]		[illegible]
[illegible]																		[illegible]			[illegible]
Material y útiles escritorio	[illegible]	[illegible]	[illegible]					[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	—	[illegible]	[illegible]		[illegible]
Totales	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL

Curso de Planificación de la Salud, 1965

Metodología de Planificación de la Salud

Cuadro Nº 1

INVENTARIO DE PERSONAL. 1ª ASIGNACION (DIRECTA)

Serena / Area

1964 / Año

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Personal / Departamento		Médicos	Dentistas	Farmacéuticos	Enfermeras graduadas	Asistentes sociales	Matrónas graduadas	Contador	Constructor civil graduado	Otros profesionales graduados	Otro personal directivo no graduado	Educador sanitario	Estadísticos	Auxiliares de enfermeras	Inspector sanitario	Oficial de subsidios	Otro personal técnico	Personal de servicio	Total	Sueldo más aporte patronal
Departamentos generales																				
Dirección	a)	2 000															2 000		4 000	23 203.93
	b)	19 220.52															3 045.67		22 266.19	
Administración	a)							4 000					18 500				20 334	2 000	44 834	71 042.02
	b)							9 105.70					31 291.44				25 095.95	2 677.91	68 171.00	
Alimentación	a)									7 667								27 333	35 000	53 637.76
	b)									19 704.86								31 765.22	51 470.10	
Lavandería	a)																	29 250	29 250	30 833.91
	b)																	29 587.82	29 587.82	
Aseo, mantenimiento, vigilancia	a)													5 437				55 667	61 124	82 807.00
	b)													6 693.14				72 767.38	79 460.52	
Transporte	a)																	18 349	18 349	26 989.69
	b)																	25 898.96	25 898.96	
Otros departamentos generales	a)																10 927	4 000	14 927	16 547.40
	b)																10 511.74	5 366.93	15 878.67	
Departamentos intermedios																				
Farmacia	a)			4 500													15 000		19 500	57 376.33
	b)			29 449.26													25 608.32		55 057.58	
Laboratorio	a)	750		3 625										5 750			2 000	3 917	16 042	36 285.05
	b)	3 446.59		20 159.26										5 537.32			1 416.81	4 198.68	34 818.66	
Radiología	a)	500												5 756					6 256	9 645.86
	b)	3 216.28												6 039.76					9 256.04	
Otros departamentos intermedios	a)					3 000				1 500			2 000				2 000	3 894	12 394	23 342.43
	b)					8 977.09				3 981.67			3 257.57				1 539.67	4 582.89	22 339.09	
Departamentos finales																				
Hospitalización	a)	23 041			7 500		6 812							186 584			4 501	33 500	261 938	561 412.81
	b)	179 990.49			22 920.31		27 536.63							255 764.64			4 588.56	47 923.80	538 724.43	
Consulta médica	a)	19 316												12 323				2 000	34 239	166 172.01
	b)	130 369.45												26 785.09				2 301.96	159 456.50	
Consulta odont.	a)		7 000											1 500				2 000	10 500	54 494.01
	b)		48 886.79											1 505.54				1 899.41	52 291.74	
Vacunación	a)													6 943					6 943	9 848.50
	b)													9 446.99					9 446.99	
Inspección	a)														10 000		2 000		12 000	24 315.59
	b)														20 901.89		2 431.03		23 332.92	
Construcción	a)																		-	
	b)																		-	
Alimentación suplementaria	a)																	4 000	4 000	6 870.10
	b)																	6 592.46	6 592.46	
Subsidios	a)															8 000			8 000	16 283.36
	b)															15 625.30			15 625.30	
Visitas dom. enfermería	a)													5 485					5 485	6 441.43
	b)													6 181.11					6 181.11	
Total	a)	46 207	7 000	8 125	7 500	3 000	6 812	4 000	-	9 167	-	-	20 500	229 798	10 000	8 000	58 762	185 850	604 721	1 277 549.19
	b)	336 243.33	48 886.79	49 608.52	22 920.31	8 977.09	27 536.63	9 105.70	-	23 686.75	-	-	34 549.01	318 013.59	20 901.89	15 625.30	74 297.75	235 563.42	1 225 316.08	

a) = Horas.

b) = Escudos.

A. Grupo que podemos decir ya está asignado

Alimentación. Se coloca su valor en el departamento alimentación (según costos proporcionados por bodega, con precios del momento actual).

Igual cosa se hace con:

Farmacia (según costos de información de farmacia)

Arriendos

Lavandería

Subsidios

B. Grupo que se asigna a departamentos basados en un razonamiento simple

1) A administración
   - Viáticos y traslados
   - Pasajes, fletes y movilización
   - Franqueo, telegramas y teléfonos
   - Imprevistos
   - Otros

   Se toman los valores tal como figuran en la información proporcionada por contabilidad (ver anexo 1) y se asignan a administración fundamentándose en:
   - que no se dispone de mejor información
   - que al realizar más adelante el prorrateo en los departamentos finales se les dará una distribución más o menos equitativa.

2) A hospitalización
   - Traslado de enfermos. El criterio es que se trata de enfermos hospitalizados.

3) A alimentación suplementaria
   - Auxilio de lactancia. Por tratarse de alimentación suplementaria (leche), otorgada a embarazada y nodriza.

4) A transporte
   - Reparación de vehículos
   - Combustibles y lubricantes

5) A otros departamentos generales
   - Colocación familiar. Se trata en este caso de un servicio social implícito en otros departamentos generales.

/C. Grupo

C. Grupo en que existía un item de consumo y no existía departamento específico para ser asignado

1) Prorrateados según los mts.^{2} ocupados por los diferentes departamentos.

Se midieron las diversas dependencias del establecimiento y se estableció el número de metros cuadrados ocupados por cada una de ellas.

Sobre la base de esta información fueron prorrateados los items:

- Agua, luz y lumbre
- Aseo e higiene

Para ser más preciso, respecto al procedimiento seguido con respecto al primer item, debemos decir que se hizo el prorrateo de agua y luz según mts.^{2}; luego se agregó (según correspondiera) a los departamentos la información proporcionada por bodega de los gastos de lumbre.

2) Distribuidos según información proporcionada por bodega.

- Vestuario
- Material y útiles de escritorio

Consolidación de los consumos por departamentos

Simplemente consistió en la suma de las columnas correspondientes a cada departamento, obteniendo sus totales.

ETAPA DE LOS PRORRATEOS

Consideraciones generales. Una vez cumplidas las etapas de inventarios y distribución por departamentos de personal y consumos, podemos tomar ambos totales expresados en UR y UM y ponerlos frente a cada departamento.

El problema consite ahora en distribuir en los departamentos finales los valores del resto de los departamentos.

Lo primero que debemos hacer es confeccionar un cuadro de doble entrada:

A. En una columna pondremos los departamentos generales e intermedios y frente a cada uno los valores expresados en UR y UM de personal y consumos.

B. En una fila pondremos la totalidad de los departamentos (generales, intermedios y finales).

Nota: Por razones de publicación se ha invertido la posición del cuadro.

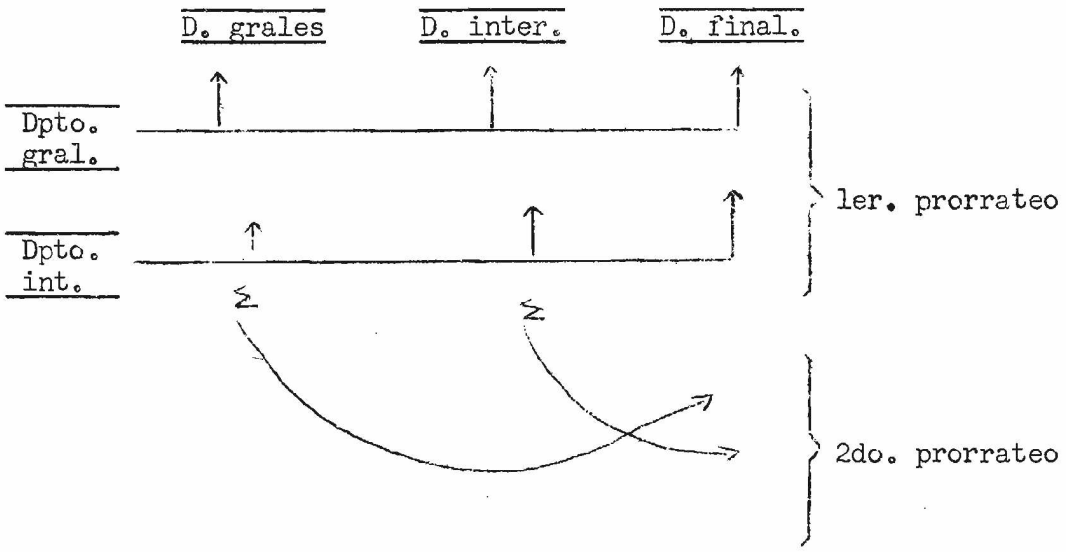
/Hecho esto

Hecho esto tendremos dos etapas a cumplir:

1er. prorrateo. Que consiste en la distibución de cada uno de los departamentos generales e intermedios en cada uno de los departamentos generales, intermedios y finales.

2do. prorrateo. Consiste en la distribución de los departamentos generales e intermedios en los finales.

Esquemáticamente:



El 2do. prorrateo puede hacerse según dos criterios:

1) Distribuir departamentos generales en intermedios y finales, y posteriormente distribuir los intermedios en finales.
2) Distribuir directamente los departamentos generales e intermedios en finales. Este fué el criterio que se aplicó por razón de mayor simplicidad operativa; pero debemos saber que con ello se hizo una subestimación de los departamentos intermedios.

NORMAS DE PRORRATEO APLICADAS

A. Para Dirección. Horas de personal

1) Fuente de información:
   a) Nómina de personal por cargo presupuestario con horario contratado y tiempo trabajado.
   b) Encuesta directa para investigar cargos desempeñados.
   c) Tabla para computar horas anuales.

/2) Procedimiento

2) Procedimiento. Se asignaron horas a departamentos según normas de departamentalización.

B. Administración y otros departamentos generales. Personas/año.

1) Fuente de información:

a) Distribución de horas de personal por tipo de personal y por departamento.

2) Procedimiento:

a) Para médicos (excepto director), dentistas, farmaceúticos y matronas, se dividió total horas por categoría y departamento por 1.500 (6 hs. x 250 días), lo que nos da personas/año.

b) Para el resto del personal se dividió el total de horas, según categorías y departamentos por 2.000 hs. (8 hs. x 250 días), lo que nos da personas/año.

c) Suma de años-personas por departamentos.

C. Lavandería. Kilos de ropa lavada.

Fuente de información.

El hospital entregó información sobre kgrs. de ropa lavada por departamento.

D. Alimentación. Raciones alimenticias.

1) Fuente de información:

a) Raciones constituidas por la suma de desayunos, almuerzos, meriendas y cenas, servidas a enfermos hospitalizados.

b) Porciones constituidas por: desayuno o almuerzo, o merienda o cena, servidas al personal según departamentos.

c) Costos (estimados en relación a los valores de 1965), de la ración y de las diferentes porciones.

2) Procedimiento

a) Conversión de porciones a raciones según sus costos.

b) Asignación de raciones a los departamentos.

E. Aseo, mantenimiento y vigilancia. Metros cuadrados de local.

Fuente de información:

Se midieron los metros cuadrados de edificación ocupados por cada departamento.

/F. Transporte

F. Transporte. Según dependencia de los vehículos de cada departamento.

1) Fuente de información:

a) La fuente más indicada debió ser el libro de registros y motivos de viajes, según departamentos. Como este libro resultó ilegible fué necesario obtener:

b) Nómina de vehículos

c) Información de bodega sobre consumos por vehículos (lavados, engrases, gasolina y reparaciones).

2) Procedimiento

Los gastos ocasionados por cada vehículo se cargaron al departamento del cual dependía.

G. Rayos X. Número de placas.

Fuente de información: El departamento de rayos X proporcionó información sobre el número de placas y su peticionante.

H. Laboratorio.

Fuente de información. Registro de exámenes de laboratorio por tipo de examen y departamento que lo solicita.

I. Farmacia. Proporcionó información sobre:

- Número de recetas, su costo y destino
- Material de curaciones e instrumental, su costo y destino.
- Cantidad de vacunas consumidas y su costo.

J. Otros departamentos intermedios. Para el prorrateo de estos departamentos se usó igual norma que la adoptada en el Plan Nacional de Salud de Chile: 90% a hospitalización y el 10% restante a consultas.

/ATRIBUTOS

ATRIBUTOS DE ACTIVIDADES E INSTRUMENTOS

Realizamos un cuadro en donde los atributos de las actividades y los instrumentos fueron anotados para cada uno de los departamentos finales considerando dos. La composición no se anotó pues esto estaba en los cuadros anteriores.

Cuadro de
Atributos de los instrumentos

Identificación	Cantidad absoluta	Costo medio	Rendimiento	Cobertura relativa	Grado de uso
Cama año	285	11 507	28.69	3.82	93.66
H. cons. méd.	19 916	4 324	4.87	3.75	1
H. cons. odont.	6 850	9 549	7.5	-	1
H. vacunador	6 943	2 159	8.54	9.3	1
H. inspect.	12 000	4 821	0.17	-	1
H. alimentad.	4 000	36 223	20.03	-	1
H. ofic. subsid.	-	-	-	-	1
H. aux. visitad.	5 485	1 572	0.53	-	1

Cantidad = número de instrumentos
Costo medio = costo total sobre número de instrumentos
Rendimiento = número de actividades producidas en unidad de tiempo
Cobertura = por mil habitantes

/ ATRIBUTOS DE

ATRIBUTOS DE LAS ACTIVIDADES

Identificación	Cantidad	Costo Medio	Rendimiento	Concentración	Cobertura
Hospitalización	8.177	137,163	11,92	1	109,58 4/
Consulta Médica	96.898 1/	0,890	12 x minuto	1,58	0,77 5/
Cons. Cdontológ.	51.377	1,271	8 x "	1,00	U.T.0.680%
Vacunación	59.333 2/	0,311	7 x "	1,84	410 6/
Inspección	1.997	28,970		1,70	-
Alimentación Suplementaria	82.538.25	1,757	Duración en tiempo para entregar 1 kg. leche 2.9 minutos	Kilos de leche x persona 6,72	1,11 5/
Visita Domiciliaria	2.894	2,979		2,09 3/	-
Subsidios	-	-	-	-	-

1/ Incluye consultas por practicantes, enfermeras y matronas

2/ 1 PPD = 1 dosis

3/ Solo para epidemiólogos

4/ Por mil habitantes

5/ Por habitante

6/ En relación a población total

/Cuadro

ASIGNACION DE LA POLITICA DE SALUD A LOS DAÑOS

Daño: Sarampión | Serena (Area) | 1964 (Año)

Observado [X] Normalizado [ ]

Tipo	Actividades										
	Cantidad		Concentración	Costos anuales							
				Gasto anual		Ajuste del gasto			Costo unitario	Costo total
	Total	Primeros		Unitario	Total	A salud	Al daño	Años efecto		
Hospitalización	243 (8)	243	1	112.40(9)	27 313.23 (7)	1	1	1	112.40	27 313.23
Consulta médica	2 752 (10)	1 693 (10)	1.63 (11)	0.89(17)	2 440.80 (16)	1	1	1	0.89	2 440.80
Inspección vivienda										
Inspección establecimiento										
Vacunación	2 091 (18)	2 091 (18)	1 (19)	0.31(25)	651.70 (24)	1	1	5 (26)	0.06(28)	130.34 (27)
Vacunación										
Visitas domic.	60 (30)	29 (32)	2.09 (31)	2.96(38)	177.41 (37)	1	1 (39)	1	2.96	177.41
Alcantarillado										
				Total	30 583.14				Total	30 061.78

Tipo	Instrumentos									
	Número disponible	Grado de uso	Rendimiento	Costos anuales						
				Gasto anual		Ajuste del gasto			Costo unitario	Costo total
				Unitario	Total	A salud	Al daño	Años efecto		
Cama-día	2 373 (1)	0.94 (2)	37.38 (3)	11.51 (4)	27 313.23 (5)	1	1	1	11.51 (6)	27 313.23
Hora-médico	565 (13)	1	4.87 (12)	4.32 (14)	2 440.80 (15)	1	1	1	4.32	2 440.80
Hora-inspector	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hora-vacunador	245 (21)	1	8.54 (20)	2.66 (22)	651.70 (23)	1	1	5 (26)	0.53 (29)	130.34 (27)
Hora-visitador	113 (34)	1	0.53 (33)	1.57 (35)	177.41 (36)	1	1 (39)	1	1.57	177.41
Agua potable										
Alcantarillado										
				Total	30 583.14				Total	30 061.78

1. Días camas observadas (2 231)/grado de uso promedio (según cuadro instrumentación) 0.94 = 2 373 días-camas disponibles.
2. Grado de uso promedio.
3. No. de días camas disponibles (2 373)/365 = 6.50 cama-año; egresos (243)/6.50 camas-año = 37.38.
4. Gasto unitario promedio (según cuadro instrumentación).
5. Gasto unitario (11.51) x No. camas días disponible (2 373) = 27 313.23 gasto total.
6. Costo = gasto, por ajuste = 1.
7. Se anota gasto total del instrumento (5).
8. No. de egresos observados.
9. Gasto anual total (27 313.23)/egresos (243) = 112.40 gasto unitario.
10. No. consultas observadas.
11. Consultas totales (2 752)/consultas primeras (1 693) = 1.63 concentración observada.
12. Rendimiento promedio según cuadro de instrumentación.
13. No. de consultas por sarampión (2 752)/rendimiento hora-médica (4.87) = 565 horas médicas.
14. Gasto medio según cuadro de instrumentación.
15. No. horas-médicas (565) x gasto anual unitario (4.32) = 2 440.80 gasto total del instrumento.
16. Se anota gasto del instrumento: 2 440.80.
17. Gasto anual total (2 440.80)/No. de consultas (2 752) = 0.89 gasto unitario consulta.
18. No. de vacunaciones observadas. (dosis)
19. Total de dosis (2 091)/lo. dosis (2 091) = 1 concentración.
20. Rendimiento promedio (ver cuadro de asignación).
21. No. de vacunaciones (2 091)/rendimiento hora vacunador (8.54) = 245 horas vacunador.
22. Gasto unitario promedio (ver cuadro de instrumentación).
23. No. horas vacunador (245) x gasto unitario (2.66) = 651.70 gasto total del instrumento.
24. Se anota gasto del instrumento: 651.70.
25. Gasto total (651.70)/No. de vacunaciones (2 091) = 0.31 gasto unitario.
26. Según norma.
27. Gasto anual total (651.70)/año-efecto (5) = 130.34 - costo total vacunación.
28. Costo total (130.34)/No. de vacunaciones (2 091) = 0.06 costo unitario vacunación.
29. Gasto total del instrumento (130.34)/No. hora-vacunador (245) = 0.53 costo unitario hora-vacunador.
30. Visitas observadas.
31. Concentración promedio de visitas en epidemiología (ver cuadro de instrumentación).
32. No. total de visitas (60)/concentración (2.09) = 29 primeras visitas.
33. Rendimiento promedio hora-visitador según cuadro de instrumentación.
34. No. de visitas (60)/Rendimiento hora-vacunador (0.53) = 113 horas-visitador.
35. Gasto promedio hora visitador según cuadro de instrumentación.
36. Gasto unitario (1.57) x No. horas visitador (113) - 177.41 gasto total.
37. Se anota gasto del instrumento.
38. Gasto total anual (177.41)/No. de visitas (60) = 2.96 gasto unitario.
39. Supuesto: visita a sarampión es sólo para ese daño.

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL

METODOLOGIA DE PLANIFICACION DE LA SALUD

COSTO DEL EFECTO UNITARIO DE LA POLITICA DE LA SALUD

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Curso de Planificación de la Salud, 1965 | Serena (Area) | 1964 (Año)

Daño: Sarampión | Observado X | Normalizado

A. Técnica de Reparación

Actividades	Por caso reparado: Costo anual por daño	Casos atendidos Observ.	Concentración Obs.	Concentración Nor.	Casos reparados: Casos atendidos Normalizados O/N	Casos atendidos Normalizados No.	Probabilidades de Reparación S/T	Probabilidades de Reparación C/T	Probabilidades de Reparación Dif.	Número	Costo por caso Reparado (Unidades monetarias)	Por muerte evitada: Muertes evitadas Probabilidad de morir S/T	Probabilidad de morir C/T	Probabilidad de morir Dif.	Número	Costo por muerte evitada (Unidades monetarias)
Hospitalización	27 313.23 (1)	243 (2)	1	1	1	243 (3)	0.990	0.995	0.005	5 785	5 143.31	0.01	0.005	0.005	5 785	5 143.31
Consulta	2 440.80 (1)	1 693 (4)	1.63	3	0.54	914 (5)				(6)	(7)				(8)	(9)
Total	29 754.03			Total		1 157										
	Costo por caso atendido:															

B. Técnica de prevención

Actividades	Costo anual por daño	Estimación de los sujetos protegidos: Concentración Obs.	Concentración Norm.	Concentración O/N	Sujetos protegidos: Sujetos atendidos	Sujetos protegidos	Muertes evitadas: Probabilidad de enfermar S/T	Probabilidad de enfermar C/T	Probabilidad de enfermar Dif.	Probabilidad de morir S/T	No.	Costo por muerte evitada (Unidades monetarias)
Insp. viviendas												
Insp. establecim.												
Agua potable												
Alcantarillado												
Vacunación	130.34 (10)	1 (11)	1 (12)	1	2 091 (13)	2 091 (14)	0.15	0.015	0.135	0.01	2.83	108.75
Visitas	177.41 (15)	2.09 (16)	0 (17)	-	29 (18)	0 (19)					(20)	(21)
Total	307.75			Número total de sujetos protegidos		2 091						

(1) Costo total cuadro asignación a daños observado.

(2) Egresos observados.

(3) No. casos normalizados = No. egresos porque O/N = 1.

(4) Primeras consultas observadas.

(5) Observado/Normalizado (0.54) x sujetos atendidos observados (1693) = 914; 0,54 = 1.63/3

(6) Diferencia de probabilidad de reparación (0.005) x total casos atendidos normalizados (1 157) = 5 785 casos reparados.

(7) Costo anual total (29 754.03)/No. casos reparados (5 785) = 5 143.31 costo por caso reparado.

(8) Es igual a (6) porque al mejorar enfermo se evita muerte las alternativas posibles son mejoría o muerte.

(9) Es igual a (7).

(10) Costo total vacunación según cuadro asignación observada.

(11) Concentración observada (ver cuadro asignación observada).

(12) Según norma.

(13) No. primeras dosis observadas (ver cuadro asignación observado).

(14) Porque la concentración observada es igual a la normalizada.

(15) Costo total visitas según cuadro asignación de los daños observados.

(16) Concentración observada.

(17) Según norma.

(18) Según cuadro asignación a los daños observada.

(19) Según norma.

(20) Diferencia de probabilidad de enfermar (0.135) x probabilidad de morir (0.01) = 0.00135 x No. de personas protegidas normalizadas (2 091) = 2.83 muertes evitadas.

(21) Costo total anual (307.75)/No. de muertes evitadas (2.83) = 108.75 costo por muerte evitada.

PRONOSTICO DE LA SITUACION DE SALUD

El pronóstico de la situación de salud es la determinación de una situación probable futura en base a la observación del pasado y del conocimiento del comportamiento probable de los factores condicionantes.

El pronóstico debe referirse a:

1) Mortalidad
2) Demanda
3) Población
4) Medio
5) Política de salud

Utilidad de pronóstico

1. Es uno de los elementos de la evaluación de la situación de salud. Permite determinar el grado de satisfactoriedad y de modificabilidad de la situación. Si esta es satisfactoria, no merece modificarse la política de salud observada. Si es insatisfactoria e inmodificable los esfuerzos pueden ser perdidos.
2. Sirve de linea de base para la formulación de los planes ya que permite fijar metas ya que si se quiere modificar la conducta de un daño debe adoptarse una política de salud determinada

Pronóstico de la mortalidad

Los términos con que se ha trabajado cada daño, para el área La Serena son:

1) Tendencia de las muertes evitadas con política de salud constante,
2) Muertes esperadas - 1ra. estimación
3) Muertes esperadas - estimación corregida
4) Mortalidad constante
5) Muertes adicionales a evitar

1. Muertes evitadas con política de salud constante: Procedimiento seguido (área La Serena)
   a) Número de muertes evitadas con Tec. Reparac. + Número de muertes evitadas con Tec. Prev. = Número de muertes evitadas por Política de Salud.

/b) Número

b) $\frac{\text{N° muertes evit. por polit. salud x 100.000}}{\text{Población del área (año -1)}} = \text{Tasa muertes evitadas año -1}$

Como partimos del supuesto que la política de salud es constante, en el año 10 tendremos una tasa igual que la del año -1, luego debemos calcular en base a esta tasa el número de muertes evitadas en el año 10.

c) $\frac{\text{Tasa de muert. evit. año 10 x poblac. área año 10}}{100.000} = \text{N° muertes evit. año 10}$

Luego interpolamos:

d) N° muertes evitadas año 10 - N° muertes evitadas año -1 = Δ muertes evitadas en 11 años.

e) $\frac{\Delta \text{Muertes evitadas en 11 años}}{11} = \Delta$ anual de muertes evitadas.

f) N° muertes evitadas en el año -1 + Δ anual de muertes evitadas = N° muertes evitadas año 0.

g) N° muertes evitadas año 0 + Δ anual de muertes evitadas = N° muertes evitadas año 1 y así sucesivamente.

2. Muertes esperadas. Procedimiento seguido (área de La Serena).

a) $\frac{\text{N° muertes observadas año -1 x 100.000}}{\text{Población área año -1}} = \text{Tasa mortalidad área año -1}$

No se ha contado con el dato de la tasa de mortalidad esperada en el año 10 para esta área, en cambio, se tiene dicha tasa para toda la provincia, de la cual el área es una parte, luego, si calculamos la variación porcentual de las tasas provinciales y suponemos que en esa misma proporción ha variado la tasa del área, tendremos la tendencia de mortalidad para La Serena.

b) Tasa provincial año -1 - tasa provincial año 10 = diferencia de tasas provinciales.

c) $\frac{\text{Diferencia de tasas provinciales}}{\text{Tasa provincial año -1}} \times 100 = \text{\% de variación de la tasa provincial}$

d) $\frac{\text{\% de variación x tasa área año -1}}{100} = \text{Variación de tasa del área}$

/e) Variación

e) Variación de la tasa del área ± tasa del área año -1 = tasa área año 10.

f) $\frac{\text{Tasa área año 10 x poblac. área año 10}}{100.000} = \text{N° de muertes esperadas en el área año 10}$

g) N° de muertes área año -1 - N° muertes esperadas área año 10 = diferencia de muertes en 11 años.

h) $\frac{\text{Diferencia de muertes en 11 años}}{11} = \text{Variación anual del N° de muertes en el área}$

i) N° de muertes área año -1 + variación anual del N° de muertes = N° de muertes esperadas en cada año.

3. Mortalidad constante

Se supone que la tasa de mortalidad observada en el año -1 se mantiene constante durante el período del plan, luego la misma tasa del año -1, se aplica a la población del año 10 y se interpola linealmente el número de defunciones.

4. Muertes adicionales a evitar

Se obtiene por diferencia entre la estimación corregida y la mortalidad constante. Sólo debe calcularse cuando la tendencia de la mortalidad corregida es al ascenso, ya que si va a la mejoría no tiene sentido el cálculo.

Demanda

Para el pronóstico de la demanda se sigue el mismo procedimiento tanto en hospitalización como en consulta.

/Cuadro

Metodología de Planificación de la Salud

Daño: Sarampión | Área: Serena | PRONOSTICO POR DAÑO | Año: 1964

TERMINOS	Año - 1		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	No.	Tasa c/oo											No.	Tasa o/oo
1. Mortalidad														
- Muertes evitadas con política de salud constante IV	8.68	11.63	8.84	9.00	9.16	9.32	9.48	9.64	9.80	9.96	10.12	10.28	10.44	11.63
- Muertes esperadas														
1a. estimación I	27	36.18	28.55	30.10	31.65	33.20	34.75	36.30	37.85	39.40	40.95	42.50	44.05	48.90
Estimación corregida VI	27	36.18	28.55	29.66	30.77	31.88	32.99	34.10	35.21	36.32	37.43	38.54	39.65	44.01
- Mortalidad constante V	27	36.18	27.51	28.02	28.53	29.04	29.55	30.06	30.57	31.08	31.59	32.10	32.61	36.18
- Muertes adicionales a evitar VI			1.04	1.64	2.24	2.84	3.44	4.04	4.64	5.24	5.84	6.44	7.04	
2. Demanda														
De hospitalización														
1a. Estimación	243	325.66	261.19	279.38	297.57	315.76	333.95	352.14	370.33	388.52	406.71	424.90	443.09	491.36
Estimación corregida			261.19	274.95	288.71	302.47	316.23	329.99	343.75	357.51	371.27	385.03	398.79	442.22
De consulta														
1a. estimación III	2 752	3 688.12	2 820.23	2 888.46	2 956.69	3 024.92	3 093.15	3 161.38	3 229.61	3 297.84	3 366.07	3 434.30	3 502.53	3 883.59
Estimación corregida			2 820.23	2 884.94	2 949.65	3 014.36	3 079.07	3 143.78	3 208.49	3 273.20	3 337.91	3 402.62	3 467.33	3 844.75
3. Población														
- Más susceptible														
- Total														
4. Medio	MEJORIA													
Vivienda														
Agua potable														
Excretas														
Instrucción, etc.														
5. Política de salud	CONSTANTE													

(*) D = deterioro
C = constante

I) Muertes esperadas (para II y III igual procedimiento) (Hipótesis: paralelismo entre defunciones y demanda)

la. Estimación

	Serena	Provincia	
		Tasa	Tasa
	Nº	64	75
Defunciones	27	6.03	8.15
Egresos	243	37.90	56.28
Consultas	2 752	1 365.98	1 438.44

1) Porcentaje aumento tasas de provincia = $\frac{8.15 - 6.03}{6.03} = \frac{2.12}{6.03} = 35.16\ \%$

2) Calcular tasa Serena $\frac{27}{74\ 618} \times 100\ 000 = 36.18$

3) Aplicar porcentaje aumento de provincia (35.16) a tasa Serena = 36.18 x 1.3516 = 48.90

Serena	Tasa inicial 1964	Tasa final 1975
	36.18	48.90

4) Defunciones

a) 1964 = observada = 27

b) 1975 = tasa (48.90) x población (90 187)/100 000 = 44

5) Aumento promedio de defunciones = $\frac{44 - 27}{11} = \frac{17}{11} = 1.55$ (aumento anual promedio)

6) Defunc. 1964: 27 + 1.55 = 28.55 + 1.55 ...

IV) Muertes evitadas con política de salud constante

1) Muertes evitadas (ver cuadro costo efecto observado, reparación + prevención = 5.79 + 2.89 = 8.68)

2) Tasa = muertes evitadas (8.68)/Población (74 618)= 11.63

3) Se anota igual tasa para año 10.

4) Cálculo de muertes evitadas esperadas para año 10 = $\frac{\text{tasa (11.63) x Población (90 187)}}{10\ 000} = 10.49$

5) Promedio aumento de muertes evitadas: $\frac{10.49 - 8.68}{11}$ 0.16

6) Muertes evitadas observadas: 8.68 + 0.16 = 8.84 + 0.16 ...

V) Mortalidad constante

1) Se anota en año -1 y año 10 la tasa de mortalidad observada (36.18)

2) Se obtienen defunciones para año 10: tasa (36.18) x Población (90 187) = 32.61

3) Promedio de aumento de defunciones: $\frac{32.61 - 27}{11} = 0.51$

4) Defunciones observadas: 27 + 0.51 = 27.51 + 0.51 ...

VI) Estimación corregida: Medio va al mejoramiento, luego mortalidad baja.

1) Tasa mortalidad la. estimación para año 10 se reduce 10 por ciento: 48.90 - 4.89 = 44.01

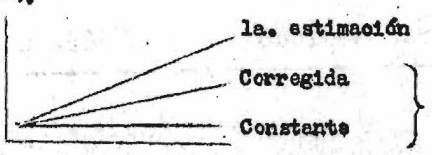
2) Se obtienen defunciones para año 10 multiplicando tasa (44.01) x Población (90 187) = 39.69

3) Promedio de aumento de defunciones = Defunciones estimadas año 0: $\frac{(28.55) - 39.69}{10} = 1.11$

4) Defunciones año 0: 28.55 + 1.11 = 29.66 + 1.11 ...

VII) Muertes adicionales a evitar

Diferencia entre defunciones de estimación corregida y mortalidad constante (esto se hace porque mortalidad va al aumento).



EVALUACION

Concepto

En la evaluación se estudian dos aspectos importantes de la situación de salud: el grado de satisfactoriedad y las posibilidades de modificarla, o sea, su mutabilidad. Se realiza a través de la comparación de la situación contra un modelo normativo, para encontrar diferencias, de manera de evidenciar operacionalmente un juicio de valor - evaluar es enjuiciar - La comparación debe hacerse en términos homogéneos.

Construcción del modelo

Debe proponerse:

- una política de salud eficiente, o sea normalizada, pero para que el modelo sea válido el volumen de los recursos debe ser el mismo que para la situación observada, luego lo que cambia es la eficiencia, que no es igual, sino mejor en el modelo que la observada porque es normalizada, y lo es por definición. Este cambio debe hacerse a través de la modificación de la organización y de la asignación.

Esto quiere decir que los atributos de los instrumentos y actividades serán normalizados de acuerdo a criterios de eficiencia y la composición de la técnica también seguirá una norma de eficiencia.

Aspectos operacionales

- Construcción del modelo normativo

(Llenar los formularios: asignación normalizada de la política de salud a los daños y costo-efecto unitario normalizado de la política de salud).

1. Técnica de reparación (se tomará como ejemplo sarampión).
   a) . Confección de un cuadro con los siguientes datos obtenidos de "asignación de daños observados".

Cantidad de actividades		Instrumentos observados		Costo-total observado	
Hospitalización	243	Cama-día disponible	2 373	Hospitalización	27 313.23
Consulta médica (las)	1 693	Horas médicas	565	Consultas	2 440.80
Total de actividades	1 936			Total	29 754.03

/Confección

b) Confección de otro cuadro teniendo en cuenta las normas sobre técnicas de producción de salud y promedio de día de estada.

Se deben realizar los siguientes cálculos:

- Cálculo del número de hospitalizaciones y consultas.
  La norma expresa que $\frac{C}{H} = 20$, lo que significa que: por cada 21 actividades tendremos 20 consultas y 1 hospitalización. O sea, número total de actividades dividido por 21: número de hospitalizaciones normalizadas.

  $$1936/21 = 92.$$

- Cálculo del número de consultas normalizadas.
  Este será igual a: Número total de actividades menos el número de hospitalizaciones normalizadas. O sea: 1936-92 = 1 844 primeras consultas normalizadas.
- Cálculo del número de día-cama disponible, según promedio de día de estada normalizada.
  Número de hospitalizaciones normalizadas multiplicado por promedio día de estada = día-cama ocupada normalizada que dividido por grado de utilización normalizado nos da número día cama disponible. 92 x 8 = 736 día cama ocupada normalizada; 736/0,90 = 818 día cama disponible.
- Cálculo de horas médicas, según norma de concentración de rendimiento.
  Número de consultas médicas normalizadas (1 844) x concentración según normas (3) = Total de consultas (5 532) que dividido por vencimiento normalizado (6 consultas por hora) nos da horas médicas normalizadas: 5 532/6 = 922 horas médicas normalizadas.
- Cálculo del costo total de la hospitalización.
  Se obtiene: Número de cama días disponible (818) x costo de la cama-día (11,51) = 9 415,18.
- Cálculo del costo total de la consulta
  Se obtiene: Número de horas médicas normalizadas (922) x costo unitario de la hora médica (4,32) = 3 983,04.

/El cuadro,

El cuadro, según política normalizada, quedaría así:

Cantidad de Actividades		Instrumentos		Costo total	
Hospitalización	92	Camas días disponibles	818	Hospitalización:	9 415,18
Consultas médicas	5 532	Horas médicas	922	Consulta médica:	3 983,04
N° Total actividades	5 624			Total	13 398,22

Además se debe calcular:

- Rendimiento cama-día normalizado; se obtiene:
  N° de cama-día disponible (818)/365 = 2,24 cama año disponible, y si N° de egreso (92)/N° de cama año disponible (2,24) = 41,07.
- Gasto unitario de la actividad, se obtiene:
  Gasto total de la actividad (9 415,18)/N° de actividades (92) = 102,34 para hospitalización y 3 983,04/5 532 = 0,72 para consulta médica.

2. Técnica de prevención

Aquí se comienza a trabajar partiendo del instrumento.

El procedimiento es el siguiente; obtener:

a) Número de instrumentos observados del cuadro de "Asignación observado" - (245) hora-vacunador.

b) Rendimiento según norma (10)

c) Gasto anual unitario del instrumento del cuadro de instrumentación (2,66)

d) Gasto anual total del instrumento: número de instrumento (245) x gasto unitario (2,66) = 651,70 escudos.

e) Costo total del instrumento, gasto total (651,70)/ por año-efecto (5) = 130,34 escudos.

f) Costo unitario del instrumento, costo total (130,34)/ número de instrumentos disponibles (245) = 0,53

g) Número total de actividades: número de instrumento (245 hora-vacunador) x rendimiento según norma (10) = 2 450 y como la concentración según norma es 1, se define el número de primeras actividades: 2 450.

/i) Gasto

i) Gasto anual de la actividad total es igual a gasto total anual del instrumento.

j) Gasto anual unitario de la actividad: gasto total (651,70)/ número de actividades (2 450 vacunaciones) = 0,27 escudos.

k) Año-efecto según norma.

l) Costo total de la actividad, gasto total (651,70)/años--efecto (5) = 130,34 costo total anual.

ll) Costo unitario anual de la actividad: costo total (130,34)/N° de actividades (2 450 vacunaciones) = 0,05 costo unitario.

De este modo completamos el formulario "Asignación a los Daños de la Política de Salud Normalizada".

En cuanto al formulario "Costo del efecto unitario de la política de salud", se llena de la siguiente manera:

1) Costo anual de la actividad, por daño, se obtiene del cuadro de asignación normalizada. Así como también el número de casos atendidos normalizados, el número de personas protegidas normalizadas.

2) El número de casos reparados se obtiene de: total de casos atendidos normalizados (1 936) x diferencia de la probabilidad de reparación s/T y c/T (0,005) = 9,68 casos reparados.

3) El costo por caso reparado se obtiene de: costo anual total por daño (13 398,22)/N° de casos reparados (9,68) = 1 384,11 escudos por caso reparado.

4) La estimación de muertes evitadas con técnica de reparación es igual al número de casos reparados porque la diferencia de la probabilidad de morir es igual a la diferencia de la probabilidad de reparación.

5) El costo por muerte evitada con técnica de reparación es igual al costo por caso reparado por las mismas razones arriba expuestas.

6) En cambio: el número de muertes evitadas, con técnica de prevención se obtiene: diferencia de probabilidad de enfermar (0,135) x probabilidad de morir s/T (0,01) = 0,00135 que multiplicado por número de personas protegidas (2 450) = número de muertes evitadas (3,31).

7) El costo por muerte evitada se obtiene de: costo anual por daño (130,34)/número de muertes evitadas (3,31) = 39,38 escudos.

/En base

En base a lo anterior podemos ahora comparar la eficiencia observada con la eficiencia normalizada. La relación eficiencia observada/eficiencia normalizada nos dará 1 o menos de 1. Esto es así por definición de normalización.

Para operar esa relación debemos comparar el costo-efecto observado y el costo-efecto normalizado.

Procedimiento: (se toma como ejemplo: sarampión)

Se puede realizar: I. Dejando el costo constante, o II. Dejando el efecto constante.

I. Con costo constante

1. Se calcula el C/E global de la situación observada.

$$\text{C/E observado} = \frac{29\,758{,}03 + 307{,}16}{8{,}64} = \frac{30\,069{,}29}{8{,}64} = 3\,480 \text{ escudos por muerte evitada.}$$

Siendo: 29 758,03 = gasto observado para evitar 5,78 muertes con técnica de reparación.

307,26 = gasto observado para evitar 2,86 muertes con técnica de prevención.

8,64 = total de muertes evitadas observadas.

2. Se calcula el C/E global de la situación normalizada.

$$\text{C/E normalizado} = \frac{13\,398{,}22 + 130{,}34}{12{,}99} = \frac{13\,528}{12{,}99} = 1\,041{,}46 \text{ escudos por muerte evitada.}$$

Siendo 13 398,22: gasto normalizado para evitar 9,68 muertes con técnica de reparación normalizada.

130,34: gasto normalizado para evitar 3,31 muertes con técnica de prevención normalizada.

12,99: Total de muertes evitadas, en situación normalizadas.

Conclusión: Surge de estos cálculos que con el gasto observado de 30 060,29, si se hubiera aplicado una política de salud normalizada se hubiera podido evitar: 28,86 muertes. Luego: la situación observada no es satisfactoria, y es modificable. Pero, si además aplicamos exclusivamente la técnica más eficiente, aumenta notablemente el grado de satisfactoriedad que podría obtenerse.

/Veamos:

Veamos:

1. La técnica más eficiente es la de prevención:
   Costo por muerte evitada = 39,38.
2. Si dividimos: $\frac{30\,060,29}{39,38}$ = 763,3 muertes evitadas, si hubiéramos empleado la técnica más eficiente.

II. Con efecto constante

Existe 2 procedimientos, uno más simple y corto que es el que describiremos, y otro más complejo y largo.

Procedimiento corto

1) Costo, por técnica normalizada más eficiente, de una muerte evitada: 39,38.
2) Si multiplicamos: costo x N° de muertes evitadas observadas: 39,38 x 8,64 = 340,24 escudos.

Conclusión

Para evitar el mismo N° de muertes, empleamos la técnica más eficiente, el costo total se hubiera resumido en: 29.719,76 escudos.

/Cuadro

ASIGNACION DE LA POLITICA DE SALUD A LOS DAÑOS

Daño: Sarampión — Serena (Area) — 1964 (Año)

Observado [ ] Normalizado [X]

Tipo	Actividades										
	Cantidad		Concentración	Costos anuales							
				Gasto anual		Ajuste del gasto			Costo unitario	Costo total
	Total	Primeros		Unitario	Total	A salud	Al daño	Años efecto		
Hospitalización	92 (1)	92	1	102.34 (7)	9 415.18 (6)	1	1	1	102.34	9 415.18
Consulta médica	5 532 (8)	1 844 (1)	3	0.72 (14)	3 983.04 (13)	1	1	1	0.72	3 983.04
Inspección vivienda										
Inspección establecimiento										
Vacuna	2 450 (18)	2 450	1 (19)	0.27 (21)	651.70 (20)	1	1	5 (22)	0.05 (24)	130.34 (23)
				Total					Total	13 528.56

Tipo	Instrumentos									
	Número disponible	Grado de uso	Rendimiento	Costos anuales						
				Gasto anual		Ajuste del gasto			Costo unitario	Costo total
				Unitario	Total	A salud	Al daño	Años efecto		
Cama-día	818 (2)	0.90 (26)	41.07 (3)	11.51 (4)	9 415.18 (5)	1	1	1	11.51	9 415.18
Hora-médico	922 (10)	1	6 (9)	4.32 (11)	3 983.04 (12)	1	1	1	4.32	3 983.04
Hora-vacunador	245 (15)	1	10 (16)	2.66 (16)	651.70 (17)	1	1	5	0.26	130.34
Agua potable										
Alcantarillado										
				Total					Total	13 528.56

1. a) Casos observados en asignación: Hospit: 243. primeras consultas: 1 693, total: 1 936.
   b) Norma consulta/hospitalización = 20; por cada 21 casos (hosp + primeras consultas) hay 1 hospitalización y 20 consultas 21 - 1 hosp.

$$1\ 936 - x = \frac{1\ 936}{21} = 92 \text{ hosp. norm.}$$

   c) Primeras consultas: 1936 - 92 = 1 844, primeras consultas normalizadas.

2. Días camas disponibles
   a) Promedio de estada norma = 8.
   Hospitalizaciones (92) x 8 = 736 días camas ocupadas.
   b) Grado de uso norma: 0.90 días camas ocup.
   0.90 camas ocupadas = 1 día cama disponible.
   736 días camas ocupadas = x = 736/0.90 = 818 días camas disponibles normalizadas.

3. a) Días camas disponibles: 818/365 días = 2.24 camas año.
   b) Egresos (243)/camas año (2.24) = 41.07 egresos por cama.

4. Costo cama día cuadro instrumentación.

5. Costo unitario (11.51) x cama día disponible (818) = 9 415.18 gasto total.

6. Se mantiene gasto del instrumento igual: 9 415.18.

7. Gasto total: 9 415.18/No. de hospitalizaciones (92) = 102.34 gasto unitario de hospitalización

8. Norma concentración = 3; primeras consultas (1 844) x 3 = 5 532 consultas.

9. Según norma: rendimiento = 6.

10. Consultas (5 532)/rendimiento (6) = 922 horas médicas normalizadas.

11. Según cuadro instrumentación.

12. Gasto unitario (4.32) x horas médicas (922) = 3 983.04 gasto total.

13. Se mantiene gasto instrumento = 3 983.04.

14. Gasto total (3 983.04)/No. consultas (5 532) = 0.72 gasto unitario.

15. Hora vacunador observada en asignación = 245.

16. Gasto hora vacunador promedio según instrumentación = 2.66.

17. Gasto unitario (2.66) x hora vacunador (245) = 651.70 gasto total.

18. No. hora vacunador (245) x rendimiento según norma (10) = 2 450 vacunaciones.

19. Según norma.

20. Gasto total de hora vacunador = 651.70. (se transcribe de 17)

21. Gasto total (651.70)/No. de vacunaciones (2 450) = 0.27 gasto unitario.

22. Según norma: duración efecto = 5 años.

23. Gasto total (651.70)/duración-efecto (5) = 130.34 costo anual total (igual para instrumento : 130.34).

24. Costo total (130.34)/No. de vacunaciones (2 450) = 0.05 costo anual unitario (igual procedimiento para instrumento).

Metodología de Planificación de la Salud

COSTO DEL EFECTO UNITARIO DE LA POLITICA DE SALUD

Daño: Serampión

Serena (Area)

1964 (Año)

Observado [ ]

Normalizado [X]

A. Técnica de Reparación

Actividades	Costo anual por daño	Estimación de casos reparados: Casos atendidos: Sujetos atendidos Observado	Concentración: Obs.	Nor.	Ob. Nor.	Número de casos atendidos Normalizados	Casos reparados: Probabilidad de reparación S/T	C/T	Dif.	Número	Costo por caso reparado (unidades monetarias)	Estimación muertes evitadas: Probabilidad de morir S/T	C/T	Dif.	Número	Costo p/ muerte evitada (unidades monetarias)
Hospitalización	9 415.18 (1)					92 (1)										
Consulta	3 983.04 (1)					1 844 (1)	0.990	0.995	0.005	9.68 (2)	1 384.11 (3)	0.01	0.005	0.005	9.68 (4)	1 384.11 (5)
Total	13 398.22					1 936										
	Costo por caso atendido normalizado:															

B. Técnica de prevención

Actividades	Costo anual por daño	Estimación de personas protegidas: Sujetos atendidos Observado	Concentración: Observada	Normalizada	Observada / Normalizada	Número de personas protegidas Normalizadas	Estimación de muertes evitadas: Probabilidades de enfermar S/T	C/T	Dif.	Probabilidad de morir S/T	Número de muertes evitadas	Costo por muerte evitada (unidades monet.)
Vacunación	130.34 (1)					2 450 (1)	0.15	0.015	0.135	0.01	3.31 (6)	39.38 (7)
Total	130.34			Número total de personas protegidas normalizadas		2 450						

1. De cuadro de asignación normalizada.

2. Total de casos atendidos normalizados (1 936) x diferencia probabilidad de reparación (0.005) = 9.68 casos reparados.

3. Costo anual por daño (13 398.22)/No. de casos reparados (9.68) = 1 384.11 costo por caso reparado.

4. Idem 2. porque diferencia de probabilidad de morir es igual a diferencia de probabilidad en reparación.

5. Idem 3.

6. Diferencia de probabilidad de enfermar (0.135) x probabilidad de morir (0.01) = 0.00135 x No. de personas protegidas normalizadas (2 450) = 3.31 muertes evitadas

7. Costo anual por daño (130.34)/muertes evitadas (3.31) = 39.38 costo por muerte evitada.

CALCULO DE PRIORIDADES PARA DAÑOS REDUCIBLES

Concepto de prioridad

Prioridad es una ordenación de los daños, realizada siguiendo ciertos criterios. Esto significa aceptar que existen daños más importantes que otros, y que deberán ser atendidos con preferencia a los restantes, considerando la escasez de los recursos.

Los criterios que nos permiten establecer las prioridades, y que implican el realismo del plan, son los siguientes:

1er. Criterio: Magnitud del daño - Se define por el volumen de defunciones.

2do. Criterio: Trascendencia - Se refiere al impacto que el daño ocasiona en la comunidad.

Varía de acuerdo a las pautas socio-culturales de la misma y a su propia escala de valores. Debe ser determinada a través de investigación sociológica. En nuestro caso se decidió fijar: trascendencia: 1, al grupo de menores de 15 años, 0,75, al grupo de 15 - 64 años y 0,50 al de 65 años y más.

3er. Criterio: Vulnerabilidad: ver normas de vulnerabilidad de los daños.

4° Criterio: Costo - efecto: es el costo normalizado (100 x 100) de evitar una muerte según técnica más eficiente.

/Procedimiento

Procedimiento

Se confecciona el siguiente cuadro, donde figuren los daños reducibles y los diferentes grupos etarios, que determinan la trascendencia del daño, así como el número de defunciones y el costo efecto normalizado.

Trascend. / Edad / Daño	1 - 15 años N° def. (3)	1 - 15 años Def. x Trasc. (4)	0,75 15 - 64 años N° def. (3)	0,75 15 - 64 años Def. x Trasc. (4)	0,50 65 y más N° def. (3)	0,50 65 y más Def. x Trasc. (4)	Total Σ(Def. x Trasc.) (5)	Costo efecto norm.	Indice de prior. (6)	Orden de prior. (7)
Viruela[1/]	-	-	-	-	-	-	-	533,13	0,0035	8
Sífilis	1	1	2	1,5	-	-	2,5	26,60	0,0977	6
T.B.C.	2	2	20	15,00	3	1,5	18,5	20,86	0,8868	3
Disentería	58	58	-	-	1	0,5	58,5	462,12	0,1265	5
Difteria[1/]	-	-	-	-	-	-	-	23,70	0,893	2
Tos fer.[1/]	-	-	-	-	-	-	-	14,25	1,361	1
Poliom.[1/]	-	-	-	-	-	-	-	656,7	0,0020	9
Sarampión	27	27	-	-	-	-	27	39,38	0,686	4
Tifus[1/]	-	-	-	-	-	-	-	998,00	Demanda	
Distrofia	45	45	-	-	-	-	45	462,12	0,0973	7
Tifoidea	-	-	-	-	-	-	-	1 188,37	0,00088	10
Rabia[2/]	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

1/ Se trabajó con muertes evitadas.

2/ Se colocó en 11 porque no se calculó muertes evitadas.

a) Columnas (3) se anota el N° de defunciones por daño, en cada grupo etario.

b) Columna (4) es el producto del N° de defunciones por la trascendencia.

c) Columna (5) es la suma de los 3 productos de N° de defunciones por trascendencia, por daño.

d) Columna (6) resulta de dividir cada suma de los productos por el costo-efecto normalizado, de la técnica más eficiente.

e) Columna (7) resulta de ordenar en orden decreciente los índices de prioridad.

/Para calcular

Para calcular el índice de prioridad de los daños con mortalidad 0 se sigue el siguiente procedimiento:

1) Puede presentarse:
   a) con morbilidad: 0
   b) o con morbilidad positiva
2) Los daños con mortalidad y morbilidad 0, pueden presentar 2 alternativas:
   a) con probabilidad de adquirir: 0; ejemplo: el cólera - En este caso se elimina.
   b) con probabilidad positiva - En este caso el solo razonamiento lógico nos lleva a acordarle alta prioridad.

      En los casos b) se puede calcular el índice de prioridad operando con muerte evitada.

Daño	Estimación muertes evitadas Téc. Rep. - Téc. Prev.		Total muer. evitadas	Magnitud x Trascend.(1)	Costo-efecto normalizado	Indice de prioridad
Difteria	-	21,17	21,17	21,17	23,70	0,893
Tos ferina	0,36	18,90	19,26	19,26	14,25	1,361
Polio.	0,84	12,93	13,77	13,77	65,67	0,209
Viruela	-	1,89	1,89	1,89	533,13	0,0035

(1) Trascendencia = 1, porque son daños que atacan de preferencia a menores de 15 años

Importante: La fórmula conceptual: Prioridad = $\frac{M \times T \times V}{C/E}$ queda reducida, operacionalmente a: $P = \frac{M \times T}{C/E}$ La razón es que la vulnerabilidad referida a mortalidad es la probabilidad de evitar una muerte y esto es igual a la diferencia de la probabilidad de morir sin política de salud o con política de salud. Esta diferencia se incluye al obtener el C/E, por lo que ya está considerada la vulnerabilidad en el cálculo.

PLAN MINIMO

Definición. Es la expresión de la política de salud a un nivel tal de operación que evite el deterioro del nivel de salud de acuerdo al pronóstico.

Propósitos

1) Evitar el deterioro de aquellos daños que según el pronóstico van al deterioro.
2) Mantener el pronóstico de los daños que no van al deterioro.

Todo esto con criterio de eficiencia:

a) Eligiendo la técnica más eficiente
b) Normalizando la composición de esa técnica
c) Normalizando atributos de instrumentos y actividades
d) Normalizando la asignación de los recursos a los diferentes daños (criterio de prioridades).

Procedimiento. Una vez establecidas las metas de normalización y las prioridades, el proceso de formulación del plan minimo, es el siguiente:

PLAN MINIMO AÑO 1 */

Se utilizaron las siguientes normas:

1) En técnica de prevención:
   a) La composición de la técnica se normalizará 100% el 1er. año
   b) Los atributos de instrumentos y actividades se normalizarán 100% el 1er. año.
2) En técnica de reparación:
   a) La composición de lá técnica (relación $\frac{C}{H}$) se mantendrá lo observado en el diagnóstico.
   b) Los atributos de instrumentos y actividades serán los observados en el año del diagnóstico.

Etapas: El plan lo dividimos como sigue:

I. Daños no reducibles. Atención de la demanda (los que se definieron por norma, con vulnerabilidad de 0,50 o menos).

II. Daños reducibles

A. Reducción de la mortalidad de los daños reducibles (los que se definieron, según norma, con vulnerabilidad superior a 0,50).

---

*/ Por razones de publicación el cuadro ilustrativo se presenta orientando horizontalmente las columnas verticales.

/B. Atención

B. Atención de la demanda residual de los daños reducibles (que con la técnica para reducción de la mortalidad no van a la erradicación).

Además de una parte final que constituye el balance.

I. Daños no reducibles. Atención de la demanda

Para explicar el proceso, seguiremos un daño, por ejemplo, cardiovasculares:

Hospitalización

1) Egresos pronosticados: Corresponde a la estimación del pronóstico para el año 1, (194). Si el medio[1/] no tiene influencia directa sobre el daño se usará la 1ra. estimación, por el contrario, si el medio tiene influencia y hay información de que se va a modificar en el sentido de mejoramiento o deterioro, se utilizará la estimación corregida.
2) Rendimiento: Es el mismo del observado (2579), que corresponde al cuadro de Asignación a Daños Observado.
3) N° de camas día: Se calculan las camas año disponibles: egresos (194) dividido por el rendimiento 25,79 que es igual a 7,52 camas año disponibles, las que multiplicadas por 365 días nos da el N° de camas día disponibles que es igual a 2.745.
4) Costo unitario medio del instrumento: Que es el mismo que figura en el cuadro de Atributos de Actividades e Instrumentos (resultado de la instrumentación) cuyo valor es 11,51.
5) Costo total: Que se obtiene de multiplicar el N° de camas día (2745) por el costo unitario (11,51) y que es igual a 31.594,95.

Consultas

6) Consultas pronosticadas: Se obtiene del pronóstico (corregido o primera estimación, según la influencia y modificación del medio[1/]) cuyo valor es de 758.
7) Concentración: Es la observada (del cuadro de Asignación a Daños Observado) que es igual a 1,44.
8) Rendimiento: El observado, cuadro de Asignación a Daños observado, que igual a 4,9.
9) N° de horas médico: Se obtiene dividiendo el N° de consultas (758) entre el rendimiento (4,9) lo que es igual a 155 horas médico.

1/ Susceptibilidad constante.

/10 Costo

10) Costo unitario del instrumento: Que es el mismo del cuadro de Atributos de Actividades e Instrumentos y que es igual a 4,32.

11) Costo total: Se obtiene multiplicando el N° de horas médico (155) por el costo unitario (4,32) lo que da 669,60.

II. Daños reducibles. A. Reducción de la mortalidad

Muertes a evitar.

Para explicar este proceso usaremos como ejemplo tuberculosis:

12) Defunciones esperadas: Corresponde a la estimación del pronóstico año 1, corregida o no de acuerdo a la influencia y modificación del medio (24).

13) Muertes adicionales a evitar: Del cuadro del pronóstico para el año 1.

14) Muertes evitables: Corresponde a las defunciones esperadas (24) multiplicado por la vulnerabilidad (0,75) y cuyo valor es 18 muertes evitables. Esto se funda en el supuesto que se utilizará la tecnología más eficaz en el momento actual y en el período de un año.

15) Redistribución de muertes adicionales: Después de llevar las columnas (13) y (14) para todos los daños reducibles, se obtiene el total de la columna (13) lo que nos da el total de muertes adicionales a evitar (en nuestro caso fué de 10,63).

Estas muertes se distribuyen según prioridades, teniendo como limite máximo el número de muertes evitables para la 1ra. prioridad, si el número de muertes a distribuir excede al número de muertes evitables en la 1ra. prioridad, el excedente se asigna a la 2da. prioridad y así sucesivamente. En el caso que el daño de 1ra. prioridad no tenga defunciones esperadas, según el pronóstico, la redistribución se hará al daño de la siguiente prioridad.

En nuestro caso el total de muertes adicionales se redistribuyeron solamente a tuberculosis (10,63) ya que el número de muertes evitables era superior (18).

16) Muertes evitables con política de salud constante: El mismo valor que figura en el cuadro de Pronóstico (64,55).

/17) Total

17) Total de muertes a evitar: Son las muertes evitadas con política de salud constante (64,55) a las que se agregan las muertes adicionales redistribuidas, si existen. En el caso de nuestro ejemplo fueron 10,63 lo que totaliza 75,18.

Actividades

18) Se anota el nombre de la o de las actividades que componen la técnica más eficiente. En nuestro caso fué el de vacunaciones BCG.

19) Número de actividades necesario para evitar una muerte: De los datos del cuadro de Costo Efecto Normalizado se obtiene los siguientes valores:

$$\frac{\text{Nº de personas protegidas (25.215) por concentración (1)}}{\text{Nº de muertes evitadas } 42,86} = 588,31$$

20) Número de actividades necesario para el total de muertes a evitar: Se obtiene multiplicando el número necesario para evitar una muerte (588,31) por el total de muertes a evitar (75,18) lo que es igual a 44.123.

21) Concentración: Según meta de normalización (1). En este caso la meta se cumple a partir del 1er. año en el 100%.

22) Costo unitario medio de la actividad: Se obtiene del cuadro de Asignación a Daños Normalizada (0,035).

Instrumentos

23) Se anota el nombre del instrumento correspondiente a la actividad (horas vacunador en nuestro ejemplo).

24) Rendimiento: Rendimiento normalizado según norma: 15

25) Número de instrumentos necesario para cumplir las actividades: Se obtiene dividiendo el número de actividades necesario para el total de muertes evitar (44.123) entre el rendimiento: 15 cuyo resultado es 2.942.

26) Costo unitario medio del instrumento: Se obtiene del cuadro de Asignación a Daños Normalizado (0,53).

27) Gasto unitario medio del instrumento: Se obtiene del cuadro de Asignación a Daños Normalizado, el que a su vez es el mismo del cuadro de Atributos de Instrumentos y Actividades (2,66).

28) Costo total: Es el producto de número de instrumentos (2.942) por costo unitario del instrumento (0,53) lo que da 1.559,26.

/29) Gasto

29) Gasto total: Es el producto de número de instrumentos (2.942) por el gasto unitario (2,66) lo que da 7.825,72.

PLAN MINIMO AÑO 5

El procedimiento es similar al del año 1 con las siguientes modificaciones:

1) Los atributos de instrumentos y actividades se normalizan en un 50% (el 100% de las metas de normalización se alcanzarán en el año 10).

Ejemplo: Rendimiento de la hora médico:
Observado 4,9
Norma 6 (Meta 100% para el año 10)

$6 - 4,9 = \frac{1,1}{2} = 0,6 + 4,9 = 5,5$ que es rendimiento normalizado a un 50%.

2) En el cálculo de los egresos y consultas residuales (atención de la demanda residual) se sigue igual procedimiento que para el Plan del Año 1, pero se normalizan en un 50% la relación hospitalización/consulta y los atributos de instrumentos y actividades.

Tomando como ejemplo el de tuberculosis (que además tiene muertes adicionales a evitar) tendremos:

a) Pronóstico corregido (o no) año 5

	N°
Muertes esperadas	22
Egresos pronosticados	309
Consultas pronosticadas	3 600

b) Cálculo del N° de consultantes $\frac{3.600}{3.38} = 1.065$ consultantes

c) Mortalidad evitada con política de salud constante para el año 5 = 69.

d) Total de muertes a evitar (suma de muertes evitadas por política de salud constante más redistribución de muertes adicionales) = 87.

e) Diferencia de muertes que vamos a evitar por redistribución 87 - 69 = 18.

f) % de reducción de la mortalidad $\frac{22 - 18}{22} \times 100 = 18,18\%$.

/g) Reducción

g) Reducción de la demanda: $\frac{309 \times 18,18}{100} = 56$ egresos

$\frac{1.065 \times 18,18}{100} = 194$ consultantes

h) Normalización de la relación consulta/hospitalización:

Relación observada año 1 = Egresos 275

Consultantes 930

Relación consulta/hospitalización = $\frac{930}{275} = 3$

Relación normalizada 100% = 5

II. Daños reducibles. B. Atención de la demanda residual

En la atención de la demanda residual hay que considerar dos aspectos:

1) Cuando la técnica elegida para reducir la mortalidad es la de prevención y no llega a la erradicación del daño, se tendrán que seguir presentando casos que es necesario atender, lo que constituye la demanda residual. Esta se calcula proporcionalmente a la reducción de la mortalidad, de acuerdo a la hipótesis de que existe una relación constante entre mortalidad y demanda.

2) Cuando la técnica elegida para reducir la mortalidad es la de Reparación, se atenderán todos los casos por esta técnica, a fin de reducir la mortalidad, luego no habrá demanda residual.

Cálculo de los egresos y consultas residuales (Columnas 30 y 35).

Se presentan dos situaciones:

1) En la parte de reducción de mortalidad, el total de muertes a evitar (columna 17) es igual a las muertes evitadas con política de salud constante (columna 16), en otras palabras no existen muertes adicionales redistríbuidas. El procedimiento es el siguiente:

Columna 30 egresos residuales, son los egresos pronosticados y corregidos para el año 1 (cuadro de Pronóstico).

Columna 35 consultas residuales, son las consultas pronosticadas corregidas del año 1 (cuadro de Pronóstico).

b) Cuando el total de muertes a evitar (columna 17) es la suma de la muertes evitadas con política de salud constante (columna 16) más las muertes adicionales redistibuidas (columna 15), como es en el caso de tuberculosis de nuestro ejemplo, el procedimiento es el siguiente:

/a) Pronóstico

a) Pronóstico (corregido o no) año 1 Nº

Muertes esperadas	24
Egresos esperados	275
Consultas esperadas	3 293

b) Calcular el número de consultantes: que es el cuociente del número de consultas (3.293) entre la concentración observada (3,38) cuyo valor es de 974.

c) Muertes evitadas, según el pronóstico con política de salud constante para el año 1 igual a 65.

d) Total de muertes a evitar (columna 17) igual 75.

e) Diferencia entre el total de muertes a evitar (75) y mortalidad esperada con política de salud constante (65) igual 10, que es el número adicional de muertes que vamos a evitar con la técnica más eficiente, en este caso prevención.

f) Como evitamos 10 muertes más, la mortalidad esperada disminuye en 10 o sea 24 menos 10 igual 14, lo que constituye la mortalidad restante que va ha producir demanda residual.

g) Cálculo del % de reducción de la mortalidad: $\frac{24 - 10}{24} = 58,33\%$ de reducción.

h) Según hipítesis hay relación constante entre mortalidad y demanda, luego la demanda se reduce en 58,33% luego:

$\frac{275 \text{ egr. x } 58,33}{100} = 160$ egresos; $\frac{974 \text{ cons. x } 58,33}{100} = 568$ consult.

Como en el 1er. año del plan no se normaliza la relación $\frac{C}{H}$ tenemos:

Egresos residuales = 160

Consultas residuales = 568 (consultantes) x 3,38 (concentración observada) = 1.920

/31) Rendimiento

31) Rendimiento: Es el mismo que el observado (cuadro de Asignación a Daños Observado) igual a 3,6.

32) Número de camas día:

$$\frac{\text{egresos pronóst. (160) por 365 días}}{\text{Rendimiento (3,6)}} = 16.222 \text{ cama - día.}$$

33) Costo unitario del instrumento: Del cuadro de Atributos de Instrumentos y Actividades = 11,51

34) Costo total: Es el producto de número de camas día (16.222) por el costo unitario medio del instrumento (11,51) igual a 186.715,22.

36) Concentración: Es la concentración observada (cuadro de Asignación a Daños Observada) = 3,38.

37) Rendimiento: Igual al observado (cuadro Asignación a Daños Observada) = 4,87.

38) Número de horas médico: Es el cuociente del número de consultas residuales (1.920) entre el rendimiento (4,87) = 394 horas médico.

39) Costo unitario medio del instrumento: (Cuadro de Atributos) = 4,32.

40) Costo total: Es el producto del número horas médico (394) por el costo unitario medio (4,32) = 1.702,08.

Balance

El objeto del balance es hacer una comparación en términos de actividades, instrumentos y gastos entre los necesarios para el plán mínimo y los que esperaríamos en el supuesto caso que la política de salud observada permanezca constante con recursos iguales per capita o con recursos iguales simplemente. Ello nos permitirá saber las posibilidades de formular un Plan Intermedio.

Procedimiento: Consta de tres partes:

A. Resumen de los datos del Plan Mínimo

B. Resumen de los datos con política de salud constante (recursos iguales per capita)

C. Resumen de los datos con volumen constante (recursos iguales)

A. Plan Mínimo

41) Denominación: Se refiere a la actividad final, por ejemplo: hospitalización, etc.

/42) Actividades

42) Actividades: Es el número total de actividades, por ejemplo: la suma de todas las hospitalizaciones de todos los daños.

43) Instrumentos: La suma de todos los instrumentos para cumplir el total de las actividades, ejemplo: camas día.

44) Gasto: Es la consolidación del gasto de cada instrumento para actividad, ejemplo: gasto total de todos los instrumentos cama-día.

B. Política constante per capita

45) Actividades: A partir del número de actividades observadas en el año -1 se cálcula la tasa, la que se aplica a la población del año 1 y se obtiene el número de actividades (que corresponde a una tasa constante).

46) Instrumentos: Igual procedimiento que el anterior.

47) Gasto: Igual procedimiento.

A-B Balance 48), 49) y 50) entre Plan Mínimo y política constante per capita, que se obtiene por diferencia de las respectivas columnas.

C. Volumen Constante

51) Actividades: Es el número de actividades observado en el año del diagnóstico.

52) Igual procedimiento.

53) Igual procedimiento.

A-C Balance 54), 55) y 56) entre Plan Mínimo y volumen constante que se obtiene por diferencia de las respectivas columnas.

Relación normalizada 50% = 4

Por lo tanto: Egresos estimados año 5 = 56
Consultantes estimados año 5 = 194
Total 250

$\frac{250}{5}$ = 50 (4 consultas por una hospitalización), luego tenemos: 50 egresos y 200 consultantes.

- Normalización de la concentración de consultas: Norma = concentración 6, meta de normalización para el año 5 = 50% lo que da una concentración de 4,69. 200 consultantes x 4,69 = 938 consultas residuales.

Año 10

La única diferencia que merece la pena destacar es que las normas establecidas se cumplen en un 100% en ese año.

/PLAN MINIMO

PLAN MINIMO

AREA AÑO

DAÑO: Cardiovasculares

I. Daños no reducibles: Atención de la demanda

Hospitalización

1)	Egresos pronosticados	194,00
2)	(+) Rendimiento	25,79
3)	Número de camas-día	2 745,00
4)	Costo unitario medio del instrumento	11,51
5)	Costo total (igual gasto total)	31 594,95

Consulta

6)	Consultas pronosticadas	758,00
7)	(+) Concentración	1,44
8)	(+) Rendimiento	4,90
9)	Número de horas-médico	155,00
10)	Costo unitario medio del instrumento	4,32
11)	Costo total (igual gasto total)	669,60

DAÑO: Tuberculosis

II. Daños reducibles: A. Reducción de la mortalidad

Muertes a evitar

12)	Defunciones esperadas	24,00
13)	Muertes adicionales a evitar	1,88
14)	Muertes evitables	18,00
15)	Redistribución de muertes adicionales	10,63
16)	Muertes evitadas por política de salud constante	64,55
17)	Total muertes a evitar	75,18

Actividades (según norma)

18)	Denominación: Vacunación	
19)	Número necesario para evitar una muerte	588,31
20)	Número necesario para el total de muertes a evitar	44 123,00
21)	(+) Concentración	1,00
22)	Costo unitario medio de la actividad	0,035

/Instrumentos

Instrumentos (según norma)

23)	Denominación: Horas vacunador	
24)	(+) Rendimiento	15,00
25)	Número necesario para cumplir las actividades	2 942,00
26)	Costo unitario medio del instrumento	0,53
27)	Gasto unitario medio del instrumento	2,66
28)	Costo total	1 559,26
29)	Gasto total	7 825,72

B. Atención de la demanda residual

Hospitalización

30)	Egresos residuales	160,00
31)	(+) Rendimiento	3,60
32)	Número de camas-día	16 222,00
33)	Costo unitario medio del instrumento	11,51
34)	Costo total (igual gasto total)	186 715,22

Consulta

35)	Consultas residuales	1 920,00
36)	(+) Concentración	3,38
37)	(+) Rendimiento	4,87
38)	Número de horas-médico	394,00
39)	Costo unitario medio del instrumento	4,32
40)	Costo total (igual gasto total)	1 702,08

BALANCE

41) Denominación

Plan mínimo

42) Actividades
43) Instrumentos
44) Gasto

Política constante per capita

45) Actividades
46) Instrumentos
47) Gasto

Balance

48) Actividades
49) Instrumentos
50) Gasto

/Volumen

Volumen constante

51) Actividades
52) Instrumentos
53) Gasto

Balance

54) Actividades
55) Instrumentos
56) Gasto

/Plan Intermedio

Plan Intermedio.

Si al efectuar el balance entre las disponibilidades de recursos (*) y el plan mínimo nacional quedara algún remanente, será necesario proceder posteriormente a su distribución.

Como con el plan mínimo ya se ha cumplido con el principio de justicia distributiva (mantención del nivel de salud en todas las áreas) la distribución de este remanente debe hacerse con criterio de maximización, asignar recursos donde se pueda "comprar" más salud.

Para esto será necesario confeccionar una lista nacional de los costo-efecto de todos los daños de todas las áreas programáticas, ordenados en orden creciente.

Se asignarán recursos a las áreas donde el costo-efecto sea menor, hasta cubrir el margen de posibilidad de reducción de la mortalidad del daño, señalado por la vulnerabilidad. Si aún queda excedente, se asignan recursos al daño siguiente (el que tenga el costo-efecto inmediatamente superior, en cualquiera de las áreas) y así sucesivamente hasta agotar los recursos.

Una vez efectuada la redistribución, pueden consolidarse los planes intermedios, obteniéndose de esta manera el plan nacional intermedio.

Este plan es el que tiene mayor probabilidad de ser aprobado por las autoridades.

Nota: Deberán corregirse, lógicamente, los datos correspondientes de la demanda reducible residual.

(*) Disponibilidad de recursos pronosticada, que puede establecerse suponiendo volúmen constante de recursos en términos absolutos o en términos por habitante o alguna otra información que se tenga sobre la disponibilidad futura de recursos.
En general, en el momento de preparar el plan intermedio se dispondrá de estimaciones más probables de los recursos pronosticados.

/Expresión del

Expresión del Plan en un Presupuesto por Programas.

Una vez aprobado el plan y decidido su financiamiento, se debe preparar el plan de operaciones para el primer año, que comprende: el desglose del plan en programas y la presupuestación de estos programas.

1. Apertura de Programas. Se elige la apertura de programas que los ejecutivos puedan realizar con más facilidad, con mayor eficiencia y se pueda controlar mejor.

   La decisión de cuales serán los programas se debe haber tomado con anterioridad (a lo sumo simultáneamente) a la iniciación del proceso de instrumentalización, para que los costos de los instrumentos se expresen en los mismos términos en que posteriormente se necesitarán para la formulación del presupuesto. (Formulario 1 de presupuesto)

   En cuanto a la apertura de programas también es posible establecer metas de normalización, de tal manera de obtener cada año un mayor nivel de detalle.

2. Desglose de las actividades del Plan en Programas. Para este proceso se utiliza el formulario 2 de presupuesto.

   Se hace una distribución preliminar de las actividades realizadas para el ataque de cada daño, clasificándolas en cada uno de los programas que corresponden (de acuerdo con la apertura de programas adoptada).

3. Consolidación de actividades en programas. Se utiliza el formulario 3. La información del formulario 2 se suma y consolida para cada una de las actividades de los diferentes programas.

4. Desglose de los componentes de los instrumentos. Formulario 4. De los datos de instrumentalización (observada), se obtiene la composición de cada uno de los instrumentos, que puede haber sido posteriormente modificada, en cierta medida, como consecuencia de las metas de normalización.

   Se calcula la composición porcentual del gasto de la unidad de instrumento, en términos de personal y consumos, de acuerdo a los departamentos. Se individualizan por departamentos solamente los gastos asignados en el primer prorrateo, los gastos del segundo prorrateo se consideran sólo como total (clasificados en todo caso en personal y consumos).

/5. Desglose

5. Desglose de la composición instrumental departamentalizada. Se utilizan los formularios 5a y 5b.

El desglose se realiza de acuerdo a las normas de objeto del gasto que se hubiera adoptado.

Para determinar la composición del gasto de cada uno de los departamentos es necesario volver a uno de los primeros cuadros de la instrumentalización, la asignación preliminar de los recursos, personal y consumos, clasificados por objeto del gasto a los distintos departamentos.

En el formulario 5a se hace el desglose de los funcionarios empleados en el departamento, clasificados en categorías funcionales, obteniéndose con estos valores, posteriormente, la composición porcentual del departamento.

En el formulario 5b se realiza el mismo desglose para los consumos, clasificados por objeto del gasto (item) -

6. Consolidación por objeto del gasto. Del formulario 5a y 5b en que se ha desglosado por objeto del gasto cada uno de los departamentos, es necesario pasar al formulario 6 en que se consolidan, para cada una de las actividades, la composición por objeto del gasto de cada uno de los departamentos respectivos.

Se utilizan dos formularios 6 para cada programa, uno para los gastos de personal, clasificado por categorías funcionales, y otro para los consumos clasificados por rubros de objeto del gasto.

7. Resumen de presentación. Por sucesivas consolidaciones se puede hacer la presentación del presupuesto a distintos niveles de detalle.

Partiendo de los niveles más bajos: objeto del gasto, actividades, programas y finalmente se puede llegar a una consolidación para toda la función sectorial.

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE
PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

Curso Planificación de
Salud, 1965

METODOLOGIA DE LA PLANIFICACION DE SALUD

Manual de procedimientos

SANTIAGO de CHILE, diciembre 1965.

El presente Manual ha sido redactado por los siguientes alumnos del IV Curso Internacional de Planificación de Salud.

Drs. Mateo Budinich (Chile)
Domingos B. Carvalhedo (Brasil)
Darwin del Castillo (Perú)
Rubén González G. (Bolivia)
Daniel López Ferrer (Méjico)
Eduardo Lourido (Colombia)
Carlos Salomón Rex (Chile)
Julio Sánchez Avilés (Nicaragua)
Oscar B. Sonzini (Argentina)
Rito Tinedo Meza (Venezuela)
Víctor Valverde (Perú)
Iván Videla (Chile)

Instructor: Dr. Federico Bresani.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA METODOLOGIA DE LA PLANIFICACION DE LA SALUD

DIAGNOSTICO.-

I.- Descripción de la situación de salud (Práctica de campo: area de Vallenar. Año 1965.-

Propósitos; promover destreza en la aplicación de la metodología de la planificación de la salud.

Información proporcionada:

- mortalidad por causa y edad en residentes
- egresos por causas, grupos de edad, duración de la hospitalización y estado al egreso.
- población por grupos de edad.
- situación del medio en términos de: vivienda, escuelas, accesibilidad, agua y alcatarillado.

Información a recolectar:

= consultas: totales y primeras por causa y edad.
- en política de salud: recursos de personal, consumos, registro de los departamentos generales, intermedios y finales.

Nivel y estructura.- Identificación y medición en términos de:

- mortalidad por grupos de edad y causas
- morbilidad o demanda satisfecha, también por grupos de edad y causa.

Análisis de los procedimientos en la recolección de la información

CONSULTAS.- Objetivo: recoger una muestra de consultas otorgadas por médicos y odontólogos en el año 1964 en los establecimientos asistenciales del SNS en el area de Vallenar.

Universo: conprende el área de Vallenar con los siguientes establecimientos

a) Hospital de Vallenar y postas
b) Hospital de Freirina y postas

Procedimiento.- Información básica: 1o) hacer un inventario completo de los archivos de fichas clínicas en los establecimientos del área. 2o) Definir claramente los datos a recoger: primera consulta: todo nuevo diagnóstico durante el año 1964, aunque se trate de enfermedades crónicas de años an-

/// teriores o

teriores o de cuadros mórbidos idéntidos pero distanciados de acuerdo a sus características clínicas.- Consulta repetida: el resto de las consultas Edad; se establecen clasificaciones de las consultas por grupos de edades. 3o) obtener de la memoria del área,y del informe anual estadístico el TOTAL de las consultas otorgadas en el año -1 (1964) de acuerdo al inventario obtenido de los archivos. 4o) se anotarán en los formularios de recolección TODAS las consultas y en cada una de ellas "todos los diagnósticos".. Recolección; 1o) Obtener el universo de cada fichero de registro de consultas correspondiente al año 1964.

1.1. En el caso de tener libros de citaciones, considerarlos como el universo señalado o sea como marco muestral

1.2. En el caso de existir el archivo, separar de acuerdo al número correlativo las fichas correspondientes a los últimos 3 años: 1964, 1963, 1962 y el resto. De esta división se obtiene un porcentaje de cada estrato en forma convencional y de acuerdo a los antecedentes que se tienen de la frecuencia de consultas por fichas en los últimos años:

año 1964	40 %
1963	30
1962	20
resto	10
total	100 %

MUESTREO.- Muestreo estratificado sistemático.-

Estratificado: consultas clasificadas de acuerdo: 1) niños 2) adultos 3) embarazadas, 4) urgencias 5) odontológicas.

Cada uno de estos estratos presenta una mayor homogeneización dentro de ellos que en relación al total, lo que permite una mayor precisión.

Sistemático: procedimiento aleatorio que permite obtener el tamaño de la muestra a lo largo de todo el universo de fichas.

Tamaño de la muestra:; se fijó un 5 % del total de consultas (no de fichas)

Sorteo aleatorio con marco muestral conocido: establecida la muestra de 1 ficha por cada 20 (5%) se elige en forma aleatoria por sorteo o con tablas aleatorias el número de partida comprendido entre 1 y 20. Se saca la ficha inicial y a partir de ella se continua obteniendo las restantes agregándole el factor de muestreo (20)

Sorteo aleatorio con marco muestral desconocido: se hace un muestreo sistemático en cada estrato de acuerdo a los porcentajes señalados anteriormente.

ELABORACION.- Reconstitución del universo.

1o) codificación: de acuerdo a la lista de enfermedades agrupadas en 50 causas se efectúa la codificación en relación a las categorías elegidas (27 categorías incluyendo sanos)

2o) reconstitución del universo: a) se obtiene el porcentaje de la muestra. Dividiendo el total de consultas registradas en la muestra y dividida por el total de consultas del informe anual (memoria)

b) se saca el recíproco de este porcentaje que se multiplica por el número de consulta obtenidas en cada categoría de morbilidad.

Ejemplo	Consultas	No. de muestra	No. universo
	adultos	7	25

Obtención del porcentaje= $\frac{7}{25} = 0,28$

Obtención del recíproco= $\frac{1}{28} = 3571428$

muestra	reconstitución	recíproco por muestra
2	7	3571428 x 2 = 7,1
3	9	
1	4	
1	4	
7	25	

3o) Consolidación.- Por establecimientos; se realiza en cada hospital y en las postas. == Por área: se realiza entre hospital mas postas

4o) Total: agrupando ambas areas (Vallenar y Freirina)

TASAS: distribución porcentaal (vertical)-- a) todas las consultas b) primeras consultas. Categorías de consultas sobre todas es igual al porcentaje.

Distribución porcentual por edad (horizontal): Corresponde a la distribución de cada categoría mórbida en relación a las diferentes edades.

RECOLECCION DE INFORMACION SOBRE LOS SERVICIOS DE LAVANDERIA

1. Objetivos/- La recolección de esta información tiene dobre objetivo:

1.1. Para sabel el número de kgs. de ropa que se lava para los diferentes departamentos, con el fin de utilizarla despues como criterio de prorrateo de los recursos de lavandería (personal y consumos)

1.2. Para que al saber el número de kgs de ropa lavada, y el gasto total del departamento lavandería, podamos averiguar despues el costo real de kgs de ropa lavada.

2.- Criterios para recolectar.- Kgs de ropa, lavada por lavandería para cada uno de los departamentos generales, intermedios y finales.

3.- Fuentes de información.- los informe mensuales de lavandería, y la información del jefe del departamento y otro personal del mismo.

4.= Formatos.- no se necesitó ningún formato especial; bastaba con anotar el nombre de todos y cada uno de los departamentos y el número de kgs. de ropa lavado para cada uno de ellos.

5.- Información obtenida.= el número de kgs de ropa lavada a cada departamento.

6.- problemas.- existía una información detallada del número total de kgs. de ropa lavada en total para el año 1964, discriminada en la siuuiente forma: - kgs de ropa para consulta externa (cons. médica y ?C. dental) — kgs. de ropa para hospitalización.— kgs. de ropa para otros servicios. El problema consistió en averiguar a que departamentos correspondía el total de kgs consignado bajo el rubro de "otros servicios". Con este fin se estableció primero la departamentalización, enseguida se siguió con el procedimiento siguiente:

6.1. se averigua el número de personas que trabaja en cada departamento

6.2. personas que utilizan ropa lavada en cada departamento

6.3. que ropa usan y se saca el conjunto que le correspondería usar durante una semana.

6.4. se pesa todo este conjunto.- se multiplica por 4, para encontrar el valor mensual, y por 12 para saber el valor anual.

6.5. En esta forma procedió departamento por departamento. Surgió otro problema: había una cantidad asignada a esterilización; se averiguó en la central de esterilización la cantidad que mandaba a cada departamento (consulta médica y hospitalización), cantidad que se añadió a la cifra ya obtenida.

7.- Recomendaciones; control estadístico por kgs de ropa lavada para cada departamento

RECOLECCION DE INFORMACION SOBRE CONSUMOS

1.- Objetivo.- Obtener la cantidad de unidades monetarias consumidas por cada uno de los departamentos, con el fin de poder establecer la cantidad de recursos asignados a ellos.

2.- Criterios.- Obtener las cantidades de unidades monetarias gastadas, subdivididas por rubros presupuestales, y asignadas a cada departamento.

3.- Fuentes de información.- 3.1. el presupuesto del área y del hospital, como fuente de comparación. 3.2. La contabilización de todos los gastos efectuados.

4.- Formatos.- Ninguno especial, bastaba anotar los rubros presupuestales y las cantidades globales de unidades monetarias (despues venía la departamentalización)

5. Información obtenida.- Se obtuvo la información mencionada, o sea las cantidades globales de unidades monetarias gastadas por cada departamento y desglosada por rubros presupuestales. El procedimiento consistía en obtener el monto global y según el tipo de rubro establecer a que departamento corresponde. Ejemplo:

agua, luz y lumbre ======= aseo , mantenimiento y vigilancia
lavandería ============== lavandería
vestuario ================ lavandería
combustible y lubricantes== transportes

6. Problemas. Los problemas se plantean cuando existen partidas inespecíficas. Estos casos fueron de 3 tipos:

6.1. cuando existe una partida que solo es consumida por dos departamentos y es pequeña se asignó en dos partes iguales. por ejp.: franqueo, telégrafos y teléfonos se asignó proporcionalmente a Dirección y Administración.

6.2. cuando las partidas eran inespecíficas y podrías ser consumidas por varios o todos los departamentos. Este caso se presentó en las partidas Difusión y Publicación; en las mismas se revisaron las facturas de compra y se distribuyó en los departamentos que lo usaban.

Bienes durables, instrumental y equipo: en este caso se revisó cada una de las facturas de compra del año 1964 y según el artículo que se compraba se asignaba a un departamento en el monto consignado.

- Viáticos y traslados: en este caso se utilizó la información de Administración referente al número y personas que han viajado y sobre esta base se hacía la asignación respectiva.
- Pasajes y fletes: igual que el anterior
- Farmacia; se revisaron todas las facturas que le correspondían y según el tipo de compra se hacía también la asignación departamental.

6.3. Hubo algunos rubros que solo se tomaron las actividades globales, para después hacer al regreso la asignación departamental. Es el caso de asignación familiar, aprtes patronales, etc.

Los problemas que se plantean son los clásicos, de existir una información no desglosada o contabilizada de acuerdo con las necesidades de planificación.

Recomendaciones.- Ver la forma de estudiar un sistema que pueda asegurar la contabilizacion y registro de la informacion de acuerdo a las necesidades de la Planificacion y de la Administración.

-Que Farmacia solo dedique sus actividades a sus tareas especificas, dejando aparte las funciones de bodega.

RECOLECCION DE INFORMACION DE "VISITAS DOMICILIARIAS".-Objetivo.-Averiguar el numero de primeras visitas y totales, y si fuera posible desglosada por grupos de edad y por causas

2.-Fuentes de información.- La información estadística existente y la proporcionada por la enfermera jefe.

3.- Formatos.- Ninguno especial. Ya conociendo el tipo de información existente se diseñó uno en el que verticalmente contenía el número de primeras y las totales, y horizontalmente los grupos de edad.

4.- Información obtenida.- De acuerdo a la norma del Hospital la enfermera hacía las primeras visitas y las auxiliares las segundas. En esta forma, sabiendo el número de visitas que hacía cada una de ellas podíamos tener las primeras y al sumar ambas las totales. Los grupos de edad a que iban destinadas eran: recién nacidos, lactantes, mayores de 1 año y menores de 2, y pre-escolares (2 a 6 años).

VISTICOS.- Objetivo: distribuir los correspondientes al área de Vallenar entre los departamentos establecidos por norma (generales, intermedios y finales)- Recolección: a) fuentes: oficina de contabilidad y archivos de pagos. b) Procedimiento: por no tener la oficina de contabilidad clasificado por departamento los viáticos del área y por existir un archivo voluminoso se resuelve muestrear tres meses (25%). Se eligen por sorteo los 3 meses; corresponden a los meses de junio, setiembre y noviembre.

c) Formulario de recolección:

mes	función	E°
junio	director	84,28
	contabilidad	53,50
	enfermera	14,16

Se obtiene el total del item del presupuesto anual correspondiente al año - 1.

Elaboración: a) se clasifican las funciones realizadas por el personal que obruvo viáticos en los distintos departamentos de la norma, consolidando los 3 meses de la muestra.

Formulario:

departamento	monto	%
dirección	84,28	...
administración	53,50	...
otros intermedios	27,68	...
total	.....	100%

b) criterio de prorrateo: Obtenida la clasificación de los viáticos por departamento en la muestra y establecida la distribución procentual se procede a distribuir el monto total de viáticos en base al citado porcentaje. Ejp.: si en la muestra total de escudos para dirección fueron 338E° que corresponde al 29,5 % del total (de la muestra) se aplica este porcentaje al item global E° 4.315.40 y obtendremos el valor definitivo de E° 1.273.04.-

problemas:-recolección: a) dificultad para obtener los boletines de viáticos entre el conjunto de todas las demas actividades contables. b) insuficiente definición de las funciones cuando existen viáticos para varios funcionarios y al mismo tiempo. c) situación del chofer que lleva a los funcionarios y aprovecha el viaje para hacer un traslado de enfermo.

Recomendaciones: a) los viáticos deben darse en forma específica indicando la función desempeñada y el departamento en el mismo boletín o por intermedio de un timbre. b) establecer esta clasificación mensualmente con el fin de obtener datos anuales completos.

TRASLADO DE ENFERMOS (pasajes).- Objetivos: Distribuir el item pasaje que corresponde al traslado de enfermos a centros especializados.

Recolección.- a)fuentes: el oficial de subsidios lleva una estadística mensual en un libro de registro de todos los trasladas efectuados durante el año - 1. - procedimiento) obtener una tabla clasificada por departamento:

Depart.	No.
Hospit.	73
C.Méd.	332
total	405

Traslados de:	(C) bus(H)	(6) F.carril(H)	avión
Freir.=Vallenar	55	—	-
Vallenar= Copiapó	63	15	-
Vallenar=Santiago	5	10	2

Se obtiene el total de traslados de acuerdo al medio de transporte clasificados por enfermos de hospital y de consultorio. - De contabilidad obtenemos el monto del valor de cada pasaje y de esta manera podemos tener la tabla final.

Elaboración.-Por faltar la información completa en lo que respecta a los medios de transporte y origen del traslado se estimó por medio de una entrevista con el oficial de subsidios, de contabilidad, enfermera y chofer obteniéndose las cifras aproximadas de la tabla final.

Ejp.:	departamentos	No.	E°
	hospitalización	73	646,22
	consulta médica	333	1.998,64
	t o t a l	405	2.584,86

problemas encontrados.- recolección: a) no existir en el libro de traslados el valor de cada uno de ellos ni el medio utilizado. b) poca precisión en el traslado de enfermos de Freirina a otras ciudades desconociéndose si son hospitalizados o de consulta médica. c) información poco exacta del valor del pasaje por las modificaciones de los diferentes medios utilizados. d)problema del acompañante para el caso de pasajes a Santiago en calidad de 1°2 acompañante. - Elaboración.- a) obtener una cifra promedial o ponderada de los diferentes traslados en relación al origen, destino, y medio utilizado. Recomendaciones: a) necesidad de crear un libro de registro de traslado en que se obtenga la siguiente información: 1) departamento de origen (hosp. o consulta) y 2) valor del traslado.

RECOLECCION DE INFORMACION SOBRE VACUNACION.- Objetivos.- 1.1. conocer el No. de primeras, segundas, terceras ó mas dosis de vacunas, por tipo y por grupos de edades aplicadas en el área de Vallenar. 1.2.Para que, al saber los distintos tipos de vacunas, sus totales, primeras, segundas, etc., y el costo total de las mismas, podamos averiguar después la cantidad total de dosis aplicadas, horas vacunador, etc.- 2.- criterios para recolectar: tipos de vacunación- totales - primeras - segundas - terceras.- 3. fuentes de información. por indicación del director entrevistamos a la enfermera jefe. Suministró toda la información del área. Con personal del hospital de Vallenar se efectúa la vacunación de esa zona y las de Freirina y puerto Huasco. 4.- formatos: en una hoja se anotaron en columnas los distintos tipos de vacunaciones, dosis, primeras, revacunaciones, segundas, etc. 5. información obtenida: total de dosis de cada tipo de vacunas aplicadas en el área.

INSPECCIONES.- Objetivo: recoger toda la información sobre inspecciones sanitarias realizadas en el area de Vallenar durante el año 1964, con especificación del total de primeras inspecciones y las repetidas. Universo: área de Vallenar (incluye Freirina, Huasco y Domeyko). fuentes de información: oficina de saneamiento ambiental que funciona en el hospital de Vallenar. En esta oficina se centralizan todas las actividades de inspecciones de toda el área, existiendo un fichero central que constituye el único registro existente. Existen además los informes mensuales de inspecciones, donde se resumen todas las actividades, teniendo la característica de ser acumulativa para todos los meses del año, de tal manera que observando el informe

/ del mes

del mes de diciembre de 1964 podemos analizar las actividades de todo el año 1964. Como en la oficina de registro no existe información sobre primeras inspecciones y repatidas hubo que realizar un muestreo sobre el total de fichas del año 1964. Procedimiento: se estimó que examinar un 10 % del universo de fichas era suficiente para nuestros propósitos, y así para la selección de la primera ficha por azar simple y determinar el número de partida. Luego a partir de la misma se sacaron las subsiguientes de 10 en 10. Con el método anterior se obtuvieron los datos buscados. Problemas: no figuran en la oficina de sanemaiento ambiental número de viviendas y datos sobre agua y alcantarillado.

POLITICA DE SALUD

1. Cantidad y organización de los recursos (instrumentación)

Normas de departamentalización: - departamentos generales: dirección, administración, alimentación, lavandería, aseo mantenimiento y vigilancia, transporte, y otros departamentos generales. - departamentos intermedios: farmacia, laboratorio, radiología y otros departamentos intermedios. departamentos finales: hospitalización, consulta médica, consulta odontológica, vacunación, inspección, alimentación suplementaria, visita domiciliaria de enfermería.== Normas de clasificación del personal.- Medicos, dentistas, farmacéutico, enfermera graduada, asistente social, matrona graduada, contador, constructor civil, otro personal directivo no graduado, educador sanitario, estadístico, auxiliar de enfermería, inspector sanitario, oficial de subsidio, otro personal técnico y administrativo, y personal de servicio.

Consumos: en 22 partidas o items.

Consolidación de los recursos de personal y consumos en unidades reales y monetarias de acuerdo a las normas de departamentalización y clasificación de personal. Elaboración de los criterios de prorrateo, de los departamentos generales e intermedios establecidos en la siguiente forma: - para dirección: horas de personal; para administración: número de personas; para alimentación: número de raciones; para lavandería: kgs. de ropa; para aseo mantenimiento y vigilancia: metros cuadrados; para transporte: horas vehículo; para otros departamentos generales e intermedios:unidades monetarias; para farmacia: número de recetas; para laboratorio: número de análisis; para radiología:número de examenes radiológicos.

Prorrateo de los recursos de los departamentos generales é intermedios:

(ver cuadros Nos. 18,19, 20 y siguientes del ejercicio 3 modelo docente)

/ Los departamentos

Los departamentos generales e intermedios prestan servicios a los departamentos finales. Los departamentos finales prestan servicios a la comunidad. Los departamentos intermedios no dan servicios a los generales ni tampoco se sirven entre ellos. Los dpts. grales. sirven a todos los depts. Se asume en el caso de dirección que aquel departamento que consume mayor tiempo, demanda mayor porcentaje de recursos de dirección. En el caso de lavandería se presume que aquel departamento que tiene mayor volumen de atenciones, consume mayor número de kgs. de ropa.

Ejp.: de la distribución de los recursos directos de los departamentos grales é intermedios:

Recursos directos de los dptos. grales é intermedios

	Direc.		O.Dpr.Gral.		Farmac.		O.Interm.		total rec.	
	UR	UM	UR	UM	UR	UM	UR	UM	UR	UM
Personal	6000.	10000	160800	100700	7500	10300	10500	16400	184800	137400
Consumos		1470		56400		28400		1920		88320
total gral	6000	11470	160800	157100	7500	38700	10500	18320	184800	225720

Criterios para prorratear los gastos de los departamentos generales e intermedios: ver anexosNo.....-

Los recursos de farmacia y laboratorio se transcriben simplemente a los mismos en el primer prorrateo. Con el segundo prorrateo se traspasan los recursos de los departamentos generales e intermedios a los finales con el objeto de determinar el costo real de sus acciones.- Efectuados los dos prorrateos se tiene en cada departamento final todos los recursos, tanto los propios, los directos y los indirectos en unidades reales, unidades monetarias.

Composición instrumental. La asignación de los recursos provenientes de los prorrateos a cada departamento final en unidades reales y monetarias, tanto en personal como en consumo, nos da la composición del instrumento para la actividad correspondiente.

Determinación de los atributos de las actividades é instrumentos. Reconocemos ciertos atributos de las actividades é instrumentos con el fin de obtener los costos. En la práctica utilizamos el formato siguiente:

- Gasto anual: suma total gastada por departamento.
- actividades: número total (total de actividades)
  - tasa por mil
- número de primeras actividades
  - tasa por mil

Concentración media: $\frac{\text{total de actividades}}{\text{primeras activ.}}$

/ Duración

Duración media: $\frac{\text{Número de instrumentos por tiempo}}{\text{número de actividades}}$

Costo medio: $\frac{\text{Gasto anual}}{\text{total de activ.}}$

Instrumentos: No. total

camas año: tasa por mil habitantes// cama día disponible: No. total por 365 días// cama día utilizada: obtenida por la información.

grado de utilización: $\frac{\text{instrumentos utilizados}}{\text{instrumentos disponibles}}$

rendimiento: $\frac{\text{número de actividades}}{\text{número de instrumentos}}$

Costo medio:

-cama año: $\frac{\text{gasto anual}}{\text{N° camas año}}$

-cama dia disponible: $\frac{\text{Gasto anual}}{\text{No. camas día disponible}}$

- cama día utilizada: $\frac{\text{gasto anual}}{\text{No. camas día utilizadas}}$

2. POLITICA DE SALUD.- Asignación a daños.- La información recogida sobre el volumen y la organización de los recursos utilizados ha de permitir determinar las sumas que se gastaron para combatir los daños. Tratamos de averiguar cuanto costó evitar una muerte por un determinado daño y cuanto costó reparar un sujeto enfermo también por determinado daño.

Al efectuar la asignación tratamos de identificar las actividades por daños y cuantificarlas. La instrumentación nos ha permitido un análisis de los recursos para todos los daños en términos de su cuantía y organización. Queremos averiguar cómo los recursos se asignaron para cada daño en términos de: tipo y cantidad de actividades, tipo y cantidad de instrumentos utilizados con el fin de determinar cual ha sido el costo de combatir cada daño.

Asignación preliminar.- Con la asignación preliminar tratamos de averiguar cuantas actividades totales y primera se dieron para cada daño;de esta relación tenemos la concentración de la actividad. Conociendo el rendimiento del instrumento calculamos el número de instrumentos utilizados. Ejp.=

	Vacunación - rendimiento: 11				
	total	las.	2as.	concentración	horas vacunador
difteria (toxoide)	1871	1012	859	1,85	170
sarampión	588	588	--	1.-	53
total	2459	1600	859	--	223

/ En la actividad

En la actividad vacunación en el daño difteria (toxoide) tenemos 1871 vacunaciones totales y 1.012 primeras; la relación entre ambas dá una concentración de 1.85. Si el rendimiento es de 11 vacunaciones por hora dividiendo 1871 entre 11 nos dá 170 horas vacunador. Sumando el total de actividades (2459) vemos que se han utilizado 223 horas vacunador, con un rendimiento de 11 vacunaciones por hora.- Asignación preliminar de alimentación suplementaria. destacamos la asignación preliminar de alimentación suplementaria, porque se le dió un tratamiento diferente, buscando la racionalización y disminuyendo la arbitrariedad. Se consideró que podía trabajarse ya con mortalidad, ya con demanda, habiéndose decidido en último término hacerlo en base a las consultas. Se averiguó en primer término que grupos de la población recibían alimentación suplementaria: lactantes, preescolares, embarazadas; enseguida se investigó la cuantía y tipo de daños en los rubros de - 1 y de 1 - 4 años, estableciéndose la relación porcentual con el total de las consultas en los indicados grupos. Luego se distribuyó el total de kgs de leche a los diferentes daños de acuerdo a esta relación porcentual en primeras atenciones(no. de beneficiarios) y totales (no. de kgs. de leche distribuídos. La alimentación suplementaria se considera como una actividad de la técnica de prevención, y al realizar la asignación preliminar se ha visto que va a daños tales como a tumores, accidentes, fiebre tifoidea, en los cuales esta actividad no juega. Posteriormente en el estudio del costo-efecto se determinó darles una concentración de 0; y toda cantidad multiplicada por 0 es igual a 0. Empero el total del costo anual por daño de las actividades se halla inflado por la alimentación suplementaria.

B.- Asignación de la política de salud observada a los daños.- Se transcribe en el formulario correspondiente la cantidad de actividades prestadas en total y primeras, igualmente la concentración. En instrumentos también se transcribe el número disponible, grado de uso, rendimiento y los gastos anuales, unitario y total. Dividiendo el gasto anual total del instrumento entre el número de actividades totales se obtiene el gasto unitario de la actividad. (si se multiplica el gasto unitario de la actividad por el total de actividades se tiene el gasto total de la actividad, cifra que debe ser igual al gasto total del instrumento; algunas veces se observan pequeñas diferencias) Luego se procede al ajuste del gasto; a salud, al daño, y los años efectos, para finalmente obtener los costos totales y unitarios.

/ejemplo

Ejp.: el daño sarampión en hospitalización. El gasto anual total del instrumento 4084 se divide por 60 hospitalizaciones= 81,40, gasto unitario. A Salud, al daño, años efecto 1, luego los costos unitario y total son los mismos. En vacunación en este mismo daño el efecto es a 5 años, luego dividiendo el total del gasto anual 152,89 entre 5 tendremos el costo total 30,57 por año, ya sea de la actividad o del instrumento. En el daño "disentería y gastroenteritis" juega el agua y el alcantarillado. Averiguada la información del gasto "per cápita" se calcula el gasto total multiplicando por el número de personas servidas. Después se procede al ajuste del gasto y se procede de la siguiente manera: -- para agua: a salud 50 %; al daño 87 % (disentería y gastroenteritis); años efecto 50 años. Para conocer el costo total se multiplica el gasto total por 0,50 x 0,87 y se divide en 50 años. -- para alcantarillado: salud 80 %; al daño 87 %; años efecto= 40. Se procede en la misma forma que para agua; gasto total x 0,80x 0,87 dividido por 40 == costo total.

Política de Salud.- Eficiencia observada.-

Las acciones de salud tienen un costo o lo que es lo mismo lo que se gasta en salud debe tener algún efecto. La relación de eficiencia está dada: $\frac{\text{costo}}{\text{efecto}}$

Para el ataque de los daños se reconocen dos técnicas: de prevención y de reparación, las que se combinan en distintas proporciones. En el caso de los daños no reducibles se emplean acciones de reparación solamente. En las enfermedades reducibles se computan el costo unitario por persona protegida el costo por enfermo evitado y el costo por muerte evitada, por la técnica de prevención.-- Procedimiento operacional.- Ejp.:daño sarampión. a) técnica de reparación: sujetos atendidos observados en hospitalización= 60, con una concentración observada y normalizada de 1, luego el número de casos atendidos normalizados también es de 60. En sonsulta médica el número de sujetos observados es de 1094 (primeras consultas) con una concentración observada de 1,91; la concentración normalizada es 3; luego la relación de la concentración observada y normalizada es de 0,63 (observada 1,91 sobre normalizada 3 = 0,63); esta relación (0,63) se aplica a los 1094 sujetos observados, lo que dá 689,22 casos atendidos normalizados. Enseguida se saca la diferencia entre las probabilidades de reparación sin técnica y con técnica y esta diferencia (0,995 - 0,990 = 0,005) se aplica al total de casos atendidos normalizados (60 más 689,22 == 749,22) lo que nos dá 3,75 casos reparados. Luego el costo por caso reparado se obtiene dividiendo el total del costo anual por daño (hospitalización mas consulta) por el núme-

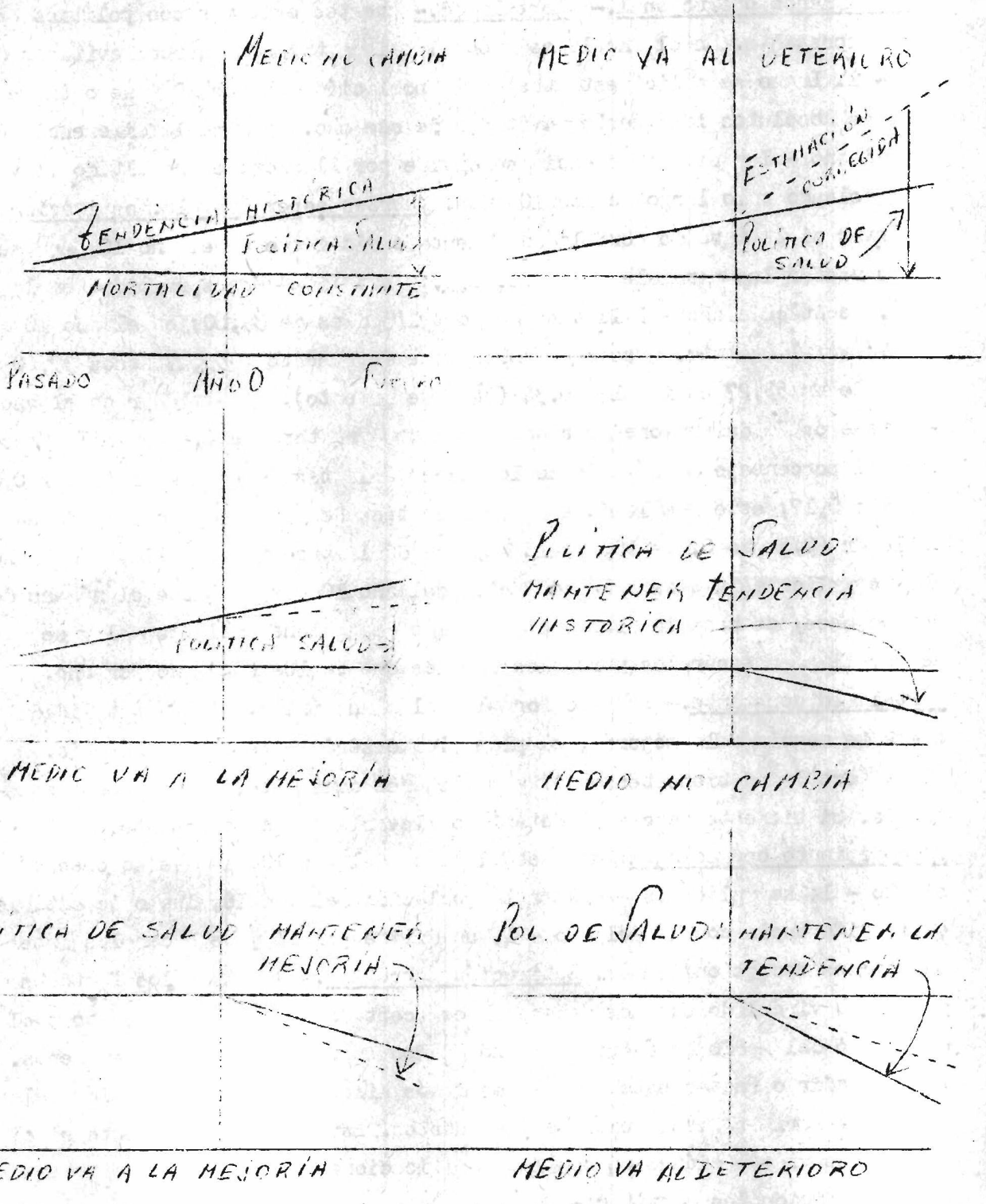
/ro de casos reparados: 14.148,32 dividido en 3,75 = 3.772,88. Después se procede a calcular el número de muertes evitadas sacando la diferencia de la probabilidad de morir con técnica y sin técnica, procediendo en la misma forma que para los casos reparados. b) Técnica de prevención.- (en esta técnica aparece la actividad alimentación suplementaria. En este momento la descartamos porque será sometida a una posterior consideración en la evaluación; pero está abultando el costo anual a 436,05) Con la actividad vacunación tenemos 588 personas atendidas observadas, con una concentración observada y normalizada de 1, luego el número de personas protegidas normalizadas será también de 588. Se establece la diferencia de las probabilidades de enfermar con técnica y sin técnida y esta diferencia (0,135) se aplica a las 588 personas protegidas, lo que dá 79,38 enfermos evitados. Enseguida se aplica la probabilidad de morir sin técnica a 79,38 los que nos representa una ganancia de 0,77 muertes evitadas. Dividiendo el costo anual por el daño entre el número de muertes evitadas, tenemos el costo por cada muerte evitada. Inspecciones , agua y alcantarillado.- En las enfermedades entéricas (disentería y gastroenteritis, tifoidea) dentro de la técnica de prevención de ellas, están las inspecciones a establecimientos, el agua y el alcantarillado. Se considera que la combinación mas adecuada para prevenir estos daños es agua mas alcantarillado; a este conjunto se ha dado en llamar la técnica nuclear y alrededor de ella como una actividad complementaria se encuentra la inspección a establecimientos. En el estudio del costo efecto de las inspecciones se considera que el número de personas supuestamente protegidas (normalizada) es la población del área urbana. Con respecto a agua y alcantarillado se estima que las personas protegidas son aquellas que disponen de los 2 servicios. La estimación de las muertes evitadas se calcula en la misma forma señalada para el sarampión.

PRONOSTICO.- Cual es el futuro de la situación encontrada ?. La necesidad de establecer un futuro en el nivel de salud es imperativo para conocer la línea base de las acciones. Fijamos como premisa que la política de salud va ha permanecer constante o lo que es lo mismo que los recursos van a aumentar proporcionalmente de acuerdo con el crecimiento de la población. Establecemos también que si el medio ambiente va al mejoramiento o al deterioro ha de arrastrar el pronóstico en un 10 % hacia la mejoría o el empeoramiento respectivamente en 10 años. A este respecto investigamos si existen proyectos aprobados para mejorar el medio ya sea en los planes nacionales

/ o privados

/ oprivados. En el ejercicio del modelo docente y también de la práctica de campo el pronóstico lo hemos fijado a 10 años. Toda la información recogida en el año del diagnóstico es un hecho histórico; lo que ha de suceder en el futuro lo proyectamos de acuerdo a las tendencias del pasado.
Procedimiento operacional.- Mortalidad.- muertes evitadas con política de salud constante. En el año 10 se anota la misma tasa de muertes evitadas del año - 1. Luego se aplica esta tasa a la población del año 10 y se obtiene en números absolutos las muertes evitadas de ese año. Se hace la diferencia con la del año - 1 y esta diferencia se divide por 11 años; el resultado se va interpolando a lo largo de los 10 años. Muertes esperadas, la. estimación: Observar si la tasa de mortalidad aumenta o disminuye en el año 10 para sumar o restar los parciales anuales. Ejp.: Mortalidad por sarampión: en la pcia. de Atacama año - 1 la tasa de mortalidad es de 39,60; en el año 10 de 53,27; va al aumento. Buscar el porcentaje de aumento (53,27 menos 39,60 dividido en 53,27 es igual a 0,34 (34 % de aumento). En Vallenar en el año - 1 tenemos 26 defunciones por sarampión con una tasa de 0,5 por mil. Conocido el porcentaje de aumento se lo aplica a la tasa de Vallenar (0,5 x 0,34) igual a 0,17; este resultado sumamos a la tasa de mortalidad observada en Vallenar (0,5 mas 0,17= 00,67) lo que nos dá la tasa de mortalidad del año 10. Se aplica esta tasa a la población del año 10 y se obtiene el número de defunciones, se hace la diferencia con las defunciones del año - 1 y se divide por 11 para sacar los parciales anuales que se los suma año por año.
Mortalidad constante.- Permite formular el plan mínimo. Si la mortalidad tiene tendencia a la mejoría, el plan mínimo será mantener esa mejoría. Si la mortalidad tiene tendencia a mantenerse constante, mantener esa constancia. Si tiene tendencia al deterioro llevarla a tasa constante.
Procedimiento operacional: se anota la tasa del año 10, la que se observó en el año - 1; se aplica esta tasa a la población del año 10, luego se establece la diferencia con la del año - 1, se divide por 11 y se hacen las interpolaciones correspondientes. Estimación corregida.- analizar los factores del medio vinculado con los daños. Hemos aceptado que el mejoramiento o el deterioro del medio arrastra a algunos daños en un 10 % en mas o en menos. Luego añadir o restar este 10 % a los daños afectados por los cambios del medio a la primera estimación de las muertes. Establecer previamente si el daño tiene vinculación o nó con las modificaciones del medio.
Muertes adicionales a evitar.- Es el esfuerzo adicional que hay que hacer con la política de salud. / Se efectúa

Se efectúa con aquellos daños reducibles generalmente con técnicas de prevención. No es aplicable en daños no reducibles por ejp. neumonia. Muertes adicionales a evitar = estimación corregida menos mortalidad constante.- Demanda.- Hospitalización y consultas tienen idéntico tratamiento



INSTRUMENTALIZACION .- Manual de procedimientos

Clave: I. 01.- Asunto: Recursos de personal.- Fundamento: Se trata de establecer la distribución del Recurso Personal, en términos de unidades reales y unidades monetarias, entre los distintos departamentos.
Procedimiento: 1.1- La información recopilada en el area programática local se vierte a un formulario mas amplio y apropiado que el formato original, sin efectuar ninguna modificación en la información recogida. Este formulario contiene los siguientes rubros, horizontalmente: 1.1.1.- Nombre del empleado-1,1.2. Función real que desempeña- 1.1.3. Cargo para el cual ha sido nombrado- 1.1.4.Horas de trabajo contratadas: 1.1.4.1. Número de meses , 1.1.4.2. Horas días; 1.1.4.3. Horas año.- 1.1.5. Distribución de su tiempo por departamentos generales, intermedios y finales, tanto en unidades reales (horas), como en unidades monetarias (sueldo o haber). Estos datos se llenan en base a la información proporcionada por el director del establecimiento, el jefe de personal, ó el personal mas apropiado que se encuentre a nivel local. La información que nos proporcionan a nivel local está en relación con el número de horas que, según el criterio del funcionario, trabajan los empleados en todos y cada uno de los departamentos.- 1.1.6. Una vez completado el trabajo mencionado en el inciso anterior, se totaliza al final de la línea correspondiente a cada empleado (horizontalmente), las unidades reales y las unidades monetarias.- 1.1.7. Así se procede con todos y cada uno de los empleados y obreros del establecimiento. 1.1.8. Finalmente se suma verticalmente todas las columnas, totalizando los datos obtenidos, comenzando por la columna horas-año.
1.2.- El segundo paso consiste en verter los totales, tanto de unidades reales como en unidades monetarias, por departamento, pero clasificado el personal de acuerdo con las normas de clasificación establecidas previamente. Para este efecto, la información del cuadro anterior se vierte a otro, que contiene los siguientes rubros: 1.2.1. Personal clasificado, que contiene todos los cargos de una misma clasificación, englobados. Ejemplo: médicos con médicos, estadístico con estadísticos, etc. 1.2.2.- Número de personas, o sea la cantidad de personas que se han englobado en un rubro de la clasificación. Ejp.: si al englobar los médicos, lo hicimos con 5 cargos, este será el número correspondiente a personas.- 1.2.3. Horas de trabajo contratadas, dato que se obtiene sumando las horas contratadas de cada empleado.-

1.2.4. A continauación se coloca tantas columnas como departamentos generales, intermedios y finales exista (uno para cada uno) y cada uno de estos se subdivide en: 1.2.4.1.- unidades reales, en el cual se coloca la suma de las unidades reales que dicho personal está signado a un departamento específico. 1.2.4.2.- unidades monetarias, la correspondiente a dicho personal para un departamento, en función de la información anterior. 1.2.4.3. Número de personas, que es la cantidad de personas (del grupo que se está trabajando), asignado a un departamento específico. El total de las personas asignadas a todos los departamentos (en forma horizontal), deberá coincidir con la cantidad mencionada en el párrafo 1.2.2.- 1.2.5.- Se totaliza luego el número de unidades reales y unidades monetrias correspondientes a cada grupo de la clasificación de personal (horizontalmente). 1.2.6.- Finalmente se totalizan todas las columnas verticalmente, o sea los rubros correspondientes a número de personas, unidades reales y un. monetarias, asignadas a cada uno de los departamentos.

Clave:I.02- Asunto:Consumos.- Fundamento: y se trata de establecer la distribución de consumos, en términos de un. monet. entre los distintos departamentos.- Procedimientos: 2.1. La información recopilada en el área programática local, sobre consumos, se vierte a un cuadro que contiene: 2.1.1.- Partida, o sea el nombre correspondiente a cada uno de los items presupuestales.- Ejp.: viáticos y traslados, pasajes y fletes, etc.- 2.1.2. Contiene luego tantas columnas como departamentos existan divididos en unidades monetarias, en cuales se vierte la información correspondiente obtenida localmente. Esta separación por departamentos ya viene establecida desde el área local, de manera que sólo se trata de verterla en un solo cuadro. 2.1.3. Se totaliza luego los valores por cada rubro presupuestal (horizontalmente) y por cada departamento (verticlamente)

Clave: I.03.- Asunto: consolidadión general de recursos. Fundamento: se trata de establecer la distribución de los recursos de personal y consumos, en términos de u.r. y u.m., entre los distintos departamentos, en un solo cuadro general base.- Procedimiento: 3.1. La información de personal y de consumos, vertida en dos cuadros diferentes, se integra en uno solo de doble entrada, que contiene: 3.1.1.- Verticalmente: 3.1.1.1. en personal, todos los rubros de clasificación. 3.1.1.2. en consumos, todas las partidas presupuestales. 3.1.1.3. Se totalizan parcialmente tanto personal como consumos, y se obtiene un total general.

3.1.2.- Horizontalmente: 3.1.2.1.- número de personas, que abarca solamente al recurso personal.- 3.1.2.2.- Todos y cada uno de los departamentos generales, intermedios y finales, subdivididos en u.r. y u.m.- 3.1.2.3.- Total general, tanto en u.r. como en u.m.. En esta forma se obtiene el cuadro general base, que contiene todos los recursos asignados a los departamentos.-- Clave: I.04.- Asunto: criterio de prorrateo. Fundamento: se trata de distribuir los recursos de los departamentos generales e intermedios en base a criterios de prorrateo, conforme se describe a continuación. PROCEDIMIENTOS: 4.1.- para establecer el criterio de prorrateo de los recursos de un departamento entre todos los demás, se procede de la siguiente manera: 4.1.1.- como norma se establecen los criterios generales sobre los cuales se basa para establecer los criterios específicos. En esta forma se decidió que dirección debe distribuir sus recursos en base a horas de personal, administración a número de personas, alimentación al número de raciones, lavandería a kgs. de ropa lavada, aseo-mantenimiento y vigilancia a metros 2 de construcción, transporte a horas vehículo, farmacia al No. de recetas, laboratorio al No. de análisis, radiología al no. de exámenes y los otros departamentos generales e intermedios a cantidades de unidades monetarias. 4.1.2.- los criterios para el primer prorrateo se establecen en la siguiente forma: 4.1.2.1.- para dirección:41211. se colocan en columnas todos los departamentos (se incluye también dirección), y a continuación de cada uno de ellos la cantidad de unidades reales que le corresponde y que aparece en el cuadro general base. 41212. las cantidades colocadas se totalizan, lo que constituye el 100%. 41212.- se establece luego el porcentaje de las horas personal de cada departamento sobre el 100%, el que servirá como criterio de prorrateo de los recursos de dirección. 4122. Igual procedimiento se sigue con cada uno de los departamentos generales e intermedios, pero no utilizando ya ya horas personal, sino lo establecido en el numeral 411. 4123. como dato adicional, no utilizable para el primer prorrateo pero sí para establecer las bases del segundo, se aprovecha este cuadro para establecer un porcentaje mas: en el caso del departamento dirección por ejp. se establece que el no. de horas personal asignados a todos los departamentos finales, representa el 100%, sobre el cual se establece el porcentaje que le corresponde a cada uno de los departamentos finales. Igual procedimiento se sigue para cada uno de los departamentos generales e intermedios, pero con criterio especificado en el número 4111.

413. Los criterios para el segundo prorrateo se establecen en la siguiente forma: 4131. para dirección:41311.- se elabora un cuadro que contenga horizontalmente todos los departamentos generales e intermedios, una columna para el total de recursos directos, otra para el total general y una más para el porcentaje; y verticalmente se colocan todos los departamentos finales, 41312.- como el criterio general que se utilizan para prorratear dirección es horas personal, se colocan el total que le corresponde a cada departamento general e intermedio (información del cuadro general base). 41313.- A este total general se le aplica el porcentaje correspondite a cada departamento final (no. 4123) en todos y cada uno de los departamento generales e intermedios(cada depart. general e intermedio tiene su porcentaje propio). Teniendo el total, y los porcentajes parciales, es fácil establecer el porcentaje parcial que le corresponde en cifras absolutas a cada departamento final, dentro de cada departamento general e intermedio. - 41314.- Las cifras absolutas son sumadas con las cifras que se colocan en la clumna "total directos" (horas personal por dpto. final. que se obtiene del cuadro general base), con lo que se consigue totalizar, primero por cada uno de los departamentos finales y un total general al sumar los totales de cada departamento final.- 41315.- el total general que se obtiene lo consideramos 100%, obteniéndose luego el porcentaje que representa cada cifra parcial (dpto. final). Los porcentajes obtenidos constituyen el criterio para efectuar el segundo prorrateo del dpto. dirección. - 4132.- En igual forma se procede con todos los dptos. generales. Para los dptos. intermedios se utiliza el porcentaje obtenido para el primer prorrateo, con excepción de "otros departamentos intermedios" que es igual a "otros dptos. generales". Indudablemente que se utilizaran en estos dptos. los criterios mencionados en el numeral 411.

Clave I.05.- Asunto: primer prorrateo de recursos: Fundamento: la cantidad de recursos asignados a cada uno de los dptos. en el cuadro general base constituye sólo la disponibilidad de recursos, mas no lo que en realidad, cuestan las acciones de cada uno de los dptos. ya que cada dpto. realiza acciones para si mismo y para otros dptos. . Es necesario por lo tanto asignar a cada dpto. las cantidades reales que a cada uno compete. El primer prorrateo consiste en asignar a cada uno de los dptos. lo que reciben de sí mismo y de otros dptos. generales.- PROCEDIMIENTOS: 51.- se prepara en primer término un formulario para cada dpto. general, intermedio y final que contenga una columna para los recursos y otra para las cantidades anuales que reciben de los dptos. generales, tanto en unidades reales como monetarias.. 52. Los recursos de personal y de consumos, asignados por dptos. en el cuadro general base,

se prorratean entre todos los departamentos, utilizando los porcentajes obtenidos en el primer cuadro del prorrateo. Dirección por ejemplo cuenta con 2000 horas director (ur) y 19.041,31 (um), además de otros. Estas cantidades se distribuyen entre todos los dptos. en base al por ciento que le corresponde del total horas personal: a dirección misma le corresponde el 1,37 % a administración el 5.02 %, a hospitalización el 30.39 % y así sucesivamente. -53. Concluída la distribución de dirección se distribuyen los otros dptos. generales, con el criterio de prorrateo ya descrito. - 54. Conluídos todos los dptos. tendremos unas hojas por cada dpto. en las que están incluídas los recursos que le corresponden de sí mismo y los que recibe de los otros dptos. generales. - 55.- en el caso de los dptos. intermedio y finales, éstos no son distribuídos a los otros, sino que simplemente se copian las cantidades correspondientes a cada uno según como aparece en el cuadro general base.-

Clave I06. Asunto: segundo prorrateo recursos. Fundamento: a continuación se vuelcan los recursos de los dptos. generales e intermedios a los dptos finales con el fin de establecer el verdadero costo de sus acciones, manteniendo siempre la estructura del instrumento y de la actividad.

Procedimientos: 61.- para asignar los recursos propios y directos de dirección por ejemplo (en forma indirecta) a los dptos. finales, se copian todos los rubros de ésta en cada uno de los dptos. finales, y a cada rubro se le aplica el procentaje (criterio) (52) que a cada uno de ellos le corresponde de dirección. Para hospitalización por ejp., se copia en primer lugar todos los rubros y cantidades con las que se quedó y recibió de los otros dptos (primer prorrateo), cada dpto. general e intermedio, y a estas cantidades se le aplica el porcentaje que dirección dá a hospitalización; seguidamente se procede en igual forma, con administración para hospitalización; alimentación para hospitalización; lavandería para hospitalización y así sucesivamente. - 62. En igual forma se procede con cada uno de los dptos generales.

Clave: I07- Asunto: Recursos de los departamentos finales (composición de los instrumentos y actividades) Fundamento: encontrar el resumen de los dos prorrateo (en los dptos. finales)- Procedimientos : 71.- Cada dptos. final tiene en este momento sus recursos distribuídos en dos hojas; una conteniendo los recursos directos y propios, y otra conteniendo los recursos indirectos. 72. Se suman los datos de las dos hojas mencionadas y se vuelcan a una tercera hoja donde están los rubros de personal clasificados y los consumos

/por partida

por partida. Horizontalmente, colocamos las cantidades anuales del gasto, tanto en unidades reales como monetarias, las que al totalizarse nos darán la cantidad anual gastada por departamento. 73.- como dato adicional se coloca el no. total de instrumentos y de actividades. 74.- en una siguiente columna se obtiene la cantidad de recursos por unidad instrumental el cual se obtiene, rubro por rubro, dividiendo ésto entre el no. total de instrumentos, manteniendo siempre la composición estructural del instrumento. Clave I.08.- Asunto: consolidación por área. Fundamento: Como el plan se formulará en términos de área, y todo el proceso anteriormente descrito se hizo por establecimiento, es necesario consolidarlos.- Procedimientos: 81.- se suman tanto las cantidades anuales del gasto como cantidades por unidad instrumental, departamento por departamento de todos los establecimientos del área, obteniéndose una nueva hoja que los contiene.

EVALUACION

Asignación de la Política de Salud a los daños - OBSERVADO.

Datos transcritos: 1) cantidad de actividades: hospitalización (egresos)
consulta médica
vacunaciones

2) cantidad de instrumentos: cama día
hora médica
hora vacunador

3) gasto anual unitario: $\frac{\text{total del gasto}}{\text{hospitalización}}$

4) ajustes del gasto: por ejp. vacuna solo se ajusta 1/5 por la duración que tiene. La norma indica otros datos parecidos para agua y alcantarillado.

5) rendimiento.

Datos elaborados:

1.- concentración = $\frac{\text{Actividades}}{\text{total de actividades}}$
primeras actividades

2.- costo= igual al gasto si no hay ajuste y reducido de acuerdo a la norma de ajuste.

Instrumentos: corresponde al calculado en atributos para el área (excepto hospitalización en el procedimiento)

1) rendimiento= $\frac{\text{actividades}}{\text{instrumentos}}$

Para calcular el rendimiento del instrumento cama -día se efectúan las siguientes operaciones:

/a) Se obtiene

a) se obtiene la duración media (promedio días estada utilizado)

$$\frac{\text{total camas días}}{\text{egresos}} = 32.7 \text{ (TBC)}$$

b) se obtiene finalmente el rendimiento de la cama en el año al dividir 365 días del año por la duración media.

$$\text{rendimiento} = \frac{365}{32.7} = 11,1$$

2) Costo: igual al gasto y si hay ajuste a salud, daño ó efecto, el correspondiente.

Costo del efecto unitario de la política de salud observada

Se clasifica por técnicas de reparación y prevención (TBC)

Reparación: actividad: hospitalización y consultas.

Prevención: vacunación.

Datos transcritos.- Reparación.- 1) Costo (no gasto) anual por daño 2) sujetos atendidos observados (se toman en cuenta las primeras consultas) 3) concentración observada 4) concentración normalizada (se obtiene de la norma) 5) probabilidades de reparación (por norma) S/T y C/T probabilidades de moriri S/T y C/T

Prevención: igual a puntos 1,2.3.4.

Probabilidad de enfermar S/T y C/T.

Probabilidad de morir C/T

Elaboración: 1) se obtiene la relación concentración de actividades observadas por las normalizadas = observadas sobre normalizadas.

Si la relación es mayor de 1 se mantiene la unidad. Si es inferior debe multiplicarse la relación por las actividades obteniéndose el NUMERO DE CASOS ATENDIDOS NORMALIZADOS. 2) Se saca la diferencia de las probabilidades de reparación y ésta diferencia se multiplica por los casos atendidos normalizados obteniendo el número. Ejp.: el total de egresos + consultas se multiplica por la diferencia obteniéndose el número de CASOS REPARADOS.

3) el costo por caso reparado es igual al total del costo anual sobre número de casos reparados. El costo por puerte evitada se obtiene en igual forma.

4) Costo por caso atendido normalizado

Prevención: 1) se obtiene el número de personas protegidas NORMALIZADAS en la misma forma que la indicada en el punto 1.- 2) se obtiene la diferencia de las probabilidades de enfermar y ésta se le aplica al número de personas protegidas NORMALIZADAS obteniéndose los casos que enferman. 3) se le aplica la probabilidad de morir C/T y tenemos el número de muertes evitadas

4) se difide el costo anual por daño por el número de muertes evitadas y obtenemos el costo por muertes evitadas con técnica de prevención.

Asignación normalizada.- Procedimiento: 1) se transcribe el gasto anual unitario del instrumento (parte inferior del formulario) 2) el rendimiento de los instrumentos establecidos en la norma se divide por la cantidad anterior (gasto unitario), obteniéndose el costo unitario de la actividad. 3) el costo unitario se lleva a la parte superior del formulario. 4) el gasto total de la actividad se divide por el costo obteníendose el número de actividades normalizadas (primeras).-5)Se multiplica por la concentración y se obtienen las actividades totales.

Normalización de la tecnica.- 1) de la norma obtenemos la relación técnica entre las actividades hospitalización y consulta por ejemplo 1: 20 para TBC.
2) se saca la distribución porcentual entre estas cantidades:

1	5
20	95
21	100 %

3) estos porcentajes se le aplican a las actividades obtenidas en el punto 5 y se divide por la concentración para obtener las primeras consultas (las hospitalizaciones son las mismas por ser concentración 1)
4) estas nuevas cantidades de actividades se multiplican por los costos unitarios estableciéndose nuevos gastos totales.

Normalización de los instrumentos.- 1) los gastos totales se reemplazan por estos nuevos valores. 2) se divide por los gastos unitarios obteniéndose los valores corregidos de los instrumentos (cama-día, hora médico, etc.)
De esta manera obtenemos las actividades y los instrumentos normalizados y, para obtener el costo total se deben hacer los ajustes correspondientes.
Ejp.: para vacunación dividir por 5, por el tiempo de duración del efecto de la vacuna.- Casos especiales: calcular el rendimiento de la cama día.
Se parte del pormedio de días estada normalizado. En nuestro caso TBC, 30 días. Se ajusta al grado de uso fijado por la norma para obtener el promedio de días ajustado: $\frac{30}{0,80} = 37,5$

Para saber el rendimiento de una cama al año dividimos:

$$\text{rendimientos} = \frac{365 \text{ días}}{37,5} = 9.7$$

De ésta manera obtenemos el rendimiento necesario para los cálculos del punto 2.

AGUA Y ALCANTARILLADO. En este caso tenemos la población observada:

agua — 20.500.-
alcantarillado7.500.-

Debemos hacer la nueva distribución de la técnica para lo cual sumamos los costos observados, los dividimos por el gasto total y tenemos la población servida con agua y alcantarillado.

Costo efecto normalizado.- Datos trańscritos:

costo anual por daño normalizado
casos atendidos normalizados primeros y totales
probabilidades de:
reparación S/T, C/T y DIFERENCIA
morir ..... " " "

Elaboración: 1) la diferencia de la probabilidad se multiplica por el total de casos atendidos normalizados, obteniéndose los casos reparados.

2) el gasto total lo dividimos por los casos reparados y obtenemos el COSTO por caso reparado.

3) el mismo procedimiento se emplea para muertes evitadas y para prevención.

Caso especial.- Problema de los sanos: en toda consulta externa tenemos un número de sanos que hemos codificado en la recolección. Este total de sanos lo distribuimos de acuerdo a criterio del grupo entre algunos daños por ejemplo TBC, sífilis, etc. En los casos en que los daños incluyan a sanos debemos establecer el siguiente procedimiento: 1) se tienen los sanos observados, se multiplica por la concentración para obtener el total de consultas de sanos. 2) este total lo multiplicamos por el costo unitario de una consulta que es de 6.09 y obtenemos el gasto total que debemos incluir en el gasto de consultas y hospitalización . 3) este total consolidado será el numerador para obtener el costo-efecto normalizado al dividirlo por los casos reparados, las muertes evitadas ó los casos prevenidos.

FORMULACION DE PLANES.

1.-Normalización.- Constituye el conjunto de esfuerzos orientados a adaptar la politica de salud a un modelo de eficiencia, vale decir, los esfuerzos para transformar la politica de salud en una politica mas eficiente. La justificación de la normalización es la escasez, para hacer producir mas a los recursos.Producir mas salud, no significa producir mas actividades; a veces puede que disminuyan las actividades.

a) Fases de la Normalización.-1° La formulación de las normas (fase esencialmente tecnica).-2° La aplicación de la norma (esencialmente administrativa).-Debe tenerse presente como restricciones que existe un periodo de latencia del instrumento, que corresponde al tiempo necesario para crear el recurso; y un periodo de maduración (actividades) que es el tiempo que una vez puesto en marcha el recurso, se demora en producir los efectos. Normalización de atributos de instrumentos: el Rendimiento, ya sea de la hora-medico; hora-vacunador, etc.-Grado de uso.- (o porcentaje de ocupación de camas, en el caso del instrumento cama.-Cantidad.-Resulta del ajuste de los otros atributos.-Composición.-(Es materia de estudio) Atributos de las Actividades.-Concentración.-Se define la concentración optima, es decir el N° de consultas por daño a cada consultante.-Composición: materia de estudio.La normalización de la composición de la Actividad, definirá la composición del Instrumento.-Cantidad.-Será resultado de la normalización de los otros atributos.

Tecnica.-Como ejemplo, la Tecnica de Reparación: una vez obtenida la cifra normalizada de consultas y egresos, se aplica la norma de cuantos consultantes se hospitalizan.-Ej: si la proporción es de 1 a 6; $\frac{C}{H}\ \frac{6}{1}$; se obtiene la relación porcentual de esta proporción:

$$\begin{array}{l} C = 6 = 85.7\ \% \\ \underline{H = 1 = 14.3} \\ 7 = 100.00 \end{array}$$

Se mantiene esta misma proporción aplicandola a las cifras anotadas anteriormente.-Ejemplo:

Daño	N° normalizado	N° normalizado corregido
Hospitaliz. (egresos)	60	69 = 14.3 %
Consultas	1200	1191 = 85.7 %
	1260	1260 100.00 %

El N° normalizado corregido es el que se anota. El total de consultas mas egresos es el mismo, lo que se ha corregido es la proporción hospitalización-consulta (tecnica) de acuerdo a una norma.

Metas de normalización: el primer elemento a tomar en cuenta en la formulación de los planes, es el establecimiento de las metas de normalización, ó sea señalar la cuantía de modelo normativo que se va a obtener año tras año en el transcurso del plan. Ejp.: si partimos de un porcentaje de ocupación de 0,70 y nuestra meta a 10 años es llevarlo a 0,90, debemos establecer cuanto se va a conseguir en los años 1,2,3... hasta 10. Lo mismo podemos decir para el rendimiento, etc. - Es muy importante destacar,que establecer las metas de normalización, conlleva la responsabilidad de hacer posible su cumplimiento, por lo que habría que tomar en cuenta todos aquellos factores relacionados con dicho cumplimiento: factores sobretodo de resistencia, que pueden ser de tipo físico, funcionalcs, adiministrativos, legales, sociológicos, etc.- Asimismo habrá que tomar en cuenta el tiempo de latencia para los instrumentos y la existencia de estratos dentro de las mismas normas; ejp.: en un hospital de 50 camas no podemos pretender el mismo porcentaje de ocupación que para uno de 1000.; esto nos está revelando, que existe una relación entre el grado de cumplimiento de la norma y el tipo de instrumento.

PRIORIDADES.- Objetivo: determinar la importancia de los daños a fin de ordenarlos jerarquicamente, teniendo en cuenta la magnitud, el costo y la trascendencia de cada uno de ellos.- Obtención de los datos: la relación de daños y número de muertes en cada uno procede de la información obtenida en el hospital o área que se estudie. En caso que un daño no registre muertes se usará la cifra obtenida en eficiencia (muertes evitadas con técnica de reparacíon) El costo-efecto que se utilizará para los cálculos es el normalizado con la técnica mas eficiente. Formularios empleados: ver cuadro de prioridades. Procedimiento: confeccionado el cuadro se busca el número de muertes de cada daño según grupos de edades. El número de muertes deberá ajustarse de acuerdo a la trascendencia dada para cada grupo de edad, criterio que se establece a nivel superior. En este caso fué de 1 para el grupo de 0 a 14 años; 0,75 para el grupo de 15 a 64 años y 0,50 para el grupo de 65 años y mas.-
La cifra de muertes ajustadas es la que se anota en el cuadro. Luego se suma horizontalmente las muertes y se anota en las columnas del total. La cantidad resultante de muertes de la columna de totales en cada daño se multiplica por el valor costo-efecto normalizado mas eficiente y nos dá una cifra que se anota en la columna índice de prioridades (obtener el mayor número de decimales posibles. La cifra mas alta obtenida en el índice de prioridades nos indica la correspondiente a cada daño la que se anota en la última columna de la derecha llamada "orden de prioridades"

TECNICA DE FORMULACION DE PLANES

Plan mínimo: expresión de la política de salud a un nivel de operación que evite el deterioro del nivel de salud pronosticado.

Objetivos: 1.- atención 100 % de la demanda (daños no reducibles"

2.- reducción de la mortalidad causada por los daños reducibles.

3.- atención de la demanda residual de los daños reducibles.

A) Daños no reducibles.- 1.- Atención de la demanda causada por daños no reducibles.- 1.1. Hospitalización .- Formulario: en las líneas u ordenadas se colocan todos los daños no reducibles y en las columnas o abscisas: a) egresos pronosticados, b) rendimiento, c) número de camas-dia, d) costo unitario medio del instrumento y, e) costo total.- Procedimiento: el dato de egreso de cada daño se toma de la hoja de pronóstico ajustado según normalización de la composición de la técnica de repraración. Se trabaja con el promedio de estancia y grado de uso normalizados, tomados de las metas de normalización. El promedio de estancia se divide entre el grado de uso para obtener el promedio de estancia ajustado (promedio con "arrastre de camas desocupadas") Este promedio de estancia ajustado se multiplica por el número de egresos pronosticados a fin de obtener el número de camas días. El rendimiento (egresos por cama al año), se obtendrá de dividir los 365 días del año entre este promedio de estancia ajustado. El costo unitario medio del instrumento se multiplica por el número de camas-días a fin de obtener el costo total. de los instrumentos.- 1.2. Consulta médica.- Formulario: como en el caso anterior en las líneas ú ordenadas se colocan los daños no reducibles. En las columnas o abscisas: a) consultas pronosticadas, b) concentración, c) rendimiento, d) número de horas=médico, e) costo unitario del instrumento y, f) costo total. Procedimiento: el número de consultas pronosticadas a atender se obtiene multiplicando el número de primeras consultas (número tomado de la hoja de pronóstico ajustado según normalización de composición de la técnica de reparación),por la concentración normalizada, tomada de las metas de normalización. De este último formulario también se toma el rendimiento que al relacionarlo con el número de consultas pronosticadas, nos dará el número de horas médico.

B) Daños reducibles.- 2.- Reducción de la mortalidad de los daños reducibles 2.1. Metas del plan mínimo en lo que respecta reducción de la mortalidad causada por los daños reducibles.- Formulario: en las líneas u ordenadas se colocan los daños reducibles, según orden de prioridad, y en las columnas o abscisas: a) defunciones esperadas, b) muertes adicionales a evitar,

/) muertes

c) muertes evitables, d) redistribución de muertes adicionales, e) muertes evitadas por política de salud constante y f) total de muertes a evitar. Procedimiento: el dato de defunciones esperadas se toma, para el año correspondiente, del pronóstico (en estimación corregida, ó en muertes esperadas la. estimación, en defecto de aquella.) - Muertes adicionales a evitar también se toma para el año correspondiente del pronóstico, en los daños que se encuentre consignada. Muertes evitables, resulta de aplicar el grado de vulnerabilidad del daño a defunciones esperadas. La suma de las muertes adicionales a evitar significa el esfuerzo a verificar para que el estado de salud no se deteriore y será absorbida por los daños de acuerdo a su orden de prioridad y a la capacidad de absorción que se observe en la columna de "muertes evitables". Así quedará constatado en la columna "redistribución de muertes adicionales". Los datos de muerte evitadas por política de salud constante se toman para cada año y daño del pronóstico. El total de muertes a evitar resulta de sumar la redistribución de muertes adicionales más muertes evitadas por política de salud constante.

2.2.- Actividades (según norma) para reducción de la mortalidad causada por daños reducibles con técnica de prevención. Formulario: en las líneas ú ordenadas se colocan las actividades con tecnica de prevención de cada daño y en las columnas o abscisas: a) número necesario para evitar una muerte, b) número necesario para el total de muertes a evitar, c) concentración según metas de normalización y d) costo medio de la actividad.0 Procedimiento: a) vacunación: el número necesario para evitar una muerte se obtiene de la hoja correspondiente del costo-efecto normalizado a través de una simple regla de tres. Este dato se multiplica por el total de muertes a evitar a fin de obtener el número necesario para el total de muertes a evitar. Concentración (según metas de normalización). El costo medio se obtiene de la hoja de asignación normalizada o dividiendo el costo unitario medio del instrumento entre su rendimiento. b) alimentación suplementaria y visita domiciliaria: como son actividades complementarias se hace caso omiso de la columna "número necesario para evitar una muerte". El número necesario para el total de muertes a evitar resulta de aplicar la tasa observada en estas actividades (asignación normalizada de visitas domiciliarias y alimentación suplementaria), a la población que se espera en los diferentes años del plan. En ambas actividades se anotan en las columnas respectivas los datos de concentración, según metas de normalización. Los datos de costo unitario medio de la actividad se obtienen de la hoja de asignación normalizada, dividdiendo

/ el costo medio

el costo medio del instrumento entre su rendimiento. c) agua y alcantarillado: la probabilidad de enfermar sin agua y sin alcantarillado se multiplica por la probabilidad de morir sin protección de agua y alcantarillado. Este producto es a su vez, multiplicado por el número de sujetos atendidos observados. La probabilidad de enfermar con protección de agua y alcantarillado se multiplica por la probabilidad de morir con protección de estos. Este último producto es también multiplicado por el número de sujetos atendidos observados. La diferencia entre ambos productos significará la ganancia en "muertes evitadas" con protección de agua y alcantarillado. Si dividimos el número de sujetos atendidos (población) observados entre esta diferencia (ganancia en muertes), obtendremos el número de personas necesariasa servir con agua y alcantarillado para evitar una muerte. Este número multiplicado por el total de muertes a evitar nos dará el número de personas a proteger con agua y alcantarillado para evitar ese total de muertes. Este último dato se compara con los datos de personas servidas con agua y alcantarillade observadas y se consigna en la columna "número necesario para el total de muertes a evitar" los deficits que se obtengan en terminos de personas. (Probabilidad de enfermar s/p por probabilidad de morir s/t por población menos, probabilidad de enfermar c/p por probabilidad de morir c/t por población, igual MUERTES GANADAS. Si poniendo agua y alcantarillado a 20,500 personas, gano X muertes, a cuanto pondré agua y alcantarillado (y) para ganar una muerte.- $y = \frac{\text{población}}{X}$

2.3.-Instrumentos.-(Segun norma) para reducción de mortalidad causada por daños reducibles con tecnica de prevención.-Formulario: En las lines u ordenadas se colocan los instrumentos necesarios para llevar a efecto las actividades de cada daño segun tecnica de prevención. En las columnas o abcisas: Rendimiento, Numero necesario para cumplir las actividades, Costo unitario medio del instrumento, Gasto unitario medio del instrumento, Costo total y Gasto toal.-Procedimiento.- Rendimiento, según meta de normalización. El número necesario para cumplir las actividades se obtiene de dividir la cifra de "número necesario para el total de muertes a evitar"obtenida al trabajar actividades, entre el rendimiento respectivo. El costo unitario medio y el gasto unitario medio se toman de asignación normalizada. El costo total resulta de multiplicar el costo unitario medio del instrumento por el número necesario para cumplir las actividades. El gasto total resultará de multiplicar el gasto unitario medio del instrumento por el número necesario para cumplir las actividades.

3) Atención de la demanda residual de los daños reducibles: La demanda residual de daños reducibles es producida por las "muertes esperadas" y las muertes evitadas con política de reparación". Las "muertes esperadas" se obtienen del"pronóstico". Las cifras de las "muertes evitadas por política de reparación" y muertes evitadas por política de prevención" se obtienen del costo-efecto normalizado del año - 1. Se establece la relación porcentual entre la suma de ambas y se aplican los porcentajes obtenidos al "número de muertes evitadas con política de salud para el año que se trabaja, a fin de obtener el número de muertes evitadas por política de reparación y prevención para el año correspondiente. La demanda la originan la suma de las muertes esperadas más las muertes evitadas con técnica de reparación; si suponemos que éstas últimas se evitarán por la técnica mas eficiente, es decir, por prevención, la demanda se reducirá en la misma proporción. Entonces, se establecen los porcentajes de muertes esperadas y muertes evitadas sobre su suma, y se conoce así el porcentaje en que se reducirá la demanda de egresos y consulta médica, porcentaje que estará representado por el correspondiente a muertes evitadas con política de reparación. En los casos en que el daño tenga consignado dato de "redistribución de muertes adicionales", el número de muertes adicionales que alcanzó en la redistribución se sumará al número de muertes evitadas por política de reparación, previamente a la obtención del porcentaje en que se reducirá la demanda pronosticada del año - 1. En los casos de acciones de prevención a largo plazo (agua y alcantarillado), la reducción de la demanda no será inmediata, sino escalonada en un período condicionado por la latencia y maduración instrumental. En estos casos el porcentaje de reducción de la demanda disminuirá en función del número de años que dure este período.

El procedimiento ulterior es similar al desarrollado en la atención de la demanda causada por daños no reducibles.

Anexo 1.-

Criterios para computar los gastos de los Dptos. Grales. e Intermedios

	Direccion Segun horas-pers.		Otros Dptos. Grales. Segun Unidades	
Departamento	N°	%	N°	%
Direccion	6000	1.95	---	1.92
Otros D. Grals	160800	52.37	- -	20.00
Farmacia	7500	2.44	---	1.05
Otros Interm.	10500	3.43	---	2.37
Total	307000	100.00	---	100.00

Se suman las horas-personal de todos los Dptos, la cifra 307.000 es el 100 % de las horas personal de Dirección. Luego se establece la relacion porcentual del numero de horas-personal de cada Departamento.

Recursos utilizados por los Dptos. Grales.-DIRECCION

Recursos utilizados	Unidades reales	Unidades monetarias
De Direccion		
Personal	(1.95 x 6000)=117.00	(1.95x10000)= 195.00
Consumo		(1.95x 1470)= 28.66
De otros Dptos. Grales.		
Personal	(1.92 x 160800)=3087.36	(1.92 x 100700)=1933.44
Consumo		(1.92 x 56450)=1083.84

Para los recursos utilizados por Direccion, de Direccion se usa el % 1.95. Para los recursos utilizados por Direccion, de otros Dptos. Grales. se usa el porcentaje 1.92

Recursos utilizados por los Dptos. Grales.-Otros DPTOS. GRALES.

Recursos utilizados	Udds. Reales	Udds. Monetarias
De Direccion		
Personal	(52.37x6000)=3142.20	(52.37 x 10000)=5237.00
Consumos		(52.37 x 1470)= 769.84
De otros Dptos. Grales.		
Personal	(20.00 x 160800)=32160.00	(20.00 x 100700)= 20140.00
Consumos		(20.00 x 56450) = 11290.00

Para los recursos utilizados por otros Dptos. Grales, de Direccion, se usa el % 52.37.-Para los recursos utilizados por otros Dptos. Grales, de otros Dptos. Grales. se usa el % 20.00.

En igual forma se prosigue con el resto de los Dptos. Grales e Intermedios, en el primer prorrateo. En este prorrateo los recursos de Farmacia y Laboratorio, se transcriben simplemente a los mismos.-Con el 2° prorrateo, se traspasan los recursos directos e indirectos de los Dptos. Grales. e Intermedios a los Finales para determinar el costo real de sus acciones.

Anexo .....

PERSONAL.- Recolección de información.-

1. Objetivo: obtener la información sobre número de personas, funciones que desempeñan, horas contratadas y costo de cada una de ellas, para determinar por departamento su cuantía en recursos humanos, y medir su rendimiento.

2. criterios para recolección de los datos: (norma) se distribuyó el personal en departamentos de acuerdo a actividades en: Generales, Intermedios y Finales. Este personal fué agrupado en 17 tipos de cargos (formulario No...)

3.- formularios que se usaron: "formulario para recolección de información sobre personal" utilizado en el ejercicio no. 3, cuadro no. 8, empleado en el trabajo de campo. Esta información fué ordenada según las normas de departamentalización y agrupamiento de personal, para lo cual se usaron hojas de tabulación en las que se consignaron en la horizontal los departamentos y en la columna vertical los diferentes tipos de personal.

4.- fuentes de información: la dirección proporciona nómina del personal del establecimiento donde constaba nombre del funcionario, cargo del nombramiento, remuneración total percibida en el año y tiempo de trabajo en el año 1964 (- 1)En la oficina de personal se revisa la información y se procede a asignar las personas por departamentos.

Problemas en la recolección de la información: funcionarios que figuran en la nómina de un establecimiento (Vallenar) y trabajan en otro (Freirina). No fueron considerados en Vallenar.- Personal que teniendo un tipo de nombramiento ejercían una función diferente; se los asignó al departamento correspondiente según función realizada.

5.- Información obtenida: clasificado el personal por departamentos y agrupados de acuerdo a los 17 tipos de funciones se consigue la información de cuantas personas trabajan por cada departamento, que tipos de actividades realizan, cuantas horas (Unidades Reales) corresponden a cada departamento y cual ha sido el valor de estas horas (Unidades Monetarias). En resumen se obtiene la información de asignación de personas, no. de horas y costo de ellas a cada departamento.

6.- Recomendaciones: establecer un registro que permita establecer realmente las horas que los profesionales dedican a consultorio externo. Del mismo modo registrar las horas de funcionarios, auxiliares de enfermería, etc. dedicadas a labores en otros establecimientos.-

Instituto Latinoamericano de
Planificación Económica y Social

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

Curso de Planificación
de la Salud, 1965

ANALISIS DE LA METODOLOGIA*

* Comentario crítico preparado por los integrantes del grupo A.
Relator doctor Bernardino Villagra. Instructor doctor Eduardo Saruê.

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE
PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

Curso de Planificación
de la Salud, 1965

ANALISIS DE LA METODOLOGIA

A. Sin poner en duda la necesidad, la conveniencia ni la imperiosidad de seguir planificando la Salud e integrarla a la planificación del Desarrollo Económico y Social, el grupo A analizó la metodología usada, señalando sus ventajas y sus desventajas y propone algunas simplificaciones.

B. El grupo reconoció además, que la planificación de las acciones de salud ha sido siempre una práctica habitual de los Administradores Sanitarios pero que su enfoque debe ser hoy diferente y extenderse fuera de su sector, desde que la salud pasa del plano bien reconocido de necesidad biológica básica, a un plano de derecho fundamental y bien de capital, componente del desarrollo económico y del progreso social, "no sólo deseable en sí mismo, sino requisito esencial previo al crecimiento económico".

C. Estas diferentes etapas en la valoración de la salud, la destaca con singular relieve al lado de otros valores esenciales del Desarrollo Económico y Social o dicho de otro modo pasa a ser reconocida como factor y componente del nivel y de la estructura del bienestar, fin y medio de la realización de la persona humana.

D. En tales circunstancias los trabajadores de la salud y otros técnicos de diferentes disciplinas buscan una manera, una metodología de pensamiento y acción continuas, que sirva como instrumento científico para:

1) Preparar planes nacionales de salud que alcancen el objetivo social que se nos ha encomendado: La salud, como fin en sí misma y componente esencial del desarrollo.
2) Cuantificar y medir el grado en que nuestra acción contribuye a lo primero y viceversa: La salud como integrante dle nivel y estructura del desarrollo.
3) Medir la eficacia o grado en que nuestra acción va alcanzando su objetivo: Metas de salud.
4) Medir y cuantificar la proporción de nacionalidad y esfuerzo que hemos utilizado en lograr nestros objetivos: La salud como política de acción o medio de lograr objetivos.

E. La interrogante surge de inmediato ¿Qué elementos aporta la metodología que se nos ha enseñado que puedan considerarse ventajosos para cumplir las proposiciones expuestas? El grupo cree que esta metodología ofrece las siguientes ventajas:

1) Exige la definición clara del sujeto, espacio y tiempo de la planificación, con todas sus consecuencias.
2) Parte de unidades homogeneas (áreas programáticas) para el análisis de la situación de la salud y suprime así el uso de promedios nacionales para la medición, reconociendo en esta forma que la salud es un fenómeno esencialmente local.
3) Incorpora al diagnóstico del nivel y estructura de la salud términos y unidades homogeneas de medición haciendo explícita las limitaciones de dichos términos.
4) Identifica, mide y valora hasta donde las ciencias básicas le permiten los factores condicionantes de susceptibilidad y medio acentuando su importancia. (Estructura por edad, nutrición - medio natural y cultural y vivienda, agua, educación, etc.).
5) Destaca toda la importancia que como factor condicionante del medio cultural tiene la Política de Salud.
6) Correlaciona y combina en forma original una variedad de elementos que si bien eran conocidos, se utilizaban independientemente en la identificación y medición de la política de salud tales como:
   a) Cantidad y organización de recursos
   b) Asignación de los mismos a dapos y su costo
   c) Eficiencia de la política.

   y los homogeneiza; facilitando su analisis objetivo, ya que la técnica de proyectos usada tradicionalmente organiza y asigna recursos de manera inhomogenea.
7) El análisis de las tendencias futuras o pronóstico que siempre se ha hecho sobre modelos enjuiciados basados en la situación de otros países mas desarrollados o en situación promedial nacional no siempre explícitos cede paso, con esta metodología, a un modelo local basado en la situación local que analiza las tendencia considerando todos los factores constantes en primer lugar y luego considerando un modelo modificado normalizado (donde varía uno de los factores: la política de salud).

8) La evaluación de la situación de salud que compara un modelo observado con un modelo que toma en cuenta todos los factores condicionantes medibles o cuando menos vinculados y normalizados hacia el futuro, permite un enjuiciamiento más objetivo del presente en términos de racionalidad y eficiencia en el uso de recursos (expresados en instrumentos, actividades y resultados obtenidos) que se convierte así en uno de los eslabones más fuertes entre la etapa del diagnóstico y la de formulación del plan. El modelo usado antes era un modelo de aspiraciones.

9) La formulación de un plan se encadena y surge de esta manera partiendo de de un modelo histórico y enjuiciado en el diagnóstico, hacia un modelo local normalizado hacia el futuro, por aproximaciones sucesivas.

10) La construcción de modelos normativos permite identificar con más objetividad y realismo, propósitos, campos y mecanismos de investigación epidemiológica y clínica y administrativa continuas en cada país y en cada área.

11) Así mismo señala concretamente muchas de las limitaciones que el conocimiento tecnológico de las ciencias de la salud imponen al uso de la metodología.

12) El uso de modelos explícitos y cuantificados facilita la preparación de metas de normalizacion.

13) La cuantificación de dichas metas señala un camino y un marco de referencia al personal en la ejecución responsable de sus tareas.

14) La sistematización de la información diagnóstica y los términos y unidades de cuantificación usados permiten correlacionar los diferentes elementos, hasta hoy conocidos, en el establecimiento de prioridades sobre bases más racionales, disminuyendo la arbitrariedad en la selección.

15) Los procedimientos que usa la metodología en el análisis de la política de salud, cuyos puntos débiles y fuertes quedan explícitos en el diagnóstico y evaluación facilita la asignación de recursos con mayor objetividad a las prioridades establecidas, lo que creemos liberará a la Salud Pública de una serie de esfuerzos inútiles o mal utilizados.

Se constituye así en un instrumento poderoso de cambio.

16) La formulación de planes con esta metodología pone de manifiesto una vez más la deficiencia de estadísticas sanitarias y económicas pero al hacerlo esta señalando aquellas que específicamente son indispensables obtener para facilitar y mejorar el proceso, desechando o corrigiendo registros inadecuados.

17) La implementación financiera de los planes, se facilita extraordinariamente usando la técnica que propone la metodología, ya que ella correlaciona instrumentos y actividades con sus respectivos costos normalizados y los resultados que se esperan con su uso.

18) Esta correlación-instrumentos y actividades (proposición programática) y resultados (atención de la demanda y reducción de la mortalidad) objetiviza la salud como política de acción, como medio, para alcanzar salud como bien en sí, correlación cuya medición y cuantificación se la obtiene aún de manera imperfecta.

19) El primer plan viene a constituirse en un primer modelo de aproximación que ejecutado (será a su vez un nuevo modelo observado y enjuiciado) servirá de base para determinar un nuevo ciclo hacia el futuro asegurando la continuidad de un proceso y la correspondencia de los objetivos de costo y largo plazo.

20) La técnica de formulación de planes alternativos que introduce esta metodología facilita la discusión y la decisión de los niveles políticos.

21) Los planes de adiestramiento y de inversión pueden verse facilitados por el mejor conocimiento que se logra sobre la composición y costo de los instrumentos y la racionalización de su uso en las actividades y técnicas de salud.

22) La técnica de instrumentación usada, así como la técnica de la evaluación y formulación del plan propiamente dicha, facilita la incorporación de la presupuestación por programas, como expresión financiera de asignación de recursos a un plan de corto plazo, lo que a su vez permite una distribución de recursos más vinculados a la disponibilidad actual y futura de los ingresos de un país.

23) La planificación por áreas programáticas homogéneas que exige esta metodología facilita la descentralización de la ejecución en el nivel local.

24) La delimitación de áreas programáticas locales basadas en los criterios que define la metodología puede poner en evidencia explícita la existencia de áreas no accesibles.

25) La metodología contempla dichas situaciones y propone la preparación de planes de penetración para las mismas.

26) Las bases que soportan esta metodología son semejantes a aquellas usadas en la planificación global y de otros sectores, facilitando con ello su vinculación con todo el proceso.

27) Finalmente la secuencia racional y lógica de las diferentes etapas que propone el método, con técnicas y procedimientos operativos estadísticos y matemáticos hacen de ellas un todo inseparable y bien encadenado un teorema que exige decisiones explícitas sinó racionales cuyas consecuencias se hacen evidentes casi a cada paso. Esto permite reconsideraciones y correcciones perfectamente conscientes. Cualquier paso o etapa omitida afecta necesariamente a los demás, lo que no permite su uso parcial y exige un raciocinio permanente y continuado.

Desventajas:

1) Creemos que la poca experiencia alcanzada con la aplicación del método; debido a su juventud, no permite un enjuiciamiento más objetivo, y cabe esperar no obstante, que el futuro ayude a conocerlo mejor.

2) A pesar de ello y debido precisamente a su juventud, la instalación de un sistema que permita su aplicación en todos los niveles traerá una variedad de dificultades que serían unas derivadas de su novedad y otras del método en sí y su aplicabilidad.

3) Hacemos referencia a las segundas.

   a) La técnica y los procedimientos operativos son laboriosos y de manejo muy cuidadoso y exige competencia no siempre disponible o escasa.

   b) Pone al descubierto numerosas debilidades del nivel y estructura de la salud así como de la política de salud, lo que puede crear obstáculos y resistencias en su aplicación.

   c) Toda la metodología y su técnica están tan basadas en otras disciplinas que esa aplicación puede conducir a errores de apreciación que exigirán mucha experiencia y conocimientos para evitarlos.

   d) Si se decide aplicarla de inmediato, la escasés de datos e información estadística, clínica, epidemiológica y administrativa contable le resta seguridad y hasta confiabilidad en los primeros años.

   e) El formalismo que exige la implementación de la planificación para el D.E.y S. en la América Latina como resultado de acuerdos más que como actitud racional y consciente puede ser una gran desventaja para

usar una herramienta muy útil, más que por el método en sí, por la resistencia que el mismo proceso de planificación pueda crear, ya que la decisión de su uso se sitúa precisamente en niveles que podrían ser los mas afectados y como consecuencia proyectar la resistencia hacia el método.

Simplificaciones:

El grupo cree que no tiene experiencia adecuada que le permita en este momento opinar sobre este punto.

Desea sin embargo anotar que un buen registro estadístico contable y la investigación aplicada y quizá la mecanización automatización pudiera facilitar y simplificar y mejorar la metodología.

Resumen

En resumen el grupo cree que la metodología aprendida constituye un valioso instrumento de trabajo que posibilita la realización de las proposiciones hechas al comienzo y que como toda metodología su eficiencia no está sólo en sus principios sino en el arte, en la disciplina y en la técnica o habilidad con que se la aplique.

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Curso de Planificación de la Salud, 1965

Trabajo de campo

INFORMACION SOBRE LA MORTALIDAD DE LOS RESIDENTES * AÑO 1965

AREA: LA SERENA

Daños	Total	GRUPOS DE EDAD					
		- 1 año	1-4 años	5-14 años	15-44 años	45-64 años	65 años e ignorados
Total	755	268	53	21	78	95	240
Senilidad, mal definidas y desconocidas B45	35	-	4	-	3	6	22
Tuberculosis todas formas B1 - B2	25	1	-	1	13	7	3
Sífilis B3	3	1	-	-	2		
Fiebre tifoidea B4	1	-	-	1			
Disentería y gastroenteritis B6, B36	59	50	8				1
Difteria B8							
Tos ferina B9							
Poliomielitis aguda B12							
Sarampión B14	27	7	20				
Tifus y otras rickettsias B15							
Otras infecciosas y parasitarias B5, B10, B11, B16, B17, B23	7	1	1	1	1	-	3
Tumores B18, B19	98	-	1	1	12	31	53
Cardiopatías degenerativas B22, B26 - B29	106				6	22	78
Estreptococias y enfermedades reumáticas B24, B25, B7, B38	14	1	-	2	6	1	4
Gripe, bronquitis B30, B32	14	6	1	-	-	1	6
Neumonias B31	73	38	10	5	2	3	15
Cirrosis hepática B37	6	-	-	-	1	3	2
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio B40	2				2		
Niños con lesiones del parto B42, B43	24	24					
Distrofias	45	45					
Inmaturidad	63	63					
Accidentes y violencias BE47 - BE50	55	7	5	6	20	10	7
Demás causas	98	24	3	4	10	11	46

* Fuente: Sub-Depto. de Estadística. S.N.S. Tabulación especial

PLAN 1

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Curso de Planificación de la Salud, 1965

Trabajo de campo

INFORMACION SOBRE LA MORTALIDAD DE LOS RESIDENTES * AÑO 1965

AREA: COQUIMBO

Daños	Total	GRUPOS DE EDAD					
		- 1 año	1-4 años	5-14 años	15-44 años	45-64 años	65 años e ignorados
Total	740	286	63	17	65	114	195
Senilidad, mal definidas y desconocidas B45	22	-	2	-	2	4	14
Tuberculosis todas formas B1 - B2	37	-	1	-	14	11	11
Sifilis B3	3	1	-	-	-	1	1
Fiebre tifoidea B4	1	-	-	1			
Disentería y gastroenteritis B6, B36	72	54	11	2	1	2	2
Difteria B8	2	-	2				
Tos ferina B9							
Poliomielitis aguda B12	1	-	-	1			
Sarampión B14	46	20	24	2			
Tifus y otras rickettsias B15							
Otras infecciosas y parasitarias B5,B10,B11,B16,B17,B23	10	6	1	-	2	1	-
Tumores B18, B19	71				4	33	34
Cardiopatías degenerativas B22, B26 - B29	108				6	28	74
Estreptococias y enfermedades reumáticas B24, B25, B7, B38	12	-	-	3	6	2	1
Gripe, bronquitis B30, B32	14	7	4	1	-	1	1
Neumonias B31	81	46	7	1	-	1	26
Cirrosis hepática B37	17	1	-	-	2	8	6
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio B40	1	-	-	-	1		
Niños con lesiones del parto B 42, B43	13	13					
Distrofias	59	59					
Inmaturidad	61	61					
Accidentes y violencias BE47 - BE50	38	1	3	5	16	9	4
Demás causas	71	17	8	1	11	13	21

* Fuente: Sub-Depto. de Estadística. S.N.S. Tabulación especial

PLAN 1

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Curso de Planificación de la Salud, 1965

Trabajo de campo

INFORMACION SOBRE LA MORTALIDAD DE LOS RESIDENTES * AÑO 1964

AREA: VALLENAR

Daños	Total	GRUPOS DE EDAD					
		- 1 año	1-4 años	5-14 años	15-44 años	45-64 años	65 años e ignorados
Total	707	301	72	14	80	95	145
Senilidad, mal definidas y desconocidas B45	50	-	6	-	2	7	35
Tuberculosis todas formas B1 - B2	51	1	2	-	22	19	7
Sífilis B3							
Fiebre tifoidea B4	1				1		
Disentería y gastroenteritis B6, B36	66	53	12	-	1		
Difteria B8							
Tos ferina B9	1	1					
Poliomielitis aguda B12	1	-	1				
Sarampión B14	26	16	7	3			
Tifus y otras rickettsias B15							
Otras infecciosas y parasitarias B5,B10,B11,B16,B17,B23	9	4	1	1	1	1	1
Tumores B18, B19	51				5	20	26
Cardiopatías degenerativas B22, B26 - B29	60	-	1	-	4	20	35
Estreptococias y enfermedades reumáticas B24, B25, B7, B38	12	1	2	1	5	-	3
Gripe, bronquitis B30, B32	9	4	-	-	1	-	4
Neumonias B31	126	77	23	6	3	6	11
Cirrosis hepática B37	9	-	-	-	3	3	3
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio B40							
Niños con lesiones del parto B42, B43	25	25					
Distrofias	58	58					
Inmaturidad	40	40					
Accidentes y violencias BE47 - BE50	47	3	10	3	21	6	4
Demás causas	65						

* Fuente: Sub-Depto. de Estadística. S.N.S. Tabulación especial

PLAN 1

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Trabajo de campo

Curso de Planificación de la Salud, 1965

INFORMACION SOBRE LOS EGRESOS HOSPITALARIOS OCURRIDOS (*)

AÑO 1964

HOSPITAL LA SERENA

Daños	Egresos y días de hosp.		Grupos de edad						
			Total	Menores 1 año	1 - 4 años	5 - 14 años	15 - 44 años	45 - 64 años	65 años e ignorados
Todos	Total	Número	8 177	978	460	800	4 506	1 009	424
		Días	97 429	10 280	4 679	9 458	47 723	18 836	6 453
	Defunc.	Número	372	170	47	6	43	41	65
		Días							
Senilidad, mal definidas y desconocidas B45	Total	Número	75	-	11	9	29	21	5
		Días	448	-	50	23	100	264	11
	Defunc.	Número	3	-	3	-	-	-	-
		Días	12		12				
Tuberculosis, todas formas B1 - B2	Total	Número	258	4	9	16	178	40	11
		Días	22 847	46	288	948	17 905	3 210	450
	Defunc.	Número	14	-	2	-	7	3	2
		Días	154		27		90	15	22
Sífilis B3	Total	Número	9				4	5	
		Días	185				20	165	
	Defunc.	Número							
		Días							
Fiebre tifoidea B4	Total	Número	43	-	-	16	25	2	
		Días	594			216	351	27	-
	Defunc.	Número							
		Días							
Disentería y gastroenteritis B6, B96	Total	Número	460	357	44	4	18	28	9
		Días	4 365	3 365	355	18	275	221	131
	Defunc.	Número	75	61	14				
		Días	516	452	64	-	-	-	-
Difteria B8	Total	Número	-						
		Días	-	-		-	-	-	-
	Defunc.	Número	-						
		Días	-	-	-	-	-	-	-

PLAN 2

(*) Fuente: Sub-Depto. de Estadística S.N.S. Tabulación Especial.

Daños	Egresos y días de hosp.		Grupos de edad						
			Total	Menores 1 año	1 - 4 años	5 - 14 años	15 - 44 años	45 - 64 años	65 años e ignorados
Tos ferina B9	Total	Número	4	4	-	-	-	-	-
		Días	29	29					-
	Defunc.	Número	-	-	-	-	-	-	-
		Días							
Poliomielitis aguda B12	Total	Número	7	3	4				
		Días	253	123	130				
	Defunc.	Número	2	2					
		Días	87	87					
Sarampión B14	Total	Número	243	67	124	43	9		
		Días	2 231	586	1 233	313	99	-	-
	Defunc.	Número	24	5	19				
		Días	90	29	61				
Tifus y otras rickettsias B15	Total	Número	-						
		Días	-						
	Defunc.	Número	-						
		Días	-						
Otras infecciosas y parasitarias B5, B10, B11, B16, B17, B23	Total	Número	74	4	12	9	28	16	5
		Días	1 140	16	215	255	415	205	34
	Defunc.	Número	10	3	2	1	2	-	2
		Días	39	15	12	2	7	-	3
Tumores B18, B19	Total	Número	202	2	2	2	73	90	33
		Días	3 293	5	12	5	1 042	1 594	635
	Defunc.	Número	24				5	12	7
		Días	527				150	214	163
Cardiopatías degenerativas B22, B26 - B29	Total	Número	186	-	-	5	44	71	66
		Días	2 465			31	676	887	871
	Defunc.	Número	44				8	15	21
		Días	401				81	65	255
Estreptococicas y enfermedades reumáticas B24-B25, B7, B38	Total	Número	296	-	7	172	103	14	-
		Días	3 137		323	905	1 624	285	-
	Defunc.	Número	3				3		
		Días	54				54		
Gripe, bronquitis B30, B32	Total	Número	182	16	23	5	95	25	18
		Días	1 958	91	91	100	1 258	199	219
	Defunc.	Número	-			-	-	-	-
		Días							

Daños	Egresos y días de hosp.		Grupos de edad						
			Total	Menores 1 año	1 - 4 años	5 - 14 años	15 - 44 años	45 - 64 años	65 años e ignorados
Neumonías B31	Total	Número	241	80	46	29	44	28	14
		Días	3 303	834	420	311	1 224	358	156
	Defunc.	Número	34	24	7				3
		Días	260	250	7				3
Cirrosis hepática B37	Total	Número	16					12	4
		Días	205					164	41
	Defunc.	Número	3					2	1
		Días	7					5	2
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio B40	Total	Número	120	-	-	2	118		
		Días	867			32	835		
	Defunc.	Número	3				3		
		Días	39				39		
Niños con lesiones del parto B42, B43	Total	Número	90	90					
		Días	370	370					
	Defunc.	Número	15	15					
		Días	66	66					
Distrofias	Total	Número	44	44					
		Días	935	935					
	Defunc.	Número	7	7					
		Días	116	116					
Inmaturidad	Total	Número	115	115					
		Días	2 777	2 777					
	Defunc.	Número	44	44					
		Días	233	233					
Accidentes y violencias BN 47 - BN 50	Total	Número	629	5	50	124	287	113	50
		Días	10 152	61	554	2 734	3 402	2 294	1 107
	Defunc.	Número	14	2	-	-	5	4	3
		Días	109	2			9	85	13
Demás causas	Total	Número	2 874	187	128	244	1 574	532	209
		Días	29 220	1 042	1 008	3 235	12 212	8 925	2 798
	Defunc.	Número	53	7	-	5	10	5	26
		Días	611	123		48	131	51	258
Embarazo, parto y puerperio normales y sanos	Total	Número	2 009	-	-	120	1 877	12	
		Días	6 655			332	6 285	38	
	Defunc.	Número	-	-	-	-	-	-	-
		Días	-	-	-	-	-	-	-

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Curso de Planificación de la Salud, 1965

Trabajo de campo

INFORMACION SOBRE LOS EGRESOS HOSPITALARIOS * AÑO 1964

HOSPITAL COQUIMBO

Daños	Egresos y días de hosp.		Grupos de edad						
			Total	Menores 1 año	1 - 4 años	5 - 14 años	15 - 44 años	45 - 64 años	65 años e ignorados
Todos	Total	Número	3 823	265	238	213	2 654	317	136
		Días	31 259	5 125	3 550	2 913	12 616	4 481	2 574
	Defuno.	Número	122	60	22	5	9	15	11
		Días	1 036	569	197	32	63	75	100
Senilidad, mal definidas y desconocidas B45	Total	Número	16			3	6	4	3
		Días	97			13	27	28	29
	Defuno.	Número							
		Días							
Tuberculosis, todas formas B1 - B2	Total	Número	66	4		16	33	13	
		Días	1 450	215		442	544	249	
	Defuno.	Número	3				1	2	
		Días	19				7	12	
Sífilis B3	Total	Número	4				3	1	
		Días	66				43	23	
	Defuno.	Número							
		Días							
Fiebre tifoidea B4	Total	Número	27			12	15		
		Días	316			150	166		
	Defuno.	Número	1			1			
		Días	1			1			
Disentería y gastroenteritis B6, B36	Total	Número	141	101	16	1	5	11	7
		Días	2 210	1 697	159	93	154	64	43
	Defuno.	Número	26	24	1				1
		Días	223	217	5				1
Difteria B8	Total	Número	3		2	1			
		Días	22		7	15			
	Defuno.	Número	1		1				
		Días	5		5				

* Fuente: Sub-Depto. de Estadística. S.N.S. Tabulación Especial.

Daños	Egresos y días de hosp.		Grupos de edad						
			Total	Menores 1 año	1 - 4 años	5 - 14 años	15 - 44 años	45 - 64 años	65 años e ignorados
Tos ferina B9	Total	Número							
		Días							
	Defunc.	Número							
		Días							
Poliomielitis aguda B12	Total	Número	3		3				
		Días	128		128				
	Defunc.	Número							
		Días							
Sarampión B14	Total	Número	171	57	98	15	1		
		Días	3 163	1 674	1 266	215	8		
	Defunc.	Número	27	9	16	2			
		Días	310	106	181	23			
Tifus y otras rickettsias B15	Total	Número							
		Días							
	Defunc.	Número							
		Días							
Otras infecciosas y parasitarias B5, B10, B11, B16, B17, B23	Total	Número	41	4	10	12	12	3	
		Días	375	27	137	83	52	76	
	Defunc.	Número	4	1	2		1		
		Días	4	1	2		1		
Tumores B18, B19	Total	Número	89		1	3	39	34	12
		Días	1 678		17	27	545	457	632
	Defunc.	Número	4				1	3	
		Días	79				49	30	
Cardiopatías degenerativas B22, B26 - B29	Total	Número	53	1		5	14	18	15
		Días	631	55		39	143	266	128
	Defunc.	Número	5	1				2	2
		Días	75	55				5	15
Estreptococcicas y enfermedades reumáticas B24-B25, B7, B38	Total	Número	46		5	12	19	4	6
		Días	810		89	296	296	56	73
	Defunc.	Número	3						3
		Días	28						28
Gripe, bronquitis B30, B32	Total	Número	110	23	23	10	46	4	4
		Días	1 144	267	297	82	450	27	21
	Defunc.	Número							
		Días							

Daños	Egresos y días de hosp.		Grupos de edad						
			Total	Menores 1 año	1 - 4 años	5 - 14 años	15 - 44 años	45 - 64 años	65 años e ignorados
Neumonías B31	Total	Número	81	19	19	20	16	3	4
		Días	925	91	378	285	113	21	37
	Defunc.	Número	11	9			1		1
		Días	15	13			1		1
Cirrosis hepática B37	Total	Número	3						3
		Días	22						22
	Defunc.	Número	1						1
		Días	1						1
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio B40	Total	Número	63				63		
		Días	413				413		
	Defunc.	Número	1				1		
		Días	1				1		
Niños con lesiones del parto B42, B43	Total	Número	7	7					
		Días	66	66					
	Defunc.	Número	3	3					
		Días	16	16					
Distrofias	Total	Número	19	19					
		Días	803	803					
	Defunc.	Número	2	2					
		Días	88	88					
Inmaturidad	Total	Número	5	5					
		Días	63	63					
	Defunc.	Número	3	3					
		Días	26	26					
Accidentes y violencias BN 47 - BN 50	Total	Número	181	3	27	38	70	32	11
		Días	2 104	19	421	411	502	505	246
	Defunc.	Número	4				2	2	
		Días	6				2	4	
Demas causas	Total	Número	1 220	22	34	60	848	185	71
		Días	10 706	148	651	723	5 143	2 698	1 343
	Defunc.	Número	23	8	2	2	2	6	3
		Días	139	47	4	8	2	24	54
Embarazo, parto y puerperio normales y sanos	Total	Número	1 474			5	1 464	5	
		Días	4 067			39	4 017	11	
	Defunc.	Número							
		Días							

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Trabajo de campo

Curso de Planificación de la Salud, 1965

INFORMACION SOBRE LOS EGRESOS HOSPITALARIOS OCURRIDOS (*)

AÑO 1964

HOSPITAL ANDACOLLO

Daños	Egresos y días de hosp.		Grupos de edad						
			Total	Menores 1 año	1 - 4 años	5 - 14 años	15 - 44 años	45 - 64 años	65 años e ignorados
Todos	Total	Número	679	37	7	37	427	105	66
		Días	4 300	89	54	259	1 908	850	1 140
	Defunc.	Número	15	3				3	9
		Días	117	3				3	111
Senilidad, mal definidas y desconocidas B45	Total	Número	10				4	3	3
		Días	26				8	12	6
	Defunc.	Número	3						3
		Días	6						6
Tuberculosis, todas formas B1 - B2	Total	Número	10				8		2
		Días	241				112		129
	Defunc.	Número							
		Días							
Sífilis B3	Total	Número							
		Días							
	Defunc.	Número							
		Días							
Fiebre tifoidea B4	Total	Número	5			3	2		
		Días	78			52	26		
	Defunc.	Número							
		Días							
Disentería y gastroenteritis B6, B36	Total	Número	55	25	5	-	12	5	8
		Días	198	43	37		40	14	64
	Defunc.	Número	3	3					
		Días	3	3					
Difteria B8	Total	Número							
		Días							
	Defunc.	Número							
		Días							

(*) Fuente: Sub-Depto. de Estadística. S.N.S. Tabulación especial

PLAN 2

Daños	Egresos y días de hosp.		Grupos de edad						
			Total	Menores 1 año	1 - 4 años	5 - 14 años	15 - 44 años	45 - 64 años	65 años e ignorados
Tos ferina B9	Total	Número							
		Días							
	Defunc.	Número							
		Días							
Poliomielitis aguda B12	Total	Número							
		Días							
	Defunc.	Número							
		Días							
Sarampión B14	Total	Número	2	2					
		Días	26	26					
	Defunc.	Número							
		Días							
Tifus y otras rickettsias B15	Total	Número							
		Días							
	Defunc.	Número							
		Días							
Otras infecciosas y parasitarias B5, B10, B11, B16, B17, B23	Total	Número	25	2		2	18	3	-
		Días	167	3		3	112	49	
	Defunc.	Número							
		Días							
Tumores B18, B19	Total	Número	2						2
		Días	49						49
	Defunc.	Número							
		Días							
Cardiopatías degenerativas B22, B26 - B29	Total	Número	32			7	7	5	13
		Días	239			29	17	43	150
	Defunc.	Número	6						6
		Días	105						105
Estreptococcicas y enfermedades reumáticas B24-B25, B7, B38	Total	Número	2			2			
		Días	40			40			
	Defunc.	Número							
		Días							
Gripe, bronquitis B30, B32	Total	Número	104			2	67	25	10
		Días	670			14	322	219	115
	Defunc.	Número							
		Días							

Daños	Egresos y días de hosp.		Grupos de edad						
			Total	Menores 1 año	1 - 4 años	5 - 14 años	15 - 44 años	45 - 64 años	65 años e ignorados
Neumonías B31	Total	Número	35	8	2	8	9		
		Días	339	17	17	101	86		
	Defunc.	Número							
		Días							
Cirrosis hepática B37	Total	Número							
		Días							
	Defunc.	Número							
		Días							
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio B40	Total	Número	15				15		
		Días	29				29		
	Defunc.	Número							
		Días							
Niños con lesiones del parto B42, B43	Total	Número							
		Días							
	Defunc.	Número							
		Días							
Distrofias	Total	Número							
		Días							
	Defunc.	Número							
		Días							
Inmaturidad	Total	Número							
		Días							
	Defunc.	Número							
		Días							
Accidentes y violencias BN 47 - BN 50	Total	Número	40			3	29	5	3
		Días	144			3	132	6	3
	Defunc.	Número							
		Días							
Demás causas	Total	Número	233			10	147	59	17
		Días	1 815			17	785	507	506
	Defunc.	Número	3					3	
		Días	3					3	
Embarazo, parto y puerperio normales y sanos	Total	Número	109				109		
		Días	239				239		
	Defunc.	Número							
		Días							

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Curso de Planificación de la Salud, 1965

Trabajo de campo

INFORMACION SOBRE LOS EGRESOS HOSPITALARIOS OCURRIDOS (*)

AÑO 1964

HOSPITAL DE VALLENAR

Daños	Egresos y días de hosp.		Grupos de edad						
			Total	Menores 1 año	1 - 4 años	5 - 14 años	15 - 44 años	45 - 64 años	65 años o ignorados
Todos	Total	Número	3 626	410	169	128	2 495	275	149
		Días	29 168	5 311	1 819	1 091	14 822	4 214	1 911
	Defunc.	Número	160	66	22	2	20	23	27
		Días	1 617						
Senilidad, mal definidas y desconocidas B45	Total	Número	41	6	8	8	11	6	2
		Días	257	62	23	38	67	57	10
	Defunc.	Número	1	-	1	-	-	-	-
		Días	1	-	1	-	-	-	-
Tuberculosis, todas formas B1 - B2	Total	Número	97	-	3	6	61	21	6
		Días	2 112		105	69	1 373	427	138
	Defunc.	Número	9	-	-	-	6	1	2
		Días	112	-	-	-	72	17	23
Sífilis B3	Total	Número	3	-	-	-	3	-	-
		Días	29				29		
	Defunc.	Número	-	-	-	-	-	-	-
		Días	-	-	-	-	-	-	-
Fiebre tifoidea B4	Total	Número	26	-	2	15	9	-	-
		Días	306		36	154	116		
	Defunc.	Número	2	-	-	2	-	-	-
		Días	17	-	-	17	-	-	-
Disentería y gastroenteritis B6, B36	Total	Número	280	214	45	-	10	8	3
		Días	2 774	2 216	458	-	44	41	15
	Defunc.	Número	20	11	9				
		Días	62	42	20	-	-	-	-
Difteria B8	Total	Número	-	-	-	-	-	-	-
		Días	-	-	-	-	-	-	-
	Defunc.	Número	-	-	-	-	-	-	-
		Días	-	-	-	-	-	-	-

(*) Fuente: Sub-Depto. de Estadística. S.N.S. Tabulación especial

PLAN 2

Daños	Egresos y días de hosp.		Grupos de edad						
			Total	Menores 1 año	1 - 4 años	5 - 14 años	15 - 44 años	45 - 64 años	65 años o ignorados
Tos ferina B9	Total	Número	-	-	-	-	-	-	-
		Días	-	-	-	-	-	-	-
	Defunc.	Número	-	-	-	-	-	-	-
		Días	-	-	-	-	-	-	-
Poliomielitis aguda B12	Total	Número	2	-	2	-	-	-	-
		Días	50	-	50	-	-	-	-
	Defunc.	Número							
		Días							
Sarampión B14	Total	Número	56	22	29	5	-	-	-
		Días	365	171	171	23	-	-	-
	Defunc.	Número	8	5	3				
		Días	15	12	3				
Tifus y otras rickettsias B15	Total	Número	-						
		Días	-						
	Defunc.	Número	-						
		Días	-						
Otras infecciosas y parasitarias B5, B10, B11, B16, B17, B23	Total	Número	31	5	2	1	17	4	2
		Días	621	41	21	12	498	22	27
	Defunc.	Número	3					1	2
		Días	35					8	27
Tumores B18, B19	Total	Número	84	2	1	5	46	19	11
		Días	977	8	7	58	467	179	258
	Defunc.	Número	8				3	3	2
		Días	211				86	43	82
Cardiopatías degenerativas B22, B26 - B29	Total	Número	51	-	-	-	12	27	12
		Días	653				162	276	215
	Defunc.	Número	9					8	1
		Días	37	-	-	-	-	31	6
Estreptococicas y enfermedades reumáticas B24-B25, B7, B38	Total	Número	38	-	2	6	27	2	1
		Días	540	-	41	64	335	28	72
	Defunc.	Número	4				4		
		Días	100	-	-	-	100	-	-
Gripe, bronquitis B30, B32	Total	Número	80	5	3	3	63	5	1
		Días	995	16	16	20	880	35	28
	Defunc.	Número	-	-	-	-	-	-	-
		Días	-	-	-	-	-	-	-

Daños	Egresos y días de hosp.		Grupos de edad						
			Total	Menores 1 año	1 - 4 años	5 - 14 años	15 - 44 años	45 - 64 años	65 años e ignorados
Neumonías B31	Total	Número	125	51	27	12	16	11	8
		Días	1 088	402	164	179	121	123	99
	Defunc.	Número	23	14	3	-	2	-	4
		Días	154	75	8		16		55
Cirrosis hepática B37	Total	Número	9	-	-	-	3	3	3
		Días	268				91	106	71
	Defunc.	Número	5				2		3
		Días	129				58		71
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio B40	Total	Número	74	-	-	3	68	1	2
		Días	432			10	391	15	16
	Defunc.	Número							
		Días							
Niños con lesiones del parto B42, B43	Total	Número	19	19	-	-	-	-	-
		Días	155	155					
	Defunc.	Número	9	9					
		Días	46	46					
Distrofias	Total	Número	25	25	-	-	-	-	-
		Días	936	936					
	Defunc.	Número	5	5					
		Días	152	152					
Inmaturidad	Total	Número	22	22	-	-	-	-	-
		Días	901	901					
	Defunc.	Número	11	11					
		Días	220	220					
Accidentes y violencias BN 47 - BN 50	Total	Número	224	6	9	22	143	28	16
		Días	2 491	85	300	196	1 245	470	195
	Defunc.	Número	6	2				4	
		Días	22	8				14	
Demás causas	Total	Número	1 066	33	36	30	773	138	56
		Días	9 194	318	427	220	5 113	2 428	688
	Defunc.	Número	37	9	6	-	3	6	13
		Días	304	82	31	-	3	52	136
Embarazo, parto y puerperio normales y sanos	Total	Número	1 273			12	1 233	2	26
		Días	4 024			48	3 890	7	79
	Defunc.	Número	-		-	-	-	-	-
		Días	-		-	-	-	-	-

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL

Trabajo de campo

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Curso de Planificación de la Salud, 1965

INFORMACION SOBRE LOS EGRESOS HOSPITALARIOS OCURRIDOS *

HOSPITAL FREIRINA

AÑO 1964

Daños	Egresos y días de hosp.		Grupos de edad						
			Total	Menores 1 año	1 - 4 años	5 - 14 años	15 - 44 años	45 - 64 años	65 años e ignorados
Todos	Total	Número	383		2	17	240	99	25
		Días	5 159		3	186	2 416	1 442	1 112
	Defunc.	Número	12				5	3	4
		Días	167				68	85	14
Senilidad, mal definidas y desconocidas B45	Total	Número	7				5		2
		Días	52				20		32
	Defunc.	Número							
		Días							
Tuberculosis, todas formas B1 - B2	Total	Número	93				57	35	1
		Días	2 222				1 238	936	48
	Defunc.	Número	5				3	2	
		Días	114				39	75	
Sífilis B3	Total	Número							
		Días							
	Defunc.	Número							
		Días							
Fiebre tifoidea B4	Total	Número							
		Días							
	Defunc.	Número							
		Días							
Disentería y gastroenteritis B6, B36	Total	Número	7				4	3	
		Días	43				22	21	
	Defunc.	Número							
		Días							
Difteria B8	Total	Número							
		Días							
	Defunc.	Número							
		Días							

*Fuente: Sub-Depto. de Estadística. S.N.S. Tabulación Especial

PLAN 2

Daños	Egresos y días de hosp.		Grupos de edad						
			Total	Menores 1 año	1 - 4 años	5 - 14 años	15 - 44 años	45 - 64 años	65 años e ignorados
Tos ferina B9	Total	Número							
		Días							
	Defunc.	Número							
		Días							
Poliomielitis aguda B12	Total	Número							
		Días							
	Defunc.	Número							
		Días							
Sarampión B14	Total	Número	4			2	2		
		Días	18			7	11		
	Defunc.	Número							
		Días							
Tifus y otras rickettsias B15	Total	Número							
		Días							
	Defunc.	Número							
		Días							
Otras infecciosas y parasitarias B5, B10, B11, B16, B17, B23	Total	Número							
		Días							
	Defunc.	Número							
		Días							
Tumores B18, B19	Total	Número	13				2	8	3
		Días	115				11	91	13
	Defunc.	Número	4					1	3
		Días	23					10	13
Cardiopatías degenerativas B22, B26 - B29	Total	Número	26				9	9	8
		Días	1 003				51	53	899
	Defunc.	Número	1						1
		Días	1						1
Estreptococcicas y enfermedades reumáticas B24-B25, B7, B38	Total	Número							
		Días							
	Defunc.	Número							
		Días							
Gripe, bronquitis B30, B32	Total	Número	31				22	9	
		Días	178				115	63	
	Defunc.	Número							
		Días							

Daños	Egresos y días de hosp.		Grupos de edad						
			Total	Menores 1 año	1 - 4 años	5 - 14 años	15 - 44 años	45 - 64 años	65 años o ignorados
Neumonías B31	Total	Número	7		2	2	3		
		Días	51		3	19	29		
	Defunc.	Número							
		Días							
Cirrosis hepática B37	Total	Número							
		Días							
	Defunc.	Número							
		Días							
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio B40	Total	Número	20				20		
		Días	204				204		
	Defunc.	Número							
		Días							
Niños con lesiones del parto B42, B43	Total	Número							
		Días							
	Defunc.	Número							
		Días							
Distrofias	Total	Número							
		Días							
	Defunc.	Número							
		Días							
Inmaturidad	Total	Número							
		Días							
	Defunc.	Número							
		Días							
Accidentes y violencias BN 47 - BN 50	Total	Número	33			6	18	9	
		Días	245			85	67	93	
	Defunc.	Número							
		Días							
Demás causas	Total	Número	121			7	77		
		Días	948			75	568		
	Defunc.	Número							
		Días							
Embarazo, parto y puerperio normales y sanos	Total	Número	21				21		
		Días	145				145		
	Defunc.	Número	2				2		
		Días	29				29		

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Curso de Planificación de la Salud, 1965

NIVEL Y ESTRUCTURA DE LOS EGRESOS HOSPITALARIOS*

1964 — AÑO

COQUIMBO — AREA

Daños	Egresos y días de hosp.		Grupos de edad						
			Total	Men. 1 año	1 - 4 años	5-14 años	15-44 años	45-64 años	65 años e ign.
Todos	Total	Número	4 502	302	245	250	3 081	422	202
		Días	35 559	5 214	3 604	3 172	14 524	5 331	3 714
	Def.	Número	137	63	22	5	9	18	20
		Días	1 153	572	197	32	63	78	211
Senilidad, mal definidas y desconocidas B45	Total	Número	26	-	-	3	10	7	6
		Días	123	-	-	13	35	40	35
	Def.	Número	3	-	-	-	-	-	3
		Días	6	-	-	-	-	-	6
Tuberculosis, todas formas B1 - B2	Total	Número	76	4	-	16	41	13	2
		Días	1 691	215	-	442	656	249	129
	Def.	Número	3	-	-	-	1	2	-
		Días	19	-	-	-	7	12	-
Sífilis B3	Total	Número	4	-	-	-	3	1	-
		Días	66	-	-	-	43	23	-
	Def.	Número	-	-	-	-	-	-	-
		Días	-	-	-	-	-	-	-
Fiebre tifoidea B4	Total	Número	32	-	-	15	17	-	-
		Días	394	-	-	202	192	-	-
	Def.	Número	1	-	-	1	-	-	-
		Días	1	-	-	1	-	-	-
Disentería y gastroenteritis B6, B36	Total	Número	196	126	21	1	17	16	15
		Días	2 408	1 740	196	93	194	78	107
	Def.	Número	29	27	1	-	-	-	1
		Días	226	220	5	-	-	-	1
Difteria B8	Total	Número	3	-	2	1	-	-	-
		Días	22	-	7	15	-	-	-
	Def.	Número	1	-	1	-	-	-	-
		Días	5	-	5	-	-	-	-

* Fuente: Sub-Depto. de Estadística. S.N.S. Tabulación especial

Daños	Egresos y días de hosp.		Grupos de edad						
			Total	Men. 1 año	1 - 4 años	5-14 años	15-44 años	45-64 años	65 años e ign.
Tos ferina B9	Total	Número	-	-	-	-	-	-	-
		Días	-	-	-	-	-	-	-
	Def.	Número	-	-	-	-	-	-	-
		Días	-	-	-	-	-	-	-
Poliomielitis aguda B12	Total	Número	3	-	3	-	-	-	-
		Días	128	-	128	-	-	-	-
	Def.	Número	-	-	-	-	-	-	-
		Días	-	-	-	-	-	-	-
Sarampión B14	Total	Número	173	59	98	15	1	-	-
		Días	3 189	1 700	1 266	215	8	-	-
	Def.	Número	27	9	16	2	-	-	-
		Días	310	106	181	23	-	-	-
Tifus y otras rickettsias B15	Total	Número	-	-	-	-	-	-	-
		Días	-	-	-	-	-	-	-
	Def.	Número	-	-	-	-	-	-	-
		Días	-	-	-	-	-	-	-
Otras infecciosas y parasitarias B5, B10, B11, B16, B17, B23	Total	Número	66	6	10	14	30	3	-
		Días	542	30	137	86	164	125	-
	Def.	Número	4	1	2	-	1	-	-
		Días	4	1	2	-	1	-	-
Tumores B18, B19	Total	Número	91	-	1	3	39	34	14
		Días	1 727	-	17	27	545	457	681
	Def.	Número	4	-	-	-	1	3	-
		Días	79	-	-	-	49	30	-
Cardiopatías degenerativas B22, B26 - B29	Total	Número	85	1	-	12	21	23	28
		Días	870	55	-	68	160	309	278
	Def.	Número	11	1	-	-	-	2	8
		Días	180	55	-	-	-	5	120
Estreptocóccicas y enfermedades reumáticas B24-B25, B7, B38	Total	Número	48	-	5	14	19	4	6
		Días	850	-	89	336	296	56	73
	Def.	Número	3	-	-	-	-	-	3
		Días	28	-	-	-	-	-	28

Daños	Egresos y días de hosp.		Grupos de edad						
			Total	Men. 1 año	1 - 4 años	5-14 años	15-44 años	45-64 años	65 años e ign.
Gripe, bronquitis B30, B32	Total	Número	214	23	23	12	113	29	14
		Días	1 814	267	297	96	772	246	136
	Def.	Número	-	-	-	-	-	-	-
		Días	-	-	-	-	-	-	-
Neumonias B31	Total	Número	116	27	21	28	25	3	4
		Días	1 264	108	395	386	199	21	37
	Def.	Número	11	9	-	-	1	-	1
		Días	15	13	-	-	1	-	1
Cirrosis hepática B37	Total	Número	3	-	-	-	-	-	3
		Días	22	-	-	-	-	-	22
	Def.	Número	1	-	-	-	-	-	1
		Días	1	-	-	-	-	-	1
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio B40	Total	Número	78	-	-	-	78	-	-
		Días	442	-	-	-	442	-	-
	Def.	Número	1	-	-	-	1	-	-
		Días	1	-	-	-	1	-	-
Niños con lesiones del parto B42, B43	Total	Número	7	7	-	-	-	-	-
		Días	66	66	-	-	-	-	-
	Def.	Número	3	3	-	-	-	-	-
		Días	16	16	-	-	-	-	-
Distrofias	Total	Número	19	19	-	-	-	-	-
		Días	803	803	-	-	-	-	-
	Def.	Número	2	2	-	-	-	-	-
		Días	88	88	-	-	-	-	-
Inmaturidad	Total	Número	5	5	-	-	-	-	-
		Días	63	63	-	-	-	-	-
	Def.	Número	3	3	-	-	-	-	-
		Días	26	26	-	-	-	-	-
Accidentes y violencias BN 47 - BN 50	Total	Número	221	3	27	41	99	37	14
		Días	2 248	19	421	414	634	511	249
	Def.	Número	4	-	-	-	2	2	-
		Días	6	-	-	-	2	4	-

Daños	Egresos y días de hosp.		Grupos de edad						
			Total	Men. 1 año	1 - 4 años	5-14 años	15-44 años	45-64 años	65 años e ign.
Demás causas	Total	Número	1 453	22	34	70	995	244	88
		Días	12 521	148	651	740	5 928	3 205	1 849
	Def.	Número	26	8	2	2	2	9	3
		Días	142	47	4	8	2	27	54
Embarazo, parto y puerperio normales y sanos	Total	Número	1 583	-	-	5	1 573	5	-
		Días	4 306	-	-	39	4 256	11	-
	Def.	Número	-	-	-	-	-	-	-
		Días	-	-	-	-	-	-	-

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Curso de Planificación de la Salud, 1965

NIVEL Y ESTRUCTURA DE LAS CONSULTAS

1964 (Año) — La Serena (Area)

Diagnóstico de consultantes (Clas. Est. Internacional) (a)	Tipo de consulta (b)	Grupos de edad							
		Total (c)	Menores 1 año (d)	1 - 4 años (e)	5 - 14 años (f)	15-44 años (g)	45-64 años (h)	65 años y más (i)	Ignor. (j)
1 Todas	la. consulta	61 275	9 905	7 967	8 532	18 081	6 703	1 800	8 287
	Todas	96 898	11 967	13 057	12 233	34 697	11 037	3 248	10 659
2 Senilidad, mal definidas y desconocidas B 45	la. consulta	16 015	576	1 139	885	2 967	1 564	610	8 274
	Todas	21 506	576	1 139	1 166	4 635	2 290	1 119	10 581
3 Tuberculosis B 1, B 2	la. consulta	930	-	-	26	682	161	48	12
	Todas	3 139	-	165	230	2 052	422	192	78
4 Sífilis B 3	la. consulta	7	-	-	-	-	7	-	-
	Todas	55	-	-	-	-	55	-	-
5 Fiebre tifoidea B 4	la. consulta	7	-	-	7	-	-	-	-
	Todas	20	-	-	20	-	-	-	-
6 Disentería y gastroenteritis B 6, B 36	la. consulta	5 041	2 094	1 918	176	503	238	112	-
	Todas	6 213	2 788	1 953	211	744	314	203	-

NIVEL Y ESTRUCTURA DE LAS CONSULTAS (Continuación 1)

(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)	(h)	(i)
7 Difteria B 8	la. consulta	-	-	-	-	-	-	-
	Todas	-	-	-	-	-	-	-
8 Tos ferina B 9	la. consulta	-	-	-	-	-	-	-
	Todas	-	-	-	-	-	-	-
9 Poliomielitis aguda B 12	la. consulta	35	-	35	-	-	-	-
	Todas	35	-	35	-	-	-	-
10 Sarampión B 14	la. consulta	1 693	599	894	200	-	-	-
	Todas	2 752	634	1 718	400	-	-	-
11 Tifus y otras enfermedades por rickettsias B 15	la. consulta	35	-	-	-	35	-	-
	Todas	35	-	-	-	35	-	-
12 Otras enfermedades infecciosas y parasitarias B 5, B 10, B 11, B 16, B 17, B 23	la. consulta	1 617	400	330	634	253	-	-
	Todas	2 840	400	659	1 458	253	70	-
13 Tumores B 18 y B 19	la. consulta	371	70	-	35	-	189	77
	Todas	574	70	-	105	-	322	77
14 Enfermedades cardiovasculares degenerativas B 22, B 26, B 27, B 28, B 29	la. consulta	498	-	-	-	246	140	112
	Todas	722	-	-	-	316	211	195

NIVEL Y ESTRUCTURA DE LAS CONSULTAS (Continuación 2)

(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)	(h)	(i)
15 Estreptocóccicas y fiebre reumática B 7, B 24, B 25, B 38	1a. consulta	147	-	-	70	70	7	-
	Todas	279	-	-	70	105	104	-
16 Gripe, bronquitis B 30, B 32	1a. consulta	3 274	576	775	834	614	405	70
	Todas	5 024	905	1 270	905	1 113	656	175
17 Neumonias B 31	1a. consulta	651	400	35	35	84	90	7
	Todas	1 017	564	35	35	195	146	42
18 Cirrosis hepática B 37	1a. consulta	-	-	-	-	-	-	-
	Todas	35	-	-	-	-	-	35
19 Embarazo, parto y puerperio normal B 40 a	1a. consulta	3 864	-	-	-	3 788	76	-
	Todas	8 328	-	-	-	8 293	35	-
20 Complicaciones del embarazo, parto y puerperio B 40 b	1a. consulta	434	-	-	-	294	140	-
	Todas	1 041	-	-	-	901	140	-
21 Niños con lesiones del parto B 42, B 43	1a. consulta	35	-	-	35	-	-	-
	Todas	35	-	-	35	-	-	-
22 Distrofias B 44	1a. consulta	894	729	-	165	-	-	-
	Todas	894	729	-	165	-	-	-

NIVEL Y ESTRUCTURA DE LAS CONSULTAS (Continuación 3)

(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)	(h)	(i)
23 Inmaturidad	la. consulta	-	-	-	-	-	-	-
	Todas	-	-	-	-	-	-	-
24 Accidentes y violencias B 47 a B 50	la. consulta	5 099	165	456	1 088	2 085	1 165	140
	Todas	6 717	165	491	1 299	3 135	1 451	176
25 Las demás causas B 20, B 21, B 33, B 34, B 35, B 39, B 41, B 46	la. consulta	19 267	3 472	2 220	4 335	6 165	2 451	624
	Todas	29 994	3 542	2 726	5 962	11 979	4 751	1 034
26 Sanos	la. consulta	1 031	659	-	7	295	70	-
	Todas	5 313*	1 429	2 701	172	941	70	-
27 Enfermedades de los dientes	la. consulta	330	165	165	-	-	-	-
	Todas	330	165	165	-	-	-	-

* Incluye consultas de enfermería.

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Curso de Planificación de la Salud, 1965

NIVEL Y ESTRUCTURA DE LAS CONSULTAS

1964 (Año) — Coquimbo (Area)

Diagnóstico de consultantes (Clas. Est. Internacional) (a)	Tipo de consulta (b)	Grupos de edad						
		Total (c)	Menores 1 año (d)	1 - 4 años (e)	5-14 años (f)	15-44 años (g)	45-64 años (h)	65 años y más
1 Todas	1a. consulta	48 277	8 280	4 806	3 218	24 015	5 921	2 037
	Todas	66 733	12 205	6 893	4 652	32 025	8 012	2 946
2 Senilidad, mal definidas y desconocidas B 45	1a. consulta	7 690	374	252	755	4 679	1 193	437
	Todas	10 558	408	436	1 097	6 480	1 641	496
3 Tuberculosis B 1, B 2,	1a. consulta	636	12	11	34	418	119	42
	Todas	2 793	12	34	126	2 001	269	351
4 Sífilis B 3	1a. consulta	60	-	-	-	60	-	-
	Todas	209	-	-	-	209	-	-
5 Fiebre tifoidea B 4	1a. consulta	23	-	-	11	12	-	-
	Todas	58	-	-	23	35	-	-
6 Disentería y gastroenteritis B 6, B 36	1a. consulta	2 650	779	483	149	772	285	182
	Todas	3 339	973	701	183	1 015	285	182

NIVEL Y ESTRUCTURA DE LAS CONSULTAS (Continuación 1)

(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)	(h)	(i)
7 Difteria B 8	1a. consulta	-	-	-	-	-	-	-
	Todas	-	-	-	-	-	-	-
8 Tos ferina B 9	1a. consulta	23	-	12	11	-	-	-
	Todas	35	-	12	23	-	-	-
9 Poliomielitis aguda B 12	1a. consulta	-	-	-	-	-	-	-
	Todas	-	-	-	-	-	-	-
10 Sarampión B 14	1a. consulta	556	280	184	92	-	-	-
	Todas	773	392	277	104	-	-	-
11 Tifus y otras enfermedades por rickettsias B 15	1a. consulta	-	-	-	-	-	-	-
	Todas	-	-	-	-	-	-	-
12 Otras enfermedades infecciosas y parasitarias B 5, B 10, B 11, B 16, B 17, B 23	1a. consulta	903	96	80	262	435	30	-
	Todas	1 335	96	80	353	597	209	-
13 Tumores B 18 y B 19	1a. consulta	465	-	-	11	163	202	89
	Todas	627	-	-	11	283	214	119
14 Enfermedades cardiovasculares degenerativas B 22, B 26, B 27, B 28, B 29	1a. consulta	581	11	-	11	142	195	222
	Todas	1 072	11	-	11	488	272	290

NIVEL Y ESTRUCTURA DE LAS CONSULTAS (Continuación 2)

(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)	(h)	(i)
15 Estreptocóccicas y fiebre reumática B 7, B 24, B 25, B 38	la. consulta	791	46	103	168	400	74	-
	Todas	1 181	57	123	275	503	223	-
16 Gripe, bronquitis B 30, B 32	la. consulta	5 965	1 427	749	427	2 178	825	359
	Todas	7 998	1 887	1 209	366	3 085	1 037	414
17 Neumonias B 31	la. consulta	788	207	130	46	251	101	53
	Todas	965	239	199	69	281	124	53
18 Cirrosis hepática B 37	la. consulta	30	-	-	-	30	-	-
	Todas	30	-	-	-	30	-	-
19 Embarazo, parto y puerperio normal B 40 a	la. consulta	3 642	-	-	11	3 544	89	-
	Todas	4 363	-	-	11	4 263	89	-
20 Complicaciones del embarazo, parto y puerperio B 40 b	la. consulta	1 681	-	-	-	1 681	-	-
	Todas	1 920	-	-	-	1 920	-	-
21 Niños con lesiones del parto B 42, B 43	la. consulta	11	11	-	-	-	-	-
	Todas	11	11	-	-	-	-	-
22 Distrofias B 44	la. consulta	185	103	11	11	30	-	30
	Todas	356	274	11	11	30	-	30

NIVEL Y ESTRUCTURA DE LAS CONSULTAS (Continuación 3)

(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)	(h)	(i)
23 Inmaturidad	la. consulta	11	11	-	-	-	-	-
	Todas	23	23	-	-	-	-	-
24 Accidentes y violencias B 47 a B 50	la. consulta	4 146	46	389	560	2 352	560	239
	Todas	4 472	46	423	560	2 524	680	239
25 Las demás causas B 20, B 21, B 33, B 34, B 35, B 39, B 41, B 46	la. consulta	9 263	487	200	417	5 826	1 949	384
	Todas	12 629	759	328	1 130	7 149	2 521	742
26 Sanos	la. consulta	8 175	4 390	2 202	242	1 042	299	-
	Todas	11 986	7 017	3 060	299	1 132	448	30

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Curso de Planificación de la Salud, 1965

NIVEL Y ESTRUCTURA DE LAS CONSULTAS

1964 (Año)

Vallenar (Area)

Diagnóstico de consultantes (Clas. Est. Internacional) (a)	Tipo de consulta (b)	Grupos de edad						
		Total (c)	Menores 1 año (d)	1 - 4 años (e)	5-14 años (f)	15-44 años (g)	45-64 años (h)	65 años y más (i)
1 Todas	1a. consulta	25 153	6 500	5 195	3 219	7 958	1 585	696
	Todas	47 790	10 984	9 044	5 922	16 861	3 591	1 382
2 Senilidad, mal definidas y desconocidas B 45	1a. consulta	3 030	533	451	493	889	442	222
	Todas	4 234	666	555	570	1 292	837	314
3 Tuberculosis B 1, B 2	1a. consulta	671	-	-	59	424	136	52
	Todas	4 322	-	-	207	2 586	945	584
4 Sífilis B 3	1a. consulta	9	-	-	-	9	-	-
	Todas	9	-	-	-	9	-	-
5 Fiebre tifoidea B 4	1a. consulta	28	-	18	10	-	-	-
	Todas	134	-	124	10	-	-	-
6 Disentería y gastroenteritis B 6, B 36	1a. consulta	2 908	1 681	871	138	208	10	-
	Todas	5 305	3 027	1 865	186	217	10	-

NIVEL Y ESTRUCTURA DE LAS CONSULTAS (Continuación 1)

(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)	(h)	(i)
7 Difteria B 8	la. consulta	-	-	-	-	-	-	-
	Todas	-	-	-	-	-	-	-
8 Tos ferina B 9	la. consulta	-	-	-	-	-	-	-
	Todas	-	-	-	-	-	-	-
9 Poliomielitis aguda B 12	la. consulta	-	-	-	-	-	-	-
	Todas	-	-	-	-	-	-	-
10 Sarampión B 14	la. consulta	1 094	376	500	197	21	-	-
	Todas	2 096	678	1 037	360	21	-	-
11 Tifus y otras enfermedades por rickettsias B 15	la. consulta	-	-	-	-	-	-	-
	Todas	-	-	-	-	-	-	-
12 Otras enfermedades infecciosas y parasitarias B 5, B 10, B 11, B 16, B 17, B 23	la. consulta	614	191	232	112	70	9	-
	Todas	694	191	263	161	70	9	-
13 Tumores B 18 y B 19	la. consulta	135	18	18	19	40	19	21
	Todas	266	18	18	65	106	38	21
14 Enfermedades cardiovasculares degenerativas B 22, B 26, B 27, B 28, B 29	la. consulta	274	-	-	9	77	152	36
	Todas	761	-	-	56	336	333	36

NIVEL Y ESTRUCTURA DE LAS CONSULTAS (Continuación 2)

(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)	(h)	(i)
15 Estreptocóccicas y fiebre reumática B 7, B 24, B 25, B 38	la. consulta	72	-	9	18	30	-	15
	Todas	211	-	102	18	30	-	61
16 Gripe, Bronquitis B 30, B 32	la. consulta	2 830	1 561	647	295	189	108	30
	Todas	4 601	2 523	929	585	284	234	46
17 Neumonias B 31	la. consulta	482	206	252	9	15	-	-
	Todas	842	378	409	9	46	-	-
18 Cirrosis hepática B 37	la. consulta	15	-	-	-	-	15	-
	Todas	15	-	-	-	-	15	-
19 Embarazo, parto y puerperio normal B 40 a	la. consulta	2 080	-	-	-	2 080	-	-
	Todas	6 350	-	-	-	6 350	-	-
20 Complicaciones del embarazo, parto y puerperio B 40 b	la. consulta	457	-	-	-	457	-	-
	Todas	836	-	-	-	836	-	-
21 Niños con lesiones del parto B 42, B 43	la. consulta	46	46	-	-	-	-	-
	Todas	153	153	-	-	-	-	-
22 Distrofias B 44	la. consulta	411	177	234	-	-	-	-
	Todas	911	388	523	-	-	-	-

NIVEL Y ESTRUCTURA DE LAS CONSULTAS (Continuación 3)

(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)	(h)	(i)
23 Inmaturidad	la. consulta	30	30	-	-	-	-	-
	Todas	106	106	-	-	-	-	-
24 Accidentes y violencias B 47 a B 50	la. consulta	2 419	109	272	331	1 315	185	207
	Todas	2 998	109	325	468	1 676	213	207
25 Las demás causas B 20, B 21, B 33, B 34, B 35, B 39, B 41, B 46	la. consulta	6 785	1 022	1 612	1 466	2 063	509	113
	Todas	11 442	1 581	2 690	3 164	2 937	957	113
26 Sanos	la. consulta	763	550	79	63	71	-	-
	Todas	1 504	1 166	204	63	71	-	-
27 Odontología	la. consulta	6 836	3 828			3 008		
	Todas	-	3 828			3 008		

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE
PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

Curso de Planificación
de la Salud, 1965

POBLACION POR GRUPOS DE EDAD

1964 - 1975
Años

La Serena
Área

Grupos de edad	AÑO CALENDARIO											
	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
- 1	2 828	2 886	2 925	2 968	3 012	3 073	3 119	3 169	3 238	3 291	3 369	3 418
1 - 4	9 730	9 931	10 064	10 214	10 363	10 573	10 730	10 903	11 142	11 322	11 591	11 760
5 - 14	20 304	20 722	21 000	21 312	21 625	22 062	22 389	22 749	23 250	23 625	24 186	24 541
15 - 44	28 779	29 373	29 767	30 209	30 652	31 273	31 736	32 247	32 956	33 487	34 282	34 784
45 - 64	9 409	9 603	9 732	9 877	10 022	10 224	10 376	10 543	10 775	10 948	11 208	11 373
65 y más	3 568	3 640	3 689	3 744	3 799	3 876	3 933	3 996	4 084	4 150	4 249	4 311
TOTAL	74 618	76 155	77 176	78 324	79 473	81 081	82 283	83 607	85 445	86 823	88 885	90 187

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE
PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL

Curso de Planificación
de la Salud, 1965

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

POBLACION POR GRUPOS DE EDAD

1964 - 1975
Años

Coquimbo
Area

Grupos de edad	AÑO CALENDARIO											
	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
- 1	2 360	2 409	2 441	2 477	2 514	2 565	2 603	2 645	2 703	2 746	2 812	2 853
1 - 4	8 123	8 289	8 399	8 524	8 649	8 824	8 956	9 099	9 299	9 449	9 673	9 815
5 - 14	16 949	17 295	17 526	17 787	18 048	18 414	18 687	18 988	19 404	19 717	20 185	20 482
15 - 44	24 024	24 514	24 843	25 213	25 583	26 101	26 488	26 914	27 505	27 949	28 613	29 032
45 - 64	7 854	8 014	8 122	8 243	8 364	8 533	8 660	8 799	8 992	9 137	9 354	9 492
65 y más	2 977	3 038	3 079	3 125	3 170	3 235	3 283	3 335	3 409	3 464	3 546	3 598
TOTAL	62 287	63 559	64 412	65 369	66 328	67 670	68 573	69 778	71 312	72 462	74 183	75 270

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE
PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

Curso de Planificación
de la Salud, 1965

POBLACION POR GRUPOS DE EDAD

1964 - 1975
Años

Vallenar
Area

Grupos de edad	AÑO CALENDARIO											
	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
- 1	1 724	1 785	1 850	1 916	1 985	2 056	2 130	2 206	2 285	2 367	2 452	2 540
1 - 4	6 107	6 326	6 553	6 789	7 032	7 285	7 546	7 817	8 098	8 388	8 690	9 001
5 - 14	11 695	12 116	12 550	13 001	13 467	13 951	14 452	14 971	15 508	16 065	16 641	17 239
15 - 44	20 937	21 689	22 467	23 273	24 110	24 975	25 872	26 801	27 763	28 760	29 792	30 861
45 - 64	5 809	6 018	6 234	6 458	6 690	6 930	7 178	7 436	7 703	7 980	8 266	8 563
65 y más	1 738	1 800	1 865	1 932	2 001	2 073	2 148	2 225	2 305	2 387	2 473	2 562
TOTAL	48 010	49 734	51 519	53 369	55 285	57 270	59 326	61 456	63 662	65 947	68 314	70 766

Instituto Latinoamericano de
Planificación Económica y Social

Curso de Planificación de Salud, 1965

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

SITUACION DEL MEDIO

CARACTERISTICA	UNIDAD	LA SERENA		COQUIMBO		VALLENAR	
		1964	1975	1964	1975	1964	1975
Vivienda	Déficit 1 000 habitantes	85.2	65.8	85.2	65.8	57.7	52.0
Instrucción	Niños no matriculados 100 niños	28.6	33.1*	28.6	33.1	21.8	27.4*
Agua	Población no servida 100 habitantes	64.3	19.6	64.3	19.6	54.2	4.0
Alcantarillado	Población no servida 100 habitantes	73.1	50.9	73.1	50.9	68.6	0
Accesibilidad	Población a 2 horas 100 habitantes	81.3	81.3	81.3	81.3	80.0	80.0

* año 1970

Instituto Latinoamericano de
Planificación Económica y Social
Curso de Planificación de la Salud, 1965

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

TRABAJO DE CAMPO

Normas de Departamentalización

1. Departamentos Generales

a) Dirección
b) Administración
c) Alimentación
d) Lavandería
e) Aseo - Mantenimiento - Vigilancia
f) Transporte
g) Otros Departamentos Generales

2. Departamentos Intermedios

a) Farmacia
b) Laboratorio
c) Radiología
e) Otros Departamentos Intermedios

3. Departamentos Finales

a) Hospitalización
b) Consulta Médica
c) Consulta Odontológica
d) Vacunación
e) Inspección
f) Construcción
g) Alimentación Suplementaria
h) Subsidios
i) Visita domiciliaria de enfermería

Instituto Latinoamericano de
Planificación Económica y Social
Curso de Planificación de la Salud, 1965

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

TRABAJO DE CAMPO

Normas de Clasificación del Personal

1. Médico
2. Dentista
3. Farmacéutico
4. Enfermera Graduada
5. Asistente (Trabajadora) Social
6. Matrona Graduada (Comadrona)
7. Contador
8. Constructor Civil Graduado
9. Otro Profesional Graduado
10. Otro Personal Directivo No Graduado
11. Educador Sanitario
12. Estadístico
13. Practicante o Auxiliar de Enfermería
14. Inspector Sanitario
15. Oficial de Subsidio
16. Otro Personal Técnico y Administrativo
17. Personal de Servicio

Curso de Planificación
de la Salud, 1965

Cuadro Nº 1

PERSONAL

	DEPARTAMENTOS GENERALES	Coquimbo u.r.	Coquimbo u.m.	Andacollo u.r.	Andacollo u.m.	Coquimbo u.r.	Andacollo u.m.
A.	**Dirección**						
	1. Director	1 500	11 801.66	396	3 016.07	1 896	14 817.73
	2. Secretaría	2 000	2 014.40	1 000	1 757.45	3 000	3 771.85
	Total	3 500	13 816.06	1 396	4 773.52	4 896	18 589.58
B.	**Administración**						
	1. Contaduría (8)	17 167	30 014.53	3 417	5 080.28	20 584	35 094.84
	2. Estadística (6)	13 667	20 921.23	1 000	1 757.45	14 667	22 678.68
	3. Secretaría (5)	7 000	7 840.46	-	-	7 000	7 840.46
	4. Bodega (1)	2 000	1 983.67	-	-	2 000	1 983.67
	5. Religioso (Capilla) (1)	1 021	1 027.74	-	-	1 021	1 027.74
	6. Jefe de Personal (1)	2 000	4 755.60	-	-	2 000	4 755.60
	7. Cementerio (1)	583	2 338.23	-	-	583	2 338.23
	8. Encargado de Archivo (1)	2 000	3 713.29	-	-	2 000	3 713.29
	Total	45 438	72 594.75	4 417	6 837.73	49 855	79 431.48
C.	**Alimentación**						
	1. Dietistas (1)	1 500	4 399.97	-	-	1 500	4 399.97
	2. Cocineras (3)	5 583	6 161.39	-	-	5 583	6 161.39
	3. Auxiliares de Cocina	8 000	8 681.00	-	-	8 000	8 681.00
	Total	15 083	19 242.16	-	-	15 083	19 242.16
D.	**Lavandería (y Ropería)**						
	1. Personal de Servicio Especializado	17 668	14 750.82	-	-	17 668	14 750.82
E.	**Aseo y Limpieza**						
	1. Mayordomo y Personal de Limpieza	54 749	66 990.91	5 500	9 266.11	60 249	76 257.02
	2. Portero	2 000	1 653.64	-	-	2 000	1 653.64
	Total	56 749	68 643.00	5 500	9 266.11	62 249	77 910.66
F.	**Transporte**						
	1. Choferes (10)	19 333	23 420.79	4 000	6 241.41	23 333	29 661.00
G.	**Mantenimiento**	17 750	26 464.91	-	-	17 750	26 464.91
	Sub-total	175 521	219 691.88	15 313	27 118.77	192 834	247 810.65

	DEPARTAMENTOS INTERMEDIOS		Coquimbo u.r.	Coquimbo u.m.	Andacollo u.r.	Andacollo u.m.	Coquimbo u.r.	Andacollo u.m.
H.	Farmacia							
	1. Farmacéutico (1)		1 500	12 271.17	1 500	10 091.11	3 000	22 362.28
	2. Auxiliares de Farmacia (3)		6 000	4 650.62	2 000	2 165.05	8 000	6 815.67
		Total	7 500	16 921.79	3 500	12 256.16	11 000	29 177.95
I.	Laboratorio							
	1. Laboratorista (1)		104	461.40	-	-	104	461.40
	2. Técnico Laboratorista (1)		1 000	5 642.04	-	-	1 000	5 642.04
	3. Auxiliares Laboratoristas (2)		2 375	4 672.00	-	-	2 375	4 672.00
		Total	3 479	10 775.44	-	-	3 479	10 775.44
J.	Esterilización							
	1. Enfermera Supervisora (1)		96	313.92	-	-	96	313.92
	2. Auxiliar de Enfermería (2)		4 000	4 750.13	-	-	4 000	4 750.13
		Total	4 096	5 064.05	-	-	4 096	5 064.05
K.	Enfermería							
	1. Enfermera Jefe		1 500	6 289.22	-	-	1 500	6 289.22
L.	Servicio Social							
	1. Asistente Social (1)		1 500	6 577.74	-	-	1 500	6 577.74
		Sub-total	18 075	45 628.24	3 500	12 256.16	21 575	57 884.40

	DEPARTAMENTOS FINALES	Coquimbo u.r.	Coquimbo u.m.	Andacollo u.r.	Andacollo u.m.	Coquimbo u.r.	Andacollo u.m.
M.	**Hospitalización**						
	1. Médicos (13)	8 248	59 931.06	1 000	10 394.56	9 248	70 325.62
	2. Enfermeras (2)	2 904	10 001.21	-	-	2 904	10 001.21
	3. Auxiliar de Enfermeras (36)	50 953	84 646.76	8 000	17 979.89	58 953	102 626.65
	4. Matronas	4 750	24 286.71	-	-	4 750	24 286.71
	Total	66 855	178 865.74	9 000	28 374.45	75 855	207 240.19
N.	**Consultas**						
	1. Médicos	9 166	61 425.34	500	5 197.28	9 666	66 622.62
	2. Auxiliar de Enfermería	31 750	50 376.70	7 000	7 357.86	38 750	57 734.56
	Total	40 916	111 802.04	7 500	12 555.14	48 416	124 357.18
O.	**Odontología**						
	1. Odontólogos	5 750	33 004.22	2 000	8 875.00	7 750	41.879.22
P.	**Visitas Domiciliarias**						
	1. Auxiliares de Enfermería	4 000	4 034.78	3 000	4 050.10	7 000	8 084.88
Q.	**Vacunación**						
	1. Auxiliares de Enfermería	7 417	8 209.68	-	-	7 417	8 209.68
R.	**Inspecciones**						
	1. Inspector Sanitario	3 667	4 931.75	-	-	3 667	4 931.75
S.	**Subsidios**						
	1. Oficial de Subsidios (2)	2 250	1 880.88	1 500	2 284.83	3 750	4 165.71
T.	**Construcciones**						
	1. Auxiliares Sanitarios	4 000	7 253.13	-	-	4 000	7 253.13
U.	**Alimentación Suplementaria**						
	1. Personal Servicio (1)	2 000	2 538.15	500	627.05	2 500	3 165.20
	Sub-total	136 855	352 520.37	23 500	56 766.57	160 355	409 286.94
	1er Transporte	175 521	219 691.88	15 313	27 118.77	192 834	247 810.65
	2do "	18 075	45 628.24	3 500	12 256.16	21 575	57 884.40
	TOTAL	330 451	617 840.49	42 313	96 141.50	374 764	714 981.99

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE
PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

Curso de Planificación
de la Salud, 1965

Cuadro Nº 5

COMPOSICION REAL Y MONETARIA DE LOS INSTRUMENTOS Y ACTIVIDADES

HOSPITALIZACION		Cantidad anual		Cantidad x unidad Instrumento		Cantidad x unidad Actividades	
		u.r.	u.m.	u.r.	u.m.	u.r.	u.m.
Directo	Personal	75 855	207 240	562	1 535	16.8	46.03
	Consumo	-	16 242	-	120	-	3.61
Dirección	Personal	2 316	8 793	17	65	0.5	1.95
	Consumo	-	1 748	-	13	-	0.39
Administración	Personal	23 583	37 571	175	278	5.23	8.34
	Consumo	-	7 758	-	57	-	1.72
Alimentación	Personal	14 026	17 893	104	132	3.11	3.97
	Consumo	-	45 583	-	338	-	10.12
Lavandería	Personal	16 271	13 584	120	101	3.6	3.01
	Consumo	-	6 582	-	49	-	1.46
Aseo	Personal	49 923	62 484	370	463	11.0	13.87
	Consumo	-	2 325	-	17	-	0.52
Transporte	Personal	6 766	8 601	50	63	1.5	1.91
	Consumo	-	6 089	-	45	-	1.35
Mantenimiento	Personal	14 235	21 225	105	157	3.2	4.71
	Consumo	-	23 187	-	172	-	5.15
Farmacia	Personal	3 223	8 344	24	62	0.7	1.85
	Consumo	-	58	-	0.5	-	0.016
Laboratorio	Personal	790	2 446	6	18	0.02	0.54
	Consumo	-	143	-	1	-	0.03
Esterilización	Personal	3 457	5 274	26	39	0.8	1.17
	Consumo	-	2 380	-	18	-	0.53
Enfermería	Personal	765	3 208	6	24	0.02	0.71
	Consumo	-	46	-	0.3	-	0.01
Servicio Social	Personal	217	954	2	7	0.005	0.2
	Consumo	-	118	-	0.8	-	0.03
Radiología	Personal	-	-	-	-	-	-
	Consumo	-	4 721	-	3.5	-	0.10
Total	Personal	211 427	397 617	1 567	2 944	46.44	87.76
	Consumo	-	112 731	-	833.66	-	25.04
TOTAL GENERAL		211 427	510 348	1 567	3 777.66	46.44	113.00

Número de instrumentos = 135
Coeficiente = $\frac{1}{135}$ = 0.007407

Número de actividades = 4502
Coeficiente = $\frac{1}{4502}$ = 0.00022212

$\frac{u.r.}{instr.}$ = Coef. x Instr. $\frac{u.m.}{instr.}$ = Coef. x Instr. $\frac{u.r.}{act.}$ = Coef. x Act.

CONSULTA		Cantidad anual		Cantidad x unidad Instrumento		Cantidad x unidad Actividades	
		u.r.	u.m.	u.r.	u.m.	u.r.	u.m.
Directo	Personal	48 416	124 357	5.01	12.9	0.725	1.86
	Consumo	-	38 702	-	4		
Dirección	Personal	1 479	5 614	0.15	0.58	0.022	0.08
	Consumo	-	1 115	-	0.11	-	0.016
Administración	Personal	15 056	23 988	1.56	2.5	0.225	0.36
	Consumo	-	4 953	-	0.51	-	0.07
Alimentación	Personal	606	773	0.06	0.8	0.009	0.011
	Consumo	-	1 969	-	0.2	-	0.029
Lavandería	Personal	800	686	0.08	0.07	0.011	0.01
	Consumo	-	324	-	0.03	-	0.004
Aseo	Personal	12 014	15 036	1.24	1.55	0.180	0.225
	Consumo	-	560	-	0.06	-	0.008
Transporte	Personal	6 766	8 601	0.70	0.9	0.095	0.128
	Consumo	-	6 089	-	0.6	-	0.091
Mantenimiento	Personal	3 426	5 108	0.35	0.51	0.048	0.076
	Consumo	-	5 580	-	0.56	-	0.083
Farmacia	Personal	7 755	20 077	0.80	2	0.109	0.30
	Consumo	-	141	-	0.01	-	0.002
Laboratorio	Personal	2 689	8 329	0.28	0.83	0.037	0.125
	Consumo	-	487	-	0.05	-	0.007
Esterilización	Personal	520	643	0.05	0.06	0.007	0.009
	Consumo	-	359	-	0.035	-	0.005
Enfermería	Personal	565	2 371	0.06	2.4	0.007	0.035
	Consumo	-	34	-	0.003	-	0.0005
Servicio Social	Personal	855	3 749	0.09	0.38	0.012	0.056
	Consumo	-	459	-	0.046	-	0.0068
Radiología	Personal	-	-	-	-	-	-
	Consumo	-	472	-	0.047	-	0.007
Total	Personal	100 947	219 314	10.4	23	1.5	3.27
	Consumo	-	61 243	-	6.5	-	0.90
TOTAL GENERAL		100 947	280 557	10.4	29.5	1.5	4.17

1ras. Consultas 48 277

Número de instrumentos = 9666

Coeficiente = $\frac{1}{9666}$ = 0.00010345

Número de actividades = 66733

Coeficiente = $\frac{1}{66733}$ = 0.000014985

ODONTOLOGIA		Cantidad anual		Cantidad x unidad Instrumento		Cantidad x unidad Actividades	
		u.r.	u.m.	u.r.	u.m.	u.r.	u.m.
Directo	Personal	7 750	41 879	1.000	5.403	0.44	2.38
	Consumo	-	67	-	0.008	-	0.004
Dirección	Personal	235	895	0.03	0.115	0.013	0.05
	Consumo	-	177	-	0.023	-	0.01
Administración	Personal	2 393	3 812	0.308	0.492	0.136	0.021
	Consumo	-	787	-	0.101	-	0.044
Alimentación	Personal	96	123	0.012	0.016	0.005	0.006
	Consumo	-	313	-	0.04	-	0.017
Lavandería	Personal	127	106	0.016	0.014	0.007	0.006
	Consumo	-	51	-	0.006	-	0.002
Aseo	Personal	81	101	0.010	0.013	0.004	0.005
	Consumo	-	4	-	0.0005	-	0.0002
Transporte	Personal	-	-	-	-	-	-
	Consumo	-	-	-	-	-	-
Mantenimiento	Personal	23	34	0.002	0.004	0.001	0.002
	Consumo	-	38	-	0.005	-	0.002
Farmacia	Personal	22	57	0.002	0.007	0.001	0.003
	Consumo	-	1	-	0.0001	-	0.00005
Laboratorio	Personal	-	-	-	-	-	-
	Consumo	-	-	-	-	-	-
Esterilización	Personal	21	25	0.002	0.003	0.001	0.001
	Consumo	-	15	-	0.002	-	0.0008
Enfermería	Personal	-	-	-	-	-	-
	Consumo	-	-	-	-	-	-
Servicio Social	Personal	-	-	-	-	-	-
	Consumo	-	-	-	-	-	-
Radiología	Personal	-	-	-	-	-	-
	Consumo	-	-	-	-	-	-
Total	Personal	10 748	47 032	1.38	6.06	0.61	2.67
	Consumo	-	1 471	-	0.19	-	0.08
TOTAL GENERAL		10 748	48 503	1.38	6.25	0.61	2.75

1ras. Consultas: 14 637
Todas las " : 17 574

Número de instrumentos = 7 750
Coeficiente = $\frac{1}{7750}$ = 0.00012903

Número de actividades = 17 574
Coeficiente = $\frac{1}{17574}$ = 0.000056902

VACUNACION		Cantidad anual		Cantidad x unidad Instrumento		Cantidad x unidad Actividades	
		u.r.	u.m.	u.r.	u.m.	u.r.	u.m.
Directo	Personal	7 417	8 210	1	1.107	0.2042	0.226
	Consumo	-	7 750	-	1.045	-	0.213
Dirección	Personal	225	855	0.03	0.115	0.0061	0.0235
	Consumo	-	170	-	0.023	-	0.0046
Administración	Personal	2 293	3 654	0.309	0.493	0.0631	0.1
	Consumo	-	754	-	0.102	-	0.02
Alimentación	Personal	92	118	0.012	0.016	0.0025	0.0032
	Consumo	-	300	-	0.04	-	0.0082
Lavandería	Personal	122	102	0.016	0.014	0.0033	0.0028
	Consumo	-	49	-	0.0066	-	0.0013
Aseo	Personal	68	85	0.009	0.0114	0.0018	0.0023
	Consumo	-	3	-	0.0004	-	0.0008
Transporte	Personal	3 267	4 157	0.44	0.56	0.0899	0.114
	Consumo	-	2 939	-	0.396	-	0.0809
Mantenimiento	Personal	19	29	0.0025	0.004	0.0005	0.0007
	Consumo	-	32	-	0.0043	-	0.0088
Farmacia	Personal	-	-	-	-	-	-
	Consumo	-	-	-	-	-	-
Laboratorio	Personal	-	-	-	-	-	-
	Consumo	-	-	-	-	-	-
Esterilización	Personal	98	122	0.0132	0.0164	0.0026	0.00336
	Consumo	-	67	-	0.009	-	0.0018
Enfermería	Personal	75	314	0.0101	0.043	0.0020	0.0086
	Consumo	-	5	-	0.0067	-	0.00013
Servicio Social	Personal	-	-	-	-	-	-
	Consumo	-	-	-	-	-	-
Radiología	Personal	-	-	-	-	-	-
	Consumo	-	-	-	-	-	-
Total	Personal	13 676	17 642	1.8438	2.378	0.376	0.486
	Consumo	-	12 069	-	1.627	-	0.332
TOTAL GENERAL		13 676	29 711	1.8438	4.005	0.376	0.818

1ras. dosis = 14219 (Excluida Mantoux)
2das. y otras = 22089
Total = 36308

Número de instrumentos = 7417
Coeficiente = $\frac{1}{7417}$ = 0.00013482

Número de actividades = 36308
Coeficiente = $\frac{1}{36308}$ = 0.000027542

INSPECCIONES		Cantidad anual		Cantidad x unidad Instrumento		Cantidad x unidad Actividades	
		u.r.	u.m.	u.r.	u.m.	u.r.	u.m.
Directo	Personal	3 667	4 932	1	1.345	1.1	1.48
	Consumo	-	172	-	0.047	-	0.051
Dirección	Personal	113	427	0.031	0.116	0.03	0.128
	Consumo	-	85	-	0.023	-	0.025
Administración	Personal	1 146	1 827	0.312	0.498	0.34	0.548
	Consumo	-	377	-	0.103	-	0.113
Alimentación	Personal	46	59	0.0125	0.016	0.013	0.017
	Consumo	-	150	-	0.041	-	0.045
Lavandería	Personal	61	51	0.0166	0.014	0.018	0.015
	Consumo	-	25	-	0.007	-	0.007
Aseo	Personal	68	85	0.0185	0.023	0.020	0.025
	Consumo	-	3	-	0.0008	-	0.0009
Transporte	Personal	-	2 076	0.445	0.566	0.489	0.622
	Consumo	-	1 469	-	0.4	-	0.440
Mantenimiento	Personal	-	29	0.005	0.008	0.005	0.0087
	Consumo	-	32	-	0.009	-	0.009
Total	Personal	5 101	9 486	1.84	2.587	2.015	2.845
	Consumo	-	2 313	-	0.631	-	0.692
TOTAL GENERAL		5 101	11 799	1.84	3.218	2.015	3.537

Número de instrumentos = 3667

Coeficiente = $\frac{1}{3667} = 0.2727$

Número de actividades = 3335

Coeficiente = $\frac{1}{3335} = 0.3$

CONSTRUCCIONES		Cantidad anual		Cantidad x unidad Instrumento		Cantidad x unidad Actividades	
		u.r.	u.m.	u.r.	u.m.	u.r.	u.m.
Directo	Personal	4 000	7 253	1	1.813	37.38	67.78
	Consumo	-	9 554	-	2.388	-	89.28
Dirección	Personal	122	464	0.030	0.116	1.14	4.33
	Consumo	-	92	-	0.023	-	0.86
Administración	Personal	1 246	1 986	0.311	0.496	11.64	18.56
	Consumo	-	410	-	0.102	-	3.83
Alimentación	Personal	50	64	0.012	0.016	0.46	0.60
	Consumo	-	163	-	0.040	-	1.52
Lavandería	Personal	66	55	0.016	0.013	0.61	0.51
	Consumo	-	27	-	0.006	-	0.25
Transporte	Personal	1 663	2 076	0.415	0.519	15.54	19.40
	Consumo	-	1 469	-	0.367	-	13.73
Total	Personal	7 147	11 898	1.78	2.97	66.51	111.19
	Consumo	-	11 715	-	2.93	-	109.67
TOTAL GENERAL		7 147	23 613	1.78	5.90	66.51	220.86

Número de instrumentos = 4000

Coeficiente = $\frac{1}{4000}$ = 0.000025

Número de actividades = 107

Coeficiente = $\frac{1}{107}$ = 0.0093457

VISITAS DOMICILIARIAS		Cantidad anual		Cantidad x únidad Instrumento		Cantidad x unidad Actividades	
		u.r.	u.m.	u.r.	u.m.	u.r.	u.m.
Directo	Personal	7 000	8 086	1	1.155	4.89	5.65
	Consumo	-	19	-	0.003	-	0.013
Dirección	Personal	215	818	0.031	0.117	0.150	0.571
	Consumo	-	162	-	0.023	-	0.113
Administración	Personal	2 194	3 495	0.313	0.499	1.53	2.442
	Consumo	-	722	-	0.103	-	0.50
Alimentación	Personal	88	112	0.0125	0.016	0.061	0.078
	Consumo	-	287	-	0.041	-	0.20
Lavandería	Personal	116	97	0.016	0.014	0.081	0.067
	Consumo	-	47	-	0.0067	-	0.032
Aseo	Personal	32	39	0.004	0.0055	0.022	0.027
	Consumo	-	1	-	0.0001	-	0.0006
Transporte	Personal	3 268	4 154	0.466	0.593	2.283	2.90
	Consumo	-	2 940	-	0.42	-	2.082
Mantenimiento	Personal	10	13	0.0014	0.002	0.006	0.009
	Consumo	-	14	-	0.002	-	0.009
Enfermería	Personal	70	295	0.01	0.042	0.048	0.206
	Consumo	-	4	-	0.0006	-	0.002
Servicio Social	Personal	428	1 875	0.061	0.268	0.30	1.310
	Consumo	-	229	-	0.0327	-	0.160
Total	Personal	1 916	2 711	9.37	2.711	9.37	13.26
	Consumo	-	0.632	-	0.632	-	3.09
TOTAL GENERAL		1 916	3.343	9.37	3.343	9.37	16.35

Número de instrumentos = 7000

Coeficiente = $\frac{1}{7000}$ = 0.0001428

Número de actividades = 1431

Coeficiente = $\frac{1}{1431}$ = 0.0006988

SUBSIDIOS		Cantidad anual		Cantidad x unidad Instrumento		Cantidad x unidad Actividades	
		u.r.	u.m.	u.r.	u.m.	u.r.	u.m.
Directo	Personal	3 750	4 166	1	1.110	1.11	1.236
	Consumo	-	67 735	-	18.058	-	20.10
Dirección	Personal	113	427	0.030	0.113	0.033	1.126
	Consumo	-	85	-	0.022	-	0.025
Administración	Personal	1 146	1 827	0.305	0.487	0.340	0.542
	Consumo	-	377	-	0.100	-	0.111
Alimentación	Personal	46	59	0.012	0.015	0.136	0.017
	Consumo	-	150	-	0.039	-	0.044
Lavandería	Personal	61	51	0.016	0.013	0.018	0.015
	Consumo	-	25	-	0.006	-	0.007
Aseo	Personal	43	55	0.011	0.014	0.012	0.016
	Consumo	-	2	-	0.0005	-	0.0005
Mantenimiento	Personal	12	18	0.003	0.004	0.0035	0.005
	Consumo	-	20	-	0.005	-	0.005
Total	Personal	5 171	6 603	1.377	1.756	1.652	2.25
	Consumo	-	68 394	-	18.2305	-	20.30
TOTAL GENERAL		5 171	74 997	1.377	19.9865	1.652	22.55

Número de instrumentos = 3750 (Hs. de personal)

Coeficiente = $\frac{1}{3750}$ = 0.0002666

Número de actividades = 3369 (Personas subsidiadas)

Coeficiente = $\frac{1}{3369}$ = 0.0002968

ALIMENTACION SUPLEMENTARIA		Cantidad anual		Cantidad x unidad Instrumento		Cantidad x unidad Actividades	
		u.r.	u.m.	u.r.	u.m.	u.r.	u.m.
Directo	Personal	2 500	3 165	1	1.266	0.029	0.037
	Consumo	-	92 623	-	37.05	-	1.09
Dirección	Personal	78	297	0.0312	0.119	0.0009	0.003
	Consumo	-	59	-	0.0236	-	0.00069
Administración	Personal	798	1 271	0.319	0.508	0.009	0.014
	Consumo	-	262	-	0.105	-	0.003
Alimentación	Personal	33	41	0.0132	0.0164	0.00038	0.0004
	Consumo	-	104	-	0.0416	-	0.001
Lavandería	Personal	44	36	0.0176	0.0144	0.00052	0.0004
	Consumo	-	17	-	0.007	-	0.002
Aseo	Personal	20	24	0.008	0.01	0.00023	0.0002
	Consumo	-	1	-	0.0004	-	0.00001
Mantenimiento	Personal	6	8	0.002	0.0032	0.00007	0.00009
	Consumo	-	9	-	0.0036	-	0.0001
Enfermería	Personal	25	101	0.1	0.004	0.00029	0.001
	Consumo	-	1	-	0.0004	-	0.00001
Total	Personal	3 504	4 943	1.4	1.98	0.04	0.058
	Consumo	-	93 076	-	37.23	-	1.096
TOTAL GENERAL		3 504	98 019	1.4	39.21	0.04	1.154

Número de instrumentos = 2500 (Hs. de personal)

Coeficiente = $\frac{1}{2500}$ = 0.4

Número de actividades = 84864 (Kgs. de leche entregada)

Coeficiente = $\frac{1}{84864}$ = 11783

Número de personas que recibieron leche = 51 533

Concentración por beneficiario = 1.646 Kgs. de leche.

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE
PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

Curso de Planificación
de la Salud, 1965

Cuadro Nº 6

ATRIBUTOS DE ACTIVIDADES E INSTRUMENTOS

	Hospitaliz.	Consulta	Odontolog.	Vacunac.	Inspecc.	Construc.	Visit. D.	Subsidios	Alim. S.
Gasto anual	510 348.00	280 557.00	48 503.00	29 711.00	11 799.00	23 633.00	23 409.00	74 997.00	98 019.00
ACTIVIDADES									
Número total	4 502.00	66 733.00	17 574.00	36 308.00	3 335.00	417.00	1 431.00	3 369.00	84 864.00
Tasa cruda x 1 000 habs.	73.80	1 094.00	288.00	595.30	54.66	1.75	23.45	55.20	1 063.30
Número de primeras	-	48 277.00	14 637.00	14 219.00	1 329.00	107.00	1 431.00	3 369.00	12 671.00
Tasa cruda x 1 000 habs.	73.80	791.50	240.00	233.10	21.78	1.75	23.45	55.20	844.83
Concentración media	1.00	1.38	1.20	2.55	2.51	1.00	1.00	1.00	6.70
Duración media	Días 7.90	Min. 8.70	Min.26.40	Min.12.20	Hs. 1.09	Hs. 37.38	Hs. 4.89	Hs. 1.11	Min. 1.76
Costo medio	Eº 113.00	Eº 4.17	Eº 2.75	Eº 0.82	3.53	56.67	16.35	22.55	1.15
INSTRUMENTOS									
Número total	135.00	9 666.00	7 750.00	7 417.00	3 667.00	4 000.00	7 000.00	3 750.00	2 500.00
Camas año	135.00	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa cruda x 1 000 habs.	2.20	158.40	127.00	121.60	60.10	65.56	114.73	61.47	40.97
Camas días disponibles	49 275.00	-	-	-	-	-	-	-	-
Camas días utilizadas	35 559.00	-	-	-	-	-	-	-	-
Grado de utilización	0.72	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Rendimiento	33.34	6.91	2.26	4.89	0.91	0.10	0.20	0.90	33.90
Costo medio (cama año)	Eº 3 803.55	-	-	-	-	-	-	-	-
Costo medio (cama día disp.)	Eº 10.35	-	-	-	-	-	-	-	-
Costo medio (cama día util.)	Eº 14.35	-	-	-	-	-	-	-	-
Costo medio	-	29.03	6.26	4.00	3.21	5.90	3.34	-	-

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE
PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

Curso de Planificación
de la Salud, 1965

EJEMPLO DE NORMAS TECNICAS
PROBABILIDAD DE ADQUIRIR, MEJORAR Y MORIR EN CADA DAÑO

Daño	Probabilidad de enfermar1/		Probabilidad de mejorar2/		Probabilidad de morir2/		Población susceptible3/
	No protegidos (1)	Protegidos (2)	No tratados (3)	Tratados (4)	No tratados (5)	Tratados (6)	(7)
Senilidad, mal definidas y desconocidas B45	-	-	-	-	-	-	-
Tuberculosis B1, B2	0.02	0.004	0.90	0.95	0.10	0.05	- 15 años
Sífilis B3	0.001	0.001	0.90	1.00	0.10	0.00	-
Fiebre tifoidea B4	0.01	0.004	0.90	0.99	0.10	0.015	15 - 44 años
Disentería y gastroenteritis B6, B36	0.20	0.04	0.96	0.99	0.04	0.01	- 5 "
Difteria B8	0.005	0.001	0.75	0.95	0.25	0.05	1 - 14 "
Tos ferina B9	0.04	0.015	0.90	0.99	0.10	0.01	- 5 "
Poliomielitis aguda B12	0.001	0.0001	0.88	0.90	0.12	0.10	- 5 "
Sarampión B14	0.15	0.015	0.990	0.995	0.01	0.005	- 5 "
Tifus y otras erfermedades por rickettsias B15	0.01	0.003	0.90	0.99	0.10	0.01	5 - 44 "

1/ Anual por habitante.

2/ Anual por enfermo.

3/ Según norma nacional.

Daño	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Viruela	0.001	0.000	0.95	0.98	0.05	0.02	No vacunados
Rabia	0.000 005	0.000 000	0.00	0.00	1.00	1.00	Total
Otras enfermedades infecciosas y parasitarias B5, I10, B11, B16, B17, B23	-	-	-	-	-	-	-
Tumores B18 y B19	-	-	-	-	-	-	-
Enfermedades cardiovasculares degenerativas B22, B26, B27, B28, B29	-	-	-	-	-	-	-
Estreptocóccicas y fiebre reumática B7, B24, B25, B38	-	-	-	-	-	-	-
Gripe, bronquitis B30, B32	-	-	-	-	-	-	-
Neumonias B31	-	-	0.70	0.99	0.30	0.01	-
Cirrosis hepática B 37	-	-	-	-	-	-	-
Embarazo, parto y puerperio normal B40 a	-	-	-	-	-	-	= R. N.
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio B40 b	0.008	0.008	0.990	0.999	0.01	0.005	= R. N.
Niños con lesiones del parto B42, B43	0.008	0.008	0.55	0.97	0.35	0.20	= R. N.
Distrofias B44	0.005	0.003	0.50	0.90	0.40	0.10	= R. N.
Inmaturidad	0.0004	0.0003	0.80	0.90	0.20	0.15	= R. N.
Accidentes y violencias B47 a B50	-	-	-	-	-	-	-
Las demás causas B20, B21, B33, B34, B35, B39, B41, B46	-	-	-	-	-	-	-
Sanos	-	-	-	-	-	-	-

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Curso de Planificación de la Salud, 1965

PRONOSTICO PROVINCIAL DE LOS DAÑOS *

Daño	Mortalidad Egresos Consultas	COQUIMBO (La Serena, Coquimbo, etc.) 1964	COQUIMBO (La Serena, Coquimbo, etc.) 1975	ATACAMA (Vallenar) 1964	ATACAMA (Vallenar) 1975
Tuberculosis B 1, B 2	M	41.92	30.56	60.44	46.49
	E	184.28	207.56	205.66	244.57
	C	1 944.76	2 042.29	1 624.47	2 116.40
Fiebre tifoidea B 4	M	3.92	4.07	4.17	4.84
	E	35.59	30.05	28.49	28.09
	C	80.53	87.10	29.18	36.32
Disentería y gastroenteritis B 6, B 36	M	93.31	145.17	95.19	112.36
	E	306.13	438.82	329.34	360.80
	C	6 622.39	6 963.49	5 441.06	7 070.31
Difteria B 8	M	0.30	0.30	-	-
	E	2.71	2.29	-	-
	C	3.37	3.56	-	-
Tos ferina B 9	M	27.45	14.52	6.95	4.84
	E	8.44	7.13	3.47	2.42
	C	20.21	21.65	17.37	13.56
Poliomielitis aguda B 12	M	0.30	2.55	6.95	4.84
	E	1.50	1.27	-	-
	C	-	-	-	-
Sarampión B 14	M	6.03	8.15	39.60	53.27
	E	37.30	56.28	24.32	24.22
	C	1 365.98	1 438.44	935.26	1 216.08
Tifus y otras enfermedades por rickettsias B 15	M	-	-	-	-
	E	0.60	0.51	-	-
	C	-	-	-	-
Embarazo, parto y puerperio normal B 40 a	M	-	-	-	-
	E	1 836.48	2 647.92	1 929.49	2 330.94
	C	7 449.09	9 591.30	7 237.15	9 406.58

* Extrapolación de las tendencias de las tasas (00/000) observadas en la década 1955 - 1964.

Daño	Mortalidad Egresos Consultas	COQUIMBO (La Serena, Coquimbo, etc.)		ATACAMA (Vallenar)	
		1964	1975	1964	1975
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio B 40 b	M	14.18	13.24	10.42	10.65
	E	712.70	406.22	1 033.87	807.81
	C	888.84	937.23	594.76	771.49
Distrofias B 44	M	83.85	97.03	55.58	82.33
	E	11.46	14.52	11.11	15.01
	C	619.50	654.02	277.92	359.35
El resto de los daños	M	954.59	1 110.66	780.97	894.02
	E	3 042.31	3 696.95	3 330.92	3 563.00
	C	50 109.92	52 705.21	31 417.27	40 791.70
Enfermedades de los dientes	U.T.O.	47 629.61	47 629.61	36 546.36	36 546.36

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL

Curso de Planificación de la Salud, 1965

Metodología de Planificación de la Salud

Modelo Docente

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

PRONOSTICO POR DAÑO

MODELO / AREA

Daño: Distrofias

TERMINOS	Año -1		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	No.	Tasa o/oo											No.	Tasa o/oo
1. Mortalidad														
- Muertes evitadas con política de salud constante	62	1.29	64.63	67.26	69.89	72.52	75.15	77.78	80.41	83.04	85.67	88.30	91	1.29
- Muertes esperadas la. estimación	58	1.21	63.36	68.72	74.08	79.44	84.80	90.16	95.52	100.88	106.24	111.60	117	1.66
Estimación corregida	58		62.30	66.60	70.90	75.20	79.50	83.80	88.10	92.40	96.70	101	105.3	
- Mortalidad constante	58	1.21	60.51	63.02	65.53	68.04	70.55	73.06	75.57	78.08	80.59	83.10	85.63	1.21
- Muertes adicionales a evitar			1.79	3.58	5.37	7.16	8.95	10.74	12.53	14.32	16.11	18.10	19.73	
2. Demanda														
De hospitalización la. estimación	25	0.52	27.16	29.32	31.48	33.64	35.80	37.96	40.12	42.28	44.44	46.60	48.83	0.69
Estimación corregida			26.72	28.44	30.16	31.88	33.60	35.32	37.04	38.76	40.48	42.20	43.92	
De consulta la. estimación	411	8.56	441.36	471.72	502.08	532.44	562.80	593.16	623.52	653.88	684.24	714.60	745	10.53
Estimación corregida			434.60	458.20	481.80	501.40	529	552.60	576.20	599.80	623.40	647	670.6	
3. Población														
- Más susceptible														
- Total	48 010												70 766	
4. Medio														
Vivienda														
Agua potable														
Excretas														
Instrucción, etc.														
5. Política de Salud	C O N S T A N T E													

(*) D = deterioro
C = constante

NSTITUTO LATINOAMERICANO DE
LANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL

urso de Planificación
e la Salud, 1965

Metodología de Planificación de la Salud
Modelo Docente

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

PRONOSTICO POR DAÑO

MODELO
AREA Vallenar

año: Distrofia

TERMINOS	Año - 1		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Nº	Tasa o/oo											Nº	Tasa o/oo
. Mortalidad														
- Muertes evitadas con política de salud constante														
- Muertes esperadas la. estimación														
Estimación corregida														
- Mortalidad constante														
- Muertes adicionales a evitar														
. Demanda														
De hospitalización la. estimación														
Estimación corregida	25			25				30.5					36	
De consulta la. estimación														
Estimación corregida	411			411				544					678	
. Población														
- Más susceptible														
- Total														
. Medio														
Vivienda														
Agua potable														
Excretas														
Instrucción, etc.														
. Política de Salud	CONSTANTE													
Sanos	182	3.79		195				225					268	
Población	48 010			51 519				59 326					70 766	

*) D = deterioro
C = constante

NSTITUTO LATINOAMERICANO DE
LANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

Metodología de Planificación de la Salud

Modelo Docente

urso de Planificación
e la Salud, 1965

PRONOSTICO POR DAÑO

MODELO / AREA Vallenar

Daño: Sarampión

Terminos	Año - 1		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Nº	Tasa o/oo											Nº	Tasa o/oo
. Mortalidad														
- Muertes evitadas con política de salud constante	9.63	0.2	10.04	10.45	10.85	11.27	11.68	12.09	12.50	12.91	13.32	13.73	14.15	0.2
- Muertes esperadas 1ª estimación	26	0,50	27,62	29.24	30.86	32.48	34.10	35.72	37.34	38,96	40.58	42.20	43.87	0.62
Estimación corregida														
- Mortalidad constante	26	0.50	26.85	27.70	28.55	29.40	30.25	31.10	31.95	32.80	33.65	34.50	35.38	0.50
- Muertes adicionales a evitar			0.77	1.54	2.31	3.08	3.85	4.62	5.39	6.16	6.93	7.70	8.49	0.12
. Demanda														
De hospitalización 1ª estimación	60	1.24	59.31	58.62	57.93	57.24	56.55	55.86	55.17	54.48	53.79	53.10	52.36	0.74
Estimación corregida														
De consulta 1ª estimación	1 094	22.82	1 175.06	1 256.12	1 337.18	1 418.24	1 499.30	1580.36	1 661.42	1 742.48	1 823.54	1 904.60	1 985.69	28.06
Estimación corregida														
. Población														
- Más susceptible														
- Total														
. Medio														
Vivienda														
Agua potable														
Excretas														
Instrucción, etc.														
. Política de Salud	C O N S T A N T E													

(*) D = deterioro
C = constante

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE
PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

Curso de Planificación
de la Salud, 1965

Metodología de Planificación de la Salud

Modelo Docente

MODELO
AREA

Daño: Sarampión

PRONOSTICO POR DAÑO

Términos	Año - 1		0	1	3	4	5	6	7	8	9		10	
	Nº	Tasa o/oo											Nº	Tasa o/oc
1. Mortalidad														
- Muertes evitadas con política de salud constante														
- Muertes esperadas 1ª estimación														
Estimación corregida														
- Mortalidad constante														
- Muertes adicionales a evitar														
2. Demanda														
De hospitalización 1ª estimación														
Estimación corregida	60			60				81					102	
De consulta 1ª estimación														
Estimación corregida	1 094			1 094				1 515					1 936	
3. Población														
- Más susceptible														
- Total														
4. Medio														
Vivienda														
Agua potable														
Excretas														
Instrucción, etc.														
5. Política de Salud	C O N S T A N T E													

(*) D = deterioro

C = constante

Instituto Latinoamericano de
Planificación Económica y Social

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

Curso de Planificación de Salud, 1965

PLANIFICACION DE LA SALUD

Tipos de Normas requeridas (Esquemático)

A. SUJETO, ESPACIO Y TIEMPO DE LA PLANIFICACION

1. Delimitación del sector salud
2. Delimitación de las áreas programáticas: locales y regionales
3. Período que cubrirá el diagnóstico y el plan

B. METODO PARA PLANIFICAR

1. Metodología que se empleará
2. Responsabilidad de cada nivel técnico-administrativo en la aplicación de las etapas metodológicas
3. Términos de referencia que se usarán en cada etapa
4. Procesos que se desarrollarán en cada etapa
5. Enfasis relativo de las etapas metodológicas
6. Plazos para el cumplimiento de las labores de cada etapa
7. Los aspectos metodológicos que se aplicarán a datos sobre universos y sobre muestras

C. LOS DAÑOS DE LA SALUD

1. Identificación y clasificación. Los atributos de cada daño. Los procedimientos estadísticos
2. Las poblaciones más susceptibles a los daños
3. Las probabilidades de adquirir los daños en problaciones con y sin protección. Las probabilidades de recuperación, sobrevida, muerte, etc. de los enfermos tratados y no tratados.
4. Medición de la producción de salud: términos, unidades

D. LAS ACTIVIDADES DE LA SALUD

1. Identificación
2. Atributos
   a) Duración del efecto
   b) Concentración anual por sujeto en cada daño

c) Composición y forma de expresión de ella

d) Tiempo requerido para su ejecución

3. Tiempo de maduración

4. Proporción perteneciente al sector salud, de las multisectoriales

5. Proporción perteneciente a un daño, en las de efecto múltiple

E. LOS INSTRUMENTOS DE LA ACTIVIDAD

1. Identificación

2. Atributos

a) Composición y forma de expresión

b) Grado de utilización

c) Rendimiento

3. Tiempo de latencia

F. LAS TECNICAS DE PRODUCCION DE SALUD

1. Identificación de las técnicas

2. Identificación de las actividades componentes: nucleares, complementarias

3. Proporción de las actividades componentes de una técnica

G. LOS PROGRAMAS DE OPERACION

1. Identificación

2. Especificación de las actividades componentes

3. Los plazos para la operación de los programas

4. Los sistemas de control de ejecución de los programas

H. LA EJECUCION DE LAS OPERACIONES PROGRAMADAS

Detalle de las normas:

1. Técnicas

2. Administrativas

3. Contables

4. Estadísticas

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Curso de Planificación de la Salud, 1965

NORMAS SOBRE TECNICAS DE PRODUCCION DE LA SALUD

Las opiniones de los especialistas consultados con respecto a las técnicas de producción de la salud que deben considerarse en el presente esfuerzo de planificación del sector, son las siguientes:

1. Se reconocerán dos técnicas de producción de salud:
   a) Técnica de prevención de daños.
   b) Técnica de reparación de daños.
2. Los efectos de producción de salud de las correspondientes técnicas se medirán de la siguiente manera:
   a) Técnica de prevención: daños evitados (muertes evitadas).
   b) Técnica de reparación: daños reparados y muertes evitadas.
3. En caso de dificultad, se estimará el efecto según el más próximo indicador posible, en el siguiente orden: caso sobreviviente, caso atendido normalizado, caso atendido observado.

Daños	Técnica de prevención	Técnica de reparación
22 Senilidad, mal definidas y desconocidas B45	-	H. Conc. obs. $\frac{C}{H}$ por caso = obs. C " "
33 Tuberculosis B1, B2 26 Sanos adultos *	BCG Conc. 1 (Sin PPD)	H. Conc. 1 $\frac{C}{H}$ por caso = 5 C. " 6
4 Sífilis B3 26 Sanos adultos	-	H. Conc. 0 (la la. incluye su- C. " 3 puestos sanos)
5 Fiebre tifoidea B4	Agua Conc. 1 Alcant. " 1 Insp. est. 8/est.	H. Conc. 1 $\frac{C}{H}$ por caso = 1 C. " 1
6 Disentería y gastroenteritis B6, B36 22 Distrofias B44 26 Sanos (infantil)*	Agua Conc. 1 Alcant. " 1 Insp. est. 8/est.	H. Conc. 1 $\frac{C}{H}$ por caso = 20 C. " 3.5
7 Difteria B8 *	Vacunac. Conc. 2 (la. vez) " 1 (siguientes)	H. Conc. 1 $\frac{C}{H}$ por caso = 1 C. " 1
8 Tos ferina B9 *	Vacunac. Conc. 2	H. Conc. 1 $\frac{C}{H}$ por caso = 10 C. " 1

Daños	Tecnicas de prevención	Técnica de reparación
9 Poliomielitis aguda B12 *	Vacunación Conc. 2	H. Conc. 1 C/H C. " 5 por caso = 5
10 Sarampión B14 *	Vacunac. Conc. 1	H. Conc. 1 C/H C. " 3 por caso = 20
Viruela	Vacunc. Conc. 1	- -
Rabia	Vacunac. Perros Conc. 1 Vacunac. Personas " 14 Eliminación perros área urbana 1 semana 2 veces al año 1 insp./10.000 habs. (1 perro/10 habs.)	
11 Tifus y otras enfermedades por rickettsias B15	Insp. 8/est. (para desratización y desinsectación)	H. Conc. 1 C/H C. " 1 por caso = 1
12 Otras enfermedades infecciosas y parasitarias B5, B10, B11, B16, B17, B23	-	H. Conc. obs. C/H C. " " por caso = obs.
13 Tumores B18 y B19	-	H. Conc. 1 C/H C. " 5 por caso = 2
14 Enfermedades cardiovasculares degenerativas B22, B26, B27, B28, B29	-	H. Conc. 1 C/H C. " 3 por caso = 3
15 Estreptocóccicas y fiebre reúmatica B7, B24, B25, B38	-	H. Conc. 1 C/H C. " 4 por caso = 2
16 Gripe, bronquitis B30, B32	-	H. Conc. 1 C/H C. " 2 por caso = 15
17 Neumonias B31	-	H. Conc. 1 C/H C. " 1 por caso = 1
18 Cirrosis hepática B37	-	H. Conc. 1 C/H C. " 5 por caso = 4
19 Embarazo, parto y puerperio normal B40 a 20 Complicaciones del embarazo, parto y puerperio B40 b	-	H. Conc. 1 C/H C. " 7 por caso = 1
21 Niños con lesiones del parto B42, B43	-	H. Conc. 1 C/H C. " 1 por caso = 1
22 Distrofias B44 *	Véase 6	Véase 6

años		Técnica de prevención	Técnica de reparación
3	Inmaturidad	-	H. Conc. 1 $\frac{C}{H}$ por caso = 1 C. " 1 $\frac{C}{H}$
4	Accidentes y violencias B47 a B50	-	H. Conc. 1 $\frac{C}{H}$ por caso = 10 C. " 2 $\frac{C}{H}$
5	Las demás causas B20, B21, B33, B34, B35, B39, B41, B46	-	H. Conc. obs. $\frac{C}{H}$ por caso = obs. C. " " $\frac{C}{H}$
6	Sanos	Véase 3, 4 y 6	Véase 3, 4 y 6
7	Odontología	-	H. Conc. obs. $\frac{C}{H}$ por caso = obs. C. " " $\frac{C}{H}$

Alimentación suplementaria:

Leche 24 kgs. persona año
Visita domiciliaria 2 por año

NORMA SOBRE RENDIMIENTO DE LOS INSTRUMENTOS

nstrumentos		Rendimiento
. Med. Consulta		6 - 8 consulta por hora
. Cons. Odont.		7,5 U.T.O. por hora
. Vacunac.	Viruela	20 Vac. por hora
	Mixta	15 " " "
	Toxoide	15 " " "
	Polio	15 " " "
	Rabia	10 " " "
	Sarampión	10 " " "
	BCG	15 " " "
. Insp.	Insp. Establec.	2 insp. por hora
. Visitad.	Visita Al. Suplem.	2 Visita por hora
. Constructor		Observado
. Aliment.	Kgrs. leche 35	35 Kgrs. por hora

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Metodología de Planificación de la Salud

Curso de Planificación de la Salud, 1965

Modelo Docente

ASIGNACION DE LA POLITICA DE SALUD A LOS DAÑOS

Cuadro 26 A

Daño: Sarampión

Observado [X] Normalizado [ ]

MODELO / AREA

1964 / Año

Tipo	Actividades										
	Cantidad		Concentración	Costos anuales							
				Gasto anual		Ajuste del gasto			Costo unitario	Costo total
	Total	Primeros		Unitario	Total	A salud	Al daño	Años efecto		
Hospitalización	60	60	1	81.40	4 884	1	1	1	81.40	4 884.00
Consulta médica	2 096	1 094	1.91	4.42	9 264.32	1	1	1	4.42	9 264.32
Inspección vivienda										
Inspección establecimiento										
Vacunación	588	588	1	0.26	152.89	1	1	5	0.052	30.57
Vacunación										
Agua potable										
Alimentación suplementaria	4 360	624	6.98	0.09	405.48	1	1	1	0.09	405.48
				Total	14 706.69				Total	14 584.37

Tipo	Instrumentos									
	Número disponible	Grado de uso	Rendimiento	Costos anuales						
				Gasto anual		Ajuste del gasto			Costo unitario	Costo total
				Unitario	Total	A salud	Al daño	Años efecto		
Cama-día	550	0.70	39.74	8.88	4 884	1	1	1		4 884.0
Hora-médico	253	1	8.28	36.55	9 247.15	1	1	1	36.55	9 247.15
Hora-inspector										
Hora-vacunador	53	1	11.01	2.89	153.17	1	1	5	0.58	30.63
Hora-vacunador										
Agua potable						1				
Alimentación suplementaria	75	1	58.05	5.44	408.0					408.0
				Total	14 692.32				Total	14 569.78

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL

Curso de Planificación de la Salud, 1965

Metodología de Planificación de la Salud
Modelo Docente

ASIGNACION DE LA POLITICA DE SALUD A LOS DAÑOS

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Daño: Sarampión

MODELO
AREA

-1 (1964)
Año

Observado [ ] Normalizado [X]

Tipo	Actividades										
	Cantidad		Concentración	Costos anuales							
				Gasto anual		Ajuste del gasto			Costo unitario	Costo total
	Total	Primeros		Unitario	Total	A salud	Al daño	Años efecto		
Hospitalización	36	36	1	88.8	3 196.80	1	1	1	88.8	3 196.80
Consulta médica	2 082	694	3	4.56	9 493.92	1	1	1	4.56	9 493.92
Inspección vivienda										
Inspección establecimiento										
Vacunación	528	528	1	0.29	153.17	1	1	5	0.058	30.60
Vacunación										
Agua potable										
Alcantarillado										
				Total	12 843.89				Total	12 721.32

Tipo	Instrumentos									
	Número disponible	Grado de uso	Rendimiento	Costos anuales						
				Gasto anual		Ajuste del gasto			Costo unitario	Costo total
				Unitario	Total	A salud	Al daño	Años efecto		
Cama-día	360	0.80	36.5	8.88	3 196.80	1	1	1	8.88	3 196.80
Hora-médico	260	1	8	36.55	9 493.92	1	1	1	36.55	9 493.92
Hora-inspector										
Hora-vacunador	53	1	10	2.89	153.17	1	1	5	0.58	30.74
Hora-vacunador										
Agua potable										
Alcantarillado										
				Total	12 843.89				Total	12 721.46

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE
PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

Curso de Planificación
de la Salud, 1965

Metodología de Planificación de la Salud

Modelo Docente

ASIGNACION DE LA POLITICA DE SALUD A LOS DAÑOS

MODELO

Daño: Distrofia

Observado [X] Normalizado [ ]

AREA

-1(1964)
Año

Tipo	Actividades										
	Cantidad		Concentración	Costos anuales							
				Gasto anual		Ajuste del gasto			Costo unitario	Costo total
	Total	Primeros		Unitario	Total	A salud	Al daño	Años efecto		
Hospitalización	25	25	1	477.03	11 925.75	1	1	1	477.03	11 925.75
Consulta médica	911 (b)	411 (a)	2.21	4.42	4 026.62 (c)	1	1	1	4.42	4 026.62
Inspección vivienda										
Inspección establecimiento										
Vacunación-Visitad.	69	15	4.60	3.27	225.63	1	1	1	3.27	225.63
Vacunación-Alimenta.	2 047	292	7.01	0.09	184.23	1	1	1	0.09	184.23
Agua potable										
Alcantarillado										
				Total	16 362.23				Total	16 362.23

Tipo	Instrumentos									
	Número disponible	Grado de uso	Rendimiento	Costos anuales						
				Gasto anual		Ajuste del gasto			Costo unitario	Costo total
				Unitario	Total	A salud	Al daño	Años efecto		
Cama-día	1 343	0.70	6.79	8.88	11 925.84	1	1	1	8.88	11 925.84
Hora-médico	110 (d)	1	8.28	36.55	4 020.50 (e)	1	1	1	36.55	4 020.50
Hora-inspector										
Hora-vacunador-Visitad.	157	1	0.44	1.44	226.08	1	1	1	1.44	226.08
Hora-vacunador-Aliment.	35	1	58.05	5.44	190.40	1	1	1	5.44	190.40
Agua potable										
Alcantarillado										
				Total	16 362.82				Total	16 362.82

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL

Metodología de Planificación de la Salud
Modelo Docente

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Curso de Planificación de la Salud, 1965

ASIGNACION DE LA POLITICA DE SALUD A LOS DAÑOS

Daño: Distrofia

MODELO / AREA

-1 (1964) Año

Observado [ ] Normalizado [X]

Tipo	Actividades										
	Cantidad		Concentración	Costos anuales							
				Gasto anual		Ajuste del gasto			Costo unitario	Costo total
	Total	Primeros		Unitario	Total	A salud	Al daño	Años efecto		
Hospitalización	12	12	1	172.80	2 073.60					2 073.60
Consulta médica	1 164(b)	233(a)	5	4.56	5 312.00(c)					5 312.00
Inspección vivienda	755	94	8	1.47	1 109.20					1 109.20
Inspección establecimiento										
Vacunación										
Vacunación										
Agua potable										
Alcantarillado										
				Total					Total	

Tipo	Instrumentos									
	Número disponible	Grado de uso	Rendimiento	Costos anuales						
				Gasto anual		Ajuste del gasto			Costo unitario	Costo total
				Unitario	Total	A salud	Al	Años efecto		
Cama-día	243	0.80	19.46	8.88	2 073.60					2 073.60
Hora-médico	145(d)	1	8	36.55	5 312.00					5 312.00
Hora-inspector	376		2	2.95	1 109.20					1 109.20
Hora-vacunador										
Hora-vacunador										
Agua potable	14 060			335	4 710.100.00	0.50	0.12	50	0.40	8 241
Alcantarillado				128	1 799 680.00	0.80	0.12	40	0.35	2 304
				Total	6 518 274.80				Total	19 039.80
									0.75	

(a) 233 + 182 = 415
(b) 1 165 + 364 = 1 529
(c) 1 529 x 4.56 = 6 972.24 ⟶ 6 972.24 + 2 073.60 = 9 045.84
(d) 145 + 46 = 191
(e) 191 x 36.55 = 6 981.05

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE
PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

Curso de Planificación
de la Salud, 1965

COSTO DEL EFECTO UNITARIO DE LA POLITICA DE SALUD

-1 (1964) Año

Vallenar Area

Observado [X]

Normalizado [ ]

Daño: Distrofia

A. Técnica de Reparación

Actividades	Costo anual por daño	Estimación de casos reparados: Casos atendidos: Sujetos atendidos Observado	Concentración: Obs.	Nor.	Obs./Nor.	Número de casos atendidos Normalizados	Casos reparados: Probabilidades de reparación: S/T	C/T	Dif.	Número	Costo por caso reparado (unidades monetarias)	Estimación muertes evitadas: Probabilidad de morir: S/T	C/T	Dif.	Número	Costo p/ muerte evitada (unidades monetarias)
Hospitalización	11 925.75	25	1	1	1	25	0.50	0.90	0.40	82	194.54	0.40	0.10	0.30	62	257.25
Consulta	4 026.62	411	2.21	5	0.44	181										
Total	15 952.37	436				206										
	Costo por caso atendido normalizado:					77.43										

B. Técnica de prevención

Actividades	Costo anual por daño	Estimación de personas protegidas: Sujetos atendidos Observado	Concentración: Observada	Normalizada	Observada/Normalizada	Número de personas protegidas Normalizadas	Estimación de muertes evitadas: Probabilidades de enfermar: S/T	C/T	Dif.	Probabilidad de morir S/T	Número de muertes evitadas	Costo por muerte evitada (unidades monet.)
Visita domic.	225.63	15										
Alim. suplem.	184.23	292										
Total	409.86			Número total de personas protegidas normalizadas								

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

COSTO DEL EFECTO UNITARIO DE LA POLITICA DE SALUD

Curso de Planificación de la Salud, 1965

Observado [ ]

Daño: Distrofia | Año | A. Técnica de Reparación | Area | Normalizado [X]

A. Técnica de Reparación

Actividades	Costo anual por daño	Estimación de casos reparados: Casos atendidos: Sujetos atendidos Observado	Concentración: Obs.	or.	Ob./Nor.	Número de casos atendidos Normalizados	Casos reparados: Probabilidades de reparación S/T	C/T	Dif.	Número	Costo por caso reparado (unidades monetarias)	Estimación muertes evitadas: Probabilidad de morir S/T	C/T	Dif.	Número	Costo p/ muerte evitada (unidades monetarias)
Hospitalización	2 073.60	12				12	0.50	0.90	0.40	98	92.30	0.40	0.10	0.30	73.5	123.07
Consulta	5 312.00	233				233										
Total	7 385.60	245				245										
	Costo por caso atendido normalizado:															
Sanos	1 660.24															
	9 045.84															

B. Técnica de prevención

Actividades	Costo anual por daño	Estimación de personas protegidas: Sujetos atendidos Observado	Concentración: Observada	Normalizada	Observada/Normalizada	Número de personas protegidas Normalizadas	Estimación de muertes evitadas: Probabilidades de enfermar S/T	C/T	Dif.	Probabilidad de morir S/T	Número de muertes evitadas	Costo por muerte evitada (unidades monet.)
Inspección	1 109.70											
Agua	8 241.00											
Alcantarillado	2 304.00						0.005	0.003	0.002	0.40	11	1 059.51
Total	11 654.70			Número total de personas protegidas normalizadas		14 060						

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE
PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

Curso de Planificación
de la Salud, 1965

COSTO DEL EFECTO UNITARIO DE LA POLITICA DE SALUD

1964 (Año) | Vallenar (Area) | Observado [X] | Normalizado [ ]

Daño: Sarampión

A. Técnica de Reparación

Actividades	Costo anual por daño	Estimación de casos reparados: Casos atendidos: Sujetos atendidos Observado	Concentración: Obs.	Nor.	Ob./Nor.	Número de casos atendidos Normalizados	Casos reparados: Probabilidades de reparación: S/T	C/T	Dif.	Número	Costo por caso reparado (unidades monetarias)	Estimación muertes evitadas: Probabilidad de morir: S/T	C/T	Dif.	Número	Costo p/ muerte evitada (unidades monetarias)
Hospitalización	4 884	60	1	1	1	60	0.990	0.995	0.005	3.75	3 772.88	0.01	0.005	0.005	3.75	3 772.88
Consulta	9 264.32	1 094	1.91	3	0.63	689.22										
Total	14 148.32					749.22										
	Costo por caso atendido normalizado															

B. Técnica de prevención

Actividades	Costo anual por daño	Estimación de personas protegidas: Sujetos atendidos Observado	Concentración: Observada	Normalizada	Observada Normalizada	Número de personas protegidas Normalizadas	Estimación de muertes evitadas: Probabilidades de enfermar: S/T	C/T	Dif.	Probabilidad de morir S/T	Número de muertes evitadas	Costo por muerte evitada (unidades monet.)
Vacunación	30.57	588	1	1	1	588	0.15	0.015	0.135	0.01	0.79	566.3
Alim. suplement.	405.48	624	6.98	0	0							
Total	436.05			Número total de personas protegidas normalizadas		588	79.38					

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE
PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

COSTO DEL EFECTO UNITARIO DE LA POLITICA DE SALUD

Curso de Planificación
de la Salud, 1965

Observado [ ]

Normalizado [X]

A. Técnica de Reparación

Año _____ Area _____

Daño: Sarampión

Actividades	Costo anual por daño	Estimación de casos reparados									Costo por caso reparado (unidades monetarias)	Estimación muertes evitadas				Costo p/ muerte evitada (unidades monetarias)
		Casos atendidos					Casos reparados					Probabilidad de morir			Número	
		Sujetos atendidos Observado	Concentración Obs.	Nor.	Ob./Nor.	Número de casos atendidos Normalizados	Probabilidades de reparación S/T	C/T	Dif.	Número		S/T	C/T	Dif.		
Hospitalización	3 196.80	36					0.99	0.995	0.005	4	317 298	0.01	0.005	0.005	4	3172.48
Consulta	9 493.92	694														
Total	12 690.72	730				730										
	Costo por caso atendido normalizado:															

B. Técnica de prevención

Actividades	Costo anual por daño	Estimación de personas protegidas					Estimación de muertes evitadas					Costo por muerte evitada (unidades monet.)
		Sujetos atendidos Observado	Concentración Observada	Normalizada	Observada Normalizada	Número de personas protegidas Normalizadas	Probabilidades de enfermar S/T	C/T	Dif.	Probabilidad de morir S/T	Número de muertes evitadas	
Vac.	30.74	528					0.15	0.015	0.135			
12 E° c/vac.pagada	311.52	528					0.15	0.015	0.135	0.01	0.71	43.29
											$	438.76
Total				Número total de personas protegidas normalizadas		528						

Costo vacuna: (antígeno): $1.50 x 20 dosis.

Instituto Latinoamericano de
Planificación Económica y Social

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

Curso de Planificación
de la Salud, 1965

PLANIFICACION DE LA SALUD

Normas de vulnerabilidad de los daños

1. CONCEPTO: La vulnerabilidad de un daño es la expresión de la eficiencia de la tecnología de la salud, cuando ésta se mide en términos de daños. En ese caso se expresa como la probabilidad de evitar un daño en un año.

2. TERMINOS DE REFERENCIA: Cuando los daños se miden en unidades heterogéneas (Mortalidad y Demanda) se debe elegir solo una como expresión homogénea de la vulnerabilidad. En este caso se propone la mortalidad.

3. MEDICION: La probabilidad anual de evitar una muerte varía entre 0 y 1 y se puede evidenciar relacionando anualmente las muertes evitadas por la tecnología de salud con las muertes posibles (evitadas + ocurridas). Es decir,

$$\text{Vulnerabilidad} = \frac{\text{Muertes evitadas en un año por la tecnología}}{\text{Muertes evitadas + muertes ocurridas}}$$

$$\text{NUMERADOR} = \frac{(\text{Prob. enf. no prot. x Prob. morir no trat.}) - (\text{Prob. enf. prot. x Prob. morir trat.})}{\text{DENOMINADOR} = \text{Prob. enf. no prot. x prob. morir no trat.}}$$

El numerador es igual a la eficiencia de la tecnología de prevención sumada a la eficiencia de la tecnología de reparación. Es decir:

(Prob. enf. no prot. - Prob. enf. prot.) x Let. no trat. + Prob. enf. prot. x (Prob. morir no trat. - Prob. morir trat.)

Teniendo en cuenta la inseguridad de nuestros conocimientos sobre la vulnerabilidad, conviene expresarla en una escala de pocos grados.

4. NORMA DE VULNERABILIDAD: 1.00 : Viruela, rabia, sífilis

$\pm$ 0.75 : TBC, tifoidea, disentería y gastroenteritis, difteria, tos ferina, poliomielitis, sarampión, tifus y ricketsias, distrofias

$\pm$ 0.50 : Complicaciones embarazo, parto, puerperio, prematuridad

$\pm$ 0.25 : Todas las demás

Para propósitos prácticos considérese demanda no reducible a los daños de vulnerabilidad 0,50 o menos.

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE
PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

Curso de Planificación
de la Salud, 1965

Planificación de la Salud

EJEMPLO DE METAS DE NORMALIZACION

1. Técnica de reparación y atributos de los instrumentos y actividades:

Año 1:	Observado
Año 5:	50%
Año 10:	100%

2. Técnica de prevención y atributos de los instrumentos y actividades:

Vacunación:	:	100%	desde	año 1
Inspección	:	"	"	" "
Alimentación:		"	"	" "
Visita	:	"	"	" "

Agua y alcantarillado:

Año 1:	Observado
Año 5:	50%
Año 10:	100%

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE
PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

Curso de Planificación
de la Salud, 1965

PRESUPUESTO PROGRAMA

Conceptos generales sobre presupuesto

A. Definición:

Es, o debe ser, la expresión financiera de la Planificación. Pero, opera también como un mecanismo de Administración: es un medio de control y coordinación; establece bases legales para gastos de los fondos; provee medios para realizar un control centralizado, etc.

B. Principios que rigen el presupuesto:

1) Universalidad Registrar toda la actividad financiera del Gobierno).

2) Exclusividad: Debe relacionarse sólo con materias financieras y programáticas.

3) Unidad: Debe ser uno solo en términos de ingresos y gastos (debe estar equilibrado).

4) Especificación: Deben detallarse los ingresos y gastos que permitan reflejar los programas de cada organismo. Debe establecerse un equilibrio adecuado entre el detalle y el conjunto.

5) Periodicidad: Debe presentarse en períodos determinados, generalmente un año.

6) Acuciosidad: Debe prepararse con el mayor grado de exactitud y sinceridad.

7) Claridad: Se desprende del cumplimiento de los principios anteriores y permite presentarlos al Congreso y a la Opinión Pública.

8) Publicidad.

C. Clasificaciones Presupuestarias:

Hay numerosas clasificaciones presupuestarias que obedecen a diferentes criterios:

1) Según finalidad e

Ingresos
- por tipo de moneda
- por fuente de donde provenga
  - tributarios
    - directo
    - indirecto
  - no tributarios

Gastos
- por tipo de moneda
- por objeto del gasto
  - corriente
    - de operación
    - de transferencia
  - de capital
    - inversión real
    - inversión financiera
    - transferencia de capital

2) Según niveles: Institucional; sectorial; regional; consolidado del sector público; global o nacional.

3) Según actividades que abarque: Actividades del sector público y del sector privado (ventas, producción, consumo).

4) Desde el punto de vista económico: Presupuesto de producción y disponibilidad de bienes y servicio; presupuesto de inversión; consumo; fuentes y usos de fondos; mano de obra; insumos difundidos, etc.

D. Presupuesto Tradicional:

Existen 2 tipos de presupuestos, uno de ingresos y otro de gastos. El presupuesto de gastos tiene las siguientes características: es institucional; económico; por tipo de moneda y según objeto del gasto. Presupuesto de ingreso es según fuente de donde provenga y según tipo de moneda.

Este presupuesto no responde a las siguientes interrogantes: ¿Qué servicios presta la Institución a la Comunidad?; ¿cuántos?; ¿se realizan bien o mal?; ¿se prestan aquellos servicios para los cuales se creó la Institución?; los dineros asignados ¿son suficientes, excesivos o insuficientes?; si son insuficientes ¿qué repercusiones tiene?; ¿el presupuesto es la expresión de la Planificación o sólo una lista de gastos sin programa?

En este tipo de presupuesto se insiste en la necesidad de controlar las infracciones a las leyes y las consecuencias en el manejo administrativo de los fondos, sin importar las realizaciones.

E. Ciclo Presupuestario

Es un período de tiempo en el cual se cumplen las siguientes etapas: Formulación, Discusión y Aprobación, Registro, Control y Evaluación. En Chile el ciclo dura más o menos 2 años.

Presupuesto por programa

A. Definición:

Es una clasificación presupuestaria que tiene por fin presentar los propósitos y objetivos para los que se utilizarán los fondos asignados, como también el costo de los programas para alcanzar dichos objetivos, la programación del trabajo que debe desarrollarse y la información cuantitativa adecuada que trata de medir los resultados que se espera obtener.

1) Es una clasificación presupuestaria más.
2) Su fin primordial es presentar los objetivos para los cuales se utilizarán los fondos.
3) Se trata de obtener el costo de los programas y no sólo el gasto total de la Institución.
4) Se programa el trabajo que debe desarrollarse.
5) Incorpora elementos para medir resultados.

B. Objetivos del Presupuesto Programa

1) Servir como instrumento de programación:
   a) Servirá para traducir los objetivos del plan.
   b) A nivel institucional obliga a pensar en términos de objetivos.
   c) Permite asignar recursos en forma racional puesto que se crea un enlace entre las acciones y el costo (evita ser conservador).
   d) Obliga a jerarquizar las necesidades.
   e) Da clara idea de los sacrificios que se hacen cuando faltan recursos.
2) Permite medir la eficiencia de los servicios:
   a) Permite individualizar a los responsables de ejecutar las acciones y cumplir las metas.
   b) Las peticiones de gastos se efectúan con mayor precisión (mejor aprovechamiento de los recursos).
   c) Facilita el control de las acciones (se agrupan).
   d) Permite hacer comparaciones entre acciones y costos por programas.
   e) Descentraliza la formulación de peticiones.
   f) Obliga a mejorar la información estadística y contable.

3) Permite un mejoramiento de la Administración Pública.
   a) Localizar funciones duplicadas.
   b) Localizar vacíos.
   c) Localizar incompatibilidades.
   d) Localizar desviaciones de objetivos.
   e) Lograr mejor coordinación administrativa, etc.
4) Es un buen instrumento de información.

C. Componentes de un Presupuesto-Programa

1) Parte programática:
   a) Objetivos
   b) Metas
   c) Categorías funcionales
   d) Acciones de estas categorías
   e) Unidades ejecutoras y unidades operativas
   f) Elementos con que se cuenta (humanos y materiales)
2) Parte presupuestaria:
   a) Asignación de recursos por categorías funcionales (unidades de asignación).
   b) Obtención de ingresos por categorías funcionales (financiamiento)
3) El enlace entre ambas partes lo constituyen las unidades de medida o unidades significativas.

1) Parte programática: Esta parte nos señala lo que se pretende hacer, cómo se debe organizar y actuar y con qué elementos reales se cuenta para ello.

   a) Objetivos: Estos han sido delimitados por el plan (funciones, fines atribuciones, etc. de cada categoría).

   b) Metas: Entendemos por meta un resultado que se pretende alcanzar en un tiempo determinado.

   Las metas pueden ser controlables o no controlables. Entendemos por meta controlable a aquella en que el programador puede influir de tal manera en su determinación y ejecución, que la cantidad o calidad no pueden ser modificadas por factores externos o ajenos a su ámbito de control.

   Meta no controlable sería aquella que el programador no puede determinar exactamente ni influir directamente en su realización.

c) Categorías funcionales: Entendemos por categorías funcionales los diferentes sectores o niveles de acción dentro del Estado.

Las categorías funcionales que más se usan son: Función, Programa, Sub-programa, Actividad (proyecto), Tarea (obra).

i) Función: Es una parte de la actividad total del Estado que se caracteriza por desarrollar acciones más o menos homogeneas, encaminadas a lograr un objetivo claro y preciso subordinado a uno común más general (Educación, Salud, Defensa, Agricultura, etc.).

ii) Programa: Es parte de la actividad total de una función, que se caracteriza por ser un conjunto de labores más o menos homogeneas encaminadas a lograr un objetivo común, en donde se determina un costo y una unidad de medida que trata de valorizar las acciones.

iii) Sub-programa: Es la parte de un programa que se ha desglosado por ser muy complejo, facilitando así el proceso de formulación, registro o control presupuestario.

iv) Actividad: Es la división de un programa o sub-programa que se caracteriza por desarrollar labores aún más homogeneas y cuya identificación facilita aún más el proceso de programación y el de control. Se habla de proyecto cuando se contemplan gastos de capital.

v) Tarea: Es una división de una actividad y corresponde a un trabajo específico. Si se contemplan gastos de capital, se llama obra.

La funcionalidad trasciende de las Instituciones, en cambio las categorías siguientes en general se desarrollan dentro de las mismas.

d) Acciones de estas categorías: Cada categoría desarrolla acciones para cumplir las metas. Estas deben desarrollarse ajustándose a criterios de racionalidad (descripciones de cargos, estatutos, manuales, etc.).

e) Unidades ejecutoras: Entendemos por unidades ejecutoras aquella entidad, persona o servcio, con autoridad propia o delegada, que a cualquier nivel administrativo tiene la responsabilidad de efectuar las labores o acciones programadas de una categoría funcional y que además administra el presupuesto de una unidad de asignación. Las unidades de

operación estarían representadas por las áreas locales y éstas deben recibir delegación de las unidades ejecutoras nacionales.

f) Identificación de los elementos: En cada nivel se necesita determinar los elementos humanos y materiales con que se cuenta.

2) Parte presupuestaria: Esta parte está en estrecha relación con la valorización de las actividades y programas de la Institución.

a) La lista de gastos se asignará parcialmente por categorías funcionales (programas). Entendemos por unidad de asignación aquella categoría funcional a la cual se le asignan los fondos. Si se hace por programas, éste sería una unidad de asignación.

b) Determinación de ingresos por categorías: En términos institucionales se deberán asignar a cada programa los fondos recaudados por servicios prestados por ése programa (necesidad de controlar para determinar qué programas son más costosos y necesitan mayores subsidios del Estado).

3) Unidades de medida: Es la parte más importante de esta técnica. Sirven para programar, controlar las acciones ejecutadas y enlazar el componente presupuestario y programático.

a) Tipos de unidades:

Son tres:

i) Destinadas a medir el volumen de trabajo (N° Act.).

ii) Destinadas a medir el producto final (muertes evitadas).

iii) Destinadas a medir las realizaciones (cobertura).

b) Características que deben cumplir: Deben ser: homogeneas, cuantificables y significativas. El hecho de que las unidades de medida tengan estas características, hacen implícito que los programas y las metas también lo sean.

La homogeneidad se refiere a que una sola unidad sirve para programar y controlar un programa o actividad. La cuantificación se refiere a este carácter y la significación se refiere a que una unidad de medida por sí sola defina, explique y/o justifique el programa o actividad.

c) Métodos para determinar el enlace: existen 2 sistemas para determinar estas unidades: sistema de costos standards tradicionales o unitarios y sistema de costos standards estructurales.

Si existe una variación proporcional de los gastos por cada unidad de aumento de las metas es fácilmente aplicable el sistema de costos tradicionales. Si la variación no es proporcional a los cambios en las metas, el segundo sistema es el mejor.

Definición de costo standard: Es una estimación pre-calculada de lo que deberían ser, bajo ciertas condiciones consideradas como normales, los costos de determinadas estructuras o unidades con base en un estudio racional de una situación dada.

La determinación del costo standard tiene 2 objetivos básicos:

i) Sirve como elemento de programación: Implica establecer anticipadamente y en forma adecuada los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para una unidad o una estructura, de tal forma que esta asignación implique la obtención de las unidades proyectadas o el normal funcionamiento de las que desarrolle la estructura. Basándose en esta estimación y comparándola con el monto de los recursos existentes nos permite determinar las necesidades reales de la estructura para un cierto volumen de actividades y para un perído determinado.

ii) Sirve como instrumento de control: Las desviaciones que se produzcan en relación con lo programado podrán tener su origen en:

- Variaciones en el volumen de las metas.
- Variaciones en los costos
- Variaciones mixtas (combinación de ambos factores).

En las posibles variaciones en los costos, se podrá distinguir entre variaciones de precio, cantidades, o una combinación de ambos factores.

Costo standard tradicional: Se supone una estrecha relación entre meta y costo unitario. Cada variación de una unidad de meta significa una variación idéntica en el costo.

Este sistema supone una variación uniforme, lo que no es siempre una realidad puesto que entran combinaciones de factores o factores que pueden ser limitantes y que distorsionan la uniformidad.

Costo standard estructural: Este sistema supone una variación no proporcional o irregular en el comportamiento de los gastos, a cada variación de las metas.

Se reconocen aquí 2 tipos de costos: unos constantes o fijos no proporcionales a las metas sino que a perídos (parámetros o intervalos dentro de una escala a cada uno de los cuales se les llama una estructura) y costos variables o directos que son proporcionales a las metas. El método no pone énfasis en el costo por unidad de producto sino en la determinación de un volumen de gastos totales, clasificados en fijos y variables, para intervalos de metas por cumplir.

Entre los 2 sistemas existe el costo unitario promedio por intervalo que se acerca a nuestro costo por actividad.

D. Tipos de clasificación presupuestaria usadas en un presupuesto programático

Una clasificación presupuestaria debe cumplir 4 finalidades básicas:

1) Las cuentas deben facilitar el análisis de los efectos económicos de las actividades del gobierno (influencia del ingreso y gastos sobre la renta y el empleo, el desarrollo, la distribución del ingreso, etc.).

2) Las cuentas deberían permitir la formulación de los programas (planes) (qué hacer con los dineros públicos y de donde obtenerlos).

3) Las cuentas deben permitir una expedita ejecución del presupuesto (el Administrador del programa debe saber los recursos financieros y su responsabilidad).

4) Las cuentas deben facilitar la contabilidad fiscal (funciones de auditoría y responsabilidades administrativa y legal).

Estos 4 requisitos no los cumple una sola clasificación y es por ello que se debe recurrir a varias clasificaciones tipo y a combinaciones de éstas.

Las siguientes son las más usadas en un presupuesto programático:

a) Económica
b) Funcional
c) Por programas y actividades
d) Institucional
e) Por objeto del gasto

f) Por tipo de moneda

g) Combinaciones (económico-funcionales; institucional objeto; por objeto y programa; institucional y programa; etc.).

En cada país se usan diferentes combinaciones.

E. Proceso de Programación Presupuestaria

El proceso tendría las siguientes etapas:

1) Basados en los planes a corto plazo (1 año), fijación de niveles de actividad gubernamental y distribución de recursos financieros.

2) Formulación de programas de trabajo por parte de las unidades administrativas.

a) Envío de formularios e instrucciones.

b) Control del avance de la formulación.

c) Documento presupuestario.

3) Presentación de presupuestos programas y evaluación.

4) Formulación del proyecto de presupuesto fiscal y aprobación por el ejecutivo.

5) Presentación y aprobación por el Congreso.

6) Ajustes finales.

7) Registro.

8) Control y evaluación.

F. El documento presupuestario debe contener las siguientes partes:

1) Introducción.

2) Presentación de los programas.

3) Presentación de cuadros resúmenes.

Dentro de cada programa debe existir lo siguiente:

a) Descripción del programa.

b) Unidad ejecutora del programa.

c) Metas del programa.

d) Distribución de los gastos.

e) Personal del programa.

f) Materiales y equipos para el programa.

g) Gastos por programas y objeto del gasto.

h) Financiamiento del programa.

i) Entidades que ejecutan programas conexos.

DESGLOSE DE LOS PROGRAMAS A PARTIR DEL PLAN

Areas de Coquimbo, Vallenar y La Serena

A. En nuestro caso vamos a presentar un presupuesto por programa y por objeto del gasto, a nivel de área, sin considerar los gastos de capital. A partir de los instrumentos asignados a cada uno de los programas podemos reconstruir las 17 categorías de personal que hemos reconocido al hacer el diagnóstico y los gastos de cada departamento e item. Su consolidación en términos reales y presupuestarios nos dará el gasto total de las instituciones y necesidades en términos de personal y de consumos corrientes.

1) Consideraciones previas

a) Al comenzar la formulación del plan (preparación de las normas para recolección de datos) se deben tomar en cuenta los programas en que se va a desglosar este para no incurrir en excesos o defectos.

b) También se debe tomar en cuenta la clasificación departamental y de personal. En lo que a éste se refiere, si sólo deseamos conocer los tipos de personal, sin importarnos las categorías de contratados, planta, obreros, etc., la información la tomaremos desechando esta clasificación u otras.

c) En relación con los item de gastos también tendremos que tomar decisiones en el sentido de si se van a controlar todos o solamente algunos y si haremos coincidir o no, algunos departamentos con los item de gastos.

d) Ya desde ese momento hay que hacer la determinación de las unidades de medida, en conjunto con los presupuestadores (incluso otro personal a quien le interesa determinar parte de las actividades: tareas u obras).

e) Debemos estar en conocimiento de las restricciones que establecen las leyes y los reglamentos entre los cuales el más importante es la rigidez en el manejo del personal, y las limitaciones que a la confección de los presupuestos impone el sistema.

2) Criterios para la apertura de programas *

En el caso de salud se han usado 4 criterios básicos, no excluyentes: edad, daños, actividad, geográfico. Estos criterios pueden combinarse entre

---

* Fuera de los criterios de: número de programas; instituciones que los ejecutan; costo contable; flexibilidad, etc.

sí. En todo caso cualquiera que sea el o los criterios elegidos, deben quedar los programas perfectamente delimitados, siendo sus actividades mutuamente excluyentes.

El departamento de planificación deberá ser quien proponga los criterios, pero quien toma las decisiones es sin duda el organismo ejecutor.

Tanto las unidades de asignación como las ejecutoras y de operación deben quedar totalmente definidas.

3) Determinación de metas por programas

De acuerdo con lo que establecimos en la parte general cada programa deberá tener su meta tanto a nivel local, zonal e institucional y nacional. La suma de las metas institucionales de cada programa será la meta global del programa.

Estas metas se pueden expresar en producto final, que en nuestro caso sería muertes evitadas; en trabajo ejecutado; número de actividades realizadas (para el caso de la Administración se habla de unidades ilustrativas) y finalmente por el grado de realización: cobertura.

4) Determinación de recursos reales y monetarios necesarios para cada programa

a) Se debe desconsolidar los recursos de los instrumentos en términos de personal e item de gastos. En este sentido es indispensable tomar en cuenta las restricciones impuestas por la forma de hacer el diagnóstico. En casos especiales podrán tomarse algunos criterios para ajustar.

b) Se deben compatibilizar los recursos reales de personal con las leyes y reglamentos que fijan los horarios de este.

c) Los programas se presentarán por áreas o establecimientos. La suma de los programas de las áreas determinará el nivel zonal, los que a su vez permitirán determinar el nivel nacional (institucional o sectorial).

d) Los presupuestos así confeccionados deberán seguir el ciclo arriba establecido. Una vez aprobados, deberá volver a las áreas con las modificaciones introducidas.

5) Diseño del sistema de control

El diseño de sistema de control debe estar a cargo de los técnicos correspondientes. * Debe estar basado en un estudio del sistema actual el cual servirá de base, por lo menos en un primer momento, para instalar dicho sistema. Se debe decidir el nivel del control (por área, o por establecimiento, etc.). Este debe ser lo suficientemente simple y se debe basar en experiencias previas.

Debemos decidir si vamos a controlar todo o sólo partes.

En relación con lo anterior debemos establecer los elementos a controlar (sueldos, sobresueldos, etc.); los centros a controlar (departamentos generales, intermedios y finales); finalmente el procedimiento que vamos a emplear (esto tiene relación especialmente con el diseño de formularios e instrucciones y posteriormente con la capacitación del personal).

---

* Esto dependerá de la sanción legal del sistema:
a) Si sancionado por programas: el control por programas engloba el presupuesto tradicional.
b) Si no está sancionado por programas: se hará el control tradicional, más un anexo por programas.

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE
PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

Curso de Planificación
de la Salud, 1965

Planificación de la Salud

NORMA DE APERTURA DE PROGRAMAS

La apertura de programas se basa fundamentalmente en 3 criterios:

1) Daños
2) Edad
3) Actividades

o combinaciones de los mismos.

Proponemos a su consideración tres combinaciones de posibles programas basados en esos criterios.

Combinación 1

a) Programa de atención médica: incluye hospitalización y consulta de todos los daños, excluye hospitalización y consulta por embarazo, parto y puerperio y consultas de menores de 15 años.
b) Programa epidemiología: incluye vacunación contra cualquier daño en cualquier edad; alimentación suplementaria y visitas de enfermería.
c) Programa atención materno-infantil: incluye hospitalización y consulta de por embarazo, parto y puerperio normal y complicado y consultas de menores de 15 años.
d) Programa saneamiento: incluye inspecciones.
e) Programa de odontología: incluye atención dental.

Combinación 2

a) Programa atención médica: incluye hospitalización y consulta de todos los daños, excepto tuberculosis.
b) Programa de tuberculosis: incluye hospitalización y consulta por el daño y excluye vacunación con BCG.
c) Programa de epidemiología: incluye vacunación contra cualquier daño a cualquier edad.
d) Programa de saneamiento: incluye inspecciones.

e) Programa de odontología: incluye atención dental.

f) Programa de alimentación suplementaria: incluye entrega de leche y visitas de enfermería.

Combinación 3

a) Programa atención médica: incluye hospitalización y consulta de todos los daños, menos hospitalización y consulta de embarazadas y consultas de menores de 15 años.

b) Programa atención infantil: incluye consultas de menores de 15 años; alimentación suplementaria y visitas de enfermería.

c) Programa de epidemiología: incluye vacunaciones de todos los daños en cualquier edad e inspecciones de saneamiento.

d) Programa atención maternal: incluye hospitalización y consulta por embarazo, parto y puerperio normal y complicado.

e) Programa de administración: incluye los departamentos de: Dirección; Administración; Lavandería y Ropería; Aseo; Mantenimiento y Vigilancia; Transporte y otros departamentos generales.

Elija con su grupo, uno de los tres tipos de apertura de programas considerando la factibilidad, la conveniencia y desventajas de cada tipo, así como la posibilidad de controlar su ejecución desde el punto de vista estadístico y contable.

Desglose el plan aprobado en los programas elegidos.

Instituto Latinoamericano de
Planificación Económica y Social

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

Curso de Planificación de Salud

15 noviembre 1965

SEMINARIO SOBRE DEMOGRAFIA EN AMERICA LATINA

Bibliografía

Naciones Unidas, Factores determinantes y consecuencias de las tendencias demográficas. Estudios sobre población, ST/SOA/Serie A/17, Nueva York, Naciones Unidas, 1953.

United Nations, The aging of populations and its economic and social implications. Population Studies, ST/SOA/Serie, A/26, Nueva York, United Nations, 1956.

Naciones Unidas, El futuro crecimiento de la población mundial. Estudios sobre población. ST/SOA/Serie A/28, Nueva York, Naciones Unidas, 1959.

UNESCO, La urbanización en América Latina, Tecnología y Sociedad, G. Thone, Lieja, Bélgica, 1961.

Naciones Unidas, Boletín de Población de las Naciones Unidas Nº 6-1962 (con especial referencia a la situación y las tendencias de la mortalidad en el mundo) ST/SOA/Serie Nº 6, Nueva York, Naciones Unidas, 1963.

Nations Unies, Programmes nationaux d'analyse des résultats des recensements de population considérés comme un instrument de planification et d'élaboration d'une politique, ST/SOA/Serie A/36.

Lorimer Frank y otros: Culture and Human Fertility, Population and Culture, UNESCO, Berichthaus, Zürich, 1964.

Dublin, L., Lotka, A. y Spiegelman, M: Length of Life, The Ronald Press Company, New York, 1949.

United Nations, "The Cause of the aging of population: declining mortality or declining fertility?" Population Bulletin of the UNITED NATIONS, Nº 4 ST/SOA/Serie N/4, Nueva York, Naciones Unidas, 1954.

Cox, Peter R., Demography, Cambridge University Press, Cambridge, 1950.

Behm Rosas, Hugo, Mortalidad infantil y nivel de vida, Ediciones de la Universidad de Chile, Santiago, 1962.

Carmen A. Miró, The Population of Latin America, Demography, Vol. 1, Nº 1, 1964.

La Fundación Milbank Memorial "Demografía y Salud Pública en América Latina" (traducción de la Publicación Trimestral, Vol. XLII, Nº2, abril, 1964, Parte 2).

Naciones Unidas, Informe sobre la situación social en el mundo, 1963. Naciones Unidas, Nueva York, 1964.

Instituto Latinoamericano de
Planificación Económica y Social

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

Curso de Planificación
de la Salud, 1965

RESEÑA GENERAL DEL PROCESO Y DEL SISTEMA DE PLANIFICACION

(H. Durán)

1. ANTECEDENTES DE LA PLANIFICACION DE SALUD EN AMERICA LATINA

2. POR QUE SE PLANIFICA LA ECONOMIA EN AMERICA LATINA. DOS CONCEPTOS
   a) Primer concepto: Método racional para controlar total o casi totalmente la economía. Sustitución de las fuerzas del mercado en las decisiones de producción.
   b) Segundo concepto: Armonizar las decisiones económicas. Contribuir a que las decisiones racionales desde el punto de vista individual tengan como consecuencia una mayor racionalidad desde el punto de vista social.

3. RASGOS COMUNES SOBRE EL CONCEPTO DE LA PLANIFICACION EN AMERICA LATINA
   a) La planificación armonizadora es insuficiente para lograr ritmos de producción que acorten las distancias entre países desarrollados y subdesarrollados.
   b) Hay grandes vicios estructurales que deben corregirse en la economía latinoamericana.
   c) Es indispensable una política del estado dirigida a la integración económica nacional en vista de las necesidades de desarrollar políticas regionales.

4. CARACTERISTICAS DE LA PLANIFICACION ECONOMICA EN AMERICA LATINA (APLICABLES POR ANALOGIA A LA PLANIFICACION DE SALUD).
   a) Método de acción para realizar transformaciones estructurales de la economía.
   b) Implica control importante de las actividades privadas.
   c) Emplea medios de corrección de las fuerzas de mercado (usa el mercado) para la asignación de recursos y para lograr objetivos sociales.
   d) La planificación de nivel nacional debe ser conciliada con la política de integración regional. Esto debe ser el resultado de un diseño inteligente.

/Requisito:

Requisito: Para que la planificación sea tal (no simplemente un plan) es necesario que se cumpla a través de un proceso.

5. NOCION DE PROCESO DE PLANIFICACION

a) Concepto: Implica una sucesión de ciclos cuyo cumplimiento determina la vigencia real de la planificación

b) En qué consiste el proceso:

i) actitud y decisión de planificar

ii) formulación del plan

- modelo analítico (situación observada): diagnóstico
- modelo normativo (situación deseable) : proposiciones
- modelo de decisiones (corto, mediano y largo plazo): plan

iii) ejecución del plan (lo que le da vigencia al plan)

iv) la continuidad (aproximaciones sucesivas necesarias para el perfeccionamiento)

6. REQUISITOS GENERALES DEL PROCESO

a) El problema del tiempo (coherencia en el tiempo)

Decisiones del presente implican ejecución

Decisiones del futuro implican programación

Cómo se enlazan?

- "Lo que se decide hoy (racionalidad del presente) se ejecuta; esta ejecución está basada en los hechos del pasado y está determinada por las decisiones que se adopten para el futuro"

En resumen: -El corto y el largo plazo deben ser complementarios.
-La planificación sólo tiene utilidad práctica si influye en las decisiones del presente.

b) El proceso debe realizarse acatando normas preestablecidas de funcionamiento, arraigadas en la organización administrativa pública. Requiere de coordinación, itinerarios, asignación de tareas, etc.

c) La formulación de planes y las decisiones deben ser producto de un mismo sistema. Los mecanismos de formulación debe estar estrechamente vinculados a los mecanismos de decisión.

/7. COMPONENTES

7. COMPONENTES ESENCIALES DE LA PLANIFICACION

a) El espíritu

- necesidad de actuar racionalmente
- capacidad de decidir con plena conciencia, entre alternativas
- voluntad de llevar adelante los cambios requeridos

b) La forma

- la tendencia a formular o a presentar un plan, descuidando la creación de los mecanismos esenciales y coherentes destinados a cumplir la función planificadora

8. EL SISTEMA DE PLANIFICACION

a) Concepto: Vigencia real de una serie de mecanismos destinados a cumplir funciones esenciales

b) Identificación de los principales mecanismos componentes de un sistema de planificación:

TIPOS DE MECANISMOS	FUNCIONES
Mecanismos de orientación	
- Plan de mediano y largo plazo (nacional y sectoriales)	Señalar el curso futuro deseado para la economía
Mecanismos de decisión u operación	
- Plan operativo anual - Planes anuales sectoriales - Presupuesto anual de divisas - Presupuestos por programa (nacional y sectoriales)	Traducir las orientaciones futuras en decisiones presentes
Mecanismos de implementación	
- Diseños detallados y específicos de políticas y su ejecución - Programas de ejecución presupuestaria - Mecanismos de administración	Hacer posible la ejecución de las decisiones presentes
Mecanismos de información	
- Plan de información estadística para sustentar el proceso - Sistemas de estadísticas continuas, muestrales o censales - Sistemas especiales de investigación	Abastecer rutinariamente a todo el sistema, de las informaciones estadísticas e investigaciones necesarias
Mecanismos de participación popular	
- Mecanismos de consulta popular a diferentes niveles - Mecanismos locales de acción con la comunidad	Integrar el proceso de planificación a la sociedad

/9. ANALISIS

9. ANALISIS DE LAS TENDENCIAS EN AMERICA LATINA PARA INSTALAR EL SISTEMA

Predominio de lo formal sobre el espíritu de la planificación.

Causas de este predominio:

- la rutina y la moda como factores
- el reconocimiento de la dificultad para que los gobiernos acepten la planificación como método
- la urgencia por obtener créditos externos

etc.

10. ANALISIS DE ESTRATEGIAS PARA LA INSTALACION DEL SISTEMA Y PARA LA INICIACION DEL PROCESO (ALTERNATIVAS NO EXCLUYENTES)

Según se desprende de la experiencia latinoamericana.

a) Cobertura geográfica. Planes nacionales versus planes regionales

Tendencia a implantar la planificación nacional desde un comienzo, descuidando la posibilidad de la planificación regional.

b) Mecanismos de orientación versus mecanismos operacionales

Se ha logrado vencer en parte la resistencia a la creación de mecanismos de orientación (planes a mediano y largo plazo). Indispensable crear o robustecer los mecanismos de decisión u operación (plan operativo) a fin de que la planificación no sea sólo un ejercicio intelectual. Resistencias de orden esencialmente político.

c) Formulación del plan versus institucionalización de la planificación

- hay grandes dificultades, especialmente políticas, para institucionalizar la planificación antes de formular planes
- peligro de estancarse en la fase de formulación sin proceder a la institucionalización
- se ha considerado a la formulación del plan como una medida estratégica para lograr la instalación del sistema

d) Institucionalización a través de mecanismos específicos de planificación versus ministerios u organismos existentes

- ventajas de crear un organismo específico (unidad de planificación, etc.)
- inconveniente de no utilizar los organismos existentes: aislamiento, selectividad, tecnicismo, falta de apoyo político, etc.
- la tarea de preparar los organismos existentes.

/e) Capacitación

e) Capacitación versus iniciación de planes

- énfasis en la capacitación para la planificación sin abordar tareas prácticas sería reconocer una situación de inmadurez o que las dificultades político-ambientales impiden estas tareas
- capacitar exclusivamente es postergar las tareas prácticas a otras generaciones
- la necesidad de capacitar en planificación; la capacitación como estrategia

f) Información disponible versus estadísticas desarrolladas e investigación

- El uso de la información disponible y de los mecanismos de información
- el perfeccionamiento de las estadísticas
- la necesidad y oportunidad de la investigación

11. ESQUEMA DE LAS ETAPAS PARA LA INSTALACION Y DESARROLLO DEL SISTEMA

I ETAPA

1. Acciones básicas: Convencimiento; difusión; contacto con instituciones y autoridades; demostración de otras experiencias.
2. Decisión política: Expresión oficial y formal de la voluntad de llevar a cabo la planificación (el plan) por parte de la autoridad.
3. Instalación del sistema: Materialización de la decisión a través de medidas concretas para la instalación del sistema (unidad de planificación, etc.)

II ETAPA

1. Capacitación en planificación: Preparación y adiestramiento de técnicos en las tareas de formulación y de operación del plan.
2. Formulación del plan: Diagnóstico y preparación de planes a corto, mediano y largo plazo (planes orientadores)
3. Plan operativo anual: Expresión del plan en presupuestos-programa para el año de la operación
4. Implementación: Medidas para asegurar la ejecución de las operaciones.

/III ETAPA

III ETAPA

Ejecución del plan: El cumplimiento del plan operativo anual a través de los organismos ejecutivos responsables (ejecución controlada)

IV ETAPA

1. Revisión y reajuste: Evaluación necesaria para la reformulación y reajuste de los planes orientadores y operativos.
2. Perfeccionamiento: De los mecanismos del sistema, v. gr. contabilidad y control; estadísticas; investigaciones; administración de personal; medidas estructurales.

Instituto Latinoamericano de
Planificación Económica y Social

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

Curso de Planificación
de la Salud, 1965

UNIDADES DE PLANIFICACION DE SALUD

I. Antecedentes

Los países latinoamericanos han aceptado la conveniencia de planificar como medio para lograr el desarrollo económico y social. Este reconocimiento supone asimismo la institucionalización del proceso.

Este reconocimiento parte:

1. Agosto 1958: "Operación Panamericana" (Brasil) "Movilizar la capacidad realizadora de los países de América para hacer frente al subdesarrollo".
2. Agosto 1960: Eisenhower: "Declaración de Newport".
3. Setiembre 1960: "Acta de Bogotá" (3a. Reunión del CIES) "Indispensable la planificación social para que la planificación económica sea eficaz".
4. 1961: "OEA - Resolución A2 de la Reunión Extraordinaria del CIES, a nivel ministerial".
   "El mejoramiento de las condiciones de salud no sólo es deseable en sí mismo, sino que constituye un requisito esencial previo al desarrollo económico".
5. Agosto 1961: "Carta de Punta del Este"
   a) Salud: "Preparar planes para el próximo decenio".
   b) "Crear en los Ministerios de Salud unidades de planificación y evaluación con la debida representación ante los organismos nacionales de planificación global del desarrollo económico y del programa social para la correspondiente coordinación".
6. Febrero 1962: "Grupo Asesor de la Organización Panamericana de la Salud".
   a) La creación de la Unidad de Planificación debe constituir el primer paso.
   b) Debe estar en el más alto nivel de la estructura administrativa.
   c) Debe ser un organismo asesor y coordinador.
   d) A cargo de médicos de Salud Pública con adiestramiento en planificación y a dedicación exclusiva.
   e) Incluir otros especialistas no médicos.
7. Abril 1963: "Reunión de Ministros en Washington".
   a) Indispensable que los gobiernos creen la Unidad de Planificación y Evaluación en los Ministerios de Salud.

b) Con personal especialmente adiestrado.

c) Con representación ante las Unidades y Comisiones nacionales de planificación del desarrollo.

II. Sistema nacional de planificación

La instauración del proceso de planificación del desarrollo económico y social requiere de la institucionalización de ciertos mecanismos administrativos, mediante los cuales se haga posible llevar a cabo ese proceso en forma permanente y orgánica. Esta institucionalización de mecanismos administrativos para la planificación constituye el Sistema Nacional de Planificación.

1) Organización y funciones del Sistema Nacional de Planificación

El Sistema Nacional de Planificación está estructurado en base a un conjunto de organismos ubicados a diferentes niveles funcionales y geográficos, que son:

a) Consejo Nacional de Desarrollo Económico y Social (CNDES), organismo de carácter político al cual le corresponde formular la política básica del desarrollo económico y social, con la asesoría técnica de la Unidad Central de Planificación Global.

El Consejo está presidido por el Presidente de la República y conformado por los Ministros de los sectores económicos y sociales.

b) Unidad Central de Planificación Global, organismo de carácter técnico, asesor del CNDES y que tiene como función fundamental la de presentar las alternativas de política básica de desarrollo, dentro de los cuales deberá formular los planes de largo, mediano y corto plazo. Este organismo depende directamente de la Presidencia de la República.

c) Consejo Consultivo de Planificación, entidad a través de la cual se dará participación, en el más alto nivel del sistema, al sector privado, en la formulación de los planes de desarrollo económico y social. Es organismo técnico asesor de la Unidad Central de Planificación Global, está conformado por representantes de empresarios, obreros, profesionales, universidades, etc.

d) Unidades sectoriales de planificación, que son organismos de carácter técnico que tienen como función básica la de asesorar a la autoridad que tenga a su cargo la formulación y definición de la política que regule las actividades de un sector dentro de la cual deben formularse los planes alternativos.

e) Las oficinas regionales de planificación, de carácter global, dentro de cada una de las regiones geo-económicas que se establezcan en el país. Son órganos técnico - asesores.

III. Proceso de la planificación nacional

1) El CNDES propone al Presidente de la República la política básica económica y social. Aprobada esta política debe ser trasmitida a la Unidad Central de Planificación para que oriente el proceso de planificación a los distintos niveles. Para que el CNDES pueda decidir esta política la Unidad Central presentará la información básica correspondiente, un prediagnóstico.

2) La Unidad Central de Planificación, teniendo como marco la política básica y las directivas generales, inicia, promueve y coordina el proceso técnico de formulación de planes, y para ello deberá impartir las directivas e instrucciones detalladas a las unidades sectoriales y regionales.

La Unidad Central, debe asegurar una coordinación estrecha entre la Unidad Central, las sectoriales y las regionales.

3) las unidades sectoriales, en permanente coordinación elaboran sus planes correspondientes en constante coordinación con la Unidad Central para la compatibilización de las metas y de los planes.

4) El Consejo Consultivo a nivel de la Unidad Central y los Comites Asesores al nivel de las unidades sectoriales informan y asesoran en toda la labor de planificación.

IV. Organismos sectoriales de planificación

1) Comité de Planificación Sectorial, en el cual estarán representados los altos Directivos de las Instituciones que componen el sector. La

función de este Comité es la de decidir lineamientos de la política básica del sector. Es al sector lo que el CNDES al país.

2) Unidades sectoriales de planificación
Los cuales dentro de la política básica y los lineamientos generales acordados por el Comité de Planificación Sectorial, inicia, promueve y coordina el proceso técnico de formulación de planes y para ello deberá impartir las directivas e instrucciones detalladas a las unidades subsectoriales.

3) Unidades subsectoriales de planificación, que son los organismos técnicos de programación de las diferentes instituciones que componen el sector.

4) Comité Asesor, conformado por los representantes de la actividad privada del sector, cumple una función asesora del sector privado en el proceso de planificación del sector. Cumple pues, una función semejante a la del Consejo Consultivo a nivel nacional.

V. Unidades sectoriales de planificación de salud
Las unidades sectoriales constituyen sólo una parte de todo el sistema de planificación

1) Finalidad.
Asegurar la continuidad del proceso dinámico de formulación, ejecución y control de planes de salud dentro de un plan general de desarrollo económico y social.

2) Funciones.
a) La función primaria de una oficina sectorial es la de asesoría y coordinación en planificación de salud.
b) Formular recomendaciones de política básica de salud.
c) Formular, integrar y actualizar a nivel nacional los planes de salud.
d) Elaborar el plan de inversiones públicas del sector.
e) Participar en las diferentes etapas del proceso de presupuestación funcional del sector salud.
f) Promover, asesorar y coordinar la labor de las unidades subsectoriales.

g) Asesorar a la Unidad Central en el estudio de la organización administrativa de las entidades públicas del sector.

h) Promover estudios de investigación aplicada sobre aspectos metodológicos y de implementación de la planificación de salud y sobre sistemas de mejoramiento de la información básica.

i) Realizar a través de la División de Bioestadística y en coordinación con la Dirección General de Estadística de nivel nacional, la recopilación, procesamiento, análisis, interpretación y publicación estadística del sector.

3) Relación con las instituciones del sector

La Unidad Sectorial está en linea funcional asesora y sin autoridad directa formal sobre las instituciones del sector. Su acción se difunde a través del nivel de autoridad al cual asesoran. Su canal formal es la más alta autoridad a la cual asesoran.

4) Relaciones con la Unidad Central de Planificación

Son relaciones funcionales y se llevan a cabo normalmente a través de la Dirección de Sectoriales de la Unidad Central.

Existe también una relación colateral ó de coordinación con las otras unidades sectoriales.

5) Nivel jerarquico

Deben estar ubicados al nivel de la autoridad que tenga a su cargo la formulación y definición de la política básica que regule las actividades del sector.

6) Delimitación del sector salud

Como en la mayoría de los países son varias las instituciones que realizan acciones de salud, se hace necesario establecer de antemano cuales son esas instituciones constituyendo esto la delimitación del sector salud.

a) Entidades del Sector Público.

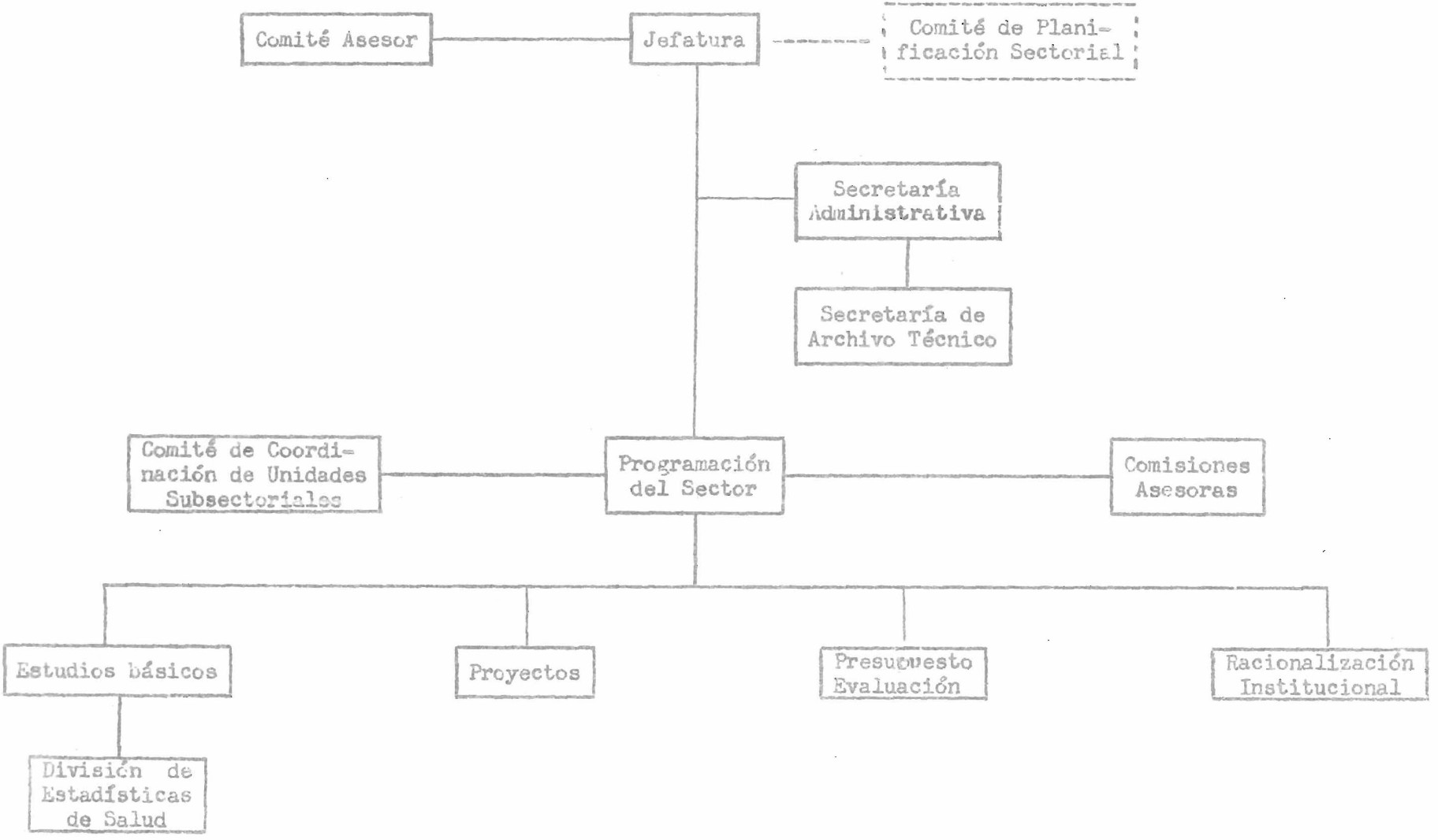
i) Gobierno Central.

ii) Subsector Público Independiente.

iii) Gobierno Local.

b) Entidades del Sector Privado.

ESTRUCTURA DE LA UNIDAD SECTORIAL



VI. Oficina Sectorial de Planificación de Salud

1) Jefatura

a) Dirigir, coordinar, controlar y supervisar las actividades de la Oficina.

b) Coordinar el funcionamiento de la Oficina Sectorial con el Instituto Nacional de Planificación, y, a través de éste, con otras Oficinas Sectoriales y Regionales.

c) Coordinar las actividades de las Oficinas de Programación.

d) Elevar a la decisión, aprobación o conocimiento del Ministro de Salud Pública y/o del Instituto Nacional de Planificación:
las recomendaciones alternativas sobre la Política Básica de Salud; los planes de largo plazo y de inversiones públicas; los estudios de investigación aplicada; las publicaciones y los informes y otros documentos de la Oficina Sectorial.

e) Representar a la Oficina Sectorial en aquellas comisiones en que participe corporativamente.

2) Comite Asesor

Coordinar la participación de cada una de las entidades públicas y privadas que integran el Sector, en el proceso de planificación.

3) Comisiones Asesoras

Asesorar técnicamente a la Oficina Sectorial en aspectos generales o específicos relacionados con la planificación; elevando sus recomendaciones bajo la forma de Informes Técnicos.

4) Programación del Sector

a) Formular y actualizar permanentemente el diagnóstico de la situación de salud.

b) Estructurar las alternativas sobre la Política Básica de Salud.

c) Formular y actualizar los planes de largo plazo y de inversiones del Sector.

5) Presupuestación Funcional - Evaluación

Participar en los procesos de programación, formulación y ejecución del Presupuesto Funcional de la República, de conformidad con lo dispuesto por la ley Orgánica del Presupuesto Funcional.

Participar en la determinación de criterios y unidades de medida de las actividades de salud y en la evaluación de los programas en ejecución, de conformidad con lo dispuesto por la ley Orgánica del Presupuesto Funcional.

6) Estudios Básicos

Promover, asesorar, coordinar, y, circunstancialmente, realizar estudios de investigación aplicada sobre técnicas y procedimientos para mejorar la información básica y aspectos metodológicos y de implementación de la planificación en salud.

7) Racionalización Institucional

Evaluar permanentemente las estructuras organizativas y los procedimientos administrativos para recomendar medidas de racionalización administrativa para adecuar estructuras y funciones al proceso de planificación.

8) Secretaría Administrativa

a) Administrar los documentos clasificados como no técnicos.
b) Llevar la contabilidad de partidas del Presupuesto Analítico de la Oficina Sectorial.
c) Tramitar todo lo relacionado con personal.
d) Atender al abastecimiento y mantenimiento.
e) Coordinar, controlar y supervisar al personal de secretaría.

9) Secretaría de Archivo Técnico

a) Recolectar, resumir y clasificar las informaciones útiles al trabajo de la Oficina Sectorial.
b) Administrar los documentos clasificados como técnicos.
c) Administrar las publicaciones técnicas y de información pública.
d) Dirigir y mantener la Biblioteca.

10) División de Estadísticas de Salud

a) Recopilar, procesar, analizar estadísticamente, y publicar toda la información estadística de salud necesaria para el mejor cumplimiento del proceso de planificación.
b) Asesorar en aspectos de estadística de salud, a las Oficinas de Programación y a las dependencias de las entidades públicas y privadas del Sector.

c) Proporcionar facilidades de recopilación, procesamiento, análisis e interpretación estadística y otras a la Oficina Sectorial.

VII. Unidades Subsectoriales de Salud

1) Las Oficinas de Programación deben estar ubicadas en el más alto nivel de la entidad correspondiente. Su función de asesoramiento técnico le impide intervenir en la linea directa de autoridad; por lo tanto, sus recomendaciones deben ser implementadas a través de la más alta autoridad de la entidad respectiva.

2) El Jefe de la Oficina de Programación debe tener una categoría jerárquica compatible con su función de asesoramiento a la más alta autoridad y con la ubicación de la oficina en el más alto nivel de entidad.

3) Se recomienda que en la Jefatura de la Oficina se considere un asistente que pueda reemplazar al Jefe en cualquier momento sin que se debilite transitoriamente la función.

4) Las reparticiones que dentro de la entidad respectiva tengan que ver con la recolección y procesamiento de información estadística, deben pasar a integrar la Oficina de Programación, con cierta independencia de funcionamiento, pero, bajo la directa autoridad administrativa del Jefe de la Oficina. Cuando no existiera este tipo de repartición es necesario crearla.

5) Se recomienda que la estructura interna de las Oficinas de Programación se base en un esqueleto estructural que comprenda:

   a) Jefatura
   b) Secretaría y Archivo Técnico
   c) Una Unidad de Planeamiento y Programación Presupuestaria (si el volúmen de la entidad es significativo esta Unidad puede sub-dividirse).
   d) Una Unidad de Evaluación que comprenda tanto el control de actividades como el control de resultados de la ejecución presupuestal correspondiente al pliego de la entidad respectiva.
   e) Una sección (o la nomenclatura que correspondiera de estadística).

6) En Entidades donde, por razones de rotación de personal, no es posible la permanencia de los Jefes, se recomienda la preparación, al más alto nivel técnico, de profesionales administrativos en materia de Planificación de Salud. Estos elementos permanentes de la Oficina deben tener un grado jerárquico compatible con su función.

7) El trabajo dentro de la Oficina de Programación debe hacerse en equipo, especialmente en aquellas entidades en las que no es posible la permanencia de los Jefes.

Instituto Latinoamericano de
Planificación Económica y Social

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

Curso de Planificación
de la Salud, 1965

PLANIFICACION DE LA SALUD E INVESTIGACION

I. Propósito

Identificar y medir los factores condicionantes del aumento de la eficiencia de la política de salud en el desarrollo económico social

$$\text{Aumento de la eficiencia} = \frac{\text{Reducción del esfuerzo realizado}}{\text{Aumento de la salud producida}}$$

II. Campos de la investigación

A. Aumento de la eficiencia en la definición [1] de la política de salud a ejecutar

B. Aumento de la eficiencia en la ejecución [2] de la política de salud

- Campo A

Factores:

1. En el sistema de la planificación de la salud
2. En el proceso de la planificación de la salud
3. En la organización de la planificación de la salud
4. En la metodología de la planificación de la salud

Criterios:

$$\text{Aumento de la eficiencia} = \frac{\text{Reducción del esfuerzo de definición}}{\text{Aumento del realismo, la factibilidad y la eficiencia de la política formulada}}$$

Medición:

Numerador: Tiempo-persona requerido para definir la política

Denominador: Proporción de áreas locales con normas válidas

Mecanismos:

Investigación

Adiestramiento

Organización

Sistema de información

1/ Diagnóstico, formulación de planes, decisión, preparación de la ejecución, evaluación y reajuste

2/ Ejecución controlada

- Campo B

Factores:

1. En el manejo de personal
2. En los abastecimientos
3. En el control estadístico-contable
4. En la organización
5. Epidemiológicos y clínicos

Criterio:

$$\text{Aumento de la eficiencia} = \frac{\text{Reducción del esfuerzo de ejecución}}{\text{Aumento de la salud producida}}$$

Medición:

Numerador: Costo de la política de salud

Denominador: Número de cados reparados

Número de muertes evitadas

Mecanismos:

Numerador: Reducir el costo por persona atentida (o protegida) normalizada

a) Identificar composición de la técnica
b) Reducir composición instrumental
c) Aumentar grado de uso
d) Aumentar rendimiento
e) Reducir concentración

Denominador: Ampliar el margen de la eficiencia tecnológica

a) Selección de población con mayores riesgos
b) Identificación de agentes terapéuticos, antígenos más eficaces y otros elementos de reparación o prevención

Equipo investigador:

Ejecutivos de salud, epidemiólogos, sociólogos, economistas, administrativos-contables, clínicos, especialistas de otros sectores.

/III. Mecanismos

III. Mecanismos de investigación

Observación y experimentación. Para asegurar realismo, factibilidad y eficacia de los resultados, la investigación debe realizarse en el país y en áreas locales (no en escala promedial nacional). Por lo tanto: áreas locales de investigación en las que además de acciones de salud con recursos para salud se realizarán actividades de investigación con recursos de investigación.

Formulación de un plan nacional de investigación derivado del plan de salud. Prioridad y metas entre temas. Desglose calendario. Cada tema constituirá un proyecto específico con plazos, actividades, recursos y presupuesto.

Dirección y coordinación del plan nacional de investigación a nivel central (multidisciplinario y multisectorial) que promueve, asesora, localiza, supervisa, financia, aprueba resultados y los entrega a planificación sectorial. Ejecución descentralizada.

Financiamiento: Consejo nacional de planificación, unidades sectoriales, universidades, donaciones extranjeras, organismos internacionales.

Sede: Universidad? Univdad de planificación de salud?

Instituto Latinoamericano de
Planificación Económica y Social

Curso de Planificación
de la Salud, 1965

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

ADIESTRAMIENTO DE PLANIFICADORES DE SALUD

(Guía para la discusión de Seminario)

Fecha: 2 diciembre 1965

1. Antecedentes
   a) Propósitos
   b) Actividades desarrolladas en el continente
   c) Resultados y situación actual (Ver Anexo I)

2. Funciones del planificador
   a) Técnico-asesora y operativa
   b) Participar en la formulación de normas (orientar las decisiones acerca de política de salud)
   c) Organizar y administrar los organismos planificadores sectoriales
   d) Adiestrar planificadores
   e) Informar y divulgar (crear consenso)

3. Niveles de formación 1/
   a) Un nivel superior, constituído por aquellas personas dedicadas específicamente a planificación, con la mayor responsabilidad en los aspectos asesores y normativos del proceso. Se incluye en este nivel, igualmente, al personal dedicado a la docencia y a la investigación en planificación.
   b) Un segundo nivel, constituído por aquellas personas que, sin estar dedicadas exclusivamente a la planificación, deben participar, por sus responsabilidades administrativas, en la formulación de los planes.
   c) Un tercer nivel, formado por elementos auxiliares o de operación, indispensable para tareas de apoyo, tales como recolección de datos, elaboración primaria, etc.

/4. Tipos

1/ Informe Grupo de Estudio sobre Planificación de Salud, Puerto Azul, Venezuela, 1965

4. Tipos de adiestramiento 2/

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

b) El adiestramiento para el nivel medio tiene fundamentalmente las mismas características del anterior en cuanto a su contenido general, aunque con menos énfasis en lo teórico y más acento en los aspectos aplicativos. De este modo, el curso estaría destinado mayormente a la enseñanza de la metodología de la planificación de salud, dándose sólo los principios de la programación general como marco de referencia a la programación sectorial.

c) En cuanto al tercer nivel, se estimó que el adiestramiento debe ser elemental, esencialmente operativo en el aspecto específico en que ese personal se desempeñará y que puede ser impartido como parte del adiestramiento en servicio.

5. Responsabilidad en el adiestramiento

a) Curso Instituto/OSP

b) Cursos nacionales

i) Ministerios o Servicios de Salud

ii) Escuelas de Salud Pública

iii) Universidad en general

/ANEXO I

2/ Op. cit.

ANEXO I

ADIESTRAMIENTO Y UTILIZACION DE LOS PLANIFICADORES DE SALUD EN AMERICA LATINA, 1965. DATOS PROPORCIONADOS POR LOS PAISES. XVI REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO DE LA OPS.

País	Cursos internacionales de adiestramiento			Cursos nacionales de adiestramiento		
	Número de personas capacitadas	Número de personas dedicadas a planificación de la salud	Número de personas dedicadas a otras actividades de salud	Número de personas capacitadas en los cursos principales 1/	Número de personas capacitadas en cursillos: Profesionales	Número de personas capacitadas en cursillos: Auxiliares
Argentina	5	2	3	-	-	-
Bolivia	4	...	...	...	...	...
Brasil	9	...	...	2/	-	-
Colombia	5	2	3	-	19	-
Costa Rica	2	1	1	-	20	-
Cuba	1	1	0	...	...	...
Chile	6	5	1	3	30	20
Ecuador	2	1	1	-	-	-
El Salvador	5	1	4	-	12	73
Guatemala	2	2	-	-	18	84
Haití	-	-	-	-	-	-
Honduras	3	2	1	-	-	20
Jamaica	1	-	1	-	-	-
México	3	-	3	-	60	10
Nicaragua	2	1	1	-	10	30
Panamá	3	1	2	-	6	6
Paraguay	3	2	1	-	-	-
Perú	5	5	-	132	-	18
Rep.Dominicana	2	...	...	-	-	-
Trinidad y Tobago	-	-	-	2/	-	-
Uruguay	3	1	1	40	60	100
Venezuela	7	2	4	78	-	-
Total:	70	29	27	253	235	361

1/ Los cursos principales son aquellos que tienen una duración mínima de seis semanas. 2/ Curso celebrado en julio-agosto de 1965

... = No se dispone de información

ANEXO II

EXTRACTOS DE LA RECOMENDACION DE LA MISION TECNICA DE LA SOCIEDAD INTERAMERICANA DE PLANIFICACION ACERCA DE LA ENSEÑANZA DE LA PLANIFICACION EN EL CONTINENTE LATINOAMERICANO (1960)

Adopción de una política general para el mejoramiento de la enseñanza de la planificación

1. La enseñanza de la planificación es una responsabilidad de las universidades y debería impartirse en todos los países

2. Su desarrollo depende del progreso científico y tecnológico en todas las disciplinas universitarias; por lo tanto, es requisito previo de aquél el fortalecimiento y progreso de éstas.

3. La enseñanza de la planificación debe atender la formación de personal en los diversos niveles - nacional, regional y local - sin perder de vista el carácter integral de la realidad en que éstos operan.

4. La educación en planificación debe incluir: su enseñanza complementada con la investigación, la extensión y capacitación y la divulgación pública de información sobre su ejercicio y enseñanza.

5. La experiencia y los conocimientos de planificación disponibles son escasos y deben ser compartidos entre los países a base de un amplio programa de intercambio de recursos humanos e informativos.

6. La planificación es una disciplina inter-profesional, que posee contenido y métodos propios que la distinguen de otras disciplinas y profesiones.

7. La enseñanza de esta materia debe difundirse en los programas de enseñanza de las profesiones con las cuales está relacionada y en los de las técnicas y especialidades que le son auxiliares.

8. La planificación, como técnica, es de carácter general; pero su aplicación debe tomar conocimiento de los valores y formas peculiares de acción de cada comunidad.

9. La enseñanza de la planificación en América Latina debe estar íntimamente relacionada con los problemas que plantea el desarrollo integral del continente y sus distintos países.

10. La enseñanza de esta materia debe ser promovida y guiada con la ayuda de un programa interamericano.

Instituto Latinoamericano de
Planificación Económica y Social

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

Curso de Planificación
de la Salud, 1965

ESTRATEGIA PARA LA PLANIFICACION DE LA SALUD

(Guía para la discusión de Seminario)

Fecha: 6 diciembre 1965

1. Propósito del Seminario

Dar oportunidad para analizar y discutir la utilidad y aplicabilidad de la planificación de la salud en los países de América Latina y las estrategias recomendables de acuerdo a las posibilidades y dificultades con que se enfrenta.

2. Temas

a) Cuál es, a su juicio, la utilidad que tiene planificar la salud en los países de América Latina.
b) Cuáles son las posibilidades y los obstáculos más evidentes.
c) En qué consistiría una estrategia de acción.

3. Organización del Seminario

a) Los grupos discutirán separadamente durante la mañana, cada uno de los temas propuestos. Para estos efectos designarán un director de debates y un relator.
b) Los relatores de los tres grupos se reunirán al medio día y consolidarán las opiniones y conclusiones de los debates de cada tema.
c) Cada tema consolidado será sintetizado por uno de los relatores en la sesión plenaria que se efectuará en la tarde.
d) A continuación se procederá a una discusión plenaria de cada uno de los tres temas separadamente.

PRELIMINAR

Instituto Latinoamericano de
Planificación Económica y Social

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

Curso de Planificación
de la Salud, 1965

FORMULACION DE UN PLAN NACIONAL DE SALUD PARA CHILE*

* Versión preliminar del documento reproducido para uso docente de la Unidad de Planificación de Salud del Ministerio de Salud Pública de Chile.

Instituto Latinoamericano de
Planificación Económica y Social

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

Curso de Planificación
de la Salud, 1965

FORMULACION DE UN PLAN NACIONAL DE SALUD PARA CHILE

Considerando los acuerdos de las últimas reuniones internacionales que recomendaban la formulación de planes de salud y atendida su justificación y el significado positivo que ello tendría para el progreso del cuidado de la salud en Chile, se llegó a la conclusión de que era indispensable abocarse a esta tarea con la mayor urgencia posible.

Se acordó que dicha tarea debía tener dos fundamentos básicos, que debían ser considerados hasta donde ello fuera posible.

I. Que fuera un Plan de Salud formulado dentro del marco de referencia de los planes nacionales de desarrollo, a objeto de que hubiera la necesaria compatibilización entre los diferentes sectores que integran el país.

II. Que en este plan fueran incluídos los diferentes subsectores que corresponden a salud, para que pudiera hablarse de un verdadero Plan Nacional de Salud.

Si bien es cierto, lo primero ha sido posible considerarlo a través de un contacto permanente con el Consejo Nacional de Planificación y tomando en cuenta en la formulación las variables introducidas en el medio, por influencia de los planes de los otros sectores, no ha sucedido lo mismo con el segundo aspecto ya que la información estadística de otros servicios de salud no era comparable y homogenizable con la del Servicio Nacional de Salud. Por estas razones el Plan de Salud que se formula, es una primera aproximación y corresponde sólo a un plan del Servicio Nacional de Salud que da atención curativa al 75% de la población y de fomento y protección al 100% de la población. En todo caso, se están tomando las medidas para que la información sea recogida en forma útil y pueda ser usada en la primera revisión del actual plan.

A continuación se exponen las diversas etapas del trabajo realizado en la formulación del Plan Nacional de Salud.

/1. Decisión.

1. Decisión. Comisión Plan Nacional de Salud

Decidida la necesidad de contar con un Plan Nacional de Salud, se constituyó una Comisión que debía abocarse a esta labor. En ella se encontraban representados la Escuela de Salubridad, el Colegio Médico de Chile y el Servicio Nacional de Salud, a través de varias de sus autoridades. Esta Comisión que inició sus labores a mediados del año pasado, ha funcionado regularmente hasta ahora, totalizando más de 50 reuniones.

2. Elección de metodología y elección del sujeto de programación

Después de analizar y conocer detalladamente la metodología de planificación de salud diseñada por el grupo de estudio constituído por la Oficina Sanitaria Panamericana y Centro de Estudio para el Desarrollo (CENDES) de la Universidad Central de Venezuela se acordó aprobarla como patrón base, con las modificaciones necesarias que fueran haciéndose convenientes durante el proceso.

Partiendo de la base de que nuestro país tiene grandes variaciones regionales, tanto en sus problemas de salud como en la distribución de sus recursos y que, por otra parte, los promedios nacionales no corresponden a una realidad concreta, se decidió trabajar con planes regionales para integrarlos en un plan nacional. Se sabía que el Gobierno no pensaba constituir regiones, en las cuales se coordinarían todas las actividades gubernamentales y que serían sujeto de programación en los planes nacionales de desarrollo. Como no conocíamos cuál sería esa distribución, pero sabiendo que en todo caso ello se haría a base de agrupación de provincias, se decidió hacer planes provinciales. En todo caso, sería más fácil realizar, a posteriori, una agrupación de provincias que una desagrupación de regiones no coincidentes.

Por todas estas consideraciones se decidió hacer 25 planes provinciales, los cuales adecuadamente compatibilizados entre sí y con el agregado de ciertos aspectos nacionales constituirían el Plan Nacional de Salud.

/3. Adiestramiento

3. Adiestramiento

Para realizar las diversas actividades que significa la formulación de un Plan Nacional de Salud, era indispensable contar con un grupo adecuado de funcionarios debidamente adiestrados en la metodología de planificación y con la suficiente jerarquía funcionaria como para que pudieran movilizar al personal a sus órdenes para que coadyuvaran en su labor.

En el país existía un pequeño número de médicos adiestrados en los cursos internacionales de ILPES, pero era totalmente insuficiente para la labor. Se organizó así, contando con la valiosa colaboración del Asesor de Planificación de OMS Dr. Eduardo Sarué, el primer Curso Nacional de Planificación al cual asistieron 30 funcionarios de todo el país, de diferentes profesiones y con distintas responsabilidades. Este curso duró siete semanas y se terminó a fines de diciembre de 1964. Sus resultados pueden considerarse satisfactorios, pese al poco tiempo con que se contó para su preparación y a la falta de una experiencia nacional en este tipo de cursos. Durante su desarrollo se discutieron algunas hipótesis de trabajo que sirvieron más adelante en la formulación del Plan Nacional de Salud.

4. Preparación y recolección de información

Terminado el curso y aprovechando algunas de sus experiencias, se prepararon los formularios e instructivos correspondientes para poder recoger la información necesaria. Estos formularios fueron cuidadosamente estudiados, de tal manera que pudieran ser usados por funcionarios sin conocimientos previos de planificación. A pesar del cuidado con que se hicieron, hubo en ellos algunas fallas que motivaron algunos atrasos. Sin embargo debemos dejar constancia de que el atraso que hubo en la recolección se debió fundamentalmente a la escasa información existente en algunas provincias; en otras, el poco interés de los ejecutivos regionales y también a que este trabajo se hizo en período de vacaciones anuales. En todo caso, ella quedó recogida antes del 20 de marzo, con los errores que era de esperar, pero en forma útil para los fines proyectados. No hay duda de que este problema ha de ser superado en el futuro y se aprovecharán

/adecuadamente las

adecuadamente las experiencias recogidas. Pero, en la recolección de la información necesaria hubo otro problema de mayor trascendencia y más difícil solución. Dentro del tiempo disponible y con el escaso personal adecuado no era posible recoger alguna información en todos los establecimientos del país. Se debió tomar la decisión de trabajar por muestreo usando para ello un sistema especial.

Se dividió el país en varias regiones, con condiciones climáticas y de recursos o problemas de salud más o menos similares. A su vez, en cada una de ellas se establecieron varios estratos de establecimientos de acuerdo a diversos factores: número de camas, personal, actividades realizadas, etc. Todo ello fué determinado por un grupo técnico de la Escuela de Salubridad y no es enteramente coincidente con la actual clasificación que usa el Servicio Nacional de Salud, en la cual lo importante es el tamaño y existencia o nó, de servicios especializados. Así se determinaron diversos tipos de hospitales y consultorios y postas. En un grupo aparte se colocaron los establecimientos especializados. De cada uno de estos estratos y en cada una de las regiones se eligió un establecimiento tipo, y a él se asimilaron todos los demás establecimientos similares de la misma región. Con ello se redujo la operación a un volumen prudente. Estamos perfectamente conscientes de que ello significa una limitación importante en la exactitud de los datos, pero no había otro camino a seguir y su ajuste habrá de ir alcanzándolo en las modificaciones posteriores. Una vez que podamos contar con personal suficiente y entrenado será fácil recoger esta información directamente en todos los establecimientos, alcanzando así una precisión mucho mayor.

En esta forma se pudo obtener información sobre los siguientes aspectos:

a) Estructura de las consultas por diagnóstico y edad.

b) Distribución del personal, según su actividad, con indicación de horas dedicadas a cada actividad, sus remuneraciones anuales y el número de horas contratadas.

c) Consumos efectuados en los diversos procesos auxiliares e intermedios: número de recetas, número de exámenes de laboratorio, raciones repartidas, kilos de ropa lavados, etc.

d) Movimiento

d) Movimiento presupuestario de los diversos item, tomados en parte de la información local y en parte del balance anual recopilado a nivel central.

e) Por otra parte, Estadística Central nos proporcionó también valiosa información consistente en:

- Estructura de la mortalidad por daño y por grupo de edad.
- Cifras sobre algunas actividades que se tabulan a nivel nacional tales como inspecciones de saneamiento, letrinas instaladas, etc.
- Egresos por causa y edad, según estado al egreso y días de hospitalización.

f) Otras informaciones:

- Población:

  Un grupo de trabajo constituído por expertos de la Escuela de Salubridad, determinó las cifras de población para las 25 provincias y para los próximos 10 años, para cada uno de los grupos de edad. Fue éste un trabajo bastante completo y que será usado oficialmente en el país.

- Viviendas:

  Se recogió información sobre el déficit actual de viviendas en el país y las modificaciones que se producirán con el desarrollo de los planes del gobierno.

- Agua y alcantarillado:

  Igualmente se confeccionaron cuadros para cada una de las provincias del país, con las poblaciones con agua y alcantarillado en la actualidad y en cada uno de los próximos 10 años si se cumplen los programas de acción en este sentido.

- Escolaridad:

  Se recogió información sobre el déficit de aulas escolares y la población que tendrá escuelas en cada uno de los próximos 10 años y para cada provincia.

- Accesibilidad:

  Se hizo un estudio de la población accesible a los servicios de salud que existe en las diversas provincias del país, para estimar cifras de población que se pueda incluir en los planes regulares.

/5. Estudio

5. Estudio de normas básicas

Simultáneamente con este trabajo otro grupo hacía las consultas necesarias con todos los especialistas en las diversas ramas médicas para establecer ciertas tablas básicas para la metodología y que servirían para establecer el modelo normativo o para evaluar la política de salud seguida hasta la fecha.

Así se pudieron establecer índices sobre la vulnerabilidad de los diversos daños, y las tasas de morbilidad, letalidad y mortalidad para cada uno de los grupos que se habían considerado para este estudio.

6. Formulación propiamente tal

a) Constitución de grupos de trabajo:

Tomada la decisión de hacer 25 planes provinciales y contando con casi la totalidad de la información necesaria, se procedió a constituir en las oficinas de la Dirección General de Salud un grupo multidisciplinario, que debía trabajar en la formulación propiamente tal del plan. Se estructuraron 15 grupos, cada uno de los cuales estaba formado, esencialmente, por una persona con conocimientos en planificación y otra persona con buena preparación matemática básica para que sirviera de operador. Cada grupo debía trabajar dos provuncias y había un grupo especial para Santiago. Además, había dos grupos para labores de tipo general. Cada cuatro grupos había un asesor instructor, labor en la cual se contó con el aporte de consultores internacionales (OPS - OMS) más algunos nacionales de experiencia. Había un consultor general y un coordinador de las labores. Nuestra impresión sobre esta metódica de trabajo fue satisfactoria, y falló en aquellos casos en que no hubo buen entendimiento. Sin embargo, debemos dejar clara constancia de que el rendimiento fue muy satisfactorio y el trabajo, a pesar de sus dificultades y algunas correcciones o contrainstrucciones que a veces se producían, capta y entusiasma a las personas.

b) Cursillo de adiestramiento:

Nos pareció conveniente que antes de iniciar el trabajo, todos los participantes tuvieran una información general sobre la

/metodología

metodología a usar y cuales eran sus propósitos a objeto de que no trabajaran mecánicamente, sino con plena conciencia de lo que estaban haciendo. Esto los haría adoptar una actitud vigilante que sería de gran utilidad en el perfeccionamiento de varios aspectos de aplicación metodológica. Este objetivo fue bien alcanzado.

c) Revisión de la información:

Se inició el trabajo con una revisión, ordenación y corrección de toda la información recogida a través del país. Se completaron los cuadros que faltaban, solicitándolos directamente y, a veces, enviando personal al terreno; además, se hicieron las correcciones necesarias para ajustarlas a su objetivo.

d) Diagnóstico:

En población, estructura de egresos e información sobre el medio sólo se debió completar los cuadros provinciales, partiendo de la información nacional. En la estructura de las consultas, hubo que reconstruir el universo partiendo de las muestras. Hubo algunas dificultades en Santiago que pudieron ser obviadas mediante observación de datos directos.

En cuanto a política de salud, el trabajo fue más dfícil ya que la información contenía errores y el proceso de instrumentación es más complicado. Sin embargo, ello se pudo cumplir con un pequeño retraso. Después de haber rehecho los estratos se reconstituyeron las provincias, hasta tener un diagnóstico completo de la política de salud para cada provincia, con especificación de los costos, los rendimientos, etc.

e) Pronóstico:

La Escuela de Salubridad nos hizo un detallado y valioso estudió en relación con el pronóstico. A pesar de las dificultades que significó la pérdida de información y los cambios de la nomenclatura, pudo establecer sobre la base de los 10 últimos años, el pronóstico para los próximos 10 años de la mortalidad en cada uno de los grupos de daños. Tambíen se hizo este trabajo para consultas y hospitalizaciones en cada una de las 25 provincias.

/Así tuvimos

Así tuvimos una primera estimación del pronóstico que fue corregido considerando las variaciones en el medio que significaban el crecimiento de la población y los planes de trabajo del gobierno en vivienda, agua, alcantarillado y escolaridad.

7. Determinación de programas, actividades e instrumentos

Simultáneamente con estas tareas, grupos de trabajos formularon ante el Consejo Técnico del Servicio Nacional de Salud proposiciones concretas en relación a los programas con que se trabajaría, las actividades de que constarían y los instrumentos que agruparían los recursos disponibles. Aunque este trabajo fue largo para poder llegar a obtener una solución operante, debemos dejar constancia del ánimo evidentemente constructivo con que se trabajó y que permitió algunas transacciones momentáneas en razón de tratarse de un primer plan que no podía ser muy elaborado.

De acuerdo con estas ideas se trabajaría con los siguientes programas, actividades e instrumentos:

a) Programa de Atención Médica:
   Actividades: Hospitalización y consulta
   Instrumentos: Día cama y hora médico de consulta

b) Programa de Atención Materno Infantil:
   Actividades: Hospitalización (partos)
   Consultas (niños sanos y embarazadas)
   Alimentación suplementaria
   Visita de enfermería para partos y puerperios y para alimentación
   Instrumentos: Día cama
   Hora médico consulta
   Hora auxiliar de alimentación
   Hora visita de enfermería

c) Programa de Epidemiología:
   Actividades: Vacunación
   Instrumentos: Hora Vacunador

/d) Programa

d) Programa de Higiene Ambiental:
Actividades: Inspecciones: Locales de alimentos
Viviendas
Higiene del Trabajo.
Instrumento: Hora Inspector

e) Programa de Odontología:
Actividades: Consulta Odontológica

f) Programa de Administración:
Todas estas determinaciones que eran previas para la instrumentación y que tienen gran trascendencia para formular el Plan y en especial el Presupuesto Programa, fueron oficialmente aprobados por el Consejo Técnico del Servicio Nacional de Salud, lo que nos significaba un respaldo importante y decisivo.

g) Prioridades:
Con los datos obtenidos se pudo establecer una escala de prioridades de los diferentes daños en cada una de las 25 provinvias considerando la técnica más efectiva la magnitud, la trascendencia y el costo en relación a cada daño. Estas prioridades, si bien es cierto, no son iguales no varían mucho a través de todo el país.

h) Plan Mínimo:
A esta altura pudimos ya formular un plan mínimo operacional que, sobre la base de contar con los recursos constantes per cápita y en moneda de igual valor nos permitiría atender la demanda y reducir la mortalidad con una velocidad mucho mayor que la de la última década, alcanzando una disminución de alrededor del 2%° anual a partir de la tasa de 11%° que alcanza en la actualidad.

En este plan mínimo se deja constancia, para cada provincia de las diferentes metas que habrá que alcanzarse en cada una de las diferentes actividades para cubrir este objetivo.

Estas metas, a su vez son traducidas a instrumentos necesarios que, con el rendimiento esperado, pueden ser alcanzados y se establece un balance que indica los nuevos instrumentos que deben ser creados a lo largo del país.

Por último,

Por último, todo este plan mínimo se traduce en un presupuesto programa que nos indica el costo presupuestario de nuestro plan en función de las actividades e instrumentos necesarios para alcanzar las metas fijadas.

8. Presupuesto Programa

Todo el Plan de Salud tiene su expresión financiera en un Presupues-Programa que permite justificar los gastos en la medida de las actividades que se desarrollan. Ello significa un cambio en el presupuesto tradicional basado en el objeto del gasto y nó en lo que se pretende alcanzar con ello. No es el momento de analizar el importante progreso que significa, pero no hay duda que su aplicación será de positivos beneficios, no sólo para el administrador local y nacional, sino también, para el programador intersectorial que podrá pesar con más elementos de juicio la proporción que le debe corresponder al sector salud dentro del presupuesto total del país y los sacrificios o consecuencias que significarán disminuir estos aportes.

En este aspecto hay varias etapas ya cumplidas:

a) Elaboración del Presupuesto Programa:

Este Presupuesto Programa, se aplicó solamente a lo que denominamos salud propiamente tal, dejando al margen otras actividades que desarrolla el Servicio Nacional de Salud y que no consideramos, por ahora, como salud, vale decir: subsidios, cementerios, asistencia social pura, etc. Para estos gastos se tomó lo calculado por el Sub Departamento de Control y Presupuestos y se sumó en globo y sin análisis a los gastos de salud.

Estos a su vez, se trabajaron en base a la alternativa mínima operacional determinada por el plan y se hizo la apertura tomando como base el acuerdo ya mencionado del Consejo Técnico que definía los distintos programas y las actividades que cada uno de ellos comprende. Se asignó a cada programa las metas nacionales y sobre la base del costo de las actividades, la cantidad presupuestaria correspondiente. En este presupuesto, se separó en cada programa todo lo correspondiente a remuneraciones

/y todo

y todo lo correspondiente a consumos. Este trabajo, que se hacía por primera vez, con carácter nacional, fue sometido a consideración del Consejo Técnico que lo aprobó conjuntamente con el resto del presupuesto. Por primera vez, se envió al Ministerio de Hacienda un Presupuesto Programa, que llamó la atención por la técnica usada y que sirvió de valiosa herramienta al Director General cuando se debió discutir, con la Dirección de Presupuestos la cantidad del aporte fiscal para 1966. Aunque éste no fue todo lo solicitado tenemos la impresión de que, con los fondos de que se dispondrá para el próximo año será posible financiar las metas fijadas.

b) Sistema de Control:

Para poder usar adecuadamente un presupuesto programa, no basta formularlo, sino que es necesario llevarlo a la práctica y controlar su aplicación en forma adecuada y permanente. Su evaluación es parte fundamental de la evaluación del Plan de Salud.

Se designó una comisión integrada por representantes del Servicio que contó con la valiosa asesoría de profesionales del Ministerio de Hacienda, para que diseñara un sistema de control que permitiera poder usar a la vez el presupuesto tradicional y el Presupuesto Programa. Después de un intenso y difícil trabajo esta comisión diseñó el sistema, los formularios y sus instructivos correspondientes. Ellos serán usados a título de ensayo en varios establecimientos de Santiago y del país, durante el mes de octubre, para ser corregidos según lo que se observe en la práctica y preparar todo el personal y material para ponerlo en marcha en escala nacional, a contar del 1° de enero de 1966.

Es indudable, que este sistema no es perfecto y no controlará con una precisión de mucho más del 80%, pero lo consideraríamos más que satisfactorio como primer intento si lograra alcanzar esta cifra.

c) Adiestramiento de personal:

El uso de esta nueva técnica necesita personal entrenado para ello y que comprenda el nuevo sentido que ella encierra. Con este objeto y contando con la valiosa colaboración de la Oficina

/Sanitaria Panamericana

Sanitaria Panamericana e Insora de la Universidad de Chile, se realizó durante tres meses un curso de perfeccionamiento administrativo-contable al que asistieron 26 alumnos, siendo 20 nacionales y 6 extranjeros. Todos de alto nivel social y nacional. Todos ellos al término del Curso discutieron en varias sesiones el sistema de control diseñado por la comisión, formulando aportes valiosos en mérito de su experiencia de terreno y los conocimientos adquiridos en el curso.

No hay duda que la puesta en marcha de todo lo que implica un sistema integral de Presupuesto Programa, será un progreso evidente para el Servicio, facilitando un más adecuado reparto de los recursos y estimulando a los ejecutivos locales a alcanzar las metas propuestas por el Plan.

9. Plan de Inversiones:

Urgidos por el apremio de la Oficina de Presupuestos, fue necesario formular un Plan tentativo de Inversiones, siguiendo un poco de acuerdo con el sistema tradicional, esto es, atendiendo a prioridades aparentes más que reales. Este problema, sin embargo, no reviste gravedad importante, porque la mayor parte de los recursos financieros deberán ser invertidos en continuar y terminar las obras ya iniciadas en años anteriores.

Sin embargo, hemos trazado un camino para llegar a formular un adecuado plan de inversiones en el futuro y en este sentido tenemos la seguridad de contar con el apoyo de la Dirección General del Servicio Nacional de Salud. En el mes de septiembre, quedará diseñada por un experto de la Oficina Sanitaria Panamericana una encuesta que, al aplicarla a todos los establecimientos asistenciales del país, nos permitirá contar con un inventario físico y funcional de todos los recursos inmuebles del servicio. Esta encuesta será aplicada a lo largo del país por un equipo de encuestadores especialmente preparados para ello y tabulada posteriormente, con la asesoría del experto que las diseñó. Esperamos tener estos resultados antes del término del año. Con esta encuesta, más las mayores necesidades de recursos físicos que determina el plan y la decisión sobre política en relación al tamaño de los hospitales (decisión puramente técnica),

/estaremos en

estaremos en condiciones de formular, en el curso del primer semestre de 1966, un plan de inversiones verdaderamente técnico y que significará un aporte positivo de gran valor.

10. Normas Técnico-Administrativas

No hay duda que el Plan con sus metas ya señaladas nos está indicando "cuánto" debe hacerse y "dónde" debe hacerse lo que se señala, pero falta todavía precisar "cómo" se trabajará para cubrir las metas. Ello constituye lo que hemos denominado normas técnico administrativas y que forman parte fundamental de la adecuada implementación del plan.

Para este estudio se ha constituído un grupo multidisciplinario, formado por varios grupos interdisciplinarios. Estos últimos, estudiarán primero las normas con carácter de especialidad. Después, ellas serán revisadas y compatibilizadas a nivel multidisciplinario, para ser aprobadas por el Consejo Técnico y aplicadas en todo el país a contar del próximo año. La primera etapa de este trabajo debe quedar terminada antes del 30 de setiembre y su estudio total antes del 31 de octubre.

11. Plan de Adiestramiento y Plan de Investigación

Estos dos planes se encuentran aún en proceso de preparación y serán formulados en el último trimestre del presente año.

12. Cursos de planificación

Hasta ahora se han realizado dos cursos nacionales de Planificación, para los cuales se ha contado con la colaboración de la Oficina Sanitaria Panamericana y de la Escuela de Salubridad. Esta última ha incorporado al curriculum regular de su Curso de Licenciado en Salubridad, siete semanas dedicadas a planificación. Con estas actividades, contaremos al terminar el año, con más de 10 funcionarios con Curso Internacional y 98 con Curso Nacional. Además, de ahora en adelante todas las promociones de la Escuela de Salubridad, tendrán conocimientos adecuados en esta especialidad. Así podremos tener a lo largo del país y en todos los niveles elementos capaces de participar en la evaluación y revisión de los planes.

/13. Resumen

13. Resumen

Se han realizado durante el curso del presente año diversas actividades que han llevado a la formulación de un Plan Nacional de Salud que deberá ser sometido a la aprobación de las autoridades nacionales en el mes de octubre y que incluye una serie de trabajos agregados que han significado un esfuerzo importante y preparan un progreso importante para la salud chilena en función del uso más adecuado de los recursos disponibles.

14. Comentario general

No hay duda de que la formulación de un Plan de Salud, es sólo una gran primera etapa de un largo camino que no tiene fin. Este plan debe ser implementado, ejecutado y evaluado en forma permanente. De este cuádruple proceso irán saliendo cada año nuevos planes cada vez más perfectos y más ajustados. Pero, para ello, se hace conveniente dar al proceso de la planificación de la salud una adecuada institucionalización para que pueda llegar a constituir una actividad de rutina.

Y para ello es necesario, además del apoyo del Gobierno, que no ha faltado en este año, contar con más técnicos que bien preparados puedan dedicarse con tranquilidad a este trabajo y a la investigación que permita la perfección de la metodología y facilite su aplicación.

Contando con estos recursos será posible que la Planificación cubra sus objetivos para bien del país.

Dr. Norberto Espinosa Solís de Ovando
Coordinador
Plan Nacional de Salud

Santiago, 22 de setiembre de 1965
omc.

ANEXO

PRESUPUESTO POR PROGRAMA DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD
PARA EL AÑO 1966

El Servicio Nacional de Salud realiza la función de Salud Pública del Estado, junto a otras funciones asignadas por disposiciones legales vigentes, que no corresponden estrictamente a labores de salud.

I. Función Salud

El Servicio Nacional de Salud ha planificado sus actividades para el año 1966, como parte del Plan Nacional de Salud (1966-75), teniendo como base la Metodología de Planificación de Salud auspiciada por la Oficina Sanitaria Panamericana.

Los propósitos generales que se plantean para el año 1966 son:

1) Atender la demanda pronosticada;
2) Acelerar al doble el ritmo histórico de disminución de la tasa de mortalidad, lo que equivale a decir que este decremento será de 2% anual.

Con estas dos metas se logrará la mínima aspiración en salud para Chile en el año 1966 (Año 1 del Plan Nacional de Salud del Servicio).

Para cumplir adecuadamente los propósitos y metas planteados para el año 1966, el Servicio debe contar con un monto determinado de recursos que se cuantifican en el Presupuesto por Programas y actividades que a continuación se detalla.

Por razones técnicas las actividades de Salud se han agrupado en 6 programas básicos de Salud:

a) Programa de Atención Médica
b) Programa Materno-Infantil
c) Programa de Epidemiología
d) Programa de Higiene Ambiental
e) Programa de Odontología
f) Programa de Administración

II. Otras Funciones

Para estas funciones que no son estrictamente actividades de Salud, el volumen de sus acciones y la confección del Presupuesto obedece a

/estimaciones de

estimaciones de gastos de los propios servicios, de acuerdo a programas parciales de trabajos de cada uno, para el año 1966.

En la presentación del Presupuesto de Gastos, estas funciones se agrupan como "Otros Programas".

El cuadro # 1 resume la distribución del Presupuesto de Gastos del Servicio Nacional de Salud para el año 1966.

A. PROGRAMAS DE SALUD

Para el cumplimiento de cada uno de los programas ya señalados, es necesario ejecutar determinadas "actividades" específicas, entendiendo por tales un conjunto de acciones que, desarrolladas con criterio de eficiencia en el tiempo y el espacio, permite alcanzar determinados objetivos de salud.

Cada una de estas actividades es producto del uso de lo que se denomina "instrumento", es decir, un conjunto de recusos vinculados según criterio de funcionalidad.

Los instrumentos que corresponden a cada una de las actividades necesarias para salud, se detallan a continuación:

ACTIVIDADES	INSTRUMENTOS
Hospitalización	Día - Cama
Consulta Médica	Hora - Consulta
Visitas	Hora - Visitador
Consulta Odontológica	Hora - Odontológica
Epidemiología	Hora - Vacunador
Alimentación Suplementaria	Hora - Alimentador

Para los efectos de esta presentación, en el costo de los instrumentos se incluye sólo las remuneraciones y consumos asignables directamente a la actividad realizada, excluyendo por lo tanto, todos aquellos gastos de los servicios generales, como ser Contabilidad, Estadística, Aseo, etc.

En Remuneraciones se consideran los siguientes rubros: Sueldos, Sobresueldos, Jornales, Asignación Familiar y Aporte Patronal.

Los Consumos se refieren sólo a: Alimentación, Farmacia, Lavandería y Ropería.

1. PROGRAMA DE ATENCION MEDICA

   a) Definición. El propósito de este Programa es restituir la salud al individuo enfermo en el menor plazo posible, mediante su atención ambulatoria (Consultorio Externo o domicilio) o atención cerrada (Hospital), suministrando atención médica y paramédica, exámenes complementarios, etc. También es propósito de este

/Programa la

Programa la rehabilitación del individuo en lo anatómico funcional y social, a fin de aprovechar la capacidad residual de trabajo si ésta se ve reducida por causa de la enfermedad.

b) Metas. Dos son las actividades básicas de este Programa: Hospitalización y Consulta.

En hospitalización se proyecta cubrir 500.000 hospitalizaciones, lo que con un promedio de 19,5 días - cama por hospitalizado, significa un total de 9.750.000 días - cama. El costo unitario del instrumento día-cama se ha estimado en E° 15.06[1/] siendo por lo tanto, el gasto de hospitalización en Atención Médica de E° 146.835.000.

Para 1966 se proyecta realizar 8.000.000 de consultas que implican un total de 2.000.000 de horas-consulta, ya que el promedio es de 4 consultas por hora. El costo unitario de este instrumento (hora-consulta), es de E° 25,37, dando un total de E° 50.740.000. para la actividad Consulta.

c) Resumen del Costo del Programa

	ACTIVIDADES		INSTRUMENTOS		COSTO TOTAL E°
	Número	Costo Unit. E°	Número	Costo Unit. E°	
Hospitalización	500.000	293,67	9.750.000	15,06	146.835.000
Consulta	8.000.000	6,34	2.000.000	25,37	50.740.000
COSTO TOTAL PROGRAMA.....E° 197.575.000					

1/ La composición del costo unitario de los instrumentos utilizados en este programa se señala en el punto d).

/d) Composición

d) Composición del Costo Unitario de los Instrumentos

ACTIVIDAD	INSTRUMENTO	COMPOSICION (E°)					Total Costo Unit.
		Remuneración (*)	Farmacia	Alimentación General	Lavandería	Ropería	
Hospitalización	Día-Cama	10,87	1,43	2,15	0,32	0,29	15,06
Consulta	Hr.-Consulta	17,10	8,16	-	0,06	0,05	25,37

(*) Incluye: Sueldos, sobresueldos, honorarios y contratos, asignación familiar y pagos previsionales.

2. PROGRAMA MATERNO INFANTIL

a) Definición. Los objetivos de este programa son: atención prenatal precoz y adecuada asistencia del parto y puerperio en condiciones de evitar los riesgos físicos y schock emocional; examen post-parto; examen y atención del recién nacido; estímulo de la lactancia natural y de la más estrecha convivencia del lactante con su madre; y, procurar al niño un normal desarrollo físico y mental.

Los niños enfermos, los embarazos y partos anormales están incluídos en el Programa de Atención Médica.

b) Metas. Las actividades básicas de este programa son: hospitalización, consulta, alimentación suplementaria, visitas, parto y puerperio y visitas alimentación de niños.

Para el año 1966 se proyecta:

- Atención de 212.000 hospitalizaciones por parto (aproximadamente 2/3 de los partos estimados para el país) que implican la necesidad de 922.000 días-cama, con un promedio de 4,35 días-cama por hospitalizada.

  El costo unitario del día-cama es de E° 15.06[1/] lo que dá un total de gasto para hospitalización de E° 13.885.000.
- Un total de 923.000 consultas (embarazadas y niños normales), para las cuales se necesitan 220.000 horas-consulta, siendo el promedio en este caso de 4,2 consultas por hora. El costo unitario del instrumento (hora-consulta) es de E° 25,37, con un costo total de E° 5.581.000
- En alimentación suplementaria, entregar más de 26 millones de kilógramos de leche, cubriendo las embarazadas y niños; con un total de 161.000 horas-alimentador.

  El costo unitario del instrumento es de E° 420,58, con un costo total para la actividad de E° 67.714.000. Para poder repartir la cantidad de leche señalada, las horas

---

1/ La composición del costo unitario de los instrumentos utilizados en este programa se señala en el punto 2 d).

/alimentador disponibles

alimentador disponibles son insuficientes, por lo que será necesario obtener la participación de la comunidad para alcanzar la meta fijada.

- Realizar 422.000 visitas de parto y puerperio, con un total de 209.000 horas - visitador lo que da un rendimiento de 2,02 visitas por hora. El costo unitario del instrumento es de E° 2,06 y el costo total de la actividad es de E° 431.000.
- En cuanto a visitas de alimentación para niños, se pretende hacer 1.581.400 visitas, necesitándose 790.700 horas-visitador, con un rendimiento de 2 visitas por hora. El costo unitario del instrumento es de E° 2,06 y su costo total alcanza a E° 1.631.000.

c) Resumen del Costo del Programa

	ACTIVIDADES		INSTRUMENTOS		COSTO TOTAL E°
	Número	Costo Unit. E°	Número	Costo Unit. E°	
Hospitalización	212.000	65,49	922.000	15,06	13.885.000
Consulta	923.000	6,05	220.000	25,37	5.581.000
Alim. Suplementaria	26.898.000	2,52	161.000	420,58	67.714.000
Vis. Parto y Puerp.	422.000	1,03	209.000	2,06	431.000
Vis. Alim. Niños	1.581.400	1,03	790.700	2,06	1.631.000
COSTO TOTAL PROGRAMA ..... E° 89.242.000					

d) Composición

d) Composición del Costo Unitario de los Instrumentos

ACTIVIDAD	INSTRUMENTO	COMPOSICION (E°)						Total Costo Unit.
		Remuneración	Farmacia	Alimentación General	Alimentación Suplem.	Lavandería	Ropería	
Hospitalizac.	Día-Cama	10,87	1,43	2,15	-	0,32	0,29	15,06
Consulta	Hr.-Consulta	17,10	8,16	-	-	0,06	0,05	25,37
Alim. Suplem.	Hr.-Aliment.	2,88	-	-	417,65*	0,03	0,02	420,58
Visitas	Hr.-Visitad.	2,06	-	-	-	-	-	2,06

* Corresponde al costo total de la leche entregada en una hora, siendo el costo del kg. de E° 2,5.

/3. PROGRAMA

3. PROGRAMA EPIDEMIOLOGIA

a) Definición. Los propósitos de este programa son: control y prevención de las enfermedades transmisibles agudas, a través de la vacunación sistemática; control y prevención de las enfermedades venéreas; control de Zoonosis; desinsectación de personas; etc. Es responsable además del cumplimiento de Convenios Internacionales (erradicación de la malaria, controles en puertos y aeropuertos, etc.).

b) Metas. La actividad básica de este programa, se hace a través de la colocación de vacunas. Para el año 1966 se proyectan 7.384.693 dosis de vacuna a la población infantil y al 20% de la población total, en el caso de la viruela, con un total de 298.687 horas - vacunador. Además se hará vacunación antirrábica humana y animal que variará según programas zonales y vacunación antitífica no programada.

El costo unitario del instrumento[1/] varía de acuerdo al antígeno de que se trate. El gasto total del Programa en vacunación es de E° 4.093.200.

Mediante estas acciones se liberan horas de consulta y camas de hospitalización en el Programa de Atención Médica (han sido computadas en el programa).

En Campañas Sanitarias se consultan E° 2.625.000 para el próximo año, con el objeto de afrontar situaciones de emergencia de tipo epidémico, y dar cumplimiento a Convenios Sanitarios Internacionales.

De este modo, el gasto total del Programa en el Presupuesto Corriente es de E° 6.718.200.

En el Presupuesto de Capital se consulta la suma de E° 2.200.000 de los cuales E° 1.200.000 son para campañas antituberculosas y E° 1.000.000 para vacunas.

1/ Ver punto 3. c).

/El total

El total de dosis programadas se distribuye de la siguiente manera:

VACUNACIONES	Nº DOSIS	INSTRUMENTOS
Viruela	1.771.895	71.240
Tuberculosis	670.000	26.800
Tos Ferina - Difteria	1.934.846	77.342
Sarampión	498.426	19.895
Poliomielitis	1.309.526	53.410
Difteria	1.200.000	50.000
TOTAL	7.384.693	298.687

c) Composición del Costo Unitario del Instrumento

ACTIVIDAD	INSTRUMENTO	COMPOSICION (E°)				TOTAL COSTO UNITARIO
		Remuneración	Farmacia	Lavandería	Ropería	
Vacunación	Hr. Vacunad.	2,08	7,78 *	0,02	0,03	9,91

* Se trata sólo de un valor promedio.

/4. PROGRAMA

4. PROGRAMA DE HIGIENE AMBIENTAL

a) Definición. El propósito de este programa es mejorar las condiciones del ambiente, a fin de reducir la incidencia de enfermedades transmisibles y otros riesgos derivados de la convivencia humana, y conseguir mejores condiciones de vida y bienestar de la comunidad a través de las acciones que corresponden a los siguientes rubros: agua potable, excretas, cursos de aguas, residuos industriales, locales públicos, industrias alimenticias, transporte y expendio de alimentos, basuras y otros desechos y vectores.

Estas acciones se materializan a través de: inspecciones de viviendas, inspecciones de locales, instalaciones de agua, construcción de letrinas, desinsectación, desratización, etc.

El gasto total en el Presupuesto Corriente es de E° 5.603.000, el de Capital es de E° 4.747.000, lo que da un total para el programa de E° 10.350.000.

b) Desglose del Gasto del Presupuesto de Capital.

Instalación agua potable rural BID..... (para comunidades menores de 1.000 habt.)	E° 1.500.000
Obras de saneamiento, agua excreta y basuras:	
- Agua potable 4.300 instalaciones de norias y pozos.....	745.000
- Excretas: 12.000 instalaciones de letrinas sanitarias.....	700.000
- Desinsectaciones: 4.600.000 m^2.....	46.000
- Desratizaciones: 440.000 m^2.....	26.000
	1.517.000
Erradicación de la vinchuca.....	500.000
Saneamiento ambiental[1/].....	630.000
Habilitación de Laboratorios Bromatológicos.....	300.000
Total.....	4.447.000

1/ Incluye fluoración del agua potable para prevención de caries dentales.

/5. PROGRAMA

5. PROGRAMA DE ODONTOLOGIA

a) Definición. Este Programa es responsable de la atención de la demanda por afecciones dentarias y de la protección de la salud dental.

b) Metas. La actividad básica de este programa es la consulta odontológica, estimándose que para el año 1966 se darán 4.000.000 de ellas, que aproximadamente equivale a una consulta por cada 2 habitantes.

Para cumplir esta meta se precisan 696.000 horas-consulta-odontológica, con un rendimiento de 5,75 consultas por hora y con un costo unitario del instrumento de E° 11,92 que significa un gasto total del programa de E° 8.299.000.

c) Resumen del Costo Total

	ACTIVIDADES		INSTRUMENTO		COSTO TOTAL E°
	Número	Costo Unit. E°	Número	Costo Unit. E°	
Consult. Odontol.	4.000.000	2,04	696.000	11,92	8.299.000

d) Composición del costo unitario del instrumento

ACTIVIDAD	INSTRUMENTO	COMPOSICION (E°)				Costo Total Unit. E°
		Remuneración	Farmacia	Lavandería	Ropería	
Consulta Odontológica	Hora Consulta Odontológica	10,77	1,03	0,06	0,06	11,92

/6. PROGRAMA

6. PROGRAMA DE ADMINISTRACION

a) Definición. El propósito de este programa consiste en suministrar los elementos necesarios para administrar la correcta ejecución integrada de todos y cada uno de los programas, controlando las Inversiones, registrando las acciones y manejando el personal.

Cabe hacer notar que el total de los gastos que aparece en este programa corresponde a la parte administrativa de los establecimientos hospitalarios y a la totalidad de los gastos correspondientes a las Direcciones Zonales. Dentro de este programa, se han incluído todos aquellos gastos, que si bien son de los programas de salud, no es posible distribuirlos entre ellos, como es el caso de: agua, luz y lumbre, arriendos, adquisición de bienes durables, mantención y reparación de edificios, etc.; todos ellos incluídos en el rubro "Otros Item". Además se incluyen las cuentas pendientes, auxilios extraordinarios y los gastos de capital de salud (excepción del programa de Higiene Ambiental y de Epidemiología).

b) Explicación de los principales rubros que comprende este programa

i) Auxilios extraordinarios. El objetivo de este item es el de contar con recursos para la habilitación de los nuevos establecimientos que se entregarán en el transcurso del año 1966 y otros gastos extraordinarios. El total de este item asciende a E° 22.392.439,65 que se desglosa del siguiente modo:

- Proyecto de habilitaciones y ampliaciones de nuevos servicios para 1966[1/]	E°	6.007.917,55
- Establecimientos que funcionarán en el año 1966[1/]		15.588.438,58
- Ampliaciones, reparaciones, y otras finalidades extraordinarias contempladas a nivel de Zonas y Establecimientos de conformidad a solicitud expresa de ellos.....		796.083,52
Total.....	E°	22.392.439,65

1/ Estos valores se han consultado a nivel nacional en el presupuesto de la Dirección General.

/ii) Gastos

ii) Gastos de Capital. Se refiere a gastos que indistintamente corresponden a varios programas y que no es posible identificar. Su desglose general es: (En miles de E°)

Continuación de obras ya iniciadas y ampliaciones.....	E°	5.364,2
Instrumental y equipo.....		5.332,2
Compra de vehículos.....		3.585,6
Compra de terrenos.....		75,-
Compra de casas y edificios.....		80,-
Hospital de Tomé.....		400,-
	E°	14.837,-

iii) Cuentas Pendientes. Es sabido el enorme déficit que arrastra el Servicio en deudas a proveedores y otros, que son derivadas de gastos de cada uno de los establecimientos del país.

La estimación general de la deuda, que en el año 1966 debiera cancelarse, asciende a más de E° 16.000.000 en la parte correspondiente a la función de Salud. A esta cantidad debe agregarse una suma aproximada a los E° 10.000.000 que corresponde a las funciones extra-salud.

iv) Otros Item. Bajo este rubro se incluyen varios item que corresponden al conjunto de los programas de salud y que se realizan a lo largo de todo el país en sus diferentes unidades ejecutoras. El total de este rubro "Otros Item" alcanza a la cantidad de (miles de E°) 35.238 sobresaliendo en este total los siguientes item: (en miles de E°)

Agua, Luz y Lumbre.....	E°	12.287
Mantención y reparaciones de:		
- bienes inmuebles, incluyendo construcciones menores e instalaciones.....		10.204
- bienes muebles e instrumental.....		1.908
- combustibles y lubricantes.....		2.474

/B. OTROS

B. OTROS PROGRAMAS

En esta parte del Presupuesto de Gastos se consideran todas aquellas actividades que, sin estar estrechamente ligadas a la función salud, han sido encomendadas por Ley al Servicio Nacional de Salud. En ellas se incluyen los gastos que demandan los Cementerios, Hospicios, Central de Talleres, Central de Abastecimiento, etc., que por lo general tienen acción a lo largo del país. Se incluye también en esta parte el Presupuesto de la Dirección General, con excepción de: Auxilios Extraordinarios, Servicios Delegados, Campañas Sanitarias, y parte del Presupuesto de Capital.

La distribución de los gastos de Otros Programas se muestra en el cuadro siguiente:

/DISTRIBUCION DE

DISTRIBUCION DE LOS GASTOS DE OTROS PROGRAMAS
POR TIPO DE DEPENDENCIAS DEL SERVICIO Y OTROS ITEM

(En miles de E°)

Hogares de Menores y Hogares Infantiles		7.920,8
Hospicio y Hogares de Ancianos		2.100,8
Escuelas e Instituto de Medicina Experimental		1.726,8
Beneficencia		22,8
Instituto Bacteriológico		9.553,9
Central de Talleres		2.541,0
Central de Abastecimiento		3.256,3
Gerencia Agrícola		100,0
Farmacia de Urgencia		2.824,2
Cementerios		4.908,8
Talleres Sanitarios		3.661,5
Dirección General *		57.255,8
Convenios Servicios Delegados		22.885,0
Subsidios	35.460,0	
Remunerac. Subsidios	2.045,0	37.505,0
Derechos de Aduana		5.500,0
Colocación Familiar		3.601,3
Total Gastos Corrientes		165.364,0
Gastos de Capital		1.370,0
TOTAL OTROS PROGRAMAS		166.634,0

* No incluye las cantidades correspondientes a Auxilios Extraordinarios; Gastos de Capital; parte de remuneraciones de Subsidios; transferencias a Servicios Delegados ni Campañas Sanitarias.

/Importante es

Importante es explicar algunas de las partidas incluídas en este cuadro:

1. Dirección General. En el total se incluyen partidas correspondientes a gastos de la Dirección General como establecimiento y otras que son absorbidas a nivel nacional.

2. Subsidios. El cálculo de su monto tiene su base en los aportes que hace el Fisco y el Servicio de Seguro Social, en la forma que se indica:

   5,5% s/salarios..... E° 97.515.000
   4,5% Servic. Seg. Social..... 79.785.000 E° 177.300.000

   Inciso 2° Art. 75° Ley 10.383 (20%) E° 35.460.000

3. Gastos de Capital. La distribución de estos gastos se tiene en el cuadro siguiente:

GASTOS DE CAPITAL DE "OTROS PROGRAMAS"

(En miles de E°)

Derechos aduaneros.....	100
Amortización de deudas.....	30
Instalación de Estaciones de Radiocomunicaciones.	740
Compra de acciones a la Sociedad Constructura de Establecimientos Hospitalarios.....	500
Total.....	1.370

Santiafo, 12 de agosto de 1965.

Cuadro 1

PRESUPUESTO DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD

(En miles de escudos)

	Programas de Salud						Total programas de salud	Otros programas	Total general
	Atención Médica	Materno infantil	Epidemiología	Higiene ambiental	Odontología	Administración			
Sueldos	60 429	7 512	430	2 634	3 563	23 145	97 713	24 737	122 450
Sobresueldos	49 572	5 223	236	1 527	2 414	15 096	74 068	13 943	88 011
Honorarios y contratos	17 668	2 000	103	222	937	5 286	26 216	14 732	40 948
Jornales	1 822	318	2	95	9	562	2 808	2 359	5 167
Asignación familiar	5 064	574	48	202	215	1 912	8 015	2 948	10 963
Aporte patronal	5 587	640	41	251	361	1 919	8 799	2 782	11 581
Farmacia	30 227	3 100	3 211	-	719	-	37 257	233	37 490
Alimentación suplementaria	-	67 245	-	-	-	-	67 245	-	67 245
Alimentación General	21 000	2 000	-	-	-	-	23 000	2 003	25 003
Lavandería	3 257	316.50	8	-	41	-	3 622 50	319	3 942
Roperías	2 949	313.50	14	-	40	-	3 316 50	1 157	4 473
Campañas sanitarias	-	-	2 625	-	-	-	2 625	-	2 625
Auxilios extraordinarios	-	-	-	-	-	22 392	22 392	-	22 392
Cuentas pendientes	-	-	-	-	-	16 244	16 244	9 756	26 000
Colocación familiar	-	-	-	-	-	-	-	3 601	3 601
Derechos de aduana	-	-	-	-	-	-	-	5 500	5 500
Subsidios	-	-	-	-	-	-	-	35 460	35 460
Otros item	-	-	-	672	-	35 238 a/	35 910	45 834	81 744
Total gastos corrientes	197 575	89 242	6 718	5 603	8 299	121 794	429 231	165 364	594 595
Gastos de capital	-	-	2 200	4 447	-	14 837	21 484	1 370	22 854
Total Gastos	197 575	89 242	8 918	10 050	8 299	136 631	450 715	166 734	617 449

a/ Incluye todos aquellos gastos de administración necesarios para el funcionamiento de todos y cada uno de los Programa de Salud, tales como: Agua, luz,y lumbre, Arriendos, Mantención y reparación de edificios, etc.

Instituto Latinoamericano de
Planificación Económica y Social

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

Curso de Planificación
de la Salud, 1965

SEMINARIO FINAL

A. Fechas del Seminario: 7, 8 y 9 de diciembre de 1965

B. Propósitos

Se pretende que los participantes tengan oportunidad de efectuar una revisión general del trabajo realizado durante el curso, que sirva para comentar y discutir la metodología utilizada, así como la presentación y el análisis de los resultados obtenidos en las áreas de salud estudiadas.

C. Temas

1. Análisis y discusión de la metodología utilizada; aportes de la metodología; dificultades en su aplicación; simplificación de procedimientos.
2. Presentación de los resultados obtenidos en las tres áreas estudiadas; discusión de la técnica de presentación; forma de destacar y valorizar los resultados.
3. Análisis comparativo y discusión de los resultados obtenidos con la aplicación de la metodología en la formulación del diagnóstico y de los planes en las áreas de La Serena, Coquimbo y Vallenar. (De acuerdo al esquema de datos presentado en hoja anexa).

D. Preparación

1. Cada grupo designará un coordinador y un secretario para la organización de la preparación.
2. Se recomienda que se designe, dentro de cada grupo, las personas encargadas de la preparación de cada tema y subtemas respectivos.

E. Organización

1. Disposiciones generales

a) Las discusiones plenarias serán dirigidas por alguno de los profesores del curso a fin de facilitar la participación más amplia posible.

/b) Se

b) Se recomienda que los grupos designen relatores generales o secretarios para cada tema, a fin de preparar, si lo estiman conveniente, una síntesis de conclusiones o recomendaciones de mayor interés.

c) Estas conclusiones o recomendaciones serían entregadas o remitidas mimeografiadas a cada uno de los participantes.

2. Discusión del tema I

a) Se discutirán separadamente cada uno de los subtemas siguientes:

i) Aportes de la metodología enseñada

ii) Dificultades en su aplicación

iii) Simplificación de procedimientos

b) Cada grupo designará un relator para que sintetice su opinión en un lapso de 15 minutos. A continuación de cada presentación se contestarán preguntas aclaratorias.

c) Una vez presentadas las tres síntesis, se procederá a una discusión plenaria, repitiéndose esta discusión para cada subtema.

d) Las síntesis y discusiones de cada subtema se efectuarán aproximadamente en las fechas y horas siguientes:

Subtema 1 = martes 7 de 9 a 12

" 2 = martes 7 de 3 a 6

" 3 = miércoles 8 de 9 a 12

3. Discusión del tema II

a) Cada grupo designará un relator para que haga en una presentación, de no más de 30 minutos, una síntesis de los resultados del diagnóstico y de los planes de cada una de las tres áreas estudiadas.

b) A continuación, se procederá a una discusión plenaria, con sentido crítico, acerca de la forma más adecuada de presentar ante autoridades, el diagnóstico y los objetivos de un plan.

c) Las presentaciones y la discusión de este tema deberán efectuarse el día miércoles 8 de 3 a 6 p.m.

/4. Discusión

4. Discusión del tema III

a) Cada grupo designará un relator a fin de que integre, con los demás relatores de este tema, un equipo de trabajo que prepare en un cuadro los resultados comparativos de las situaciones y de los planes de cada una de las tres áreas estudiadas. Los datos respectivos serán los que figuran en el anexo de este documento.

b) Con la colaboración de los profesores del curso se procederá a destacar las diferencias más importantes, que sirvan a una discusión.

c) A continuación se procederá a una discusión plenaria destinada fundamentalmente a analizar los resultados obtenidos y a discutir el origen de las diferencias de los resultados y de los planes observados entre las tres áreas estudiadas.

d) La presentación y discusión de este tema se efectuará durante el día 9 de diciembre, de 9 a.m. a 6 p.m.

/Anexo

A N E X O

DATOS POR AREA PARA LA PRESENTACION DEL TEMA III

1. Comparación de situaciones

Año -1

Mortalidad general
% menores 15 años
% en 3 daños

Tasa hospitalización
% 15 - 64 años
% embarazadas

Tasa consultas
% menores 15 años
% en 3 daños

% población menor 15 años
% déficit viviendas
% " escolar
% " agua
% " alcantarillado
% accesibilidad

Volumen de recursos (E°) per capita
Egresos y consultas por E° " "
Muertes evitadas " " " "

a) Camas por mil
   % utilización
   rendimiento
   costo día cama
   costo egresado
   N° egresos por mil

b) Horas consulta por mil
   rendimiento
   costo por hora
   costo por consulta
   N° consultas por mil

c) Horas vacunador por mil
   rendimiento
   costo por hora
   costo por dosis
   N° dosis por mil

d) Horas inspector por mil
   rendimiento
   costo por hora
   costo inspección
   N° inspecciones por mil

e) Horas alimentación por mil
   rendimiento
   costo por hora
   costo por kilo
   N° kilos por mil

f) Horas visitadora por mil
   rendimiento
   costo por hora
   costo por visita
   N° visitas por mil

Gastos hospitalización por mil y %
" consulta " " " "
" vacunación " " " "
" inspección " " " "
" alimentación " " " "
" visitas " " " "

/2. Comparación

2. Comparación de planes

Año 5°

Velocidad anual de reducción
de la mortalidad (%)

a) Camas por mil
N° egresos por mil
Rendimiento
E° día cama
E° por egreso
Gasto por mil

b) Horas consulta por mil
N° consultas por mil
Rendimiento
E° por hora consulta
E° por consulta
Gasto por mil

c) Horas vacunador por mil
N° dosis por mil
Rendimiento
E° por hora vacunador
E° por dosis
Gasto por mil

d) Horas inspector por mil
N° inspecciones por mil
Rendimiento
E° por hora inspector
E° por dosis
Gasto por mil

e) Horas visitadora por mil
N° visitas por mil
Rendimiento
E° por hora visitadora
E° por visita
Gasto por mil

f) Horas alimentación por mil
N° kilos por mil
Rendimiento
E° por hora
E° por kilo
Gasto por mil

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE
PLANIFICACION ECONOMICA Y SOCIAL

ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

CURSO DE PLANIFICACION DE LA SALUD

1965

CURSO DE PLANIFICACION DE LA SALUD

I. Antecedentes y objetivos

Los cursos de planificación de la salud obedecen a un acuerdo celebrado en 1962 entre el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social y la Organización Panamericana de la Salud, con el objeto de adiestrar a funcionarios de los gobiernos de los países de América Latina en la formulación de los planes nacionales de salud. El espíritu de este acuerdo emana de los convenios suscritos por los países latinoamericanos para planificar el desarrollo en la presente década.

Desde 1962 se han dictado cuatro cursos, habiéndose adiestrado en ellos a un total de 126 participantes, los cuales desempeñan funciones de alta responsabilidad en los servicios de salud del continente.

Los objetivos de los cursos son los siguientes:

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 y propósitos.

De acuerdo a los objetivos mencionados, se ha dado preferencia en la selección de los participantes a los funcionarios que ocupan posiciones estrechamente relacionadas con la formulación de planes nacionales de salud en sus gobiernos. Se ha dado igualmente importancia en la selección a quienes desempeñan funciones docentes en las universidades y escuelas de salud pública del continente.

II. Contenido de la enseñanza

Las materias que constituyen el contenido de la enseñanza han sido seleccionadas y se imparten en una secuencia que tiene por objeto llevar a los alumnos progresivamente hacia una más profunda comprensión de la planificación de la salud en sí y de su ubicación en el proceso global del desarrollo. Los capítulos principales de este contenido y su secuencia, son los siguientes:

a) Aspectos principales del desarrollo económico y social de América Latina

Este capítulo está destinado a presentar a los participantes el panorama general de los problemas económicos y sociales con que se enfrenta la programación del desarrollo, procurando de esta manera ubicar a la programación de la salud en este marco.
Los problemas son analizados a base de reseñas generales de los diferentes sectores económicos y sociales que incluyen los antecedentes históricos de los problemas respectivos y algunos elementos de las técnicas de planificación correspondientes.
Se procura dar una visión global, completada con discusiones de seminario, con el objeto de intercambiar puntos de vista y destacar aspectos particulares de algunos países del continente.

b) Metodología de planificación de salud

Se proporciona un conocimiento teórico y práctico de la metodología para planificar la salud en el desarrollo, lo cual abarca dos tercios del programa de enseñanza. Durante las primeras dos semanas la enseñanza se realiza a través de un modelo teórico que permite ilustrar, con una serie de ejercicios, los aspectos conceptuales y metodológicos fundamentales.
Posteriormente esta enseñanza se desarrolla en forma práctica aplicando la metodología a la formulación del diagnóstico y de planes de salud en áreas del país sede del curso.

c) Análisis y programación del desarrollo económico y social

En esta sección del curso se imparten nociones fundamentales sobre conceptos económicos y se describe una economía elemental.
Se analiza el proceso de desarrollo económico y la participación de los sectores y se describe el método programático aplicado a la economía.
Al mismo tiempo se analizan los aspectos particulares que tienen relación con el desarrollo social en América Latina.
De este modo se procura dar los elementos esenciales que han de ser tenidos en cuenta en la programación económica y social.

d) La estrategia para la implantación y desarrollo del proceso de planificación de salud

A través del análisis del proceso y del sistema en general, se definen los elementos constituyentes sobre los cuales puede diseñarse una estrategia. Se da particular importancia a los problemas y facilidades que ha de enfrentar el planificador de salud en los países de América Latina. Estas explicaciones se ilustran con ejemplos del análisis y el método seguidos para la formulación de algunos planes nacionales de salud en el continente.

e) Revisión general y análisis de resultados

El trabajo práctico realizado por los participantes es motivo de una revisión general a través de la cual se destacan la aplicación de las técnicas y métodos para planificar la salud en el desarrollo, el análisis de los resultados obtenidos y las técnicas de presentación de estos resultados.

Las materias que integran este contenido, el total de horas, la forma en que fueron impartidas en el Curso de 1965, así como el resumen del contenido de cada una, se presentan en el Anexo N° 1.

III. El Curso desarrollado en 1965

El Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social y la Organización Panamericana de la Salud dictaron conjuntamente, en 1965, el 4° Curso de Planificación de Salud en la sede del Instituto en Santiago de Chile. Sus características generales fueron las siguientes:

a) El curso tuvo una duración de 14 semanas, desarrollándose entre el 6 de setiembre y el 11 de diciembre de 1965.

b) Contó con la participación de 34 funcionarios de los servicios de salud del continente, provenientes de los siguientes países:

Argentina	3
Bolivia	2
Brasil	2
Colombia	3
Costa Rica	1
Cuba	2
Chile	8
EE. UU.	1
Honduras	1
Nicaragua	1
Paraguay	2
Perú	4
Uruguay	1
Venezuela	3
Total	34

c) La distribución de los participantes, de acuerdo a sus actividades profesionales, fue la siguiente:

Médicos	29
Odontólogos	2
Enfermera	1
Ingeniero	1
Economista	1

d) Se contó con las facilidades ofrecidas por el Servicio Nacional de Salud de Chile para desarrollar en algunas de sus áreas de salud, la práctica de campo que requiere la docencia. Se contó asimismo con la información básica proporcionada por dicho Servicio y por la Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile.

e) El Instituto y la OPS facilitaron la mayor parte de los profesores. Se contó además para estos efectos docentes con la colaboración de la CEPAL, el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) y el Servicio Nacional de Salud de Chile.

f) El contenido de la enseñanza se ajustó al esquema y secuencia señalados anteriormente, dando mayor extensión que en años anteriores, al análisis general de las condiciones del desarrollo en América Latina. Se utilizó por primera vez un modelo teórico para el estudio de la metodología de planificación de salud como etapa previa al trabajo de campo y se procedió a presentar y discutir los primeros planes nacionales de salud, formulados en el período 1963-65, siguiendo los lineamientos de los cursos anteriores.

g) El Anexo N° 1 contiene el número de horas impartidas, la distribución de estas horas de acuerdo a la técnica de la enseñanza, un resumen del contenido de las materias impartidas y los profesores que las dictaron.
Como puede apreciarse, alrededor del 50% de la enseñanza se imparte en forma práctica, un 40% en forma de clases expositivas y un 10% en seminarios, algunos de ellos en pequeños grupos.

h) El Anexo N° 2 contiene el calendario al cual se ciñieron las materias impartidas.

IV. El Curso a desarrollar en 1966

El Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social y la Organización Panamericana de la Salud proyectan impartir en 1966 el 5° Curso de Planificación de la Salud, basados en los mismos objetivos y experiencia de los cursos anteriores. Las características de este curso serán las siguientes:

a) Será dictado en la sede del Instituto en Santiago de Chile.
b) Tendrá una duración de 14 semanas, iniciándose el 29 de agosto y finalizando el 2 de diciembre.
c) Para seleccionar a los participantes, se dará preferencia a quienes tengan adiestramiento previo en salud pública, ocupen posiciones de alta responsabilidad en los servicios de salud de los países de América Latina y cuyas activivades estén directamente vinculadas con la formulación de planes de salud a nivel central o regional o que desempeñen labores docentes universitarias a través de las cuales se imparta enseñanza sobre planificación de salud.*/

---

*/ Las gestiones para solicitar la admisión al curso deberán efectuarse ante el Representante de la OPS en el país respectivo.

d) La Organización Panamericana de la Salud otorgará becas a los participantes que reúnan los requisitos anteriormente señalados y que hayan sido aceptados de común acuerdo entre la OPS y el Instituto. Esta beca incluye pasajes de ida y regreso al lugar de los estudios y un estipendio mensual de acuerdo a las normas fijadas por Naciones Unidas.

e) El Contenido de la enseñanza, las materias a impartir y la forma en que se efectuará esta enseñanza, se ajustará muy aproximadamente al curso dictado en 1965.

/ANEXO N° 1

A N E X O N° 1

MATERIAS DESARROLLADAS EN EL CURSO DE 1965

A. Número de horas y distribución

El número de horas impartidas de acuerdo a los cinco grandes capítulos que conforman el contenido general del curso, fue el siguiente:

	Total horas	Clases	Seminarios	Práctica
1. Aspectos principales del desarrollo económico y social de América Latina	54	48	6	-
2. Metodología de planificación de salud	246	60	-	186
3. Análisis y programación del desarrollo económico y social	44	42	2	-
4. La estrategia para la implantación y desarrollo del proceso de planificación de salud	24	12	12	-
5. Revisión general y análisis de resultados	15	-	15	-
Total de horas	383	162	35	186

B. Contenido de las materias

A continuación se presenta un resumen del contenido de cada una de las materias desarrolladas, siguiendo el orden en que fueron tratadas.

1. ASPECTOS PRINCIPALES DEL DESARROLLO ECONOMICO Y SOCIAL DE DE AMERICA LATINA

Salud y desarrollo (18 horas) Profesor: Hernán Durán (OPS)

Análisis general del desarrollo y sus finalidades. La Salud como fin y como medio: gasto en salud como consumo final para el bienestar e insumo del proceso de producción. Análisis de los

elementos de una política de salud; la demanda y la prestación del servicio. La planificación de la salud en el desarrollo; sus posibilidades y dificultades. Los problemas particulares de la planificación de la salud.

Discusión en seminario acerca de las relaciones entre salud y desarrollo.

Evolución económica de América Latina (3 horas)
Profesor: Ricardo Cibotti (Instituto)

Reseña de la evolución histórica del desarrollo latinoamericano y su situación actual.

El sector público en el proceso de desarrollo (3 horas)
Profesor: Ricardo Cibotti (Instituto)

Reseña de las transformaciones del estado en América Latina y de la problemática de la planificación del sector público.

Evolución social de América Latina (6 horas)
Profesor: Fernando Cardoso (Instituto)

Caracterización general de los problemas del desarrollo social de la región y de sus modelos de cambio. Comportamiento de los grupos y movimientos sociales. Reseña histórica.

El problema agrario en América Latina (6 horas)
Profesor: Jorge Alcázar (Instituto)

La participación del sector agrícola en el desarrollo de América Latina; su importancia y sus complejidades económicas y sociales. Las posibilidades y dificultades para planificar el sector.

Dinámica de la población y desarrollo (6 horas)
Profesores: Horacio Gutiérrez (CELADE) y Daniel Bitrán (CEPAL)

La dinámica de la población mundial y la situación demográfica en América Latina. Influencia recíproca del elemento demográfico en la dinámica del desarrollo.

El problema educacional en América Latina (3 horas)
Profesor: Simón Romero Lozano (Instituto)

Reseña de los principales problemas que afronta la educación en América Latina. Conceptos generales y práctica del planeamiento educativo en la región.

El desarrollo industrial en América Latina (3 horas)
Profesor: Héctor Soza (Instituto)

El concepto, las características y las necesidades económicas de la industrialización. Esbozo del proceso de industrialización en América Latina y de sus perspectivas.

Vivienda y desarrollo (6 horas) Profesores: Octavio Cabello (CEPAL) y Carlos Lessa (Instituto)

Naturaleza y origen del problema de la vivienda en América Latina. La experiencia internacional en política y programación de la vivienda. Los aspectos esenciales de la programación de la vivienda.

2. METODOLOGIA DE PLANIFICACION DE SALUD (246 horas)

Profesores: Eduardo Sarué (OPS), Federico Bresani (OPS) y Ricardo Valdés (Servicio Nacional de Salud de Chile)

La necesidad de un método para programar la salud en el desarrollo. Enseñanza de la metodología a través de un modelo teórico que cubre sus diferentes etapas. El diagnóstico de la situación: nivel de salud y sus factores condicionantes; descripción de la política de salud: organización de los recursos (instrumentación), asignación de recursos a daños y determinación de la eficiencia; explicación, pronóstico y evaluación de la situación: normalización y determinación de prioridades. Formulación de planes locales. La integración de planes locales y el plan nacional de salud. El desglose y la presupuestación de los programas de corto plazo. Ejecución y evaluación de planes.

Aplicación de la enseñanza en tres áreas de salud del Servicio Nacional de Salud de Chile. Discusión de los problemas de recolección de la información básica. Técnicas de muestreo. Diagnóstico y formulación de planes en las áreas estudiadas. Desglose de los programas de corto plazo y presentación de los presupuestos-programas. Diseño de los sistemas de control de la ejecución del plan, de los programas y de los presupuestos.

3. ANALISIS Y PROGRAMACION DEL DESARROLLO ECONOMICO Y SOCIAL

Análisis y programación del desarrollo económico (28 horas)
Profesores: Ricardo Cibotti (Instituto) y Pedro Paz (Instituto)

Nociones fundamentales sobre conceptos económicos; descripción de una economía elemental. La tabla de relaciones intersectoriales en un sistema económico cerrado y en uno abierto.

Descripción de un sistema de cuentas nacionales simplificado; la formación del ingreso y su distribución; referencias a la situación de América Latina; definición de las variables macroeconómicas: ingreso, producto, consumo, inversión, etc.

Descripción del funcionamiento y limitaciones de la economía de mercado. Mercado de bienes y de factores. La oferta y demanda. El concepto de elasticidad; el coeficiente de elasticidad.

El proceso de desarrollo y los cambios que implica en la estructura de producción; la participación de los sectores; el comportamiento del sector público.

El método programático: maximización y minimización; homogeneización de objetivos y de medios. El proceso de planificación; sus etapas. Los modelos simplificados de planificación global como instrumentos de selección preliminar de metas; las aproximaciones sucesivas. Breve reseña sobre la sectorialización de los modelos simplificados de planificación global.

Aspectos sociológicos del desarrollo (13 horas)
Profesores: Fernando Cardoso (Instituto) y Enzo Faletto (Instituto)

El estancamiento del desarrollo en América Latina. Características de sus sistemas sociales y de su dinámica. Los grupos sociales y sus tendencias en el desarrollo social de América Latina. Las nociones de proceso social y de cambio social. Los modelos básicos del cambio social y sus mecanismos.

La significación sociológica de la planificación y su relación con los cambios sociales espontáneos. Concepto y posibilidades de una estrategia de planificación.

Consideraciones generales sobre "filosofía del desarrollo".

El problema demográfico y el desarrollo en América Latina (3 horas)
Profesor: Jorge Somoza (CELADE)

Análisis de los hechos demográficos en América Latina. Política demográfica en relación con el control de la fecundidad. Opiniones de diversos sectores y medidas.

Presentación del tema y discusión de seminario.

4. LA ESTRATEGIA PARA LA IMPLANTACION Y DESARROLLO DEL PROCESO DE PLANIFICACION DE SALUD

Profesores: Hernán Durán, Eduardo Sarué y Federico Bresani (OPS)

Análisis general y estrategia del proceso de planificación de salud (15 horas)

Noción de proceso; características y requisitos. El sistema de planificación. Análisis de estrategias para la instalación del sistema y para la iniciación del proceso. Esquema de las etapas para la instalación y desarrollo del sistema.

La situación de los países de América Latina. Ilustración de la estrategia y metodología para la formulación de los planes nacionales de salud de Perú, El Salvador y Chile.

Discusión en seminario acerca de estrategias para planificar la salud en los países de América Latina.

Organización y administración para la planificación de salud (3 horas)

Exposición seguida de discusión acerca de la estructura de los sistemas de planificación de salud en América Latina y de sus funciones principales.

Planificación e investigación (3 horas)

Exposición seguida de discusión acerca de los fundamentos conceptuales para la investigación en relación con la planificación de salud.

Adiestramiento para la planificación (3 horas)

Exposición seguida de discusión acerca de los antecedentes, propósitos, niveles de formación y resultados del adiestramiento de planificadores de salud en América Latina.

5. REVISION GENERAL Y ANALISIS DE RESULTADOS (15 horas)

Discusión en grupos y en reuniones plenarias acerca de las posibilidades y dificultades de aplicación de la metodología de planificación de salud, de los resultados del trabajo práctico desarrollado por los alumnos durante el curso y de las técnicas más adecuadas para presentar dichos resultados ante autoridades de salud.

A N E X O N° 2

CALENDARIO DEL CURSO DICTADO EN 1965

Semana	Fechas	Materias		
1	6 - 10 Setbre.	Aspectos principales del desarrollo económico y social de América Latina		
2	13 - 17 "			
3	20 - 24 "	Metodología de programación de la salud y técnicas de formulación, presentación y evaluación del plan		
4	27 Set.-1° Oct.			
5	4 - 8 "			
6	11 - 15 "			
7	18 - 22 "			
8	25 - 29 "	Programación del desarrollo económico	Aspectos sociológicos del desarrollo	
9	1° - 5 Novbre.			
10	8 - 12 "			
11	15 - 19 "			
12	22 - 26 "			
13	29 Nov.- 3 Dic.	La estrategia para la implantación y desarrollo del proceso de planificación de salud		
14	6 - 10 "			Revisión general y análisis de resultados