

PLANIFICACION Y SALUD

Con relación al presente número, el Comité de Redacción de la Revista ha estimado de interés publicar, además de los artículos precedentes sobre Planes Nacionales de Desarrollo Económico y Social, y de Salud, otros trabajos complementarios que representen puntos de vista personales con respecto a la planificación del sector salud. Por tal motivo, hemos considerado propicia la oportunidad para incluir el presente artículo que con anterioridad nos fuera enviado por el Dr. Hernán San Martín y que, en términos generales, es un análisis del sistema de planificación propuesto por Cendes-OSP. En él, el autor manifiesta su opinión frente a algunos conceptos que sirven de fundamentos al método que se está aplicando en Chile, a la vez que destaca diversos aspectos que dificultan o limitan la planificación en el sector salud en cuanto a que no es viable operar en éste en igualdad de condiciones con los sectores productivos o económicos que disponen de sistemas bastante precisos para conducirla.

Dada la trascendencia del tema, nuestras páginas quedan abiertas a otros trabajos relativos a una materia tan polémica como es la Planificación, en la seguridad de que toda discusión contribuirá eficazmente al perfeccionamiento de una tarea que es indispensable para el desarrollo global de nuestro país.

Problemas conceptuales en la Planificación en Salud

Prof. HERNAN SAN MARTIN F. *

Universidad de Concepción

1.—¿Es necesaria la planificación en salud?

Es evidente que el sector salud debe ser planificado como todas las actividades que conducen al desarrollo social. Esto no se discute ahora, como tampoco se discutió en el pasado ya que siempre ha habido planificación en todo proceso de administración en salud.

Lo que nos interesa analizar es el método de planificación propuesto por el Cendes-OSP y más particularmente algunos conceptos que le sirven de fundamentos y que se están aplicando en Chile.

Planificar el sector salud significa elaborar un plan racional para elevar en etapas precisadas el nivel de salud en la población a condiciones aceptables para nuestra biología y en concordancia (integración) con el proceso global del desarrollo nacional.

Este último asunto y los fundamentos economicistas son las verdaderas novedades del método de planificación propuesto. Estas novedades llevan implícitas las limitaciones que criticaremos.

Aún cuando existen métodos bastante precisos para conducir la planificación del desarrollo, especialmente en los sectores productivos o económicos, los sectores sociales presentan dificultades aún no superadas desde el punto de vista operativo o interrogantes con-

ceptuales mortificantes porque en estos sectores debemos operar con el hombre que aparece con una doble faz: fin y medio. En este sentido, el sector salud es el más difícil de planificar y de integrar, en equiparidad de condiciones, con el plan global de desarrollo. La dificultad mayor para la planificación en salud está en las dualidades que existen, a través del fenómeno ecológico, en el campo de la salud y de la enfermedad y sus relaciones directas e indirectas con los factores del nivel de vida y del desarrollo económico. Las dualidades son muchas y no parece posible actualmente superarlas (fin-medio; salud-enfermedad; prevención-curación; individuo-ambiente; inversión-consumo, etc.).

La dificultad es tan grande que no nos parece posible integrar realmente el plan de salud al de desarrollo global en igualdad de condiciones con los otros sectores. Lo más que po-

* El autor ha desempeñado diversos cargos en las instituciones de Salud Pública del país, habiendo sido designado posteriormente Profesor de Higiene y Medicina Preventiva en la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción. La OMS lo contrató por dos años para desempeñar el mismo cargo en la Escuela de Medicina de Rangoon, Birmania. En Junio de 1963, publicamos en resumen uno de sus trabajos: "Lo Social en la Enseñanza Médica en Concepción, Chile".

demos hacer actualmente es vincularlo y esto en base a muchas arbitrariedades que introducen elementos falibles en la planificación. Evidentemente que las investigaciones epidemiológicas y ecológicas y las tentativas de medir y evaluar el efecto del desarrollo económico sobre la salud y vice versa deben proseguir, porque, se use este método de planificación o cualquier otro, ese conocimiento será siempre necesario.

2.—¿Es posible delimitar el sector salud?

Parecería que conocer cabalmente el sector que vamos a planificar es el asunto más importante e inicial. Esta es la primera gran dificultad.

Aún cuando es cierto que la delimitación puede ser convencional para los efectos de comparaciones sucesivas, el hecho no parece aceptable para una real contabilidad de costos.

Si aceptamos el concepto ecológico y la definición de salud presentada por la oms, el nivel de salud es prácticamente sinónimo de nivel de vida ya que forma parte principal de éste y está influenciado por todos sus componentes. Por la misma razón la delimitación real del sector salud es actualmente imposible a menos que actuemos con arbitrariedad o convencionalmente.

Esta grave dificultad, que es una de las particularidades del sector salud, lo hace poco adecuado para un enfoque sectorial cuantificable al detalle como el método analizado lo exige.

3.—¿En qué medida podemos cuantificar la salud para integrarla en el modelo matemático del desarrollo global?

Esta es la segunda gran dificultad porque la salud, como todo fenómeno biológico, es ecológico y multicausal. Esto impide cuantificarla hasta donde sería necesario para ser realista y adoptar el método estrictamente matemático de planificación que puede tener cabal aplicación en otros sectores. Las interrelaciones entre salud y ambiente son tan íntimas que actualmente no se puede separarlas para cuantificarlas, como sucede con la valoración de los factores condicionantes del medio que es bastante precaria o con la determinación de costos.

Aún cuando la salud está ineludiblemente unida a todos los demás componentes del nivel de vida y ligada a todos los factores del desarrollo, esto no implica que la planificación de la salud sea resuelta por los mismos métodos que los usados en otros sectores del desarrollo.

La limitación se produce porque no tenemos actualmente indicadores del nivel de salud. Como desconocemos la epidemiología de la salud, no estamos en condiciones de medirla en forma positiva y directa.

Esta situación dificulta fijar objetivos directos y dificulta homogenizar los términos del problema (homogenizar, significa representar los términos por indicadores que los representen a todos), lo cual no sucede en sectores productivos donde los términos son cuantificables y homogenizables.

4.—¿Puede planificarse la salud sobre bases economicistas similares a las usadas en la planificación de los sectores productivos?

Con todos los atenuantes que se esgriman para justificarlo, conceptualmente el método de planificación analizado está basado, en última instancia, en el criterio economicista transplantado de los sectores productivos a salud. Usa la contabilidad de costos para determinar prioridades y para asignar recursos al ataque de los problemas de salud. Es el costo de lo que vale evitar una muerte, que representa indirectamente a la salud y, por tanto, a la vida, lo que determina mayoritariamente la inversión en salud. Es cierto que este criterio se aplica pasado ciertos límites de atención mínima para que la situación no se deteriore. Pero el principio se aplica e implica el decidir sobre la vida de la gente en razón a la inversión más productiva. Nosotros no podemos olvidar, cualquiera sea la razón invocada, que detrás de cada muerte hay una persona con derecho a la vida.

Es cierto que partimos de la premisa que los recursos son limitados y que no podemos evitar todas las muertes; también es cierto que hay muertes más fácilmente evitables que otras, que unas son más caras y otras más baratas. Pero, ¿quién se siente autorizado, aún invocando razones de costos, a decidir la cuestión?

Aún cuando el hombre represente un valor económico como factor de producción y como inversión de capital básico, no puede ser tratado ni como mercancía ni como máquina productora, ni como mero consumidor o demandante. Se puede determinar el costo de la vida (o más bien lo que el hombre gasta para vivir en sociedad) y lo que cuesta la salud, pero estos cálculos son inoficiosos porque no es aceptable decir que la vida humana y la salud tengan un valor comercial determinado y una productividad también determinable. Es posible, especialmente en los países subdesarrollados donde el valor económico que se asigna al hombre es muy bajo, llegar al absurdo de que el

evitar una muerte represente un costo mayor que aquel valor.

El criterio economicista acepta las inversiones en salud no porque ésta sea un fin en sí misma (bienestar) sino en la medida que la inversión sea económicamente productiva

$$\left(\frac{\text{efecto}}{\text{costo}} \right)$$

(cálculo financiero). Si la eficiencia (—) es

la prioridad $\left(\frac{\text{M. T. V.}}{C} \right)$ son función del

denominador costo, la unidad de trabajo es el "valor del costo" expresado, en este método, en muertes evitadas. En último término el criterio decididor es el costo.

Nosotros pensamos que la economía debe estar al servicio del hombre como instrumento de uso y de adaptación al medio. El peligro de una planificación de la salud basado en el criterio economicista de costo-efecto es, precisamente, el llegar a colocarnos en situaciones incompatibles con la condición humana.

Las contradicciones, en este sentido, pueden ser muchas. Por ejemplo, es cierto que la productividad de las inversiones es diferente en los varios grupos de edad y en los dos sexos; pero si se aplica este criterio en forma consecuente resulta que la preservación de la vida y de la salud es más importante en la población activa. Si el razonamiento se lleva hasta sus últimas consecuencias, la protección de la salud de los inactivos no merecería atención mientras no hubiéramos solucionado el problema de los primeros. La salud de las mujeres merecería menor atención que la de los hombres y menos aún la de los niños porque en éstos las inversiones aún son escasas. Los viejos no justificarían las inversiones. Todo esto es particularmente cierto en los países subdesarrollados.

Aún cuando el razonamiento parezca exagerado y absurdo, teóricamente se podría llegar a él si adoptáramos aquel criterio y fuéramos consecuentes con él.

Más dramático es el absurdo cuando se considera que una parte del sector salud está en manos de servicios particulares y de profesionales que ejercen liberalmente la medicina. Aquí es la capacidad de compra (ingresos) del demandante el factor que determina la asignación de recursos y no la necesidad individual.

En una determinada etapa del método, cuando se hace la asignación de recursos usando el excedente del plan mínimo, surge la pregunta: ¿dónde es más barato evitar una muerte?

En salud humana no se puede llegar a formular tal pregunta. Es cierto que las acciones

de salud tienen costo y deben producir un efecto útil. Pero en este sector, por sus particularidades y las implicancias humanas siempre presentes, el costo de las acciones no siempre puede tener relación decididora con el efecto. Como principio de ética el efecto de evitar una enfermedad o una muerte es siempre imperativo y desde el punto de vista de la persona humana, del individuo, la discriminación es inaceptable.

La salud es mucho más un fin (bienestar humano) que un medio (productividad del hombre) y por sobre ambas es un bien en sí o sea una necesidad biológica (ecología) de toda forma de vida. Si esto es cierto no parece necesario medir su costo en igualdad de condiciones con los sectores productivos usando el criterio economicista de costo-efecto que presenta incompatibilidad con la condición humana.

5.—¿Tiene significado expresar el costo de la salud en muertes evitadas?

Los estudios económicos de la salud han seguido el concepto negativo, introducido por Dublin y Lotka, de medir el costo de la vida y de la salud en función de los ingresos económicos perdidos por causas de la enfermedad y la muerte.

Sin embargo, el costo de la enfermedad evitada no es forzosamente igual ni paralelo a las ventajas que puede y debe tener la salud, no sólo directamente en el hecho del bienestar del individuo sino también en el proceso global del desarrollo. Esto pensando que el indicador o los indicadores sean de morbilidad. Pero en la práctica se define y se valoriza la salud en función de las muertes evitadas. Se puede argumentar que la decisión es trabajar con muertes porque el dato es exacto y porque al final todas las muertes son iguales. Desde el punto de vista de las matemáticas es cierto que se puede usar cualquier índice para representar lo que deseamos. Pero desde el punto de vista de una contabilidad real de costos, como es ésta, el asunto no es aceptable.

El uso de la muerte evitada como índice del costo de la salud incide en la dificultad de determinar la contribución de la salud a la productividad. En este sentido, es más lógico intentar usar la morbilidad como índice ya que son las enfermedades las que afectan directamente la capacidad de aprender (o estudiar) y trabajar, y no las muertes. Además de ser un indicador más pertinente, requisito necesario en biología, es más promisor para analizar el efecto económico de las actividades de salud.

6.—¿Qué hacer?

La planificación es una administración científicamente programada, ejecutada en etapas pre-
visibles. Esta definición no exige basarla necesariamente en un criterio determinado. Exige cumplir las metas con eficiencia y en plazos determinados, sin perder de vista que en todo caso debe estar al servicio del hombre. En este sentido, ningún plan de desarrollo puede conducir a colocar al hombre al servicio de las metas del plan. La meta debe ser siempre el hombre.

Hemos visto las dificultades para determinar la relación costo-efecto y las reservas humanistas que surgen al aplicarlas en la planificación de la salud. ¿Por qué entonces, no usar otro criterio para asignar prioridades y para medir la eficiencia de la política de salud? ¿Por qué no usar procedimientos más sencillos y fundamentos que no exijan un criterio economicista ni tan estrictamente matemático cuando los datos de que se parte no son fidedignos ni completos? ¿Para qué usar un método tan elaborado con datos iniciales tan pobres como los que se pueden obtener hoy en Latinoamérica?

Planificar en salud en base a prioridades no centradas alrededor del costo del efecto sino en base a la necesidad de la actividad medida por la cuantía y calidad de los problemas de salud existentes y la eficiencia por el cumplimiento de las metas fijadas y por el cambio de la situación de salud, nos parece más lógico tratándose de este sector.

Las etapas del método analizado incluyen todo lo necesario para realizar una buena planificación. Pero pensamos que el criterio economicista usado debería ser cambiado por otro que no representara incompatibilidades con la persona humana. Al mismo tiempo el método se simplificaría circunscribiéndolo a los aspectos medibles y adecuados para la planificación de la salud.

De este modo se mediría la eficiencia de un programa de salud en función de la población servida, de los gastos, el cumplimiento de las metas y el tiempo de obtención de los resultados.

Sin embargo, resta una interrogante: teóricamente la salud no debiera tener limitaciones en su atención y desarrollo ya que se la ha proclamado un derecho de todos y porque ella es un fin en sí.

Tomando en consideración esta limitación, la estrecha relación del sector salud con los demás sectores sociales y la dependencia con el

factor económico y el nivel de vida, surge la pregunta: ¿qué plan de salud corresponde dar a la población? o en otras palabras, ¿qué nivel de salud debe tener la población?

El conocimiento acumulado y la experiencia enseñan que la salud es consecuencia directa del desarrollo económico-social, en tal forma que a cada etapa o grado de desarrollo corresponde un determinado nivel de salud de la población (la relación de causa a efecto se establece a través del nivel de vida). Esta premisa es verdadera siempre que no se haya adoptado una política preferencial para el sector salud, como ha sucedido en Chile donde un porcentaje alto del presupuesto nacional se destina a este sector.

La política preferencial, sin embargo, logra resultados hasta ciertos límites más allá de los cuales no parece posible progresar a menos que cambie favorablemente el nivel de vida. El caso de Chile también ilustra esta situación que demuestra una vez más que el proceso de la planificación es global e inter-influenciado.

Esto significa que podría determinarse el nivel de salud, medido a través de indicadores adecuados, en relación al grado de desarrollo económico-social y que el plan de salud debería considerar esta situación.

7.—¿Quién debe ser el planificador en salud?

La planificación es una etapa del proceso administrativo en salud; lo ha oído y lo será siempre.

Por lo tanto, quién debe planificar es el administrador en salud.

Otra razón: si la planificación es un proceso permanente y local, no se entiende que el planificador sea otra persona ajena a la administración local.

La preparación de especialistas en planificación paralelos, al margen de los administradores, crea el grave peligro del dualismo entre planificación y administración y como consecuencia la organización de oficinas paralelas y competidoras. Si se acepta, como siempre se ha aceptado, que la planificación es parte integrante de la administración en salud y que todo administrador tiene que ser planificador, el peligro se evita. Esta es la única forma, por lo demás, de que la planificación sea realmente un proceso vital, dinámico y local. En caso contrario, se transformará en una super estructura impuesta a la administración en salud y desconectada del quehacer rutinario.

La preparación de los administradores en planificación debería ser responsabilidad de las Universidades.

8.—*¿Qué posibilidades de éxito tiene este tipo de planificación en salud?*

El éxito de un plan nacional de salud estriba en que cambie dentro de cierto plazo la situación de salud del país en sentido favorable.

Esto sólo se puede lograr si el plan es realmente nacional. Es decir, que incluya a toda o a la mayoría de la población y que planifique todas las actividades de salud, tanto las públicas como las privadas. Estas últimas pueden ser muy importantes y no pueden ser dejadas al margen del plan.

Por otro lado, la suerte de la planificación en salud dentro de un plan global y nacional de desarrollo está ligada indiscutiblemente al destino de ese plan global. Por tanto, tendrá éxito sólo si se producen o provocan los cambios estructurales (estructuras económicas y sociales) que el desarrollo requiere como condición ineludible y primordial en Latinoamérica.

Si no hay cambio ni desarrollo, la planificación en salud, usando un método tan elaborado como éste, no pasa de ser un juego académico o un enunciado más.