

Planificación y Salud

La problemática actual del desarrollo económico y social tiende a buscar una solución al siempre creciente desequilibrio entre las aspiraciones de los integrantes de la comunidad nacional y los recursos existentes para satisfacerlas adecuadamente. No hay duda que la solución debe ser el resultado de una compatibilización apropiada de los distintos sectores y de un buen aprovechamiento de los recursos que hoy existen.

Un camino para llegar a resolver esta cuestión es señalado por la planificación que, en salud está recién empezando a ensayar una metodología que pretende satisfacer a tal problemática.

En este trabajo se describe cómo se ha operado para llegar a través de esa metodología a la formulación de un plan de salud para Chile.

En un próximo número de CUADERNOS MEDICO-SOCIALES, el autor se referirá a los fundamentos teóricos de esta disciplina y a sus resultados prácticos. Se incluirá, además, un breve análisis del Plan de Salud propiamente tal.

Formulación de un Plan Nacional de Salud para Chile

Dr. NORBERTO ESPINOSA SOLIS DE OVANDO*

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.

1º.—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.

2º.—Que en este plan fueran incluidos 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 homogeneizable 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 del caso 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. 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, el Servicio Nacional de Salud y la Oficina Sanitaria Panamericana, a través de varias de sus autoridades. Esta Comisión que inició sus labores a mediados

* El autor, de formación pediátrica, ha desempeñado numerosos cargos de importancia, entre los cuales destacaremos los siguientes: Director de los Hospitales de Linares y Chillán, Director de la VII Zona de Salud, Ayudante Cátedra de Administración y Atención Médica de la Escuela de Salubridad, Ayudante del Curso Internacional de Planificación; Consultor en Planificación en la República de El Salvador. En la actualidad ocupa el cargo de Asesor en Planificación y Coordinador del Plan de Salud de Chile en el Ministerio de Salud Pública. Ha publicado numerosos trabajos; entre ellos, citaremos el Plan de Salud de El Salvador y el Plan de Salud de El Salvador y Problemas de Alimentación.

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 constituido por la Oficina Sanitaria Panamericana y Centro de Estudios para el Desarrollo (GENDES) 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 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.

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 ordenes para que coadyuvaran en su labor.

En el país existía un pequeño número de médicos adiestrados en los cursos internacionales de ILAPE, 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 sirvieran 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. 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 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 fue 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 no, 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 directa-

mente en todos los establecimientos, alcanzando así una precisión mucho mayor.

5.—ESTUDIO DE NORMAS BÁSICAS.

Simultáneamente con este trabajo, con 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 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.

b) *Cursillo de adiestramiento:*

Nos pareció conveniente que antes de iniciar el trabajo, todos los participantes tuvieran una información general sobre la 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 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 con-

sultas, 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 difícil 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.

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 puerperio 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 de Higiene Ambiental:
Actividades : Inspecciones: locales de alimentos.
Viviendas.
Higiene del Trabajo.
Instrumento : Hora Inspector.
- e) Programa de Odontología:
Actividades : Consulta Odontológica.
Instrumento : Hora de 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.

a) *Pronóstico:*

La Escuela de Salubridad nos hizo un detallado y valioso estudio 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. También se hizo este trabajo para consultas y hospitalizaciones en cada una de las 25 provincias.

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.

b) *Prioridades:*

Con los datos obtenidos se pudo establecer una escala de prioridades de los diferentes daños en cada una de las 25 provincias 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.

c) *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 de 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, 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 Presupuesto 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 no 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 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 1º 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 consideráramos más que satisfactorio como primer intento si lograra alcanzar esta cifra.

c) Adiestramiento de personal:

El uso de estas nuevas técnicas 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 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 local 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 funcio-

nal 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 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 constituido 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 septiembre 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 currículum 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:

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.