

PLANIFICACIÓN Y SALUD

En el presente trabajo el autor expresa sus puntos de vista respecto a la planificación de la Atención Médica y se refiere muy especialmente a la metodología utilizada en los países latinoamericanos, reconociendo los valiosos aportes hechos por el grupo CENDES-OSP.

Con relación a las bases y procedimientos empleados, se plantea la necesidad de abrir nueva discusión, complementaria del debate que puede lograrse en los marcos funcionarios, docentes o de asesoría internacional.

No habiéndose publicado en nuestra Revista ninguna información sobre la metodología utilizada en Chile, cosa que debió haber precedido a este artículo como base de referencia para la exacta apreciación de nuestros lectores, hemos estimado conveniente solicitar a otras autoridades en planificación la colaboración que permita a éstos profundizar el conocimiento de tan debatido tema.

La Planificación de la atención médica

Dr. CARLOS MONTOYA A. (*)

Hace muchos años que existe en Chile interés por planificar las acciones médicas. El período 1936-1938 marcaría el comienzo de una "medicina dirigida", materializado en las leyes de Medicina Preventiva y de Madre y Niño. El libro "Administración Sanitaria" de G. Molina y G. Adriaola marca, probablemente otro jalón; igualmente el esfuerzo por utilizar presupuestos-programas en el Servicio Nacional de Salud.

Más recientemente, el auge de la planificación del desarrollo-económico-social, ha renovado en toda América Latina el empeño por precisar y, quizás, por uniformar la técnica de planificar la atención médica; se ha puesto énfasis en que los planes del sector deben ser considerados como aportes a un Plan Nacional de Desarrollo. En esta etapa surgió, en Venezuela (1963) la metodología CENDES-OPS (1); en Brasil, las posiciones de M. de Novais (2); en Argentina, las del CFI (3). En Chile se está probando la metodología CENDES-OPS (9) en un proceso que debe llevar a aprovechar lo mejor que aquella ofrece y la experiencia nacional. Nadie pone en duda la necesidad de planificar la atención médica, y lo que está sobre el tapete es la urgencia de colaborar a ese proceso de integración, a fin de contribuir a evitar errores y retrasos.

Este artículo está inspirado en el deseo de hacer un aporte de esa naturaleza, complementario del debate que pueda lograrse en los marcos funcionarios, docentes o de asesoría internacional.

II. NATURALEZA Y UBICACION DEL PLANEAMIENTO

La planificación es una técnica que ayuda a enunciar con precisión las acciones futuras. El plan resultante debe estar al servicio de un propósito: la solución de los problemas hallados en la situación actual. Esto significa en el caso de los planes nacionales, el logro más rápido posible del máximo bienestar para toda la población.

Importa no perder de vista este propósito, pues va a determinar *en la medida* al iniciar el proceso sea puesto *en las metas*, es decir, en las soluciones, *antes que en los recursos*.

Este asunto está siendo planteado de otro modo por algunos expertos, los cuales insisten en que la esencia de la planificación consiste en el aprovechamiento racional de los recursos que ya existen, excluyendo al máximo la exigencia de recursos nuevos. El fundamento teórico de esta posición es el "principio de escasez" que sostiene que las aspiraciones siempre crecen más que los recursos.

(*) El Dr. Montoya se ha desempeñado desde la iniciación de su carrera como pediatra y Jefe de Trabajos de la Cátedra B. de Medicina Preventiva de la Escuela de Medicina, U. de Chile. Durante los años 1955-56 ha realizado estudios en London School of Hygiene and Tropical Medicine y en el Institute of Child Health, de Londres. Ha sido el creador y primer Director del Centro de Demostración de Medicina Integral (Quinta Normal, 1958-64). En el presente año fue designado Profesor Agregado de Higiene y Medicina Preventiva.

Ha publicado numerosos artículos sobre Crecimiento y Desarrollo Infantil, Gasto Médico en Chile, Sociología y Enseñanza Médica, etc.

La planificación, sin embargo, es por esencia un acto de la voluntad, destinado a vencer las desfavorables tendencias actuales y no a convivir con ellas; no puede ella ponerse al servicio de un tratamiento paliativo del subdesarrollo, sino que debe romper con las "reglas del juego" del subdesarrollo. En caso contrario, la técnica de planificación puede ser acusada, con justicia, de conservadora.

En los planes chilenos, por ejemplo, figuran dos rubros, el aumento en la distribución de leche, y la creación de nuevos establecimientos que no son ni podrían ser el resultado de planes basados en el "principio de la escasez". Son el resultado de una decisión de avanzar.

Esto nos lleva a examinar la ubicación del proceso de planeamiento: antes de que él inter venga, se requiere que el respectivo Gobierno haya formulado su Política de Atención Médica, la que debe contener las decisiones acerca de las tareas generales y la estrategia para cumplirlas. Junto a la técnica de planificación, juegan un papel esencial en la determinación de las metas y en su cumplimiento, la Medicina y la Administración. Recordarlo es conveniente para fijar límites a la tarea del planificador; por ejemplo, es imposible planificar si no hay una definición de los organismos locales de atención médica.

Todo esto está ligado a la extensión del planeamiento. Si es realmente nacional, ello permite comenzar por el principio. El principio, en Chile, reside en la dicotomía del gasto médico nacional entre los sectores privado y público. En 1963, el primero absorbió el 60% del gasto y lo empleó, —sin que tengamos ninguna información sobre ello—, en dar servicios incompletos a la cuarta parte de la población. La proporción del gasto privado respecto al gasto total ha estado aumentando constantemente en este país desde 1954 (4). Dentro del sector público hay multiplicidad institucional y desigualdad de beneficios médicos (5). En nuestro país todo ocurre como si sobraran recursos: el "principio de escasez" regiría sólo para los asalariados. Los recursos deben ser aprovechados racionalmente, pero dentro de un contexto total.

En Inglaterra después de la crisis económica mundial y de la segunda gran guerra, W. H. Beveridge elaboró varios planes: cada uno fue una bandera de lucha constructiva: "... un objetivo común para la paz, en la determinación de liberar a Gran Bretaña de los grandes males de la miseria, la enfermedad, la ignorancia y la escasez de vivienda" ... "El informe de la Seguridad Social se limita a proponer que se otorgue a todos, sin costo alguno, toda clase de atención médica" (6).

Este es el "tono" del planeamiento. Hay que considerar también su "fuerza", consistente en

el grado de capacidad del Gobierno respectivo para hacerlo cumplir: planes que una vez elaborados, son simplemente entregados a los ejecutivos, o a los gobiernos, o al público, merecen más el nombre de conjeturas, o de orientaciones, que el de planes.

III. DEFINIR EL "SUJETO" DEL PLANEAMIENTO

Es bien sabido que el concepto de salud, tal como lo ha definido la OMS, equivale al de bienestar, y que "nivel de salud" equivale a "nivel de vida" o "nivel de desarrollo". Ese nivel está determinado por los múltiples "factores del nivel de vida", uno de los cuales es la atención médica.

Cuando se habla de "planificación en salud", en realidad se alude al sector o institución "atención médica". Sin embargo, el uso del término "salud" lleva constantemente a confusiones de grandes consecuencias. Por ejemplo: suele oponerse el desarrollo (económico) a la salud, como metas alternativas, cuando la verdad es que aquél es factor básico de ésta. Una consecuencia de gran importancia metodológica consiste en que los patrones de medición de la salud, vale decir, la mortalidad y la morbilidad, son aplicados para definir los objetivos del sector "atención médica" y evaluar su acción, cuando lo único lógico sería el emplearlos para evaluar el desarrollo nacional o la gestión de Gobierno en su conjunto.

Huelga anotar que la mortalidad, morbilidad y letalidad son además los patrones utilizados para evaluar medios preventivos o terapéuticos en condiciones controladas, vale decir en el marco de investigaciones de la medicina o la epidemiología.

Las metas de la atención médica deben definirse en función de sus tareas específicas: producir para las personas y las colectividades determinados servicios de carácter médico y médico-social (consultas, hospitalizaciones, inmunizaciones, etc.), que ellas demandan como parte esencial de su seguridad y bienestar. Algunos de estos servicios contribuyen poderosamente a elevar el nivel de salud y, en particular, a evitar muertes, pero ello es siempre en conjunción armónica con los demás factores del nivel de vida. En consecuencia, las metas nacionales de la atención médica pueden expresarse en términos de personas y grupos atendidos, o en servicios prestados, pero no en términos de muertes ("daños") a evitar; y esto implica que en la planificación nacional de la atención médica no podemos ni necesitamos elaborar los "costos de evitar una muerte (con las diversas técnicas de atención médica y para las distintas causas de fallecimiento)". Cuál es la técnica médica más eficiente en cada caso, es algo que nos lo dirá

la medicina. Como elemento de juicio dentro del proceso de planificación, debemos reconocer que es el rendimiento de los recursos el más legítimo e importante.

Es dramático afirmar que un gasto cualquiera tiene "un precio de muertes no evitadas", pero esto no es aplicable (y suele hacerse así) a cualquier gasto ajeno a la atención médica. Sólo es aplicable a los gastos suntuarios, que son los únicos que no contribuyen directa ni indirectamente a la salud.

En el mismo orden de ideas, puede hablarse de Política de Atención Médica, para el sector que nos ocupa. En cuanto a Política de Salud, debe entenderse, siempre, que este concepto es coextensivo con el de Política de Desarrollo, y que lo empleamos de preferencia a éste cuando los objetivos se consideran más en términos biológicos que en términos monetarios.

IV. EL PLANEAMIENTO DE LA ATENCIÓN MÉDICA Y SUS RELACIONES CON LA ECONOMÍA.

En la tendencia a integrar los planes de atención médica (designados como "planes de salud") a los planes nacionales de desarrollo, ha aparecido la inclinación lógica a usar conceptos recíprocamente inteligibles. Algunos han ido demasiado lejos: desvalorizan exageradamente lo obtenido hasta ahora en planificación médica y estiman indispensable transformar nuestras razones acerca de la importancia de nuestros servicios y adoptar un lenguaje común con los demás sectores, un lenguaje "economista".

Los médicos solemos mirar hacia la economía con un "complejo de culpa" por estar gastando una parte del restringido fondo de recursos del país. Ese "complejo" tiene muy poca base en conocimientos de economía. La atención médica es un sector que produce "servicios", y que acrece, por lo tanto, el producto nacional (4,3% del PN, en 1963). En cuanto a los "bienes intermedios" que tomamos de los otros sectores a fin de poder elaborar nuestros productos, ellos no son en su mayor parte, muy difíciles de conseguir: mano de obra para la cual existe oferta en exceso y que en su mayor parte puede ser adiestrada por el propio sector; productos alimenticios, textiles, farmacéuticos y otros, para los cuales es de sumo interés contar con un comprador importante y estable; una proporción pequeña de gastos de capital (5,4% del balance del SNS, 1963), y de gastos de divisas (y de éstos una gran parte corresponde al sector privado). Gunnar Myrdal escribió: "Los esfuerzos para elevar los niveles de enseñanza, sanidad e higiene no precisan de cuantiosos desembolsos de capital o de divisas. En la mayoría de los países subdesarrollados estos esfuerzos han sido, en su conjunto, harto débiles". (7).

En cambio, una necesidad concreta de coordinación con la economía consiste en que los demás sectores deben "identificar los requisitos económicos de las actividades sociales", y entre éstas, de la Atención Médica. (8).

En el mismo contexto, se habla de aguda competencia intersectorial. Citamos de nuevo a Myrdal: "... Existe la tendencia a la superficialidad en la planificación, que viene indicada por el método de razonar en función de prioridades, método descuidado y cargado de prejuicio... Toda esta forma de razonar supone que es necesaria la elección porque un esfuerzo en un sentido excluye otro en un sentido distinto. Esta hipótesis es, en general, falsa o, en todo caso, sólo cierta en parte" (7). La noción de competencia o prioridad no debe plantearse entre los factores básicos del nivel de vida y del desarrollo: por ejemplo, entre atención médica e industrialización. Ambos problemas deben ser resueltos; más aún, cuando existe una aguda desigualdad de ingresos entre los grupos de la población.

La Atención Médica tiene —potencialmente— una gran influencia sobre el estado de salud de la fuerza de trabajo; a través de ello, tiene una influencia potencial sobre la producción. El efecto de la técnica médica sobre el estado de salud no es nunca independiente de la operación de los demás factores del nivel de vida; pero en algunos casos es bastante decisivo, particularmente en las enfermedades transmisibles en algunas de las cuales existe un vector susceptible a los insecticidas y en aquéllas para las cuales hay procedimientos eficaces de inmunización. Empero, *el estado de salud de la fuerza de trabajo no es en nuestro país un elemento decisivo para la cuantía del Producto Nacional*, el cual se encuentra limitado principalmente por la falta de equipo y por problemas de organización social. Puede sostenerse que el alcoholismo es un problema que afecta mucho a la productividad de los trabajadores; pero es precisamente un problema de salud complejo en el cual el efecto de la atención médica es tan sólo parcial.

El papel de la Atención Médica en la producción económica es, pues, muy limitado. No se trata solamente de que "todavía" no se haya elaborado una metodología que permita tratar a la salud pública como factor concurrente al desarrollo económico.

En cambio, la atención médica representa un elemento de consumo apetecido que va donde quiera que vayan los hombres y que, si el estado no da, los individuos —aún los pobres— pagan de todos modos; en este último caso, con derroche. Ella es hoy parte integral de la Reforma Agraria, de la Reforma Industrial, de la Planificación Urbana y de cualquier proyecto

económico-social imaginable. Deja siempre dos subproductos: la satisfacción del consumidor que trasciende a la política; y el efecto diseminador de racionalidad de criterios científicos, a través de las comunidades.

De paso, no es necesario repetir que la atención médica es una "inversión económica", ya que éste es un mal uso del concepto; no hay porqué dar connotación peyorativa a la idea de "consumo", porque este es precisamente el "momento" del proceso económico que tiene carácter de finalidad desde el punto de vista humano.

V. LA DETERMINACION DE LAS METAS

Para determinar las metas será preciso que existan previamente: 1) Decisiones sobre propósitos generales y estrategia formuladas por un Gobierno, Política de Atención Médica; 2) Definición previa de los organismos locales de salud; 3) El entendido de que se buscará en la ciencia médica la decisión acerca de la eficacia de las actividades.

Para fijar las metas, el proceso básico consiste en comparar la situación existente (diagnóstico), con las normas u objetivos derivados de la política de atención médica. Situación y normas se describen en los mismos términos: personas a atender (y sus problemas), actividades a efectuar (y sus atributos), y recursos que se emplearán en las actividades (distribuidos según actividades, grupos de población, niveles, —individual o colectivo—, organismos locales, instituciones y sectores, público y privado).

Las normas equivalen a fijar metas a n años plazo, con el menor número de años posible.

¿Cuáles son los caminos que la planificación pudiera emplear para precisar el plazo de logro de las normas, y las metas para los años intermedios? Examinémoslos.

1º *La elección entre técnicas alternativas*, según su eficiencia, expresada en función del costo de evitar una muerte por una causa dada: ya que hemos señalado por qué las metas nacionales de la atención médica no pueden expresarse en términos de muertes evitadas, sino que deben traducirse en actividades médicas. Es indudable que deben desecharse las técnicas ineficientes, pero el juicio sobre eficiencia corresponde a la Medicina. En general, la elección entre actividades o técnicas es un imperativo falso, ya que ellas son complementarias entre sí; especialmente negativo sería el oponer las técnicas preventivas a las técnicas curativas, ya que estamos esforzándonos en lograr acciones en que ambas se unan.

2º *La elección entre problemas* o "daños" a la salud, de acuerdo a prioridades basadas en el costo de evitar una muerte por cada causa,

con la técnica más eficiente, la consideramos también inaplicable si aceptamos las premisas enunciadas anteriormente.

Si la aplicáramos llegaríamos a conclusiones como la siguiente: puede ser suficiente en un área, hacer esfuerzos por evitar muertes adicionales por una sola causa (sarampión, por ejemplo), dejando inalterada la situación en cuanto a todas las otras (gastroenteritis, difteria, accidentes, etc.). O bien: si todas las causas de muertes llevan tendencia horizontal no es indispensable esforzarse por reducir ninguna. Hemos discutido ya el concepto de prioridades intersectoriales. Aquí, entre "daños", las prioridades son también inaplicables para planificar, porque los "daños" son abstracciones que se concretan en "personas", y éstas los presentan en variadas combinaciones y recurren a actividades y a recursos médicos que son polivalentes respecto a los "daños". En todo caso, "el problema de las prioridades se presenta sólo cuando los recursos exceden a los necesarios para atender la combinación mínima... No hay por ahora, criterios para determinar cual es la combinación mínima" (1).

3º *La suposición de que la demanda es "congelable"* citamos al CFI de Argentina: "El grupo supone que el desarrollo presionará para incrementar la demanda médica cualesquiera que sean los programas que se apliquen" (2). Podemos orientar la demanda, legítimamente; pero esto es algo activo, educacional, que requiere recursos y no simple "ausencia de estímulo". No es prudente, en consecuencia, utilizar aquel supuesto, que equivale a reprimir las aspiraciones al nivel actual, que es profundamente insuficiente.

4º *La "normalización" del rendimiento*, grado de utilización y forma de combinación de los recursos. Estos caminos nos parecen claros e inobjetables.

5º Los caminos fundamentales se encuentran fuera de la planificación, "después" de ella, a nivel de la *organización y el manejo de los recursos*.

VI. ASPECTOS FORMALES DEL METODO DE PLANIFICACION

Un requisito importante del método es que pueda ser aplicado con plena comprensión a nivel local. Para ello debe ser absolutamente claro y racional. Si se injerta en el procedimiento un exceso de supuestos y clasificaciones arbitrarias, ocurre que pequeños cambios en algunos de los supuestos llevan a grandes variaciones en los resultados. Estos últimos dependen, entonces, mucho del azar o de manipulaciones conscientes o subconscientes de los operadores. Aumenta también la posibilidad de co-

meter errores. Finalmente, una metodología compleja expone con facilidad, a rutinizarse y a caminar por su cuenta, enajenándose del dominio humano.

VII. LA PLANIFICACION A NIVEL LOCAL

A este nivel, la aproximación a la escala humana torna más lúcido, más fructífero y flexible este proceso de prever y de verificar. El médico puede así aproximarse más a la "salud" propiamente tal, a través de la cooperación directa con otros sectores. Tiene bajo su visión directa la operación de los múltiples factores que influyen en la salud. Podrá saber, aunque sólo a posteriori y aproximadamente, qué papel le correspondió desempeñar a la atención médica en las variaciones de la mortalidad local. Podrá planificar, administrar y evaluar en comunicación directa con los funcionarios y con sus clientes. Se estrecharán los lazos entre las necesidades de planificación y la orientación de las investigaciones médicas sobre eficiencia.

Estas ventajas no son extrapolables directamente al plano nacional. Este tendrá que esperar algún tiempo de experiencia "racionalizada" en los organismos locales, para estudiarla y obtener de ella algunas conclusiones susceptibles de generalización.

CONCLUSIONES

La planificación de la atención médica ha recibido un impulso valioso de parte del grupo CENDES-OSP: principalmente, la elaboración de ciertos conceptos y el entronque del método con la contabilidad de costos y con la formulación del presupuesto.

Nuestra tesis plantea la conveniencia de iniciar nuevas discusiones de fondo sobre las bases de una planificación que se corresponda con la etapa actual que vive Chile. Dentro de este propósito, deberá considerarse, a nuestro juicio, dos aspectos fundamentales: la simplificación de procedimientos y la realización de experiencias en el terreno que contemplen las bases de las alternativas propuestas.

REFERENCIAS

- 1 Centro de Estudios del Desarrollo de la Universidad Central de Venezuela "Problemas conceptuales y metodológicos de la Programación en salud". Versión mimeografiada por el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social. Santiago, 1963.
- 2 Menandro de Novais. "Integración de los Programas de Salud en la política de Desarrollo". Bol. Ofic. San. Pan. 57/2: 117 (Agosto 1964).
- 3 "Publicación del Sector Salud Pública". 3. Equipo Salud Pública del Consejo Nacional de Desarrollo Argentino "Publicación del Sector Salud Pública - 1963" - Mimeografiado por el CONADE, Buenos Aires, 1963.
- 4 Díaz, Montoya C. y Vera M. "El gasto médico en Chile" Relato Oficial de la Primera Asamblea Regional Latinoamericana de la Asociación Médica Mundial. Santiago, Abril de 1965.
- 5 Montoya C. y Díaz S. "El gasto médico del sector público en Chile". Rev. Médica Chile (en prensa).
- 6 Beveridge W. H. "La Ocupación Plena" 1ra. Edición en Castellano: F.C.E., México, 1947.
- 7 Myrdal, G. "La Agricultura y la Revolución Económica Mundial" Doc. N° 29 2º Curso de Capacitación de Profesionales en Reforma Agraria, ICIRA. Santiago, 1965.
- 8 Cibotti, R. "Análisis y programación del Desarrollo Económico". Versión mimeografiada por el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social. Santiago, 1962.
- 9 Comisión Nacional de Planificación de Salud. "Plan de Salud de Chile, 1966 - 1975". Santiago, 1965.