PLANIFICACION Y SALUD

En el presente trabajo solicitado por la dirección de la revista, el relator ha resumido la presentación hecha por él ante la Sociedad Chilena de Salubridad el año último y los conceptos vertidos en la Mesa Redonda realizada en el Colegio Médico de Chile a continuación del Curso de Demografía dictado por doña Carmen Miró.

Agradecemos al Dr. Durán haber aceptado nuestra sugestión de presentar un tema tan complejo en un lenguaje accesible para quienes no están especializados en el campo del trabajo planificado en salud pública.

Nuevas tendencias en la planificación de la salud

Dr. HERNAN DURAN*

Se nos ha pedido sintetizar en esta presentación las nuevas tendencias en la planificación de la salud, con lo cual culmina una serie de conferencias a cargo de un grupo de economistas y técnicos, sobre la situación económica y social de América Latina y acerca de planteamientos esenciales de la programación del desarrollo de la región. Antes de intentarlo, daremos algunas explicaciones previas.

1º El trabajo planificado en salud pública no es en sí mismo una novedad. Es intrínseco a la forma en que opera la administración de salud. Es un aspecto esencial de la acción integrada de los servicios de salud de una comunidad, a objeto de obtener que los escasos recursos se concentren en los problemas de salud de mayor jerarquía, vinculados al ambiente económico y social que rodea a los individuos.

2º La noción de que la salud no sólo es un fin en sí, sino además un medio para alcanzar más altos niveles de bienestar determina su participación como sector en la programación del desarrollo y su ubicación en el cuadro general de las asignaciones equilibradas de recursos a los sectores a fin de alcanzar las metas que se ha propuesto el plan de desarrollo.

Esta noción exige definir cuáles son las relaciones entre la salud y el desarrollo, puesto que toda medida que se tome en salud tiene un costo y una consecuencia y cuáles son los términos en los que la salud será tratada como un sector en la programación del desarrollo.

3º Los intentos que se están realizando para planificar la salud en el desarrollo son muy recientes y no existe ni un conocimiento ni una experiencia probados. Es natural que se exploren diferentes caminos. En consecuencia, nuestro planteamiento constituye nuestro punto de vista frente al problema. Su doctrina general, representa la tesis que la Organización Panamericana de la Salud ha sustentado y defendido en los últimos años en las reuniones internacionales: la de que salud es un componente inseparable del desarrollo, tesis que se encuentra incorporada a los acuerdos continentales para elevar los niveles de vida en América Latina. En sus aspectos conceptuales, este punto de vista sigue las orientaciones de la CEPAL y ahora del Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social y es, por lo tanto, la base de la enseñanza que imparten en el adiestramiento de planificadores de la salud, conjuntamente el Instituto y la Organización Panamericana de la Salud*.

* Jefe de la Oficina de Planificación de la Salud de Ofsanpan, Washington. Co-Director de los Cursos de Planificación de Salud del Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social y de la Organización Panamericana de la Salud, en Washington. Consultor en planificación de salud de la Zona IV de Ofsanpan con sede en Uruguay, de 1955 a 1961. Entre otros cargos desempeñados, podemos mencionar el de Jefe de la VI Zona de Salud de Santiago, de 1953 a 1955.

* Las ideas que inspiran este trabajo provienen del estudio elaborado bajo la dirección de Jorge Ahumada, en el Centro de Estudios del Desarrollo de la Universidad Central de Venezuela, a solicitud y colaboración de la Organización Panamericana de la Salud y próximo a ser publicado por ésta, cuyos autores y título son los siguientes: J. Ahumada, A. Arreaza, H. Durán, M. Pizzi, E. Sarué y M. Testa: "Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud". 1964.

Ciñéndose a las consideraciones anteriores, discutiremos en lo esencial, los siguientes aspectos del problema:

1. Relaciones entre salud y desarrollo.
2. El proceso de programación de la salud.
3. El contenido del plan nacional de salud.
4. La articulación del plan de salud con el plan de desarrollo.

1. RELACIONES ENTRE SALUD Y DESARROLLO

La noción de que la salud es un componente del desarrollo nos lleva a considerar en primer lugar, cuál es el papel de la salud en la producción económica. Luego analizaremos la programación de la salud y sus relaciones con el proceso de la programación del desarrollo.

mún que se reparte a las diferentes actividades del país. De una manera muy resumida, podríamos decir que para mantener o mejorar el nivel de salud, los recursos financieros del fondo común se canalizan a través de tres vías principales:

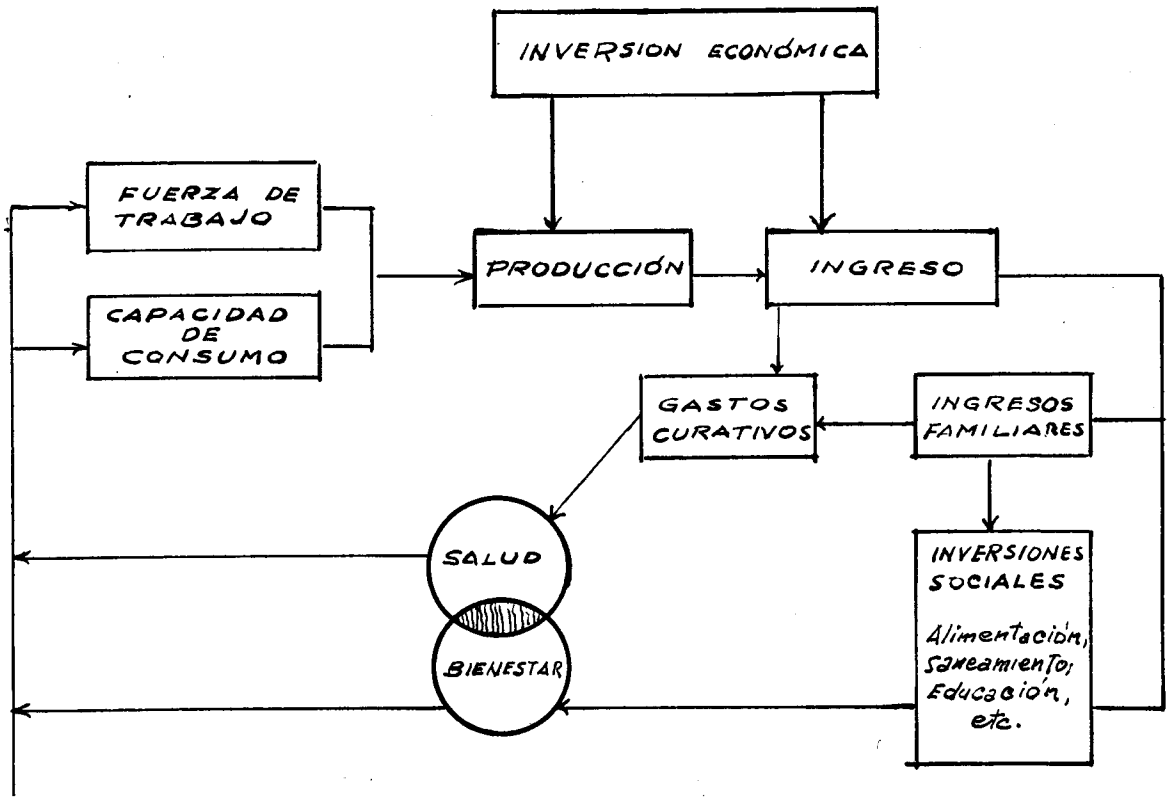
a) Los fondos gubernamentales destinados a los hospitales y establecimientos de atención de enfermos, con el propósito de recuperar la salud perdida (gastos curativos);

b) Los gastos e inversiones sociales que el estado destina a la alimentación, el saneamiento, la educación, la vivienda, la prevención de enfermedades y a otros fines sociales. Los recursos financieros que siguen estas vías pueden considerarse en parte como una inversión destinada a mejorar el capital humano. En parte son naturalmente gastos destinados a satisfacer las necesidades de salud como fin o bien en sí.

c) Los gastos familiares. En lo referente a salud, los individuos destinan recursos para sus gastos curativos y para la satisfacción de necesidades básicas de alimentación, educación, vivienda, etc., que son a su vez, factores condicionantes del nivel de salud.

FIG. Nº 1

Esquema de las relaciones entre salud y economía



La Figura Nº 1 intenta mostrar de una manera muy esquemática y simplificada, las relaciones entre la producción y el ingreso nacional y la participación de la salud en este proceso. En este esquema sólo se analiza el papel de la salud, sin consideración a las otras variables sociales ni a los otros factores que determinan el nivel del ingreso nacional ni su distribución.

El ingreso nacional constituye un fondo co-

Se desprende de la Figura Nº 1 que el nivel

de salud está condicionado por el nivel en que se desenvuelven las otras actividades de las que depende el proceso económico y social del país, es decir, de su capacidad de producir y de su desarrollo. Los factores condicionantes del nivel de salud se originan pues en el medio en que viven los individuos y su efecto negativo es tanto más evidente cuanto más bajo sea el nivel de desarrollo del área. Estas condiciones ambientales deficientes son a su vez agravadas por el bajo nivel de salud y el efecto de las influencias recíprocas puede resumirse de la siguiente manera:

a) El bajo nivel de desarrollo afecta al nivel de salud a través de los siguientes mecanismos principales:

I) disminución de la producción y de la disponibilidad de alimentos;

II) condiciones sanitarias deficientes especialmente en lo referente a agua, disposición de excretas, vivienda, etc., acentuada por el aumento de la población y el elevado costo que representan las obras a construir;

III) bajo ingreso familiar y escasas disponibilidades para alimentación, vestuario, vivienda, etc.

IV) bajo nivel educativo y su efecto sobre la higiene individual, los hábitos, etc.

b) El nivel de salud y el grado de bienestar que contribuya a crear, como lo muestra en parte la Fig. Nº 1, afectan el nivel de desarrollo por medio de algunos de los siguientes mecanismos:

I) la cuantía y la naturaleza de las enfermedades influye sobre la capacidad de trabajo de los individuos, la cual es un componente de la productividad;

II) la acción sanitaria, al reducir la mortalidad, influye sobre la estructura de edades y por lo tanto, sobre la cantidad de mano de obra;

III) el nivel de salud y el bienestar en general, influyen sobre la capacidad de consumo de los individuos, y

IV) el elevado número de enfermos significa altos gastos curativos, reduciendo las disponibilidades relativas que el sector salud debe destinar a la prevención de enfermedades.

2. EL PROCESO DE PROGRAMACION DE LA SALUD

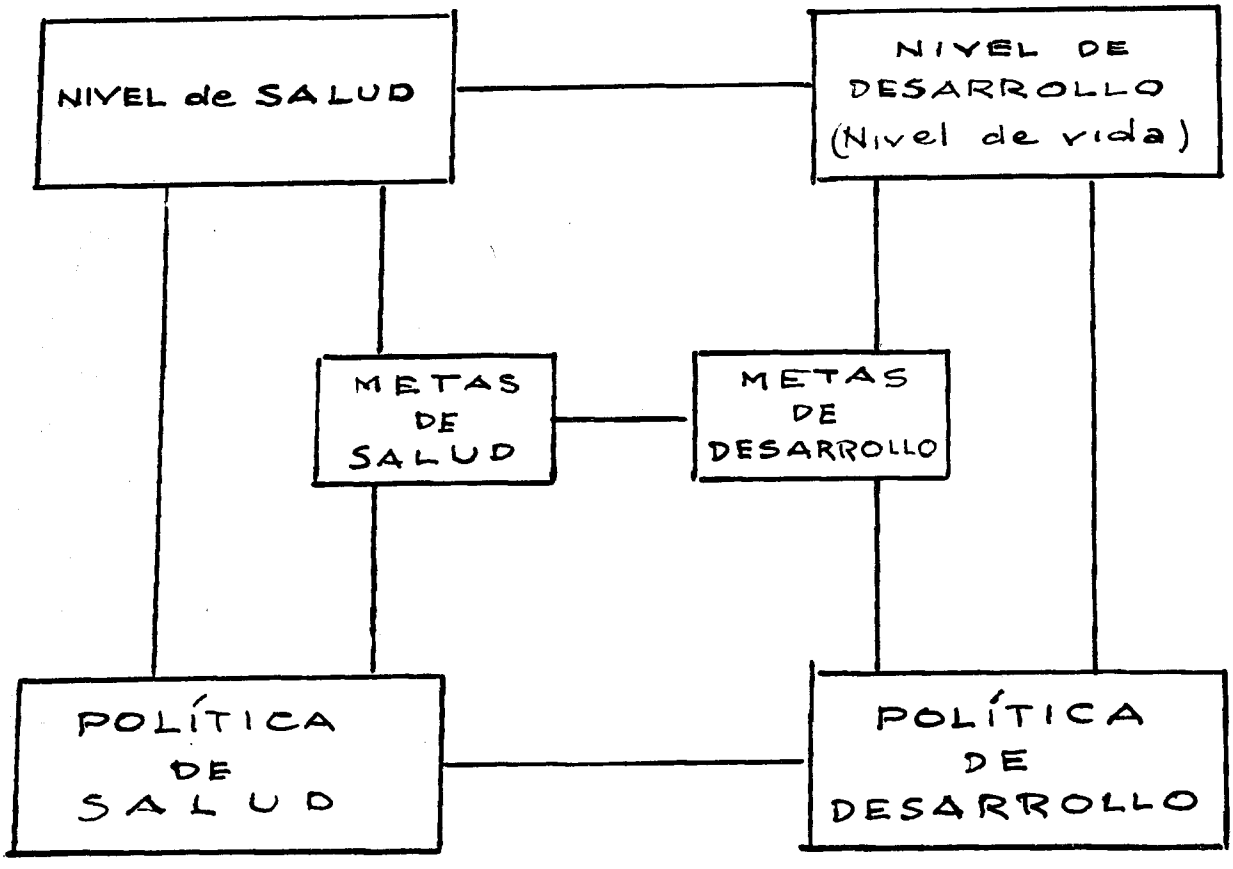
La interdependencia de los niveles de salud y de desarrollo podría sugerir que la mejoría en la situación de salud, debe esperarse de la elevación del nivel de desarrollo. En efecto, este es el esquema que operó durante y hasta poco después de la revolución industrial, permitiendo mejorar la salud de la población en la medida en que fueron mejorando las condiciones económicas, lo cual tuvo un precio, pues este desarrollo se efectuó a expensas del trabajo humano excesivo, de las condiciones miserables de vida de la población trabajadora, de sus bajos niveles de ingreso y de los graves problemas de salud que la afectaron. Así lo denuncian los célebres informes de las condiciones sanitarias en algunos ambientes industriales en el siglo pasado y que dieron nacimiento a la moderna salud pública.

Estas condiciones no pueden repetirse porque las circunstancias históricas son diferentes. Debido a la revolución de las aspiraciones, a los mayores niveles de cultura, al aumento de los derechos, al efecto de demostración proveniente de las áreas más desarrolladas, es indispensable que el cambio en el nivel de salud opere con una dinámica propia y simultáneamente con los demás cambios que ocurren en los otros sectores sociales y económicos del país.

Esto es lo que procura obtener la programación simultánea del desarrollo en todos los sectores. Por sus estrechas relaciones, la programación de la salud es inseparable de esta programación global y se vincularán, como lo muestra esquemáticamente la Figura Nº 2, en las etapas siguientes:

FIG. Nº 2

El Proceso de Programación de la Salud y sus Vinculaciones con la Programación Global del Desarrollo



a) Al efectuar el examen de la situación y al analizar las interrelaciones entre el nivel de desarrollo y el nivel de salud;

b) Al definir una política de salud, inseparable de la política de desarrollo; y

c) Al señalar metas de salud, en relación con las metas de desarrollo.

En las páginas siguientes, procederemos a efectuar un examen suscinto de este proceso y de sus etapas.

a) *El análisis de la situación*

El análisis o diagnóstico de la situación de salud, es el primer paso del proceso. Requiere el conocimiento más completo posible de la cuantía de los problemas que la afectan, es decir, una descripción objetiva del nivel de salud y de los factores condicionantes de dicho nivel: la población susceptible a los daños que afectan a la salud, el medio ambiente y los recursos que se utilizan para atacar los problemas.

La descripción del nivel de salud debería consistir en una medición de la cantidad de salud que ha alcanzado una comunidad. En consecuencia, debería permitir una comparación con patrones de niveles de salud requeridos para el logro de determinadas metas de desarrollo. La confrontación con un modelo semejante, debería igualmente permitir la medición de la pérdida real y potencial de salud, por efecto de los factores que condicionan dicho nivel. Sin embargo, en el momento actual, no existen indicadores para expresar la salud en términos positivos y debe recurrirse a una medición negativa, constituida por la cuantía de los daños que afectan a la salud, es decir, a los datos de mortalidad obtenidos de las fuentes clásicas y de morbilidad, expresados

por los diagnósticos de los egresos hospitalarios y de los consultantes a servicios externos.

La susceptibilidad a los daños depende en primer lugar de la distribución por edades de la población, debido a las relaciones entre los daños y los grupos de edad que afectan específicamente. Depende además del estado nutricional de dicha población.

El análisis de los recursos requiere una descripción de su cuantía y de la forma en que estos recursos están agrupados, organizados y asignados a través de actividades o tareas y de técnicas, a los diferentes daños. Es esencial que esta descripción defina las unidades operativas en que se agrupan los recursos (instrumentos), la composición de estas unidades operativas, su costo, su grado de utilización y su rendimiento. Es igualmente indispensable conocer la cantidad de población cubierta por el uso de los recursos y la cantidad individual de beneficios recibidos v. gr. número de vacunaciones, etc.

El diagnóstico debe intentar además una explicación de las relaciones entre el nivel de salud encontrado y los factores condicionantes, la cual debe ir más a fondo que las habituales correlaciones con que se procura vincular la cuantía de los problemas de salud con la magnitud de los problemas existentes en el medio en que aquellos se gesten v. gr. agua, vivienda accesibilidad, educación.

Esta explicación permitiría establecer la interdependencia entre salud y desarrollo, es decir, la relación con las condiciones económicas y sociales que forman el contexto del cual los factores condicionantes son originarios. En el estado actual, hay todavía pocos elementos para intentar una cuantificación de esa naturaleza, pero ofrece enormes posibilidades para la investigación.

No puede obtenerse una visión dinámica de las relaciones entre el nivel de salud y sus factores condicionantes a través del análisis de la situación actual o del examen de las tendencias, sin además formular un pronóstico de esta situación, con el cual se procurará estimar el efecto que tendría sobre el nivel de salud el cambio que experimentarán en los próximos años. los factores condicionantes del medio, v. gr. planes de desarrollo, esfuerzos individuales y comunitarios. El análisis de la situación actual y el pronóstico de esta situación servirán para establecer la línea base de operación del plan, de la cual se deducirá el grado en que podrán ser satisfechas las necesidades de salud de la población.

El próximo paso debe consistir en establecer si la situación descrita y pronosticada es o nó satisfactoria y las posibilidades que existen para modificarla. Se trata en consecuencia de juzgarla, para lo cual se requiere compararla con un modelo normativo que se construirá con los datos más adecuados para el país, la región o el área en estudio.

El resultado de esta comparación y la diferencia entre la situación descrita y el modelo normativo adoptado, constituirá el punto de partida de la programación, pues revelará la cuantía del esfuerzo que se requerirá para aproximar esta situación a dicho modelo.

Estos modelos normativos son prácticamente inexistentes para definir la realidad latinoamericana y se ha trabajado hasta ahora utilizando comparaciones con países desarrollados, lo cual desalienta las aspiraciones y el propósito del administrador de salud de obtener metas de mejoramiento en plazos razonables. A menudo, estos modelos se definen para una situación nacional promedial y no son aplicables en áreas poco desarrolladas del mismo país.

b) *La definición de una política de salud*

Puede deducirse de lo anterior que la definición de una política de salud deriva del conocimiento del nivel de salud y de sus factores condicionantes, incluyendo entre estos, la cuantía y la utilización de los recursos disponibles actualmente.

En vista de la escasez de recursos para atender las necesidades de salud que caracteriza a los países latinoamericanos, la política de salud sólo tiene tres alternativas posibles:

I) aumentar los recursos;

II) mejorar la utilización de los existentes;

III) jerarquizar las aspiraciones, concentrando los recursos de acuerdo a una lista de prioridades.

Esto es lo que constituye en esencia las alternativas de la política de salud que debe definir un gobierno. Examinaremos ahora, cada una de estas posibilidades y su significado.

I) Los recursos que se destinan a la salud provienen en gran parte del fondo común del sector público, del cual se extrae lo que se destina a todas las actividades nacionales y por consiguiente, los aumentos que se otorguen al sector salud no podrán efectuarse sin prestar cuidadosa consideración al equilibrio en las asignaciones sectoriales.

II) Mejorar la utilización de los recursos existentes significa aumentar su eficiencia, es decir, utilizarlos en la forma que sea posible obtener el máximo beneficio con ellos, lo cual equivale a satisfacer el máximo posible de objetivo. Como los recursos se agrupan para producir actividades o tareas específicas y estas se asocian a su vez en técnicas, v. gr. técnica de prevención

o técnica de reparación de la salud, las decisiones sobre el mejor uso de los recursos se concretan a la elección de las técnicas más eficientes para el ataque a cada enfermedad.

Estas decisiones no pueden estar basadas en criterios exclusivamente tecnológicos, pues el uso de una u otra técnica depende a veces de problemas económicos y sociales que limitan la disponibilidad de recursos, para cuya solución se requieren consideraciones de política general.

III) Jerarquizar las aspiraciones significa escoger determinados objetivos, es decir, concentrarlos o reducirlos a aquellos que pueden ser satisfechos con los recursos disponibles, proceso que implica elección de prioridades. De acuerdo con el mejor conocimiento disponible y a las conveniencias económicas y sociales, las prioridades se establecerán de acuerdo a criterios de magnitud del daño, su trascendencia para la comunidad, su vulnerabilidad a la tecnología actual y su costo.

La decisión sobre prioridades plantea problemas de gran complejidad en el campo de la política de salud. Desde luego, la estrecha interdependencia de los problemas de salud hace muy difícil postergar la solución de algunos cuyo agravamiento futuro creará nuevas situaciones a veces imprevisibles. Por otra parte, tomar una decisión en un sentido, acentúa los riesgos de empeoramiento de la situación en determinados grupos o en ciertas regiones, afectando el principio de la distribución equitativa de beneficios que es básico para mantener sin deterioro el nivel actual de salud de todas las comunidades.

Elección de técnicas y de prioridades es lo esencial en las decisiones sobre política de salud. El resultado deberá constituirlo la elección de la más adecuada combinación de esfuerzos, representado por las técnicas más eficientes de acuerdo a prioridades que proporcionen el mayor beneficio social. De esta manera, la mejor decisión estará representada por la combinación más adecuada de esfuerzos que proporcione el máximo de objetivo por unidad de recurso o utilice el mínimo de recurso frente a determinado objetivo, siguiendo los principios de maximización o de minimización respectivamente, del método programático.

Otros factores limitarán el marco de estas decisiones influyendo sobre la política de salud que formule el gobierno. El primero se refiere a las restricciones que imponen a la elección de técnicas y de prioridades factores como la inmovilidad y especificidad de los recursos que se destinan a salud, lo cual reduce las posibilidades de modificarla.

El segundo factor como ya se expresó se refiere a las restricciones y orientaciones que la política y el plan de desarrollo impondrán a la política de salud, la cual se verá afectada en alguna medida por los cambios que se introduzcan a través de políticas de consumo, de inversiones, de importaciones y exportaciones, etc. Igualmente importantes serán las consideraciones que surgirán de acuerdo a la trascendencia que asigne el plan de desarrollo a los sectores sociales según las urgencias y las presiones, v. gr. aumento de recursos humanos para el desarrollo industrial, política agrícola, política educacional, o a las necesidades que derivarán de la concentración temporal de recursos humanos y materiales para el desarrollo de determinadas áreas.

c) *La fijación de metas*

Dentro del proceso de programación, la fijación de una meta representa el establecimiento de una determinada cuantía de objetivo para cumplir en un plazo dado con el propósito que conlleva el plan.

Si la salud es un fin en sí, esta cuantía envuelve consideraciones éticas y sus límites los establecerá un juicio de valores. La disponibilidad limitada de recursos exige, a lo menos, que se establezca a base de estas consideraciones, un requisito mínimo puesto que el máximo se identifica con las ilimitadas aspiraciones que en materia de salud tienen los seres humanos. Este mínimo contemplaría como condición básica, el mantenimiento, para los años próximos, del nivel de salud conseguido al presente.

Si se considera a la salud como un medio para alcanzar mayores niveles de desarrollo, la cuantía de objetivo a lograr debería depender del efecto que la salud tiene sobre el desarrollo. Si no existen actualmente coeficientes para medir la inversión en salud que requiere un modelo determinado de desarrollo, hay sin embargo, la posibilidad de calcular cual es la inversión necesaria para obtener el máximo de efecto en salud al más corto plazo posible y con el menor costo.

La combinación de estas dos nociones, la salud como fin y la salud como medio, permite establecer estas dos alternativas extremas y por lo tanto, los límites dentro de los cuales puede fijarse un nivel de operación al plan. En última instancia, este nivel depende de la asignación de recursos financieros que se decida fijar a salud o simplemente del grado mayor o menor de racionalidad con que se distribuyen los recursos públicos entre los sectores. En cualquier caso, el cálculo del efecto que sobre salud producirá ese nivel de operación, sea en casos reparados o en muertes evitadas, constituirá una medida de lo que se obtiene y una forma de

compartir la responsabilidad social de la inversión en salud.

La fijación de metas es el resultado del proceso y asegura el realismo, la factibilidad y la eficacia del plan de salud, no sólo para los propósitos que éste persigue dentro del sector, sino además para establecer su compatibilidad y complementaridad con las metas del plan de desarrollo.

Para lograr esta consistencia "interna" y "externa", el plan nacional de salud debe ser elaborado dentro de un sistema planificador nacional. A través de un proceso coordinado de ajustes de las proposiciones de los sectores y de discusiones y decisiones a diferentes niveles, se fijará el nivel de operación del plan general y de los planos sectoriales, de acuerdo a las disponibilidades financieras.

A partir de este momento la administración de salud procederá a la ejecución del plan, cuya esencia consiste en aproximar la realidad existente, al modelo normativo construido. Si en su formulación el plan es eficaz, realista y factible, el resultado de la ejecución va a depender de la eficacia de la administración.

Será necesario que el plan sea implementado adecuada y oportunamente, es decir, disponga de los elementos humanos y materiales (instrumentos) en la cantidad y calidad que señalan las metas, de acuerdo a las normas operativas del plan. Es igualmente indispensable que esta administración establezca los mecanismos de control de las operaciones, a objeto de determinar, en cualquier momento, el grado de cumplimiento del plan.

De esta manera, al finalizar un período, el plan entra en una fase de evaluación de sus resultados, la cual permitirá establecer las modificaciones que requiere para ajustarlo a la situación cambiante que experimente el nivel de salud modificado por el plan sectorial y por el plan general de desarrollo.

El proceso de planificación de la salud tiene, de este modo, las siguientes características:

1. Se trata de un proceso continuo y no de actividades circunstanciales destinadas a elaborar un plan. En virtud de lo cual, la administración de salud debe tender a actuar permanentemente a través de acciones planificadas.

2. El proceso se desarrolla a lo largo del tiempo, por medio de una sucesión de etapas que se repiten periódicamente en ciclos completos. El análisis y la evaluación de la situación, que conduce a la definición de una política de salud o a su revisión, marcan el comienzo de un nuevo ciclo.

3. El ajuste permanente, que se efectúa por aproximaciones sucesivas al modelo, genera el autoperfeccionamiento del proceso. La investigación, la disponibilidad de mejores datos y el mejoramiento de los medios (innovaciones tecnológicas) son el resultado de exigencias a que conduce el proceso.

3. EL CONTENIDO DEL PLAN NACIONAL DE SALUD

El plan nacional de salud pretende establecer el nivel a que debe operar la acción preventiva y curativa a objeto de aproximar el estado de salud encontrado, al estado deseable a fin de satisfacer las necesidades básicas de salud y a fin de obtener la contribución que ésta debe hacer al proceso de desarrollo del país.

La formulación del plan deriva del proceso de programación cuya esencia como hemos visto reside en su continuidad y en su perfeccionamiento progresivo. El plan nacional de salud se formulará a través de una metodología, como resultado de la definición de una política de desarrollo, de la cual forma parte la salud nacional y del análisis sistemático de la situación de salud que componen las diferentes áreas que inegran el territorio nacional.

La elaboración de un documento que refleje estas formulaciones viene a ser el producto final del proceso y su solidez dependerá de la profundidad con que éste ha operado. Los planes nacionales de salud, en sus primeros intentos, sólo pueden contener en términos muy generales, las proposiciones que surjan del exámen de la realidad de salud del país. La planificación de la salud de los países de América Latina se encuentra en esta primera etapa.

En sus líneas generales las proposiciones en que se basa la elección de un plan nacional de salud, deberán contener los siguientes elementos:

a) La combinación de los planes mínimos, máximos e intermedios de las áreas que integran el país. A ellos se agregan los planes locales para zonas sin recursos, que deberán ser atendidas desde áreas vecinas.

b) El conjunto de los planes de salud que representa el ataque centralizado a ciertos problemas que deben ser cubiertos en extensión y dentro de ciertos plazos y cuyo costo resultaría muy elevado si fueran atacados por medio de acción descentralizada, v. gr. campañas de erradicación.

c) Los planes de adiestramiento de personal que indiquen las exigencias futuras del plan de salud. Se deberá así definir el tipo de personal profesional, técnico, auxiliar, etc., la forma y los plazos en que deberá obtenerse, así como la función que desempeñará.

d) Los planes de inversión que serán necesarios a fin de crear las nuevas obras que indique

el plan, las etapas de su creación y el costo de su operación. Se refiere principalmente a la construcción de hospitales y de obras sanitarias.

e) Los planes de investigación que deberán ponerse en marcha y su costo a fin de dilucidar los aspectos metodológicos y operativos que permitan perfeccionar el proceso de programación.

f) El plan nacional de salud deberá ser expresado en una proposición de gastos en que se deberá incurrir año por año, clasificados por funciones, de tal forma que se pueda precisar cuanto cuesta el ataque a cada uno de los principales daños que afectan a la salud y cual es el costo de las diferentes técnicas y programas a que se debe recurrir (presupuesto-programa).

4. LA ARTICULACION DEL PLAN DE SALUD CON EL PLAN DE DESARROLLO

En economía se sabe que para obtener un producto se necesita un gasto y que existe una correlación entre el producto obtenido y el gasto en que se ha incurrido. De este conocimiento derivará el cálculo a efectuar para estimar las inversiones futuras y para deducir los cambios que se producirán.

El complejo económico está determinado por una serie de variables, constituidas entre otras por la producción, el consumo, las inversiones y el capital, con las cuales se puede elaborar un cuadro de sus estimaciones futuras que sirven de base para la confección del modelo matemático de programación global de la economía. Este modelo es el marco de referencia para establecer la estrategia que requiere el desarrollo del país, pues permite calcular los efectos que con cierta probabilidad producirán los cambios que se introduzcan en el modelo.

Es necesario que dentro del marco de esta programación global sean ubicados los recursos que se destinan a los sectores sociales y que estas asignaciones expresen los resultados que se espera obtener. Tal es el imperativo que impone la programación del desarrollo. Se desea en otras palabras, cuantificar la inversión social y hacer explícitos los resultados de las decisiones a tomar, pues de una forma u otra estas decisiones serán tomadas.

La salud, la educación y los demás sectores sociales no sólo constituyen medios para el desarrollo sino que son fines en sí. Por lo tanto, si bien podría ser posible cuantificar en alguna forma la cantidad de salud compatible o necesaria para obtener determinados efectos sociales, no es posible precisar la cuantía de lo que requiere la satisfacción de las necesidades de salud como un fin en sí, pues depende de un juicio de valores en que está involucrado el grado de bienestar que la comunidad desea alcanzar.

En otras palabras, la salud debe ser considerada como un sector dentro de la programación de desarrollo, pero mientras que en los sectores económicos, la asignación de recursos puede ser calculada y perfeccionada por aproximaciones sucesivas al modelo matemático (costo-efecto), en el caso de la salud, como en el de otros sectores sociales, esto no es posible y el cálculo de esta asignación debe ser estimada a base de criterios generales. Uno de estos criterios, como ha sido comentado, consiste en establecer niveles mínimos y máximos de salud, con los correspondientes costos y cálculos estimativos de los efectos. Estos niveles constituyen alternativas posibles. El mínimo aceptable por el sector salud estaría basado en el no deterioro de la situación y en una distribución regional equitativa de los beneficios.

El área de estas alternativas no permite basar una decisión en criterios técnicos sino políticos, pero en todo caso limita los márgenes de la decisión política y hace explícitas sus consecuencias.

Esta falta de homogeneidad entre los sectores económicos y los sociales considérase como una situación transitoria en el proceso de programación global, debida a la naturaleza misma del trabajo de los sectores sociales y a la falta de experiencia en la programación global. Es posible que se necesiten muchas investigaciones y un gran esfuerzo a nivel de las administraciones, para introducir en la práctica una concepción cuantificada de la salud, que sirva para integrarla en la programación del desarrollo. De cualquier manera, el trabajo conjunto multisectorial debe abordarse de inmediato.