

Capítulo I

LAS PREMISAS DE UN PLAN DE SALUD

A. PLANIFICACION Y POLITICA DE SALUD

Para describir la planificación de la salud sería necesario remontarse a los conceptos básicos en que se basan las ideas actuales sobre la salud individual y colectiva y la forma de mejorarla, conceptos que están expuestos en gran cantidad de textos. Recapitularemos sólo aquello que es pertinente al proceso de planificación de la salud propiamente tal.

La planificación de la salud es un proceso que llevan a cabo las instancias de administración de la salud, conjuntamente con la población, y que está destinado a conseguir en áreas (países, regiones, etc.) y plazos determinados los mejores niveles de salud de la población respectiva, utilizando del modo más racional y eficaz posible los recursos a su disposición. En síntesis, la planificación es un proceso por el cual se procura conseguir un futuro mejor que el presente, por medio de los cambios que sean necesarios para lograrlo.¹

La posibilidad de obtener ese efecto depende de la calidad del plan que se formule y de la capacidad de gestión de la administración, así como del interés y del valor que la sociedad y los individuos confieran a la salud.

¿De dónde proviene la necesidad de formular un plan, de recurrir a ese instrumento para conseguir un futuro mejor?

Toda población es sensible a los trastornos de la salud que ocurren o pueden ocurrir en su seno. Siempre está, de un modo u otro, procurando mejorar y proteger su salud. Cuando aparece la enfermedad recurre a los medios que conoce para curar al enfermo y para rehabilitar al incapacitado. Al hacerlo, el individuo y la sociedad en general identifican esos esfuerzos con el bienestar que supone el no estar enfermo. Bienestar y salud son, pues, conjuntamente, parte de un amplio tejido de valores, intereses, relaciones, estilos de vida, ideologías, formas de consumo y de producción, etc. El proceso de planificación de la salud es, en alguna medida, una forma de contribuir a esos logros, una manera racional de hacer el mejor uso posible de los medios para alcanzar los fines de la salud y del bienestar.

¹Lee, K. and Mill, A., *Policy-Making and Planning in the Health Sector*, London y Canberra, Croom Helm, 1982.

Por lo tanto, para planificar es preciso conocer la situación en la que se actuará: En primer lugar, las necesidades reales de salud que hacen presente las personas, las familias y la comunidad por medio de demandas a los servicios, en una escala que va desde las molestias y problemas individuales, hasta las alteraciones del entorno físico, social y económico que generan enfermedades y trastornos; y, en segundo lugar, la oferta de servicios que están disponibles o que se pueden obtener para satisfacer esas necesidades.

La demanda y los medios para atenderla son, por consiguiente, los dos polos que van a condicionar la planificación en una suerte de interacción dialéctica que llega hasta los individuos y la sociedad provocando en ellos reacciones diferentes. Mientras más importante sea la salud para los individuos, mayor será su presión sobre los medios, y esto tendrá siempre una indiscutible legitimidad. A su vez, quienes administran los medios procurarán hacer el mejor uso posible de ellos, pero su inevitable escasez relativa será siempre fuente de desigualdades e injusticias.

De ahí pues, que el poder político deba intervenir en el conflicto. Por su parte, los agentes políticos de uno y otro lado de este escenario, más aquellos que interceden por sus intereses particulares en la contienda, tienden a desvirtuar la verdadera naturaleza del problema.

El poder político toma sus decisiones en el marco de un sistema de salud, es decir, en la interacción de necesidades y de medios, representadas las primeras por los problemas de salud individuales y colectivos, y los últimos, por la infraestructura de servicios de salud y por los sectores e instituciones vinculados a la salud humana. El propósito final es obtener más salud; pero como éste es un valor intangible, lo que moviliza el poder político son los recursos humanos, físicos y financieros para lograr esa finalidad, que sólo es parcialmente reconocible. Mientras menos "objetivables" sean dichos fines, menor será la capacidad de la población para defender su salud y del poder político para asignar valores. *Mutatis mutandi*, mayor será la presión de los que tienen o proveen los recursos para obtener ventajas en su aplicación.

Este es el fondo del conflicto para el cual se espera una respuesta de la planificación. Puesto que a ésta no le corresponde decidir, sólo puede dilucidar el escenario en que se debaten los problemas: identificar su naturaleza y magnitud, sus causas, sus interrelaciones, sus consecuencias; presentar las opciones prioritarias posibles de calcular y los objetivos de las diversas acciones necesarias para su solución; proponer estrategias y tecnologías, y estudiar la aplicación de métodos y técnicas para gestionar los recursos que habrán de emplearse y los procedimientos para controlar y evaluar los resultados.

La planificación es, por lo tanto, un proceso continuo, de cambios constantes que se obtienen de un modo definido a lo largo del tiempo, en un intento de esclarecer y orientar las propuestas de una política de salud. Su instrumento es la aplicación del método científico, aun dentro de las limitaciones y complejidades que a menudo se presentan en la planificación, pero cuyo perfeccionamiento se intenta a lo largo del proceso. Su producto es el plan que

ofrece periódicamente el poder político al término de las etapas en que culminan los ciclos del proceso (anuales, quinquenales, etc).

La contigüidad al poder decisorio que deben tener los organismos planificadores asegura a aquel la utilización continua de la información que surge del desarrollo de la planificación.

El arte de gobernar no es privativo de la autoridad. Lo que sí es privativo de ella es su facultad de tomar las decisiones (poder formal) necesarias para llevar a buen término el propósito de una sociedad, así como la capacidad de promover las normas dentro de las cuales se estructura el poder formal de un gobierno legítimamente constituido (las leyes, entre otras).

El campo en que se toman dichas decisiones es muy amplio. Por ejemplo, nadie renunciaría a su derecho a la libertad, a la buena atención en un servicio al público, al cuidado y educación de sus hijos. Tampoco renunciaría a las ventajas económicas que puede obtener quien presta un servicio —salarios, beneficios pecuniarios, lucro— ni a su natural tendencia a acrecentarlos cada vez más.

Se mezclan así valores, intereses, aspiraciones, derechos, de cuya “alquimia social” saldrán más o menos determinadas las formas de presión social que se llevarán a la arena política para obtener una victoria o una ventaja en aquello que representan.

Lo que triunfa, en definitiva, es la corriente que interpreta no sólo los hechos objetivos de una realidad y sus valores, sino, además, los juicios que los individuos deducen de dicha realidad. Con esos juicios orientan sus actitudes debido a las convicciones que adquieren de ese modo, es decir, a su ideología.²

¿Se puede hablar de una ideología en materia de salud? Toda ideología contiene aspectos relacionados con la salud, por cuanto ésta es una finalidad de la existencia. Nadie lo rechazaría, pues en el enunciado general de sus principios o de su doctrina a todos los une un misma convicción. Sin embargo, no es tema de controversia o de conflicto social, y por lo tanto, en sí misma no es una ideología, sino es una doctrina ligada al conocimiento y a la ciencia que la define y describe.

Sin embargo, y a manera de ejemplo, los esfuerzos encaminados a lograr “Salud para todos en el año 2000”,³ la lucha de muchos países para conseguir “equidad en salud” o “justicia distributiva” en el reparto de los beneficios económicos, denuncian objetivos que no se han alcanzado, o que han sido postergados, tal vez en aras de intereses o valores ligados más bien con la competencia de los escasos medios disponibles para satisfacer todas las aspiraciones de una sociedad que no alcanza a dar salud a todos.

²V. Van Dyke, *Political Science: A Philosophical Analysis*, Standford, California, Standford University Press, 1960.

³Meta formulada por la Asamblea Mundial de la Salud en el año 1977, que le permitiría a todos los ciudadanos del mundo llevar una vida social y económicamente productiva.

Se trata pues, de un problema político que se hace más visible cuando un gobierno asume una posición definida frente a la salud de la población. En este caso su primer acto es dejar en claro qué medidas concretas se tomarán para corregir los errores y vacíos del pasado, y, sobre todo, qué se propone para el futuro.

De acuerdo con lo anterior, puede decirse que los dos insumos principales de un sistema de salud son las demandas de la población y el componente político en torno a la génesis de dichas demandas y a su procesamiento en el sistema de salud.⁴

Teóricamente estos dos componentes del sistema y sus agentes respectivos incluidos la administración, los técnicos, los proveedores de recursos, las autoridades locales, la comunidad, etc., serán los que "moldearán" el curso de los acontecimientos, para lo cual existirán infinitas opciones.

Un gobierno que no tiene una posición clara frente al porvenir perderá el rumbo de su acción y fracasará frente a lo inesperado, y si lo que hace es formular una rotunda declaración de intenciones que abarque todas las posibilidades, puede fracasar igualmente, no sólo por errores de gestión, sino por el curso imprevisto de ciertos acontecimientos o por la incapacidad de preverlos.

Todo esto es lo que pretende evitar una política de salud coherente con los principios, doctrinas e ideologías de un gobierno y con los medios disponibles, incluida su adecuada gestión. Necesariamente ha de estar ligada a la política nacional para los sectores sociales y económicos, de lo cual derivarán muchos de los obstáculos y restricciones para el curso de acción, especialmente en el campo del financiamiento.

Sin embargo, sería ingenuo creer que un gobierno siempre debe formular de modo implícito una política de salud. Este es, a su vez, un problema de carácter político. La excesiva pormenorización de intenciones, así como su disimulo, son mecanismos legítimos de la táctica de aquellos aspectos de la gestión política destinados a asegurar la estabilidad de un régimen. Pero en ambos casos hay ciertos riesgos. El planificador debe saber interpretar la estrategia y la táctica política y conducirse en consecuencia, especialmente si es un técnico a quien le están más o menos cerrados los accesos a la intimidad de las deliberaciones políticas. Debe comprender y aceptar que en el complejo de valores, intereses y aspiraciones, siempre cambiantes e inconmensurables de una política, radica lo esencial de la estabilidad de un régimen.

En ese complejo, una política de salud es un "mecanismo" altamente sensible y cambiante de la sociedad. Sólo los países muy desarrollados y estables podrían ofrecer políticas de salud formalmente expresadas para un escenario futuro. Mucho más a menudo, las políticas deben "rastrear" en la gran variedad de intenciones con que un gobierno lleva a cabo su gestión: los proyectos de presupuesto nacional, la organización y el financiamiento de servicios, las leyes

⁴Véase más adelante el gráfico 3, basado en las ideas de David Easton, en *A Systems Analysis of Political Life*, New York, John Wiley and Sons, Inc. 1967.

sanitarias, los decretos de gobierno, las posiciones ideológicas de las autoridades, las declaraciones y escritos de gobierno (libros blancos, etc.).

Más allá de estos actos de gobierno, la política de salud se refleja en los fenómenos y turbulencias sociales que los preceden, fáciles de discernir, pero no siempre fáciles de interpretar en los órganos de información pública.

No obstante, con todas las variedades imaginables, en todos los regímenes surgen políticas definibles que tienden a proyectarse en el largo plazo y en las cuales pretende descansar en parte la estabilidad y perdurabilidad del sistema político vigente.

No puede decirse, por lo tanto, que un gobierno carece de una política de salud. Esta puede no estar expresada en documentos específicos de política de salud. Pero a la hora de tomar una decisión, cualquier gobierno mostrará con toda claridad en qué dirección apuntan sus intenciones; cuál es el ámbito en que se concentran sus opciones; qué problemas considera prioritarios; a quiénes favorecerá de preferencia; qué clase de relaciones al interior y al exterior del gobierno promoverá con más dedicación, etc.

Esta será, en última instancia, la política de salud del gobierno, a la cual el planificador deberá ajustar su acción y en cuyo marco se formulará el plan de salud.

A la luz de un juicio crítico y personal, el planificador puede considerar dicha política suficiente o insuficiente, buena o mala, pero no puede sobrepasar sus términos al formular el plan, a menos que:

—pase a ocupar un lugar en la "arena política" y renueve sus esfuerzos conforme a sus propias convicciones, y

—procure obtener, en el proceso de formulación del plan o en su gestión, que la racionalidad que éste pretende imponer ilumine las imperfecciones o insuficiencias de una política y contribuya a imprimirle nuevos rumbos.

Un papel así convertiría al planificador en un político y otorgaría una nueva dimensión a las relaciones entre la política y el plan. No ocurre así deliberadamente en la realidad. Por el contrario, el planificador tiende cada vez más a ser un "técnico" en su campo, avalado por el enorme predominio actual de la máquina. Como al fin y al cabo la planificación carece de sentido si no se traduce en acción, se tiende a sustituir al político y al administrador por el técnico planificador, convirtiendo al gobierno en una tecnocracia. Así ha sucedido en algunas áreas del mundo con el auge de su desarrollo económico y social.⁵

Por otra parte, dice Medina Echavarría, el conocimiento y la experiencia que encierra la burocracia y su extensión a materias económicas y otras "constituye el fundamento de su pretensión a constituirse en el soporte exclusivo o principal de la planeación".

⁵Estas ideas y las que siguen han sido desarrolladas con gran lucidez por José Medina Echavarría en *Discurso sobre política y planeación*, textos del Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social (ILPES), México, D. F., Siglo XXI Editores, 1972.

La planificación burocrática, tanto como la tecnocrática son utopías o paradigmas a que llegan sus tendencias respectivas, las cuales deben tenerse en cuenta sin que puedan ser consideradas postulados en sí.

Más fácil de entender y de aceptar es la "planificación democrática", es decir, la planificación plenamente participativa. Sin que la democracia deje de ser una utopía, es la única forma de entender y aceptar que el desarrollo normal de un proceso de planificación sólo es concebible cuando en las estructuras y funciones del poder político se ha dado entrada a todas las corrientes que emanan del poder real de una sociedad.

La forma de hacerlo corresponde a la política y a la sociología. En el proceso de planificación de la salud que se describe a continuación, la participación de la población es indispensable para la evolución de sus diversas etapas.

B. PROPOSITOS Y REQUISITOS DE UN PLAN DE SALUD

Lo expuesto hasta aquí puede sintetizarse en los términos siguientes:

-Una política de salud es la expresión formal o virtual del poder político, acerca de la forma en que se dará satisfacción a las necesidades de salud de la población.

-Dicha política de salud lleva implícito, en algún grado, en sus expresiones formales o en los actos que se derivan de ella, el conflicto de intereses que pretende resolver.

-Aunque tenga plena aceptación pública, no dejará de ser un instrumento que estará permanentemente sujeto a las presiones de los intereses sociales, por un lado, y al esfuerzo del gobierno por hacer de ella un mecanismo de legitimación o sustentación del régimen, de su ideología, de sus valores y de sus autoridades.

-Una política adquiere vigencia en el momento en que la autoridad toma una decisión para asignar los recursos, la que emana de un proceso corto o largo que se ha gestado en el seno de un sistema político o en el subsistema correspondiente de la sociedad (educación, salud, economía, y otros).

-Si la decisión política y la estrategia para hacerla operativa aunque sea largamente madurada, se genera en el marco de una situación socialmente conflictiva, contendrá imperfecciones y puede producir rechazos más o menos importantes debido a incoherencias, impedimentos materiales, ineficiencias, desequilibrios en las asignaciones u otras fallas.

-El poder formal de gobierno tiene el recurso de revisar a fondo una política, reconocer sus defectos, sus incoherencias y su falta de eficacia y de eficiencia, pero al mismo tiempo puede proponer nuevas opciones para reducir al máximo dichos errores y actuar con la mayor eficacia posible.

En consecuencia, es necesario contar con un plan de salud para orientar por caminos lógicos el curso de una política de salud y sus opciones, y para

favorecer las decisiones que permitan cumplir la finalidad de una política (entre otras cosas, el plan de salud puede servir como instrumento para contribuir al desarrollo del país).

En el sentido señalado, el plan no sólo contiene una norma de acción, sino que, como veremos, propone un ordenamiento secuencial y un modelo técnico de acción.

Por su parte, la política apunta al "qué hacer", es la *finalidad* de la acción; la intención explícita o implícita de cambiar algo; el propósito de alcanzar una *meta*, entendida aquí como una finalidad política; anhelo social en procura de más altos niveles de vida.⁶

Un plan, en cambio, alude al "cómo hacer", cómo procurar esa finalidad, cómo resolver el problema, cómo eliminar los obstáculos que se interponen al logro de la finalidad, cómo conseguir el *objetivo* deseable, definido en los términos *más* precisos posibles.

Por lo tanto, el concepto de planificación contiene necesariamente la idea de actuar y de organizar la acción por parte de quienes se preocupan de uno o más problemas. Significa desarrollar una serie de *actividades* bien definidas, necesarias para alcanzar el objetivo deseable, llevándolas a cabo en una secuencia de actos, como asimismo, coordinar las acciones entre los participantes.

Las fases enumeradas suponen una variada participación en las acciones, así como la realización de actos complejos vinculados sucesivamente a la concepción del problema, las opciones para resolverlo y la ejecución de actividades precisas y bien definidas.

Los actores, así como los medios de acción, la organización que los maneja, los mecanismos, las leyes reguladoras y la comunidad en general, se mueven dentro de un *sistema*, como si la función solidaria de todos ellos los vinculara, los hiciera interdependientes frente a la acción que deben desarrollar, y los "obligara" a constituirse en un universo de límites convencionales pero definibles.

La noción de nivel de salud derivada de las interrelaciones de los componentes de un sistema señala la necesidad de describir el sistema e identificar esos componentes, que es lo que se intentará en este texto. De ese modo, se podrá definir "sobre qué" se actúa en relación con las situaciones críticas que existen dentro del sistema, a lo cual se refieren Prost y Rioux⁷ y Matus,⁸ entre otros.

⁶El término "meta" (*target*) generalmente se utiliza para designar un objetivo programático concreto en el tiempo y en el espacio. Es aconsejable definir en la formulación del plan en qué sentido serán utilizados estos términos, ya que en su aplicación suele haber disparidades conceptuales.

⁷R. Prost y L. Rioux, *La planification. Elements théoriques pour le fondement de la pratique*, Montreal, Les Presses de l'Université du Québec, 1977.

⁸Matus, C. *Planificación de situaciones*; tomo I, *Teoría*, Caracas, CENDES, 1977.

“Cómo hacerlo” es la acción en pos del objetivo que se persigue; este procedimiento necesita un *método*, algunos de cuyos requisitos se definen a continuación.

1. La coherencia

La justificación de un plan de salud deriva, como se ha dicho, de su capacidad para hacer que las decisiones de una política de salud sean coherentes, viables y eficaces.

Como se verá más adelante, son numerosos los aspectos de una política de salud que contienen diversas opciones sobre las cuales debe adoptarse una decisión: estrategias diversas, tipos de objetivos de salud que se han de alcanzar, modificaciones administrativas necesarias, grupos de población beneficiarios, áreas geográficas que serán favorecidas, tecnologías que hay que aplicar, y otras.

Cuando se formula un plan, todas esas propuestas u opciones diversas constituyen “variables” que deben tenerse en cuenta casi simultáneamente en el breve plazo de formulación del plan, sin que existan siempre indicaciones lógicas ni se disponga de coeficientes u otras medidas de sus relaciones recíprocas que permitan asegurar que dichas propuestas no son incompatibles ni contradictorias y que, por el contrario, pueden ordenarse a fin de potenciar sus efectos.

De este modo, la tarea del planificador consiste en elaborar un *modelo* teniendo en cuenta todas las variables posibles que permitirían describir la realidad y prever los márgenes en que se situarán las opciones que requerirán la adopción de decisiones.

La realidad actual no sólo será descrita de modo objetivo, sino que se intentará concebir una situación futura deseable que responda a lo que sería dicha realidad dentro de los valores e ideologías imperantes y según el curso más o menos previsible de las acciones que deberán emprenderse.

Este esfuerzo de reproducir la situación actual y futura puede hacerse con datos cuantificables en el corto plazo basados en el pasado más inmediato, como son, por ejemplo, el tamaño de la población, las causas de mortalidad y morbilidad, el estado nutricional, y otras. A medida que el modelo se adentra en el futuro, la realidad se hace más intangible y ya no sólo no es posible cuantificar las variables, sino que ni siquiera identificarlas. El planificador que efectúa este ejercicio sólo podrá utilizar diseños metodológicos para algunas variables que pueden proyectarse, extrapolarse o pronosticarse a largo plazo.

La representación de la realidad futura a largo plazo basada en las experiencias militares, en las de empresas y en las de otras disciplinas, es un instrumento de análisis que se utiliza cada vez más de maneras diferentes. Se recurre a lo que se denominan “guiones” o “escenarios”, que consisten en una representación simplificada, multidimensional, pero coherente del futuro de

una situación actual, global o referida a un problema particular, de la cual se han seleccionado algunas variables susceptibles de proyectarse —como son la extrapolación de tendencias, las proyecciones demográficas, los modelos económicos, etc.—, y cuyos cursos futuros alternativos son explorados por comisiones de alto nivel científico.

En el campo de la salud, la bibliografía sobre el tema de los escenarios ha surgido prácticamente a partir de los años ochenta. Antes, existían publicaciones referidas a proyecciones industriales o empresariales. Al promediar el decenio de 1980, el interés por este tema estaba más bien centrado en los pronósticos y proyecciones relacionados con las investigaciones operacionales. Ha sido el programa SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000, el que ha desencadenado un enorme interés al respecto, especialmente en lo relacionado con el análisis y el futuro de políticas de salud.⁹

Un escenario puede construirse como la prolongación hacia el futuro de una cadena de eventos posibles o puede también ser el resultado predecible de la interferencia de determinadas acciones o de la adopción de estrategias específicas en el curso natural de eventos. Según Pannenburg,¹⁰ “un escenario es una descripción que arranca de la situación actual de una sociedad o de una parte de ella, para configurar situaciones alternativas futuras posibles y deseables de esa sociedad y de la secuencia de sucesos que, desde las presentes circunstancias, pueden conducir a ese futuro”.

Más adelante, al referirnos al pronóstico de la situación haremos algunas consideraciones sobre algunos aspectos operativos relacionados con los escenarios.

En el fondo de todos estos ejercicios en los que se reproduce la realidad a mediano o largo plazo, por medio de modelos que sólo pueden recurrir a datos parciales, el mayor esfuerzo cuantitativo o cualitativo consiste en obtener la coherencia de esos modelos. En planificación, esa coherencia es indispensable, pues toda información sobre el futuro, aunque sea hipotética, es válida sólo si tiene efecto retroactivo sobre el presente, que es cuando se decide acerca de las situaciones que han de dirimirse en la arena política.

Lo que no es fácil de asegurar es que toda decisión se ajustará efectivamente al modelo, ya que el universo de lo político tiene exigencias propias, es decir, posee su propia coherencia. El plan se formula precisamente para señalar los márgenes de las opciones políticas, motivo por el cual es un instrumento normativo de gran importancia.

⁹Algunas de las publicaciones sobre el tema de más fácil acceso en nuestro medio podrían ser: Schreuder, R. F., “Scenarios for health planning and management: the Dutch experience, *The International Journal of Health Planning and Management*, John Wiley and Sons, abril-junio, 1988, vol. 3, No. 2. Asimismo, se recomienda consultar: OMS,

¹⁰*Scenario Approaches in Health Planning*, EUR/ICP/MPN 012, Washington, D. C., 1987, que incluye los siguientes trabajos: M. H. Brenner, “Scenario analysis: relation to forecasting and strategic planning”, C. O. Pannenburg, “Scenario as a method of probing and planning the future of health care”, y A. S. Härö, “Scenario approach in long-term health policy information”.

En un ámbito más amplio, otro de los aspectos en que la coherencia tiene gran importancia es el de las relaciones intersectoriales del plan de salud. Como se verá, el modelo que inspira este texto es de tipo epidemiológico. En él se supone que la normalidad, es decir, la salud, es un estado de equilibrio ecológico y que el desequilibrio que representa la enfermedad es producido por factores condicionantes de dicha enfermedad.

Estos factores existen en el individuo mismo (edad, sexo, raza, estado inmunitario), en los agentes causales (biológicos, químicos, mecánicos) y en el medio ambiente físico, social y económico.

Si estos factores se representan en el contexto más amplio de las relaciones intersectoriales y de sus instituciones, como se esquematiza en la matriz de gráfico 1, se puede entender mejor en qué dirección habría que tomar decisiones para que éstas permitieran, de modo coherente, elevar el nivel de salud de una población.

Así, por ejemplo, si se considera sólo un aspecto del gráfico, la insuficiencia de recursos para atender el bajo nivel de salud de una comunidad se presenta como el resultado final de una cadena de consecuencias a partir de una política ineficiente de salud, causante de una inapropiada gestión de los servicios. Sin embargo, los problemas sociales y educativos, el impacto cultural del analfabetismo o las dificultades de acceso de la población a los servicios, acentuarían la inadecuada utilización que ésta hace de los escasos recursos, fenómeno agravado por una demanda creciente, como se muestra en el gráfico 1.

Si pudiera aplicarse una de las soluciones posibles, como sería aumentar el número de médicos, pero si a la vez la formación de éstos fuese inadecuada para atender a los problemas de la medicina de base, la medida sería un recurso insuficiente y a menudo ineficaz para elevar el nivel de salud de la población.

Por lo tanto, la coherencia de las decisiones depende, en primer lugar, de las grandes líneas de una política nacional y no sólo de las del sistema de servicios de salud. Influirán en ella la orientación y formación profesional, la educación de la población, la producción económica, el crecimiento demográfico, la higiene del medio ambiente, y otros factores. Para el sector de la salud, la eficiencia de los servicios no sólo es el resultado de una gestión apropiada, sino de decisiones coherentes en el contexto multisectorial, que sólo tienen cabida en un plan general de desarrollo social y económico del país.

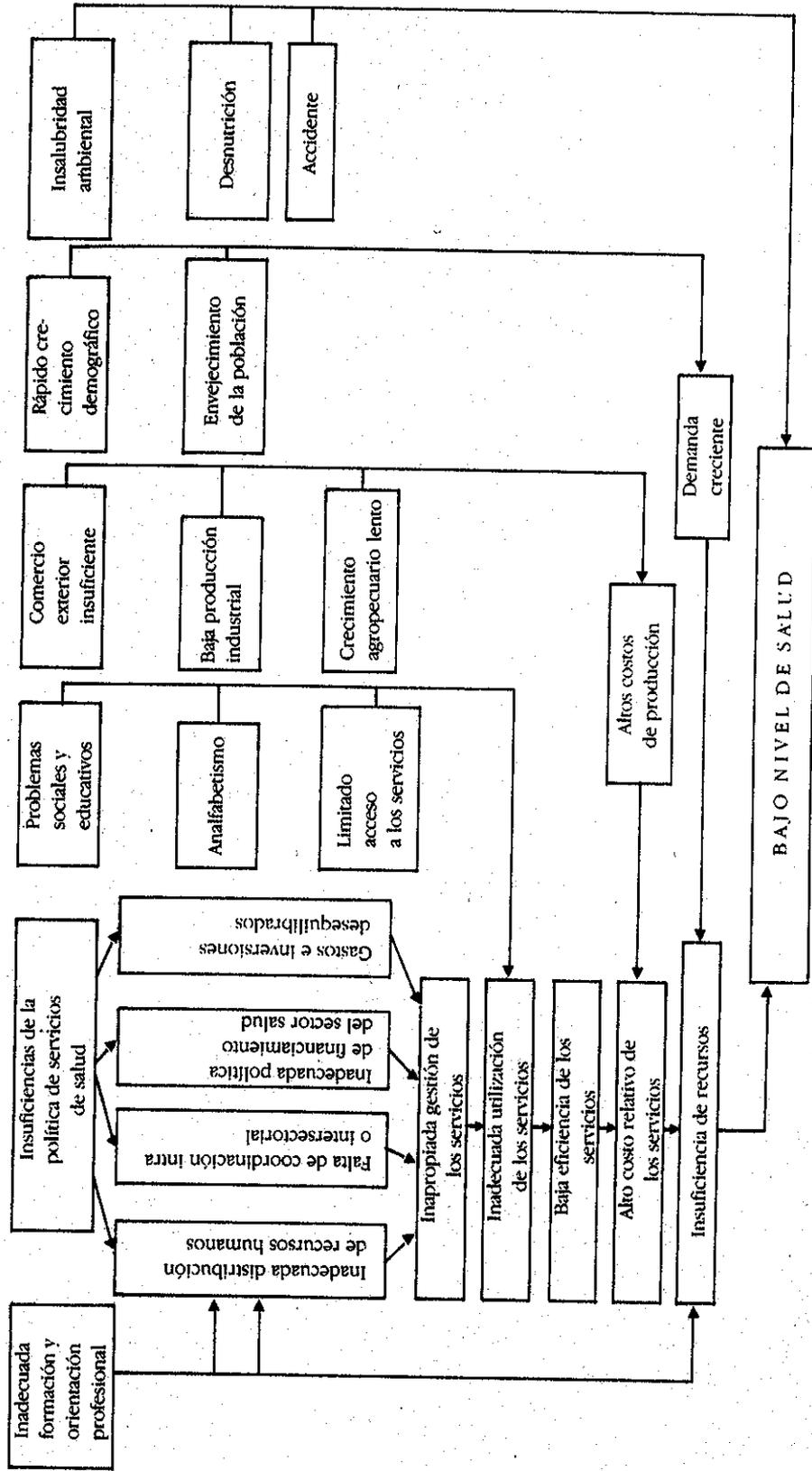
2. La viabilidad

Otra de las características de un plan es su *viabilidad*.¹¹ En rigor, el término significa que puede perdurar y ser ajustado de acuerdo a condiciones previstas

¹¹En el presente estudio los términos "viabilidad", "factibilidad" y "realismo", se han utilizado en sentido literal, por razones didácticas. En la terminología de la planificación, especialmente económica, se aplican con un significado algo diferente.

Gráfico 1

FACTORES QUE DETERMINAN UN BAJO NIVEL DE SALUD



sin que se arriesgue su existencia. Sin embargo, el riesgo es inherente al plan, pues éste es un instrumento político de cambio. Es decir, siendo la herramienta estratégica por excelencia, siempre está expuesto a las presiones que tienden a suprimirlo o a hacerlo inocuo, según los intereses que afecte.

Los riesgos implícitos en la viabilidad de un plan son de diferente naturaleza y dependen de numerosos factores. Un plan de salud puede no ser viable si las operaciones que se proponen son técnicamente irrealizables en cantidad o calidad. Este aspecto de la viabilidad suele denominarse la *factibilidad* del plan.

Un plan no es factible si las tecnologías que propone no son aplicables, si los recursos para su aplicación no están disponibles o si la capacidad administrativa para la gestión de dichos recursos es insuficiente, etc.

El análisis de la factibilidad de un plan es indispensable antes de su puesta en marcha, es decir, en el momento de decidir sobre las proposiciones que deberían producir las mejores soluciones para los problemas encontrados. Este tipo de análisis servirá también para la evaluación del plan, como se verá más adelante.

Como puede deducirse del gráfico 1, la coherencia y la factibilidad de un plan están estrechamente ligadas en el amplio contexto de un sistema de salud. La mayor factibilidad de una proposición (por ejemplo, aumentar la cobertura de los servicios de un grupo determinado porque se dispone de mayores recursos financieros) conduce a una incoherencia si no se mejora la utilización de dichos servicios o se eleva el nivel educacional de la población usuaria. Se presenta así otro aspecto de la viabilidad, que es el *realismo* del plan.

Para entender el concepto de realismo, hay que recordar que el modelo de planificación es una opción teórica basada, en gran parte, en la experiencia, la imaginación y la intención de los planificadores. Puesto que persigue un objetivo determinado, en plazos más o menos cortos, ha de apoyarse en un método claro y razonado cuyos fundamentos se basan en lo que en la filosofía de la ciencia se denomina "método científico".

La planificación trabaja con una realidad muy amplia y compleja que no permite la aplicación rigurosa del método científico, en cuyos fundamentos conceptuales, sin embargo, debe basarse.

¿Cuáles son los atributos de esa realidad que confieren a la planificación sus características relevantes? ¿De qué naturaleza son los hechos que pueden interferir en las decisiones que han de tomarse y en la coherencia del plan? Parece necesario en este punto profundizar en alguna medida lo descrito hasta aquí.

De acuerdo con Bunge,¹² cabe señalar que los hechos se dan en el mundo externo, pero los fenómenos se presentan siempre en la intersección

¹²M. Bunge, *La investigación científica. Su estrategia y su filosofía*. Barcelona, Ediciones Ariel, 1972.

del mundo externo con un sujeto que conoce. De ahí que sea necesario distinguir entre las propiedades del objeto observado, del sujeto que observa, de las circunstancias de la observación, del cuerpo de conocimientos que relaciona todo lo anterior y de los instrumentos de la observación.

Ya se ha indicado que los hechos del mundo externo representan ciertas características relevantes expresadas en el "modelo de la realidad", es decir, en una abstracción y simplificación de ella, que nunca constituirá la realidad total. Más aún, un reflejo total y completo del mundo externo sería inútil y hasta desconcertante, pues no ofrecería caminos "selectivos" para la acción. Por ello, sólo es concreto para el planificador lo que está condicionado por las hipótesis que condujeron al estudio y más tarde a la acción.

Así, el planificador va a conocer sólo una parte de la realidad, esto es, aquella que ha seleccionado según su imaginación y experiencia y que ha perfeccionado por su juicio o diagnóstico, lo cual le permitirá eliminar lo inútil, lo insignificante, lo accidental y lo irreal.

Resulta así que el modelo contiene una intencionalidad. Comenzó siendo un conjunto de hipótesis dependientes de la imaginación, la experiencia y los objetivos del "sujeto observador". Fue elaborado porque existía, a juicio de sus autores, un "problema" por resolver, determinado por una necesidad práctica, por un conocimiento insuficiente de algún aspecto de la realidad, por una exigencia política, u otro motivo.

Los hechos así expuestos por el planificador son todo lo que él puede ofrecer para iniciar la acción destinada a solucionar el "problema", cuyo concepto será analizado más adelante. Lo demás es lo que razonablemente se agregará o se corregirá en el curso del proceso.

Quedarán entonces grandes vacíos que en el modelo quizá sólo se insinuarán, pues ni el tiempo ni las circunstancias ni los medios de la observación, ni tal vez el cuerpo de conocimientos permitirá clarificar en un primer momento. Por ejemplo, ¿cómo se conduce la población?, ¿cómo reacciona la administración?, ¿qué exigencias políticas surgirán frente a situaciones previstas, y cuáles serán posiblemente las imprevistas? Todos estos asuntos son de gran importancia para el tema de los escenarios futuros.

De manera que la intersección entre el mundo externo y el sujeto conocedor presenta infinitas variedades, lo cual no impedirá la conducta razonada, basada siempre en el mayor conocimiento posible de los datos pertinentes del modelo. El plan será realista mientras se tengan debidamente en cuenta dichos datos, la conducta hacia el objetivo no se aparte de ellos, y la realidad esté adecuadamente representada en el modelo.

En síntesis, la viabilidad del plan depende de su factibilidad y de su realismo. La realidad está de alguna manera representada con el modelo; pues son las cosas que existen. La factibilidad, en cambio, está ligada a la probabilidad de que los acontecimientos previstos sucedan o no de acuerdo con las condiciones que los rodean, lo cual, por lo tanto, es previsible dentro de ciertos límites del análisis.

El dilema del planificador es pues inevitable. A él se le pedirán soluciones concretas, pero la realidad y la factibilidad plantearán innumerables opciones. Como dice Reichenbach,¹³ el lógico puede dar el consejo para construir los supuestos, pero en esa tarea tan delicada está el secreto y el valor de la planificación.

3. La eficacia y la eficiencia

Un plan se considera *eficaz* en la medida que cumple los objetivos para los cuales se formuló. Este concepto no es equivalente al de *eficiencia*, pero está ligado a éste, que significa obtener el máximo beneficio con la mejor combinación de recursos y tecnología o la obtención de un determinado beneficio con el menor costo posible de recursos.

Se puede también distinguir entre *eficacia* y *beneficio* cuando se toman en cuenta, además, las "ventajas resultantes o las desventajas eliminadas, no sólo en términos de protección y fomento de la salud, sino también de desarrollo económico y social y de otros resultados específicos".¹⁴

Un médico, asistido por el equipo y la tecnología médica correspondiente, constituye el recurso más eficaz para tratar a un enfermo de difteria. Sin embargo, su presencia no aumenta necesariamente la eficiencia de un grupo destinado a prevenir la difteria en los escolares por medio de la vacunación.

La eficacia está ligada al efecto y la eficiencia al costo. Sin embargo, como en planificación no tendría sentido hablar de costo sin efecto, los dos conceptos no pueden manejarse independientemente al elaborar un modelo de planificación coherente y viable. Es decir, los dos conceptos están vinculados, por una parte, a la elección de los recursos y la tecnología y, por otra, a la gestión del plan que logró los resultados obtenidos.

Los conceptos de eficacia y eficiencia deben tomarse en consideración en la etapa de formulación del plan, pues son indispensables para elegir estrategias, actividades, recursos, etc., y para prever el cumplimiento posible de los objetivos. Se puede elegir, por ejemplo, una tecnología en vez de otra por considerarse la más eficaz, de acuerdo con la investigación o la experiencia. Sin embargo, sólo se puede medir el grado de eficacia de un plan cuando éste ha mostrado la cuantía de objetivos logrados en un período determinado. Resulta que si bien es posible prever la eficacia de la tecnología que hay que utilizar, no es posible predecir todas las contingencias que pueden surgir a lo largo de la gestión del plan. De ahí la importancia de medir la eficacia y la eficiencia del plan realizado y de analizar esos factores contingentes, susceptibles de corrección, en las etapas siguientes.

¹³H., Reichenbach, *La filosofía científica*, México, D. F., Fondo de Cultura Económica, 1967.

¹⁴Organización Mundial de la Salud (OMS), *Economía aplicada a la Sanidad*, informe de un Seminario Inter-regional de la OMS, serie Cuadernos de Salud Pública N° 64, Ginebra, 1976.

Las expresiones "costo-beneficio" y "costo-efecto" se suelen usar con propósitos semejantes, aunque la primera tiene el significado más amplio ya señalado, y la segunda, más bien solo denota el menor costo con que podría obtenerse un resultado definido.¹⁵

En el sentido amplio del concepto de salud, la medida del beneficio se torna intangible por la escasez de parámetros para cuantificar el efecto del desarrollo económico y social sobre la salud o sobre el dolor y el sufrimiento, que a menudo son el motivo más inmediato de una consulta médica.

En este estudio se han utilizado algunos elementos de lo que se denomina el microanálisis de actividades e instrumentos (recursos), por medio del cual se procura medir, entre otros parámetros, el costo de una actividad, el costo de un instrumento (composición de recursos), el costo de evitar una muerte, y otros factores. Esto último requiere la introducción de coeficientes descritos en este texto, pero que fueron originalmente planteados en la metodología CENDES/OPS.¹⁶

Estas características principales de la planificación son a la vez conceptos indispensables que han de tenerse en cuenta al iniciar la formulación de un plan de salud, como se apreciará en la descripción del modelo.

C. EL PLAN COMO INSTRUMENTO DE GESTION Y DE CAMBIO

La responsabilidad de formular un plan nacional de salud, ejecutarlo y evaluarlo, le compete al gobierno, es decir, al sector público. El sector privado debe colaborar, proporcionando la información y cumpliendo aquellas directivas que le sean indicadas.

El plan se formula en el Ministerio de Salud Pública, que debe disponer para ello de una unidad administrativa, normalmente, una oficina de planificación, a lo cual nos referiremos más adelante.

El gobierno dispone habitualmente de una oficina central de planificación, que en muchos países se ha transformado en un ministerio de planificación, en que están representados los sectores económicos y sociales del país. En principio esta oficina o ministerio tiene acceso directo a la información nacional y a veces es responsable de su recopilación. Esa información incluye los datos generales de los sectores económicos y sociales y aquellos con los cuales se maneja la contabilidad nacional (ingreso nacional, producto nacional, y otros).

¹⁵Organización Mundial de la Salud (OMS), *Modern Management Methods and the Organization of Health Services*, Public Health Papers, N° 55, Ginebra, 1974.

¹⁶J. Ahumada, A. Arreaza Guzmán, H. Durán, M. Pizzi, E. Sarué y M. Testa, *Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud*, Washington, D. C., Centro de Estudios de la Universidad Central de Venezuela (CENDES) y Organización Panamericana de la Salud (OPS), serie Publicaciones científicas, No. 111, 1965.

Con los datos de que dispone la oficina central de planificación se prepara el plan general de la nación. Sus directrices políticas emanan directamente del gobierno, en cuyo consejo de ministros participa habitualmente el director nacional de planificación, cuando no tiene el rango de ministro de Estado.

El plan general de la nación es, en principio, un plan normativo para los órganos dependientes del Estado encargados de su ejecución. Los resultados alcanzados se utilizan para evaluar la gestión de gobierno e informar de ello a la población.

Una vez formulado, el plan de la nación debería traducirse total o parcialmente en un instrumento de gestión. Sin embargo, en esto hay grandes variaciones de un país a otro, dependiendo de sus posiciones ideológicas y del régimen político que los sustenta. Hay planes que sólo son informativos y proporcionan estudios detallados del curso de la economía, de modo de ofrecer un panorama futuro lo más preciso posible acerca de las probabilidades de inversión pública o privada, de las rentas probables, del intercambio comercial, etc.

Hay diferentes grados entre estos planes indicativos y el otro extremo, en el cual la planificación es centralizada y está a cargo del Estado, cuyas decisiones acerca de los recursos humanos, materiales y financieros que han de asignarse se orientan según una escala de necesidades de la población, previamente determinadas.

En definitiva, un plan nunca deja de ser una norma del Estado, pero puede ser eminentemente indicativo para facilitar ciertas operaciones financieras del sector privado (inversiones, etc.), como sucede en la mayoría de los países desarrollados en la actualidad.

Pero, por otro lado, las necesidades sociales pueden ser de tal magnitud que exijan al Estado una intervención directa y a veces profunda que "rebasan las indicaciones que podrían inferirse al mercado".¹⁷ Tal es la situación de los países en desarrollo, cuya debilidad estructural no admite el *laissez-faire* que postula una planificación solamente inductiva.

Cada país deberá decidir acerca del modelo de planificación que mejor responda a su situación económica y social, pues no hay recomendación mejor que el conocimiento más preciso posible de esa realidad.

El sector de la salud está siempre exigido por una "planificación de necesidades de salud de las personas", lo cual determina las decisiones que deben tomarse para el cumplimiento de objetivos de salud. Sin embargo, el sistema de salud está también subordinado a una política económica y, por lo tanto, a la influencia de las ideologías dominantes, cuyo efecto se aprecia en la forma y cuantía con que se asignan los recursos y en las decisiones sobre la

¹⁷R. Cibotti, E. Sierra. *El sector público en la planificación del desarrollo*, serie Textos del Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social, México, D. F. Siglo XXI Editores, S. A., 1970.

organización del sistema de la salud. Por este camino, el plan de salud es también un instrumento político importante.

El sector público del gobierno no está integrado sólo por la actitud de las oficinas administrativas, sino cada vez más por un "complejo empresarial" que moviliza grandes intereses y capitales. Así, por ejemplo, en el sector salud se producen medicamentos, material de curación, instalaciones médicas, impresos, etc. El sector salud está encargado de promover la construcción de grandes obras arquitectónicas, de adquirir equipos y maquinarias importantes y, por sobre todo, interviene en el manejo de las cuantiosas transferencias financieras de la seguridad social, relacionadas con la atención principalmente médica y en parte social de la población.

Mediante esta compleja actividad, el sector salud no sólo se vincula a los problemas técnicos, administrativos y financieros de los otros sectores económicos y sociales del país, públicos y privados, sino también al mercado externo, del cual depende en gran medida en muchos aspectos que tienen relación con la tecnología de salud.

Como resultado de esta situación, las disponibilidades financieras del sector de la salud están expuestas a restricciones o a factores de rigidez que pueden convertirse en obstáculos serios para desarrollar el proceso planificador. Es necesario conocer, por lo menos, algunas de las rigideces más importantes que afectarán la viabilidad del plan, restringiendo la libertad de la gestión estatal y, por lo tanto, del planificador.

Cibotti y Sierra¹⁸ señalan alguno de los factores de rigidez más importantes que presenta el sector público de los países en desarrollo, particularmente de América Latina:

- la lentitud con que se ejecutan los proyectos de inversión pública (construcción de hospitales, etc.);
- la escasa trascendencia de las reformas administrativas;
- la ineficiencia de las operaciones de las empresas estatales para alcanzar metas de producción;
- las restricciones del comercio exterior;
- el tiempo de maduración que requiere la puesta en marcha de un proyecto (por ejemplo, los factores culturales de la población que obstaculizan o postergan la utilización de un nuevo servicio);
- problemas derivados de decisiones anteriores al plan, es decir, aquellas asignaciones ya efectuadas, que comprometen recursos, adoptadas por regímenes anteriores y resultantes de otras políticas que no pueden ser sustituidas, sino a lo sumo modificadas.

Al referirse a la planificación del desarrollo económico y social, los autores mencionados señalan a la atención el hecho de que algunas de estas restricciones son manejables en un proceso de planificación, pero otras son en carácter estructural. Estas últimas podrían considerarse como "términos de

¹⁸R. Cibotti y E. Sierra, *op. cit.*

referencia" para el planificador, y su corrección podría suponerse en parte dependiente de las repercusiones de largo plazo del proceso.

De lo anterior puede deducirse que una oficina de planificación de la salud deberá estar integrada por planificadores que deben tener un conocimiento claro acerca de los problemas que relacionan la salud con el desarrollo económico y social. En particular deberán:

Estar enterados de que un plan de salud, por bien formulado que esté, es un instrumento de gestión de un sector que está sujeto a políticas cambiantes, a decisiones comprometidas, factores de rigidez de diversa índole y a la capacidad operativa del sector público, al que no manejará, y en cuyos resultados apenas quizá pueda influir. Entre estas capacidades estará la de producir, formar personal, crear capital y otras.

Asegurar la más perfecta coordinación posible entre el sector salud y los demás sectores económicos y sociales, pues jamás un plan de salud podrá ejecutarse en el "vacío" de un sector solamente. Confluirá en él toda la estructura del sistema económico y social en el cual está inmerso.

Conocer las condiciones en que se ha formulado el presupuesto del sector salud y las presiones a que está sometido. Recordar que el presupuesto se elabora según normas establecidas por la legislación y de conformidad con un proceso político-administrativo que no siempre coincide con los planes. Saber, por lo tanto, que a menudo se insiste demasiado en las coincidencias entre presupuesto anual y plan, pero no por ello debe desconocerse el valor de aquél. Un primer paso en ese sentido puede ser la adopción de las técnicas del presupuesto por programas, aunque éste debería constituir la culminación del proceso de planificación y programación, como se indica más adelante.

Es indudable que un plan estará siempre presionado por logros futuros más ambiciosos que los que señale un suave crecimiento lineal de la situación presente. Todo plan contiene un intento de cambio, una cierta transformación de una parte al menos de la realidad, y todo cambio implica un esfuerzo agregado, una serie de imprevistos que hay que arriesgar. De ahí que el plan, como instrumento de cambio, plantea exigencias financieras que no siempre coinciden del todo con los presupuestos ordinarios de los servicios, pues en tal caso tendría poco sentido el esfuerzo de planificación.

El planificador debe tener muy claro que su labor debe estar orientada, junto con las de los demás sectores, al desarrollo de su país. Deberá reconocer en qué medida la salud individual es un factor de la producción y hasta qué punto la utilización de los servicios representa altos gastos de consumo. En este sentido, el plan pasa a ser un instrumento político de cambio, para influir no sólo en el crecimiento del producto nacional, sino también, para contribuir, con los demás sectores, a la transformación estructural de la sociedad en el sentido de la modernidad, supuestamente más eficiente que la situación actual.

En síntesis, un plan de salud tiene dimensiones macro y micro-económicas y sociales. Las primeras comprenden los problemas nacionales del financiamiento de la atención de la salud del país, las decisiones en torno a

la atención pública o privada de la población, la seguridad social, etc. Estos asuntos son de índole política, y para el planificador lo que interesa son sus consecuencias en las áreas social y geográfica en que se aplica el plan y, por lo tanto, constituyen términos de referencia para su formulación y funcionamiento. No obstante, ambos aspectos, son interdependientes, pues el desarrollo de los planes locales proporcionará resultados importantes para las decisiones políticas en el nivel macrosectorial.

Tres problemas han sido particularmente difíciles de manejar:

Las relaciones recíprocas entre los niveles que intervienen en el proceso nacional de planificación, las relaciones con otros sectores y con la comunidad, y las dificultades que existen para determinar qué participación tienen estos componentes en un sistema de salud.

Ellos han sido parte del destino de la planificación general y del de la salud en particular.

Lo anterior plantea la necesidad de captar a fondo el significado de un sistema de salud dentro del cual se gestan estas relaciones, y obtener de ese conocimiento las enseñanzas que ayuden a formular y llevar adelante un proceso de planificación de la salud con una orientación determinada.

D. PLANIFICACION Y SISTEMA DE SALUD

El presente estudio no constituye el marco adecuado para tratar todas las complejidades que ofrece el concepto de sistema y su irrupción en las ciencias modernas. Interesa examinar si la salud del hombre puede representarse en la totalidad de un sistema, dependiendo de las interrelaciones de los diversos componentes de esa totalidad y si de ello se obtienen bases tangibles para orientar una acción. De ser así, ¿cómo construir un modelo que represente la totalidad de un sistema de salud? De lo contrario, ¿qué parte de esa totalidad es susceptible de abordarse en un modelo que represente los elementos más dinámicos del sistema?

En realidad, un sistema de salud es demasiado complejo para circunscribirlo a un solo modelo. Los esquemas epidemiológicos, por ejemplo, sólo sirven en este caso para explicar de modo didáctico el origen de las enfermedades. La historia natural de la enfermedad, que es su continuación, cae casi por entero en el ámbito social de la aplicación de la tecnología médica.

Esta nueva disciplina científica, que Von Bertalanffy¹⁹ ha denominado "Teoría general de los sistemas", es una ciencia general de la totalidad, en respuesta a "esquemas de unidades aislables actuantes según causalidad unidireccional".

Para nuestro propósito admitimos que existe un concepto de sistema de salud cuya salida o "output" sería no sólo más salud individual sino niveles más

¹⁹Von Bertalanffy, L. *Teoría general de los sistemas. Fundamentos, desarrollo, aplicaciones*. Fondo de Cultura Económica, México, D. F., 1980.

elevados de bienestar y de aquellos componentes positivos de la vida humana que incluyen la felicidad, la seguridad, etc. Reunir los componentes de ese sistema en un modelo escapa a nuestras posibilidades. Al reducirlo a la realidad, el modelo cae necesariamente en el pragmatismo de lo intencional, de la causalidad. De ahí que, sin mayores pretensiones, nos limitemos a representar un sistema de salud en los términos dinámicos de una organización.

1. Los componentes del sistema de salud

Para fines analíticos, el sistema de salud se describirá como un sistema social que permite averiguar la manera en que actúa sobre las personas, pero no exactamente el efecto que produce, a menos que se apliquen otras variables de análisis.

En términos generales, la teoría de sistemas atribuye a éstos las siguientes propiedades:

-Un sistema en una *totalidad*, entendida ésta no como la suma de las partes, sino como una "tendencia integradora" de elementos que actúan conjuntamente para lograr el objetivo global del todo.

-El sistema no tiene existencia propia. Es una *abstracción* requerida por el análisis y sujeta en sus límites al modelo que la describe, el cual no siempre podrá incluir la totalidad de los componentes.

-Hay sistemas *cerrados* y sistemas *abiertos*. Los primeros no intercambian insumos con el exterior, lo que los lleva a la *entropía*, es decir, a su debilitamiento progresivo. Los sistemas abiertos son muy complejos e intercambian insumos con el medio ambiente (alimentos, experiencias, energía, materias, etc.).

Los sistemas abiertos no tienen fronteras; el hombre establece sus límites cuando quiere conocer, medir o analizar sus elementos componentes. Así, por ejemplo, el sistema mediante el cual se alimentan los seres humanos se extiende por el mundo y sus elementos están de tal modo interrelacionados que unos dan origen a otros. Existen subsistemas de alimentación en todas partes, limitados por los intereses y las necesidades de los propios grupos humanos: la propiedad de la tierra, los mercados, la distribución de los productos, la producción de semillas, etc. Una fábrica de alimentos, un hospital, una industria, etc., funcionan de algún modo como sistemas, pero son más bien organizaciones destinadas a concentrar la tecnología necesaria para el funcionamiento de los sistemas de los cuales forman parte.

-El intercambio que efectúa un sistema abierto con el exterior tiende a *conservar la integridad del sistema*. Es la base de la perdurabilidad de un sistema social y de la estabilidad de un cuerpo vivo, donde existe una dinámica propia que mantiene el equilibrio (*homeostasis*). Sus regulaciones se rigen por mecanismos de retroalimentación que son, a su vez, el fundamento de la *cibernética*.

-Cada elemento de un sistema está de tal manera *interrelacionado* con la totalidad que un cambio en ese elemento afecta de algún modo a todo el sistema. Los cambios pueden ser imperceptibles pero definibles en la secuencia lógica que enlaza unos con otros, v. gr., una mínima cantidad de agente microbiano que afecte el organismo, del cual hay constancia pero no pruebas.

-Como consecuencia, la dinámica de un sistema es un *proceso* que se produce "por medio del influjo de fuerzas que se hallan presentes en la situación desde su comienzo", como se describe en el proceso de transformación social.²⁰

-Según Koontz y O'Donnel,²¹ los sistemas sociales son ideados por el hombre para alcanzar ciertos objetivos. El cemento que une sus piezas es más psicológico que biológico y está condicionado por actitudes, percepciones, creencias, motivaciones, hábitos y expectativas de los seres humanos. Asimismo, dicen, *las relaciones de las cosas más que las cosas en sí mismas* dan lugar a su consistencia.

-Ello lleva a imaginar, como se ha señalado, que un sistema abierto tiene los límites que la razón y la lógica le imponen, pues de hecho no existe como entidad material sino como *abstracción analítica*. Sólo se puede representar por un modelo construido especialmente, el que una vez construido, no incorpora como función lo que entra al sistema. No forma parte de su "*Gestalt*" (figura, estructura, cuerpo), sino que es una pieza agregada que nutre su función.

2. La estructura del sistema de salud

La definición de un sistema como un "conjunto de componentes que trabajan juntos para conseguir los objetivos de la totalidad"²² se entiende como una entelequia que lleva implícito su propio perfeccionamiento. Este aspecto inmediato del concepto es, tal vez, lo que lo ha hecho tan popular, pues ha llevado a creer erróneamente que, una vez descrita una situación en términos de sistema, lo demás será una norma y un método para manejar los elementos descritos, ya sea para analizarlos o para planificar una situación.

Con estas ideas no se está muy lejos de la verdad, pero sólo parcialmente de los aspectos formales o estructurales del sistema. Subsiste el hecho de que, por definición, nunca conoceremos la totalidad de un sistema social, que es siempre abierto al mundo, al hombre y a sus formas de conducirse. La planificación, en su estrategia o en su táctica, siempre tendrá que vérselas con aspectos imprevistos de la situación, que de un modo u otro son parte del sistema.

²⁰R. M. Mac-Iver y C. Page, *Sociología*, Madrid, Ed. Tecnos, 1963.

²¹H. Koontz y C. O'Donnel, *Curso de administración moderna. Un análisis de sistemas y contingencias de las funciones administrativas*, México, D. F. Libros Mc. Graw-Hill de México, 1979.

²²C. W. Churchman, *The Systems Approach*, Delta Books, Nueva York, Dell Publishing Co. Inc. 1968.

¿Qué utilidad tiene, entonces, vincular la teoría de la planificación con la noción de sistema? ¿De qué modo el concepto de sistema aclara o favorece la formulación y ejecución de planes?

Desde luego, porque el juego de las principales variables del sistema serán el motivo principal e ineludible del plan. Los sistemas que nos interesan, dice Matus,²³ "son las partes de esa realidad que forman zonas densamente vinculadas entre sí". Son, por lo tanto, las situaciones en que dichas vinculaciones de estructura y de conducta en el sistema las que se presentan críticas al planificador, como veremos a propósito de los problemas en el sistema.

Un texto de enseñanza no puede sustraerse a la necesidad de mostrar esquemas simples de estructuras de sistemas referidos a la salud, aunque en su profundidad los sistemas son extremadamente complejos. Tampoco es posible mostrar un solo esquema que resuma toda la estructura y función de un sistema social como el de la salud. Nos limitaremos a mostrar tres esquemas de sistemas de salud relevantes, a fin de entender mejor cómo funciona y cuáles componentes ofrecen más influencia en su procesamiento y en su producción.

3. La dinámica de un sistema social

Deboeck y Piot²⁴ describen gráficamente lo que podría llamarse la dinámica de un sistema social, según figura en el gráfico 2. Lo que se señala como "límites" es un artificio para significar tal vez que el sistema "se mueve" dentro de esos límites, como una constelación, pero no para señalar algo determinado que lo separa del exterior, lo que teóricamente no correspondería a un sistema social abierto. De cualquier modo, el dinamismo interno de los elementos se aprecia en forma elocuente en el gráfico.

En un momento determinado, estos elementos son los niveles del sistema o su estado. Fuera de ese momento, y a lo largo del tiempo, dichos niveles son afectados por un flujo de acciones que producen cambios. Esas acciones son el resultado de las decisiones que se originan en el estado o nivel del sistema y que se transmiten por un mecanismo retroalimentador que cierra el circuito dinámico del sistema.

4. Sistema social de la salud

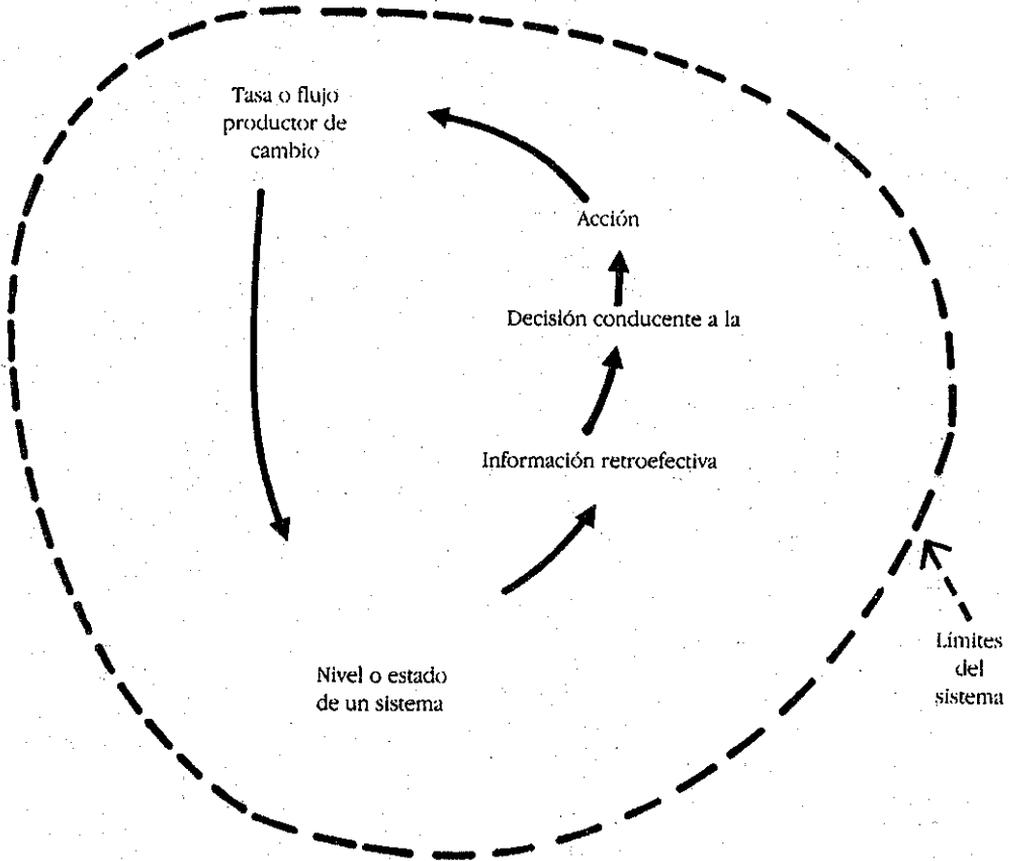
El segundo esquema se presenta en el gráfico 3. Es un esbozo del sistema social de la salud que describe los mecanismos del procesamiento de los insumos o entradas al sistema y sus salidas. Muestra además las relaciones internas del sistema y aquellas que lo vinculan con el exterior y con los agentes que lo promueven. El rigor del esquematismo obliga a mostrar la población, la eco-

²³C. Matus, *Planificación de situaciones. op. cit.*

²⁴G. Deboeck y M. Piot. *Health Programme Planning and Project Selection*, doc. PSA/EC/75.6 Ginebra, Organización Mundial de la Salud (OMS), 1975.

Gráfico 2

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE UN SISTEMA SOCIAL



Fuente: Debolck y Piot, *Health Programme Planning and Project Selection*, doc PSA/EC/75.6, Genética, Organización Mundial de la Salud (OMS), 1975.

nomía, la sociedad, etc., como si fueran piezas separadas del sistema, cuando en realidad un sistema social está inmerso en ellas. Las entradas principales al sistema son las demandas de servicios de la población y las influencias del sistema político sobre el sistema de salud.

Las demandas reales de salud de la población, inducidas o potenciales, constituyen una de las razones de ser del sistema de salud. Pero el sistema debe movilizar además todos los mecanismos de prevención, como se aprecia en el gráfico 4, para velar por los individuos y proteger el medio ambiente. Del mismo modo, los problemas sociales y sus correspondientes prestaciones relacionadas con la seguridad social, el apoyo comunitario, etc., se manifiestan a menudo como demanda de servicios y desplazan los recursos del sistema en esa dirección.

Gráfico 3

SISTEMA SOCIAL DE LA SALUD

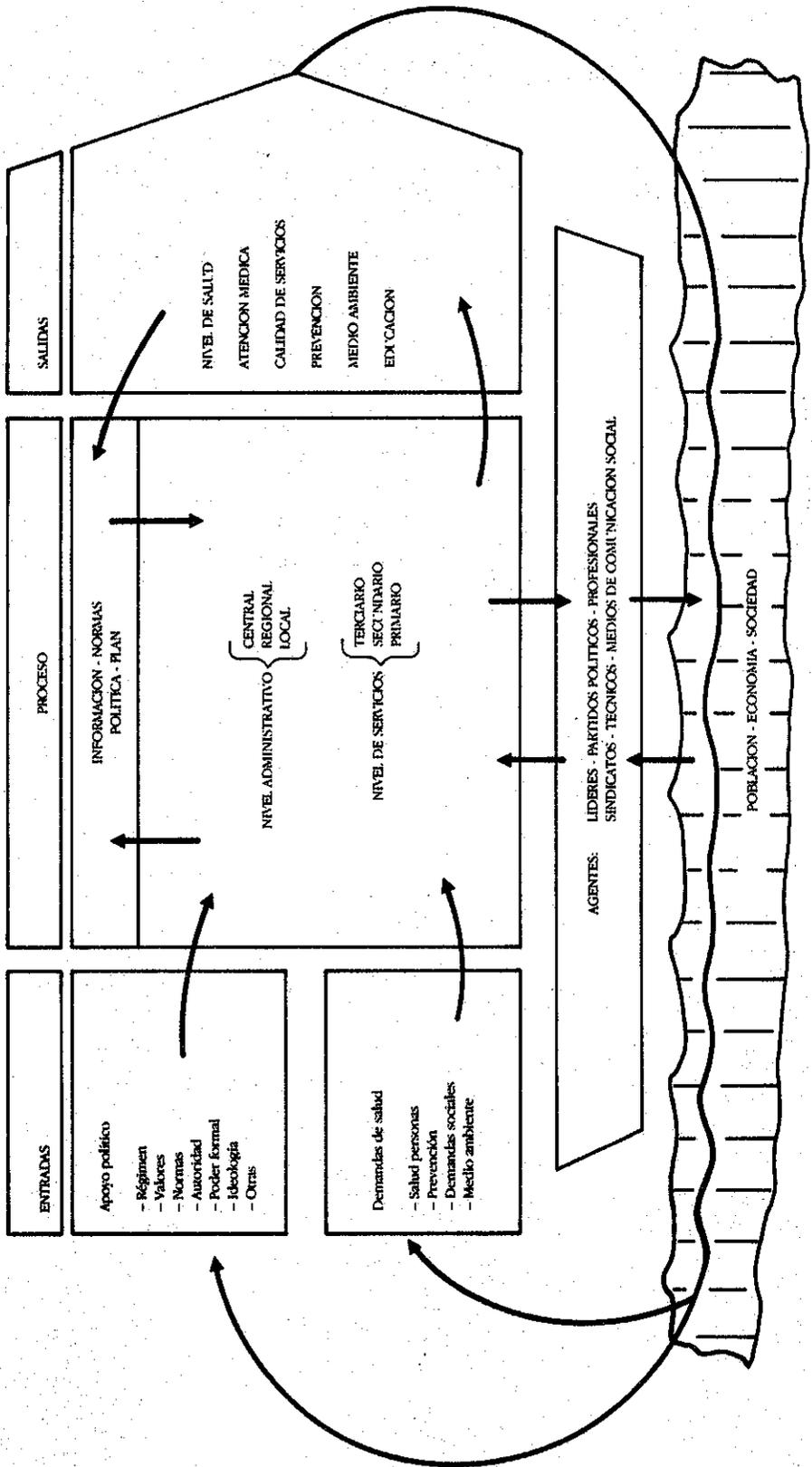
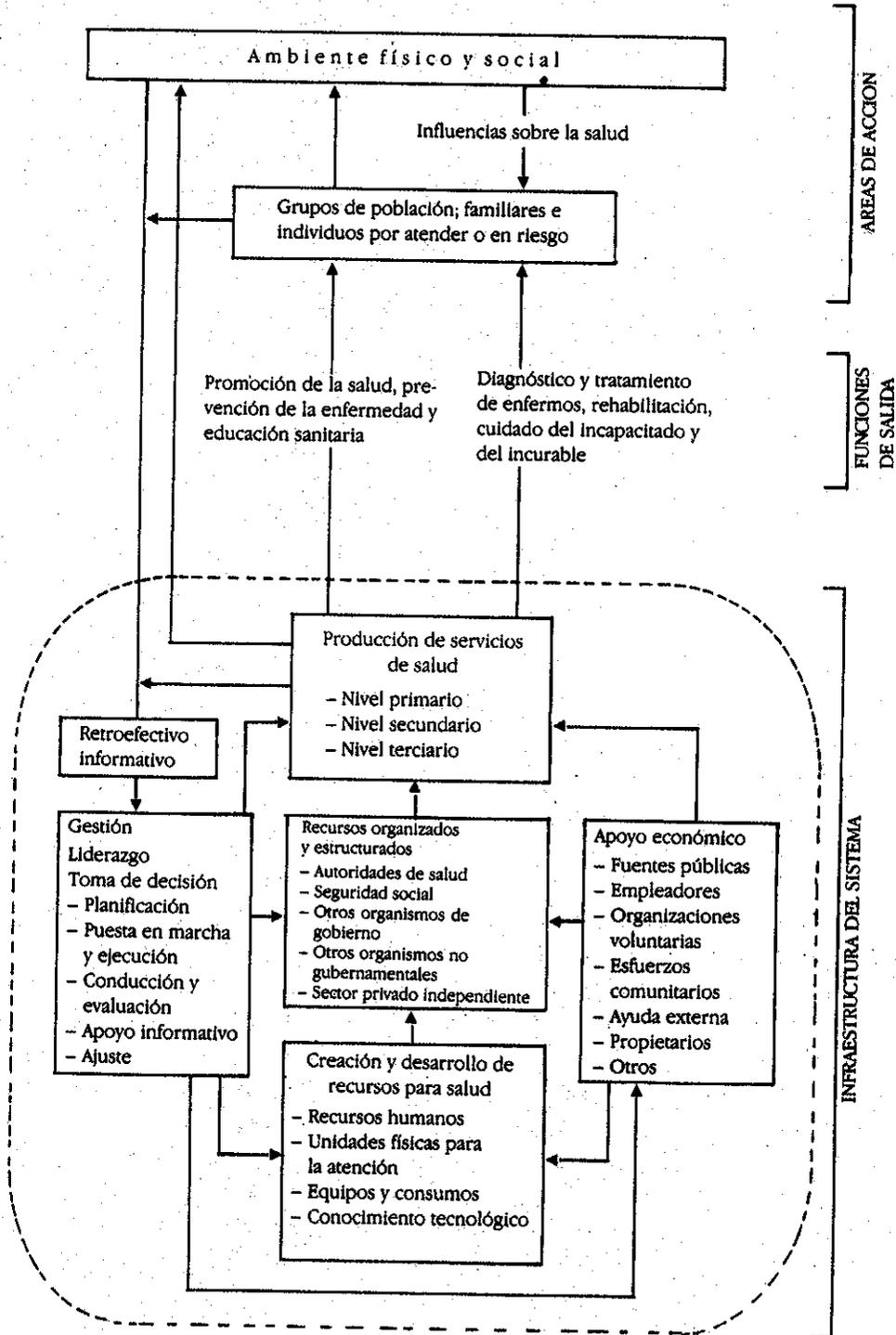


Gráfico 4

MODELO DE UN SISTEMA NACIONAL DE SALUD, SU ESTRUCTURA E INTERRELACIONES FUNCIONALES



Fuente: Kleczkowski, Roemer y van der Werf.

El sistema de salud sería incomprensible en su dinámica si no se entendiera que hay un contexto político que afecta sus componentes. El poder político real, con sus valores, ideologías e intereses va condicionando en la sociedad una actitud respecto a la salud de la población, sus riesgos y sus consecuencias. Esta valoración define la trascendencia social de la salud y proporciona a los agentes políticos (líderes, partidos, sindicatos, profesionales, y otros.) los argumentos que los llevan a actuar como órganos de presión a la entrada del sistema y también durante el procesamiento de las demandas.

El poder político formal, es decir, el régimen, responderá aplicando las normas de la gestión política (leyes, roles de la autoridad, etc.) que requiere la salud de la población, así como designando las autoridades que cumplirán los roles.

De esta conjunción surgirá la política de salud, que es un instrumento de gobierno, gestado en sus orígenes en los valores, ideologías e intereses de la población. Si existe un plan, éste no es otra cosa que un modelo de aplicación de la política, que en última instancia está en manos de quienes ejercen el poder y, por lo tanto, de la actitud y de la forma en que deciden los encargados de desempeñar las funciones asignadas por el régimen.

Por lo tanto, el proceso a que son sometidas las demandas por los mecanismos que actúan en los distintos niveles de los servicios está influido por la información que éstos poseen, así como por las normas técnicas y administrativas, por la política de salud vigente y por el plan, cuando éste existe.

Teóricamente el producto (o salidas) del sistema, lo constituye la mejor salud con que se beneficia la población. Diversos parámetros sirven a este propósito de modo directo o indirecto: las tasas del nivel de salud conseguido durante el procesamiento, la calidad del servicio y la atención prestada, el resultado de la prevención de las enfermedades, el efecto sobre el medio ambiente, el nivel de educación sanitaria alcanzado, y otros.

Como ya se señaló, antes de que estos resultados lleguen a afectar a la población, han producido, a su vez, un efecto retroactivo sobre el propio procesamiento de las demandas a través del mecanismo informativo y el ajuste de normas, políticas y programas, actuando así como subsistemas internos dentro del sistema.

El retroalimentador del sistema se proyecta en el ámbito de la sociedad de tal forma que no es posible esquematizarlo, si bien es fácil de entender en sus efectos sobre las personas, las familias, los grupos, la comunidad, etc. De algún modo, este efecto permite la crítica social del sistema y regula las demandas que constituirán las nuevas entradas y su procesamiento. Señala asimismo, las fuentes de las interrelaciones entre el poder político real y el sistema de salud.

La conducta del sistema de servicios de salud se observa con más precisión en un esquema que presente más claramente los componentes de la

estructura, sus funciones y el destino de la acción, como se verá en el ejemplo siguiente.

5. Estructura de un sistema de servicios de salud

Kleczkowski, Roemer y Van der Werf,²⁵ como se vio en el gráfico 4, han descrito un modelo de sistema nacional de salud que pone en evidencia, en forma didáctica, la estructura organizativa y el funcionamiento interno de dicho sistema.

El modelo de estos autores identifica claramente las piezas que componen el sistema, sus interrelaciones, sus funciones y el destino de los servicios producidos en términos de sus acciones preventivas y curativas sobre los individuos, las familias, la comunidad y el ambiente físico y social.

La dinámica social del sistema debe ser interpretada como resultado del efecto de las relaciones internas de la infraestructura, del destino de sus productos y del efecto retroactivo que se produce a partir de las acciones sobre las distintas áreas o esferas de acción.

En síntesis, con la introducción del concepto de sistema en el proceso de planificación de la salud se pretende abarcar todo el ámbito dentro del cual se genera el estado de salud de las personas. Una vez reconocidos los componentes de esa totalidad y sus interrelaciones, se determinan las acciones que deben realizarse de modo coherente, factible y realista, para alcanzar niveles de salud deseables y eficaces.

Hay una primera fase analítica en el proceso de planificación de la salud, durante la cual se señalarán los componentes del sistema en estudio, sus interacciones, los efectos y las consecuencias de sus acciones y el impacto de esos efectos sobre la totalidad del sistema. De este modo se enjuicia el pasado y el futuro del estado de salud de la población y se decide en el presente la línea de acción y las gestiones necesarias para producir el efecto deseable.

Todo este panorama descansa en numerosos supuestos. En primer lugar, que el análisis del sistema permitirá determinar un número significativo de sus componentes. Es imposible creer que se podrá conocer la totalidad, pues la salud depende de una cantidad casi infinita de variables, dentro de cada una de las cuales hay nuevos sistemas o subsistemas, como por ejemplo, la conducta de los individuos, las formas variadas de actuar de los agentes patógenos, las condiciones económicas de la población, y otros.

En segundo lugar, y como consecuencia de lo anterior, sólo se podrá diseñar un sistema de salud en función de lo que se quiere representar, dejando en la sombra todos los otros componentes.

En el gráfico 4 se presenta básicamente la infraestructura de un sistema

²⁵B. M. Kleczkowski, M. I. Roemer, A. Van der Werf, *National Health Systems and their reorientation towards health for all. Guidance for policy-making*, Public Health Papers No 77, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1984.

de servicios de salud y la dirección en que se mueve. Por lo tanto, es un diseño que indica los componentes que otorgan dinamismo a una política de salud, pero no las variables del objeto al cual se orienta esa actividad.

Como hemos dicho al comienzo, un plan de salud es el diseño operativo de una política de salud y, por consiguiente, la actividad se llevará a cabo en gran parte con los elementos que se incluyen en el área de la "infraestructura institucional del sistema". según se muestra en el gráfico 4. En dicho gráfico, la dirección de la actividad está contenida en las "funciones de salida" del sistema de servicios, que resumen la teoría de la salud y la historia natural de la enfermedad. Las "áreas de acción" son el objeto del plan, donde se señala la gran área ecológica y social de la salud y toda la infinita gama de factores que influyen en la salud de la población, las familias y los individuos, conjuntamente con la acción de los servicios.

Como lo expresan Matus y colaboradores,²⁶ y se desprende del gráfico 4, un sistema de servicios de salud es "un modo de articulación de elementos precisos que permiten tipificarlo, evaluarlo o reformar su diseño". Según estos autores, la articulación ocurrirá entre los siguientes elementos:

- una estructura institucional y organizativa;
- una capacidad acumulada de producción;
- una tecnología de producción;
- un conjunto de programas de producción;
- una forma de relación entre la producción de servicios y la población servida;
- un conjunto de normas y reglas para el financiamiento, la formación y utilización de recursos humanos y la prestación de servicios;
- el criterio político que combina todos los elementos señalados y los orienta.

En las páginas siguientes se intenta detallar el proceso, que constituye el "esfuerzo deliberado destinado a influir sobre la acción que tiene lugar dentro del sistema, con el fin de especificar los resultados que la acción debería alcanzar y crear condiciones para que los alcance de un modo eficaz", según conceptos de Jantsch y Del Valle.^{27 28}

²⁶C. Matus y colaboradores, *Esquema tentativo para el análisis de las implicaciones conceptuales y metodológicas de la atención primaria de la salud y de la salud para todos en el Año 2000*, Washington D. C., Organización Panamericana de la Salud, abril-mayo de 1987 (inédito).

²⁷E. Jantsch, *Perspectives of Planning*, París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), 1969.

²⁸A. del Valle, *Planificación energética como proceso de organización*, Programa de Investigación en Energía, Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas, Universidad de Chile, Santiago, 1986.