

PLANIFICACION Y SALUD

La planificación en salud ha recorrido ya un importante camino, desde la difusión de la metodología OPS-CENDES, a partir de 1951. No obstante, no todos los problemas son metodológicos. En el momento actual, adquieren gran relevancia los aspectos de: organización de los sistemas de planificación, coordinación e integración con las líneas ejecutivas, operacionalización de políticas, etc. En el marco del Servicio Nacional de Salud, esto adquiere dimensión especial: es este análisis el que se aborda en los párrafos siguientes.

Tendencias actuales de la planificación en el Servicio Nacional de Salud

Dr. CLAUDIO R. SEPULVEDA A.¹
Dra. LAURA CORNEJO²
Dr. ERICH NICHOLLS²
Sr. RAUL PALMA²
Sr. CARLOS VALENZUELA²

1. INTRODUCCION.

La planificación de la salud debe ser considerada un instrumento técnico de trabajo, análogo tal vez al instrumental clínico. Dispone de elementos de examen y diagnóstico que permiten, también, postular esquemas de tratamiento. No obstante, si tales proposiciones terapéuticas son ajenas al ejecutivo de salud, la situación de éste será semejante a la de un médico tratante que recibe prescripciones a ejecutar pero en las cuales no ha tenido participación y, por tanto, no siente compromiso alguno con ellas con lo cual —probablemente— hará caso omiso de la prescripción impuesta para guiarse por su propio criterio.

Esta es, en grandes líneas, la situación habitual de la planificación en salud: una prescripción impuesta que merece escasa o ninguna consideración. Se ha dicho, quizá con razón, que tales prescripciones no han mostrado, hasta hoy, su validez. Sin embargo, ¿cómo podrían hacerlo, si no se las sigue?

Laura Cornejo y Raúl Palma, en artículo reciente (CMS, vol. XI-4) han puesto de relieve las vicisitudes que ha experimentado el proceso dentro del sector salud y, muy especialmente, la Oficina de Planeamiento del SNS y expresan, textualmente: "gran parte de nuestros esfuerzos se han perdido en la tarea de sobrevivir al advenimiento de cada nueva autoridad de Salud", reflejando con ello la difícil labor que

han debido desempeñar en la conservación de esta útil y desconocida herramienta.

Quisiéramos pues, reseñar los principales escollos que caracterizaron la planificación en salud dentro del SNS, hasta el momento.

2. ANALISIS DIAGNOSTICO.

Con las limitaciones que un examen somero pueda tener, creemos posible caracterizar la planificación en el SNS en los siguientes puntos centrales:

2.1. *Divorcio entre planificación y línea ejecutiva:*

El proceso de planificación ha carecido de una vinculación estable con las autoridades de salud en términos de:

2.1.1. *A nivel local:* mediano interés, o desinterés, por parte de los ejecutivos locales, los cuales han considerado el proceso de formulación programática como una pesada tarea burocrática, de escasa o nula utilidad para sus acciones. En consecuencia, la organización de los recursos se ha hecho sin conexión con las metas programáticas.

¹ Jefe Oficina Planeamiento SNS.

² Equipo Oficina Planeamiento SNS.

2.1.2. Separación parcial o total entre los responsables de la formulación programática (Secretarios ejecutivos) y los encargados de su ejecución, los cuales no se sienten *comprometidos*, con las cifras de metas que fluyen del proceso programador. Lo anterior es también válido para el nivel Dirección General.

2.2. Falta de capacitación técnica:

Tanto en el nivel central como local es notable la ausencia de personal calificado en la metodología de planificación. Suele considerársela una técnica altamente especializada, lo cual es, al menos, exagerado. Planificar es una técnica general, necesaria a todo el equipo de salud y que debe ser usada por todos, so pena, de ser inútil.

2.3. Segmentación del proceso de planificación:

Como traducción en este campo, del fenómeno general de verticalismo y autonomía de las distintas secciones del SNS, la planificación era un proceso disgregado entre la Oficina de Planeamiento, la sección de Presupuesto por Programa, el Departamento de Arquitectura, la Central de Abastecimientos y la sección de Habilitación de Hospitales, así como la sección de Racionalización Administrativa.

La consecuencia lógica era un divorcio entre la planificación "general" y la planificación de recursos físicos, materiales y financieros, con la anarquía consiguiente.

2.4. Multiplicación de la información:

Análogamente a lo anterior, cada sección del SNS dispone de estadísticas propias, las cuales compiten con las del Subdepartamento de Estadística y con las de la Oficina de Planeamiento. Nuevamente, el resultado es la anarquía. El SNS ha dispuesto de un gran volumen de datos pero, en cambio, carece de Verdadera "información" y la consecuente falta de *conocimiento* de los hechos y acciones que son de su competencia.

2.5. Ineficacia de los organismos técnicos centrales:

El Consejo Técnico del SNS ha sido un organismo de corte académico y poco o nada operacional. Siendo el depositario, por Reglamento, de una impresionante cantidad de funciones técnico-asesoras (sanitarias y administrativo-contables) se lo dejó languidecer, como expresión típica del autocratismo y la centralización individualista de la Dirección General. Así mismo, el Reglamento de Programas y las Jefaturas que prevé han sido un conjunto de

pautas sin sentido, constituyendo un monumento a nuestra capacidad de reglamentar lo que no se hace.

3. BASES PARA LA REORGANIZACION DEL PROCESO DE PLANIFICACION.

3.1. Aspectos Generales:

El proceso de cambio —en sentido positivo— de los niveles de salud, exige una comprensión integral de los factores y variables que intervienen en él. Las esquematizaciones didácticas resultan útiles aún cuando, necesariamente, incurren en omisiones. En otro lugar, nos hemos inclinado por enfocar la situación de salud de un grupo social en base a los siguientes factores:

a. Susceptibilidad individual y colectiva.

b. Condiciones medio-ambientales.

b.1. Actitud individual y colectiva ante la salud.

b.2. Desarrollo de la tecnología de salud (incluyendo su organización).

b.3. Ambiente en general (físico, biológico y cultural).

b.4. Decisión política.

Lo anterior implica una posición doctrinaria frente a la salud, derivándose de ella, elementos de juicio para enfocar el problema planteado. En el presente documento sólo se trata de analizar brevemente los elementos que determinan uno de los componentes parciales del factor, (b.2) esto es, la planificación e intentar bosquejar su interrelación con los demás.

Cuando nos referimos a la tecnología de salud, estamos significando componentes tales como desarrollo de las ciencias básicas de la salud, de las técnicas y procedimientos de utilización, de los instrumentos y equipos necesarios, de la organización, de los recursos proporcionados por el avance tecnológico y la decisión política. Este último componente significa entrar en el amplio campo de la administración de organizaciones (o empresas) y, de hecho, fenómeno inherente a toda Empresa u Organización. Con diversas variantes, el campo de la Administración de Empresas (o de recursos estructurados) puede esquematizarse en las siguientes fases:

—Planificación.

—Organización de los recursos.

—Ejecución de los planes.

—Evaluación de los planes.

Aquí, sólo nos interesa precisar la primera fase, esto es la planificación.

Planificar significa operacionalizar racionalmente las políticas pertinentes. A su vez formular una política significa predeterminar el cauce —aunque permitiendo cierta flexibilidad— por el cual correrán las acciones a desarrollar. Sin embargo, tal operación racionalización requiere de

una visión exacta de la realidad, para producir el cambio, que es el objetivo.

Ante todo, es necesario, precisar el alcance de algunos conceptos. En primer término, pensamos que bajo el vocablo "doctrina" (de salud, en nuestro caso) se encuentra la concepción global del fenómeno, esto es incluye la aplicación de una ideología filosófica que interactúa con los conocimientos científicos, penetrándolos, para plasmar una representación de ese fenómeno natural que llamamos salud, esto es el equilibrio entre hombre y medio-ambiente. La política correspondiente es entonces una guía para la acción, para la consecución de ese equilibrio; la manera de enfocar, los factores valorados como fundamentales —la doctrina— determina la política a seguir. Esta "manera de enfocar", a su vez, se encuentra determinada por la situación específica de salud imperante en una área geográfica, en un momento dado. En otras palabras, la formulación de políticas exige confrontar la doctrina (o teoría) con la situación concreta (o praxis) y ésta constituye el primer paso de la Planificación: el diagnóstico.

Formulada la política, esto es, fijado los objetivos a cumplir, así como su prioridad, es posible iniciar el proceso de planificación propiamente tal, decidiendo cuales son los programas a desarrollar. En este sentido, el plan de salud es el conjunto de programas de salud a desarrollar en tiempo, lugar, población y problema determinados. El programa es, entonces, el conjunto funcional de actividades, debidamente instrumentadas y con expresión financiera que permite la consecución de los objetivos políticamente enunciados. Su evaluación servirá de fuente de retro-alimentación para corregir la política.

3.2. Organización de la Planificación:

Como ya se ha enunciado, el disponer de una política coherente es el marco eje que permite una adecuada planificación. Se requiere entonces que exista una definición política para cada nivel de acción. En el caso de salud, ello implica un enunciado sectorial y enunciados subsectoriales (entre ellos el SNS) acordes con el primero.

Franqueado este paso es preciso que las líneas ejecutivas y los niveles de decisión hagan conciencia entre sus subordinados de que la planificación no es una sección para la cual se trabaja o coopera, sino una función común que racionaliza, ordena y optimiza el rendimiento conjunto del equipo de trabajo. En la medida que esto se logre, habrá mayores servicios para la población.

Si se admite que la planificación es un proceso de racionalización, *ordenamiento y opti-*

mización, se está de acuerdo en su imprescindible necesidad y, por lo tanto, se requiere participar en su desarrollo. Este es el principio básico que orientará la acción de la Oficina Subsectorial de Planificación: *la planificación es una función y sólo secundariamente una estructura*. De ahí que tanto, a nivel central como local, se recomienda impulsar los *Consejos Técnicos Locales*, como vehículo de manejo del proceso planificador.

3.2.1. Los conceptos anteriormente vertidos implican reconocer la existencia de los siguientes niveles de planificación:

1. Nivel Nacional: ODEPLAN-Secc. Salud y M. Hacienda: Dirección Presupuestos.
 2. Nivel Sectorial: Of. Sect. Planificación y Presupuestos.
 3. Nivel Sub Sectorial: Of. Subsectorial de Planif. (SNS). (de Programación y Proyectos *).
- 3.1. Nivel Central:
 - a. Consejo Técnico.
 - b. Of. Subsectorial Planificación.
 - 3.2. Nivel Zonal:
 - a. Consejo Técnico Zonal.
 - 3.3. Nivel Area:
 - a. Consejo Técnico Area.
 - 3.4. Nivel Establecimiento:
 - a. Consejo Técnico Consultorio.

Si bien el papel del proceso planificador, como función parece claro y no requiere mayor análisis, en cambio la constitución estructural diferenciada de una unidad de planificación con personal, y funciones específicas requiere de algunos comentarios adicionales.

a) En primer término esta estructura diferenciada sólo se justifica a partir de un cierto volumen de organización, difícil de precisar pero que probablemente sólo se requiera a nivel nacional y, tal vez, en algunas zonas (Santiago, Valparaíso, Concepción).

b) Constituye un área de asociación de la información proveniente de cada una de las unidades participantes. En cuanto tal constituye una *unidad asesora*, con las restricciones que tal calidad implica.

Así mismo esta Oficina debe depender del más alto nivel dentro de la organización, aún cuando su asesoría debe alcanzar todos los niveles de la misma.

3.2.2. Estructura local y central del proceso de Planificación:

3.2.2.1. A nivel central:

El proceso comienza en el momento en que se discute, a nivel del Consejo Técnico, las áreas

* N. del E.: Nombre que le asigna el Decreto N° 430 de 25-Junio-1971 del Ministerio de Salud Pública.

problemáticas que serán motivo de programa para el ejercicio anual. Seleccionadas estas áreas problemo-programáticas corresponde un doble proceso paralelo:

a) Que el Sub Departamento Estadística provea la información correspondiente a población por zonas áreas y establecimientos; además, la estructura de la morbilidad y la mortalidad.

b) Que los Sub Departamentos Técnicos (Fomento, Protección y Recuperación), a través de sus Secciones (y eventualmente, los Grupos funcionales) provean las normas de cobertura, y concentración de las actividades que ellos definan, así como también el tipo de información estadística que ellos requieren para evaluar su trabajo y estar en condiciones de retroalimentar el trabajo descrito, a la vez que impulsar, el desarrollo de la investigación científica en su respectiva área de competencia.

c) En ese momento, nuestra Oficina estará en condiciones de proponer, de acuerdo con Estadística, el tipo de formularios requeridos tanto para el diagnóstico de la situación como para la formulación de metas de actividades, esto es, el plan propiamente tal.

Para ello, debe enviar los formularios correspondientes al nivel local, cuya organización pasaremos a diseñar, ahora, brevemente.

3.2.2.2. A nivel local:

Debe observarse que el principio básico de esta estructura descansa en que sea el aparato normativo-ejecutivo el que realice la planificación. Esto se traduce en que, al nivel local debe reproducirse la estructura central. Esto significa que, al nivel local, debe cobrar vigencia un Consejo Técnico Zonal, el cual debe estar formado por los Jefes de Programas técnicos sanitarios, además de los Jefes de Servicios generales que se enumeran:

—Personal.

—Presupuesto.

—Estadística, que oficiará, como secretario ejecutivo de planificación del Consejo Técnico Zonal.

—Los Jefes de Abastecimiento y Habilitación, cuando existan.

Esta estructura es válida para la Zona y el Area. El Jefe del Consejo Técnico debe ser el Jefe Zonal y el Jefe del Area, respectivamente.

Este Consejo Técnico debe asumir como *tarea propia*, con responsabilidad administrativa reglamentaria, especialmente del Jefe, la función de planificación de la Zona o el Area según corresponda.

En lo concreto, esto significa:

a) Recibir los formularios provenientes del nivel central.

b) Adecuar, dentro de límites razonables, técnicamente justificadas, las normas emanadas del nivel central, a la realidad de la zona o el área.

c) Distribuir a las áreas y a los establecimientos, según corresponda el material recibido y supervisar técnicamente el cumplimiento de las instrucciones recibidas, en los plazos fijados.

d) Consolidar la información recibida desde el nivel inmediatamente inferior, esto es, área y establecimiento, según corresponda, y enviarla al nivel central.

e) Conservar copia de los formularios de su nivel y del inmediatamente inferior.

En lo que se refiere al nivel de establecimiento, con el distrito que corresponda, debería constituirse un Consejo Técnico de Establecimiento que incluya:

—Los responsables de programas de asistencia.

—Los responsables de funciones generales (personal, estadística y contabilidad cuando existan).

—Los Jefes de funciones profesionales especializados cuando se estime necesario (enfermería y servicio social).

El jefe del establecimiento será el responsable de su funcionamiento y tendrá facultades para designar y remover al secretario ejecutivo de planificación.

El nivel establecimiento debe aplicar las normas nacionales, modificadas a nivel de Zona si ha procedido, pero sin modificación ulterior. Le corresponde, además, procesar los formularios que se le envíen y entregarlos al área para su consolidación.

En el momento en que inicie sus acciones el Consejo Directivo Democratizado, en el nivel establecimiento y el nivel área, estos organismos deberán aprobar en primera instancia el plan local formulado por los Consejos Técnicos. En esencia, la relación entre ambos organismos, se aproxima a la existente entre el Consejo Técnico de la Dirección General y el H. Consejo Nacional de Salud.

Mientras se perfecciona el nuevo mecanismo de planificación, la etapa de presupuesto-programa, deberá seguir los canales actualmente vigentes. En la medida que se adiestre el personal local, estas etapas del proceso se podrán realizar, también en el nivel local. Evidentemente, esto significará imprecisión inicial.

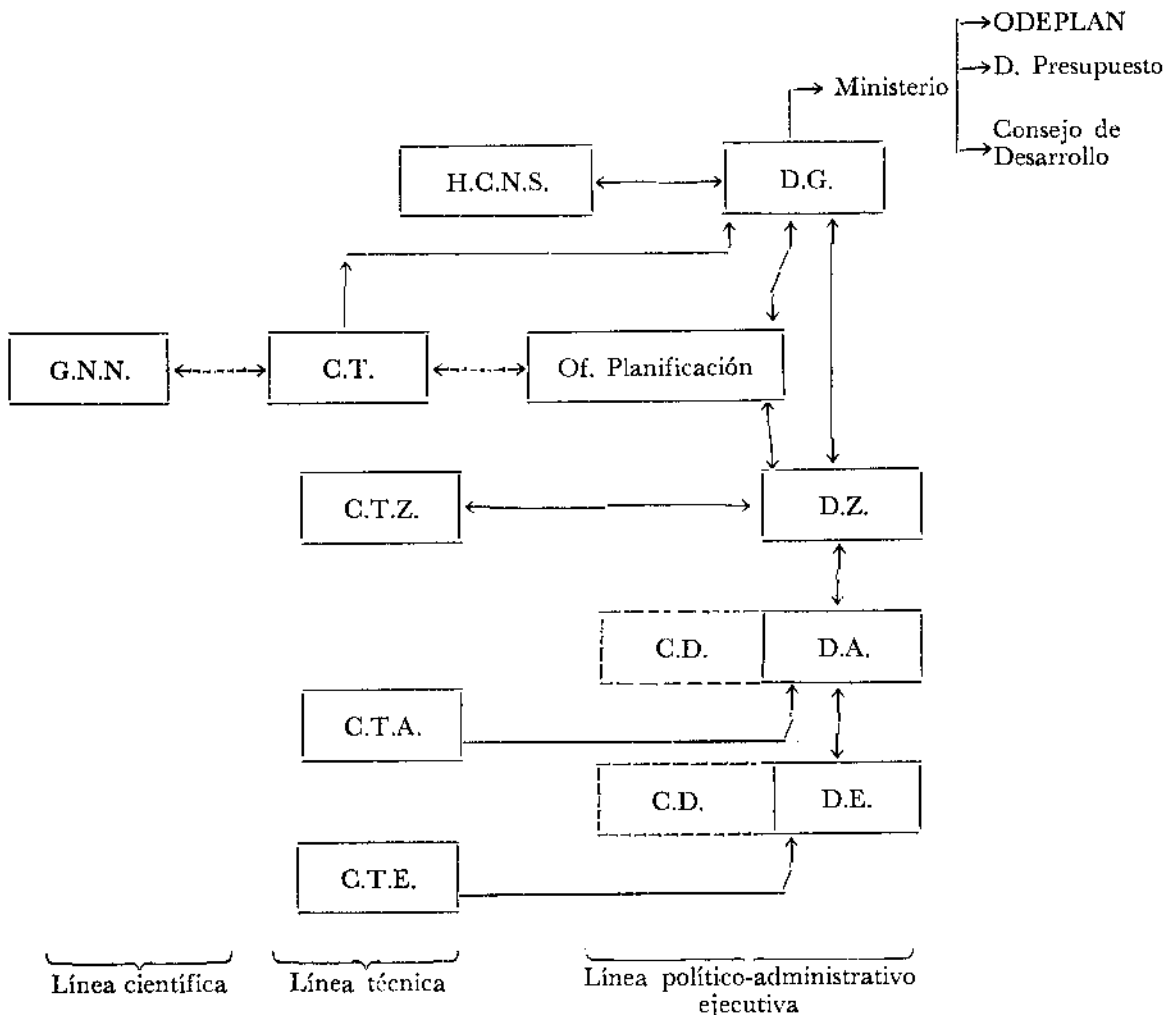
Con estos elementos se podrá, contando con la participación de Personal, Habilitación, Arquitectura y Presupuesto, consolidar y formular el Programa Nacional del SNS, para ser sometido a discusión en el Consejo Técnico, y con las modificaciones que se le haga, ser entregado al H. Consejo Nacional para su discusión y aprobación final. En esas condiciones se podrá,

sobre bases sólidas, discutir la asignación presupuestaria con los poderes centrales del Estado.

3.2.2.3. Planificación y estructura del SNS:

Aún cuando no lo sospechábamos, una reor-

ganización del proceso de planificación implica, en cierta medida, un cambio de la funcionalidad estructural del Servicio. Nos parece que el siguiente gráfico bosqueja esta organización funcional:



Aquí, los G.N.N. (véase más adelante) representan el acopio del conocimiento científico, aunando la experiencia cotidiana y la investigación, nacional o extranjera. Los consejos técnicos representan, en cambio, la armonización práctica, de acuerdo a las prioridades fijadas, de este conocimiento, adecuándolo a un enfoque integral y a las disponibilidades locales. La línea político-ejecutiva en fin, significa la capacidad de decisión y ejecución, ya sea en base

a las autoridades unipersonales o a las futuras direcciones colegiadas, postuladas en la democratización del SNS.

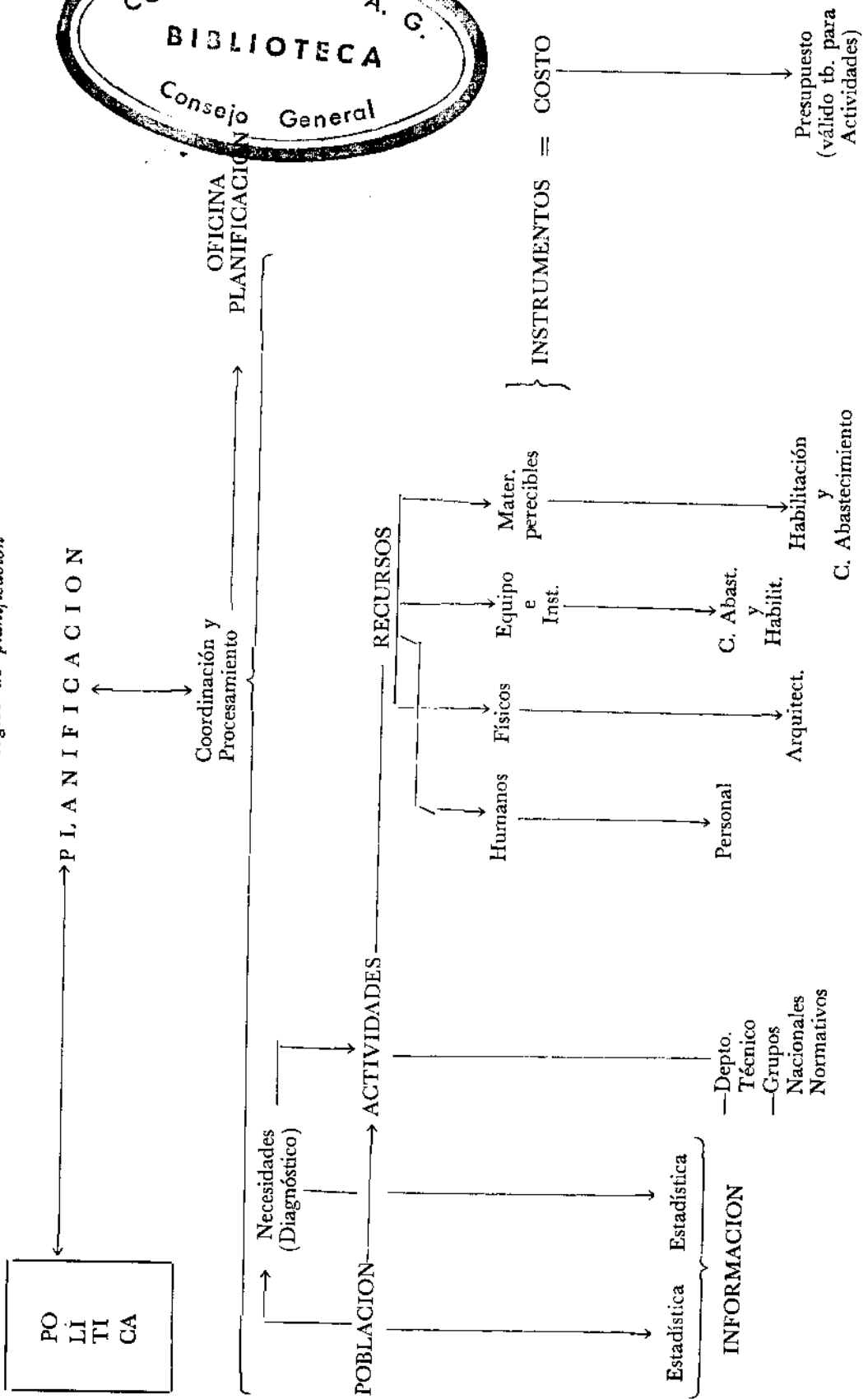
3.3. El proceso de Planificación:

El proceso de planificación implica dos formas de análisis:

- a) lógico.
- b) operacional.



3.3.1. Proceso lógico de planificación



3.3.2. *Proceso Operacional* *

El proceso operacional implica:

→ — Doctrina de salud → — Política de salud *	= Doctrina + diagnóstico
1. Apertura de programas	: Director General (informado por Of. de Planificación y la asesoría del Consejo Técnico de la D. G.)
2. Identificación de actividades e instrumentos	: Consejo Técnico, informado por Secciones del D. Técnico y Grupos Nacionales Normativos
3. Normas y metas	: Consejo Técnico (informado por Secciones y Sub Deptos. Técnicos)
4. Población y Diagnóstico necesidades	: Estadística
5. Formulación cuantitativa de actividades e instrumentos requeridos	: Of. de Planificación (informado por el nivel local) (véase la organización local)
6. Instrumentación	: Personal Arquitectura Habilitación Of. Planificación
7. Presupuesto por Programas (costo de actividades e instrumentos)	: Presupuestos Of. Planificación
8. Consolidación del Plan Integrado	: Of. Planificación
9. Discusión del Plan	: Consejo Técnico
10. Aprobación del Plan	: Director General y H. Consejo Nacional de Salud (informado por Consejo Técnico)
11. Ejecución — Supervisión	: S.N.S. (toda la estructura) : Inspectoría Médica (proceso de auditoría sanitario-administrativa)
12. Evaluación (nuevo diagnóstico)	: Consejo Técnico (inf. por Estadística y Of. Planificación)

* En esencia, ambos esquemas son iguales, pero éste clasifica la secuencia en el tiempo de la participación de las diferentes unidades.

Este proceso debe asegurar la realimentación del circuito, puesto que la evaluación debe generar un nuevo diagnóstico que permita la reformulación de la política, así como la reconsideración de los programas a desarrollar y sus correspondientes actividades, instrumentos y sus atributos respectivos.

3.3.3. *Áreas de Política de Salud y Apertura programática:*

Las áreas problemáticas de salud pueden caracterizarse en 4 grandes áreas: las cuales son imprescindibles de conceptualizar, a objeto de fundamentar las acciones de salud y la apertura de programas.

a) *Áreas Problemáticas de las personas.*

Se refiere a aquellos que se basan en las necesidades personales, en un enfoque individual; la persona como unidad de acción, contemplando dos premisas.

a) Las necesidades de la persona recorren un camino que va desde la definición de oms de Salud, hasta la muerte, siendo integrales y no diferentes, las necesidades de fomento, protección y recuperación-rehabilitación.

b) La definición de sub-grupos cuyas necesidades son cualitativamente diferentes en términos de tres sub-categorías unitarias: fisiología, cultura (dimensión psico-socio-cultural) y estructura de la morbilidad (dimensión epidemiológica).

De esta forma surgen las siguientes áreas problemáticas: Recién Nacido, Lactante, Párvulo, Infante, Adolescente, Adulto joven masculino, Adulto joven femenino (materno), Adulto maduro y Senescente; 9 en total.

b) *Áreas problemáticas del ambiente.*

Se caracterizan, por oposición a las anteriores, por ser estrictamente multi o intersectoriales, siendo las anteriores, preponderantemente sectoriales.

Categorialmente pueden dividirse en pertenecientes al medio ambiente:

a) *físico*, unidad de análisis: región geohumana.

b) *biológico*, unidad de análisis: comunidad biológica.

c) *cultural*, unidad de análisis: grupos humanos primarios y secundarios, en sentido sociológico.

Se desprenderían las siguientes áreas problemáticas:

	<i>categoría</i>
Equilibrio ecológico	general
Saneamiento ambiental	física
Salud ocupacional	física
Nutrición, alimentación y control alimentos	biológica
Zoonosis	biológica
Salud mental	socio-cultural
Desarrollo cultural (sanitario-vital (o psico-socio-político-económico)	socio-cultural

c) *Áreas problemáticas del conocimiento médico-sanitario.*

Se refieren a áreas problemáticas del conocimiento científico en salud, el cual, generalmente, se ha agrupado en torno a sistemas u órganos anatómicos por una parte, y por otra, a técnicas y procedimientos de análisis. En general, parten de un acento en la morbilidad. Médico-Quirúrgica, Psiquiatría-Neurol, Pediatría, Obstetricia y Ginecología, Odontología, Enfermería, Traumatología y Ortopedia, Oncología, Anestesiología, Radiología, Laboratorio Clínico y Anatomía Patológica, etc.

Las subespecialidades de la Medicina Interna y/o la Cirugía, deben desglosarse, conservando juntas ambas vertientes. Ej.: cardiología y cardio-cirugía.

d) *Áreas problemáticas de la Administración en Salud.*

Es éste un nombre provisorio para una gran cantidad de problemas generales que requieren de un análisis separado. Podría utilizarse como categorías de análisis, las siguientes:

- El tipo de recursos en juego.
- La organización de los servicios.

Así, tendríamos las siguientes áreas problemáticas:

1. Recursos humanos: (Formación o Docencia, Contratación, Desarrollo o Docencia, Organización y Evaluación).

2. Recursos físicos: (Construcción, Habilitación y Mantenimiento).

3. Recursos instrumentales y de equipo: (Abastecimiento, Almacenaje, Distribución y Mantenimiento).

4. Recursos de consumo ("insumos"):

(Abastecimiento, almacenaje, distribución y evaluación).

5. Recursos financieros: (Financiamiento, presupuestación o distrución y contabilidad o control).

6. Información, Estadística y Planificación en Salud.

7. Organización de la atención de salud.

8. Relaciones nacionales e internacionales.

9. Investigación en salud.

Se observará que:

a) Es posible, dada su extrema complejidad, separar la Docencia como área problemática específica, pero hay utilidad en no perder de vista su condición de fase inicial y final del área de recursos humanos.

b) Análogamente, es posible unificar el abastecimiento, almacenaje y distribución de los recursos instrumentales y de consumo; no obstante hay que encarecer su condición de proceso.

c) Estas áreas problemáticas pueden ser consideradas como funciones generales o de coordinación, en las que participan todas las áreas problemáticas mencionadas en las tres primeras líneas categoriales, y que han sido refundidas para dar lugar a una agrupación diferente. Parece importante insistir en por qué visualizar claramente las áreas problemáticas.

3.3.3.1. En las actuales condiciones políticas, se plantea la cobertura total de la población, con un servicio *único* de salud, y con un enfoque *preventivo-curativo* que incluya las dimensiones *físicas, psíquicas y socioculturales*. Esto hace necesario comprender que es *toda la salud*, de *toda la población* la que se encontrará en manos del sector estatal de salud. La única limitante es de tipo epidemiológico, esto es, la obtención de niveles útiles de acción; humanamente, la meta es de 100% siempre. Bajo esta concepción debe entenderse que el ejercicio liberal es un servicio complementario y que tenderá a desaparecer por sí sólo.

Si se considera que el SNS, tiene un 100% de responsabilidad en el área preventiva, y que por definición política el SNS tiende a pasar de 70% de responsabilidad, en lo curativo, a 100% (SUS) se comprenderá que la preocupación del SNS debe ser integral dentro del sector, sin perjuicio de las atribuciones de otras instituciones del sector.

3.3.3.2. Existiendo limitaciones en los recursos tanto financieros, materiales como humanos se comprenderá que el SNS no está en condiciones de abordar, simultáneamente, todas las áreas problemáticas. No obstante, teniendo el panorama global, puede *jerarquizarse y asignar*

las *prioridades* correspondientes para la puesta en marcha de los programas. Aquellas áreas cuyo enfoque ejecutivo sea pospuesto, podrán modelarse y, en consecuencia, iniciar la preparación de los recursos humanos y de inversión previos para la puesta en marcha en el lapso que se juegue oportuno y conveniente. Así, por ejemplo, la puesta en marcha de un programa de salud ocupacional, requiere disponer de especialistas en seguridad industrial, medicina del trabajo, inspectores, etc., de los cuales, hoy, no disponemos en cantidad suficiente. Así, necesariamente, la ejecución integral requiere de un período previo de capacitación. Por otra parte, esta conducta, permite un desarrollo armónico de las diferentes áreas sanitarias, así como su interrelación con otros sectores económicos y sociales de la administración del país.

3.3.3.3. Si se está de acuerdo en las áreas problemáticas, parece oportuno adoptar, para la fijación de políticas específicas, el concepto de "Grupo", desarrollado por los salubristas cubanos y recientemente preconizado en nuestro medio por el Departamento Técnico.

Dicen los especialistas cubanos:

"El Grupo es un conjunto de científicos que, con el más elevado nivel de conocimientos en sus campos respectivos, estudia los distintos problemas de la Salud Pública, para adecuarlo al momento actual de nuestro desarrollo, trazando las normas para su ejecución inmediata y creando las bases para realización en un plazo determinado, de acuerdo a la política general establecida".

Más adelante "El grupo se convierte en una forma colectiva de activismo técnico-científico, agrupando, ya a un sólo compañero, sino a un número destacado de cuadros científicos, con responsabilidades en los aspectos asistenciales, docentes y de investigación, y que se unen para establecer todos los aspectos normativos y ejecutivos de las distintas especialidades, dentro del marco de la organización de Salud Pública".

En nuestro medio, en los últimos meses ha existido, dentro del Subdepartamento de Fomento, el embrión de esta organización en las áreas Materno-Infantil y Nutrición. Aún cuando, a nuestro juicio, se requiere un cambio sustancial en la organización estructural del SNS no es necesario esperar para poner en marcha los grupos, funcionales que mencionamos. Es más, la mayoría de ellos encuentra su antecedente histórico —aunque estático— en muchas de las actuales "secciones" de la Dirección General.

Estos grupos, pueden y deben formarse a la brevedad y entregar, en plazos que aquí deben fijarse, proposiciones de la política en su sector

respectivo, a la vez que las normas de diagnóstico y terapéutica, así como iniciar el desarrollo programado de la investigación científica en el campo respectivo.

En este terreno, nuestro aporte, a través de la Oficina de Planificación ha sido sistematizar las áreas problemáticas así como proponer, según lo permitan las circunstancias, la constitución de un Grupo Normativo para cada una de ellas. Así los Grupos constituirían, junto a las secciones, las fuentes de normación que permitirían procesar, desde el nivel local, la información conducente a la formulación del plan de salud y sus programas correspondientes.

3.3.3.4. Criterios Generales de Apertura Programática:

Se propone abrir las líneas programáticas del SNS (lo cual es aplicable en alguna medida, a todo el sector) considerando los siguientes hechos:

1.1. Las acciones de salud deben estar orientadas por objetivos generales y globales que permitan obtener un propósito final que es la elevación del nivel de salud de la población chilena.

1.2. La salud es un fenómeno integral, ya definido por la Salud Pública como disciplina científica y debe considerar, simultáneamente, las siguientes dimensiones:

1.2.1. Dimensión preventiva-curativa: que considera el problema de la salud como un continuum que va desde la Salud plena (definición OMS) hasta la muerte, continuum que toma vigencia en sujetos indivisibles las personas.

1.2.2. Dimensión individual-colectiva: que considera el fenómeno desde el punto de vista

de las personas aisladas y el de los grupos sociales.

1.2.3. Dimensión intersectorial que postula que la acción en salud es compartida por instituciones extrasectoriales.

1.2.4. Dimensión biocultural, que considera a la persona como un todo indivisible con componentes biológicos, psicológicos, económicos, sociales y político-ideológicos.

1.3. Los programas deben centrarse sobre unidades reales, que tengan vigencia como hechos integrales. Así, por ej.: un Programa de Nefrología, centraría su acción sobre el problema "riñón". Sin embargo, el riñón no tiene vigencia aisladamente. En cambio, un Programa del Lactante, tiene real vigencia, porque lo que llamamos Lactante es un fenómeno integral, viable por sí mismo.

1.4. Los programas deben tener propósitos y objetivos generales que traduzcan funciones a desarrollar, entendiendo por funciones, necesidades, que deben ser satisfechas por la organización, en este caso, nuestro Servicio. Cada función a su vez, se cumple por un número de actividades dadas, las cuales se definen, a su turno, por medio de:

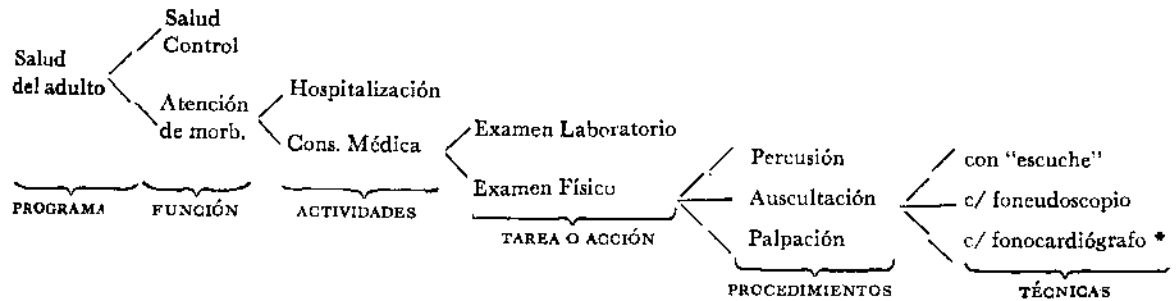
1.4.1. las tareas o acciones concretas que la componen.

1.4.2. las técnicas y procedimientos requeridos para ejecutar las acciones (por ende, por la capacitación que se requiere).

1.4.3. por la composición del instrumento que se requiere, esto es, por el conjunto de recursos humanos, físicos, de equipo y consumo necesarios para llevarla a cabo.

1.4.4. su traducción monetaria.

Por ejemplo, en la secuencia siguiente, puede reconocerse cada uno de estos elementos:



1.5. En cada línea de apertura programática debe reconocerse con claridad, la unidad real e indivisible de análisis, lo cual permitirá reconocer cuáles son los universos correspondientes a analizar y, por lo tanto, sus necesidades y funciones.

1.6. Los programas no "pertenecen" a sub-departamentos o secciones, sino que son el resultado de su esfuerzo conjunto.

1.7. No todos los programas pueden ser abiertos simultáneamente. Por lo tanto, se requiere jerarquizar cuáles se abrirán a partir de 1972.

Aquellos que parezcan útiles pero de segunda prioridad deben ser "modelados" en la Oficina de Planeamiento para poder determinar los recursos necesarios y la eventual fecha de

* Esta técnica marca un cambio cualitativo.

su apertura, considerando las necesidades de formación de personal y adquisición de material.

1.8. Postular que, para los programas que se indica más adelante, es necesario crear Comisiones intersectoriales que se aboquen a su estudio y puesta en marcha, fijando la responsabilidad específica pero parcial que al SNS le corresponde en estos procesos. Será necesario también *decidir* sobre estas materias en un futuro cercano.

1.9. *Las relaciones entre programas y presupuesto* se explican diciendo que el presupuesto es la traducción monetaria del plan o conjunto de programas. Así el Presupuesto por Programa es la herramienta final de operacionalización y ajuste del Plan.

Por lo tanto, se requiere clasificar con gran precisión qué programas se realizan (priorización), con qué actividades, normas e instrumentos.

1.10. Se propone, plantear la discusión programática 1972, sobre la base de la siguiente ecuación básica:

$$\text{en que } (P)^n \longleftrightarrow \text{M.A.} \\ \text{R}$$

P = persona
M.A. = medio ambiente
R = recursos
(P)ⁿ = población

2. Líneas de apertura programática.

Se estima que de acuerdo con lo anterior se abrirían tres líneas programáticas:

2.1. Programas de salud derivados de la Persona:

—Son fundamentalmente sectoriales.

—Se basan en considerar la población total del país dividida por estratos etarios que se aislan de acuerdo a factores fisiológicos, culturales y epidemiológicos (estructura de la morbilidad), simultáneamente.

2.2. Programas de salud derivados del Medio-ambiente:

—Son fundamentalmente *intersectoriales*: de acuerdo a esta concepción, estos programas deben ser desarrollados en conjunto por los diversos sectores comprometidos (Salud, Educación, Agricultura, etc.), de manera que si uno de los sectores no cuenta con los recursos necesarios, el proceso completo se pierde o esteriliza.

—Su unidad real indivisible varía según el

nivel del medio-ambiente que se considere (en el caso anterior, era siempre la Persona).

2.3. Programas de servicios generales o Administración (de apoyo):

—Se refiere a la necesidad de considerar programas de desarrollo.

—De los recursos ya sea humanos, físicos u otros.

—Se caracterizan por determinar una influencia indirecta sobre la situación de salud, pero no por ello menos importante.

(Nota: los programas se han diseñado considerando las áreas problemáticas ya expuestas).

3. Línea programática de la Persona:

Programa y Sub-programas

3.1. Infantil

Recién Nacido
Lactante (menor)
Lactante mayor
Párvulo
Infante

3.2. Adolescente

3.3. Adulto

—adulto joven
—adulto maduro

3.4. Materno integral

3.5. Senescente

4. Línea programática derivada del medio-ambiente:

FISICO

4.1. Saneamiento ambiental

Vivienda
Locales de uso público
Lugares de alto riesgo

4.2. Salud Ocupacional

BIOLOGICO

4.3. Nutrición, Alim. y C. Alim.

Industrias
Fábricas y Locales Alim.
Manipuladores

4.4. Zoonosis

SOCIO CULTURAL

4.5 Salud mental

Familia
Escuela
Comunidad

4.6. Desarrollo socio-cultural

Familia
Escuela
Organismos Base de Comunidad
(OBC) (Juntas de Vecinos, etc.)
Comunidad en general

5. Línea de programas de administración:

5.1. Desarrollo de recursos humanos

- 5.2. Desarrollo de recursos físicos
- 5.3. Desarrollo de recursos de equipo, etc...

6. Resumen:

En este documento se ha intentado presentar un enfoque integrador de la Planificación en el SNS, en términos de política, conceptos, organización, estructura y apertura programática en general, dejándose para otra ocasión los elementos más finos de esta apertura.

Debe dejarse en claro que este enfoque se encuentra, en este momento, *sujeto a discusión* y representa una contribución a la racionalización de las acciones de salud.