

# PRINCIPIOS DE LA PLANIFICACION SANITARIA EN LA URSS

G. A. POPOV

*Doctor en Ciencias Médicas*

*Director Adjunto del Departamento de Planificación y Finanzas,  
Ministerio de Sanidad de la URSS*

*Profesor de Medicina Social y de Administración Sanitaria  
Instituto Central de Estudios Médicos Superiores, Moscú*



ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

GINEBRA

1972

© Organización Mundial de la Salud 1972

Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Ello no obstante, los organismos gubernamentales, las sociedades culturales y científicas y las asociaciones profesionales pueden reproducir ilustraciones, datos o extractos de esas publicaciones sin necesidad de pedir autorización a la Organización Mundial de la Salud.

Las entidades interesadas en reproducir o traducir íntegramente alguna publicación de la OMS deberán solicitar la oportuna autorización de la Oficina de Publicaciones y Traducción, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza. La Organización Mundial de la Salud dará a esas solicitudes consideración muy favorable.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que se presentan los datos que contiene no implican, por parte del Director General de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países o territorios citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

De las opiniones expresadas en la presente publicación responde únicamente el autor.

## INDICE

	Página
Prefacio . . . . .	7
Introducción . . . . .	9
<b>CAPÍTULO 1. TEORÍA DE LA PLANIFICACIÓN SANITARIA . . . . .</b>	<b>11</b>
Definición de la planificación sanitaria . . . . .	13
Planificación sanitaria y planificación nacional . . . . .	13
Principios de la planificación sanitaria . . . . .	14
Indices e indicadores sanitarios, normas y patrones . . . . .	15
Características de un plan sanitario práctico. . . . .	17
La política sanitaria y la asignación de prioridades . . . . .	19
Aspectos económicos de la salud pública . . . . .	20
El proceso continuo de la planificación . . . . .	22
Métodos de planificación sanitaria . . . . .	22
Requisitos de la planificación sanitaria . . . . .	24
Organización de las actividades de planificación . . . . .	24
<b>CAPÍTULO 2. EL NIVEL DE SALUD . . . . .</b>	<b>28</b>
Datos de morbilidad. . . . .	29
Datos de morbilidad de la URSS . . . . .	32
Datos de morbilidad de otros países . . . . .	38
Las enfermedades no diagnosticadas y los exámenes médicos en masa . . . . .	39
Predicción sanitaria en la URSS . . . . .	45
<b>CAPÍTULO 3. SERVICIOS DE ASISTENCIA EXTERNA Y HOSPITALARIA . . . . .</b>	<b>52</b>
Asistencia externa . . . . .	52
La asistencia en hospitales . . . . .	64
<b>CAPÍTULO 4. PERSONAL MÉDICO . . . . .</b>	<b>97</b>
Definiciones . . . . .	97
Médicos generales y médicos de familia . . . . .	98
Especialistas . . . . .	99
Personal médico en la URSS . . . . .	100
Personal médico en otros países . . . . .	115
Opiniones de los Comités de Expertos de la OMS. . . . .	118

<b>CAPÍTULO 5. MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN DE LA FORMACIÓN DE PERSONAL MÉDICO . . . . .</b>	<b>121</b>
Las necesidades totales de especialistas y la distribución equilibrada del personal . . . . .	121
Bajas en el personal médico . . . . .	122
Movimiento de personal médico . . . . .	125
Proporción de hombres y mujeres en el ejercicio de la medicina . . . . .	125
Nuevas necesidades de personal médico . . . . .	126
Estudiantes que abandonan la carrera . . . . .	127
Determinación del número de admisiones . . . . .	128
Tasa de formación de especialistas . . . . .	130
Empleo del factor de saturación y del índice de formación . . . . .	131
Número de estudiantes de los establecimientos de formación médica . . . . .	132
Conclusiones . . . . .	134
<b>CAPÍTULO 6. NORMAS Y PATRONES . . . . .</b>	<b>135</b>
Normas y patrones en la URSS . . . . .	136
Normas y patrones de la asistencia médica . . . . .	139
Normas y patrones sobre el volumen de personal médico. . . . .	153
<b>Anexo. Índices empleados en la planificación sanitaria y en la evaluación de la eficacia de la asistencia médica . . . . .</b>	<b>169</b>

---

## PREFACIO

*Hoy está ya muy extendida la idea de que la planificación sanitaria nacional es indispensable para lograr la máxima eficacia en la utilización de los recursos que un país pueda dedicar al mejoramiento del estado de salud de su población. De ahí que sean cada vez más los gobiernos que acuden a ese procedimiento, a la vez que otros, principalmente en los países en desarrollo, ven cada día con mayor claridad las ventajas de la planificación. Esto explica la creciente demanda de información sobre las técnicas aplicables y, en particular, sobre las aplicadas en los países que cuentan con larga experiencia en esta materia.*

*La URSS ha recurrido, desde sus primeros tiempos, a la planificación sanitaria nacional, y tiene, por lo tanto, una vasta experiencia adquirida en el curso de varios decenios. Sin embargo, por dificultades lingüísticas, gran parte de la información sobre las técnicas de planificación allí empleadas no ha llegado fácilmente a quienes, en otros países, están interesados en conocerlas. Con el fin de satisfacer ese interés, la OMS invitó al Dr G. A. Popov a preparar la presente publicación.*

*Ni que decir tiene que cada país ha de organizar su propio sistema de salud pública, adaptándolo a sus condiciones sociales, económicas y culturales. Del mismo modo, cada país ha de elaborar sus propias técnicas de planificación sanitaria. No obstante, la experiencia de un país puede ser útil para otro a condición de que, al aplicar en él los métodos que hayan resultado eficaces en el primero, se tenga en cuenta la necesidad de adaptarlos a las nuevas circunstancias.*

*Por eso, es de esperar que esta publicación sea útil para cuantos se interesen por la planificación sanitaria, incluso en países con una estructura social y un nivel cultural y de desarrollo económico muy distintos de los de la URSS.*



## INTRODUCCION

Un ramo del saber solamente puede llamarse ciencia cuando los fenómenos que estudia pueden expresarse numéricamente. Como dice D. I. Mendelejeff, « La ciencia comienza donde comienza la medición; sería inconcebible una ciencia exacta sin mediciones ». El estadístico médico W. Farr indicó ya en 1839 que « la Medicina, como otras ciencias afines, comienza a salir del campo de las vagas conjeturas cuando la observación permite determinar los hechos con exactitud y cuando las afirmaciones imprecisas se pueden sustituir por expresiones numéricas ».

En especial la planificación sanitaria, de la que se ocupa esta publicación, sería imposible si no se pudieran expresar numéricamente los diversos aspectos de la salud de la comunidad y de la asistencia médica disponible. En consecuencia, tras exponer brevemente la teoría de la planificación sanitaria, se presta principal atención a los distintos índices de que se dispone para esa forma de expresión y a los valores de esos índices en diversas circunstancias. Un plan sanitario se compone esencialmente de esos datos numéricos, algunos de los cuales pueden formularse en normas y patrones.

Los éxitos que la URSS ha conseguido en la esfera de la salud pública demuestran el valor de la planificación sanitaria. Bien es verdad que, en gran parte, se debe todo ello a la planificación de la economía del país y de sus diversos sectores, incluido el de la salud pública. Como ejemplo de esos éxitos, puede señalarse que la mortalidad infantil — índice tradicional del nivel sanitario — descendió del 81 por 1000, en 1950, al 26 por 1000, en 1968 (la cifra de 1913 era 269 por 1000). Se han erradicado completamente enfermedades transmisibles, tales como la viruela, la peste, el cólera y el paludismo, y se ha reducido enormemente la incidencia de la poliomielitis, de la difteria y de la tos ferina. En cuanto a las instalaciones para asistencia médica, en 1969 había en los hospitales un total de 2 567 300 camas, o sea 10,6 camas

por 1000 habitantes, mientras en 1913 la proporción era de 1,3 camas por 1000 habitantes. Solamente entre 1960 y 1969 el número de camas aumentó en 828 000. El total de médicos del país llegó en 1969 a 643 000, o sea 26,6 por 10 000 habitantes, y el personal paramédico ascendía a 2 043 700, o sea 84,3 por 10 000 habitantes.

Con estos datos basta para llegar a la conclusión de que la exposición de la teoría y de la práctica de la planificación sanitaria en la URSS ha de ser de interés para los lectores de fuera del país. El propósito de estas páginas es formular esa exposición, aunque también se incluyen en ellas datos sobre otros países para facilitar las comparaciones. Esta información se basa en muchos años de experiencia práctica en la planificación sanitaria de la URSS y en la enseñanza de esta materia en cursos para administradores sanitarios en el Instituto Central de Estudios Médicos Superiores de Moscú.

---

TEORIA DE LA PLANIFICACION SANITARIA

En muchos países, los servicios destinados a mejorar el nivel de salud general — tanto los de carácter personal como los hoy llamados servicios de la comunidad, incluidos, claro está, los de asistencia médica — se han desarrollado al azar. Esto ha sido, hasta cierto punto, consecuencia inevitable de que el nacimiento de esos servicios se ha debido, en parte, a los intereses y los temores del público (especialmente el temor a las epidemias de enfermedades transmisibles) y, en parte, a los descubrimientos realizados ocasionalmente por la investigación médica. Sin embargo, tanto la creciente complejidad de la Medicina y la vinculación entre las condiciones culturales, económicas y sociales de una comunidad y su estado de salud como el impulso adquirido por la planificación económica, señalan la necesidad — y deparan la posibilidad — de sustituir ese crecimiento al azar por un desarrollo ordenado y eficaz. Para conseguir este objetivo hay que recurrir a la planificación sanitaria.

El interés por la planificación sanitaria ha aumentado notablemente en los últimos diez años. Esto se debe, en gran parte, al creciente interés de los gobiernos por la planificación del desarrollo económico y social en su totalidad, como medio para conseguir la organización sistemática y el aprovechamiento racional de los recursos nacionales. No obstante, la planificación sanitaria también es posible en países donde no exista una planificación general en escala nacional. Es obvio, sin embargo, que en esos países los equipos de planificación deberán enfrentarse con dificultades mucho mayores que en países, como la URSS, donde la economía está totalmente planificada.

Otros factores han contribuido también a aumentar el interés por la planificación sanitaria. Uno de ellos, por ejemplo, es la apreciación, cada vez más extendida, de que la enfermedad y la invalidez son un grave obstáculo para el desarrollo de la economía y que las pérdidas que causan se pueden reducir mediante la protección de la salud. Al mejorar la salud de la población, disminuyen las faltas al trabajo y se aumenta

la duración de la vida laboral. Desde este punto de vista, el fomento de la salud pública puede considerarse como uno de los factores principales para la promoción del desarrollo social y económico, de cuya planificación debe formar parte la planificación sanitaria.

Por otra parte, el costo de la creación y funcionamiento de un sistema de servicios sanitarios es tan grande que supera los recursos de que disponen los organismos benéficos o las entidades privadas, por lo que cada vez es mayor la intervención del gobierno en este sector. A ello se une la creación en todo el mundo de sistemas estatales de seguridad social, con los que suelen estar estrechamente vinculados los servicios sanitarios.

Otro factor importante es que los métodos empleados en epidemiología, que tan eficaces han sido para combatir las enfermedades transmisibles, se aplican más cada día a ciertas enfermedades no transmisibles, tales como el cáncer, los trastornos cardiovasculares y otras enfermedades degenerativas y crónicas, así como en relación con los accidentes de la circulación. Con todo ello, se ha extendido enormemente el campo de la salud pública.

El creciente interés que suscita la planificación sanitaria se refleja en las actividades de la OMS. Desde 1951, cuatro Comités de Expertos de la OMS en Administración Sanitaria se han ocupado ampliamente de esta materia. Las discusiones técnicas de la 18ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en 1965, también se dedicaron a la planificación sanitaria. Bajo los auspicios de la OPS/OMS se han celebrado en las Américas varias reuniones dedicadas al estudio de esta cuestión. Además, la OMS organizó un seminario regional sobre planificación sanitaria nacional, que se celebró en Manila, Filipinas, el mes de junio de 1964 y un seminario interregional que se reunió en Addis Abeba en octubre de 1965.

Los problemas relacionados con la planificación sanitaria son de gran complejidad por el gran número de factores culturales, sociales y económicos que pueden afectar la salud de la población de cualquier país. (Por esta razón, los equipos de planificación deben ser de carácter multidisciplinario e incluir, por ejemplo, sociólogos, demógrafos, estadísticos y economistas, además de expertos en salud pública.) Otra complicación consiste en que, aun dentro de un mismo país, con un determinado sistema de salud pública, ciertas regiones pueden tener características demográficas, económicas, geográficas o médicas propias y peculiares, que obliguen a dar una orientación especial a sus servicios sanitarios. Esta complejidad no debe aducirse, sin embargo, como argumento para justificar el desarrollo espontáneo de los servicios sanitarios o la adopción de un procedimiento de tanteo, ya que ello puede conducir a que distintos países cometan los mismos errores al tratar de resolver los mismos problemas.

## DEFINICION DE LA PLANIFICACION SANITARIA

La planificación sanitaria se define en los siguientes términos en el cuarto informe del Comité de Expertos en Administración Sanitaria: <sup>1</sup> « La planificación de los servicios de salud pública consiste en un análisis inteligente y cuidadoso y en un desarrollo metódico de esos servicios en conformidad con los conocimientos modernos y las experiencias recientes para atender las necesidades sanitarias de un país hasta donde lo permitan sus recursos. »

En un informe de la OMS sobre la planificación sanitaria nacional en los países en desarrollo, publicado en 1967, hay otras afirmaciones importantes para apreciar debidamente la naturaleza de la planificación sanitaria. Por ejemplo, se dice que « la planificación sanitaria nacional es parte integrante de la planificación social y económica general ». <sup>2</sup> Además, se señala que la planificación « ha de prever la intervención de especialistas en ciencias políticas y en ciencias médicas, puesto que ambos son necesarios para la dirección administrativa de los programas sanitarios completos. A lo largo del proceso de planificación... los especialistas de diversas disciplinas y especialmente los de ciencias sociales, tienen numerosas ocasiones de colaborar con el personal sanitario en la preparación y la ejecución de los planes ». <sup>3</sup> También se dice que la planificación es un « trabajo de equipo en el que especialistas en varias disciplinas diferentes colaboran metódicamente en la preparación de un plan que pueda ser aceptado por el gobierno y reciba el apoyo financiero y administrativo necesario para su ejecución ». <sup>4</sup> Finalmente se subraya que « nunca se insistirá bastante en el hecho de que la planificación es un proceso continuo. Cada pocos años será necesario preparar nuevos planes para tener en cuenta los progresos realizados tanto en la esfera de la sanidad como en otros sectores del desarrollo ». <sup>4</sup>

En los países en que se planifica a nivel nacional, la planificación de salud pública consiste en un sistema de medidas sociales y estatales, de base científica, que permite el máximo aprovechamiento, en beneficio de la población, de los recursos disponibles para satisfacer sus necesidades de atención médica y de servicios epidemiológicos y sanitarios.

## PLANIFICACION SANITARIA Y PLANIFICACION NACIONAL

Es necesario definir la relación que media entre el plan sanitario y

<sup>1</sup> *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1961, N° 215, 4.

<sup>2</sup> *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1967, N° 350, 14.

<sup>3</sup> *Ibid.*, 15.

<sup>4</sup> *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1967, N° 350, 34.

el plan económico nacional en su totalidad, en los países en que éste último existe; en la URSS, por ejemplo, la planificación sanitaria es una parte de la planificación del conjunto de la economía nacional. Las necesidades culturales y materiales de la población, incluida la necesidad de diversas formas de asistencia médica, aumentan sin cesar y sólo se pueden satisfacer desarrollando rápidamente la totalidad de la economía del país. Esto exige, a su vez, la utilización racional de los recursos disponibles y, en consecuencia, la planificación nacional. Desde este punto de vista, la salud pública puede considerarse como uno de los numerosos sectores de la economía a los que se debe asignar una proporción adecuada de los recursos existentes que, inevitablemente, han de ser limitados. En realidad, el problema esencial que se ha de resolver mediante la planificación nacional es el de la distribución de los recursos disponibles entre los distintos sectores, en forma que permita obtener un desarrollo general armónico.

En lo concerniente a la salud pública, la situación se complica por el hecho de que, aunque los servicios sanitarios pueden contribuir al desarrollo social y económico, no todos ellos contribuyen, como ya se ha indicado, a alcanzar objetivos económicos. En el informe de la OMS sobre la planificación sanitaria nacional de los países en desarrollo, citado anteriormente, se llega a la conclusión de que, de hecho, es difícil encontrar una base « científica » para determinar la proporción de los recursos nacionales que debe dedicarse a los servicios de sanidad, y que no hay ningún criterio claro por el que se puedan regir los gastos sanitarios; en consecuencia, hay que realizar nuevas investigaciones sobre los criterios que se han de aplicar en la distribución de los recursos entre el sector sanitario y otros sectores.<sup>1</sup> Sin embargo, una vez se ha adoptado una decisión sobre los recursos que se han de asignar al sector sanitario, la planificación sanitaria garantiza su utilización del modo más eficaz para que la población cuente con las formas de asistencia médica que más necesite.

#### PRINCIPIOS DE LA PLANIFICACION SANITARIA

En el cuarto informe del Comité de Expertos de la OMS en Administración Sanitaria,<sup>2</sup> se enuncian, entre otros, los siguientes principios básicos de la planificación:

1. Debe definirse claramente la política sanitaria del gobierno, así como la forma general y el alcance del plan para llevarla a cabo.

---

<sup>1</sup> *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1967, N° 350, 24-25.

<sup>2</sup> *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1961, N° 215, 20-21.

2. La política sanitaria nacional debe estar en consonancia con el desarrollo económico y social del país.

3. La planificación sanitaria debe estar a cargo de un órgano competente, que puede ser una comisión, una junta o una división del ministerio o departamento central de sanidad, en la que estén representados todos los departamentos ministeriales relacionados con la salud pública y todas las demás organizaciones interesadas.

4. En todo plan deberá darse adecuada amplitud a los servicios sanitarios previstos y a la población atendida.

5. El plan sanitario debe adaptarse a las particularidades demográficas, sociales, culturales, económicas y administrativas del país.

6. El plan debe precisar la naturaleza de las relaciones entre los ministerios competentes en cuestiones de sanidad y establecer los medios de coordinación de todos los programas dedicados a la protección y fomento de la salud.

7. El plan debe especificar los plazos fijados para el logro de los objetivos propuestos, pero debe ser lo suficientemente flexible para que puedan introducirse en él, durante el periodo de ejecución, las modificaciones que aconsejen los cambios de circunstancias o los adelantos de la técnica.

8. Las disposiciones del plan se ajustarán a las posibilidades del país, en recursos financieros, personal y nivel de instrucción, para cubrir, no sólo las atenciones inmediatas, sino también las del desarrollo ulterior.

9. En todas las fases de la elaboración y de la ejecución de un plan nacional se han de mantener sin interrupción las operaciones de vigilancia, registro de datos y evaluación de la labor realizada.

#### INDICES E INDICADORES SANITARIOS, NORMAS Y PATRONES

En planificación se habla del empleo de « índices » o « indicadores ». Esos índices o indicadores dan la medida tanto del grado de salud de una colectividad como de las instalaciones y personal para la asistencia médica. Según el informe de un Grupo de Estudio de la OMS sobre Medición del Nivel de Salud, los índices o indicadores sanitarios pueden clasificarse en los tres grupos siguientes:<sup>1</sup>

a) Los que se refieren al estado de salud de las personas y de los grupos de población que viven en una región determinada (estadísticas demográficas, de nutrición, etc.);

<sup>1</sup> *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1957, N° 137, 12.

b) Los que se refieren a las condiciones del medio que pueden influir de manera más o menos directa sobre el estado de salud en una región; y

c) Los que se refieren a las actividades y a los servicios de salud pública que tienen por objeto mejorar las condiciones sanitarias (disponibilidad de hospitales, médicos y personal sanitario de otras categorías y uso que de ellos se hace).

Además, el Grupo consideró que podían establecerse índices para los diferentes elementos o grupos de elementos del problema, y que esa integración podía continuarse hasta agotar todos los elementos importantes, en cuyo caso el índice escogido podría denominarse índice general.<sup>1</sup> Ese índice sería muy valioso, tanto con fines de comparación internacional como para evaluar los cambios en el tiempo dentro de una zona determinada. El Grupo consideró tres posibles índices de este tipo, pero señaló que habría que añadir a ellos índices específicos,<sup>2</sup> tales como los de mortalidad infantil, defunciones por enfermedades transmisibles registradas entre cada 100 000 habitantes y los índices relativos a los servicios y actividades de salud pública.

Un Comité de Expertos de la OMS también discutió la cuestión de los índices sanitarios en una reunión celebrada en 1966,<sup>3</sup> y llegó a la conclusión de que esos índices podían dividirse en:

1) Índices de recursos (fondos, personal, instalaciones y organización); y

2) Índices de salud y de enfermedad (tasas y porcentajes de mortalidad, de morbilidad y de invalidez, y los índices de niveles de salud).

Un plan sanitario puede expresarse en función de los valores de ciertos índices, utilizando distintos índices y números de índices en los distintos planos de operación. El número de índices empleado aumenta a medida que el plan se orienta más directamente hacia un establecimiento determinado.

El sistema de índices utilizado en la planificación sanitaria se compone de la suma de los índices estadísticos, relacionados entre sí, que expresan el desarrollo general, tanto de la salud pública en conjunto como de sus diversos sectores por separado.

La magnitud de los distintos índices se determina midiendo los factores correspondientes y varía según las peculiaridades metodológicas de su forma de obtención; la forma de obtención depende, a su vez, de la extensión en que se hayan de reflejar los fenómenos y procesos de que se trate. Así, el índice más general de la asistencia médica ofrecida a la población es el del personal médico disponible. Ahora bien, éste es

---

<sup>1</sup> *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1957, N° 137, 13.

<sup>2</sup> *Ibid.*, 15.

<sup>3</sup> *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1967, N° 350, 16.

solamente un índice aproximado. Se encuentra una expresión más completa y objetiva de la asistencia médica facilitada, en el análisis de los índices de actividad de los ambulatorios, las policlínicas, los hospitales, los sanatorios y estaciones de cura y los servicios epidemiológicos y sanitarios, así como en el examen de los índices de puestos ocupados por médicos de las distintas especialidades, de utilización de los puestos médicos, etc.

Índices naturales son los expresados en términos numéricos o en términos de diversas unidades físicas (longitud, superficie, volumen, peso, potencia, etc.); índices financieros o de costos son los que expresan factores económicos en términos financieros.

En la URSS, el Gobierno fija un número reducido de índices: el número de camas de hospital, el número total de médicos necesarios, el número de camas en los sanatorios, el número de personas que pueden ser admitidas en los centros de enseñanza médica y la escala en que deben efectuarse las construcciones. En los niveles administrativos inferiores, los índices empleados comprenden el desarrollo de formas especializadas de asistencia médica, učastoks (véase pág. 54), la asistencia a grupos específicos de población (mujeres, niños, trabajadores industriales, etc.), la formación de personal médico, etc. En todos los niveles de la administración, desde el más alto hasta el más bajo, cada uno de los índices se define exactamente del mismo modo. Los índices de los planes correspondientes a los niveles inferiores se combinan para formar un solo plan estatal.

Debe observarse que la determinación de los valores de ciertos índices puede estar a cargo de los organismos de planificación o aparecer en disposiciones legislativas, como en la URSS, y los índices adquieren entonces el carácter de normas y patrones. En el Capítulo 5 figuran las definiciones exactas de estos términos y se dan ejemplos de esas normas y patrones, tanto en relación con la URSS como con otros países. El sistema de índices empleado en la planificación sanitaria de la URSS figura en el Anexo.

#### CARACTERISTICAS DE UN PLAN SANITARIO PRACTICO

En las discusiones técnicas de la 18ª Asamblea Mundial de la Salud se trató de formular concisamente las características principales de un plan sanitario práctico,<sup>1</sup> y se dijo que debe ser sencillo, completo y flexible y que debe fijarse cada una de sus fases, calcularse su costo y limitarse el tiempo de cada una de sus etapas; debe ser totalmente

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud (1965) *Report of the technical discussions at the Eighteenth World Health Assembly: health planning*, Ginebra (documento inédito A18/Technical Discussions/6.Rev.1).

aceptable para la comunidad y se debe poder evaluar en cada una de sus fases. Se insistió en la importancia de las siguientes características:

- 1) fijación de los objetivos y las prioridades mediante un estudio completo y ponderado;
- 2) flexibilidad;
- 3) empleo eficaz de los recursos; y
- 4) estudio adecuado de las necesidades de personal, tanto presentes como futuras.

El establecimiento de un plan sanitario se ha de basar en una evaluación, hecha por expertos, desde los puntos de vista demográfico e higiénico-sanitario, incluidos los índices cuantitativos y cualitativos de asistencia médica y los cálculos económicos y técnicos. Esa evaluación debe ser el resultado de un análisis completo de las necesidades, de la medida en que esas necesidades se satisfacen, de los recursos disponibles y de las leyes que rigen cada fase concreta del desarrollo de la salud pública.

Las tasas planificadas de crecimiento del sistema de establecimientos de salud pública, de las construcciones e instalaciones y de la formación de personal médico dan una indicación concreta del aspecto cualitativo de la salud pública y del lugar que ocupa entre los demás sectores de la economía nacional. La planificación sanitaria debe prever también la existencia de las debidas relaciones, en el sector de la salud pública, entre los diversos servicios de asistencia médica y sanitaria de que dispone la población: los sanitarios y epidemiológicos, los curativos y profilácticos, los de formación de personal, etc. Así, por ejemplo, en el sector de la asistencia curativa y profiláctica, es necesario que guarden las debidas proporciones los servicios de asistencia ambulatoria y policlínica, así como los de asistencia domiciliaria, hospitalaria, sanatorial y los prestados en estaciones de cura, etc.

La finalidad suprema de la planificación es encontrar las soluciones más racionales a los problemas del periodo en que se planifica, a la vez que se sientan las bases para conseguir nuevos progresos en el periodo siguiente, mediante la construcción de establecimientos sanitarios, la formación de médicos y de personal paramédico y la solución de problemas de organización y de otros tipos, por ejemplo, la erradicación de enfermedades transmisibles y la reducción de la morbilidad debida a esas enfermedades, etc.

La asistencia médica es, en esencia, un solo y mismo proceso, tanto si reviste la forma ambulatoria como la hospitalaria, o la prestada en sanatorios y estaciones de cura, según la clasificación adoptada en la URSS. De ahí que, si se pretende establecer un plan sanitario práctico, no se puedan examinar aisladamente los tres sectores citados. Si en la planificación no se adopta un criterio unificado, una u otra de las formas

de asistencia puede verse injustificadamente falta de recursos, o bien, en caso contrario, recibir un trato preferente a expensas de las otras. Igualmente se puede producir una duplicación innecesaria cuando, como resultado del sistema de organización que se adopte, ciertos grupos de población, como los niños y los trabajadores industriales, queden protegidos tanto por los servicios sanitarios generales como por los especializados.

En realidad, cuando por una planificación defectuosa no se conceden los medios necesarios para prestar un determinado tipo de atención médica, se subsana la falta por cualquier otro procedimiento. Sin embargo, esto puede conducir a una solución poco satisfactoria del problema de dotar a la población de una asistencia médica adecuada. Tal es el caso, por ejemplo, cuando la falta de camas de hospital se compensa con el aumento de la asistencia domiciliaria, que resulta mucho más costosa (véase pág. 62).

#### LA POLITICA SANITARIA Y LA ASIGNACION DE PRIORIDADES

Hoy se reconoce por todos que un plan sanitario no puede ser práctico si no se asienta en un sistema de prioridades. Esto obedece simplemente a que, en todo tiempo y durante cualquier periodo, los recursos de que se dispone son limitados, por lo que es imposible que las autoridades sanitarias puedan resolver simultáneamente todos los problemas con que han de enfrentarse. Por lo tanto, es necesario establecer un orden de prioridad y concentrar la atención en un sector particular de la salud pública y en la solución de ciertos problemas. Aunque el resultado de esto ha de ser, naturalmente, el retraso en el desarrollo de otros sectores, sigue siendo esencial que las diversas partes del plan sanitario guarden entre sí la debida armonía.

En la URSS, la cuestión de la asignación de prioridades queda comprendida en el llamado «sector principal», o sea, el que contiene los elementos esenciales para que se puedan cumplir todas las demás partes del plan. En consecuencia, al distribuir los recursos del sistema de salud pública (edificios, equipo y personal médico) se da preferencia a la solución de los problemas de este sector.<sup>1</sup> Claro está que la designación de un sector principal no significa que se ignoren todos los demás aspectos de la salud pública.

La cuestión de la asignación de prioridades está necesariamente muy relacionada con la de los objetivos del plan sanitario y, por lo tanto, con

<sup>1</sup> Popov, G. A. (1966) *Principles of public-health planning in the USSR*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud (documento inédito NHP/INF/66.4).

la política de salud pública; desde este punto de vista, el plan puede considerarse como la expresión de esta política en términos numéricos. La determinación de los objetivos del plan, y en consecuencia, del orden de prioridad de los diversos sectores, es un problema muy complejo y sólo puede resolverse mediante un minucioso análisis de la situación existente y de su probable evolución en el futuro.

Como ejemplo de la selección de sectores principales, el plan sanitario de la URSS para 1966-70 <sup>1</sup> señala las siguientes tareas preferentes:

1) reducción de la morbilidad y la mortalidad, especialmente entre los niños;

2) erradicación de las enfermedades transmisibles o nueva reducción de su incidencia;

3) mejoramiento general del nivel de asistencia médica;

4) mejoramiento de la dirección de la investigación médica y de la utilización del personal investigador;

5) mejoramiento de la calidad de la formación médica y de la distribución y utilización del personal calificado;

6) mejoramiento de la base material y tecnológica de los servicios sanitarios; y

7) mejoramiento de la supervisión de las condiciones de vida y de trabajo de la población.

En términos más generales, el Comité de Expertos de la OMS en Administración Sanitaria estimó que, al establecer las prioridades, se debe prestar atención especial a las actividades preventivas, a la organización de servicios para los grupos de población dedicados a actividades productivas y para la madre y el niño, y a las actividades relacionadas con la salud del mayor número de personas y con el mejoramiento del nivel de nutrición de la población. <sup>2</sup> Además, es obvio que los aspectos económicos de la salud pública han de influir en la política sanitaria y en la asignación de prioridades.

#### ASPECTOS ECONOMICOS DE LA SALUD PUBLICA

La cuestión de los aspectos económicos de la salud pública se ha tratado ya brevemente al hablar de las relaciones entre la planificación sanitaria y la planificación nacional (véase pág. 13). Como se ha dicho en un reciente informe de la OMS: <sup>3</sup> « Consciente o inconscientemente, muchos países establecen las prioridades fundándose en principios que,

<sup>1</sup> Popov, G. A. (1966) *Principles of public-health planning in the USSR*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud (documento inédito NHP/INF/66.4).

<sup>2</sup> *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1961, N° 215, 13.

<sup>3</sup> *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1967, N° 350, 30.

de un modo general, pueden llamarse económicos. Uno de esos principios es el de que debe darse más importancia a la prevención que a la curación; el costo de los servicios curativos que exige una enfermedad puede, en efecto, ahorrarse reduciendo la incidencia de esa enfermedad o erradicándola totalmente. Otra opción frecuente, de inspiración económica, es el común deseo de que se atienda preferentemente a salvar las vidas de los jóvenes, en los que se han hecho considerables inversiones de tipo social y que todavía han de aportar importantes contribuciones a la producción. Un tercer tipo de decisión inspirada en consideraciones económicas es la de combatir las enfermedades que puedan prevenirse a un costo relativamente bajo, con preferencia a aquellas cuya prevención resulta más costosa. Lo mismo puede decirse de la decisión de facilitar servicios sanitarios de mejor calidad a las zonas o a las profesiones en las que la pérdida de la mano de obra especializada o de horas de trabajo resulta muy gravosa para la economía del país. »

El hecho de que la salud pública pueda contribuir al desarrollo económico no significa, sin embargo, que deba considerarse puramente como una rama de la economía y que los servicios sanitarios hayan de preocuparse exclusivamente del aumento de la producción. Los recursos asignados a la asistencia médica o a las medidas para la mejora de la higiene industrial no deben considerarse únicamente desde el punto de vista de la rentabilidad. El carácter de la salud pública es esencialmente humanitario y su función es satisfacer la necesidad de vida saludable de los seres humanos. Según el informe de la OMS antes mencionado,<sup>1</sup> los servicios sanitarios « contribuyen al logro de otros factores del bienestar humano que son muy reales, aunque a veces difíciles de evaluar ».

Los aspectos económicos de la salud pública también pueden considerarse desde el punto de vista, más limitado, de los problemas económicos de la administración sanitaria. Esto nos lleva a estudiar — y, en su caso, a comparar — los diversos tipos de organización para la provisión de asistencia médica, la organización eficaz de las actividades del personal médico, el emplazamiento de los establecimientos de asistencia médica, el coste de los diversos tipos de asistencia médica, etc. Por tal razón, es necesario que los administradores de salud pública aprendan a emplear los conceptos y técnicas fundamentales de la economía, por lo que, en sus estudios, se deben incluir cursos sobre contabilidad de costos y preparación de presupuestos. El estudio sistemático de estas cuestiones es una parte importante de la planificación sanitaria.

<sup>1</sup> *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1967, Nº 350, 31.

## EL PROCESO CONTINUO DE LA PLANIFICACION

El desarrollo de la economía de un país es un proceso continuo. Por eso, resulta totalmente arbitraria la selección de un periodo determinado para la labor de planificación. Además, en ningún plan se puede conceder todo el margen necesario a los adelantos que se produzcan en la ciencia y la tecnología durante el periodo a que se extienda. Por otra parte, lo probable es que, en cuanto transcurra cierto tiempo, se haya perdido el paralelismo en el desarrollo de los diversos sectores. De ahí que sea preciso considerar la planificación como un proceso continuo en el que, de vez en cuando, hay que introducir modificaciones o rectificaciones, con el fin de mantener el debido equilibrio entre las necesidades de la población, que aumentan y cambian constantemente, y los recursos disponibles para satisfacerlas.

Debido a todo esto, es esencial que el periodo abarcado por el plan sea suficientemente largo, tanto para la ejecución de las medidas previstas como para evaluar, en cualquier momento, el punto a que se ha llegado en el cumplimiento de la labor proyectada. En consecuencia, la extensión del periodo de planificación dependerá del tiempo necesario para poder apreciar los resultados de la decisión que se adopte. Por ejemplo, siempre que se disponga de los datos estadísticos necesarios, será fácil comprobar, en un periodo relativamente breve (un año), los progresos efectuados en la construcción de establecimientos de asistencia médica. No ocurre así, sin embargo, en el caso de la formación de enfermeras y médicos, pues los resultados de la planificación no pueden observarse sin que hayan transcurrido de 3 a 6 años. Por lo tanto, en este sector los planes han de ser a largo plazo.

Otra consecuencia de que la planificación sea un proceso continuo es que no debe haber solución de continuidad al final de cada uno de sus periodos, sino que cada plan debe enlazarse, sin brusquedad, con el siguiente.

## METODOS DE PLANIFICACION SANITARIA

Entre los métodos de planificación empleados en la URSS está el *método analítico*, que comprende las fases siguientes: a) división de la cuestión estudiada en las partes que la constituyen; b) determinación del efecto de cada una de esas partes — especialmente de las que se consideren más importantes — sobre la totalidad de la cuestión, y c) formulación de las conclusiones generales apropiadas. Otro de los métodos utilizados es el de la *evaluación pericial*, basada en un examen completo de las necesidades de asistencia médica, de la medida en que se satisfacen,

de los recursos disponibles, etc. En el *análisis de costos y beneficios*, se estudia el costo de un proyecto determinado, en relación con los beneficios o efectos prácticos que de él se esperan. El *método de equilibración* sirve para asegurarse de que existe el debido equilibrio entre las necesidades y los recursos. El *método de razones y proporciones* garantiza el mantenimiento de proporciones adecuadas entre las distintas partes del plan. Particularmente en la URSS, es muy importante, en la planificación sanitaria, el mantenimiento de una proporción determinada entre las instalaciones médicas y el volumen de la población a que estén destinadas. Esa proporción normativa, aprobada por el Ministerio de Sanidad de la URSS, se basa en investigaciones científicas especiales o en la evaluación práctica de los servicios de asistencia médica existentes.<sup>1</sup> El *establecimiento de normas y patrones* tiene también importancia al planificar el desarrollo de los servicios sanitarios (véase el Capítulo 5).

En la planificación sanitaria es esencial asegurar la obtención de resultados máximos con un mínimo de recursos. En la actualidad ese *rendimiento máximo* u *optimización* puede alcanzarse con mayor facilidad mediante el empleo de calculadoras y de nuevas técnicas matemáticas. Como ya se ha indicado, los factores que influyen en la salud de la comunidad son complejísimos, y el planificador puede verse obligado a utilizar grandes cantidades de datos, cuya elaboración sería muy lenta sin el empleo de calculadoras. Además, actualmente se dispone de la investigación operativa como técnica para aplicar métodos científicos de análisis a los problemas de organización compleja. Se ha aplicado extensamente en la industria, y como la salud se encuentra ahora entre las diez principales industrias de la sociedad industrializada, son obvias las aplicaciones de la citada técnica en la práctica de la salud pública en general y, especialmente, en la planificación sanitaria.<sup>2</sup> Otra técnica de optimización que puede ser muy valiosa en la planificación sanitaria es la conocida como análisis de sistemas, que supone el uso de la programación lineal.

También debe mencionarse la llamada teoría de las « colas », es decir la aplicación de la teoría de las probabilidades al estudio de los retrasos o « colas » que se producen en los puntos de servicio.

Finalmente hay que citar la simulación por computadoras.<sup>3</sup> Si es posible establecer una serie de parámetros y determinar las relaciones entre ellos, la variedad de situaciones finalmente resultantes puede explorarse con rapidez por medio de una computadora. Se trata pues, en esencia, de un método para determinar por adelantado las conse-

<sup>1</sup> Popov, G. A. (1962) *The planning of in-patient services in the USSR*, Copenhagen, OMS, Oficina Regional para Europa (documento inédito EURO-137.2), pág. 2.

<sup>2</sup> Wessen, A. F. (1968). *On the scope and methodology of research in public health practice*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud (documento inédito OMC/RES/68.17, pág. 35).

<sup>3</sup> *Ibid.*, pág. 34.

cuencias de los diversos cambios que se pueden introducir en un sistema complejo, por lo que es obvia su aplicación en la planificación sanitaria, ya que en el sector de la salud pública no es posible el empleo directo del método experimental.

A este respecto es interesante señalar que el programa de investigación de la OMS en epidemiología y ciencias de la comunicación comprende un estudio sobre los métodos para la utilización, en la formulación de un plan sanitario, de los datos recogidos, y que se ha preparado en Colombia un proyecto provincial, con este propósito.<sup>1</sup>

#### REQUISITOS DE LA PLANIFICACION SANITARIA

La planificación sanitaria sólo es posible si se dispone de ciertos datos. Se cuentan entre ellos, en primer lugar, los relativos al volumen de población y a su composición en términos de edad, sexo y ocupación. También se necesitan datos sobre la distribución de la población. En segundo lugar, hay que disponer de datos sobre morbilidad, con especificación de la morbilidad que suponga una incapacidad temporal para el trabajo, mortalidad infantil, mortalidad por causas particulares, etc. Finalmente, hacen falta datos sobre las instalaciones de asistencia médica y el personal disponible. Esa información se necesita en cuanto a varios años precedentes al periodo que haya de abarcar el plan. Si, como ocurre en muchos países, no se dispone de los datos necesarios, antes de proceder a la planificación deben efectuarse investigaciones especiales para determinar el estado sanitario. Aun cuando se disponga de datos, puede ser preciso efectuar investigaciones especiales sobre la morbilidad y la mortalidad. Esas investigaciones consisten frecuentemente en un estudio de muestras, y la información requerida se obtiene mediante el examen de una muestra representativa de la población. En el Capítulo 2 se presentan los resultados de varios estudios de este tipo, sobre la morbilidad en la URSS.

#### ORGANIZACION DE LAS ACTIVIDADES DE PLANIFICACION

Se han descrito diversos procedimientos para establecer un plan sanitario. Un Comité de Expertos de la OMS ha declarado que todo plan por sectores exige:<sup>2</sup>

- 1) una evaluación precisa (diagnóstico) de la situación;
- 2) una indicación de las medidas recomendadas para aumentar la eficacia de las operaciones en el sector;

<sup>1</sup> *Crónica de la OMS*, 1969, 23, 418.

<sup>2</sup> *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1967, N° 350, 26.

3) una estimación de las necesidades de personal, categoría por categoría, con indicación de los medios necesarios para la formación de personal;

4) el costo de las diversas actividades, proyecto por proyecto, teniendo en cuenta y enumerando separadamente:

a) los gastos de capital (edificios, vehículos y equipo),

b) los gastos fijos de personal y materiales;

5) una descripción de los resultados previstos, en términos tan concretos como sea posible;

6) un cálculo tan preciso como sea posible de los efectos económicos previstos; y

7) recomendaciones sobre las actividades que conviene emprender en otros sectores, por ejemplo, nutrición, educación sanitaria e higiene del medio.

En la URSS se considera que la preparación de un plan sanitario puede dividirse en tres fases fundamentales:

1) el estudio de la situación presente y de su probable desarrollo futuro;

2) la determinación de las necesidades presentes y futuras de asistencia médica de la población;

3) el establecimiento de índices adecuados (véase más adelante) para utilizarlos en el plan sanitario correspondiente al periodo de planificación de que se trate.

Dicho en forma más detallada, la planificación puede suponer las siguientes operaciones:

1) el examen de la naturaleza y extensión de las enfermedades entre la población y del volumen y distribución de ésta, por ejemplo, en zonas urbanas y rurales y entre las diversas regiones del país, etc., así como la extensión de cualquier movimiento de población;

2) el examen de las diversas formas de asistencia médica disponibles — tanto en lo que respecta a establecimientos (hospitales, sanatorios, centros sanitarios, hospitales de maternidad, etc.) como a personal médico — así como el estudio del grado de eficiencia con que se utilizan las distintas instalaciones del sistema de distribución del personal, etc.;

3) la previsión de los cambios que se puedan esperar en la naturaleza y extensión de las enfermedades, y en el volumen de la población, su estructura por grupos de edades y su distribución geográfica, etc.;

4) la determinación de los fines del plan sanitario y de los objetivos que deban especificarse;

5) el establecimiento de las normas y patrones que deban incorporarse al plan, y la evaluación de la medida en que se atienden las necesidades de los diversos servicios;

6) la preparación del plan sanitario por los métodos especiales ya mencionados, y su corrección y equilibración con todos los demás sectores de la economía nacional;

7) los estudios de evaluación para determinar la medida en que se han alcanzado los objetivos y metas del plan, y la revisión de éste a la luz de los resultados de esos estudios.

En la URSS, el Gobierno decide el procedimiento y los plazos para la preparación del plan económico nacional. Basándose en estas directrices, los diversos ministerios y departamentos elaboran y envían, a los organismos que de ellos dependen, las instrucciones necesarias para que elaboren los planes destinados a las zonas o sectores de su jurisdicción (planes de zona o sector).

En cada uno de los planos administrativos, es decir, en el plano del rayón (municipio), del oblasto (krai o república autónoma), de cada una de las repúblicas que constituyen la Unión y de la URSS en su conjunto, participan los siguientes sistemas de organismos en la elaboración del plan sanitario: los órganos supremos del poder soviético (los Consejos de Ministros, los Comités Ejecutivos de los Soviets de Diputados de los Trabajadores), los organismos de planificación (los organismos estatales de planificación de las diversas repúblicas de la Unión y autónomas y los organismos de planificación de oblasto y los municipales o de rayón), los organismos de salud pública de las repúblicas y corporaciones locales (ya que el presupuesto de salud pública se prepara paralelamente con el plan sanitario), y los comités permanentes de salud pública del Soviet Supremo de la URSS, de los Soviets Supremos de las repúblicas de la Unión y de los Soviets Locales de Diputados de los Trabajadores.

El Organismo Estatal de Planificación de la URSS, después de examinar detenidamente los proyectos de los planes, los somete al Consejo de Ministros de la URSS, expone su opinión sobre esos proyectos y también presenta un resumen del proyecto de plan económico nacional al Gobierno. Este plan, una vez aprobado por el Consejo de Ministros de la URSS, se somete para su confirmación al Soviet Supremo de la URSS, y, una vez confirmado, adquiere fuerza de ley.

El plan, después de confirmado, se envía a las autoridades de los niveles administrativos inferiores (las repúblicas de la Unión, los oblastos y los municipios o rayones) donde, tras introducir las correcciones necesarias a la luz de los cambios hechos en el primer proyecto y de los índices elaborados en detalle, se confirma en las reuniones de los Soviets Supremos de las repúblicas de la Unión o autónomas y de los Soviets de Diputados de los Trabajadores, de los kraís, oblastos y municipios o rayones (véase Fig. 1, donde se presenta el modo de preparación y aprobación en la URSS del plan sanitario).

FIG. 1. PROCEDIMIENTO PARA LA PREPARACION Y APROBACION DEL PLAN NACIONAL EN LA URSS

