

Este informe recoge la opinión colectiva de un grupo internacional de especialistas y no representa necesariamente el criterio ni la política de la Organización Mundial de la Salud.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
SERIE DE INFORMES TECNICOS

Nº 589

**PLANIFICACION Y EVALUACION
DE SERVICIOS
DE ODONTOLOGIA
DE SALUD PUBLICA**

**Informe de un Comité de Expertos
de la OMS**

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

GINEBRA

1976

ISBN 92 4 320589 7

© Organización Mundial de la Salud 1976

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 de Derechos de Autor. Las entidades interesadas en reproducir o traducir en todo o en parte alguna publicación de la OMS deberán solicitar la oportuna autorización de la División 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 aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la OMS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las marcas registradas de artículos o productos de esta naturaleza se distinguen en las publicaciones de la OMS por una letra inicial mayúscula.

PRINTED IN SWITZERLAND

INDICE

	Página
Introducción	5
1. Antecedentes	5
2. Niveles de la planificación sanitaria	7
2.1 Formulación de una política sanitaria nacional	7
2.2 Planificación de un programa sanitario nacional	8
2.3 Formulación de proyectos sanitarios	9
3. Formulación de una política de salud estomatológica	10
4. Planificación de un programa nacional de salud estomatológica	12
4.1 El proceso de planificación	12
4.2 Análisis de la situación	12
4.2.1 Consideraciones administrativas	14
4.2.2 Usuarios	15
4.2.3 Prestación de la asistencia	17
4.2.4 Presentación	19
4.3 Identificación de problemas y formulación de objetivos	19
4.3.1 Identificación de problemas	19
4.3.2 Formulación de objetivos	21
4.4 Formulación y análisis de otras posibles estrategias	21
4.4.1 Ejemplos de posibles estrategias	22
4.5 Actividades especiales	24
4.6 Selección de estrategias	26
4.6.1 Consulta con los superiores	27
4.7 Formulación del programa	27
5. Evaluación	29
6. Resumen y recomendaciones	33
Nota	35
Anexo 1. Criterios utilizados para decidir el orden de prioridad de los problemas sanitarios y parasanitarios nacionales	36

COMITE DE EXPERTOS DE LA OMS EN PLANIFICACION Y EVALUACION
DE SERVICIOS DE ODONTOLOGIA DE SALUD PUBLICA

Ginebra, 10-14 de noviembre de 1975

*Miembros : **

- Dr. M. M. Chaves, Representante de la Fundación W. K. Kellogg para América Latina, Río de Janeiro, Brasil (*Presidente*)
- Dr. J. C. Greene, Chief Dental Officer, United States Public Health Service, Department of Health, Education and Welfare, Rockville, MD, Estados Unidos de América (*Relator*)
- Dr. L. Hanachowicz, Escuela de Odontología, Lyon, Francia ; Odontólogo Asesor del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Francia
- Dr. W. G. McIntosh, Executive Director, Canadian Dental Association, Toronto, Canadá
- Dr. G. R. Noor, Director de los Servicios de Higiene Dental, Departamento de Salud de Indonesia, Yakarta, Indonesia
- Profesor A. I. Rybakov, Director del Instituto Central de Investigaciones de Estomatología, Ministerio de Salud de la URSS, Moscú, URSS (*Vicepresidente*)
- Profesor G. L. Slack, London Hospital Medical College, Dental School, Londres, Inglaterra

Representantes de otras organizaciones :

Federación Dental Internacional :

- Profesor L. J. Baume, Vicepresidente de la Federación Dental Internacional, Section Médecine dentaire, Universidad de Ginebra, Ginebra, Suiza

Secretaría :

- Dr. P. Baerum, Director de la División de Higiene Dental, Servicios de Salud de Noruega, Real Ministerio de Asuntos Exteriores de Noruega, Oslo, Noruega (*Asesor temporero*)
- Dr. D. E. Barmes, Jefe del Servicio de Odontología, OMS, Ginebra, Suiza (*Secretario*)
- Dr. L. K. Cohen, Division of Dentistry, United States Public Health Service, Health Resources Administration, Bureau of Health Resources Development, Bethesda, MD, Estados Unidos de América (*Asesor temporero*)
- Dr. J. Kostlan, Consultor de Higiene Dental, Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa, Copenhague, Dinamarca
- Dr. V. F. Rudko, Rector del Instituto Médico de Estomatología de Moscú, Moscú, URSS (*Asesor temporero*)
- Dr. F. D. Schofield, Médico Jefe del Servicio de Planificación Sanitaria, OMS Ginebra, Suiza

* No pudo asistir el Dr. J. O. Akinosi, División de Odontología, Facultad de Medicina de la Universidad de Lagos, Lagos, Nigeria.

PLANIFICACION Y EVALUACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGIA DE SALUD PUBLICA

Informe de un Comité de Expertos de la OMS

INTRODUCCION

Del 10 al 14 de noviembre de 1975 se reunió en Ginebra un Comité de Expertos de la OMS en planificación y evaluación de servicios de odontología de salud pública. En nombre del Director General inauguró la reunión el Dr. D. Tejada de Rivero, Subdirector General. Después de dar la bienvenida a los miembros del Comité, recalcó la necesidad de contribuir a la movilización de los propios recursos de los países en todos los sectores sanitarios, para que puedan ser lo antes posible independientes en materia de salud.

Manifestó también el Dr. Tejada que en todos los sectores, incluso los más específicos y técnicos, es indispensable un enfoque integrado, que considere cada sector concreto como parte no sólo de un problema sanitario más complejo, sino también del desarrollo general. Así, el mandato de este Comité de Expertos consistía en considerar cómo se podrá integrar la planificación de la higiene dental en la planificación y la programación generales de salud. Esta cuestión presupone deliberaciones fundamentales sobre los siguientes puntos :

- integración dentro del sector de la estomatología,
- evaluación, documentada, de otros posibles enfoques, y
- continuación de los ensayos e investigaciones para asegurar la máxima eficacia de los datos estomatológicos aportados.

1. ANTECEDENTES

Aunque la planificación de programas relativos a problemas de higiene dental había sido ya estudiada por otros Comités de Expertos y Grupos de Trabajo de la OMS,^{a, b} ha sido ésta la primera ocasión en que un Comité de Expertos de la OMS en Higiene Dental se reunía para debatir exclusivamente ese tema. Durante las deliberaciones se examinó especialmente la política de la OMS relativa a la programación sanitaria por

^a OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 298, 1965 (*Organización de Servicios de Higiene Dental* : informe de un Comité de Expertos de la OMS en Higiene Dental).

^b *Planning and evaluating dental health services : report of a Working Group*. Oficina Regional de la OMS para Europa, 1972 (documento N° EURO 5505).

países, a fin de contribuir a que la planificación de la higiene dental se considere en el marco de la planificación sanitaria total, y no para indicar que deba utilizarse exclusivamente tal o cual procedimiento de programación sanitaria. El Comité reconoció que hay muchas maneras de abordar la planificación que se utilizan mucho y que dan buenos resultados. Lo importante es que se efectúe una planificación sistemática y cuidadosa que garantice un empleo eficaz y rentable de los recursos.

Al examinar el tema de la planificación y evaluación de los servicios de odontología de salud pública,^a el Comité reconoció que sería conveniente una interpretación amplia del título. Por ello, los debates subsiguientes se orientaron a la planificación y evaluación de todos los servicios de estomatología, tanto preventivos como curativos, de que dispone el público en el marco general de los servicios de salud. Se estimó que ello era necesario porque 1) el grado en que los servicios estomatológicos se prestan con el esfuerzo público varía mucho según los países, y 2) la planificación de cualquier servicio de salud no puede hacerse debidamente sin considerar todos los recursos y los tipos de servicios sanitarios relacionados con la higiene estomatológica como elemento esencial de las actividades sanitarias generales. Por ello, en todo el resto del presente documento, a menos que se diga otra cosa, la expresión servicios de estomatología u odontología refleja esa amplia interpretación y abarca los servicios de odontología de salud pública, pero sin limitarse a éstos.

Aunque se ha procurado que el presente informe sea útil sobre todo a los países en desarrollo, se pretende además que sea valioso también para los países desarrollados. Para alcanzar ese fin de utilidad en diversas situaciones, aunque conservando una especificidad suficiente para servir de pauta a planificadores y administradores, el informe se refiere sobre todo a principios y procesos, dándose ejemplos para facilitar la comunicación.

A medida que las poblaciones del mundo entero se interesan cada vez más por los problemas de salud de toda clase y buscan soluciones apropiadas, va en aumento la proporción de los valiosos recursos nacionales que se destina a la salud. Hay creciente conciencia de que la capacidad de la población para utilizar los recursos sanitarios es casi ilimitada, mientras que los recursos que pueden dedicarse a la salud son limitados. Por ello, la necesidad de planificar y desarrollar programas encaminados a resolver los principales problemas sanitarios del modo más eficaz y

^a Los servicios de odontología de salud pública son servicios educativos, preventivos o terapéuticos organizados, administrados o financiados por organizaciones oficiales o por grupos comunitarios para promover, mantener y mejorar el estado de salud estomatológica de grupos de individuos o de colectividades.

rentable es de importancia decisiva, tanto para los países desarrollados como para los países en desarrollo. Es de especial importancia la evaluación de los programas de salud para determinar si realmente se están alcanzando los objetivos propuestos dentro de los costos permisibles. Este proceso de planificación y evaluación, para ser eficaz, ha de ser continuo y debe orientar las decisiones sobre gestión y sobre asignación de recursos.

En odontología, la necesidad de planificar para conseguir una acertada utilización de los escasos recursos es sumamente importante. Casi todo el mundo necesita acceso a los servicios de higiene dental, y sin embargo la cantidad de éstos que pueden facilitarse es muy insuficiente para atender esa necesidad. En las siguientes consideraciones se pretende mostrar al planificador un criterio organizado y sistemático para formular programas dentales basados en objetivos cuidadosamente elegidos y cuantificados, cuyo logro pueda evaluarse críticamente.

2. NIVELES DE LA PLANIFICACION SANITARIA

La planificación sanitaria en un país se realiza a tres niveles :

- formulación de una política sanitaria nacional,
- planificación de un programa sanitario nacional (o provincial/regional), y
- formulación de proyectos sanitarios.

En todos los países hay planificación a esos niveles, a veces explícitamente por procedimientos formales de planificación, otras veces implícitamente como parte de un proceso continuo de asignación de recursos a la salud y actividades afines por parte de gobiernos, organizaciones, o particulares. El esfuerzo nacional de programación sanitaria deberá vincularse funcionalmente a los procesos superiores e inferiores a aquélla.

2.1 Formulación de una política sanitaria nacional

La política sanitaria nacional, explícita o implícita, debe orientar a los planificadores no sanitarios respecto de la importancia de los factores de salud para el desarrollo socioeconómico nacional, y también a los planificadores sanitarios en el ámbito nacional o provincial (o a un grupo de « programación sanitaria por países »). Proporciona también orientación política y socioeconómica a mediano y a largo plazo, así como directrices a que deberán atenerse los objetivos y los programas de salud de ámbito nacional o provincial. Cuando no existe una política nacional sanitaria explícita y completa, se adoptan decisiones de alcance nacional en las que van implícitas la doctrina y la política de los órganos decisorios.

Se reconoce la necesidad de sustituir las medidas nacionales inconexas por una política nacional explícita y orientadora. A satisfacer esa necesidad se encaminan los procesos planificadores que se bosquejan en el presente informe y las reacciones que evocan a nivel nacional. Para más detalles sobre este punto en lo referente a la estomatología, se remite al lector a la Sección 3.

2.2 Planificación de un programa sanitario nacional

La planificación nacional de programas sanitarios es un proceso destinado a : identificar problemas de salud prioritarios de interés primordial para el país en el marco de su plan de desarrollo ; concretar objetivos en esos sectores difíciles ; traducir los objetivos en programas de desarrollo sanitario, que han de cumplirse durante el periodo del plan, mediante la identificación de las actividades, de necesidades de recursos, y de la organización que se requieren para alcanzar esos objetivos ; y ejecutar, evaluar y reformular cuando proceda esos programas.

Para este nivel de planificación, la OMS ha elaborado métodos pragmáticos y flexibles, adaptables por las administraciones de sanidad que, deseando establecer sus propios procedimientos, no lo hayan hecho aún. Colectivamente, esos métodos se denominan Programación Sanitaria por Países, y en todo momento se destaca en ellos la interacción entre el sector sanitario y otros sectores de la esfera socioeconómica.

Más concretamente, las finalidades de la programación sanitaria por países son :

- aclarar la índole de los problemas sanitarios existentes, así como la influencia en ellos de factores como la tecnología, la urbanización, la industrialización, y el contexto social, económico y político ;
- señalar las correlaciones importantes entre el sector sanitario y los distintos sectores sociales y económicos, así como entre los diversos componentes del sector sanitario ;
- facilitar la elaboración de otras posibles estrategias^a en una forma que sirva de base para elegir y que sea útil a quienes adoptan las decisiones ;

^a Una estrategia es el conjunto de tecnologías relacionadas con la salud, combinadas con determinados procedimientos, métodos, mecanismos y recursos de índole política, social, educativa, administrativa, logística, financiera y de evaluación, que se estime necesarios para asegurar su viabilidad y su adaptabilidad en las circunstancias locales.

- fomentar y facilitar la ejecución de programas de desarrollo sanitario en zonas difíciles de gran prioridad ;
- señalar sectores del programa que requieran proyectos de desarrollo bien regidos ; esos sectores pueden abarcar programas existentes, necesitados o no de revisión, y sectores no comprendidos todavía en los programas actuales o futuros ;
- fomentar la mejora de la planificación sanitaria, de la formulación de proyectos, de la gestión, y de la práctica de evaluaciones ;
- mejorar los planes nacionales de sanidad, atendiendo sobre todo a una mayor eficacia en la asignación de recursos ;
- señalar sectores del programa y proyectos para los que pudiera obtenerse ayuda exterior de fuentes como : acuerdos bilaterales con otros países ; acuerdos multinacionales ; organismos de las Naciones Unidas y fundaciones.

El Comité cree que las pautas para la programación sanitaria por países establecidas por la OMS son utilísimas para el análisis y la planificación del problema total de salud, pero quienes se interesen por la planificación de la higiene estomatológica hallarán también valiosas las pautas que conciernen concretamente a problemas de odontología. También cree importante el Comité que la planificación dental se haga paralelamente a la planificación total de la salud, y por ello los métodos de planificación de higiene dental habrán de ser compatibles con los métodos de la programación sanitaria por países. Por tal motivo, el Comité se atuvo al razonamiento lógico y, en particular, a la serie de medidas que se describen en las pautas de la programación sanitaria por países y estimó que los procedimientos de planificación que se esbozan en el presente informe serán fácilmente adaptables en la práctica a otros procedimientos formales de planificación sanitaria nacional, ya que todos esos sistemas de planificación se basan en conceptos y supuestos lógicos análogos.

2.3 Formulación de proyectos sanitarios

La OMS ha publicado un manual ^a que describe los procedimientos adecuados para este nivel de planificación, que son muy apropiados para la planificación de proyectos de salud estomatológica. En la Sección 4 se dan más detalles sobre este tipo de proyectos.

^a BAINBRIDGE, J. Y SAPIRIE, S. Health Project Management : A Manual of Procedures for Formulating and Implementing Health Projects, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1974 (OMS, Publicación en Offset N° 12).

3. FORMULACION DE UNA POLITICA DE SALUD ESTOMATOLOGICA

Los gobiernos nacionales tienen políticas que orientan su actuación en materia de salud. Esas políticas pueden ser mutuamente complementarias, o inconexas, y hasta contradictorias. Pueden ser de carácter general y estar claramente expuestas, o pueden no haber sido expuestas en absoluto. No es corriente que los países hagan declaraciones completas sobre política sanitaria general, pero más escasas aún son las exposiciones precisas de la política nacional en lo que respecta a la salud estomatológica. Con frecuencia, los actos u omisiones nacionales son la única indicación clara de una política sanitaria estomatológica. Sin embargo, es indispensable que administradores y planificadores cuenten con directrices para planificar y ejecutar los programas de odontología.

Las personas encargadas de planificar un programa dental deberán tener conocimiento lo antes posible de las políticas ya vigentes o hacer lo necesario para que sean formuladas o modificadas cuando proceda. Puede ser necesario proponer una política y tratar de obtener el asentimiento de los órganos decisorios y financiadores antes de emprender el proceso de planificación. Una política nacional de estomatología debe reflejar lo siguiente :

- compromiso de mejorar la salud estomatológica ;
- la visión nacional de los programas de salud estomatológica en relación con la salud en general ;
- la visión nacional de la función relativa de los sectores privado y público en la prestación de servicios odontológicos, incluyendo la función de los médicos indígenas ;
- actitud en lo que respecta al desarrollo, despliegue y utilización de todos los tipos de personal que actúan en el sector sanitario ;
- prioridades relativas para la recepción de los servicios entre los grupos de edad u otras categorías especiales ;
- actitud en lo que respecta a las prioridades relativas de la prevención y el tratamiento ;
- disposición a invertir en investigación y evaluación ;
- resultados esperados del uso de fondos públicos en programas odontológicos ;
- visión de las prácticas culturales que son nocivas para la salud estomatológica.

Cuanto más precisas y comprensibles sean las exposiciones de política, tanto más útiles resultarán. Al mismo tiempo, conviene que en esas declaraciones se deje margen a la flexibilidad del programa, para poder ajustarse a cambios de política ulteriores.

A corto plazo cabe modificar la política estomatológica para tener en cuenta los efectos de acontecimientos secundarios, sin gran trastorno de los programas de higiene dental. Pero pueden ocurrir acontecimientos importantes en cualquier momento imprevisible. Los datos recogidos en el programa mundial de epidemiología estomatológica de la OMS revelan un aumento rápido y alarmante de la prevalencia de la caries dental en grandes grupos de población de países en desarrollo donde esa dolencia era relativamente rara. Por otra parte, y gracias a los recientes progresos de la investigación sanitaria, hoy día se puede prevenir un creciente número de enfermedades y trastornos. La tecnología prosigue su rápida expansión en muchas disciplinas, y no cabe duda de que seguirán haciéndose descubrimientos en la prevención de las enfermedades. Lo mismo sucede en el sector estomatológico y justifica la hipótesis de que se llegará a dominar la caries dental y las periodontopatías.

A menos que los planificadores prevean hábilmente esos acontecimientos, puede llegarse a una situación en la que la enseñanza y formación profesional del personal de odontología y la prevalencia de la caries dental y las afecciones periodónticas sigan tendencias opuestas. Es preciso formular una política estomatológica que deje margen para futuros cambios, con el fin de evitar situaciones de ese tipo. Uno de los posibles cambios, en armonía con la correlación entre la higiene dental y la política sanitaria general, y en previsión del momento en que estén dominadas las afecciones dentales, es la integración, en situaciones apropiadas, de las enseñanzas de odontología y medicina, siendo aquélla una de las especialidades de la asistencia sanitaria.

Es también importantísimo comprender, por lo que respecta tanto a las situaciones actuales como a las tendencias de morbilidad, no sólo que la demanda de servicios de higiene dental puede diferir entre distintas regiones de un mismo país, sino también que los grupos más necesitados desde el punto de vista odontológico pueden no ser los más necesitados en otros sectores sanitarios. El ejemplo más ilustrativo es el aumento de la caries dental que se observa entre los habitantes urbanos de países en desarrollo; esas personas, relativamente muy bien atendidas en materia de servicios generales de salud, están necesitadas a veces de servicios de estomatología. El no prever esa situación, por no conseguir frenar la migración urbana o por no poder prestar servicios adecuados, provocará problemas de gran envergadura.

Estos pocos ejemplos y tendencias revelan la necesidad de identificar cuidadosamente los sectores de semejanza y de diferencia en la formulación de la política sanitaria general y estomatológica:

4. PLANIFICACION DE UN PROGRAMA NACIONAL DE SALUD ESTOMATOLOGICA

4.1 El proceso de planificación

El proceso de planificación que se describe en el presente informe es uno de los muchos que cabe utilizar para alcanzar el objetivo de facilitar una utilización eficaz y rentable de recursos escasos para alcanzar las metas prefijadas. Se divide en seis etapas, que habrán de emprenderse en el marco de la política sanitaria nacional :

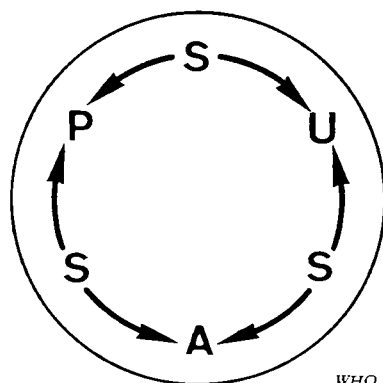
- análisis de la situación,
- identificación de problemas y formulación de objetivos,
- formulación y análisis de otras posibles estrategias,
- identificación de esfuerzos especiales,
- selección de la estrategia, y
- formulación del programa.

Dentro de la formulación del programa hay disposiciones para la evaluación, pero de ésta se trata concretamente en la Sección 5 del presente informe. Esas etapas del proceso de planificación se describen en las secciones siguientes por el orden en que se han enumerado. Para mantener el encadenamiento lógico de ideas en el proceso de planificación, es aconsejable guardar lo más posible ese orden, ya que cada etapa se basa en la información que aporta la etapa anterior. A veces hay que volver a etapas anteriores para introducir modificaciones resultantes de un análisis minucioso de las posibilidades o de una redefinición de las decisiones de política basada en las conversaciones que cuando convenga se celebren con los órganos decisorios.

4.2 Análisis de la situación

El análisis de la situación en que se desenvolverán la planificación del programa y su ejecución subsiguiente es indispensable para formarse idea de la situación sanitaria existente y del rendimiento de los servicios sanitarios, y para documentar la evolución y los posibles cambios de esos elementos. Sin conocer a fondo la dinámica del medio en que la población obtiene asistencia estomatológica, serán erróneos e inútiles los intentos de mejorar la salud estomatológica.

Dados los objetivos de identificación y resolución o disminución de los problemas estomatológicos principales, puede ser conveniente considerar cualquier sector de planificación en función de sus sistemas de prestación de servicios odontológicos. Un sector puede contener uno o más subsistemas y, en toda economía en desarrollo, ocurre a veces que un solo subsistema contiene elementos no tan clara o formalmente definidos como otros. Por ejemplo, en ocasiones los componentes del personal de odontología no son fácilmente clasificables con arreglo a títulos profesionales oficiales porque, en esas circunstancias, algunas de las funciones que suele realizar el personal de odontología oficialmente adiestrado puede cumplirlas personal indígena sanitario o no. En el diagrama siguiente se da un ejemplo de sistema de prestación de servicios odontológicos :



WHO 76555

- P = Proveedores de servicios directos de odontología (dentistas, estomatólogos, enfermeras de odontología, otro personal auxiliar perteneciente o no a la odontología, etc.)
- U = Posibles usuarios de la asistencia, ya se trate de poblaciones enteras o de grupos de población
- A = Personal de administración o decisión, políticos, representantes de compañías de seguros, u otras personas cuya misión consista en facilitar la prestación y la recepción de servicios dentales
- S = Bienes y servicios de higiene dental; pagos; e información (los bienes comprenderían partidas como prótesis, coronas, cepillos de dientes, etc.)

Las flechas indican los caminos que pueden seguir los servicios, bienes, pagos e información.

El círculo representa el contexto social, económico y político en el que ocurren esos intercambios. Juntos, esos componentes pueden concebirse como un sistema de prestación de asistencia y, como tal, facilitar el análisis del sistema y de la situación en que el sistema actúa.

Los principios fundamentales de acopio de datos para el análisis de la situación son : que cada elemento sea de interés para los fines de planificación ; que las partidas para las que se recogen datos posean características mutables o variables ; y que los datos puedan obtenerse de las fuentes disponibles a bajo costo, sin necesidad de practicar nuevas encuestas especiales. Lo mejor es que esos datos sean recogidos por un pequeño grupo de planificadores (que incluya si es posible a un estadístico sanitario) familiarizados con las fuentes informativas existentes.

4.2.1 *Consideraciones administrativas*

Los datos, tanto cuantitativos como cualitativos, sobre política sanitaria general y estomatológica se obtendrán de fuentes como las siguientes :

- gobiernos centrales y regionales, especialmente los ministerios encargados de la política sanitaria,
- administradores no gubernamentales de servicios,
- organismos financiadores de asistencia odontológica,
- organizaciones de usuarios,
- proveedores de servicios.

Las pertinentes declaraciones de política, con indicación de prioridades y metas, pueden hallarse en los planes nacionales de desarrollo, en las disposiciones constitucionales y estatutarias, en las descripciones de funciones orgánicas, en los planes sanitarios nacionales, en los resultados de encuestas anteriores, en resoluciones aprobadas por asociaciones profesionales, etc. Esa información ayudará al planificador a identificar los incentivos y restricciones inherentes a la situación actual y relacionados con la prestación óptima de servicios estomatológicos.

Se identificará la legislación sanitaria existente o prevista, que facilite o dificulte cualquier aspecto del sistema de prestación de asistencia estomatológica (en lo referente a los aspectos administrativos, producción, distribución y autorización del personal, elegibilidad de los usuarios, etc.).

Para poder determinar las posibilidades más favorables de intervención en este proceso se necesita un diagrama dinámico y una descripción de las principales etapas legislativas en el sector de la planificación. Se tomará nota de la misión y funciones de cualquier grupo que pudiera intervenir en el proceso legislativo de adopción de decisiones.

A la descripción de la legislación se agregarán comentarios con los datos más recientes acerca del cumplimiento o incumplimiento, y se indicará hasta qué punto las decisiones administrativas han influido en la interpretación y, por consiguiente, en el cumplimiento de esas leyes.

Se examinarán y describirán los programas existentes de asistencia estomatológica a cargo de terceros o de organismos oficiales, especificando el tipo y alcance de sus servicios y la cobertura de la población (fluoruración del agua, reconocimientos escolares, programas de tratamiento escolar, seguro de poblaciones, etc.). Los archivos de los servicios pueden ser una valiosa fuente de datos en algunos casos.

Se cuidará de enumerar la siguiente información presupuestaria :

- 1) el gasto total que durante un tiempo dado han efectuado en sanidad en el sector de planificación fuentes oficiales y no oficiales ;
- 2) el gasto total, oficial y no oficial, destinado a salud estomatológica durante el mismo tiempo y en el mismo sector.

Junto a esos gastos debe indicarse el número de personas tratadas u otros datos de costo unitario, si los hay. En lo posible, los datos se subdividirán por conceptos de gasto (formación de personal, prestación de asistencia directa, distribución de personal, incentivos, instalaciones, investigación y desarrollo, etc.). Como algunos de los métodos actuales para registrar afecciones bucales y el tratamiento correspondiente son de gran precisión, el cálculo de los costos unitarios — aunque se trate de servicios muy específicos — es a veces posible y resulta muy útil.

Se describirán las categorías, el número y las funciones del personal que intervenga en cuestiones de administración de higiene dental en cada nivel gubernamental o administrativo. Se describirán los sistemas de información, evaluación y gestión en cada nivel y se indicarán las conexiones entre los niveles.

El número y el tamaño de las instalaciones utilizadas para prestar asistencia se determinarán y agruparán por tipos (por ejemplo, unidades móviles, dispensarios particulares, laboratorios de odontología, consultorios simples y múltiples, etc.), y se expondrá su distribución proyectada y real por zonas geográficas y administrativas, así como el número de pacientes atendidos en cada centro durante un tiempo determinado.

4.2.2 *Usuarios*

Se compilarán datos demográficos acerca de los usuarios actuales y posibles. Aunque esos datos representan elementos del sistema, que rara vez pueden ser alterados por los administradores, esa información aclara los incentivos y las restricciones existentes en cuanto a prestación de servicios de asistencia estomatológica. Esa información deberá comprender aspectos como los siguientes :

- pirámides de edad y sexo ;
- distribución urbana/rural ;
- tamaño de las familias por zonas de residencia ;
- densidad y distribución de la población ;
- tiempo de residencia de subgrupos identificables de la población (por zonas de residencia, por características étnicas, etc.); y
- proyecciones demográficas (basadas en la tasa bruta de natalidad, tasa bruta de mortalidad y tasas de inmigración y emigración).

Se obtendrá una descripción más completa del sector usuario por medio de indicadores socioeconómicos como los siguientes :

- nivel de instrucción alcanzado, mediante una clasificación escolar apropiada (por ejemplo, falta de escolaridad, terminación de la enseñanza primaria, terminación de la secundaria, etc.) ;
- porcentaje de la población que es económicamente activa (en efectivos laborales) por sectores geográficos o administrativos de planificación ;
- distribución por ocupaciones dentro de cada zona, si es posible ;
- niveles de ingreso individual y familiar en cada sector ; y
- pertenencia a grupos que puedan recibir asistencia estomatológica especial.

Se indicarán del siguiente modo las dificultades de acceso y salida de los lugares donde se preste la asistencia estomatológica :

- tipo y distancia de transporte hasta los centros asistenciales, tanto para la asistencia primaria como para la especializada ;
- costo del transporte hasta los centros asistenciales, en términos de dinero desembolsado por el usuario y de tiempo invertido por éste en llegar a los centros y en volver de éstos.

Convendrá disponer de otros indicadores del comportamiento y de las actitudes del usuario frente al sistema, por ejemplo, los siguientes :

- lo que se espera del sistema de prestación de asistencia estomatológica ;
- experiencias reales notificadas concernientes a la recepción de servicios de asistencia estomatológica ;
- opinión sobre las tarifas de las prestaciones ;

- frecuencia y tipo de las actividades personales de higiene bucal ;
- frecuencia de visitas sanitarias en un tiempo dado ; y
- cuantas opiniones se manifiesten sobre cambios deseados en el sistema de prestación.

Ciertas medidas del estado de salud se presentarán en términos generalmente aceptables, tales como :

- las cinco causas principales de defunción en la zona,
- el absentismo laboral por afecciones estomatológicas,
- proporción de personas, por grupos de edad, sin ningún diente natural,
- proporción de personas que necesitan servicios de prótesis,
- proporción de personas, por grupos de edad, que han tenido caries,
- proporción de personas, por grupos de edad, con afecciones del periodonto,
- proporción de personas, por grupos de edad, que reciben con regularidad asistencia para la conservación de la dentadura.

Se describirán, si se conocen, los factores etiológicos o predisponentes relacionados con problemas estomatológicos, por ejemplo :

- variaciones nutricionales de ingestión de fluoruros y del consumo de azúcar, y
- morbilidad diferencial por sectores o por grupos de población.

4.2.3 *Prestación de la asistencia*

El sector que proporciona la asistencia odontológica debe describirse teniendo en cuenta su dotación de personal pasada, presente y prevista, la política de las organizaciones profesionales, y la modalidad del ejercicio profesional.

Deben recogerse los siguientes datos sobre dotación de personal de odontología :

- número, por tipos, del personal reconocido y de otras personas que ejerzan tradicionalmente en el país, con clasificación por edad y lugar donde ejercen,

- número y situación de las instituciones de formación profesional de cada tipo de personal, y aumentos proyectados,
- número de graduados al año actualmente, posibilidades de futuro crecimiento por tipos de personal, y su tasa de crecimiento pasada,
- gastos de enseñanza y formación profesional por tipos de personal,
- cuantía del personal odontológico que entra y sale cada año del sector de planificación, y
- tendencias previstas en la dotación de personal para asistencia primaria y especializada, y por sectores de planificación.

Se enumerarán las políticas vigentes de las asociaciones profesionales organizadas, según se expresan oficialmente en documentos orgánicos relacionados con la prestación de servicios estomatológicos.

Se describirán las modalidades actuales del ejercicio en cada grupo principal de personal :

- importancia numérica de los distintos tipos de ejercicio profesional (aislado, en grupo, institucional, etc.),
- tipos de especialización en los tipos de ejercicio (aislado, en grupo, institucional, etc.),
- participación en programas de servicio oficiales o de terceros,
- pacientes atendidos por cada programa de servicio, y cantidad y tipo de servicios prestados ;
- distribución de los profesionales en ejercicio ;
- tipos de servicio que se prestan (preventivo, curativo, de mantenimiento, etc.) ;
- empleo actual y posible de personal auxiliar ;
- ingresos por tipo de servicio ; y
- actitudes y opiniones, condiciones normales de trabajo, disposiciones sobre reembolsos, y otros aspectos del programa de prestación ; estos datos deberán reflejar los cambios que el grupo proveedor desearía ver introducidos en las características del sistema.

Se describirá la disponibilidad de equipo y suministros apropiados, así como de servicios de mantenimiento, para los distintos sistemas de prestación en diversos lugares.

Además, se dará información sobre el volumen, tipo y costo de las investigaciones odontológicas en curso.

4.2.4 *Presentación*

Una vez reunida esta información básica (lo más completa posible), se recogerá en un documento en cuya parte expositiva se describirá la situación existente del modo más claro y completo posible. La exposición debe ser fácilmente comprensible por personal no especializado; conviene añadir apéndices en forma de cuadros. Es necesario indicar para cada una de las partidas de datos las modificaciones que se esperan durante el periodo de planificación, pero estarán claramente separados los hechos de las previsiones. Asimismo, cuando proceda, se indicarán las posibilidades de expansión o de modificación deliberada.

Hay que insistir en que el análisis de la situación ha de basarse en datos ya existentes. Se enumerarán las fuentes de información y se determinarán, para ulteriores esfuerzos del programa, las lagunas que haya en los datos. Ocasionalmente pueden recogerse en esa etapa datos demográficos que no hubiera antes, siempre que puedan obtenerse sin grandes gastos en menos de dos semanas. Por ejemplo, una encuesta exploratoria que utilice la metodología de la OMS para encuestas sobre higiene dental^a pudiera ser aplicable en esas circunstancias, siempre que pueda disponerse fácilmente y sin grandes gastos de una muestra, probablemente de escolares. No obstante, las operaciones de encuesta, si resultan necesarias, se considerarían normalmente como uno de los esfuerzos especiales requeridos para elegir estrategias y formular programas.

Los tipos de datos que se enumeran en esta sección no pretenden ser exhaustivos, no siendo tampoco indispensables todas las categorías para las ulteriores etapas de desarrollo del plan. Habrá que decidir qué categorías de datos son indispensables para describir adecuadamente la situación en el sector de planificación de que se trate.

4.3 **Identificación de problemas y formulación de objetivos**

4.3.1 *Identificación de problemas*

En esta etapa es importante examinar los resultados del análisis de la situación, para determinar las necesidades relativas de intervención y fijar prioridades de acción. Dicho de otro modo, es importante que los encargados de formular la política decidan si las previsiones del estado de salud dental y del rendimiento del sistema sanitario alcanzan los niveles más altos asequibles en los sectores de planificación, dados los

^a *Oral health surveys: basic methods*, edición revisada, Ginebra, Organización Mundial de la Salud (en prensa).

conocimientos y los recursos disponibles. Si no fuere así, tendrán que decidir si los niveles proyectados, aunque no sean los máximos asequibles, son aceptables. Cuando las previsiones del estado de salud y del rendimiento sean inaceptables, habrá que elegir el sector que haya de ser prioritario y los objetivos o metas cuantificables que deberán fijarse para el periodo de planificación.

Para facilitar esta importantísima tarea es preciso establecer criterios de selección de los problemas que han de abordarse. Los funcionarios locales, ateniéndose a la situación local, elegirán esos criterios y les asignarán un valor numérico según la importancia relativa. Ambas cosas se harán antes de definir el problema.

Se dan a continuación algunos ejemplos de criterios que se han empleado para decidir la prioridad que ha de asignarse a los problemas :

Criterios generales

(Véanse en el Anexo 1 ejemplos de ponderación.)

- 1) Importancia para la satisfacción de necesidades políticamente expresadas,
- 2) Importancia para el aumento de la satisfacción y de la equidad sociales,
- 3) Importancia para el desarrollo económico,
- 4) Importancia para el crecimiento demográfico,
- 5) Importancia para la futura calidad de la vida,
- 6) Importancia para el bienestar de la familia,
- 7) Importancia para la modernización,
- 8) Importancia para las modalidades culturales.

Criterios de salud estomatológica

- 1) Afecciones estomatológicas de carácter urgente
- 2) Afecciones estomatológicas que amenazan a muchas personas,
- 3) Afecciones estomatológicas que producen gran preocupación pública,
- 4) Afecciones estomatológicas mortales,
- 5) Afecciones estomatológicas que pueden evitarse o combatirse.

Utilizando estos criterios, pueden enumerarse los problemas por orden de importancia, y decidir el nivel por debajo del cual un problema no se incluirá en el plan actual (véase el Anexo 1).

4.3.2 *Formulación de objetivos*

Una vez que se han determinado y expuesto claramente los problemas más necesitados de intervención, el planificador procederá a formular en términos cuantificables los objetivos que deben alcanzarse durante el periodo de planificación. Los objetivos habrán de ser precisos, ajustados a la necesidad encontrada y estar expuestos en términos mensurables y comprensibles tanto para el personal de odontología como para el ajeno a esta especialidad. Una vez establecidos los objetivos finales, se formularán los intermedios, también en términos mensurables y para intervalos de tiempo adecuados. Los intervalos entre esos objetivos intermedios (a veces denominados jalones o acontecimientos críticos) deberán ser lo bastante largos para dar ocasión a que se produzcan cambios como resultado de los programas o de fuerzas extrínsecas y, sin embargo, ser lo bastante frecuentes para que la dirección del programa reaccione con oportunidad y eficacia. Cuando los cambios en la prevalencia de enfermedades en uno u otro sentido y en la demanda de servicios sean rápidos, es importantísima la delimitación cronológica de esas etapas intermedias.

Para esos objetivos se dispone de ciertos indicadores, tanto dentales como de otra índole. Ejemplos de indicadores de salud dental son el índice de experiencia de caries (CAO = dientes cariados, ausentes u obturados), periodontal y de maloclusión, y otros métodos epidemiológicos.^a Ejemplos de indicadores no dentales son los medios para medir la aceptabilidad, la accesibilidad y la disponibilidad para los usuarios de los programas dentales. Por supuesto, es también indispensable exponer los objetivos de manera comprensible para los dirigentes políticos y el público en general, y con ese fin se explicarán en lenguaje llano los indicadores epidemiológicos y sociológicos.

4.4 **Formulación y análisis de otras posibles estrategias**

Después de decidir qué objetivos debe alcanzar el programa durante el periodo de planificación, es conveniente consultar con algunos de los grupos que más probablemente influirán en la determinación de la política o en la asignación de recursos. El documento de planificación, en la etapa alcanzada hasta ahora, se consultará con ellos, para conocer las reacciones e indicaciones de apoyo o rechazamiento o la necesidad de modificar los objetivos u otro material básico.

^a *Oral health surveys : basic methods*, edición revisada, Ginebra, Organización Mundial de la Salud (en prensa).

La fase siguiente consiste en formular otras posibles estrategias para alcanzar los objetivos acordados. Como es importante obtener la aportación de datos objetivos y técnicos en esta etapa de la planificación, conviene establecer, siempre que sea posible, grupos de trabajo de expertos de formación y opiniones diversas para que colaboren en este proceso. Su intervención ayudará a conseguir apoyo para la ejecución de las estrategias que en definitiva se adopten.

Al formular otras posibles estrategias hay que tener presentes los factores que se consideraron al fijar los objetivos. Por ejemplo :

- necesidades prioritarias de la población en conjunto ;
- necesidades de ciertos grupos beneficiarios, por ejemplo niños, ancianos, familias, trabajadores industriales ;
- tipo de servicio que se necesita, por ejemplo preventivo, curativo, educativo, selectivo, creciente, limitado, completo ;
- tipo de enfermedad o trastorno que se pretende combatir con el servicio, por ejemplo, caries dental, afecciones periodónticas, cáncer oral ;
- integración de los servicios de salud estomatológica en los servicios generales de salud ;
- relación costo/beneficio de los métodos para combatir y reducir el problema.

Es posible, naturalmente, utilizar estrategias basadas en combinaciones de esos factores, con el objetivo final de elegir la combinación más eficaz de distintas estrategias. Además, al examinar las estrategias posibles, se observará frecuentemente que hay restricciones que estorban su ejecución. Entonces habrá que determinar qué estrategia es la más viable en la situación existente. Para que el planificador y otras personas puedan decidir qué estrategias son preferibles, habrá que describir cada una de ellas y exponer acto seguido sus ventajas e inconvenientes, así como las restricciones que se opongan a su buena aplicación. Por desgracia, a causa de obstáculos insuperables, es frecuente tener que descartar estrategias convenientes en esa etapa.

4.4.1 *Ejemplos de posibles estrategias*

Con un ejemplo puede aclararse la naturaleza del proceso que se sigue en la formulación de las estrategias. Se parte de la base de un país o provincia con una población predominantemente rural, aunque la urbanización progresa a ritmo acelerado. Hay un grupo central de plani-

ficación de salud estomatológica y existe la posibilidad de coordinar todos los elementos de los servicios de la especialidad, existentes o probables. La prevalencia de la caries es sumamente baja, pero aumenta en las zonas urbanas, donde es moderada. La prevalencia de las periodontopatías es uniformemente alta y la demanda de servicios baja, salvo en las zonas urbanas y en los casos de urgencia. Hay un dentista por 100 000 habitantes y una cantidad igual, pero que aumenta con más rapidez, de auxiliares odontológicos. El tiempo y la limitación de los recursos financieros son otros tantos obstáculos a la preparación más rápida de personal de categoría profesional. Para elegir una estrategia cabe optar *entre* tipos de servicio, por ejemplo, cabe centrarse en la asistencia preventiva o de restauración prestada como parte de servicios estructurados (sistemáticos) o no estructurados (dependientes de la demanda), y entre diferentes actividades *dentro* de un tipo de servicio, por ejemplo, cabe adoptar diferentes criterios preventivos y de educación sanitaria y distintos programas de asistencia sistemática. Además, la utilidad de esas estrategias varía según se trate de poblaciones urbanas o rurales.

Los objetivos definidos en relación con los niños de 12 años de edad eran los siguientes :

- 1) evitar por lo menos un aumento de la prevalencia de la caries dental entre los escolares de zonas urbanas y periurbanas y conseguir quizá una reducción de 1/2 a 1 diente en el número de dientes CAO (cariados, ausentes u obturados) por niño,
- 2) mantener la baja prevalencia de caries dental entre los niños de zonas rurales,
- 3) evitar la pérdida de dientes entre los escolares de zonas urbanas y periurbanas.

Las diversas estrategias posibles eran : 1) aplicación tópica de fluoruros por profesionales o por el propio interesado o administración sistemática de esas sustancias, 2) aplicación de medidas preventivas a todos los niños o a un grupo seleccionado sobre la base de un indicador como la medición del índice CAO en los diversos sectores demográficos, cuando la enfermedad muestra una tendencia ascendente o, 3) la elección de un procedimiento de asistencia sistemática de entre varias modalidades de asistencia selectiva permanente.

Hubo que estudiar la relación de costo/eficacia y las limitaciones logísticas de cada una de estas estrategias. En lo que respecta a la prevención, la escasez general y la inadecuación de los servicios de abastecimiento público de agua excluían prácticamente la fluoruración del

agua ; había que comparar la mayor eficacia de la aplicación tópica de fluoruros por profesionales con el costo más bajo de la autoadministración vigilada y era preciso estudiar los posibles efectos de todos los métodos en la prevalencia, generalmente escasa, de la caries. En lo que respecta a la asistencia sistemática, la cantidad requerida de personal odontológico para las opciones estudiadas oscilaba entre 1 : 1200 y 1 : 3300, según la amplitud del servicio prestado.

Conviene señalar que, aunque la relación de costo/eficacia es un factor importantísimo para una elección en esas situaciones, hay otros muchos factores que deben tomarse en consideración. Lo importante es que puedan proponerse como base para la planificación del sector de la higiene odontológica distintas soluciones perfectamente definidas para diversas situaciones.

Cabe citar otros muchos ejemplos análogos que ilustran las diversas consideraciones necesarias para la formulación y análisis de posibles estrategias. En esta fase del proceso de planificación es importantísimo que los encargados del mismo demuestren conocer las diversas opciones disponibles y aborden de un modo imaginativo su formulación y análisis. Es preciso examinar detenidamente la viabilidad técnica, social, política, institucional, financiera y económica de cada una de las estrategias posibles.

Como en todos los países hay restricciones, quizá la mejor solución sea aplicar sucesivamente estrategias cada vez más amplias. Por ejemplo, muchas veces hay que empezar facilitando servicios odontológicos de urgencia a toda la población, que comprendan en la medida de lo posible la prevención y la educación sanitaria, organizar a continuación asistencia y medidas preventivas especiales para grupos determinados de población y, por último, ir abarcando con programas completos a una cantidad progresiva de grupos hasta dar cobertura preventiva y curativa a toda la población. En cada una de estas fases hay que planificar la formación del personal necesario y prever la evaluación del programa completo. También es preciso dejar cierto margen de reserva en los cálculos para el logro de los objetivos previstos.

4.5 Actividades especiales

Es probable que casi todas las estrategias posibles en un programa tengan que ir acompañadas de ciertas actividades subsidiarias y cronológicamente limitadas que contribuyan a superar las dificultades y a garantizar el éxito. Estas actividades vienen a sumarse al programa prin-

cial pero pueden ser indispensables para alcanzar el objetivo último. El calificativo de especiales que aquí se les da sirve para acentuar la necesidad de incluirlas en los planes y prever los recursos y el tiempo que exigirá su ejecución.

Algunos ejemplos de actividades especiales que pueden resultar necesarias para el éxito de los programas odontológicos son :

- acopio de datos que no tienen carácter periódico ;
- establecimiento de un programa especial de formación de personal indígena o de dirigentes de la colectividad que contribuyan a la ejecución del programa, sobre todo en los sectores de asistencia urgente y educación sanitaria ;
- obtención de los servicios de consultores y de asistencia técnica de otros países o de la OMS ;
- ensayo práctico restringido de programas combinados de prevención y lucha y de otro tipo antes de su aplicación general.

Es preciso estudiar cada una de las posibles estrategias propuestas para determinar qué proyectos ^a o actividades especiales exigiría su aplicación. Hay que especificar la naturaleza, el alcance y el costo de esas actividades especiales para facilitar la selección de la estrategia más conveniente.

El proceso continuo de planificación, ejecución y evaluación puede poner de manifiesto la necesidad de otras actividades especiales que no se previeron en la planificación inicial. La necesidad de tales actividades puede también obedecer a las novedades tecnológicas, los resultados de investigaciones biomédicas o clínicas, la evolución de las actitudes públicas o políticas o la reorientación de las actitudes o del comportamiento de los proveedores del servicio.

Estas actividades especiales pueden necesitar asistencia externa concreta y a plazo fijo en forma de fondos o de personal especializado y conviene solicitar esa asistencia y aceptarla siempre que corresponda a la estrategia elegida y a los objetivos del programa. Existe siempre el riesgo de que los donantes estén dispuestos a facilitar ciertos tipos de ayuda inadecuados para el programa de que se trate ; la aceptación de esa clase de ayuda entorpecerá más que facilitará la ejecución del programa y el logro de sus objetivos.

^a Tal vez convenga consultar la publicación de la OMS sobre métodos para formular y ejecutar proyectos sanitarios ya citada en el informe (véase la nota de la pág. 9).

4.6 Selección de estrategias

Una vez descritas las estrategias posibles para alcanzar los objetivos elegidos, junto con sus ventajas y desventajas, limitaciones y actividades especiales necesarias, hay que dar el paso decisivo, es decir, elegir las estrategias preferibles para cada objetivo. Para facilitar este proceso y recabar la ayuda que luego necesitará la ejecución de la estrategia que se elija, conviene asociar al proceso de selección, en la mayor medida posible y práctica, a expertos técnicos, proveedores de la asistencia, consumidores y administradores.

Antes de iniciar el proceso selectivo, debe establecerse una serie de criterios ponderados y llegar a un acuerdo sobre su aplicación concreta a este proceso selectivo. Entre los criterios que pueden utilizarse para identificar las estrategias más convenientes cabe citar los siguientes:

- el grado en que la estrategia se ajusta a la política y a la acción sanitaria generales,
- el grado en que la acción propuesta es compatible con las políticas y con la acción en el sector de la salud estomatológica.
- el grado en que la estrategia favorece o crea tendencias a largo plazo convenientes,
- la probabilidad de éxito en el logro de los objetivos cuantificados dentro del periodo de tiempo apetecido,
- la ausencia de limitaciones financieras o humanas en ese momento o en un futuro previsible,
- la relación de costo y eficacia,
- el grado de previsibilidad de efectos o beneficios secundarios, deseables o no deseables.

El planificador debe establecer los criterios efectivamente utilizados de modo que se adapten a la situación en el sector que interesa. Lo mismo sucede con la asignación de un valor numérico a cada criterio. La experiencia puede revelar que los criterios propuestos no sirven para establecer la distinción oportuna entre las diversas estrategias previstas y que hacen falta otros nuevos. Puede ocurrir en algunos casos que la elección definitiva deba hacerse sobre la base de apreciaciones subjetivas. Como quiera que se tomen las decisiones, debe dejarse constancia explícita, para futura referencia, de los supuestos y las consideraciones que se hayan utilizado.

4.6.1 *Consulta con los superiores*

Una vez elegidas las estrategias, es aconsejable consultar con quienes hayan de decidir sobre la aceptabilidad del programa y las asignaciones de recursos. Hay que procurar que los documentos estén preparados de tal modo, que quienes hayan de adoptar las decisiones puedan seguir el proceso de planificación y decisión y comprender las razones en que se funda la recomendación de ciertas estrategias. Es importante conseguir que en ese momento los interlocutores formulen preguntas, expresen sus inquietudes y opiniones y den directrices al respecto. Quizá sea necesario volver más tarde con respuestas concretas y con argumentos de mayor alcance para apoyar la orientación recomendada. Antes de pasar a la fase siguiente conviene obtener por lo menos un acuerdo provisional.

4.7 **Formulación del programa**

Debe señalarse que, aunque cada estrategia se haya seleccionado por una buena razón, pueden necesitarse reajustes porque su aplicación combinada no sea viable. Cuando se hayan determinado, descrito y elegido las estrategias y su aplicación conjunta se considere posible con los recursos nacionales de que se dispone, los documentos preparados y los debates que sigan darán las orientaciones necesarias para formular el programa efectivo. Un programa puede definirse óptimamente como un plan para la aplicación de recursos físicos, humanos y financieros y la introducción de las modificaciones institucionales necesarias para la ejecución de una o varias estrategias combinadas con objeto de alcanzar un objetivo preciso. En el plan se describen con más detalles que en la o las estrategias correspondientes el criterio técnico, los métodos y los procedimientos (tecnología) y el modo en que se aplicarán y dirigirán (aplicación); además, se especifica la población a la que el programa se dirige (grupos geopolíticos, demográficos, etc.), la cobertura esperada, los cambios políticos e institucionales necesarios en su caso y quién aplicará la estrategia (personal), con qué (recursos) y cuándo (cronología). En otras palabras, en el plan debe indicarse con precisión lo que ha de hacerse, quién ha de hacerlo, con qué métodos, cuándo y a qué costo. En general, la formulación de programas supondrá la compilación y consolidación de los análisis de datos y de las decisiones adoptadas en las etapas precedentes y comprenderá:

- una breve reseña de la situación existente, comprendido el enunciado de los problemas,
- una exposición de los objetivos y de las estrategias,

- una lista de las actividades del programa y de los resultados que se espera alcanzar con ellas,
- una descripción de los criterios administrativos (autoridad y responsabilidades) para la ejecución,
- un plan general de actividades,
- la especificación de los recursos materiales y de personal necesarios,
- una estimación de las necesidades presupuestarias, comprendidos el capital y los gastos fijos,
- los métodos de evaluación.

Es conveniente incluir en la formulación del programa un resumen sucinto pero completo que ayude a quienes hayan de adoptar la decisión a tener una idea clara del programa propuesto. En este punto conviene insistir en la necesidad de abordar siempre la formulación del programa con un criterio lógico y sistemático para poder justificar las propuestas, sobre todo en lo que se refiere a la asignación de recursos. Para fines de debate y de orientación administrativa es útil representar en un diagrama las diversas acciones y responsabilidades, así como los plazos previstos. Hay que identificar las fases críticas del proceso de ejecución y prever lo necesario para determinar el momento en que se han llevado a buen término. Hay que tomar además disposiciones para que la evaluación de los resultados en el curso del programa forme parte integrante del sistema siempre que sea posible, pero sin excluir en su caso las evaluaciones especiales; en el capítulo sobre la evaluación se examina con más detalle este punto.

Es aconsejable someter el plan del programa a especialistas y a las personas que participarán en su ejecución e introducir los reajustes que se revelen necesarios. Conviene a continuación exponer el plan de acción propuesto a quienes hayan de adoptar la decisión, consultarles al respecto y modificar el plan una vez más teniendo en cuenta las reacciones observadas. Por ejemplo, el tope fijado a los créditos presupuestarios ha obligado en muchos casos a reformular un programa. Además, puede hacer falta modificar de nuevo el plan cuando está ya en fase de ejecución, como consecuencia del proceso de evaluación. A medida que vayan introduciéndose modificaciones en estas diversas fases, habrá que ir modificando las estimaciones presupuestarias, los resultados previstos y los plazos establecidos.

5. EVALUACION

Se ha dicho que la evaluación es el espejo de la planificación, puesto que su finalidad consiste en determinar la utilidad o el mérito del programa planificado, averiguar si se ejecuta realmente del modo prescrito y descubrir si se obtienen efectivamente los resultados requeridos y el rendimiento previsto. Cuando se pone en marcha un plan, hay que cerciorarse de que se alcanzan los objetivos, de que el programa contribuye en una medida determinada a mejorar la salud estomatológica de la colectividad y de que cada actividad del programa cumple la función que le corresponde y progresa al ritmo previsto.

Esa evaluación puede demostrar la utilidad del servicio para la colectividad e indicar los reajustes necesarios. Por supuesto, un buen plan y una buena evaluación periódica del mismo pueden ser de gran valor para obtener apoyo público y ayuda financiera.

La información sobre la situación existente antes de iniciarse el programa es indispensable para la ulterior evaluación de sus resultados. Esta información suele llamarse información básica y debe guardar relación con el rendimiento planeado y con los cambios prácticos que se aspira a conseguir con el programa. Por lo tanto, el tipo de información básica que haya de utilizarse en los análisis de situación debe ser suficientemente general para servir de punto de referencia a los objetivos cuantificados.

Un programa de educación sanitaria puede tener como objetivo lograr que pase del 20 % al 30 % la proporción de personas que utilicen al año los servicios disponibles, o un programa preventivo puede tener por finalidad disminuir en un 20 % el número de dientes cariados, ausentes u obturados en un grupo de edad determinado. En un plan integrado, la formación de personal está vinculada a estos objetivos y, si los objetivos no se alcanzan de la forma prevista, sólo su oportuna evaluación puede evitar que se produzca un serio desequilibrio.

Las variables fundamentales a las que debe prestarse atención son los recursos, las actividades y los resultados previstos en los objetivos planificados. Para determinar la eficacia hace falta comparar las mediciones de la situación sanitaria al comienzo del programa con las mediciones correspondientes al término del mismo y con el nivel sanitario previsto en los objetivos establecidos para el programa, sin olvidar que incluso el éxito de los objetivos de rendimiento puede resultar perjudicado en la evaluación si se demuestra un consumo excesivo de recursos. La comparación del rendimiento planificado con el observado debe hacerse en función de las actividades y de los recursos previstos y de los recursos efectivamente consumidos y las actividades realmente ejecutadas, teniendo

cuidado de tomar en consideración otras fuerzas o acontecimientos que puedan haber influido positiva o negativamente en el resultado obtenido. Este último factor ayudará a separar los verdaderos efectos del programa de los efectos debidos a fuerzas ajenas.

Puede considerarse que un plan constituye el vínculo previsto entre la inversión de una serie determinada de recursos en la ejecución de actividades descritas en detalle por el planificador y la ejecución de esas actividades para alcanzar un grado de salud dental calculado o estimado como el rendimiento posible de la inversión planificada. Si el plan se considera una predicción, puede llamarse a la evaluación del programa consiguiente la verificación experimental de su validez y de los supuestos en que se funda.

Un ejemplo muy pertinente de la importancia de esta verificación es la observación general de que los resultados de pruebas de laboratorio o de ensayos clínicos limitados ^a de agentes o métodos preventivos pueden a veces revelar que tienen cierta eficacia y en ocasiones incluso una eficacia espectacular, pero los mismos agentes o métodos aplicados en un programa amplio pueden no tener idénticos efectos o no tener efectos de ninguna clase. Tal ejemplo pone de manifiesto la necesidad de evaluar los métodos y las estrategias íntegras en el contexto de la ejecución del plan y del programa para cerciorarse de que se están logrando los efectos apetecidos, necesidad que existe incluso cuando los métodos y estrategias correspondientes han tenido éxito en otras situaciones en las que el grado de morbilidad, las actividades de lucha u otros factores eran distintos y que puede existir también en el caso de un programa que se prolongue más allá de su punto de eficacia óptima.

Antiguamente se tendía a olvidar los efectos de las diferencias en los conocimientos, las actitudes y el comportamiento sobre las variables de recursos y de actividad. Hoy día, las ciencias sociales y del comportamiento empiezan a fundarse más firmemente en los hechos, y éstos estarán cada vez más a disposición de los planificadores y de los evaluadores, que podrán utilizarlos para describir con más precisión los recursos y actividades y mejorar así la eficacia de los medios de gestión. Puede entenderse perfectamente, por ejemplo, que la misma inversión de recursos en dos programas semejantes resulte en la ejecución de actividades muy distintas en calidad y cantidad y, en definitiva, en situaciones sanitarias muy diferentes en la población que se pretende proteger, a causa de diferentes niveles de conocimiento, y de actitudes y comportamiento

^a *Principal requirements for controlled clinical trials of caries preventive agents and procedures.* Londres, Federación Dental Internacional, 1974 (Informe Técnico N° 1).

por parte de los proveedores, de los consumidores o de unos y otros en ambos programas. Los datos pertinentes proceden de los resultados de un estudio internacional en colaboración sobre sistemas de personal odontológico,^a que revela grandes diferencias en la prevalencia y el tratamiento de las enfermedades en los cinco países estudiados; una de las diferencias principales entre los consumidores es su comportamiento respecto de la prevención.

Por lo tanto, en la planificación y la evaluación de todos los programas es indispensable tener en cuenta las dimensiones y los factores determinantes de las actitudes y del comportamiento; pueden solicitarse ejemplos de los medios utilizados en el estudio citado en el párrafo anterior para reunir tales datos.^b A continuación se examinan las mediciones directas e indirectas para la evaluación de la salud estomatológica.

Mediciones directas

Las mediciones directas sirven para comparar los datos « antes y después » respecto de aquellas variables que se pretende cambiar con el programa. Este medio se ha utilizado a menudo en programas de fluoruración del abastecimiento público de agua. Es evidente que tales datos son de suma utilidad para la evaluación del programa y para la comunicación de los resultados obtenidos.

Mediciones indirectas

Puede suceder que los resultados de una acción determinada no queden clara o inmediatamente de manifiesto o no sean fáciles de medir y resulte por lo tanto necesario recurrir a indicadores indirectos de los efectos del programa. Por ejemplo, se tardaría muchos años en medir directamente los efectos de un programa de educación sanitaria encaminado a reducir la pérdida de hueso por periodontopatías. En cambio, puede ser preciso a efectos de evaluación examinar factores como la modificación de las prácticas de higiene bucal, los niveles de higiene bucal y la prevalencia de gingivitis. Es evidente que puede haber riesgo en los métodos indirectos de atribuir efectos a determinadas acciones.

La evaluación se efectúa por referencia a normas, condiciones, cualidades o atributos sobre la base de cierta escala de valores. Por lo tanto, conviene expresar explícitamente para fines de análisis los criterios que se utilizan en la evaluación y que, naturalmente, varían según las caracte-

^a Véase BARMES, D. E. Y COHEN, L. K. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, 2 : 37-39 (1974).

^b Las solicitudes deben dirigirse a: Servicio de Higiene Dental, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza.

terísticas culturales, políticas y socioeconómicas y los antecedentes de los evaluadores. También pueden variar según la posición del evaluador en el sistema sometido a observación, es decir, si está fuera o dentro de dicho sistema, si es un profesional o no lo es, si es proveedor o usuario. Huelga decir que la evaluación varía también según la naturaleza y la calidad de las mediciones de los criterios elegidos.

Las principales características utilizadas como criterios para la evaluación de los programas de salud son las siguientes :^a

- 1) Eficacia : ¿ ha permitido el programa alcanzar el objetivo establecido ?
- 2) Rendimiento : ¿ cuánto ha costado alcanzar el objetivo establecido, en términos absolutos y en comparación con lo que se había previsto ?
- 3) Adecuación : ¿ se ha dado prioridad a la estrategia más útil para alcanzar los objetivos establecidos ? ¿ es óptima la aceptabilidad de la estrategia ?
- 4) Suficiencia : ¿ ha abarcado el programa en todo o sólo en parte el problema de salud que se pretendía resolver ? ¿ cuál es el grado de disponibilidad para los diversos sectores de la población ?

Como una cuidadosa evaluación tiene gran importancia para demostrar el éxito y como es muy difícil hacerla bien, se sugiere que el plan de evaluación, al igual que el plan del programa, se someta a examen, que podría quizá confiarse a un comité permanente, antes de su aplicación. Con ello se obtiene mayor objetividad y se amplían las perspectivas.

Como ya se ha dicho, la evaluación es parte integrante de la gestión de un programa y se traduce por una revaloración constante del plan y de la ejecución del programa. En este *proceso de evaluación y modificación* hay que tener siempre en cuenta los efectos y las reacciones de orden social, político y profesional y considerar si las medidas adoptadas son en realidad adecuadas y suficientes para resolver el problema. Cuando se procede a una evaluación es indispensable vigilar permanentemente la evolución de las actitudes, los conocimientos y las técnicas, no sólo en el sector de la odontología, sino también en todo el ámbito de la salud, y recomendar las modificaciones oportunas del programa durante su aplicación.

^a Véanse otros ejemplos sobre el empleo de estos criterios en odontología en : *Planning and evaluating dental health services*. Copenhague, Oficina Regional de la OMS para Europa, 1972 (documento EURO 5505).

6. RESUMEN Y RECOMENDACIONES

El Comité reconoció que las estructuras económicas, sociales y políticas, al igual que las estructuras y los mecanismos para tratar las cuestiones de salud, están en diferentes fases de desarrollo en los distintos países. Reconoció también que muchos países aceptan el principio y la utilidad de la planificación sanitaria nacional, aunque pocos proceden efectivamente a esa planificación. Aunque reconoció que existen muchos sistemas de planificación sanitaria, el Comité convino en que esos sistemas de planificación tienen muchos elementos comunes y en que lo importante es proceder efectivamente a una planificación y a una evaluación cuidadosas y sistemáticas. Los miembros del Comité estuvieron de acuerdo en que hay ciertos principios y fases concretas de la planificación aplicables a casi todos los casos, independientemente de la situación política o social.

El Comité desea insistir en ciertos puntos y formuló una serie de recomendaciones :

- 1) La planificación sanitaria nacional permanente y cuidadosa, con un enfoque lógico y sistemático, es indispensable para aprovechar debidamente los recursos destinados a los servicios de salud estomatológica.
- 2) La planificación sanitaria debe corresponder a las directrices nacionales, sociales, políticas, económicas y sanitarias, y la planificación de la salud estomatológica debe ser parte integrante de esa planificación.
- 3) Por lo tanto, los programas de estomatología deben ser compatibles con la fase efectiva de desarrollo de los programas preventivos y curativos y representar un avance lógico en relación con éstos y en proporción con los recursos.
- 4) La planificación del personal de higiene dental debe formar indisolublemente parte de la planificación general de los programas de estomatología.
- 5) Es importante que, en el sector de la salud estomatológica, los planificadores conozcan las reservas de recursos no sanitarios y no odontológicos que podrían servir para alcanzar los objetivos en el sector de su competencia y aprovechen imaginativamente esos recursos.
- 6) La evaluación es un elemento indispensable de la buena administración de un programa y debe prepararse como parte integrante de todos los programas ; su función consiste en determinar la adecuación, suficiencia, eficacia y rendimiento de los programas de salud. Debe quedar entendido que a estos factores vienen a sumarse otros : la disponibilidad,

accesibilidad y aceptabilidad de los servicios para los usuarios y los proveedores.

7) La planificación sanitaria, la ejecución de programas, la evaluación, la replanificación y la reprogramación deben constituir un proceso permanente.

8) Los administradores del programa tienen que pensar que su función consiste en salvar la distancia que hay entre la colectividad a la que se destina el programa y los políticos.

9) Es indispensable que haya una cantidad suficiente de especialistas en planificación y administración de programas para la buena marcha de los programas de estomatología. La OMS puede facilitar material didáctico para reuniones de estudio que persigan este objetivo.

10) El estudio internacional en colaboración sobre sistemas de personal odontológico (OMS/División de Odontología de los Estados Unidos) es un excelente ejemplo de sistema para evaluar los programas nacionales y para relacionar entre sí los numerosos factores que entran en la prestación de servicios de estomatología.

11) Hay que poner renovado interés en el mejoramiento constante de métodos de planificación y evaluación adaptados a la odontología.

12) Es preciso mejorar constantemente los sistemas de acopio de datos normalizados sobre salud estomatológica, a base de encuestas o registros, y para el rápido análisis y recuperación de datos, a fin de completar el sector del programa de epidemiología de la especialidad de la OMS. Aunque los métodos ideados para determinar el grado de morbilidad por enfermedades estomatológicas han permitido ya obtener importantes resultados, conviene fomentar todavía más las correspondientes actividades.

13) Debe alentarse a los administradores sanitarios nacionales a mirar más allá de sus fronteras para que aprovechen, cuando sea oportuno, el personal y la asistencia de los servicios de especialistas y la asistencia técnica disponible fuera de sus países.

14) Conviene promover las investigaciones nacionales e internacionales, combinadas o limitadas al sector de la estomatología, a fin de aumentar la variedad de opciones viables para mejorar el estado de salud estomatológica, con hincapié en el descubrimiento de medios que puedan aplicarse con éxito a grupos enteros de población.

15) Los nuevos conocimientos y la comprensión de problemas en los sectores de la planificación y de la evaluación deben compartirse con

otros países para que los resultados positivos puedan aplicarse lo antes posible y para que no se repitan, sin las modificaciones oportunas, los programas que hayan resultado ineficaces. Deben comunicarse todas las características de los programas y de los métodos utilizados, comprendidas las estructuras innovadoras de personal o de formación de equipos.

NOTA

El Comité de las gracias a los siguientes funcionarios de la OMS por su contribución especial a las deliberaciones : Dr. V. Bezroukov, Servicio de Higiene Dental, OMS, Ginebra, Suiza ; Dr. R. D. Mumma, Jr., Consultor, Servicio de Higiene Dental, OMS, Ginebra, Suiza ; y Sra. J. Sardo Infirri, Oficial Técnico del Servicio de Higiene Dental, OMS, Ginebra, Suiza.

Anexo 1

CRITERIOS UTILIZADOS PARA DECIDIR EL ORDEN DE PRIORIDAD DE LOS PROBLEMAS SANITARIOS Y PARASANTARIOS NACIONALES ^a

1. Valoración de los criterios

	<i>Puntuación (Valoración numérica)</i>
<i>Criterios generales</i>	
El problema, o su solución, debe :	
— adaptarse a un « programa escalonado de acción »	21
— satisfacer necesidades políticamente expresadas	12
— aumentar la satisfacción social — psicológica, física y económica — y la equidad social	18
— aportar un beneficio económico	17
— ajustarse a las culturas locales	14
— hacer hincapié en las necesidades de los grupos de edad más jóvenes	18
	<hr/> 100 <hr/>
<i>Criterios sanitarios directos</i>	
El problema debe :	
— predisponer a la enfermedad a los miembros de la colectividad	21
— provocar una gran mortandad	18
— causar gran morbilidad	18
— ser perjudicial para el desarrollo de los jóvenes	16
La solución debe :	
— mejorar inmediatamente la salud de la colectividad	16
— poder aplicarse a la mayor cantidad posible de personas vulnerables	11
	<hr/> 100 <hr/>

^a Los ejemplos citados ilustran los criterios y el sistema de valoración utilizado en un país en el sector no odontológico.

Exposición de los problemas sanitarios y parasitarios, con la correspondiente valoración

	<i>Puntuación total de los criterios</i>
<i>Problemas nacionales</i>	
Paludismo — extendido a todo el territorio nacional	186
Paludismo — provocado por la acción del hombre	186
Mayor cobertura de la asistencia primaria de salud	186
Esquistosomiasis — provocada por la acción del hombre	186
Falta de información sanitaria y de hábitos higiénicos en la población	186
Enfermedades transmisibles, sobre todo las evitables con inmunización	186
Necesidad de un abastecimiento suficiente de agua inocua	168
Saneamiento del medio (evacuación de desechos y de excretas humanas)	166
Malnutrición caloricoproteínica	152
Gastroenteritis (en niños y adultos)	151
Tuberculosis	178
<hr/>	
Defunciones prematuras	82
Pérdida económica por enfermedad	62
Anemia ferropénica o provocada por anquilostomas	62
Tracoma y conjuntivitis	47

Se decidió no seguir exponiendo por separado los cuatro problemas en los que la puntuación de los criterios es inferior a 100.

**ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
SERIE DE INFORMES TECNICOS**

Informes recientes :

Nº	Fr. s.
535 (1973) Vigilancia del medio y de las condiciones de salud en los programas de higiene del trabajo Informe de un Comité de Expertos de la OMS (55 páginas)	5,—
536 (1974) Biodisponibilidad de los medicamentos : Principios y problemas Informe de un Grupo Científico de la OMS (20 páginas)	4,—
537 (1974) La lucha antipalúdica en los países donde la erradicación a plazo fijo es todavía imposible. Informe de una Conferencia Interregional de la OMS (73 páginas)	6,—
538 (1974) Selección de material didáctico para la enseñanza de las ciencias de la salud Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (28 páginas)	4,—
539 (1974) Evaluación toxicológica de ciertos aditivos alimentarios con un examen de los principios generales y de las normas 17º informe del Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Aditivos Alimentarios (60 páginas)	5,—
540 (1974) Maduración de los sistemas orgánicos del feto Informe de un Grupo Científico de la OMS (36 páginas)	5,—
541 (1974) Servicios públicos de evacuación de aguas residuales Informe de un Comité de Expertos de la OMS (80 páginas)	6,—
542 (1974) Comité de Expertos de la OMS en Filariasis Tercer informe (58 páginas)	5,—
543 (1974) Los métodos de toma de muestras y de análisis en los programas de vigilancia de las enfermedades transmitidas por los alimentos Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (55 páginas)	5,—
544 (1974) Aplicaciones de la epidemiología en los programas de vivienda y en la planificación de asentamientos urbanos Informe de un Comité de Expertos de la OMS en Higiene de la Vivienda (70 páginas)	6,—
545 (1974) Residuos de plaguicidas en los alimentos Informe de la Reunión Conjunta FAO/OMS de 1973 (48 páginas)	5,—
546 (1974) Evaluación de la actividad carcinogénica y mutagénica de los productos químicos Informe de un Grupo Científico de la OMS (21 páginas)	4,—
547 (1974) Planificación de programas para la enseñanza de la medicina Informe de un Comité de Expertos de la OMS (29 páginas)	4,—
548 (1974) Planificación y organización de los servicios geriátricos Informe de un Comité de Expertos de la OMS (51 páginas)	5,—
549 (1974) Comité de Expertos de la OMS en Paludismo 16º informe (96 páginas)	7,—
550 (1974) Higiene del pescado y los mariscos Informe de un Comité de Expertos convocado en cooperación con la FAO en 1974 (70 páginas)	6,—
551 (1974) Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia 20º informe (98 páginas)	7,—

Nº		Fr. s.
552	(1974) Comité de Expertos de la OMS en Tuberculosis Noveno informe (43 páginas)	5,—
553	(1974) Ecología y lucha contra los roedores de importancia sanitaria Informe de un Grupo Científico de la OMS (45 páginas)	5,—
554	(1974) Aspectos sanitarios de la lucha contra la contaminación del medio. Planificación y ejecución de los programas nacionales Informe de un Comité de Expertos de la OMS (63 páginas)	6,—
555	(1974) El uso de mercurio y compuestos alternativos en el tratamiento de semillas Informe de una Reunión Conjunta FAO/OMS en 1974 (34 páginas).	5,—
556	(1974) Investigación de fármacos causantes de dependencia en los humores orgánicos Informe de una reunión de investigadores organizada por la OMS (54 páginas)	5,—
557	(1974) Evaluación de ciertos aditivos alimentarios 18º informe del Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Aditivos Alimentarios (40 páginas)	5,—
558	(1974) Enfermería y salud de la comunidad Informe de un Comité de Expertos de la OMS (31 páginas)	4,—
559	(1974) Nuevas perspectivas de la estadística sanitaria Informe de la Segunda Conferencia Internacional de Comisiones Nacionales de Estadística Demográfica y Sanitaria (43 páginas)	5,—
560	(1975) Evaluación por métodos químicos y bioquímicos de los peligros de los plaguicidas para el hombre Informe de un Grupo Científico de la OMS (26 páginas)	6,—
561	(1975) Ecología de los vectores y lucha antivectorial 21º informe del Comité de Expertos de la OMS en Insecticidas (39 páginas)	6,—
562	(1975) Servicios para urgencias cardiovasculares Informe de un Comité de Expertos de la OMS (138 páginas)	10,—
563	(1975) Pautas para la evaluación de los medicamentos destinados al hombre Informe de un Grupo Científico de la OMS (65 páginas)	7,—
564	(1975) Organización de servicios de salud mental en los países en desarrollo 16º informe del Comité de Expertos de la OMS en Salud Mental (40 páginas)	6,—
565	(1975) Comité de Expertos de la OMS en Patrones Biológicos 26º informe (78 páginas)	7,—
566	(1975) Planificación de escuelas de medicina Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (46 páginas)	6,—
567	(1975) Comité de Expertos de la OMS en Especificaciones para las Preparaciones Farmacéuticas 25º informe (120 páginas)	9,—
568	(1975) Consecuencias del tabaco para la salud Informe de un Comité de Expertos de la OMS (110 páginas)	9,—
569	(1975) Evaluación de las actividades de planificación de la familia en los servicios de salud Informe de un Comité de Expertos de la OMS (75 páginas)	7,—
570	(1975) Hepatitis vírica Informe de una reunión de la OMS (56 páginas)	7,—

PUBLICACIONES DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

TARIFAS Y CONDICIONES DE SUSCRIPCION (1976)

Suscripción global

La suscripción global comprende todas las publicaciones de la OMS, esto es, la suscripción combinada IV y, además, la *Serie de Monografías*, las publicaciones en offset de la OMS y publicaciones fuera de serie, inclusive los volúmenes, pero no las diapositivas, de la Clasificación Histológica Internacional de Tumores ni las publicaciones del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer.

Fr. s. 950.—

Suscripciones combinadas

Para las suscripciones combinadas a dos o más publicaciones, se aplican las tarifas especiales siguientes :

Suscripción

I <i>Bulletin, Crónica, Serie de Informes Técnicos y Cuadernos de Salud Pública</i> }	Fr. s. 290.—
II <i>World Health Statistics Report y World Health Statistics Annual</i> }	Fr. s. 220.—
III <i>World Health Statistics Report, World Health Statistics Annual y Weekly Epidemiological Record</i> }	Fr. s. 300.—
IV <i>Bulletin, Crónica, Serie de Informes Técnicos, WHO Food Additives Series, WHO Pesticide Residues Series, Cuadernos de Salud Pública, Actas Oficiales, International Digest of Health Legislation, World Health Statistics Report, World Health Statistics Annual, Weekly Epidemiological Record y Salud Mundial</i> }	Fr. s. 750.—

El Servicio de Distribución y Venta indicará con mucho gusto el precio de cualquier otra suscripción combinada que se desee.

Tarifas normales de suscripción

Bulletin, vols. 53 y 54 (12 números)	Fr. s. 180.—
Crónica, vol. 30 (12 números)	Fr. s. 35.—
International Digest of Health Legislation, vol. 27 (4 números)	Fr. s. 70.—
Serie de Informes Técnicos	Fr. s. 90.—
WHO Food Additives Series	Fr. s. 24.—
WHO Pesticide Residues Series	Fr. s. 24.—
Actas Oficiales	Fr. s. 90.—
World Health Statistics Report, vol. 29 (12 números)	Fr. s. 100.—
Weekly Epidemiological Record, año 50 (52 números)	Fr. s. 90.—
Vaccination Certificate Requirements for International Travel	Fr. s. 16.—
Salud Mundial, vol. 29	Fr. s. 25.—

International Agency for Research on Cancer Subscription

(disponible únicamente en inglés)

Annual Report, IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risk of Chemicals to Man, and IARC Scientific Publications }	Fr. s. 300.—
---	--------------

Las suscripciones pueden efectuarse por mediación de los depositarios de las publicaciones de la OMS solamente por años civiles (*de enero a diciembre*). Los precios pueden modificarse sin previo aviso.

* * *

Además de un ejemplar de muestra, se remitirá gratuitamente a quien lo solicite un catálogo de las publicaciones de la OMS.